Hochschule für Soziale Arbeit FHNW / Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit Olten
Modul BA 115 Bachelor Thesis

Kooperation und Beratung in der Sozialen Arbeit mit ADHS betroffenen Frauen

Verfasserin:
Béatrice Spichiger-Gammenthaler
Studierende in Teilzeit
Maistöckli
4938 Rohrbach
Mail: beatrice.spichiger@students.fhnw.ch

Eingereicht bei:
Dr. phil. Regula Berger
Dozentin FHNW / Begleitperson Bachelor Thesis
Mail: regula.berger@fhnw.ch

Datum: 26. Juni 2015

Persönliche Anmerkung zum Titelbild

Das Bild widerspiegelt nach Ansicht der Autorin das facettenreiche Erscheinungsbild einer ADHS. Es symbolisiert die diffusen Stimmungslagen der betroffenen Frauen. Die dunklen Stellen könnten Ausdruck von psychischen Einschränkungen sein, wohingegen die hellen Stellen die gelingenden Lebensphasen darstellen, in denen es Frauen mit ADHS gelingt, ihr Leben bewusst zu gestalten.

Titelbild: Doris Ryffel-Rawak (2010), ohne Titel.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

1.1 Erkenntnisinteresse und Fragestellung

„Die haben kein ADHS, die sind bloss schlecht erzogen". Solche und andere Äusserungen in Bezug auf die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung sind Erwachsenen, die von ADHS betroffen sind, seit ihrer Kindheit noch bestens in Erinnerung. Dabei ist wissenschaftlich gut belegt, dass die Verhaltensstörung durch eine neurobiologische Funktionsstörung im Gehirn ausgelöst wird (vgl. Krause/Krause 2014: 22). Es wurde festgestellt, dass u.a. in jenen Abschnitten des Gehirns, die für die Konzentration, Impulskontrolle und Wahrnehmung zuständig sind, das Gleichgewicht der Botenstoffe gestört ist. Zudem belegen Verwandtenstudien, dass Gene einen grossen Einfluss auf das Vorkommen von ADHS haben (vgl. Resnick 2000: 29). Heinrich Hoffmann charakterisierte im Jahr 1847 erstmalig in seinem Buch „Der Struwwelpeter" den Prototypen eines impulsiven, unruhigen und unaufmerksamen Kindes (vgl. Hoffmann 1997: 18). Mittlerweile – nach mehr als 150 Jahren – gehört ADHS zu einer der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Über lange Zeit herrschte die Meinung vor, dass ADHS eine Störung des Kindes- und Jugendalters sei und in der Adoleszenz sich auswächst. Mittlerweile ist jedoch bekannt, dass bei einem nicht unwesentlichen Anteil von Erwachsenen die Problematik weiterhin – dies oft zum Teil mit veränderten Symptomen – anhält (vgl. Ryffel 2004b: 30). Personen, die kritisch und überdurchschnittlich kreativ und ausgeprägt sensible Persönlichkeiten sind, sind nicht selten Menschen mit ADHS (vgl. Neuhaus 2007: 80). Auf der Suche nach dem inneren Gleichgewicht bewegen sich Betroffene oft an ihren Belastungsgrenzen. Ihr anderes Wahrnehmungs- und Reaktionsverhalten fordert von ihnen u.a. in persönlichen, familiären, beruflichen und zwischenmenschlichen Lebensbereichen viel Kraft und Energie. Erschwerend wirkt zudem, dass die zunehmende Strukturlosigkeit - hervorgerufen durch die pluralistischen Lebensformen der Moderne - einen Teil der ADHS Betroffenen zusätzlich überfordert (vgl. Neuhaus 2007: 102).

Durch Praktika hat die Autorin u.a. im Bereich der öffentlichen Sozialhilfe die Erfahrung gemacht, dass es ADHS betroffene Menschen gibt, die mit herkömmlichen Beratungen und daraus abgeleiteten Unterstützungs- und Begleitsettings kaum und/oder nur schwer erreicht werden können. Betroffene könnten indes durch ihre ADHS stärker von einer dauerhaften Sozialhilfeabhängigkeit bedroht sein, was sich insbesondere bei jungen Erwachsenen sowohl individuell wie auch gesellschaftlich problematisch auswirken kann.

Die Soziale Arbeit befasst sich mit Menschen und Gruppen, die mit ihren gesellschaftlichen Lebensbedingungen nicht zurechtkommen, die in ihrer individuellen Lebensbewältigung scheitern, die nur sehr eingeschränkt an der Gesellschaft teilhaben und von dauerhafter gesellschaftlicher Exklusion bedroht oder betroffen sind (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 52). Um diesen von ADHS betroffenen Menschen die gesellschaftliche Integration und Teilhabe zu ermöglichen, sind Sozialarbeitende aufgefordert, ihr fundiertes Fach- und Methodenwissen stetig zu erweitern. Der Sonderwissensbestand, der u.a. aus der diffusen Allzuständigkeit resultiert, beinhaltet ein breitgefächertes Theorie- und Methodenwissen. Professionskompetenz wird verstanden als Fähigkeit zur Verschränkung von wissenschaftlichem und fallbezogenem Wissen und in der Nutzung von wissenschaftlichem Wissen zum Fallverstehen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 53). Fachliche und methodische Fähigkeiten gelten für die Autorin als Kernelement des professionellen Handelns, das dazu beiträgt, das persönliche professionelle Repertoire zu erweitern. Als Professionelle der Sozialen Arbeit ist es zudem von zentraler Bedeutung, sich eklektisch verhalten zu können, was aber bedingt, dass ein breites Fachwissen vorhanden ist. Es gilt, reflektiert unterschiedliche Methoden u.a. in der Gesprächsführung, insbesondere im Hinblick auf ADHS betroffene Menschen, anwenden zu können. Unreflektierte Anwendung birgt jedoch die Gefahr von Willkür. Die vorausgegangenen Überlegungen führen zu folgenden Fragen, welche in dieser Arbeit analysiert und beantwortet werden sollen.

Hauptfragestellung:
Welche erweiterten Kompetenzen benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit, um mit ADHS betroffenen Frauen arbeiten zu können?

Unterfragestellung:
- Welches theoretische Fachwissen ist für Professionelle der Sozialen Arbeit in Bezug auf ADHS betroffene Frauen von Bedeutung?
- Welche methodischen Kompetenzen benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit in der Beratung sowie in der Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen?
- Was muss diesbezüglich in Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden?

1.2 Verortung des Themas in der Sozialen Arbeit

Die oben aufgeführten Fragen sind für die Autorin im Speziellen sowie allgemein für die Professionellen der Sozialen Arbeit von zentraler Bedeutung. Noch vor einigen Jahren ging man davon aus, dass sich das Störungsbild ADHS nach der Adoleszenz auswächst. Heute sind sich Fachkräfte darin einig, dass ADHS nicht nur eine Kindheitsstörung ist, sondern ihre Fortsetzung u.a. mit veränderter Symptomatik auch im Erwachsenenalter hat (vgl. Resnick 2000: 38). Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Ablenkbarkeit sowie Hyperaktivität gelten als Kernsymptome einer ADHS, wohingegen die gleichen Symptome ohne Hyperaktivität eine ADS umschreiben (vgl. Resnick 2000: 39). Die genannten Symptome können sich im Lebenslauf jedoch verändern. Hyperaktivität kann sich beim adulten ADHS z.B. in ein inneres Unruhegefühl umwandeln. Eine präzise ausschliessliche Definition von ADHS im Erwachsenenalter ist häufig schwer möglich, weil es sich hierbei häufig um ein komorbides Störungsbild handelt, was zur Folge hat, dass zusätzliche Begleitsymptome wie u.a. Depressionen, Sucht oder Angstzustände im Verbund mit ADHS auftreten können (vgl. Resnick 2000: 39). Diagnostizieren lässt sich eine ADHS aufgrund der international etablierten diagnostischen Manuale für Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenalter, nämlich der ICD-10 (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt (Hg.) 2014: 15) und des DSM-IV sowie des DSM-V (vgl. Falkai/ Wittchen (Hg.) 2015: 15). Hierbei sei aber darauf hingewiesen, dass nicht alle ADHS betroffenen Erwachsenen eine korrekte medizinische Diagnose durch Fachärzte erhalten, es sei denn, nahestehende Angehörige und/oder Freunde schildern typische Symptome. Des Weiteren können frühere Schulzeugnisse Anhaltspunkte und konkrete Hinweise auf die Störung enthalten (vgl. Krause/Krause 2014: 59). Krause und Krause weisen diesbezüglich explizit darauf hin, dass der diagnostische Prozess bei der ADHS im Erwachsenalter und ihrer Komorbidität mit einem Puzzle zu vergleichen sei, bei dem der Psychiater resp. die Psychiaterin versucht, aus vielen Einzelteilen ein der Persönlichkeit des Patienten entsprechendes Bild zusammenzusetzen (vgl. Krause/Krause 2014: 66). Die Autorin schliesst deshalb nicht aus, dass es auch ADHS betroffene Frauen gibt, die von ihrem ADHS keine Kenntnis haben.

Deshalb ist u.a. die Beratung von ADHS betroffenen Frauen sehr wichtig. Die Kooperation mit anderen Fachkräften ist ein weiteres und ebenso zentrales Gebiet resp. Tätigkeitsfeld in der Sozialen Arbeit. In der Sozialen Arbeit lassen sich unterschiedliche Konstellationen von Kooperationsbeziehungen unterscheiden. Eine der wichtigsten Kooperationsbeziehungen findet zwischen den Professionellen der Sozialen Arbeit und dem Klientel statt. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind bestrebt, mit ADHS betroffenen Frauen in Beratungssituationen ein gelingendes Arbeitsbündnis einzugehen, gemeinsam mit ihnen einen möglichen Weg zu suchen und sie in unterschiedlichen Veränderungsprozessen zu begleiten und zu unterstützen. Bei Bedarf wird eine weitere bedeutsame Zusammenarbeit angestrebt. Eine weitere Form der Kooperation stellt die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen dar, die je nach

Situation angestrebt wird. Eine solche Zusammenarbeit wird als intra- und interprofessionelle Kooperation bezeichnet. In der Sozialen Arbeit besteht die Problematik hinsichtlich der diffusen Allzuständigkeit, weil keine klare Definition des Gegenstandes vorliegt. Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit vielfältigen, oft diffusen alltagspraktischen Herausforderungen der Klientinnen. Durch die umfassende Zuständigkeit ist die Soziale Arbeit ungewiss. In ihrer Arbeit ist sie deshalb auf andere Professionen angewiesen. Dies begründet die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit mit anderen Professionen und Berufen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 108).

Die Relevanz der vorliegenden Thesis wird u.a. durch den aktuellen Berufskodex der Sozialen Arbeit bekräftigt. Exemplarisch soll auf einen Grundsatz hingewiesen werden. Die Soziale Arbeit leistet einen gesellschaftlichen Beitrag, insbesondere an diejenigen Menschen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt oder deren Zugang zu Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind (vgl. Avenir Social – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 6). Besonders ADHS betroffene Frauen führen ein intensives, farben- und facettenreiches Leben, weil sie eben interessiert, neugierig und reizoffen wahrnehmen und demzufolge in unterschiedlichen Lebensbereichen nur schwer zwischen wichtigen und unwichtigen Dingen unterscheiden können (vgl. Neuhaus 2007: 49). Viele ADHS betroffene Frauen haben herausragende Stärken wie Mut, hohe Leistungsfähigkeit, Durchsetzungs- und Durchhaltevermögen, Spontanität sowie oft einen erstaunlichen Pioniergeist. Die intensiven Lebensweisen der ADHS betroffenen Frauen können allerdings Schattenseiten bergen. Betroffene können aufgrund ihrer mangelhaften Informationsverarbeitung sowie ihrer Impulsivität unter vielfältigen Anpassungsschwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen leiden, die sich insbesondere in unserer reizüberfluteten, leistungsorientierten, flexibilisierten und schnelllebigen Welt verschärfen können. Allzu schnell gelten manche ADHS betroffenen Frauen als unzuverlässig, unmotiviert, werden gerügt oder erfahren sozialen Ausschluss. Gefangen in einem Teufelskreis von Labilität und Frustration, der seinen Anfang oftmals in schwierigen Kindheits- und Schulerfahrungen nahm, laufen betroffene Frauen Gefahr, dass sie an Selbstwertgefühl verlieren und an sich selber erschöpfen (vgl. Neuhaus 2007: 80). Diesem Umstand wird u.a. in den Grundwerten des Berufskodex Rechnung getragen, aufgrund dessen sich die Professionellen in besonderem Mass solidarisch zeigen und sozialen Ausschluss, Ungerechtigkeit, Stigmatisierung, Unterdrückung und Ausbeutung anprangern sowie Gleichgültigkeit gegenüber individueller Not, Intoleranz in zwischenmenschlichen Beziehungen und Feigheit in der Gesellschaft aktiv entgegenwirken (vgl. Avenir Social – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 10).

1.3 Aufbau der Arbeit

Bei dieser Bachelor Thesis handelt es sich einerseits um eine Literaturarbeit basierend auf einschlägiger wissenschaftlicher Fachliteratur und andererseits um eine empirische Untersuchung mittels qualitativer Experteninterviews.

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde die Literaturrecherche auf zwei verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Im Zeitraum vom November 2014 – Januar 2015 wurde in den Netzwerken der Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz (NEBIS), bei der sich rund 140 Bibliotheken von Hochschulen, Fachhochschulen und Forschungsanstalten angeschlossen haben, sowie über die Datenbank über das Konsortium der Schweizer Hochschulbibliotheken KFH im Fachbereich Soziale Arbeit resp. Psyndex gesucht. Die Schlüsselwörter wurden entsprechend der Fragestellung entwickelt. Durch die Suchkombinationen AND, OR und NOT konnte thematisch passende Literatur aufgefunden werden. Um die Literaturrecherche noch weiter zu differenzieren, wurde der Suchvorgang u.a. durch Einschränkung auf Publikationen der letzten zehn Jahre und Bücher in Standartdeutsch auf das Wesentliche reduziert. In einem weiteren Schritt hat sich die Autorin durch die Schweizerische Informations- und Beratungsstelle für Erwachsene mit ADHS ‚adhs 20+' über weitere Literatur informieren lassen. Die Anlaufstelle verfügt über eine breitgefächerte Informationsmöglichkeit zum Thema ADHS im Erwachsenenalter. Aus den Literaturangaben wählte die Autorin die passenden Dokumente aus.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Einleitung wird in Kapitel 2 dargelegt, was unter dem Störungsbild ADHS im Erwachsenalter - insbesondere von betroffenen Frauen - verstanden wird. Dazu werden die vielfältigen Problemsituationen des Störungsbildes in den einzelnen Unterkapiteln dargestellt. Positive wie negative Aspekte einer ADHS werden hierzu aufgegriffen. Das Kapitel 3 ist den methodischen Kompetenzen in Beratung und Kooperation gewidmet. Einführend wird auf die Rahmenbedingungen und Grenzen in der Beratung mit ADHS betroffenen Frauen eingegangen. Die Beratung und Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit wird in Bezug auf ADHS betroffene Frauen vorgestellt. Anschliessend wird auf die Beratungsmethode des personenzentrierten Ansatzes resp. der Gesprächsführung nach Rogers eingegangen. Weiter wird die Kooperation mit Klientinnen sowie die intra- und interprofessionelle Kooperation mit anderen Fachkräften ebenfalls ins Zentrum des Interesses gerückt.

Im 4. Kapitel wird anhand des gewonnenen theoretischen Fachwissens eine empirische Untersuchung mit drei Expertinnen durchgeführt. Im ersten Teil werden das Forschungsinteresse und die Fragestellung nochmals aufgegriffen sowie die Expertinnen und ihr berufliches Tätigkeitsfeld vorgestellt. Im zweiten Teil werden die Art der empirischen Untersuchung, die

Erstellung des Leitfadens sowie die Vorbereitung der qualitativen Experteninterviews und die praktische Durchführung der Interviews aufgezeigt.

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der drei durchgeführten Experteninterviews dargestellt. Anschliessend werden sie mit dem zuvor dargelegten Fachwissen aus den Kapiteln 2 und 3 in Verbindung gebracht und mit nachvollziehbaren Beispielen belegt und interpretiert.

In Kapitel 6 wird zuerst die Fragestellung beantwortet. Danach wird in einer Schlussfolgerung einerseits das Vorgehen der Untersuchung kritisch reflektiert, andererseits ein persönliches Fazit gezogen.

2. AD(H)S im Erwachsenenalter

Es ist sehr selten, dass ein psychiatrisches Störungsbild zunächst bei Kindern beschrieben wird und erst später auch für die Erwachsenenpsychiatrie von Bedeutung wird (vgl. Ryffel 2004b: 15). Dies trifft aber auf die häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS zu. Noch vor einigen Jahren wurde angenommen, dass Kinder einer ADHS entwachsen. Doch Fachleute und Studien aus den USA belegen, dass sich ADHS im Verlauf der Pubertät nicht ‚auswächst', sondern ihren Fortbestand bis ins Erwachsenenalter hat (vgl. Ryffel 2004b: 30). Nach wie vor gibt es erstaunlich wenig Literatur im deutschsprachigen Raum zum Thema ADHS bei Frauen.

Die Basissymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität mit und/oder ohne Hyperaktivität sowie Ablenkbarkeit sind bei Betroffenen auch im Erwachsenenalter zu beobachten. Allerdings kommt es häufig zu einer Verschiebung der Symptome. Wie Ryffel betont, verändert sich die Hyperaktivität von ADHS betroffenen Frauen in eine ‚innere Unruhe'. Auch die mangelhafte Selbststeuerung erfährt – je nach individueller Prädisposition und Umweltfaktoren – eine Verbesserung (vgl. Ryffel 2004b: 30). Erwähnenswert ist, dass bei vielen Erwachsenen eine ADHS im Kind- und Jugendalter gar nicht erst diagnostiziert wurde – die Frauen leiden jetzt umso mehr, was sich häufig in einer Lebensgeschichte aus Frustration, Misserfolgen sowie sozialen und beruflichen Abbrüchen widerspiegelt (vgl. Boekhoff 2014: 137). In den nachfolgenden Kapiteln wird das Störungsbild ADHS insbesondere aus der Perspektive von ADHS betroffenen Frauen näher vorgestellt.

2.1 Definitionen von ADHS

Trotz grosser Fortschritte in der Forschung ist unser Wissen über die Ursachen der ADHS immer noch sehr lückenhaft. Die Frage, ob jemand für die Entwicklungsstörung verantwortlich ist, d.h., ob die Störung allein infolge ungünstiger soziokultureller und familiärer Faktoren oder durch defizitäre Förderung entstanden ist, kann heute verneint werden. Die Disposition zur ADHS wird vererbt. Man weiss heute, dass einerseits zahlreiche Gene direkt und indirekt die Reifung des Gehirns steuern und modulieren (vgl. Krause/Krause 2014: 57).

ADHS steht für Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität. In der vorliegenden Arbeit werden die drei Erscheinungsformen, mit und ohne Hyperaktivität sowie die Mischtypen miteingeschlossen. Die ADHS wird als bio-psycho-soziales Phänomen verstanden (vgl. Ryffel 2004b: 17). Für die Entstehung von ADHS scheinen demnach genetische, neurobiologische und psychische Faktoren verantwortlich zu sein, wobei den biologischen

Faktoren offensichtlich die grösste Bedeutung zukommt. Bei ADHS handelt es sich um eine neurobiologische Entwicklungsstörung auf Grund einer Dysregulation der Neurotransmitter (Botenstoffe Dopamin, Noradrenalin und zum Teil Serotonin) im Gehirn (vgl. Krause/Krause 2014: 22). Auf Grund dieser Störung der Informationsverarbeitung haben betroffene Frauen Schwierigkeiten, ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten (vgl. Krause/Krause 2014: 60). Die eingeschränkte Impulskontrolle erschwert zudem ihre Verhaltenssteuerung (vgl. Krause/Krause 2014: 61).

Aufgrund der Forschung auf dem Gebiet der Neurobiologie konnte festgestellt werden, dass bei Erwachsenen resp. bei Frauen mit ADHS die Entwicklung des vorderen Gehirnbereichs bereits seit den Kinder- und Jugendjahren deutlich verzögert ist. Diese Hirnregion ist nachweislich für die sogenannten exekutiven Funktionen verantwortlich (Krause/Krause 2014: 24). Heute allgemein anerkannte wichtige exekutive Funktionen sind u.a. Handlungsplanung, Organisation des Verhaltens, Zeitmanagement, Flexibilität des Verhaltens, Arbeitsspeicher, Selbstregulation, Metakognition und Handlungskontrolle. Zusammenfassend werden diese exekutiven Funktionen in der Hirnforschung und Neuropsychologie als geistige Funktionen bezeichnet, mit denen Menschen ihr Verhalten unter Berücksichtigung der Bedingungen ihrer Umwelt steuern. Ihr Einsatz erfolgt nicht automatisch, sondern erfordert vom Individuum Willen und Anstrengung (vgl. Barkley 2012: 60). Dementsprechend haben von ADHS betroffene Frauen Probleme, ihre Aufmerksamkeits- und Reaktionsbereitschaft flexibel und strategisch sinnvoll zu handhaben. Des Weiteren bekunden sie Schwierigkeiten u.a. in den Bereichen Planen und Organisieren von Arbeitsabläufen, dem Vergleich der laufenden Handlungen mit früheren Erfahrungen und dem Ableiten von sinnvollen Konsequenzen, der Kontrolle der Aufmerksamkeit und der Selbstüberwachung. Die Selbsteinschätzung des eigenen Verhaltens und die Regulationskontrolle der eigenen Emotionen gelingt ihnen oft mangelhaft (vgl. Krause/Krause 2014: 24).

Schon bei Kindern und Jugendlichen konnte festgestellt werden, dass diese vorhandene Hirnreifungsstörung zu einem entwicklungsbedingten Rückstand führt und dieser auch im Erwachsenenalter andauert. Hinzu kommt, dass bei vielen betroffenen Frauen eine Reizfilterschwäche besteht. Sie führt zu einer Reizüberflutung des Gehirns. Aufgrund dieser perzeptiven Störung können Informationen, die über die Sinnesorgane ins Gehirn gelangen, ungenügend analysiert, bewertet und interpretiert werden, was in der Folge dazu führt, dass Betroffene bei zielgerichtetem, geplantem, flexiblem und überlegtem Denken und Handeln beeinträchtigt sind (vgl. Krause/Krause 2014: 24).

Von Aussenstehenden werden die Verhaltensweisen von Betroffenen oftmals in verschiedenen Lebenslagen und dementsprechend auch in beruflichen und privaten Beziehungen fehlinterpretiert. Ehepartner, Familienangehörige sowie Vorgesetzte oder Berufskollegen und

Berufskolleginnen ohne Kenntnisse von ADHS tendieren dazu, diese Merkmale nicht als entwicklungsbedingte Behinderung zu sehen. Betroffene werden in der Folge auf ihr impulsives, unkonzentriertes, unaufmerksames und somit auffälliges resp. störendes Verhalten reduziert. Betroffene verhalten sich jedoch nicht absichtlich impulsiv und unkonzentriert oder gar verträumt. Sie leiden selber am meisten unter ihren Schwächen.

Noch vor einigen Jahren wurde fälschlicherweise angenommen, dass Umweltfaktoren als Entstehungsursache einer ADHS verantwortlich sind. So hielten Wissenschaftler fest, dass ein ungünstiges soziales Milieu und/oder psychische Erkrankungen im sozialen Umfeld die Auswirkungen und Ausprägungen einer ADHS begünstigen können. Dies ist aber keinesfalls als entscheidende Ursache anzusehen (vgl. Faraone/Biedermann 1998, zit. in Krause/Krause 2014: 19). Mit hoher Wahrscheinlichkeit kann davon ausgegangen werden, dass ebenso komplexe genetische Faktoren bei der Erstehung einer ADHS mitwirken. Trotz rasanter Entwicklung auf genetischem Gebiet wird es indes noch eine Weile dauern, bis eine endgültige Identifizierung aller für das Störungsbild wesentlicher Gene vorliegt (vgl. Krause/Krause 2014: 57).

Generell lässt sich ADHS also durch die Basissymptome Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität kennzeichnen. Des Weiteren erscheint es hilfreich, bei ADHS die Kernsymptome auf folgende Art zu erweitern. Es sind dies: Aufmerksamkeitsstörung, mit oder ohne Hyperaktivität und Impulsivität (vgl. Krause/Krause 2014: 61). Die Verhaltensweisen wie Aufmerksamkeitsstörungen, motorische Störungen, mangelhafte Impulskontrolle, Reizoffenheit, Desorganisation, Probleme im sozialen Umfeld, Schwierigkeiten in persönlichen Beziehungen, emotionale Störungen und reduzierte Frustrations- und Stressintoleranz werden von Fachkräften am häufigsten beobachtet (vgl. Krause/Krause 2014: 62). Die Symptome können sich mit der Zeit resp. im Lebensverlauf verändern. So kann beobachtet werden, dass sich das Symptom einer Hyperaktivität als Gefühl von ‚innerer Unruhe' und/oder ‚inneres Getrieben-Sein' verändern kann (vgl. Ryffel 2004b: 30).

Die Diagnose einer ADHS ist im Erwachsenenalter viel schwieriger zu stellen. Die Symptome der ADHS betroffenen Frauen haben sich durch Anpassungsprozesse verändert, wandeln sich bzw. können sich auf andere Lebensbereiche auswirken oder zeigen sich mittlerweile diffus (Krause/Krause 2014: 120). Die ADHS Symptomatik ist typischerweise Schwankungen unterworfen (vgl. Roy 2012: 36). Frauen können aufgrund ihrer Sozialisation sehr anpassungsfähig sein und fallen deshalb kaum auf (vgl. Ryffel 2004b: 31). Es wird oft berichtet, dass Frauen mit ADHS eine hohe Sensibilität haben. Sie sind selber hyperempfindlich, verhalten sich oft aufgrund der mangelnden Impulskontrolle anderen gegenüber aber keineswegs immer sensibel (Ryffel 2004a: 23). Impulsive Frauen versuchen deshalb, sich unter enormem Energieaufwand bis hin zur Erschöpfung zusammenzureissen. Erschöpfungszu-

stände führen dazu, dass dies schwerwiegende Folgen für die persönliche Entwicklung und berufliche Laufbahn mit sich bringt (vgl. Ryffel 2004b: 31). Frauen mit ADHS sind emotional oft wenig im Gleichgewicht. Manche sind ihren Gefühlen ausgeliefert, fühlen sich hilflos, was u.a. in eine Depression führen kann. Ein schlechtes Selbstkonzept, Scham und Unsicherheit, das Leben nicht gut genug meistern zu können, gesellen sich dazu. (vgl. Ryffel 2004b: 30) Dieses Gefühl stellt sich oft bei alltäglichen Aufgaben wie z.B. Rechnungen bezahlen oder der Haushaltführung ein, was Frauen mit ADHS sehr belasten kann, weshalb sie grundsätzlich daran zweifeln, nichts auf die Reihe zu kriegen. Wenn komorbide Störungen wie dissoziale Entwicklung, schwere Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen im Vordergrund stehen, sind Fachkräfte bei einer allfälligen Diagnosestellung auf viel Erfahrung mit diesem Krankheitsbild angewiesen. Dementsprechend ist die Kenntnis des gesamten psychiatrischen Spektrums nötig (vgl. Krause/Krause 2014: 120). Um zur Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter zu gelangen, empfehlen Krause und Krause, sich einen Überblick über Kindheit, Schule, Berufsausbildung, Beziehungsfähigkeit, Ess- und Trinkgewohnheiten und Gebrauch von legalen und illegalen Stimulanzien zu verschaffen (vgl. Krause/Krause 2014: 124). Gute Hinweise und brauchbare Informationen lassen sich oft in alten Schulzeugnissen finden, die Auskunft über das Verhalten von Frauen mit ADHS während der Schulzeit geben. Eine direkte Befragung bei ehemaligen Lehrkräften und Eltern sowie bei Berufskollegen und Berufskolleginnen ist oftmals nicht mehr möglich resp. wird eher zurückhaltend und/oder nicht unbedingt empfohlen (vgl. Krause/Krause 2014: 127).

Prävalenz

Die Angaben zur Häufigkeit einer ADHS im Erwachsenenalter weisen grosse Unterschiede auf. Die Schätzungen variieren je nach Kriterien, die zu deren Definition herangezogen werden. ADHS tritt bei fünf bis acht Prozent der Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter und bei zwei bis fünf Prozent der Erwachsenen auf. Dreimal häufiger wird ADHS bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert. Im Erwachsenenalter liegt das Verhältnis der betroffenen Männer und Frauen in etwa bei 2:1 (vgl. Barkley 2012: 53). Barkley bestätigt zudem, dass die Störung in allen Ländern, Kulturen und Ethnien sowie in allen sozialen Schichten vorkommt. Interessanterweise finden sich laut Barkley Hinweise, dass in städtischen und bevölkerungsreichen Regionen ADHS weiter verbreitet als in vorstädtischen oder ländlichen Regionen auftritt (vgl. Barkley 2012: 53). Heute weiss man, dass ADHS keine vorübergehende neurobiologisch bedingte Störung ist, die sich mit den Jahren selbst auswächst (vgl. Ryffel 2004b: 30). Die vielfältigen Ausprägungen der Aufmerksamkeitsstörung wie u.a. Konzentrationsschwierigkeiten, Ablenkbarkeit, verlangsamte Informationsverarbeitung und Desorientierung bleiben häufig lange, wenn nicht gar ein Leben lang bestehen (vgl. Ryffel 2004b: 30).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD -10, Kapitel V ihre klinisch-diagnostischen Leitlinien festgehalten (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2014: S. 358). An dieser Stelle gilt es anzumerken, dass innerhalb der ICD-10 noch keine gesonderten Kriterien für das Vorliegen einer ADHS im Erwachsenenalter bestehen (vgl. Lauth/Minsel 2009: 19). Im Unterschied zur ICD-10 berücksichtigt das aus dem angloamerikanischen Raum stammende DSM-V drei Untertypen, nämlich den Mischtypus (ADHS), den vorwiegend unaufmerksamen Typus (Aufmerksamkeitsdefizitstörung, ADS) und den vorwiegend impulsiven Typus (HI) (vgl. Falkai/Wittchen 2015: 53). DSM-V berücksichtigt im Gegensatz zur ICD-10 geschlechtsspezifische Unterschiede, also u.a. Frauen mit ADHS (vgl. Falkai/Wittchen 2015: 53).

Ergänzend zur ICD-10 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Klassifikation entwickelt, welche generell die Folgen von Störungen oder Krankheiten auf die Funktionsfähigkeit erfassen kann. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) versteht „Behinderung" als das Ergebnis einer komplexen Interaktion der Funktionsfähigkeit einer Person und ihrer Umwelt (Lindmeier 2005: 33). Die Funktionsfähigkeit wird auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen (biologische Perspektive), der Aktivität (psychologische Perspektive) und der Partizipation (soziale Perspektive) erfasst. Das ICF Modell erlaubt es, eine Störung gemäss ICD-10 zu definieren, die Folgen für die Funktionsfähigkeit zu beschreiben und gleichzeitig auch weitere Einschränkungen der Funktionsfähigkeit zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung erfolgt im jeweiligen Kontext der spezifischen Umweltbedingungen - u.a. im Bereich der Aus- und Weiterbildung und der Berufsausübung – sowie der personenbezogenen Faktoren - u.a. bei Geschlecht, Herkunft und Alter (vgl. Lindmeier 2005: 33). Der Einbezug des ICF Modells, welches einen bio-psychosozialen Ansatz verfolgt, würde sich nach Ansicht der Autorin als ergänzende Methode für die Fallarbeit in der Sozialen Arbeit anbieten. Das Zusammenspiel der erhobenen Folgen betreffend Funktionsfähigkeit und den zu erwartenden weiteren Funktionseinschränkungen bilden eine wichtige Voraussetzung, um die Planung sinnvoller und mit gelingenden Interventionen im Zusammenhang mit ADHS betroffenen Frauen anzugehen.

Für die Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter gibt es also Kriterien, welche darüber entscheiden helfen, ob diese Störung tatsächlich vorliegt oder nicht. Diese Kriterien sind zwar notwendig für die Erstellung einer ADHS Diagnose, aber nicht hinreichend genug, um die Schwierigkeiten der Betroffenen zu beschreiben.

2.2 ADHS bei Frauen

Ein erstes wissenschaftliches Buch veröffentlichte Kathleen Nadeau im Jahre 1995 als Herausgeberin und unter Mitwirkung einer Reihe namhafter Wissenschaftlerinnen und Wissen-

schaftler zu den Themen Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter, in dem erstmals ein Kapitel den betroffenen Frauen gewidmet war. (vgl. Krause/Krause 2014: 112). Die wissenschaftliche Datenlage zu spezifischen Fragestellungen in Bezug auf Frauen mit ADHS ist aktuell indes immer noch sehr gering.

Die bislang veröffentlichen Untersuchungen zum Thema ADHS bei Frauen stammen aus dem amerikanischen Raum. Die Autorinnen und Ärztinnen Patricia Quinn und Kathleen Nadeau sind für ihre genderspezifischen Veröffentlichungen zum Thema ADHS bekannt. Die im deutschsprachigen Raum dokumentierten Praxisbeobachtungen stammen fast ausschliesslich von Ryffel. Geschlechtsspezifische Unterschiede der ADHS werden mittlerweile vermehrt diskutiert (vgl. Krause/Krause 2014: 113).

Bei den bisher veröffentlichen Untersuchungen wurde inhaltlich die Hyperaktivität in den Vordergrund gerückt und die Erfassung der Symptome orientierte sich mehr an der Symptomatik des hyperaktiven Jungen. Den Symptomen der Unaufmerksamkeit, unter denen die meisten Mädchen und Frauen vorzugsweise leiden, wurde kaum Beachtung geschenkt (vgl. Krause/Krause 2014: 111). Lange Zeit wurden Mädchen wie auch Frauen nicht diagnostiziert. Krause und Krause (2014) betonen, dass sie dem Bild des Zappelphilipps nicht entsprochen, selten bis nie unter körperlicher Unruhe gelitten haben und sich dennoch oft aus dem Kreis der anderen Mädchen resp. Frauen ausgeschlossen fühlten (Krause/Krause 2014: 112). Retrospektiv gesehen, berichten betroffene Frauen darüber, dass sie in der Schule eher ‚verträumt' und 'brav' waren und den Unterricht keinesfalls gestört hätten. Ab der Pubertät allerdings, wenn im familiären Kontext der Versuch unternommen wurde, sie auf schulische Verpflichtungen oder auf Veränderungen betreffend Tagesgestaltung hinzuweisen, reagierten sie übermässig gereizt, brausten jeweils vulkanartig auf und erschreckten dabei das vollkommen unvorbereitete soziale Umfeld (vgl. Krause/Krause 2014: 114).

Die gesellschaftliche Rollenzuschreibung hat sich gegenüber Frauen in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Obschon immer noch sehr traditionelle Vorstellungen von der Aufgabenverteilung innerhalb des familiären und sozialen Kontexts existieren, ist heute oft die ausgesprochene Erwartung an Frauen, dass sie Familie und Beruf ohne Probleme verbinden können (vgl. Krause/Krause 2014: 115). Damit sich Frauen mit ADHS in diesem Spannungsfeld behaupten können, müssen sie sehr viel Kraft aufbringen, um diszipliniert Strukturen für den Alltag zu schaffen. Um den Anforderungen genügen zu wollen, laufen sie Gefahr, sich chronisch zu überfordern, weswegen sie relativ leicht in eine depressive Verstimmung geraten und ihr Leben ihnen vollkommen sinn- und nutzlos scheint (vgl. Krause/Krause 2014: 115). Die mangelnde Organisationsfähigkeit im Zusammenhang mit der Haushaltsführung lässt sich anschaulich von einer betroffenen Frau mit ADHS folgendermassen illustrieren:

> Mit Ordnung und Haushalt habe ich ein grosses Problem. Ich schaffe es einfach nicht, den ganzen Haushalt in Ordnung zu halten. Wenn ich mich darauf konzentriere, dass die Küche und das Wohnzimmer sauber und aufgeräumt sind, bleibt sicher die Wäsche irgendwo liegen. Wenn ich jedoch die Betten mache und das Badezimmer putze, komme ich mit dem Abwasch nicht voran. Ich kann sehr gut anfangen zu putzen, bevor ich jedoch damit fertig bin, habe ich schon an drei anderen Orten begonnen, aufzuräumen oder sitze mit einem Buch, das ich gerade gefunden habe, auf dem Sessel und lese. (Patientin, zit. in Ryffel 2004a: 51).

Eindrücklicherweise gibt es Frauen, die überhaupt keine oder nur sehr wenige sichtbare ADHS Symptome - u.a. Desorganisation – haben und trotzdem von einer ADHS betroffen sind. Das Erkennen wird dadurch erschwert, dass Schwierigkeiten erfolgreich ‚überdeckt' werden. Manche Frauen haben sich unwissentlich beachtliche und aussergewöhnliche Bewältigungsstrategien zu eigen gemacht (vgl. Solden 2005: 148). Sie sind in der Lage, sowohl beruflich erfolgreich zu sein wie auch im familiären Umfeld bestens zurechtzukommen. Ihre Bewältigungs- oder Kompensationsstrategien - u.a. Überkontrollieren, Überorganisieren oder der Einsatz von Hilfsmitteln - sind so hoch entwickelt, dass sie trotz ihrer ADHS gut zurechtkommen (vgl. Solden 2005: 148). Solden (2005) resümiert, dass Frauen mit ADHS so gekonnt kompensieren, ohne es zu wissen, dass ihr Leben ‚läuft', solange sie an ihren bestens erprobten und bewährten Kompensationsstrategien festhalten können. Ein empfindliches Gleichgewicht, das falls sie nicht wie gewohnt kompensieren oder etwas Unvorhergesehenes dazukommt, leicht gestört wird, so dass ihre wahren Schwierigkeiten und Probleme einerseits offensichtlicher werden. Andererseits bezahlen sie ohne Unterstützung von aussen einen hohen Preis (vgl. Solden 2005: 148). Wenn eine Frau mit ADHS ihre Probleme beschreibt, erwähnt sie immer wieder die Schwierigkeit, Ordnung in ihrem täglichen Leben zu halten. Sie berichtet von Hoffnungslosigkeit, Gefühlen von Überwältigt-Sein, andauernder Wut, sich nicht organisieren können, von der langweiligen Alltagsroutine, dem Gefühl der Überlastung und von störenden Stimmungsschwankungen, was nicht nur für die betroffene Frau selber, sondern auch für ihre Mitmenschen sehr anstrengend ist. (vgl. Solden 2005: 144). Die täglichen Anforderungen und das Aufrechterhalten von Bewältigungsprozessen können mit der Zeit so anstrengend werden, dass sich zusätzliche gesundheitliche Beschwerden resp. Einschränkungen bemerkbar machen (vgl. Solden 2005: 148).

