

# neue AKZENTE

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



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

*Zeitschmerz*

---

**ADHS bei alkohol-  
abhängigen Patienten**

---

**Die Narzisstische  
Persönlichkeitsstörung**

---

**Neurofeedbacktraining**

---



## Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

falls Sie sich fragen sollten, was unsere Diffy auf dem Cover der **neue AKZENTE** am Wasser eigentlich macht, lesen Sie einfach den Bericht eines Workshop-Teilnehmers der Herbstfortbildung für Aktive des ADHS Deutschland e. V. in Bad Kissingen.

Oder Sie beginnen mit unseren Fachbeiträgen, die unter anderem über den Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und ADHS informieren – oder Einblick in die gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung geben.

Beide Autoren durften wir als Referenten auf unserem Symposium „ADHS plus X“ in Bruchsal/Hambrücken begrüßen, das mit über 400 Teilnehmern auch in diesem Jahr auf große Resonanz stieß.

Falls Sie nicht die Möglichkeit haben, sich vor Ort mit Gleichgesinnten, mit Fachleuten oder anderen Interessierten auszutauschen, besuchen Sie uns doch bei Gelegenheit auf unserer Internetseite [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de), unserer Facebook-Seite [www.facebook.com/Aufmerksam.fuer.Menschen](http://www.facebook.com/Aufmerksam.fuer.Menschen) oder jetzt auch ganz neu auf Instagram.

Wir freuen uns von Ihnen zu hören

Ihre

Dr. Myriam Bea

## Impressum

### neue AKZENTE

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

### Herausgeber und Verleger

ADHS Deutschland e. V.  
Rapsstraße 61  
D-13629 Berlin  
Telefon: 030 85605902  
Fax: 030 85605970  
[info@adhs-deutschland.de](mailto:info@adhs-deutschland.de)  
[www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

### Redaktion

Dr. Myriam Bea (Leitung)  
Vera-Ines Schüpferling  
Petra Festini  
Jürgen Gehrmann  
Renate Meyer

### Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle  
ADHS Deutschland e. V.  
Rapsstraße 61  
D-13629 Berlin  
[akzente@adhs-deutschland.de](mailto:akzente@adhs-deutschland.de)

### Bankverbindung

**ADHS Deutschland e. V.**  
Hannoversche Volksbank  
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00  
BIC: VOHADE2H

### Gestaltung

Agnes von Beöczy, [www.librito.de](http://www.librito.de)

### Druck

BUD, Potsdam

### Auflage

4000 Exemplare

### Erscheinungsweise

3x jährlich

### Redaktionsschluss für nächste Ausgabe

15. Juli 2019

### Fotonachweis

S. 13: Giovanni Cancemi/fotolia,  
S. 11: geralt/pixabay;  
S. 21: thisisprabha/pixabay  
Aktive der Landes- und Regionalgruppen

**Copyright: Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Diese dürfen nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung des Verbandes in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.**

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 Verfassernamen 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.

# INHALT

## FACHBEITRÄGE

- Dr. Tillmann Weber*  
**04** Prävalenz, Diagnostik und Therapie der Erwachsenen-ADHS bei alkoholabhängigen Patienten

- Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz*  
**08** Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- Dr. Friederike Blume*  
**12** Neurofeedbacktraining zur Behandlung von Kindern mit ADHS

- Dr. Dominique Schwartze*  
**16** Ergebnisse der Befragung zu Grenzen in der Psychotherapie

## ALLGEMEINES

- 19** Sie fragen – Experten antworten  
 · Amphetamine – Parkinson und AD(H)S  
 · ADS / ADHS / Autismus-Spektrum-Störung

- Christina Weihmann*  
**20** Bewegung hat Bedeutung

- Karsten Adlung*  
**23** Worauf warten wir? Das Leben könnte doch so einfach sein ...!?

## KLINIKEN

- Dr. Thomas Middendorf,  
 Dr. Beatrix Blocks*  
**26** Schön Klinik Bad Arolsen  
 Wenn der Zappelphilipp erwachsen wird – ADHS im Erwachsenenalter

## AKTUELLES aus dem Verband

- 29** Spenden und Fördergelder 2018

## BERICHTE

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

- Kirsten Riedelbauch*  
**30** Symposium der Landesgruppe Baden-Württemberg in Tübingen

- Rosalie Wiechmann*  
**32** Bericht der Kinderbetreuung (6- bis 10-Jährige)

- Marcel Menter, Kimo Toema*  
**32** Bericht der Kinder- und Jugendbetreuung (11 – 13 und 14+)

- Sarah Riedelbauch*  
**34** Kinder- und Jugendprogramm in Tübingen

- 35** Fortbildung für Aktive des ADHS Deutschland e. V. Bad Kissingen

- 38** *Regionalgruppenberichte in alphabetischer Reihenfolge*

## MEDIEN REZENSIONEN

- Dr. Kirsten Stollhoff*  
**41** Thomas E. Brown: ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise

- Johanna Schmotz*  
**42** Claudia A. Reinicke: Mit ADHS und Freude durch den Schulalltag

- Margit Tütje-Schlicker*  
**42** Melanie Hirschmann: ADHS aus der Sicht einer betroffenen Familie

- Astrid Bojko-Mühr*  
**43** Mechthild R. von Scheurl-Defersdorf: Drück mich mal ganz fest

## TERMINE

- 45** Fortbildungen

## VERBANDSDATEN

- 46** Geschäftsführender Vorstand  
 Weitere Vorstandsmitglieder  
 Unterstützung des Verbandes  
 Wissenschaftlicher Beirat  
 Therapeutisch-Pädagogischer Beirat  
 Landesgruppenleiter

- 48** Telefonberatung

## FACHBEITRÄGE

# Prävalenz, Diagnostik und Therapie der Erwachsenen-ADHS bei alkoholabhängigen Patienten

in der stationären Sucht-Rehabilitation der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim



Dr. Tillmann Weber

Die Erwachsenen-ADHS ist häufig, beeinträchtigend und mit anderen psychischen Störungen verbunden. Nichtsdestotrotz wird diese Erkrankung häufig nicht erkannt und nicht behandelt, was ein weltweites Phänomen (Fayyad et al. 2017) und kein spezifisch deutsches Problem darstellt (Bachmann et al. 2017).

Während in der Gesamtbevölkerung „nur“ ca. 2.5 % eine Erwachsenen-ADHS aufweisen (Simon et al. 2009, Fayyad et al. 2016), ist eine Erwachsenen-ADHS bei Suchtpatienten viel häufiger. In einer großen Meta-Analyse von 29 Studien (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2012), die Patienten mit einer Substanzkonsumstörung auf das Vorliegen einer ADHS untersuchten, zeigte sich eine substanzklassenübergreifende Prävalenz von 23.1 % (Konfidenzintervall: 19.4-27.2 %). Außer für Kokain ergaben sich keine unterschiedlichen ADHS-Prävalenzraten für die einzelnen Substanzabhängigkeiten. Arias et al. ermittelten für 1760 opiat- und kokainabhängige Patienten eine 5-fach erhöhte ADHS-Prävalenz im Vergleich zu nicht-abhängigen Kontrollen (Arias et al. 2008). Bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit lag die Prävalenz einer Erwachsenen-ADHS bei 6.6-21.3 % aus verschiedenen Studien mit ambulanten, teilstationären und stationären Patienten (Daigre et al. 2015, Johann et al. 2003, Ohlmeier et al. 2008, Reyes et al. 2016, Roncero et al. 2015; van de Glind et al. 2014). Somit ist das Vorliegen einer Erwachsenen-ADHS bei Suchtpatienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung allgemein deutlich erhöht. Zudem führt eine komorbide Erwachsenen-ADHS zu einer früheren Substanzabhängigkeit und zu einem schwereren Krankheitsverlauf der Suchterkrankung (Arias et al. 2008; Carroll & Rounsaville 1993; Ercan et al. 2003; Moura et al. 2013).

Aufgrund dieser deutlich erhöhten Prävalenz von ADHS bei Suchtpatienten empfehlen Leitlinien und Expertengruppen ein generelles ADHS-Screening bei Suchtpatienten (Crunelle et al. 2018), wobei die diagnostische Abklärung erst nach der Entzugsbehandlung erfolgen soll-

te (S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ 2016: 196-207). Zudem wird eine gleichzeitige Behandlung beider Störungen gefordert (S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ 2016: S.196-207, Crunelle et al. 2018), da der Therapieerfolg für Suchtpatienten mit ADHS schlechter ist (Young et al. 2015, Levin et al. 2004) und sich eine gemeinsame Therapie beider Störungen positiv sowohl auf die Substanzabstinenz wie auch auf die Reduktion der ADHS-Symptomatik auswirken sollte. Diese Annahme begründet sich auch darin, dass angenommen wird, dass nicht nur gemeinsame genetische Risikofaktoren die erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Abhängigkeitsentwicklung bei ADHS-Betroffenen erklärt, sondern ADHS-Symptome wie Impulsivität (Urcelay and Dalley 2012) und gestörte Emotions-, Selbst- und Stressregulation aber auch Selbstmedikation zur Symptomlinderung (Wilens et al. 2007; Khantzian et al. 1996) zur Initiation und Aufrechterhaltung des Substanzkonsums bzw. zum Rückfall beitragen (Faraone et al. 2007).

Bisher wurden jedoch keine systematischen Untersuchungen zur ADHS-Prävalenz, ADHS-Diagnostik und integrierter Behandlung von Sucht und ADHS bei Patienten in der Sucht-Rehabilitation durchgeführt. Daraus resultierend gibt es kaum Einrichtungen, die tatsächlich einen ausgewiesenen Behandlungsschwerpunkt in der Abklärung und Behandlung beider Störungen aufweisen. Das ist bedauerlich, weil sich gerade die Suchtrehabilitation mit einer vorher schon abgeschlossenen Entzugsbehandlung und ihren langen Therapiedauern von 8-26 Wochen für eine verbesserte, standardisierte ADHS-Diagnostik und eine gleichzeitige Therapie beider Erkrankungen unter fortgesetzter Abstinenz anbietet.

Die Sucht-Rehabilitation (Entwöhnung) ist ein zentraler Bestandteil der Versorgung von Suchtkranken in Deutschland und steht ergänzend zur Akutversorgung der internistischen Krankenhäuser (Entgiftung) und psychiat-

rischen Kliniken und Tageskliniken (qualifizierter Entzug) und Suchtambulanzen zur Verfügung. Die Entwöhnungsbehandlung kann ambulant in Suchtberatungsstellen, teilstationär in Tageskliniken und in vollstationären Einrichtungen erfolgen. Sie muss jedoch zuvor durch den Betroffenen – mit Unterstützung einer Suchtberatungsstelle oder der Akutklinik - bei dem zuständigen Kostenträger (Rentenversicherung oder Krankenkasse) beantragt und bewilligt werden. Hierbei kann sich der Betroffene die Reha-Klinik in Abstimmung mit dem Kostenträger selbst aussuchen (Wunsch- und Wahlrecht). Voraussetzung für eine Entwöhnungsbehandlung ist, dass der Patient zuvor seinen Substanzkonsum eingestellt hat. Eine solche vorgeschaltete Entzugsbehandlung wird durch die Akutkliniken gewährleistet. Prinzipiell hat jeder Suchtkranke einen Anspruch auf Rehabilitation, da seine Teilhabe am (Erwerbs-)Leben durch die Suchterkrankung gefährdet ist. Die stationäre Entwöhnung (Sucht-Reha) dauert zwischen 8-26 Wochen und zielt darauf, Fähigkeiten zur dauerhaften Abstinenz zu vermitteln und ist somit eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung. Die Behandlung von „legalen“ Abhängigkeiten wie Alkohol, Medikamenten und Spielsucht erfolgt getrennt von „illegalen“ Abhängigkeiten wie Heroin oder Amphetaminen (Drogen-Reha). Im Rahmen der Suchttherapie gewährleisten die Entwöhnungskliniken – je nach Spezialisierung – auch die Abklärung und Behandlung von weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder ADHS und körperlichen Erkrankungen wie Rückenschmerzen oder Diabetes mellitus.

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim behandelt Patienten, die als Hauptdiagnose eine „legale“ Abhängigkeit wie Alkohol, Medikamente oder Spielsucht aufweisen. Als Nebendiagnose kann ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Drogen vorliegen. Die Behandlungsdauer liegt zwischen 8 und 20 Wochen. Die Behandlung erfolgt verhaltenstherapeutisch primär als Gruppentherapie, aber auch im einzeltherapeutischen Setting. Die meisten psychischen und körperlichen Erkrankungen können mitbehandelt werden, sofern sie nicht die Suchttherapie beeinträchtigen (z. B. Suizidalität, Demenz oder akute Bauchspeicheldrüsenerkrankung).

2016 wurde in der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim eine Untersuchung zur ADHS-Prävalenz an alkoholabhängigen Patienten durchgeführt (Luderer et al. 2018). Über das Studiendesign und die Ergebnisse soll hier berichtet werden. Zudem wird die daraus abgeleitete standardisierte ADHS-Diagnostik (Luderer et al. 2019) und -Therapie der Klinik beschrieben, die sich seitdem entwickelt hat. Die ADHS-Spezialisierung als Folge der Prävalenzstudie lässt sich daran ablesen, dass vor 2016 lediglich 2-5 ADHS-Diagnosen pro Jahr gestellt wurden, ohne dass für diese Pa-

tienten ein spezifisches Behandlungskonzept vorlag, während seit 2016 jährlich zwischen 60-90 Patienten bei uns diagnostiziert und mit einem standardisierten Konzept aus Gruppentherapie, Einzeltherapie und Medikation behandelt werden.

Zunächst wird der Studienablauf der ADHS-Prävalenzstudie von 2016 dargestellt (eine detaillierte Beschreibung findet sich in Luderer et al. 2018). Ziel der Studie war, möglichst alle Neuaufnahmen mit einer Alkoholabhängigkeit auf das Vorliegen einer Erwachsenen-ADHS zu untersuchen. Nach Studienaufklärung und -einwilligung in der zweiten Woche nach Aufnahme, erfolgte in der dritten Woche eine ADHS-Diagnostik mit Selbst- (WURS-k, ADHS-SB, ASRS, CAARS-S-SB) und Fremdbeurteilungsbögen (Elternbeurteilungsbogen, Zeugnisse, ADHS-DC, CAARS-S-FB). Erst in Woche 4, also nach mindestens 3-wöchiger, kontrollierter Abstinenz, wurde ein frei erhältliches, standardisiertes, diagnostisches Interview (DIVA2.0: [www.divacenter.eu](http://www.divacenter.eu)) zur Abklärung eines Kindheits- und Erwachsenen-ADHS durchgeführt. Falls sich ein ADHS-Verdacht aus diesem Interview ergab, wurden die Patienten durch einen auswärtigen Psychiater und ADHS-Experten (Dr. Luderer, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim) erneut exploriert. Bei weiter bestehendem ADHS-Verdacht durch den ersten Experten erfolgte ein weiteres diagnostisches Interview durch einen Psychiater der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim. Eine ADHS-Diagnose wurde somit nur dann bei alkoholabhängigen Patienten gestellt, wenn sie erstens die drei diagnostischen Abklärungsschritte komplett durchlaufen hatten und zweitens Konsens bezüglich der ADHS-Diagnose zwischen den beiden ADHS-Experten bestand. Im Rahmen dieses mehrwöchigen diagnostischen Abklärungsprozesses war es zudem möglich, zusätzliche externe Informationen durch die Klinikmitarbeiter zu gewinnen und die ADHS-Fragebögen auszuwerten. Diese sehr konservative, diagnostische Herangehensweise sollte gewährleisten, dass Patienten keine falsch-positive ADHS-Diagnose erhielten. Insofern halten wir es für unwahrscheinlich, dass in dieser Studie die Prävalenz eines Erwachsenen-ADHS überschätzt werden konnte.

