

Inhalt

- Prävalenz und Entwicklung der Prävalenz
- Vererbung und Neurobiologie
- Von den neurobiologischen Veränderungen zu den Symptomen
- Bedeutung für den familiären Kontext
- Therapeutische Ansätze
- Fazit



Prävalenz ADHS

- Prävalenz Kindesalter: ca. **5% - 12%** (*Polyzoi et al., 2018; Polanczyk et al., 2014*)
- Persistenz: (*Barkley, 1997; Wilens, 2006*)
 - 80% bei Adoleszenten, 60% bei Erwachsenen
- Prävalenz Erwachsene:
 - Weltweit ca. **2.5%** (*Simon et al., 2009*)
 - Schweden **3.5** (*Polyzoi et al., 2018*)
 - Schweiz **4.0%** (*Estévez et al., 2014; Rekruten; N>5650*)
 - Deutschland 3.1% (*Fayyad et al., 2007*) **4.7%** (*DeZwaan et al., 2011*)
 - USA **4%** (*Kessler et al., 2006*)
 - Niederlande 1.0-**2.5%** (*Kooij et al., 2005*)
 - Im Alter abnehmend: >55 Jahre **1-2.8%** (*Torgersen et al., 2016*)
- **60-70% komorbide Störungen** (*Wilens et al., 2002; Biederman et al., 2004; Fallgatter et al., 2009; Pineiro-Dieguez et al., 2014*)
 - Achse-I-Störungen + ADHS: 46% (National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (*Kessler et al., 2005; 2006*))



Entwicklung Prävalenz Schweden *(Polyzoi et al., 2018)*

Table 2 Estimated prevalence^a of diagnosed ADHD in adults, and characteristics of adult patients with an ADHD diagnosis, 2006–2011

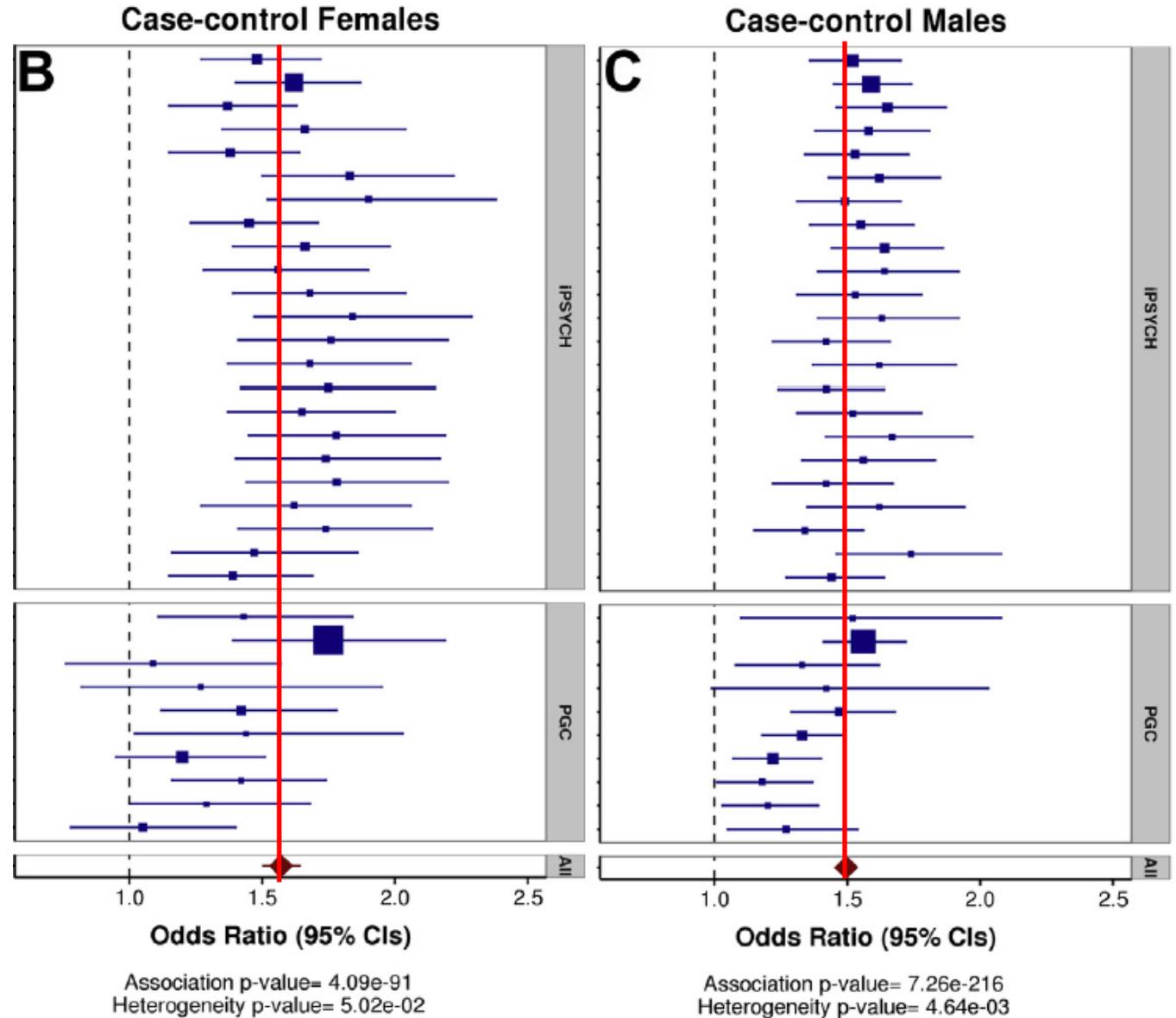
	2006 (n=4,149)	2007 (n=6,888)	2008 (n=11,085)	2009 (n=15,414)	2010 (n=21,389)	2011 (n=26,820)
Age in years, mean (SD); median	30.8 (10.8); 29.0	31.1 (10.8); 29.0	31.5 (11.0); 29.0	31.5 (11.1); 29.0	31.9 (12.2); 29.0	31.7 (11.6); 29.0
Sex, n (%)						
Male	2,592 (62.5)	4,208 (61.1)	6,529 (58.9)	8,903 (57.8)	12,015 (56.2)	14,808 (55.2)
Female	1,557 (37.5)	2,680 (38.9)	4,556 (41.1)	6,511 (42.2)	9,374 (43.8)	12,012 (44.8)
Age group, n (%)						
18–21 years	1,109 (26.7)	1,738 (25.2)	2,690 (24.3)	3,797 (24.6)	5,380 (25.2)	6,678 (24.9)
22–64 years	3,026 (72.9)	5,131 (74.5)	8,361 (75.4)	11,572 (75.1)	15,745 (73.6)	20,000 (74.6)
≥65 years	14 (0.3)	19 (0.3)	34 (0.3)	45 (0.3)	264 (1.2)	142 (0.5)
Estimated prevalence per 1,000 persons, by age group	0.58	0.95	1.51	2.07	2.85	3.54
18–21 years	2.42	3.65	5.40	7.33	10.20	12.67
22–64 years	0.59	0.99	1.61	2.22	3.01	3.81
≥65 years	0.01	0.01	0.02	0.03	0.15	0.08