2.2.1 ADHS als Stärke

Bedauerlicherweise konzentriert resp. orientiert sich die Medizin wie auch die Soziale Arbeit im Zusammenhang mit ADHS traditionellerweise immer noch oft an vorhandenen personenspezifischen Defiziten. Eine solche Sichtweise reduziert die betroffenen Frauen meist auf das Störungsbild, beeinträchtigt resp. beeinflusst ihr Selbstwertgefühl negativ und wird ihnen durch den eindimensionalen Blick schlichtweg nicht gerecht.

Das Erscheinungsbild und die Beschreibung von Frauen mit ADHS wäre indes unvollständig, liesse man die ausgesprochenen Stärken der betroffenen Frauen ausser Acht. Viele Frauen mit ADHS sind sich ihrer Stärken selbst nicht bewusst. Mehr noch. Da sie in der Vergangenheit, meist seit ihrer Kindheit, sehr häufig nur mit ihren Schwächen konfrontiert wurden, haben sie ein mangelndes Bewusstsein für ihre Stärken entwickelt und verzichten deshalb auf deren Einsatz (vgl. Roy/Zigldrum/Dillo 2012: 87). Frauen mit ADHS sind oft enorm beharrlich in ihrem Streben, sie sind wissbegierig und neugierig. Betroffene Frauen sind in der Regel nach Konflikten resp. nach Meinungsverschiedenheiten nicht sonderlich nachtragend (Lauth/Minsel 2009: 46). Sie sind in der Lage, bei Interesse ihre Aufmerksamkeit rasch und hyperfokussiert auf ihre Aufgabe resp. Tätigkeit zu lenken. Multitasking ist für sie bei vielen Tätigkeitsbereichen ein ausgesprochener Vorteil. Zudem sind viele Frauen mit ADHS typischerweise in sozialen Berufsfeldern tätig (vgl. Lauth/Minsel 2009: 17). Frauen mit ADHS werden die Fähigkeiten zu Innovation, Ideenreichtum, schneller Auffassungsgabe, Querdenken und eine beachtliche Leistungsfähigkeit, Standhaftigkeit, Ausdauer und eine charismatische Ausstrahlung zugesprochen. Des Weiteren sind sie unternehmungsfreudig und oft unterwegs als Person und/oder in ihren Gedanken, ohne wirklich am Ziel anzukommen, soweit sie überhaupt eines haben. Ihr Tatendrang, ihr Optimismus, zuweilen auch Pragmatismus, ihre Kampfeslust, ihr soziales Engagement, gar ihr ausgeprägter Gerechtigkeitssinn für Schwächere und ihre überdurchschnittlichen emphatischen Fähigkeiten für ihre Mitmenschen sind legendär (vgl. Lauth/Minsel 2009: 17). Auch bekannte Persönlichkeiten wie beispielsweise die oben erwähnten Wissenschaftlerinnen Kathleen Nadeau und Patricia Quinn sprachen am Kongress der grössten amerikanischen Selbsthilfegruppe CHAAD 1997 über ihre eigene ADHS Symptomatik (vgl. Krause/Krause 2014: 113). Frauen mit ADHS können demzufolge in allen gesellschaftlichen Bereichen vertreten sein. Es sind dies die Kreativen, die Erfinderinnen, die Mutigen, diejenigen, die die Gesellschaft voranbringen wollen. Vielen von ADHS betroffenen Künstlerinnen wird ein hohes Mass an Kreativität zugesprochen, das sie u.a. durch ihr eher chaotisches Denken, das Einschlagen von vielfältigen Gedankennebenwegen und das Entwickeln von anderen Assoziationszusammenhängen in verschiedene Richtungen entstehen lassen (vgl. Roy 2012: 44).

Helga Simchen (2007) fasst die Stärken der ADHS-Betroffenen folgendermassen zusammen:

> Menschen mit ADHS verfügen über eine assoziative Denkweise. Das heißt, sie denken vielschichtig, sie können aufgenommene Sinneswahrnehmungen unbewusst verändern und sie können mit Hilfe ihrer Fantasie ganz neue Wahrnehmungen erzeugen. Das ist eine Fähigkeit des Gehirns, was nur Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS vorbehalten ist. Dabei können sie ihre Umgebung sehr bewusst wahrnehmen. Sie sind in der Lage, alles zu durchschauen und direkt zu hinterfragen; sie sind hellwach, wenn etwas sie interessiert. Ihnen kann man nichts vormachen, ihnen entgeht nichts. Sie hören

> und sehen mehr als für andere wahrnehmbar ist. Ist ihr Interesse einmal geweckt, ist ihre Wissbegierde riesengroß. Sie können sich dann sehr gut konzentrieren und Hervorragendes leisten. Sie besitzen einen Scharfblick mit starker Intuition, wie ihn sonst keiner hat (...). Ausgerüstet mit einem guten Selbstbewusstsein, können Menschen mit ADHS gerade aufgrund ihrer außergewöhnlichen Fähigkeiten in ihrem Leben Grosses vollbringen. So leisten heute viele Erwachsene mit ADHS in der Tat Hervorragendes, ohne, dass sie je von ihrem ADHS wussten und dessen Behandlung beansprucht hätten. Sie wuchsen eben trotz ihres ADHS unter günstigen Rahmenbedingungen auf, verfügten über ausgezeichnete intellektuelle Ressourcen und konnten deshalb ein gutes Selbstbewusstsein entwickeln. (Simchen 2007: 57)

Barkley (2012) wendet hingegen ein, dass ADHS im Grunde keine Stärken oder andere Vorteile pauschal zugeordnet werden können, da Stärken und Begabungen jeweils einen integralen Bestandteil der persönlichen Sozialisation und Biografie sowie der individuellen Veranlagungen darstellen, deren Entwicklung in keinem direkten Zusammenhang mit der ADHS stehen kann. Wenn Frauen mit ADHS kompensatorische Bewältigungsstrategien entwickeln, so sei dies zwar sehr erfreulich, gebe aber keinen Hinweis auf einen unmittelbaren Zusammenhang mit der ADHS, da das Entwickeln adaptiver Kompensationsmechanismen selbst bereits eine gewisse Intelligenzleistung und Kreativität erforderlich mache (vgl. Barkley 2012: 30).

2.2.2 ADHS als Schwäche

In diesem Kapitel wird das ADHS-typische Verhalten bei Frauen mit ADHS kurz umrissen und vorgestellt. Grundsätzlich lässt sich das menschliche Verhalten als Zusammenwirken von biologischen Faktoren sowie solchen des sozialen Lernens beschreiben. Diese zeigen charakteristische Folgen resp. Verhaltensmerkmale, die sich bei betroffenen Frau mit ADHS u.a. in folgenden Verhaltensmerkmalen äussern: Aufschieben, Unkonzentriertheit und Ablenkbarkeit, innere Unruhe sowie flüchtiges, risikoreiches Verhalten (vgl. Lauth/Minsel 2009: 37-38). Im Folgenden sollen diese kurz dargestellt werden.

Aufschieben

Frauen mit ADHS erleben in unterschiedlichen sozialen Situationen wie u.a. in der Haushaltführung, Kindererziehung, in sozialen Kontakten und im beruflichen Kontext langjährige Misserfolge resp. mangelnde Anerkennung und oft negative Rückmeldungen auf ihr Tun. Dadurch entwickeln sie eine chronische defizitäre ‚Verstärkerbilanz', weil ihr Tun, ihre Anstrengungen und Bemühungen nur selten zum gewünschten Erfolg führen. Ihre eigene wie auch die Anerkennung des sozialen Umfelds bleiben oft gänzlich aus (vgl. Lauth/Minsel 2009: 37). Als Folge werden die Lebens- und Tätigkeitsbereiche, die bislang nur Misserfolge mit sich gebracht haben, zunehmend gemieden und unzureichend eingeübt. Wichtige Aufgaben werden oft aufgeschoben und im letzten Moment angegangen, manchmal auch

schlicht vergessen. Des Weiteren können Frauen mit ADHS Wichtiges von Unwichtigem nur kaum und/oder unzureichend unterscheiden. Ebenso haben sie ein Gefühl für ein effizientes Zeitmanagement nur ungenügend ausgebildet, was sich häufig in ihrer Unpünktlichkeit zeigt (vgl. Roy 2012: 40).

Unkonzentriertheit und Ablenkbarkeit

Eine Vielzahl von Frauen mit ADHS ist in Berufen tätig, in welchem sie ihre Kreativität ausleben und/oder Projekte entwickeln können. Hier erleben sie u.a., dass sie gute, interessante und spannende Ideen haben, diese aber nicht konstruktiv umsetzen können, da ihnen die strukturellen Rahmenbedingungen und die Fähigkeit zur Organisation unliebsamer Details fehlen (vgl. Roy 2012: 44). Denn anstatt sich konzentriert auf bevorstehende Aufgaben und Ereignisse vorzubereiten, blenden sie diese aus, bis sie unmittelbar bevorstehen oder bereits eingetreten sind und selbst dann ignorieren sie deren Umstände resp. Schwierigkeiten (vgl. Barkley 2012: 107). Dies führt Barkley (2012) u.a. darauf zurück, dass Frauen mit ADHS zeitblind sind resp. einen eingeschränkten Zeithorizont haben, was ihre Zukunft angeht (vgl. Barkley 2012: 108). Dementsprechend führt ihr mangelndes Zeitgefühl zu den eben erwähnten verheerenden Auswirkungen.

Des Weiteren können Frauen mit ADHS ihre Aufmerksamkeit nur unzureichend aufrechterhalten. Kennzeichnend ist ihr Unvermögen, Gesprächen aufmerksam zu folgen. Bisweilen entfällt ihnen auch, was sie gerade sagen wollten. Sie zeigen eine erhöhte Ablenkbarkeit infolge Störquellen und haben generell Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Aufgaben zu konzentrieren. Zudem werden Termine und mündliche wie schriftliche Vereinbarungen des Öfteren vergessen. Da Frauen mit ADHS sehr leicht abgelenkt sind, verlieren und verlegen sie auch oft wichtige Gegenstände wie Wohnungsschlüssel, Brillen, Handtasche oder ihre Geldbörse (vgl. Ryffel 2004a: 23). Betroffene Frauen berichten ausserdem, dass sie zu Hause - auf dem Weg von einem Zimmer in das andere - vergessen haben, was sie eigentlich in diesem Zimmer erledigen wollten. Generell werden Frauen mit ADHS deshalb von ihren Mitmenschen als „chaotisch, schusselig, zerstreut" beschrieben und empfunden (Ryffel 2004a: 23).

Innere Unruhe

Frauen mit ADHS stehen unter einer ständigen Anspannung, einer quälenden inneren Unruhe und einem Gefühl des "Getrieben Seins" (Roy 2012: 40). Eine Entspannung ist für diese Frauen kaum möglich und kann so ausgeprägt sein, dass selbst das Liegen auf einem Liegestuhl am Strand oder das Einschlafen am Abend erheblich erschwert sind (vgl. Roy 2012: 40). Frauen beschreiben diesen Zustand, als würde ständig „ein Motor in ihnen laufen" und als ob ihre Gedanken als Karussell durch ihren Kopf rauschten (Roy 2012: 40). Oft werden

Suchtmittel wie u.a. Nikotin, Cannabis oder Koffein dazu eingesetzt, diese ständige Anspannung zu lindern und zeitweise zu unterbrechen (vgl. Roy 2012: 40). Besuche von Vorträgen, Kinofilmen und Betriebssitzungen können als sehr anstrengend empfunden werden, wenn es erforderlich ist, für einen längeren Zeitraum sitzen zu bleiben. Sind zusätzlich Konzentrationsschwierigkeiten vorhanden, kann das Verfolgen eines Vortrags nahezu unerträglich werden (vgl. Roy 2012: 40).

Flüchtiges, risikoreiches Verhalten

Frauen mit ADHS sind häufig nicht in der Lage, adäquat mit alltäglichen, hektischen Lebenssituationen umzugehen, sondern reagieren emotional unangemessen, unsicher, ärgerlich, verwirrt oder ängstlich (vgl. Ryffel 2004a: 24). Hyperaktivität und Impulsivität in Kombination hat nicht selten zur Folge, dass sich Frauen mit ADHS leicht für neue Herausforderungen begeistern, dann aber sehr rasch Langeweile empfinden, was den Abbruch dieser Herausforderungen bewirkt (vgl. Roy 2012: 41). Arbeitsstellen werden häufig gewechselt und Freizeitbeschäftigung wie bestimmte Sportarten und/oder künstlerische Hobbys werden nicht selten vorzeitig abgebrochen. Frauen mit ADHS sind oft auf der Suche nach Stimulation resp. Nervenkitzel, weshalb sie besondere Herausforderungen suchen. Dies kann sich beispielsweise im Strassenverkehr zeigen, wo sie durch ihren risikoreichen Fahrstil auffallen. Oder sie frönen risikoreichen Sportarten wie dem Fallschirm- oder Bungee-Springen, um das leicht auftretende Gefühl der Langeweile zu mindern (vgl. Roy 2012: 41).

2.2.3 Schul- und Berufsbiographien

Wenn die Störung einer ADHS unerkannt und gar unbehandelt bleibt, kann sie zu erheblichen Beeinträchtigungen des gesamten Lebenslaufes führen (vgl. Roy 2012: 43). Bestätigt ist, dass bereits im Kindesalter eine ADHS häufig bewirkt, dass Schülerinnen und Schüler durch ihre vorhandenen Konzentrations- und Wahrnehmungsschwäche und/oder ihre ausgeprägte Unruhe hinter ihrem eigentlichen, ihrer Intelligenz entsprechenden Leistungspotential zurückbleiben (vgl. Neuhaus 2007: 70). Des Weiteren zeigt sich in der Schulpraxis, dass Kinder und Jugendliche auf Grund ihres reduzierten schulischen Leistungsvermögen und ihres Verhaltes auch zunehmend auf Sonderbeschulung angewiesen sind. Schulkarrieren sind zwar nicht immer derart extrem, aber oft berichten von ADHS betroffene Frauen mit Bedauern, Frustration oder tiefer Enttäuschung und Trauer, dass sie möglicherweise einen besseren Schul- und Berufsabschluss hätten erreichen können, wäre bei ihnen frühzeitig, d.h. bereits in den Kinder- und Jugendjahren, ihre ADHS Problematik diagnostiziert und behandelt worden (vgl. Roy 2012: 43).

Bereits in den 1990er Jahren wurde untersucht, wie sich ADHS auf die beruflichen Fähigkeiten eines Individuums auswirkt. Damals herrschte die Meinung vor, dass ADHS Symptome

lediglich in der Schule ein Problem darstellen. Das Hauptproblem dieser damaligen Studien war, dass sie nur Neben-, Ferien– oder Aushilfsjobs berücksichtigten, für die keine speziellen Fähigkeiten benötigt sowie keine dauerhafte Aufmerksamkeit, Konzentration oder Ausdauer verlangt wurden (vgl. Barkley 2012: 237). Ganz andere Ergebnisse zeigten sich bei einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit im Erwachsenalter. Auffallend ist, dass Frauen mit ADHS u.a. häufiger den Arbeitsplatz wechseln und grössere Schwierigkeiten haben, den beruflichen Anforderungen nachzukommen, ihren Arbeitstag zu strukturieren, selbstorganisiert zu arbeiten, Aufgaben zu Ende zu führen oder mit ihren Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie ihren Vorgesetzten zurechtzukommen. Im Vergleich zu Frauen ohne ADHS sind diejenigen mit ADHS häufiger von Stellenverlust und Beurlaubungen betroffen (vgl. Barkley 2012: 237). Wird eine Arbeitsstelle infolge der ADHS-Schwierigkeiten verloren, fallen diese Frauen oftmals in eine tiefe Mutlosigkeit und Resignation (vgl. Roy 2012: 44). Sind Frauen mit ADHS mehrfach von Stellenverlust betroffen, können sich erhebliche Selbstzweifel entwickeln und manifestieren (vgl. Roy 2012: 44).

Die sozialen Ressourcen sind für das berufliche Bestehen und den beruflichen Erfolg mitunter mitentscheidend. Sind diese mangelhaft oder kommt es im engeren sozialen Bereich der Betroffenen häufig zu Konflikten, so kann dies die berufliche Laufbahn gefährden, da die Betroffenen die entsprechenden Stressoren schwer kompensieren können. Am Arbeitsplatz können Konflikte entstehen, wenn Arbeiten durch Ungenauigkeiten fehlerhaft sind und/oder durch zu langsames Tempo nicht rechtzeitig abgeschlossen werden (vgl. Roy 2012: 43). Aus Unwissenheit reagieren Arbeitskolleginnen und -kollegen auf derartige Probleme meist negativ. Frauen mit ADHS werden oft als unzuverlässig, unkorrekt, faul, dumm und unmotiviert angesehen (vgl. Roy 2012: 43). Sie zeigen zudem sehr oft einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus und beschreiben, dass sie jeweils in der zweiten Tageshälfte und in den Abendstunden bzw. in der Nacht deutlich leistungsfähiger sind (vgl. Roy 2012: 44). Biologische Ursachen weisen möglicherweise einen Einfluss auf den Rhythmus von Frauen mit ADHS auf. Zudem lässt sich aufgrund der Ruhe und der Reizarmut in der Nacht, wo beispielsweise Telefonanrufe fehlen, die Konzentrationsspanne besser aufrechterhalten (vgl. Roy 2012: 44). Die meisten Frauen mit ADHS leiden unter einer schwankenden Leistungsfähigkeit, d.h. alle Berufsfelder, die mit einer erhöhten Stressbelastung verbunden sind, können nach und nach zu einer ausgeprägten Stresssymptomatik mit einschneidender Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Krause/Krause 2014: 315).

2.2.4 Beziehungen

Frauen mit ADHS sind kontaktoffen, haben aber Schwierigkeiten mit der Beziehungsgestaltung (vgl. Neuhaus 2006: 69). Sie haben oft die Tendenz, für andere denken zu wollen und zu wissen, was für diese gut und richtig ist. Für ihre eigene Lebenssituation dagegen trifft dieses Wissen und Können zum grössten Teil nicht zu. Der überwiegende Anteil von Frauen mit ADHS kann ‚parallel denken', auch mehrere Dinge gleichzeitig tun. Zudem sind sie in ihren Gedankengängen sehr sprunghaft, reagieren jedoch eher ungehalten, wenn ihr Gegenüber - u.a. ihr Partner - ihren Gedankengängen nicht so schnell folgen kann. Ein kleiner Anteil von Frauen mit ADHS ist indes nur in der Lage, einer einzigen Sache nachzugehen, wobei diese Frauen dabei extrem langsam und schwerfällig sind (vgl. Neuhaus 2006: 69).

Frauen mit ADHS haben die Neigung, überall und alles stehen und liegen zu lassen, was für das soziale Umfeld sehr mühsam sein kann. Wenn sie darauf angesprochen werden, reagieren sie verwundert und erstaunt. Grundsätzlich sind die meisten Frauen mit ADHS, wie bereits erwähnt, nicht in der Lage, Termine einzuhalten, was auch im sozialen Kontext problematisch sein kann (vgl. Neuhaus 2006: 72). Des Weiteren entwickeln sich Gespräche zwischen Frauen mit ADHS und ihren Partnern häufig problematisch, wenn sich die betroffene Frau nicht verstanden fühlt. So kommt es vor, dass sie sich gekränkt zurückzieht und Gespräche allgemein zu vermeiden versucht (vgl. Neuhaus 2006: 73). Neuhaus weist darauf hin, dass Frauen mit ADHS sehr harmoniebedürftig sind und den dringlichen Wunsch hegen, anerkannt und als nett und freundlich angenommen zu sein. Damit sie eine positive Rückmeldung von ihrem Partner und/oder ihrem sozialen Umfeld erhalten, entwickeln sich einige Frauen mit ADHS zu notorischen Ja-Sagerinnen, ohne Ausmass und Belastung einer Anforderung abschätzen zu können (Neuhaus 2006: 100). Zudem weisen Frauen mit ADHS einen Hang zur Gutmütigkeit auf, der gepaart mit einem Sich-selber-nicht-abgrenzen-Können ist (vgl. Ryffel 2007: 21). Ist das eigene Anspruchsniveau sehr hoch, entsteht oft ein überdurchschnittlicher Hang zum Perfektionismus und den dazu gehörenden Charaktermerkmalen wie u.a. Überkontrolle, Überausdauer, die Tendenz, sich ständig mit anderen vergleichen zu wollen und mit einem überdurchschnittlichen sozialen Engagement für andere. Frauen mit ADHS haben zudem oft die Erwartungshaltung, eine hundertprozentige Gegenleistung für ihre Tätigkeit zu erhalten. Bei nicht Eintreten der Gegenleistung reagieren Frauen mit ADHS mit einer tiefen Enttäuschung und Frustration und nicht selten mit verletzenden verbalen Gefühlsausbrüchen (vgl. Neuhaus 2006: 100).

Eine betroffene Frau mit ADHS beschreibt:

> Viele Freunde hatte ich nicht, ich suchte dauernd Anschluss und hatte das Gefühl, nicht recht dazuzugehören. Ich wollte den anderen gefallen und lernte mich so selbst gar nicht kennen, geschweige denn, mich nur ein bisschen gern zu haben (Frau mit ADHS, zit. in Ryffel 2003: 73).

Soziale Kontakte können durch die verschiedenen Besonderheiten einer ADHS negativ beeinflusst und beeinträchtigt werden. Im Alltag kann es u.a. durch die erhöhte Ungeduld bzw. verminderte Frustrationstoleranz immer wieder zu Konflikten innerhalb und ausserhalb der Familie kommen, von denen sich eine Frau mit ADHS ungerecht behandelt und gestört fühlt. Familie, Freunde, Bekannte, Kollegen oder Vorgesetzte können durch impulsivhafte Äusserungen und Wutausbrüche verärgert und verletzt werden. Eine ADHS kann auch für eine Partnerschaft sowie das gesamte Familienleben erhebliche Folgen haben. Die Trennungs- und Scheidungsrate von ADHS betroffenen Frauen resp. deren Partnern ist mitunter um ein Vielfaches höher (vgl. Neuhaus 2006: 154).

Es scheint, dass Missverständnisse und Verständigungsprobleme bei Frauen mit ADHS in sozialen Beziehungen häufig vorkommen. Neuhaus (2006) resümiert, dass ADHS betroffene Frauen zwar eine Hypersensibiliät, eine grosse Empathiefähigkeit und bei entsprechendem Interesse auch eine extreme Leistungsbereitschaft und –fähigkeit zeigen, doch im Gegenzug auch nicht ausreichend abwarten, abgleichen und beobachten können, was sich sowohl auf sie selber als auch auf andere bezieht. Frauen mit ADHS fühlen sich getrieben, zerstreut, desorganisiert und werden vom Partner sowie den Menschen in ihrem Umfeld als fahrig, unberechenbar oder überdreht wahrgenommen (vgl. Neuhaus 2006: 155).

Ein gravierendes Problem bei ADHS betroffenen Frauen ist, dass sie schlecht allein leben können, was insbesondere im jungen und mittleren Erwachsenenalter zutrifft. Um ihr emotionales Gleichgewicht in Balance halten zu können, müssen sie immer wieder hören, dass man sie mag, anerkennt und lieb hat, was Neuhaus (2006) veranlasst, sie als eine Art von „Verbalerotikerinnen" zu bezeichnen (Neuhaus 2006: 137). Des Weiteren sind viele Frauen mit ADHS, ob sie nun in der Kindheit hyperaktiv gewesen sind oder nicht, meist zu sehr bereit, für ihren Partner und ihre Familienangehörigen zurückzustecken und ihre persönlichen und beruflichen Ziele aufzugeben oder sie erst gar nicht zu kommunizieren. Dementsprechend rücken ihre Ziele in den Hintergrund, wenn eine Frau während ihrer Sozialisation erfahren hat, sich anzupassen und Familie und Kindern den Vorrang zu überlassen (vgl. Neuhaus 2006: 39).

2.2.5 Fokus der Impulssteuerung

Die Impulsivität bei Frauen mit ADHS bewirkt, dass sie zum vorschnellen Reagieren und Handeln neigen, was sich oft in einer starken Ungeduld beim Warten - so zum Beispiel vor einer Kinokasse, auf öffentlichen Ämtern oder im Strassenverkehr - äussert. Diese Ungeduld ist u.a. für hyperaktiv-impulsive Frauen mit ADHS nur schwer auszuhalten, so dass sie das Kino wieder verlassen oder im Strassenverkehr dazu neigen, riskante Überholmanöver durchzuführen (vgl. Roy 2012: 41).

Des Weiteren zeigen Frauen mit ADHS meist eine deutlich verminderte Frustrationstoleranz, was sich darin zeigt, dass sie schon bei kleinsten Ärgernissen mit impulsiv-wütenden verbalen Ausbrüchen reagieren (vgl. Roy 2012: 41). So fühlen sie sich beispielsweise durch eine gut gemeinte, sachliche Kritik, bei Meinungsverschiedenheiten, bei einem versehentlichen Anrempeln in einem Geschäft oder wenn sie auf der Strasse von anderen nicht gegrüsst werden, persönlich angegriffen und provoziert. Diese Impulsivität ist mitunter ein Grund, dass es häufig zu Konflikten mit Mitmenschen – insbesondere mit Partnern oder auch mit Arbeitskolleginnen resp. Arbeitskollegen und Vorgesetzten - kommt (vgl. Roy 2012: 41).

Nicht selten reden Frauen mit ADHS sehr viel und sehr laut, so dass sich andere an ihnen stören. Ihre Impulsivität führt dazu, dass sie anderen während eines Gesprächs ins Wort fallen, Fragen vorschnell beantworten und/oder im Gesprächsverlauf von Thema zu Thema wechseln und typischerweise unbedachte, teilweise beleidigenden Aussagen gegenüber anderen Personen machen (vgl. Roy 2012: 41). Da Frauen mit ADHS dazu neigen, besondere Herausforderungen mit Nervenkitzel - u.a. durch unangemessenes, schnelles Autofahren, übermässigen Alkoholgenuss, Konsum von illegale Substanzen, Kauf- und Spielsucht - zu suchen, führt dies in extremen Fällen zu einer Straffälligkeit. Krause und Krause (2014) halten in diesem Zusammenhang fest, dass Störungen der Impulskontrolle zwar ein Kernsymptom der ADHS sei, dies aber auch bei anderen Erkrankungen wie beispielsweise bei Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, affektiven Störungen beobachtet werden kann (vgl. Krause/Krause 2014: 87). Deshalb weisen sie ausdrücklich darauf hin, dass im Einzelfall zu prüfen sei, ob die beobachteten Impulskontrollstörungen in den Rahmen einer ADHS oder eher bei einer anderen psychischen Erkrankung einzuordnen seien (vgl. Krause/Krause 2014: 88).

2.3 ADHS betroffene Frauen in der Beratung

Frauen mit einer ADHS sind aufgrund ihrer Reizoffenheit hoch sensibel und benötigen deshalb viel Hin- und Zuwendung sowie Unterstützung, damit sie sich in Beratungsgesprächen öffnen können. In der Beratung ist es von zentraler Bedeutung, dass die Beraterin die Gratwanderung zwischen zugewandter Verständnisbereitschaft und strukturierter Gesprächsführung beherrscht, damit die betroffene Frau die Beraterin nicht mit in ihr gedankliches Chaos einbezieht und gefangen nimmt (vgl. Krause 2012: 136). Konkret bedeutet dies, dass betroffene Frauen mit ADHS eine erfahrene Beraterin brauchen, die für sie wie eine Lotsin funktioniert, um im Beratungsprozess und in der Begleitung hilfreich zu sein. Eine gute Beratung von Sozialarbeitenden in Bezug auf ADHS betroffene Frauen bedeutet eben nicht ein Entweder – Oder im Zusammenhang mit medikamentöser und psychotherapeutischer Therapie, sondern gerade das ergänzende Nebeneinander im Rahmen einer multimodalen Therapie (vgl. Ryffel 2004b: 142). Meist bewirkt eine psychotherapeutische Begleitung nach kur-

zer Zeit eine deutliche psychische Verbesserung. Diese Verbesserung ist für die betroffenen Frauen äusserst bedeutsam, weil sie schon lange nicht mehr an eine Verbesserung geglaubt haben. Dadurch schöpfen Frauen mit ADHS Hoffnung und Zuversicht, dass sich Verbesserungen auch in anderen Lebensbereichen realisieren lassen (vgl. Krause 2012: 135).

2.4 Fazit

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass Frauen mit ADHS, bedingt durch das facettenreiche und vielfältige Erscheinungsbild, nicht einfach zu erkennen sind und die entsprechende Diagnose nur durch spezialisierte Fachkräfte gestellt werden kann (vgl. Ryffel 2003: 105). Für eine umfassende und sorgfältige Anamnese sind lebensgeschichtliche Daten - u.a. aus Schul- und Arbeitszeugnissen sowie von Informationen enger Bezugspersonen - von zentraler Bedeutung. Schulzeugnisse und Schulberichte können zudem zusätzliche Anhaltspunkte über mögliche Lernstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie enthalten. Diese Anhaltspunkte sind für die Soziale Arbeit von grosser Wichtigkeit, da Frauen mit ADHS oft im familiären wie auch im beruflichen Kontext Schwierigkeiten haben, ihre schriftlichen Aufgaben fristgerecht abzuschliessen und somit den betrieblichen Vorgaben genügen zu können. Ryffel (2003) weist indes darauf hin, dass nicht das Symptom als solches, das zur Diagnose führt, im Mittelpunkt der Betrachtung liegt, sondern das Ausmass der beklagten Beschwerden und deren Leidensdruck (vgl. Ryffel 2003: 106).

Bei ADHS betroffenen Frauen kommt es oft vor, dass sie unter stark schwankenden, depressiven Verstimmungszuständen leiden und in Folge dessen psychiatrische und psychologische Unterstützung beanspruchen. Die Hauptklage vieler Frauen mit ADHS ist, dass vorwiegend die Uneinschätzbarkeit der Stimmungslagen und der unvorhersehbare Wechsel der Stimmungen bestehen und zu einer Herabsetzung des Selbstwertgefühls führen (vgl. Ryffel 2003: 106). Betroffene Frauen entwickeln deshalb den Eindruck von sich, völlig labil zu sein und in der Folge ist der soziale Rückzug vom gesamten sozialen Umfeld nicht selten (vgl. Ryffel 2003: 106). Ryffel bestätigt, dass Frauen mit ADHS häufig einen langen Leidensweg verbunden mit vielen Um- und Irrwegen bis hin zur Diagnose und zur richtigen Therapie durchlaufen (vgl. Ryffel 2003: 116). Die Stimmungslabilität und die stark schwankende Leistungsfähigkeit führen bei Frauen mit ADHS zu einer grundlegenden Verunsicherung (vgl. Ryffel 2003: 116). Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass sich die betroffenen Frauen kaum mehr etwas zutrauen. Ryffel (2003) hält fest, dass unbedingt ein multimodaler Ansatz im Zusammenhang mit ADHS angezeigt sei. Dieser beinhaltet, dass betroffene Frauen mit ADHS, deren Ausprägungsgrad sich gravierend auf die Lebensführung niedergeschlagen hat, nebst Medikation, Coaching auch die Möglichkeit einer Psychotherapie erhalten sollten (vgl. Ryffel 2003: 117).

3. Methodische Kompetenzen in Beratung und Kooperation

3.1 Rahmenbedingungen und Grenzen in der Beratung von ADHS betroffenen Frauen

Gesellschaftliche Veränderungen und die damit verbundenen ansteigenden Komplexitäten und Unsicherheiten, welche an Individuen, Familien und Gruppen gestellt werden, wirken sich für viele - im besonderen Mass bei Frauen mit ADHS - erschwerend aus. Gesellschaftliche Normen und Werte scheinen sich u.a. durch die pluralistischen Lebensformen zu verschieben, zu verändern und gar aufzulösen (vgl. Ryffel 2004b: 31). Auf Frauen, die vom Störungsbild einer ADHS betroffen sind, können die unverbindlichen gesellschaftlichen Veränderungen einen zusätzlichen negativen Einfluss auf ihren Lebensentwurf haben, weil ihnen u.a. Orientierungsmöglichkeiten und Sicherheit fehlen. Die Ansprüche an ihr Leben mit ADHS sind vielfältiger und komplexer geworden. Einem nicht unwesentlichen Anteil von ADHS betroffenen Frauen scheint ein krisenloses und autonomes Leben verwehrt zu sein (vgl. Ryffel 2004b: 42). Dementsprechend sind die Ursachen für die Beratungsbedürftigkeit von Frauen mit ADHS umfassend und komplex. So wird das gesamte Beratungsspektrum der Soziale Arbeit beansprucht, um lebenspraktischen, psychischen, körperlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schwierigkeiten entgegenzuwirken.

Beratungen, die von ADHS betroffen Frauen beansprucht werden, sind meistens von freiwilligem, bisweilen aber auch von unfreiwilligem Charakter. Die Beratungsdauer ist deshalb sehr individuell und/oder beschränkt sich oftmals auf wenige Beratungssitzungen. Die Freiwilligkeit bringt es mit sich, dass die Rahmenbedingungen, die Dauer sowie die Verbindlichkeit sehr unterschiedlich sein können (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 86). Durch die neurobiologische Störung fällt es Frauen mit ADHS um ein Vielfaches schwerer, Daueraufmerksamkeit - u.a. in Beratungsgesprächen - aufrechtzuerhalten. Durch die starke Reizoffenheit sind Betroffene u.a. in Räumen mit mehreren Anwesenden, den Geräuschen sowie den visuellen Reizen stark ausgeliefert. Es fällt ihnen schwer, sich auf ihre Aufgabe zu fokussieren. ADHS beeinflusst die individuelle kognitive Leistungsfähigkeit der betroffenen Frauen stark, was sich in der Beratung u.a. in einer reduzierten Aufmerksamkeitsspanne widerspiegeln kann. So ist es für sie während einer Beratung eine Herausforderung, sich auf das Gesprächsthema zu fokussieren. Zudem sind sie oft kaum oder nicht in der Lage, ihre sprunghaften Gedanken auf ein Minimum zu reduzieren.

ADHS betroffene Frauen leiden nicht selten an einem mangelnden Zeitgefühl. Hinzu kommt, dass es betroffenen Frauen eher schlecht gelingt, vereinbarte Beratungstermine rechtzeitig

einzuhalten. So kommt es relativ häufig vor, dass Beratungstermine in letzter Minute abgesagt werden.

Nachweislich wurde festgestellt, dass bei einem Drittel der ADHS betroffenen Frauen nebst dem Störungsbild ADHS noch weitere psychische Erkrankungen vorliegen können (vgl. Lauth/Minsel 2009: 21). Für beratende Sozialarbeitende sind Informationen und Fachwissen über das ADHS Störungsbild sowie über die möglichen Komorbiditäten äusserst bedeutsam und wichtig. Das Fachwissen verhilft Sozialarbeitenden dabei, u.a. Verständnis für das Verhalten und Handeln von ADHS betroffenen Frauen aufzubringen. ADHS betroffene Frauen haben ein erhöhtes Risiko, unter Angsterkrankungen und Depressionen zu leiden (vgl. Lauth/Minsel 2009: 21). Die kognitiven Fähigkeiten sind bei betroffenen Frauen oft schwankend resp. unausgeglichen und weisen eine breite Reichweite auf. Der Grad der inneren Unruhe fliesst je nach Tageszeit ebenso in die jeweilige Beratungssituation mit ein.

3.2 Gesprächsführung und Beratung in der Sozialen Arbeit

Gespräche sind im menschlichen Leben allgegenwärtig. Das Gespräch ist grundlegend für jede Form menschlicher Gesellschaft und bietet den Menschen eine Möglichkeit, ihre subjektiv empfundene Welt von Wirklichkeit kommunizieren zu können (vgl. Widulle 2012: 28). Der Begriff Gespräch ist so facettenreich, dass Definitionsversuche unmöglich sind (vgl. Widulle 2012: 28). Das Gespräch bildet „derjenige zwischenmenschliche Kontakt, bei dem über das Sprechen, Hören, Verstehen eine Begegnung, Verständigung und wechselseitige Einwirkung erzielt wird“ (Häcker/Stapf 2004, zit. in Widulle 2012: 28). Im professionellen Kontext der Sozialen Arbeit werden Gespräche als sozial-kommunikative Form professionellen Handelns von Kontexten, Aufgaben und Rollen sowie Problemen betrachtet (vgl. Widulle 2012: 34).

Beratung ist ein Begriff mit einem breiten Bedeutungsspektrum. Der Begriff kennzeichnet einerseits eine zentrale Aufgabe in allen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit, andererseits einen spezialisierten Beruf in der modernen Gesellschaft (vgl. Stimmer 2012: 126). Beratung findet also - unter der Voraussetzung einer professionellen Gestaltung - als Haupttätigkeit in ausgewiesenen Beratungsstellen oder als Teiltätigkeit neben anderen sozialarbeiterischen Tätigkeiten statt (vgl. Stimmer 2012: 127). Widulle (2012) bezeichnet Beratung als eine spezialisierte und professionelle Form helfender Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit (vgl. Widulle 2012: 34). Stimmer (2012) ist der Ansicht, dass Beratung in der Sozialen Arbeit auf einem Kontinuum der beiden Aspekte „Mangel an Wissen“ und „Mangel an Entscheidungsfähigkeit“ gedacht werden kann (Stimmer 2012: 128). Die Beratungsangebote haben dann zum Ziel, neues Wissen zu vermitteln und/oder das Wiedererinnern alten Wissens sowie die Förderung neuer Handlungskompetenzen und/oder die Wiederbelebung von bekannten Handlungskompetenzen zu ermöglichen. In der professionellen Beratung muss deshalb

„Sacharbeit“ und „Beziehungsarbeit“ geleistet werden (Stimmer 2012: 128). Gleichzeitig geht es hierbei nicht um ein ‚Entweder-Oder‘, sondern um eine situationsadäquate Verknüpfung der beiden genannten Aspekte, die in den unterschiedlichen Phasen des Beratungsprozesses unterschiedlich gewichtet werden (vgl. Stimmer 2012: 128).

3.2.1 Personenzentrierter Ansatz und Gesprächsführung nach Rogers

In diesem Kapitel wird der personenzentrierte Ansatz und die Gesprächsführung nach Rogers vorgestellt. Die Beratung von Frauen mit ADHS soll auf die Lösung resp. Beseitigung von Strukturierungs- und Selbstorganisationsproblemen - u.a. im häuslichen und/oder im beruflichen und sozialen Bereich - ausgerichtet werden. Die individuelle Lebenssituation der Frau mit ADHS und der effektive Umgang mit ADHS sind für die Beratung handlungsleitend.