Von den 624 neu aufgenommenen, alkoholabhängigen Patienten konnten zwischen 1-11/2016 488 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Von diesen durchliefen 415 Patienten das Studienprotokoll wie vorgesehen. Nur diese wurden in die Auswertung mit einbezogen (per protocol Analyse). Bei 85 dieser Patienten (20,5%) konnte ein ADHS diagnostiziert werden. Nur bei 5 (5,9 %) dieser 85 Patienten war die Diagnose vor Aufnahme bekannt gewesen, sodass die Erwachsenen-ADHS - zumindest bei alkoholabhängigen Patienten in der Sucht-Reha - deutlich unterdiagnostiziert ist.

Die alkoholabhängigen ADHS-Patienten waren in vielen Bereichen schwerer beeinträchtigt als die Vergleichsgruppe ohne ADHS. Alkoholabhängige ADHS-Patienten erkrankten signifikant früher an einer Alkohol- und Tabakabhängigkeit, wiesen eine signifikant größere Schwere ihrer Alkoholabhängigkeit auf, litten signifikant häufiger an einer zusätzlichen Drogenabhängigkeit und wurden signifikant häufiger rückfällig während der Therapie (siehe dazu auch Luderer et al. 2018: Table 3). Obwohl die alkoholabhängigen ADHS-Patienten im Durchschnitt 8 Jahre jünger bei Aufnahme waren, waren sie signifikant häufiger arbeitslos (>50 %) und zu einem Drittel im ALG-II-Bezug, also langzeitarbeitslos, was die Schwere der sozialen Beeinträchtigung gut illustriert.

Somit zeigte diese große ADHS-Prävalenzstudie bei alkoholabhängigen Patienten in der Entwöhnung eine sehr hohe ADHS-Prävalenzrate, wobei die Mehrzahl der ADHS-Diagnosen zuvor nicht bekannt war und somit Erstdiagnosen darstellten. Die ADHS-Patienten waren in allen untersuchten Parametern deutlich schwerer beeinträchtigt als die Kontrollgruppe.

Die hohen ADHS-Prävalenzraten bei unseren alkoholabhängigen Patienten machen es notwendig, eine leitliniengerechte, gleichzeitige, psychotherapeutisch-medikamentöse ADHS-Behandlung in der Sucht-Reha zu etablieren.

Zunächst gilt es jedoch die große Zahl an Betroffenen mit bisher nicht entdecktem Erwachsenen-ADHS, verlässlich nach Aufnahme zu identifizieren. Diagnostisch konnte allerdings das während der Studie vorgehaltene, aufwendige Prozedere zur ADHS-Abklärung nicht im Routinebetrieb unserer Klinik aufrecht erhalten werden, da der Personal- und Zeitaufwand einfach zu groß ist. Eine Möglichkeit, den Zeitaufwand zu reduzieren, wäre ein ADHS-Screening aller Neuaufnahmen mit ADHS-Selbstbeurteilungsfragebögen, um nur noch Patienten weiter diagnostisch abklären zu müssen, deren Fragebogen-Screening ein ADHS nahelegt. Dies setzt aber voraus, dass die psychometrischen Eigenschaften der eingesetzten Fragebögen ausreichend sind, d. h. dass ein Screening die meisten ADHS-Patienten richtig-positiv erkennt, um möglichst wenige ADHS-Betroffene zu übersehen, aber Patienten ohne ADHS auch richtig-negativ erkannt werden, damit nicht eine große Anzahl an Patienten eine weitere überflüssige, aber zeit- und personalintensive Abklärung durchläuft.

Mithilfe der in der Studie untersuchten ADHS-Selbstbeurteilungsfragebögen konnten wir diese Fragestellung untersuchen. Der ASRS und CAARS-S-SB konnten als geeignete Instrumente identifiziert werden, um – je nach angewendetem cut-off – mit ausreichender Sensitivität und Spezifität ein ADHS bzw. kein ADHS richtig zu erkennen

(eine vollständige Beschreibung der psychometrischen Eigenschaften der ADHS-Fragebögen findet sich in Luderer et al. 2019).

In der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim haben wir aufgrund dieser Ergebnisse aktuell folgendes diagnostische Prozedere für alle Neuaufnahmen unabhängig von der Art der Abhängigkeitsdiagnose etabliert, wobei sich die diagnostische Abklärung laufend weiterentwickelt, wenn neue Erkenntnisse vorliegen.

In den ersten zwei Wochen nach Aufnahme nehmen alle neu aufgenommenen Patienten an einem 30-minütigen Vortrag über das Erwachsenen-ADHS teil, in dem die ADHS-Symptomatik, die Zusammenhänge mit der Suchterkrankung und unsere ADHS-Diagnostik und Behandlung dargestellt wird. Patienten können sich nach dem Vortrag direkt für eine ADHS-Diagnostik vormerken lassen. Zudem werden alle Patienten nach dem Vortrag einbestellt, um den ASRS-Selbstbeurteilungsbogen auszufüllen. Patienten mit auffälligem ASRS werden in einem mehrstufigen Vorgehen abgeklärt: 1. weitere Selbstbeurteilungsbögen (WURS-K, ADHS-SB, CAARS-S-SB, KATE), 2. Fremdbeurteilungsbögen (Zeugnisse, Elternbeurteilungsbogen, ADHS-DC, CAARS-S-FB), 3. Rückmeldung aus der Verhaltensbeobachtung durch den zuständigen Psychotherapeuten. Ergeben sich daraus weiterhin Verdachtsmomente auf eine ADHS, erfolgt ein standardisiertes, diagnostisches ADHS-Interview durch einen Psychotherapeuten und/oder den zuständigen Psychiater.

Falls die Diagnose einer Erwachsenen-ADHS gestellt wird, erfolgt zunächst ein Beratungsgespräch durch den behandelnden Psychiater, der über die Behandlungsoptionen im Allgemeinen und der Klinik im Speziellen aufklärt. Dem ADHS-Betroffenen wird in Abhängigkeit von der Schwere der psychosozialen Beeinträchtigungen und des Leidensdrucks empfohlen, an der ADHS-Gruppenpsychotherapie teilzunehmen und ein Medikament einzunehmen.

Medikamentös werden hauptsächlich die zugelassenen Erwachsenen-ADHS Medikamente Ritalin adult®, Medikinet adult® und Strattera® eingesetzt, bei Kontraindikationen oder komorbider depressiver Störung selten auch Elontril® als off-label Medikation. Bei Patienten mit Drogenabhängigkeit, Kontakten zur Drogenszene, kriminellen Delikten wie Dealen und dissozialer Persönlichkeitsstruktur wird die Indikation für das BtM-pflichtige Methylphenidat besonders kritisch gestellt und primär mit Strattera® oder Elontril® behandelt. Jedoch ist der Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Drogen keine generelle Kontraindikation für Methylphenidat. Die medikamentöse Einstellung erfolgt im Rahmen von wöchentlichen Einzelterminen bei dem behandelnden Psychiater. Durch die mittlerweile gute Vernetzung mit niedergelassenen Psychiatern mit ADHS-Expertise können wir den meisten

ADHS-Betroffenen schon während der stationären Behandlung eine direkte ambulante Weiterbehandlung vermitteln.

Die ADHS-Indikativgruppe findet als wöchentliche, 75-minütige, offene Gruppentherapie statt, sodass ADHS-Betroffene sofort und während der gesamten Behandlungsdauer an dieser teilnehmen können. Diese Gruppe ist ein wichtiger Bestandteil der ADHS-Therapie und beinhaltet Krankheitsaufklärung (ADHS-Symptomatik, biographische Einordnung der Erkrankung und daraus resultierender Defizite, Zusammenhang mit dem Substanzkonsum und anderen psychischen Erkrankungen), Aufklärung über Behandlungsoptionen und natürlich Strategien zum verbesserten Selbstmanagement, wobei zentrale Elemente das Verständnis für und den erfolgreicherer Umgang mit Impulsivität, Reizbarkeit, Affektlabilität und Desorganisation betreffen.

Aktuell erfolgt für den Zeitraum von 2016-2018 eine Datenauswertung der 250 ADHS-Betroffenen hinsichtlich ADHS-Symptomreduktion unter medikamentös-psychotherapeutischer Behandlung, Substanzabstinenz, Lebensqualität und beruflicher Reintegration. Der bisherige Eindruck aus den individuellen Therapieverläufen stimmt uns aber optimistisch, dass die gemeinsame Behandlung von Sucht und ADHS bei der Mehrzahl der Patienten zu einer Verbesserung des psychischen Leidens beider Erkrankungen führt.

**AUTOR | PD Dr. med. Tillmann Weber**

Kontaktadresse:

MEDIAN Klinik Wilhelmsheim,  
Wilhelmsheim 11, 71570 Oppenweiler

## Zehn Argumente für eine Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e. V.

- Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V. – denn nur wer mitmacht, kann mitreden!
- ADHS – Auf Deine Hilfe Setzen wir! Werden Sie Mitglied!
- ADHS Deutschland e.V. braucht Ihre Hilfe, weil andere unsere Hilfe brauchen! Werden Sie Mitglied!
- Kanalisieren Sie Ihre Hyperaktivität – machen Sie bei uns mit: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V.!
- Haben Sie nicht etwas vergessen? Mit Ihrer Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e.V. helfen Sie mit, an die Betroffenen zu denken!
- Aufgepasst: Die ADHS verdient Ihre Aufmerksamkeit – und ADHS Deutschland e.V. Ihre Mitgliedschaft!
- Geben Sie Ihrem Impuls nach: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V.
- Leiden Sie an einem Aufmerksamkeitsdefizit? ADHS Deutschland e.V. schenkt seinen Mitgliedern die ganze Aufmerksamkeit. Werden Sie Mitglied!
- Je mehr Mitglieder wir haben, desto mehr politisches Gewicht können wir für die Betroffenen einsetzen. Werden Sie Mitglied!
- Sind Sie schon Mitglied im ADHS Deutschland e.V.? Wenn Sie es nicht wissen, sollten Sie eintreten! Dann wissen Sie alles!

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

# Die narzisstische Persönlichkeitsstörung – gesellschaftliche und individuelle Bedeutung



Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz

In der letzten Zeit ist dieses Thema in der Presse häufig präsent.

Auch bei ADHS tritt die narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) gehäuft auf. Besonders viel Beachtung findet das Thema im Zusammenhang mit mächtigen Staatsführern – allen voran Donald Trump, aber genauso Erdogan, Kim Jong Un etc., die deutliche Merkmale einer NPS aufweisen. Wir haben in Deutschland leider den größten Narzissten ertragen müssen, der einen Rekord in der Erschaffung des Grauens bis heute hält: Hitler.

Da diese Persönlichkeitsstörung auch im Alltag im Umgang mit diesen Menschen eine große Relevanz hat, möchte ich die Merkmale von NPS aufzeigen und auch erläutern, wie man diese Charaktere erkennt und wie man sie in Schach halten kann.

Der Diagnoseschlüssel ICD-10 kennt den Narzissmus nur in der Restkategorie: Sonstige Persönlichkeitsstörungen F.60.8

Der amerikanische Diagnoseschlüssel DSM-5 ordnet die NPS unter Cluster B ein. Diese umfasst die launischen, dramatischen und emotionalen Persönlichkeitsstörungen.

Mindestens 5 Punkte müssen erfüllt sein um die Diagnose zu stellen:

## Der Narzisst

- hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit,
- ist stark eingenommen von Fantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit und idealer Liebe,
- glaubt einzigartig und besonders zu sein,
- verlangt nach übermäßiger Bewunderung,
- hat ein großes Anspruchsdenken, verlangt besondere Behandlung,
- ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch,
- ist neidisch und glaubt, andere sind neidisch auf ihn,
- neigt zu arroganten, überheblichen Verhaltensweisen.

Man muss die NPS vom normalen Narzissmus abgrenzen, der keinen Krankheitswert hat. Natürlich gibt es fließende Übergänge zum krankhaften Narzissmus im Sinne eines Kontinuums.

Sie tritt etwa als Persönlichkeitsstörung bei 1 % der Bevölkerung auf. Junge männliche Studenten aus der oberen Mittelschicht sind am häufigsten betroffen.

## Wo finden wir Narzissten?

Es sind oft erfolgreiche Menschen, die in Chefetagen sitzen, als Börsenmakler oder Banker arbeiten. Wir finden darunter auch die meisten Amokläufer wie den Piloten Lubitz, der die German Wings Maschine absichtlich als erweiterten Selbstmord zum Absturz gebracht hat. Wir finden weiterhin Querulanten, verbissene Scheidungskrieger, Stalker, Mobber, aber auch zunächst normal erscheinende Mitmenschen, die nur langsam und vorsichtig die Waffen der Narzissten zum Einsatz bringen.

Die Kernsymptome der Narzissten sind Empathiemangel, d. h. dass sie kein Mitgefühl und kein Interesse für ihre Mitmenschen aufbringen. Weiterhin überschätzen sie ihre eigenen Fähigkeiten, halten sich für grandios und haben einen ständigen Geltungsdrang. Es ist für sie unmöglich, Mittelmäßigkeit und Misserfolge auszuhalten und sie können eigene Schwächen nicht akzeptieren.

Entweder sie erleben sich als großartig (im Übrigen Trumps Lieblingswort) oder als komplett gescheitert. Das führt dazu, dass sie, wenn der Erfolg und die Bestätigung ausbleiben, sehr instabil werden können. Sie haben in den sogenannten narzisstischen Krisen ein deutlich höheres Selbstmordrisiko, nämlich wenn es ihnen nicht mehr gelingt, andere zu manipulieren, auszubeuten oder der Beste zu sein. In diesen Phasen können sie depressiv werden oder sogar andere in ihren Suizid einbeziehen, wie der German Wings Pilot Lubitz.

Mit ihrer Art machen sie sich auf Dauer auch keine Freunde und irgendwann wendet sich das Blatt gegen sie und dann drohen Beziehungskrisen, Jobverlust und ein Abgleiten in Alkoholmissbrauch und Sucht. Manche von ih-





nen werden auch straffällig, vorwiegend wegen Fälschung, Betruges oder Gewalttätigkeit, wenn sie ihre Fassade nicht mehr aufrechterhalten können. So ein Leben ist nur mit einem höheren Stressniveau zu führen und so leiden sie auch häufiger unter Burnout und psychosomatischen Beschwerden. Die Übergänge in Borderline-Störungen oder antisoziale Persönlichkeit sind fließend.

Narzissten in Beziehungen sind eine große Herausforderung für die Partner und sie sind oft sehr traumatisierend. Narzissten können keine Nähe zulassen und die Beziehung bleibt meist oberflächlich und ohne wirkliches Interesse an dem Partner. Dieser ist nur so lange interes-

sant, so lange aus der Beziehung Vorteile herausgeschlagen werden können. Narzissten sind die klassischen Energie-sauger, Vampire und Ausbeuter. Sie sehen andere Menschen, auch den Partner, als ständige Konkurrenz und sie können diesem nichts gönnen und schon gar nicht ertragen, dass er etwas besser kann. Sie haben eine hohe Anspruchshaltung, wollen ständige Aufmerksamkeit und versorgt sein und sie sind schnell gekränkt und vorwurfsvoll, wenn sie etwas nicht bekommen.