Notes: ^aSwedish population from November 2006–2011: Total, 2006: 7,190,792; 2007: 7,261,025; 2008: 7,342,036; 2009: 7,429,061; 2010: 7,507,516; 2011: 7,574,814; age 18–21 years, 2006: 457,478; 2007: 475,707; 2008: 497,843; 2009: 517,732; 2010: 527,248; 2011: 527,133; age 22–64 years, 2006: 5,138,439; 2007: 5,163,520; 2008: 5,185,548; 2009: 5,207,670; 2010: 5,229,188; 2011: 5,249,647; age ≥65 years, 2006: 1,594,875; 2007: 1,621,798; 2008: 1,658,645; 2009: 1,703,659; 2010: 1,751,080; 2011: 1,798,034.³³

Abbreviation: ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder.

Familiäre Komponente bei ADHS

(Martin et al., 2017)



Anders-Sein bei ADHS: Steuerungsfunktionen des Gehirns

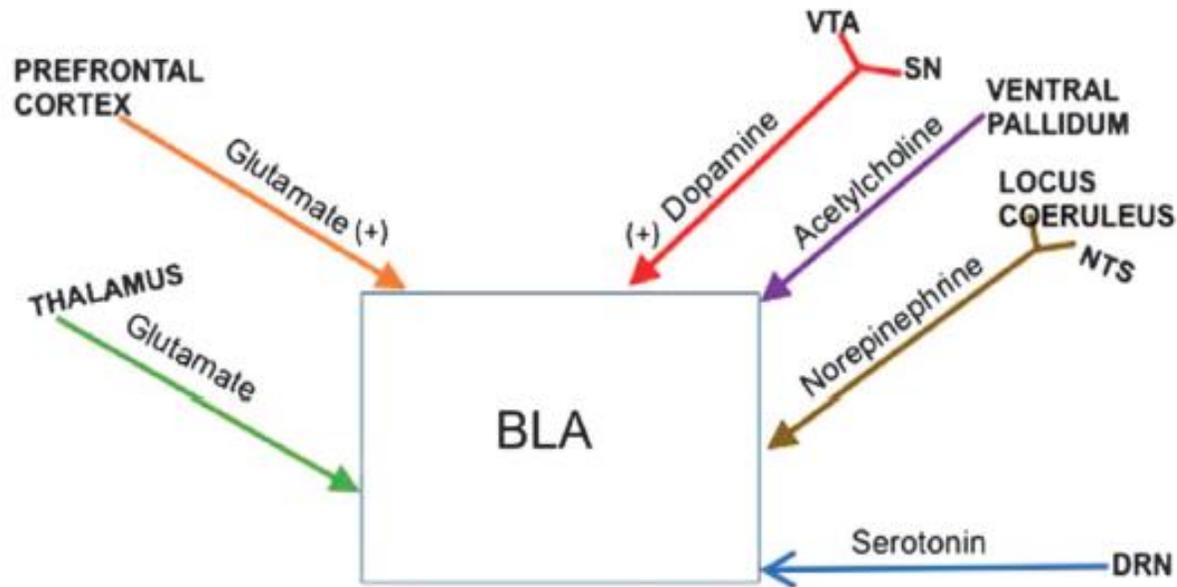


Figure 1. Schematic representation of neural projections from multiple brain regions to basolateral amygdala (BLA). The primary neurotransmitters are identified. DRN, dorsal raphe nucleus; NTS, nucleus tractus solitarius; SN, substantia nigra; VTA, ventral tegmental area. *Sharp, 2017*

Grosshirn

Top down

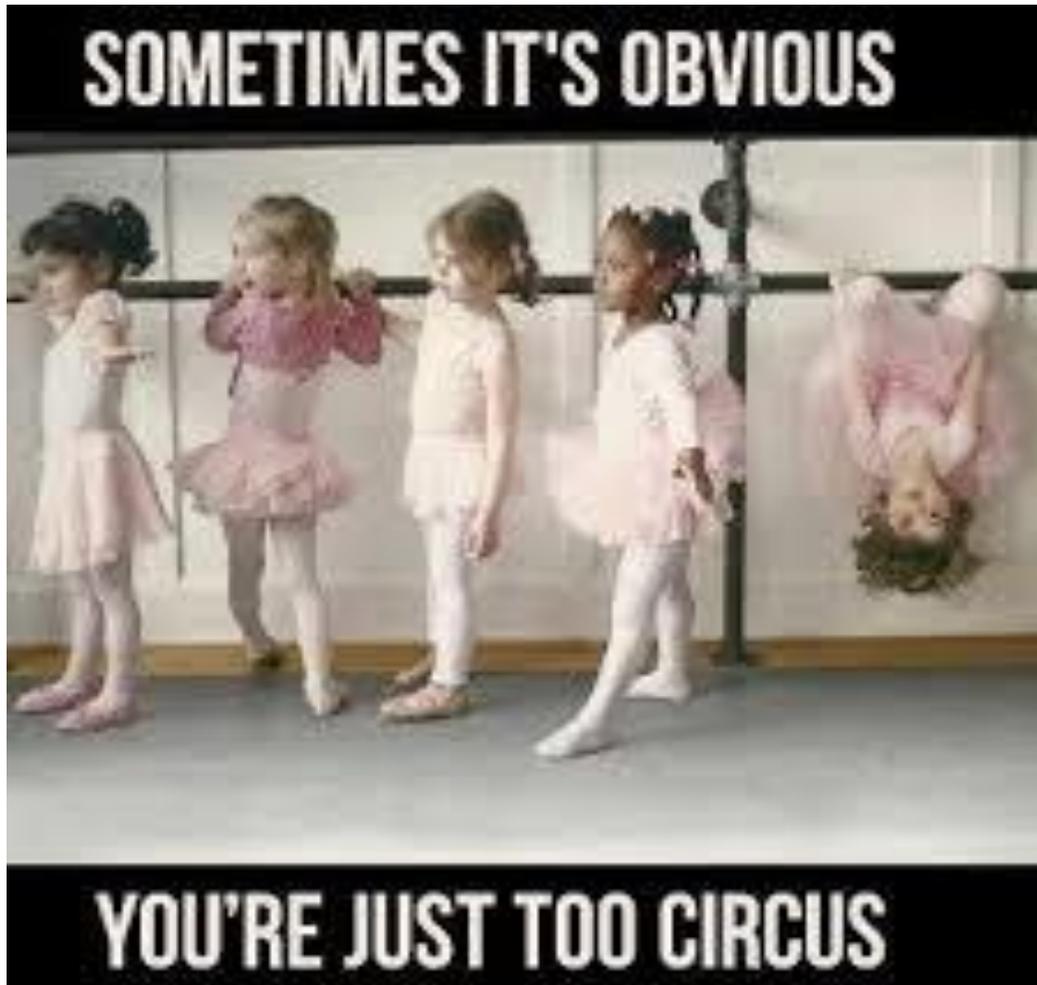
Denken steuert
Emotionen

Bottom up

Emotionen
steuern Denken

Amygdala

Anders-Sein bei ADHS: Steuerungsfunktionen des Gehirns



Grosshirn

Top down

Denken steuert
Emotionen

Bottom up

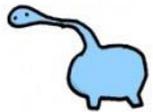
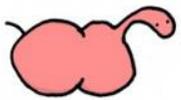
Emotionen
steuern Denken