Die Grundzüge des personenzentrierten Ansatzes wurden vom amerikanischen humanistischen Psychologen Carl Rogers (1902-1987) entwickelt (vgl. Stimmer 2012: 230). Der personenzentrierte Ansatz sieht in jedem Menschen eine eigenständige, in sich wertvolle Persönlichkeit und respektiert die Verschiedenartigkeit der Menschen. Konsequent wird hierbei von der Annahme ausgegangen, dass der Mensch gut sei, dass er von Natur aus zum Positiven strebt und dass die angeborene „Kraft des Guten“ aktiviert werde, wenn das entsprechende förderliche Klima gegeben ist (Rogers 1985, zit. in Stimmer 2012: 230). Rogers geht von der These aus, dass alles Leben zu seiner Entfaltung strebt und sich erhalten will. Dementsprechend trägt Leben immer das Potenzial von Wachstum und Entwicklung in sich. Diese Tendenz bezeichnet Rogers als Aktualisierungstendenz (vgl. Rogers 1985, zit. in Stimmer 2012: 230). Roger resümiert: “Mir ist immer wieder aufgefallen, dass die Gattung Mensch über bestimmte inhärente Eigenschaften verfügt, die oft mit Begriffen wie positiv, sich weiter entwickeln, konstruktiv, realistisch oder vertrauenswürdig beschrieben werden.“ (Rogers 1991, zit. in Stimmer 2012: 230)

Ziel des personenzentrierten Ansatzes ist es daher, Bedingungen und Möglichkeiten zu schaffen, unter denen sich die Aktualisierungstendenz eines Individuums entfalten kann, die positive Veränderungen, Wachstum und Problemlösung ermöglicht. Diese Bestrebungen und Fähigkeiten können aus verschiedenen Gründen – mangelnde Förderung, Krankheit, Entwicklungsstörungen oder durch Lebenskrisen – gestört oder eingeschränkt sein. Doch selbst dann postuliert Stimmer gestützt auf Rogers, dass nicht die Professionellen wissen, was für die Anderen gut ist, sondern nur sie selber (vgl. Stimmer 2012: 233). Voraussetzung für eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung, in dem die Aktualisierungstendenz angeregt wird, ist ein Klima, wo ein Mensch uneingeschränkte Annahme erfährt und es ihm gestattet ist „zu sein“ (Stimmer 2012: 230). Was Fachkräfte der Sozialen Arbeit zu diesem förderlichen Klima beitragen können, ist von Rogers als entscheidender Faktor bezeichnet worden, nämlich die

grundsätzlich personenzentrierte Haltung gegenüber den Klientinnen und Klienten, die zusammengefasst die drei Elemente Empathie, unbedingte Wertschätzung sowie Kongruenz oder Echtheit beinhalten (vgl. Stimmer 2012: 233-235).

Empathie - oder anders ausgedrückt einfühlendes Verstehen - wird als eine Haltung, aber auch eine Fähigkeit umschrieben, dank der eine Person das subjektive Erleben und die subjektiv empfundenen Gefühle anderer Menschen sensibel und achtsam erfassen kann. Dabei wird versucht, sich in ihren inneren und äusseren Bezugsrahmen so einzufühlen, als ob man diese andere Person wäre, und dennoch nie ausser Acht zu lassen, dass man sich selbst und nicht das Gegenüber ist. Einfühlendes Verstehen hat nicht den Sinn, andere Menschen zu interpretieren oder einzuordnen, sondern viel mehr zu versuchen, sich möglichst nah in ihr Erleben und in ihre Welt zu versetzen (vgl. Stimmer 2012: 234). Verstanden zu werden heisst, beachtet zu werden und uneingeschränkte Aufmerksamkeit zu erhalten, wert zu sein, was eine stabilisierende Funktion für Klientinnen und Klienten haben kann, um deren Selbstaktualisierung positiv zu beeinflussen und ihre Eigeninitiative zu fördern. Die empathische Haltung eröffnet zudem die Grundbasis für eine vertrauenswürdige Beziehung zwischen Klientin und Sozialarbeiterin (vgl. Stimmer 2012: 234).

Wertschätzung wird als zweites Element der personenzentrierten Haltung genannt. Mit diesem Begriff ist das bedingungsfreie, nicht wertende Akzeptieren und Respektieren gegenüber der Klientin gemeint. Die bedingungslose Wertschätzung meint, eine Klientin in ihrem Menschsein ohne Vorbedingungen zu respektieren, jedoch nicht losgelöst davon, dass ihre gemachten Handlungen akzeptiert werden. Es bedeutet, eine Klientin so wie sie im Augenblick ist, mit all ihren Schwierigkeiten und Möglichkeiten zu akzeptieren, ohne sie interpretieren oder werten zu wollen. Das beinhaltet keineswegs, alles gutzuheissen, was eine Person tut, sondern, zu verstehen, dass sie aus irgendeinem Grund dazugekommen ist, sich so zu verhalten (vgl. Stimmer 2012: 235).

Nicht werten bedeutet nach Rogers nicht, selber keine Werte zu haben, sondern im Gegenteil, sich der eigenen Werthaltungen klar und reflektiert bewusst zu sein, sie aber nicht auf andere Personen übertragen zu wollen (vgl. Stimmer 2012: 235).

Das Nachdenken über sich selber, über die Involviertheit der eigenen Person in das professionelle Handeln – also die Fähigkeit zur Selbstreflexion - gilt denn auch unbestritten als „ein zentrales Moment im professionellen Handeln und als Kernelement von Professionalität" (Hochuli Freund/Stotz 2011: 58).

Das dritte Element heisst Kongruenz resp. Echtheit und meint, das eigene Erleben bewusst wahrnehmen und trennen zu können von dem, was einem vom Gegenüber entgegenkommt. Kongruenz bedeutet zudem, dem anderen Menschen auf Augenhöhe zu begegnen und sich

nicht hinter einer professionellen Maske oder Fassade zu verstecken (vgl. Stimmer 2012: 235). Das bedingt, dass sich Professionelle der eigenen Gefühle, Impulse und Eindrücke bewusst sind, sie zulassen und annehmen, aber keinesfalls, sie dem anderen Menschen unbedacht und ungefiltert an den Kopf werfen. Professionelle müssen abschätzen lernen, wann es im Rahmen ihrer Aufgabe sinnvoll ist, ihre Gefühle zu äussern, und wann nicht. Zur Kongruenz gehört ferner, dass die Rahmenbedingungen einer Beratung klar kommuniziert sind und sich alle Beteiligten darauf einlassen möchten und können (vgl. Stimmer 2012: 235).

3.3 Kooperation in der Sozialen Arbeit

Kooperation ist ein Begriff der Alltagssprache und kein wissenschaftlicher Terminus. Der Begriff Kooperation leitet sich vom lateinischen Wort „cooperatio" ab und bedeutet „zusammenwirken, gemeinschaftliches Erfüllen einer Aufgabe" (Schweitzer 1998: 24). Kooperationen können auf verschiedenen sozialen Ebenen zwischen Individuen, Gruppen, Organisationen und Ländern stattfinden. Schweitzer (1998) resümiert, dass eine präzise Definition schwer ist, weil schon mehrere, nicht deckungsgleiche, alltagsprachliche Definitionen vorhanden sind. Zugleich hält er fest, dass genau dieser Umstand den Begriff äusserst attraktiv macht, weil er zu weiterführenden Diskussionen und zur weiteren Begriffsqualifizierung beiträgt (vgl. Schweitzer 1998: 24). Schweitzer (1998) betont, dass der Begriff grundsätzlich für zwei Hauptbedeutungen gebraucht wird. Zum einem wird er im Kontext von Arbeit und Produktion verwendet, wobei der Begriff Kooperation als Sammelbegriff für unterschiedliche Formen von Koordination arbeitsteiliger Kooperation dient. Zum anderen bezeichnet das Wort das Zusammenwirken (Ko-aktion) als eine dem Kampf, der Rivalität, der Konkurrenz entgegengesetzte Form der Interaktion, als bewusst gewählte Haltung hinter dem professionellen Handeln (vgl. Schweitzer 1998: 27). Schweitzer (1998) definiert Kooperation deshalb als „eine zwischen mindestens zwei Personen abgestimmte, auf ein Ergebnis gerichtet Tätigkeit" (Schweitzer 1998: 24). Kooperation meint demnach, die gemeinsame Ausrichtung des Handelns auf ein Ziel. Dieses Ziel kann nur als gemeinsames Ziel zwischen dem, der auf die Unterstützung angewiesen ist, und dem, der sie anbietet, umgesetzt werden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 54).

Generell besteht in der Sozialen Arbeit die Problematik der Allzuständigkeit, weil u.a. keine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten vorliegt (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 46). Durch das fehlende Tätigkeitsmonopol haben die Professionellen der Sozialen Arbeit mit einigen Statusproblemen zu kämpfen, wie zum Beispiel mit einer eher geringen gesellschaftlichen Anerkennung. Die fehlende Standardisierbarkeit, das Technologiedefizit, die diffuse Allzuständigkeit, die doppelte Loyalitätsverpflichtung und das als ganze Person involviert sein

zeichnen die sozialarbeiterische Tätigkeit - u.a. auch in der Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen sowie mit anderen Professionen - aus (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 60).

Soziale Arbeit wird im Dienstleistungsansatz als soziale Dienstleistung im Rahmen der Sozialpolitik verstanden. Bei der zu erbringenden sozialen Dienstleistung wird zwischen sachbezogener und personenbezogener unterschieden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 53). Nur ein kleiner Anteil erbringt sie im Bereich der sachbezogenen Dienstleistung u.a. in der Vermittlung von Sachmitteln (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 53). Der grösste Anteil vollzieht sich in personenbezogenen Prozessen, beispielsweise in den vielfältigen Beratungsangeboten. In der Beratung sind Professionelle der Sozialen Arbeit auf die Kooperations- und Veränderungsbereitschaft der Klientinnen angewiesen. Eine Veränderung ist ohne Beteiligung der Klientin und ohne gemeinsames zielorientiertes Handeln von Sozialarbeitenden nicht denkbar. Dieses strukturelle Angewiesen-Sein auf die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Klientinnen weist deshalb auf eine spezifische Seite professioneller Kompetenz hin (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 55). Doch Kooperationsbereitschaft kann nicht einfach vorausgesetzt werden, schon gar nicht, wenn die Kontaktaufnahme nicht freiwillig, sondern in einem Zwangskontext z.B. durch Strafvollzug entsteht (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 55). Thiersch (2002) weist darauf hin, dass „Verhandlungsfähigkeit nicht vorausgesetzt werden kann. Es kommt darauf an Vertrauen zu gewinnen und den Willen zur Veränderung erst zu wecken" (Thiersch 2002, zit. in Hochuli Freund/Stotz 2011: 55). Thiersch (2002) führt weiter aus: „Verhandlung muss immer auch Positionen deutlich artikulieren; sie muss bereit sein zur Werbung, ja zum Streit und Kampf – und dies ist dann manchmal bittere Konsequenz – zur Niederlage" (Thiersch 2002, zit. in Hochuli Freund/Stotz 2011: 55). Professionelle müssen deshalb grundsätzlich in der Lage sein, zu akzeptieren, dass eine ADHS betroffene Frau ein Beratungsangebot nicht annehmen will. Insbesondere im Zwangskontext haben sie zu akzeptieren, dass sich eine ADHS betroffene Frau nicht auf eine Arbeitsbeziehung einlassen will und die Kooperation mit Nachdruck verweigert (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 55).

In den nachfolgenden Kapiteln wird auf die Arbeitsbeziehungen mit ADHS betroffenen Frauen näher eingegangen. Die Kooperation auf der Fallebene - insbesondere die intraprofessionelle und interprofessionelle Kooperation in der Sozialen Arbeit - wird vorgestellt.

3.3.1 Die Arbeitsbeziehungen mit ADHS betroffenen Frauen

Der Beziehungsaufbau - resp. Aufbau einer Arbeitsbeziehung – mit Frauen mit ADHS und Sozialarbeitenden wird als grundlegende Voraussetzung für professionelles Handeln verstanden und gilt in der Sozialen Arbeit als unbestritten (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 84). Die Bedeutung dieser Grundannahme wird jedoch in der Literatur kaum resp. wenig erläutert. Professionelle der Sozialen Arbeit sind in ihrem Handeln unmittelbar auf ihr Gegenüber

angewiesen, denn an einer Dienstleistung sind stets zwei Akteure beteiligt, nämlich einerseits die Sozialarbeitende als Produzentin und andererseits die Klientin als Konsumentin. Beide agieren gemeinsam. Hochuli Freund und Stotz (2011) halten fest, dass eine personenbezogene Dienstleistung nur in einem dialogischen Verständigungsprozess von Sozialarbeitender und Klientin erbracht werden kann (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 84).

Der Erstkontakt in der Beratung erfolgt meist, wie Stimmer (2012) ausführt, während einer krisenhaften Lebenssituation, in der ein Problem sich zuspitzt und der Leidesdruck ausgeprägt auf die betroffene Person einwirkt. Im Erstkontakt besteht die Chance, eine krisenhafte Lebenssituation zu mindern, indem eine verständigungsorientierte und zuversichtliche Erwartungshaltung eingenommen wird. Der Erstkontakt ist meist nicht gradlinig, sondern von ambivalenten Irr- und Umwegen gekennzeichnet (vgl. Stimmer 2012: 39)

Nach dem Erstkontakt soll möglichst bald ein Erstgespräch folgen, um den labilen Wunsch nach Veränderung aufzunehmen und mit den Klientinnen anzugehen (vgl. Stimmer 2012: 40). Erstgespräche dienen generell der Kontaktaufnahme und bilden eine erste Grundlage für die Lösung der Anliegen der Klientinnen. Sie werden mit den Zielen geführt, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, die Zuständigkeiten zu klären sowie Anliegen, Ressourcen und gegenseitige Erwartungen in einer ersten Übersicht einzuschätzen. Der gemeinsam abgesteckte Beratungsbedarf wird vorbereitet, wenn nicht hinderliche Voraussetzungen ein anderes Vorgehen erforderlich machen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 156-157). Eine gelingende, tragfähige professionelle Beziehung wird einhellig als die entscheidende Voraussetzung für das Gelingen des Hilfsprozesses in der Sozialen Arbeit erachtet. Da sich beide als Fremde begegnen, gilt es, sich erst langsam und behutsam einander anzunähern. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen mitbedenken, dass Klientinnen eine Veränderungsmotivation entwickeln können, jedoch nicht gleichzeitig davon ausgegangen werden kann, dass sie bereit und in der Lage sind, weitere Hilfe zu beanspruchen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 85).

Die Soziale Arbeit geht vom Handlungsauftrag aus, zwischen der Gesellschaft und dem Individuum zu vermitteln. In erster Linie geht es ihr darum, die Schwierigkeiten der Klientinnen – u.a. der ADHS betroffenen Frauen - uneingeschränkt wahrzunehmen. Erst danach richtet sie ihren Blick auf die Gesellschaft und zieht die entsprechende Sichtweise mit ein. Einer der Aufträge der Sozialen Arbeit lautet Hilfe zur Selbsthilfe sowie die soziale Integration zu ermöglichen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 34-35).

Die menschliche Entwicklung wird in der Sozialen Arbeit als dauerhafter, zirkulärer Prozess verstanden. Frauen, die von ADHS betroffen sind, könnten mithilfe der Sozialen Arbeit u.a. ihre Vorstellungen über ihre Umwelt erkennen, erweitern und differenzieren (vgl. Hurrelmann

2002: 78). Unter Bildungsprozessen lässt sich die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenständigkeit eines Menschen verstehen. Diese entsteht durch die sinnliche Aneignung und gedankliche Auseinandersetzung mit der kulturellen, ökonomischen und sozialen Lebenswelt. Durch diese Selbstbestimmung wird die Fähigkeit der Selbststeuerung erlangt (vgl. Hurrelmann 2002: 17), was insbesondere für die von ADHS betroffenen Frauen eine spezielle Herausforderung darstellt (vgl. Krause/Krause 2014: 24). Dazu zählen u.a. der Erwerb von Kenntnissen, Informationen und Wissen, die das eigenständige Handeln ermöglichen (vgl. Hurrelmann 2002: 17).

Die Arbeitsbeziehung zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Klientinnen wird darin begründet, dass eine Klientin ein Angebot der Sozialen Arbeit nutzen will, nutzen muss oder sich verpflichtet fühlt, es zu nutzen. Ausgangspunkt der Beziehungsaufnahme ist die Beratungsbedürftigkeit der Klientin, das Interesse oder die Motivation sowie ihr Bedürfnis nach Unterstützung und Hilfe. Ziel ist es, die Befriedigung dieser Bedürfnisse zu unterstützen, zur Bewältigung der Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung/Lebensbewältigung beizutragen und damit die individuelle Lebensqualität der Klientin zu verbessern (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 86). In der Arbeitsbeziehung mit Klientinnen geht es nicht um die „gute Beziehungspflege", sondern die Beziehung verfolgt den Zweck, diese so zu nutzen, dass deren sozialarbeiterische Ziele erreicht werden (Hochuli Freund/Stotz 2011: 87). Hierbei sind Professionelle der Sozialen Arbeit in ihrem Vorgehen stets auf das Mitwirken der Klientinnen angewiesen. Des Weiteren sind professionelle Arbeitsbeziehung - im Gegensatz zu privaten Beziehungen - als zeitlich begrenzt anzusehen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 87).

Um eine gelingende Arbeitsbeziehung mit Klientinnen – also auch mit ADHS betroffenen Frauen - sowie mit anderen Professionen anzustreben, schlägt Müller (2012) die multiperspektivische Fallarbeit als sinnvolle Methode im professionellen Handeln vor. Nachfolgend wird die Fallarbeit nach Müller (2012) kurz umrissen, wobei diese allgemein skizziert wird und ansatzweise auf die Situation von ADHS betroffenen Frauen eingegangen wird.

Unter multiperspektivischer Fallarbeit versteht Müller (2012), „dass sozialpädagogisches Handeln bewusste Perspektivenwechsel zwischen unterschiedlichen Bezugsrahmen erfordert" (Müller 2012: 21). Er führt diesbezüglich aus, dass Sozialpädagoginnen und -pädagogen „zur Klärung ihrer ‚Fälle' nicht nur einen weiten Horizont und eine ganzheitliche Sichtweise, sondern, je nach Fall, auch sehr handfestes, und fundiertes Fachwissen" (Müller 2012: 40) - u.a. über das Störungsbild ADHS brauchen. Deshalb heisst multiperspektivisches Vorgehen, „die leistungs- und verfahrensrechtlichen, die pädagogischen, therapeutischen oder eventuell auch medizinischen" sowie die staatlich vorgegebenen Rahmenbedingungen eines Falles nicht miteinander zu vermengen, „aber sie dennoch als wechselseitige relevante

Grössen zu behandeln und in gekonnter Kooperation mit anderen Fachkräften zu bearbeiten" (Müller 2012: 21).

Das Vorgehen nach Müller (2012) beinhaltet die Abfolge von Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation. Diese werden als Leitbegriffe für den Prozess professioneller Fallarbeit benutzt, wobei sie je nach Arbeitsfeld und Problemstellung wie u.a. in der Beratung von ADHS betroffenen Frauen situativ und inhaltlich anzupassen sind (vgl. Müller 2012: 76). Obwohl diese Begriffe im medizinischen und psychotherapeutischen Umfeld verwendet werden, bedeuten sie hier keine derartige, also einseitige Orientierung, sondern zielen darauf, „die notwendige Offenheit und Mehrdimensionalität des Prozesses sozialpädagogischer Fallarbeit zur Geltung zu bringen" (Müller 2012: 76-77).

Für die Fallbearbeitung beschreibt Müller (2012) die Typologie des fachlichen Handels, nämlich die drei Dimensionen „Fall von", „Fall für" und „Fall mit" (Müller 2012: 65). Diese drei Dimensionen werden für die Fallbearbeitung im gesamten Prozess resp. bei jedem einzelnen Prozessschritt berücksichtigt. Sie existieren gleichzeitig, sind voneinander abhängig, beziehen und bedingen sich und wirken zusammen (vgl. Müller 2012: 76). Als Grundlage hierfür hat Müller (2012) diese wie folgt umschrieben:

1. Bearbeitung als *Fall von* heisst, „klären und abwägen relevanter Sachaspekte, insbesondere wenn sie in Spannung zueinander stehen" (Müller 2012: 42). Diese Dimension wird als Ebene des sozialpädagogischen Verwaltungshandelns umschrieben und impliziert ein Verhältnis zu einem anerkannten Allgemeinen. Müller (2012) geht es generell „immer um das richtige, das heisst fachgerechte Herstellen einer „Wenn-Dann-Beziehung": nämlich zwischen dem jeweiligen Fall und dem ‚anerkannten Allgemeinen', das z.B. eine gesetzliche Norm resp. das entsprechende Gesetz sein kann, das für den Fall relevant ist (Müller 2012: 44). Für Frauen, die von ADHS betroffen sind, kann dies bedeuten, sie z.B. bei wiederholtem Stellenverlust (vgl. Roy 2012: 41) auf ihre rechtlichen Ansprüche hinzuweisen.

2. Bearbeitung als *Fall für* heisst, die Tätigkeit anderer für den Fall relevanter Instanzen zu erkennen und das Mögliche dafür zu tun, dass diese ihren Part auf eine förderliche Weise mitspielen. Sozialpädagoginnen und –pädagogen erkennen die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Hilfsystemen und wissen, dass sie auf deren Kompetenz in der Fallarbeit angewiesen sind (vgl. Müller 2012: 42). Dies verlangt von ihnen ein ausgeprägtes Verweisungswissen (vgl. Müller 2012: 53), also wie, wo und von wem Unterstützung möglich ist sowie ihr Wissen, dies kritisch prüfen zu können (vgl. Müller 2012: 56). Frauen mit ADHS befinden sich oft in Beratung und/oder in psychologischer Behandlung (vgl. Ryffel 2004b: 142). Professionelle der Sozialen Arbeit werden deshalb

angehalten, alle mitbeteiligten Fachinstanzen in die Fallarbeit miteinzubeziehen. Sie sollen „ganzheitlich" und „alltagsorientiert" handeln, ohne dabei den Anspruch zu haben, selbst das „Ganze" in der Hand haben zu wollen (Müller 2012: 50).

3. *Fall mit* meint das Verhältnis zwischen den am Fall beteiligten Personen. Im Vordergrund steht die Beziehung zwischen Klient/Klientin und der fallführenden Person. Als Grundstein für diese Zusammenarbeit gilt das grundgesetzliche Recht jedes Einzelnen auf eine anständige, menschenwürdige Behandlung (vgl. Müller 2012: 56). Die Fachkräfte unterstützen und begleiten Menschen, sind aber auf das Mitwirken des Klientels angewiesen. (vgl. Müller 2012: 58).

Wie bereits erwähnt, greift Müller (2012) für die Bearbeitung eines Falles auf das „bekannteste Modell professionellen Handelns" zurück, nämlich auf die Abfolge von Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation (Müller 2012: 65). Nachfolgend wird nur auf die Anamnese, die Intervention sowie die Evaluation eingegangen.

Müller (2012) definiert den Begriff Anamnese als „nicht erinnern" und „nicht daran denken (können)" (Müller 2012: 68). Es geht ihm darum, scheinbar „vergessene Zusammenhänge" in der professionellen Fallarbeit aufzudecken. Denn dadurch wird ein „aufmerksamer Umgang mit Nichtwissen" erst möglich (Müller 2012: 68).

Für diesen ersten Prozessschritt hat Müller (2012) Arbeitsregeln formuliert, die Sozialarbeitende bei der Fallarbeit beachten sollen. Im Folgenden werden drei kurz vorgestellt, weil sie für die Arbeit mit ADHS betroffenen Frauen relevant sind:

So soll eine Frau mit ADHS im jeweiligen Fall als einen „unbekannten Menschen" kennen gelernt und ihr in einer Haltung der Achtsamkeit und der Wertschätzung begegnet werden (vgl. Müller 2012: 109-110). Zweitens heisst Anamnese, mit dem Hintergrundwissen - also bezüglich einer möglichen ADHS Diagnose - sensibel umzugehen und sich mit zu schnellen Einordnungen in Raster, die aufgrund von Vermutungen entstehen können, zurückzuhalten (vgl. Müller 2012: 110). Es geht in der Fallarbeit also konkret darum, sein eigenes scheinbar "Immer-Schon-Bescheid-Wissen" kritisch zu betrachten (Müller 2012: 111). Dementsprechend lässt sich Anamnese als Summe aller Tätigkeiten definieren, „die verhindern, einen Fall nach Schema F zu behandeln" (Müller 2012: 115). Drittens erwähnt Müller (2012) als weiteren Prozessschritt folgende Arbeitsregel: „Anamnese ist nie vollständig. Sie muss es auch nicht sein. Sie beginnt immer wieder von neuem" (Müller 2012: 114). Das bedeutet, dass die Anamnese nicht nur den Einstieg in die Fallarbeit bildet, sondern eine Funktion ist, bei der es wichtig sein kann, sie in späteren Phasen der Fallbearbeitung wieder aufzunehmen. Dies ist umso wichtiger, je mehr es sich um langwierige, chronische Fälle handelt (vgl. Müller 2012: 115).

Im Prozessschritt Intervention lassen sich nach Müller (2012) Eingriff, Angebot oder gemeinsames Handeln unterscheiden. (vgl. Müller 2012: 147). Intervention wird von ihm als „Dazwischen-Treten" und „Dazwischenkommen" übersetzt (Müller 2012: 140). Bei der Intervention als Prozessschritt geht es ihm einerseits um die Person selbst, andererseits um das Problem, das diese Person hat (vgl. Müller 2012: 69). Nachfolgend wird auf diese drei Interventionen kurz eingegangen.

Unter Eingriff versteht Müller (2012) das professionelle Handeln unter Rückgriff auf Machtmittel. Hierbei geht es - trotz eventueller Widerstände - um die Durchsetzung des eigenen Willens, was er in absoluten Notsituationen, vor allem wenn eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung (z.B. bei medizinischen Notfällen bei ADHS betroffenen Frauen) vorliegt, als legitim erachtet. Eingriffe dürfen indes gemäss Müller (2012) ein vorhandenes Potential an Selbstbestimmung nicht zerstören. Zudem sollte Eingriffshandeln nur kurzfristig wirksam sein, also langfristig durch gemeinsames Handeln abgelöst werden (vgl. Müller 2012: 144).

Sozialpädagogische Angebote werden von Müller (2012) mittels Arbeitsregeln umschrieben (vgl. Müller 2012: 150-154), die u.a. besagen, dass bei Angeboten bewusst auf Machtausübung verzichtet wird. Dementsprechend wird es den Adressatinnen und Adressaten überlassen, eigenverantwortlich ein Angebot zu nutzen oder dieses abzulehnen, wobei die Ablehnung ohne Androhung von Sanktionen akzeptiert wird. Sozialpädagogische Angebote richten sich einerseits auf die Änderung der Fähigkeiten einer Person, andererseits auf die Änderung einer Situation (vgl. Müller 2012: 151), was als personenbezogene oder situationsbezogene Angebote bezeichnet wird (vgl. Müller 2012: 154). Generell werden den Klientinnen und Klienten Entscheidungsmöglichkeiten angeboten, worüber anschliessend verhandelt wird resp. diese ausgehandelt werden. Wichtig dabei ist, dass ihre informierte Zustimmung als Voraussetzung für eine Intervention vorliegt (vgl. Müller 2012: 155).

Für das gemeinsame Handeln hat Müller (2012) zwei Arbeitsregeln formuliert. Eine davon besagt u.a., dass die jeweiligen Vorschläge, was getan werden sollte, unverzerrt wahrgenommen und von den Sozialarbeitenden ohne Diskriminierung akzeptiert werden sollten. Akzeptieren meint nicht, weder alle Vorschläge richtig, sinnvoll und gut zu finden noch diesen nachzukommen. Akzeptieren heisst vielmehr, die von den Klienten und Klientinnen gemachten Vorschläge und Ideen wertfrei entgegen- und gleichzeitig ernst zu nehmen (vgl. Müller 2012: 157).

Müller (2012) übersetzt das aus dem Lateinischen stammende Wort Evaluation mit „Auswertung" (Müller 2012: 69). So geht es ihm bei der Evaluation nicht nur um das Messen und Zählen von Effekten, sondern „ganz allgemein um Werte und deren Überprüfung" (Müller 2012: 70). Bei der Überprüfung von sozialpädagogischen Zielen und Mitteln sind deshalb

gemäss Müller (2012) ethische Prinzipien relevant, wobei u.a. Vorgehensweisen und Entscheidungen auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüft werden, was insbesondere auch die Mehrperspektivität in der Fallarbeit einschliesst (vgl. Müller 2012: 70).

Allgemein wird Evaluation als Kontrolle von Ausseninstanzen verstanden. Müller (2012) dagegen richtet sein Augenmerk mehr auf die kasuistische Evaluation, die er als selbstkritische Methode während der multiperspektiven Fallarbeit umschreibt. Hierbei plädiert er dafür, die Selbstevaluation, gestützt auf Heiner (1998), als „experimentierende Evaluation" zu bezeichnen (Heiner 1998, zit. nach Müller 2012: 70). Unter Selbstevaluation versteht Müller (2012), dass sie ein „unerlässlicher Bestandteil jeder professionellen Bearbeitung von Fällen" darstellt (Müller 2012: 74), was in selbstkritischer Distanz zu leisten ist (vgl. Müller 2012: 162).

Für die Evaluationsdurchführung sind nicht nur die Überprüfbarkeit von Wirkungen von zentraler Bedeutung, sondern genauso die Verfahrensweisen sowie die Klärung von ethischen Fragestellungen (vgl. Müller 2012: 170). Beim „Fall mit" sind ethische Kriterien für den Umgang mit den Klientinnen und Klienten entscheidend, also beispielsweise, ob deren Würde gewahrt wurde oder welche Möglichkeiten der Mitbestimmung ihnen zugestanden wurden (vgl. Müller 2012: 171).

Für den Prozessschritt Evaluation hat Müller (2012) Arbeitsregeln formuliert, wobei er anregt, ein „ehrliches Zugänglichmachen von empfindlichen Punkten" zuzulassen (Müller 2012: 163). Um Gefühle ansprechen zu können, erachtet er es als wichtig, dass die Professionellen die Evaluation einerseits freiwillig machen, also dazu nicht gezwungen werden dürfen und andererseits hierfür ein geschützter Rahmen z.B. mittels einer Supervision zur Verfügung steht (vgl. Müller 2012: 164-165). Denn ohne einen Ort der Reflexion - mit derselben oder anderen Professionellen - ist die Fallarbeit auf die Dauer kaum zu leisten. Die Supervision ist einer der wenigen Anker für die berufliche Identität, die sich institutionalisiert hat. So macht sie Selbstreflexion möglich und zugänglich, weshalb sie für die stetige Kompetenzentwicklung von Sozialarbeitenden, für die Qualitätssicherung professionellen Handelns wie auch für die Institutionen unabdingbar ist (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 59)

3.3.2 Die Kooperation auf der Fachebene

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind in ihrem professionellen Handeln auf ihre eigene Profession sowie auf andere Fachkräfte resp. Professionen angewiesen. Der Kooperationsbedarf begründet sich dabei darin, dass Frauen mit ADHS von einer Vielzahl unterschiedlicher Problemlagen/Herausforderungen betroffen sind. Die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit wie auch von anderen Professionen gilt es deshalb zu koordinieren und zielführend anzustreben (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 105). Die Gestaltung aufgaben- und zielbezogener Zusammenarbeit auf der Fachebene ist demnach als eine

grundlegende, wichtige Aufgabe für Professionelle der Sozialen Arbeit anzusehen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 105).

3.3.2.1 Die intraprofessionelle Kooperation

Der Berufskodex Avenir Social umschreibt die verpflichtenden Vorgehensweisen bezüglich des Fachwissens der eigenen Profession sowie den fachlichen Diskurs mit eigenen Fachkolleginnen und –kollegen. Die Autorin ist der Ansicht, dass die ausgewählten Handlungsmaximen ebenfalls relevant für Professionelle sind, die ADHS betroffene Frauen beraten und unterstützen. Sie werden im Folgenden kurz vorgestellt:

„Die Professionellen der Sozialen Arbeit berufen sich in ihrer Analyse explizit auf das Wissen ihrer Profession. Sie stützen sich in ihrer Handlungsentscheidung auf deren ethische Grundlagen." (Avenir Sozial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 13)

„Die Professionellen der Sozialen Arbeit führen untereinander einen kontinuierlichen fachlichen Diskurs, sie kontrollieren systematisch, kollegial und in Zusammenarbeit mit der Forschung ihrer Facharbeit und setzen sich mit Fehlern kritisch auseinander". (Avenir Sozial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 13)

„Die Professionellen der Sozialen Arbeit machen sich gegenseitig auf Abweichungen oder Alternativen bezüglich eines korrekten methodischen Vorgehens aufmerksam und verlangen voneinander gegenseitig die Einhaltung ethischer, berufs-, bildungs- und sozialpolitischer Forderungen ihrer Profession". (Avenir Sozial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 13)

Von Spiegel (2011) betont in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass die Professionellen sich bei ihrer Tätigkeit sowohl als Person mit ihren biographischen Anteilen als auch mit ihrem Fachwissen einbringen. Deshalb ist eine kontinuierliche Selbstreflexion – insbesondere in Form von Supervision – unabdingbar (vgl. Von Spiegel 2011: 101).

3.3.2.2 Die interprofessionelle Kooperation

In der Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften ist zu beachten, dass die Kenntnis über Methoden, Interventionen und Handlungsperspektiven der jeweiligen Fachrichtungen - also u.a. im Kontext des Gesundheitswesens - unzureichend bekannt sind (vgl. Hochuli Freund/ Stotz 2011: 108). Diese Unkenntnis kann dazu führen, dass andere Professionen als inkompetent, bedrohlich und anmassend wahrgenommen werden können. Werden andere Fachrichtungen als Konkurrenz wahrgenommen, geschieht es nicht selten, dass Informationen zurückgehalten werden und die Kommunikation nicht oder unzureichend erfolgt. Durch diese Umstände kann die Kooperation durch Konflikte und Uneinigkeit erschwert und/oder sogar verunmöglicht werden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 109).

Die Professionellen der Sozialen Arbeit befinden sich in einem arbeitsteiligen Arbeitsfeld. Als grundlegende Voraussetzung für die gelingende Kooperation dient die gegenseitige Wertschätzung anderer Professionen und deren Fachkräften. Wichtig ist, dass unterschiedliche Erwartungen und gemeinsame Ziele von den Beteiligten allenfalls verhandelt werden, denn Handlungseinigkeit kann nicht ohne Weiteres als gegeben erachtet werden. Eine gelingende Unterstützung von ADHS betroffenen Frauen kann nur durch eine interprofessionelle Kooperation erreicht werden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 109).

Um Doppelspuriges und Gegensätzliches zu vermeiden und möglichst hohe synergetische Effekte zu erzielen, sollten die Professionellen der Sozialen Arbeit – insbesondere also auch solche, die mit ADHS betroffenen Frauen arbeiten - Kenntnisse über mögliche Kooperationshindernisse haben. Fachrichtungen haben unterschiedliche Grundhaltungen in Bezug auf Werte, Normen und Überzeugungen. Weiter existiert eine Vielfalt an unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Zum Beispiel gibt es Professionen, die sich gewohnt sind, sich als Einzelkämpfer (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Juristen/Juristinnen) oder als Teamplayer (Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen und Pädagogen/Pädagoginnen) einzubringen (vgl. Hochuli Freund/ Stotz 2011: 109).

Auch Aufgaben und Ziele sind je nach Profession unterschiedlich ausgerichtet. Fachrichtungen haben unterschiedliche Befugnisse, die ihre Handlungskompetenzen massgeblich beeinflussen und mitbestimmen. Doch die Professionellen der Sozialen Arbeit unterscheiden sich von anderen Professionen gerade darin, dass sie über die kooperativen Kompetenzen verfügen, um solche Aufgabenstellungen bearbeiten zu können (Hochuli Freund/Stotz 2011: 60). Im Berufskodex Soziale Arbeit wird die interprofessionelle Kooperation wie folgt dargelegt: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit vertreten in der interprofessionellen Kooperation ihren fachspezifischen Standpunkt und stellen das aus dieser Sicht gewonnene Wissen verständlich zur Verfügung, um im gemeinsamen Diskurs möglichst optimale Lösungen zu entwickeln." (Avenir Sozial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 14) Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben also die explizite Aufgabe, in kooperativer Prozessgestaltung einen möglichst gelingenden Prozess durchzuführen.

So soll gemeinsam mit den ADHS betroffenen Frauen sowie mit den involvierten intra- und interprofessionellen Akteuren auf ein geplantes Ziel hingearbeitet werden, um dieses umzusetzen. „Die Professionellen der Sozialen Arbeit kooperieren im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme interdisziplinär und setzen sich dafür ein, dass Situationen möglichst umfassend und transdisziplinär in ihren Wechselwirkungen analysiert, bewertet und bearbeitet werden können" (vgl. Avenir social - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) 2010: 13) Ein wichtiger Aspekt dieses Unterstützungsprozesses ist die Vernetzungsarbeit, die so-

wohl im eigenen Hilfssystem als auch in anderen Hilfssystemen (z.B. in der Psychiatrie-, in der Medizin und im Rechtswesen) geschieht (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 133).

3.4 Fazit

Die Autorin ist der Ansicht, dass Kooperation von sich aus nicht immer gut und vorteilhaft ist, sondern sie macht nur dann Sinn, wenn sie sich für alle am Fall beteiligten Fachpersonen - einschliesslich der von ADHS betroffenen Frauen - lohnt. Sowohl für diese Klientinnen, die einzelnen Fachrichtungen wie auf für die Professionellen der Sozialen Arbeit muss ein Nutzen aus der kooperativen Zusammenarbeit gezogen werden können. Dabei hat der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen zu stehen. Folgende Punkte können als Prüfkriterien eingesetzt werden, um eine möglichst gelingende Kooperation im Hilfs- und Unterstützungsprozess zu gewährleisten. Falls alle beteiligten Fachkräfte sich gemeinsam für ein Vorgehen entschliessen, könnten durch dieses koordinierte Vorgehen positive Effekte im administrativen Bereich erzielt werden. Des Weiteren sind Doppelspurigkeiten und Überschneidungen besser zu vermeiden, weil durch die Mitwirkung aller relevanten Fachpersonen Synergien genutzt werden können. Zudem sollten die vorhandenen Ressourcen gezielt eingesetzt werden, um eine möglichst hohe Arbeitszufriedenheit anzustreben (vgl. Armbruster/Bartels 2005: 413).

4. Methodisches Vorgehen: Empirische Untersuchung

Dieses Kapitel beschreibt den Aufbau und das Vorgehen der Untersuchung. Dafür werden zuerst das Forschungsinteresse und die Fragestellung vorgestellt, um die Art der empirischen Untersuchung zu begründen und die Expertinnen vorzustellen. Im zweiten Schritt wird die qualitative Untersuchung umschrieben. Die Methode des Experteninterviews wird umrissen sowie der Leitfaden als Erhebungsinstrument für diese Arbeit vorgestellt. Abschliessend wird erläutert, wie die Experteninterviews durchgeführt wurden.

