

neue AKZENTE

...bietet Hilfe bei Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Aus der Praxis

Facetten des ADHS-Gehirns

- Die Selbststörungen und das „spezifische Verhaltensmuster“ bei Kindern mit ADHS
- Traumabehandlung durch EMDR
- Wie benutzt man ein ADHS-Gehirn

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

A 49691

Zeitschrift

www.adhs-deutschland.de

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

das neue Redaktionsteam hat nun die Feuertaufe hinter sich und Sie halten bereits eine weitere Ausgabe unserer Mitgliedszeitschrift in Ihren Händen.

Auch wenn man denkt, dass noch nicht viel Zeit seit Erscheinen der letzten „neue AKZENTE“ vergangen ist, gibt es bereits wieder einiges Neues zu berichten, beginnend bei unserer Mitgliederversammlung und dem Symposium in Frankenberg, unserer Präsenz bei Kongressen in Hamburg, Lüneburg und Wien und über vielfältige Aktivitäten in unseren Selbsthilfegruppen. Ich freue mich besonders, dass wir durch einige junge Aktive unseres Verbandes nunmehr auch beim Arbeitskreis „Junge Erwachsene“ des Kindernetzwerkes vertreten sind.

Aber was wäre der ADHS Deutschland e.V. ohne seine Experten, die auch diesmal interessante Beiträge aus Wissenschaft und Praxis beigesteuert haben. Ganz besonders freuen wir uns, dass unser Ehrenmitglied Frau Dr. Edith Klasen für ihr Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz geehrt wurde.

Leider müssen wir aber auch, aus gegebenem Anlass, eine Bitte unserer Schatzmeisterin, Frau Seegers, an unsere Mitglieder weitergeben:

„Das Beitragswesen ist leider immer wieder ein Gegenstand der Diskussion. So muss ich auch in diesem Jahr wieder feststellen, dass bis heute noch viele Mitgliedsbeiträge nicht eingegangen sind. Lt. Satzung des ADHS Deutschland e.V. § 6(2) sind die Beiträge bis spätestens 31.03. des lfd. Kalenderjahres zu zahlen.

Um für Sie da zu sein und unsere Arbeit für Sie zu machen, sind wir auf Ihre Beiträge angewiesen. Ich bitte Sie sehr, die noch offenen Beträge zu zahlen, um unnötige Mahnungen und für uns Kosten zu vermeiden, Gelder, die eigentlich für die Vereinsarbeit sinnvoller verwendet werden können.

Gleichzeitig bitte ich, uns rechtzeitig mitzuteilen, wenn sich Ihre Kontonummer, Ihre Bankleitzahl, bzw. Ihre Wohnanschrift ändert. Die Nichtmitteilung führt bei den Einzugsermächtigungen, wie auch leider in diesem Jahr, regelmäßig zu Rücklastenkosten von ca. 8 €, die dann ja auch zu Ihren Lasten gehen.

Bitte erleichtern Sie unsere Arbeit durch pünktliche Zahlungen und Mitteilungen.“

Doch nun wünschen wir Ihnen allen noch einen schönen Sommer und erholsame Ferien!

Ihre



Dr. Myriam Menter

neue AKZENTE

Zeitschrift des ADHS Deutschland e.V.
ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger

ADHS Deutschland e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Telefon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

Redaktionsleitung

und redaktionelle Mitarbeit
Dr. Myriam Menter (Leitung)
Karin Knudsen
Renate Meyer
Dr. Johannes Streif
Vera-Ines Schüpferling
Karin-Gisela Seegers
Dr. Andreas Lüdke

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Telefon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung ADHS Deutschland e.V.

Hannoversche Volksbank
Konto-Nr. 0 221 438 500
BLZ 251 900 01

Auslandsüberweisungen

IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

Gesamtgestaltung und DesktopPublishing

nanuGRUPPE.de, Mediengestaltung

Druck

Novadruck Goppert GmbH

Erscheinungsweise: 3 - 4x jährlich

Auflage: 4000 Exemplare

Bezug

Für Einzelhefte auf Anfrage,
für Mitglieder des ADHS Deutschland e.V.
kostenlos

Copyright

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigung aller Art nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung des Verbandes

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe

10. September 2009

Fotonachweis

Cover, axel kock - Fotolia.com
beerhoff, Andrejs Pidjass, Yvonne Bogdanski, Worytko Pawel,
pXel 66, Hannes Eichinger, poly - Fotolia.com
sowie Aktive der Landes- und Regionalgruppen.

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

FACHBEITRÄGE

Wissenschaft

Dr. Georg Wolff

- 4 Die Selbststörungen und das „spezifische Verhaltensmuster“ bei Kindern mit ADHS**

Dr. Helga Simchen

- 15 Management zur Reduzierung der Nebenwirkungen von Methylphenidat bei der Therapie des ADHS**

Dr. Eveline Breidenstein

- 18 Eisensupplemente und ADHS**

Aus der Praxis

Dr. Walter Beerwerth, Leif-Patrick Viola

- 19 Traumabehandlung durch EMDR**

Elisabeth Dägling

- 23 Was ist eigentlich Aufmerksamkeit**

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

- 26 Wie benutzt man ein ADHS-Gehirn**

BERICHTE

Ehrenamt

Dr. Edith Klasen

- 29 Wie man zu einer Tasse Kaffee kommt**

Schule

Christiane Eich

- 31 ADHS und SCHULE - Informationen vom zentralen-adhs-netz**

zentrales adhs-netz

- 32 Förderung von ADHS-Kindern kann Lehrer und Schüler entlasten**

zentrales adhs-netz

- 33 Stellungnahmen der Kultusministerien zu den Eckpunkten zu ADHS und Schule**

Familie

Petra Kurz

- 37 Hausordnung
Kurzroman**

ADHS Deutschland e.V.- bundesweit, landesweit, regional

Frank Häusler

- 38 Frankenberg versteht zu glänzen
Mitgliederversammlung und
Symposium 2009**

Petra Plaum

- 40 „Ich hatte die Möglichkeit viel zu bewegen“**

Verleihung des Bundesverdienstkreuzes an Frau Dr. Edith Klasen

Fabian G.

- 41 Unser Wochenende in Aachen**
Arbeitskreis „Junge Erwachsene“
des Kindernetzwerkes e.V.

Christiane Eich

- 42 Fortbildungstagung „ADHS – Kaleidoskop der Sichtweisen“**

Dr. Myriam Menter

- 43 DGKJP-Kongress in Hamburg**

Dr. Johannes Streif

- 44 Zweiter Internationaler ADHS-Kongress in Wien**

- 45 Jahresberichte der Regionalgruppen (in alph. Reihenfolge)**

ALLGEMEINES

- 48 Sie fragen – Die Fachleute unseres Verbandes antworten**
Geistige Behinderung und ADHS

Leserbriefe

Dr. Helmut Gatzert

- 49 Zur Rezension des Buches
M. Winterhoff: „Warum unsere
Kinder Tyrannen werden“**

MEDIEN REZENSIONEN

Uwe Metz

- 50 D. Krowatschek; Alles über ADS –
so fördern Sie ihr Kind**

Uwe Metz

- 51 R. und A. Haaser; Siggie und Vikki
und der Regenbogen**

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

- 52 D'Amelio & Co.; Psychoedukation
und Coaching
ADHS im Erwachsenenalter**

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

- 53 F. Häßler; Das ADHS Kaleidoskop**

Angelika Schröder

- 53 B. Mähler / M. Schmela
„Albtraum ADS“**

Ricarda Mafille

- 54 Dr. K. Skrodzki/Dr. K.-P. Grosse;
Tischatlas**

AKTUELLES

Kurzberichte / Termine

- 56 Termine Weiterbildung
Telefonberatung**

VERBANDSDATEN

- 58 Geschäftsführender Vorstand
Weitere Vorstandsmitglieder
Unterstützung des Verbandes
Wissenschaftlicher Beirat
Landesgruppenleiter**

- 60 Telefonberatung**



Die Selbststörungen und das „spezifische Verhaltensmuster“ bei Kindern mit ADHS

In einer Arbeit in „neue AKZENTE“ (Nr. 80, 2008, S. 6-10) hatte ich die Bedeutung des Selbstbefindens bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS erörtert. Es zeigte sich, dass sich aus der Berücksichtigung des Selbstbefindens der Kinder mit ADHS ein erweitertes Verständnis für die Entwicklung

der ADHS-Symptomatik ergeben könnte. In der Arbeit hatte ich weitere Ausführungen zum Verlauf des Selbstbefindens bei Kindern mit ADHS im Kindergarten und Schulalter angekündigt. Dies geschieht nun in der hier vorliegenden Arbeit, in der ich schlussfolgernd ein „spezifisches Verhaltensmuster bei Kindern mit ADHS“ beschreibe. Mit diesem „spezifischen ADHS-Verhaltensmuster“ lassen sich die teils widersprüchlich erscheinenden Verhaltensweisen der Kinder mit ADHS, die zu vielen Missverständnissen und vor allem auch zu Selbststörungen Anlass geben, nachvollziehbar machen.

Das „spezifische ADHS-Verhaltensmuster“ vermittelt auch eine erweiterte Sichtweise auf zentrale Elemente der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter. Dies werde ich in einer zukünftigen Arbeit darstellen.

Das „spezifische ADHS-Verhaltensmuster“ vermittelt auch eine erweiterte Sichtweise auf zentrale Elemente der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter. Dies werde ich in einer zukünftigen Arbeit darstellen.

Überleitung

Eine der aktuell vertretenen Ursachenvorstellungen besagt, dass die ADHS-Symptomatik u.a. mit einem Mangel an Dopamin einhergeht (www.baek.de). Ergebnisse der neuro-biologischen Forschung zeigen, dass die Auswirkungen des Dopaminmangels auf eine bemerkenswerte Weise mit zentralen Elementen der ADHS-Symptomatik deckungsgleich sind, und dass der Dopaminmangel weiterhin mit Irritationen und Störungen des Selbstbefindens, einem Gefühl verringerter Wachheit sowie verringerter Konzentrationsfähigkeit und anderen Beeinträchtigungen einher geht; Befindensstörungen also, die ich als

ein schwer aushaltbares, „diffuses Unwohlsein“ zusammenfasste (s. Wolff, 2008, dort Tab. 3).

In der vorangegangenen Arbeit hatte ich aus diesen Folgen des Dopaminmangels eine zweiteilige Hypothese abgeleitet:

(1.) Schon junge Kinder mit ADHS können spüren, dass der Mangel an Dopamin mit einem solchen „diffusen Unwohlsein“ einhergeht. (2.) Um diesem „diffusen Unwohlsein“ quasi „auszuweichen“ und ein deutlicheres Wohlbefinden sowie vermehrte Wachheit zu erreichen, „nutzen“ diese Kinder vor allem solche wahrscheinlich genetisch vorgegebenen Verhaltensmöglichkeiten, die nachgewiesenermaßen zu einer Erhöhung der Dopaminverfügbarkeit führen können. Und genau diese Verhaltensmöglichkeiten (s. Tab. 1) sind nun wiederum auf eine bemerkenswerte Weise deckungsgleich mit wesentlichen Anteilen des hyperkinetischen Verhaltens:

Tab. 1: Verhaltensmöglichkeiten zur Erhöhung des Dopamins

(Brown, 2005; Grawe, 2004; Krause/Krause, 2005; Spitzer, 2004; 2007)

- Körperliche Aktivität und motorische Bewegung
- Neugierverhalten: Reizoffenheit und unmittelbares Zuwenden zu Neuem, besonders, wenn es Wohlbefinden oder Spannung verspricht (wobei Neugierverhalten generell auch als genetisch vermitteltes und das Überleben sicherndes Verhalten gilt)
- Suche nach Tätigkeiten, die schon früher positives Befinden oder Erfolg vermittelten
- Freundliches Angelächeltwerden; die Suche nach dem Lachen Anderer und deren freudiger Anerkennung
- „Action-Seeking“: „Hypies“ nennen dies „Spaßmachen“; Eltern und Lehrer klagen über „Provokationen“, „Stören“, „Ablenken“



Dr. Georg Wolff,
Dipl.-Psych.
Hannover



- „Risiko-Verhalten“: „Hypies“ toben, rasen und gefährden unbedacht sich und Andere; bei ADHS-Erwachsenen sind dies dann Bungy-Jumping, Leichtsinnigkeiten, „Verkehrs-Rowdytum“, Schuldenmachen
- Vermeidung von Monotonie oder anhaltend Gleichem (z.B. Üben)
- Konsum von Kaffee, Nikotin, Drogen und Alkohol

Dass für die Kinder mit ADHS besonders diese Verhaltensweisen sehr „attraktiv“ sind, erscheint umso nahe liegender, als gerade diese Verhaltensweisen nach den Ergebnissen der neurobiologischen Forschung zu erhöhtem Dopamin, verstärktem Wohlbefinden, zu mehr Wachheit, Konzentration und zu deutlicher Motivationsverstärkung führen (Tab. 2):

Tab. 2: Dopaminwirkungen auf Erleben und Verhalten (Brown,2005; Grawe,2004; Krause/Krause,2005; Spitzer, 2004; 2007)

- Dopamin erhöht Wohlbefinden, Leistungsbereitschaft, Wachheit, Konzentration und eigene Zuversicht
- Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft halten nur solange an, wie die Neurotransmitter fließen
- Dopamin wird je nach aktueller subjektiver Bewertung einer Situation bzw. Handlungsintention produziert, z.B., wenn etwas spannend und interessant ist
- Das Dopaminsystem ist die Grundlage intrinsischer Motivation und Leistungsbereitschaft / -möglichkeit
- Das Gehirn benutzt Dopamin, um subjektiv wichtige Reize hervorzuheben
- Alle Erfahrungen, die der Betreffende unter Dopaminwirkung macht, werden besonders gut gelernt werden
- Dopamin hält Lerninhalte länger im Arbeitsspeicher; so können sie besser ins Langzeitgedächtnis überführt werden
- „Ohne Aktivierung des Dopaminsystems wird kein langfristiges Lernen stattfinden“ (Spitzer, 2007).

Insbesondere die ersten der in dieser Tabelle aufgeführten positiven Auswirkungen hinreichender Dopaminverfügbarkeit werden ja auch von den meisten erwachsenen Patienten und auch von Kindern mit ADHS besonders in den Tageszeiten berichtet, in denen sie sich unter optimaler Stimulanzindosierung befinden. Entsprechend werden ja auch die von den Patienten berichteten Verringerungen dieser positiven Auswirkungen zu Dosisanpassungen in den medikamentösen Ein- und Umstellungsphasen genutzt.

So scheint der Gedanke nahe liegend, dass Kinder mit ADHS intuitiv, der verbesserten Wachheit und dem verstärkten Wohlbefinden folgend, vor allem solche Verhal-

tensweisen (s. Tab. 1) von klein auf quasi „einüben“. Dabei sind die intuitiv verstärkten, wahrscheinlich auch genetisch generierten Impulse zu hyperkinetischem Verhalten natürlich bei sehr kleinen Kindern primär kein bewusstes oder gezieltes Verhalten. Die Lernimpulse resultieren vielmehr aus intuitivem Spüren und führen über das tagtägliche Erlernen zu der Erfahrung, dass hyperkinetisches Verhalten, u.a. vermittelt eben über Dopamin und damit verstärkt produzierte endogene Opiode, zu verbessertem Wohlbefinden führt und auch noch Spaß (!) macht (Spitzer, 2006).

Man kann sich dies so vorstellen, dass dieses Einüben vielleicht dem Verhaltensmuster folgt, dass sich jemand auf die Suche nach Nahrung begibt, sobald er Hunger spürt. Und so entsteht dann bei Kindern mit ADHS, in Anlehnung an LeDoux (2002), schon sehr früh ein Muster an Verhaltensbereitschaften, ein sog. „implizites ADHS-Selbst“, in dem hyperkinetische Verhaltensweisen einen zentralen Stellenwert haben. Dieses „Erlernen“ hyperkinetischen Verhaltens spielt sich quasi automatisch im Kind ab. Es wird, so meine Annahme, durch das diffuse Unwohlsein in den fortbestehenden Phasen unzureichender Dopaminverfügbarkeit unterhalten und bestimmt zukünftiges Verhalten. Auch ist dieses Erlernen wahrscheinlich weitgehend unabhängig von den psychosozialen, familiären Bedingungen, wenngleich z.B. sehr belastende, reizmäßig das Kind überfordernde Lebensbedingungen oder Überforderungen die Entwicklung des „spezifischen ADHS-Verhaltensmusters“ verstärken können.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei den Kindern mit unterschiedlich ausgeprägten ADHS-Symptomen

Natürlich ist zu berücksichtigen, dass Kinder mit ADHS große Unterschiede in ihrem Befinden und Verhalten zeigen: beispielsweise die Kinder mit den frühkindlichen Regulationsstörungen, die für sich selbst und für ihre Eltern übermäßig belastend sein können und oft Schwierigkeiten haben, sich selbst anhaltend zu beschäftigen (Wurmser, 2005; Wolff, 2008). Andere Kinder mit ADHS sind schon früh die „fröhlichen und nachhaltig selbstbeschäftigten Forscher“, können leichter als andere hyperfokussieren. Einen größeren Teil der „Hypies“ stellen die tobigen, unermüdlichen „Action-Seeker“ dar; und dann gibt es auch die Kinder mit ADS, überwiegend die Mädchen, die eher „pflegeleicht“, um Anpassung bemüht sind und häufig in ihre Phantasiesphären abdriften. Sie alle nutzen auf ihre je individuelle Weise die Möglichkeiten der Dopaminregulierung und entwickeln früh ihr jeweiliges ADHS-Verhaltensmuster.

Gemeinsam haben sie, wenngleich wieder in unterschiedlicher Ausprägung, die u.a. mit der schwankenden Dopaminverfügbarkeit verbundenen Befindensschwankungen und die Erfahrung, dass sich ihr Befinden manchmal 'angenehm' und dann auch wieder 'unangenehm', oder eben „diffus unwohl“ anfühlt. Letzteres ist beispielsweise besonders ausgeprägt bei Kindern mit frühkindlichen Regulationsstörungen, die ja ein hohes Risiko für ADHS im Schulalter haben (Wurmser, 2005; Laucht, 2005).

Diese Befindensschwankungen sind einer der Umstände, durch die die Kinder mit ADHS schon früh Irritationen ihres Selbstbefindens erfahren können. Ein anderer Umstand für die sich allmählich verstärkende Irritation des Selbstbefindens der Kinder wird im Folgenden beschrieben.

Anfangs bekommen die Kinder häufig positive, später zunehmend irritiert-ärgerliche Resonanzen

In den ersten Jahren werden viele der Kinder mit ADHS wahrscheinlich positive Reaktionen und damit Verstärkungen für ihr Verhalten von den Eltern und anderen Personen erfahren. Ein Kind, das sich gern und viel bewegt, das an neuen Dingen intensiv interessiert ist, das dabei Überraschung und Begeisterung äußert, freudig lächelt und auch noch „Spaß“ hat und macht (vgl. Tab. 1), ein solches Kind wird mit größerer Wahrscheinlichkeit positive Resonanzen von Anderen bekommen. Kaum jemals hat jemand ein Kind gesehen, das herumhüpft und dabei nicht lächelt! Wie oft wird gerade von den „Hypies“ im Vorschul- und Schulalter, aber auch noch im Erwachsenenalter („wenn sie gut drauf sind“) berichtet, sie könnten Andere so intensiv begeistern! Diese positiven Resonanzen erfahren sicherlich viele Kinder mit ADHS in den ersten Jahren auch noch innerhalb der eigenen Familie. Ein Kind mit der genetischen Anlage für ADHS-Verhalten wird vielleicht sogar auch deshalb verstärkt gerade diese (ADHS-) Verhaltensweisen praktizieren, weil es so schön ist, so positive Resonanz von Anderen zu bekommen. Und weil Angelächeltwerden so viel Spaß macht, lernen die Kinder mit ADHS dieses Verhalten so nachhaltig, dass auch viele Erwachsene mit ADHS dieses Verhaltensmuster noch auf eine manchmal charmant-verführerische Weise besonders dann praktizieren, wenn sie sich beispielsweise für ihr Zuspätkommen eigentlich entschuldigen müssten.

Man kann weiterhin davon ausgehen, dass Kinder mit ADHS im weiteren Verlauf des Vorschulalters auch positive Resonanzen von anderen, fremden Menschen bekommen werden, die nicht zum engeren Familienkreis gehö-

ren, auch dann noch, wenn das Verhalten der Kinder innerhalb der eigenen Familie bereits zu Schwierigkeiten und zu negativen Reaktionen führt(e). Denn viele Kinder mit ADHS werden von „Fremden“ oder von Nachbarn als „offen“, „fröhlich“, „freundlich“ und oft auch als besonders „hilfsbereit“ erlebt, während sie dieser Art Charakterisierungen innerhalb der eigenen Familie zunehmend weniger erfahren.

D.h., während die Kinder mit ADHS in den ersten Jahren häufig positive Resonanzen bekommen und dabei aus ihrer Innensicht ein z.T. auch positiv getöntes Selbstbild entwickeln, werden sie mit Beginn des Kindergartens und besonders dann in der Schule erfahren, dass ihr Verhalten dort zu vielen Irritationen, zu Missverständnissen und Verurteilungen oder gar zu der Etikettierung „gestört!“ Anlass gibt. Das soll nun einer verstehen!

Tendentuell erfahren natürlich auch Kinder ohne ADHS solche „Resonanz“-Verschiebungen. Aber bei Kindern mit ADHS sind diese zunehmend sich ins Negative kehrenden Resonanzen wahrscheinlich oft ausgeprägter, besonders, wenn in Kindergarten und Schule ihr Verhalten zunehmend widersprüchlich erscheint (s.u. Tab. 3 und Tab. 12) und so zu weiteren Irritationen und Missverständnissen Anlass gibt.

Die zunehmenden Irritationen der Eltern und die aufkommenden Missverständnisse

Besonders die Kinder mit ADHS können wegen ihrer hohen Bewegungsaktivität und ihrer „Risikobereitschaft“ im Alterszeitraum 2-6 Jahren zunehmend zu einer Belastung innerhalb der eigenen Familie werden. Die Eltern erfahren, dass ihre Kinder den „Grenzensetzungen“ und den oft wiederholten Ermahnungen zu Vorsicht weniger leicht folgen können und viel lieber „Action“ machen (s. Tab. 1). Ihre „Sprunghaftigkeit“ wird ebenso zur Belastung wie auch ihre zunehmend heftige Abwehr gegen die Ermahnungen, wie beispielsweise: „sei mal ruhiger!“, „bleib´ mal sitzen!“ oder „zappel´ doch nicht so rum!“ So entstehen Irritationen und Unsicherheiten auf Seiten der Eltern, auch Zweifel bzgl. ihrer sog. „Erziehungsfähigkeit“. Aber dies hat auch zunehmende Irritationen im Kind selbst zur Folge: Es muss sich einerseits viel bewegen, um sich wohl und wach zu fühlen, und zugleich möchte es ja eigentlich seine Eltern nicht auf sich selbst ärgerlich machen. Aber andererseits kann es ja den Aufforderungen zu „ruhiger sein“ oder „länger sitzen, länger zuhören“ nicht folgen, weil gerade solches Verhalten wieder zu schnell zu dem unaushaltbaren „diffusen Unwohlsein“ führt.

Daneben machen die Eltern bald die Beobachtungen,

dass ihr Kind (mit ADHS) vor dem Fernseher oder manchmal auch bei (Spiel-)Beschäftigungen, die es sehr interessiert, durchaus länger konzentriert sein kann. Und weil es manchmal auch ganz entlastend sein kann, wenn das „zu quirlige“ Kind mal für eine Zeit ruhig am Fernseher sitzt (und ja ohnehin zu heftig protestieren wird, wenn die Mutter das Fernsehen nicht erlaubt), lernt das Kind im Insgesamt, dass es sich vor allem immer dann wohl fühlt, wenn es das machen kann, was ihm „Spaß macht“!

„Naja“, werden sich die Eltern vielleicht sagen: „wenn das Kind dabei schon mal ruhig sein kann, dann wird es dies wohl auch in anderen Situationen lernen können!“.

Die Eltern beobachten: „Wenn das Kind an etwas besonders interessiert ist, kann es sich konzentrieren“! Oder: „Besonders bei Beschäftigungen, die ihm Spaß machen, konzentriert es sich!“ Vor dem Hintergrund meiner Hypothese sind diese Beobachtungen ja richtig. Zugleich aber machen die Eltern viele Beobachtungen, dass sich das Kind nicht so gut konzentrieren kann, wenn es „mal zuhören“, oder „aufpassen“ soll, oder eine Aufgabe erledigen soll, z.B. „mal ´ bitte ein Bild für Oma zum Geburtstag“! In solchen „Auftrags“-Situationen gelingt die Konzentration oft deutlich schlechter und die Eltern sind irritiert oder fühlen gar Ärger.

Wenn sie zugleich noch zu wenig über ADHS wissen, schleicht sich in solchen Situationen dann eines der klassischen Missverständnisse über das ADHS-Kind ein. Die Eltern denken bzw. schlussfolgern: „Eigentlich kann sich das Kind ja konzentrieren; und wenn es dies aber bei Aufgabenstellungen nicht tut, dann will es das eben nicht!“ D.h., die Eltern entwickeln den Verdacht „das Kind könnte, wenn es nur wollte“. Und dies ist falsch!

Die scheinbaren Widersprüchlichkeiten im ADHS-Verhalten

Dieses Missverständnis stellt die häufigste **falsche** Schlussfolgerung aus den scheinbaren Widersprüchlichkeiten des ADHS-Verhaltens schon im Vorschulalter dar (Tab. 3):

Tab. 3: Beispiele für scheinbare Widersprüchlichkeiten im Verhalten von Kindern mit ADHS im Vorschulalter (weitere Widersprüchlichkeiten s.u., Tab.11)

- Oft unaufmerksam und abgelenkt einerseits und hoch konzentriert bei (selbst gewählten) Beschäftigungen andererseits
- Sie können selbst sehr viel reden, aber nicht zuhören
- Sie leiden unter dem Lärm Anderer, machen aber oft selbst viel Lärm
- Viele Kinder mit ADHS sind intelligent und vergessen immer wieder alle auch geduldig wiederholten Anweisungen

Diese und andere Widersprüchlichkeiten im ADHS-Verhalten irritieren die Eltern; sie können sie nicht erklären und dadurch auch ihren Kindern keine stimmigen Spiegelungen für ihr Verhalten geben. Schlimmer noch: Es entstehen aus der Irritation weitere (**falsche**) Schein-Erklärungen, z.B.: „Das Kind will sich eben nicht so verhalten, wie wir es erwarten!“ – „Es ist eben bockig“! – „Es will uns ärgern!“. Und das ist alles falsch! Tragischerweise werden diese Fehl-Interpretationen vor allem im Schulalter dann zu oft zu einem Vorwurf an das Kind, was die Eltern leider nicht erkennen können, solange sie noch zu wenig über das ADHS wissen.

So entstehen wieder Anlässe für die Kinder für Irritationen über ihr eigenes Verhalten. Auflösbar werden diese scheinbaren Widersprüchlichkeiten im ADHS-Verhalten (s. auch nach Tab. 11, unten) erst dann, wenn man das Selbstfinden der Kinder, ihre hohe Reiz- und Stressintoleranz und den Tatbestand einbezieht, dass die Kinder von früh auf gelernt haben, selbst zu bestimmen, womit sie sich beschäftigen möchten. In diesem Lernprozess haben sie sich vor allem auf solche Beschäftigungen konzentriert, die ihnen deshalb „Spaß“ machen, weil sie sich unter erhöhter Dopaminverfügbarkeit wohler und wacher fühlen.

Mit dem kontinuierlichen Einüben der dopaminförderlichen Verhaltensweisen (Tab.1) verstärkt sich zugleich die häufig beobachtete Neigung der „Hypies“, sich in zunehmendem Maß selbstbestimmend zu verhalten und (wie auch später im Schul- und Erwachsenenalter) fremdbestimmte Aufgaben und Anpassungsanforderungen möglichst abzuwehren.

Schwächen der „exekutiven Funktionen“ bei ADHS

Das kann zugleich auch bedeuten, dass die Kinder mit ADHS möglicherweise solche Spielbeschäftigungen seltener auswählen, die altersgemäß entwickelte (bzw. zu entwickelnde) „exekutive Funktionen“ erfordern, und dass deshalb auch diese exekutiven Funktionen weniger trainiert werden (Brown, 2005; s. auch Tab. 4).

Tab. 4: Schwächen der „exekutiven Funktionen“ bei ADHS (nach Brown, 2005)

- Kinder mit ADHS können nicht so gut:...
- ... sich für das Spielen organisieren und aktivieren
 - ... ihre Aufmerksamkeit zentrieren / aufrecht erhalten
 - ... ihre Anstrengungsfähigkeit regulieren und erhalten
 - ... ihre Frustration und Motivation regulieren
 - ... ihr „Arbeitsgedächtnis“ beim Spielen und Aufgabenerledigen nutzen (wo habe ich was hingelegt?)
 - ... sich selbst im Befinden und Verhalten regulieren

Diese Funktionen werden von Kindern generell etwa ab dem zweiten Lebensjahr im tagtäglichen Spiel geübt und trainiert. Die Kinder folgen dabei vermutlich einem inneren, genetisch vermittelten Programm, über das sie sich spielerisch die Welt erkundend ihre Fähigkeiten einüben und verbessern. Um diese Fähigkeiten verlässlich einüben zu können, brauchen Kinder Spaß und Eigeninteresse, d.h. eine hinreichende, von ihnen selbst gewollte Motivation, vor allem aber brauchen sie auch ungestörte und geschützte Räume (Tab. 5).

Tab. 5: Voraussetzungen für die normale Entwicklung der Selbstregulierung und der Spielfähigkeit (n. Papousek, 2005)

- Das Kind ist wach, aufmerksam, bereit, „die Welt“ zu erkunden
- die Situation ist ruhig und reizreduziert, ohne Ablenkung (TV, Radio), Hektik und Stress
- Das Kind möchte aus eigener Motivation initiativ die Dinge und Funktionen beobachten, begreifen und kennen-lernen ...
- ... nur „einfach so“, „aus Spaß!“, für sich selbst, ohne (!) eine äußere, von Anderen vorgegebene Zweckbestimmung
- es möchte dabei eine ruhige Resonanz, „Spiegelungen“, Bestätigungen und Schutz, wenn es dies signalisiert
- es braucht das Gefühl, die Eltern freuen sich mit ihrem Kind über das „spannende“ Erkunden und möchten ihm gern die Zeit geben, die das Kennen-Lernen nun mal braucht

Wenn die „ruhigen und reizreduzierten“ Räume in der zunehmend hektischen Welt und in den meist zu lauten Kindergärten nicht mehr gegeben sind, und wenn dem ADHS-Kind die Grundvoraussetzungen (z.B. hinreichende exekutive Funktionen) nicht hinreichend verfügbar sind, kann man sich leicht vorstellen, wie das Einüben der Funktionen zu kurz kommt. Man kann sich weiterhin vorstellen, dass die Kinder mit ADHS umso mehr Grund haben, vor allem solche Verhaltensweisen zu praktizieren, die die Dopaminverfügbarkeit erhöhen. Und es wird auch nachvollziehbar, dass diese Kinder zunehmend frustriert und demotiviert werden können und zugleich auch das Gefühl entwickeln „ungerecht behandelt“ zu werden, wo sie sich doch gerade durch das hyperkinetische Verhalten so verzweifelt bemühen (und erschöpfen!), es quasi „richtig“ zu machen.

Die meisten dieser exekutiven Funktionen werden besonders im Schulalter vonnöten sein. Aber schon im Vorschulalter ist die Fähigkeit, eigene Frustrationsgefühle und Handlungsbereitschaften kompetent regulieren zu

können, von Bedeutung. Wie wirkt sich eine diesbezügliche Schwäche aus? (Tab. 6):

Tab. 6: Verringerte Eigenregulierung von Frustration und Motivation (n. Brown, 2005; Wender, 1995)

- Die Kinder erleben (zu heftige) Frustrationen, denen sie mehr als andere Gleichaltrige ausgeliefert sind
- das Kind kann diese frustrierenden Affekte nicht hinreichend kontrollieren und ausblenden
- ihre Motivationen zum (gemeinsamen) Spiel ist zu rasch störfähig durch externe Ablenkungen oder Frustrationen
- Heftige Frustrationen und Motivationsverlust beeinflussen zu sehr ihr Denken und Handeln
- auch reagiert das Kind zu ausgeprägt auf Frustrationen, Kränkungen, aber auch auf Sorgen, wodurch die soziale Integration erschwert wird.

Auch Erwachsene mit ADHS beschreiben noch oft große Schwierigkeiten, ihre eigenen Befindlichkeiten und Gefühle einigermaßen prägnant zu beschreiben. Diese wären oft wenig deutlich, eher diffus, und vor allem würden sie oft sehr schwanken, sich immer wieder verändern.

Ich halte es für möglich, dass es auch Kindern mit ADHS sehr früh schon so gehen mag. Die vorstellbaren Auswirkungen solcher Befindensstörungen oder -unklarheiten könnten sehr wohl bereits früh die Entwicklung der Kinder, insbesondere auch deren zunehmend irritierte Vorstellung von sich selbst, beeinträchtigen.

Die wachsende Anforderungen und Risiken im Kindergarten

Mit dem Kindergartenbesuch wachsen die Anforderungen an die Kinder, ihr eigenes Erleben und Verhalten mehr und mehr zu regulieren und ihr Verhalten an die gegebenen Bedingungen und Erwartungen anzupassen. Dies gelingt weniger leicht, wenn die entsprechenden Lernerfahrungen und die unterstützenden exekutiven Funktionen nur unzureichend eingeübt werden konnten. Dazu kommt, dass es in den Kindergärten oft sehr laut ist und eine übergroße Reizfülle mit hohem Ablenkungsrisiko besteht. Der Lärm strengt an (auch die ErzieherInnen), führt zu Überforderung, ebenso wie die zunehmenden Anforderungen, den fremdbestimmten Anweisungen („sitz still!“, „hör zu!“; „pass auf!“; „mach mit!“) Folge zu leisten. Bedingungen für ruhevolle Spielerfahrungen, für das Erlernen von Aufmerksamkeit und Konzentration sind rar.