Sie können anderen nie recht geben und suchen die Schuld immer bei anderen.

Häufig versuchen sie auch den Partner von seiner Familie und Freunden zu isolieren, weil ihnen das mehr Macht und Einfluss verschafft. Hier beginnt der emotionale Missbrauch. Es geht nicht um Liebe, sondern um Besitzen, nicht um für den anderen sorgen, sondern um die Kontrolle und die Alleinherrschaft, letztlich um die Unterwerfung. Die Opfer werden nach ihrer Tauglichkeit ausgewählt und so lange gut behandelt, so lange sie die Bedürfnisse des Narzissten befriedigen. Sobald dieser diese Versorgung einstellt, werden sie fallen gelassen. Der Narzisst schreckt auch nicht vor völliger Entwertung und Vernichtung zurück. Es sind toxische = giftige Beziehungen.

In dem Buch von Haller, die Narzisstenfalle, beschreibt dieser die 4 E, die Narzissten kennzeichnen:

Empathiemangel, Egozentrik, Empfindlichkeit, Entwertung.

### **Empathiemangel:**

Narzissten können sehr wohl Bedürfnisse und Gefühle anderer Menschen wahrnehmen, aber sie nehmen keine Rücksicht darauf. Sie sind unempfindlich gegenüber dem Leid anderer. Sie nutzen aber ihre Sensibilität zum rücksichtslosen Durchsetzen ihrer Interessen. So können sie einfühlsame Reaktionen vortäuschen und dann ihren Nutzen daraus ziehen. Meist schaffen sie es sehr gut, erst einmal Vertrauen zu schaffen, um dies dann zu missbrauchen. Narzissten haben eine geringe Gefühlstiefe mit Ausnahme ihres Selbstmitleids.

### **Egozentrik:**

Narzissten reagieren äußerst empfindlich auf Kritik und Zurückweisung. Im Mittelpunkt ihres Erlebens stehen Sieg, Triumph, Konkurrenz, Macht und Überlegenheit. Schuld sind immer die anderen und sie fühlen sich sofort zurückgesetzt und zu kurz gekommen. Sie werden schnell aggressiv, rachsüchtig und vergessen nie.

## Empfindlichkeit:

Sie sind sehr schnell kränkbar und beleidigt und reagieren hierauf sehr aggressiv und entwertend. Sie brauchen ständig Bewunderung und, wenn diese ausbleibt, ist dies bereits eine „Majestätsbeleidigung“. Bei Kränkung zeigt der Narzisst seine unerbittliche und brutale Seite und schlägt mit heimtückischer Gewalt zurück. In diesen Phasen der narzisstischen Kränkung kann er auch Depressionen entwickeln, die vor allem durch Selbstmitleid gekennzeichnet sind.

## Entwertung:

Die Entwertung ist Teil seines Vernichtungsprogramms und das schleichende Gift. Ihr Verhalten ist auf Manipulation, Machtmissbrauch und Ausbeutung ausgerichtet.

Es wird unterschieden zwischen offenem und verdecktem Narzissmus. Den offenen Narzissmus finden wir vorwiegend bei Männern. Es sind die selbstbewusst und charmant wirkenden Männer, die sehr gewinnend wirken und Bewunderung auslösen können. Erst bei näherem Kennenlernen wird ihre arrogante, überhebliche und dominante Seite deutlich. Gerade narzisstische Männer können ein großes Charisma haben und erst einmal einen sehr vertrauensvollen und anziehenden Eindruck hinterlassen.

Der verdeckte Narzissmus ist mehr bei Frauen zu finden und besser getarnt. Das macht es für die Narzisstenopfer deutlich schwerer ihn zu erkennen. Sie wirken zunächst still, geben sich bescheiden, großzügig, durchaus auch sozial engagiert. Sie wollen sich ins beste Licht rücken und sie fühlen sich schnell als Opfer, weil sie sich in ihrer Großartigkeit nicht gesehen fühlen. Sie neigen zur Manipulation, Heimlichkeit und Lüge. Sie beuten ihre Opfer durch ständige Ansprüchlichkeit, eine hohe Erwartungshaltung aus, immer mit dem Vorwurf, dass sie nicht genug an Aufmerksamkeit und Fürsorge bekommen. Sie benutzen ihr Leiden als Waffe und neigen zu Neid und Missgunst, weil sie glauben, dass sie nicht bekommen, was sie verdienen.

Narzissten missbrauchen ihre Mitmenschen, weil sie deren Bestätigung, Bewunderung und Unterstützung wollen, ohne selbst etwas dafür zu geben.

Sie wählen ihre Opfer nach ihrer Tauglichkeit und Auswertbarkeit aus und diese werden so lange gut behandelt, so lange sie den Narzissten bestätigen, sich ausbeuten lassen oder bequem sind. Sobald die Opfer den Narzissten in Frage stellen oder ihre Versorgungsleistungen einstellen, werden sie fallen gelassen. Die Opfer können dabei erheblichen Schaden nehmen

Dieser Missbrauch geht einher mit einem Arsenal an Manipulationsstrategien, deren sich die Opfer nicht bewusst sind.

So wechseln sie ständig zwischen Lüge und Wahrheit und sie verwenden dazu eine subtile Gewalt, wie Sarkasmus, kleine demütigende Anspielungen, kleine Gemeinheiten, verschwommene und ungenaue Vorwürfe und sie lassen das Unausgesprochene im Raum stehen. Die Angriffe sind kaum merklich, aber in der Summe erschüttern sie das Selbstbewusstsein auch psychisch gesunder Menschen und sie vergiften diese damit. Es erfolgen dann immer häufiger Gemeinheiten, Bosheiten und Demütigungen, die sie mit Gefühlskälte und mitleidslos äußern. Die verletzenden Demütigungen geschehen systematisch und demonstrieren das Selbstwertgefühl der Partner. Hinzu kommt oft noch ein bewusster Versuch der Isolation, indem auch der Bekanntenkreis schlecht geredet wird und damit versucht wird den Partner weiter zu schwächen. Narzissten machen kränkende Bemerkungen und entziehen sich dann der Auseinandersetzung, so dass eine Diskussion darüber dann nicht mehr möglich ist. Sie haben ein Interesse daran ihren Partner zu schwächen um dann Macht auszuüben.

## Woran erkennt man Narzissten?

Ihr Lebenslauf verrät sie häufig, weil sie keine stabilen Beziehungen haben und oft in Streit mit ihren Mitmenschen verwickelt sind. Sie geben nie Schwäche zu, nutzen aber die Fehler ihrer Mitmenschen aus, um immer wieder darauf rumzureiten und sie genüsslich aufzubauschen. Sie erzeugen ständig Schuld- und Schamgefühle und fordern Rechtfertigung und Entschuldigungen. Dabei können sie nie Fehler zugeben, keine Kritik aushalten und Schuld haben immer die anderen. Sie verunsichern und man fühlt sich in ihrer Anwesenheit erschöpft und ausgebrannt und irgendwie als Mensch falsch. Die Saat der ständigen Entwertung gedeiht in Selbstzweifeln der Partner. Sie können weiterhin den anderen nichts gönnen und müssen immer die Besten sein.

Über die Entstehung des Narzissmus gibt es sehr unterschiedliche Theorien, von denen bisher keine erwiesen ist. Kernberg und Kohut postulieren, dass es sich hier um frühkindliche Defizite von gefühlkalten Eltern handelt. Es gibt andere Ansätze, die mehr gesellschaftliche Bedingungen in den Vordergrund stellen. Da wir einen steigenden Narzissmus haben, ist die Frage auch, ob Narzissmus nicht gesellschaftlich akzeptierter ist und Eltern durch Fürsorglichkeit, Verwöhnung, Überbehütung und ständiges Loben nicht das Gefühl der Großartigkeit in ihren Kindern nähren. Eltern verteidigen heute häufig reflexartig ihre Kinder gegen jede Kritik von außen und sie fordern keine Pflichten mehr ein und setzen zu wenig Grenzen. Der Verlust von Großfamilie, häufig auch schon von Geschwistern, der Rückgang von Vereinen, Kirche, Sportgruppen zugunsten von

Fitnessclubs verstärkt nicht die soziale Kompetenz bei Jugendlichen, sondern deren Ego. Soziale Netzwerke haben Erziehungsaufgaben übernommen und Jugendliche feiern sich in Selbstoptimierung und lassen sich durch Likes ihr Selbstwertgefühl aufbauen oder auch demontieren.

Andererseits zeigt sich auch, dass Narzissmus auch einen erblichen Anteil hat. Bei eineiigen Zwillingstudien wurde der Anteil der gleich betroffenen Geschwisterpaare auf 70 % geschätzt. Das ist ein sehr deutliches Zeichen für eine hohe Vererbbarkeit.

Ist Narzissmus überhaupt eine Erkrankung oder vielleicht nur das, was man früher als das Böse betitelt hat?

Narzissten sind häufig erfolgreiche Menschen, weil sie mit ihren Manipulationen und Rücksichtslosigkeiten sich durchsetzen und anständige Menschen übervorteilen. Sie haben nur dann einen Leidensdruck, wenn ihre Manipulationsstrategien nicht mehr funktionieren.

Ich sehe Narzissten nicht als Opfer und therapierbar. Sie lernen in der Therapie nur sich besser zu verstellen. Sie sind, wenn auch meist nur kurzfristig, in Therapie und brechen diese dann ab, wenn sie ein neues Opfer gefunden haben.

Opfer sind die Partner und Mitmenschen, die oft schwer erkranken oder aber durch Narzissten in eine tiefe Krise geraten. Opfer werden Menschen, die naiv sind und es gut meinen, die etwas zu geben haben und etwas Gutes tun wollen. Sie haben meist nie etwas von Narzissmus gehört. Während der Beziehungszeit mit einem Narzissten lassen sie sich ihrer Würde, ihrer Selbstachtung, ihres gesunden Menschenverstandes berauben, weil sie durch eine tägliche Dosis Gift, durch Entwertung und Demütigung schleichend vergiftet werden. Sie verlieren ihre Selbstverständlichkeit des Seins durch ständige Schuldzuweisung, Angriffe, und Entwertungen. Eingewoben in den Kokon der Rechtfertigungen sind sie nur noch damit beschäftigt, sich zu verteidigen und nicht mehr zu sehen, dass sie jeden Tag aufs Neue sich in weitere Schuldzuweisungen verwickeln lassen. Wenn sie sich trennen wollen, was sie über alle Maßen schmerzt, dann erleben sie vernichtende Angriffe auf ihre Person, die vor Verleumdung und völliger Demontage ihrer Person nicht haltmacht.

Was kann man tun, wenn man einen Narzissten in seinem näheren Umfeld hat?

„Am besten erkennen und einen großen Bogen darum machen“. Hat man sich erst einmal auf sie eingelassen und ihnen Macht gegeben, dann wird es schwierig. Als Allererstes muss man sich das selbst eingestehen und bei vertrauten, gesunden Menschen Hilfe holen. Mittlerweile gibt es auch hierfür einige Selbsthilfegruppen. Wichtig ist damit aufzuhören sich zu verteidigen. Einfach nicht auf all die Vorwürfe eingehen und unbeirrbar handeln! Das bedeutet ohne Furcht vor dem Konflikt Entscheidungen treffen,



auch wenn die Drohungen immer stärker werden. Es geht um eine Transformation vom gelähmten Opfer zum Spielverderber für Narzissten werden, gegebenenfalls muss man die Justiz einschalten und ein Rechtsbeistand kann zur eigenen Verteidigung notwendig werden.

Wichtig ist auch sich warm anzuziehen! Das Waffenarsenal des Narzissten ist beachtlich und es ist ihm kein Mittel zu unanständig, um es zu gebrauchen, manchmal sogar, wenn er sich selbst damit schadet. Er erträgt Niederlagen nicht und das macht ihn gefährlich. Man darf sich aber davon nicht einschüchtern lassen. Und denken Sie daran, Sie verlieren nicht einen einfühlsamen Partner oder Freund, sondern einen skrupellosen, rücksichtslosen Egoisten, der Sie sowieso immer nur ausgenutzt hat.

Was Sie daran lernen können ist, Narzissten das nächste Mal besser zu erkennen – leider ist die Welt voll von ihnen! Und beschäftigen Sie sich mit der Frage, warum Sie sich das alles so lange haben gefallen lassen. Wenn Sie bisher noch nicht mit Narzissten zu tun hatten, herzlichen Glückwunsch, aber passen Sie auf, sie kommen öfter vor, als Sie es für möglich halten.

**AUTORIN | Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz**

# Neurofeedbacktrainings zur Behandlung von Kindern mit ADHS



Dr. Friederike Blume

*Neurofeedbacktrainings sind eine verhaltenstherapeutische Interventionsform, welche auf die Normalisierung dysfunktionaler Hirnaktivitätsmuster von Patient\*innen mit ADHS zielt. Da angenommen wird, dass Hirnaktivität und Verhalten in engem Zusammenhang stehen, wird dadurch eine Reduktion der ADHS-Symptome angestrebt.*

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird in der fünften Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5; Falkai & Wittchen, 2015) und auch im künftigen ICD-11 (WHO, 2018) unter den neurobiologischen Entwicklungsstörungen geführt. Damit wird Befunden zahlreicher Studien Rechnung getragen, die nahelegen, dass sich die Gehirne von Kindern mit ADHS langsamer entwickeln und dadurch sowohl in Struktur als auch Funktion von denjenigen von Kindern ohne ADHS unterscheiden (Barry, Johnstone, & Clarke, 2003; Hart, Radua, Nakao, Mataix-Cols, & Rubia, 2013; Shaw et al., 2007). So zeigten Studien, welche die Gehirnaktivität mittels Elektroenzephalographie (EEG) untersuchten, dass bei vielen Kindern mit ADHS der Grundrhythmus des Gehirns verlangsamt ist. Dies äußerte sich in einem erhöhten Anteil langsamer Theta-Wellen, welche mit einem schläfrigen Zustand in Verbindung gebracht werden, sowie einem verringerten Anteil schnellerer Beta-Wellen, welche vornehmlich im wachen und aktiv konzentrierten Zustand auftreten (d. h. ein erhöhtes Theta/Beta-Verhältnis; z.B. Banaschewski & Brandeis, 2007). Außerdem lassen EEG-Studien vermuten, dass sich das Gehirn nicht optimal auf Aufgaben, die Aufmerksamkeit erfordern, vorbereitet, was sich in einer reduzierten kontingenten negativen Variation (CNV) zeigte (Banaschewski et al., 2003; Hennighausen, Schulte-Körne, Warnke, & Remschmidt, 2000). Abschließend zeigten Studien unter der Verwendung funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) und funktioneller Nahinfrarotspektroskopie (fNIRS)<sup>1</sup> unter anderem eine verminderte kortikale Aktivität in frontalen Hirnregionen, welchen

Aufgaben der Aufmerksamkeitssteuerung und Verhaltensinhibition zugeschrieben werden (Ehllis, Bähne, Jacob, Herrmann, & Fallgatter, 2008; Hart et al., 2013; Negoro et al., 2010). Da ein enger Zusammenhang von Hirnaktivität und Verhalten angenommen wird, sollte eine Normalisierung der dysfunktionalen Hirnaktivitätsmuster mit einer verbesserten Aufmerksamkeitssteuerung und gesteigerten Verhaltenskontrolle, und somit in der Folge mit einer Reduktion der ADHS-Symptome, einhergehen (Strehl et al., 2013).