4.1 Forschungsinteresse

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen das theoretische Fachwissen und die methodischen Kompetenzen, die Sozialarbeitende einerseits für die Beratung und Unterstützung von Frauen mit ADHS benötigen und andererseits für die Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte bei ADHS einsetzen, erkundet und aufgezeigt werden.

4.2 Fragestellung

Die Fragestellung hat zum Ziel, förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen in Beratungssituationen mit ADHS betroffenen Frauen in Kooperation mit derselben sowie in Kooperation mit anderen Fachkräften zu ermitteln. Diese Fragestellung impliziert, dass Expertinnen befragt werden. Des Weiteren schlagen Meusser und Nagel (1997) vor, dass im Hinblick auf das wissenssoziologische Erkenntnisinteresse am Expertenhandeln ein leitfadengestütztes Interview ein angemessenes Erhebungsinstrument sei (vgl. Meusser/Nagel 1997: 486), weshalb es in dieser Arbeit zur Datenerhebung eingesetzt wird.

4.3 Vorstellung der Expertinnen

Aufgrund der Fragestellung wurden für die Datenerhebung drei Expertinnen aus dem Feld des Gesundheits-, des Sozial- und des Bildungssystems ausgewählt. Auf der Suche nach geeigneten Expertinnen war es für die Autorin ausschlaggebend, dass die Expertinnen idealerweise über langjähriges Fach- und Erfahrungswissen bezüglich des Störungsbilds ADHS mit betroffenen Frauen verfügen und die Bereitschaft zeigen, ihr fundiertes Fachwissen zur Verfügung zu stellen. Es ging der Verfasserin darum, die verschiedenen Perspektiven aufzunehmen und durch die Sichtweisen der Interviewenden deren subjektive Wirklichkeiten zu erfahren. Die Auswahl der Expertinnen erfolgte aufgrund des Berufsfeldes, der Region sowie der Institution, in der die Person arbeitet. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen sollte die

Vielfalt der in der Beratung und Begleitung von betroffenen Frauen mit ADHS tätigen Fachkräfte abbilden. Die Personen verteilen sich auf die Berufsgruppen Fachärztin für Psychiatrie und Psychologie, Sozialarbeiterin HF und diplomierte Lerntherapeutin. Die Expertinnen stammen alle aus dem Kanton Bern.

Expertin I: Fachärztin für Psychiatrie und Psychologie

Expertin II: Sozialarbeiterin FH

Expertin III: Diplomierte Lerntherapeutin ILT

4.4 Art der empirischen Untersuchung

Generell definieren sich Wissenschaften durch ihren Gegenstand und ihre Methoden. Natur- und Sozialwissenschaften streben als Wissenschaften nach Objektivität (vgl. Lamnek 2010: 21). Dementsprechend haben deren Verfahren der Erkenntnisgewinnung intersubjektiv nachvollziehbar zu sein. Sozialwissenschaften werden indes immer wieder mit dem Vorwurf der Subjektivität konfrontiert (vgl. Lamnek 2010: 21). Lamnek (2010) weist darauf hin, dass dieser Vorwurf jedoch mehr mit dem Gegenstand als mit den angewendeten Methoden zu tun hat. Des Weiteren führt er aus, dass eine verbindliche oder einheitliche Methodologie qualitativer Sozialforschung nicht vorhanden ist (vgl. Lamnek 2010: 25). So befassen sich Sozialwissenschaften mit handelnden Menschen und beschäftigen sich mit den verschiedenen Formen des Zusammenlebens. Für die sozialwissenschaftliche Forschung ist es deshalb charakteristisch, dass ihre Objekte (Personen, Gruppen etc.) nicht nur ein Untersuchungsobjekt darstellen, sondern es sich bei ihnen auch um erkennende Subjekte handelt, die auf das Forschungsansinnen reagieren können (vgl. Lamnek 2010: 30).

Bei dieser Arbeit werden als Untersuchungsobjekt, wie oben bereits erwähnt, drei Expertinnen befragt, die also gleichzeitig als Subjekte handeln. Was unter einem Experten resp. einer Expertin zu verstehen ist, wird kontrovers diskutiert. Bogner und Menz (2005) definieren einen Experten wie folgt:

> Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisierten, reflexiv zugänglichen Fach- und Sonderwissen, sondern es weist zu grossen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfliessen. (Bogner/Menz 2005, zit. in Lamnek 2010: 655)

Durch die qualitativen Interviews werden Experten also bewusst aus einer besonderen Gruppe ausgewählt. Experteninterviews werden durchgeführt, um einen klar definierten Wirklichkeitsausschnitt zu erhalten (vgl. Lamnek 2010: 656). Es geht dabei nicht um das Generieren von objektiven Informationen, sondern um das Erfassen von handlungsnahem Wissen von Expertinnen und Experten. Von Bedeutung und Interesse ist dabei die subjektive Sichtweise auf das erfragte Thema als Repräsentant einer Organisation oder Institution in der Funktion als Fachexperte. Das Interesse gilt also nicht der Person mit ihren Haltungen und Orientierungen im Kontext des individuellen oder kollektiven Lebenszusammenhangs (vgl. Lamnek 2010: 656). Vielmehr werden hierbei Expertinnen und Experten Fragen vorgelegt, auf die sie in freier Rede reagieren und in selbstgewählter Fachterminologie antworten können. Mit dem Interviewleitfaden soll ein themenfokussiertes Gespräch injiziert, nicht aber - mehr oder weniger enge, starre - Antwortkategorien vorgegeben werden, wie dies z.B. bei stark strukturierten Fragebogen der Fall ist (vgl. Lamnek 2010: 658).

4.5 Erstellung des Leitfadens

Wie oben erwähnt, eignet sich aufgrund der Fragestellung ein leitfadengestütztes Interview (vgl. Meusser/Nagel 1997: 486). Ein leitfadengestütztes Experteninterview wird deshalb als hilfreiche, jedoch auch flexible Stütze für die Interviewerin verstanden. Zudem kommt einem Interviewleitfaden eine Steuerungsfunktion zu, wie Lamnek (2010) betont. Mithilfe eines Leitfades soll nämlich sichergestellt werden, dass die Einhaltung der Fokussierung begünstigt wird, die Fragen vollständig, hinreichend und spezifisch im Gespräch behandelt und unergiebige Themen möglichst ausgeschlossen werden (vgl. Lamnek 2010: 657).

Dementsprechend wurde für die hier verwendeten Experteninterviews ein Leitfaden (vgl. Anhang A) entwickelt, dessen Fragen sich auf Banaschewski, Retz und Rösler (2013) stützen (vgl. Banaschewski/Retz/Rösler 2013: 23). Der Leitfaden greift die mittlere Strukturierungsqualität auf und erhebt einerseits inhaltliche Aspekte, ist aber andererseits bewusst offen gehalten, um Erzählungen der Interviewpersonen mitaufzunehmen (vgl. Lamnek 2010: 319). Die Themenblöcke des Leitfadens dienen als Gerüst und somit als Orientierungsrahmen für die Autorin. Die Fragen sind so aufgebaut, dass eine gesprächsfördernde Atmosphäre geschaffen wird, um das Erzählen auf Seiten der Interviewpersonen zu fördern. Lamnek (2010) resümiert, dass die Vorbereitung und Erstellung eines Leitfades eine intensive Auseinandersetzung mit dem Handlungsfeld der Experten erfordert. Dies stellt mitunter die Grundvoraussetzung dar, um eine lockere und unbürokratische Führung des Interviews zu erreichen (vgl. Lamnek 2010: 658). Daher wurde bei der Entwicklung des Leitfadens nach Möglichkeiten gesucht, die Interviews so aufzubauen, dass die Befragten viel von ihrem „beruflichen Alltag“ berichten können (Lamnek 2010: 321).

4.6 Durchführung der Experteninterviews

Die Gespräche fanden entweder in einem Privatraum oder in den Arbeitsräumen der jeweiligen Person statt, die interviewt wurde. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, parallel dazu wurden Notizen gemacht. Die Transkription der Interviews wurde wortgetreu vorgenommen. Zwei Interviews wurden in Schriftsprache geführt, ein Interview in Mundart. Die Transkription desselben erfolgte anschliessend in Schriftsprache. Gesprächspausen wurden im Transkript vermerkt, da diese Ausdruck für innere (Denk-) Prozesse bei den Gesprächspartnerinnen sein könnten. Für alle Interviews liegt eine mündliche Einverständniserklärung zur wissenschaftlichen Verwendung der Inhalte vor. Die Interviews dauerten zwischen 38 Minuten und 60 Minuten. Die Durchführung erfolgte im Monat März 2015. Zur Dokumentation der Rahmenbedingungen wurde nach jedem Interview ein kurzes Interviewprotokoll (in Stichworten) gemacht.

5. Ergebnisse der Untersuchung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Expertinnen so dargestellt, dass einige Interviewaussagen exemplarisch vorgestellt werden. Die Aussagen werden durch die Autorin mit der Theorie in Verbindung gebracht und interpretiert.

5.1 Ergebnisse und Interpretation der Untersuchung: Experteninterview I

Beratung in lebenspraktischen Schwierigkeiten

In Kapitel 2.1.1 erwähnt Ryffel (2004b), dass das Störungsbild ADHS ein Leben lang anhält. Die Lebenslagen, in denen Frauen mit ADHS Beratung und Unterstützung brauchen, sind vielfältig sowie sehr unterschiedlich (vgl. Ryffel 2004b: 30). „Ich hatte junge Frauen, also 18-19-, 20-Jährige, die in der Ausbildung waren und plötzlich ging einfach nichts mehr." (Experteninterview I, 2015: 2) Die Expertin ergänzt: „(...) oder junge Frauen, die schwanger wurden, Kinder hatten, (...) auf einmal brach das Chaos zusammen [sic!], weil sie einfach nichts auf die Reihe bekamen Ja. Aber ich hatte auch, nicht sehr viele, aber doch ältere Patientinnen. Ich kann mich an eine Patientin erinnern, die war bereits im Pensionsalter. Die war 65." (Experteninterview I, 2015: 2)

Für Frauen mit ADHS ist es nicht einfach, Beratung in lebenspraktischen Schwierigkeiten zu beanspruchen. Barkley (2012) zeigt auf, dass Frauen sich kaum auf bevorstehende Aufgaben und Ereignisse vorbereiten können, denn diese werden ausgeblendet (vgl. Barkley 2012: 107). Zudem weist er darauf hin, dass Frauen mit ADHS einen eingeschränkten Zeithorizont und demzufolge ein mangelndes Zeitgefühl haben (vgl. Barkley 2012: 108). Ryffel (2004b) erklärt, dass impulsive Frauen versuchen würden, sich unter enormem Energieaufwand bis hin zur Erschöpfung zusammenzureissen. Die daraus resultierenden Erschöpfungszustände führen dazu, dass bei der persönlichen Entwicklung und bei der beruflichen Laufbahn mit schwerwiegende Folgen zu rechnen sei (vgl. Ryffel 2004b: 31). Dazu die Expertin: „(...) ich denke die Hürde ist einfach wirklich zum Telefon zu greifen und einen Psychiater anzurufen." (Experteninterview I, 2015: 3)

Aspekte in der Gesprächsführung mit ADHS betroffenen Frauen

Ryffel (2004a) bekräftigt, dass Frauen mit ADHS kaum Gesprächen folgen können. Es entfällt ihnen, was sie sagen wollten. Durch die erhöhte Ablenkbarkeit reagieren sie auf Störquellen und haben grundsätzlich Schwierigkeiten, sich auf schriftliche Aufgaben zu konzentrieren (vgl. Ryffel 2004a: 23). Betreffend Beratung von ADHS betroffenen Frauen erwähnt

die Expertin Folgendes: „(...) wenn Sie wissen, es handelt sich um eine ADHS betroffene Person, Telefon mal abschalten, an der Bürotür ‚Bitte nicht stören' anbringen, ein gemütliches, ja es ist ganz wichtig, dass die Räumlichkeiten irgendwie eine gemütliche Ausstrahlung hat." (Experteninterview I, 2015: 5) Ergänzend erwähnt die Expertin: „(...) wenn Sie Fotos von Ihren Kindern haben oder ein schönes Bild oder eine hübsche Decke auf dem Tisch oder Blumen." (Experteninterview I, 2015: 5) Die Expertin äussert in Bezug auf eine warme Atmosphäre während der Beratung Folgendes: „(...) ich habe auch viel Persönliches in meiner Praxis gehabt, also ich habe mich wohl gefühlt und das überträgt sich dann auch auf den Patienten oder Klienten." (Experteninterview I, 2015: 5)

In Kapitel 2.3 erwähnt Krause (2012), dass Frauen mit ADHS aufgrund ihrer Reizoffenheit hoch sensibel seien und deshalb viel Zuwendung sowie Unterstützung benötigen, um sich in Beratungsgesprächen öffnen zu können (vgl. Krause 2012: 136). In Beratungssituationen mit Frauen mit ADHS, so die Expertin, sei Folgendes zu berücksichtigen: „(...) und was ich auch versucht habe, ist mich wirklich ganz auf den Patienten einzustellen und nicht dauernd Notizen zu machen. Also ganz wichtig ist der Blickkontakt, enorm wichtig und wenn ich schreibe, dann ist ja kein Blickkontakt da. Und dann schweifen die Patienten ab, beziehungsweise haben das Gefühl, naja, die interessiert sich ja eh nicht so für mich. Die ist ja dauernd am Schreiben." (Experteninterview I, 2015: 5) Krause (2012) ergänzt, dass die Beraterin die Gratwanderung zwischen zugewandter Verständnisbereitschaft und strukturierter Gesprächsführung beherrschen muss. Die Beraterin soll nicht von der betroffenen Frau in deren gedankliches Chaos einbezogen und gefangen genommen werden (vgl. Krause 2012: 136). Stimmer (2012) weist darauf hin, dass der personenzentrierte Ansatz davon ausgeht, dass jeder Mensch eine eigenständige, in sich wertvolle Persönlichkeit ist. Zudem wird die Verschiedenartigkeit der Menschen respektiert (vgl. Stimmer 2012: 230). Er hält fest, dass die Empathiefähigkeit als eine Haltung und Fähigkeit zu verstehen sei. Des Weiteren hat einfühlendes Verstehen nicht den Sinn, andere Menschen zu interpretieren und/oder einzuordnen, sondern zu versuchen, sich möglichst nah in das Erleben und die Welt des Gegenübers zu versetzen (vgl. Stimmer 2012: 234). Hierzu die Expertin: „Wobei immer wieder die Empathie ist das A und O. Also das Mitfühlen, das wirklich Dasein. Deshalb eben auch der Blickkontakt (...)." (Experteninterview I, 2015: 6)

Roy (2012) bestätigt, dass Frauen aufgrund ihrer Impulsivität in Beratungen die Tendenz haben, abzuschweifen, d.h. von Gesprächsthema zu Gesprächsthema zu hüpfen (vgl. Roy (2012: 41). Die Expertin führt dazu aus: „Indem man sich selber bewusst macht, dass das passiert. Aber das war ja das, was mich immer in meiner Praxis fasziniert hat. Es wurde kein Augenblick langweilig." (Experteninterview I, 2015: 7) Ergänzend erzählt die Expertin: „Ich habe das nicht unbedingt als Negativpunkt angeschaut, sondern, aber natürlich musste ich

die Patienten dann immer wieder zurückbringen, also wenn es ein zentrales Thema war." (Experteninterview I, 2015: 7)

Kooperation mit betroffenen Frauen

Hochuli Freund und Stotz (2011) betonen, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit auf die Kooperation- und Veränderungsbereitschaft der Klientinnen angewiesen sind. Ohne Beteiligung der Klientin ist ein gemeinsames und zielorientiertes Handeln nicht denkbar. Die Kooperation resp. die Freiwilligkeit, sich auf eine Behandlung und Begleitung einzulassen, wird als wichtig erachtet (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 55). Auch für die Expertin ist die Freiwilligkeit von grösster Wichtigkeit: "[Sie] ist zentral, genau." (Experteninterview I, 2015: 8)

Müller (2012) erwähnt, dass bei sozialpädagogischen Angeboten zu beachten ist, dass bewusst auf Machtausübung zu verzichten sei (vgl. Müller 2012: 150). Wie Müller (2012) in Kapitel 3.3.1 ausführt, steht in der Falldimension „Fall mit" die Beziehung zwischen Klientin und der fallführenden Person im Vordergrund (Müller 2012: 56). Für die Zusammenarbeit gilt als Grundsatz das grundgesetzliche Recht jedes Einzelnen auf eine anständige, menschenwürdige Behandlung (vgl. Müller 2012: 155). Dementsprechend kann eine Frau mit ADHS eigenverantwortlich ein Beratungsangebot und weitere Unterstützungsangebote nutzen oder darauf verzichten. Die Ablehnung soll gemäss Müller (2012) ohne Androhung von Sanktionen akzeptiert werden. Des Weiteren ergänzt er, dass Professionelle auf das Mitwirken des Klientels angewiesen sind. Ausdrücklich betont er, dass Klientinnen und Klienten aber die Freiheit zugesprochen werden muss, Nein zu sagen (vgl. Müller 2012: 141). Auf die Frage hin, ob es sinnvoll ist, jemanden zu zwingen, antwortet die Expertin: „Nein, das bringt nichts." (Experteninterview I, 2015: 8)

Kooperation mit anderen Fachkräften

Müller (2012) weist darauf hin, dass Professionelle betreffend dem „Fall für" in der Lage sein müssen, die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit anderen Hilfssystemen zu erkennen und zu wissen, dass sie auf deren Kompetenz in der Fallarbeit angewiesen sind (Müller 2012: 42). Hierzu die Expertin: „Ja das hängt natürlich ganz individuell von der Situation ab, vom Patienten ab. Das kann man so allgemein nicht beantworten, aber ich habe immer wieder, also die Zusammenarbeit finde ich, ist zentral." (Experteninterview I 2015: 10) Hochuli Freund und Stotz (2011) weisen darauf hin, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit in einem arbeitsteiligen Arbeitsfeld befinden. Für die gelingende Kooperation ist, wie sie erläutern, die gegenseitige Wertschätzung mit anderen Professionen und Fachkräften sehr zentral (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 42).

In Kapitel 3.2.1 zeigen Hochuli Freund und Stotz (2011) auf, dass das Nachdenken über sich selber, über die Involviertheit der eigenen Person in das professionelle Handeln – also die

Fähigkeit zur Selbstreflexion – denn auch unbestritten als „ein zentraler Moment im professionellen Handeln und als Kernelement von Professionalität" gilt (Hochuli Freund/Stotz (2011: 58). Ergänzend erwähnen sie, dass die Supervision einer der wenigen Anker für die berufliche Identität sei, der sich institutionalisiert habe. Denn ohne einen Ort der Reflexion - gemeinsam mit anderen Professionellen – ist die Fallarbeit auf die Dauer gar nicht zu leisten. Durch die Supervision wird Selbstreflexion möglich und zugänglich und die stetige Kompetenzentwicklung von Professionellen in ihrem professionellen Handeln unabdingbar (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 59). Die Expertin erwähnt, dass Supervision sowie Intervision für Fachkräfte sehr wichtig sei, um Patienten mit ADHS beraten und begleiten zu können. Die Expertin führt dazu aus: "(...) man sollte nicht diesen schweren Rucksack der Patienten immer selber tragen oder wenigstens nicht ganz alleine." (...) „Man braucht, also es ist wirklich enorm wichtig und ich habe das in meiner Praxis selber gemacht, ich habe Intervision mit anderen Kollegen gemacht oder Supervision bei sehr erfahrenen Kollegen gemacht und da fällt einem keinen Zacken aus der Krone. Im Gegenteil." (Experteninterview I, 2015: 10)

5.2 Ergebnisse und Interpretation der Untersuchung: Experteninterview II

Beratung in lebenspraktischen Schwierigkeiten

Wie in Kapitel 2.2 von Solden (2005) dargelegt, haben Frauen mit ADHS Schwierigkeiten, Ordnung in ihrem Alltag zu halten. Frauen mit ADHS berichten von ihrer Hoffnungslosigkeit und Wut, sich nicht organisieren zu können (vgl. Solden 2005: 144). Die Expertin bekräftigt, dass betroffene Frauen mit ADHS „einen problematischen Umgang mit Geld und Administrativem" haben (Experteninterview II, 2015: 1) und ergänzt, dass sich „ein ADHS in sehr vielen Lebenssituationen auswirkt" (Experteninterview II, 2015: 2). Wie Krause und Krause (2014) umschreiben (vgl. Kapitel 2.2.4), gehört die Impulsstörung bei Frauen mit ADHS zu den Kernsymptomen. Durch die Impulsstörung neigen betroffene Frauen eher zu Suchterkrankungen und weiteren psychischen Erkrankungen (vgl. Krause/Krause 2014: 87). Die Expertin bestätigt, dass Frauen mit ADHS häufig Beratung „bei Suchterkrankungen, einem Burnout, bei Depressionen" (Experteninterview II, 2015: 2) beanspruchen. Barkley (2012) erwähnt, dass Frauen mit ADHS im Vergleich zu Frauen ohne ADHS häufiger von Stellenverlust und Beurlaubungen betroffenen sind (vgl. Barkley 2012: 237) und laut Expertin „werden Ausbildungen abgebrochen" (Experteninterview II, 2015: 2).

Methodische Aspekte in der Fallarbeit mit ADHS betroffenen Frauen

In Kapitel 3.3.1 zeigt Müller (2012) für den Prozessschritt Anamnese auf, dass Professionelle im jeweiligen Fall eine Frau mit ADHS als einen „unbekannten Menschen" kennenlernen sollen und ihr mit einer Haltung von Wertschätzung und Achtsamkeit zu begegnen sei (Müller 2012: 109). Weiter führt Müller (2012) aus, dass mit dem Hintergrundwissen - u.a. mit einer

möglichen ADHS Diagnose - sensibel umzugehen sei und sich Professionelle mit zu schnellem Einordnen in Raster, die aufgrund von Vermutungen entstehen können, zurückhalten sollen (vgl. Müller 2012: 110). Diesbezüglich führt die Expertin aus: „Es gibt Frauen, die von ADHS betroffen sind, die sehr gut beschreiben können, was ihnen möglich ist und wo sie Entlastung wünschen und auch bereit sind anzunehmen" (Experteninterview II, 2015: 3). Sie ergänzt: „Manchmal sind die Problemlagen und Ursachen aber auch diffus und können von den betroffenen Frauen nur sehr schwer beschrieben werden, (...) [weil] sich die Problematiken chronifiziert haben, (...) sie von sich selber ein schlechtes Bild haben, sich als unfähig oder dumm bezeichnen" (Experteninterview II, 2015: 3). Die Expertin erklärt: „Ja und dort ist viel auch Vertrauensarbeit gefragt, dass man überhaupt eine Basis hat, in der die Person bereit ist, hoffnungsvoller Hilfe anzunehmen und etwas zu versuchen." (Experteninterview II, 2015: 3). In Kapitel 3.3.1 plädiert Müller (2012) dafür, dass der Prozess Anamnese als Summe aller Tätigkeiten, „die verhindern, einen Fall nach Schema F zu behandeln", definiert werden kann (Müller 2012: 115). Des Weiteren ergänzt er: „Anamnese ist nie vollständig. Sie muss es auch nicht sein. Sie beginnt immer wieder von neuem." (Müller 2012: 115) Die Anamnese ist demzufolge für die Professionellen der Sozialen Arbeit nicht nur ein Einstieg in die Fallarbeit, sondern kann in einer späteren Phase der Fallarbeit wieder aufgenommen werden. Dies ist vor allem von Bedeutung, wenn es sich um langwierige, chronische Fälle handelt (vgl. Müller 2012: 115).

Aspekte in der Gesprächsführung mit ADHS betroffenen Frauen

In Kapitel 2.2.3 wird von Neuhaus (2006) dargelegt, dass Frauen mit ADHS kontaktoffen sind, aber in der Beziehungsgestaltung Schwierigkeiten haben. Oft sind Frauen mit ADHS nicht in der Lage, ihre Termine einzuhalten, was sich grundsätzlich im sozialen Kontext als problematisch erweisen kann (vgl. Neuhaus 2006: 69). Dazu äussert die Expertin: „Ja, ich denke, zu beachten ist einfach, dass Frauen, welche von ADHS betroffen sind, zum Teil Abmachungen und Termine häufig vergessen und dass man dann gemeinsam Wege finden muss, wie man diesem Phänomen begegnen kann." (Experteninterview II, 2015: 4)

Ryffel (2004a) betont in Kapitel 2.2.2, dass Frauen mit ADHS ihre Aufmerksamkeit nur unzureichend aufrechterhalten können. Frauen mit ADHS bekunden Mühe, Gesprächen folgen zu können und manchmal entfällt ihnen, was sie gerade sagen wollten. Sie zeigen u.a. eine erhöhte Ablenkbarkeit, wenn Störquellen hinzukommen und haben generell Schwierigkeiten bei schriftlichen Aufgabestellungen (vgl. Ryffel 2004a: 23). Die Expertin bestätigt: „Oft hilft es, wenn ich die telefonischen Abmachungen auch noch schriftlich zukommen lasse." Des Weiteren ergänzt sie, dass es hilfreich sei, „wenn ich eine Klientin zum Beispiel zu einem Elterngespräch begleite und für sie alles protokolliere" (Experteninterview II, 2015: 4).

Hinzu kommt, dass Frauen mit ADHS gemäss Roy (2012) (vgl. Kapitel 2.2.2) unter einer ständigen Anspannung und an einer inneren Unruhe resp. unter dem Gefühl des „Getrieben-Seins" leiden (Roy 2012: 40). Sie erwähnt weiter, dass Frauen mit ADHS ihren Zustand beschreiben, als würde „ein Motor in ihnen laufen" (Roy 2012: 40). Für die Beratung von ADHS betroffenen Frauen erklärt die Expertin: „Wichtig finde ich auch, dass die Beratungsgespräche klar strukturiert sind", (...) „nicht lange dauern, da die Aufmerksamkeitsspanne auch nicht allzu lange aufrecht erhalten werden kann (...), dass ein gutes Einvernehmen zwischen der ratsuchenden Person und mir als Beraterin besteht", (...) „dass die Frau dann weiss, sie darf erneut nachfragen, wenn sie etwas nicht mehr weiss oder wenn ein Termin vergessen ist", (...) „die Gespräche sollten inhaltlich nicht zu stark überladen sein" (Experteninterview II, 2015: 4). Die Expertin ergänzt, „(...) [dass es wichtig ist, mich] natürlich gut auf die Gespräche vorzubereiten, indem ich die Themen bereits vorgängig festhalte, schriftlich, und meine Überlegungen und Fragen dazu aufführe" (Experteninterview II, 2015: 6).

Stimmer (2012) führt in Kapitel 3.2.1 aus, dass einfühlendes Verstehen nicht den Sinn hat, andere Menschen interpretieren und/oder einordnen zu wollen, sondern viel mehr versucht werden soll, sich möglichst nah in ihr Erleben und in ihre Welt zu versetzen. Des Weiteren bekräftigt er, dass die empathische Haltung zwischen Klientin und Sozialarbeiterin die Grundbasis für eine vertrauenswürdige Beziehung ist (vgl. Stimmer 2012: 234). Dazu führt die Expertin aus: (...) „offen sein, wenn das Gespräch eine andere Wende nimmt, weil eben die emotionale Befindlichkeit und die empfundene Dringlichkeit von Themen einer grossen Bandbreite und einer gewissen Sprunghaftigkeit unterworfen sind," (...) „dass sie sich manchmal in Themen oder Befindlichkeiten verlieren," (...) „nicht verbalisieren können, was sie bewegt." (Experteninterview II, 2015: 7)

Stimmer (2012) ergänzt in Kapitel 3.2.1, dass die Wertschätzung ein weiteres wichtiges Element in der personenzentrierten Haltung ist (vgl. Stimmer 2012: 235). Wertschätzende Haltung ist das bedingungsfreie, nicht wertende Akzeptieren und Respektieren einer Frau mit ADHS. Es bedeutet, eine Frau mit ADHS, so wie sie im Augenblick ist, zu akzeptieren mit ihren Schwierigkeiten, aber auch Möglichkeiten, ohne sie interpretieren oder werten zu wollen. Die wertschätzende Haltung bedeutet keineswegs, alle Handlungen und das Verhalten einer Person gutzuheissen, sondern zu verstehen, dass sie aus irgendeinem Grund dazugekommen ist, sich so zu verhalten. Hierzu führt die Expertin aus: "(...) wenn dann schwerwiegende Begleiterscheinungen auftreten wie zum Beispiel eine schwere Depression, dann kann eine Zusammenarbeit unmöglich sein, wenn die betroffene Frau die Kraft gar nicht hat, zu den Gesprächen zu kommen." (Experteninterview II, 2015: 8) Solden (2005) unterstützt die Aussage der Expertin und zeigt auf, dass die täglichen Anforderungen und das Aufrechterhalten der Bewältigungsstrategien von Frauen mit ADHS auf Dauer sehr anstrengend wer-

den sowie zusätzliche weitere gesundheitliche Einschränkungen hinzukommen (vgl. Solden 2005: 148). Lauth und Minsel (2009) ergänzen (vgl. Kapitel 3.1), dass etwa bei einem Drittel der betroffenen Frauen eine weitere psychische Erkrankung vorliegen könnte (vgl. Lauth/Minsel 2009: 21).

Kooperation mit anderen Fachkräften

Hochuli Freund und Stotz (2011) weisen darauf hin (vgl. Kapitel 3.3.2.2), dass die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften gehemmt ist, weil die Kenntnis über Methoden, Interventionen und Handlungsperspektiven der involvierten Fachkräfte - u.a. der Medizin - unzureichend bekannt sind (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 108). So führt eine unzureichende Kommunikation dazu, dass Informationen zurückgehalten werden. Weiter machen Hochuli Freund und Stotz (2011) darauf aufmerksam, dass die Soziale Arbeit sich in einem arbeitsteiligen Arbeitsfeld befindet (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 109). Hierzu die Erfahrung der Expertin: „(...) ich treffe auf Ärzte, die nicht auf dem neusten Stand sind der ADHS Forschung und die einfach eine Diagnose stellen," (...) „schulmedizinisch dieses Problem angehen wollen und alle anderen Faktoren wie ausschliessen," (...) „auch gewohnt sind, dass sie die Fäden in der Hand halten", (...) „anderen sagen, was zu tun ist." (Experteninterview II, 2015: 9) Hierzu bekräftigen Hochuli Freund und Stotz (2011) in Kapitel 3.3.2.2, dass Fachrichtungen anderer Professionen unterschiedliche Befugnisse und Handlungskompetenzen haben, die massgeblich in die Fallarbeit einfliessen und diese mitbestimmen. Die Professionellen der Sozialen Arbeit unterscheiden sich von anderen Professionen darin, dass sie über kooperative Kompetenzen verfügen, um unterschiedliche Aufgabenstellungen bearbeiten zu können (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 60).

Fachlicher Austausch - Supervision

Müller (2011) erachtet es, wie in Kapitel 3.3.1 dargelegt, als wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit die Möglichkeit haben müssen, eigene Gefühle anzusprechen. Dies soll unbedingt freiwillig und in einem geschützten Rahmen - z.B. mittels Supervision - möglich sein (vgl. Müller 2011: 164). Die Expertin bestätigt dies: „Der fachliche Austausch finde ich sehr wichtig", (...) „meine Erfahrung ist aber, dass ich mir das selber organisieren muss." (Experteninterview II, 2015: 9) Auch Hochuli Freund und Stotz (2011) bekräftigen im selben Kapitel, dass Reflexion und der gemeinsame Austausch mit anderen Professionellen unabdingbar ist, denn ohne Ort der Reflexionsmöglichkeit sei die Fallarbeit auf die Dauer kaum zu leisten (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 59). Die Expertin ergänzt: „Also es kann je nach dem im Kollegium respektive im Team kann es sein, dass nicht jede Kollegin oder jeder Kollege sich für das ADHS Thema interessiert und dass man sich dann innerhalb des Teams auch einen kleinen Kreis finden kann." (Experteninterview II, 2015: 9) Des Weiteren fügt die Expertin an:

„Also ich denke, ganz wichtig ist eine gute Vernetzung mit Fachpersonen und mit Personen, die in diesem Thema vertraut sind." (Experteninterview II, 2015: 10)

5.3 Ergebnisse und Interpretation der Untersuchung: Experteninterview III

Beratung in lebenspraktischen Schwierigkeiten

Wie in Kapitel 2.1 von Ryffel (2004b) dargelegt, befinden sich Frauen mit ADHS oft in einem emotionalen Ungleichgewicht. Sie sind ihren Gefühlen ausgeliefert, zuweilen fühlen sie sich hilflos. Unsicherheit, Scham und ein schlechtes Selbstkonzept ist mit dem Eindruck, das Leben nicht gut genug meistern zu können, verknüpft (vgl. Ryffel 2004b: 30). Die Expertin bestätigt, dass Frauen mit ADHS Beratung und Unterstützung in den Lebensbereichen „Berufswechsel, Familienbildung, Beziehung, Partnerschaft" benötigen (Experteninterview III, 2015: 2).

In Kapitel 2 zeigt Boekhoff (2014) auf, dass bei vielen Erwachsenen, insbesondre bei Frauen, eine ADHS im Kinder- und Jugendalter gar nicht diagnostiziert wurde. Dies führt häufig dazu, dass Frauen in ihrer Lebensgeschichte Frustration, Misserfolge sowie soziale und berufliche Abbrüche erleben (vgl. Boekhoff 2014: 3). Dazu führt die Expertin aus: „Die Reaktion ist häufig schon eine Erleichterung" [wenn die Frauen von der Diagnose erfahren]. (...) „ein grosses Interesse" [an der Diagnose] (...) „und Literatur zu lesen über das Bild" (Experteninterview III, 2015: 2).

Aspekte der Gesprächsführung mit ADHS betroffenen Frauen

In Kapitel 2.3 zeigt Krause (2012) für die Beratung von Frauen mit ADHS auf, dass diese aufgrund ihrer Reizoffenheit viel Zuwendung und Unterstützung brauchen, damit sie sich in Beratungsgesprächen öffnen können (vgl. Krause 2012: 136). Diesbezüglich führt die Expertin aus: "(...) die sich mitteilen wollen, [weil sie] diese Emotionen spüren und sagen, ich platze fast, jetzt muss ich etwas machen" (Experteninterview III, 2015: 5). Sie ergänzt: „[Dass] eine Beratung gelingt (...), sicher mal zu signalisieren, (...) ich bin da und ich habe Zeit." „Also auch wenn diese Zeit natürlich eingeschränkt ist" (Experteninterview III, 2015: 6).

Stimmer (2012) ist, wie in Kapitel 3.2 dargelegt, der Ansicht, dass in der professionellen Beratung einerseits „Sacharbeit" und andererseits „Beziehungsarbeit" geleistet werden muss (vgl. Stimmer 2012: 128). Hierzu die Expertin: (...) „das ganze Ambiente [weil ich der Frau] das Gefühl gebe, jetzt bin ich voll für dich da" (...). „[Ich] nehme nie das Telefon ab (...), [mich] gut vorbereiten (...), Zeit gut einteilen (...), zu strukturieren (...) also zuhören können." (Experteninterview III, 2015: 6)

Methodische Aspekte in der Fallarbeit mit ADHS betroffenen Frauen

Wie in Kapitel 3.2 von Stimmer (2012) aufgezeigt, zielen Beratungsangebote darauf, neues Wissen zu ermöglichen, altes Wissen wiederzuentdecken sowie die Förderung von neuen Handlungsmöglichkeiten anzustreben (vgl. Stimmer 2012: 128). Professionelle Beratung verfolgt zwei Ziele, nämlich wie bereits erwähnt „Sacharbeit" sowie „Beziehungsarbeit" (Stimmer 2012: 128). Die Expertin bekräftigt: [Die] „Bereitschaft [ausgehend von Frauen mit ADHS], ein Thema angehen zu wollen. Und manchmal ist es der falsche Zeitpunkt oder es ist wie noch nicht reif, halt wirklich auch." (Experteninterview III, 2015: 12) Die Expertin fügt an: „(...) oder der Leidensdruck [ist] halt auch zu wenig hoch, zu wenig gross, um zu sagen, ich gehe jetzt diesen Schritt." (Experteninterview III, 2015: 12)

Kooperation mit anderen Fachkräften

Wie Hochuli Freund und Stotz (2011) in Kapitel 3.3 hinweisen, ist die Allzuständigkeit in der Sozialen Arbeit für dieProfessionellen problematisch (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 46). Sie sind deshalb darauf angewiesen, mit anderen Fachkräften zusammenzuarbeiten (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 60). In diesem Zusammenhang zeigt Müller (2012) in Kapitel 3.3.2 auf, dass Professionelle nicht nur eine ganzheitliche Sichtweise brauchen, sondern ebenso handfestes resp. fundiertes Fachwissen (vgl. Müller 2012: 40) wie auch die Fähigkeit, mit anderen Fachkräften zu kooperieren (vgl. Müller 2012: 21). Die Expertin erwähnt: „Wenn es um Abklärung geht, dass man schaut, was macht man da für eine seriöse, gute Abklärung und das andere natürlich, wenn es um Medikamente geht." (Experteninterview II, 2015: 14) Die Expertin weist in diesem Zusammenhang auf die „Anlaufstelle für betroffene Erwachsene ADHS 20+" hin (Experteninterview III, 2015: 14). Ergänzend regt die Expertin an: „Die haben auch viele Adressen und haben erfahrene Leute, die dort mitarbeiten." (Experteninterview III, 2015: 15)*Fachlicher Austausch – Supervision*

Müller (2012) erläutert in Kapitel 3.3.1, dass es für Professionelle der Sozialen Arbeit wichtig sei, eigene Gefühle und Emotionen ansprechen zu können. Dazu seien ein geschützter Rahmen sowie die Freiwilligkeit von zentraler Bedeutung (vgl. Müller 2012: 164-165). Dazu führt die Expertin aus: „Da haben wir Intervision gemacht und Fallbesprechung. Ist für mich ganz wichtig!" (Experteninterview III, 2015: 13) Sie ergänzt: "(...) die Supervision auch, bei Fällen, bei denen ich das Gefühl hatte, da muss ich ganz gut mit anderen, es ist schon in der Gruppe gewesen meistens. Manchmal, in einem Notfall, bin ich auch mal alleine gegangen." (Experteninterview III, 2015: 13)

6. Diskussion und Schlussfolgerung

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Nachfolgend werden zuerst die drei Unterfragestellungen beantwortet:

Welches theoretische Fachwissen ist für Professionelle der Sozialen Arbeit in Bezug auf ADHS betroffene Frauen von Bedeutung?

