

**WIE ERLEBEN ERWACHSENE
KLIENTINNEN UND KLIENTEN MIT
ADHS DIE PERSONZENTRIERTE
PSYCHOTHERAPIE? – EINE
QUALITATIVE FALLANALYSE**

Akademische Abschlussarbeit

Im Universitätslehrgang DUK 44

von

Stefan Rosenleitner

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Linz, 12.09.2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Stefan Rosenleitner, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich die Schriftliche Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich die Schriftliche Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Schriftlichen Arbeit unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

12.09.2025

Datum



.....
Unterschrift

Abstract

Hintergrund: ADHS im Erwachsenenalter ist mittlerweile anerkannt und wird zunehmend in Praxis und Forschung berücksichtigt. Dennoch fehlen differenzierte Konzepte für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Diese Arbeit fokussiert auf Affektregulation, Selbstwahrnehmung und Beziehungserleben – zentrale Wirkfaktoren jeder Psychotherapie. Die personenzentrierte Therapie nach Carl Rogers bietet mit Empathie, Kongruenz und bedingungsfreier positiver Beachtung einen tragfähigen Rahmen; empirische Erkenntnisse zum subjektiven Erleben Erwachsener mit ADHS in diesem Setting liegen jedoch kaum vor.

Zielsetzung und Fragestellung: Die Arbeit untersucht, wie erwachsene Klient:innen mit ADHS die personenzentrierte Psychotherapie erleben, und welche Aspekte dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam sind. Im Fokus stehen insbesondere das Beziehungserleben, Veränderungen im Selbstbild, der individuelle Umgang mit der Diagnose ADHS sowie die Bedeutung der ADHS-Betroffenheit des Therapeuten. Besonders berücksichtigt wird, welche Aspekte der personenzentrierten Grundhaltungen – Empathie, Kongruenz und bedingungsfreie positive Beachtung – für ADHS-spezifisches Erleben bedeutsam sind.

Methodik: Die qualitative Studie analysiert zwei dokumentierte Einzelfälle unterschiedlicher ADHS-Typen. Die Datengrundlage bilden anonymisierte Therapienotizen und Sitzungsprotokolle. Die Auswertung erfolgte mittels reflexiver thematischer Analyse nach Braun & Clarke (2022).

Ergebnisse: Die therapeutische Beziehung wurde in beiden Fällen als tragfähig und stabilisierend erlebt. Wesentliche personenzentrierte Haltungsmerkmale förderten Selbstkontakt und Affektdifferenzierung. Die subjektive Betroffenheit des Therapeuten ermöglichte Nähe, erforderte aber sorgfältige Reflexion. Insgesamt zeigt sich, dass personenzentrierte Psychotherapie einen wirksamen Zugang zum ADHS-Erleben im Erwachsenenalter bietet – jenseits von Funktionalität und Diagnosestruktur.

Stichworte: ADHS im Erwachsenenalter, personenzentrierte Psychotherapie, qualitative Einzelfallanalyse, Beziehungserleben, therapeutische Haltung, Reflexivität

Abstract (English)

Background: ADHD in adulthood is now widely recognized and increasingly considered in both clinical practice and research. Nevertheless, differentiated concepts for shaping the therapeutic relationship are still lacking. This study focuses on affect regulation, self-perception, and the experience of relationships—central factors in any psychotherapy. Person-centered therapy, as developed by Carl Rogers, provides a solid framework through empathy, congruence, and unconditional positive regard; however, empirical findings on the subjective experience of adults with ADHD in such a setting are still scarce.

Objective and Research Question: This study examines how adults with ADHD experience person-centered psychotherapy and which aspects are specifically effective for this condition. The focus lies particularly on relationship experiences, changes in self-concept, the individual process of dealing with the ADHD diagnosis, and the significance of the therapist's own ADHD background. Special attention is given to which elements of the person-centered core conditions—empathy, congruence, and unconditional positive regard—are especially relevant for ADHD-specific experiences.

Method: This qualitative study analyses two documented single cases representing different types of ADHD. The data is based on anonymised therapy notes and session protocols. The evaluation was conducted using reflexive thematic analysis according to Braun & Clarke (2022).

Results: In both cases, the therapeutic relationship was experienced as reliable and stabilising. Core person-centered attitudes promoted self-contact and affect differentiation. The therapist's own ADHD experience allowed for closeness, but required careful reflection. Overall, the findings show that person-centered psychotherapy offers an effective approach to the experience of ADHD in adulthood – beyond functionality and diagnostic structures.

Keywords: adult ADHD, person-centered psychotherapy, qualitative single-case analysis, relational experience, therapist attitude, reflexivity

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Abstract.....	3
Abstract (English).....	4
Inhaltsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	7
1.1 Persönlicher Zugang.....	8
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage	9
1.3 Aufbau der Arbeit	9
2 Theoretischer Hintergrund	10
2.1 ADHS im Erwachsenenalter.....	10
2.1.1 Entstehung und Ursachen von ADHS	11
2.1.2 Exekutive Funktionen und Selbststeuerung	12
2.1.3 Psychosoziale Folgen, Stigmatisierung und Ressourcen	13
2.2 Grundlagen der personzentrierten Psychotherapie.....	13
2.2.1 Selbstkonzept, Inkongruenz und Wachstum	14
2.3 Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung bei ADHS.....	15
2.3.1 Kongruenz, Echtheit und emotionale Begleitung.....	16
2.3.2 Macht, Deutung und Augenhöhe	17
2.4 Forschung mit eigener Betroffenheit.....	18
2.4.1 Subjektivität als Erkenntniszugang	18
2.4.2 Eigene Betroffenheit in der therapeutischen Beziehung.....	19
2.4.3 Forschung als Begegnung	19
3 Methodik	20
3.1 Qualitatives Forschungsdesign und Fallauswahl	20
3.2 Datenmaterial und Auswertungsmethode (Thematic Analysis).....	21
3.3 Forschungshaltung, Subjektivität und ethische Verantwortung	21
4 Ergebnisse.....	22
4.1 Fall A – Zwischen Anpassung und Selbstverlust.....	23
4.1.1 Zentrales Erleben: Innere Zerrissenheit und soziale Kontrolle	25
4.1.2 Beziehungserleben im therapeutischen Setting	26
4.1.3 Bewegungen von Integration und Selbstermächtigung	26
4.2 Fall B – Rückzug, Panik und vorsichtige Beziehung	27

4.2.1	Zentrale Themen und therapeutische Bewegungen.....	28
4.2.2	Selbstbegegnung und erste Integrationen	29
4.3	Querschnittsanalyse: Gemeinsame Themen und Kontraste.....	31
5	Diskussion.....	34
5.1	Einordnung der Ergebnisse im Licht der Theorie	34
5.2	Methodenkritische Reflexion.....	36
5.3	Bedeutung der subjektiven Betroffenheit für den Forschungsprozess	36
5.4	Relevanz für die psychotherapeutische Praxis	37
6	Fazit und Ausblick	38
6.1	Zentrale Erkenntnisse	39
6.2	Praxisrelevanz	40
6.3	Ausblick auf Forschung und Praxis.....	41
6.4	Persönlicher Abschluss und Dank.....	42
7	Literaturverzeichnis	43

1 Einleitung

In den letzten Jahren begegnet mir das Thema ADHS immer häufiger – nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in alltäglichen Gesprächen, Medienberichten und meiner psychotherapeutischen Praxis. Besonders auffällig ist, wie stark die Meinungen auseinandergehen. Manche halten ADHS für eine Modeerscheinung oder gar für eine „Erfindung der Pharmaindustrie“, andere erleben es als zutiefst belastende Realität. Zwischen diesen Polen stehen Menschen mit realen Herausforderungen – Erwachsene, die trotz Intelligenz, Kreativität und sozialer Kompetenz im Alltag immer wieder an scheinbar banalen Anforderungen scheitern. Diese Ambivalenz war ein zentraler Ausgangspunkt, mich im Rahmen dieser Abschlussarbeit intensiver mit dem Thema zu befassen.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählt zu den meistdiskutierten, aber zugleich häufig missverstandenen Diagnosen der letzten Jahrzehnte. Obwohl ihre Beschreibung bereits im 18. und 19. Jahrhundert in frühen medizinischen und psychologischen Schriften zu finden ist, wurde ADHS lange vorrangig mit Kindern in Verbindung gebracht (Krause & Krause, 2025, S. 1–4). Noch heute ist das Bild vom „Zappelphilipp“ aus dem Struwwelpeter von 1845 kulturell tief verankert. Krause & Krause (2025, S. 5–7) zeichnen nach, wie sich dieses Bild durch wissenschaftliche Entwicklungen hin zu einem klinisch differenzierten Störungsmodell mit ICD-10- und DSM-5-Kriterien gewandelt hat.

Trotz dieser Entwicklungen ist das gesellschaftliche Bild von ADHS weiterhin von Mythen geprägt. Brown (2018, S. 17–32) benennt eingangs seines Werkes 35 weitverbreitete Irrtümer – etwa, ADHS sei eine Ausrede für Faulheit oder betreffe nur Kinder. Diese Zuschreibungen zeigen, wie oberflächlich das Thema oft verhandelt wird.

Brown (2018 S. 33–38) plädiert für ein Verständnis von ADHS als Störung der Exekutivfunktionen – jener Prozesse, die Selbstregulation, Impulskontrolle und zielgerichtetes Handeln ermöglichen.

Die gesellschaftliche Relevanz ergibt sich nicht nur aus der Prävalenz – Schätzungen sprechen von 2–6 % betroffener Erwachsener (Krause & Krause, 2025, S. 9–15), sondern auch dass sich Betroffene im Erwachsenenalter häufig mit der Störung „arrangiert“ haben und möglicherweise diese über verschiedenste Kontrollmechanismen kompensieren, welche zu verschiedensten Symptomen führen können (Gawrilow, 2009, S. 38–39).

1.1 Persönlicher Zugang

Ich selbst gehöre zu diesen Menschen. Meine eigene ADHS-Diagnose erhielt ich erst im Erwachsenenalter – ein Moment, der rückblickend vieles verständlicher machte, aber auch neue Fragen aufwarf. Schwierigkeiten, die ich lange als persönliches Versagen erlebte, erhielten nun eine andere Bedeutung. Der Weg zur Integration dieser Diagnose war ambivalent: entlastend, irritierend, klärend – und letztlich wegweisend. Diese Erfahrung beeinflusst nicht nur meine persönliche Entwicklung, sondern auch meine therapeutische Haltung.

In meiner Ausbildung zum personenzentrierten Psychotherapeuten erlebe ich die Haltung nach Carl Rogers – insbesondere Kongruenz, Empathie und bedingungsfreier positive Beachtung – als besonders hilfreich im Umgang mit ADHS. Viele Betroffene erleben sich als „zu viel“, „falsch“ oder „nicht steuerbar“. In einer therapeutischen Beziehung einfach sein zu dürfen – ohne korrigiert oder angepasst zu werden –, kann Räume für Selbstakzeptanz eröffnen. Genau solche Erfahrungen habe ich auch während meiner eigenen Ausbildungszeit gemacht. Rückblickend merke ich, wie sehr gerade diese Erlebnisse meine Entwicklung hin zu mehr Selbstfürsorge und innerer Akzeptanz unterstützt haben.