Amygdala

Neurobiologie bei ADHS



SEROTONIN & DOPAMINE



Technically, the only two things
you enjoy

Thalamus

Filterfunktion

Reize
Impulse

Grosshirn

Top down
Denken steuert
Emotionen

Bottom up
Emotionen
steuern Denken

Amygdala

So-Sein: Symptome des «geschwächten» Thalamus

- **Reizoffenheit, Ablenkbarkeit**

- Sinneswahrnehmungen
- Gedankenkreisen

- **Reizüberflutung**

- Tagesmüdigkeit
- «Gefühls-/Denk-chaos»

Thalamus

- **Gereiztheit** bei Abweichungen von
Routinen, Erwartungen

- Alles ist **gleich wichtig**, Vieles
gleichzeitig, zu viele **Details**,
langsam bei Alltagsaufgaben



Thalamus bei ADHS: Mangelnde Reizfilterung

Bedeutung in Familien

- **ADHS-Betroffene können nicht bei einer Sache bleiben, sind ständig abgelenkt**
 - Machen ihre Aufgaben nicht oder langsam, haben eine «**lange Leitung**», Arbeiten und Aufgaben werden angefangen und nicht zu Ende gebracht
 - Müssen immer wieder fokussiert, zurechtgewiesen werden, weil sie durch Geräusche, vorbeiziehende Personen oder Gedanken **abgelenkt sind**
 - Sind abwesend in «**Tagträumereien**» und stehen z.B. fürs Spielen nicht zur Verfügung, weil sie «abwesend» sind
 - Benötigen viel Aufmerksamkeit, Geduld und **Struktur** von den Bezugspersonen (von aussen)
 - **Fangen tausend Dinge an**, vergessen dann, was sie gemacht haben und lassen alles da liegen, wo sie gerade sind
 - Sind **vergesslich**, vergessen auf dem Weg von A nach B, was sie in der Hand hatten oder tun wollten
 - Sind **schnell gelangweilt**, weil sie schon wieder neue, spannende(re) Dinge im Kopf haben

**"Ich habe ADHS,
aber ich glaube
nicht, dass sich das
negativ auf meine
Aufmerksamkeit ...
Ooooh, sieh mal da
hinten! Ein Hase!"
;-D**

«Reizoffenheit» und Familie

- **ADHS-Betroffene sind immer wieder von Reizen überflutet**
 - **Tagesmüdigkeit** als Ausdruck von Reizüberflutung
 - Man kann sich nicht auf die ADHS-Betroffenen «verlassen»: Sie sagen etwas zu, können es nicht einhalten, da ihre Energie nicht mehr ausreicht
 - **Ziehen sich plötzlich zurück**, stehen dann nicht mehr zur Verfügung, können **Pläne nicht einhalten**
 - **Niedrige Frustrationstoleranz**, da in der Regel hohes Stressniveau, sind «**umstellerschwert**»
- **ADHS-Betroffene reagieren impulsiv**
 - **Reden dazwischen**, sind besonders **laut** beim Reden, haben ein schnelles Redetempo: Was gesagt ist, kann als «erledigt» abgelegt werden, ansonsten Sorge, dass es vergessen wird
 - ADHS-Betroffene haben eine stete **innere Unruhe**, sie schreien, springen herum, geben ungefragt ihre Kommentare ab und sind «**peinlich**»
 - ADHS-Betroffene sind plötzlich weg, laufen irgendwo hin, wo es sie hinzieht, sind **unberechenbar**



© S1photography/ Thinkstock

«Stärkung» des Thalamus: Therapeutische Ansätze

→ «**dickere Haut**», «**emotionales Goretex**»

→ Weniger Gedankenkreise (innere Reize), Wahrnehmung äusserer Impulse

→ Weniger innere Unruhe

- **Lernen, Impulse zu stoppen/steuern**

→ «mal eben etwas tun, nicht zu tun»