Basierend auf diesen Erkenntnissen und Annahmen werden Neurofeedbacktrainings, welche die Normalisierung dysfunktionaler Hirnaktivitätsmuster zum Ziel haben, bereits seit den 1970er Jahren bei Patient\*innen mit ADHS eingesetzt und stellen bis heute das klinische Hauptanwendungsgebiet dieser Therapieform dar. Da sie – bis auf in seltenen Fällen während der Trainingssitzungen auftretender leichter Müdigkeit und leichtem Kopfschmerz – nebenwirkungsfrei ist, gilt sie als sehr gut verträglich und sehr sicher. Die Normalisierung der Hirnaktivität wird über den Erwerb neuronaler Selbstregulationsstrategien angestrebt. Das bedeutet, dass Patient\*innen durch das Neurofeedbacktraining Strategien erlernen sollen, mit welchen sie ihre Hirnaktivität zunächst bewusst und aktiv, und später – nach ausreichender Übung – unbewusst und automatisch, an situationale Gegebenheiten anpassen können. Das heißt, sie können dann selbst die Reduktion des Theta/Beta-Verhältnisses oder die Aktivierung frontaler Hirnregionen erwirken und ihr Hirnaktivitätsmuster somit entsprechend der Situation optimieren. Die Strategien werden im Rahmen von EEG-basierten Neurofeedbacktrainings über circa 25 Trainingssitzungen hinweg erworben (vgl. Arnold et al., 2012). Erste Studien zu fNIRS-basierte Neurofeedbacktrainings, welche bislang aber nur im Rahmen von klinischen Studien angeboten werden, legen nahe, dass diese vermutlich nur circa 15 Trainingssitzungen erfordern. Unabhängig von der Art des Feedbacksignals (EEG oder fNIRS) führen Patient\*innen im Rahmen einer jeden Trainingssitzung viele Wiederholungen zweier verschiedener neuronaler Selbstregulationsaufgaben durch: die gezielte Steigerung und Reduktion des ge-

[1] eine optische Methode, welche die Messung der Sauerstoffsättigung des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin) mittels nahinfrarotem Licht erlaubt (Villringer, Planck, Hock, Schleinkofer, & Dirnagl, 1993)

messenen Parameters (z. B. des Theta/Beta-Verhältnisses oder der Aktivität frontaler Hirnareale). Für Patient\*innen wird die Steigerung oder Reduktion über die Bewegung von Feedbackobjekten (z. B. Flugzeuge o. ä.), welche auf einem Bildschirm nach oben oder unten ausgelenkt werden sollen, visualisiert. Alternativ bettet eine aktuelle erste Studie das Neurofeedbacktraining in ein virtuelles Klassenzimmer, visualisiert über eine Virtual Reality Brille, ein (Blume et al., 2017). In diesem Klassenzimmer erfolgt das Feedback über die Steigerung oder Reduktion der Helligkeit. Sind Patient\*innen bezüglich der Auslenkung der Feedbackobjekte bzw. der Helligkeit in die vorgegebene Richtung erfolgreich, so werden sie über Belohnungsbilder und das Lob des\*der Neurofeedbacktherapeut\*in verstärkt. Dadurch erkennen sie im Rahmen der Trainingssitzungen Strategien, die Ihnen die Selbstregulation ihrer Hirnaktivität erlauben und üben sie ein. Damit sie des Weiteren lernen, diese Strategien auch im Alltag einzusetzen, ist auch das Üben der neuronalen Selbstregulation in alltäglichen Situationen, die Aufmerksamkeitssteuerung und Verhaltenskontrolle erfordern, nötig. Dazu erhalten Patient\*innen Kärtchen, die den Trainingsbildschirm abbilden, und wenden die gelernten Strategien im Rahmen von täglichen ‚Trockenübungen‘ zu Hause an (Strehl, 2014). Dadurch, so wird vermutet, kommt es zunächst zum Übertrag neuronaler Selbstregulation in den Alltag und abschließend zu einer Automatisierung, sodass die Regulation dann auch unbewusst und ohne aktives Zutun erfolgt. Ergebnisse von Studien legen nahe, dass kein Verlust der Trainingseffekte über die Zeit zu erwarten ist, sondern vielmehr eine weitere Steigerung derselben (vgl. Van Doren et al., 2018). Somit ist Neurofeedback eine äußerst nachhaltige Therapieform.

Allerdings sehen sich Neurofeedbacktrainings dennoch häufig mit der Frage nach ihrer Wirksamkeit konfrontiert. Und auch wenn bis heute eine große Zahl an Wirksamkeitsstudien – vornehmlich zum EEG-basierten Neurofeedback – existieren, so kennt die Forschung auf diese Frage tatsächlich noch keine eindeutige Antwort. Verschiedene Meta-Analysen der letzten Jahre zeigten, dass Eltern, deren Kinder an einem Neurofeedbacktraining teilgenommen hatten, stets über eine deutliche Reduktion der ADHS-Symptome berichteten (Cortese et al., 2016; Holtmann, Sonuga-Barke, Cortese, & Brandeis, 2014; Sonuga-Barke et al., 2013). Diese Einschätzung wurde allerdings von denen der Lehrkräfte der Kinder kontrastiert, welche in aller Regel nur sehr kleine oder gar keine Veränderungen beobachteten. Da Eltern häufig über die Erwartungen der Studie bezüglich des Therapieerfolgs im Bilde waren (d. h. sie waren nicht verblindet), Lehrkräfte aber nicht, wurde daraus geschlossen, dass die Wirksamkeit von Neurofeedbacktrainings tatsächlich eher gering sei und die positive

Beurteilung durch Eltern vielmehr ihre Erwartungen widerspiegelte. Eine weitere Meta-Analyse, welche nur die Wirksamkeit ‚standardisierter EEG-Protokolle‘ (d. h. Theta-Beta-Trainings oder Trainings der langsamen kortikalen Potentiale) untersuchte, kamen allerdings zum Schluss, dass auch Lehrkräfte deutlich positive Effekte eines Neurofeedbacktrainings berichteten (Arns & Strehl, 2013). Folglich kann aus den bisherigen Erkenntnissen geschlossen werden, dass zumindest solch standardisierte Protokolle vermutlich wirksam sind. Eine abschließende Aussage zur tatsächlichen Wirksamkeit von Neurofeedbacktrainings wird aber erst nach der Durchführung weiterer Studien, welche Eltern, Lehrkräfte und Therapeut\*innen hinsichtlich der erwarteten Effekte verblinden, möglich sein (vgl. Kerson & The Collaborative Neurofeedback Group, 2013). Des Weiteren sollten diese Studien auch aktive Kontrolltrainings etablieren, die vermutlich tatsächlich unwirksam sind, sodass auch Antworten auf die Frage der Spezifität, (d. h. ob die Wirkung tatsächlich auf das Neurofeedbacktraining zurückzuführen ist) gegeben werden können. Da bislang außerdem unklar ist, ob die zur Erfassung der Effekte eingesetzten Fragebögen für Lehrkräfte und Eltern Veränderungen hinsichtlich der ADHS-Symptomatik zuverlässig erfassen, sollten künftige Studien schließlich auch Veränderungen auf neurobiologischer Ebene betrachten und zudem objektive Verfahren zur Einschätzung der Veränderungen (z. B. Verhaltensbeobachtungen im Klassenzimmer oder während der Hausaufgaben) einsetzen.



Neben der zukünftigen Durchführung dreifachblinder Wirksamkeitsstudien, welche auch objektive Maße zur Erfassung der ADHS-Symptomatik und ihrer Veränderung einsetzen, sollte dennoch aber auch die methodische Weiterentwicklung von Trainingsprotokollen mit dem Ziel der weiteren Verbesserung der Wirksamkeit, der Effizienz und des Transfers in den Alltag angestrebt werden. Ein Methodenwechsel von EEG-basiertem auf fNIRS-basiertes Neurofeedback scheint nach ersten Erkenntnissen ein zielführender Ansatz (vgl. Marx et al., 2015). Im Vergleich zu EEG-basiertem Neurofeedback, welches nach

12 Trainingssitzungen zu einer leichten Reduktion der elternberichteten ADHS-Symptome führte, zeigte sich für ein fNIRS-basiertes Neurofeedbacktraining bereits eine signifikante Reduktion. Die schnellere Wirksamkeit von fNIRS-basiertem Neurofeedback liegt vermutlich darin begründet, dass fNIRS die Aktivität von relativ klar abgegrenzten kortikalen Arealen misst, EEG hingegen die Aktivität relativ weit verzweigter neuronaler Netze (z. B. Weiskopf, 2012). Die Steuerung der Hirnaktivität in klar abgegrenzten Arealen scheint gegenüber der Aktivitätssteuerung in weit verzweigten Netzen erleichtert. Dadurch kann die neuronale Selbstregulation schneller gelernt werden und das Training reduziert ADHS-Symptome effizienter. Neben diesem Methodenwechsel scheint des Weiteren die Einbettung des Trainings in natürliche virtuelle Umgebungen, wie beispielsweise ein virtuelles Klassenzimmer, visualisiert durch eine Virtual Reality Brille, sinnvoll. Dadurch könnte der Transfer der erworbenen Selbstregulationsstrategien in den Alltag verbessert werden. Diese Erwartung basiert auf Erkenntnissen, die zeigten, dass die Ähnlichkeit von Lern- und Anwendungskontexten zu einem erleichterten Abruf des Gelernten führt (Grant et al., 1998; Woodworth & Thorndike, 1901). Des Weiteren sollte die Einbettung des Trainings in eine natürliche all-

tagsähnliche Umgebung auch zu einer Intensivierung des Trainings führen: die virtuelle Umgebung ruft – analog zu einer ähnlichen alltäglichen Situation – ADHS-Symptome hervor (Bohil, Alicea, & Biocca, 2011). Diese, sowie damit verbunden auftretende dysfunktionale Hirnaktivitätsmuster, können somit direkt in der Situation therapeutisch angegangen und verändert werden. Eine Pilotstudie mit hochimpulsiven Erwachsenen und erste Ergebnisse einer Pilotstudie bei Kindern mit ADHS legen die generelle Durchführbarkeit und grundsätzliche Wirksamkeit eines fNIRS-basierten Neurofeedbacktrainings in einem virtuellen Klassenzimmer nahe (Blume et al., 2017; Hudak et al., 2017).

Folglich lässt sich schließen, dass Neurofeedbacktrainings zur Behandlung der ADHS vermutlich wirksam sind, zumindest dann, wenn standardisierte Trainingsprotokolle eingesetzt werden. Die Wirkung überdauert das Trainingsprogramm und ist somit nachhaltig. Des Weiteren ist das Training mittels fNIRS-basierter Protokolle vermutlich effizienter und wirksamer als Protokolle, die auf der Messung von Hirnaktivitätsparametern mittels EEG basieren. Möglicherweise verbessern Protokolle, die mit virtuellen Umgebungen arbeiten, zudem den Transfer erworbener Selbstregulationsfähigkeiten in den Alltag. Trotz der Viel-

## Praktische Fragen zum Neurofeedbacktraining bei Kindern mit ADHS

### Welches Behandlungsprotokoll ist das beste?

- Etablierte EEG-basierte Trainingsprotokolle (z. B. Theta/Beta-Training, Training der langsamen kortikalen Potenziale) scheinen wirksam
- Das Protokoll sollte 2-3 Trainingssitzungen pro Woche und insgesamt ca. 25 Trainingssitzungen vorsehen

### Gibt es Kontraindikationen?

- Die Wirksamkeit des Trainings ist bei Kindern < 6 Jahre schlecht untersucht
- Die Wirksamkeit bei vorliegenden weiteren psychiatrischen, neurologischen oder körperlichen Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen ist unklar
- Bei Kindern mit Epilepsie sollte ein Training nur von geschulten Therapeut\*innen vorgenommen werden (Neurofeedbacktraining kann die

Krampfschwelle verändern)

- Vorsicht ist bei gleichzeitiger medikamentöser Behandlung geboten, da bei Wirkungseintritt des Neurofeedbacktrainings eine Reduktion der Dosis notwendig werden kann

### Gibt es auch Fälle, in denen das Neurofeedbacktraining keine Wirkung hat?

- Ja, die gibt es. Allerdings ist keine Verschlechterung der ADHS-Symptome zu erwarten.

### Wie weiß ich, ob ein\*e Neurofeedbacktherapeut\*in gut ist?

- Er/Sie sollte Erfahrung mit Neurofeedback (bei Kindern) mit ADHS haben
- Er/Sie sollte mit den spezifischen Trainingsprotokollen für ADHS vertraut sein und ein etabliertes Protokoll verwenden

- Er/Sie sollte mit den Schwierigkeiten, die während des Trainings auftreten können, vertraut sein (z. B. sinkende Motivation; Notwendigkeit der Anpassung der Medikation)
- Er/Sie sollte gute und effektive Regulationsstrategien kennen und Kenntnisse über Regulationsstrategien haben, die wirksam erscheinen, aber Artefakte sind (z. B. über die Atmung oder Kieferbewegungen)
- Er/Sie sollte die Patient\*innen während des Trainings nicht alleine lassen (EEG-Elektroden können sich lösen, Loben ist essenzieller Teil des Trainingsprotokolls)
- Das Training sollte Transferrunden ohne direktes Feedback und Trainingsanteile zu Hause (z. B. mittels Kärtchen bzw. einer DVD) beinhalten.

zahl an Studien, welche die Wirksamkeit von Neurofeedbacktrainings bislang untersuchten, lässt die bestehende Forschung allerdings noch viele Fragen, wie beispielsweise die nach der (spezifischen) Wirksamkeit der Trainings offen. Folglich ist die Durchführung weiterer Studien zur Klärung dieser und anderer Fragen unabdingbar.

## Bibliographie

Arnold, L. E., Lofthouse, N., Hersch, S., Pan, X., Hurt, E., Bates, B., ... Grantier, C. (2012). EEG Neurofeedback for ADHD: Double-Blind Sham-Controlled Randomized Pilot Feasibility Trial. *Journal of Attention Disorders*, 17(5), 410–419. <https://doi.org/10.1177/1087054712446173>

Arns, M., & Strehl, U. (2013). Evidence for efficacy of neurofeedback in ADHD? *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 799a–800. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020208>

Banaschewski, T., & Brandeis, D. (2007). Annotation: What electrical brain activity tells us about brain function that other techniques cannot tell us – a child psychiatric perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 415–435. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01681.x>

Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E., & Rothenberger, A. (2003). Association of ADHD and conduct disorder - brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 356–376.

Barry, R. J., Johnstone, S. J., & Clarke, A. R. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Event-related potentials. *Clinical Neurophysiology*, 114(2), 184–198. [https://doi.org/10.1016/S1388-2457\(02\)00363-2](https://doi.org/10.1016/S1388-2457(02)00363-2)

Blume, F., Hudak, J., Dresler, T., Ehlis, A.-C., Kühnhausen, J., Renner, T. J., & Gawrilow, C. (2017). NIRS-based neurofeedback training in a virtual reality classroom for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18, 41–57. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1769-3>

Bohil, C. J., Alicea, B., & Biocca, F. A. (2011). Virtual reality in neuroscience research and therapy. *Nat Rev Neurosci*, 12(12), 752–762. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1038/nrn3122>

Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2016). Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444–455. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.03.007>

Ehlis, A.-C., Bähne, C. G., Jacob, C. P., Herrmann, M. J., & Fallgatter, A. J. (2008). Reduced lateral prefrontal activation in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) during a working memory task: a functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) study. *Journal of Psychiatric Research*, 42(13), 1060–1067. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.11.011>

Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-S. (American Psychiatric Association, Ed.) (1st ed.). Göttingen: Hogrefe.