Für Professionelle der Sozialen Arbeit ist es bedeutsam, dass sie Kenntnis davon haben, dass eine ADHS zwar ab Kindes- und Jugendalters besteht, jedoch ihren Fortbestand im Erwachsenenalter hat. Umgekehrt zeigt sich das Störungsbild nicht erst im Erwachsenenalter, sondern muss bereits im Kindes- und Jugendalter bestanden haben. Bei einem Teil der von ADHS betroffenen Frauen ist im Erwachsenenalter kaum eine Einschränkung auszumachen. Ein weiterer Teil der Frauen hat gelernt, durch Anpassungsleistungen mit geringen Beeinträchtigungen zu leben. Trotzdem leiden einige Frauen deutlich unter ihren Symptomen. Generell sind die Erkenntnisse aus der Forschung zum Thema ADHS im Erwachsenenalter im Allgemeinen und zu Frauen mit ADHS im Speziellen noch nicht umfassend vorhanden und es besteht diesbezüglich ein grosser Forschungsbedarf.

Relevant für Professionelle ist es zudem zu wissen, dass bei vielen ADHS betroffenen Frauen das Vorhandensein einer ADHS nicht erkannt wurde, weshalb sich bei ihnen im Lebensverlauf unterschiedliche Begleitsymptome wie u.a. Depressionen zeigen können. Gleichzeitig ziehen sich Symptome wie z.B. Unaufmerksamkeit, Impulsivität, Ablenkbarkeit sowie Hyperaktivität resp. Hypoaktivität wie ein roter Faden durch ihr Leben. Eine ADHS wirkt sich in sehr vielen Lebenssituationen der betroffenen Frauen aus.

Des Weiteren ist es wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit den Zugang zu betroffenen Frauen individuell gestalten, da sich die Ausprägung resp. das Erscheinungsbild einer ADHS facettenreich zeigt. Die Schulzeit, die Berufsfindung sowie die Gestaltung von sozialen Beziehungen sind meist geprägt von Konflikten und Beziehungsabbrüchen. Betroffene Frauen erleben oft Scheitern und Versagen in verschiedenen Lebenssituationen beispielsweise bei Abbrüchen in Ausbildungen, in Beruf, in der Familienbildung, in Beziehungen und in der Partnerschaft. Als Folge entwickelt sich ihr Selbstwert negativ resp. durch wiederholtes

Scheitern verstärkt sich ihre Selbstwertproblematik, was sich u.a. in zusätzlichen psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder einem Burnout widerspiegeln kann.

Frauen mit ADHS gelingt es nur bedingt, ihre sozialen und beruflichen Tätigkeiten zu organisieren, zu planen und durchzuführen. Sie können vergesslich und unstrukturiert sein, wobei es ihnen kaum gelingt, eine vorausschauende Planung umzusetzen. Ihr Denken und Handeln beschränkt sich auf das Hier und Jetzt, ihre Fähigkeit, den Zeithorizont zu berücksichtigen, scheint bei Frauen mit ADHS eingeschränkt zu sein. Bei Dingen, die sie interessieren, gelingt es Frauen mit ADHS indes, ihre Aufmerksamkeit hyperfokussiert aufzubauen. In einigen Berufsfeldern, in denen viel Kreativität, Lebendigkeit oder rasches und spontanes Reagieren in hektischen Arbeitsabläufen verlangt wird, können Frauen mit ADHS durchaus erfolgreich sein.

Weiter ist es für Professionelle wichtig zu wissen, dass es *die* Ursache für ADHS nicht gibt. Nach heutigem Wissen gehen Fachleute davon aus, dass neurobiologische und psychosoziale Faktoren zusammenwirken müssen, damit die Erkrankung entstehen kann. Mittlerweile konnte durch verschiedene Untersuchungen aufgezeigt werden, dass vererbte biologische Faktoren wohl als bedeutsamste Faktoren anzusehen seien. Die neurobiologischen Veränderungen betreffen überwiegend die Verminderung des Botenstoffes Dopamin im Gehirn. Weitere Botenstoffe - u.a. Noradrenalin und Anteile von Serotonin - scheinen ebenfalls mitbeteiligt zu sein.

Deshalb gilt im Zusammenhang mit Frauen mit ADHS resp. bei ADHS im Erwachsenalter die fachliche Qualifizierung der Professionellen der Sozialen Arbeit als zentrales Fundament. Unter fachlicher Qualifizierung ist das Fachwissen zum einen in Bezug auf Frauen mit ADHS und zum anderen das vorhandene Methodenrepertoire (vgl. unten) gemeint. Fachwissen ist vor allem wichtig, um die nächsten Schritte im Fallverlauf planen und abschätzen zu können, also welche Schritte im Fallverlauf anzugehen sind.

Zusammenfassend zeigt sich ein facettenreiches Bild in der Begleitung, Unterstützung und Beratung von Frauen mit ADHS. Dies erfordert, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sich fortlaufend neue Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit ADHS im Erwachsenenalter und insbesondere betreffend Frauen mit ADHS aneignen und dies in ihr bereits vorhandenes Fachwissen aufnehmen resp. integrieren. Eine fortlaufende Aus- und Weiterbildung ist deshalb wichtig und angezeigt, um Frauen mit ADHS adäquat begleiten, unterstützen und beraten zu können.

Welche methodischen Kompetenzen benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit in der Beratung sowie in der Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen?

Um mit Frauen, die von ADHS betroffen sind, eine tragfähige Beziehung aufbauen zu können, ist es für Professionelle der Sozialen Arbeit wichtig, dass diese aufgabenorientiert, zielgerichtet und in Mitwirkung mit der betroffenen Frau angegangen wird. Dabei werden die Ziele der Sozialen Arbeit, d.h. Hilfe zur Selbsthilfe, soziale Integration sowie soziale Gerechtigkeit und Autonomie in der Lebenspraxis von Frauen mit ADHS angestrebt.

Eine wichtige Voraussetzung für die Beratung von Frauen mit ADHS ist, wenn diese einerseits auf freiwilliger Basis angeboten werden kann und die betroffene Frau in der Lage ist, ihre lebenspraktischen Schwierigkeiten zu benennen. In der Gesprächsführung stellt das Entgegenbringen einer positiven, emphatischen und wertschätzenden Haltung gegenüber den ADHS betroffenen Frauen eine zentrale Gelingensbedingung dar. Professionelle der Sozialen Arbeit können mit wohlwollendem Interesse die individuellen Bedürfnisse einer Frau mit ADHS aufnehmen und dabei eine tragfähige Beziehung aufbauen. Zudem haben sie in der Lage zu sein, einerseits zwischen der „Sachlage im jeweiligen Fall" und andererseits der „tragfähigen Beziehung zur betroffenen Frau mit ADHS" unterscheiden zu können. Die tragfähige Beziehung, die auf gegenseitigem Vertrauen beruht, gilt es, nutzbar zu machen, um die lebenspraktischen Schwierigkeiten der jeweiligen Frau mit ADHS anzugehen.

Durch die Aussagen der Fachkräfte in den Experteninterviews wurde deutlich, dass die Methoden, die in der Beratung und Begleitung von Frauen mit ADHS zur Anwendung kommen, sehr vielfältig sind. Auffallend ist, dass die Begleitung und Beratung der betroffenen Frauen mit ADHS meist unter Einbezug von mindestens zwei oder mehreren Fachdisziplinen erfolgt.

Professionelle der Sozialen Arbeit sollen in der Lage sein, Frauen mit ADHS in ihrer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung beraten und begleiten zu können. Es geht darum, sie trotz des Störungsbildes einer ADHS in ihrer Selbstbestimmung bedingungslos anzuerkennen und ihnen die vielfältigen Angebote für Frauen mit ADHS zugänglich zu machen. Dies bedingt, dass die betroffenen Frauen über die Angebotsvielfalt informiert werden, um auswählen sowie davon profitieren zu können. Diese Angebote können genutzt werden, müssen aber nicht. Möchte eine betroffene Frau mit ADHS Angebote nicht nutzen resp. lehnt diese ab, gilt es, diese Entscheidung ohne Androhung von Sanktionen zu respektieren.

ADHS betroffenen Frauen ist es eigen, dass sie ihre Termine oft vergessen. In diesem Zusammengang ist unbedingt zu beachten, dass Terminversäumungen nicht absichtlich geschehen, sondern ihren Ursprung in den verminderten exekutiven Fähigkeiten der betroffe-

nen Frau haben. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, dass Terminvereinbarungen schriftlich abgegeben werden und/oder sogar ein Telefonanruf zur Terminerinnerung getätigt wird.

Da Frauen mit ADHS ihre Aufmerksamkeitsspanne nicht lange aufrechterhalten können, ist es angezeigt, die Beratungsdauer bewusst kurz zu halten. Auch die Themen, die während des Beratungsgesprächs angesprochen werden sollen, gilt es zu reduzieren. Zentral dabei ist, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit sich gut auf das Beratungsgespräch vorbereiten sowie dieses gut strukturieren. Ohne Gesprächsstruktur besteht die Gefahr, dass Frauen mit ADHS - die oft von Thema zu Thema hüpfen – zu sehr abgelenkt sind und inhaltlich dem Gespräch nicht folgen können.

Des Weiteren gilt es zu beachten, dass während des Gesprächs die Professionellen der sozialen Arbeit Blickkontakt mit der von ADHS betroffenen Frau halten. Dadurch gelingt es der betroffenen Frau besser, ihre Aufmerksamkeitsspanne länger zu halten und dem Gesprächsinhalt besser folgen zu können. Die Falldokumentation ist grundsätzlich wichtig und angezeigt. Während des Gesprächs mit ADHS betroffenen Frauen sollte indes möglichst auf schriftliche Notizen verzichtet werden. Werden nämlich schriftliche Notizen während des Gesprächs gemacht, könnte dies der betroffenen Frau Desinteresse von Seiten der Professionellen der Sozialen Arbeit signalisieren.

ADHS betroffene Frauen reagieren sensibel auf Störquellen. Durch ihre Reizoffenheit werden sie rasch abgelenkt. Deshalb ist es sinnvoll, während den Beratungsgesprächen Telefonanrufe grundsätzlich nicht entgegenzunehmen. Weiter soll darauf geachtet werden, dass an der Bürotür das Schild „Bitte nicht stören!" angebracht wird. Damit wird signalisiert, dass Störungen von aussen nicht erwünscht sind, und somit während des Beratungsgesprächs gänzlich vermieden werden können. Grundsätzlich ist es von Vorteil, wenn die Professionelle der Sozialen Arbeit die Fähigkeit von zugewandter Verständnisbereitschaft und strukturierter Gesprächsführung beherrscht.

Wichtig ist, dass Professionelle der Sozialen Arbeit unterschiedliche professionsspezifische Methoden kennen, beispielsweise in der Prozessgestaltung diejenige, die von Müller (2012) vorgeschlagen wird, und diese methodisch strukturiert, fachlich begründet sowie reflektiert umsetzen können. Ein verstehender Zugang zu Frauen mit ADHS und ihren lebenspraktischen Schwierigkeiten soll für die Professionellen der Sozialen Arbeit im Vordergrund stehen. Interventionen in der Fallarbeit können nur eingeleitet resp. angestrebt werden, wenn sie auf der Grundlage eines vertieften Verständnisses der individuellen ADHS Entstehungsbedingungen, der aktuellen Lebenslage sowie der Ursachen für Verhaltens- und Handlungsmuster der betroffenen Frau mit ADHS geschehen.

Das Prozessmodell nach Müller (2012), wie oben kurz dargestellt, bietet Professionellen der Sozialen Arbeit eine handlungsleitende Struktur und einen Orientierungsrahmen für ihr professionelles Handeln. Innerhalb dieser verschiedenen Prozessschritte kann die Komplexität des Falles reduziert werden, so dass sie handhabbar wird und trotzdem keine wesentlichen Aspekte in der Fallarbeit mit ADHS betroffenen Frauen verloren gehen.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass in der Sozialen Arbeit weder Rezepte noch Technologien zu Verfügungen stehen, die eine bestimmte Wirkung - u.a. Entwicklungsschritte oder Handlungsmöglichkeiten für Frauen mit ADHS – zeigen. Auch *die* Methode steht den Professionellen der Sozialen Arbeit nicht zur Verfügung. Gerade deshalb ist aber zu verhindern, dass auf Planung und Anwendung von Methoden verzichtet wird. „Ein strukturiertes Vorgehen, bei dem fallbezogen unterschiedliche Methoden bei der Gestaltung der Unterstützung von Klienten genutzt werden, ist unabdingbar, um die strukturelle Ungewissheit – worum es in einem Fall überhaupt geht, was zu tun und zu lassen ist – so weit wie möglich reduzieren zu können." (Hochuli Freund/Stotz 2011: 132)

Was muss in Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden?

Die vorliegende Arbeit zeigt deutlich auf, dass die Kooperation mit anderen Fachkräften nicht für alle Professionen gleichermassen wichtig und angezeigt ist. Für die Professionellen der Sozialen Arbeit ist die Kooperation mit anderen Fachkräften in der jeweiligen Fallarbeit mit Frauen, die von ADHS betroffen sind, indes zentral. Erwähnenswert ist, dass eine Kooperation nicht immer nur gut ist, sondern diese muss für alle wünschenswert und sinnvoll erscheinen. Die Kooperation mit anderen Fachkräften kann Professionellen der Sozialen Arbeit gelingen, wenn die Vorstellungen, Ziele und Verfahrensschritte geklärt resp. immer wieder neu ausbalanciert werden. Ohne gemeinsame Vorgehensweise kann die Kooperation mit anderen Fachkräften scheitern.

Für Professionelle der Sozialen Arbeit ist es von zentraler Bedeutung, dass sie in der Lage sind, unterschiedliche Perspektiven und Standpunkte - u.a. Werthaltungen oder Interessen von anderen Fachkräften - wahrzunehmen und diese zu thematisieren. Bei unterschiedlichen Ansichten, wie es bei einer Fallarbeit mit ADHS betroffenen Frauen oft vorkommt, können Professionelle der Sozialen Arbeit eine Vermittlungsrolle übernehmen und in den Verhandlungen zur konstruktiven Lösungsfindung beitragen.

Intervision und Supervision beziehen sich immer auf die Person der Professionellen selbst wie auf ihr Handlungsfeld im Zusammenhang mit ADHS betroffenen Frauen. In einem geschützten Rahmen können die persönlichen emotionalen Aspekte der Arbeitsbeziehung mit

betroffenen Frauen thematisiert und die eigene Verwicklung in einem Fall entwirrt werden. Deshalb lässt sich festhalten, dass die Möglichkeit einer Superrevision die Voraussetzung schafft, dass ein Fall einer Frau mit ADHS unverstellt von persönlichen Verstrickungen betrachtet und verstanden werden kann. Supervision dient der persönlichen Kompetenzentwicklung der Professionellen der Sozialen Arbeit sowie der Erweiterung des individuellen Fach- und Methodenwissens.

Bei Aufmerksamkeitsstörungen - u.a. bei Frauen mit ADHS - arbeiten in der Regel unterschiedliche Fachkräfte am selben Phänomen. Fachkräfte aus unterschiedlichen Professionen verfolgen aufgrund ihrer Fachzugehörigkeit unterschiedliche Interessen und stehen auch in verschiedenen Handlungszwängen. Die Kooperation mit anderen Fachkräften gelingt, wenn sich die am Fall beteiligten Fachkräfte betreffend Ziel und Vorgehensweise einigen können und die Zuständigkeiten klar definiert werden. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind in der Lage, zur Klärung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten einen aktiven Beitrag zu leisten. Ein wichtiger Aspekt ist für die Professionellen der Sozialen Arbeit, dass sie im Zusammenhang mit ADHS betroffenen Frauen auf die zur Verfügung stehenden Netzwerke zurückgreifen, beispielsweise auf die Auskunft– und Beratungsstelle ADHS 20+.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Kooperation mit anderen Fachkräften für die Professionellen der Sozialen Arbeit wünschenswert sowie anzustreben ist. Doch die Kooperation mit anderen kann nie vorausgesetzt, sondern muss oft im Zusammenhang mit ADHS betroffenen Frauen eingefordert werden. Die Soziale Arbeit zeichnet sich betreffend ihrer Allzuständigkeit aus. Die Professionellen der Sozialen Arbeit unterscheiden sich gegenüber anderen Fachkräften darin, dass sie über vielfältige Kooperationsfähigkeiten verfügen, um unterschiedliche Aufgabenstellungen - u.a. in ihrer Arbeit mit Frauen mit ADHS – bearbeiten zu können.

Nachfolgend soll die Hauptfragestellung beantwortet werden.

Welche erweiterten Kompetenzen benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit, um mit ADHS betroffenen Frauen arbeiten zu können?

Die Hauptfragestellung verfolgte das Ziel, anhand der drei Unterfragestellungen die erweiterten Kompetenzen für die Professionellen der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit ADHS betroffenen Frauen aufzuzeigen. Die Beantwortung erfolgte, indem ansatzweise das theoretische Fachwissen, die methodischen Kompetenzen sowie Aspekte in der Kooperation mit

betroffenen Frauen sowie mit anderen Fachkräften, dargestellt wurden (vgl. Unterfragen oben).

Anfänglich erschien das Vorhaben, die erweiterten Kompetenzen zu beschreiben, als sinnvoll, erwies sich aber im Verlauf der Bachelorthesis als kaum zu leisten. Dies wird in der abschliessenden Reflexion (vgl. Kapitel 6.2) noch näher ausgeführt.

6.2 Schlussfolgerungen für die Professionellen der Sozialen Arbeit

Die Autorin konnte in den drei Unterfragen aufzeigen und ansatzweise beschreiben, welche Aspekte in die Beratung und Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen einwirken und welches theoretische Fachwissen, welche methodischen Kompetenzen die Professionelle der Sozialen Arbeit in der Beratung und Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen sowie in der Kooperation mit anderen Fachkräften benötigen, um mit ADHS betroffenen Frauen arbeiten zu können. Was jedoch nicht gelang, war die Beantwortung der Hauptfragestellung. Dies lag einerseits daran, dass der Kompetenzbegriff, wie in der Hauptfragestellung aufgeführt, von der Autorin weder differenziert noch eingeschränkt wurde. Andererseits erwies sich die Auswahl der Expertinnen als nicht zielführend, da diese drei unterschiedlichen Fachrichtungen angehören. Dementsprechend liess sich wenig fachspezifisches Wissen in Bezug auf die erweiterten Kompetenzen für die Professionellen der Sozialen Arbeit ableiten. Die Autorin ist deshalb zur Einsicht gelangt, dass die Experteninterviews ausschliesslich bei Professionellen der Sozialen Arbeit hätten durchgeführt werden sollen.

Trotzdem erwies es sich nach Meinung der Autorin als sinnvoll, Einblicke in die Tätigkeitsfelder anderer Professionen zu erhalten. Dies ist im Speziellen für die Fallarbeit mit von ADHS betroffenen Frauen von Bedeutung, weil diese meistens von mehreren Fachpersonen begleitet, beraten und unterstützt werden. Deshalb ist es für eine Professionelle der Sozialen Arbeit relevant, wenn sie sensibilisiert ist, dass verschiedene Perspektiven sinnvoll sind, damit die Begleitung und Beratung von Frauen mit ADHS umfassender gestaltet werden kann. Dies ist sich die Autorin bewusst geworden, wodurch ihr Verständnis für andere involvierte Professionen grösser geworden ist.

Ebenfalls sinnvoll erwies sich die Erarbeitung der vorliegenden Bachelor-Thesis in Bezug auf die Thematik, da Kooperation und Beratung in der Sozialen Arbeit mit ADHS betroffenen Frauen erstmalig aufgegriffen und dargelegt wurde. Dabei haben sich einige weiterführende Fragen ergeben, die geradezu nach weiteren Forschungen in der Sozialen Arbeit verlangen.

Erstens wäre es wünschenswert, wenn sich die Wissenschaft vermehrt dem Forschungsgebiet ADHS im Erwachsenenalter resp. Frauen mit ADHS widmen würde. Zweitens könnte dadurch vermehrt Fachliteratur zu den Themen ADHS im Erwachsenenalter - insbesondere

in Bezug auf Frauen mit ADHS -, die spezifisch für die Professionellen der Sozialen Arbeit ausgerichtet sind, publiziert werden. Dadurch würde sich das theoretische Fachwissen erweitern lassen. Dementsprechend könnte drittens das ADHS fachspezifische Wissen im Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit differenzierter aufgenommen und der fachliche Diskurs gefördert resp. erst angeregt werden.

In der Sozialen Arbeit soll es nicht darum gehen, einseitig in den Vordergrund zu stellen, welche Leistungen Frauen mit ADHS nicht erbringen können, sondern vielmehr darum, festzustellen und aufzuzeigen, welche hinderlichen sozialen und umweltbedingten Umständen aufgehoben oder reduziert werden müssten. Es gilt also, die scheinbar unüberbrückbaren Hürden für Frauen mit ADHS mithilfe von Beratung und Kooperation mit anderen Fachkräften abzubauen. Da das Erscheinungsbild und die Ausprägung bei einer ADHS sehr individuell sind, kommt dem Aufspüren und Ausgleichen der je individuellen Hürden – und somit der soziale Integration sowie der Hilfe zur Selbsthilfe - ein ganz besonderer Stellenwert zu. In diesem Bereich vermehrt Sensibilität aufzubringen, muss mitunter ein besonderes Anliegen der Professionellen der Sozialen Arbeit sein.

Als Professionelle der Sozialen Arbeit ist es zudem von Bedeutung, eine Offenheit für weitere methodische Vorgehensweisen zu zeigen, was u.a. von der klassischen Gesprächsführung bis zu neuem, fundiertem Fachwissen reichen kann. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der professionelle Fach- und Methodenkompetenz sowie die Selbstreflexionskompetenz bilden die Grundlage, um in der Arbeit mit ADHS betroffenen Frauen situativ adäquat agieren zu können.

Mit der Anwendung von wissenschaftlichem Wissen in der Praxis stossen die Professionellen auf ein weiteres Grundproblem, nämlich, dass theoretisches und praktisches Wissen je eigenen Gesetzmässigkeiten und einer eigenen Logik folgen, wobei diese Unterschiedlichkeiten nicht aufgehoben werden können. Die Wissenschaft dient der Wahrheitsfindung und unterliegt dabei einem Begründungszwang. Die Praxis hingegen orientiert sich an den Kriterien der Wirksamkeit und unterliegt einem enormen Handlungsdruck (vgl. Tov/Kunz/Stämpfli 2013: 26).

Die Autorin ist der Ansicht, dass die methodischen Fähigkeiten, nämlich u.a. die Prozessgestaltung sowie die Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit durch Weiterbildungsangebote gefördert werden sollten. Denn die erwähnten methodischen Fähigkeiten bilden ein Kernelement des professionellen Handelns, das dazu beiträgt, das persönliche professionelle Repertoire zu erweitern.

Unter Professionalität versteht die Autorin die Fähigkeit, neue Forschungsergebnisse aus dem Bereich ADHS bei Frauen aufzunehmen und diese mit bereits vorhandenem theoreti-

schem sowie berufsspezifischem Fachwissen zu integrieren, da sie sich gegenseitig bedingen.

Als Grundvoraussetzung sieht die Autorin in der Gesprächsführung mit ADHS betroffenen Frauen die Fähigkeit zum kommunikativen dialogischen Handeln. Dadurch wird es u.a. möglich, eine vertrauensvolle, tragfähige Arbeitsbeziehung mit diesen Klientinnen aufzubauen, eine Beratungssituation zu gestalten, dialogisches Verstehen und Verhandeln zu ermöglichen oder die Vermittlung und Vernetzung zu weiteren Fachkräften herzustellen. Als Professionelle der Sozialen Arbeit will sich die Autorin eklektisch verhalten, was aber bedingt, dass sie neben einem breiten Fachwissen über ein ADHS-fachspezifisches Wissen verfügt, um reflektiert unterschiedliche Methoden der Gesprächsführung anwenden zu können. Unreflektierte Anwendung von unterschiedlichen Methoden birgt nach Ansicht der Autorin die Gefahr von Willkür.

Gute Beratungskompetenz und Gesprächsführung setzen gemäss Meinung der Autorin einen achtsamen Umgang mit den eigenen Grenzen voraus. Auch möchte sich die Autorin, als angehende Sozialarbeiterin, bei ihrer persönlichen, fachlichen und professionellen Entwicklung mit der Frage auseinandersetzen, wie sie mit eigenen Grenzen und eigenem Unvermögen umgehen will und kann. Die persönliche Entwicklung - trotz u.a. widrigen Umständen wie Kosten- und Zeitdruck oder in der Praxis vorherrschendem Handlungsdruck - wird durch den gesellschaftlich vorherrschenden Leistungsdruck oft verzögert oder sogar verhindert. Das bedeutet zum Beispiel, auch den Mut aufzubringen, eigene Probleme und eigenes Unvermögen ansprechen zu dürfen. Sozialarbeitende fühlen sich auch ab und zu gefordert und manchmal gar überfordert, wenn sie mit ADHS betroffenen Frauen zu tun haben. Es gilt zu bedenken, dass es trotz allem Fach- und Methodenwissen nicht immer gelingen kann, die facettenreichen, individuellen Problematiken der Frauen mit ADHS anzugehen. Das Thema „Grenzen von Machbarkeit und Umsetzbarkeit" betrifft nicht nur Frauen mit ADHS, sondern auch Professionelle der Sozialen Arbeit selbst.

7. Literaturverzeichnis

Armbruster, Meinrad M./Bartels, Verena (2005). Kooperation der verschiedenen Dienste bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch. In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hg.). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 405-417.

Avenir Social - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz (Hg.). (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Avenir Social.

Banaschewski, Tobias; Retz, Wolfgang; Rösler, Michael u. a. (Hg.) (2013). ADHS bei Erwachsenen - 50 Fragen und Antworten. Stuttgart: Thieme.

Barkley, Russell A. (2012). Das grosse Handbuch für Erwachsene mit ADHS. Bern: Hans Huber Verlag.

Boekhoff, Birgit (2014). Wege aus dem Chaos – Behandlung von Erwachsenen mit ADHS. In: *Zeitschrift Praxis Ergotherapie* (3), S. 137-142

Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt Martin H. (Hg.) (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Falkai, Peter/Wittchen, Ulrich (Hg.) (2015). Diagnostische und statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM 5. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Hoffmann, Heinrich (1997). Der Struwwelpeter. Köln: Schwager und Steinlein Verlag.

Hurrelmann, Klaus (2002). Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Krause, Johanna (2012). Eine umfassende Behandlung: Psychotherapeutische Konzepte und Psychodynamik der ADHS. In: Ohlmeier, Martin D., Roy, Mandy (Hg.). ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxishandbuch für Therapeuten und Betroffene. Stuttgart: Kohlhammer S. 127-137.

Krause, Johanna/Krause, Klaus-Henning (2014). ADHS im Erwachsenenalter. Symptome – Differenzdiagnose –Therapie. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Lamnek, Siegfried (2010). Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag.

Lauth, Gerhard/Minsel, Wolf-Rüdiger (2009). ADHS bei Erwachsenen. Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lindmeier, Christian (2005). Die neue internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – Darstellung und Kritik. In: Schweizerischer Verein der Fachkräfte für Körper- und Mehrfachbehinderte (Hrsg.): *SVFK Bulletin* 2005. Luzern, 28-47.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1997). Das ExpertenInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara, Prengl, Annedore (Hg.). Handbuch Qualitativer Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München: Juventa. S. 481-491.

Müller, Burkhard (2012). Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 7. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Neuhaus, Cordula (2006). Lass mich, doch verlass mich nicht. ADHS und Partnerschaft. 3. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Neuhaus, Cordula (2007). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Ohlmeier, D. Martin/Roy, Mandy (Hrsg.) (2012). ADHS bei Erwachsenen - ein Leben in Extremen. Ein Praxishandbuch für Therapeuten und Betroffene. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Resnick. Robert J. (2000). Die verborgene Störung – ADHS bei Erwachsenen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Roy, Mandy (2012). Die ADHS hat viele Gesichter: Klinische Symptomatik und Diagnostik. In: Ohlmeier, Martin D., Roy, Mandy (Hg.). ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxishandbuch für Therapeuten und Betroffene. Stuttgart: Kohlhammer. S. 36-64.

Roy, Mandy/Zigldrum, Claudia/Dillo, Wolfgang (2012). Die ADHS ist behandelbar: Therapeutische Prinzipien. In: Ohlmeier, Martin D./Roy, Mandy (Hg.). ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxishandbuch für Therapeuten und Betroffene. Stuttgart: Kohlhammer. S. 65-87.

Ryffel-Rawak, Doris (2003). Wir fühlen uns anders. Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben. Bern: Hans Huber Verlag.

Ryffel-Rawak, Doris (2004a, 2001[1]). ADS bei Erwachsenen. Betroffene berichten aus ihrem Leben. 2. Nachdruck. Bern: Hans Huber Verlag.

Ryffel-Rawak, Doris (2004b). ADS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert. Bern: Hans Huber Verlag.

Ryffel-Rawak, Doris (2007). ADHS und Partnerschaft – eine Herausforderung. Bern: Hans Huber Verlag.

Schweitzer, Jochen (1998). Gelingende Kooperation. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Simchen, Helga (2007) Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln. 2. überarb. und erweit. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Solden, Sari (2005). Die Chaos-Prinzessin. Frauen zwischen Talent und Misserfolg. 6. Aufl. Forchheim: Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.

Spiegel, Hiltrud von (2011). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. 4. Auf. München/Basel: Ernst Reinhard Verlag.

Stimmer, Franz (2012). Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 3. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Tov, Eva/Kunz, Regula/Stämpfli, Adi (2013). Schlüsselsituationen in der Sozialen Arbeit. Professionalität durch Wissen, Reflexion und Diskurs in Communities of Practice. Bern: Hep Verlag.

Widulle, Wolfgang (2012). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2. durchgesehene Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

Guten Tag Frau.....

Vielen Dank für die Gelegenheit zum Interview.

Ich heisse **Béatrice Spichiger** und bin Studentin der Fachhochschule Nordwestschweiz für Soziale Arbeit. Im Rahmen meiner Bachelor Thesis interessiere ich mich sehr für die Herausforderungen von ADHS betroffenen Frauen. Meine Bachelor Thesis schreibe ich zum Thema „Kooperation und Beratung in der Sozialen Arbeit mit ADHS betroffenen Frauen".

In diesem Zusammenhang möchte ich Ihnen meine Fragestellungen kurz erläutern:

Hauptfragestellung:

- Welche erweiterten Kompetenzen benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit, um mit ADHS betroffenen Frauen arbeiten zu können?

Unterfragestellungen:

- Welches theoretische Fachwissen ist für Professionelle der Sozialen Arbeit von Bedeutung?
- Welche methodischen Kompetenzen benötigen Professionelle der Sozialen Arbeit in der Beratung sowie in der Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen?
- Was muss in Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden?

Das Interview wird ca. 45 min – 1 h in Anspruch nehmen. Gerne würde ich ein Aufnahmegeräte/Tonband einsetzen sowie handschriftliche Notizen vornehmen – sind Sie einverstanden? Die Tonbandaufnahmen und deren Inhalte werden ausschliesslich für die Bachelor Thesis verwendet. Der Datenschutz sowie die Anonymisierung sind gewährleistet und Ihnen zugesichert.

Das Interview gliedert sich in drei Bereiche:

1. Einige Fragen zu Ihrer Person (Expertin)
2. Interviewfragen zu den Themen:
   2 a Lebenslagen von ADHS betroffenen Frauen
   2 b Gesprächsführungskompetenzen und Rahmenbedingungen in der Beratung von ADHS betroffenen Frauen
   2 c Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen und anderen Fachkräften
3. Kurze Zusammenfassung, offene Fragen klären sowie Ausblick

1. Einige Fragen zu Ihrer Person

- Alter:
- Gegenwärtige berufliche Funktion/Position:
- Akademische Laufbahn (kurze Darstellung):
- Berufliche Laufbahn (kurze Darstellung):
- Ausbildung zur Beraterin: (Methodisches Fachwissen in Beratung)
- Seit wann beschäftigen Sie sich (wissenschaftlich) mit dem Thema ADHS bei betroffenen Frauen?
- Was interessiert Sie am Thema ADHS bei Frauen?

2.a Lebenslagen von ADHS betroffenen Frauen

1. In welchen Lebensbereichen benötigen ADHS betroffene Frauen häufig Beratung und Unterstützung?

2. Welche Bedeutung kann die Diagnose ADHS bei betroffenen Frauen haben, wenn sie erst im Erwachsenenalter gestellt wird?

3. Welchen Stellenwert nimmt die Diagnose ADHS in Bezug auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein?

2.b Gesprächsführungskompetenzen und Rahmenbedingungen in der Beratung von ADHS betroffenen Frauen

1. Bei den meisten Menschen ist bekannt, dass es nicht einfach ist, Beratung für lebenspraktische Schwierigkeiten zu beanspruchen. Wie ist es bei ADHS betroffenen Frauen?

2. Was sollten Professionelle der Sozialen Arbeit im Hinblick auf die Rahmenbedingungen besonders beachten? (z.B. bezüglich Beratungsdauer, Störfaktoren)

3. Frauen mit ADHS haben oft ein wiederholtes Scheitern in unterschiedlichen Lebensbereichen erlebt. Wie unterstützen Sie betroffene Frauen bei der Suche nach einem Neuanfang?

4. Einige Probleme von Frauen mit ADHS erwachsen aus der Schwierigkeit, ihren Alltag zu organisieren. Wie gehen Sie mit den betroffenen Frauen in Bezug auf ihre alltäglichen Schwierigkeiten vor?

5. ADHS betroffene Frauen schwanken in Beratungsgesprächen tendenziell von Thema zu Thema. Wie gelingt es Ihnen, betroffene Frauen wieder auf das ‚eigentliche' Gesprächsthema zu lenken?

2.c Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen und mit anderen Fachkräften

1. Was verstehen Sie unter Kooperation?
2. Welche Voraussetzungen sind für die Zusammenarbeit mit ADHS betroffenen Frauen hilfreich?

3. Gibt es Gründe, die eine Zusammenarbeit mit ADHS betroffenen Frauen erschweren resp. verhindern?

4. Damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt, müssen Professionelle der Sozialen Arbeit mit anderen Fachkräften zusammenarbeiten.
   Welche Faktoren sind in der Zusammenarbeit/Kooperation mit anderen Fachkräften hilfreich?
   Welche Faktoren verhindern eine gelingende Zusammenarbeit/Kooperation?

5. Neben dem Fachwissen brauchen die Professionellen der Sozialen Arbeit ein stattliches Repertoire an Handlungskompetenzen. Der fachliche Austausch (Fallsupervision) ist deshalb von zentraler Bedeutung.
   Wie ist es in Ihrer Profession?

6. Wo können sich Professionelle der Sozialen Arbeit bei fachlichen Fragen in Bezug auf ADHS betroffenen Frauen hinwenden?

3. Zusammenfassung / Abschluss / kurzer Rück- und Ausblick

Bevor wir das Interview abschliessen, möchte ich gerne wissen, ob aus Ihrer Sicht wichtige Fragen ungestellt blieben?

Ist Ihnen während des Interviews z.B. irgendein offener Punkt aufgefallen, den ich für meine Bachelor Thesis beachten sollte?

Haben Sie im Zusammenhang mit der Begleitung und Unterstützung von betroffenen ADHS Frauen ein dringendes Anliegen resp. einen wichtigen Hinweis an die Adresse der Professionellen der Sozialen Arbeit?

Wenn ja, welchen Hinweis und/oder Anliegen haben Sie?

Wie haben Sie sich im Interview gefühlt?

DANK: Zum Schluss bedanke ich mich ganz herzlich für das Interview und die mir zur Verfügung gestellte Zeit!

Anhang B: Experteninterview I (E I), 2015

Durchführung: 05.03.2015 / Ort: im Kanton Bern

Einige Fragen zu Ihrer Person:

Alter: im Rentenalter

Gegenwärtige berufliche Funktion/Position: Ärztin, Psychiaterin und Psychotherapeutin

Berufliche Laufbahn: Medizin studiert und danach gab es eine kleine Kinderpause und dann habe ich den Facharzt in Psychiatrie gemacht, Psychiatrie und Psychotherapie

I: Seit wann beschäftigen Sie sich mit dem Thema ADHS bei betroffenen Frauen?
E I: Also ich habe mich über meinen Mann mit ADHS eigentlich von Anfang an beschäftigt. Er ist ja Spezialist für ADHS bei Kindern und das hat mich immer fasziniert. Und Mitte der 90er Jahre, als ich dann schon so vier, fünf Jahre meine eigene Praxis hatte, habe ich gemerkt, dass ich mit einigen Patienten einfach nicht zu Rande kam. Und tatsächlich ein Schlüsselerlebnis war, als wir das erste Mal in Amerika waren an einer CHAAD-Konferenz teilnahmen. Das ist die Selbsthilfeorganisation für ADHS Betroffene, in Amerika, wo wirklich alle Fachleute damals dabei waren und Vorträge gehalten haben. Und ich erinnere mich an Dr. Eduard M. Hallowell, Psychiater aus Boston, das ist der Autor von "Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein"". Als der seinen Vortrag gehalten hatte, sind mir nur noch die Tränen geflossen. Da wurde mir auf einmal klar, das ist es! Eben die Kinder, oder sehr viele der betroffenen Kinder, haben es als Erwachsene immer noch nicht sozusagen ausgewachsen, in Anführungszeichen, sondern leiden immer noch unter verschiedenartigen Symptomen der ADHS. Und dann kam ich nachher zurück in die Schweiz und in die Praxis und dann ging es los! Und von da an hat es mich nicht mehr losgelassen und speziell Frauen, also die Hälfte meiner Patienten waren Frauen, also ergab sich das wie von selbst.

I: Was interessiert Sie am Thema ADHS bei Frauen?
E I: Ich denke, da ich selber eine Frau bin, sind mir die Frauen am nächsten, sagen wir es so. Vor allen Dingen wenn es sich auch um Mütter und die häufig auch betroffene Kinder haben und ja, da hat sich mein Herz sozusagen geöffnet für diese Frauen.

I: Jetzt möchte ich zu den Lebenslagen Fragen stellen von betroffenen Frauen. Vor allem in welchen Lebensbereichen benötigen ADHS betroffene Frauen Beratung und Unterstützung? Also in welchen Schwierigkeiten? In familiären Situationen oder beruflichen Situationen?

E I: Also wir wissen ja, dass ADHS das Leben lang einem begleitet und insofern kann man das nicht sagen. Ich hatte ganz junge Frauen, also 18, 19, 20-Jährige, die in der Ausbildung waren und plötzlich ging einfach nichts mehr. Also benötigten sie Hilfe. Oder dann wieder junge Frauen, die schwanger wurden, Kinder hatten und dann auf einmal brach das Chaos zusammen, weil sie einfach nicht auf die Reihe bekamen. Eben Haushalt, Ehemann, Kinder. Ja. Aber ich hatte auch, nicht sehr viele, aber doch ältere Patientinnen. Ich kann mich an eine Patientin erinnern, die war bereits im Pensionsalter. Die war 65 und sie hatte nicht so ausgeprägte Symptome, aber doch dass ich eben die ganzen Abklärungen gemacht habe und das war eindeutig, sie hatte ein ADHS und ich habe sie dann medikamentös, also ganz, mit einer minimalen Dosierung behandelt und daraufhin kam sie zurück und sagte, wissen Sie, nicht nur mir geht es besser, unserer Beziehung, also mit meinem Mann geht es so viel besser. Er sagt auf einmal, endlich kann ich in Ruhe meine Zeitung lesen. Also insofern in

jeder Lebenslage, immer wenn Probleme auftauchen und das ist ja dann, wenn der Psychiater, also ja.