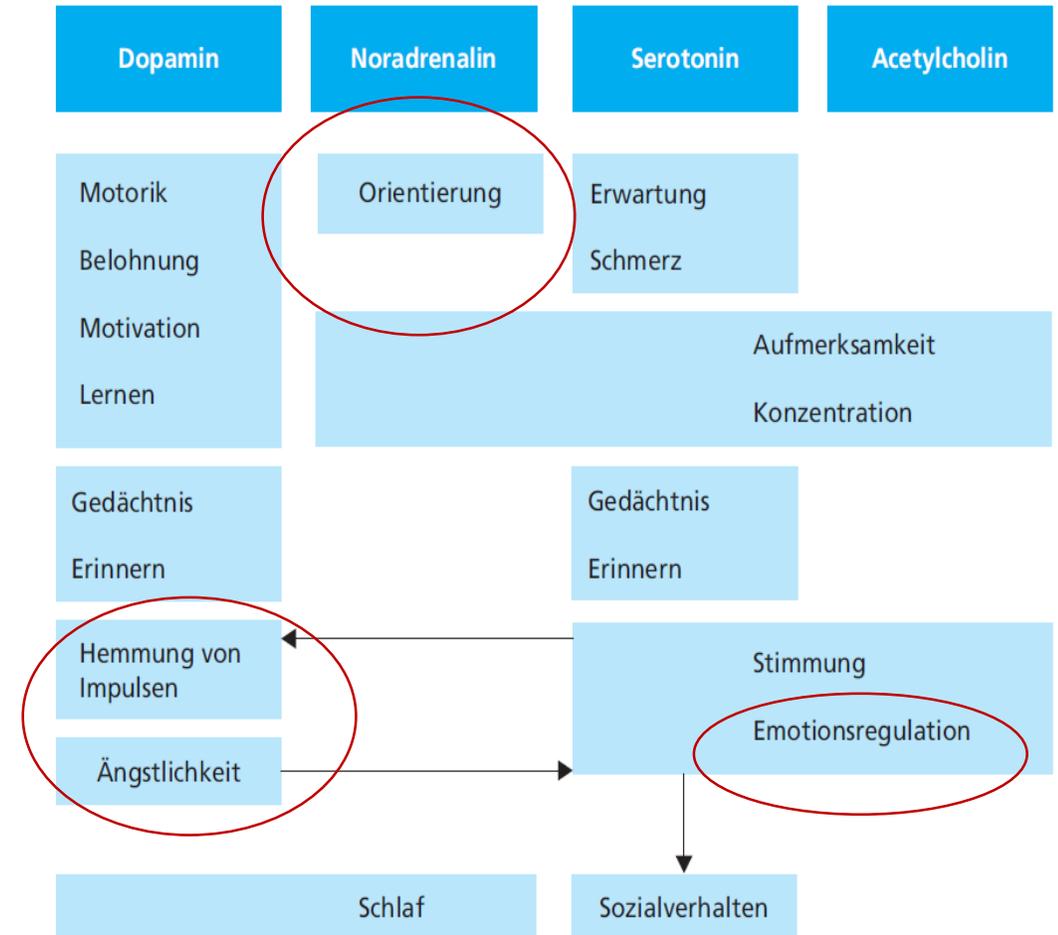


Abb. 5.3: Botenstoffe und deren Funktionsbereiche im Zusammenhang mit ADHS-Symptomen (Pfeile symbolisieren jeweils sekundäre Auswirkungen auf Symptome)

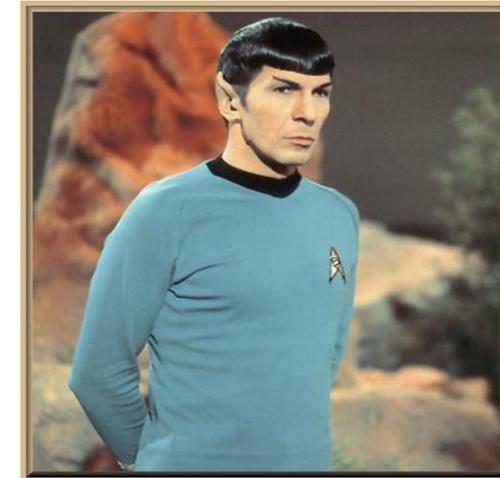
So-Sein: Symptome des «geschwächten» Präfrontalen Cortex (PFC) (s. Hiser et al., 2018)

- **Mangelnde Steuerung von belohnungs- und werteassoziierten Entscheidungsprozessen**
 - sich nicht entscheiden können
 - Rasche Begeisterung für Aufgaben, Personen, etc.
 - mangelnder Aufschub von Belohnungen (Jetzt und sofort besser als später und irgendwann oder nie....)
- **Mangelnde Regulation von negativen Emotionen** (Gehricke et al., 2015)
 - Überflutung von Emotionen, «Kopf ist leer»
 - «Anfälligkeit für neg. Emotionen → «Fähnchen im Winde»

Grosshirn

Top down

Denken steuert
Emotionen



Amygdala

«Stärkung» des PFC: Therapeutische Ansätze

→ «Distanzierung» (**Metaposition**) zu Gefühlen und Wahrnehmungen

→ **Belohnungen** können besser **aufgeschoben** werden

→ Weniger Gedanken «drängen» sich auf

- **Kognitive Bewertung fördern**

→ bewusste Distanzierung zu Emotionen und Gedanken (**Metaposition**) → **Bewertung**, was im Augenblick wichtig ist und was nicht → über **Konsequenzen** des Verhaltens nachdenken → **Entscheiden**, welches das beste Verhalten ist

→ **Disziplin** einüben als Belohnungsvariante

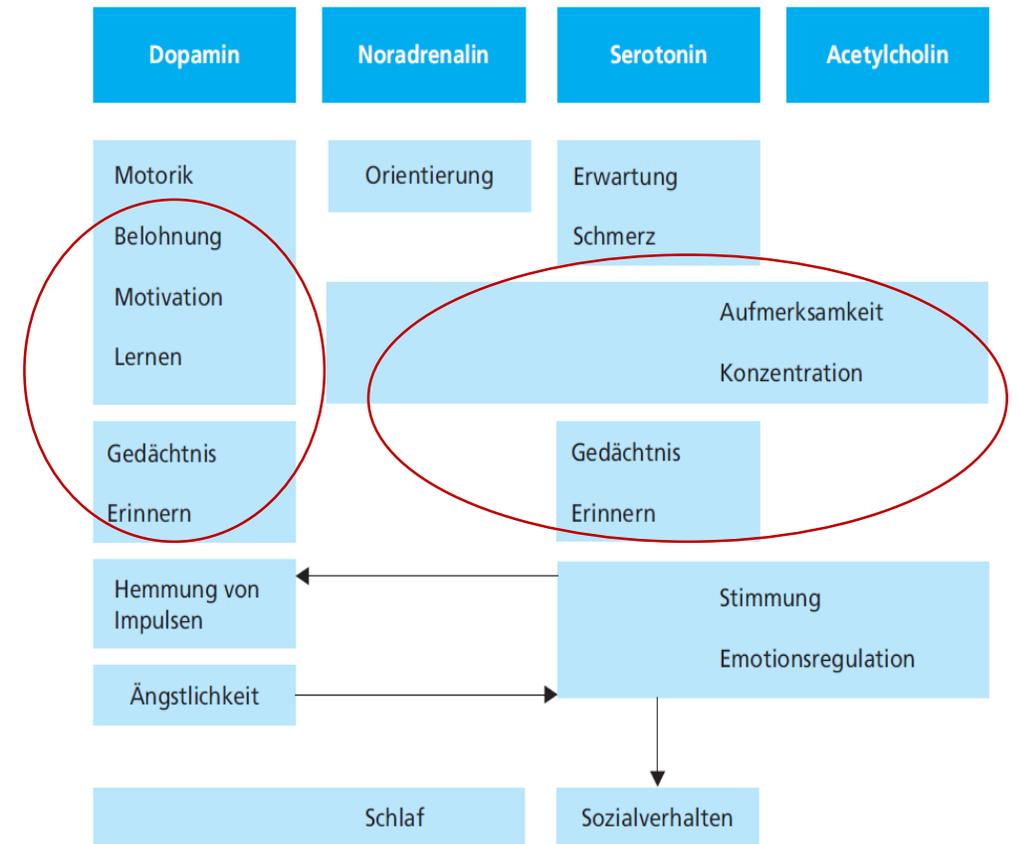


Abb. 5.3: Botenstoffe und deren Funktionsbereiche im Zusammenhang mit ADHS-Symptomen (Pfeile symbolisieren jeweils sekundäre Auswirkungen auf Symptome)

So-Sein: Kein zuverlässiger Zugriff auf PFC (s. Hiser et al., 2018)