Grant, H. M., Bredahl, L. C., Clay, J., Ferrie, J., Groves, J. E., McDorman, T. A., & Dark, V. J. (1998). Context-dependent memory for meaningful material: information for students. *Applied Cognitive Psychology*, 12(6), 617–623. Retrieved from <http://www.reid-bw.de/db/ebso.com/search.ebscohost.com/login.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26db%3Daph%26AN%3D11818182%26site%3Ddehost-live>

Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: Exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 185–198. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.277>

Hennighausen, K., Schulte-Körne, G., Warnke, A., & Remschmidt, H. (2000). Contingent negative variation (CNV) in children with hyperkinetic syndrome--an experimental study using the Continuous Performance Test

## Kontaktaufnahme bei Interesse zur

### Teilnahme an künftigen Neurofeedbackstudien:

Dr. Friederike Blume

Eberhard Karls Universität Tübingen

Fachbereich Psychologie, Arbeitsbereich Schulpsychologie

E-Mail: [biofeedback@psycho.uni-tuebingen.de](mailto:biofeedback@psycho.uni-tuebingen.de)

(CPT). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28(4), 239–246. <https://doi.org/10.1024//1422-4917.28.4.239>

Holtmann, M., Sonuga-Barke, E., Cortese, S., & Brandeis, D. (2014). Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 789–806. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.05.006>

Hudak, J., Blume, F., Dresler, T., Haeussinger, F. B., Renner, T. J., Fallgatter, A. J., ... Ehlis, A.-C. (2017). Near-infrared spectroscopy-based frontal lobe neurofeedback integrated in virtual reality modulates brain and behavior in highly impulsive adults. *Frontiers in Human Neuroscience*. Retrieved from <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2017.00425>

Kerson, C., & The Collaborative Neurofeedback Group. (2013). A Proposed Multisite Double-Blind Randomized Clinical Trial of Neurofeedback for ADHD: Need, Rationale, and Strategy. *Journal of Attention Disorders*, 17(5), 420–436. <https://doi.org/10.1177/1087054713482580>

Marx, A.-M., Ehlis, A.-C., Furdea, A., Holtmann, M., Banaschewski, T., Brandeis, D., ... Strehl, U. (2015). Near-infrared spectroscopy (NIRS) neurofeedback as a treatment for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) – a pilot study. *Frontiers in Human Neuroscience*. Retrieved from [http://www.frontiersin.org/Journal/Abstract.aspx?s=537&name=human\\_neuroscience&ART\\_DOI=10.3389/fnhum.2014.01038](http://www.frontiersin.org/Journal/Abstract.aspx?s=537&name=human_neuroscience&ART_DOI=10.3389/fnhum.2014.01038)

Negoro, H., Sawada, M., Iida, J., Ota, T., Tanaka, S., & Kishimoto, T. (2010). Prefrontal dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as measured by near-infrared spectroscopy. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 193–203. Retrieved from 10.1007/s10578-009-0160-y

Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., ... Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(49), 19649–19654. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>

Sonuga-Barke, E. J. S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... Sergeant, J. A. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275–289. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>

Strehl, U. (2014). What learning theories can teach us in designing neurofeedback treatments. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(Article 894), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00894>

Strehl, U., Bauer, H., Kowalski, A., Heinrich, H., Gevensleben, H., Holtmann, M., ... Niepoth, L. (2013). Neurofeedback. (U. Strehl, Ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

Van Doren, J., Arns, M., Heinrich, H., Vollebregt, M. A., Strehl, U., & K. Loo, S. (2018). Sustained effects of neurofeedback in ADHD: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1121-4>

Villringer, A., Planck, J., Hock, C., Schleinkofer, L., & Dirnagl, U. (1993). Near infrared spectroscopy (NIRS): A new tool to study hemodynamic changes during activation of brain function in human adults. *Neuroscience Letters*, 154(1), 101–104. [https://doi.org/10.1016/0304-3940\(93\)90181-j](https://doi.org/10.1016/0304-3940(93)90181-j)

Weiskopf, N. (2012). Real-time fMRI and its application to neurofeedback. *NeuroImage*, 62(2), 682–692. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.10.009>

WHO. (2018). ICD-11. Genf.

Woodworth, R. S., & Thorndike, E. L. (1901). The influence of improvement in one mental function upon the efficiency of other functions. (1). *Psychological Review*, 8(3), 247–261. <https://doi.org/10.1037/h0074898>

# Ergebnisse der Befragung zu Grenzen in der Psychotherapie

## Hintergrund der Befragung

Vielleicht erinnern Sie sich daran, dass wir vor einigen Monaten zur Teilnahme an einer Untersuchung zu Grenzen in der Psychotherapie aufgerufen haben und vielleicht haben Sie sogar daran teilgenommen. Im Folgenden möchten wir Sie über den Hintergrund der Untersuchung und erste Ergebnisse informieren. Die grundlegende Frage war, welche Situationen im psychotherapeutischen Kontext möglicherweise negative Folgen für Patient\_innen/Klient\_innen haben könnten.

Das Forschungsprojekt ist in Zusammenarbeit mit dem Ethikverein e. V. angelegt, an den sich Menschen wenden

können, die grenzüberschreitende oder grenzverletzende Erfahrungen in der Therapie gemacht haben. Solche Erfahrungen können sehr unterschiedlich sein: z. B. können sich Menschen an den Ethikverein wenden, die sich in ihrer Therapie falsch behandelt oder verletzt fühlen oder deren Therapeut\_innen gegen die Schweigepflicht verstoßen haben. Auf Basis der Beschwerden, die über die letzten Jahre beim Ethikverein eingegangen sind, wurden zehn Kategorien unterschieden, in die sich die Beschwerden einordnen lassen (Kaczmarek et al., 2012).

Ausgehend von diesen Kategorien und bisherigen Fragebögen zu diesem Thema wurden für unseren Fragebogen verschiedene Therapiesituationen gesammelt, die potenziell negativ für Patient\_innen sein könnten.

Diese Situationen sollten möglichst vielfältig sein. Sie reichen somit von zwischenmenschlicher Annäherung im Privaten zwischen Patient\_in und Therapeut\_in und Befangenheit oder mangelnder Empathie über unzureichende Diagnostik und unkorrekte Abrechnung oder Zuspätkommen bis hin zu körperlichen und sexuellen Übergriffen. Zusätzlich wurden schwierige Situationen im Kontext von Gruppentherapien und im stationären Setting aufgenommen. Jeder Kategorie lassen sich somit verschiedene Situationen zuordnen.

Eine genauere Beschreibung der Kategorien mit Beispielsituationen finden Sie auch nochmal im Anhang (S. 18).

Im Fragebogen wurde dann zum einen abgefragt, ob eine Situation in der Therapie aufgetreten ist („nein“ oder „ja“) und zum anderen, als wie belastend diese wahrgenommen wurde („gar nicht“, „etwas“, „mittelmäßig“, „stark“, „sehr stark“).

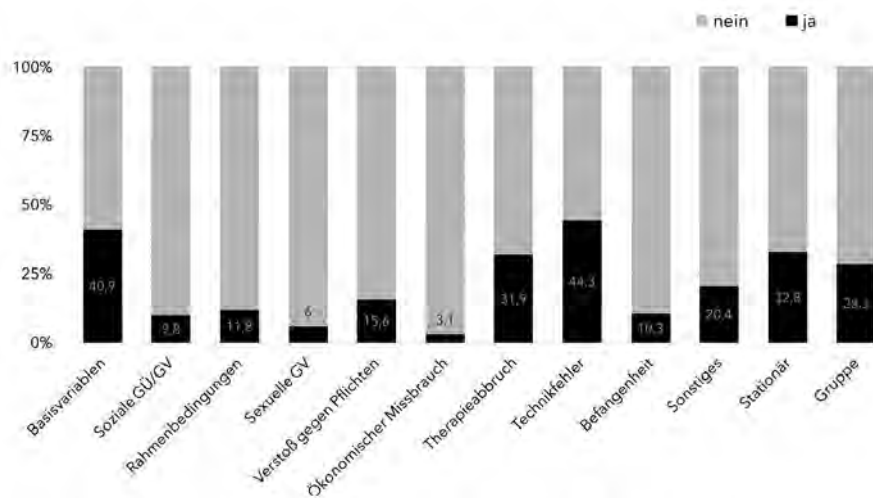


Abbildung 1: Häufigkeit potenziell schwieriger Situationen (zusammengefasst in Kategorien)

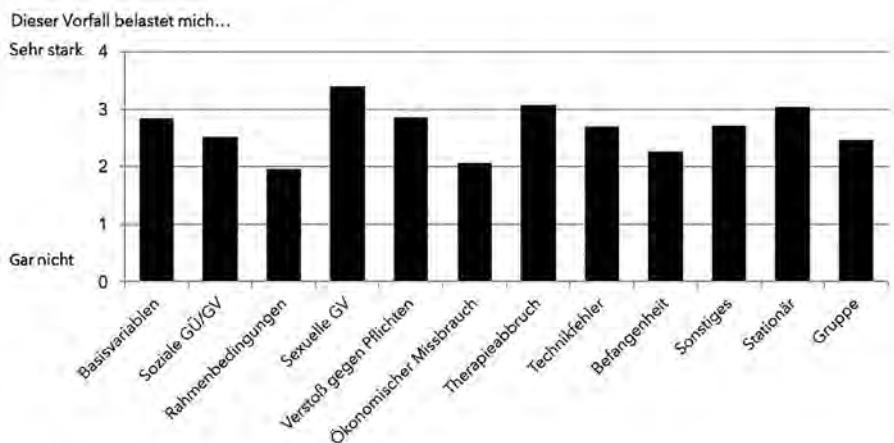


Abbildung 2: Belastungsgrad potenziell schwieriger Situationen (zusammengefasst in Kategorien)



Tabelle 1

**Merkmale der Befragungsteilnehmenden und der absolvierten Psychotherapien**

Anzahl der Teilnehmenden 165

Mittelwert Alter 41

**Geschlecht**  
Weiblich 78 %  
Männlich 22 %

**Häufigste Diagnosen**  
Depression 73 %  
Angststörungen 35 %  
Persönlichkeitsstörung 25 %  
Traumafolgestörung 27 %  
Essstörung 13 %

**Geschlecht Therapeut\_in**  
Weiblich 62 %  
Männlich 38 %

**Berufsgruppe Therapeut\_in**  
Psychologische Psychotherapeut\_innen 54 %  
Fachärzt\_innen 33 %  
Heilpraktiker\_innen 2 %

**Therapierichtung**  
Verhaltenstherapie 37 %  
Tiefenpsychologisch fundiert 24 %  
Psychoanalyse 10 %  
Systemische Therapie 1 %  
Gestalttherapie 1 %  
Andere 30 %

**Ergebnisse der Befragung**

Tabelle 1 fasst die Merkmale der Befragungsteilnehmenden und deren Angaben zur Therapie zusammen. Insgesamt haben 165 Personen an der Befragung teilgenommen. Die Befragten waren im Durchschnitt 41 Jahre alt und zu 78 % weiblich. Der überwiegende Anteil berichtete, wegen einer Depression in Behandlung gewesen zu sein.

Die behandelnden Therapeut\_innen waren mehrheitlich weiblich und als Psychologische Psychotherapeut\_innen ausgebildet. Die am häufigsten in Anspruch genommene Therapierichtung stellte die Verhaltenstherapie dar. In der Kategorie „Andere Therapierichtungen“ wurden u. a. Kombinationen aus verschiedenen Verfahren, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Psychodrama, Traumatherapie oder Analytische Therapie nach C. G. Jung genannt.

In Abbildung 1 ist zu sehen, wie häufig die jeweiligen Kategorien vorkamen, also wie viele Teilnehmende Situationen erlebt haben, die sich in die jeweiligen Kategorien einordnen lassen. Am häufigsten, mit über 40 % „Ja“-Antworten, wurden Situationen berichtet, die in die Kategorien „Verletzung therapeutischer Basisvariablen“ und „Mangelhafte Diagnostik/Technikfehler“ fallen (für eine genauere Beschreibung dieser Kategorien, siehe Anhang S. 18/19). „GÜ“ steht in der Abbildung für den Begriff „Grenzüberschreitungen“, „GV“ für den Begriff „Grenzverletzungen“.

Abbildung 2 zeigt, wie belastend die Situationen in einzelnen Kategorien im Durchschnitt für die Betroffenen wa-

ren: Am belastendsten wurden sexuelle Grenzverletzungen wahrgenommen (die, wie Sie in Abbildung 1 sehen, bei ca. 6 % der Befragten vorkamen). Auch Grenzverletzungen, die im stationären Kontext stattfanden, sowie Therapieabbrüche durch Therapeut\_innen wurden im Durchschnitt als stark belastend wahrgenommen. Die „Verletzung therapeutischer Basisvariablen“ und „Mangelhafte Diagnostik/Technikfehler“, die besonders häufig vorkamen, wurden als mittelmäßig bis stark belastend eingeschätzt.

Die zehn Situationen, die am häufigsten in der Befragung berichtet wurden, können in Abbildung 3 betrachtet

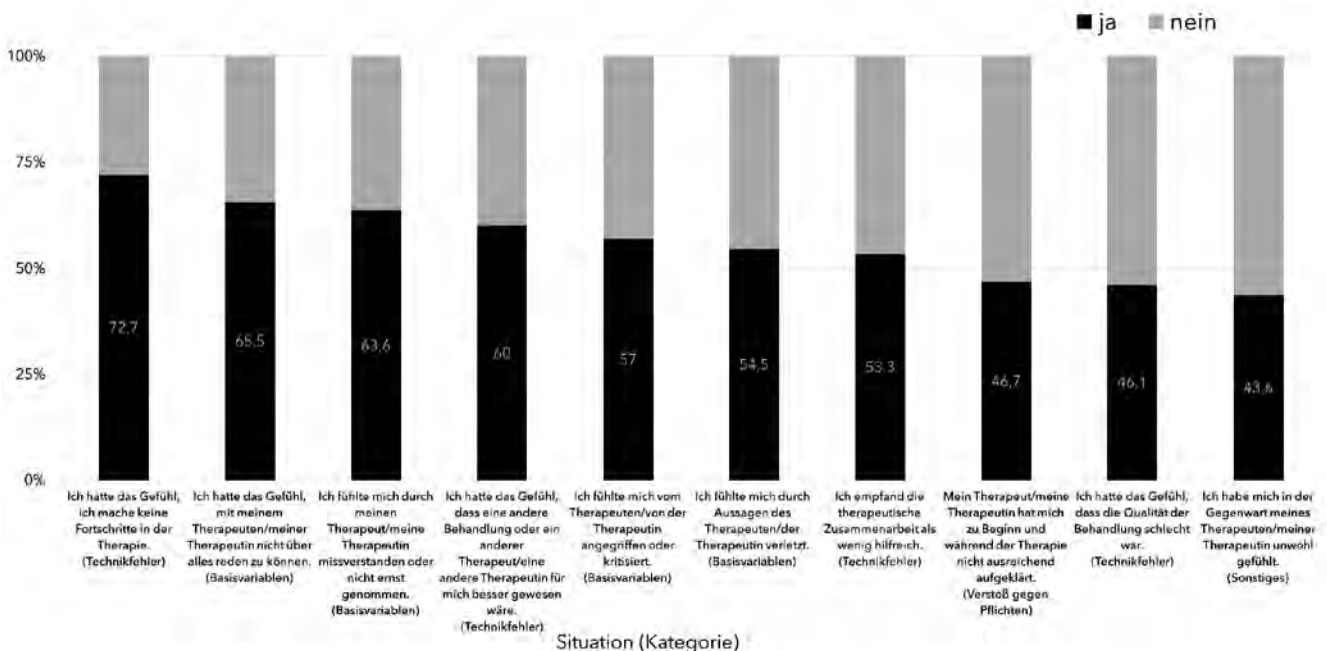


Abbildung 3: Die zehn am häufigsten berichteten Situationen

werden. Hier ist abgebildet, wie viele Personen bzgl. der jeweiligen Situation mit „ja“ geantwortet haben. Über 70 % der Teilnehmenden berichteten z. B., dass sie das Gefühl hatten, keine Fortschritte in der Therapie zu machen. Über 60 % hatten das Gefühl, in der Therapie nicht über alles reden zu können und fühlten sich missverstanden oder nicht ernstgenommen.