So ist es gar nicht überraschend, dass die ADHS-Symptomatik verstärkt auftritt. Denn vor dem Hintergrund der

erhöhten Reiz- und Lärmempfindlichkeit der Kinder mit ADHS wird deren hyperaktives Verhalten bekanntermaßen unter solchen Bedingungen regelhaft verstärkt.

Zwar freuen sich die meisten Kinder mit ADHS primär auf andere Kinder. Aber sie werden rasch mit Erfahrungsdefiziten konfrontiert, die es ihnen ungemein schwer machen, den Anforderungen (Lärm und Frust aushalten; Zuhören und Konzentration lernen; sich nicht ablenken lassen) gerecht zu werden: denn sie fühlen sich schnell angestrengt und zu rasch frustriert bei Aufforderung zu warten oder geduldig zu sein; sie verlieren schnell die Motivation, bei einem Spiel „dabei zu bleiben“ (s. dazu Tab. 6). Und sie haben auch nachhaltig gelernt, dass ihr ADHS-Verhalten sie wacher macht und zu mehr Wohlbefinden führt. Folglich verhalten sie sich verstärkt hyperaktiv (Tab. 7):

Tab. 7: „Klassische“ Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS im Kindergarten

- Hohe körperliche „Unruhe“: rumrasen, toben, viel klettern
- so oft wie möglich im Außengelände (wo es ruhiger ist) aufhalten
- „zappeln“ im Stuhlkreis, „dazwischen reden!“
- Schreien, Krach machen, nicht zuhören, rasch heftig frustriert
- oft beschäftigt mit „Action“, „Streiche“ machen, „provokieren“
- Spielsachen kurz befummeln, rasch wieder weglegen das Spielen anderer Kinder „stören“, eingreifen, Spielzeug wegnehmen, wegwerfen (... und dabei auch noch lachen!!)
- sie brauchen übermäßig viele Erinnerungen, Ermahnungen
- aber auch: sich zurückziehen, allein spielen oder mit nur einem Kind in ruhigen Spielzonen; viel Mühe geben bei vorschulischer Anforderung (bei Kindern mit ADS)
- nachhaltiger Widerstand dagegen bei Kindern mit ADHS.

Die Beschreibungen in Anführungsstrichen sind Aussagen, die so beispielsweise von den, über ADHS oft noch zu wenig informierten, Erzieherinnen und Eltern formuliert werden. Die ErzieherInnen gewinnen den Eindruck, als würden die Kinder mit ADHS diese Verhaltensweisen „absichtlich“ zeigen. Ja, als „wollten“ die Kinder mit ADHS angeblich „stören“. Zwar sind diese Interpretationen der ErzieherInnen durchaus nachvollziehbar, besonders, wenn das hyperkinetische Kind auch noch lacht (!), während es das Spiel anderer Kinder unterbricht; oder wenn es lacht, während es zum x-ten Mal (störende) „Action“ macht.

Aber auch wenn diese Interpretationen nachvollziehbar sind, so stimmen sie trotzdem nicht! Hyperkinetische Kinder wachen nicht morgens auf und überlegen sich, wen sie ärgern könnten!! Vielmehr „passiert“ ihnen ihr Verhalten. Sie haben gelernt, dass es ihnen unter dem hyperkinetischen Verhalten „besser“ geht, dass sie „wacher“ und auch fröhlicher sind, sich „besser“ konzentrieren können, sich „länger am Spiel beteiligen“ können und sich „wohler fühlen“. Und deshalb lachen sie beim Action machen! Denn aus der Sicht der Kinder gesehen: Früher, wenn sie in der Zeit vor dem Kindergarten „Quatsch“ machten, haben „die Anderen“ ja auch oft gelacht; und unsere Hypies glauben oder hoffen zumindest, wenn sie selbst lachen, lachen die Anderen auch zurück. Und das fühlt sich schön an.

Auch wenn die genannten Interpretationen falsch sind, so haben sie dennoch Auswirkungen. Eltern und ErzieherInnen sind oft nachhaltig irritiert:

Entgegen den elterlichen Hoffnungen bzw. deren Befürchtungen doch bestätigend, klagen nun die Erzieherinnen beispielsweise über ein ungewöhnlich hohes Maß an „Unruhe“, „Störungen“ und „Ungehorsam“. Manche Eltern sind vor allem irritiert, weil sie ihr Kind „so“ nicht kannten. Gegenseitige Verdächtigungen können entstehen oder auch Hemmnisse auf Seiten der ErzieherInnen, die Eltern auf den Verdacht bzgl. ADHS anzusprechen. Diese Probleme bleiben solange nicht bearbeitbar, solange die Beteiligten nicht genug über ADHS wissen. Und solange bleiben auch Irritationen für die Kinder. Deshalb sind ja ADHS-Fortbildungen für ErzieherInnen von so großer Bedeutung.

Irritationen für die Kinder

Zu ihrem auffälligen Verhalten, ihrem Erleben bzw. zu den Reaktionen der Erwachsenen äußern sich einige der Kinder gelegentlich auf bemerkenswerte Weise und zwar in Formulierungen, die so oder ähnlich von ErzieherInnen immer wieder bei Fortbildungen bestätigt werden (Tab. 8):

Tab. 8: Selbstirritationen der Kinder mit ADHS im Kindergarten

- „ich weiß nicht, warum ich im Kindergarten so unruhig bin!“
- „ich weiß nicht, was mich stört, ärgert, aufregt“
- „die Anderen stören mich!“
- „die wollen immer was anderes spielen!“
- „keiner will mit mir spielen!“
- „immer werde ich ausgeschimpft; ich mach` doch gar nichts!“
- „ich bin ganz verwirrt!“

Letzteres ist nicht verwunderlich, wenn man realisiert, was es für das betreffende Kind bedeuten mag, dass sich die Erzieherin und die Mutter darüber streiten, warum das Kind im Kindergarten so „auffällig“ ist, wo es doch zu Hause „einfach nur schön lebendig“ ist. Eine solche Dissonanz wird das betreffende Kind irritieren können, da es ja keine (ab-)geklärte Interpretation und Spiegelung für sein eigenes Verhalten im Kindergarten bekommen kann (s. die häufig formulierte Aussage: „ich mach´ doch gar nichts“).

Ähnlich erleben die Kinder die entstehenden Schwierigkeiten zu anderen Kindern. Sie haben ja Freude am Spiel mit anderen, haben gelernt, das Spiel zu bestimmen; jüngere Kinder machen dies ja auch gern mit. Viele Kinder lassen sich von den als „lustig“ und „mutig“ erlebten „Hypies“ mitreißen; auch glauben die „Hypies“, die anderen würden das Spiel und die Unternehmungen genauso wie sie selbst als „fröhlich“ und „lustig“ erleben; allerdings merken sie dann nicht klar und rechtzeitig genug, wenn sich die anderen Kinder bereits gestört oder genervt fühlen. So können sie sich auch keinen Reim darauf machen, wenn die anderen Kinder nicht mehr mit ihnen spielen wollen. Noch im Erwachsenenalter ist es für Menschen mit ADHS sehr irritierend, wenn sie das Gefühl haben, nicht klar genug zu wissen, woran sie bei den Anderen sind!

Eskalation und zunehmende Selbststörungen im Schulalter

Markanter erfahren die Kinder dann im Schulalter, dass ihr (nachhaltig gelerntes und auf Wohlbefinden und auch mentale Wachheit gerichtetes) Verhalten von anderen Kindern und von den Erwachsenen (LehrerInnen und Eltern) als eine „Störung“ interpretiert wird. D.h. während die Kinder in den ersten Jahren ihr ADHS-Verhalten oft positiv bewerteten und anfangs auch entsprechend positive Resonanzen bekommen hatten, werden sie nun verstärkt verwirrt, weil die Anderen meinen, ihr Verhalten sei eine „Störung“. Und da die Kinder im frühen Schulalter noch zu abhängig sind, müssen sie neben ihrer Irritation doch auch glauben, die Erwachsenen hätten wohl recht, was aber ja diesbezüglich nicht stimmt und die Verwirrung erhöht.

Ruhig sitzen, sich anhaltend beschäftigen, zuhören oder sich den Anweisungen zu entsprechendem Verhalten anpassen, all das wird in den ersten Lebensjahren weniger geübt, gelingt auch weniger oder nur dann kurzfristig, wenn die Beschäftigung das eigene Interesse intensiv anspricht. So wird im Zusammenhang mit Frustrations- und Konditionierungsschwäche nachhaltig gelernt, dass

Selbstbestimmen „besser ist“ und als positiver erlebt wird als das Fremdbestimmtwerden. „Spaß machen“ wird als besser erlebt als Schularbeitenmachen; selbst reden ist besser als Zuhören; das Spiel selbst zu bestimmen, ist besser als sich (ohne hinreichende Motivation) einzufügen und warten müssen.

Natürlich geht das „Erlernen“ der hyperkinetischen Verhaltensweisen für die Kinder mit ADHS auch mit erheblichen Problemen für sie einher (s. Tab. 9):

Tab. 9: Lern- und Erfahrungsdefizite bei Kindern mit ADHS im Vorschulalter

- Die Kinder weichen den für sie „nicht interessanten“ Anforderungen zu rasch aus und können notwendige Frustrationstoleranz nicht hinreichend üben
- Sie haben zu Schulbeginn Defizite bzgl. der Fähigkeit, ihr Verhalten an gegebene Situationen hinreichend anzupassen, obwohl sie dies eigentlich möchten: sie können z.B. weniger gut warten als andere; können nicht hinreichend geduldig sein (vgl. Tab. 6)
- Sie haben vermutlich auch Defizite bzgl. der sog. „exekutiven Funktionen“ (s. o. Tab. 4) ebenso wie
- Defizite in der Eigenregulation bzgl. Erleben und Verhalten, z.B. unzureichende Modulation von Frustration und Gefühlen.

In diesen Lerndefiziten und in ihren vielfältig bedingten Irritationen über ihr widersprüchlich erscheinendes Verhalten liegen bereits vor Schulbeginn die eigentlichen „Störungen“ für die Kinder mit ADHS. Nur diesbezüglich können wir m. E. von „Störung“ sprechen. Diese Lern- und Erfahrungsdefizite werden für sie ebenso fatale Folgen haben wie auch die schon im Vorschulalter entwickelten Missverständnisse über die scheinbaren Widersprüchlichkeiten in ihrem Verhalten (vgl. dazu Tab. 3, oben und Tab. 12, unten).

Mit dem Schulbeginn wird das Verhalten der meisten Kinder mit ADHS meist deutlich auffälliger als im Kindergarten. Es bestehen erhöhte Anpassungsanforderungen und die Kinder müssen sich mit Inhalten beschäftigen, die häufig ihren Interessen nicht entsprechen. Auch müssen sie zunehmend länger still sitzen und erfahren so, dass sie deutlich weniger solche Verhaltensweisen praktizieren können, die ihnen in den ersten Jahren ihres Lebens tendenziell vermehrtes Wohlbefinden und Wachheit vermittelten und die in der Vorschulzeit teils noch positive Resonanzen einbrachten.

Die offiziellen und gegenwärtig gültigen Syndrom- und Symptombezeichnungen zum ADHS entstanden vor allem aus den Beobachtungen sowie aus der Diagnostik und Behandlung von Kindern mit ADHS **im Schulalter**.

Sie entstanden also aus dem Zusammentreffen von Kindern mit einer (ADHS-)spezifischen Entwicklungs- und Lerngeschichte einerseits und den schulischen Erwartungshaltungen bzw. mit den offiziellen Vorstellungen und Erfahrungen, wie man sich dort zu verhalten habe, andererseits. Aber die in dieser Arbeit dargestellte Lerngeschichte der Kinder und ihr Selbstbefinden wurde in die „offiziellen“ ADHS-Symptomlisten aus methodischen Gründen gar nicht aufgenommen. Sie spielen auch nach den offiziellen Diagnosekriterien keine primäre oder diagnostisch relevante Rolle (Tab. 10):

Tab. 10: Selbstbefinden und ADHS-Diagnosekriterien

- Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer werden (Zitat): „Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen“ (werden) für die (ADHS-)Diagnose nicht als maßgebliche Störungen angesehen“.
- In den Definitionskriterien der ICD-10 wird „niedriges Selbstwertgefühl“ als Folge der ADHS-Symptomatik definiert.
- Brown (2005, S. 40) schreibt, „die diagnostischen Kriterien für ADHS in der DSM-IV enthalten keine Items, die sich auf die Emotionen beziehen.“

Aber könnte es sein, dass zur Entwicklung von Diagnosekriterien für das Vorschulalter gerade das **Selbstbefinden** der betroffenen Kinder doch berücksichtigt werden muss?

Vorerst gelten für die Diagnostik die ADHS-Kernsymptome (Tab. 11) bzw. die ausführlicheren und operationalisierten Symptomlisten der ICD-10 bzw. der DSM-IV, die allerdings nach Barkley in den in Arbeit befindlichen Neufassungen signifikanten Überarbeitungen unterzogen werden (Barkley, 2008).

Tab. 11: ADHS-Kernsymptome im Schulalter

(zit. nach Bundesärztekammer; www.baek.de)

- „Störung der Aufmerksamkeit mit Mangel an Ausdauer bei Leistungsanforderungen
- Neigung, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht wurden
- Unruhiges Verhalten, insbesondere mit Unfähigkeit, stillsitzen zu können
- Impulsivität z. B. mit abrupten motorischen und / oder verbalen Aktionen, die nicht in den sozialen Kontext passen“.

Gemessen an den impliziten Erwartungen bzgl. „angemessenen“ schulischen Verhaltens umfassen diese „offiziellen“ ADHS-Verhaltensweisen indirekte Hinweise auf

unzureichende Anpassungs- und Selbstregulationsfähigkeiten der Kinder mit ADHS. In dieser Formulierung (Tab. 10) stellen sie operationalisierte Symptombeschreibungen dar und sind nach den gegenwärtigen Standardkonzeptionen durchaus nachvollziehbar. Aber sie lesen sich doch so, als seien die „Hypies“ eben die „Gestörten“, diejenigen, die „in ihrem Verhalten nicht richtig“ sind. Denn in diesen Formulierungen werden vor allem „Defizite“, „Störungen“ und „unangemessenes Verhalten“ benannt. Dies entspricht ja auch bisherigen empirischen Befunden, beispielsweise: „hinsichtlich ihrer exekutiven Funktionen, der Informationsverarbeitung und ihres Gedächtnisses schneiden sie (die Kinder mit ADHS) deutlich schlechter ab, als dies ihrem Intellekt nach der Fall sein sollte. Sie bleiben fast viermal so häufig sitzen und haben schlechtere Schulabschlüsse“ (Kretschmar, 2008).

ADHS-Verhalten ist auch ein Versuch, besser aufpassen zu können

Dass aber das auffällige Verhalten in der Schule auch ein erlernter und teilweise sogar von den Kindern als erfolgreich erlebter Versuch sein könnte, sich selbst in einen Zustand erhöhter Wachheit zu bringen, das kommt in den offiziellen Symptombeschreibungen nicht vor. Dies ist einer von weiteren wichtigen Gründen dafür, dass Kinder mit ADHS spätestens ab dem Schulalter erhebliche Störungen ihres Selbstbefindens bzw. -konzeptes erfahren, z.B.:

1. Die Kinder bemühen sich, sich hinreichend wach und aufmerksam zu machen, auch wenn dies nur partiell gelingt; dies Mühen wird oft nicht erkannt.
2. Das scheinbar widersprüchliche ADHS-Verhalten führt zu gravierenden Missverständnissen über die Kinder.
3. Die Kinder mit ADHS weisen vielfältige prosoziale Bereitschaften und Fähigkeiten auf, die zu häufig übersehen werden.

Zu 1: Die Kinder bemühen sich, sich hinreichend wach und aufmerksam zu machen.

Es gibt schon in der Grundschule besonders mutige Kinder, die ihre Lehrerin bitten, im Unterricht stehen zu dürfen, weil sie feststellten, dass sie dann „besser aufpassen können“. Und wenn man die Kinder fragt, wie sie sich fühlen, bevor ihnen in der Schule ihr „Klassenclown-Verhalten“ „passiert“, wie sie sich während dessen und wie sie sich danach fühlen, ergibt sich aus den Berichten immer wieder ein bemerkenswert ähnliches Muster:

Vorher fühlen sie sich „sehr müde, gelangweilt, wie ein Vulkan und sehr unwohl“; es entsteht ein Impuls, sich „unbedingt bewegen (zu) müssen“ oder die „Suche nach etwas Spaßigem“, nach „so etwas wie einem frischern

Gebirgsbach“. Dann entsteht dieses „Klassenclown-Verhalten“: etwas dazwischen rufen, ein Aufspringen, weil z.B. der benachbarten Schülerin das Radiergummi herunterfiel oder ein Spaß, andere zum Lachen bringen wollen, oft begleitet von eigenem Lachen. Dies sind Versuche, sich wach zu machen, wie dies auch bei Erwachsenen zu beobachten ist, die bei einer langweiligen Party zunehmend müde werden.

Und zugleich ist auch nachvollziehbar, dass die Reaktion der Lehrerin nicht so freundlich ausfallen kann, wenn es bereits die fünfte „Störung“ in der Stunde darstellt. Aber die Lehrerin weiß ja nicht, wie sich der Schüler befindet, und so kommt es zu ihrer ärgerlichen Reaktion. Da geht es dem Schüler dann nicht so gut. Aus seiner Innensicht würde er dann (meist leise und irritiert) sagen (wenn er diesen Prozess verstünde): „Ich mach´ doch gar nichts; ich wollte doch nur helfen; ich hab´ doch nur versucht, mich wach zu machen; so habe ich das früher immer gemacht; ich fühle mich ungerecht behandelt; die (Lehrerin) versteht auch gar nichts“. Manchmal wird er dann nach wiederholter Störung „auf den Flur!“ gesetzt. Auf die Frage, wie es ihm dort ginge, sagen die Meisten: „Herrlich – da ist es so schön ruhig“!

Hypies haben oft gute Gründe, sich als „ungerecht behandelt“ zu fühlen (!)

Wahrscheinlich ist es der hier dargestellte Ablauf, der dazu beiträgt, dass Schulkinder mit ADHS und auch noch die Erwachsenen mit ADHS so regelhaft davon berichten, dass sie sich in der Schule und auch zu Hause ungerecht behandelt fühl(t)en. Denn zumindest in den ersten Jahren bemühten sie sich in der Schule sehr, um hinreichend mitmachen und aufpassen zu können. Sie versuch(t)en dies zwar über ihr hyperkinetisches Verhalten; die notwendige Aufmerksamkeit und Konzentration gelang ihnen nur relativ kurzfristig oder nicht hinreichend. Aber aus ihrer Sicht bemühten sie sich. Sie haben / hatten ja auch keine andere Möglichkeit, die wirksamer gewesen wäre. Im Ergebnis jedoch werden bzw. wurden sie für die „Störungen“ dann beschuldigt, was die Selbstirritation verstärkt(e).

In meiner über dreißig-jährigen Arbeit mit hyperkinetischen Kindern taucht(e) als stabiles Muster immer wieder auf, dass die meisten Kinder mit ADHS etwa ab der 3. Klasse zunehmend depressiv oder aber oppositionell (oder beides) reagieren. Dies erscheint durchaus nachvollziehbar: denn wenn man mehrfach pro Tag erfährt, dass man so, wie man ist oder wie man sich verhält, nicht sein soll, dann hat man allen Grund für solche Reaktionen. Und depressive wie oppositionelle Reaktionen kann man

schon als Anzeichen dafür bewerten, dass sich die Kinder bereits als ausgegrenzt erleben.

Zu 2.: Die widersprüchlich erscheinenden ADHS-Verhaltensweisen führen zu gravierenden Missverständnissen über das Verhalten der Kinder.

Ein weiterer Grund für die Beeinträchtigung von Selbstfinden und –konzept resultiert aus dem widersprüchlich erscheinenden ADHS-Verhalten und den nachfolgenden Missverständnissen. Einige der scheinbaren Widersprüchlichkeiten wurden bereits oben im Zusammenhang mit Tab. 4 besprochen. Da sie in ähnlicher Weise auch im Schulalter noch auftreten, werden sie in Tab. 12 wieder aufgenommen. Auch für das Kind selbst ist die widersprüchlich erscheinende Verhaltenssymptomatik selbst schon irritierend, ebenso wie seine ausgeprägten Stimmungs- und Befindensschwankungen

Tab. 12: Scheinbare Widersprüchlichkeiten im Verhalten von Kindern mit ADHS

- Häufige Unaufmerksamkeit einerseits und Hochkonzentration bei Beschäftigungen, die von eigenen Interessen getragen werden, andererseits
- Die Kinder können selbst sehr viel reden, aber nicht zuhören
- Sie leiden unter Lärm Anderer, machen aber selbst viel Lärm
- Viele Kinder mit ADHS sind intelligent und vergessen / überhören doch immer wieder alle geduldig wiederholten Anweisungen
- Sie sind hochsensibel bei Kritik, nicht aber, wenn sie andere kritisieren
- Alle (Schul-)Aufgaben seien in ihrer Einschätzung „puppig“, aber ihre Schulleistungen sind meist unter dem Begabungsniveau
- Sie signalisieren den Wunsch nach festen, klaren Regeln und Strukturen und lehnen sich zugleich meist gegen fremd-bestimmende Regeln auf
- Sie suchen „Action“, unterschätzen Gefahren und Risiken und zeigen andererseits höchste (Angst-)Erregung z.B. bei Spinnen oder Blutentnahmen
- Sie „explodieren“ bei Fremd-Anforderungen und können fürsorglich Zuhören, z.B., wenn Andere Kummer haben.

Die meisten dieser scheinbaren Widersprüche lassen sich auflösen:

Immer, wenn die Motivation für eine Tätigkeit oder für eine Aufgabenerledigung stimmt, sind die Kinder aufmerksamer und konzentrierter; nicht aber, wenn die Motivation nicht stimmt. In gleicher Weise: wenn für die „Hypies“ etwas „wichtig“ oder „spannend“ ist, erinnern

sie sich an dies viel leichter als an Ereignisse oder Informationen, die „normal“, „langweilig“ oder ermüdend sind, z.B. ungeliebte Hausaufgaben (s. dazu Wolff, 2008).

Viel reden macht sie wacher, während Zuhören müde macht und zu Unwohlsein führt. Ähnliches gilt bzgl. des Lärms: Lärm von Anderen aushalten zu müssen, ist hoch belastend, während der selbst gemachte Lärm eher mit einem Gefühl von Wachsein einhergeht.

„Hypies“ sind so enorm kritik-empfindlich, weil sie zu oft erfahren, dass sie so, wie sie sind, nicht sein sollen; sie bemühen sich doch so sehr, die Dinge richtig zu machen, aber sie wissen nicht, wie sie es besser machen könnten, und weil dies nicht gelingt, sind sie ja ohnehin schon von sich enttäuscht und frustriert. Besonders verletzt es sie, wenn „die Anderen“ dieses Bemühen nicht wahrnehmen, sondern kritisieren, solange sie es nicht verstehen. Ein 55-jähriger Pfleger berichtete in der Anamnesenerhebung weinend, wie verletzend es für ihn war, dass in der Grundschule (vor 46 Jahren) sein Bemühen nicht wahrgenommen wurde.

In diesem Zusammenhang lösen elterliche Grenzsetzungen für die Kinder mit ADHS meistens so heftigen Widerstand aus, weil das Grenzsetzen, nach dem die Kinder eigentlich suchen, erst annehmbar ist, wenn es zu ihrem Schutz (und nicht aus Ratlosigkeit oder Ärger) geschieht. Auch wehren sie sich dagegen, weil sie lernen, dass sie sich wohler fühlen, wenn sie tun, was Spaß macht, während sie sich unwohler fühlen, wenn sie tun, was verlangt wird, nämlich still sitzen, zuhören oder auf eine Aufgabe konzentrieren.

Schulaufgaben sind für Hypies anstrengend, langweilig, unaushaltbar und zu sehr ermüdend! So brauchen die Kinder „Action“ zum Wachmachen und zur „Befreiung“. Dass der Schulerfolg langfristig bedroht sein könnte, das wollen sie nicht glauben. Dazu leben sie zu sehr im Hier und Jetzt.

Resultierende Missverständnisse über das ADHS-Verhalten

Solange die Eltern und LehrerInnen diese Widersprüchlichkeiten noch nicht auflösen können, können sie diese den Kindern auch nicht verständlich machen. So entstehen bei Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen vielfältige Missverständnisse (Tab. 13) über die Kinder mit oft fatalen und – noch bei Erwachsenen mit ADHS – nachhaltigen Folgen für deren meist sehr irritiertes Selbstkonzept.

Tab. 13: Missverständnisse über das Verhalten von Schulkindern mit ADHS-Symptomatik

- „Er will uns ja nur provozieren!“
- „Er könnte, wenn er nur wollte!“
- „Nur wenn es ihn interessiert, gibt er sich Mühe!“
- „Er will ja nur Aufmerksamkeit!“
- „Er will sich einfach nicht anstrengen!“
- „Er ist unheimlich eifersüchtig auf seine Schwester!“

Diese Missverständnisse stellen in erster Linie ratlose und falsche Interpretationsversuche der Eltern oder LehrerInnen dar, weil sie die Komplexität des ADHS (noch) nicht verstehen. Aber sie führen zu gravierenden Verletzungen der Kinder mit langfristigen Folgen. Selbst viele der Mütter von erwachsenen ADHS-Patienten reagieren noch mit Erschütterung, wenn ihnen im Rahmen der Fremdanamnese und Syndromerläuterung ihre Missverständnisse über das Schulverhalten ihrer Kinder bewusst werden. Und die Erwachsenen mit ADHS haben diese fatalen Missverständnisse oft selbst übernommen.

Zu vergleichbaren Verletzungen führt auch, dass die prosozialen Kompetenzen zu oft übersehen werden (Tab. 14).

Zu 3.: Die Kinder mit ADHS zeigen ausgeprägte prosoziale Bereitschaften und Fähigkeiten, die jedoch zu häufig übersehen werden, weil das „Problemverhalten“ zu sehr im Vordergrund steht.

Tab. 14: Ausgeprägte, oft übersehene soziale Fähigkeiten und Bereitschaften

- Die Kinder werden als „charmant“, „humorvoll“, „liebenswert“ beschrieben (eher von Anderen, selten in der eigenen Familie)
- sie zeigen soziale Offenheit von klein auf, gehen auch interessiert, freundlich und angstfrei auf Fremde zu
- sie zeigen spontane, u.U. umsichtige Hilfsbereitschaft
- sie können einfühlsam, phantasievoll und geduldig kleinere Kinder beschäftigen
- sie werden zu Babysitter-Diensten gebeten (aber nicht in der eigenen Familie)
- sie zeigen spontanen Einsatz für ungerecht Behandelte und sie haben ein ausgeprägtes (UN-)Gerechtigkeitsgefühl
- in wohlmeinenden Einzelgesprächen können sie bereitwillig Einsicht in die Störqualität ihres beanspruchenden Verhaltens zeigen

So kann es nicht verwundern, wenn solche Kinder, die bis zum Jugendlichenalter keine ADHS-adäquate Diagnostik und Behandlung bekommen, zunehmend verzweifelt-oppositionell reagieren und immer schwerer zu erreichen sind. Und wie lange die resultierenden Selbst-

störungen nachwirken, ist regelmäßig aus der Arbeit mit Erwachsenen mit ADHS zu erfahren.

Ein vorläufiges Resümee:

Kinder mit ADHS werden in der öffentlichen Wahrnehmung zu häufig als „Störer“, als „Gestörte“ und als „schwierig“ gesehen. Über die offiziellen Beschreibungen und deren Terminologie (Leitlinien und die Stellungnahme der Bundesärztekammer, www.baek.de) wird diese Perspektive tendenziell verstärkt. Dies verhindert, die Binnensicht der Kinder und deren Bemühungen hinreichend wahrzunehmen und als einen Teil des Syndroms zu werten. Da aus dem Syndrom selbst und aus der „Störungsperspektive“ so erhebliche Belastungen für die Kinder und Erwachsenen mit ADHS bzgl. ihres Selbsterlebens und Selbstkonzeptes resultieren, habe ich die Hoffnung, dass die in dieser Arbeit vorgestellte Konzeption zu präventiv wirkenden Entlastungen führen kann, Entlastungen für die Eltern und die Kinder.

„Das spezifische Verhaltensmuster bei ADHS“

Aus dem hier dargestellten Verlauf des Selbstbefindens und dessen Beeinträchtigungen lassen sich Elemente eines „Spezifischen Verhaltensmusters bei ADHS“ für die Diagnostik des ADHS ableiten, die die „klassischen“ ADHS-Symptome ergänzen. Die weitere Erkundung und die kritische Diskussion des hier vorgelegten Ansatzes könnte in einen Beitrag zu genauerer Differentialdiagnostik münden.

Wesentliche Elemente dieses „spezifischen Verhaltensmusters bei ADHS“ erschließen sich aus der hier vorgelegten Arbeit:

Zentrale Elemente sind zunächst die sog. „klassischen“, operationalisierten, quasi die „basalen“ ADHS-Symptome (ICD-10 bzw. DSM-IV) mit den zur Zeit erarbeiteten Modifikationen in den künftigen Neuformulierungen ICD-11 bzw. DSM-V.

Die als syndromtypisch angesehenen ADHS-Verhaltensweisen kann man primär als Merkmale eines Abweichungsverhaltens im Schulalter ansehen. Wieweit sich aus der in dieser Arbeit formulierten Konzeption Symptomergänzungen ergeben könnten, ist noch nicht abzusehen. Zunächst müsste geklärt werden, ob sich aus den quasi „automatischen“, gelernten Impulsen zu hyperkinetischem Verhalten im Vorschulalter konsensuelle Definitionen ergänzender Symptome ableiten lassen.

Auf einer übergeordneten, abstrakteren Symptomebene stellt sich die (vor allem bei ADHS) regelhaft zu beobachtende Neigung zur Dominanz der Selbstbestim-

mung über die Fremdbestimmung. Sie entsteht m. E. und zumindest partiell aus der Lernerfahrung, dass das Befolgen von fremdbestimmenden Anweisungen regelhaft zu Verstärkung des „diffusen Unwohlseins“ führt und erweist sich auch noch im Jugendlichen- und Erwachsenenalter als ein Risikofaktor hinsichtlich der sozialen Integration(ssstörungen).

Ebenfalls auf übergeordnete Symptomebene stellt sich die „Chronizität“ als ein Element des „spezifischen Verhaltensmusters bei ADHS“ dar, also der Verlauf der ADHS-Symptomatik über den gesamten Lebenslauf, wenngleich mit alterstypischen Variationen.

Weiterhin hat sich aus meiner Sicht die „Situationsabhängigkeit“ der Ausprägung der ADHS-Symptomatik als diagnostisch zielführend dargestellt: in reiz- und stimulationsreichen Situationen, in denen vom Kind Verhaltensanpassung oder Aufgabenerledigung verlangt werden, ist die ADHS-Symptomatik typischerweise ausgeprägter als beispielsweise in ruhigen Spielsituationen. Der Ausprägungsgrad der ADHS-Symptomatik kann auch mit Situationsvariablen wie beispielsweise Müdigkeit, Erschöpfung oder Frustration kovariieren.

Auch sind die scheinbaren Widersprüchlichkeiten im Verhalten der Kinder mit ADHS und die oft daraus resultierenden Missverständnisse über ihr Verhalten einerseits diagnostisch relevante Elemente des „spezifischen Verhaltensmuster beim ADHS“ und andererseits kann deren Auflösung und Erläuterung zu erheblicher Entlastung für Kind und Eltern beitragen, insbesondere bzgl. des nachhaltigen Gefühls, sich als „ungerecht behandelt“ zu erfahren.

Schließlich spielen auch die dargestellten prosozialen Verhaltensmerkmale und Bereitschaften der Kinder in dem „spezifischen ADHS-Verhaltensmuster“ eine wichtige Rolle. Welche Bedeutung diese prosozialen Verhaltensmerkmale und Bereitschaften haben, bildet sich in dem Tatbestand ab, dass ein bemerkenswert großer Teil der Erwachsenen mit ADHS in psychosozialen Berufen tätig ist.

Dass diese prosozialen Verhaltensmerkmale und Bereitschaften im Kindes- und Schulalter zu häufig übersehen werden, führt im Erleben der Kinder zu Kränkungen und Resignationen und damit auch zu Verstärkungen der Selbststörungen.

Zusammenfassung

In einer vorangehenden Arbeit hatte ich aus neurobiologischen Forschungsbefunden und aus der klinischen Erfahrung mit Kindern und Erwachsenen mit ADHS die Hypothese abgeleitet, dass die ADHS-Symptomatik auf

der Basis einer genetischen Disposition zugleich auch bereits seit dem frühen Kindesalter nachhaltig erlernt wird. Das resultierende „implizite ADHS-Selbst“ werde dann quasi die „Quelle“, aus der das ADHS-Verhalten fortlaufend „gespeist“ werde, unterstützt von den Zuständen des Dopaminmangels und dem Selbstbefinden insofern, als das hyperkinetische Verhalten primär zu Wohlbefinden und verbesserter Wachheit führt.