• Beeinträchtigte Steuerung sozialer Interaktionen

- Mangelnde Interpretation von Gesichtsmimik, Wiedererkennung
- Prozessierung von bedeutsamen Informationen bezügl. der eigenen Person
- «Theorie-of-mind» Fähigkeit → Selbstbezogenheit

• Mangelnder «Abgleich» mit Gedächtnisinhalten

- «Blackout», kein Zugriff auf Gelerntes, Informationen können nicht «geordnet» werden
- Probleme, Neues zu lernen, Festhalten an Routinen

Grosshirn



Top down

Denken steuert
Emotionen



Amygdala

Theory of Mind

- Teil der **selektiven Aufmerksamkeit** → **Bewusstseinsvorgänge in anderen Personen erkennen und auf die eigene Person anwenden**
 - Affektive Theory of Mind: Emotionen anderer erkennen
 - Kognitive Theorie of Mind: Bewertung der Absichten anderer
 - Voraussetzung für Metakognition/Metapositionen = Kognitionen/Emotionen werden selbst zum Gegenstand der Reflexion
- Voraussetzung: Ein mentales Konzept muss vorliegen
 - 1. Jj: Reaktion auf soziale Signale, z.B. Lächeln, Orientierung an Affekten von Bezugspersonen
 - 3. Lj: Erkennen der **emotionalen Verfassung (emotional state) von anderen**, Unterscheidung von belebten und unbelebten inneren Zuständen, Handlungsentscheidungen werden als von Wünschen und Absichten abhängig verstanden, Vorhersage von Handlungen, wenn man Wünsche und Absichten von Personen kennt
 - 4./5. Lj: Unterscheidung von Ich und anderen ermöglicht Einnehmen der sozialen Perspektive des anderen, **Verstehen, dass Handlungen auch von Überzeugungen geleitet werden** → Unterscheidung von Schein und Wirklichkeit
- «False-Belief» Test (Maxi versteckt die Schokolade in Box 1, die Mutter legt sie in Box 2. Wo sucht Maxi, wenn er wiederkommt?)
- «Reading the Mind in the Eyes» Test (25 Augenpartien werden gezeigt, Proband soll die Emotionen zuordnen → Testung der affektiven ToM, nicht der kognitiven ToM)



«Geschwächter» PFC und Familie

- **ADHS-Betroffene können bei erhöhtem Stressniveau nicht auf ihre Gedächtnisinhalte zugreifen**
 - Brauchen Strukturen und Routinen, die sie emotional nicht «fordern»
 - Benötigen zum Lernen und Abspeichern von Informationen die Energie von positiven Emotionen → erst etwas angenehmes tun, dies dann stoppen und mit der Energie Pflichten/Aufgaben erfüllen
 - Benötigen zum Lernen die positive Zuwendung (Lob, Anerkennung, Respekt, Wertschätzung, etc.) wichtiger Bezugspersonen
 - Können besser lernen/sich besser konzentrieren, wenn sie Stresslevel über motorische Aktivitäten (hüpfen, wippen, mit den Fingern/Händen spielen, etc.) reduzieren
- **Hohe Belohnungs- und Werteassoziation**
 - ADHS-Betroffene «kämpfen» für ihre Werte, wie «ehrlich sein», «fair sein» und leiden darunter, wenn diese Werte aus ihrer Perspektive «verletzt» werden → eingeschränktes «strategisches» oder «konventionelles» Vorgehen
 - Neigen immer wieder zu Aktivitäten/Aktionen mit schneller Belohnungsassoziation, z.B. impulshaftem Essen, Kaufrausch, Beziehungen eingehen und beenden, etc. → Handeln ohne über Konsequenzen hinreichend nachzudenken

PFC «stärken»

- **ADHS-Betroffene kreisen um sich selbst → «Selbstbezogenheit»**
 - ADHS-Betroffene bleiben in ihrer «eigenen Welt», haben Mühe, die Perspektive des anderen einzunehmen → Selbstvorwürfe, **Ängste**, Misserfolg
 - **Kommunikationstraining** mit Reflexion von **Selbst- und Fremdwahrnehmung**
 - **Signale beim Anderen** wahrnehmen und interpretieren
 - **Signale bei sich selbst** wahrnehmen und steuern (Feedbacktraining, Skalierungstechniken → **«Feintuning»**)

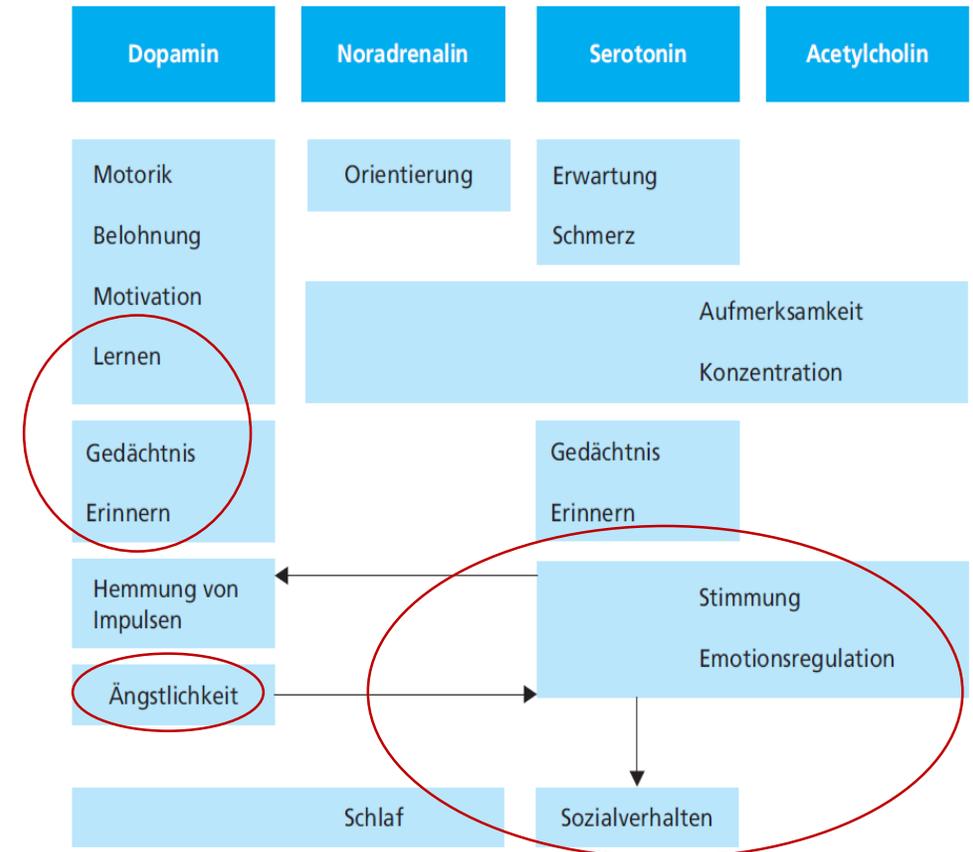


Abb. 5.3: Botenstoffe und deren Funktionsbereiche im Zusammenhang mit ADHS-Symptomen (Pfeile symbolisieren jeweils sekundäre Auswirkungen auf Symptome)