Die eigene Betroffenheit schärft meinen Blick für das Erleben von ADHS – ebenso wie für die Potenziale eines beziehungsorientierten Zugangs. Dieser doppelte Blick prägt auch die vorliegende Forschungsfrage.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Diese Arbeit versteht sich als qualitative Annäherung an das Erleben von ADHS-Betroffenen im Rahmen einer personenzentrierten Psychotherapie. Ziel ist es, aus der Perspektive der Klient:innen heraus zu erfassen, wie sie den Therapieprozess erleben, welche Elemente sie als hilfreich empfinden – und wo sie auf Grenzen oder Spannungen stoßen.

Besonders interessiert mich, wie zentrale Aspekte der personenzentrierten Haltung – wie Empathie, Akzeptanz oder Kongruenz – im Kontext von ADHS wirken.

Die zentrale Forschungsfrage lautet:

Wie erleben erwachsene Klient:innen mit ADHS die personenzentrierte Psychotherapie, und welche Aspekte sind dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam?

Die Beantwortung dieser Frage soll nicht nur zur Reflexion personenzentrierter Praxis beitragen, sondern auch eine Forschungslücke sichtbar machen: Zwar existieren Studien zur Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieformen bei ADHS, doch das subjektive Erleben im personenzentrierten Setting wurde bisher kaum systematisch untersucht.

1.3 Aufbau der Arbeit

Kapitel 2 bietet einen theoretischen Überblick über das Störungsbild ADHS im Erwachsenenalter sowie über zentrale Konzepte der personenzentrierten Psychotherapie. Kapitel 3 stellt das methodische Vorgehen dieser Arbeit dar. Die qualitative Auswertung basiert auf zwei anonymisierten Fallgeschichten aus der psychotherapeutischen Praxis und folgt der reflexiven thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2022).

Kapitel 4 widmet sich der Darstellung und Analyse der Ergebnisse. Kapitel 5 diskutiert die zentralen Erkenntnisse im Licht der Theorie, reflektiert das methodische Vorgehen sowie die forschende Rolle. Kapitel 6 fasst die Ergebnisse zusammen und gibt einen Ausblick.

2 Theoretischer Hintergrund

Diese Arbeit bewegt sich im Spannungsfeld zwischen einem psychischen Störungsbild, das in der Öffentlichkeit zunehmend an Sichtbarkeit gewinnt, und einem psychotherapeutischen Ansatz, der den Menschen nicht über seine Diagnose definiert. Um das subjektive Erleben von Klient:innen mit ADHS im Rahmen einer personenzentrierten Psychotherapie verstehbar zu machen, ist eine differenzierte theoretische Grundlage notwendig. Diese wird in vier Schritten dargestellt:

1. ADHS im Erwachsenenalter
2. Grundlagen der personenzentrierten Psychotherapie
3. Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung bei ADHS
4. Forschung mit eigener Betroffenheit.

2.1 ADHS im Erwachsenenalter

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählt zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Gawrilow, 2009, S. 9). Mit zunehmendem Alter verändert sich das Erscheinungsbild der ADHS. Während im Kindesalter vor allem motorische Unruhe und Hyperaktivität auffallen, treten bei Jugendlichen und Erwachsenen vermehrt Probleme im Bereich der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle in den Vordergrund. Besonders auffällig sind dabei Schwierigkeiten im Zeitmanagement, eine erhöhte Ablenkbarkeit sowie das Erleben innerer Unruhe. Auch wenn sich die motorische Hyperaktivität im Erwachsenenalter oftmals reduziert, berichten viele Betroffene weiterhin von einem andauernden inneren Getriebensein (Gawrilow, 2009, S. 37–39).

Eine Erstdiagnose im Erwachsenenalter ist weiterhin selten, es sei denn, die Betroffenen schildern typische Symptome oder es ergeben sich biografische Hinweise. Da sich jedoch die Symptomatik mit fortschreitendem Alter verändert, werden somit Klient:innen häufig mit falschen Diagnosen wie etwa einer Persönlichkeitsstörung oder Depressionen etikettiert und eine spezifische Behandlung bleibt somit auch aus (Krause & Krause, 2025, S. 59).

Die Symptomatik zeigt sich oft kontextabhängig: Manche Erwachsene mit ADHS können beruflich gut funktionieren, erleben jedoch im privaten Bereich massive Überforderung. Andere wirken nach außen ruhig und kontrolliert, kämpfen jedoch innerlich mit ständiger Anspannung und dem chronischen Gefühl, nicht zu genügen. Dies führt bei vielen Betroffenen zu einer langen Leidensgeschichte, geprägt von Selbstzweifeln, wiederholtem Scheitern und dem Gefühl, grundlegend „falsch“ zu sein (Brown, 2018, S. 35–37, 41–45).

Ein tieferes Verständnis der Störung erfordert jedoch mehr als die Betrachtung aktueller Symptome. Entscheidend ist die Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Ursachen und Entwicklungsbedingungen, die den individuellen Verlauf prägen. Das folgende Kapitel beleuchtet daher zentrale Erkenntnisse zur Ätiologie von ADHS.

2.1.1 Entstehung und Ursachen von ADHS

Die Entstehung von ADHS gilt heute als multifaktoriell. Genetische Dispositionen spielen eine zentrale Rolle: Zwillings- und Familienstudien zeigen eine hohe Erblichkeit von etwa 78 %, während der Einfluss von Umweltfaktoren lediglich 22 % beträgt (Krause & Krause, 2025, S. 20–21).

Dabei handelt es sich nicht um „ein Gen“, sondern um komplexe Wechselwirkungen zahlreicher genetischer Variationen, die die neuronale Entwicklung und Signalübertragung – insbesondere im dopaminergen System – beeinflussen können. Auch neurobiologische Faktoren werden diskutiert. Bildgebende Verfahren deuten auf funktionelle Besonderheiten in präfrontalen und basalen Hirnarealen hin – also in jenen Regionen, die mit Aufmerksamkeitssteuerung, Impulskontrolle und Emotionsregulation in Verbindung stehen (Krause & Krause, 2025, S. 22–26, 44–45). Diese Befunde unterstützen das Modell einer entwicklungsbedingten Störung exekutiver Funktionen, das sich inzwischen als zentraler Erklärungsansatz etabliert hat.

Darüber hinaus wirken psychosoziale Bedingungen modulierend auf Verlauf und Ausprägung: chronischer Stress, frühe Bindungserfahrungen, gesellschaftliche Anforderungen oder schulische Überforderung können vorhandene Vulnerabilitäten verstärken. Auch kulturelle Faktoren – etwa der gesellschaftliche Umgang mit Unruhe oder emotionaler Impulsivität – spielen eine Rolle. ADHS ist damit nicht monokausal erklärbar.

Entscheidend ist das dynamische Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg (Gawrilow, 2009, S. 19–25). Diese Sichtweise erweitert den Blick über symptomorientierte Klassifikationen hinaus und unterstreicht die Notwendigkeit eines integrativen und personenzentrierten Verständnisses psychischer Entwicklung.

2.1.2 Exekutive Funktionen und Selbststeuerung

Ein zentrales Konzept zum Verständnis von ADHS im Erwachsenenalter ist die Störung der exekutiven Funktionen. Diese umfassen Fähigkeiten wie Planungsvermögen, Zielgerichtetheit, Arbeitsgedächtnis, Impulskontrolle, Emotionsregulation und die Fähigkeit zur Selbstüberwachung (Brown, 2018, S. 33–39). Dies rückt die affektiv-kognitive Regulation ins Zentrum und erklärt, warum viele Betroffene an scheinbar einfachen Alltagshandlungen scheitern, obwohl sie über kognitive Ressourcen verfügen.

Typisch ist z. B. das Phänomen der „paradoxen Leistungsfähigkeit“: In akuten Stresssituationen oder unter Zeitdruck gelingt es Betroffenen oft, komplexe Aufgaben zu bewältigen – während scheinbar einfache Alltagstätigkeiten wie Rechnungen zahlen oder die Wohnung aufräumen als nahezu unüberwindbar erlebt werden. Dieses widersprüchliche Leistungsprofil ist für Außenstehende oft schwer nachvollziehbar und verstärkt bei Betroffenen das Gefühl von Unzuverlässigkeit oder persönlichem Versagen (Brown, 2018, S. 17, 36; Gawrilow, 2009, S. 26–27).

Studien zur Selbstregulation zeigen, dass solche Kontraste in der Leistungsfähigkeit bei ADHS nicht Ausdruck von mangelnder Motivation, sondern von gestörter situationsabhängiger Selbststeuerung sind (Krause & Krause, 2025, S. 24–25).

In der psychotherapeutischen Praxis zeigen sich diese Funktionsstörungen z. B. in Form von impulsiven Themenwechseln, Terminversäumnissen, Schwankungen in der Beziehungsgestaltung oder affektiven Überflutungen.

Diese Erscheinungen sind jedoch nicht Ausdruck mangelnder Motivation, sondern Ausdruck einer tiefgreifenden Selbststeuerungsproblematik.

2.1.3 Psychosoziale Folgen, Stigmatisierung und Ressourcen

Die psychosozialen Auswirkungen einer unbehandelten oder spät diagnostizierten ADHS im Erwachsenenalter sind erheblich. Betroffene berichten häufig über berufliches Scheitern, Beziehungsabbrüche, chronische Selbstzweifel und soziale Isolation. Nicht selten besteht eine Geschichte von Schulversagen, Kritik durch Autoritäten, konflikthafter Partnerschaften und innerem Rückzug.

Die gesellschaftliche Bewertung von „andersartigen“ Verhaltensweisen trägt zusätzlich zur Stigmatisierung bei. Unruhe, Desorganisation oder emotionale Impulsivität werden als unprofessionell oder unreif interpretiert. Die Folge ist häufig eine chronische Anstrengung, sich zu kontrollieren, anzupassen oder unerwünschte Anteile zu verstecken – was wiederum zu Erschöpfung und innerer Entfremdung führt. Zugleich berichten viele Betroffene von besonderen Qualitäten: ausgeprägte Intuition, Kreativität, Empathie, Neugier, Begeisterungsfähigkeit oder hohe Sensibilität. Diese Potenziale bleiben jedoch oft ungenutzt, weil die Rahmenbedingungen nicht passen oder das Selbstbild stark beschädigt ist (Krause & Krause, 2025, S. 78, 81–83, 85–92, 102–106).

Gerade diese Ambivalenz – zwischen innerem Leiden und brachliegenden Potenzialen – verlangt im therapeutischen Kontext eine besonders achtsame, ressourcenorientierte Haltung.

2.2 Grundlagen der personenzentrierten Psychotherapie

Die personenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers (2020) geht davon aus, dass jeder Mensch über eine angeborene Aktualisierungstendenz verfügt – also über eine grundlegende Motivation zur Entwicklung in Richtung größerer Reife, innerer Übereinstimmung und Stimmigkeit (Rogers, 2020, S. 26–27). Diese Tendenz ist jedoch nicht unabhängig vom sozialen Umfeld, sondern entfaltet sich vor allem in Beziehungen, die von Achtung, Verständnis und Echtheit geprägt sind. (Rogers, 2020, S. 40–43).