**Fazit**

Nahezu alle Befragten haben mindestens ein potenziell schädigendes Ereignis in ihrer Therapie erlebt. Allerdings mussten wir feststellen, dass nicht nur ein großer Teil der Befragten schwierige Situationen in ihrer Therapie erlebt haben (hier wurde besonders oft von Technikfehlern oder einem Mangel an Einfühlungsvermögen berichtet), sondern auch, dass diese Situationen z. T. als sehr belastend empfunden werden. Diese Ergebnisse sollten uns dazu veranlassen, in Zukunft nicht nur auf die sehr schweren Vorfälle wie Missbrauch in der Therapie zu achten, sondern unsere Aufmerksamkeit verstärkt auch auf vermeintlich weniger schwerwiegende Ereignisse in der Therapie zu lenken, damit verhindert werden kann, dass die Behandlung schädliche Auswirkungen für die Patient\_innen/Klient\_innen hat.

**Wir hoffen, dass diese Zusammenfassung der Ergebnisse für Sie nachvollziehbar gestaltet ist und möchten Ihnen an dieser Stelle noch einmal herzlich für die Teilnahme an unserer Befragung danken!**

Wenn Sie noch Fragen bzw. Anmerkungen zu den Ergebnissen oder zu dem Forschungsprojekt im Allgemeinen haben, melden Sie sich sehr gerne bei uns!

*Wenn Sie eine schwierige oder belastende Situation in Ihrer Psychotherapie erlebt haben, wenn Sie verunsichert sind, sich verletzt oder falsch behandelt fühlen oder Informationen über professionelle psychotherapeutische Behandlungen und deren Rahmenbedingungen suchen, dann können Sie sich an den Ethikverein wenden: <https://ethikverein.de/>*

**AUTORIN | Dr. Dominique Schwartze**

dominique.schwartze@med.uni-jena.de

Telefon: 03641 9 398039.

**Homepage des Projektes:** [www.uniklinikum-jena.de/mpsy/Forschung/Laufende+Projekte/](http://www.uniklinikum-jena.de/mpsy/Forschung/Laufende+Projekte/K%C3%B6hler+Stiftung_+AUDIT-p-682.html)

[K%C3%B6hler+Stiftung\\_+AUDIT-p-682.html](http://www.uniklinikum-jena.de/mpsy/Forschung/Laufende+Projekte/K%C3%B6hler+Stiftung_+AUDIT-p-682.html)

**Anhang**

Kategorie	Beschreibung	Beispielsituation
<b>Soziale Grenzüberschreitungen/-verletzungen</b>	Eindringen in den Privatraum von Patient_innen, Zweigleisiger Beziehungsaufbau (neben der Therapie werden private oder geschäftliche Beziehungen aufgenommen); die Rollen in der Therapie vermischen sich oder werden unklar	„Ich hatte während der Therapie außerhalb des Therapierahmens privaten Kontakt zu meinem Therapeuten/meiner Therapeutin ( verabredete Treffen oder private Anrufe ohne therapeutischen Inhalt oder Zweck).“
<b>Befangenheit</b>	Therapeut_in ist selbst in das Geschehen involviert, das therapiert werden soll (z. B. in Geschäftsbeziehungen, Freundschaften, Feindschaften etc.); Patient_innen derselben Therapeut_in sind verwandt, ohne dass es sich um Familientherapie handelt	„Eine mir nahe stehende Person (Partner, Familienmitglied, guter Freund, Arbeitskollege) war bei dem gleichen Therapeut/der gleichen Therapeutin in Behandlung (Ausnahme: Paar- oder Familientherapie).“
<b>Verletzung therapeutischer Basisvariablen</b>	Mangelnde Empathie, mangelnde Wertschätzung/Akzeptanz und mangelnde Kongruenz (=Echtheit, Authentizität)	„Ich fühlte mich durch meinen Therapeut/meine Therapeutin missverstanden oder nicht ernst genommen.“
<b>Mangelhafte Diagnostik/Technikfehler</b>	Fehlende oder unzureichende Diagnostik, falsche Indikation, ungeeignete oder fragwürdige Therapieverfahren oder unprofessionelles Vorgehen	„Mein Therapeut/meine Therapeutin wirkte auf mich wiederholt unorganisiert und unprofessionell.“
<b>Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht</b>	Inkorrekte/mangelnde Dokumentation oder Aufbewahrung; Verweigerung der Akteneinsicht, Fälschung, Weitergabe von patient_innenbezogenen Informationen an Dritte, mangelnde Aufklärung zu Beginn der Therapie	„Mein Therapeut/meine Therapeutin hat mit jemandem über mich gesprochen, ohne dass ich mein Einverständnis gegeben habe.“
<b>Ökonomischer Missbrauch</b>	Therapeut_in bereichert sich finanziell an Patient_in, unklare Abrechnung, inkorrekte Abrechnung, inkorrekte Rechnungsstellung, Abrechnungsbetrug, Arbeit von Patient_innen als Zahlungsmittel	„Mir wurden Sitzungen in Rechnung gestellt, obwohl ich sie fristgerecht abgesagt habe.“
<b>Unsachgemäßer Therapieabbruch</b>	Therapie wird nicht auf üblichem Weg beendet, Abbruch für Patient_in nicht nachvollziehbar oder zu schnell	„Obwohl ich noch Behandlungsbedarf hatte, hat mein Therapeut/meine Therapeutin die Therapie auslaufen lassen, ohne mich bei der Suche nach Behandlungsalternativen zu unterstützen.“

<b>Mangelhafte Rahmenbedingungen</b>	Das Setting der Therapie ist mangelhaft in Bezug auf Zeit, Ort und sonstige übliche professionelle Standards, mangelnde Transparenz durch Therapeut_in (z. B. ihre/seine Ausbildung betreffend)	„Der Therapeut/die Therapeutin kam wiederholt zu spät oder sagte Termine kurzfristig ab.“
<b>Sexuelle Grenzverletzungen</b>	Sexualisierte Gesten, Äußerungen und Voyeurismus; direkte sexuelle Handlungen	„Es kam während der Therapie zu sexuellen Handlungen zwischen mir und meinem Therapeut/meiner Therapeutin (z. B. Berührung der Geschlechtsorgane, Geschlechtsverkehr, Oralverkehr).“
<b>Sonstiges</b>	Die Grenzen der Therapeut_in-Patient_in-Beziehung werden überschritten, ohne dass eine der anderen Kategorien zutrifft (z. B. schwere Beleidigung, Gewalt)	„Mein Therapeut/meine Therapeutin hat versucht, mich einzuschüchtern oder mir Angst zu machen.“
<b>Stationäres Setting</b>	Grenzüberschreitungen oder -verletzungen, die für das stationäre Setting spezifisch sind	„Einige therapeutische Maßnahmen fanden gegen meinen Willen statt (Zwangsbehandlung, Zwangsmedikation).“
<b>Gruppentherapie</b>	Grenzüberschreitungen oder -verletzungen, die für das Gruppensetting spezifisch sind	„Mein Therapeut/meine Therapeutin hat ohne mein Einverständnis persönliche Dinge von mir in der Gruppe preisgegeben.“

Kategorien & und Beschreibungen angelehnt an Kaczmarek et al. (2012) und Schleu & Hillebrand (2016).

#### Literatur

Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A. & Strauß, B. (2012). Wenn Psychotherapie schadet... *Psychotherapeut*, 57(5), 402-409.

Schleu, A., Hillebrand, V. (2016). Grenzverletzungen in der Psychotherapie und ihre Prävention. In U. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke & M. Cierpka (Hrsg.), *Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (S.764-794). Stuttgart: Schattauer.

## ALLGEMEINES

### Sie fragen – Experten antworten:

#### Amphetamine – Parkinson und AD(H)S

**Frage:** Ich habe eine Untersuchung über die Einnahme von Amphetaminen bei AD(H)S und dem späteren Ausbruch des Parkinson-Syndroms gelesen.

Die Studie sagt nichts über Ursache und Wirkung bzw. kausalem Zusammenhang aus.

Es könnte ja auch sein, dass bei den Patienten mit AD(H)S, die Amphetamine einnahmen, Methylphenidat nicht gewirkt hat, weil bereits andere Veränderungen vorhanden waren, die zum späteren Ausbruch des Parkinson-Syndroms führten.

Sind Ihnen zu dieser Problematik neuere Studiendaten oder Informationen bekannt?

**Antwort:** Der Zusammenhang der Einnahme von Stimulanzien (MPH, Amphetamin) und Parkinson war in den Jahren 2009–2011 ein heftig umstrittenes Thema. Ursprung war eine Rattenstudie an 2 x 5 Ratten (vor- und

nachpubertär), die hohe Dosen von Stimulanzien erhielten und deren Gehirne anschließend untersucht wurden. Nur einer der Forschergruppe (Prof. Hüther) zog daraus den Schluss, dass die Gabe von Stimulanzien möglicherweise später Parkinson begünstigen könnte. Alle anderen hielten diesen möglichen Zusammenhang für absurd. Nachfolgend ein Auszug aus einer entsprechenden Veröffentlichung von Frau Prof. Daniela Berg (9.8.2010 – Neurol. Uni-Klinik Tübingen):

**Frage 2:** Gibt es tatsächlich Anhaltspunkte, dass bei Gabe von Methylphenidat bzw. Amphetamin eine vielleicht genetisch veranlagte Parkinson-Erkrankung früher oder überhaupt ausbricht, die sonst lediglich als Disposition vorhanden wäre?

Nein, eher das Gegenteil ist der Fall. Diese Frage habe ich auch noch einmal ausführlich mit Prof. M. Gerlach, Würzburg, diskutiert, der eine große Expertise auf dem Feld der ADHS hat. Es ist wichtig zu wissen, dass in der Frühzeit der Parkinson-Therapie Amphetamin

als Parkinson-Medikament eingesetzt wurde. Methylphenidat kann, wie in mehreren Studien gezeigt wurde, sogar das Aufmerksamkeitsproblem bei Parkinson-Patienten bessern, ohne die Parkinson-Symptomatik zu verschlechtern. Insgesamt kann man auf über 60 Jahre Therapie des ADHS mit Psychostimulanzien zurückschauen. Bisher sind in der Literatur (Prof. Gerlach) keine Fälle eines Psychostimulanzien induzierten Parkinson-Syndroms beschrieben worden. Hier gibt es auch ein interessantes Buchkapital von Herrn Prof. Gerlach: Ist die Behandlung der ADHS mit Psychostimulanzien ein Risikofaktor für die Parkinson-Krankheit? Dieses können Sie finden in Rösler M, von Gontard A, Retz W, Freitag C (Herausgeber). Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene. Kohlhammer Stuttgart, Seite 108 – 111.

Ich hoffe, Ihre Fragen damit ausreichend beantwortet zu haben.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Klaus Skrodzki  
Beisitzer im Vorstand von ADHS Deutschland e. V.

## ADS / ADHS / Autismus-Spektrum-Störung

**Frage:** Ich habe im Internet unter verschiedenen Stichworten gelesen, dass manche Menschen verschiedene Eiweiße nicht vollständig abbauen können. Dann sollen kurzkettige Eiweißmoleküle entstehen, die die Eigenschaften von Exorphinen haben, die an Opioid-Rezeptoren andocken. Dabei sollen vor allem die Exorphine Gluteomorphin aus dem Kleber-Eiweiß von Weizen und das Casomorphin/Gliadorphin aus Casein besonders problematisch für Babys und Kleinkinder sein und mit an der Ausbildung von AD(H)S, Autismus-Spektrum-Störungen und hirnorganischen Krankheiten beteiligt sein.

Einerseits ist es aus ethischen Gründen nicht möglich, die Wirkung der Exorphine Gluteomorphin und Caseomorphin/Gliadorphin am Menschen zu untersuchen.

Andererseits gibt es anscheinend noch kein passendes Tiermodell, bei dem Tiere (z. B. Ratten oder Mäuse) die Eiweiße Gluten und Casein unvollständig zu den Exorphinen Gluteomorphin und Caseomorphin/Gliadorphin verdauen, so dass man am Tiermodell die Wirkung der Exorphine studieren könnte.

Gibt es eine (einfache) Methode, die unvollständige Verdauung der Eiweiße Gluten und Casein bzw. die Bildung der Exorphine Gluteomorphin und Caseomorphin/

Gliadorphin nachzuweisen?  
Wissen Sie mehr zu dem Thema?

**Antwort:** Zu Ihrer Frage bezüglich der Suche nach einer „einfachen Methode, die unvollständige Verdauung der Eiweiße Gluten und Casein bzw. die Bildung der Exorphine Gluteomorphin und Caseomorphin/Gliadorphin nachzuweisen“, kann ich Ihnen leider nur mitteilen, dass zwar auf diesem Gebiet sehr viel geforscht wird, aber alle Zusammenhänge mit ADHS noch rein spekulativ sind. Die Forschung geht in alle Richtungen, ist hochinteressant, aber Ergebnisse, die uns eindeutige oder auch nur mögliche Zusammenhänge zeigen könnten, sind sicher in absehbarer Zeit nicht zu finden.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Klaus Skrodzki  
Beisitzer im Vorstand von ADHS Deutschland e. V.

## Bewegung hat Bedeutung

### Rechter Finger und noch mehr

Der Arzt zwinkerte der Patientin beim Nähen der Wunde zu: „Aller guten Dinge sind drei, nicht wahr?“ Ihre Antwort war ein leicht verkniffenes Lächeln. Bereits das 3. Mal in kurzer Zeit hatte sie den Arzt aufsuchen müssen, weil ihr wieder ein „kleines Missgeschick“ passiert war. Dieses Mal war es beim Abwaschen passiert. Ein Glas war zerbrochen und die Folge war eine tiefe Schnittwunde im rechten Zeigefinger. Die beiden Male zuvor waren es die Prellung am Knie (Treppe raufgefallen) und der verknackste Knöchel (Treppe runtergefallen). „Naja, nicht so schlimm, ich habe ja Glück gehabt, wie meistens.“

Auch zwei Tage zuvor hatte sie Glück (im Unglück), als sie beim Autofahren gerade noch in letzter Sekunde bremsen konnte. Beim Rechtsabbiegen in die Seitenstraße hatte sie den Fahrradfahrer übersehen. Er war mit einem Schreck davon gekommen. Und sie auch.

Eine Schnittwunde, eine Prellung am Knie, ein verknackster Knöchel, ein Beinah-Unfall, und das alles innerhalb kurzer Zeit. Vielleicht hatte sie gerade eine stressige Zeit, war unter Zeitdruck und unkonzentriert? Mit den Gedanken ganz woanders?

Wie kam es zu der Verletzung beim Abwaschen?