So-Sein: Symptome der «geschwächten» Amygdala (Lenzi et al., 2018)

- **Emotionen überfluten Denken und Verhalten**
 - Rasche Stimmungswechsel
 - Kurzdauernde Verstimmung, häufig in Zusammenhang mit sozialem Bezug (Lob → Freude; Kritik → Traurigkeit/Ärger)
 - Vermehrte Reizbarkeit, auch bei geringen Anlässen
 - Wutausbrüche, geringe Frustrationstoleranz
- **Emotionale Überreaktionen**
 - Alltägliche Belastungen werden als Stress wahrgenommen
 - «Gefühl» von Reizen überflutet zu sein – alles zu viel
 - Gefühlsreaktion in Bezug auf Andere: Hypersensibilität
- **Mangelnde Kontrolle von Impulsen**
- **Mangelnde Fähigkeit, sich zu entspannen**
 - Dysphorie bei Inaktivität

Grosshirn

Bottom up
Emotionen
steuern Denken

Amygdala

Umgang mit
Aggressionen

Ich fühle mich



streitlustig

«Geschwächte» Amygdala und Familie

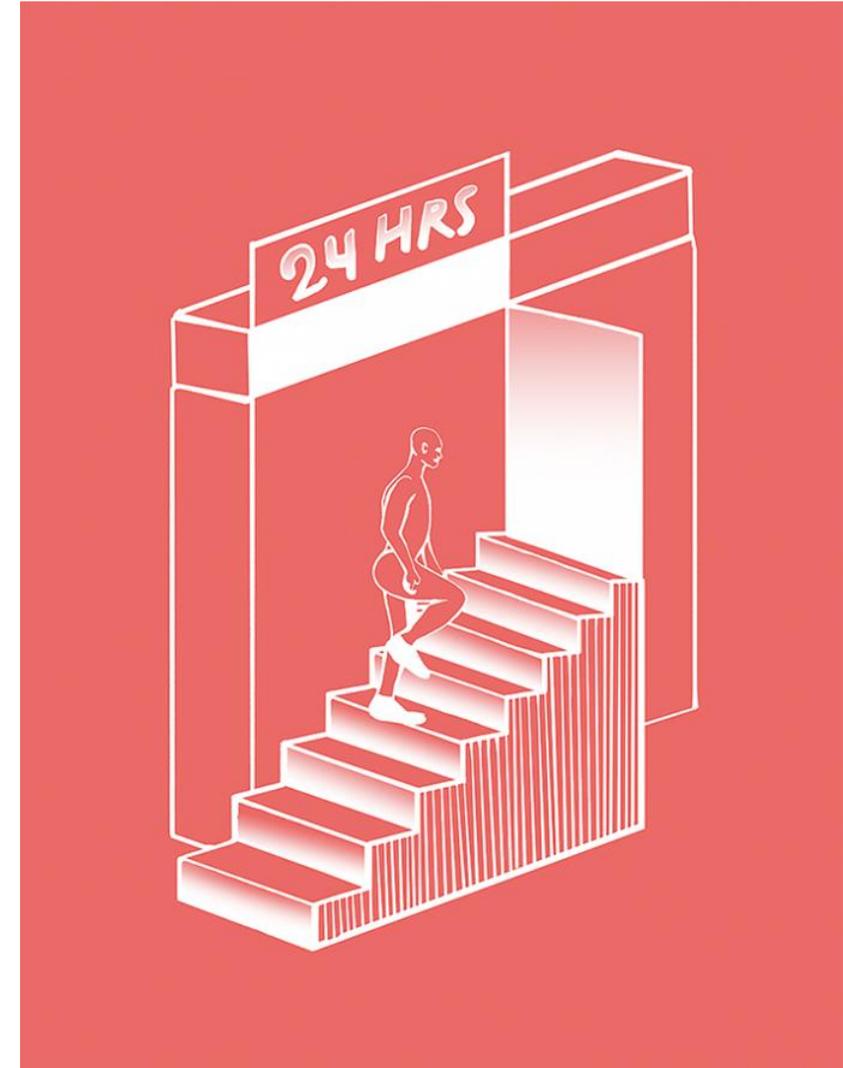
- **ADHS-Betroffene reagieren in erster Linie emotional – intuitiv – «aus dem Bauch»**
 - Wirken «launisch», wenig vorhersagbar, «unzuverlässig», wenig verantwortungs- bzw. vertrauenswürdig → es wird ihnen nicht immer das zugetraut, was sie in der Lage sind, zu bewältigen
 - Begründen ihr Verhalten als Bezug auf ihre Emotionen → nicht immer nachvollziehbar
 - Fallen «aus dem Raster», wenn sie impulsiv, unkonventionell, «genervt», gereizt reagieren
- **Emotionale Überreagibilität**
 - Einerseits Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit, andererseits Erleben als «anders», nicht zugehörig → Versuch der kognitiven Kontrolle im Sozialen Miteinander → Verankerung an Mimik und Gestik des Gegenübers → hohe Sensibilität für den Anderen

der ADHS-Betroffene erkennt, dass etwas «nicht stimmt», kann aber die Signale aufgrund der Selbstbezogenheit und dem mangelnden Perspektivwechsel nicht interpretieren



«Geschwächte» Amygdala und Familie

- **Mangelnde Fähigkeit, sich zu entspannen**
 - Immer etwas tun müssen (motorisch (Hände kneten, wippen, etc.) oder kognitiv)
 - **Ablenkung** von (negativen) Emotionen (Art der «Hyperfokussierung»)
 - Versuch, das «innere Chaos» in eine (äussere) Struktur zu bringen
 - bei Inaktivität Überflutung mit emotionalen Reizen
 - geschwächter PFC fördert negative Emotionen
 - **dysphorische Zustände bis Depressionen**



«Stärkung» der Amygdala

- **Konsequente Trennung von Fühlen, Denken und Verhalten**

→ «Distanzierung» (**Metaposition**) zu Gefühlen und Gedanken

→ Gefühle in **Qualität** und **Quantität unterscheiden** lernen (Skalierung)

→ **Gefühle akzeptieren/geniessen** lernen (Achtsamkeit), nicht ins «Hirnen» kommen

→ Nicht vorschnell handeln → **Handlungsimpulse stoppen** lernen

- **Denken** von Gefühlen trennen und über Zugriff auf Erfahrungen und Wissen für die **Bewertung von Gefühlen** nutzen lernen