Rogers (2020) beschreibt drei zentrale Variablen, die seiner Theorie nach notwendig und hinreichend für therapeutische Veränderung sind: Empathie, bedingungsfreie positive Beachtung und Kongruenz seitens der Therapeut:in.

Die therapeutische Beziehung wird dabei nicht als technisches Mittel zur Symptombesserung verstanden, sondern ist selbst der wesentliche Wirkfaktor: Veränderung geschieht nicht „an“ einem Menschen, sondern „mit“ ihm – in der Beziehung. (Rogers, 2020, S. 46–52).

2.2.1 Selbstkonzept, Inkongruenz und Wachstum

Im personenzentrierten Verständnis bildet sich das Selbst als symbolisch organisierte Struktur aus den Erfahrungen, die ein Mensch mit sich und seiner Umwelt macht. Dieses Selbst ist nicht starr, sondern prinzipiell veränderbar – vorausgesetzt, das Beziehungsklima ermöglicht diese Veränderung. Entscheidend ist dabei ein Kontext, in dem sich Menschen als verstanden, akzeptiert und als Person anerkannt erleben können (Finke, 2019, S. 19–23).

Erfahrungen, die nicht mit dem bestehenden Selbstkonzept vereinbar sind – etwa, wenn jemand wiederholt scheitert, sich aber als kompetent erleben möchte – können nicht vollständig symbolisiert werden. Sie werden verzerrt, abgeschwächt oder gänzlich abgewehrt. In der Folge entsteht Inkongruenz, also ein Zustand innerer Widersprüchlichkeit, der mit Unsicherheit, Spannung, Angst oder Selbstentfremdung einhergehen kann (Finke, 2019, S. 24–25). Dieser Zustand ist keine pathologische Störung im engeren Sinne, sondern Ausdruck eines gestörten Verhältnisses zwischen Erleben und Selbstbild.

Therapie beginnt dort, wo dieses Erleben allmählich wieder zugänglich und integriert werden kann. Das meint nicht nur die Zulassung vermeintlich „negativer“ Gefühle, sondern auch von Bedürfnissen, Anteilen oder Erfahrungen, die bisher aus dem Selbstbild ausgeschlossen waren – etwa das Bedürfnis nach Rückzug, Eigenzeit oder auch Abgrenzung. Gerade bei Menschen mit ADHS, deren Selbstkonzept häufig durch wiederholte Zuschreibungen, Leistungserwartungen und affektive Verunsicherung geprägt ist, kann dies ein zentraler therapeutischer Prozess sein.

Wachstum im personenzentrierten Sinne bedeutet dabei keine Anpassung an äußere Normen oder ein funktionaler Soll-Zustand, sondern die Möglichkeit, „immer mehr man selbst zu werden“ (Finke, 2019, S. 26–28). Gemeint ist ein Prozess der zunehmenden Stimmigkeit zwischen innerem Erleben und symbolisierter Selbststruktur, der zu mehr Lebendigkeit, Kohärenz und Selbstakzeptanz führt.

Dies wird möglich durch eine therapeutische Beziehung, in der die Person nicht bewertet oder verändert, sondern in ihrer Eigenart respektvoll begleitet wird.

Finke (2019) verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung einer vertrauensvollen, nicht-direktiven Beziehungserfahrung, in der die im Menschen wirksame Tendenz zur Entfaltung und Integration wieder Raum bekommt. Diese verstehe sich, in Anlehnung an Rogers (2020), als übergeordnetes Motiv der Erhaltung und Weiterentwicklung des Selbst – auch wenn sie bei Finke (2019) nicht systematisch unter dem Begriff der „Aktualisierungstendenz“ ausgeführt wird (Finke, 2019, S. 24, 29–30).

Gerade bei Personen mit ADHS kann dieser Raum von besonderer transformierender Kraft sein: Ein Raum, in dem die eigene Wahrnehmung ernst genommen wird, in dem Unsicherheiten ausgehalten und neue Selbstanteile integriert werden können – ohne Bewertung, ohne Druck und ohne vorschnelle Zielorientierung.

2.3 Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung bei ADHS

Viele Menschen mit ADHS berichten – und auch ich erlebe dies in meiner Praxis immer wieder –, dass bestimmte Ausdrucksformen wie Spontanität, Impulsivität oder emotionale Intensität als „zu viel“ oder „unangemessen“ zurückgemeldet werden. In einem Umfeld, das stark von neurotypischen Erwartungen geprägt ist, führt dies nach meiner Beobachtung häufig zu Schutzmechanismen wie übermäßiger Anpassung, emotionaler Selbstzensur oder Rückzug ins Schweigen. Diese Muster erlebe ich in der therapeutischen Arbeit zum Beispiel in Form einer schnellen Relativierung eigener Gefühle, thematischen Abschweifungen bei intensiven Affekten oder einer auffallend überangepassten Haltung mir gegenüber. Aus meiner Sicht handelt es sich dabei selten um bewusste Entscheidungen, sondern um Ausdruck einer biografisch gewachsenen Vorsicht im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit.

Die Sorge, „zu viel“, „falsch“ oder „nicht richtig“ zu sein, wirkt aus meiner Erfahrung bis in die therapeutische Beziehung hinein – oft begleitet von einem tief verankerten Misstrauen gegenüber der eigenen Wahrnehmung. Lewis (2023) beschreibt in einer qualitativen Studie ähnliche Dynamiken bei neurodivergenten Personen, die im Ausbildungskontext auf implizite Erwartungen mit Schutzstrategien reagieren. Interviewte berichten dort von ständiger Selbstbeobachtung („Was darf ich zeigen?“), emotionalem Rückzug bei Überforderung oder der Anpassung eigener Bedürfnisse an dominante Normen. Die Aufforderung, „im Raum zu bleiben“, wird dabei kritisch als Ausdruck eines unreflektierten Normalitätskonzepts beschrieben (Lewis, 2023, S. 214–216).

Kriz (2007) betont, dass personenzentrierte Therapie eine Form existenzieller Begegnung sei, bei der nicht das Funktionieren im Vordergrund steht, sondern die Präsenz und das Anerkennen des Gegenübers in seiner Eigenheit. Begegnung wird hier verstanden als „staunendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des Anderen, ein ‚Betroffenwerden vom Wesen des Gegenüberstehenden‘“ (Kriz, 2007, S. 43). In dieser Haltung erhalten auch Schutzmechanismen ihren Platz – nicht als Hindernis, sondern als Ausdruck eines existenziellen Selbstschutzes, der respektvoll und achtsam begleitet werden will. Gerade in der Arbeit mit ADHS-Betroffenen entsteht so nach meiner Erfahrung ein Raum, in dem Ambivalenzen nicht vorschnell aufgelöst, sondern behutsam verstanden und transformiert werden können.

2.3.1 Kongruenz, Echtheit und emotionale Begleitung

Carl Rogers (2020, S. 47–49) betont die zentrale Rolle der Kongruenz in der therapeutischen Beziehung: Das Gegenüber soll nicht bloß neutraler Profi sein, sondern sich als Mensch einbringen – offen, ehrlich und zugleich respektvoll. Gerade bei Klient:innen mit ADHS, die häufig sensibel auf subtile Veränderungen in Tonfall oder Haltung reagieren, ist diese Authentizität von besonderer Bedeutung.

Für Therapeut:innen besteht die Herausforderung darin, eigene Reaktionen auf das therapeutische Geschehen wahrzunehmen und – wenn hilfreich – behutsam zu verbalisieren, ohne die Beziehung zu destabilisieren.

Das betrifft etwa Irritationen über impulsives Abschweifen, Frustration bei wiederkehrenden Themen oder Unsicherheit angesichts affektiver Intensität.

Die Fähigkeit, in solchen Momenten präsent und echt zu bleiben, wird zur Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Viele Menschen mit ADHS haben in ihrem Leben wiederholt Entwertung, Missverständnisse oder Zuschreibungen erlebt.

Das kann zu einem ausgeprägten Misstrauen und einer hohen Sensibilität gegenüber Bewertungen führen.

In der personenzentrierten Haltung ist dann besondere Achtsamkeit gefragt. Finke (2023, S. 96–98) betont, dass es Aufgabe der Therapeut:in sei, auch bei starker Entwertung oder emotionaler Eskalation die Haltung der bedingungslosen positiven Beachtung aufrechtzuerhalten. Wut oder Gereiztheit werden in diesem Rahmen nicht als aggressive Provokation verstanden, sondern als Ausdruck nicht erfüllter Bindungsbedürfnisse und einer tief verankerten Sehnsucht nach Nähe, Sicherheit und Anerkennung. Therapeut:innen, so Finke (2023), neigen dazu, unpassende Antworten als empathisches Versagen zu deuten – ein Prozess, der nur tragfähig bleibt, wenn er mit innerer Klarheit und unerschütterlicher Empathie verbunden ist.

Gerade im Umgang mit verletzten oder abgewerteten Selbstanteilen entsteht so ein Raum, in dem emotionale Reaktionen nicht korrigiert, sondern in ihrer Bedeutung gewürdigt und gemeinsam verstanden werden können.

Dies ermögliche es Klient:innen, verzerrte Beziehungserwartungen zu überprüfen und sich auf neue Beziehungserfahrungen einzulassen (Finke, 2023, S. 96–98).

2.3.2 Macht, Deutung und Augenhöhe

Viele Betroffene reagieren sensibel auf jede Form von Deutung oder Anleitung – insbesondere, wenn sie in ihrem Leben wiederholt mit Zuschreibungen konfrontiert wurden. In der personenzentrierten Haltung wird diese Dynamik nicht durch Interpretation beantwortet, sondern durch eine echte, nicht-wertende Beziehung (Finke, 2019, S. 49–54). Aus eigener Praxisperspektive erscheint es besonders heilsam, wenn Klient:innen erleben, dass ihre Selbstwahrnehmung nicht korrigiert, sondern ernst genommen wird. Statt alte Beziehungsmuster – etwa das Gefühl, „nicht verstanden“ zu werden oder sich rechtfertigen zu müssen – erneut zu durchleben, entsteht ein Raum für neue Erfahrung. Die Therapeut:in begegnet nicht mit Deutung, sondern mit Präsenz, Respekt und offenem Interesse.

Aus meiner eigenen Erfahrung – sowohl als betroffene Person als auch in der therapeutischen Praxis – erlebe ich, wie entlastend es für Menschen mit ADHS sein kann, wenn ihre Selbstwahrnehmung nicht infrage gestellt, sondern ernst genommen wird.

In solchen Momenten entfaltet die personenzentrierte Haltung eine korrigierende und zugleich bestärkende Wirkung: Sie vermittelt die Erfahrung, dass die eigene Wahrnehmung gültig ist und nicht angepasst werden muss.