I: Gut. Also welche Bedeutung kann die Diagnose ADHS für betroffene Frauen haben, wenn sie im Erwachsenenalter gestellt wird? Also ich stelle mir da vor, könnte es eine Entlastung sein, dass man endlich eine Erklärung für die Stimmungsschwankungen hat oder welche Bedeutung, also erschreckt es die Frauen oder was haben Sie für Erfahrungen gemacht, wenn die Diagnose mal gestellt werden konnte?

E I: Im Allgemeinen ist es eine Entlastung. Wie ich vorhin schon sagte, die Patienten kommen ja, weil sie einen Leidensdruck haben und sie suchen ja. Das ist ja immer so interessant, gerade bei ADHS Betroffenen, die suchen nach Hilfe. Anders als bei anderen psychischen Erkrankungen, dort habe ich das weniger erlebt, aber ADHS Patienten suchen immer wieder nach einer Erklärung, nach Hilfe, was ist nur los mit mir? Nämlich, Sie haben die Stimmungsschwankungen angesprochen und das ist ein wesentlicher Faktor gerade speziell bei Frauen und eben in den Phasen, in denen es ihnen gut geht, dann läuft es ja, aber es gibt leider Gottes die Phasen, in denen es nicht gut geht und dieses eben nicht wissen, wie geht es mir in der nächsten halbe Stunde oder in der nächsten Stunde oder morgen oder in zwei Wochen? Dieses Unfassbare, das verunsichert enorm und das bedingt auch, dass eine ganz grosse Selbstwertproblematik dann dahinter steckt, nicht?

I: Was haben Sie für Erfahrungen gemacht, wenn die Diagnose gestellt wird, in Bezug auf Vereinbarkeit von Familie-Beruf? Also hat das für einen Einfluss? Also zum Beispiel, macht es Sinn zum Beispiel den Arbeitgeber über die Thematik zu orientieren oder auch die Familie miteinzubeziehen? Was haben Sie da für Erfahrungen gemacht?

E I: Also Familienmitglieder, unbedingt! Ich denke, der Ehemann hat ein Recht und es ist im Allgemeinen nur hilfreich, wenn er weiss, was mit seiner Frau los ist. Bei den Arbeitgebern da war ich immer sehr vorsichtig, das war ganz individuell verschieden. Also bei jungen Menschen, die in der Ausbildung standen, zum Beispiel in einer KV-Lehre, da habe ich, mit Erlaubnis der Patienten natürlich, schon, was meinen Sie, vielleicht können wir ja darüber sprechen mit dem Leiter des KVs oder was auch immer und vielleicht bekommen Sie mehr Zeit für die Prüfungen? Oder sonst irgendwelche Hilfestellungen. Aber die Patienten mussten natürlich also einverstanden sein und das, man muss dann das mit sehr viel Fingerspitzengefühl und sehr vorsichtig angehen.

I: Aber Sie haben angesprochen, den Partner zu informieren. Haben Sie dann die Erfahrung gemacht, dass sich gewisse Konflikte innerhalb der Beziehung auch abschwächen oder reduzieren können? Also durch die Information, durch das Wissen, warum verhält sich meine Frau so? Haben Sie dort diese Erfahrung gemacht, oder?

E I: Ja und es gab sich nicht selten, dass ich dann auch einige Sitzungen, obwohl ich keine ausgewiesene Paartherapeutin bin, dass ich die Paare, also gemeinsam, in die Sprechstunde habe kommen lassen. Wobei, es gab dann wie eine Kräfteverschiebung. Also die Frauen haben an Selbstwert gewonnen und die Ehemänner, die vielleicht vormals immer als Coach fungiert haben, standen plötzlich so wie im Regen. Ja, und jetzt? Jetzt entscheidet sie ja auf einmal. Sie braucht mich gar nicht mehr so. Und das musste man dann auch wieder angehen und bearbeiten.

I: Aber eher positiv?

E I: Unbedingt! Unbedingt. Ich meine, es gibt natürlich, man kann nicht sagen 100% und bei allen, das gibt es ja nicht. Weil dazu sind wir Menschen ja alle viel zu verschieden voneinander, nicht?

I: In der Literatur ist auch zu lesen, dass die Scheidungsrate von ADHS betroffenen Frauen

höher ist. Das können Sie auch so in diesem Bereich bestätigen?

E I: Ja. Ja. Also so lange sie nicht diagnostiziert wurde.

I: Also Sie würden sagen, die Diagnose könnte auch...

E I: Eherettend sein. Ja. Ja.

I: Ja. Doch. Schon. Gut. Jetzt möchte ich etwas zu den Gesprächsführungskompetenzen fragen in Bezug auf Beratung. Bei den meisten Menschen ist es ja bekannt, dass es nicht einfach ist, Beratung zu beanspruchen, vor allem in lebenspraktischen Schwierigkeiten, oder? Wie ist das bei ADHS betroffenen Frauen? Sie haben vorhin gesagt, sie sind oft suchend unterwegs, sie suchen nach Hilfe. Wie haben Sie das erfahren? Also so, Ihre Erfahrungen in diesem Bereich?

E I: Also ich würde sagen, wenn die Frauen, oder auch Männer, zu mir gekommen sind, dann waren sie doch an einem Punkt angekommen, wo sie das Gefühl haben, alleine schaffe ich es doch nicht mehr. Aber, ja, da, ich denke die Hürde ist einfach wirklich zum Telefon zu greifen und einen Psychiater anzurufen. Aber wenn das mal gemacht ist. Und dann habe ich in meiner Praxis immer etwas Besonderes gemacht, wenn die Patienten mich angerufen haben oder mir ein Email geschickt haben, sie möchten zu mir in die Therapie kommen, dass ich sage gut, aber dann schreiben Sie mir vorher Ihren Lebenslauf und schicken Sie mir das. Das habe ich einerseits gemacht, um mich, wie soll ich sagen, einzufühlen in die Lebensgeschichte dieses Menschen, aber weil es auch einen therapeutischen Grund hat, also schon alleine das ganze Leben, also mal schwarz auf weiss selber aufschreiben zu müssen. Das bringt so viele Aha-Erlebnisse, dass es auch gleichzeitig wie eine Entlastung ist und ohne dass man sich kennt, entsteht schon eine Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Und das habe ich immer als, ja, das ist so meine Kult-, ich weiss nicht ob das andere Kollegen so halten, ich glaube nicht. Es ist nämlich eine Mehrarbeit. Also man sitzt dann Zuhause und liest diese Lebensläufe, zum Teil zehn Seiten lang oder so, und aber ich habe das gerne in Kauf genommen.

I: Sie haben vorhin gesagt, wenn die betroffenen Frauen mal den Schritt zum Anrufen oder Mail gemacht haben. Aber wie ist es? Ich habe die Erfahrung gemacht, genau diese Hürde bevor man zum Telefon greift, ist so schwierig. Was könnte diesen betroffenen Frauen oder wenn sie noch nicht diagnostiziert sind, ihnen helfen, also dass sie diesen Schritt tun können?

E I: Idealerweise, dass sie jemanden treffen, der selber betroffen ist und sagt, du, ich meine, du könntest doch eventuell ADHS betroffen sein, möchtest du nicht oder wäre das nicht eine gute Idee, vielleicht in einer Selbsthilfeorganisation mal anzuklopfen. Also ich würde nicht Psychiater in den Mund nehmen. Das wirkt vielleicht abschreckend. Aber vielleicht, ja, eine ADHS Selbsthilfeorganisation für Erwachsene.

I: Und vorhin haben Sie gesagt, Sie haben den Klienten oder Patienten gebeten, den Lebenslauf aufzuschreiben. Ich habe in der Literatur gelesen, dass oftmals die Schreibfähigkeit von betroffenen Frauen eingeschränkt oder nicht gut vorhanden ist. War es für jede Person möglich, das zu schreiben oder haben Sie auch gemerkt, sobald Sie diese Anforderung gestellt haben, dass sie sich zurückgezogen haben oder sich nicht mehr gemeldet haben?

E I: Ich habe das halt immer so gehalten, dass ich von Anfang an gesagt habe, es ist mir völlig egal, was sie für einen Stil haben, ob sie grammatikalische oder grafische Fehler haben, darum geht es mir überhaupt nicht. Wir sind nicht in der Schule, sondern schreiben Sie einfach, was Ihnen gerade so in den Sinn kommt. Und ich habe praktisch keine Absage gehabt. Alle haben diese Aufgabe gemacht, die einen besser, die anderen schwächer, einige grossartig, wirklich Buch reif sozusagen. Solche die halt vielleicht gerade eine schriftstelleri-

sche Begabung hatten, aber das waren natürlich die Ausnahmefälle, aber, nein, im Allgemeinen, aber ich habe das den Patienten natürlich auch gesagt, schauen Sie und ob gross oder klein, es ist mir egal. Das einzige, das ich mit der Zeit als Einschränkung darum gebeten habe, schreiben Sie es bitte mit dem Computer oder mit der Schreibmaschine, nämlich die handschriftlichen Lebensläufe also das war dann doch recht mühsam zum Lesen, nicht? Das war, aber das hat mich erst im Verlauf der Jahre, also mit der Erfahrung, ja.

I: Mich würde interessieren, was Professionelle der Sozialen Arbeit beachten sollten in Hinblick der Rahmenbedingungen in der Beratung. Also in der Literatur ist auch zu lesen, dass eben die Aufmerksamkeitsspanne sehr unterschiedlich ist und auch die Störfaktoren, also Telefon oder so, das sie sehr vom eigentlichen Thema ablenkt. Viel schneller als nicht Betroffene. Was würden Sie sagen, welche Rahmenbedingungen, auch zeitlich, ist die Beratung möglich für betroffene Frauen?

E I: Eigentlich haben Sie sich die Antwort schon selber gegeben.

I: Aha?

E I: Ja. Und zwar, ich würde schon versuchen, wenn Sie wissen, es handelt sich um eine ADHS betroffene Person, Telefon mal abschalten, an der Bürotür "Bitte nicht stören" anbringen, ein gemütliches, ja es ist ganz wichtig, dass die Räumlichkeit irgendwie eine gemütliche Ausstrahlung hat. Also es macht überhaupt nichts, wenn Sie selber Kinder haben, wenn Sie Fotos von Ihren Kindern haben oder ein schönes Bild oder eine hübsche Decke auf dem Tisch oder Blumen. Irgendetwas das, es muss eine warme Atmosphäre herrschen. Das ist, denke ich, enorm wichtig. Also meine Patienten haben sich immer sehr wohl gefühlt, also so meine ich jedenfalls, das war so der Eindruck. Aber ich habe auch viel Persönliches in meiner Praxis gehabt, also ich habe mich wohl gefühlt und das überträgt sich dann auch auf den Patienten oder Klienten.

I: Sie würden sagen, es ist extrem wichtig, dass sich die betroffene Frau willkommen fühlt?

E I: Genau, genau.

I: Und also so auch die uneingeschränkte Aufmerksamkeit garantiert bekommt?

E I: Genau. Richtig, das ist ganz, ganz wichtig. Ja. Und Telefon, das stört wirklich und das lenkt ab, es lenkt einem selber ab, es lenkt die Patientin ab, ja Klientin, also die Person, die dann bei Ihnen ist, ja.

I: Haben Sie auch andere Methodiken angewendet in Form von - also Beratung hat ja sehr viele kognitive Voraussetzungen, damit das - haben Sie anders, zum Beispiel bestimmte Dinge visualisiert oder Bilder eingesetzt?

E I: Nein, eigentlich nicht. Und was ich auch versucht habe, ist mich wirklich ganz auf den Patienten einzustellen und nicht dauernd Notizen machen. Also ganz wichtig ist der Blickkontakt, enorm wichtig und wenn ich schreibe, dann ist ja kein Blickkontakt da. Und dann schweifen die Patienten auch ab, beziehungsweise haben das Gefühl, naja, die interessiert sich ja eh nicht so für mich. Die ist ja dauernd am Schreiben.

I: Sie würden sagen, also Notizen machen, sehr punktuell?

E I: Sehr punktuell! Immer wieder Blickkontakt.

I: Ja, also dass das sehr wesentlich ist in der Beratung?
E I: Unbedingt, unbedingt, ja.

I: In der Literatur habe ich gelesen, dass ADHS betroffene Frauen auch in ihrem Leben immer wieder scheitern, also in unterschiedlichen Lebensbereichen Beruf, Familie haben wir ja schon angesprochen. Wie unterstützen Sie betroffene Frauen bei der Suche nach einem Neuanfang? Also wenn, ich weiss auch nicht, die Arbeitsstelle ist verloren gegangen aufgrund...

E I: Gut. Da habe ich natürlich, das habe ich nicht alleine gemacht, in meiner Praxis hat immer eine Psychologin mitgearbeitet und wir haben uns die Arbeit sozusagen geteilt. Ich konnte ja nicht alle meine Patienten selber coachen, aber da kommt das Wort Coaching. Also das ist so wichtig und das ist dann ganz speziell die Motivation und wirklich im Einzelnen schauen, wo liegen die Stärken, die Schwächen und so weiter und aber eine betroffene Person zu coachen, muss man nicht nur über ADHS Bescheid wissen, sondern sollte möglichst auch als Coach eine Ausbildung also durchgelaufen haben. Es muss nicht unbedingt eine ADHS Coaching sein, aber eine Ausbildung in Coaching.

I: Also gibt es, ich habe nur gelesen, dass es in Deutschland zum Bespiel gibt es das, in Amerika weiss ich es nicht.

E I: Ja, unbedingt! Ich habe meine Ausbildung in Amerika immer so in Kursen gemacht.

I: Also spezifisch auf, aber Sie haben ein Coaching spezifisch auf ADHS gemacht?

E I: Ja. Ja.

I: Also Sie würden sagen, es ist extrem wichtig?

E I: Genau. Ja. Ja.

I: Ja. Genau.

E I: Wobei immer wieder Empathie ist das A und O. Also das Mitfühlen, das wirklich Dasein. Deshalb eben auch dieser Blickkontakt, nicht? Aber es reicht nicht aus.

I: Also einige Probleme von Frauen mit ADHS erwachsen also aus der Schwierigkeit, ihren Alltag zu organisieren, Struktur zu finden. Wie sind Sie mit Personen vorgegangen, diese Thematik anzugehen?

E I: Eben da hat zum Beispiel meine, die Psychologin, die bei mir gearbeitet hat, die hat ein Haushaltscoaching angeboten und die ist dann zu den Frauen nach Hause gegangen und sind sie wirklich Schritt für Schritt Wohnzimmer, Esszimmer, Küche, Badezimmer durchgegangen und mit Hilfe von Papier und Bleistift dann ganz genau besprochen, was verändert werden kann, was gut ist und eben Schritte eben eingeleitet und immer wieder kontrolliert, immer wieder vor Ort und das konnte ich natürlich nicht, also ich konnte ja nicht von der Praxis her, das hat dann meine Psychologin gemacht.

I: Aber das verstehe ich richtig, dass das Coaching dazu beigetragen hat, dass die Frau neue Handlungskompetenzen erlernen konnte und dass das nach einer Stabilisationsphase dann gut funktioniert hat oder einfach besser?

E I: Im Allgemeinen schon, wobei, also häufig war dies erst möglich nach einer medikamentösen Behandlung. Das heisst mit Stimulanzen oder Antidepressiva, ich meine, das war ja individuell ganz verschieden, das ist ganz klar. Also das, sagen wir, wir mussten also zuerst die Stabilisierung erreichen und dann die weiteren Schritte.

I: Sie würden sagen, die Behandlung ist grundsätzlich, kommt mir der Fachbe-, also Multi, so verschiedene Puzzleteile.

E I: Sehr verschiedene.

I: Der Begriff kommt mir nicht in den Sinn. Ich habe ihn schon gelesen, aber es braucht unterschiedliche Teile, damit die Person fähig ist, Neues zu erlernen.

E I: Genau. In, ich weiss nicht, in einem meiner Bücher habe ich so eine kleine Zeichnung mit den, von einem griechischen Tempel mit so, so das Säulenmodell: medikamentöse Behandlung, Psychotherapie, Coaching. Also das sind so die drei Grundpfeiler. Das eine geht nicht ohne das andere. Es braucht wirklich, ja. Es ist Arbeit. Es ist ein Stück Arbeit.

I: Bei ADHS betroffenen Frauen ist, also auch in Ihren Büchern, ist es sehr schön zu lesen, dass sie in Beratungsgesprächen, aber auch sonst in alltäglichen Gesprächen tendenziell von Thema zu Thema schwanken und springen. Wie gelingt es, betroffene Frauen wieder auf das eigentliche Gesprächsthema zu lenken?

E I: Indem man sich selber bewusst ist, dass das passiert. Aber das war ja das, was mich immer in meiner Praxis fasziniert hat. Es wurde kein Augenblick langweilig. Also insofern, ja. Ich habe das nicht unbedingt als Negativpunkt angeschaut, sondern, aber natürlich musste ich die Patienten dann immer wieder zurückbringen, also wenn es ein zentrales Thema war. Aber das geht dann schon im Gespräch. Vielleicht mit Humor. Ich habe immer wieder, also miteinander lachen, das verbindet so, das tut so gut. Also nicht als Manko, etwas, also jetzt sind wieder abgedriftet, also können Sie nicht bei der Sache bleiben? Sondern, ha, haben Sie gemerkt? Wo sind wir den jetzt? Wir sind ja jetzt in ein Flugzeug gestiegen und sind irgendwo anders, als wo wir zu Beginn waren. Oder irgend sowas, was sehe ich. Ich meine.

I: Das heisst also auch für Professionelle der Sozialen Arbeit, dass man das sich nicht aus-, dass das Patienten nicht absichtlich tun.

E I: Genau.

I: Sondern sich bewusst sein, das passiert und dann den Weg Humor oder auch, ah eigentlich habe ich gedacht, wir möchten das und das besprechen.

E I: Genau. Immer wohlwollend. Das ist ganz wichtig.

I: Ja. Also das nicht defizitär anzuschauen, sondern.

E I: Genau.

I: Das ist mal so anzunehmen, wie es ist.

E I: Ja. Es geht ja darum, den Menschen anzunehmen, wie er ist. Mit seinem ADHS, nicht? Das ist ja so wichtig.

I: Jetzt habe ich noch ein paar Fragen zu Kooperation. Was verstehen Sie aus Ihrer Sicht unter Kooperation? Also was ist aus Ihrer Sicht wichtig in der Kooperation mit der betroffenen Patientin, aber auch mit anderen Fachkräften?

E I: Also mit den betroffenen Patienten da kommt mir ein Patient in den Sinn, der kam immer bekifft in die Sprechstunde und da habe ich ihm ganz klar gesagt, wissen Sie, von mir aus können Sie ja schon weiter kiffen, so läuft deine Therapie nicht. Entscheiden Sie, was Ihnen wichtiger ist: Entweder Sie kiffen weiter und kommen völlig beduselt her und es geschieht gar nichts oder Sie lassen es sein und wir arbeiten miteinander. Dieser eine Patient, der hat es und interessanterweise es war ein Psychiatriepfleger. Der wollte weiter kiffen. Da habe ich aufgehört. Da bin ich also sehr strikt gewesen. Es hat wirklich nichts gebracht und auf Krankenkassenkosten, nein, das habe ich dann nicht gemacht.

I: Das heisst, wenn ich richtig verstehe, die Freiwilligkeit, sich auf Behandlung oder Begleitung einzulassen, ist zentral.

E I: Ist zentral, genau.

I: Jemanden zu zwingen

E I: Nein, das bringt nichts.

I: Ja. Welche Voraussetzungen sind für die Zusammenarbeit mit betroffenen Frauen hilfreich? Sie haben das ja erwähnt, dass man quasi die Arbeitsbeziehung auch definiert, wie Sie sich das vorstellen.

E I: Genau. Genau. Ja.

I: Das heisst auch, ihnen zutrauen, zu entscheiden?

E I: Ja. Ja.

I: Und auch auszuhalten, wenn sie das nicht nutzen?

E I: Genau. Das ist ganz wichtig. Nämlich es ist ja auch verletzend, wenn dieser Patient eben dann vorgezogen hat, nicht weiter zu kommen, aber ganz schwierig ist es auch, Suchtprobleme sind sehr schwierig anzugehen und die Kombination ist ja leider Gottes häufig gegeben. Alkohol. Also ich habe immer meinen Patienten gesagt, so lange die Flasche zwischen uns steht, können wir nicht zusammen arbeiten und dann habe ich die Patientinnen, in die Alkoholsprechstunde zum Beispiel geschickt, nicht? Also ich habe mir das dann nicht angemassen, gut, jetzt therapiere ich die Alkoholproblematik oder so. Nein, man muss auch seine eigenen Grenzen kennen. Das ist ganz wichtig. Also nicht denken, ich schaffe das! Ich kann alles! Nein.

I: Das ist nicht möglich?

E I: Das ist nicht möglich.

I: Auch wichtig für die Professionellen der Sozialen Arbeit zu wissen, dass man nicht, das Ganze, die ganzen Schwierigkeiten übernehmen, also mitbearbeiten kann, sondern dass Fachstellen zur Verfügung stehen.

E I: Ja, natürlich. Unbedingt und die auch in Anspruch nehmen.

I: Sie haben eigentlich die nächste Frage auch schon beantwortet, also gibt es Gründe, die eine Zusammenarbeit mit ADHS betroffenen Frauen erschweren oder verhindern? Das ist sicher, da haben Sie etwas angetönt. Gibt es sonst noch etwas?

E I: Es gibt natürlich jene. Es gibt natürlich Patienten, aber das ist nicht nur bei ADHS Betroffenen, sondern allgemein, die sehr manipulativ sind und die immer alles so drehen wollen, also zum Beispiel ich hatte auch Patienten, die unbedingt eine IV-Rente wollten und wo ich gesagt habe, nein! Sie sind durchaus arbeitsfähig. Das mache ich nicht mit oder Querulanten, aber das gibt es ja überall. Also nicht nur bei ADHS Betroffenen, nicht? Und da muss man sagen, gut man kann nicht jedem Menschen helfen und sowieso das Wort helfen, das hat bei mir so einen Beigeschmack. Ich habe immer gesagt, ich begleite meine Patienten. Ein Stück ihres Lebens. Ich begleite sie. Was sie dann daraus machen, das ist ja schlussendlich ihre Sache. Ich kann das vermitteln, mein Wissen vermitteln, mein Mitgefühl vermitteln, ja.

I: Ich habe auch gelesen, dass die verbindliche Zusammenarbeit also oftmals erschwert ist, dass betroffene Frauen auch Termine nicht einhalten können oder kurzfristig absagen oder so. Wie ist das, wie haben Sie das in Ihrer Praxis erfahren?

E I: Ja, das ist immer wieder vorgekommen und das ist schon ein Problem. Nämlich die Krankenkasse, wenn ich sage mal eine nicht eingehaltene Konsultation, das mussten dann die Patienten selber bezahlen und das tut weh. Und das ist dann ein Lernprozess, aber manchmal haben das die Krankenkassen gar nicht gemerkt, obwohl ich das dazugeschrieben habe und haben das übernommen. Das war dann nicht so gut, nämlich man muss auch pädagogisch sozusagen ein bisschen tätig sein, nicht? Und ich habe, also wenn das sehr oft vorkam, das ist, was nicht der Fall war zum Glück in meiner Praxis, dann habe ich das den Patienten gesagt, so geht es nicht. Tut mir Leid, aber es stehen so viele an der Tür und möchten eine ernsthafte Therapie machen, also entweder oder. Also auch wieder die Entscheidung dem Patienten überlassen, aber mir das Recht gegeben sozusagen, so geht es nicht, nicht? Und nochmals eine Chance gegeben, das ist ganz klar.

I: Also, Professionelle der Sozialen Arbeit müssen ja auch mit anderen Fachkräften zusammenarbeiten. Also, es bringt es mit sich, wie wir das schon besprochen haben. Aber was würden Sie sagen, was haben Sie für Erfahrungen gemacht, welche Faktoren sind in der Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften hilfreich?

E I: Ja das hängt natürlich ganz individuell von der Situation ab, vom Patienten ab. Das kann man so allgemein nicht beantworten, aber ich habe immer wieder, also die Zusammenarbeit finde ich, ist zentral, ganz wichtig und was ich immer wieder so gerade Jungen, sei es Sozialarbeiter oder Therapeuten, Psychologen, wer auch immer, was ich immer empfohlen habe, ist Supervision. Supervision oder Intervision. Nämlich man sollte nicht diesen schweren Rucksack der Patienten immer selber tragen oder wenigstens nicht ganz alleine. Nämlich sonst dreht man sich selber im Kreis anstatt weiterhelfen und jetzt brauche ich selber das Wort helfen. Es stagniert. Man braucht, also es ist wirklich enorm wichtig und ich habe das in meiner Praxis selber gemacht, ich habe Intervision mit anderen Kollegen gemacht oder Supervision bei sehr erfahrenen Kollegen gemacht und da fällt einem keinen Zacken aus der Krone. Im Gegenteil. Es kommt den Patienten dann zu Gute und selber ist man auch entlastet. Also das würde ich wirklich wärmstens empfehlen.

I: Verstehe ich richtig, dass es auch in Supervision, Intervision mit anderen Fachkräften darum gehen kann, einander auch kennenzulernen, auszutauschen, wer hat welche Aufgabe?

E I: Natürlich, das kommt noch dazu.

I: Wer übernimmt was? Die Koordination.

E I: Das meinte ich jetzt nicht mit Supervision, Intervision, aber das ist ganz wichtig.

I: Aber auch? Aber auch?

E I: Unbedingt, unbedingt! Genau. Ja, das ist ganz wichtig, dass man, dass jeder vom andern weiss, was mache ich und wo höre ich auf und wo fängt mein Kollege, meine Kollegin an, nicht? Aber das ist schon, ja, genau.

I: Aber Intervision innerhalb der gleichen Profession?

E I: Ja.

I: Damit man handlungsfähig bleiben kann und auch Erfahrenes wirklich aufzeigen kann und sich auch verorten kann, oder? Dass man, dass das Herz auch nicht zu belastet wird?

E I: Das ist es, genau. Ja.

I: Gerne möchte ich noch fragen, wo können sich Professionelle der Sozialen Arbeit bei fachlichen Fragen in Bezug auf ADHS betroffene Frauen hinwenden? Also wo bekommen Professionelle Hilfe? Ist vielleicht der falsche Ausdruck, aber wenn sie eine Frage haben oder nicht weiterkommen. Gibt es eine Fachgesellschaft, oder?

E I: Es gibt Fachgesellschaften und die Selbsthilfegruppen und ich denke, desto mehr man mit Betroffenen spricht, desto mehr lernt man. Und man sollte natürlich sich immer wieder neu belesen, das ist ganz klar. Also es ist ein ewiger Lernprozess.

I: Hier in der Schweiz, könnten Sie sagen, wo auch Professionelle der Sozialen Arbeit Anschluss finden bezüglich Fachwissens?

E I: Da bin ich, ich bin ja doch etwas jetzt naja doch pensioniert und nicht mehr up to date sozusagen, also gerade was Sozialarbeiter betrifft und ADHS, da muss ich passen. Aber ich denke die Selbsthilfeorganisation, die wissen schon Bescheid. Also ich denke, die ja, die Interessengesellschaft ADHS und ADHS 20+.

I: Bevor wir das Interview abschliessen, möchte ich gerne fragen oder wissen, ob aus Ihrer Sicht wichtige Fragen ungestellt blieben? Also etwas, das irgendwie für Sie doch wichtig ist, noch mitzuteilen in Bezug auf ADHS betroffene Frauen?

E I: Nein, ich denke nicht. Also sicher sind immer wieder Fragen vorhanden, aber ich denke, die beziehen sich dann immer auf die spezielle Frau. Man kann nicht so im Allgemeinen sagen, ja, das und das und das. Es gibt kein allgemein gültiges Rezept oder Vorgehen. Es geht um den einzelnen Menschen, das möchte ich vielleicht noch betonen. Es geht wirklich um den einzelnen Menschen.

I: Also dann könnte ich auch sagen, also die nächste abschliessende Frage wäre dann gewesen, das dringende Anliegen an die Profession der Sozialen Arbeit, das heisst, also den Menschen wirklich, das Individuum zu sehen?

E I: Genau. Genau. Sie haben es, besser können Sie es, hätten Sie es gar nicht sagen können. Ja!

I: Also, das heisst auch, wenn ich es richtig verstehe, ja nicht in eine Routine zu gelangen? Also, dass man...

E I: Auf keinen Fall! Aber das, das passiert auch nicht. Nicht mit ADHS Betroffenen, also mir, ich habe Routine in meiner Praxis nie gekannt und das macht es ja so spannend! Also wirklich. Also ich wünsche Ihnen viel Erfolg und ja und auch viel Spass! (Lachen)

I: Ja, jetzt noch meine letzte Frage wäre, wie haben Sie sich im Interview gefühlt?

E I: Bestens. Kein Problem. (Lachen)

I: Gut. Zum Schluss möchte ich mich ganz herzlich für das Interview bedanken!

E I: Bitte. Sehr gern geschehen.

Anhang C: Experteninterview II (E II), 2015

Durchführung: 10.03.2015 Ort: im Kanton Bern

Einige Fragen zu Ihrer Person:

Alter: 43 Jahre alt

Gegenwärtige berufliche Funktion/Position:
Sozialarbeiterin FH auf einem polyvalenten Sozialdienst, tätig in allen Bereichen des Sozialdienstes, u.a. wirtschaftliche Sozialhilfe nach kantonalem Sozialhilfegesetz, Mandatsführung, präventive Beratungen, als Pflegekinderaufsicht und als Koordinatorin Pflegekinderaufsicht.

Berufliche Laufbahn:
Berufsbegleitendes Studium an der Hochschule Luzern von 1996 bis 2001.

Kaufmännische Ausbildung auf einem Notariat, 8 Jahre als Verwaltungsangestellte in allen Aufgabengebieten einer kleinen Landgemeinde, seit bald 15 Jahren als Sozialarbeiterin auf einem polyvalenten Sozialdienst tätig.

Ausbildung zur Beraterin (methodisches Fachwissen in Beratung)
Interne und externe Weiterbildungsangebote und Literaturstudium.

I: Seit wann beschäftigen Sie sich mit dem Thema ADHS bei betroffenen Frauen?
E II: Bewusst seit ca. 3 Jahren.

I: Was interessiert Sie am Thema ADHS bei Frauen?
E II: Der Umstand, dass wohl mehr Klientinnen von ADHS betroffen sind als ihnen, ihrem Umfeld und uns Sozialarbeitenden bekannt ist und dass diese Ungewissheit meistens mit einem grossen Leidensdruck der Betroffenen einhergeht, ohne dass sie Ursachen kennen. Auch gehe ich davon aus, dass das fehlende Fachwissen bei uns Fachpersonen dazu führt, dass wir Anlassprobleme falsch definieren und dann auch nicht adäquate Interventionen einleiten, die z.T. auf Widerstand stossen, scheitern können und v.a. viel Energie für alle Beteiligten verbrauchen.

I: Gerne möchte ich Ihnen Fragen zu den Lebenslagen von ADHS betroffenen Frauen stellen. Und zwar, in welchen Lebensbereichen benötigen ADHS betroffene Frauen häufig Beratung, Unterstützung auf dem Sozialdienst?

E II: Ja, vor allem als Elternteil, als alleinerziehender Elternteil. Zum Beispiel auch wenn sie selber ADHS betroffene Kinder haben, bei Suchterkrankungen oder auch, wenn ein problematischer Umgang mit dem Geld oder Administrativem vorliegt, wenn jemand an einem Burnout leidet oder an Depressionen, wenn Ausbildungen abgebrochen werden oder Trennungssituationen bestehen.

I: Können Sie sagen, dass die Lebensbereiche sehr vielfältig sind?

E II: Ja, das ist so. Ich denke, ein ADHS wirkt sich auf sehr viele Lebenssituationen aus und dort können dann Probleme auftauchen, mit denen wir dann hier beschäftigt sind.

I: Welche Erfahrungen haben Sie gemacht bezüglich, welche Bedeutung kann die Diagnose ADHS bei den betroffenen Frauen haben, wenn sie erst im Erwachsenenalter gestellt wird?

E II: Einerseits stelle ich fest, dass eine Erleichterung bei den Betroffenen eintritt. Es ist eine Erklärung, warum sie anders funktionieren. Sie haben dann meistens auch ein besseres Verständnis für die eigenen, zum Teil mit ADHS konfrontierten Kinder. Es ist auch eine Art Versöhnungsmöglichkeit mit sich selber, wenn sie eine Erklärung haben, weshalb sie eben einen anderen Weg bisher gegangen sind. Aber anderseits ist auch ein grosser Frust feststellbar über den so langen Leidensweg, über die fehlende Unterstützung oder dass sie nie das Verständnis der Familie hatten. Also auch so Aussagen: "Warum hat es so lange gedauert, bis mir jemand sagen konnte, was ich eigentlich habe? Ich hätte mir so vieles ersparen können."

I: Sie können sagen, einerseits Entlastung, einen Namen für den Zustand oder für das Anderssein zu erhalten und gleichzeitig die Frustration, was nicht gut funktioniert hat oder der Beruf, in dem es Schwierigkeiten gab. Wie so Ambivalenzen?

E II: Ja, genau. Es ist so.

I: Was haben Sie für Erfahrungen gemacht im Zusammenhang, welchen Stellenwert nimmt die Diagnose ADHS in Bezug auf Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein?

E II: Also, ich denke, dass der Diagnose ein hoher Stellenwert zukommt, da die Vereinbarkeit von Familie und Beruf grundsätzlich eine sehr grosse Anforderung an Mütter darstellt und wenn dann noch eine ADHS Betroffenheit dazukommt, können diese Herausforderungen schnell in Überforderungen kippen. ADHS betroffene Frauen müssen noch viel mehr leisten, um allen Anforderungen gerecht zu werden und ihre Batterien sind demzufolge viel schneller leer. Anderseits kann es für ADHS betroffene Mütter auch sehr wichtig sein, wenn sie neben der Familie auch noch arbeiten können, denn dort haben sie ein vertrautes, strukturiertes Arbeitsfeld, ausser Haus, welches ihnen auch Sicherheit und Selbstvertrauen vermitteln kann. Denn der Familienalltag ist oft unplanbar und chaotisch und es braucht ein hohes Mass an Selbststrukturierungskompetenz, um alles im Griff zu haben. Und wenn diese Mütter dann auch wieder Zeit an ihrem Arbeitsplatz verbringen können, in ihrem Berufsfeld, das ihnen Halt gibt, ist dies auch sehr wichtig.

I: Könnte es auch sein oder könnten Sie es unterstützen, dass man sagen kann, eine berufliche Tätigkeit kann ADHS betroffenen Frauen auch einen positiven Selbstwert vermitteln, also würden Sie sagen, eine berufliche Tätigkeit wäre sinnvoll für betroffene Frauen? Also in Form von Bestätigung haben im Beruf? Oder wie sehen Sie das bezüglich Belastung?

E II: Ich denke, das ist individuell zu beantworten. Es kann sein, dass es Mütter gibt, die froh sind, wenn sie nicht noch ausser Haus tätig sein müssen und sich wirklich mit ihren Möglichkeiten um die Familie kümmern können und dort schon sehr viel leisten, damit alles einigermassen funktioniert. Aber sicher gibt es auch einen Teil der Frauen, für die es gut ist, auch ausser Haus wieder tätig zu sein, eben in einem Feld, das sie kennen, das ihr Selbstvertrauen bestärkt und sie dort auch Bestätigung erhalten, „ja ich kann etwas und ich leiste etwas". Aber ich denke, das ist eine Frage, die sehr individuell zu beantworten ist.

I: Im zweiten Teil möchte ich noch auf die Gesprächsführungskompetenzen und die Rahmenbedingungen in der Beratung von ADHS Betroffenen eingehen und zwar, bei den meisten Menschen ist bekannt, dass es nicht einfach ist, Beratung für lebenspraktische Schwierigkeiten zu beanspruchen. Wie ist es bei ADHS betroffenen Frauen? Welche Erfahrungen machen Sie in diesem Bereich?

E II: Auch hier gibt es unterschiedliche Erfahrungen. Es gibt Frauen, die von ADHS betroffen sind, die sehr gut beschreiben können, was ihnen nicht möglich ist und wo sie Entlastung wünschen und auch bereit sind anzunehmen. Vor allem hilft ihnen dann die praktische, konkrete Entlastung oder oft reicht es auch, wenn ich sie in ihren Überlegungen und Handlungen zum Beispiel hinsichtlich Erziehung positiv verstärke und sie ermuntert werden, sich für ihre

Überzeugungen einzusetzen. Also dann ist man eher nur so als Rückenstärkerin für diese Frauen da. Manchmal sind die Problemlagen und Ursachen aber auch diffus und können von den betroffenen Frauen nur so sehr schwer beschrieben werden. Auch ist es so, dass sich die Problematiken chronifiziert haben über die Jahre und dass auch die Frauen von sich selber ein schlechtes Bild haben, sich als unfähig oder dumm bezeichnen. Ja und dort ist dann viel auch Vertrauensarbeit gefragt, dass man überhaupt eine Basis hat, in der die Person bereit ist, hoffnungsvoller Hilfe anzunehmen und etwas zu versuchen. Und ein Teil der Klientinnen hat sicher auch Mühe mit der Einmischung von aussen. Sie haben zum Teil negative Erfahrungen gemacht in anderweitigen Beratungssituationen und die es ihnen auch verunmöglichen, sich auf eine veränderte Beratungssituation einzustellen. Ja, es gibt auch Frauen, die genau wissen, was sie wollen, aber sie können dann ihre Absichten nicht zuverlässig in die Taten umsetzen und das frustriert sie wiederum sehr.

I: So wie ich Sie verstehe, ist auch die Beziehungsarbeit, also vertrauensvolle Beziehungsarbeit zwischen Klientin und Sozialarbeiterin sehr wichtig?

E II: Ich bin überzeugt davon, dass dies sehr wichtig ist, ja.

I: Was sollten Professionelle der Sozialen Arbeit im Hinblick auf die Rahmenbedingungen besonders beachten, bezüglich Beratungsdauer oder auf Störfaktoren achten oder Störfaktoren vermeiden. Was haben Sie da für Erfahrung gemacht in der Beratungssituation selber?