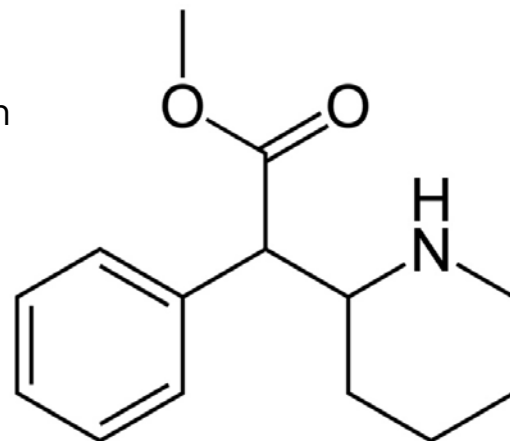
In der vorliegenden Arbeit beschreibe ich den Verlauf der ADHS-Symptomatik über das Vorschulalter ins Schulalter, indem ich mich schwerpunktmäßig auf die möglichen Beeinträchtigungen des Selbstbefindens und den daraus resultierenden Selbststörungen konzentriere. Beeinträchtigend wirken für das Kind einerseits Phasen des Dopaminmangels, vor allem dann aber die Missverständnisse der Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen über das für sie so komplexe und weitgehend rätselhafte ADHS-Verhalten. So ist das ADHS-Verhalten beispielsweise durch eine Reihe scheinbarer Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet, weiterhin durch sehr unterschiedliche Ausprägung der Symptome in Abhängigkeit von verschiedenen Situationsfaktoren und auch dadurch, dass es so schwierig ist, die Kinder mit ADHS pädagogisch wirksam zu führen. Diese Schwierigkeiten werden auflösbar und verstehbar, wenn man das ADHS-Verhalten aus der Erlebensperspektive der Kinder und aus ihrer Lerngeschichte beleuchtet.

Literatur:

- Barkley, R (2008) Vortrag, 3.9.2008, Berlin
- Brown TE (2005) Attention Deficit Disorder - The unfocused mind in children and adults. Yale University Press, New Haven London
- Bundesärztekammer (2006) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)- Langfassung (www.baek.de)
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto
- Krause J., Krause KH (2005) ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart, New York
- Kretschmar A. (2008) Emotionale Befindlichkeit als neue Dimension der ADHS-Therapie. Beilage zu Heft 1, Kinder- und Jugendmedizin, 2-3
- Laucht M (2005) Haben Kinder mit frühkindlichen Regulationsproblemen ein erhöhtes ADHS-Risiko? Kinderärztliche Praxis, Sonderheft „ADHS“, Nr 3:9-11
- LeDoux JE (2002) Synaptic Self: How our brains become who we are. Viking Penguin, New York
- Papousek M. (2005) Vortrag Hildesheim
- Spitzer M. (2004) Selbstbestimmen. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg
- Spitzer M. (2007) Lernen. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg
- Wender P. (1973) Das hyperaktive Kind. Oxford University Press, New York
- Wurmser H (2005) Frühe Prädiktoren für die Entstehung einer Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung. Kinderärztliche Praxis, Sonderheft ADHS, Nr. 3:4-8
- Wolff G (2008) Die Bedeutung der Selbststörungen bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS. Neue Akzente, 80:6-10.

Dr. Georg Wolff, Dipl.-Psych.
Aschendorferstr. 13
30539 Hannover
georg.wolff@arcor.de

Management zur Reduzierung der Nebenwirkungen von Methylphenidat bei der Therapie des ADHS



Für die Behandlung einer ausgeprägten AD(H)S-Problematik ist die Einbindung von Methylphenidat in ein multimodal und individuell ausgerichtetes Therapieschema oft unumgänglich. Nicht wenige Therapeuten und Eltern entwickeln meist unberechtigt große Vorbehalte wegen der häufig und überall beschriebenen Nebenwirkungen dieses Medikamentes. Vor allem befürchten sie, dass es süchtig macht. Das kann und muss eindeutig verneint werden, wenn es unter professioneller Anleitung einem Betroffenen mit AD(H)S verordnet wird. Das Gegenteil

ist der Fall! Eine möglichst frühzeitige und verhaltenstherapeutisch begleitete Therapie mit Einbeziehung der Eltern als Coach verhindert bei regelmäßiger Gabe dieses Medikamentes sogar die Ausbildung einer Sucht mit legalen und illegalen Drogen. Vorzeitige The-

Dr. Helga Simchen
Kinderarzt,
Kinderneurologe,
Kinder- und
Jugendpsychiater,
Psychotherapie,
Verhaltenstherapie,
Familientherapie



rapieabbrüche wirken sich hierbei besonders negativ für die Behandlung einer ausgeprägten AD(H)S-Problematik ist die Einbindung von Methylphenidat in ein multimodal und individuell ausgerichtetes Therapieschema oft unumgänglich. Nicht wenige Therapeuten und Eltern entwickeln meist unberechtigt große Vorbehalte wegen der häufig und überall beschriebenen Nebenwirkungen dieses Medikamentes. Vor allem befürchten sie, dass es süchtig macht. Das kann und muss eindeutig verneint werden, wenn es unter professioneller Anleitung einem Betroffenen mit AD(H)S verordnet wird. Das Gegenteil ist der Fall! Eine möglichst frühzeitige und verhaltenstherapeutisch begleitete Therapie mit Einbeziehung der Eltern als Coach verhindert bei regelmäßiger Gabe dieses Medikamentes sogar die Ausbildung einer Sucht mit legalen und illegalen Drogen. Vorzeitige Therapieabbrüche wirken sich hierbei besonders negativ aus und sollten möglichst vermieden werden, denn sonst greifen Jugendliche gern zu den gefürchteten Drogen als Selbstbehandlung.

Auch die Sorge über die immer wieder genannten und befürchteten Organschäden an Leber und Nieren ist bei normaler Funktion dieser Organe und einer den Leitlinien angepassten Therapie nicht berechtigt. Das Methylphenidat wird nicht in der Leber verstoffwechselt, sondern dort nur an Bluteiweiß gebunden, um mit Hilfe des Blutkreislaufes in die kleinsten Blutgefäße (Kapillaren) des Gehirnes zu gelangen. Danach wird das Medikament nach ca. 4 Stunden bzw. 8 - 12 Stunden bei Retard-Präparaten durch die Nieren, und ohne deren aktives Zutun, fast vollständig ausgeschieden. Nur ein kleiner Rest von weniger als 1% der eingenommenen Medikamentendosis wird verstoffwechselt. Trotzdem sollten Leber- und Nierenwerte laborchemisch vor und während der Behandlung mit Methylphenidat untersucht werden. Übrigens verbessert reichliches Trinken die Medikamentenwirkung, weil dünnflüssiges Blut die kleinsten Gefäße im Gehirn besser und schneller passieren kann. Viele AD(H)S-Betroffene, besonders aber Kinder, übergehen ihr Durstgefühl, ihr Blut ist dickflüssiger. Deshalb wird auch bei der Blutbildkontrolle oft ein erhöhter Hämatokritwert gefunden, als ein Parameter für die Konzentration des Blutes.

Die folgenden, immer wieder genannten und auch möglichen Nebenwirkungen können weitgehend vermieden werden, wenn man beim Umgang mit dem Medikament folgendes beachtet, was ich in der Praxis der AD(H)S-Behandlung immer wieder nachweisen und erfolgreich praktizieren konnte.

1. Kopfschmerzen

Als Nebenwirkungen der Stimulanzientherapie sind sie meist Folge eines zu niedrigen Blutzuckerspiegels bei

zu geringer Nahrungszufuhr vor der Tabletteneinnahme. Methylphenidat stimuliert das Frontalhirn und einige mit ihm zusammenarbeitenden Basalganglien, was im Positronen-Emissions-Tomogramm eindeutig und sehr beeindruckend zu sehen ist. Wenn Teile des Gehirns verstärkt arbeiten, wird auch viel mehr an Blutzucker verbraucht. Unter der Stimulanzienwirkung fällt der Blutzuckerspiegel ab, wenn keine ausreichenden körpereigenen Reserven vorhanden sind. Diese befinden sich als Glykogen in der Leber und der Muskulatur. Bei zu geringer Nahrungsaufnahme und fehlenden Glykogenreserven kommt es unter Medikamentenwirkung zur Unterzuckerung (Hypoglykämie), die sich mit Kopfschmerzen, Müdigkeit (Gähnen), Blässe, Schwindel- oder Schwächegefühl und Zittrigkeit äußert. Deshalb sollte auf ausreichende Nahrungszufuhr vor jeder Einnahme von Stimulanzien geachtet werden. Kommt es dennoch zu Kopfschmerzen, sollten sobald als möglich oder besser sofort schnell verdauliche Kohlenhydrate, wie Traubenzucker, Bananen, glukosehaltige Fruchtsäfte, Süßigkeiten u.a. gegessen werden zum schnellen Ausgleich des Glukosemangels im Blut. Damit lassen sich die Kopfschmerzen und die übrigen Folgen der Unterzuckerung beseitigen, vorausgesetzt sie bestehen nicht schon über Stunden. Diese Art von Kopfschmerzen wird von den meisten als Druckgefühl im Stirnhirnbeereich beschrieben. Bestehen dagegen die Kopfschmerzen schon über einige Stunden auf Grund einer Hypoglykämie bei erhöhtem Glukoseverbrauch infolge Stimulanzienwirkung, dann haben sich bereits im Gehirn saure Stoffwechselzwischenprodukte gebildet, die nicht mehr so schnell beseitigt werden können. Es setzt dann infolge der medikamentös aktivierten Hirntätigkeit bei Glukosemangel ein Milchsäurestoffwechsel ein, dessen Zwischenprodukte intermittierend (vorübergehend) zum leichten Hirnödem führen. Dieses Hirnödem löst durch seinen Druck auf die Gehirnhäute (Meningen), die der eigentliche Ort der Schmerzempfindlichkeit im Gehirn sind, Kopfschmerzen aus.

Deshalb sollte auf eine ausreichende Nahrungsaufnahme während der Zeit der Stimulanzienwirkung geachtet werden. Lässt die Konzentration im Laufe des Schultvormittages trotz Methylphenidateinnahme gegen 11 Uhr nach, so sollte nicht gleich eine weitere Tablette eingenommen werden, sondern erst etwas gegessen oder zuckerhaltige Säfte getrunken werden. Viele Kinder und Jugendliche mit Stimulanzieinnahme vor Schulbeginn berichten: „Bemerke ich etwa nach der 4. Schulstunde ein Nachlassen der Konzentration, dann esse ich sofort. Danach kann ich mich wieder besser konzentrieren“.

Überhaupt kann bei zu niedrigem Blutzuckerspiegel das Methylphenidat nicht gut wirken, denn das Gehirn braucht Glukose, um arbeiten zu können. Hyperaktive Kinder verbrauchen schon wegen ihres großen Bewegungsdranges viel Glukose. Essen sie dann sowohl am Morgen

sehr wenig (keine Zeit, keine Aufforderung zum gemeinsamen Frühstück, keinen Appetit), als auch in der Schule aus den gleichen Gründen nichts oder viel zu wenig, kann es sehr schnell zur Hypoglykämie kommen. Diese sollte aber vermieden werden.

2. Erhöhung der Herzfrequenz (Tachykardie)

Die Therapie mit Methylphenidat sollte in langsam aufsteigender Dosierung erfolgen, einmal weil jeder seine individuelle optimale Dosierung benötigt und zum anderen weil eine sofortige Gabe einer für den Körper ungewohnten hohen Dosis zur vorübergehenden Beschleunigung der Herzfrequenz führen kann. Methylphenidat ist ein Stimulans, es regt den Nervus sympathicus an, der die Herzfrequenz erhöht und ein Gegenspieler des Nervus vagus ist, der die Herzfrequenz herunter reguliert. Beide Nervensysteme beeinflussen sich gegenseitig und sollten im Gleichgewicht bleiben. So kann vermieden werden, dass es zu Behandlungsbeginn durch zu schnelles Erhöhen der Dosis und bei besonderer Disposition (Veranlagung) zur Erhöhung der Herzfrequenz (Tachykardie) unter der Behandlung mit Methylphenidat kommt. Übrigens tritt diese Erscheinung nur zu Beginn der Behandlung auf, später stellt sich der Körper auf die Dosis ein. Auch nach einer längeren Therapiepause braucht die Dosis nicht mehr so langsam auftitriert (gesteigert) werden; sie wird in der vorher verabreichten Dosis meist gut toleriert.

Es sollte jedoch vor jeder Behandlung mit Methylphenidat eine Störung im Reizleitungssystem des Herzens mittels EKG und Abhören des Herzens ausgeschlossen werden. Vorsicht auch bei erhöhtem Blutdruck! Hier muss zuerst die Ursache gesucht werden. Meist ist er beim AD(H)S stressbedingt und lässt sich dann gut mit einem Betablocker normalisieren. Wenn er dann stabil im Normbereich liegt, kann unter regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle mit der Gabe von Methylphenidat begonnen werden. Beide Medikamente vertragen sich miteinander, aber sie beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Wirkungsstärke, was bei deren Dosis zu berücksichtigen ist.

Magen-Darmbeschwerden

Die gleiche anregende Wirkung wie auf das Herz-Kreislaufsystem kann Methylphenidat zu Behandlungsbeginn auch auf die Muskulatur des Magen-Darm-Traktes haben. Wird Methylphenidat auf nüchternen Magen oder nur nach Flüssigkeitszufuhr eingenommen, kann es zur verstärkten Magen-Darmperistaltik kommen, die als schmerzhaft empfunden wird. Auch hier wird die Magendarmmotorik über das sympathische Nervensystem angeregt, die durch den Vagusnerv, genau wie beim Herzen, herunterreguliert werden kann.

Durch eine ausreichende Nahrungsaufnahme vor der Tabletteneinnahme kann auch diese Nebenwirkung weitgehend vermieden werden, wobei das empfohlene Zeitintervall von einer Stunde zwischen Essen und Tabletteneinnahme in der Praxis des Schulalltages kaum einzuhalten ist. Meist müssen auch 10-20 Minuten ausreichen, als praxisrelevantes und realisierbares Zeitintervall. Die Gabe von Retardpräparaten ist hierbei von Vorteil.

Schlafstörungen

Wenn die Diagnose ADHS stimmt, dürften Stimulanzien bei den Betroffenen keine Schlafstörungen verursachen, wenn man folgendes beachtet:

Die Stimulanzien bewirken beim ADHS eine innere Ruhe mit verbesserten kognitiven Fähigkeiten und der Möglichkeit der „Gedankenausrichtung“. Wenn aber die Wirkung der Stimulanzien nachlässt, kommt es infolge des Rebound(Rücklauf)-Effektes vermehrt zur inneren Unruhe mit „Einschießen“ vieler Gedanken, was dann erhebliche Einschlafprobleme bereiten kann. Da dieser Rebound-Effekt zu Beginn der Stimulanzienbehandlung besonders ausgeprägt und länger anhaltend ist, sollte zu Behandlungsbeginn unbedingt auf diese Nebenwirkung hingewiesen werden.

Später kann dann das Stimulans bei Patienten mit ADHS auch nach 16 Uhr verabreicht werden. So müssen z. B. viele Studenten, berufstätige Erwachsene, Gymnasiasten oder Schüler der höheren Klassen abends noch lernen. Sollte das Lernen effektiv sein, d.h. das Gelernte auch noch nach Tagen abrufbar sein, empfiehlt sich immer ein Lernen unter Stimulanzienwirkung. Diese stellen Botenstoffe bereit, die das Gelernte vom Arbeitsgedächtnis zum Langzeitgedächtnis transportieren, wo es gespeichert wird, um jederzeit wieder abrufbereit zu sein, entsprechend den vorhandenen Gedächtnisbahnen und den dazu erforderlichen Botenstoffen (Neurotransmitter). Inzwischen nehmen sehr viele Jugendliche und Erwachsene noch nach 16 Uhr Methylphenidat ein und klagen weder über Einschlaf- noch über Durchschlafprobleme. Sie müssen nur ihre Nachtruhe beginnen, bevor das Medikament aufhört zu wirken. Von den Betroffenen wird nicht selten zweimal täglich ein Retardpräparat eingenommen, etwa um 7 und um 15 Uhr.

Soweit meine Erfahrungen aus der Praxis, deren Nachprüfung ich allen empfehlen kann.

Eisensupplemente und ADHS

Die Hypothese, dass Eisenmangel ADHS-Symptome auslösen kann, ist nachvollziehbar auf der Tatsache, dass Eisen ein Co-Enzym der Dopamin- und Noradrenalin-synthese (Kofaktor der Tyrosin-Hydroxylase) ist und sich bei Ratten unter Eisenmangel die Dopaminrezeptordichte gewisser Hirnregionen ändert¹. Eine andere Hypothese hängt mit einer möglichen Blei-Überladung des Gehirns zusammen, welche sich unter Eisenmangel deutlich negativer auf die ADHS-Symptome auswirkt².



Dr. Eveline Breidenstein, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Ottenbach, Schweiz

Gemäß der Übersichtsarbeit von Grantham-McGregor et al. (2001³) scheint bei Eisenmangelanämie von über 2-jährigen Kindern der Zusammenhang zur Verbesserung der kognitiven Funktionen unter Eisensupplementen relativ klar zu sein (wobei sich aber die Schulleistung nicht verbessert), während bei nicht-anämischen Kindern die Faktenlage unklar bleibt: Bruner et al., 1996⁴ konnten bei nicht-anämischen adoleszenten Mädchen (mit einem Ferritinwert unter 12ug/l) in gewissen Untertests (verbales Lernen und Gedächtnis) Verbesserungen mit oralem Eisensulfat (2x 650mg (!)/ Tag) nachweisen wie auch Oski et al. (1983)⁵ in der Entwicklung bei Säuglingen (Ferritin <12ug/l) mit i.m.-Supplementation, während in anderen kleineren Studien dieser Effekt offenbar nicht nachweisbar war (Pollitt et al. 1985 and 1989, Soewondo et al. 1989 gemäss Grantham-Mc Gregors Review⁶). In einem anderen Review zur Supplementation war die IQ-Verbesserung unter Supplementen 1.5-2 Punkte auf einer

100-er Skala, v.a. aber bei anämien oder eisendefizienten Kindern⁷.

Einige Autoren konnten eine gehäufte Koinzidenz von tiefen Ferritinspiegeln und ADHS feststellen (Konofal, 2004⁸, Oner⁹), u.a. auch in Zusammenhang mit Restless legs und ADHS; andere konnten dies nicht bestätigen (Millichap et al 2006¹⁰; Antalis et al. 2006¹¹).

In den wenigen Arbeiten, die Eisensupplemente für ADHS getestet hatten, stellte sich eine Verbesserung der Verhaltenssymptome ein, die jedoch nur zum Teil objektiviert werden konnte. Eine offene Studie mit oralem Eisen (Sever, 1997¹²) zeigte eine Verbesserung im Eltern-, nicht jedoch im Lehrerrating; therapiert wurde unabhängig vom Ausgangsferritin.

In der offenen Schweizer Studie von Galli et al. 2007¹³ profitierten gemäß Elternfragebögen 24% der nicht-anämischen ADHS-Kinder mit einem Ferritinwert <50ug/l von einer 3- bis maximal 6-monatigen oralen Eisensupplementation (Maltofer); unter den Methylphenidat-therapierten wirkte das Medikament nach Eisensupplementen viel besser.

7 Sachdev HPS, Gera T and Nestel P; Effect of iron supplementation on mental and motor development in children: systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Nutrition* (2005), 8:117-132

8 Konofal E et al. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*; VOL: 158 (12); p. 1113-5 /200412/ Konofal E; Cortese S; Marchand M; Mouron MC; Arnulf I; Lecendreux M; Impact of restless legs syndrome and iron deficiency on attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Sleep medicine*; VOL: 8 (7-8); p. 711-5 /200711/

9 Oner O; Alkar OY; Oner P Relation of ferritin levels with symptom ratings and cognitive performance in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*; VOL: 50 (1); p. 40-4 /200802/

Oner P. Dirik EB; Taner Y; Caykoylu A; Anlar O Association between low serum ferritin and restless legs syndrome in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *The Tohoku journal of experimental medicine*; VOL: 213 (3); p. 269-76 /200711/

Oner P; Oner O Relationship of Ferritin to Symptom Ratings Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effect of Comorbidity. *Child Psychiatry Hum Dev* /20071229/

10 Millichap J.G., Yee M.M., Davidson S.I.; Serum Ferritin in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; *Pediatric Neurology* 34 March 2006, Pages 200-203 (n.a.)

11 Antalis CJ; Stevens LJ; Campbell M; Pzdro R; Ericson K; Burgess JR; Omega-3 fatty acid status in attention-deficit/hyperactivity disorder. Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids; VOL: 75 (4-5); p. 299-308 /2006 Oct/Nov/ n.a.

12 Sever Y, Ashkenazi A, Tyano S, Weizman A. Iron treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. A preliminary report. *Neuropsychobiology*. 1997;35(4):178-80. n.a.

13 Galli S., Giuliano S, Giger E., Hassink R.I.; Eisenmangelsyndrom – eine wichtige Differentialdiagnose und ein möglicher comorbider Grund für eine nicht effiziente medikamentöse Methylphenidat-Therapie bei Kindern mit ADHD. Z.E.N. Biel, 2008; publiziert im Newsletter der SFG-ADHS 16

1 Erikson KM, Jones BC, Hess EJ, Zhang Q, Beard JL. Iron deficiency decreases dopamine D1 and D2 receptors in rat brain. *Pharmacol Biochem Behav*. 2001;69:409-418.

2 Konofal E. and Cortese S. Lead and Neuroprotection by Iron in ADHD. *Environ Health Perspect*. 2007 August; 115(8): A398-A399. doi: 10.1289/ehp.10304.

www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17687422#id325902

3 Grantham-Mc Gregor S., Ani C; *J. Nutr*. 131: S:649-668, 2001

4 Bruner AB, Joffe A, Duggan AK, Casella JF, Brandt J. Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in non-anaemic iron-deficient adolescent girls. *Lancet*. 1996 Oct 12;348(9033):992-6.

5 Oski FA, Honig AS, Helu B, Howanitz P. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron-deficient infants. *Pediatrics*. 1983 Jun;71(6):877-80. n.a.

6 Grantham-Mc Gregor S, Ani C. A review of studies on the effects of iron deficiency on cognitive development in children. *J. Nutr*. 131: 649-668S, 2001

Die einzige doppelblind, placebokontrollierte Studie zum Thema führten Konofal et al. (2008¹⁴) durch: Gemäss ihren Ergebnissen besserte bei 5- bis 8-jährigen ADHS-Kindern mit einem Ferritinwert $\leq 30\mu\text{g/l}$ nach 12 Wochen Tardyferon (80mg/Tag, oral) die ADHD-Rating Scale (bzw. die Subskalen „Unaufmerksamkeit“ und „Hyperaktivität/ Impulsivität“) signifikant im Vergleich zu Placebo; die Eltern- und Lehrer-Connersscalen veränderten sich nicht.

¹⁴ Konofal E; Lecendreux M; Deron J; Marchand M; Cortese S; Zaim M; Mouren MC; Arnulf I; Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. Pediatric neurology; VOL: 38 (1); p. 20-6 /200801/

Da ist auf jeden Fall noch einiges an Forschungsarbeit zu leisten, um uns mehr Informationen über diese Behandlungsmöglichkeit für ADHS zu geben. Im Sinne der „Eisenzentren“ das ADHS einfach als alleiniges Eisenmangelsyndrom zu bezeichnen, ist sicher aber falsch. In der Zwischenzeit, bis wir hoffentlich irgendwann einmal mehr wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verfügung haben, handhabe ich persönlich die Dinge pragmatisch: Ich lasse häufiger den Ferritin Spiegel messen, behandle großzügig oral mit Maltofer oder Ferrascorbin über 3 Monate und evaluiere den Therapieversuch kritisch.

Dr. med. Eveline Breidenstein
Affolternstr.21
8913 Ottenbach
Tel.: 044 761 25 06
eveline.breidenstein@bluewin.ch

Traumabehandlung durch EMDR

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Was der Begriff „EMDR“ ausgeschrieben heißt, seht ihr in der Überschrift. Aber wie wird EMDR durchgeführt? Was ist ein Trauma? Was hat das alles mit AD(H)S zu tun? Das wird nun unter den Punkten 1. bis 3. abgehandelt. Fangt einfach da an, wo Ihr am meisten Interesse habt.

1. EMDR

wurde „erfunden“ von Francine Shapiro. Von ihr ist in Deutschland ein gutes Fachbuch dazu erhältlich: „EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz“ erschienen 2003 im Junfermann Verlag Paderborn.

Es wird so durchgeführt: Klassischerweise bewegt der Therapeut den Finger vor den Augen von rechts nach links, wobei man nur mit den Augen folgt. Es gibt aber auch andere Möglichkeiten, wie z.B. einem Lichtpunkt auf einer Platte zu folgen, der aussieht wie aus „Knight

Rider“; das Tippen auf passende Körperteile oder Fingerschnipsen und andere Geräusche, welche von rechts nach links wechseln. Wahlweise können auch Töne per Kopfhörer abwechselnd auf die Ohren gegeben werden.

Aussuchen sollte man die Art und Weise der Durchführung, wie es einem am besten schmeckt. In allen Fällen geht es primär darum, dass man von einer Seite zur anderen Seite wechselt. („bilaterale Stimulation“ nennt man das auch)

Der Patient folgt dem rhythmischen hin und her von Links nach Rechts. Hierbei sollen beide Gehirnhälften „synchronisiert“ werden. Es geht dabei in keiner Weise um Manipulation. Man versucht nicht Bewusstseinszustände zu verändern, sondern eine Integration von Trauma und verbundenen Emotionen und Empfindungen zu erreichen.

Der Therapeut ist eine wichtige Person! Vor der Behand-

lung muss er den Patienten gut kennen lernen, indem er eine Anamnese, eine Befragung, durchführt. Dieser muss auch unbedingt vorab die Stabilität und innere Sicherheit des Patienten abschätzen. Ohne diese kann EMDR kontraindiziert sein. Zusammen mit dem Patienten legt er Behandlungsziele fest, so dass dieser in allen Phasen der Therapie seine Freiheit behält, selbstbestimmt bleibt.

Während der Behandlung wird er nach aufsteigenden Erinnerungen und Assoziationen, oft in Form von Bildern und Körperwahrnehmungen fragen. Dann wird er den Patienten ermutigen, diese nicht wegzuschieben: „Bleiben Sie dabei.“ Das ist noch nicht alles. Er muss versuchen, das so zu steuern, dass der Patient nicht von gar zu schlimmen Erinnerungen überfahren wird und dabei Schaden nimmt. Später wird er nach und nach dazu übergehen, immer weiter die Verarbeitung und Auflösung voran zu bringen. Das wird „Prozessieren“ genannt.

Erst wenn sich der Therapeut überzeugt hat, dass keine ernste Gefahr besteht, wird manchmal der Patient eingeladen, einen Teil der Behandlung mittels klopfen auf verschiedene Körperstellen oder Kopfhörer selber weiter zu führen. EMDR ohne kundigen Therapeuten ist gefährlich. Besonders wenn dieser nichts über die Grundkonstitution des AD(H)S weiß.

Ist das denn alles Stand der ärztlichen Kunst? Aber sicher! Am 06.06.2006 wurde durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ ein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen verabschiedet (Dtsch. Ärzteblatt 2006). Also keine Psychosekte oder Schamanenkunst aus Märchenbüchern, sondern handfestes Werkzeug!

2. Trauma, was ist denn das?

Manchmal gibt es Gefühle und Empfindungen, die uns vor etwas warnen sollen. Das ist auch notwendig um sich zu schützen. Damals war das noch klipp und klar der böse Säbelzahntiger. Wenn ich erlebt habe, dass meine Mama von so einer gestreiften Miezekatze gefressen wurde, werde ich fortan beim Anblick jeder großen Katze heftige Angst, Herzklopfen, das Bedürfnis des Weglaufens oder wahlweise heftige Wut haben. Stress pur, anschließend drei Nächte schlaflos aber lebensrettend.

Genau das sind die Reaktionen, die nach einem Trauma auftreten, wenn ich nur an einen Mistkerl denke, der meine Liebsten oder mich gedemütigt und verletzt hat. Das kann einen begleiten. Einen solchen Dauererregungszustand nennt man „Hyper-Arousal“. Dazu gehört auch: Das Selbstwertgefühl ist am Boden, die Hormone spielen verrückt, Seele, Psyche, Körper und Geist springen aus der Bahn.

Der psychiatrische Begriff dazu ist „PTBS“, „Post-Traumatische-Belastungs-Störung“. So mancher Täter nutzt bewusst oder unbewusst diese Situationen für eigene Belange und richtet dabei oft zusätzlich schweren Schaden an. Das macht schon der Tiger, weil seine Beute dann vor Schreck wie gelähmt wird oder ihm kopflos vor das Maul läuft. Das machen aber auch Täter im Mobbing. Der Mensch ist als Raubtier echt clever.

Weitere Hinweise auf eine Traumatisierung sind Alpträume und „Flashbacks“, überfallartige Erinnerungen an schlimme Situationen, die dann auch ein Arousal auslösen können, aber nicht müssen.

Später können lange vergessene Ereignisse durch einen Auslöser „Trigger“ wieder in den Vordergrund treten, manchmal Jahrzehnte später und die Situation erneut verschlimmern. Das nennt man Retraumatisierung.

Dumm ist es, wenn man keine Erinnerung mehr hat und dann gar nicht weiß, wo das auf einmal herkommt „Teilamnesie“. Das ist Teil des PTBS, umso mehr, je schlimmer das Ereignis und in je jüngerem Alter der Schaden eingetreten ist. An dieser Stelle ist einer der Ansatzpunkte des EMDR. Es kann die zurückliegenden Ereignisse mit den aktuellen „Triggern“ verbinden und bewusst machen. Wenn mir klar ist, was da soeben geschieht, ist das die halbe Miete.

Besonders schlimm ist, dass abgelaufene Traumata das Verhalten steuern, in einer dem Bewusstsein und dem Willen kaum zugänglichen Weise. Angst führt dann zu Vermeidungsstrategien von Orten oder Situationen. Wenn es Unigebäude sind oder der Betrieb, ist die Karriere passee. Bei Kindern und Jugendlichen kennen wir das bei Schulverweigerern. Wut aus einem lange zurückliegenden Trauma kann einen wohlmeinenden Menschen unvorbereitet treffen und einen sozialen Scherbenhaufen hinterlassen. Woher soll der auch wissen, dass er ohne zu wollen mit einer Bewegung oder Miene den Trigger gedrückt hat. Außer solchen Dingen können Orte, Situationen, Gerüche oder Geräusche triggern.

Das Arousal führt zu schweren Konzentrationsstörungen und häufig genug zu dauerhaften Körperschäden durch den damit verbundenen intensiven Stress.

Belastungsstörungen bleiben oft unerkannt. Betroffenen fällt es schwer, sie zu verbalisieren oder auszudrücken (speechless terror), was die Erkennung und Bearbeitung zusätzlich erschweren. Deren Auswirkungen familiär, sozial und gesundheitlich können gravierend sein. Vom Psychiatriekreislauf über Schulden, von dauerhafter Krankschreibung bis Verlust der Freunde können alle Lebensbereiche betroffen sein. Zusammen mit AD(H)S wird es besonders fatal, wie Ihr im nächsten Kapitel 3. sehen werdet.

3. Trauma, AD(H)S und Verhaltensstörung

Wenn der Tiger die Mama gefressen hat und du hast ihm dabei zugesehen, wird bei einer eventuellen PTBS die Diagnose leicht sein. Bei unseren Selbsthilfegruppenmitgliedern mit ihrem AD(H)S sieht das meistens anders aus.

Erst einmal ist es so, dass diese sich an viele Details aus der Vergangenheit gar nicht erinnern. Ein gering entwickeltes „biographisches Gedächtnis“ ist fast regelmäßig mit dem AD(H)S verbunden. Dazu kommt die Erinnerungsschwäche, die zur PTBS gehört.

Wie kommen sie aber zu unerkannten Traumata? Es ist so, dass sie durch ihre Impulsivität, wo „ruhig bleiben und Maul halten“ angesagt wäre, explodieren. Noch schlimmer ist Hypoaktivität in Situationen, in denen man sich wehren sollte. So sind sie schon als Kinder ideale Mobbingopfer. Nun schaukelt sich das hoch. Durch einen mobbingbedingten Lernprozess ändert sich das Verhalten. Flucht, Rückzug im Wechsel mit ungesteuerter Aggression machen keinen beliebter, sondern geben Anlass zu weiterer Ausgrenzung.

Durch ständige Wiederholung der Verletzungen entsteht über Jahre dann eine echte, eine „komplexe PTBS“, die schwer zu erkennen ist. Zum Glück geschieht das nicht jedem Menschen mit AD(H)S, aber vielen.

Man vermutet auch, dass das mit dem Entwicklungsstand des „Betriebssystems“ (psychische Grundkonstitution) und/oder sogar mit der vorhandenen „Hardware“ (Genetik) zu tun hat. Bei AD(H)S kann es an beiden Stellen ein Problem geben. Vor allem gibt es aber eine höhere Wahrscheinlichkeit ein Trauma zu erleiden, wie soeben erklärt wurde. Besonderen Dank gilt dem Engagement des Ehepaares Krause, welche in dem Standardwerk „ADHS im Erwachsenenalter“ zielgerichtet über Grundlagen der Symptomatologie, Neurobiologie, Genetik, Differenzialdiagnostik, Therapie und auch über die PTBS bei ADHS berichten:

„Eigene Erfahrungen sprechen jedoch dafür, dass aufgrund der primär vermehrt vulnerablen Persönlichkeit Betroffener Traumen bei diesem Personenkreis zu schweren Belastungsstörungen führen können. (...) Außerdem führt die gesteigerte Risikobereitschaft gehäuft zu Unfällen und anderen traumatischen Erlebnissen; diese Patienten wachsen in der Regel in Familien auf, in denen aufgrund genetischer Belastung mit erhöhter Impulsivität, niedrigem Sozialstatus und Substanzmissbrauch zu rechnen ist, was eine ungünstige Sozialisation bedingt. Somit ist nicht selten eine traumatische Dauerbelastung gegeben; Berichte vieler Patienten enthalten solche Schilderungen.“

(Krause/Krause: ADHS im Erwachsenenalter, 2009)

Bisher nicht untersucht wurde, ob einer der (bei

ADHS ganz normalen) Unrastzustände als Trigger wirken kann. Davon kann man nach den Erfahrungen aus unserer Gruppe ausgehen. Auch aus der Wissenschaft wird das gestützt. Unrast/Hyperaktivität ist biologisch identisch mit dem Hyperarousal. Bei der PTBS ist folgender Mechanismus bekannt: Das Herz gibt dem Gehirn die Meldung Druck und Schlagzahl sind hoch. Das Gehirn folgert: Gefahr! Arousal steigern! Ein Hinweis auf diesen Mechanismus ist die mittlerweile gut belegte Wirkung von Herzmedikamenten, den „Beta-Blockern“ bei der PTBS. Diese wirken zwar nur auf das Herz, unterbrechen aber die Rückkopplungsschleife.