2.4 Forschung mit eigener Betroffenheit

Die vorliegende Arbeit ist nicht nur eine akademische Auseinandersetzung mit einem psychotherapeutischen Thema – sie ist auch ein persönlich motivierter Erkenntnisweg. Die eigene Erfahrung mit ADHS, sowohl als betroffener Mensch als auch als Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision, ist wesentlicher Bestandteil der Forschungsfrage, der Perspektive und des methodischen Zugangs.

2.4.1 Subjektivität als Erkenntniszugang

Die vorliegende Arbeit versteht Forschung nicht als distanzierte Beobachtung, sondern als dialogischen Prozess, in dem sich Subjektivität, Beziehung und Erkenntnis gegenseitig durchdringen. Wie Finlay (2002, S. 217–218) betont, sind Forschende keine neutralen Beobachter:innen, sondern mit ihren eigenen Affekten, Erfahrungen und Resonanzen Teil des Forschungsfeldes. Reflexivität bedeutet dabei nicht nur, sich dieser Einflüsse bewusst zu sein, sondern sie als Ressource für ein vertieftes Verstehen zu nutzen. Der „Blick nach innen“ – auf die eigenen Gefühle, Reaktionen und unbewussten Dynamiken – ergänzt den „Blick nach außen“ auf Daten und Diskurse.

In dieser Perspektive wird die Forschung zur Begegnung: ein Ort, an dem die Grenzen zwischen Subjekt und Objekt, Forschendem und Beforschten durchlässig werden. Erkenntnis entsteht dabei nicht als „objektives Faktum“, sondern in einem co-kreativen Prozess, der auch Widersprüche, Ambivalenzen und Nähe zulässt (Finlay, 2002, S. 217–218).

2.4.2 Eigene Betroffenheit in der therapeutischen Beziehung

Auch im therapeutischen Kontext ist die eigene ADHS-Erfahrung nicht neutral. Sie beeinflusst Resonanzen, Hypothesen, Geduld, Grenzen – und möglicherweise auch blinde Flecken. Gleichzeitig ermöglicht sie ein tiefes, implizites Verstehen für bestimmte Erlebensweisen: das Chaos im Kopf, die Affektwellen, das fragmentierte Selbstgefühl.

Lewis (2023) zeigt in ihrer qualitativen Studie, dass eigene Betroffenheit keine Belastung, sondern eine Beziehungschance darstellen kann – sofern sie reflektiert und verantwortet wird.

Die entscheidende Frage ist nicht, ob persönliche Anteile auftreten, sondern wie bewusst sie in den therapeutischen Prozess integriert werden (Lewis, 2023, S. 217–218). In der vorliegenden Arbeit wurde dieser Aspekt durch ein Forschungstagebuch, Supervision und kontinuierliche Reflexion bearbeitet. Die Entscheidung, eigene Wahrnehmungen nicht zu „neutralisieren“, sondern als Teil des Dialogs mit den Daten zu verstehen, war dabei bewusst gewählt.

2.4.3 Forschung als Begegnung

Die Personzentrierung als Haltung prägt nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern auch den Forschungszugang. Begegnung – verstanden als wechselseitige Präsenz, Resonanz und Offenheit – ist auch zwischen Forscher und Daten möglich. So wurde z. B. auf eine standardisierte Kategorisierung der Aussagen verzichtet zugunsten eines prozessualen, bedeutungsoffenen Zugangs. Die Themen wurden nicht „gefunden“, sondern „erarbeitet“, im Spannungsfeld zwischen dem, was gesagt wurde, und dem, was es im Kontext der Beziehung bedeutete.

Diese Haltung führte dazu, dass die Ergebnisse nicht „repräsentativ“ im klassischen Sinne sind – aber vielleicht umso resonanter.

Sie erzählen von subjektiven Erfahrungen, fragmentarischen Bewegungen und Beziehungserfahrungen, die unter die Oberfläche von Diagnosen und Symptomen reichen.

3 Methodik

Die Analyse folgt dem Verfahren der reflexiven thematischen Analyse nach Braun & Clarke (2022), das eine aktive Rolle der forschenden Person voraussetzt. Als Datengrundlage dienten retrospektive Prozessnotizen, schriftliche Reflexionen und Erinnerungen aus der therapeutischen Arbeit. Besonderes Augenmerk galt dabei der eigenen Subjektivität sowie dem ethisch verantwortungsvollen Umgang mit Nähe, Resonanz und möglichen Rollenkonflikten. Die folgenden Unterkapitel erläutern Forschungsdesign, methodische Haltung, Datenmaterial und Analyse im Detail.

3.1 Qualitatives Forschungsdesign und Fallauswahl

Ziel war es, das subjektive Erleben zweier Klient:innen mit diagnostizierter ADHS im Kontext laufender personenzentrierter Psychotherapie zu analysieren und damit die zentrale Forschungsfrage zu bearbeiten: **Wie erleben erwachsene Klient:innen mit ADHS die personenzentrierte Psychotherapie, und welche Aspekte sind dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam?**

Der methodische Zugang ist fallorientiert, erfahrungsnah und qualitativ-hermeneutisch ausgerichtet (Mayring, 2015, S. 65–72). Statt Interviews wurden retrospektive therapeutische Prozessnotizen und Selbstreflexion verwendet.

Die Fälle stammen aus der eigenen therapeutischen Praxis. Die Fallauswahl erfolgte bewusst kontrastierend: ein Fall mit vorwiegend hyperaktivem, einer mit vorwiegend unaufmerksamem Profil. Alter, Geschlecht, Kontext, Verlauf und Dauer unterscheiden sich deutlich. Gemeinsam sind die ADHS-Diagnose – im ersten Fall erst im Therapieverlauf gestellt, im zweiten bereits aus der Jugendzeit bekannt – sowie die Reflexionsfähigkeit der Klient:innen.

Für die wissenschaftliche Nutzung wurde in beiden Fällen das Einverständnis vorab mündlich eingeholt. Die Klient:innen wurden über Zielsetzung, Inhalt und die vollständig anonymisierte Darstellung informiert; die Zustimmung ist im Therapieverlauf dokumentiert. Der Schutz der Beteiligten wurde durch konsequente Anonymisierung sowie durch Orientierung an den ethischen Richtlinien der Donau-Universität Krems gewährleistet.

Ziel der Fallauswahl war ein verstehendes Tiefenverständnis, das die Integration inkongruenter Erfahrungen im Sinne einer vervollständigenden Einordnung ermöglicht (Kriz, 2007, S. 54–55).

3.2 Datenmaterial und Auswertungsmethode (Thematic Analysis)

Die Datengrundlage bilden zwei Falldarstellungen auf Basis von Notizen, Erinnerungen und Reflexionen. Die Analyse orientierte sich an der reflexiven Thematic Analysis nach Braun & Clarke (2022), einem kontextsensiblen Verfahren mit aktiver Rolle der forschenden Person.

Die Auswertung zielte darauf ab, zentrale Themen im Erleben der Klient:innen zu identifizieren, die für die Beantwortung der Forschungsfrage – wie erwachsene Klient:innen mit ADHS die personenzentrierte Psychotherapie erleben und welche Aspekte dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam sind – relevant sind.

Die sechs Phasen der Analyse (Braun & Clarke, 2022, S. 35–36) umfassten:

1. Vertrautmachen
2. Kodieren
3. Themensuche
4. Themenprüfung
5. Definition
6. Narratives Schreiben

Die Analyse war primär induktiv, jedoch theoretisch sensibilisiert durch Konzepte der personenzentrierten Therapie und eigene Erfahrungen. Ein Forschungstagebuch begleitete die Auswertung. Reflexionen zu blinden Flecken, Affekten und Resonanzen wurden dokumentiert, um Offenheit im Analyseprozess zu fördern – im Sinne einer reflexiven Haltung, wie sie Finlay (2002, S. 215–218) beschreibt.

3.3 Forschungshaltung, Subjektivität und ethische Verantwortung

Die Arbeit nimmt eine ausdrücklich reflexive und dialogische Forschungshaltung ein. Subjektivität wird nicht als zu vermeidender Störfaktor verstanden, sondern als erkenntnistragende Ressource innerhalb eines qualitativ-hermeneutischen Erkenntnisprozesses (Finlay, 2002, S. 215–218; Braun & Clarke, 2022, S. 16–18). Dabei wird sowohl das Selbstverständnis des Forschers als auch die Perspektive der Klient:innen ernst genommen.

Das Ziel war es, psychotherapeutische Prozesse nicht distanziert-objektivierend, sondern in ihrem Erlebenszusammenhang verstehend zu rekonstruieren.

Die persönliche Betroffenheit des Therapeuten – insbesondere eigene Erfahrungen mit ADHS – wurde nicht ausgeblendet, sondern im Sinne einer intersubjektiven Reflexivität als Teil des Forschungskontextes reflektiert.

Der Umgang mit Nähe, Affekten und Resonanzen wurde kontinuierlich hinterfragt und dokumentiert. Subjektive Resonanzen wurden dabei nicht als Selbstzweck behandelt, sondern nur insoweit genutzt, als sie zur Interpretation des Materials beitrugen und neue Bedeutungsebenen erschlossen (Finlay, 2002, S. 215–218).

Zur Wahrung der Vertraulichkeit wurde auf Mitschnitte und Originalprotokolle verzichtet. Stattdessen wurden Erinnerungen, Prozessnotizen und schriftliche Reflexionen genutzt; die im Ergebnisteil zitierten Originalaussagen stammen daraus und wurden anonymisiert sprachlich nah wiedergegeben. Die Darstellung der beiden Fälle erfolgte vollständig anonymisiert, mit besonderer Sorgfalt für die Verfremdung potenziell identifizierbarer Merkmale. Grundlage dafür bildeten die Anonymisierungsstrategien der Donau-Universität Krems (2015, S. 1–2).

4 Ergebnisse

Diese Arbeit untersucht, wie erwachsene Klient:innen mit ADHS die personenzentrierte Psychotherapie erleben und welche Aspekte dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam sind. Im Zentrum stehen nicht quantitative Outcome-Maße, sondern das subjektive Erleben: Wie Betroffene sich, ihre Symptome, ihre Beziehungen und den therapeutischen Raum wahrnehmen – und woran im Prozess verändernde Erfahrungen erkennbar werden, etwa erste Grenzsetzungen, nachlassende Vermeidung oder wachsende Selbstakzeptanz.

Die Darstellung der Ergebnisse folgt themengeleiteten Ergebniseinheiten, die aus der reflexiven Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2022) induktiv gewonnen und anschließend theoretisch gespiegelt wurden. Beide Fälle wurden zunächst getrennt ausgewertet und anschließend in einer fallübergreifenden Analyse verdichtet. Der Fokus liegt dabei auf wiederkehrenden Mustern ebenso wie auf Unterschieden zwischen den Fällen.