Nun, der Geschirrspüler war kaputt und da war dieser

Berg von Abwasch und dazwischen dieses eine Glas, so ein dünnes. Sie wollte nur den Saffrest aus dem Glas auswaschen. Der Druck, den sie dabei mit dem Schwamm auf das Glas ausübte, war aber zu groß. Das Glas zerbrach. Dazu kamen der innere Druck und die Eile, den Abwasch schnell hinter sich zu bringen. Schwamm drüber, sowas kann jedem mal passieren.

Was aber, wenn eine ADHS vorliegt? Schwamm drüber?

### „Chronic accident repeaters“

Bei einer ADHS sind die innere Unruhe und der Mangel an Aufmerksamkeit ein idealer Nährboden für Unfälle. So bedeutet eine ADHS auch ein erhöhtes Unfall- und Verletzungsrisiko, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen. „Chronic accident repeaters“, dieser Begriff bedeutet übersetzt in etwa: „Chronische Unfall-Wiederholer“. „Chronisch“ ist hier umgangssprachlich gemeint im Sinne von dauernd, pausenlos, ständig wiederkehrend und „in einer Tour“. Was die medizinischen Folgen angeht, so handelt es sich bei einer ADHS in erster Linie um Verstauchungen, Zerrungen, Luxationen und Prellungen, wegen denen ein Arzt aufgesucht wird. Bei Erwachsenen mit einer ADHS werden besonders die Häufigkeit innerer Schädelverletzungen und Verletzungen der Blutgefäße genannt.



### Bewegung unter der Lupe

Die innere Unruhe ist ein wesentliches Merkmal bei einer ADHS. Bei Kindern mit einer ADHS zeigt sich diese innere Unruhe oft in einer „Hyperaktivität“ und wird zum Problem. Bei Erwachsenen mit einer ADHS scheint – anders als bei Kindern – die „Hyperaktivität“ nicht mehr so sehr das Problem zu sein. Gleichsam ist der Grundzustand eines „gesteigerten Antriebs“ mit der begleitenden inneren Unruhe am Wirken. Und sie zeigt sich auch auf der Bewegungsebene. Nur eben in der „erwachsenen“ Form, wie z. B. bei Unfällen im Haushalt.

Die Bewegung ist Ausdruck dessen, was in einer Person vorgeht. So kann die Bewegung, die der Schnittverletzung vorausgegangen ist, Ausdruck eines „gesteigerten inneren Antriebs“ sein. Es lohnt sich, auch die sichtbare Bewegung unter die Lupe zu nehmen, um den Dingen auf die Spur zu kommen. Wie aber kann man Bewegung unter die Lupe nehmen?

Bewegung ist komplex. Zur Beobachtung von Bewegung ist ein Rahmen notwendig, an dem man sich orientieren kann. Diesen Rahmen bietet das Bewegungsmodell der *Laban/Bartenieff Bewegungsstudien* („Bewegungsanalyse“). Mit diesem Modell kann jede Bewegung genau beschrieben werden. Die Bewegungsanalyse beinhaltet 6 Kategorien: **Antrieb** (Mit welcher Dynamik wird die Bewegung ausgeführt?), **Raum** (Wo sind Ausgangspunkt und Ziel einer Bewegung, wie ist der Weg dazwischen?), **Phrasierung** (Wo liegt die Betonung in der Bewegung?), **Beziehung** (Wie wird die Bewegung zu jemandem oder zu etwas in Beziehung gesetzt?), **Form** (Wie wird der Körper in der Bewegung geformt?) und **Körper** (Welche Prioritäten werden in der Bewegung gesetzt?).

Wir können den Verlauf des Abwaschunfalls mit Hilfe aller oben genannten Kategorien analysieren. Beispielhaft wählen wir hier die Kategorie „Antrieb“, die die Dynamik der Bewegung betrifft. Die Dynamik der Bewegung zeigt, welche Stimmung den Menschen antreibt. Wir können damit z. B. Folgendes beschreiben:

Wie zeigt sich der **Krafteinsatz** (leicht bis kraftvoll)? Wie ist die räumliche Aufmerksamkeit ausgerichtet? (indirekt bis direkt)? Wie zeigt sich das **Zeitempfinden** (verzögernd bis plötzlich)?

Wir stellen uns jetzt den Abwaschunfall mal plastisch vor und nehmen eine mögliche Dynamik der Bewegung unter die Lupe:

Das Glas war in der linken Hand, mit der rechten Hand wurde der Schwamm kraftvoll (Krafteinsatz) in das Glas geschraubt. Die Bewegung wurde eher verzögernd (Zeitempfinden) und mit einer direkten Bewegungsaus-

richtung (Raumaufmerksamkeit) ausgeführt. Dabei ist das Glas zerbrochen und die Folge war eine Schnittverletzung. Die Kombination der Bewegungselemente kraftvoll, **direkt** und verzögernd wird „bewegungsanalytisch“ **DRÜCKEN** genannt. Das ähnelt z. B. einem Pressen, Quetschen oder kraftvollen Schieben.

Was passiert, wenn man den **Krafteinsatz reduziert**? Es entsteht die Bewegungsdynamik „**leicht, direkt und verzögernd**“, die wir „bewegungsanalytisch“ **GLEITEN** nennen. „Gleiten“ ähnelt z. B. einem Wischen, Polieren oder Glätten. „Gleiten statt Drücken“ wäre eine passendere Bewegung für das feine Glas gewesen und hätte das Risiko einer Schnittverletzung gemindert.

## Bewegung und Exekutiv-Funktionen

Wenn man eine andere Bewegungsmöglichkeit für sich findet, so ist das eine „**Bewegungserweiterung**“. Diese Bewegungserweiterung verändert nicht nur unsere eigenen Bewegungsabläufe, sondern auch unsere **innere Einstellung** zu den Dingen, die wir tun. Wir „packen es anders an“. Das betrifft auch unsere mentalen Fähigkeiten, denn mit einer veränderten Bewegung beeinflussen wir auch eigene „höhere menschliche Eigenschaften“.

Wenn wir von „höheren menschlichen Eigenschaften“ sprechen, dann verbinden wir damit zum Beispiel die Absicht, die hinter unserem Tun steht, die Prioritäten, die wir setzen, wie wir mit der **Zeit** umgehen, mit **Genauigkeit**, mit **Handlungs-Reihenfolgen**, mit inneren und äußeren **Impulsen**, welche **Vorstellungskraft** uns zur Verfügung steht, wie wir unsere **Aufmerksamkeit** und unsere **Emotionen steuern**.

Das sind Beispiele für sog. „Exekutiv-Funktionen“, die Fähigkeit, sich willentlich selbst zu steuern. Man verbindet das dann normalerweise mit dem, was „im Kopf vorgeht“. Aber gehen die Dinge tatsächlich nur im Kopf vor?

Die „**Embodiment**“-Perspektive besagt, dass lebendige **Rückkopplungs-Schleifen** zwischen Körperbewegung, Psyche, Denken und Handeln bestehen. Bewegung und Kognition regulieren sich wechselseitig. Alles ist miteinander verwoben: Gehirnprozesse beeinflussen Körperbewegungen („top-down“) und Körperbewegungen beeinflussen Gehirnprozesse („bottom-up“). So kann man zum Denken sagen: das Denken ist regelrecht verkörpert, es wird von Körperbewegungen „gefüttert“.

Die Fähigkeiten, die wir zur Selbststeuerung brauchen, werden also nicht nur „im Kopf“, sondern auch im ganzen Körper und durch die Bewegung erzeugt. Bewegung hat Bedeutung.

**Schlussfolgerung:** Wer Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit, Klarheit und Genauigkeit hat, kann diese mentalen Fähigkeiten über aufmerksame, klare und genaue

Bewegungsabläufe verbessern. Und es kann manchmal einfacher sein, einen sichtbaren und greifbaren Bewegungsablauf zu ändern als eine unsichtbare mentale Bewegung.

## Das Programm: Lernen, sich anders zu bewegen

Neue, alternative Bewegungen zu lernen (wie das Beispiel „Gleiten statt Drücken“) ist wie das Erlernen einer Fremdsprache: es fühlt sich zunächst eigenartig an. Das Neue verunsichert und wir neigen dazu, unseren ersten Impulsen nachzugehen und auf alte Gewohnheiten zurückzugreifen. Dabei sind wir in gewisser Weise „betriebsblind“: Wir sehen unsere Gewohnheiten nicht oder nur bruchstückhaft, selbst dann, wenn sie uns massiv im Wege stehen.

Woher aber soll man wissen, was die eigenen Bewegungsgewohnheiten sind und was eine alternative Bewegung wäre? Und was hat man davon, wenn man es weiß? Vor allem: wie kommt man dahin, das andere auch zu tun? Neues in der Bewegung dazu zu lernen, ist eigentlich kein Ding der Unmöglichkeit. Bewegung ist änderbar. Da wir aber Gewohnheitstiere sind, brauchen wir Unterstützung.

Im November 2018 fand in Bad Kissingen unter der Leitung von ADHS Deutschland e. V. eine Fortbildungsveranstaltung für Aktive des ADHS Deutschland e. V. statt. Wir – meine Kollegin Astrid Langner-Buchholz und ich – sind der Einladung von ADHS Deutschland e. V. gefolgt und konnten an 1 ½ Tagen den Teilnehmenden einen kleinen Einblick in unser Bewegungsprogramm für Erwachsene mit ADHS geben. Das Programm wurde mit großem Interesse aufgenommen.

„Ihr habt doch mit Tanzen zu tun, macht ihr hier irgendeine Tanzart oder Gymnastik oder Fitnesstraining?“ Diese Frage wurde uns vor Beginn des Bewegungs-Workshops gestellt. Nein, wir machen nichts von alledem. Aber wie kann man sich so ein Bewegungsprogramm vorstellen?

Zunächst einmal: Stühle brauchen wir nicht. Die werden an die Seite gestellt, für die Pausen zwischendrin. Wir brauchen Platz für Bewegung.

Wir starten mit einem „Warm-up“ mit Bewegung und Musik. Damit wird man wach und bereit, Neues aufzunehmen. Dann stellen wir den Teilnehmenden eine Bewegungskategorie, zum Beispiel „**Form**“ vor: Wir können unseren Körper linear wie eine **Nadel**, flach wie eine **Wand**, kugelförmig wie ein **Ball** und verdreht wie eine **Schraube** formen. Dann erkunden wir diese Formen über Bewegung. Und damit das Ganze auch Spaß macht, gestalten wir die Aufgabenstellungen mit musikalischer Unterstützung. Danach im Gespräch sammeln wir die Gedanken, die bei der „Bewegungserkundung“ entstanden sind und wir schreiben sie auf. Da kommt Vieles zusammen, z. B. wie sich

die Gefühle verändern mit der Art, wie man den eigenen Körper formt oder was im Gespräch mit anderen passiert, wenn man selbst eine andere Körperhaltung einnimmt. Es wird deutlich: Mit diesen „Formen“ drücken wir unsere Emotionen aus, wir signalisieren damit, wie es uns geht. Gleichzeitig wirken sie auch auf unser Inneres zurück.

Was ist bei der Kategorie „Form“ der **Lerneffekt**? Wenn man sich nur **3 Sekunden Zeit** nimmt, die eigene Körperhaltung in der Bewegung wahrzunehmen, merkt man deutlicher, was man will. Man spürt klarer die eigene Absicht und kann das deutlicher vermitteln. Dazu kann man die eigene Körperhaltung auch beeinflussen. Ein Beispiel: Wenn wir z. B. gewohnt sind, eine verdrehte Haltung wie eine Schraube einzunehmen, dann verstärkt diese Art der Körperhaltung auch unser „Drehen und Winden“ in unseren Absichten. Wenn man merkt, dass man sich gerade körperlich und seelisch verschraubt, könnte es helfen, die Körperhaltung etwas zu variieren. Vielleicht unterstützt ein bisschen mehr „Wand“ oder „Nadel“, damit man sich sicherer fühlt?

Bei einer ADHS ist der ganze Mensch „mit Haut und Haar“ betroffen. Die Körperbewegung spielt dabei eine besondere Rolle, denn sie ist nicht nur die Folge eines inneren Zustands, sondern sie trägt auch zu inneren Zuständen bei (Feedback-Loops). Ein Teufelskreis zwischen Ursache und Wirkung.

Wir wollen Erwachsene mit einer ADHS darin unterstützen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. In unserem bewegungsorientierten Lernprogramm erfahren die Teilnehmenden, wie man eigene Alltagsbewegungen variieren kann, um sich aufmerksamer, klarer und genauer bewegen zu können. Man erfährt dabei, wie man eigene Alltagsbewegungen besser steuern kann und was man über Bewegung tun kann, um sich das Leben zu erleichtern. Das neu erworbene erweiterte Bewegungswissen und die damit verbundene erweiterte Bewegungsbewusstheit können sich zu neuen „Ankern“ im Alltag entwickeln. Diese „**Bewegungsanker**“ können z. B. dabei unterstützen, die eigene Aufmerksamkeit zu steuern, Prioritäten zu setzen, die eigene Absicht zu klären, ein Gefühl für Genauigkeit zu bekommen und den „Dreh“ zum Anfangen oder zum „Stopp“ zu bekommen.

Ab Oktober 2019 können wir Wochenend-Workshops für Erwachsene mit einer ADHS anbieten. Für dieses strukturierte und musikunterstützte Bewegungsprogramm nutzen wir die verschiedenen Kriterien der Laban/Bartenieff Bewegungsstudien, die wir für ADHS-relevante Themen adaptieren. Gerne besprechen wir mit Ihnen besondere Themenwünsche. Sprechen Sie uns einfach an.

**AUTORIN | Christina Weihmann**

**Trainerinnen:** Christina Weihmann, Diplom Sozialpädagogin, Zusatzqualifikation Tanz- und Bewegungstherapeutin/pädagogin, CMA / Certified Movement Analyst (i.A.), Stressbewältigung, Progressive Muskelentspannung  
Astrid Langner-Buchholz, Diplom Tanzpädagogin, Diplom Bühnentänzerin, Choreografin, zertifizierte Bewegungsanalytikerin (CMA / Certified Movement Analyst)  
**Kontakt:** Christina Weihmann, mobil: 0163 / 71 76 315, mail: weihmann123@aol.com

---

## Worauf warten wir? Das Leben könnte doch so einfach sein ...!?

---

Ich bin 55 Jahre alt und habe mich schon in meiner Kindheit gewundert, weshalb ich „so anders“ bin!? Ich war nie zu bremsen, ständig unter Strom und daher auch permanent am Schwitzen, wollte immer mit dem Kopf durch die Wand und gab meinen Eltern (vor allem meiner Mutter!) die Schuld dafür, denn „ich wollte ja gar nicht auf dieser Welt sein!“ Sie waren es, die sich ein weiteres Kind wünschten, also mussten auch sie (!! ) die Konsequenzen tragen und ertragen!

Auch meine 4 Geschwister waren irgendwie anders und dennoch haben wir uns immer ganz gut verstanden, was auch heute noch der Fall ist.