Fassen wir noch mal zusammen: Menschen, besonders Kinder mit AD(H)S sind besonders gefährdet Dinge zu erleben, die eine PTBS auslösen können. Zudem sind sie aus biologischen Gründen (Hyperaktive Phasen, eingeschränktes biographisches Gedächtnis, häufige Neigung zu überschießender Angst) auch noch besonders anfällig eine PTBS zu entwickeln.

Daher: Die PTBS als lebenslangen Klotz am Bein zu verhindern ist der wichtigste Grund für eine frühe Prävention im Kindesalter.

Die (nur halbrichtige) Diagnose des Psychiaters beim Vorliegen einer PTBS war bei unseren Selbsthilfe-Gruppen-Mitgliedern meistens die einer Verhaltensstörung. Bei mittlerweile erwachsenen Leuten nennt sich das „Persönlichkeitsstörung“. Als Missverständnis ist das für die Betroffenen schlimm genug gewesen! Schlimmer noch ist, dass diese Verhaltensstörungen ohne Beseitigung der ursächlichen PTBS langfristig kaum beeinflussbar sind. Das dürfte einer der Gründe für die miserablen Langzeiterfolge von Verhaltenstherapien bei AD(H)S sein.

Selbst wenn das Trauma erkannt, die PTBS erfolgreich angegangen wäre, müssten dann neue Verhaltensmuster erlernt werden. Auf diesem Feld ist die VT (Verhaltenstherapie) an sich sehr erfolgreich, weniger aber, wenn AD(H)S vorliegt. Wir würden eine völlig andere Didaktik benötigen. Der Spruch: „Bei AD(H)S funktioniert kognitive Verhaltenstherapie nur in der Therapiestunde“- hat sich gar zu oft bewahrheitet. Das ist umso bedauerlicher als das Verfahren an sich sehr wertvoll ist. Die Hoffnung ist, mit besserer Diagnostik und weiteren Methoden wie Coaching, Theaterpädagogik und EMDR die Verhaltenstherapie nicht nur zu ergänzen, sondern auch besser als Stimme im Konzert wirken zu lassen.

Bei der Kombination von AD(H)S und PTBS kommt ein biologisches Problem hinzu. Das traumabedingte Arousal und ein AD(H)S-bedingter Unrastzustand können sich gegenseitig hochschaukeln. Wenn so ein Betriebsunfall auftritt steigert das die Triggerempfindlichkeit schlagartig, gleichzeitig scheint es, als ob das AD(H)S explodiere, das nach körperlicher und seelischer Verausgabung in schweren Erschöpfungszuständen endet. Es genügt also

im Extremfall eine übliche AD(H)S-bedingte Schwankung, um eine Retraumatisierung auszulösen. Die Zeit kann dann nicht immer heilen - im Gegenteil, es wird in solchen Fällen immer schlimmer.

Wahnhaftige Gedanken- und Verhaltensmuster sind bei einigen Mitgliedern unserer Selbsthilfe ein vorläufiger Endpunkt solch eines Teufelskreises gewesen. Das ist bisher kaum korrekt diagnostizierbar, kaum von einer „Psychose“ abgrenzbar. Ein Hinweis darauf könnte eine kurzfristige Besserung unter der Wirkdauer von Methylphenidat sein, die für wenige Stunden den Kreis unterbricht, das Grundproblem aber keineswegs beseitigt, im Gegenteil, nach Abklingen der Wirkung im „Rebound“ tritt der Teufel zum Tanz!

Auch die medikamentöse Behandlung des AD(H)S kann durch die oben geschilderten Probleme sehr kompliziert oder gar unmöglich werden. Häufig ist es so, dass im Laufe der Behandlung die Dosis an Methylphenidat deutlich gesteigert werden muss. Manchmal werden immer größere Mengen eines Antidepressivums hinzu gegeben, um den „Rebound“ abzufangen. Der ist ja so eine Schwankung des vegetativen Nervensystems mit biologisch gegebener Nähe zum Arousal.

So kann Medikation das Problem im Einzelfall verschlimmern. Auf alle Fälle ist bei steigendem Dosisbedarf äußerste Vorsicht geboten. Nach Dingen wie einer PTBS, einer Angststörung, aktuellem Mobbing oder anderen schwerwiegenden Belastungen muss gezielt gesucht werden. Wer derzeit dieses Problem mit der Medikation anschaulich in Vorträgen schildert ist Dr. Martin Winkler. Dieser versucht auch mit einer Variante des EMDR den Betroffenen Linderung zu verschaffen.

Coaching kann dabei helfen, rechtzeitig Gefahr zu wittern, um sie dann in Zusammenarbeit mit Coach, Arzt und ggfs. EMDR-Therapeut anzugehen. Schriftlich gibt es dazu bisher nichts Rechtes. Praktische Erfahrungen zeigen aber, dass eine PTBS häufig den Krankheitswert eines an sich durchaus handhabbaren AD(H)S ausmacht. In der Selbsthilfe fragen wir gezielt danach, um entscheidende „Kraftlecks“ zu finden. Streiflichter in den Büchern aus der Münsteraner Selbsthilfe, aufgeschrieben durch das Ehepaar Beerwerth, beleuchten Teile dieses Problems. Gegen die PTBS an sich kann weder Selbsthilfe noch Coaching etwas ausrichten.

Die komplizierte PTBS (ausgelöst durch fortwährendes Quälen, etwa durch dauernde Misshandlung oder Mobbing) ist mit Sicherheit nicht die einzige Ursache, die zu Verhaltensstörungen und chronischer Erschöpfung bei AD(H)S führt. Aber: Die verdeckte PTBS wird uns als Faktor bei der Entstehung und der Therapie von Verhaltens- und Beziehungsstörungen in den nächsten Jahren als Schwerpunkt beschäftigen. Nach den wachsenden Erfahrungen aus der Erwachsenenselbsthilfe erscheint das dringend geboten.

Die Vorbeugung sollte insbesondere bei therapeutischen Maßnahmen für Kinder mit AD(H)S berücksichtigt werden. Methylphenidat in Kombination mit wiederholtem Elterntraining ist derzeit das wertvollste Mittel zur Prophylaxe.

Vorsicht! Auch gut gemeinte therapeutische Maßnahmen im Rahmen der VT können den Schaden verschlimmern. Aus der Natur der PTBS erklärt sich, dass das nicht immer sofort auffällt. Viel Feingefühl ist also gefragt.

Im Zweifel: „Weniger ist Mehr.“

Dr. Walther Beerwerth, Leif-Partick Viola ■

Gedanken

„Die kleinen Sterne scheinen immer, während die große Sonne oft untergeht.“

(Arthur Evelyn Waugh, britischer Schriftsteller, 1903-1966)

„Die größte Sehenswürdigkeit, die es gibt, ist die Welt - sieh sie dir an.“

Kurt Tucholsky (1890-1935)

„Man darf die Wahrheit nicht mit der Mehrheit verwechseln.“

Jean Cocteau (franz. Schriftsteller, 1889-1963)

„Die Neugier steht immer an erster Stelle eines Problems, das gelöst werden will.“

Galileo Galilei (italienischer Physiker und Astronom, 1564-1642)

Was ist eigentlich Aufmerksamkeit?



Der Begriff der Aufmerksamkeit ist aus unserem Sprachgebrauch nicht mehr wegzudenken. Ganz selbstverständlich wird er im alltäglichen Umgang miteinander verwendet, und so scheint es, als gebe es ein allgemeines Verständnis davon, was mit diesem Begriff gemeint ist. Wie könnte man auch von einem Defizit an Aufmerksamkeit sprechen, wenn man keine Vorstellung hat, was darunter verstanden wird? Und wie könnte man von einem Kind fordern, seine Aufmerksamkeit auf eine Aufgabe zu richten und sich nicht ablenken zu lassen, wenn man nicht wüsste, was Aufmerksamkeit ist? Doch mit diesem Begriff scheint es sich ähnlich zu verhalten wie mit dem Begriff „Zeit“, von dem der Kirchenvater Augustinus einmal sagte, er wisse, was Zeit sei, wenn er nicht darüber nachdenke. Wenn er jedoch anfänge, darüber nachzudenken, werde es ihm immer unklarer.

Dass es sich um kein einfaches und klar definiertes Phänomen handelt, wird deutlich, wenn man liest, wie Lauth & Schlottke (2002) den Begriff anhand eines Aufgabenbeispiels erklären. Bei dieser Aufgabe handelt es sich um den Vergleich zwischen einer vorgegebenen Figur – der Zeichnung eines Schafs – und sechs weiteren Figuren von Schafen, die sich bis auf eine in je einem Detail von der vorgegebenen Figur unterscheiden. Für eine der Norm entsprechende Art der Aufmerksamkeit komme es nun darauf an, die vorgegebene Figur sowie die sechs anderen sorgfältig und systematisch abgleichend zu betrachten, um entweder durch Übereinstimmung in den Details oder durch Ausschluss aufgrund einer mangelnden Gemeinsamkeit die richtige Figur zu ermitteln, die in allen Details mit der vorgegebenen Figur übereinstimmt. Auf welche Detailmerkmale aber nun genau die Aufmerksamkeit gerichtet werden muss, und wie es dadurch möglich wird, die richtige Figur zu ermitteln, wird von den Autoren nicht gesagt.

Noch deutlicher wird die Schwammigkeit des Begriffs in der Formulierung von Engelkamp & Zim-

mer (2006): „Wo im Einzelfall Störungen als aufmerksamkeitsbezogen zu interpretieren sind, bleibt eine offene Frage, solange es für das Konstrukt der Aufmerksamkeit noch keine allgemein akzeptierte Definition und keine eindeutigen Indikatoren gibt.“ (S. 367)

Unter diesen Umständen verwundert es nicht, wenn die Suche nach der oder den Ursachen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung etwas in den Hintergrund gerückt ist, und von der Forschung Diagnostik und Behandlung rund um das Thema AD(H)S priorisiert werden.

Nun fällt bei der Diagnostik auf, dass sie zwar zunehmend verfeinert wird, das Problem aber, worin denn nun die „richtige“ Art der Aufmerksamkeit besteht, weiterhin nicht geklärt ist. Und nur beiläufig erwähnt wird ein Grundproblem der betroffenen Personen, insbesondere der Kinder: die Verständnisschwierigkeiten auch und gerade bei vermeintlich einfachen Anforderungen, ein Symptom, welches den Schlüssel zu einem besseren Verständnis des Verhaltens liefern könnte.

Einen Blick über das Fachgebiet hinaus wagten vor einigen Jahren der US-amerikanische Kindertherapeut Jeffrey Freed und die Journalistin Laurie Parsons, Mutter eines ADHS-Kindes, in ihrem Buch „Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders“. Sie verwiesen darin auf eine Studie zu Informationsverarbeitungsprozessen, die von den Psychologen MacLeod, Hunt & Mathews (1978), durchgeführt worden war. Diese unterschieden nach dem Ergebnis ihrer Untersuchungen zwei Gruppen von Personen anhand der Art, in der sie wahrnehmen und denken. In dieser Studie wurde den Teilnehmern an einem Monitor ein Satz präsentiert -z. B. „Plus ist über dem Stern“. Die Teilnehmer sollten nun per Knopfdruck signalisieren, wenn sie den Satz verstanden hatten. Anschließend wurde ihnen ein Bild gezeigt, auf dem sich ein Plus-Zeichen ent-

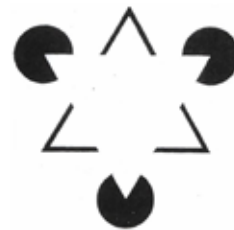
weder oberhalb oder unterhalb eines Sterns befand. Diesmal sollten die Teilnehmer per Knopfdruck bestätigen, ob das Bild mit dem Satz übereinstimmte. Es zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer deutlich schneller signalisiert hatte, den Satz verstanden zu haben, als eine Minderheit, die dafür nahezu eine Sekunde länger, also fast doppelt so lange wie die Mehrheit, gebraucht hatte. Diese kleinere Gruppe war dann aber deutlich schneller, als es darum ging, eine Übereinstimmung mit dem Satz und einem Bild festzustellen, während die Mehrheit für diese Bestätigung fast genauso lange gebraucht hatte wie zum „Verstehen“ des Satzes. Was also hatte die Mehrheit verstanden, wenn sie signalisierte, den Satz verstanden zu haben, dann aber doch noch einmal so viel Zeit benötigte, um eine Übereinstimmung festzustellen? Und was hatte die Minderheit verstanden, die dazu zunächst länger brauchte, dann aber sehr viel schneller eine (fehlende) Übereinstimmung erkannte? MacLeod et al. bezeichneten die Mehrheit ihrer Teilnehmer als verbale Kodierer, da diese offenbar Sprache schneller verarbeiten können. Die Minderheit bezeichneten sie als räumliche Kodierer, da sie annahmen, diese hätten den Satz im Kopf zuerst in ein Bild umwandeln müssen, um signalisieren zu können, dass sie ihn verstanden hatten. Und obwohl MacLeod et al. sicher waren, hier auf etwas Bedeutendes gestoßen zu sein, blieb ihre Untersuchung weitgehend unbeachtet, da sie keine plausible Erklärung anbieten konnten.

Acht Jahre später entdeckte die Mathematikdidaktikerin Inge Schwank, dass es bei den Menschen zwei Gruppen geben müsse, die sich darin unterscheiden, dass das Wissen bei ihnen auf unterschiedliche Weise in den Kopf kommt. Dieser Unterschied prägt sich aus in der Art, in der die Personen denken. Schwanks Beschreibung der Verhaltensweisen deckte sich weitgehend mit den Ergebnissen der amerikanischen Forscher. In weiteren Untersuchungen stellte sie schließlich fest, dass die Mehrheit ihrer Versuchsteilnehmer bei der Lösung von Aufgaben ihre Aufmerksamkeit auf die statischen Details richtete. Darunter sind die Eigenschaften zu verstehen, anhand derer man einen Gegenstand erkennt und ihn identifizieren kann, z. B. ein Ball ist rund, rot, aus Leder, usw. Solche Details werden sorgfältig und systematisch abgleichend untersucht und dabei wird ebenfalls darauf geachtet, in welcher Weise diese Details zueinander in Beziehung stehen. Schwank nannte diese Vorgehensweise deshalb die „prädikative Art logischen Denkens“. An der Beschreibung fällt auf, dass sie exakt derjenigen entspricht, die Lauth & Schlottke als „aufmerksames Verhalten“ bezeichnen.

Für die kleinere Gruppe stellte Schwank fest, dass diese Personen ihre Aufmerksamkeit nicht auf statische Details richten, sondern dass sie Prozesse beobachteten

und auf Wirkungsweisen achteten, um damit ebenfalls zu richtigen Lösungen zu kommen. Sie nannte diese Vorgehensweise die „funktionale Art logischen Denkens“.

Dreizehn Jahre nach Schwank kam ich durch Zufall zur selben Entdeckung. Ich hatte mehreren Erwachsenen – sowohl von AD(H)S betroffenen als auch nicht betroffenen Personen – eine Abbildung gezeigt und gefragt, was sie auf den ersten und was sie, bei längerer Betrachtung auf den zweiten Blick sehen würden. Die Abbildung zeigte eine der „Subjektiven Konturen“ von Gaetano Kanizsa (1955), das Kanizsa Dreieck. Der Zweck dieser Aktion war, dass ich erwartete, von den AD(H)S-Personen besonders kreative Antworten zu erhalten, da Kreativität ja als eine ihrer positiven Eigenschaften genannt wird.



Das Ergebnis fiel jedoch anders aus: Die kreativen Antworten kamen durchweg von den nicht betroffenen Personen: diese sahen zwei aufeinander liegende Dreiecke, einen Stern, eine Micky Maus oder ein Ziegenbockgesicht. Von den von AD(H)S betroffenen Personen antwortete eine, sie sehe „Kugeln, die von einem Dreieck eingedrückt werden“, dies sei aber eine optische Täuschung und es erinnere sie an eine Biologie-Unterrichtsstunde in ihrer Schulzeit.

Die Mehrheit der betroffenen Personen aber reagierte mit einer Gegenfrage: „Worum geht es dabei?“ „Was ist damit?“ „Worauf wollen Sie hinaus?“ (Wenn ich dies in meinen Vorträgen erzähle, lachen die Zuhörer: sie kennen dieses „ADS-typische“ Nachfragen, das vermeintlich nicht richtig Zuhören, das „wieder einmal etwas nicht verstanden oder nicht richtig hingeschaut zu haben“.)

Betrachtet man die Antworten aber genauer, dann fällt auf, dass die nicht betroffenen Personen in der von Lauth & Schlottke und der von Schwank als prädikativ beschriebenen Weise vorgegangen sind: sie hatten ihre Aufmerksamkeit auf die statischen Details der Abbildung gerichtet und diese zueinander in Beziehung gesetzt. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, denn so lässt sich aus den Details eine Figur wie beispielsweise ein Stern konstruieren. Setzt man sie in anderer Weise in Beziehung, könnten daraus auch eine Micky Maus oder ein Ziegenbock entstehen.

Die Antwort der AD(H)S-Person dagegen zeigt deutlich, dass sich hier die Aufmerksamkeit tatsächlich auf einen Prozess richtet, durch den eine Wirkung erzielt wird:

Gesehen wurden Kugeln, die von einem Dreieck eingedrückt werden. Da bewegte sich etwas, denn sonst hätten es auch Kugeln und ein Dreieck sein, nicht aber die Vorstellung entstehen können, hier würde von einem Dreieck auf dreidimensionale Kugeln solcherart eingewirkt, dass sie eingedrückt werden.

Wie aber lassen sich unter diesem Aspekt die Fragen der anderen ADHS-Personen interpretieren? Wonach fragten sie und welche Information fehlte ihnen, um diese doch offensichtlich einfache Frage zu beantworten? Oder sollte hier tatsächlich eine Wahrnehmungsstörung vorliegen, wurde aufgrund eines Defizits nicht genau genug hingeschaut?

An den Fragen fällt auf, dass sie sehr gezielt gestellt worden sind: alle Personen haben sich nach einem Zweck erkundigt: worum geht es bei dieser Aktion, was ist das Ziel? Diese Frage hatte sich keine der nicht betroffenen, „gesunden“ Personen gestellt – im Gegenteil waren sie sehr überrascht, als ich von ihnen wissen wollte, ob für sie der Zweck meiner Aktion eine Rolle gespielt habe. Nur eine dieser Personen meinte, ich hätte den Zweck doch genannt – ich hätte wissen wollen, was er auf den ersten Blick und was er auf den zweiten Blick sehen würde. Meine Nachfrage, ob er sich überlegt habe, was ich mit seinen Antworten denn nun anfangen wolle, wusste er nicht zu beantworten – diese Frage war ihm gar nicht in den Sinn gekommen. Für keine der nicht betroffenen „gesunden“ Personen war wichtig gewesen, zu wissen, worum es bei der Aktion geht. Ihnen hatte es genügt, die Details auf der Zeichnung erkannt zu haben, um auf die Frage antworten zu können.

Genau das aber war, was alle AD(H)S-Personen wissen wollten, wonach sie gefragt hatten und zwar spontan und ohne bewusst darauf zu reflektieren: was ist der Zweck? Übrigens hatten dies auch Hallowell und Ratey in ihrem Bestseller „Zwanghaft zerstreut“ bereits beschrieben: AD(H)S-Personen fragen immer nach dem Ziel.

Für die AD(H)S- Personen meiner Aktion war wichtig, ihren Zweck zu kennen, um eine passende Antwort zu geben. Den Grund für dieses Verhalten finden wir in der Antwort der Person, die eingedrückte Kugeln gesehen hatte: sie hatte ihre Antwort begründet mit der Erinnerung an eine Unterrichtsstunde in Biologie. Für sie war der Zweck der Aktion klar, sie hatte ihn spontan gesetzt, da ich ihn ja nicht genannt hatte: es geht um optische Täuschungen. Mit dem Setzen des Zwecks aber wurde ihr möglich, eine Antwort zu geben, bei der sich die Aufmerksamkeit auf einen Prozess und seine Wirkung richten ließ.

Vielleicht ist darin der eigentliche Grund für die Verständnisschwierigkeiten der von AD(H)S betroffenen Personen zu suchen: wir enthalten ihnen Informationen vor,

die sie jedoch benötigen, um ihre – andere – Art der Aufmerksamkeit auf Prozesse und Wirkungsweisen von Sachverhalten richten zu können. Die Orientierungslosigkeit dieser Personen und insbesondere der Kinder, ihre Verständnisprobleme könnten also ihre Ursache darin haben, dass bisher nicht erkannt wurde, dass es zwei Arten der Aufmerksamkeit gibt, wir aber nur eine als die allein richtige und normgerechte beurteilen.

In den Jahren von 2003 bis 2006 haben Frau Schwank und ich ein Projekt durchgeführt mit der Hypothese, dass von AD(H)S betroffene Kinder zur Gruppe der Personen mit einer funktionalen Art der Aufmerksamkeit gehören, einer Aufmerksamkeit, die sich nicht auf statische Details und Beziehungen, sondern auf Prozesse und Wirkungen richtet. Auch mit dieser Art der Aufmerksamkeit und des Denkens, das zeigen die Forschungsergebnisse von Schwank, kommt man zu richtigen Lösungen.

Das Ergebnis der Untersuchungen des Projekts stützt unsere Hypothese. Erwähnt wird es auf S. 30 auf der Internetseite:

http://www.ikm.uni-osnabrueck.de/aktivitaeten/dl/maschinenintelligenz_mathematisieren_dl.pdf

Wer mehr über die funktionale und prädikative Art logischen Denkens wissen möchte, dem sei das ebook „Kognitive Mathematik“ auf der homepage von Frau Prof. Schwank empfohlen. Es enthält neben einem Versuch mit zweijährigen Kindern auch mehrere Testaufgaben, die prädikativ und / oder funktional lösbar sind.

<http://www.ikm.uni-osnabrueck.de/mitglieder/schwank/schwank.html>

Elisabeth Dägling ■

Literatur

- Engelkamp, J., Zimmer, H.D. (2006). Lehrbuch der Kognitiven Psychologie. Göttingen. Hogrefe
- Freed, J. & Parsons, L.(1998) „Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders“.Frankfurt /Main campus concret
- Hallowell, E., Ratey, J.(1998): „Zwanghaft zerstreut – ADD – Die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein“, Reinbek, Rowohlt
- Kanizsa, G. (1955), „Margini quasi-percettivi in campi con stimolazione omogenea.“, Rivista di Psicologia 49 (1): 7–30
- Lauth G. & Schlottke, P. (2002). „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“, 5. Aufl. Weinheim, Beltz PVU
- MacLeod, C. Hunt, E. & Mathews, N. (1978) „Individual differences in the verification of sentence-picture relationships“. Journal of verbal Learning and verbal Behavior, 17, 493 –507
- Schwank, I. (1986) „Cognitive Structures of Algorithmic Thinking“ In: Proceedings of the 10th Conference for Psychology of Mathematics Education, University of London
- Schwank, I. (1998) ebook “Kognitive Mathematik“
- Schwank, Inge (2001): „Prädikative vs. funktionale Art logischen Denkens“, Beitrag auf der 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Didaktik der Mathematik
- Schwank, Inge (2003c): „Einführung in prädikatives und funktionales Denken“, Zentralblatt für Didaktik der Mathematik Vol. 35 (3), S. 70-78



Wie benutzt man ein ADHS-Gehirn?

Vielleicht sollten wir uns erst einmal klar machen, dass so ein ADHS-Gehirn anders arbeitet, nicht schlechter, aber anders und man braucht eine Art Gebrauchsanweisung, um seine Genialität zu nutzen. Ja, es hat wirklich geniale Fähigkeiten, die sich aber noch nicht jedem Besitzer erschlossen haben, aber das kann ja noch werden...

Also nun erst einmal zu den Schwierigkeiten bei der Nutzung des ADHS-Hirnes: es funktioniert nicht immer, wenn man es will und wenn man es braucht. So hat es die Eigenschaft, dass es besonders gut arbeitet, wenn es Spaß hat oder wenn eine sehr spannende Belohnung winkt. Dann kann dieses ADHS-Hirn zur wahren Hochform auflaufen und Berge versetzen. Es hat auch die Eigenschaft hyperfocussieren zu können. Damit ist gemeint, dass es sich unglaublich gut auf eine Tätigkeit konzentrieren kann, wenn diese erstrebenswert ist und sie sich im Fernrohrblick der eigenen Interessen befindet. Alles was dann in diesem Fernrohr erscheint, wird genau wahrgenommen, hochkonzentriert verarbeitet und die Zeit scheint dann wie im Flug zu vergehen. Einen solchen Zustand nennen wir Flow und er ist die wahre Kreativität. Während dieses Flows erfolgt eine ausschließliche Konzentrierung auf das angestrebte Ziel und die Welt drum herum kann sogar vergessen werden. Das kann so weit gehen, dass selbst Hunger, Durst oder Harndrang nicht mehr wahrgenommen werden. Auch Angehörige können sehr darunter leiden, wenn sie sich nicht mehr beachtet fühlen. In diesen Phasen kann das ADHS-Gehirn Höchstleistungen erbringen, nur leider sind diese nicht abrufbar, sondern sie passieren einfach, wenn die Aufmerksamkeit durch große Motivation und enormes Interesse gefesselt wird.

Ganz anders sieht es nun für Tätigkeiten aus, die keinen Spaß und keine Belohnung verheißen. Dann kann das ADHS-Hirn sich völlig verweigern und selbst kleine Verpflichtungen werden dann zum unüberwindbaren Hin-

dernis, weil es nicht in die Gänge kommt und die Arbeit erst gar nicht begonnen wird. Dies kann sich bis zu einer Denkblockade steigern. Das ist dann die Geschichte mit dem riesigen inneren Schweinhund und der Aufschieberitis. ADHS-ler beherrschen es leider oft in Perfektion Meister der Selbstausrufen zu sein und sich immer wieder vor unangenehmen Situationen zu drücken. Das schafft auf Dauer ziemlich Ärger mit den Mitmenschen, die nicht begeistert davon sind, immer wieder die unangenehmen Dinge tun zu müssen, während der ADHS-ler sich auf die Dinge konzentriert, die ihm Spannung verheißen. Auf diese Erklärung und Entschuldigung kann man nicht ein Leben lang zurückgreifen und es sichert einem auf Dauer nicht die Sympathien der Mitmenschen. Diese können nämlich nicht verstehen, warum der ADHS-ler kann, wenn er will, aber nicht kann, wenn ihm die Tätigkeit keinen Spaß macht oder sie nicht aufregend ist.

Man sollte ADHS also nicht als Ausrede benutzen, sondern an den eigenen Schwierigkeiten arbeiten und wachsen. Überhaupt ist es besser, wenn wir nicht von Schwierigkeiten reden, sondern von Herausforderungen!!!! Man kann ja im Leben immer etwas dazu lernen, damit es einem besser geht... lebenslanges Lernen nennt man das und es sei gut gegen Alzheimer. :-))

Also dann, was macht man mit eben diesen Erkenntnissen?

Zuerst diesen Floweffekt unbedingt nutzen, aber bitte vorher den nahe stehenden Mitmenschen eine Erklärung dazu geben, sich abmelden und diesen Flow zeitlich eingrenzen, denn man kann ja von den anderen nicht uneingeschränktes Verständnis dafür erwarten, dass man sich nur noch ausschließlich mit den eigenen Geistesblitzen beschäftigt. Wenn man diese Phase hat, sollte man versuchen, alles andere zurück zu stellen und diesen Zustand auszunutzen, indem man alle diese Geistesblitze schriftlich festhält. Das ADHS-Gehirn kann wirklich unglaubliche Einfälle haben, aber wenn man sie nicht schriftlich

festhält, sind sie genauso schnell wieder weg, wie sie gekommen sind. Und das ist dann ja ein Jammer. Irgendwann können sie durchaus auch aus der Tiefe des Universums auftauchen, nur weiß man nicht wann und ob und es kann sein, viel später, als man sie gebraucht hätte.

Also ganz wichtige Regel für das ADHS Gehirn: alles was einem an guten Gedanken kommt, sofort aufschreiben oder aufs Handy diktieren, sonst sind sie im Nirwana aller Möglichkeiten verschwunden. Das setzt Selbstdisziplin voraus und dass man immer bewaffnet ist mit Utensilien, die aber sowieso für einen ADHS-ler unentbehrlich sind: Stift, Notizblock oder Klebezettel, Handy oder Diktiergerät.

Jetzt kommt noch eine andere wichtige Eigenschaft des ADHS Gehirns hinzu, nämlich, dass es sich sehr oft langweilt und dann einfach spazieren geht. Viele kennen das sehr gut, dass sie in Besprechungen abschweifen und an etwas ganz anderes denken oder dass ihnen ein ganz toller Gedanke an der Ampel oder beim Spülen kommt, der eigentlich gar nicht dahin zu passen scheint. Ich nenne das dann „Gedanken ernten“. Es ist wirklich unglaublich, dass neben all dem Schrott, den ein ADHS Gehirn denkt und von dem es sich ablenken lässt, auch immer ganz tolle Ideen dabei sind. Diesem ADHS-Hirn fällt einfach in den unmöglichsten Situationen Sachen ein, seien es nun Banalitäten für den Einkaufszettel oder etwas, was man dringend erledigen müsste. Nur bitte hier gilt auch wieder, dass die Ernte dieser Gedanken sehr konsequent erfolgen muss und wieder schriftlicher oder elektronischer Aufzeichnung bedarf. Aber hierfür braucht man dann auch ein System, das nicht gerade die Stärke der ADHS-ler ist. Wir reden hier von guten, sinnvollen Gewohnheiten und Regeln, die das alltägliche Leben deutlich vereinfachen. So ist es ratsam, diese Zettel mit den tollen, wichtigen Gedanken, den Geistesblitzen, und z.B. was man noch zu erledigen hat, gleich aufzuschreiben und diese Zettel immer am selben Ort aufzubewahren. So kann man z.B. Klebezettel immer auf das Handy kleben und es ist ganz wichtig, dass diese abends oder immer zur selben Zeit abgearbeitet und bestimmten Projekten zugeordnet werden. Man muss sozusagen den Schnittstellentransfer schaffen, sonst müllt man sich mit wertlosen Zetteln. Wichtig ist immer daran zu denken, dass ADHS-ler meist kein Erkenntnis- sondern ein Umsetzungsproblem haben. Gute Gewohnheiten nutzen nur so lange etwas, solange man sie anwendet. Also, das bedeutet, dass die Einkaufsliste vervollständigt werden muss mit den Dingen, die auf dem Zettel stehen, der gute Einfall dem Projekt zugeordnet werden muss, zu dem er gehört und wenn man sich im Laufe des Tages daran erinnert hat, dass Tante Berta gerade übermorgen Geburtstag hat, dann muss auch die Besorgung des Geschenkes auf der „to do Liste“ des nächsten Tages stehen. Macht man diesen Job täglich und

konsequent, dann ist es wie mit einem Puzzle: man erntet nebenbei die Gedanken und Einfälle, ordnet die jeweiligen Puzzleteilchen den einzelnen Projekten zu und so können ganz tolle Puzzles nebenbei entstehen, ohne dass sie zu viel Anstrengung kosten.

Es geht also immer wieder darum, vom Chaos in eine Struktur zu kommen. Nur mit einer Struktur lässt sich konsequent an einem Projekt arbeiten. Wenn ihr Schreibtisch einer Müllhalde gleicht, werden sie ein Projekt deutlich schlechter umsetzen, als wenn sie all die Papiere Ordern oder Kästchen zugeordnet haben und sie wissen, wo Sie die Information finden, die sie zur Bearbeitung Ihres Projektes brauchen.

Andererseits ist es aber für einen ADHS-ler sehr schwer sich gezielt hinzusetzen, um über etwas nachzudenken, bzw. logisch und konsequent Gedanken oder Projekte zu Ende zu denken. Meist sind ADHS-ler die spontanen, kreativen Denker und gerade nicht die Analytiker, die ausgefeilt und brillant Projekte zu Ende bringen. So kann es für ADHS-ler sehr sinnvoll sein, sich mit solchen Analytikern zusammen zu tun, die so denken können. Aus der Kombination können dann „winning teams“ werden, wenn der eine die Ideen hat und der andere sie ausführt.