Ein zentrales Merkmal beider Verläufe ist die Verschränkung ADHS-spezifischer Dynamiken (z. B. Impulsivität, Reizoffenheit, „inneres Chaos“, Scham) mit biografischen und aktuellen Beziehungserfahrungen. Diese Dynamiken zeigten sich im Prozess sehr unterschiedlich: teils belastend und destabilisierend, teils aber auch als Ausgangspunkt für bedeutsame therapeutische Bewegungen. Besonders relevant war, wie Klient:innen diese Erfahrungen für sich deuteten und wie sie im personenzentrierten Setting beantwortet wurden – etwa durch das Erleben von Empathie, Akzeptanz oder Kongruenz.

Im Zuge der Analyse kristallisierten sich mehrere thematische Schwerpunkte heraus, die im Folgenden fallbezogen entfaltet und später in einer fallübergreifenden Querschnittsanalyse verdichtet werden: das Erleben von Chaos und Instabilität, das Bedürfnis nach Angenommensein sowie die Erfahrung von Stabilisierung und wachsender Selbstakzeptanz.

Die Ergebnisse werden im Folgenden zunächst fallbezogen (Fall A und Fall B), anschließend fallübergreifend (Querschnittsanalyse) und schließlich in einer reflexiven Rückschau dargestellt. Zur wissenschaftlichen Nachvollziehbarkeit erfolgt die Darstellung jeweils in einer klaren Dreiteilung:

- (a) **Daten** – ausgewählte Originalaussagen und Szenen aus den Falldarstellungen,
- (b) **Interpretation** – analytische Einordnung im Lichte der Theorie,
- (c) **Resonanz** – Reflexionen aus der Perspektive des Forschers/Therapeuten, einschließlich eigener Erfahrungen mit ADHS, soweit für das Verständnis des Materials relevant.

4.1 Fall A – Zwischen Anpassung und Selbstverlust

Daten:

Die Klientin A ist eine junge Frau Ende zwanzig, bei der im Verlauf der Therapie von einer Fachärztin für Psychiatrie eine ADHS-Diagnose vom gemischten Typ gestellt wurde. Der Schritt zur Abklärung ergab sich aus dem therapeutischen Prozess heraus: Die Klientin begann, sich mit der Möglichkeit einer ADHS auseinanderzusetzen, schwankte zwischen Neugier und Angst vor Etikettierung und brachte diese Ambivalenz in die Sitzungen ein. Durch das Angebot, ihre Sorgen auszusprechen, und durch konkrete Unterstützung (z. B. Vermittlung von Kontaktdaten) konnte dieser Weg begleitet werden.

Nach der erfolgten Diagnosestellung beschrieb die Klientin ihren Prozess so: *„Ich hab es immer gewusst, hatte aber Angst, dass jemand sagt, dass es nicht stimmt. Was wäre dann mit meiner Wahrnehmung gewesen? Jetzt weiß ich es endlich.“*

Zuvor hatte sie über Jahre hinweg unter depressiven Episoden, Erschöpfung und konflikthafter Beziehungen gelitten.

Schon früh sprach sie von einem „inneren Chaos“ und einem nicht zu stoppenden Gedankenkreisen: *„Es ist, als würden tausend Tabs gleichzeitig in meinem Kopf offen sein, und ich finde den Cursor nicht.“* *„Ich habe so viele Gedanken im Kopf, die kann ich oft nicht steuern – das ist massiv belastend.“*

Ihr Alltag war geprägt von einer Mischung aus hoher Leistungsfähigkeit und Instabilität. Einerseits konnte sie Aufgaben in kurzer Zeit erledigen, für die andere länger brauchten, andererseits brach die mühsam aufgebaute Struktur regelmäßig zusammen: *„Nach außen merkt das keiner – ich funktioniere. Aber innerlich ist es, als würde ständig etwas zerfallen.“*

Interpretation:

Die Diagnose wurde für sie zu einer ambivalenten Erfahrung: ein Stück Entlastung und Erklärung, zugleich aber auch Angst, auf ein Etikett reduziert zu werden. Dieses Spannungsfeld ist in der Literatur gut dokumentiert (Lewis, 2023, S. 214–217). Ihr Muster „nach außen angepasst – nach innen zerrissen“ lässt sich mit Browns (2018, S. 33–37) Konzept der beeinträchtigten Exekutivfunktionen verstehen: Schwierigkeiten in Selbststeuerung, Emotionsregulation und Aufmerksamkeit erzeugen eine Spannung zwischen äußerer Kontrolle und innerem Kontrollverlust.

Resonanz:

Als Therapeut erlebte ich diesen Weg der Diagnosestellung als einen wichtigen Teil der gemeinsamen Arbeit. Meine Rolle bestand darin, Raum für Ambivalenz zu öffnen, ohne Druck auszuüben. Besonders das starke Redebedürfnis der Klientin fiel mir auf – *„Redebedürfnis ist massiv erhöht, Klientin wird vermehrt Raum gegeben“* – und machte mir bewusst, wie wenig Platz sie bisher für ihr eigenes Erleben hatte. Für mich war entscheidend, ihre Unsicherheit nicht vorschnell zu ordnen, sondern sie mit ihr auszuhalten.

4.1.1 Zentrales Erleben: Innere Zerrissenheit und soziale Kontrolle

Daten:

Ein Hauptthema war die Diskrepanz zwischen äußerem Funktionieren und innerer Instabilität. Sie beschrieb sich selbst als „Meisterin der Anpassung“ – nach außen souverän, innerlich chaotisch, überfordert und zersplittert.

„Ich scanne ständig, wie ich wirken könnte – das ist so anstrengend, weil ich innerlich eigentlich ganz anders bin.“ „Ich verliere den Faden, schaffe meine Arbeit nicht, obwohl ich weiß, dass ich es könnte.“

Soziale Kontakte führten oft zu Grübelattacken und Schuldgefühlen: *„Ich bin oft zu direkt, zu viel. Nachher gehe ich alles zigmal im Kopf durch und habe Schuldgefühle. Mein Körper ist dann wie auf Alarm – mein Herz schlägt schnell, die Hände sind kalt und im Kopf rennt alles durcheinander.“*

Schmerzlich war das Gefühl, nicht gesehen zu werden – nicht nur in ihren Leistungen, sondern vor allem in ihren emotionalen Bedürfnissen, die häufig ignoriert oder abgewertet wurden, insbesondere von der Mutter: *„Von meiner Mutter kenne ich das, dass sie mir meine Gefühle abspricht – das tut weh.“*

Dieses Muster spiegelte sich auch im Freundeskreis: Sie stellte ihre Emotionen zurück, blieb auf einer sachlichen Ebene und empfand dabei innere Leere.

Interpretation:

Die Diskrepanz zwischen äußerer Funktionalität und innerem Chaos ist ein typisches Muster bei ADHS im Erwachsenenalter. Viele Betroffene kompensieren über Jahre mit Perfektionismus und Anpassung, was zu Überlastung und Erschöpfung führt. Browns (2018, S. 33–37) Modell der beeinträchtigten Exekutivfunktionen erklärt die beschriebenen Schwierigkeiten in Organisation, Emotionsregulation und Selbststeuerung. Das Erleben, von engen Bezugspersonen nicht in ihren Gefühlen wahrgenommen zu werden, verstärkte bei der Klientin Schamgefühle und Selbstzweifel – eine Belastung, die bei ADHS häufig beschrieben wird.

Resonanz:

Mich berührte besonders ihre Formulierung „Meisterin der Anpassung“. Ich spürte, wie stark ihr Leben davon geprägt war, Erwartungen anderer zu erfüllen – und wie hoch der Preis war: Selbstverlust und innere Zerrissenheit. In den ersten Stunden rang ich mit meiner eigenen Ungeduld: Ich wollte ihr Chaos strukturieren, merkte aber, dass es wichtiger war, ihre Zerrissenheit zunächst einfach stehen zu lassen.

4.1.2 Beziehungserleben im therapeutischen Setting

Daten:

Die therapeutische Beziehung wurde für die Klientin zu einem neuen Erfahrungsraum. Sie erlebte die Offenheit der personzentrierten Haltung als zugleich irritierend und entlastend: *„Ich glaube, ich muss hier nichts beweisen.“*

Im Verlauf konnte sie zunehmend ausdrücken, was sie bewegte: *„Ich fühle mich wirklich gemeint – nicht für Leistung, sondern als Mensch.“*

Bei Belastungen verlangte sie jedoch auch klare Antworten: *„Sagen Sie mir bitte einfach, was ich tun soll – ich halte es gerade nicht aus, dass alles offen bleibt.“*

Interpretation:

Die Beziehung stellte eine Korrektur biografischer Muster dar: Anstelle von Abwertung und Nicht-Gesehen-Werden erlebte sie Akzeptanz und Resonanz. Die Grundhaltungen von Empathie, Kongruenz und bedingungsfreier positiven Beachtung (Rogers, 2020) wirkten hier besonders bedeutsam. Gerade für Menschen mit ADHS, deren Beziehungserfahrungen häufig durch Instabilität und Zurückweisung geprägt sind, können solche Begegnungen heilend wirken.

Resonanz:

Ich erlebte die Spannung zwischen ihrem Bedürfnis nach Halt und meiner personzentrierten Haltung. In Meta-Kommunikationen („Was wünschen Sie sich von mir?“) wurde mir bewusst, wie wichtig es war, ihr Bedürfnis nach Sicherheit zu würdigen, ohne ihre Selbstwirksamkeit zu untergraben. Für mich war es ein Balanceakt: Halt geben, ohne Bevormundung.

4.1.3 Bewegungen von Integration und Selbstermächtigung

Daten:

Im Verlauf der Therapie wurden leise, aber bedeutsame Schritte sichtbar. Sie begann, Impulse wahrzunehmen, ohne sie sofort zu unterdrücken. Gefühle wie Stolz und Scham, Klarheit und Rückzug traten nebeneinander auf und wurden zunehmend als Teil ihres Erlebens akzeptiert.

„Sie hören mir zu, auch wenn ich mich gerade total wirr fühle.“

„Ich will nicht mehr immer die sein, die sich anpasst, nur damit alles friedlich bleibt.“

„Es fühlt sich neu an, dass ich manchmal Nein sagen darf – und die Welt geht nicht unter.“

Im fortgeschrittenen Prozess beschrieb sie sich so:

„Ich bin nicht befreit von allem, aber mehr in Beziehung mit mir selbst.“

In den späteren Sitzungen beschrieb sie, dass die Grübelspitzen seltener wurden und sie Phasen innerer Sortierung länger halten konnte.

Interpretation:

Diese Entwicklung lässt sich als Prozess der Selbstaktualisierung verstehen (Rogers, 2020, S. 26–27). Anpassungsstrategien verloren an Dominanz, neue Formen der Selbstannahme und Abgrenzung wurden möglich. ADHS-spezifische Schwierigkeiten blieben bestehen, doch sie wurden nicht länger ausschließlich als Defizite erlebt, sondern als Teil einer komplexen Identität.

Resonanz:

Mich beeindruckten die kleinen, fast unscheinbaren Grenzsetzungen – ein leises „Nein“, ein erster Ausdruck von Wut, die klare Formulierung eigener Wünsche. Sie zeigten, wie sehr die Beziehung selbst zum Motor der Veränderung wurde. Für mich war es berührend zu sehen, wie die Klientin Selbstvertrauen gewann, ohne dass ihre ADHS-Symptome verschwanden. Es wurde spürbar, dass wirksame Veränderung nicht im vollständigen Symptommanagement liegt, sondern im Erleben von Akzeptanz, Resonanz und wachsender Selbstbegegnung.