E II: Ja, ich denke, zu beachten ist einfach, dass Frauen, welche von ADHS betroffen sind, zum Teil Abmachungen und Termine häufig vergessen. Und dass man dann gemeinsam Wege finden muss, wie man diesem Phänomen begegnen kann. Zum Beispiel reicht wirklich ein Terminzettel? Oder hilft es, wenn ich die telefonischen Abmachungen auch noch schriftlich zukommen lasse? Oder ist es einfacher, wenn ich die Klientin zum Beispiel zu einem Elterngespräch begleite und für sie alles protokolliere? Und wichtig finde ich auch, dass die Beratungsgespräche klar strukturiert sind von mir, nicht zu lange dauern, da die Aufmerksamkeitsspanne auch nicht allzu lange aufrecht erhalten werden kann und eben grundsätzlich, wie ich vorhin schon erwähnt habe, dass ein gutes Einvernehmen zwischen der ratsuchenden Person und mir als Beraterin besteht. Auch dass die Frau dann weiss, sie darf erneut nachfragen, wenn sie etwas nicht mehr weiss oder wenn ein Termin vergessen ist. Und ich denke auch, die Gespräche sollten inhaltlich nicht zu stark überladen sein.

I: Also ich sehe, es gibt Möglichkeiten, die Zusammenarbeit auch punkto Gesprächen zu vereinfachen für die ADHS betroffenen Frauen. Arbeiten Sie auch mit Bildern oder Symbolen, Sie haben erwähnt, dass Sie protokollieren oder fertigen Sie visuell ein Flipchart an oder so, damit sich die betroffene Frau etwas besser merken kann, oder?

E II: Ich kann vielleicht ein Beispiel erzählen, ich bin Beiständin eines Mädchens, welches vom ADHS betroffen ist und ihre Mutter sagt von sich, ja, das kommt mir bekannt vor dieses Phänomen. Ich habe es sicher auch, ein ADHS und ich denke, das ist wirklich so. Und mit dieser Mutter nehme ich an halbjährlichen Elterngesprächen teil im Schulhaus und schreibe dann das Wichtigste auf, was dort besprochen wird und ich fertige dann eine Art Tabelle an. Die beinhaltet, welches Thema ist zu bearbeiten bei diesem Mädchen, zum Beispiel die Lesekompetenz muss gestärkt werden und dann schreibe ich dazu, wer kümmert sich darum. Zum Beispiel die Mutter. Und wie tut sie das? Indem sie zum Beispiel jeden Abend der Tochter etwas vorliest und die Tochter dann auch noch etwas der Mutter vorliest. Und das gibt dann so eine Tabelle und die stelle ich dann einige Tage nach dem Elterngespräch dieser Mutter zu, aber auch allen anderen Beteiligten in diesem Setting, also auch der Lehrerschaft, dem Vater, der Erziehungsberatung und auch der involvierten Kinderärztin, damit für alle klar ist, und vor allem für die Mutter, was muss laufen bis zum nächsten Elterngespräch. Und auch in den Beratungsgesprächen versuche ich mit den betroffenen Frauen herauszufinden, wo sie allenfalls eine Einschränkung haben bezüglich ihrer ADHS. Habe sie zum Beispiel Mühe, Gehörtes zu speichern und richtig zu verarbeiten? Hilft es, wenn sie Sachen noch-

mals lesen können? Muss ich häufiger nachfragen, ob es wirklich verstanden worden ist? Müssen wir eher achtsam sein rund um organisatorische Dinge, Termine? Also dass wir auch etwas wissen, welche Strategien gibt es, damit eben nicht zu viele Störungen auftreten oder frustrierende Situationen.

I: Frauen mit ADHS haben oft ein wiederholtes Scheitern in unterschiedlichen Lebensbereichen erlebt. Wir haben es schon vorgängig angetönt. Wie gelingt es Ihnen, diese betroffenen Frauen auf der Suche nach einem Neuanfang zu unterstützen?

E II: Also ich denke, das Wichtigste ist, dass ich ihnen Verständnis für ihre ADHS Betroffenheit vermitteln kann und auch die Zuversicht, dass immer ein Neuanfang möglich ist und auch ganz klar verbunden mit der wirklich geäusserten Überzeugung, dass ADHS für mich ein sehr grosses positives Potential beinhaltet, welches oft nicht erkannt wird, aber dass es sich unbedingt lohnt mit einer Neuausrichtung, dann das auch in die Tat resp. Handlung zu bringen. Ich bin wirklich überzeug davon, dass auch sehr viel Stärke und Kreativität und Besonderheit in einer ADHS Diagnose steckt. Und oft haben diese Frauen nur das Negative immer gehört. Und dann finde ich es auch wichtig, dass ich sie wirklich alltagspraktisch unterstützen kann und sie konkret entlasten kann, damit sie überhaupt Energie und den Kopf frei haben, eben eine Neuorientierung anzufangen.

I: Aber grundsätzlich aktiv vermitteln, dass Scheitern zum Leben gehört, aber im Besonderen ADHS Betroffene dort noch mehr Schwierigkeiten haben, ein negatives Erlebnis wieder umzudeuten und auch im Neuanfang, also die Motivation wieder zu finden. Aber dass Scheitern passieren kann, oder?

E II: Das, das stimmt auch, aber eben auch mit wirklich der geäusserten Überzeugung, dass, wenn einem mal bewusst wird, dass man eine Diagnose hat, dass es dann auch zu sehr viel Erfolg führen kann. Und dass sich die Personen auch ein Stück weit versöhnen müssen mit ihrer Art, wie sie sind und eben, dass da ein sehr grosses positives Potential eigentlich vorhanden ist. Das einfach noch nicht zu Tage treten konnte, zum Teil.

I: Einige Probleme von Frauen mit ADHS wachsen aus der Schwierigkeit, ihren Alltag zu organisieren. Sie haben das schon vorgängig angetönt. Struktur, auch in der Familienarbeit zu finden. Wie gehen Sie mit den betroffenen Frauen in Bezug auf die alltäglichen Schwierigkeiten vor? Also wo beginnen Sie? Manchmal ist das ein „Wo fange ich mal an"? So nach diesem Motto. Wie gehen Sie das an?

E II: Also hilfreich finde ich, wenn wir bereits gemeinsam festhalten, dass eben bei einer ADHS Betroffenheit gewisse Alltagsbelange nicht einfach reibungslos funktionieren und dass Störungen häufiger auftreten können. Und dann versuche ich mit der Person herauszufinden, welche Art der Entlastung oder Hilfestellung am meisten Wirkung für die ratsuchenden Personen nach sich ziehen. Also ist es zum Beispiel eben sinnvoll, wenn ich mich als Beiständin um die Termine bei der Erziehungsberatung kümmere oder wenn ich eben mit an ein Elterngespräch in die Schule gehe, damit wir beide dabei sind und hören, was gesagt wird. Oder reicht es nur schon aus, wenn ich einfach nachfrage und motiviere, damit die Person dann doch die Vorhaben, wie selber umsetzen kann und ich eher so im Hintergrund einfach der Coach bin, der sie unterstützt. Zum Teil überlege ich mir dann auch mit der Person, ob eine Familienbegleitung hilfreich sein könnte, also eine Person, die regelmässig zu Hause vorbeikommt. Zum Beispiel bei der ADHS betroffenen Mutter, um mit ihr so Erziehungsgrundsätze festzulegen und dass sie dann auch von dieser Seite Unterstützung hat, diese umzusetzen. Aber ich denke, es ist auch wieder, es ist sehr individuell, welche Art der Hilfen und Entlastungen für genau diese ratsuchende Person die richtigen sind.

I: Sicher auch, ob die betroffene Frau die Bereitschaft zeigen kann, Hilfe annehmen zu wollen und zu können.

E II: Ja, das ist sicher eine wichtige Voraussetzung. Solange diese Bereitschaft nicht da ist, finde ich es sehr schwierig, wenn man versucht, etwas in die Wege zu leiten, das diese Person gar nicht will.

I: Also die freiwillige Mitwirkung würden Sie als zentral betrachten? Oder als bessere Ausgangslage, so?

E II: Auf jeden Fall ist es eine bessere Ausgangslage, aber ich habe auch schon erlebt, dass vieles möglich ist, auch in einem Zwangskontext, eigentlich. Aber es braucht dann auch etwas Zeit, dass man das Vertrauen gewinnen kann von dieser Person oder dass man auch aufzeigen kann, dass der Rahmen eigentlich gesetzt ist für uns beide, wir diesen nicht bestimmen konnten, aber dass wir innerhalb doch Möglichkeiten haben, um kreativ zu sein und uns da selber abzusprechen und zu organisieren.

I: Verstehe ich richtig, dass Sie dann sagen, innerhalb des gesetzten Rahmens, der entschieden wurde, die Gestaltungsmöglichkeiten aber auch auszureizen, innerhalb dieses Rahmens?

E II: Genau. Ja, genau. Das versuche ich wirklich auch aufzuzeigen, aber oft braucht es auch etwas Zeit oder die Person will zuerst schauen, spreche ich nur darüber oder meine ich es wirklich so? Können wir das wirklich irgendwie umsetzen? Ganz selten habe ich schon Situationen erlebt, in denen ich sehr beharrlich auf diesen Rahmen setzen musste und immer wieder darauf zurückkommen musste und ich schon eigentlich den Eindruck hatte, die Person testet mich, wie lange ich das aufrechterhalten kann und irgendwann dann aber ist eine Kooperation möglich.

I: Das heisst auch durchaus den Willen, aus Ihrer Sicht, an den Tag zu legen?

E II: Ja, ich versuche das möglichst so zu halten. Es gelingt mir natürlich nicht immer, auch ich bin manchmal genervt, wenn eine Person dann wieder nicht zum vereinbarten Termin kommt oder es wäre etwas ganz Wichtiges, das ich mit einer involvierten Stelle eingefädelt habe und dann klappt es wieder nicht. Aber ich versuche mir immer vor Augen zu führen, was der Grund ist, dass das nicht mit böser Absicht geschieht. Dass man das dann halt optimieren muss, damit das weniger vorkommt.

I: Gerne möchte ich noch einige Fragen zu Kooperation mit ADHS betroffenen Frauen und mit anderen Fachkräften stellen und zwar, die erste Frage ist, was verstehen Sie grundsätzlich unter Kooperation, aus Ihrer Sicht?

I: ADHS betroffene Frauen schwanken in den Beratungsgesprächen oft oder tendenziell von einem Thema zum anderen. Wie gelingt es Ihnen, Betroffene wieder auf das eigentliche Thema zu lenken?

E II: Ja, wenn die Zeit reicht, versuche ich mich natürlich gut auf die Gespräche vorzubereiten, indem ich die Themen bereits vorgängig festhalte, schriftlich und meine Überlegungen und Fragen dazu auch aufführe. Dass ich dann versuche, auch im Gespräch immer wieder darauf zurückzukommen oder auch Wichtiges zusammenzufassen. Aber ich denke, ich muss auch offen sein, wenn das Gespräch eine andere Wende nimmt, weil eben die emotionalen Befindlichkeiten und die empfundene Dringlichkeit von Themen einer grossen Bandbreite und einer gewissen Sprunghaftigkeit unterworfen sind, also. Aber ich erlebe es nicht nur immer so, dass ADHS betroffene Frauen von Thema zu Thema wechseln, sondern auch, dass sie sich manchmal in Themen oder Befindlichkeiten verlieren oder überhaupt nicht verbalisieren können, was sie bewegt. Also die Gesprächsverläufe sind sehr unterschiedlich.

I: Also dass sie sich fast wie verharren in einem Thema? Also sich nicht loslösen können von dieser Problematik?

E II: Das ist so und dass sie die damit verbundenen Strategien und Emotionen festhalten und sich dann fast nicht lösen können, eine andere Strategie durchzudenken und sich vorzustellen, wenn ich das so mal mache, könnte es ja auch mal anders herauskommen.

I: Würden Sie sagen, ist eher schwierig für einen Teil der betroffenen Frauen?

E II: Einfach bei einem Teil erlebe ich das so, also ich erlebe die Gespräche nicht immer sprunghaft von Thema zu Thema, dass ich sehr stark strukturieren muss. Es gibt auch die sehr stillen Klientinnen, die nicht viele Themen bringen oder sich dann auch nicht dazu äussern können, ich eher von aussen versuche herauszufinden, sie zum Sprechen bewegen muss.

I: Aus Ihrer Sicht, wie würden Sie die Kooperation definieren?

E II: Ja unter Kooperation verstehe ich so, dass wir uns möglichst einig sind, wie die Ausgangslage ausschaut und dass wir möglichst eine Einvernehmlichkeit haben, mit welchen Mitteln wir den Weg zusammen beschreiten, um das gemeinsam definierte Ziel zu erreichen. Wenn wir uns in diesen Punkten einig sind, finde ich, ist das eine Kooperation.

I: Was würden Sie sagen, welche Voraussetzungen sind für die Zusammenarbeit mit ADHS betroffenen Frauen hilfreich? Sie haben vorher erwähnt, die Beziehungsarbeit, Vertrauen schaffen. Was würden Sie sagen, welche Voraussetzungen sind noch sehr wichtig oder hilfreich?

E II: Ich finde, dass es eigentlich am hilfreichsten ist, wenn die betroffenen Frauen und ich wissen, dass ein ADHS vorliegt und dass dies eine Besonderheit darstellt, jedoch keine Krankheit ist oder etwas Negatives.

I: Also die Klarheit schafft über diese aktuelle Situation, die Ausgangslage?

E II: Einerseits die Ausgangslage, aber eben dass wir uns einig sind, das ist keine Krankheit, das ist eine Besonderheit, sicher eine Herausforderung, aber es hat sehr viel positives Potential.

I: Gibt es Gründe, die eine Zusammenarbeit mit ADHS betroffenen Frauen erschweren oder respektive auch verhindern können?

E II: Das habe ich mir lange überlegt. Ich denke, die Zusammenarbeit ist meistens intensiver als bei anderen Klientinnen, jedoch würde ich dies nicht als erschwerend bezeichnen. Ein Verhindern einzig und allein bezüglich der ADHS Diagnose habe ich so noch nie erlebt. Eher wenn dann schwerwiegende Begleiterscheinungen auftreten wie zum Beispiel eine schwere Depression, dann kann eine Zusammenarbeit unmöglich sein, wenn die betroffene Frau die Kraft gar nicht hat, zu den Gesprächen zu kommen oder Schritte zu unternehmen.

I: Damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt, müssen Professionelle der Sozialen Arbeit auch mit anderen Fachkräften zusammenarbeiten, also die Soziale Arbeit ist auf andere Wissenschaften resp. Bezugswissenschaftenangewiesen u.a. von der Medizin, der juristischen Ausrichtung und weiteren angewiesen. Welche Faktoren sind in der Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften hilfreich?

E II: Als hilfreich empfinde ich, wenn eben die Fachpersonen oder respektive die beteiligten Disziplinen sich auf Augenhöhe begegnen und die jeweils anderen involvierten als gleichwertig zur eigenen anerkennen und wichtig ist dann auch ein regelmässiges, klares Absprechen der Ausrichtung der Unterstützung und dass man dieselbe Zieldefinition macht. Und schwierig wird es dann, also dann ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht möglich, wenn zum Beispiel einzelne Fachbereiche für sich in Anspruch nehmen, alles zu wissen und

alles zu können. Und schwierig wird es auch, wenn die betroffene Frau von der einen Seite das hört und von der anderen Seite jedoch mit ganz anderen Aussagen konfrontiert wird. Dann verliert sich die Person auch in diesem Fachpersonendschungel.

I: Ist dieser Faktor, den Sie erwähnt haben, würde die Zusammenarbeit extrem erschweren oder verunmöglichen mit anderen Fachkräften, also die sich nicht an einen runden Tisch setzen können, sondern wirklich ihren Weg gehen würden, ohne dass die anderen mit aufs Boot geholt werden, oder?

E II: Genau, das ist so und ich muss sagen, ich erlebe dies auch ziemlich häufig. Gerade so aus der Disziplin Medizin, dass man dann nicht sehr ernst genommen wird und dann bei Nachfragen oder die Personen beteiligen will an der Zusammenarbeit, dann hört, ich weiss, wie das ist und das machen wir so und so und die anderen Bereiche, Lebensbereiche, die für die Person auch noch wichtig sind und wo andere Fachpersonen zuständig sind, dann ausgeblendet werden.

I: Können Sie sich irgendwie vorstellen, weshalb dies so ist? Also was sich jemand, also zum Beispiel die Medizin, sich nicht reinreden will, also quasi so, das ist mein Garten, hier kommt niemand rein. Können Sie sich vorstellen, weshalb das so ist? Oder sind sie es nicht gewohnt?

E II: Ich denke, einerseits sind sich die Mediziner nicht so gewohnt, vielleicht auch die älteren Ärzte. Vielleicht die jüngeren, die einen anderen Zugang noch haben oder noch andere Themen in ihrem Studium, sind vielleicht offener. Ich denke auch, ich treffe auf Ärzte, die nicht auf dem neusten Stand sind der ADHS Forschung und die einfach eine Diagnose stellen und dann einfach rein schulmedizinisch dieses Problem angehen wollen und alle anderen Faktoren wie ausschliessen und dass sie auch gewohnt sind, dass sie die Fäden in der Hand halten und eigentlich quasi den anderen sagen, was zu tun ist. Und das sind dann auch solche Erfahrungen, also die sich dann auch bei den ADHS betroffenen Frauen niederschlagen, also sie fühlen sich dann selber gar nicht kompetent genug zu sagen, mir ist das wichtig und ich fühle mich so. Sie sehen sich da nicht als Kunde auch bei einem Arzt, sondern als Bittstellerin, die einfach entgegennimmt, was gesagt wird und nicht kritisch hinterfragen kann.

I: Hatte dies auch schon dazu geführt, dass die medizinische Betreuung wechseln musste, wenn man nicht weiter kommt? Also das wäre ja dann ein Treten an Ort und Stelle, oder?

E II: Ja, also ich habe auch schon Frauen nahegelegt, dass sie sich nochmals überlegen sollen, sich einen Arzt zu suchen, der auf diese Thematik spezialisiert ist oder auch eine andere Fachdisziplin oder innerhalb einer Fachdisziplin, dass man einen Beraterwechsel vornimmt. Aber ich denke, ich kann dies nicht einfach von aussen für die Frauen bestimmen, sondern wir können darüber sprechen, weil ihnen oft dann auch der Mut fehlt, diesen Schritt zu machen.

I: Neben dem Fachwissen brauchen die Professionellen der Sozialen Arbeit ein stattliches Repertoire an Handlungskompetenzen. Der fachliche Austausch ist deshalb von zentraler Bedeutung. Für die Soziale Arbeit ist es, würde ich sagen, die Möglichkeit, auch handlungsfähig zu bleiben im Fall, in der Fallarbeit. Wie würden Sie das jetzt aus Ihrer Sicht als langjährige Sozialarbeiterin betrachten? Oder was sagt Ihnen der fachliche Austausch?

E II: Der fachliche Austausch finde ich sehr wichtig. Meine Erfahrung ist aber, dass ich mir das wie selber organisieren muss oder auch zum Teil einfach im privaten Rahmen dann stattfindet, dass ich mich wie schlau mache oder mit Menschen austausche, die viel über diese Thematik wissen.

I: Also es kann je nach dem im Kollegium respektive im Team kann es auch sein, dass nicht

jede Kollegin oder jeder Kollege sich für das ADHS Thema interessiert und dass man sich dann innerhalb eines Teams auch einen kleinen Kreis finden kann, damit der Austausch stattfindet oder eben extern sich jemanden sucht, der die ADHS Problematik, also das Interesse an und für sich teilt an diesem Thema?

E II: Ja, es ist sicher so und es liegt auch auf der Hand, dass nicht alle meine Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen dasselbe Interessen an der ADHS Thematik haben und doch denke ich, ist es doch spannend. Wenn ich davon ausgehe, dass sehr viele unserer Klientinnen und Klienten eigentlich eine ADHS Betroffenheit haben und man dazu gar nicht so viel weiss oder gar nicht so viel wissen will. Und sicher wäre das schon so, dass auch innerhalb unseres Arbeitsteams da sehr unterschiedliche Haltungen zu dieser ADHS Thematik bestehen. Schon nur ob das allenfalls eine Modeerscheinung ist, ob es das wirklich gibt oder auch die Meinung, ja, wenn ein ADHS betroffener Mensch erwachsen wird, dann ist es gar nicht mehr vorhanden, auch bezüglich einer Therapie gibt es äusserst unterschiedliche Haltungen dazu. Es ist sehr kontrovers.

I: Wo können sich Professionelle der Sozialen Arbeit bei sachlichen Fragen in Bezug auf ADHS betroffene Frauen hinwenden?

E II: Also ich denke, ganz wichtig ist eine gute Vernetzung mit Fachpersonen und mit Personen, die in diesem Thema vertraut sind. Also, dass man auch weiss, auf dieser Beratungsstelle gibt es eine Person, die sehr viel darüber weiss und mit einer optimistischen Haltung dann auch Situationen bearbeitet und dass ich dann schon versuche, diese Person gezielt wieder herauszusuchen oder auch dort nachzufragen. Und ganz wichtige Hinweise finde ich auch immer wieder auf spezifischen Homepages, wie beispielsweise ELPOS und dort dann auch unterteilt in die verschiedenen Regionen, dass ich dort nachfragen kann. Ich habe auch schon erlebt, dass ich dann per Mail Fragen stellen kann und innert kürzester Zeit Adressen bekomme oder Informationen. Es gibt viel Literatur. Ich denke die ADHS, das ist eine Thematik, in der man eigentlich gut zu vielen Informationen kommen kann auf verschiedenen Ebenen.

I: Verstehe ich, dass das auch viel mit Networking zu tun hat? Dass es sich auch mit anderen Fachkräften zu vernetzen, zu wissen, diese und diese Fachstelle könnte ich kontaktieren, dort ist das Thema wie auch aktuell oder es ist ein Bewusstsein für die Thematik?

E II: Ja, unbedingt! Ich denke, das ist wichtig, dass man da ein Netzwerk hat und dieses dann auch nutzen kann zu Gunsten der Klientinnen. Genau, und man spart dann auch Zeit oder vergebene Läufe oder Gänge, wenn man weiss, dort bekomme ich das.

I: Bevor wir das Interview abschliessen, möchte ich noch gerne wissen, ob aus Ihrer Sicht eine wichtige Frage ungestellt geblieben ist?

E II: Nein, eine Frage ungestellt, das habe ich so nicht erlebt, aber ich habe mir während dem Verlauf des Interviews so überlegt, dass mir so der Blick auf das Positive, Kreative, auf das Besondere fehlt, welche eben auch mit der ADHS verbunden sind und auch so, dass eben Menschen mit ADHS viel mehr leisten müssen, um bei den Leuten zu sein als ihre Mitmenschen und dies müsste mehr anerkennt werden. So wie es zum Beispiel eine Liste der erfolgreichsten Geschäftsfrauen der Welt gibt, sollte es auch eine solche Auflistung geben mit weiblichen Wesen, die gerade wegen ihrer ADHS Ausserordentliches erreichten. Also, es ist immer noch so, dass man auch in Fachkreisen immer so sich eher an den Defiziten orientiert und auflistet. Menschen mit ADHS: Das und das und das und das alles ist schwierig. Und mir fehlt es dann, dass ich auch lese, zum Beispiel gerade an erster Stelle lese, was alles eben möglich ist wegen dem ADHS und was so das Besondere daran ist. Das fehlt mir ein bisschen. Und eben auch, dass es in unserer Profession, dass man sich noch bewusster sein muss, dass insbesondere Frauen mit einer AHDS Diagnose, ob bekannt oder nicht, oft wirklich lange Leidenswege hinter sich haben und dann auch diese er-

lebten Frustrationen oft gegen sich selber austragen und nicht gegen aussen. Also ich erlebe das bei Frauen wirklich noch anders als bei Männern, die von ADHS betroffen sind. Genau. In meinem Studium habe ich zudem auch keine Vertiefung erlebt bezüglich der ADHS Thematik, obwohl ich eben davon ausgehe, dass wirklich viele unserer Klientinnen und Klienten betroffen sind.

I: Würden Sie sagen, dass gerade dieser Punkt zum Beispiel, dass das wie noch vermehrt aufgegriffen werden müsste? Also über psychiatrische Erkrankungen wird ja doch einiges vermittelt, aber die ADHS Problematik im Erwachsenenalter doch eher bei der Kinderpsychiatrie zuzuordnen. Würden Sie sagen, es müsste auch im Studium noch an Bedeutsamkeit dazugewinnen, dass das schon im Studium davon vermittelt wird, dass es das auch im Erwachsenenalter gibt, vorhanden ist?

E II: Unbedingt, das würde ich sehr wichtig finden. Wie es heutzutage in den Studien vermittelt wird, kann ich nicht beurteilen. Mein Studium ist schon längere Zeit abgeschlossen, aber ich denke auch immer wieder in der täglichen Arbeit oder wenn wir interne Weiterbildungen haben, denke ich, das ist ein Thema, das wirklich besser bekannt gemacht werden muss. Es müsste so wirklich mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit Menschen auch viel schneller wissen, weshalb sie etwas anders funktionieren als andere und dass das einfach okay ist so. Und in der Schule natürlich finde ich das Thema wichtig, aber dann auch in der Berufsausbildung wäre es sehr wichtig, dass man von diesen Besonderheiten weiss und dass man wirklich eine richtige Form der Unterstützung dann wählen kann, damit gar nicht so ein grosser Leidensdruck entsteht oder Ausbildungen abgebrochen werden müssen oder dass man auch mehr dazu weiss, wenn ADHS betroffene Frauen selber Mütter werden. Also dass es eine grössere Herausforderung sicher für sie darstellt und dass man darauf eingehen kann.

I: Ja, jetzt als abschliessende Frage möchte ich fragen, wie haben Sie sich im Interview gefühlt?

E II: Ich habe mich eigentlich sehr wohl gefühlt im Interview und ich denke es sind die richtigen Fragen gestellt worden. Ich denke, es regt mich auch wieder zum Nachdenken und Reflektieren an dieses Interview.

I: Ja, dann bleibt mir der Dank. Vielen Dank für das Interview.

E II: Bitte, sehr gern geschehen.

Anhang D: Experteninterview III (E III), 2015

Durchführung: 13.03.2015; Ort: im Kanton Bern

Einige Fragen zur Person:

Alter: Jahrgang 1951 / 64 Jahre

Gegenwärtige berufliche Funktion/Position:

Dipl. Lerntherapeutin ILT (eigenes Lernatelier)

Mitglied im Schweizerischen Verband der LerntherapeutInnen SVLT

Kursleiterin Lesen und Schreiben für erwachsene SchweizerbürgerInnen

Berufliche Laufbahn: Primarlehrerin, Sekundarlehrerin, dipl. Lerntherapeutin ILT

Ausbildung zur Beraterin (methodisches Fachwissen in Beratung)

Unterschiedliche Weiterbildungsangebote, Grundkurs in Transaktionsanalyse, unterschiedliche Seminarangebote, Supervisions- und Fallsupervisionsangebote durch den Schweizerischen Verband der LerntherapeutInnen SVLT

I: Seit wann beschäftigst du dich mit dem Thema ADHS bei betroffenen Frauen?
E III: Seit ca. 10 Jahren, dies seit der Tätigkeit als dipl. Lerntherapeutin ILT bei Erwachsenen

I: Was interessiert dich am Thema ADHS bei Frauen?
E III: Frau sein/Frauensolidarität/ selber ADHS betroffene Frau/ Rollenbild der Frau in Familie, Beruf und Partnerschaft, dadurch eine spezielle Sensibilität gegenüber den ADHS betroffenen Frauen

E III: Hast du geschaut, ob es funktioniert? Funktioniert es?

I: Jaja. Es läuft. Wir sind auf Sendung. ((Lachen))

E III: Sind ja erst dran. ((Lachen))

I: Eben die ersten Fragen, die ich dir stellen möchte, geht es um die Lebenslagen von ADHS betroffenen Frauen und zwar, in welchen Lebensbereichen benötigen ADHS betroffene Frauen häufig Beratung, Unterstützung im Rahmen deiner Tätigkeit?

E III: Also, ich habe das Gefühl, sehr häufig brauchen sie Beratung oder Unterstützung, wenn irgendein Wechsel ansteht in ihrem Leben. Ein Wechsel kann sein, dass sie zum Beispiel eine Partnerschaft eingehen und gleichzeitig natürlich oder gleichzeitig dann auch eine Familien aufstellen, das heisst, dass Kinder da sind. Eine ganz neue Situation, die gemanagt werden muss und das ist häufig halt schon eine Situation, die dann auch solche Leute dann sehr auf die Probe stellt. Nachher kann aber auch ein Thema sein ein Berufswechsel, wenn sich eine Frau überlegt, kann ich das? Will ich das? Die eigentlich ganz gut spürt, es stimmt nicht mehr so, wie ich es habe und ich möchte einen Wechsel machen, aber weiss nicht, eben, ob sie das schafft und sich das zutrauen kann. Berufswechsel, Familienbildung, Beziehung, Partnerschaft, die natürlich, ADHS hin oder her, immer eine Riesenherausforderung sind, ob, abgesehen davon dass alles eine Riesenherausforderung ist für alle immer wieder,

aber dort vielleicht speziell auch ein Zusammenleben mit einer Person zusammen, die man plötzlich wie intensiver spürt. Ich bin manchmal in einer anderen Welt drin und man das erst erfährt im Moment, in dem man dann wirklich zusammenlebt. Vorher spürt man zusammen, wir möchten das und man hat auch das Gefühl, das geht, aber wenn dann nachher die Realität da ist, kann es unter Umständen schwieriger sein und so in solchen Situationen kommen die Frauen zu mir.

I: Was hast du für Erfahrungen gemacht im Zusammenhang, wenn die Diagnose ADHS mal steht. Was für eine Bedeutung hat das für diese Frauen? Was erlebst du da?

E III: Also, eigentlich beides. Zum einen, also die Frage ist auch immer noch, wer stellt die Diagnose. Haben sie das über das Lesen herausgefunden, haben sie wirklich an einem Ort eine Abklärung machen lassen oder kommen sie zu mir und denken gar nicht an so etwas, sondern sind einfach in einer schwierigen Lebenssituation drin und denken, ja eben zum Beispiel bei Berufswechsel, wie gehe ich das jetzt an? Also aus diesem Grund gehe ich zur Lerntherapeutin und nachher kann es ja sein, dass das plötzlich als Thema so hervorkommt. Und das finde ich etwas sehr Schwieriges, wenn ich selber dann merke, da ist wahrscheinlich ein ADHS da. Also dort diesen Weg zu gehen und mal vielleicht die Person darauf aufmerksam zu machen, dass sie es vielleicht mal anders noch anpacken muss. Damit der Berufswechsel ganz ein wichtiger Teil ist, aber dass man vielleicht noch grundsätzlich andere Probleme schon mal zusammen anschauen könnte und nachher kommt man dann langsam so drein und dann würde ich natürlich so jemanden dann auch noch in eine Abklärung schicken, unter Umständen. Je nachdem, das ist halt sehr unterschiedlich. Und dann die Reaktion ist häufig schon eine Erleichterung. Zu wissen mal, ah, jetzt verstehe ich! Ich habe mich, ich bin immer wie auf der Seite gestanden und habe gedacht, reagiere ich denn so komisch oder was ist denn mit mir? Und so, und so etwas Unfassbares irgendwo zu spüren, es ist nicht so, wie bei anderen und doch zu denken, ich bin doch normal, oder? Man ist ja nicht krank in dem Sinne. Und das hat zum Teil eine ziemlich Erleichterung gegeben und nachher auch ein grosses Interesse, mal da drein zu gehen und Literatur zu lesen über das Bild und teilweise auch, das hat es auch gegeben. Also bei einer Frau kann ich mich erinnern, die einfach gesagt hatte, sie wolle das wirklich ganz, das sei für sie wichtig, sie wolle das grundlegend anschauen und dann in eine Psychotherapie gegangen ist, was ich super fand. Wenn sie bei mir geblieben sind und es schon gewusst haben, ist es eigentlich so gewesen, dass sie wie schon das Bedürfnis hatten, ich will versuchen, etwas verändern zu können und dann haben wir dann eben auch an dem, eben zum Beispiel planerisch, organisatorisch gearbeitet, aber gleichzeitig, parallel auch die Person stärken und Mut machen und sie begleiten, dass sie diese Schritte, die eigentlich anstehen, auch wirklich wagt zu machen. Es ist also, es gibt dann auch Phasen von Angst, eben bin ich krank? Was ist mit mir? Wenn man so eine Diagnose bekommt, aber das ist irgendwo, hatte ich das Gefühl, es ist halt dann ganz wichtig, dass man wirklich das Gespräch auch sucht und die Person auch kann bestärken und ihr auch sagen, dass „Sie all die Ressourcen, die Sie haben, und klar ist jetzt das vielleicht wie etwas, wie ein schwarzer Punkt, für euch ist es ein schwarzer, aber machen Sie es nicht zu gross und zu schwarz, weil Sie haben so viel hier, an dem wir arbeiten können und eben hier eben auch schauen, was man verändern kann, damit es weitergeht."

I: Aber du würdest schon sagen, grundsätzlich tut sich die Diagnose, ob jetzt medizinisch gestellt oder durch Literatur erkannt, das könnte ich haben, doch einiges in Gang geben und sagen, die Leute oder diese Frauen kommen nachher in eine Phase von, ich muss mehr wissen, ich will mehr erfahren darüber. Es kommt einiges in Gang.

E III: Ja. Ja und das ist eigentlich immer die Voraussetzung, dass es überhaupt also eine Veränderung geben muss, damit man einen nächsten Schritt machen kann und das Hinschauen ist dann auch ein wichtiger Teil, sagen können, ja ich habe das, so wie man auch andere, seien es dann auch Krankheiten oder wo man plötzlich sagen muss, ich habe jetzt echt ein Problem mit meinen Augen oder was es dann auch ist und ich muss mich damit auseinandersetzen. Aber dann kann nachher eine Handlung in Gang kommen und das ist

eine Blockade oder so eine Versteifung, dass jemand sagte, „mein Gott, jetzt bin ich total, jetzt sehe ich nicht mehr weiter", das habe ich eigentlich nie erlebt. Aber ich meine, vielleicht dann so ganz schwierige Fälle, ich weiss auch nicht, ob, ja, ob die dann zu mir gekommen wären, weil ich habe dann immer die Möglichkeit, wenn so Leute gekommen sind, dass ich auch immer noch parallel dazu wie eine Hilfestellung gegeben habe. Eben um zu zeigen, he, klar ist das jetzt ein Problem, aber dass man nicht nur auf dem rumsitzt. Am Anfang muss man es anschauen und davon sprechen, aber dann muss man auch lernen, es auf die Seite stellen zu können, zu sagen, so jetzt habe ich ein Konzept und diesen Weg gehe ich jetzt und lasse das nicht ganz, also nicht dauernd vor allem immer wieder, mich stören lassen und für das braucht es ja eben dann die therapeutische Begleitung, damit man an dem quasi neuen Konzept, das auch die Klientin hat, selber, vielleicht zusammen mit meiner Hilfe, hat aufgestellt, dass man an dem sein kann.

I: Und wie hast du denn erlebt, was nimmt denn die Diagnose ADHS für einen Stellenwert ein, jetzt zum Beispiel Vereinbarkeit Familie - Beruf? Bei der wir Frauen ja erfahrungsgemäss sehr gefordert sind, mit oder ohne AHDS. Aber einfach, was hast du da so erfahren von deinen Frauen, die du begleitet hast?

E III: Also, da habe ich schon fest gerade im Zusammenhang mit Familie immer wieder gemerkt, die ganze Organisation, die zum Teil nicht klappt, die es brauchen würde, diesen Managerjob, den man eigentlich hat als Hausfrau und Mutter und vor allem auch aus dem Moment raus reagieren können, wenn jetzt eben etwas nicht läuft, wie man es sich so ein bisschen vorgestellt hätte, so Unvorhergesehenes, so Unvorhersehbares, heisst das glaub. Mit dem umgehen können und sagen, aha, jetzt muss ich umstellen, jetzt geht es so gerade nicht und dass nicht einfach ein Chaos ist. Also, wie ich glaube, dass ganz viele ADHS Frauen halt nur diesen gewöhnlichen Alltag, also wenn sie ein starkes ADHS haben. Alltag, vor allem sobald Kinder da sind, die einfach nicht nach dem Schema YX laufen, also gängigen Schema, dass sie dort sehr schnell überfordert sind. Das ist vielleicht die häufigste Erfahrung, die ich gemacht habe und dass sie, dass diese Frauen eine grosse Chance haben, jedenfalls so lange sie ihr Problem nicht so in die Hände nehmen oder in den Griff bekommen, wie du es jetzt auch gemacht hast. Dass sie, dass es sehr toll ist, wenn sie einen Partner haben, der dort diese Struktur hat, der zugleich auch noch Verständnis hat für so, ich sage dem jetzt halt, chaotische Probleme, die da sein können.

I: Hast du denn im Zusammenhang jetzt auch gerade mit der Partnerschaft die Erfahrung. Also, ja ein Teil Männer wissen ja das nicht.

E III: Jein, man muss ja nicht, also das wissen sicher viele nicht. Du musst ja auch nicht wissen, ob deine Partnerin ein ADHS hat oder nicht. Du merkst einfach, die funktioniert anders als ich und es nervt dich vielleicht auch ein bisschen und du merkst, wenn ich es im Griff habe und ich das durchziehen kann, kann ich ihr da eine Stütze sein und das reicht. Unter Umständen. Also, es kommt immer auf den Fall drauf an. Aber da spreche ich jetzt eigentlich von Situationen und das ist ja noch recht viel so, dass sie es gar nicht wissen. Dass weder die betroffene Person, in diesem Alter und gerade bei Frauen mit 50, 60, das wird vielleicht später ein bisschen anders sein, weil es jetzt so klar ein Thema ist, aber zu meiner Zeit, das hat man ja gar nicht gekannt, oder? Und darum glaube ich schon, wichtig ist die Haltung, die die Person einnimmt und die Bereitschaft, auch vom Mann zu sagen, he meine Frau ist also, weisst du, meine Frau ist ein Riesenchaot, aber ich habe sie gerne, oder? Und ich bin ganz ein anderer Typ, ich bin sehr ruhig und ich tue dann jeweils - ausgleichen, zusammen können wir unser Leben managen.

I: So ein bisschen ausgleichen?

E III: Zusammen können wir das managen, so. Aber das ist nicht das Thema ADHS, das kann es dann auch, dass es dann nachher im Vordergrund ist, wenn man es nachher wirklich benannt hat und dann kann man natürlich dann wirklich noch viel mehr machen, das ist

ja dann der Unterschied, oder?

I: Jetzt möchte ich noch ein bisschen auf Gesprächskompetenz und Rahmenbedingungen kommen in der Beratung. Und war, eben, es ist ja allgemein bekannt, dass man nicht unbedingt gerne Beratung für lebenspraktische Schwierigkeiten beanspruchen möchte. Wie ist es bei deinen AHDS betroffenen Frauen gewesen? Also hattest du das Gefühl, der Einstieg für sie ist eher gut gelungen oder haben sie gehadert oder fast gesagt, haben sie sich extrem überwinden müssen, in die Beratung zu kommen? Oder wie hast du es so erlebt?