Aber leider bleiben auch diese langweiligen Pflichten, die täglich getan werden müssen. ADHS-ler können selbst nichtige Tätigkeiten als Schwerstarbeit erleben und Endlosdiskussionen über Sinn oder Unsinn dieser Tätigkeiten führen: nutzt aber nichts und je eher man diese unsäglichen Jobs erledigt, desto eher hat man wieder Spaß und Zeit für etwas Besseres. Je mehr man Energien in die Vermeidung von Pflichten steckt, desto mehr verdirbt man sich die Laune und es ist verschwendete Energie und Zeit. Am allerbesten ist es für ADHS-ler, sich selbst Belohnungen für die getane Arbeit in Aussicht zustellen. Hier gilt leider dieser ätzend langweilige Spruch: „erst die Arbeit und dann das Vergnügen“, statt alles bis auf den letzten Drücker aufzuschieben. Die meisten ADHS-ler sind engagierte Freiheitskämpfer, Berufsrevoluzzer und Weltverbesserer, die sich nicht bevormunden und durch Regeln einschränken lassen wollen. Sie hassen nichts mehr als tägliche Routine, langweilige Tätigkeiten und: „du musst und du sollst“. Selbst als Erwachsene sind diese Sätze einfach: „no go“, auch wenn man sie zu sich selbst sagt. Also ich verrate da einen Trick: statt sich selbst mit den nervenden Aufforderungssätzen zu motivieren wie: „du musst jetzt endlich“ ...sagen sie sich: „es ist besser für mich, wenn ich diese unangenehme Sache gleich erledige“ und stellen sie sich eine schöne Belohnung in Aussicht. Mit positiver Verstärkung geht es sowieso immer besser als mit Druck und Zwang und sei es auch der eigene. Und wie oft hat man denn in der Kindheit schon diese drohenden Sätze gehört: „wenn du jetzt nicht, dann...“

Ganz wichtig noch: fangen sie nicht mehrere Sachen

gleichzeitig an, springen Sie nicht von einer Tätigkeit zur anderen, denn es ist immer die Gefahr, dass Sie sich verzetteln. „Tue Dinge, die du anfängst konzentriert, richtig und führe sie zu Ende“ Dieser Merksatz ist wichtig, denn er ist ein Schlüssel zum Erfolg. ADHS-ler neigen leider dazu, Dinge nur bis zu 80% zu erledigen. Das schafft viel Unmut bei den anderen, die gerne Sachen vollständig abgeschlossen sehen wollen und die sich über Unvollendetes ärgern. So manche großartige Tat eines ADHS-lers macht er sich selbst damit wieder zunichte, dass er sie nicht bis zum Ende durchführt. Etwas nicht zu Ende bringen schafft somit Ärger, man gilt als unzuverlässig und verpeilt, und genau damit bleibt man unter den eigenen Möglichkeiten. Das heißt aber auch, dass man lernen muss sich nicht dauernd ablenken zu lassen. Auch das ist eine Besonderheit des ADHS Gehirns: wir nennen das Reizoffenheit. Das ADHS-Gehirn nimmt alle Informationen auf und es kann nicht wesentliche Informationen von unwesentlichen herausfiltern. Das führt dazu, dass viel zu viele Infos auf der Festplatte des Gehirns landen und das Gehirn nun nicht priorisieren kann, was bedeutet, dass es Schwierigkeiten damit hat zu unterscheiden, was wichtig und was unwichtig ist. Die meisten kennen das z.B.: beim Internetsurfen. Sie wollen eine bestimmte Info und dann finden sie hier und da etwas und landen schließlich ganz woanders und sie haben dabei ihr ursprüngliches Ziel völlig aus den Augen verloren.

Hier hilft auch nur aufschreiben oder sich laut vorsagen, was man als Ziel anvisiert hatte und dann bitte zwischendrin immer wieder überprüfen, ob man immer noch bei der Sache ist. Wenn man wenigstens wahrnimmt, dass man selbst wieder sprunghaft und abgelenkt war, dann kann man auch zu dem angestrebten Ziel zurück finden.

Es hilft, dass man sich die eigenen Ziele aufschreibt und sich auch selbst zwingt Entscheidungen zu treffen. Das ist oft für ADHS-ler schwer, weil sie selbst alles als gleich wichtig wahrnehmen. Es kann sie immer wieder unterstützen, wenn sie Probleme oder Entscheidungsprozesse aufschreiben. Man schreibt es sich von der Seele und vollzieht damit quasi einen Perspektivenwechsel. Das Chaos und die innere Zerrissenheit sind dann nicht mehr in mir drinnen, sondern ich kann das von mir Aufgeschriebene mit einem Abstand wie als Außenstehender betrachten und damit zu neuen Sichtweisen gelangen. Perspektivenwechsel hilft so den eigenen Standpunkt zu finden oder zu neuen Gesichtspunkten zu gelangen. Auch Tagebuch schreiben kann eine große Hilfe dabei sein, mich selbst auch mit all meinen Facetten und Stimmungswechseln zu reflektieren und Veränderungsprozesse in Gang zu setzen.


Wichtig ist es auch die Reizüberflutung in Grenzen zu halten. Ich hatte das mit der Reizoffenheit schon erklärt.

Je mehr Ablenkung und Reize da sind, desto mehr Informationen werden von dem ADHS-Gehirn aufgenommen und müssen bearbeitet und verarbeitet werden. Und jeder neue Reiz schafft auch mehr Ablenkung. Aus diesem Grund ist es auch nicht gut mehrere Sachen gleichzeitig zu tun oder zusätzlich Musik zu hören, fernzusehen oder Computer zu spielen. Informationsüberflutung kann zu seinem Datencrash auf der Gehirnfestplatte führen und chaotisches und sprunghaftes Denken weiter verstärken.

Das ADHS-Gehirn hat oft auch Schwierigkeiten mit dem Lernen. Gelerntes wird nicht so gut im Arbeitsspeicher verarbeitet und festgehalten. Das kann damit zusammenhängen, dass zu viel auch unwichtige Information vorhanden ist. Es ist leider so, dass der ADHS-ler gezwungen ist, mehr als andere nicht Betroffene zu lernen und vor allem zu wiederholen. Es ist dabei hilfreich das Gelernte sich laut vorzusagen und immer wieder zu rekapitulieren. Wichtig für Prüfungen ist ein Lernplan und ein konsequenter Arbeitsstil und am allerbesten auch Lernkontrollen zur Überprüfung wie gut der Stoff sitzt. Und hier gilt wieder: „Je langweiliger der Stoff, desto schwieriger ist er zu lernen.“

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass das ADHS-Gehirn durch seine Spontaneität und seiner Fähigkeit zur Hyperfocussierung erstaunliche Leistungen erbringen und tolle Ideen haben kann. In der Routine des Alltags können aber einfache Pflichten erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Der ADHS-ler kann so an Kleinigkeiten des Lebens scheitern, während er gleichzeitig zu großartigen Leistungen fähig ist. Eine wichtige Taktik zur Nutzung des ADHS-Gehirns ist das Aufschreiben und das Erstellen von Listen und das Festhalten von guten Einfällen, die bestimmten Projekten zugeordnet werden müssen. Ohne Zettel heißt verzetteln. Und bitte bei langweiligen Tätigkeiten nicht die Belohnungen vergessen, sonst springt das ADHS-Gehirn nicht an... viel Spaß bei der weiteren Benutzung und viel Erfolg!

Dr. Astrid Neuy-Bartmann ■



Wie man zu einer Tasse Kaffee kommt

„Mama, ich spring' vom Dach“, schluchzte Danny, als er wieder einmal mit einer Rüge wegen Herumkaspern und einem Sechser im Diktat von der Schule kam. Die Mutter, schon viel Kummer gewöhnt, jetzt aber geschockt, suchte sofort außerschulische Hilfe.

Das war vor vielen Jahren in Kalifornien. Ich war damals als klinische Psychologin an einem Universitätsinstitut tätig, das Pionierarbeit leistete für Kinder mit spezifischen Lern- und Verhaltensstörungen. Ein Team von Psychologen, Psychiatern, Förderlehrern und Sozialarbeitern diagnostizierte und behandelte die Kinder, beriet Eltern und Lehrer. Das Institut war gegründet worden von einer Nonne, die als Lehrerin erlebt hatte, daß Kinder oft Entwicklungsstörungen aufwiesen, die sie am Lernen hinderten und die vielfach von Eltern, Pädagogen und Ärzten verkannt wurden. Sie war überzeugt, hier kann man helfen; man muß für diese Kinder zurück zur phonologischen Methode und zum Einzelunterricht. Sie stellte sich vor, mit einem Kleinbus voller besonderem Lernmaterial von Schule zu Schule zu fahren und Kindern, die einer besonderen Förderung bedürfen zu helfen. Also suchte sie einen bekannten Unternehmer auf, um sich von ihm für ihr Ehrenamt einen Bus zu erbetteln. Als sie sein Haus verließ, hatte sie zwar keinen Bus, aber ein ganzes Haus. So überzeugend und engagiert hatte sie ihre Sache dargestellt !

Wenn ich heute gefragt werde, warum ich mich ein Berufsleben lang für diese Kinder und ihre Eltern engagiert habe und seit zwanzig Ruhestandsjahren weiter engagiere, dann läuft in meinem Kopf eine Art Kurzfilm ab.

Generationen einzelner Kinder und Mütter, oder auch Väter, ziehen an meinem geistigen Auge vorüber. Sie schildern, ähnlich wie bei Danny, endlose Versuche, zu ver-

stehen und Hilfe zu bekommen. Das Kind erscheint alles andere als dumm, es will lernen, es strengt sich an, es übt und übt, aber das Lesenlernen oder die Rechtschreibung oder das Rechnen, die Konzentration oder das Stillsitzen oder das Ordnunghalten wollen einfach nicht gelingen. Sie möchten geliebt und anerkannt sein, ecken aber überall an, werden abgelehnt, gehänselt, ausgeschlossen.

Danny, als er zum ersten Mal zu mir kam, rannte auf dem langen Flur im Zickzack vor mir her, stieß rechts und links Türen auf, eh rief etwas in den Raum und pff dazwischen wie eine Dampfklok. In meinem Zimmer angekommen, hatte er dreimal den ovalen Tisch umkreist, ein Fenster aufgestoßen und laut hinausgerufen, ehe ich die Tür hinter uns geschlossen hatte.

Seine Aufmerksamkeit galt allem möglichen im Zimmer, nur nicht mir. Konzentration war nicht zu erwarten. Testaufgaben wurden nur häppchenweise erledigt.

Die ersehnten guten Schulnoten solcher Kinder bleiben aus. Sie sind voller Ideen, aber unstet. Sie fühlen sich als Außenseiter und nicht liebenswert. Die Frustration wächst, auf allen Seiten: bei Eltern, Lehrern, Freunden und Nachbarn. Keiner weiß Rat. Ermahnungen und Strafen bleiben erfolglos. Geduld und Hoffnung gehen verloren. Wenn am Ende das Selbstvertrauen von Eltern und Lehrern am Boden liegt, der Arzt ratlos ist und das Kind nicht mehr leben möchte, dann muß und dann will man sich doch therapeutisch engagieren, auch über die rein berufliche Pflicht hinaus. Die Frage nach dem ‚Warum‘ ergibt sich gar nicht.

E i n Gutes am beruflichen wie am ehrenamtlichen Engagement ist, dass es einen veranlasst, mit der Zeit mitzugehen, Entwicklungen zu verfolgen, sich kundig zu machen. Von da her gesehen, hat mein Schnellfilm eine zweite Ebene.

Meine Berufs- und Ruhestandsjahre bewegen sich zwischen zwei ausgerufenen „Bildungskatastrophen“ mit entsprechenden Forderungen nach „Bildungsrefor-

men“. Als ich in den frühen Siebzigern mit den in Kalifornien gesammelten Spezialkenntnissen nach Deutschland zurückkam, wurde hier gerade die „Bildungskatastrophe“ ausgerufen. Die Sowjetunion hatte den ersten Satelliten,



Dr. Edith Klasen, Bayerns Sozialministerin Christine Hadertauer bei der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes

„Sputnik 1“, ins All geschossen. Diese scheinbare technische Überlegenheit löste Schockwellen aus, in den USA und in Europa. War es damals der „Sputnikschock“, so ist es heute der „PISA-schock“, der zu Zweifeln am deutschen Bildungssystem und zum Ruf nach Bildungsreform führt.

Mein Kurzfilm bringt auch Erinnerungen aus der Zeit der „ersten Bildungskatastrophe“: Schlagzeilen wie „Der Unsinn mit der Legasthenie“, „Kinder mit Pillen ruhiggestellt“, „Die Schulen sind ‚krank‘, nicht die Kinder“, „Wir haben keine Unterrichts- sondern Unterschichtsprobleme“, „Kann dem Zappelphilipp geholfen werden?“

Von solchen Anfängen her gesehen, ist der Fortschritt nicht zu übersehen, wenn er auch immer noch zu langsam zu wenig ist. Ich sehe mich, wie ich in Amerika in nebenberuflichen Universitätsseminaren meine Fortbildung absolviere. Psychologen und Lehrer dürfen dort nur mit Lizenzen praktizieren, die in bestimmten Zeitabständen zur Erneuerung anstehen. Diese erfolgt nur, wenn man nachweisen kann, daß man sich in einer vorgeschriebenen Anzahl von Stunden auf seinem Fachgebiet erfolgreich fortgebildet hat. Das hat zur Folge, daß wissenschaftliche Erkenntnisse, neuere rechtliche Regelungen usw. schneller in die Praxis umgesetzt werden. In Deutschland wird zwar heute auch kein Rektor mehr, wie ich es früher erlebt habe, Eltern raten: „Ein paar hinter die Löffel, dann wird das schon“. Eltern werden auch nicht mehr mit der Lehrermahnung „Üben, üben, üben“ abgespeist. Es fehlt

aber noch weitgehend an den schulischen Möglichkeiten.

Gab es früher kaum Fachwissen und keine praktische Hilfe, so gibt es heute, vor allem außerschulisch, eher schon ein Überangebot. ADHS, Hyperaktivität, Ritalin, Legasthenie, phonologische Bewußtheit sind Haushaltswörter geworden, hinter denen allerdings mehr oder weniger fundierte Kenntnisse stecken. Das hat zum Teil auch zu fragwürdigen Angeboten auf dem „Psychomarkt“ geführt. Es ist schwer geworden für Eltern, die Spreu vom Weizen zu trennen. Innerschulisch wird mit Binnendifferenzierung, Nachteilsausgleich und Förderunterricht abzu helfen versucht, aber noch ist der Bedarf größer als das Angebot, qualitativ wie quantitativ. Kinder haben heute rechtliche Ansprüche auf Bildung, auf Nachteilsausgleich und auf Hilfe zur gesellschaftlichen Eingliederung, aber die Voraussetzungskriterien sind eng gefaßt und die komplizierten Antragsverfahren führen nicht automatisch zur Bewilligung.

Es waren vor allem die vielen bürgerschaftlichen Aktionen mit ihren Ehrenämtern, die zum Fortschritt beigetragen haben. Es fällt auf, wie viele gemeinnützige Vereine zur Selbsthilfe in der Zeit der erwähnten „ersten Bildungskatastrophe“, also vor etwa 35 Jahren, entstanden. Sie gehen auf die ehrenamtliche Initiative vieler Einzelner zurück. Es ist dem unermüdlichen individuellen Einsatz von Eltern und Fachleuten zu verdanken, daß diese Vereine immer weiter gewachsen sind und heute ein wichtiges gemeinnütziges Element der Gesellschaft darstellen. Sie haben Kenntnisse gesammelt, die wissenschaftliche Forschung angetrieben, Öffentlichkeit bewirkt, Politiker beeinflußt, Versäumnisse aufgedeckt, Stellungnahmen und Gutachten erstellt, eigene Verbandszeitschriften herausgebracht und stehen mittlerweile Tausenden mit Rat und Tat zur Seite. Das gilt für den ADHS-Deutschland (bei dem ich schon in seiner frühen Entwicklung mitarbeiten konnte und heute Ehrenmitglied sein darf), das gilt für den Arbeitskreis Legasthenie Bayern e.V. (in dem ich seit seiner Gründung bis heute mitwirke) und das gilt für den Bundesverband Legasthenie e.V. sowie den Landesverband Legasthenie Bayern e.V. (in beiden war ich neben meiner Hauptberufstätigkeit viele Jahre ehrenamtlich aktiv).

Mein innerer Film zeigt auch, wie das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Initiative „Aufstieg durch Bildung“ in diesen Tagen vorantreibt und dabei als erstes Ziel die „Hilfe durch frühe Intervention“ angibt. Bedenkt man, welcher großer Anteil unserer Klein- und Schulkinder durch eigentlich behandelbare Lern- oder Verhaltensstörungen in ihrer Entwicklung immer noch behindert wird, dann kann man nur hoffen, dass die laut-

stark angestrebte Bildungsreform über Strukturveränderungen hinaus vor allem mehr persönliches, ehrenamtliches Mitwirken ermöglicht, nicht zuletzt etwa in der Form des stärkeren Engagements von Eltern in Kindertages-



Dr. Edith Klasen, Hadertauer bei der

stätten, Schulen und gemeinnützigen Vereinen. In die Zeit der „zweiten Bildungskatastrophe“ gehört schließlich auch noch die derzeit von der ARD und anderen Medien

propagierte „Woche des Ehrenamtes“. Von den „Helden des Alltags“ ist da die Rede, von den „Stillen im Lande“, die für die Gesellschaft unentbehrlich sind. Das ist richtig und deshalb sollte man sie vielleicht auch dann deutlicher herausheben, wenn nicht gerade „Bildungskatastrophe“ oder „Wirtschaftskrise“ herrschen?

Noch schöner als öffentliche Auszeichnung ist es, wenn nach Jahren ein „Danny“ anruft und fragt: „Darf ich Sie mal zu einer Tasse Kaffee einladen? Als Bub wurde ich zu Ihnen gebracht wegen meiner absolut fetzigen, herumschreienden, aggressiven, lauten und unstillen Art. Man konnte mich kaum mehr in die Schule prügeln. Ich sehe noch wie ich bei Ihnen Papier zerrissen und als Kugeln durchs Zimmer geschleudert habe, wie ich den Ausguss mit Wollfäden verstopfte, um das Wasser überlaufen zu sehen, wie ich die Stühle verquer übereinander stapelte und darauf herumbalancierte. Sie haben Beidhandübungen an der Wandtafel gemacht mit mir. Später habe ich viel gemalt, mit schwarzen Stiften, düstere Bilder mit ‚bösen‘ Menschen. Aber dann kamen auch bunte Pflanzen hinzu. Ich kam so gerne in die Therapie. Das war damals mein einziger Lichtblick. Heute bin ich eigenständiger Unternehmer. Das Geschäft läuft und ich fühle mich gut. Ich wollte mich nur mal bedanken“.

Dr. Edith Klasen ■

ADHS und SCHULE - Informationen vom zentralen-adhs-netz

Wie schon in den letzten Ausgaben der „neue AKZENTE“ berichtet, hat sich das zentrale-adhs-netz in Köln in den letzten Monaten dem Thema ADHS und Schule verstärkt angenommen.

Am 9. Juni fand in der Uniklinik Köln eine Pressekonferenz statt, auf der die Stellungnahmen der Kultusministerien der Länder zum Eckpunktepapier veröffentlicht wurden. Einen Überblick über die Stellungnahmen wird hier abgedruckt, die ausführlichen Antworten sind nachzulesen auf der Internetseite www.zentrales-adhs-netz.de. Obwohl ganz offensichtlich in vielen Bundesländern För-

dermöglichkeiten für Kinder mit ADHS bestehen, scheinen diese vor Ort kaum umgesetzt zu werden.

Deshalb möchten wir alle Eltern und Regionalgruppen vor Ort ermuntern, sich mit Hilfe der Stellungnahme ihres Kultusministers für die konkrete Umsetzung an ihrer Schule einzusetzen. Auch eine Diskussion in den „regionalen Netzen“ oder der eine oder andere Artikel in der örtlichen Presse können dazu beitragen, die Informationen über Förderungsmöglichkeiten an den Schulen zu verbessern. Die Pressemappe kann auf der Internetseite www.zentrales-adhs-netz.de jederzeit herunter geladen

werden und per Mail oder Post an die Ihnen bekannten Ansprechpartner bei den Zeitungen weitergegeben werden.

Um die Schulsituation für Kinder und Jugendliche mit ADHS zu verbessern ist es unbedingt notwendig, dass die Forderungen des zentralen-adhs-netzes von einer breiten Öffentlichkeit unterstützt werden.

In diesem Sinne hoffe ich auf viele Aktivitäten vor Ort!

Christiane Eich, Hamburg ■
(Arbeitsgruppe Schule des ZAN)



Förderung von ADHS-Kindern kann Lehrer und Schüler entlasten

zentrales adhs-netz

Die gesetzlichen Möglichkeiten zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in der Schule, die in vielen Bundesländern bestehen, werden vor Ort kaum umgesetzt. Das fördert dann die Auffälligkeiten, die mit ADHS einhergehen, überfordert Lehrer und beeinflusst alle Schülerinnen und Schüler. Deshalb setzt sich das zentrale adhs-netz für die frühzeitige gezielte Förderung ein.

Schüler, die die Diagnosekriterien für eine Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erfüllen, haben aufgrund ausgeprägter Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit besondere Probleme, den Anforderungen in den Schulen gerecht zu werden. Es fällt Ihnen schwer, sich während des Unterrichts auf ihre Aufgaben zu konzentrieren, Anweisungen der Lehrer nehmen sie nicht wahr, sie ermüden schnell und lassen sich von anderen Schülern leicht ablenken (Unaufmerksamkeit); sie stehen während des Unterrichtes mehrfach auf oder rutschen unruhig auf dem Stuhl hin und her, ständig fällt ihnen etwas zu Boden (Hyperaktivität); sie rufen impulsiv in die Klasse, beginnen Aufgaben bevor sie erklärt sind (Impulsivität). Nach aktuellen Studienergebnissen der Universität Köln zeigen nach Einschätzung der Lehrer mehr als ein Viertel aller Grundschüler zumindest einige Symptome von ADHS. Pädagogen sehen einen hohen Anteil von Kindern, die die Diagnose haben und haben daher einen hohen Beratungs-, Fortbildungs- und Unterstützungsbedarf.

Die Schule ist ein zentraler Lebensbereich des Kindes, ADHS stellt also eine große Herausforderung im pädagogischen Alltag dar.

Das bundesweit agierende zentrale adhs-netz wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aufgebaut und hat zum Ziel, die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) zu verbessern. Dies bedeutet vor allem die Förderung, Bestimmung und Optimierung der Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS.

Vor diesem Hintergrund hat sich das zentrale adhs-netz die Aufgabe gestellt, in einer Arbeitsgruppe Eckpunkte zu ADHS und Schule zu erarbeiten. In diesen Eckpunkten wird vor allem auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass die Schule Schülern mit ADHS angemessene Fördermöglichkeiten zur Verfügung stellt und die Einschränkungen, die sie aufgrund der ADHS-Problematik haben, durch entsprechende Regelungen reduziert (Nachteilsausgleich) sowie die Fortbildung der Lehrer in diesem Bereich verbessert. Das zentrale adhs-netz hat daher auch auf seiner Website einen Bereich für Pädagogen eingerichtet, der spezifische Informationen enthält.

Das Eckpunktepapier haben wir den Kultusministerien zur Kenntnis gegeben und diese um Stellungnahme gebeten. 14 von 16 Bundesländern haben bislang darauf differenzierte Stellungnahmen abgegeben. Insgesamt lässt sich feststellen, dass auf der Grundlage der in den Ländern gültigen Verordnungen, Förderungen prinzipi-

ell möglich sind. In einzelnen Bundesländern sind zudem Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs vorgesehen. Wie Rückmeldungen aus dem schulischen Alltag zeigen, sind diese Fördermöglichkeiten nur in Ansätzen realisiert. Und auch die Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs werden kaum angewandt. Zu den Ursachen zählt sicher, dass die Konzepte hierzu nicht ausreichend ausgearbeitet sind und die Problematik sowie der Umgang mit ADHS in der Fortbildung der Lehrer nicht genügend Beachtung findet.

Daher fordern wir

1. auf wissenschaftlicher Ebene
 - die Ausarbeitung, Erprobung und Evaluation von umsetzbaren pädagogischen Konzepten
2. auf politischer Ebene
 - notwendige finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die Konzepte auch umzusetzen
 - eindeutige Regelungen zum Nachteilsausgleich
 - die Integration von Schulen in andere Hilfesysteme

und Netzwerke: ein umfassendes Behandlungskonzept beinhaltet nämlich nicht nur eine gezielte pädagogische Förderung und Intervention sondern auch psychologische Therapie und gegebenenfalls eine unterstützende medikamentöse Therapie. Eine intensive Kooperation der Beteiligten ist dabei grundlegende Voraussetzung.

Durch verstärkte Bemühungen im Sinne des Eckpunktepapiers und durch die Kooperation aller Beteiligten besteht die Chance, dass die Kinder ihre Kreativität und ihr Potential ausschöpfen können und langfristig eine positive Entwicklung nehmen.

Stellungnahme der Kultusministerin zu den Eckpunkten zu ADHS und Schule



Bundesland	*	Stellungnahmen zu den Eckpunkten und deren aktueller Umsetzung
Baden-Württemberg	1	<ul style="list-style-type: none"> o Förderpläne sind zu erstellen, regelmäßig zu evaluieren und fortzuschreiben. o Förderung ist Aufgabe aller Schularten.
	2	<ul style="list-style-type: none"> o Kein Einbezug einzelner Störungen in die Lehrerbildung, jedoch Vermittlung notwendiger Kompetenzen zum Umgang mit ADHS in Schule und Unterricht. o ADHS als festes Thema in der Beratungslehrerbildung. o Bestehen von spezifischen Fortbildungen zum Thema ADHS, konzipiert und durchgeführt von auf ADHS spezialisierten Personen.
	3	<ul style="list-style-type: none"> o Grundsätze für die Gewährung eines Nachteilsausgleichs sind in der Verwaltungsvorschrift (s.5) dargestellt.
	4	<ul style="list-style-type: none"> o Die Bedeutung von interdisziplinärer Zusammenarbeit, von Kooperation zwischen Elternhaus und Schule sowie mit außerschulischen Hilfsangeboten wird betont; die Vernetzung mit regionalen Hilfesystemen erfolgt über ADHS-Ansprechpartner/innen und Schulpsycholog/innen.
	5	<ul style="list-style-type: none"> o Verwaltungsvorschrift „Kinder- und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen“ vom 08.03.1999 (letzte Änderung 22.08.2008).
Bayern	1	
	2	<ul style="list-style-type: none"> o Erhöhung von pädagogischen und psychologischen <u>Ausbildungsinhalten</u> (Kenntnisse über ADHS inbegriffen) in der Neufassung der LPO I sowie Verstärkung der Vermittlung von diagnostischen Fertigkeiten für die Lehramtsstudiengänge aller Schularten. o <u>Lehrerfortbildungen</u> (teilweise auch allgemein auf Verhaltensauffälligkeiten bezogen) bestehen und wurden zwischenzeitlich auch auf alle Schulformen ausgeweitet.
	3	<ul style="list-style-type: none"> o Bei einer komorbiden Legasthenie oder LRS gelten der Nachteilsausgleich und Abweichungen von den allgemeinen Grundsätzen der Leistungsfeststellung und –bewertung (Näheres in der KMBek, s.5).

*
 1 Aufnahme von ADHS in die Förderrichtlinien/ Förderung
 2 Aufnahme von ADHS in die Lehrerbildung/ -fortbildung
 3 Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs
 4 Sonstiges
 5 Gesetzliche Grundlagen

	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es bestehen vielfältige Beratungs-, Förderungs-, Unterstützungs-, Hilfs- und Behandlungsangebote, auf welche durch ausgewiesene Experten (Schulpsychologen, Beratungslehrer) hingewiesen wird; die Staatlichen Schulberatungsstellen in Bayern koordinieren Hilfsangebote, sind beratend und fortbildend tätig. ○ ADHS ist in der Praxis kein Merkmal, das eine an einer Förderschule anzusiedelnde sonderpädagogische Behandlung erforderlich macht → keine eigenen Schulen, keine eigenen Klassen.
	5	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kultusministerielle Bekanntmachung (KMBek) vom 16.11.1999.
Berlin	1	
	2	
	3	
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Im Rahmen der Schulstrukturreform finden gesetzliche Veränderungen statt, die momentan keine Aussagen zu den erfragten Punkten zulassen.
	5	
Brandenburg	1	
	2	
	3	
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Eckpunkte zu ADHS und Schule werden als gut gelungen bezeichnet und seien nicht zu ergänzen.
	5	
Bremen	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die explizite Aufnahme von ADHS in Richtlinien und Gesetze schließt sich, wie auch die Aufnahme von anderen individuellen Problemlagen, aus.
	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Durch die Vielzahl an Störungsbildern kann eine ausdrückliche Aufnahme der Problematik ADHS in den Masterstudiengang „Inklusive Pädagogik“ nicht erfolgen.
	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Regelungen hierzu finden sich in einem Erlass, welcher durch seine großzügige Artikulation auch Kinder- und Jugendliche mit ADHS einschließt.
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Für die ADHS-Betroffenen, die zu Kindern und Jugendlichen mit individuellen Problemlagen gezählt werden, ist zukünftig eine Betreuung, Erziehung und ggf. auch Unterricht in Zentren für unterstützende Pädagogik angedacht.
	5	
Hamburg	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Förderpläne werden gemeinsam mit Eltern, Schule und den Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS) besprochen.
	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fortbildungen zum Thema ADHS werden durch das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung für interessierte Lehrkräfte angeboten. ○ Einbezug der Thematik sowohl in der ersten als auch in der zweiten Phase der Lehrerausbildung, in der zweiten Phase sind bestimmte Themen verpflichtend (gemäß Drucksache 17/2708). ○ Es gibt entsprechende Fortbildungen, Multiplikatoren werden für den Grundschulbereich fortgebildet, eine Gruppe von Beratungslehrern an Grundschulen erhält eine Intensiv-Fortbildung zum Thema ADHS (gemäß Drucksache 17/2708).
	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ein Nachteilsausgleich entsprechend den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen (s. 5b), kann bei, im Zusammenhang mit ADHS bestehenden, erheblichen Lernschwierigkeiten (Lesen, Rechtschreiben, Rechnen) gewährt werden.
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Den Eckpunkten entsprechende Maßnahmen finden sich in der Drucksache 17/2708 (s. 5). ○ Die Eckpunkte werden bestärkt und es wird zu einzelnen Eckpunkten die Umsetzung in Hamburg erläutert. ○ Der Umgang mit Verhaltensweisen wie Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität in der Schule muss unabhängig von der Diagnose ADHS gewährleistet werden. ○ Verweis auf den „Leitfaden ads/adhs“ zum Umgang mit ADHS in der Schule des Hamburger Arbeitskreises ○ Es bestehen regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS), die ein qualifiziertes Beratungsangebot bieten, bei Vorliegen eines sonderpädagogischen Förderbedarfs (neben der Möglichkeit integrativer Regelklassen) schulische Unterstützung leisten, erforderliche Hilfen koordinieren. ○ Bei Bezahlung eines Integrationshelfers durch das Jugendamt, kann dieser auch im Rahmen der Schule eingesetzt werden. ○ Regelungen zu den Aufgaben von Lehrkräften bei der Kontrolle einer Medikamenteneinnahme finden sich im Rundschreiben „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Schule“
	5	<ul style="list-style-type: none"> a. Entsprechende Maßnahmen finden sich in einer Antwort des Senats auf eine Große Anfrage der Bürgerschaft (Drucksache 17/2708): „Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Wie wird den Betroffenen und ihren Eltern in Hamburg geholfen“. Diese Maßnahmen gelten auch heute noch. b. Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Klassen 1 bis 10 der allgemeinbildenden Schulen (APO-AS) vom 22. Juli 2003, § 3, Abs. 4. c. Richtlinie zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen.
Hessen	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Solange zu Ursachen und Entstehungsbedingungen keine wissenschaftlich eindeutigen Ergebnisse vorliegen, wird es keine grundsätzlichen Regelungen für den Umgang mit ADHS geben; es bestehen aber schon jetzt geeignete Maßnahmen für Betroffene und Unterstützung für Lehrkräfte.
	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hessenweit bestehen bereits Fortbildungen für Interessierte und zu diesem Thema beauftragte Lehrkräfte. ○ Weiterhin sind Angebote für Schulen oder deren Teilgruppen über die Schulämter abrufbar.