4.2 Fall B – Rückzug, Panik und vorsichtige Beziehung

Daten:

Der Klient B ist ein junger Mann Anfang dreißig mit einer diagnostizierten ADHS vom unaufmerksamen Typ (ADS) und einer Panikstörung. Die ADHS-Diagnose hatte er bereits in der Jugend erhalten, zeitweise medikamentös behandelt, aktuell jedoch nicht mehr. Panikattacken begleiteten ihn seit dem Studium, waren jedoch nie psychotherapeutisch bearbeitet worden. Zum Zeitpunkt des Erstkontakts lebte er stark zurückgezogen, war arbeitsunfähig gemeldet und pflegte reale Kontakte fast ausschließlich über seine Schwester. Den Großteil seiner Zeit verbrachte er am Computer, vor allem in Online-Spielen.

Der Erstkontakt war von großer Vorsicht geprägt. Er vermied Blickkontakt, formulierte Anliegen nur vage und sagte: *„Ich weiß nicht, ob das überhaupt was bringt. Ich habe Angst, dass Sie mich eh nicht verstehen.“*

Gleichzeitig äußerte er den Wunsch nach einem männlichen Therapeuten – Ausdruck seines Bedürfnisses nach Stabilität und Schutz.

Interpretation:

Diese Konstellation – ADHS vom unaufmerksamen Typ, verbunden mit Panikstörung und Isolation – erklärt seine tiefe Ambivalenz zwischen Nähe und Rückzug. Lewis (2023, S. 210–211) beschreibt, dass neurodivergente Menschen aufgrund biografischer Erfahrungen von Bewertung und Fremdzuschreibung ein besonderes Bedürfnis nach Akzeptanz entwickeln. Die vorsichtige Wahl des Settings mit einem männlichen Therapeuten lässt sich als Suche nach Sicherheit und Halt verstehen.

Resonanz:

Beim Erstkontakt spürte ich seine Distanz und zugleich den Wunsch nach Verbindung. Seine Vorsicht berührte mich, weil sie Ausdruck von Angst und Hoffnung zugleich war. Für mich war es zentral, ihm Zeit und Raum zu geben, ohne Druck aufzubauen, und Schweigen nicht als Abwehr, sondern als Schutz zu verstehen.

4.2.1 Zentrale Themen und therapeutische Bewegungen

Daten:

Im Prozess wurden mehrere Themen sichtbar: ein fragiles Selbstbild, sozialer Rückzug, emotionale Überforderung und die Spannung zwischen Nähewunsch und Schutzbedürfnis.

Panikattacken beschrieb er als „kontrollverlustartigen Absturz“: *„Es ist, als ob ich in ein Loch falle und nichts mehr greifen kann. Alles rauscht, mein Herz rast, ich bin nicht mehr bei mir.“*

Soziale Situationen wie der Gang in den Supermarkt lösten Ängste aus: *„Schon wenn ich weiß, da sind viele Leute, fängt es an. Ich will nur raus.“*

In der Therapie konnte er erste vorsichtige Selbstmitteilungen machen: *„Es ist komisch, aber ich glaube, ich kann mich hier mehr aushalten als sonst irgendwo.“*

Seine Haltung zur ADHS-Diagnose blieb ambivalent: *„Manchmal denke ich, das erklärt vieles ... und gleichzeitig will ich nicht in so eine Schublade.“*

Im Verlauf wagte er kleine Veränderungen, etwa Spaziergänge mit Bekannten. Dazu sagte er: *„Wenn ich weiß, dass ich nicht muss, traue ich mich mehr.“* Dieser Satz markiert ein Schlüsselmoment, weil er die Wirksamkeit der personenzentrierten Haltung in zweierlei Hinsicht verdeutlicht: Zum einen wurde im nicht-direktiven Rahmen erfahrbar, dass keine äußeren Erwartungen oder Leistungsansprüche bestehen. Zum anderen eröffnete genau diese Haltung von Akzeptanz und Druckfreiheit einen Raum, in dem Eigenmotivation entstehen konnte. Die Erfahrung, frei entscheiden zu dürfen, führte paradoxerweise zu mehr Mut und Aktivität. Damit wird sichtbar, dass die personenzentrierte Haltung nicht durch Vorgaben wirkt, sondern durch das Erleben von Freiheit und Selbstbestimmung Veränderung ermöglicht.

Interpretation:

Die Panikattacken erscheinen nicht isoliert, sondern als Ausdruck einer tieferen existenziellen Unsicherheit. Die Beziehung bot ihm die Möglichkeit, Angst zu zeigen, ohne bewertet zu werden. Die Spannung zwischen Rückzug und Nähe ist typisch für Menschen, die einerseits Kontakt wünschen, andererseits Angst vor Überforderung und Beschämung haben. Seine Aussage *„wenn ich weiß, dass ich nicht muss“* verdeutlicht, wie entscheidend Nicht-Direktivität und Druckfreiheit sind – Kernelemente der personenzentrierten Psychotherapie (Rogers, 2020).

Resonanz:

Für mich war es bewegend zu erleben, wie Schweigen, kleine Schritte und die Erfahrung von Nicht-Bewertung Vertrauen wachsen ließen. Besonders eindrücklich war, dass sein Tempo – langsamer, vorsichtiger – den therapeutischen Rahmen bestimmte. Das erinnerte mich daran, dass Beziehung nicht durch Technik entsteht, sondern durch Präsenz.

4.2.2 Selbstbegegnung und erste Integrationen

Daten:

Mit zunehmendem Vertrauen sprach er prägende Erfahrungen an: eine Schulpräsentation, bei der ihm „schwarz vor Augen“ wurde, oder die Entwertung durch den Vater: *„Er sieht mich wie eine Kostenposition, nicht wie einen Sohn.“*

Ein Schlüsselmoment war seine Selbstdeutung: *„Ich glaube, ich habe mich in meinem Leben immer nur irgendwie durchgeschummelt.“*

Diese Aussage brachte Resignation, zugleich aber auch erste Klarheit.

Beziehung eröffnete sich manchmal über scheinbar nebensächliche Themen. Wenn er von Star Wars sprach, wurde er lebendig: *„Da fühle ich mich wie in einer anderen Welt, da gibt es Platz für mich.“*

Im Urlaub mit seiner Schwester beschrieb er sich erstmals als „frei und lebendig“ – ein Kontrast zur Erstarrung in seinem Alltag. Zugleich betonte er: *„Ohne meine Schwester hätte ich keinen Grund zum Leben.“*

Akute Suizidalität bestand nicht, aber die Auseinandersetzung mit Endlichkeit und Lebenssinn bekam Raum, auch im Rückblick auf die Krebserkrankung seiner verstorbenen Mutter.

Ein weiterer Prozessschritt war die Wut auf den Vater. Zum ersten Mal konnte er diese Gefühle benennen und als entlastend erleben: *„Eigentlich macht mich das richtig wütend – dass er nie sieht, wer ich bin.“*

Gleichzeitig blieb er finanziell abhängig vom Vater, was seine Ambivalenz verstärkte. In der Therapie sprach er erstmals offen über die Möglichkeit, wieder Medikamente einzunehmen – ein Hinweis, dass er seine ADHS-Betroffenheit ernsthafter reflektierte. Schließlich zeigte er kleine Akte von Selbstwirksamkeit: ein Brief an die Schwester, in dem er seine Angst benannte; das Ansprechen von Irritationen in der Therapie: *„Ich hatte das Gefühl, Sie haben mich gedrängt.“* Er erlebte dies nicht als Bruch, sondern als Annäherung.

Interpretation:

Seine Selbstbeschreibung „durchgeschummelt“ verweist auf ein tiefes Erleben von Entwertung und Nicht-Dazugehören. In der Therapie wurde diese Deutung nicht korrigiert, sondern als Teil seiner Geschichte anerkannt – wodurch Integration möglich wurde. Der Satz *„ich habe da innen was – aber ich kann’s nicht benennen“* deutet auf einen felt sense hin (Finke, 2019, S. 128–129), der im sicheren Rahmen auftauchen konnte. Die Erfahrung von Wut auf den Vater markierte einen Wendepunkt: Gefühle mussten nicht länger verdrängt werden, sondern konnten als Ressource erfahren werden.

Resonanz:

Mich beeindruckte die Ernsthaftigkeit, mit der er sich existenziellen Fragen stellte – und zugleich die Lebendigkeit, die aufblühte, wenn er von Star Wars oder seiner Schwester sprach. Besonders eindrücklich war für mich sein Mut, Irritationen in der therapeutischen Beziehung anzusprechen.

Das zeigte, dass Vertrauen gewachsen war – und dass Beziehung für ihn nicht nur Sicherheit, sondern auch ein Raum für Auseinandersetzung geworden war.

4.3 Querschnittsanalyse: Gemeinsame Themen und Kontraste

Die vergleichende Analyse der beiden Einzelfälle zeigt sowohl übergreifende Muster als auch Unterschiede im Erleben von Klient:innen mit ADHS in einer personenzentrierten Psychotherapie. Während bei Fall A die Diagnose erst im Verlauf der Therapie gestellt und so selbst Teil des Prozesses wurde, war sie bei Fall B bereits seit der Jugend bekannt. Gemeinsam war beiden ein stark defizitorientiertes Selbstbild – geprägt von Scham, Selbstabwertung und dem Versuch, innere Spannungen durch Überanpassung (Fall A) oder Rückzug (Fall B) zu regulieren.

Cluster 1: Ambivalenz und Beziehung

Beide Klient:innen rangen mit der Ambivalenz von Nähe und Distanz. Vertrauen war fragil, Resonanz wurde gesucht und zugleich gefürchtet. Fall A beschrieb ihr Erleben als *„Meisterin der Anpassung“*, die sich innerlich zerrissen fühlte. Fall B formulierte: *„Ich weiß nicht, ob ich mich hier zeigen kann, ohne dass es gegen mich verwendet wird.“*

Dieses Spannungsfeld von Beziehungssehnsucht und Bewertungsangst findet sich häufig bei ADHS-Betroffenen (Krause & Krause, 2025, S. 81–82, 102–106; Finke, 2023, S. 47–52). Die personenzentrierte Haltung, insbesondere die bedingungsfreie positive Beachtung, wurde in beiden Fällen zu einer korrigierenden Beziehungserfahrung (Rogers, 2020, S. 41). Das Erleben, nicht analysiert oder „repariert“, sondern als Person angenommen zu werden, bildete für beide Klient:innen eine neue Qualität von Beziehung.

Cluster 2: Affekte und Selbstregulation

Ein gemeinsames Thema war der schwierige Umgang mit Affekten. Gefühle wurden oft als überwältigend oder unzugänglich erlebt. Fall A sprach vom „*inneren Chaos*“, Fall B von einem „*kontrollverlustartigen Absturz*“ bei Panikattacken. Beide Beschreibungen illustrieren die subjektive Erfahrung mangelnder innerer Stimmigkeit und Selbststeuerung (Brown, 2018, S. 33–37).