- **Verhalten am Ende der Assoziationskette** als Ergebnis der Bewertung

→ Hinweis auf **Zeit** und **Konsequenzen**

→ **Disziplin** einüben

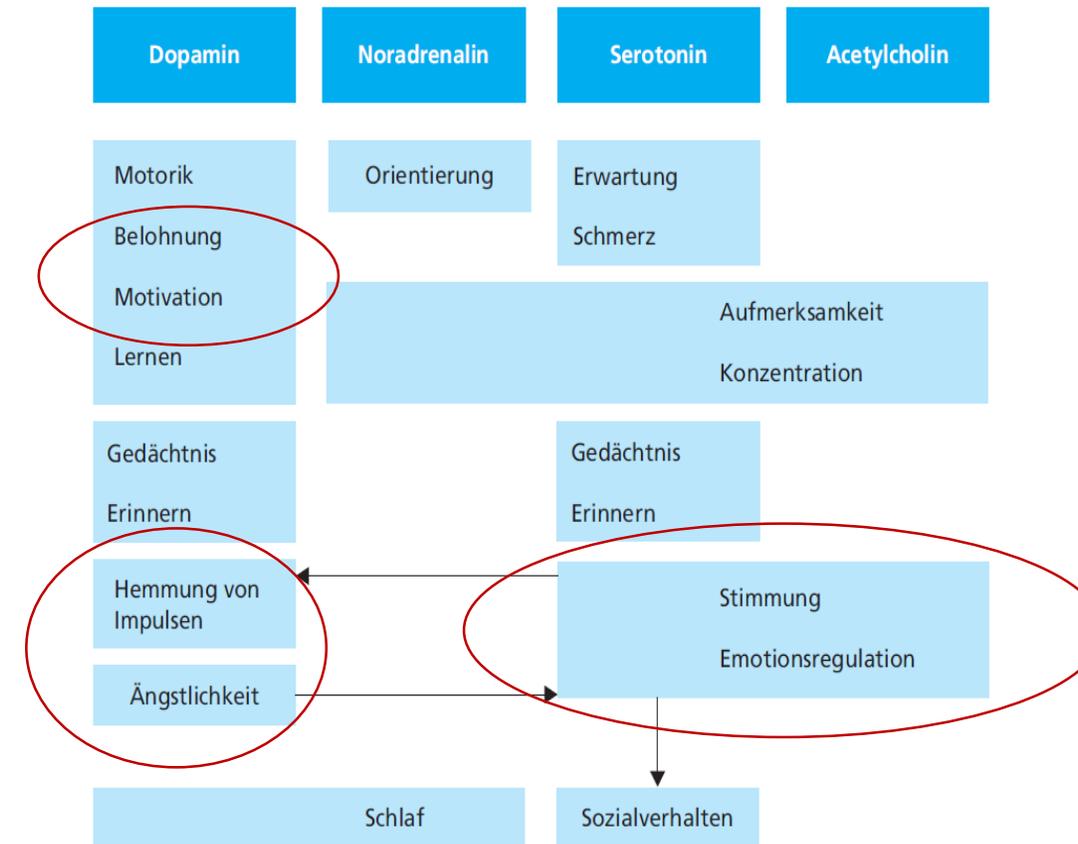


Abb. 5.3: Botenstoffe und deren Funktionsbereiche im Zusammenhang mit ADHS-Symptomen (Pfeile symbolisieren jeweils sekundäre Auswirkungen auf Symptome)

Serotonin

- **Venlafaxin** (+NARI): gute Wirkung (*Park et al., 2014*)
- Duloxetine (+NARI): klin. Verbesserung bei Erwachsenen (*Ohlmeier, 2007; Bilodeau et al., 2014*)
- Fluoxetin (SSRI): ähnelt chem. Atomoxetin, Verbesserung kogn. Funktionen (*Schulz, 2004; Chantiluke et al., 2014*)
- Vortioxetin (Neuromod. Sert/DA): Brintellix[®], t_{1/2} 66 h, angstlösend, antidepressiv, Verbess. kogn. Funktion

Noradrenalin

- **Atomoxetin** (SNARI): CYP2D6, auch Ticstörungen
- Reboxetin: Komorbid. ADHS, Autismus, Depressionen (*Golubchik et al., 2013*)

Dopamin

- **Methylphenidat** (DA/(NA) / **Lisdexamfetamin**)
- **Bupropion** (+NARI, Antagonist Acetylcholinrez): 150-450mg, Cochrane: gute Wirkung (*Verbeeck et al., 2017; Wender et al., 1990; Wilens et al., 2001; Levin et al., 2006*)
- Agomelatin: Melatonin-Rez-Agonist, antagon. 5HT_{2c}-Rezeptor, antidepress., schlaffördernd/-regulierend, angstlösend, KI für CYP1A2-Hemmer (Fluvoxamin, Ciprofloxacin, Oestrogene, Propanolol, etc.)