	3	o Die Gewährung eines Nachteilsausgleichs kann in begründeten Fällen zur Anwendung gelangen, wenn die verabredeten Maßnahmen im individuellen Förderplan von der Klassenkonferenz festgeschrieben und ausführlich mit den Eltern und dem Schüler kommuniziert wurden (s. 5b).
	4	
	5	a. Hessisches Schulgesetz in der Fassung vom 14. Juni 2005, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 05. Juni 2008: Recht auf Bildung (§ 1), Grundsätze zur Verwirklichung dieses Rechts § 3 (6). b. Verordnung zur sonderpädagogischen Förderung vom 17. Mai 2006.
Mecklenburg-Vorpommern	1	o Eine Förderung findet insbesondere im Primarbereich statt. Hierzu wird ein gestuftes System der Beratung und Unterstützung angestrebt, um eine angemessene interdisziplinäre Förderung der Schüler in flexiblen Organisationsformen zu sichern, damit sie in ihrer wohnortnahen Regelschule verbleiben können.
	2	
	3	
	4	o In der Koalitionsvereinbarung (s. 5) wird der Verbleib in der Regelschule angestrebt. o Entwicklung eines Informationspapiers zur Arbeit mit Schülern mit ADHS für Lehrkräfte und Erzieher an allgemeinbildenden Schulen.
	5	o Koalitionsvereinbarung der Landesregierung Mecklenburg- Vorpommern, Unterpunkt 169.
Niedersachsen	1	o Es sind Regelungen zur individuellen Förderung getroffen worden, die Kinder und Jugendliche mit ADHS einschließen.
	2	o Es gibt sowohl in der ersten als auch in der zweiten Phase der Lehrerbildung Möglichkeiten der Einbeziehung der Thematik.
	3	o Es sind in Niedersachsen Hinweise zum Nachteilsausgleich gegeben worden, die Kinder und Jugendliche mit ADHS einschließen.
	4	o Begrüßung der Eckpunkte als praktikable und überzeugende Grundlage insbesondere für den schulischen Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern. o Hervorhebung des Punktes 8 (Beschulung) als bedeutend; ein sonderpädagogischer Förderbedarf kann nicht allein mit einer diagnostizierten ADHS begründet werden.
	5	
Nordrhein-Westfalen	1	o Es gibt ein Recht auf individuelle Förderung; bei mangelhaften Leistungen müssen individuelle Lern- und Förderempfehlungen gegeben werden; dies gilt auch für Schüler/innen mit ADHS; es wurden 3500 zusätzliche Stellen gegen Unterrichtsausfall und individuelle Förderung eingerichtet (s. 5a).
	2	o Nach Gesetzesentwurf zur Reform der Lehrerbildung soll die Befähigung zur individuellen Förderung von Schülerinnen und Schülern sowie der Umgang mit Heterogenität in der Ausbildung Berücksichtigung finden (s. 5c); hiermit sind auch Kenntnisse im Bereich der Wahrnehmungs-, Konzentrations- sowie Aufmerksamkeitsstörungen inbegriffen. o Nach LZV (s. 5d) sind Leistungspunkte in den Bereichen Diagnose und Förderung nachzuweisen.
	3	o Es bestehen keine rechtlichen Grundlagen für einen Nachteilsausgleich, außer nach Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs, der aber in der Regel nicht allein durch eine Teilleistungsstörung begründet ist.
	4	o Es handelt sich bei Aufmerksamkeitschwäche nicht um eine Krankheit oder Behinderung, sondern um eine Teilleistungsstörung.
	5	a. Schulgesetz (SchulG). b. Gesetz über die Ausbildung für Lehrämter an öffentlichen Schulen (Lehrerbildungsgesetz – LABG). c. Landtagsdrucksache 14/7961. d. Entwurf der Verordnung über den Zugang zum nordrhein-westfälischen Vorbereitungsdienst für Lehrämter an Schulen (Lehramtzugangsverordnung LZV).
Rheinland-Pfalz	1	o In Rheinland-Pfalz sind die Erstellung eines Förderkonzepts und individuelle Förderpläne im Primarbereich verbindlich (s.5).
	2	
	3	
	4	o Es wird den Eckpunkten insbesondere bzgl. notwendiger Förderung, intensiver Kooperation von Elternhaus und Schule sowie der Vorrangigkeit von pädagogischer und psychologischer Hilfestellung vor einer medikamentösen zugestimmt.
	5	a. Grundschulordnung. b. Verwaltungsvorschrift zur Förderung von Kindern mit Lernschwierigkeiten und Lernstörungen.
Saarland	1	o Aufgrund des Anliegens einer adäquaten Beschulung von Schülern mit ADHS wurde eine konstituierende Sitzung des Arbeitskreises „ADHS“ im Saarland abgehalten; die Eckpunkte werden bei Überlegungen bzgl. Förderung und Optimierung der Rahmenbedingungen bei der Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS einbezogen. o Diesbezüglich ist ein Austausch mit der Arbeitsgruppe erwünscht.
	2	
	3	
	4	
	5	

Sachsen	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Förderung/ Überprüfung eines Förderbedarfs beginnt schon im Kindergartenalter. ○ Durch Ganztagesangebote können zusätzliche entwicklungsfördernde Maßnahmen für von ADHS betroffene Schülern implementiert werden.
	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ In der Lehrerausbildung finden sich, teils verstärkt, Inhalte, die auch ADHS umfassen (verankert in der Studienordnung). ○ Es finden zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Förderung von Schülern mit ADHS Fortbildungen statt, welche die Thematik umfassen. ○ Es wurde für alle Schulen das Arbeitsmaterial „Der aufmerksamkeitsgestörte hyperaktive Schüler in der Schule“ durch eine Arbeitsgruppe sächsischer Schulpsychologen erstellt (2005).
	3	
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es wird die Zustimmung zu den in den Eckpunkten formulierten Empfehlungen zur Verbesserung der Hilfen für Betroffene gegeben.
	5	<ul style="list-style-type: none"> a. Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (Gesetz über die Kindertageseinrichtungen – SächsKitaG). b. Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus zur Förderung des Ausbaus von Ganztageangeboten (FRL GTA).
Sachsen-Anhalt	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ Begleitung der Kinder im gemeinsamen Unterricht durch eine Förderschullehrkraft bis 2,5 h pro Woche. ○ Zeitweiliger Einzel- oder Hausunterricht ist auf Antrag der Personensorgeberechtigten möglich.
	2	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es bestehen Fortbildungsangebote und Angebote zur Qualifizierung. ○ Auf die Symptomatik von ADHS wird im Studiengang Verhaltensgestörtenpädagogik in Vorlesungen und Seminaren eingegangen.
	3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Der Nachteilsausgleich wird gewährleistet (Verkürzung der Stundentafel, Aussetzen der Zensierung, mündliche statt schriftliche Leistungserhebungen).
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsangebote sind auch über eine Beratungsanfrage über die Förderschulzentren erreichbar ○ Die Hinweise in den Eckpunkten werden als gute Hinweise und Hilfestellung für Lehrkräfte, die sich um diese Kinder und Jugendlichen bemühen, gesehen. ○ Die Eckpunkte wurden im Schulverwaltungsblatt veröffentlicht.
	5	
Schleswig-Holstein	1	
	2	
	3	
	4	Bisher keine Stellungnahme.
	5	
Thüringen	1	<ul style="list-style-type: none"> ○ ADHS wird in Thüringen zu den besonderen Lernschwierigkeiten gezählt; die bei Lernschwierigkeiten zu leistende Unterstützung und Förderung wurde in den Fördermaßnahmen (s.5) festgeschrieben: es können Förderansätze entwickelt werden, die dann in einem verbindlichen Förderplan festgeschrieben werden. ○ Bei sonderpädagogischem Förderbedarf verbleiben die Schüler mit sonderpädagogischem Förderplan im gemeinsamen Unterricht an der allg. Schule, um Ausgrenzung und Stigmatisierung entgegenzuwirken.
	2	
	3	
	4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Den Eckpunkten wird aus fachlicher Sicht zugestimmt und die Pressekonferenz unterstützt. ○ Es wird die Notwendigkeit von Informationen, Beratungsangeboten und Handlungskonzepten für Schulen und Pädagogen durch das zentrale adhs-netz gesehen.
	5	<ul style="list-style-type: none"> ○ „Fördermaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit besonderen Lernschwierigkeiten an den Grundschulen, Regelschulen, Gymnasien und Gesamtschulen in Thüringen“.

„Damit das Mögliche entsteht, muss immer wieder das Unmögliche versucht werden.“

Hermann Hesse (Schriftsteller, 1877-1962)

„Der Gesunde hat viele Wünsche, der Kranke nur einen.“

(Indisches Sprichwort)

„Vom Ziel haben viele Menschen einen Begriff. Nur möchten sie es gerne schlendernd erreichen.“

(Johann Wolfgang von Goethe, 1749-1832)

Kurzroman

HAUSORDNUNG



Mit einer berufstätigen Mutter in der Familie war es bei uns üblich, dass auch die Kinder in die Hausarbeit einbezogen wurden, auch wenn das - nach Meinung mancher „Experten“ - später psychische Schäden bewirken kann.

Nachdem ich jedoch bei meinen beiden bereits erwachsenen Söhnen nichts dergleichen feststellen konnte, musste sich auch ihr kleiner Bruder in dieses Schicksal fügen. Natürlich tat auch er das nicht ohne bei jeder Gelegenheit heftig dagegen zu opponieren.

Doch überraschend erhielt ich hierbei nun manchmal Unterstützung von der ehemals gegnerischen Front.

„Ich rate dir, mach’s lieber gleich – du kommst sowieso nicht drum herum. Ich spreche aus Erfahrung!“, raunte ihm so ein großer Bruder verschwörerisch zu, als er sich mal wieder mit allen Mitteln einer Aufgabe zu entziehen suchte.

Allerdings kam bei unserem Jüngsten noch ein erschwerender Umstand hinzu. Er litt am Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Diese Stoffwechselstörung erschwert es allen betroffenen Personen enorm, bei allen langweiligen Dingen bei der Stange zu bleiben.

Da auch die besten Lehrer nicht in der Lage sind den Unterricht über 8 Stunden spannend zu gestalten, bekam er für die Schulzeit ein Medikament, mit dessen Hilfe er in der Lage war, dem Lehrstoff konzentriert zu folgen. Auch zu Hause hatte das oft verblüffende Wirkung. Doch obwohl Hausarbeit nun ganz eindeutig in die Kategorie „langweilig“ fiel, gaben wir es ihm am Wochenende nicht. Er sollte allmählich lernen mit seinem Handicap umzugehen und sich selbst zu organisieren. Allerdings kostete das sehr viel Nerven und nicht immer brachte ich die notwendige Ruhe dafür auf.

An einem Beispiel mag jeder für sich urteilen, ob und an welcher Stelle er die Beherrschung verloren hätte...

Es ist Wochenende und bevor die gemeinsamen Unternehmungen beginnen können, steht noch die Hausordnung auf dem Plan. Draußen regnet es in Strömen. Erfahrungsgemäß sinkt das Konzentrationsvermögen, übrigens

auch bei mir, bei solchen Wetterbedingungen noch mehr ab. Keine guten Aussichten - für unsere Treppe und meine Nerven!

Zu unserem Konzept gehört es, dem Zwölfjährigen ein lockendes Ziel in Aussicht zu stellen, ihm dahin „Schiennen zu legen“ und ihm Hilfsmittel zur Selbstkontrolle in die Hand zu geben.

Diesmal möchte er mit seiner Freundin zu Hause spielen und zwar möglichst sofort. Doch erst kommt noch die Arbeit. Zügig erledigt, würde er dafür maximal 20 Minuten brauchen. Heute kann er selbst entscheiden, wie viel Zeit er sich für seine Aufgabe vornimmt. Dann soll er sie sich in einzelne Etappen, in diesem Fall Arbeitsgänge, einteilen und zur Kontrolle den Kurzzeitwecker stellen.

Für das Kehren stellt er sich eine Viertelstunde ein.

Bereits nach 5 Minuten kommt er strahlend angehüpft: „Fertig!“

Eine oberflächliche Qualitätskontrolle ergibt, dass das Ergebnis akzeptabel ist. Eine Tiefenprüfung erspare ich ihm und mir heute, um ihn nicht gleich wieder zu demotivieren. Die Treppe wird es überleben und die Nachbarn auch. Stattdessen lobe ich fröhlich: „Prima, dann wirst du es ja heute auch mit dem Wischen schneller schaffen!“

Der Wecker wird erneut gestellt und ich höre das Wasser in den Eimer laufen.

Aus Erfahrung weiß ich jedoch, dass es jetzt nicht viel Sinn macht mich zu einer intensiveren Arbeit hinzusetzen. Ich muss doch aller Augenblicke wieder aufspringen. Also beschäftige ich mich mit Aufräumarbeiten und behalte durch die geöffnete Wohnungstür das Treppenhaus im Auge.

Bereits nach kurzer Zeit wird es dort verdächtig still.

Der Kontrollblick ergibt, dass das Kind vorm Eimer hockt und Schaumflöckchen auf den Treppenabsatz pustet. Ich sehe es mahnend an und es erhebt sich seufzend.

Nach weiteren 5 Minuten hat es immerhin das Scheuertuch in die Hand genommen. Es hält das Tuch hoch über den Eimer und beobachtet die Tropfen, die langsam in den Eimer fallen... ganz langsam...

Mit dem Hinweis nun endlich mal anzufangen ziehe ich

mich wieder zurück.

Doch als sich in den nächsten Minuten noch immer nichts rührt, bin ich wieder auf dem Posten.

Nun hat der Junge das Scheuertuch sorgfältig vier-eckig und glatt auf dem Treppenabsatz ausgebreitet und ist damit beschäftigt die Ränder glatt zu ziehen – gaaaanz glatt.

Ich bleibe ruhig –gaaaanz ruhig. Nur mein Tonfall wird jetzt leicht drohend.

Kaum bin ich wieder bei meiner Arbeit, scheppert es dröhnend im Treppenhaus.

Ich stürze hinaus – immerhin haben wir inzwischen Mittagszeit und alle Hausbewohner sind anwesend.

Mein Sohn steht auf dem Treppenabsatz und balanciert den Schrubber senkrecht mit dem Stiel auf der Handfläche.

Allerdings geht das nicht immer gut!

Jetzt reicht es. Ich schicke das Kind in die Küche, um den Wecker, der sich inzwischen gemeldet hat, neu zu stellen. Anhaltende Pieptöne lassen mich kurz danach gleich wieder hinterher rennen. Der Junge sitzt auf dem Küchentisch und ist intensiv damit beschäftigt die Uhr vor und zurück zu programmieren...

Nun gehen wir gemeinsam zurück ins Treppenhaus und ich bleibe solange stehen, bis die ersten Stufen gewischt sind. Dann werde ich weggeschickt und versuche mich zur Abwechslung mal wieder an meiner Arbeit.

Allerdings nicht lange.

Diesmal werde ich durch lautes Singen aufgeschreckt. Mein Sohn steht, Lappen und Schrubber in der Hand, auf

dem, immerhin nächsten, Treppenabsatz und übt immer dieselbe Tonfolge in verschiedenen Lautstärken rauf und runter. Das hallt im Treppenhaus so schön – und trägt uns prompt später bei der nächsten Begegnung mit den Nachbarn eine Rüge ein!

Nun werde ich ungemütlich – allerdings ohne Ergebnis.

Bei der nächsten Visite stehen Lappen und Schrubber unbeachtet und das Kind verteilt mit der Hand sorgfältig auf jede Treppenstufe drei Tropfen Wasser.

Ich versuche nicht mehr wütend, sondern sehr, sehr traurig zu gucken...

Der Wecker hat inzwischen schon wieder geklingelt. Immerhin arbeitet die Reinigungskraft nun wenigstens schon an der 2. Treppe.

Doch erst werden als Entspannungsübung noch einige Minuten Scheuerlappenweitwurf vom Treppenabsatz auf die Stufen eingeschoben, ehe der Junge nach fast einer Stunde nun endlich Eimer und Lappen im Bad abstellt, anstatt sie wegzuräumen und höchst zufrieden mit sich in sein Zimmer verschwindet.

Schließlich hat er die Arbeit ja gemacht, oder?

Ich kratze den letzten Rest meines Humors zusammen, während ich sein Werkzeug ausnahmsweise selbst wegräume, um danach diese ADS-Geschichte aufzuschreiben.

Eine von unendlich vielen...

Petra Kurz ■



Frankenberg versteht zu glänzen

Nach Helmstedt und Friedrichsdorf finden Bundes-symposium und Mitgliederversammlung erstmals in Sachsen statt

Vor den Toren von Braunschweig, Frankfurt oder Chemnitz zu liegen, auf diesen Hinweis können Helmstedt, Friedrichsdorf und Frankenberg getrost verzichten. Zumindest in ADHS-Kreisen dürfte mittlerweile klar

sein, wo genau diese Städte liegen. Das jüngste Symposium „ADHS – ganz konkret“, inklusive der gut besuchten Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e.V., fand erstmals in Sachsen statt – in Frankenburgs Prachtbau namens Stadtpark am Rande der 16 000 Einwohner zählenden Stadt.

„Da wir uns nicht unbedingt in der Mitte Deutschlands befanden“, sagte Myriam Menter, die erste Vorsitzende des Bundesverbandes kurz nach Beendigung des Symposiums in einem ersten Resümee, „war ich mit der

Zahl der Anwesenden sehr zufrieden.“ Aus allen Bundesländern reisten zahlreiche Mitglieder an, meist schon tags zuvor. So fanden schon am Vorabend erste ADHS-Gespräche unter Fachkundigen statt, spontan beim Italiener, Griechen oder Chinesen der Stadt. Gewissermaßen notwendig, um für das eigentliche Symposium genügend Ausdauer zu haben. Wie es die Tagesordnungspunkte

lands Paragraphenschungel und so öffnete sie mit viel Schlagfertigkeit manch ADHS-Betroffenem immer wieder die Augen. Ununterbrochen, selbst während der Mittagspause vor dem Stadtpark. Wie schon zu Beginn bei Dieter Claus, sprach auch zum Abschluss der Vorträge des diesjährigen Symposiums ein renommierter Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Diesmal Martin Ohlmeier, er



schon vermuten ließen, verlangten insbesondere vier Fachbeiträge eine gehörige Portion Aufmerksamkeit. Aufmerksamkeit von Zuhörern, die in vielen Fällen selbst als bekennende ADHS-Betroffene gelten. Auf das zu Beginn des Symposiums ursprünglich angekündigte Grußwort des Frankenger Bürgermeisters, Thomas Firmenich (er ließ sich aufgrund eines kurzfristigen, wichtigen Termins entschuldigen), musste verzichtet werden. Umso einfühlsamer sprach dafür seine Gattin, Iris Schöne-Firmenich, zu den Versammelten. In der Region Frankenberg zählt auch sie zur Politprominenz, ist Abgeordnete im sächsischen Landtag sowie stellvertretende Vorsitzende im Sozialen Ausschuss des Landes. Ihre kompetenten Worte ließen durchblicken, dass die Politikerin nicht nur die vier Buchstaben ADHS kannte.

Packende Fachvorträge erlauben keinen Mittagsschlaf

Als ersten Fachreferenten begrüßte Myriam Menter anschließend den aus Hessen angereisten Dieter Claus, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der mit seiner Frau, der Fachärztin Elisabeth Aust-Claus, seit Jahren eine Gemeinschaftspraxis in Wiesbaden betreibt. „ADHS und die neuropsychologischen Besonderheiten – aus der Praxis“ lautete dazu sein passendes Thema. Gleich zwei Fachbeiträge lieferte im Anschluss die waschechte Rheinländerin Evelyn Küpper, Sozialberaterin der Lebenshilfe Düsseldorf, ab: „Ansprüche von Kindern und Jugendlichen mit ADHS – Kinder und Jugendhilfe nach den Sozialgesetzbüchern“ lautete ihr Thema vor und „Ansprüche von Erwachsenen mit ADHS - Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX“ ihr Thema nach der Mittagspause. Trockener Stoff und die Chance auf ein Mittagsschläfchen? Im Gegenteil. Evelyn Küpper kennt sich aus in Deutsch-

war viele Jahre als Oberarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) tätig und ist seit Herbst 2008 Direktor des Ludwig Noll-Krankenhauses (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) im Klinikum Kassel. Ohlmeier referierte 45 packende Minuten über „ADHS und Sucht“, ein Thema welches in jüngster Zeit auf vielen ADHS-Tagungen nur selten links liegen gelassen wird.

Das anschließende Procedere kannten die Verbandsmitglieder schon vom vorherigen Jahr in Friedrichsdorf: Alle raus aus der Halle, kurz Schlange stehen, alle wieder rein in die Halle. Angesagt war die Jahreshauptversammlung, mit versammelter Vorstandschaft auf dem Podium. Sämtliche Tagesordnungspunkte gingen reibungslos über die Bühne, schnell und zügig obendrein. Was auch daran lag, dass 2009 keine Vorstandswahlen stattgefunden hatten. Mit Beendigung der Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland schlossen sich hinter den Anwesenden die Pforten des Stadtparks. Denn sowohl das gemeinsame Abendessen als auch die traditionsgemäß einen Tag später abgehaltene Gruppenleiterschulung fanden auf Frankenger „Lützelhöhe“ statt. In einem gleichnamigen und 1880 gegründeten Hotel, dessen Erscheinungsbild von alten Kastanienbäumen und einem urgemütlichen Biergarten geprägt ist. Die Lokalitäten hatte die ortskundige Peggy Behring-Mothes für das Bundes-Symposium mit ausgesucht. Die 40-Jährige ist schließlich gebürtige Frankengerin und Geschäftsführerin von ADHS-Mittelsachsen. Vor zwei Jahren in Helmstedt, somit an dem Ort und in dem Jahr als ADHS Deutschland e.V. offiziell aus der Taufe gehoben wurde, sei man sich in Frankenger schon sicher gewesen, etwas für ADHS zu tun. Dazu

habe ein Blick auf die Landkarte mit ADHS-Selbsthilfegruppen genügt. „Unsere Gegend“, so die Erinnerung von Peggy Behring-Mothes, „ist wirklich wie ein weißer Fleck gewesen, heute bin ich stolz auf unsere ADHS-Region und unsere Mitglieder.“ So gibt es neben der bisherigen Regionalgruppe Frankenberg, seit Mai dieses Jahres auch im nahen Freiberg eine Regionalgruppe. Vizechef von ADHS-Mittelsachsen ist im Übrigen ihr Ehemann Heiko Mothes und der erste Vorsitzende heißt Thomas Nitsche. „Über den Verein“, erläutert die Geschäftsführerin, „bieten wir regelmäßig Elterntrainings oder auch Erwachsenen-Coaching an.“ Ganz nebenbei wurde jetzt dieses bundesweite Symposium für ADHS Deutschland auf die Beine gestellt. „Von lauter ehrenamtlichen Kräften, die sehr mitgearbeitet haben“, betont Peggy Behring-Mothes mit viel Dankbarkeit in ihrer Stimme.

Bleibt noch zu erwähnen, dass die Regionalgruppenleiter am Schlußtag des Symposiums zwischen zwei hochkarätigen Kursen wählen konnten. In Seminarräumen die in beiden Fällen fast aus allen Nähten platzen sollten. Zum einen von der Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie aus Aschaffenburg, Astrid Neuy-Bartmann, sie sitzt bekanntermaßen auch als Beisitzerin im Vorstand des ADHS Deutschland und zum anderen von der Ärztin Elisabeth Aust-Claus. Beide Ärztinnen fanden reichlich Gehör, insbesondere bei einem Themenkomplex: Coaching hier und Coaching da. „Sie können als ADHS`ler auch als Coach arbeiten, wenn sie selbst gelernt haben“, meinte Astrid Neuy-Bartmann, „ihr Chaos im Griff zu haben.“

Nach Frankenberg folgt im April 2010 Nordenham

Was liegt noch gleich vor den Toren von Braunschweig? Helmstedt. Von Frankfurt? Friedrichsdorf. Und zuletzt von Chemnitz? Richtig, Frankenberg. Diese Serie lässt sich 2010 problemlos fortsetzen. Dann finden Symposium und Mitgliederversammlung in Nordenham statt. Wohl gemerkt, nicht im Norden von Hamm! Das wollen einige Anwesende in Frankenberg fälschlicherweise so verstanden haben. Das richtige Nordenham, es liegt vor den Toren Bremerhavens. Erst 2011 ist vorübergehend Schluss der „Vor den Toren“-Serie. Dann ertönt in den ADHS-Selbsthilfegruppen dafür folgender Schlachtruf: „Wir fahren, wir fahren, wir fahren nach Berlin!“

Frank Häusler ■

„Eine Fähigkeit, die nicht täglich zunimmt, geht täglich ein Stück zurück.“

Chinesisches Sprichwort

„Ich hatte die Möglichkeit, viel zu bewegen“

Ehrenmitglied von ADHS Deutschland e.V. und Legasthenie-Expertin Dr. Edith Klasen mit Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet

Die meisten hierzulande hatten noch nie von Legasthenie (Lese-Rechtschreib-Störung) gehört, da war Dr. phil. Edith Klasen aus München bereits Expertin für die Teilleistungsstörung. Schon 1960 war die Diplompsychologin in den USA klinisch und forschend auf dem Gebiet der Legasthenie tätig. Diese Arbeit machte sie später in der Schweiz zum Inhalt ihrer Doktorarbeit. Als Buch wurde diese sowohl in Deutsch als auch in Englisch bekannt. Zurück in Deutschland, gründete Dr. Edith Klasen den

Landesverband Legasthenie Bayern e.V. mit und arbeitet seit inzwischen 35 Jahren für den Arbeitskreis Legasthenie Bayern e.V. (AKL). Weil Legastheniker auch oft hyperaktiv sind, war sie auch bei der Elterninitiative zur Förderung Hyperaktiver Kinder, heute ADHS Deutschland e.V., in den maßgeblichen Gremien im Einsatz. Für ihr Engagement wurde die 82-Jährige nun mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

„Ich freue mich sehr, so eine Anerkennung zu bekommen für meine langjährige, ehrenamtliche, auch internationale Arbeit“, meint Dr. Edith Klasen. „Ich hatte die Möglichkeit, viel zu bewegen.“ Mit ihren Beratungen, Diagnosen, Therapien, Vorträgen, Expertenschulungen und

Veröffentlichungen trug sie dazu bei, dass Legasthener heute mehr Verständnis und gezieltere Förderung erfahren als je zuvor. Bei der Ordensverleihung im Bayerischen Sozialministerium am 29. April betonte Ministerin Christine Haderthauer: „Ihnen gebührt ein großer Anteil an der über die Jahre hinweg gewachsenen Professionalität, für die der Arbeitskreis Legasthenie Bayern e.V. und seine Therapeuten landesweit bekannt sind“. Sie lobte Dr. Klasens Wirken als „voller Hingabe“ und als „beispielhaftes Engagement“.

So schön Dr. Klasen die Feierstunde fand – ihr wärmt es nicht weniger das Herz, wenn Menschen ihr danken, denen sie einst in der Schulzeit den Rücken stärken konnte. Neulich erst rief ein erfolgreicher Unternehmer sie an und sagte: „Ich denke so gerne daran zurück, wie Sie mir als Kind geholfen haben. Dass ich heute beruflich erfolgreich und mit dem Leben zufrieden bin, verdanke ich nicht zuletzt Ihnen“. Das ist Dr. Edith Klasen ein Ansporn, weiter aktiv zu bleiben, z.B. von ihrem Büro beim Arbeitskreis Legasthenie Bayern e.V. aus.

Mehr Informationen zu Legasthenie (Lese-Rechtsschreib-Störung) und Dyskalkulie (Rechenstörung): Arbeitskreis Legasthenie Bayern e.V., Telefon 089-411149-200, www.akl-bayern.de, info@akl-bayern.de

Petra Plaum ■

der e.V. bezüglich eines neuen Films „Herzspezialisten“. Da wir in diesem Thema bisher keine Erfahrungen sammeln mussten, beschränkte sich unsere Teilnahme dort auf das Zuhören.

Im Anschluss an die Veranstaltung gab es dann ein erstes Händeschütteln und ‚Hallo sagen‘ mit dem Arbeitskreis. Dies war recht schnell vollbracht und wir machten uns gemeinsam auf in eine Gaststätte in der Nähe. Dort angekommen suchten wir erstmal einen Tisch für 16 Personen, eine lange Tafel wurde gebaut. Wir drei und der Moderator des Arbeitskreises nahmen an einem Endtisch Platz, was uns vorerst etwas aus den Gruppengesprächen separierte. Dies war nicht weiter schlimm, da er uns Einiges über den Ak4 und dessen Teilnehmer erzählte. Da es schon spät war, suchten wir dann recht schnell die Jugendherberge auf.

Am nächsten Morgen ab halb Neun gab es dann Frühstück, wobei wir dabei erstmalig die Anderen, dank bunt gemischter Tische wirklich kennen lernten. Wir sprachen auf lockere Art und Weise über uns, unsere Krankheiten und das Leben mit diesen. Im Anschluss an das Frühstück begaben wir uns in den Tagungsraum, in welchem wir mit einer großen Vorstellungsrunde begannen.

Direkt nach dem Vorstellen ging es dann schon los, es sollte über die Verwendung eines erhaltenen Preisgeldes abgestimmt werden. Wir fühlten uns noch als die Neuen und brachten uns nur sparsam in die Diskussion ein. Es war für uns sehr überraschend, als Neulinge direkt volles Mitsprache- und Wahlrecht zu besitzen. Wir kannten kaum die gesetzten Ziele des AK und sollten schon über Gelder entscheiden, dies war etwas zu schnell für uns.

Ein weiterer Faktor war, dass wir als ADS'ler keine äußerlichen Gebrechen haben, uns mussten bisher auch keine Organe wegen ADS transplantiert werden. Dies machte es mir zu Anfang schwer mich in die Gruppe zu integrieren und mich konstruktiv an Gesprächen zu beteiligen. Dieser anfängliche Widerstand war jedoch nur einseitig und unsere Meinung wurde auch trotz „neu sein“ und „nur ADS haben“ voll anerkannt.

Der noch recht neue Arbeitskreis sollte eine Satzung bekommen. Diese haben wir dann Schritt für Schritt entwickelt. Es freute uns zu sehen, dass viele unserer Ideen und Formulierungen übernommen wurden.

Dann haben wir die Internetseite des Arbeitskreises in mehrstündiger Arbeit komplett umgestaltet. Auch konnten wir unsere Ideen, insbesondere zur grundlegenden Struktur, gut mit einbringen. Die neue Homepage wird voraussichtlich im Oktober online gehen.

Nach dieser vielen Arbeit stand noch ein Stadtbesuch und die Besichtigung des Aachener Doms an. Um 17:58 war der erste Teil der Gruppe vor dem Dom, leider schloss der Dom schon um 18 Uhr seine Pforten, weshalb wir

Unser Wochenende in Aachen

Arbeitskreis „Junge Erwachsene“ des Kindernetzwerkes e.V.

Am Freitag den 13.03.2009 machten wir, Frederik M. (15), Julian G. (16) und Fabian G. (19), uns auf den Weg nach Aachen. Wir folgten einer Einladung des Arbeitskreises 4 (AK-4) des Kindernetzwerk e.V.. Wir hatten nur eine grobe Ahnung, was uns bevorstand. Lediglich ein Telefonat und etwa eine Hand voll E-Mails reichten uns, den AK-4 mal aus der Nähe ‚sehen‘ zu wollen.

Nach der über vier Stunden langen Anreise wurden wir freundlich empfangen und direkt vom Hauptbahnhof in Aachen abgeholt. Unser erster Programmpunkt war eine Podiumsdiskussion des Bundesverbands Herzranke Kin-

nur einen kleinen Blick ins Innere werfen konnten. Nach einem improvisierten Stadtrundgang, welchen wir auf etwa 30 Minuten kürzten, stand am Ende des Tages noch ein Abendessen an.

Wir suchten uns in Aachen ein nettes Restaurant mit Außenbereich und setzten uns wieder an eine lange Tafel, diesmal jedoch unter Heizstrahler. Besseres Essen, offener und bessere Gespräche als am Vorabend sorgen für ein weit schöneres Abendessen.

Da wir an diesem Tag dann schon früher in die Jugendherberge einkehrten, konnten wir den Seminarraum noch für ein gemütliches Ausklingen des Abends nutzen. Wir spielten interaktive Gruppenspiele wie z.B. Montagsmaler. Das beliebteste Spiel war ein taktisches Spiel, bei dem es darum ging durch Kombinatorik Täter zu entlarven, welche jedoch durch Schauspielerei versuchten von sich abzulenken.

Am nächsten Tag standen dann wieder wichtige Aufgaben an. Es wurden zwei Repräsentanten mit einem Stellvertreter für den AK gewählt und auch das nächste AK-Treffen wurde geplant. Dazu mussten wir natürlich auch die dort zu behandelnden Themen abstimmen. Dieses ist nicht ganz leicht, da jeder eigene Schwerpunkte setzt. Aber letztlich wurde mein Vorschlag zur Bildung eines Workshops zur effektiven Jugendarbeit akzeptiert.

Zum Arbeitskreis sei noch mal gesagt, dass selbst wenn man dort an einem Treffen teilnimmt, jeder für sich selbst bestimmen kann, inwiefern und wie intensiv er sich engagiert. Im Arbeitskreis 4 vertreten sich junge Erwachsene selbst und versuchen anderen zu helfen. Es gibt einen Moderator, welcher organisatorische Funktionen hat und während der Diskussionen für Ordnung und eventuell auch für Ruhe sorgt. Die erwähnten Repräsentanten des Arbeitskreises sind die Arbeitskreissprecher und haben außer organisatorischen und repräsentativen Aufgaben keine zusätzlichen Rechte. Dadurch ist jedes Mitglied gleichberechtigt, was insbesondere auch für ‚Neulinge‘ gilt.

Ich halte den Arbeitskreis für eine sehr gute Sache, dort kann einiges für junge Erwachsene mit chronischen Krankheiten und Behinderungen bewegt werden. Auch die super Atmosphäre im Arbeitskreis kann ich nur aufs Höchste loben.

Als ich andere, mit - in meinen Augen - teils schwereren Leiden, kennen gelernt habe und erlebt habe wie diese damit umgehen, glaube ich auch persönlich dort etwas gelernt zu haben: mit ADS zu leben. Da ich mich derzeit auf mein Abitur vorbereite, kann ich für den AK noch nicht in dem Maße aktiv sein, wie ich es gerne wäre. Aber nach dem Abitur werde ich neu planen.

Fabian G. ■

Fortbildungstagung:

„ADHS Kaleidoskop der Sichtweisen“

Der Einladung zur Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., vom 24.-26.04.09, waren etwa 100 Teilnehmer nach Lüneburg gefolgt. Dr. Skrodzki und Dr. Grosse hatten sowohl die Tagungsleitung als auch Vorträge übernommen, die Einblicke in das Kaleidoskop der Sichtweisen von ADHS boten. Frau Prof. Kerstin Konrad von der KJPP der RWTH Aachen stellte Ergebnisse aus der Hirnforschung vor und erläuterte, warum die bildgebenden Verfahren auch in naher Zukunft nicht für die Diagnostik bei ADHS einsetzbar sind.

Danach hielt Herr Prof. Matthias Grünke von der Uni Köln einen sehr aufschlussreichen Vortrag über effektive Fördermethoden bei Lernstörungen und die Prinzipien erfolgreichen Lernens. Interessant war, dass viele unserer praktischen Erfahrungen beim Lernen mit ADHS Kindern

durch seine Studienergebnisse bestätigt wurden, wie z.B. Lernen heißt auch üben und häufiges Wiederholen, direkte Instruktionen des Lehrers sind effektiver als handlungsorientierter Unterricht.

Im Anschluss daran stellte Christiane Eich, Hamburg den ADHS Deutschland e.V. durch ihren Vortrag „Perspektiven aus der Selbsthilfe“ vor und stand den Teilnehmern bei einem Infostand Rede und Antwort.

Nach der Mittagspause kamen Betroffene zu Wort, die über Ihre persönlichen Erfahrungen als Eltern bzw. Erwachsener ADHS-ler berichtete.

Zum Abschluss konnte Dr. Johannes Streif, München, beim Thema „Mit ADHS erfolgreich arbeiten“ die Zuhörer mit seiner humorvollen Art begeistern und ermuntern ADHS nicht nur als Problem mit negativer Brille zu sehen, sondern als Anderssein mit vielen Chancen!

Christiane Eich, Hamburg ■

04.03.2009 bis 07.03.2009

DGKJP-Kongress in Hamburg

Körper und Seele - Prävention im Mittelpunkt

Die Prävention und Früherkennung psychischer und psychosomatischer Störungen im Kindes- und Jugendalter standen im Mittelpunkt der 31. Jahrestagung, die die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) ab Mittwoch, den 4. März 2009, an der Universität Hamburg, veranstaltete. Mit insgesamt 160 Einzelveranstaltungen sowie 300 Quadratmetern Ausstellungsfläche ist diese Veranstaltung die größte Jahrestagung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im deutschen Sprachraum.

Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ursula von der Leyen, stattete der DGKJP-Jahrestagung ebenfalls ihren Besuch ab.

Auch der ADHS Deutschland e.V. nahm mit einem Infotisch an dieser Veranstaltung teil und hatte die Gelegenheit bei einer Presseveranstaltung folgendes Statement abzugeben:

Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht das Gespräch mit Angehörigen und Betroffenen

Kaum ein Bereich der Medizin ist so stark sozialen Einflüssen unterworfen wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Obschon die Wissenschaft für die meisten psychischen Störungen biologische Faktoren ausfindig machen konnte, bleibt doch ein zentraler Aspekt kindlicher Verhaltensauffälligkeiten die soziale Entwicklung des Betroffenen. Ihre Bedeutung liegt nicht allein in der Veränderung der individuellen Voraussetzungen von Störung, den Fähigkeiten und Erfahrungen des Kindes, sondern auch im Verständnis der Fachleute für das Kind. Eine verlässliche Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im

Kindes- und Jugendalter sind daher ohne den Einbezug von Eltern, Lehrern und Erziehern nicht möglich. Schließlich bestimmen diese Personen den Alltag des Kindes: Sie müssen die Auffälligkeit als solche erkennen, das Kind dem Fachmann vorstellen, Symptome berichten, über Behandlungsschritte entscheiden und die Umsetzung der Therapien gewährleisten. Darüber hinaus hat die wissenschaftliche Forschung mittlerweile die Bedeutsamkeit des sozialen Umfeldes nachgerade auch für die Ermöglichung zuverlässiger Datenerhebung erkannt. Denn gültige Wissenschaft bedarf verlässlicher Berichtersteller zur Gewinnung nachvollziehbarer Erkenntnisse.

In all den genannten Bereichen setzt Selbsthilfe wie die des ADHS Deutschland e.V. an. Sie vereint mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen auch die Erfahrungen ihrer Angehörigen, sie sammelt vielfältige Perspektiven auf ein stets individuelles Leiden. Selbsthilfeorganisationen bzw. ihre Mitglieder haben einen freieren Zugang zu den Geschichten des „Gestört-Seins“ als Fachleute, ihre Gemeinschaft ist unverbindlicher als ein Arztbesuch und wird von manchem als weniger stigmatisierend empfunden. Auf diese Weise bietet Selbsthilfe in realen Gruppen, aber auch Telefonberatung oder Internetforen einen niederschweligen Zugang zu spezifischen Informationen und fachkundigen Ansprechpartnern. Zugleich ist sie ein guter Ausgangspunkt für weiterführende Maßnahmen, indem sie die Wahrnehmung der Betroffenen für das Auffällige schärft, Handlungsspielräume aufzeigt und die Sinnhaftigkeit von Therapie begründet. Nicht zuletzt fördert die Anbindung von Familien an Selbsthilfegruppen sowohl das gesellschaftliche Wissen um Störungsbilder im Allgemeinen als auch Kompetenz und Kontinuität ihrer Behandlung im besonderen Fall der jeweiligen Familie. Auf diese Weise sind Selbsthilfeverbände wie ADHS Deutschland e.V. zu einem wirksamen Fundament der Medizin, Psychologie und Pädagogik geworden.

Leider hatten Selbsthilfeorganisationen, hatte die Selbsthilfe als Idee in der Vergangenheit nicht immer einen guten Stand in Forschung, Lehre und Praxis. Für viele Verbände war nicht nur das Werben um Mitglieder eine Kernarbeit, sondern auch das Bemühen um Berücksichtigung und Anerkennung durch die Vertreter eines professionalisierten Gesundheitssystems. Heute freuen wir uns zum einen über die Würdigung unserer Arbeit in den Medien. Zum anderen macht uns die Einladung zur Mitwirkung im Rahmen wissenschaftlicher Projekte und politischer Entscheidungsfindung stolz. Diese Bereiche haben einen elementaren Einfluss auf die Gesellschaft von morgen, ihren Begriff von Krankheit und die Ausgestaltung des Sozialstaats. In diese Prozesse wollen wir unser Wissen einbringen: ein am Lebensalltag der Betroffenen orientiertes Verständnis von Leid und Abhilfe; eine am Wohl der Gemeinschaft ausgerichtete Wissenschaft

und Politik; und eine beidem gemeinsame Ethik, welche die Gesellschaft auf die Erkenntnis verpflichtet, dass es ihr als Gesamtheit nur so gut gehen kann wie dem Einzelnen in ihr.

Selbsthilfe ist ohne Fremdhilfe ein stumpfes Messer. Fremdhilfe ohne Selbsthilfe ist hingegen ein Messer, das allzu oft an der falschen Stelle schneidet. So braucht die Selbsthilfe die Kinder- und Jugendpsychiatrie – und diese nicht minder die Selbsthilfe.

Außerdem nutzt der Vorstand des BKJPP die Gelegenheit den „ADHS-Vertrag aus der Vertragswerkstatt der KBV“ vorzustellen. Das Symposium fand unter der Leitung von Herrn Dr. Herberhold, dem Vorsitzenden des BKJPP und Herrn Prof. Warnke, Ordinarius der KJPP in Würzburg statt. Neben anderen Beteiligten wurde Frau Dr. Menter gebeten hierbei Ihren Kommentar - aus Sicht der Elternverbände - mit einzubringen.

Dr. Myriam Menter, Dr. Johannes Streif ■

2. Internationaler ADHS-Kongress Wien 2009

Dass die „ADHD World Federation“, der Weltverband von Zappeln und Zerstreung, ihren zweiten Weltkongress in Wien abhielt, war sowohl für die Gäste als auch ihre Gastgeber ein spannendes Erlebnis. Die internationalen Gäste nahmen bereits durch den Ort der Veranstaltung, die Wiener Hofburg, an der prächtigen Ernsthaftigkeit der ehemaligen Kaiserstadt teil, während die Gastgeber sich durch die charmante Heimsuchung lebensfroher Wissenschaftler und Therapeuten inspirieren lassen durften. Immerhin geisterten über vier Tage überaus neugierige, schnellsprechende, aber glücklich wirkende Personen durch Schloss und Stadt, um aus der Verbindung von Kongress und Kultur, wissenschaftliche Lehre und Wiener Lustbarkeit das Maximale herauszuholen.

Maximal war bereits das Vortrags-, Seminar- und Posterangebot des Kongresses, das in Form der „Abstracts“, kurzer Zusammenfassungen der Inhalte durch die Referenten selbst, im Internet frei zugänglich ist (<http://www.springerlink.com/content/b871rt351340770r/fulltext.pdf>). Die Bandbreite der Themen war erstaunlich.

Auf einen Überblick über die abgehandelten Gegenstände soll an dieser Stelle verzichtet, dennoch soll im Weiteren kurz auf einige interessante Themenbereiche eingegangen werden. Darunter ist die Genetik der ADHS ein anhaltend spannendes und viel bearbeitetes Feld. Dies obgleich sich nach und nach die Erkenntnis durchsetzt, welche mehr noch für die ADHS als für andere psychiatrische Störungsbilder gilt: Gene bedingen Dispositionen, keine Konditionen. Anders gesagt: Viele körperliche Faktoren bilden die Grundlage der ADHS, die allerdings selbst nur ein Faktor unter vielen ist, die das menschliche Denken und Handeln bestimmen. Die spannende Neuropsychologie der ADHS, auch in Verbindung und Abgrenzung von Zwangsstörungen, Tourette, Angst und Autismus, hät-

ten, meiner Meinung nach, auf dem Kongress mehr Raum verdient.

Der Medikation kam im Kongress-Programm große Aufmerksamkeit zu. Verdienstvoll aufgrund der anhaltend scharfen Diskussion des Themas weniger unter Fachleuten als vielmehr in der medialen Öffentlichkeit. Bewegende Neuigkeiten gab es allerdings auf diesem Feld nicht zu vermelden. In der Diskussion waren – wie seit Jahren – Kombinationspräparate aus unterschiedlichen Wirkstoffen, Alternativen zu den Stimulanzien sowie neue Applikations- und Rezeptionsformen u.a. in Gestalt von Pflastern. Fast gänzlich fehlte der Blick auf das Cognitive Enhancement, die Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gehirns durch Substanzen, aber auch Psychotechniken und Mediengebrauch. Wann stellt sich die Scientific Community der ADHS-Forschung und Klinik endlich mehrheitlich einer Diskussion, welche die Grenze zwischen Krankheit, individuellem Leistungsvermögen und gesellschaftlichem Anspruch neu zu erfassen und zu beschreiben versucht, um nicht jede Abweichung von der sozialen Norm als Störung zu begreifen?!

Neues und sowohl im guten wie schlechten Sinne Aufregendes konnte man an den Stellwänden erfahren. Dort versammelten sich Theorie und Therapie unter spannenden Fragestellungen – „Who receives ADHD treatment in adolescence: Do children's views matter?“ (Wessen ADHS wird im Jugendalter behandelt: Zählt die Meinung der Kinder?) – alltagsrelevanten Aspekten – „Validation of a driving questionnaire for patients with ADHD“ (Überprüfung eines Fahrstil-Fragebogens für Personen mit ADHS) oder „Military Issues of adults with ADHD“ (Militärdienst von Erwachsenen mit ADHS) – längerfristigen Perspektiven – „Effects of ADHD Traits on Career Decision-Making of university students in Japan“ (Effekte von ADHS-Zügen auf

die Berufswahl von japanischen Studenten) – oder Wissen und Glauben von Personen, die im Alltag mit ADHS-Betroffenen zu tun haben – „Knowledge and Beliefs of Workers in School, Health and Social Service Environments in Quebec regarding ADHD“ (Fachwissen und Ansichten von Mitarbeitern in Schule, Gesundheitswesen und Sozialdiensten zur ADHS).

Während sich die Wissenschaftler in der Hofburg austauschten, inszenierten ideologisch bewegte Menschen am Kongress-Samstag eine Demonstration gegen die Psychiatrisierung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die schließlich dort endete, wo der Legende nach bereits zu Kaiser Franz' Zeiten kein Rindvieh mehr ohne Protektion weiterkam. Ihre Kritik mutete dabei, ungeach-

tet der Heftigkeit, phantasielos-vertraut und auch hilflos-pauschal an. So ging im Innern der Hofburg der Vortragsmarathon weiter, vor den Toren das Leben. Symptomatisch für die Auseinandersetzung mit einem Störungsbild, das offenbar nicht nur den Betroffenen, sondern auch ihrer Umwelt eine bemerkenswerte Leidenschaft der Meinungen, zugleich aber auch eine stupende Widerständigkeit gegen den Dialog verleiht.

Ich würde mir für den „3rd World Congress on ADHD“ 2011 in Berlin ein bisschen mehr Vielfalt und Kontroverse schon im Haus wünschen. Dies könnte nicht zuletzt durch die Selbsthilfe geschehen, die mit ADHD Europe und ADAPT in Wien an einem separaten „Patiententag“ vertreten war. In Zukunft könnte jeder Kongresstag ein „Patiententag“ sein, denn um wen sonst geht es hier?!

Dr. Johannes Streif ■

RGs Hamburg

Aktivitäten der 4 Gruppen „Michel“ in Hamburg

September 2007 bis Dezember 2008

Alle 4 Wochen, außer in den Hamburger Schulferien, finden in unseren 4 Hamburger MICHEL – Elternselbsthilfegruppen die Treffen statt.

Alle 4 bis 6 Wochen: Regelmäßige Treffen der 4 Regionalgruppenleiter Hamburgs, deren Vertreter und der Landesgruppenleiterin zum Austausch, zur Information und zur Planung von Fortbildungsveranstaltungen, kurz Planungsgruppentreffen genannt.

2mal jährlich: Teilnahme der Gruppenleiter am jeweiligen regionalen ADHS-Netzwerk

19.Okt. -21.Okt. 2007: Teilnahme an der Regionalliegersitzung in Hirschaid

13. Nov. 2007: Treffen des Hamburger Arbeitskreises ADS/ADHS und des ADHS-Netzwerks Hamburg, Bericht und Information über die 4 Netzwerke Hamburgs, Bericht über das Treffen des Beirats des zentralen adhs-netzes



14. Nov. – 16. Nov. 2007: Betreuung des Standes vom ADHS Deutschland des DGKJP- Kongresses in Bremen

16. Nov. 2007: Vortrag von Herrn Christian Grube, Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht Hamburg, zum Thema „Sozialrechtliche Leistungsansprüche für ADHS-betroffene Kinder und ihre Eltern“ organisiert von der Planungsgruppe für Teilnehmer der ADHS-Elternselbsthilfegruppen

27. Jan. 2008: Betreuung des Standes vom ADHS Deutschland bei der Veranstaltung „Kinderzauber“ in der Alsterdorfer Sporthalle veranstaltet vom Werner-Otto-Institut u.a.

12. April – 13. April 2008: Teilnahme an der Mitgliederversammlung und anschließendem Symposium in Friedrichsdorf

15. April 2008: Vortrag von Frau Dr. Biebl in der AOK Hamburg, Informationstisch über unsere ADHS-Elternselbsthilfegruppen

26. April – 27. April 2008: Teilnahme an der ADHS-Messe in Neu-Brandenburg

21. Mai 2008: Treffen des Hamburger Arbeitskreises ADS/ADHS und des ADHS-Netzwerks Hamburg, Mitgliederversammlung und anschließend ein Vortrag von Herrn Professor Schulte-Markwort zum Thema „ADHS, Bedeutung der Beeinträchtigung von Familie und sozialem Kontext“

25. August 2007: Sommerfest der Gruppenleiter

6. Sept. 2008: Gemeinsames Sommerfest für Eltern mit Kindern aller Hamburger Gruppen in Fuxis Spiel- und Sportscheune in Neu-Wulmstorf, diesmal organisiert von der Regionalgruppe Hamburg-Harburg.

24. Sept. 2008: Vorstellung der Selbsthilfegruppen von Frau Eich anlässlich eines Vortrags von Frau Dr. Stollhoff mit anschließender Podiumsdiskussion

18. Okt – 19. Okt 2008: Teilnahme an der Regionalleitersitzung in Hirschaid

8.11.2008: Symposium zum Thema „ADHS wird erwachsen! Was nun?“ mit den Referenten Dr. Neuy-Bartmann, Dr. Winkler, Frau Zehnder-Imhof und Herrn Riedel in Hamburg, organisiert von der Planungsgruppe der ADHS-Elternselbsthilfegruppen

18.12.2008: Treffen des Hamburger Arbeitskreises ADS/ADHS, Mitgliederversammlung und Planung der nächsten Veranstaltungen

RG Böblingen

Tätigkeitsbericht 2008

Wir hatten Termine wie z.B.:

- Bernhard mit dem Thema „ADHS - eine Überlebensstrategie“.
- Uwe Metz hat sein Buch präsentiert: „Die Hellsicht des Zwiespaltes - Wie Menschen mit AD(H)S ihre Welt sehen“
- Dipl. Psych. Dr. Kasper kam wegen einer Studie
- Im Rahmen der Mitgliederversammlung habe ich auch meine Gruppe zum Thema „ADS in der Schule - Probleme und Chancen im Spannungsfeld zwischen Verhaltensauffälligkeiten und Lernschwierigkeiten“ (mit Dipl.-Psychologin Anke Schäfer-Kaup, Schorndorf, Institut PI) eingeladen
- Besuch des Symposiums mit Sari Solden in Forchheim.
- Referent Andreas „Reduzierung von Ablenkung und Reizüberflutung durch Fokussierung“

RG Böblingen, Bärbel Sonnenmoser ■

„Erfahrungen vererben sich nicht - jeder muss sie allein machen.“

Kurt Tucholsky (Dt. Schriftsteller, 1890-1935)

RG Eilenburg

„Rabeneltern“

Tätigkeitsbericht der Selbsthilfegruppe „Rabeneltern“
Brandis (Eilenburg)

Nach reiflicher Überlegung und langer Suche konnten wir im Sommer des Jahres den Ort unserer Treffen nach Brandis verlegen. Dies geschah auf den Wunsch vieler Eltern hin, für die der Anfahrtsweg nach Eilenburg doch recht zeitaufwendig war. Die Kirchengemeinde Brandis hat uns nun für unsere Treffen ihren Gemeindesaal zur Verfügung gestellt.

Seither sind unsere Treffen wieder recht gut besucht und wir können auch Eltern begrüßen, die wir sonst nicht erreicht hätten. Unsere Treffen brauchten wir von der Zeit her nicht zu verändern, so dass die „Alten Hasen“ nicht umlernen mussten. Als Neuerung haben wir zu fast jedem Treffen ein Thema, über das wir uns speziell unterhalten können. Die Themen sind auf unserer Gruppenwebsite einsehbar und werden ständig aktualisiert.

Kerstin Kleiner ■

RG Brechen

Ziele und Aufgaben

Informationsvermittlung über alle uns zur Verfügung stehenden medizinisch gesicherten Grundlagen der Störung (biologisch und psychisch) und Begleitstörungen.

Information über die notwendige Differenzierung welche Auswirkung ADHS funktionell bewirkt und welche Schwierigkeiten häufig durch die daraus gewachsenen Verhaltensmuster entstehen (niedriges Selbstwertgefühl usw.).

Hilfestellung zum besseren Umgang mit den Auswirkungen der ADHS im Alltag, Berufsleben, Partnerschaft und sonstigen Bereichen des Lebens.

Aufklärung über die Zusammenhänge im Bereich sozialer Kompetenz, Überforderung / Unterforderung der Aufmerksamkeitsfähigkeit und Impulskontrolle. (Verdeutlichen, wodurch der Leidensdruck entstanden ist.)

Verdeutlichen der Wirkung unserer ADHS-Verhaltensweisen auf Menschen, die nicht betroffen sind. (Wie wirkt eine von ADHS betroffene Person auf andere).

Hilfe zur Selbsthilfe (gegenseitiges Coaching), Erfahrungsaustausch.

Vermittlung von Kontakten zu professioneller Hilfe (Therapeutenliste der KV usw.)

Anmerkungen:

Ich bin selbst betroffen und habe erst nach 42 Jahren Kenntnis von meiner Störung erhalten. Da ich Mutter von 2 ADHS Kindern bin und daher Kontakt zu der ebenfalls in unserer Region bestehenden „ADHS-Kindergruppe“ habe (Fr. Ruf – Treffen in Dauborn) gründete ich im November 2000 die SHG für Erwachsene. Wir (Meine Co-Leiterin Frau Marion Rudolph und ich) betreuen z. Zt. ca. 10-15 betroffene Erwachsene mit Partnern im Umkreis von ca. 50 Km (steigende Anzahl von Hilfesuchenden).

Wir sind Regionalgruppe des ADHS Deutschland e.V.

Ich bilde mich stetig auf Seminaren, Kongressen, Symposien und Vorträgen fort. Diese finden in Frankfurt, Hagen, Forchheim, Hünfelden, Oldenburg statt. Persönliche Gespräche mit Verhaltenstherapeuten, Psychiatern und Psychologen sind ebenfalls immer wieder wichtig um die SHG sinnvoll und effektiv zu gestalten.

RG Brechen, Richarda Rapp ■

AD(H)S – Elterninitiative Lahn – Dill

im Auftrag: Birgit Claas, Goldbachstr. 36, 35708 Haiger
Tel: 02771 / 3206862

Email: ADS_Haiger@yahoo.de

Gruppen- bericht 2008

Die AD(H)S – Elterninitiative Lahn – Dill trifft sich seit Beginn des Jahres 2008 jeden letzten Montag in den geraden Monaten (außer in den hessischen Schulferien) im Gemeindehaus der Katholischen Kirche in Haiger.

Wir hatten in den vergangenen Jahren immer weniger Besucher an den Gruppenabenden zu verzeichnen, sodass die Überlegung anstand, die Gruppe ganz aufzulösen. Schließlich sind wir jedoch übereingekommen, erst einmal einen Versuch mit weniger häufigen Treffs zu starten und die Resonanz und Akzeptanz abzuwarten. Heute können wir sagen, der Versuch hat sich gelohnt. Es sind neue Besucher hinzugekommen und die Anzahl der Treffen – in diesem Jahr waren es insgesamt 4 – ist völlig ausreichend. Daneben bieten wir noch das Infotelefon und die Kontaktmöglichkeit über E-Mail an. Beides wird in überschaubarer Weise in Anspruch genommen.

Im Februar und April bestand unser Gruppentreffen aus einem lockeren Gesprächskreis mit Betroffenen und Angehörigen.

Das Augusttreffen stand unter dem Thema „AD(H)S im Jugendalter“, bei dem wir eine Referentin von der Uni Gießen zu Gast hatten. Sie stellte uns ihre Studie zu diesem Thema vor und warb um Probanden.

Den krönenden Abschluss des Jahres 2008 bildete unsere Vortragsveranstaltung im Oktober unter dem Thema „Mit AD(H)S leben – Kindheit, Jugend, Erwach-

senalter“ mit den Referenten Dr. Beate Zierath-Wahl, Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Siegburg und Dr. Johannes Fuhr, Facharzt für Psychiatrie und Erwachsenen-Psychotherapie in Bad Wildungen. Durch die Ausgabe von Meinungsumfragen nach der Veranstaltung erhielten wir wertvolle Rückmeldungen zu dieser Veranstaltung (sowohl positiv als auch negativ, aber auch Wünsche und Anregungen für künftige Veranstaltungen).

Insgesamt konnten wir in diesem Jahr eine positive Bilanz ziehen und starten neu motiviert in das Jahr 2009.

Mit freundlichen Grüßen
im Namen der AD(H)S – Elterninitiative Lahn-Dill
Birgit Claas

Hinweis:

Gruppentreffen jeden letzten Montag in den geraden Monaten außer in den Schulferien um 20.00 Uhr im Kath. Gemeindehaus, Am Alten Bahnhof, 35708 Haiger

**Sie fragen –
Die Fachleute unseres Verbandes antworten**

„Geistige Behinderung und ADHS“

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielleicht können Sie mir weiterhelfen, ich studiere z. Zt. an der Fachhochschule XY Heilpädagogik und recherchiere nach Literatur zum Thema „Kann AD(H)S auch bei geistig behinderten Menschen auftreten“ und können therapeutische Konzepte bzw. pädagogische Förderungen für AD(H)S Kinder (z.B. THOP und andere), auch bei geistig behinderten Menschen angewendet werden? Können die Ratgeber, die es zum Thema AD(H)S gibt, von betroffenen Eltern geistig behinderter Kinder bzw. deren LehrerInnen angewandt werden?

Ich würde mich freuen, wenn sie mir dazu eine Literaturliste oder Informationen, welche Unis (auch international) sich mit diesem Thema beschäftigen, zusenden könnten.

Ich würde mich auf eine Rückantwort freuen und bedanke mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen, XY

Lieber Herr XY,

ADHS ist unabhängig von Intelligenz - sie kommt bei hochintelligenten Menschen genauso wie bei geistig Behinderten vor. Dann spricht man allerdings von einer „überaktiven Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien“ (Bei Kindern mit Intelligenzminderung in Form von Lernbehinderung oder geistiger Behinderung treten vor allem Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, aber auch erhöhte Unruhe und Impulsivität auf.

Prinzipiell kann auch bei diesen Kindern die Diagnose einer ADHS gestellt werden, wenn die Symptome deutlich stärker ausgeprägt sind, als man aufgrund der Intelligenzminderung erwarten würde. Bei geistig behinderten Kindern (IQ < 50) mit schwerer motorischer Überaktivität und ausgeprägt repetitiven und stereotypen Verhalten wird die Diagnose einer überaktiven Störung mit Intelligenz-

minderung und Bewegungstereotypen (F 84.4) gestellt).

Allerdings gibt es kaum deutsche Literatur dazu (viel englische). Hier noch eine deutsche Arbeit: Häfner, Bohne, Buchmann: Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte bei der Begutachtung von Kindern mit Lernstörungen oder geistiger Behinderung. In Gesundheitswesen 2001; 63:677-682. Georg Thieme Verlag Stuttgart. Hier finden Sie auch weitere Literaturangaben.

Mit freundlichen Grüßen ■

Literatur:

- Pearson D., Santos C.W.; Roache J.D. et al.: Treatment Effects of Methylphenidate on Behavioral Adjustment in Children With Mental Retardation and ADHS; J.Am. ACAD. Child Adolesc. Psychiatrie 42:2, Feb 2003
- Funk, Christof: Psychopharmaka bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen, Symposium Medical 3/2002, S. 28-30 Dr. Christof Funk, Josef Probstweg 12; 88400 Biberach-Mettenberg; christoph.funk@t-online.de

Leserbrief

zur Rezension des Buches M. Winterhoff: „Warum unsere Kinder Tyrannen werden“ von Dr. Johannes Streif in „neue AKZENTE“, Heft Nr. 81, 1/2009, S. 47

Die Rezension des Buches von Winterhoff „Warum unsere Kinder Tyrannen werden“ durch Streif ist ein Urteil, bevor der Leser überhaupt etwas von Winterhoff erfahren hat. Es ist von vornherein ein Vorurteil und schließlich eine Verurteilung, die nicht unwidersprochen bleiben kann. Streif bringt ein Zitat von Winterhoff und verurteilt es als „irre Perspektive mit abstrusem Vokabular“. Das kann er natürlich machen, aber er muß sich dann auch die Frage gefallen lassen, wie er denn den folgenden seiner Sätze beurteilen würde: „Seine [Winterhoffs] tiefenpsychologisch gefärbte simple Lehre von der Psyche als Summe von Funktionen und Weltbildern reduziert das Leben auf eine Ansammlung sozial überformter individueller Triebe, in der das kindliche Lernen von der pädagogischen Absicht der Erwachsenen abhängt“. Verstanden? Das ist ein Satz von Streif. Nun verstanden? Ja? Dann können wir uns den Rest ja sparen.

Aber seine Urteilskraft ist noch mehr zu bewundern: Winterhoff schreibt „Unsinn“ über Kinder und ihre Entwicklung, der Titel seines Buches ist „peinlich“, seine Perspektive ist „irre“, sein Vokabular „abstrus“ und das ganze ist eine „pseudowissenschaftlich verbrämte Lamentation“. Wollen Sie noch mehr Vorurteile hören, dann lesen Sie nur weiter. Da ist von Hegel die Rede und von Leibniz, von dem, was unsere Kinder schon können – eine

„hoch differenzierte Sprache“ – und von dem, was unsere Gesellschaft noch braucht: „Rücksichtnahme und soziale Verantwortung“. Man hat den Eindruck, Streif hätte gern selbst so ein Buch wie Winterhoff geschrieben, denn von Winterhoff selbst erfährt man nicht viel. Ihm, Winterhoff, geht es um „Beziehungsstörungen: 1. Partnerschaftlichkeit, 2. Projektion, 3. Symbiose und darum, die Beziehungsfähigkeit überhaupt erst herzustellen. In den Beziehungsstörungen belasten Erwachsene ihre Kinder mit ihren eigenen Problemen, für die die Kinder in ihrem Alter noch gar keine Lösung finden können. Kinder werden zur Lösung der Probleme Erwachsener mißbraucht, bevor sie orale, anale und ödipale Entwicklung überhaupt durchlaufen haben. Hat ein Kind die sachliche Beziehung gelernt, aber die persönliche Beziehung übersprungen, dann wird es später auch Menschen nur als Sachen behandeln können, - und dann braucht man sich über Tyrannen nicht zu wundern. Ja, das Wort mag in drei anderen Büchern auch auftauchen, - wozu soll man das wissen? – aber hier ist es begründet, veranschaulicht und in seinen Konsequenzen aufgezeigt. Das ist der Vorteil – und kein Vorurteil – dieses Buches von Winterhoff.

Dr. Helmut Gatzert
Pfr. i. R. ■

Dieter Krowatschek

Alles über ADS – so fördern Sie ihr Kind

Dieter Krowatschek ist Schulpsychologe und Lehrer. Er arbeitet im schulpсихologischen Dienst, Marburg und leitet den Verein zur Förderung überaktiver Kinder. Die Themen seiner zahlreichen Veröffentlichungen sind breit gefächert. Sie reichen von Konzentrations- und Entspannungshilfen über Brennpunkte wie Gewalt und Mobbing an Schulen bis zu ADHS. Den Schwerpunkt seiner publizistischen Tätigkeit bildet die Beschäftigung mit dem Syndrom. Kenntnis und Kompetenz des Autors versprechen eine gewinnbringende Lektüre.

Und in der Tat ist „Alles über ADS“ bereichernd. Der Autor hat als Adressaten Eltern und Pädagogen im Blick. Aber auch für Fachleute ist das Buch eine Quelle grundlegender Informationen, etwa die Kapitel „Ursachen“, S. 62 – 73 oder „Die Diagnose“, S. 79 – 87. Inhaltlich ist das Buch in die üblichen zwei Teile eines Sachbuches über ADHS unterteilt: Der erste Teil erklärt unter Einbeziehung des aktuellen Wissensstandes, was das Syndrom ist. Der zweite Teil gibt Rat und Hilfe für Eltern und Lehrer im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die das Syndrom betrifft. Das Kapitel „Entspannung“ (S. 92 – 110) nimmt im zweiten Teil eine eigene Überschrift ein, da Entspannungsübungen für den Schul- und Familienalltag eine besondere Herausforderung darstellen. Der Autor nennt aber auch zahlreiche bewährte Methoden (S. 111 – 131), die sich mit vergleichsweise geringem Aufwand sofort umsetzen lassen können.

Während des Lesens fällt besonders angenehm der gut verständliche Schreibstil sowie der systematisch gelungene Aufbau auf. Sein einziges Manko besteht darin, dass der hyperaktiven Variante des ADS ein größeres Augenmerk gewidmet wird als derjenigen ohne Hyperaktivität. Anregend ist auch, dass der Autor über die Symptomatik und Behandlung von ADS auf das Phänomen ADS in unserer Zeit eingeht: „Das rapide Ansteigen der ADS-Diagnosen und der entsprechenden Medikation führt zu der Fragestellung, ob unsere Gesellschaft nicht ihre Reaktion auf Bedürfnisse von Kindern überprüfen muss.“ (S. 164). Insgesamt ist „Alles über ADS“ eine sehr empfehlenswerte Lektüre.

Uwe Metz ■



Dieter Krowatschek
Alles über ADS – so fördern Sie ihr Kind
 ISBN 9783491-401495
 Patmos Verlag
 Preis: 12,90 Euro

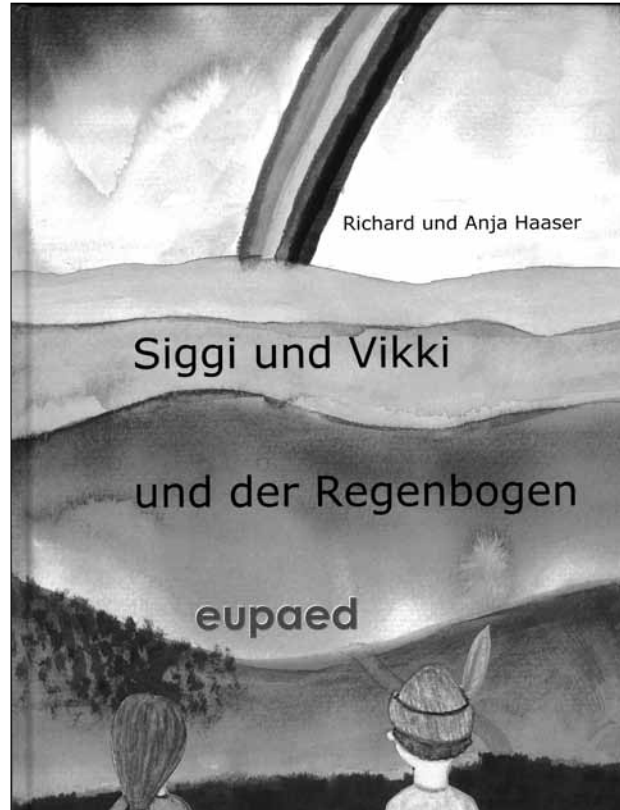
Richard und Anja Haaser:

Sigggi und Vikki und der Regenbogen

ADHS wird in der Regel von der Krankheitsseite her betrachtet. Die Schwierigkeiten in Bezug auf soziale Kompetenz, Aufmerksamkeits- und Lernvermögen scheinen Kinder, die von ADHS betroffen sind, auf diese Seite zu nötigen. Anders sieht sie der Kinderarzt Richard Haaser. Er leitete den Verein mit dem augenfälligen Namen „Auch Du Hast Stärken“. Der Verein veranstaltete Natur-Freizeiten für verhaltensauffällige und von ADHS betroffene Kinder und Jugendliche, in denen sie ihre Schwächen, aber eben auch ihre Stärken kennen lernen können. Viele von ihnen erlebten während einer solchen Freizeit zum ersten Mal „gemeinsam mit anderen Kindern positive Erfahrungen“ zu machen und Freundschaften zu bilden.

Sigggi und Vikki ist ein Bilder- und Vorlesebuch für Kinder im Grundschulalter. In acht illustrierten Kapiteln erzählt Richard Haaser die Geschichte der Zwillinge Sigggi und Vikki, die das Geheimnis des Regenbogens zu ergründen suchen. Sie machen sich auf die Suche nach dem Schatz des Bärensees. Dort berührt das Ende des Regenbogens die Erde. Im Verlauf ihres Abenteuers treffen sie andere Kinder, die sie auf ihrer Suche begleiten. Am Bärensee können Sie zwar keinen Schatz heben, was die Kinder zunächst enttäuscht. Aber sie stellen fest, dass das Abenteuer, das sie miteinander erlebten und die Gemeinschaft, die sich gebildet hat, der wirkliche Schatz ist.