Die therapeutische Arbeit zielte nicht darauf, Chaos oder Panik zu kontrollieren, sondern sie überhaupt wahrnehmbar und besprechbar zu machen. Erst durch empathische Begleitung entstanden Momente von Halt: Fall A äußerte „*Sie hören mir zu, auch wenn ich mich gerade total wirr fühle*“, Fall B formulierte „*Wenn ich weiß, dass ich nicht muss, traue ich mich mehr*.“ Hier zeigte sich die Wirksamkeit von Empathie und Nicht-Direktivität (Finke, 2023, S. 14–17).

Cluster 3: Coping-Strategien

Die Bewältigungsstrategien unterschieden sich deutlich:

- Klientin A kompensierte durch Leistungsorientierung und soziale Anpassung. Ihr Satz „*Ich will nicht mehr immer die sein, die sich anpasst*“ markierte den Bruch mit diesem Muster.
- Klient B wich in Rückzug und Vermeidung aus, suchte aber im therapeutischen Raum vorsichtige Begegnung: „*Es ist komisch, aber ich kann mich hier mehr aushalten als sonst irgendwo*.“

Diese Unterschiede spiegeln zum Teil die ADHS-Subtypen wider (Krause & Krause, 2025, S. 5–7), zeigen aber zugleich die Notwendigkeit einer individuell erfahrungsbasierten Herangehensweise.

Cluster 4: Selbstbild, Integration und Identität

Beide beschrieben ihr Selbstbild als brüchig und abwertend. Fall A sagte: *„Nach außen merkt das keiner – ich funktioniere. Aber innerlich zerfalle ich.“* Fall B formulierte: *„Ich habe mich in meinem Leben immer nur durchgeschummelt.“*

Im Verlauf wurden erste Integrationsbewegungen sichtbar:

- Fall A konnte kleine Grenzsetzungen wagen (*„Ich darf Nein sagen, ohne dass alles kaputtgeht“*).
- Fall B erlebte im Urlaub mit seiner Schwester Momente von Lebendigkeit (*„Da war ich frei, nicht dauernd gefangen“*).

Diese Schritte stehen für einen Prozess der Selbstaktualisierung (Rogers, 2020, S. 26–27): weg von reinen Defizitzuschreibungen, hin zu einer komplexeren Identität.

Cluster 5: Rolle des Therapeuten

In beiden Prozessen spielte die therapeutische Haltung eine zentrale Rolle. Beide Klient:innen erlebten den Therapeuten nicht als distanzierten Experten, sondern als präsenten Gegenüber. Besonders die Empathie erwies sich in frühen Phasen als entscheidend, während Kongruenz in späteren Phasen eine größere Bedeutung gewann – etwa wenn Irritationen oder Wut offen angesprochen werden konnten.

Die eigene ADHS-Betroffenheit des Therapeuten blieb zunächst implizit spürbar (*„Ich glaube, Sie kennen das irgendwie auch“*) und wurde erst in einem späteren Stadium explizit thematisiert.

Diese geteilte Erfahrung konnte Nähe und Vertrauen fördern, verlangte aber zugleich bewusste Selbstreflexion, um Projektionen und Resonanzen zu halten (Lewis, 2023, S. 214–216).

5 Diskussion

Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit lautete: *Wie erleben erwachsene Klient:innen mit ADHS die personzentrierte Psychotherapie, und welche Aspekte sind dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam?*

Die Ergebnisse der beiden Fallanalysen zeigen, dass nicht die Reduktion einzelner Symptome im Vordergrund stand, sondern Beziehungserleben und Selbstbegegnung als zentrale Wirkfaktoren.

Gerade für ADHS-Betroffene ergibt sich daraus eine besondere Relevanz, da Erfahrungen von Scham, Überforderung und Zurückweisung in einem akzeptierenden Beziehungsrahmen transformiert werden können.

Die personzentrierte Haltung – getragen von Empathie, Kongruenz und bedingungsloser positiver Beachtung – entfaltet für Menschen mit ADHS eine besondere Wirksamkeit. Im Folgenden werden die Ergebnisse im Licht theoretischer Konzepte diskutiert, methodische Herausforderungen reflektiert und Implikationen für Praxis und Forschung abgeleitet.

5.1 Einordnung der Ergebnisse im Licht der Theorie

Die Fallanalysen verdeutlichen, dass ADHS-spezifische Schwierigkeiten – etwa Defizite in Organisation, Emotionsregulation und Selbststeuerung – in engem Zusammenhang mit Beziehungserfahrungen und Selbstkonzepten stehen. Brown (2018) beschreibt ADHS primär als Störung der Exekutivfunktionen, die Schwierigkeiten in Planung, Impulskontrolle und Aufmerksamkeit umfasst (S. 33–37). In beiden Fällen waren diese Muster erkennbar: bei Klientin A in Form von Strukturproblemen und Überanpassung, bei Klient B in Form von Rückzug und Handlungsblockaden.

Im Vergleich zu anderen Störungsbildern (z. B. Depression oder Angststörungen) zeigte sich bei ADHS eine besondere Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz: Resonanz wurde gesucht und zugleich gefürchtet. Diese Spannung prägte die therapeutische Beziehung wesentlich.

Die Cluster aus der Querschnittsanalyse lassen sich hier theoretisch verorten:

- **Chaos und Instabilität:** Klientin A sprach von einem „*inneren Chaos*“, Klient B von einem „*kontrollverlustartigen Absturz*“. Diese Originalaussagen illustrieren, dass Affektregulation nicht über kognitive Kontrolle erreichbar war, sondern nur über ein haltendes Beziehungserleben (vgl. Finke, 2023, S. 14–17).
- **Anpassung und Rückzug:** Während A zur „*Meisterin der Anpassung*“ wurde, wich B in Rückzug und Vermeidung aus. Beide Strategien dienten der Selbstregulation, führten jedoch zu Selbstverlust. Rogers' Konzept der Selbstaktualisierung (2020, S. 26–27) hilft zu verstehen, wie neue Selbstbegegnung entstehen konnte.
- **Angenommensein:** Beide beschrieben Entlastung, wenn sie sich ohne Leistungsanspruch zeigen konnten: „*Ich will nicht mehr immer die sein, die sich anpasst*“ (A), „*Wenn ich weiß, dass ich nicht muss, traue ich mich mehr*“ (B). Dies bestätigt die zentrale Bedeutung der bedingungsfreien positiven Beachtung (Rogers, 2020, S. 41).
- **Selbstermächtigung und Integration:** Erste Grenzsetzungen („Ich darf Nein sagen...“) oder das Ansprechen von Irritationen („Ich hatte das Gefühl, Sie haben mich gedrängt“) markieren kleine, aber wirksame Schritte. Diese Prozesse stützen Lux' (2007, S. 157–162) Annahme, dass neuropsychologische Muster nur in Verbindung mit Beziehungserfahrungen zu verstehen sind.

Die Ergebnisse relativieren damit einen rein defizitorientierten Blick: Symptome erscheinen nicht nur als Ausdruck neuronaler Dysfunktionen, sondern als Resonanz auf belastende Interaktionsmuster. Die personenzentrierte Haltung erweist sich als wirksames Korrektiv – nicht Technik, sondern Beziehung ermöglicht Veränderung (Rogers, 2020, S. 46–49).

5.2 Methodenkritische Reflexion

Die qualitative Einzelfallforschung ermöglicht es, bislang wenig erforschte Phänomene zu beleuchten, bringt jedoch Grenzen mit sich.

Begrenzte Fallzahl: Mit zwei Fällen können keine generalisierbaren Aussagen getroffen werden. Ihr Wert liegt in Hypothesengenerierung und dichten Beschreibungen individueller Prozesse (Mayring, 2015, S. 17–25).

Datenbasis: Die Analyse stützt sich auf Prozessnotizen, Reflexionen und Erinnerungen. Nähe zum Material erhöht Authentizität, birgt aber das Risiko selektiver Wahrnehmung. Besonders im Fall A resonierte ihr Aktionismus stark mit meinen eigenen Erfahrungen. Erst in der Supervision wurde mir bewusst, wie sehr diese Resonanz meine Wahrnehmung prägte.

Subjektivität: Wie Finlay (2002, S. 215–218) betont, ist Subjektivität nicht nur Verzerrung, sondern auch Ressource. Forschungstagebuch, Supervision und theoriegeleitete Reflexion halfen, Resonanzen bewusst zu halten und fruchtbar zu machen.

Retrospektives Arbeiten: Trotz sorgfältiger Anonymisierung bleibt retrospektives Arbeiten ethisch sensibel. Es erforderte Zurückhaltung, um die Grenze zwischen Analyse und Exponierung nicht zu überschreiten.

Thematic Analysis: Das Verfahren nach Braun & Clarke (2022) bot Flexibilität, erforderte jedoch Achtsamkeit, theoretische Konzepte nicht vorschnell in die Analyse einfließen zu lassen.

5.3 Bedeutung der subjektiven Betroffenheit für den Forschungsprozess

Eine Besonderheit dieser Arbeit liegt in der doppelten Rolle des Autors als forschende Person und selbst von ADHS betroffener Therapeut.

Ressource: Die eigene Betroffenheit ermöglichte ein hohes Maß an Empathie. Als Klientin A von ihrem „*inneren Chaos*“ sprach, konnte ich diese Erfahrung unmittelbar nachempfinden und feine Unterschiede zwischen Überforderung und kreativer Energie wahrnehmen. Diese Resonanz bereicherte die Analyse.

Risiko: Bei Klient B identifizierte ich mich stark mit seiner Selbstabwertung. Diese Nähe drohte meine Wahrnehmung zu verengen.

Umgang: Forschungstagebuch, Supervision und Reflexion halfen, Resonanzen bewusst zu halten. So konnte Subjektivität methodisch strukturiert und als Erkenntnisquelle genutzt werden – ohne das Material zu vereinnahmen.

Damit wurde die eigene Betroffenheit nicht zum Störfaktor, sondern zur Ressource für Verstehen und Differenzierung.

5.4 Relevanz für die psychotherapeutische Praxis

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass wirksame Begleitung von Erwachsenen mit ADHS weniger in spezifischen Techniken liegt, sondern in der Gestaltung tragfähiger Beziehungen.

Fall A: *„Ich glaube, ich muss hier nichts beweisen“* – die Entlastung vom Leistungsmodus öffnete den Raum für Selbstkontakt.

Fall B: Schweigen und Zögern wurden nicht als Defizite bewertet, sondern als Ausdruck von Schutz verstanden. Dadurch wurde vorsichtige Selbstmitteilung möglich.

Für die Praxis ergeben sich mehrere zentrale Punkte:

Empathie bedeutet, fragmentiertes Erleben ernst zu nehmen und auszuhalten.

Kongruenz gewinnt in späteren Phasen an Bedeutung, wenn auch Irritationen und Wut Platz finden dürfen.

Positive Beachtung wirkt als Gegengewicht zu chronischen Erfahrungen von Abwertung und Scham.