E III: Ich habe das sehr gut erlebt. Ich habe auch das Gefühl, für viele ist es eine Erleichterung, einfach kommen zu können und zu erzählen. Und darüber zu sprechen und das Verständnis zu spüren von der Therapeutin, ja, und zu wissen, da kann ich das mal abladen, da kann ich, eben werde ich verstanden und es, wahrscheinlich auch zu spüren, es könnte dann auch etwas weitergehen und viel ist es auch so, dass es Leute sind, die so am Limit sind und plötzlich merken, jetzt muss etwas geschehen und auch wollen! Und was ich bei Frauen auch gespürt habe, die gekommen sind, das sind offene Frauen. Vielleicht ist es auch der Typ ADHS, der mit Ausnahme jetzt vielleicht von den Hypoaktiven, die sich eher zurückziehen oder dann ganz spät kommen, aber sonst, die, die sich mitteilen wollen, die diese Emotionen spüren und sagen, ich platze fast, jetzt muss ich etwas machen und die sind dann auch sehr offen und wenn man das auffangen kann als Therapeutin, denke ich, ist das für eine Klientin ganz, ganz wichtig, weil das ist ein erster Teil, abladen können, mal all das sagen können, das einem so stark beschäftigt und nachher dann das Ganze, wäre dann der nächste Schritt, oder? Ordnen und schauen, was muss ich ablegen, damit ich jetzt frei bin, um einen neuen Weg gehen zu können. Also, eher positiv, ich habe auch, was ADHS betrifft, Frauen, nie jemanden gehabt, die sich zurückgezogen hätte oder so. Und das ist, dort habe ich das Gefühl, das ist vielleicht auch etwas, das mir auch ein bisschen liegt. Ich habe immer, auch bei den Kindern, immer eine gute Beziehung gehabt zu den Erwachsenen und zu den Kinder, aber das ist für mich, nicht nur weil es mir liegt, vielleicht ist es ein Teil, aber auch es ist das Allerwichtigste gewesen für mich. Ich habe immer auch gesagt, wie wichtig es mir ist, dass man offen sein kann, dass man ehrlich sein kann zueinander, dass man auf der gleichen Ebene zusammenarbeiten kann. Ich bin nicht die da oben, die alles weiss und ich habe halt auch immer das Gefühl gehabt, es muss vom Klient her, muss die Lösung kommen, nicht ich sage, so muss du es machen und so muss es gehen, sondern wir versuchen zusammen und nachher muss wie das Aha-Erlebnis beim Klient kommen oder dass das Lösungsorientierte, ich glaube, ich muss es mal so und so versuchen. Und ich habe dort halt, ja, ich habe auch das Vertrauen gespürt, das diese Frauen in mich hatten. Das ist wieder etwas Schönes und Positives und etwas, das ich halt sehr schätze, dass ich das spüre bei Frauen, das Gemeinsame, das man hat, das halt der Mann nicht hat. Kein Mann. Und wie so eine Verbundenheit oder zu Frauen. Auch zu den Kindern ist es nicht gleich. Auch ein gutes Verhältnis. Auch zu Männern ein gutes Verhältnis, aber bei Frauen spüre ich etwas Gemeinsames und eben auch eine Offenheit und das hilft.

I: Jetzt, eh, wenn du sagen könntest, ja.

E III: Ich habe noch Notizen gemacht, ich muss schnelle schauen. Weisst du, ich vergesse dann manchmal die Hälfte. Wo sind wir jetzt hier?

I: Jetzt sind wir dann beim 2.2.

E III: Jetzt kommen wir zum 2. Ja. Ja.

I: Wenn du jetzt sagen könntest, einen Rahmen oder einen Hinweis an die Professionellen der Sozialen Arbeit geben könntest, im Hinblick auf die Rahmenbedingung von der Beratung. Was würde dir dazu einfallen? Also, weisst du, ich habe mir zum Beispiel aufgeschrieben, eben, Störfaktor, oder? Dass man, man weiss ja, dass ADHS Betroffene sehr reizoffen sind, dass sie sich auf Lärm plötzlich wie fokussieren und wegkommen. Was hast du gemerkt,

was ist wichtig in der Beratung, dass die auch gelingt?
E III: Also ich habe, dass eine Beratung gelingt, ist für mich, also sicher mal zu signalisieren den Klienten, ich bin da und ich habe Zeit. Also auch wenn diese Zeit natürlich eingeschränkt ist, aber irgendwo auch diesen Boden und eine gewisse, einen gewissen Boden geben können, bei dem sie merken, da werde ich wahrgenommen, da werde ich begleitet, dann auch, aber da fühle ich mich wohl. Also sicher eben auch das Ganze, das ganze Ambiente, auch dass ich, ich nehme nie ein Telefon ab, wenn ich mit jemandem zusammen arbeite, dass ich dieser Frau auch das Gefühl gebe, jetzt bin ich voll für dich da. Also voll für dich da im Sinne von...

I: Der Moment zählt.

E III: Der Moment ist jetzt wichtig und du stehst im Zentrum. Also was ich den Dings auch sagen würde, den Sozialarbeiterinnen, auch sich jedes Mal in, ich weiss nicht, ob das dazugehört, sich gut vorzubereiten, Zeit gut einteilen, dass man sich nicht verliert, oder? In all dem, was dann da kommt, sondern nachdenkt, auch was könnte ich, was stelle ich mir vor, was am Ende dieser Sitzung sein müsste, damit ich dieser Frau wieder sagen kann, jetzt gehen wir diesen und diesen Schritt zusammen weiter, oder?

I: Also sich auch überlegen, welche Themen könnte man in dieser Zeit, die ist, bearbeiten, anschauen und nicht dass man, so gesagt, jetzt will man gerade die Ganze, das ganze Päckli bearbeiten, oder? Schon, dass man es...

E III: Dass man eigentlich schon selber versucht, auch ein bisschen zu strukturieren das Ganze. Das muss man ja sowieso in jedem Gespräch, aber dort ist es gerade besonders wichtig, dass, und vielleicht könnte ich mir vorstellen, eher gut strukturierte Therapie-Sitzung kann dort jemanden, der diesbezüglich sehr Mühe hat, kann das gerade schon wieder eine Hilfe sein und auch wie, man kann ja dann auch abschauen, aha, wenn man da jetzt Punkt für Punkt durchschaut, kommt man nachher auch einen Schritt weiter. Was aber nicht heisst, dass das auch Platz haben muss...

I: für Störungen

E III: ...fürs Erzählen und so, aber auch das kann man in einem gewissen Rahmen behalten. Finde ich noch einen wichtigen Teil. Was habe ich noch? Also zuhören können, das hat auch damit zu tun, dem anderen Zeit geben, dem anderen zuhören können und wirklich dabei sein können, gedanklich und wenn nötig darauf eingehen.

I: Und eben, man weiss ja oder man liest auch in der Literatur, dass eben Frauen, wie andere Leute zwar auch, dass sie in unterschiedlichen Lebensbereichen scheitern. Also wir scheitern ja alle auch, ob jetzt mit oder ohne ADHS, aber bei ADHS Betroffenen häufiger, das ist glaub so in der Literatur auch zu lesen und wie kannst du denn diese Frauen unterstützen auf der Suche nach dem Neuanfang? Was hat sich da bewährt?

E III: Also mal sicher, dass sie die Möglichkeit haben, da wiederhole ich mich, über ihr Problem zu sprechen. Nachher das Benennen unter Umständen, eben ja, ich habe ein ADHS und genügend, wenn sie wollen, dass es so benennt wird, dass man ihnen genügend auch Informationen gibt, damit sie nicht so in der Unsicherheit sind, was ist es denn wirklich, was habe ich denn und ist es denn schlimm und so? Dass man ihnen sogar auch, dass sie über Literatur auch ein bisschen schlau machen können. Und nachher den Neuanfang, Abschied nehmen vom, ja Abschied nehmen ist übertrieben gesagt, aber probieren, das vielleicht auf die Seite legen können, damit Platz ist, um dem Neuen genug Raum geben zu können. Und dass man nachher probiert, dort mit ihnen zu schauen, was gibt es denn jetzt für Möglichkeit, um wirklich einen neuen Weg zu gehen. Und das Abschied nehmen ist natürlich auch noch gleich wieder ein Thema für sich, also vielleicht über Rituale oder so zu schauen, und wenn man dann das auch macht, ja das ist alles so ein bisschen, es gehört einfach dazu. Also

nicht einfach, wir fangen neu an, dabei ist man total voll vom Alten, von dem, was einem jahrelang beschäftig hat.

I: Man hat es noch gar nicht deponieren können oder ablegen, so.

E III: Das Ablegen denke ich, ist ein wichtiger Teil, ohne dass man ihn, man darf dann nicht sagen, pfff, das ist jetzt auf der Seite, vergiss es und hat keine Wichtigkeit mehr. Das wird einem ja immer begleiten. Und dieser Teil finde ich schon wichtig, dass man wie dem auch einen Wert gibt, denn das ist ein Teil von einem selber und dass man den auf, liebevoll mit dem umgeht. Eben bis man dann vielleicht nach längerer Zeit auch sagen kann, ich kann verzeihen, ich kann, das ist jetzt so gewesen für mich, aber ich habe jetzt meinen neuen Weg gefunden. Also so wie eine Akzeptanz, aber die geht natürlich nicht von heute auf morgen, aber man muss so Sachen glaub auch ansprechen. Das finde ich wichtig. Was habe ich auch noch geschrieben? Offenlegung, ja, Wissen, arbeiten mit neuen Strukturen. Neuanfang heisst halt auch Selbstvertrauen in sich selber wieder zu erlangen. Und wie probieren einen neuen Weg zu gehen, ja.

I: Die nächste Frage, die ich habe, eben ist, dass ja nicht alle, aber ein paar Probleme, die Frauen mit ADHS haben, sind auch aus der Schwierigkeit heraus, sich im Alltag organisieren zu können. Du hast das vorher ja auch schon angesprochen. Aber wenn da so ein Riesenpäckli von Problemen kommen im Alltag, also Familie, Partnerschaft, den Haushalt bewältigen können und dann zusätzlich auch noch berufstätig sein. Wie gehst du mit diesen Betroffenen um? Du hast wie schon Andeutungen gemacht, so gesagt, wie einen Flächenbrand vor dir hast. Wie findest du raus, wo man überhaupt ansetzen kann oder wo möchte man anfangen? Du hast gesagt, die Auslegeordnung machen mit den Frauen und wenn die Frauen selber nicht wissen, wo möchte ich anfangen? Wie spürst du raus, wo könnte es am ehesten Energie geben, die man auch sagen könne in Form von lösungsorientiertem Vorgehen. Ich könnte mir jetzt vorstellen, ja, gehst du da mutig mit den Leuten in diesen Prozess rein, also mit diesen Frauen? Oder wie findest du es raus, wo du ansetzen könntest?

E III: Ich versuche schon, in ihren Alltag reinzugehen und ziemlich, ziemlich direkt zu schauen, was ist jetzt im Moment gerade "ob"? Was ist für sie ein Problem in ihrem Alltag? Wenn sie jetzt zum Beispiel eben Kinder haben, dass die Kinder rechtzeitig aufstehen und doch noch Frühstück gehabt haben und nicht davon rennen müssen ohne Frühstück und, und, und all diese Probleme, die wir kennen. Dass sie versuchen, zum Bespiel in dem ich ihnen, ihr sage: „Tun Sie mal so eine Situation, oder von der ganzen Woche diese Tage stichwortartig aufschreiben, was ist abgelaufen?“ Und dass wir nachher anhand dieser Unterlagen schauen, was kann man jetzt hier verändern? Und dass man dann nicht sagt, da muss jetzt gleich vom Morgen bis Abend alles geändert werden, sondern mal sagen, welches Problem ist gerade am aktuellsten bei diesen Wochentagen? Wo ihr denkt, das möchte ich anpacken. Und nachher, dass wir mal ein Thema anschauen und dann halt wirklich zusammen schauen, wie kann man das anpacken, was kann man verändern, damit dies eine Chance hat, dass man da zu einem Erfolg kommt und dass wir wie zusammen vereinbaren und da habe ich halt viel auch gesagt, tut nachher am Abend nachdenken, was ist gelungen? Was ist nicht gelungen? Am nächsten Tag wieder einen Anlauf nehmen, wieder probieren und nachher ist es dann halt sehr wichtig, dass man dann zusammen wieder, wenn sie in die Therapie kommen, wieder bespricht, wo hat es geklappt? Wo hat es nicht geklappt? Dort wo es nicht geklappt, was kann ich abschauen? Warum hat es hier geklappt und hier jetzt nicht? Und was muss ich wieder neu verändern, damit es vielleicht dann das nächste Mal klappt?

I: Also ihnen quasi, dann nicht darauf fokussieren, was nicht geklappt hat, sondern was geklappt hat.

E III: Was geht.

I: Was geht, oder? Und dort versuchen...

E III: Abschauen, zu schauen, wie kann man weitergehen. Mit dem habe ich eigentlich sehr gute Erfahrungen gemacht, weil ja das auch erwachsene Leute sind und sich auch sehr gut beobachten können und wenn der Leidensdruck halt ziemlich gross ist und man wirklich aus diesem Chaos raus will, dass sie dann auch gesagt haben, ich versuche es nochmals, jetzt schaue ich auf eine andere Art und Weise, wie ich es machen könnte oder so und dass das dann wirklich auch geklappt hat. Was ich auch viel merke, ist, dass es wichtig ist, dass sie wie in eine Handlung reinkommen. Also es ist ja viel so, dass man dann spürt, jetzt bin ich mitten im Chaos drin. Weiss nicht mehr wie, wo oder? Dass man ihnen wie so Handlungsinstrumente gibt oder dass sie selber suchen, was kann, was muss den passieren, damit ich nachher wirklich anfange etwas zu verändern und handeln? Und das kann man gemeinsam eigentlich ganz gut besprechen und nachher muss man das halt eben ausprobieren. Man muss dran bleiben und dran bleiben und wiederholen und für das, denke ich, ist eine Begleitung halt schon wichtig. Wenn man dann alleine ist, man hat schon während der Woche Zeit, ist man alleine, oder dass man sich wieder verliert. Aber man weiss dann zumindest, ich bin nachher wieder in Therapie und dort schauen wir es zusammen wieder an und das gibt meisten ja auch wieder einen Schub, um zu sagen, jetzt! Nochmals!

I: Aber auch, dann würdest du sagen, dann verstehe ich auch richtig, dass die Beziehungsarbeit zwischen der ratsuchenden Frau und jetzt zu dir, extrem wichtig ist. Also diese Verlässlichkeit, dass diese Frau auch weiss, auch wenn ich halt scheitere, wenn ich es jetzt nicht schaffe es auf die Reihe zu bringen, oder? Ich kann das wieder anbringen und sagen, aus diesen und diesen Gründen hat es nicht geklappt und dabei wissen, ich bin begleitet in diesem Prozess.

E III: Ja, ich habe das Gefühl, ein ziemlich lange Zeit ist halt eine Begleitung. Also bei den Kindern weiss man es auch ganz klar, oder? Dass sie das einfach brauchen und ich glaube, es ist bei Erwachsenen, man braucht das dann einfach als ADHS Frau, ich sage es mal so, dass man wie wieder eine Unterstützung spürt oder jemand, der hier ist und der einem dort hilft. Man hat sonst einfach wie keine Chance, weil man halt eben sich sehr schnell wieder verliert. Und von dem her gesehen, ist eine therapeutische Begleitung und auch eine, eben was das Lernen oder das geht dann, planen kann man auch sagen, das geht ja ins Lernen rein, ist da ganz wichtig. Was ich auch mache und das macht auch Spass, das mach ich auch gerne mit Erwachsenen zusammen und mit Frauen, wie ihnen auch, wie eine Art eine Theorie geben. Eine ist zum Beispiel, ich habe mir dies noch aufgeschrieben, Hill Skill Will. Hill ist der Hügel, oder? Also das ist so Theorie, ich weiss nicht mehr von wem. Das wäre das Ziel, das ich habe. Skill ist das Werkzeug, die Fähigkeiten. Wie kann ich zu diesem Ziel gelangen? Was muss ich machen? Was habe ich für, sowohl Handlungsmöglichkeiten über Instrumente, die ich gebrauchen kann oder eben über mein Planen, mit meinem anderen Organisieren und so, was kann ich brauchen, um zu diesem Hill zu kommen? Und nachher ist einfach noch dieser Will, der Wille. Also ich will ja das! Ich bin jetzt hier, um etwas zu verändern und ich habe gleichzeitig auch noch die Unterstützung, die immer wieder sagt, du willst ja und, also irgendwo auch Motivation, diesem Ziel näher zu kommen. Und ich habe noch so andere Theorien gehabt, die ich wie mit ihnen jeweils gesagt habe, also jetzt wo stehen wir jetzt? Jetzt wiederholen wir wieder das Ziel und wohin, was ist für dich wichtig? Und das kann sich ja auch verändern, oder? Das darf auch, aber dass man dann doch wieder sagt und das ist mein nächsten Ziel. Vielleicht ist das in einem Monat, vielleicht erst in einem halben Jahr oder dann gibt es diese Ziele ganz weit nach aussen. Schlussendlich will ich das und das. Und nachher eben diese unterschiedlichen Schritte dazu.

I: Und, wie ist es, man liest in der Literatur oder man hat so in Gesprächen mit Fachleuten rausgefunden, rausgefunden, dass eben Frauen, die von ADHS betroffen sind, in der Beratung viel oder häufiger als andere von Thema zu Thema switchen, oder? Diese Sprunghaftigkeit und auch so ein bisschen wie Sari Solden in ihrem Buch schreibt, zum Beispiel eben, dass von einem zum anderen Thema hüpfen aufgrund von deren Reizoffenheit und so. Wie gelingt es dann, wenn jetzt jemand, ich sage dem mal "blüemelen gehen" mit den Gedanken,

wie schaffst du es, dass man wieder fokussiert zusammenarbeiten kann? Oder, ja, wie gelingt das?

E III: Ich habe hier (Blättergeräusch), wart kurz, ich habe mir das hier aufgezeichnet. Das wäre wie der Vertrag, den man mit einer Person hat. Also sagt oder sie sagt, dieses und jenes Ziel habe ich und ich habe ja häufig dann einfach auch ein Ziel für diese Therapiestunde, die kommt. Und dann kommt die Klientin und man fängt mit einem dieser Punkte an und nachher kommt das Abschweifen. Das bedeutet, dass ich eigentlich versuche, zuerst schon, dass sie weggehen und abschweifen kann, weil sie braucht dies unter Umständen, denn dies gehört zu einem Stück in ihr Feld hinein, aber dass ich nachher immer wieder schaue, wie kann ich sie zurückholen zum Kernthema. Und nachher sind wir wieder, also das ist meine, immer wieder meine Aufgabe, irgendein "Kehrli" zu finden, um zu sagen, ah ja, das ist interessant und das ist sicher auch noch ein Thema, aber kommen wir wieder zurück auf dieses. Das wäre jetzt so vielleicht ein Übergang und nachher kommt eine nächste, vielleicht eine Emotion oder so, bei der ich spüre, das muss raus. Dann kommt wieder das Rausgehen. Wie lange weiss ich nicht, dass ist dann eben auch ein bisschen ein Können von der Therapeutin oder ein Gespür, wann muss ich sie wieder zum Thema zurückholen. Und das nennt sich Blumen. Das ist lustig, hast du vorhin gerade gesagt, "blüemelen gehen". Das nennt sich Blumenstrategie. Das heisst, also immer wieder, weisst du, am Schluss ist es nachher wie eine Blume. Aber es ist etwas entstanden, das, du musst ja auch auf den Klient eingehen können, du kannst dies nicht einfach abblocken, das interessiert mich jetzt nicht, das ist nicht unser Kernthema und gerade bei ADHS Leuten, dass man versucht, ihnen die Möglichkeit zu geben, dort halt das einzubauen, weil das einfach drein muss, aber nachher immer wieder das Zurückholen und dann hat man dann das Ganze. Man hat die Gefühlswelt, die Emotionen hat man drin, die die ADHS Person halt auch stark mit sich trägt, aber ist immer wieder zum Vertrag oder zum Kern zurückgekommen. Und das finde ich etwas, also das finde ich ganz wichtig! Sonst kann man sich total verlieren und dann hat man eine Stunde gesprochen und am Schluss denkt man, uff, wo sind jetzt? Eben und dann ist man wieder da, wo man ja gerade, ja, wo man ja eben den Klienten lehren möchte, zu sagen, he jetzt sind wir an dem, jetzt schauen das an, oder?

I: Weisst du von wem dass das Modell ist oder hast du es irgendwo mal gelesen, oder?

E III: Ich habe das von, wart kurz, von Margaretha Bichsel, würde ich sagen, die hat uns das mal...

I: Ah, Margaretha Bichsel!

E III: Aus der Transaktionsanlayse nach Psychiater Eric Berne. Weisst du, die kennst du auch!

I: Ja, genau.

E III: Die Transaktionsanalyse hat uns das, aber ich weiss nicht, ob es wirklich daher kommt oder ob es etwas wie eigenes ist und das hat mir dann sehr eingeleuchtet. Und ich habe jetzt gerade jemanden, der in die Lerntherapie kommt, eben ein Mann, ein 40-Jähriger. Das glaubst du jetzt nicht, also das ist ganz, der hat, es ist so ein spannender und ich muss mir dann immer, weisst du, das muss ich ganz konsequent machen. Ich habe es ihm auch schon, mit ihm kannst du ja sehr gut sprechen. Habe ich ihm auch schon gesagt, ich wolle ihn nicht beleidigen, ich habe sehr Respekt, vor allem von dem, was er erzähle, aber ich müsse ihn zwischendurch, werde ich ihn ganz bewusst wieder zurückholen, damit wir am Ende der Stunde sagen können, ah das haben wir jetzt...

I: anschauen können

E III: anschauen können, jetzt kommen wir einen Schritt weiter. Ja.

I: Aber du würdest sagen, dieses Sprunghafte, so wie ich jetzt das von dir erlebe, würdest du sagen, das ist nicht bedrohlich, sondern gehört auch zu einem Teil zu diesem Anders-Sein.

E III: Ja. Ja, ich würde das sagen. Natürlich kann dann der Klient dies mit der Zeit auch ein bisschen besser steuern, dass er selber spürt, „oh schweife ich jetzt zu stark ab?“ Das ist dann schon auch noch ein Teil, der auch dazu kommen würde.

I: Ja, oder ich meine auch zum Beispiel, dass die Sozialarbeitenden auf die Idee kämen, die machen es absichtlich, sondern dass man sagen muss, das ist einfach, das kommt bei dem ADHS, dieser Problematik, tut sich dies zeigen und das ist nicht irgendwie, weil sie sich nicht einlassen wollen auf das Gespräch, sondern, dann verstehe ich richtig, sie wollen einfach, das gehört zu ihnen. Und sollte nachher für die Sozialarbeitenden nicht als persönliches, ja, sie machen dies extra, sie wollen sich entziehen, sondern ist das Erscheinungsbild.

E III: Ja, ja. Das ist eine gute Bemerkung. Ich könnte mir drum vorstellen, wenn du sonst jemanden hast, der eben kein ADHS hat, das gibt es ja dann auch, dass einige nicht wollen, dass man da von dem spricht, oder? Und dann windet man sich und findet "Allergattes"...

I: Auch Ausrede oder irgend...

E III: Ausreden, Ausflüchte und so. Aber da bin ich ganz sicher, dass dies häufig wirklich auch noch raus muss. Und sie sagen ja viel, er sagt auch viel, nur ganz kurz oder er will dann immer Beispiele bringen. Ich finde dies auch sehr gut und bringt super gute Beispiele, weisst du? Nur ganz kurz, aber ich weiss schon zum Voraus, es geht dann doch nicht, er will es denn auch noch ein bisschen ausschmücken. Aber er ist voll dran, er ist voll, es ist voll sein Thema, oder? Das schon. Und das ist noch, ja, das ist anspruchsvoll, da zu spüren. Du musst immer schauen, wann kann ich ihn jetzt wieder zurückholen.

I: Ich finde das noch so wichtig, vor allem in Bezug, oder? Dass es wie bedingt, dass Sozialarbeitende dieses Wissen auch, dass die ADHS Problematik haben. Dass eben dieses Phänomen, wenn es auftritt, dass dies wie einfach dazugehört. Das ist so. Und nicht irgendwie, dass man diesen betroffenen Frauen wie absprechen würde, dass sie sich nicht mit dem Thema beschäftigen möchten.

E III: Ja. Ja.

I: Das ist wie eine andere Haltung dahinter, oder? Genau. Jetzt noch so zum letzten Abschnittchen wäre noch so, was verstehst du unter Kooperation? Was ist für dich so, wie würdest du jetzt dies definieren?

E III: Kooperation ist für mich das Zusammenarbeiten. Mal klar. Im Team. Also Kooperation im Zusammenhang, in der Therapie meist du?

I: Ja, also eben mit der betroffenen Frau zum Beispiel. Was ist für dich so wichtig oder bedeutsam? Wie würdest du für dich in deiner Rolle als Therapeutin jetzt die Kooperation benennen?

E III: Also, für mich ist sie sehr wichtig. Weil, ich wiederhole mich hier, mal dass man in dem Sinne zusammenarbeitet, dass man wie eben ein Team ist und dass man wie auf der gleichen Ebene zusammen kommuniziert. Ich bin in dem Sinne nicht eben wie ein Lehrmeister, der alles weiss und sagt, wie es geht, sondern eben eine Begleitung, eine Begleitperson und das Wichtigste ist halt eben dort die Beziehung. Ich denke, dass ich wie eine Beziehung suche zum Klient, umgekehrt es muss eine Beziehung da sein und aus dieser raus passiert nachher eigentlich, entwickelt sich der Weg, der dann plötzlich wie vorgegeben ist. Und für mich ist Lerntherapie halt Beziehungsarbeit, in erster Linie. Nachher kommt das Fachliche

sicher dazu, aber wenn die nicht funktioniert, also die im weitesten Sinne eben Kooperation, das Zusammenarbeiten, dann muss man, kann man auch dort, muss man aufhören, eigentlich.

I: Du hast in dem Fall auch schon gesagt, eben die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit hast du wie gesagt eben Beziehungsarbeit, das ist wie, sagst mal ein Grundfundament, oder? Nachher das Fachliche, das hast du wie. Kommt dir dort noch so etwas in den Sinn, was noch hilfreich sein könnte? Was für Voraussetzungen sonst noch wichtig sind? Du hast vorhin noch gesagt, Freiwilligkeit. Also so ein bisschen, diese Leute, diese Frauen kommen, weil sie das möchten. Oder jemanden zwingen zur Zusammenarbeit in deiner Rolle, wird wohl schwierig.

E III: Ja. Das ist eigentlich kein Thema. Ja. Wart jetzt, ich noch gerade ein bisschen (9 Sekunden Pause). Also ich habe halt das Gefühl, dass die Frau, die kommt, dass sie wie, also wir sind immer eigentlich in einer Entwicklung drin und dass es um die Persönlichkeit geht und die, wie kann ich dies sagen? Persönlichkeit sich weiterentwickelt und die kann sich nur weiterentwickeln, wenn man eben in dieser Zusammenarbeit drin ist. Das geht. Eigentlich ist es die Weiterentwicklung von der Persönlichkeit und die Basis ist die Beziehung. Beziehungsarbeit. So.

I: Kommen dir etwa auch Gründe in den Sinn, was eine Zusammenarbeit mit ADHS Betroffenen erschwert oder sogar auch verhindert? Weil du merkst, das geht einfach, das bringen wir nicht, also, ja. Du sagt Beziehungsarbeit, du hast gesagt, bis jetzt sei dies immer gelungen, eine Beziehung aufzubauen. Hast du auch Erfahrungen gemacht, bei denen du sagen musst, es geht nicht?

E III: Jaaa, also, ich habe halt bei allem das Gefühl, es braucht eine gewisse Einsicht, eine gewisse, also oder Einsicht ist das falsche Wort, Bereitschaft, ein Thema angehen zu wollen. Und manchmal ist es der falsche Zeitpunkt oder es ist wie noch nicht reif, halt wirklich auch. Oder der Leidensdruck halt auch zu wenig hoch, zu wenig gross, um zu sagen, ich gehe jetzt diesen Schritt, Ich mache das und das kann natürlich, ja, dann ist, muss man halt auch darüber sprechen und sagen, ja, wo, wir kommen hier wie nicht zusammen weiter. Vielleicht bin ich auch nicht die richtige Person. Das ist auch noch etwas. Vielleicht braucht es eine ganz andere Form oder auch inhaltlich etwas ganz anderes. Das dann halt die Zusammenarbeit verhindert, auflösen, ja.

I: In der Sozialarbeit ist man sehr darauf angewiesen, dass man mit anderen Fachkräften zusammenarbeitet. Also die Interdisziplinarität, interdisziplinäre Zusammenarbeit ist sehr wichtig. Wie hast du das erfahren in, hast du auch eine Zusammenarbeit gesucht mit anderen Fachkräften oder hast du das eher, so ein bisschen in den Hintergrund rücken lassen oder ist dir dies wichtig gewesen oder war dies auch gewünscht gewesen? Was hast du da so erlebt?

E III: Also die Zusammenarbeit, ich mit anderen Fachkräften? Ohne Klient?

I: Ja. Ohne Klient oder mit, also ich sage jetzt mal, hast du einmal auch eine Klientin begleitet an einen Ort hin oder weisst du, dass man wie für sie Fürsprache nehmen könnte, für jemanden, der betroffen ist oder ist dies für dich nicht so vordergründig oder nicht gewünscht worden oder hat sich nie anerboten?

E III: Ich bin gerade am Nachdenken. Also ich habe eigentlich bei Erwachsenen, bei Kindern war es anders, aber jetzt bei Erwachsenen oder bei Frauen, kann ich mich nicht erinnern, dass ich mit ihnen irgendwo hin wäre, aber ich habe gewisse Empfehlungen gemacht. Zum Beispiel auch, wenn ich das Gefühl hatte, es muss auf eine andere Art weitergehen, dass ich dies signalisiert habe und dass ich das nachher unter Umständen auch Adressen gegeben habe. Sei dies nun eine Psychotherapie oder vielleicht sogar ein Psychiater aus diesen oder

anderen Gründen. Sonst habe ich die Zusammenarbeit natürlich gesucht mit meinen Kolleginnen von der Lerntherapie. Da haben wir Intervision gemacht und Fallbesprechung. Ist für mich ganz wichtig! Und natürlich die Supervision auch, bei Fällen, bei denen ich das Gefühl hatte, da muss ich mal ganz gut mit anderen, es ist schon in der Gruppe gewesen meistens. Manchmal in einem Notfall bin ich auch mal alleine gegangen oder so. Dass man da geschaut hat, was kann ich? Einfach dann, wenn ich angestanden bin, dass ich das Gefühl hatte, jetzt muss ein nächster Schritt kommen und ich sehen nicht genau, wie es weiter gehen könnte. Dass ich das in Kauf genommen habe. Aber du meinst, meinst noch etwas anderes?

I: Ja oder zum Beispiel wenn du eine Jugendliche, also ich sage jetzt mal, erwachsenwerdende Frauen hast, die in der Lehre sind, in der, ob du dort mal mit einem Lehrmeister kein bisschen konntest oder auch mit der Gewerbeschule manchmal, oder? Dass man merkt, vielleicht sind sie eben eher handlungsorientiert, im Handwerklichen besser begabt, schulisch Schwierigkeiten. Hast du auch so ein bisschen Vermittlungsarbeit geleistet oder bis du eher so ein bisschen defensiv gewesen? Gedacht ja.

E III: Nein, ich bin überhaupt nicht defensiv gewesen. Ich habe es dann gemacht, wenn ich das Gefühl hatte, es ist wirklich wichtig und nötig, aber ich habe es auch immer mit dieser Person klar abgesprochen und weiss auch, ja dass ich zum Beispiel mal bei einem Lehrmeister war, wo ich das Gefühl hatte, da könnte man miteinander wie schauen, wie kann man besser anders weitergehen.

I: Und wie ist dann so Resonanz gewesen vom Lehrmeister?

E III: Eigentlich, eigentlich gut, weil häufig ist es ja so, dass entweder der Lehrmeister oder die Lehrer, also von der Berufsschule her, kommen. Ja da muss etwas gehen. Ihr müsst euch eine Hilfe suchen und so und wenn man nachher von aussen kommt, weil die ja wissen, da ist eine spezielle Betreuung da, habe ich eigentlich immer gute Erfahrungen macht, dass die zum Teil fast ein bisschen froh waren, dass da noch jemand von einer anderen Seite her etwas anpackt. Man muss da dann einfach auch sehr sorgfältig umgehen und so, wie du auch schon gesagt hast mit der Lehrerin, dort muss man wahnsinnig feinfühlig sein, weil sobald halt etwas nicht rund läuft, tut jeder Mensch, hat er zuerst das Gefühl, oder viele, es ist mein Problem, was habe ich falsch gemacht, oder? Nachher kommt eine Mutter oder kommt jemand von aussen, weil ja etwas nicht gut gelaufen ist und dann ist da einfach schon mal, also man hat das Gefühl, ach ich muss mich dann wahrscheinlich wehren, oder? Ich habe ja etwas falsch gemacht. Aber, und das ist ganz wichtig, dass man da wie probiert, ganz fein mit diesen Leuten umzugehen und vor allem zu schauen, zu sagen, wer ist da im Zentrum? Das ist nämlich der Klient und wir wollen gemeinsam das Gleiche, wir wollen nämlich, dass dieser einen Schritt weiterkommt und was können wir machen, zusammen.

I: Eben du hast vorhin gesagt, eben neben dem Fachwissen brauchen Professionelle auch eben, jetzt auch gerade Professionelle der Sozialen Arbeit, ein grosses Repertoire an Handlungsmöglichkeiten. Also quasi einen gut gefüllten Rucksack mit Strategien, die man anbieten kann. Und für die Soziale Arbeit sagt man auch, dass die Fallsupervision oder Intervision, Fallbesprechung an und für sich eine zentrale Bedeutung hat. Wie ist eben, du hast erwähnt, dass das Zusammen-Austauschen? Wie würdest du dies bewerten für deine Tätigkeit, diesen Austausch?

E III: Ja, der hat bei mir einen grossen Stellenwert. Ja, es ist halt auch, wenn man eine gewisse Erfahrung hat mit der Zeit, aber es gibt immer wieder Situationen, in denen man sich fragt, wie gehe ich jetzt hier weiter? Und wo man wie ansteht und das finde ich etwas Wichtiges, dass man dann sagen, jetzt stehe ich an. Und jetzt muss ich wie noch eine andere Fachperson haben, die mich da unterstützt oder vielleicht auch nur ermutigend sagt, nein, geh weiter so. Ja, du bist im Moment ein bisschen unsicher, ob es der richtige Weg ist, aber geh weiter, geh dieses Risiko ein. Auch das, weisst du, ich habe wie das Gefühl gehabt, es

gibt wie zwei Wege, welchen nehme ich jetzt? Sich entscheiden für einen und dann weitergehen und also das finde ich halt sehr wichtig, dass man noch jemanden hat.

I: Und wenn du denn eine fachliche Frage im Zusammenhang mit ADHS hast, wohin kannst du dich dann hinwenden? Hast du Leute, also ein Netzwerk aufbauen können oder wo?

E III: Also, zum einen also in der Supervision. Das sind ja, das sind ja wie, wie solle ich dem sagen? Themen, klar ist es ein ADHS, aber es sind ja viele Themen in diesem ADHS drin, die in unser Leben reingehören oder? Und da muss man jetzt nicht unbedingt jemanden haben, der nur diese Blickrichtung hat. Habe ich nicht das Gefühl. Einzig und das sicher, wenn es um Abklärung geht, dass man schaut, was macht man da für eine seriöse, gute Abklärung und das andere natürlich, wenn es um Medikamente geht, oder? Aber sonst denke ich, habe ich viele Themen in der Supervision besprechen können und nachher gibt es natürlich auch über das Elpos. Die Elternvereinigung von ADHS betroffenen Kindern sowie die Anlaufstelle für betroffene Erwachsene die ADHS 20+. Allesamt machen die gute Arbeit, finde ich. Dass man dort jederzeit, wenn man Fragen hat...

I: sich hinwenden kann?

E III: Ja, und das würde ich auch empfehlen, würde ich auch. Die haben auch viele Adressen und haben erfahrene Leute, die dort mitarbeiten.

I: Jetzt bevor ich das Interview abschliesse, möchte ich noch fragen, hast du das Gefühl, aus deiner Sicht, wir haben etwas vergessen, etwas Wichtiges? Oder ein Punkt, der offen blieb? (7 Sekunden Pause) Nicht? Oder hättest du einen ganz wichtigen Hinweis an die Sozialarbeitenden, das heisst, das ist mir wichtig, dass das Sozialarbeitende wissen oder berücksichtigen. Kommt dir dort noch etwas in den Sinn?

E III: Gerade der letzte Punkt. Ich finde es wichtig, also ich denke halt, Sozialarbeiter, das ist ja so ein Riesenfeld, oder? Und wie probieren eine Sensibilität zu haben für Frauen mit einem ADHS, um zu spüren, wo muss die, kann ich, reicht es vielleicht auch, wenn ich gewisse Tipps gebe. Aber wie weit kann ich das bringen und wo muss ich auch sagen, es ist wichtig, dass ich diese Frau weiterschicke. Sei das eben in eine Psychotherapie oder eine spezielle Therapie im Zusammenhang mit dem ADHS. Dass man einfach sehr, wie sagt man dem, sehr sensibel...

I: oder die Empathie

E III: mit dem umgeht. Ja, klar die Empathie, aber sie gehört in euren Beruf eh, oder? Und, also ich nehme jetzt auch an, dass eine gute Sozialarbeiterin auch ganz fest auf einander eingehen kann und mal zusammen herausfinden oder selber auch merken, da könnte der Weg durchgehen, damit ich diese Person auch richtig begleite.

I: Jetzt möchte ich noch als wie abschliessende Frage stellen, wie hast du dich gefühlt im Interview?

E III: Ganz gut! Ausser, dass ich plötzlich gedacht habe, ich sei ein bisschen am "liire". Ist es nicht schlimm gewesen?

I: ((Lachen)) Ja. Nein.

E III: Es ist ein bisschen, ich habe, das stört mich immer, ich, dass ist auch ein bisschen mein Problem. Ich habe manchmal auch viel im Kopf und das nachher noch sortiere oder dann fehlen plötzlich,...

I: "püschelen"

E III: "püschele" und nachher fehlen mir plötzlich die Worte so oder nachher werde ich auch lange. Meine Kinder haben mir immer gesagt, sagen es noch immer, "Mama, ich weiss schon lange, was du sagen willst!" ((Lachen))

I: ((Lachen)) Bring es endlich auf den Punkt!

E III: Ja, genau, genau, genau.

I: In dem Fall möchte ich dir ganz herzlich danken! Es ist toll und gut gewesen. Merci.

E III: Ich hoffe, du kannst etwas brauchen.