Die Geschichte ist einfach und gut fassbar. Sie folgt dem märchenhaften Duktus von einem der auszog zu lernen, dass der wahre Gewinn nicht derjenige ist, den er sich zu Beginn seiner Reise erhoffte. Bemerkenswert ist, dass der Autor auch von Streit und anfänglicher Asympathie (vgl. Kapitel 6 „Die Zicken“) erzählt. Damit macht er aufmerksam, dass zur Freundschaft nicht nur Zuneigung zählt, sondern auch die Überwindung von Widerstand, z.B. indem man sich auf Regeln einigt (vgl. S. 66). Ebenfalls bemerkenswert ist die Illustrierung, die die Tochter des Autors besorgte. Sie verwandte eine reizvolle Mischtechnik aus Collage und Aquarel. Die durchgängig verwandte wörtliche Rede macht das Vorlesen der Geschichte von Sigggi und Vikki und dem Regenbogen einfach. Kritisch anzumerken ist, dass die Geschichte eine Weile braucht, um in Schwung zu kommen. Es wird nicht gleich klar, wer die Hauptpersonen sind und im zweiten Kapitel wird erst deutlich, was sie zu ihrer Schatzsuche veranlasst.



Richard und Anja Haaser:
Sigggi und Vikki und der Regenbogen
Eupaed - Verlag
ISBN 97839812782-00
Preis: 20,- Euro

Das Thema ADHS kommt unmittelbar nicht zur Sprache, wohl aber in seinen Bezügen. Kinder, die von dem Syndrom betroffen sind, zeigen wie die „Jägerkinder“ Sigggi und Vikki häufig Unternehmungslust, Einfallsreichtum und einen besonderen Draht zur Natur. Im ganzheitlich-naturverbundenen Rahmen der Geschichte passen diese Züge, nicht aber in unsere von Bewegungslosigkeit sowie Partikularismus gekennzeichneten und bis zur Unübersichtlichkeit ausdifferenzierten Umwelt. Die wichtige Frage, die sich mir durch das Buch stellt, lautet, in wie weit die gegenwärtigen gesellschaftlichen Vorgaben verursachen, dass Menschen mit ADHS nur auf ihre Schwächen verwiesen werden, nicht aber ihre Stärken begreifen können.

Uwe Metz ■

R. D'Amelio, W. Retz, A. Philipsen,
M. Rösler (Hrsg.)

Psychoedukation und Coaching

ADHS im Erwachsenenalter:
Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen

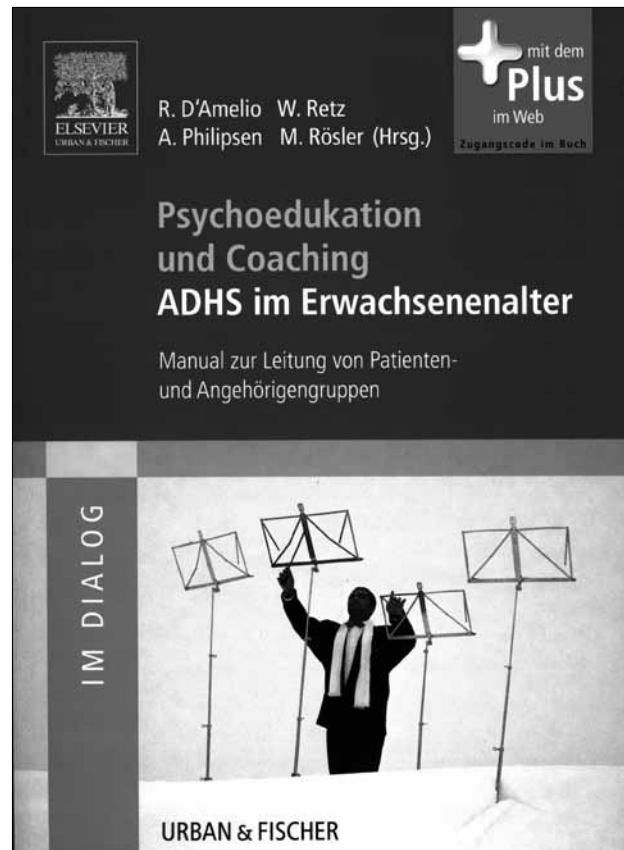
Das Buch schließt eine Lücke, da es bisher nur wenige Anleitungen für die Durchführung von Patienten- und Angehörigengruppen gab.

Im klinisch- wissenschaftlichen Teil erhält der Leser eine aktuelle Information über ADHS, die Diagnosestellung und die Behandlungsmöglichkeiten. Auch auf den Stellenwert der medikamentösen Therapie und deren Durchführung wird eingegangen.

Neu ist der Schwerpunkt auf Psychoedukation und Coaching. Beide Ansätze werden für das Krankheitsbild störungsspezifisch entwickelt. Da in der BRD viel zu wenig medizinische und psychologische Fachkompetenz zur Behandlung der ADHS bei einer Prävalenzrate von 2-4% der erwachsenen Bevölkerung vorhanden ist, macht der Ansatz Sinn, nicht nur auf Einzelpsychotherapie zu setzen. Gerade die besondere Problematik bei ADHS verlangt ein stark strukturiertes und psychoedukatives Vorgehen. Es geht dabei nicht darum, die Kindheit ausführlich zu beleuchten oder Psychotraumata aufzuarbeiten, sondern den Alltag und das ganz normale Leben in den Griff zu bekommen. Betroffene profitieren davon, konkrete Problemlösestrategien vermittelt zu bekommen, dies besonders im Hinblick auf die Themen Selbstorganisation und Selbstkontrolle.

Gruppentherapie eignet sich bei ADHS ganz besonders. Dies zum einen, weil Betroffene sich oft stigmatisiert und ausgeschlossen fühlen und sie sehr schmerzhaft Erfahrungen des „ Andererseits“ haben. Zum anderen eröffnet auch die Gruppe Erfahrungen mit dem ADHS der anderen und kann damit eine Art Selbstreflexion und Selbsterkenntnis einleiten. Es stellt oft eine große Erleichterung dar, zu erfahren, dass auch andere ähnliche Probleme haben und dass das Scheitern, das Betroffene so oft im Leben erfahren haben, einen Namen hat: nämlich ADHS. Psychoedukation und Coaching bedarf auch nicht unbedingt fachärztlicher oder psychologischer Kompetenz, sondern es verlangt ausgebildete Menschen, die Erfahrung im Coaching und in Gruppenleitung haben und sich auch auf dem Gebiet ADHS und der besonderen Problematik gut auskennen.

Hilfreich in dem Buch ist das sehr strukturierte Vorgehen mit ausdrucksfähigem, übersichtlichem und gut



R. D'Amelio, W. Retz, A. Philipsen, M. Rösler (Hrsg.)
Psychoedukation und Coaching, ADHS im Erwachsenenalter:
Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen
ISBN: 978-3437227660
Verlag Urban & Fischer 2009
Preis: 44,95 Euro

anwendbarem Lehrmaterial. Das Modul bezieht sich weitgehend auf das von Herrn Hesslinger und Frau Philipsen in Freiburg entwickelte Therapiemanual, das bereits auch evaluiert wurde und sich aus der Therapie der Borderlinestörung von Marsha Lineham ableitet.

Auch die Anleitung für die Angehörigengruppe ist gut verständlich und nützlich. Viel zu lange haben wir vergessen, dass auch Angehörige von ADHS-Betroffenen in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt sind und dass sie auch Anleitung brauchen ADHS-Betroffene zu verstehen, mit ihnen täglich umzugehen und das gesammelte Chaos zu ertragen.

Neue Wege beschreitet der Verlag, in dem er online Folien und Merkblätter zur Verfügung stellt, die mit dem im Buch befindlichen Code abgerufen werden können.

Insgesamt ein praktisches und unverzichtbares Buch für alle, die Gruppentherapien für Betroffene und Angehörige anbieten wollen. Es reduziert so viel Arbeit, wenn man bereits erstelltes Material, Listen und Skizzen verwenden kann. Die Arbeit mit ADHS-Betroffenen ist sowieso schon anstrengend genug.....

Dr. Astrid Neuy-Bartmann ■

F. Häßler, 2008

Das ADHS Kaleidoskop,

State of the Art und bisher nicht beachtete Aspekte von hoher Relevanz

Das Fachbuch wurde von namhaften Autoren verfasst, die profunde Kenntnisse in der Diagnostik und Behandlung der ADHS haben. Jeweils einzelne Autoren widmen sich einer speziellen ADHS-Problematik, die sie ausführlich und auf dem neusten Stand der Forschung beleuchten. Neben den bisher schon häufig publizierten Themen finden sich jedoch auch zahlreiche neue Aspekte aus dem Spektrum der ADHS, die bisher zu wenig Beachtung gefunden haben. ADHS und Bindung von Ulrike Schulze umreißt die Entstehung der Bindungsstörung und das Zusammenspiel bzw. mögliche Symptomüberschneidungen. Viel zu wenig wurde bisher auch beachtet, in wie weit unterschiedliche Symptome sich gegenseitig negativ verstärken und so zu einer Potenzierung der Störungen beitragen. Ein sehr interessanter Artikel ist der von Hellmuth Braun-Scharm, der sich mit ADHS und bipolarer Störung im Kindesalter beschäftigt. Zu Recht weist er auf die, für uns Europäer unglaublich hohen Raten an diagnostizierten bipolaren Störungen im Kindesalter in den USA hin. Er stellt hier die Frage, ob ADHS und bipolare Störungen Extreme eines dimensionalen Schwerespektrums darstellen, das in leichteren Fällen ADHS und in schwereren Fällen bipolare Störungen heißt. Die Diskussion wird hier weiter geführt werden müssen.

ADHS und Epilepsie von Christine Ettrich beleuchtet das Zusammentreffen zweier häufiger Erkrankungen mit hoher Relevanz. Auch hier zeigen sich Überlappungen, gegenseitige Verstärkungen und unklare nosologisch noch nicht abschließend einzuordnende Krankheitsbilder.

Hilfreich ist das große Kapitel vom Herausgeber selbst, in dem er die Datenlage der medikamentösen Therapien bei ADHS recherchiert. Sehr übersichtlich ist die Tabelle mit den aktuellen aufgelisteten Medikamenten und entsprechender Empfehlung oder kritischer Bewertung.

Insgesamt handelt es sich um ein interessantes Fachbuch, das dem Leser, der sich bereits auf dem Gebiet der ADHS fortgebildet hat, neue Aspekte und Forschungsergebnisse vermittelt.

Für Nichtfachleute ist das Buch, auch aufgrund des verwendeten medizinischen Fachvokabulars sowie des vorausgesetzten Wissens über ADHS, nicht zu empfehlen.

Dr. Astrid Neuy-Bartmann ■



F. Häßler, 2008
Das ADHS Kaleidoskop,
State of the Art und bisher nicht beachtete Aspekte von hoher Relevanz
ISBN: 978-3939069669
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
Preis: 29,95 €

Bettina Mähler und Martin Schmela

Albtraum ADS – Wie Eltern sich helfen können

Das Lesen hat mich mehrere Wochen gekostet, es war zäh zu lesen, die Struktur des Buches ist unlogisch, und es wird an vielen Stellen in unterschiedlichen Kapiteln doch immer wieder das Gleiche zu denselben Themen gesagt.

Mit vielen Aussagen in diesem Buch bin ich überhaupt nicht einverstanden.

Ich habe nur wenige Tipps der Autoren als nützlich erkennen können, und umso mehr Statements als weltfremd und für betroffene Eltern nicht weiterführend empfunden.

Einerseits heißt der Buchtitel „Albtraum ADS“, andererseits wird sich sehr deutlich gegen eine Medikation ausgesprochen.

Die Aussage heißt, dass die Kinder nicht vorschnell

mit ADS abgestempelt werden sollen, und dann wieder, dass sie schwierig und auffällig sind und ihre Familien vor große Probleme stellen.

Hilfe wird durch Psychotherapie empfohlen, durch Gespräche etc., aber nur bloß keine Medikation.

Was soll denn nun mit den Betroffenen geschehen?

Abwarten, bis die Schwierigkeiten so groß sind, dass sie eskalieren? Um dann die empfohlene Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen?

Nach meiner Erfahrung als Selbstbetroffene und Mutter eines ADS-lers denke ich, dass Hilfe so früh wie möglich und multimodal einsetzen sollte, um den Teufelskreis zu unterbrechen.

Nein, dieses Buch muss man meiner Ansicht nach nicht gelesen haben.

Es ist in meinen Augen nicht hilfreich für Familien, die wirklich in ernstesten Schwierigkeiten stecken, und wo Handeln gefragt ist.

Und eine – wie im Titel angekündigte – Hilfe für Eltern kann ich wirklich nicht erkennen.

Angelika Schröder



Bettina Mähler und Martin Schmela
Albtraum ADS – Wie Eltern sich helfen können
ISBN 978-3-499-62165-9
Rowohlt Verlag
Preis: 8,90 Euro

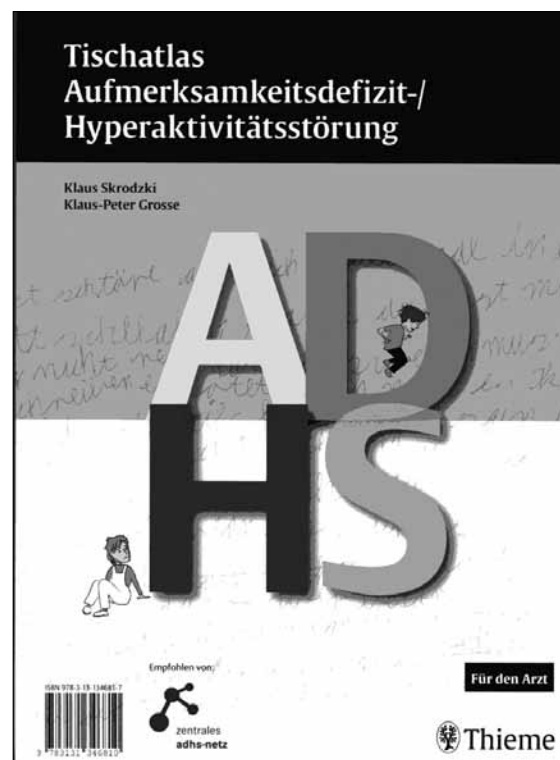
Klaus Skrodzki, Klaus-Peter Grosse

Tischatlas

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Können Sie sich noch an das erste Mal erinnern? Das erste Mal, als ein Arzt oder Psychologe versuchte, Ihnen ADHS zu erklären, welches man bei Ihrem Kind diagnostiziert hatte. Vielleicht ging es Ihnen wie mir.

Von ADHS hatte ich zuvor noch nie gehört; wir hatten die Entwicklung unseres Sohnes zunehmend mir Sorge beobachtet, und nun sollte eine ärztliche Untersuchung Beruhigung verschaffen. Aber jetzt saß ich aufgeregt da, und wissenschaftliche Erkenntnisse und Termini prasselten auf mich ein: ADHS als diagnostiziertem Krankheitsbild nach ICD-10 – nach evidenzbasierten Tests wie der Connor-Rating-Scale trifft es auch auf unser Kind zu – tja, eine komplexe Entwicklungsstörung verschiedener Ausprägung – mit dem multimodalen Therapiekonzept und eventueller medikamentöser Versorgung kriegen wir das schon hin – aber die Betroffenen haben ADHS lebenslang – wenn sie nicht schon in der Pubertät gescheitert sind – die Gefahr von auto- und fremdaggresivem Verhalten ist



Klaus Skrodzki, Klaus-Peter Grosse
Tischatlas Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
Thieme-Verlag
ISBN 978-3-13-134681-7
Preis: 29,95 Euro

besonders bei den Jugendlichen maximiert – aber ...

Die Ärztin bemühte sich redlich, mir die ADHS zu erklären, dennoch verstand ich nur wenig, und von der Komplexität dieser Störung habe ich erst durch die Selbsthilfegruppenarbeit langsam eine Ahnung bekommen. Durch diese Arbeit weiß ich natürlich auch inzwischen, wie schwierig es für den Arzt/Psychologen ist, aufgeregten Eltern und Selbst-Betroffenen das Krankheitsbild sach- und familiengerecht zu erklären. Und wie K. Skrodzki und K.-P. Grosse im Vorwort des Tischatlasses schreiben, müssen die zunehmenden Erkenntnisse über ADHS in zunehmend knapper Zeit für den Patienten vermittelt werden.

Die Autoren, die als Ärzte seit vielen Jahren mit ADHS-Betroffenen und ihren Familien arbeiten, haben nun mit einer pffrigen Idee einen probaten Helfer für die Beratung gestaltet: Den Tischatlas Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung. Auf 15 kartonierten Seiten im DIN A4 Format wird ADHS-Wissen komprimiert in sieben Kapiteln dargestellt. Der Clou ist die Aufmachung in der Art eines Tischkalenders, der zwischen dem Arzt und dem Patienten aufgestellt wird. Der also von zwei Seiten, nämlich der des Arztes und der des Patienten betrachtet werden kann. Der Arzt kann anhand der Stichworte am rechten Seitenrand (die Seiten entsprechen Aktentrennblättern) das Thema wählen, wie z. B. „Ursache“, „Diagnose“ oder „Medikamente“, und auf jeder Seite geben zwei bis drei Stichworte am unteren Seitenrand zusätzliche Hilfe für die Gesprächsführung. So ist beispielsweise der Oberbegriff „Medikamente“ in die Punkte „Einsatz und Wirkung“, „Auswahl“ und „Durchführung“ untergliedert. Die Überschriften der kurzen Texte heben sich durch die blaue Farbe gut sichtbar von den Ausführungen ab. Auf jeder Seite befindet sich durch die orange Farbgebung auffällig der „Patientenbezug“. Dem Arzt werden Fragen und Stichworte vorgeschlagen, die der weiteren Gesprächsgestaltung und möglichst personennahen Therapiefindung dienen. Diese Vorgehensweise sieht zu den Medikamenten unter ande-

rem die Frage vor, ob ein Medikament überhaupt zu dem Kind passt und in dieser Familie ausgegeben werden darf oder wie Kontrollintervalle überprüft werden können.

Das Besondere an diesem Tischatlas ist nun, dass der Patient während der Erklärung des Arztes veranschaulichende Bilder, Statistiken und passende schriftliche Kurzinfos vor sich hat. Wichtige Begriffe werden durch Fettdruck einprägsam gemacht.

Manch einem mögen die Bilder vielleicht als zu vereinfachend erscheinen. So wird die Reizverarbeitung durch Pfeile symbolisiert, die bei dem ADHS-Betroffenen ungehindert durch den Filter schießen, während ein einzelner Pfeil die kontrollierte Reizverarbeitung des Nicht-Betroffenen zeigt. An dieser Stelle möchte ich noch einmal an das „erste Mal“ erinnern und daran, dass viele von uns das nötige Wissen über einen längeren Zeitraum erworben haben und der Prozess des Verstehens ebenfalls dauerte – und vielleicht noch andauert?

Für den Arzt gibt es noch ein 25-seitiges Beiheft mit den nötigen vertiefenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden zu allen Bereichen von ADHS. Außerdem stehen dem Arzt Kopiervorlagen zur Verfügung, die für die Patienten verwendet werden können.

Manfred Döpfner betont in seinem Vorwort zum Tischatlas die Herausforderung, die die angemessene Beratung und Aufklärung über ADHS bedeutet. Die Rezensentin ist zwar keine Ärztin oder Psychologin, hat aber als Telefonberaterin für ADHS Deutschland e.V. auch eine gewisse Erfahrung mit beunruhigten Eltern und so manchem unruhigen, unstrukturierten Hype, die einem die Schwierigkeit einer angemessenen Hilfe immer wieder aufzeigen. Seit einigen Wochen habe ich nun den Tischatlas neben dem Telefon stehen, und konnte die Nützlichkeit dieses Werkes bereits testen. Der Tischatlas ist in der Vielzahl der ADHS-Ratgeber etwas ganz Besonderes, und sollte in Praxen und Selbsthilfegruppen nicht fehlen.

Ricarda Mafille ■



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

Auch bei Versetzungs- und Aufnahme-problemen an öffentlichen Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.

KLEINE KLASSEN, FÖRDERUNTERRICHT, HAUSAUFGABENBETREUUNG, AG's, INDIVIDUELLE FÖRDERUNG + BETREUUNG, INTENSIVFÖRDERUNG bei ADHS und TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN, SCHULPSYCHOLOGISCHE TESTUNG, JOB COACHINGKURSE, MITTAGESSEN, auf Wunsch soz. pädag. Wohneinrichtung/ Internat

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 06.11.2009- Sonntag, 08.11.2009

Tagungsstätte Lutherheim

Jägersallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 22.01.2010- Sonntag, 24.01.2010

Katharina-Staritz-Haus

Kurstrasse 22

63667 Nidder-Bad Salzhausen

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 12.03.2010 - Sonntag, 14.03.2010

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

21./22 November 2009

Landesgruppe Hamburg / Schleswig-Holstein:

aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

31. Oktober 2009 / 01. November 2009 in Helmstedt
Für Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt und
Hamburg und Schleswig-Holstein. Weitere Teilnahme
von RGL anderer Bundesländer auf Anfrage.

26. / 27. September 2009, Hirschaid

Bundesweite Regionalgruppenleiterfortbildung
(gesonderte Einladung)

13. Kongress ADHS 10.10.09, Stadthalle Sindelfingen

Die Veranstaltung wendet sich an Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher, ErzieherInnen, an Pädagogen, Therapeuten, Ärzte und an Mitarbeiter in Beratungsstellen.

Der Kongress findet in Zusammenarbeit mit dem ADHS Deutschland e.V. und dem Ads e.V. statt. Diese beiden Elternverbände werden ebenfalls mit Infotischen vertreten sein, Infomaterial bereitstellen und mit Mitarbeitern zu Gesprächen und Beratungen zur Verfügung stehen.

Kosten: 80,00 Euro, Mittagessen inkl.

Informationen über den Veranstaltungsort, der Stadthalle Sindelfingen:

<http://www.svg-sindelfingen.de> und <http://www.vhs-kongresse.de/kongress/12.html>

Öffentliches Symposium

26. September, Hirschaid, Hotel Göller

14.00 Uhr bis 15.30 Uhr

Frau Groß-Lesch:

„ADHS und Emotionen“

Familienambulanz Würzburg

16.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Frau Dr. Eiden und Herr Dr. Heuschen

„Familien-Coach-Projekt - Eltern als Teamplayer“ im Alltag

In eigener Sache:

AKTIVE MENSCHEN

Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS

Sie sind bereits Mitglied in unserem Selbsthilfverband? –

Wenn ja, haben Sie sicher gute Gründe dafür:

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHS – durch aktuelle Informationen,
- Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Ermäßigungen bei Veranstaltungen und Publikationen
- Sie beziehen unsere Zeitschrift neue AKZENTE jährlich dreimal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

Bringen Sie sich ein und werben

Sie neue Mitglieder, denn nur **gemeinsam** sind wir stark.

Warum ist die Mitgliedschaft gerade in einem ADHS-Bundesverband besonders sinnvoll?

In der Selbsthilfelandchaft gibt es Gruppen, Vereine und Verbände. Gruppen sind örtlich tätig.

Vereine meist regional aktiv. Selbsthilfverbände haben überregionale Strukturen und sind bundesweit tätig.

Was zeichnet sie aus?

- Selbsthilfverbände bündeln die Interessen einer besonders großen Zahl Betroffener und verschaffen ihnen politische Präsenz sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene.
- Sie sorgen für Wissenstransfer in die Öffentlichkeit. An der Verbreitung allgemeiner Kenntnisse über ein Krankheitsbild sind sie maßgeblich beteiligt.
- Sie bilden Schnittstellen zu professionellen Fachgruppen und vertreten auch dort die Belange Betroffener. Sie wirken modifizierend auf diagnostische und therapeutische Modelle ein.
- Selbsthilfverbände schulen und beraten Gruppenleiter. Sie geben Standards für die Basisarbeit vor, die sich am aktuellen Wissensstand orientieren.

Unser Bundesverband ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in den Geschäftsstellen Berlin und Forchheim – arbeiten ehrenamtlich.

Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

**Logisch, dass wir Sie brauchen.
Genug gezögert – helfen Sie mit.**

Ein Anmeldeformular erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle
oder über unsere Website: www.adhs-deutschland.de

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

Die Aktiven des ADHS Deutschland e.V.

Der neue Vorstand

1. Vorsitzende:	Dr. Myriam Menter 91056 Erlangen vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende:	Karin Knudsen 50933 Köln vorstand2@adhs-deutschland.de
Schatzmeisterin:	Karin-Gisela Seegers 14055 Berlin schatzmeister@adhs-deutschland.de
Schriftführer:	Hartmut Gartzke 30916 Isernhagen schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

Europäische Kontakte:	Detlev Boeing B-3080 Teruven adhs@telenet.be
Unterstützung des Vorstandes	Herta Bürschgens 52249 Eschweiler adhsde.buerschgens@gmx.de
Erwachsenen-ADHS:	Dr. Astrid Neuy-Bartmann 63739 Aschaffenburg
Webredaktion:	Sabine Nicolei 38527 Meine webredaktion@adhs-deutschland.de
Kinder und Jugendliche mit ADHS und Lobbyarbeit:	Dr. Klaus Skrodzki 91301 Forchheim
Öffentlichkeitsarbeit:	Dr. Johannes Streif streif@therapaed.de
juristische Angelegenheiten:	Reinhard Wissing 96049 Bamberg

Unterstützung des Vorstandes

Telefonberatunsnetz	Gerhild Gehrman 25336 Elmshorn telefonberatung@adhs-deutschland.de
Ernährung/ Stoffwechsel- besonderheiten	Renate Meyer 61381 Friedrichsdorf meyer.koeppern@t-online.de

Wissenschaftlicher Beirat

Huss, Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Krause, Dr. Johanna Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ottobrunn
Krause, Prof. Dr. Klaus-Henning Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
Lauth, Prof. Dr. Gerhard W. Universität Köln
Lesch, Prof. Dr. Klaus-Peter, Universität Würzburg
Ludwig, Prof. Dr. Gudrun Fachhochschule Fulda
Opp, Prof. Dr. Günther Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg
Simchen, Dr. Helga Kinder- und Jugendpschiaterin, Psychotherapeutin, Mainz

Landesgruppenleiter

Baden-Württemberg	Bärbel Sonnenmoser
Bayern	Carl Schell
Hamburg / Schleswig-Holstein	Christiane Eich
Niedersachsen / Bremen	Hartmut Gartzke
Nordrhein-Westfalen	Herta Bürschgens
Thüringen	Andrea Wohlers

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724
12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:

Fon 030 - 85 60 59 02

Fax 030 - 85 60 59 70

Mo 10.00-12.00 Uhr, 14.00-16.00 Uhr

Di, Do, Fr 10.00-12.00 Uhr

e-mail: info@adhs-deutschland.de

besuchen sie uns unter

www.adhs-deutschland.de

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networking
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift „NEUE AKZENTE“

Aus unserem Verlag:



Felix Dietz
“Wenn ich doch nur aufmerksam sein könnte”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-11-1
€ 8,15

In diesem Buch wird ADS/Hyperaktivität aus der Sicht eines betroffenen Jugendlichen beschrieben. Es zeigt den langen Weg bis zur Diagnose auf und erzählt von den Erfolgen der Therapie. Es enthält leicht verständliche Erklärungen zu den medizinischen Ursachen von ADS und gibt viele Anregungen zu möglichen Hilfen.

Der 14-jährige Felix schrieb dieses Buch für andere Kinder und Jugendliche um ihnen ADHS zu erklären, aber auch um die positiven Aspekte von ADHS darzustellen.



BV-AH e.V. (Hrsg.)
“ADHS und Schule ... was tun?”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-14-6
ISBN 978-3-933067-14-2
€ 9,50

Dieses Fachheft wendet sich gleichermaßen an betroffene Familien als auch an Lehrer und Schulen. Namhafte Autoren informieren über Krankheitsbild, Erscheinungsformen und Auswirkungen insbesondere im Schulalltag. Desweiteren werden verschiedene Lösungsansätze aufgezeigt, um z.B. die Kommunikation zwischen Familie und Schule herzustellen bzw. zu optimieren.

ADHS Deutschland e.V.

Poschingerstr. 16; 12157 Berlin
Tel.: 030 / 85 60 59 02
Fax: 030 / 85 60 59 70

E-Mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Spendenkonto:

Berliner Volksbank eG
BLZ 100 900 00
Konto-Nr. 7 490 241 005

Beitragskonto:

Volksbank Hannover
BLZ 251 900 01
Konto-Nr. 221 438 500



Regina Rusch
“Zappelhannes”
ADHS Deutschland Verlag, 2009,
ISBN 978-3-933067-16-6
€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen, er kann sich nur schwer konzentrieren, und es fällt ihm auch schwer, verschiedene Dinge gleichzeitig zu tun. Zu leicht rollt ihm dann schon mal ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern müssen viel Geduld mit ihm haben. Aber bei aller Sorge um ihn können sie auch über seine Mißgeschicke mit ihm lachen.

Telefonberatung

**ADHS
DEUTSCHLAND e.V.**
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann:
0911 – 9 56 63 51
Karin Straußberger-Christoph:
0911 – 7 66 53 30
Kornelia Schneidt:
08171 – 48 14 01



Baden – Württemberg

Bernd Kaspar:
07957 – 9 26 96 91

Berlin

Karin-Gisela Seegers:
030 – 3 01 97 14

Brandenburg

Kerstin Maschke:
03561 – 68 58 90

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau:
04793 – 93 10 21
0170 – 2 46 27 44

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrmann:
04121 – 80 72 72
Pitt Lau:
040 – 76 97 75 10
Birgit Weigel:
040 – 68 91 50 23

Hessen

Regina Schubert:
069 – 98 55 68 23
Judith Prinzessin
zu Sayn-Wittgenstein:
06043 – 9 84 00 16

Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille:
03883 – 72 77 18
Karin Heynen:
0381 – 70 07 59 25

Niedersachsen

Sabine Nicolei:
05304 – 93 91 33
Heike Rieb:
04183 – 97 24 99
Erika Rien:
05551 – 5 27 45
Angela Schwager:
05554 – 99 56 46

NRW

Karin Knudsen:
0221 – 3 56 17 81
Ulrike Vlck:
02161 – 53 17 39

Rheinland-Pfalz

Silvia Orth:
06502- 93 19 00

Sachsen

Susanne Albrecht:
037341 – 4 98 30
Steffi Pretzsch:
03722 – 8 88 25

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski:
039451 – 4 20 24

Schleswig-Holstein

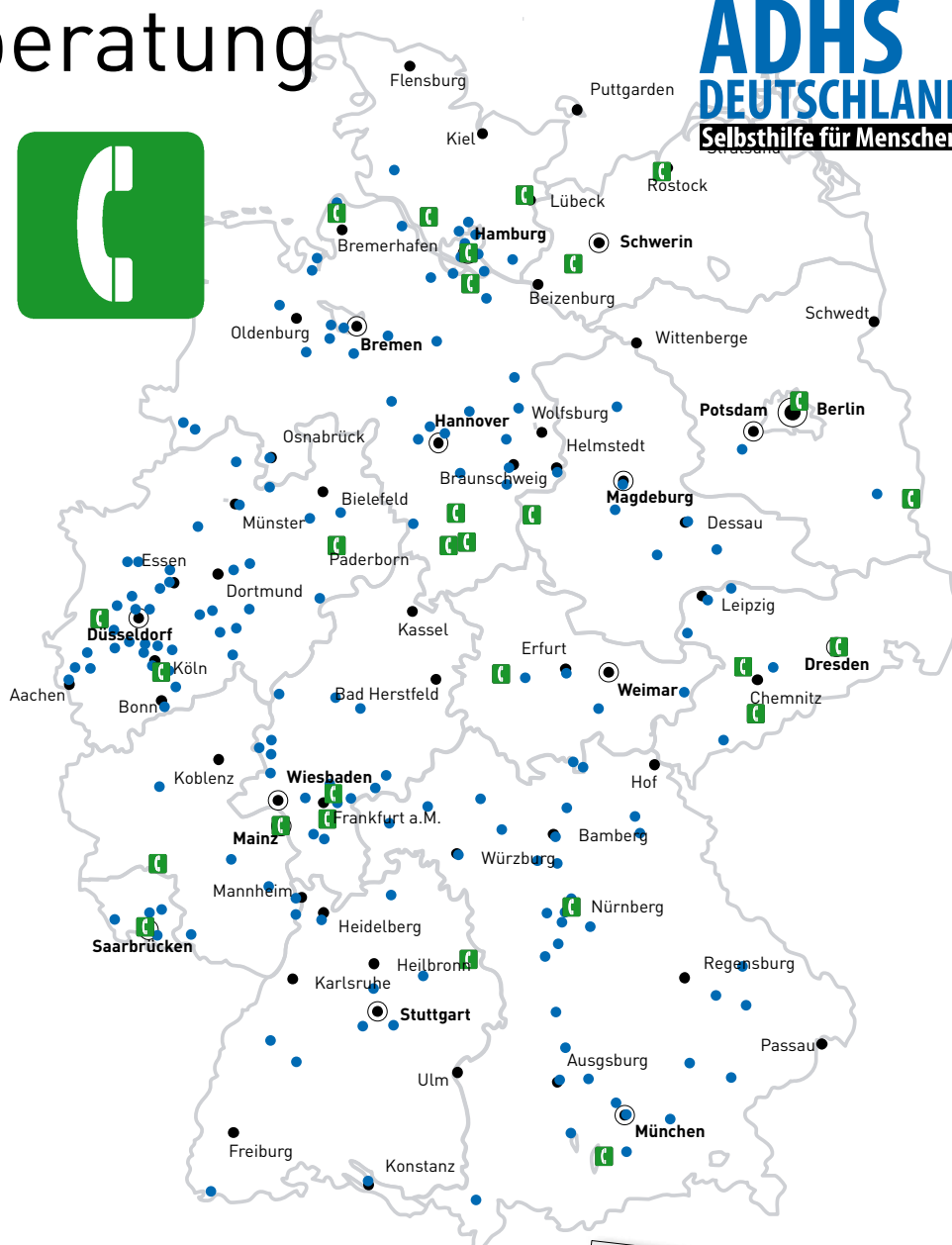
Gerhild Gehrmann:
04121 – 80 72 72
Angelika Lühmann:
04121 – 9 28 21
Barbara Bargelé:
0451 – 2 03 61 60

Saarland

Sabine Debusmann:
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22



Obwohl alle Bundesländer besetzt sind,
benötigen wir noch Verstärkung.

Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902