Empathie stabilisiert v. a. in frühen Phasen, bedingungsfreie positive Beachtung trägt durch den gesamten Prozess, und Kongruenz gewinnt in späteren Phasen an Bedeutung, wenn Irritationen und Wut beziehungsfähig werden.

Damit entsteht ein Rahmen, in dem Affekte nicht vorschnell reguliert, sondern zunächst aufgenommen werden. Aus dieser Haltung heraus können Prozesse der Selbstregulation entstehen – ein Befund, der in beiden Fällen sichtbar war.

Die personenzentrierte Haltung darf jedoch nicht als „schnelle Lösung“ missverstanden werden. Ihre Stärke liegt in der Geduld, Ambivalenz, Abbruchrisiken und Impulsdurchbrüche mitzuhalten. Veränderung entsteht nicht durch Anpassung, sondern durch die Rückbindung an das eigene Selbst.

6 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit hat sich der Frage gewidmet: *Wie erleben erwachsene Klient:innen mit ADHS die personenzentrierte Psychotherapie, und welche Aspekte sind dabei spezifisch für dieses Störungsbild wirksam?*

Im Zentrum stand dabei nicht die Wirksamkeit im Sinne quantitativer Outcome-Forschung, sondern das subjektive Erleben: Was geschieht, wenn Menschen, deren Alltag oft von Desorganisation, Scham, Beziehungskonflikten und innerem Chaos geprägt ist, auf eine therapeutische Haltung treffen, die urteilsfrei, empathisch und beziehungsorientiert ist?

Die beiden analysierten Fallverläufe zeigen, dass personenzentrierte Psychotherapie – trotz oder gerade wegen ihres offenen, nicht-direktiven Charakters – einen fruchtbaren Boden für Veränderung bietet. Nicht strukturierte Manuale oder spektakuläre Interventionen, sondern das konsequente Ernstnehmen des subjektiven Erlebens erwiesen sich als wirksam.

Die Klient:innen fühlten sich in ihren Ambivalenzen gesehen, mussten sich nicht verstellen oder anpassen – und konnten dadurch neue Erfahrungen mit sich selbst machen.

Klientin A formulierte: *„Ich will nicht mehr immer die sein, die sich anpasst.“* Solche Aussagen verdeutlichen, wie entlastend es war, in der therapeutischen Beziehung Echtheit und Widersprüchlichkeit ausdrücken zu dürfen.

6.1 Zentrale Erkenntnisse

Wie bereits dargestellt (vgl. S. 35), lassen sich die Ergebnisse in vier Cluster bündeln, die zugleich ADHS-spezifische Wirkfaktoren der personenzentrierten Psychotherapie sichtbar machen. Im Fazit wird deutlich, dass die Klient:innen vor allem in den Spannungsfeldern von Chaos und Instabilität, Anpassung und Rückzug, Angenommensein in Beziehung sowie Selbstermächtigung und Integration zentrale Erfahrungen machten.

Diese Erfahrungen zeigen: Entscheidend war nicht die kognitive Kontrolle der Symptome, sondern die Möglichkeit, überwältigende Zustände im sicheren Raum überhaupt zuzulassen. Anpassung und Rückzug zeigten sich als Selbstschutzstrategien, die im Rahmen der Beziehung in ihrem Sinn verstanden und behutsam in neue Erfahrungen verwandelt werden konnten. Besonders bedeutsam war das Erleben, ohne Leistungsanspruch angenommen zu sein – eine korrigierende Erfahrung, die Selbstvertrauen und neue Identität förderte.

Schließlich markierten kleine Schritte der Selbstermächtigung – ein „Nein“, das Zulassen von Wut oder das Ansprechen von Irritationen – bedeutsame Bewegungen hin zu Selbstannahme und Integration. Damit wird sichtbar, dass Empathie, Kongruenz und bedingungsfreie positive Beachtung bei ADHS-Betroffenen eine besonders heilsame Wirkung entfalten, indem sie nicht Technik, sondern Beziehung selbst zur Grundlage von Veränderung machen.

6.2 Praxisrelevanz

Für die psychotherapeutische Praxis ergeben sich mehrere Einsichten:

- Empathie bedeutet, fragmentiertes Erleben nicht vorschnell zu strukturieren, sondern ernst zu nehmen und mitzuhalten. Gerade das Aushalten von „Chaos“ kann schon Veränderung anstoßen.
- Kongruenz gewinnt im Verlauf an Bedeutung: In frühen Phasen wirkt behutsames Zurückmelden stabilisierend, in späteren Phasen ermöglicht die eigene Echtheit (z. B. Irritation zu benennen) neue Beziehungsqualität.
- Bedingungsfreie positive Beachtung wirkt als Gegengewicht zu chronischen Erfahrungen von Abwertung. Besonders bei ADHS, wo Scham und das Gefühl des „Nicht-Richtigseins“ dominieren, entfaltet diese Haltung entlastende und korrigierende Kraft.

Von den klassischen Variablen der personzentrierten Haltung erweist sich Empathie als das zentrale Wirkmerkmal in der Begleitung von ADHS-Betroffenen.

Sie stabilisiert besonders in frühen Phasen, indem sie fragmentiertes Erleben ernst nimmt und das innere Chaos aushält. Bedingungsfreie positive Beachtung wirkt durchgängig als Gegengewicht zu Scham und Abwertung, während Kongruenz vor allem in späteren Phasen an Bedeutung gewinnt, wenn Irritationen, Wut oder Abgrenzung beziehungsfähig werden.

Im Vergleich zu anderen Störungsbildern zeigt sich: Während in der Depression die Reduktion von Symptomlast und die Förderung von Aktivität stärker im Vordergrund stehen, oder bei Borderline das ständige Ringen um Nähe und Distanz in Beziehungen zentral ist, liegt bei ADHS die Wirksamkeit besonders in der Beziehungsdimension. Hier sind es Ambivalenz, Instabilität und Scham, die den Zugang zu sich selbst häufig blockieren. Im personzentrierten Rahmen wird Beziehung dadurch nicht nur zum Kontext, sondern selbst zum entscheidenden Wirkfaktor – weil sie Halt bietet, Chaos mitträgt und neue Selbst- und Beziehungserfahrungen ermöglicht.

Therapeut:innen brauchen dafür weniger spezielle Techniken oder Manuale, sondern vor allem die Fähigkeit, geduldig, präsent und wertschätzend zu begleiten. Das bedeutet, Ambivalenzen nicht vorschnell aufzulösen, sondern auszuhalten; Brüche und Abbruchsrisiken nicht als Scheitern, sondern als Teil des Prozesses zu verstehen; und Stillstände als Ausdruck von Selbstschutz ernst zu nehmen. Gerade in der Arbeit mit ADHS-Betroffenen kann eine solche Haltung entscheidend sein – weil sie einen Erfahrungsraum eröffnet, in dem Selbstwahrnehmung, Selbstannahme und Selbstwirksamkeit wachsen können.

6.3 Ausblick auf Forschung und Praxis

Für die weitere Forschung ergeben sich mehrere Anschlussfragen: Wie erleben Klient:innen mit ADHS andere therapeutische Ansätze im Vergleich zur personenzentrierten Therapie? Wie lassen sich personenzentrierte Haltungen mit störungsspezifischem Wissen verbinden, ohne in Technikorientierung zu verfallen? Und welche Rolle spielen neurodiverse Therapeut:innen in der Entwicklung künftiger Therapiekonzepte?

Für die Praxis ergibt sich die Notwendigkeit, Räume zu schaffen, in denen Vielfalt des Erlebens nicht nur toleriert, sondern als Ressource verstanden wird.

Menschen mit ADHS brauchen weniger „Anpassungstrainings“, sondern vielmehr Beziehungen, in denen sie sich zeigen dürfen – in ihrer Lebendigkeit, Zerrissenheit, Kreativität und Verletzlichkeit. Therapeut:innen wiederum brauchen ein Gespür für strukturelle Herausforderungen, aber auch die Demut, nicht alles „lösen“ zu müssen. Manchmal ist es schon heilsam, gemeinsam auszuhalten, was ist.

6.4 Persönlicher Abschluss und Dank

Diese Arbeit ist nicht nur das Ergebnis eines akademischen Prozesses, sondern auch einer persönlichen Reise. Die Auseinandersetzung mit ADHS – wissenschaftlich, therapeutisch und autobiografisch – war für mich ein Weg der Klärung, des Verstehens und der Versöhnung. Ich habe mich selbst besser kennengelernt, meine therapeutische Haltung vertieft und erkannt, wie sehr Forschung Ausdruck innerer Bewegung sein kann.

Mein besonderer Dank gilt meinen Klient:innen – für ihr Vertrauen, ihre Offenheit und ihre Bereitschaft, sich auf diesen gemeinsamen Weg einzulassen. Auch wenn ihre Geschichten hier anonymisiert wurden, bleibt ihre Bedeutung für mich lebendig.

Ich danke meiner Familie und meinen Freund:innen, die mich gestützt haben – insbesondere in Momenten, in denen Struktur fehlte oder Selbstzweifel dominierten. Mein großer Dank gilt meinen Praxeolog:innen sowie Lehrtherapeut:innen, Supervisor:innen und Kolleg:innen – für Inspiration, kritische Rückmeldungen und das Teilen eines Weges, der nie gerade, aber immer lebendig war.

Abschließend danke ich besonders **Birgit Oberdorfer, MSc** – für ihre kluge Begleitung, ihre ermutigende Art und ihr Vertrauen in meine Form des Denkens und Fühlens beim Verfassen dieser Arbeit.

7 Literaturverzeichnis

- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Brown, T. E. (2018). *ADHS bei Kindern und Erwachsenen: Eine neue Sichtweise*. Hogrefe.
- Donau-Universität Krems (2015). *Anonymisierungsstrategien bei Verlaufsvignetten* (interne Handreichung, Stand: 01.09.2015). Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Krems.
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209–230. https://www.researchgate.net/publication/249730950_Negotiating_the_Swamp_The_Opportunity_and_Challenge_of_Reflexivity_in_Research_Practice/link/554f6aa408ae93634ec86995/download
- Finke, P. (2019). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechnik*. Reinhardt.
- Finke, P. (2023). *Das Netzwerk der Gefühle: Personzentrierte Emotionspsychologie in Psychotherapie und Beratung*. Reinhardt.
- Gawrilow, C. (2009). *ADHS*. UTB.
- Krause, J., & Krause, K.-H. (2025). *ADHS im Erwachsenenalter: Symptome, Differentialdiagnose, Therapie* (4. Auflage). Schattauer.
- Kriz, J. (2007). *Gesprächspsychotherapie: Ein Lehrbuch für die Praxis*. Facultas.
- Lewis, M. (2023). An exploration of the ways in which person-centered counselors' diagnoses of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) can challenge or support their practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 23(2), 137–152. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14779757.2023.2297384>
- Lux, M. (2007). *Der personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. Reinhardt.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Auflage). Beltz.
- Rogers, C. R. (2020). *Eine Theorie der Psychotherapie* (3. Auflage). Reinhardt.