Pharmakologie ADHS

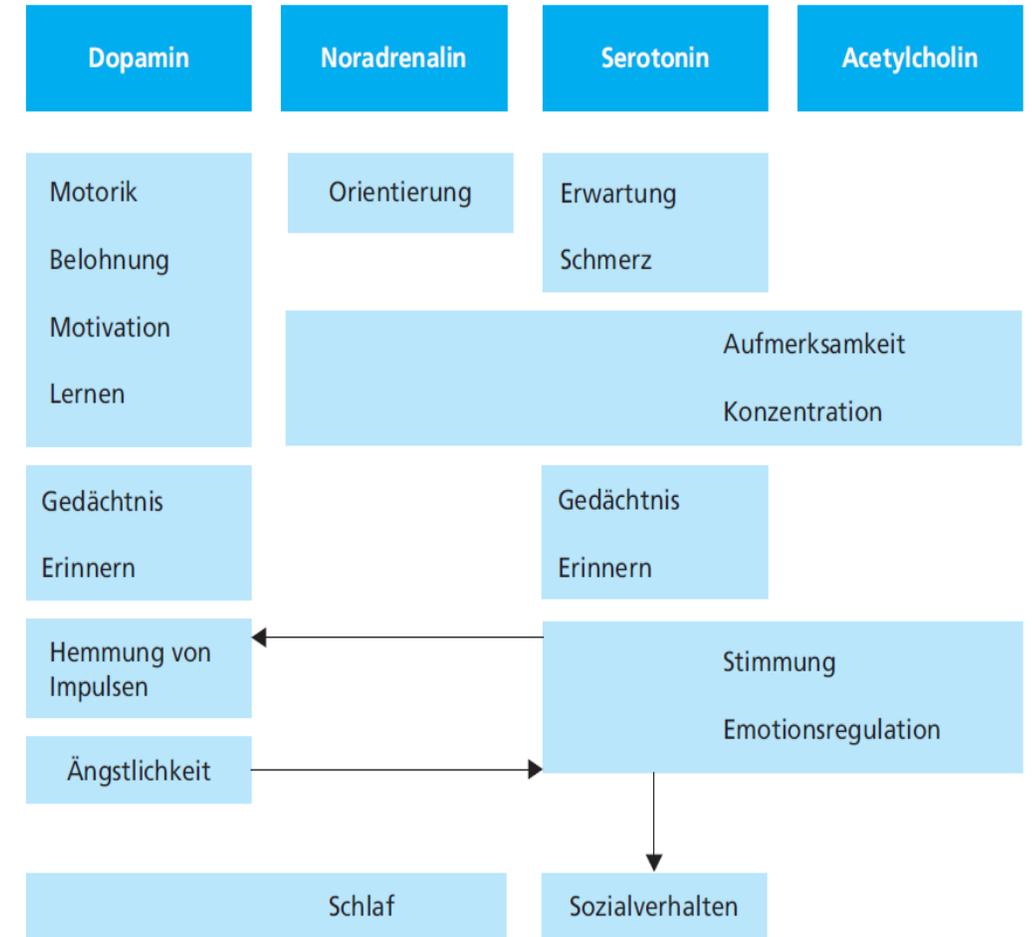


Abb. 5.3: Botenstoffe und deren Funktionsbereiche im Zusammenhang mit ADHS-Symptomen (Pfeile symbolisieren jeweils sekundäre Auswirkungen auf Symptome)

(*Ridinger, 2016*)

Guanfacin (Intuniv®)

- Agonist Alpha2-Adreonzepor, 5-HT2B-Rezeptor → NA-Freisetzung sinkt → Tiermodell: **Hemmung der Bildung von cAMP im PFC → Modulation Neuroplastizität**
 - **Verbesserung Impulsivität, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Stimmung** (Martinez-Raga et al., 2015)
 - Verbesserung **Exekutivfunktionen** (Terry et al., 2014)
 - Modulation glutamaterger Netzwerke → Verbesserung Stressregulation → dem Naltrexon vergleichbare Reduktion des Alkoholverlangens (Fredriksson et al., 2015)
- zugelassen 6-17 Jahre als second-line Präparat ADHS; t1/2: 18h; Effektstärke: 0.76
- **Initialdosis immer 1mg/d**, Steigerung 1mg/Woche, Höchstdosis: 6-12J → 4mg; 13-17J → 7mg
- Nebenwirkungsprofil
 - **Kardiovaskuläre Abklärungen** (RR, EKG) → Hypotonie (ca. 5mmHg), Bradykardie, Somnolenz, QTc-Erhöhung (Erwachsene 10ms)
 - Gewicht und Grösse → Adipositas
 - Im ersten Behandlungsjahr alle 3 Monate kontrollieren; nach 1 Jahr Auslassversuch
 - Während der Medikamenteneinstellung Einschränkungen Strassenverkehr
- CYP3A4/5-Inhibitoren → G-Konz steigt; CYP3A4-Induktoren (z.B. Carbamazepin, Oxcarbazepin, Johanniskraut) → G-Konz sinkt
- **Guanfacin + Valproinsre → Anstieg der Valproinsrekonzentration** (Plasmaspiegelkonzentration)
- Keine Wechselwirkungen mit MPH oder Lisdexamfetamin

Belastungen im familiären Kontext



- Häufig sind Eltern und Kinder / ein Kind betroffen
 - Häufigere Konflikte zwischen Eltern und Kindern und unter den Geschwistern
 - Häufiger zeigen auch die nicht-ADHS Geschwister psychische Auffälligkeit bzw. Auffälligkeiten in der Entwicklung → Gefühle von «Benachteiligung» gg. den ADHS-Geschwistern
 - Sorgen wegen erhöhter Risikobereitschaft, mangelnder Einschätzung von Risiken
- «Verabschiedung» von einer «harmonischen» Familie als Trauerprozess
- Häufiger Gefühle von «genervt», «gestresst» sein, Scham wegen
 - Hyperaktivität (Trampolin auf dem Sofa, etc.)
 - Ungeschicklichkeit (etwas kaputt machen, fallen lassen, verlieren...)
 - Zu spät kommen, immer warten müssen
 - Peinliches dazwischenreden, laut sein...
 - Der «Unberechenbarkeit», plötzlich weg sein, etc.
 - Der mangelnden Verlässlichkeit bei den gemeinsamen familiären Aufgaben...

o.K.-Sein: Was im familiären Kontext hilft (s. Birck, Diss. 2016; Franziska Florineth Baatsch, elpos 2018)

- **Ausreichende Rückzugsmöglichkeiten, Trennung der Kinder**, wenn ein ADHS-Kind Schwierigkeiten mit sich bzw. der Umgebung hat, damit es nicht die Spannung an den Geschwistern abreagiert
- **Getrennte Hausaufgabenzeiten** und –plätze für ADHS und nicht-ADHS-Kinder
- **Kurze Spielsequenzen** der Kinder allein
- **(Negative) Emotionen zulassen** und offen kommunizieren
- **Gleichbehandlung aller Kinder**, keine Stigmatisierung: nicht alles ist ADHS; nicht alles, was ADHS ist, muss auch hingenommen werden
- **Klare Regelungen bezüglich des Umganges miteinander und der Abläufe**
 - **Strikte Einhaltung der Pläne**, Pläne für alle sichtbar: wer sitzt wo? wer geht wann zu Bett? Wer redet wann? Wie wird mit Handy, Fernsehen, etc. umgegangen
 - Festlegung der Konsequenzen bei Nichteinhaltung → alles gut sichtbar, ständig kontrollieren und konsequent einhalten
- Bei Streit und Auseinandersetzungen: **direkt handelnd eingreifen**
- **Umgangsregelungen konkret und umsetzbar**, «lieb sein» als eher diffuse Regelung bei ADHS vermeiden

Was im familiären Kontext hilft (s. Birck, Diss. 2016; Franziska Florineth Baatsch, elpos 2018)

Gegenseitige Hilfestellung, positives Selbstbild und
hohe Wertschätzung

Jeder ist o.K.



S aug soll eigentlich das zentreale körperteil darstelle ... ohni das es abstrakt wird...ich han sehr viel ah dem bild geenderet neu gmacht und wieder geenderet..

Das bild seit nach minere überligig bim erschafe us, dass mer chan en treumer sie ... beispiel ferie am strand we obe links ... rechts de schriftzug dreamer?

D stadt une sell sinbildlich für die schwärere zit sie ... und s aug hani ganz bewusst so intensiv gemacht ... det isch d ussag

Du chasch träume du chasch negativi zite ha ...

Aber so lang du e klari sicht phaltisch und nid blind wegs allem und jedem glaubsch sondern dini eigeni meinig bildisch chamer die schlechte zite über winde und träum erfühle