Die Schule war die Katastrophe für mich, ich bin in der 5. und 6. Klasse im Gymnasium sitzen geblieben und mein Vater sorgte dafür, dass ich direkt in die 7. Klasse der Realschule kam. Dort erlebte ich (endlich!) Mitschüler, denen es ähnlich ging wie mir. Als Gymnasiast wurde ich anfangs heftig gemobbt und als „Streber“ betitelt. Dennoch hatte ich zum ersten Mal das Gefühl, dass mir wenigstens ein paar Fächer in der Schule Spaß machten. In Kunst, Werken und Sport hatte ich meine 1+ in den Zeugnissen und schloss die 10 Klasse mit einer Belobigung ab (mein Lehrer rief mich an und meinte, „dass er es selbst nicht recht verstehen könne, aber er habe mehrmals nachgerechnet!“). Obwohl ich nie Latein in der Schule hatte, wusste ich alle Namen meiner ständig wachsenden Kakteensammlung – natürlich nur die lateinischen (das waren für mich – aus

der heutigen Zeit gesehen – meine Pokemons!). Und wie bei uns ADHSlern meist üblich, wurde leider auch meine gigantische Sammlung an Kakteen irgendwann doch wieder langweilig (wie auch meine riesigen Sammlungen von Schallplatten, Musikkassetten, DVDs etc.).

Auch ich war hochgradig suizidgefährdet (zwischen meinem 17. und 21. Lebensjahr). Mit 17 wollte ich keine 25 werden, mit 25 war aber schnell klar, dass ich 500 werden möchte (typisch: entweder alles oder nichts!). Heute sage ich mir, wenn ich nur 499 Jahre alt werde, habe ich es zwar nicht ganz geschafft, aber zumindest fast! Ich hatte plötzlich so viele Ideen, was ich alles machen möchte und dazu reicht kein „normales Leben“! Jahre später erzählte mir mein Vater, dass er mit 19 im Krieg in Gefangenschaft so krank wurde, dass er Todeskandidat war. Als er dann hörte, dass 2 seiner Brüder im Krieg gefallen waren, sagte er sich, dass er das seinen Eltern nicht auch antun könne! Unglaublich, aber heute ist er über 90 und überlebte mit allen möglichen Leiden und Krankheiten! Wie heftig muss es gerade für meinen Vater gewesen sein, als er von meiner Suizidphase gehört hatte: Er versuchte damals mit 19 seinem Leben neue Kraft zu schenken und sich selbst wieder herauszuziehen, ich war im gleichen Alter mit den Gedanken dabei, meinem Leben ein Ende zu setzen! Alleine dieser Gedanke schmerzt heute noch und ich bin froh, diese schlimme Phase längst hinter mir gelassen zu haben!

Mit 25 habe ich mich sterilisieren lassen, um selbst keine Kinder in diese Welt zu setzen. Heute sage ich, dass es „der beste Schnitt meines Lebens“ war und habe ihn noch nie bereut. Mit 27 Jahren habe ich meiner Mutter zum ersten Mal in meinem Leben dafür gedankt, dass es mich gibt! Mit 27! Davor hatte ich sie meist gehasst, danach geliebt! Zum Glück hatten wir wenigstens noch 7 wunderschöne Jahre, bevor sie leider im Alter von 67 viel zu früh verstarb.

Mit 20 hatte ich noch daheim gewohnt und meine Mutter wusste sich oft nicht zu helfen. Wenn sie dann mehrfach ihre Geschwister um Rat bat (oft auch wegen schulischer Probleme, denn einige meiner Onkel und Tanten sind Pädagogen/Innen), wussten auch die nicht weiter. Und von ihnen gefragt, „wann ich denn endlich von daheim ausziehe“, bekamen sie die klare Antwort: „wenn ich meine Mutter umerzogen habe!“ Unglaublich, aber genau so war ich! Ich wusste genau, was ich wollte und es gab immer nur klare Ansagen, nur „ja“ und „nein“, kein „vielleicht“. Zudem hatte jeder in dem 7-köpfigen Haushalt seine Aufgaben zu erledigen. Wenn es aber meiner Mutter nicht schnell genug ging, bis ich meine erledigt hatte und sie mich darauf ansprach, erledigte ich sie demonstrativ gar nicht oder erst am nächsten Tag! Ich war der typische Rebell und funktionierte eben nicht „normal“, oft einfach

nur aus Protest, um nicht normal zu sein! Ich frage mich heute immer wieder, wie meine Eltern und hauptsächlich meine Mutter es geschafft haben, 5 Kinder groß zu ziehen!? Alle völlig unterschiedlich und ich das schlimmste, wobei sie das nie so sagte und mich auch nie spüren ließ! Sie hat mich selbst in dieser üblen Zeit gemocht und geliebt!

Mit 20 hatte ich auf dem Amt zu arbeiten begonnen; anfangs nur als Übergangslösung gedacht, arbeitete ich mich von ganz unten hoch. Als ich dann 1990 meinen Spieleverlag gründete, arbeitete ich täglich von halb sieben bis halb vier auf dem Amt und danach ging meine Selbstständigkeit weiter. Ich hatte noch nie Probleme, sofort von einer auf die andere Arbeit umzuschalten und kann das heute noch. Das sind die Fähigkeiten eines ADHSlers! Mein Tag hat meist 19 Stunden, 5 Stunden Schlaf reichen mir, meinen Akku wieder aufzuladen.

AD(H)S habe ich nie als Krankheit angesehen, sondern immer die Fähigkeit darin, „anders als normal“ arbeiten und sein zu können! Die Fähigkeit anderes zu tun, meist mehreres gleichzeitig. Auch heute noch werde ich immer wieder darauf angesprochen, wie ich das denn schaffen würde!? Für mich ist das normal, das ist „unser Normal!“

Mit dem obersten Chef vom Amt war es abgesprochen, dass ich meinen Verlag parallel führen durfte. Wenn es auf die Messen ging, nahm ich meinen Jahresurlaub (daher sind Messen auch heute noch Urlaub für mich!), war nie krank und arbeitete stets korrekt und 1000%ig! Auch wieder typisch: Es gibt immer nur 1000 %, 100 sind zu wenig! Alles, was ich auf dem Amt lernte und mir selbst beibrachte, konnte ich auf den Messen einsetzen und alles, was ich auf den Messen lernte, floss bei meiner Arbeit auf dem Amt ein! Zuletzt bewarb ich mich auf eine Stelle am Empfang – mein Traumjob! 5 Jahre lang arbeitete ich so in 2 Vollzeitjobs und baute meinen Verlag komplett auf. Mit Null fing ich an und hatte die Unterstützung meiner Familie. Auch heute noch sind wir zeitweise mit einem Teil der Familie auf Messen, bis März 2018 sogar noch mit meinem inzwischen über 90-jährigen Vater, der mich stets unterstützte und eine große Hilfe war! Nach 5 Jahren machte ich aus dem Amt einen Halbtagsjob just in der Zeit, als mir 2 Abteilungsleiter unabhängig voneinander 2 gutbezahlte Stellen anboten. Beide konnten nicht verstehen, dass ich nicht auf dem Amt bleiben, sondern lieber meinen Verlag weitermachen wollte. Doch der Verlag wurde zu meiner Berufung!

Interessanterweise wurde ich nie auf ADHS getestet. Man kannte das früher nicht bzw. sprach nie darüber. Als ich 1993 das Spiel HALLI GALLI kennenlernte und dabei mehrfach einen deutschen Meister besiegte, hatte ich zum ersten Mal das Gefühl, meine Fähigkeiten nutzen zu



können. Ich war früher in der Grundschule immer Schulschnellster auf Kurzstrecken, bis dann der Architektensohn Spikes unter die Schuhe bekam (das konnten sich meine Eltern nicht leisten) und ich keine Chance mehr gegen ihn hatte. Später sagte ein Arzt, dass an mir „ein guter Sprinter verloren gegangen sei“. Damals hatte ich mir keine weiteren Gedanken gemacht und war der Meinung, dass er das zu jedem sagen würde. Heute weiß ich, wie recht er damit hatte! Und man muss sich nur umschauen: Die größten und besten Sportler sind vorwiegend ADHSler!

1995 war ich auf einer Erfindermesse und lernte dort das Spiel SPEED kennen und lieben. Ich besiegte sofort den Autor und er meinte, dass das noch nie jemand geschafft habe. Auch daheim war meine Familie sofort angefixt und mir war sofort klar, dass ich mit dem Spiel was ganz Besonderes gefunden hatte! Auf der ersten Messe, auf der ich dann bereits das fertig produzierte Spiel vorstellte, war ich ausschließlich für dieses Spiel zuständig. Alles andere interessiert mich gar nicht! Wer es haben wollte, musste gegen mich spielen. Ich dachte vor der Messe noch daran, irgendwann einen Rotkreuzwagen zu brauchen, weil ich sicher halbtot umfallen würde. Doch dann passierte genau das Gegenteil: Die Messe ging über 4 Tage und ich kann mich noch so gut daran erinnern, wie ich mich am Abend des 2. Tages zum ersten Mal nicht mehr wiedererkannte! Ich war komplett ausgepowert, gleichzeitig aber auch voller Energie, ungewöhnlich ruhig und zum allerersten Mal in meinem Leben zentriert und geerdet!!! Dieses Gefühl war mir bis dato absolut unbekannt, denn wir ADHSler fühlen unseren eigenen Mittelpunkt nicht und haben es schwer, uns zu zentrieren und zu erden. Daher heißt es nicht umsonst: „Er ist außer sich vor Wut oder Zorn!“ Ich spürte tatsächlich mit 32 Jahren zum allerersten Mal, wie es sich anfühlt, sein Zentrum gefunden zu haben. Ich hatte Gänsehaut am ganzen Körper und mir liefen die Tränen! Statt eines Krankenwagens war genau das Gegenteil passiert! Tage später rief mich ein Therapeut an und verlangte nach dem Spiel SPEED. Ich war verblüfft und fragte ihn weshalb, und er erklärte mir, dass man für Hyperaktive etwas Schnelles brauche, damit sie wieder ruhiger werden. Das ist quasi das homöopathische Prinzip! Das fand ich besonders spannend, denn ich gehe immer nur zu Heilpraktikern oder Homöopathen, aber nie zu Allgemeinmedizinern.

Als sich vor Jahren einmal ein guter Kunde wieder ein neues Spiel zeigen ließ, meinte er: „wieder ein typisches Adlung-Spiel!“ Ich war kurz irritiert, bis er sagte: „weil wieder superschnell!“ Das waren auch die Anfänge meiner Neugier zum Thema ADHS und endlich hatte mein Anderssein einen Namen und vor allem den Ursprung!

Für mich war und ist ADHS eben noch nie eine Krankheit gewesen! Hochsensibel, ehrlich, kreativ, künstlerisch, sportlich, direkt, 1000%ig, ... das sind alles Fähigkeiten, die man nur zu erkennen und anzuwenden braucht. Mein Motto: „Nur tote Fische schwimmen mit dem Strom, lebendige dagegen!“ Das sagt tatsächlich schon alles. Wir ADHSler fühlen uns unter Gleichgesinnten völlig normal, oftmals fast schon zu normal!? Nur die anderen sehen uns so „anders“ und „unnormal“.

Ich hatte früher nie etwas mit ADSlern anfangen können. Die waren mir einfach zu ruhig und zu wenig impulsiv! Heute beschäftige ich mich intensiv auch mit dem Thema HSP. High sensitive person kommt meist aus dem Bereich AD(H)S. Und nicht umsonst habe ich „hochsensibel“ immer als eine meiner stärksten Fähigkeiten genannt. Und immer wieder gibt es jemanden, der zu mir sagt: „Du bist jemand, der mich versteht!“ Das ist so spannend und ich komme mit immer mehr Gleichgesinnten ganz spontan ins Gespräch und wir stellen oft fest, dass das Leben so einfach sein könnte!

Mein Vater hat mich gelehrt, alles positiv zu sehen! Das hilft tatsächlich ungemein! Auch ich habe mehrfach Gipfel erklommen, um dann leider wieder tief abzustürzen (himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt!). Dennoch habe ich nichts bereut und würde auch nicht viel ändern wollen, wenn ich jetzt nochmals am Anfang meines Lebens stehen würde. Jede negative Stellschraube brachte auch wieder eine positive hervor! Seit Jahren sehe ich in meinem Vater meinen Magier und ich bin sein Zaubrerlehrling. Das Leben hat noch so viel vor mit mir und ich bin gerne bereit, weitere Zeichen zu setzen! Für mich besitzt jeder die Fähigkeit, kreativ zu sein, sich neu zu entdecken und zu erleben. Wir müssen nur den Mut dazu haben, auch mal gegen den Strom zu schwimmen. Sich treiben zu lassen ist viel einfacher, macht aber nicht unbedingt glücklich(er). Also, worauf warten wir? Das Leben könnte doch so einfach sein ... !?

**AUTOR | Karsten Adlung, ADHSler**

## KLINIKEN

## Wenn der „Zappelphilipp“ erwachsen wird – ADHS im Erwachsenenalter

Die ADHS im Kindes- und Jugendalter stellt bereits seit Jahrzehnten ein wissenschaftlich untersuchtes und klinisch vergleichsweise gut versorgtes Krankheitsbild dar. Seit einigen Jahren ist aber auch klar, dass bei über 60 % der Kinder und Jugendlichen mit ADHS die Störung in der Pubertät nicht einfach so abklingt („auswächst“), sondern bis ins Erwachsenenalter, allerdings in individuell unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Ausprägung, bestehen bleibt (Weiss, Hechtman et al., 1985; Manuzza, Klein et al., 1993; Rasmussen & Gillberg, 2000). Schätzungen gehen von einer Auftretenshäufigkeit der ADHS im Erwachsenenalter von 3-4 % in der Allgemeinbevölkerung aus, wobei die Datenlage derzeit noch breiten Streuungen unterliegt.

Wie sieht es also aus bezüglich Symptomen wie Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität, wenn die betroffenen Kinder älter und erwachsen werden? Wie wirkt sich dieses Handicap auf das Leben, d. h. unter anderem Beruf und Beziehungen vieler betroffener Erwachsener aus? Motorische Unruhe, Überaktivität und Impulsivität weichen z. B. oft einer allgemeinen Leistungs- und Konzentrationsschwäche, hoher Ablenkbarkeit, aber auch chronischer innerer Anspannung und Ungeduld (vgl. Lauth & Minsel, 2009).

Sowohl das Erkennen einer ADHS im Erwachsenenalter mit ihren häufigen komorbiden Verschleierungen (Depression, Ängste, Zwänge u. a. m.) als auch die Therapie - medikamentös und psychotherapeutisch - sind im gesamten Spektrum der Versorgungsstrukturen von ambulanter Psychotherapie bis hin zur stationären psychiatrischen Behandlung in Deutschland immer noch mangelhaft.

Bei der ADHS handelt es sich um eine neurobiologische Funktionsstörung, bei deren Genese Entwicklungsstörungen bestimmter Hirnareale eine entscheidende Rolle zukommt. Neben umweltbedingten Einflüssen werden Funktionsstörungen der Hirnbotsstoffe Dopamin und Noradrenalin als wesentliche Krankheitsursachen angesehen (Pliszka et al., 1996). Daneben gilt es als gesichert, dass ADHS familiär gehäuft auftritt und in großem Aus-

maß genetisch determiniert ist (u. a. Schimmelmann et al., 2006; Faraone et al., 2005). Dabei ist kein einzelnes Gen für die Entstehung eines ADHS verantwortlich, sondern immer eine Kombination und ein Zusammenwirken mehrerer Gene.

### Diagnostik

Die Diagnostik bezüglich ADHS mit Persistenz im Erwachsenenalter sollte sehr sorgfältig durch geschulte, möglichst erfahrene Untersucher vorgenommen werden. Den einen spezifischen ADHS-Test, auf dem allein sich eine sichere Diagnose stützt, gibt es nicht. Es handelt sich bei ADHS letztlich um eine klinische Diagnose. Sie wird auf der Basis einer gründlichen Exploration des Betroffenen hinsichtlich seiner Symptome in Längs- und Querschnitt sowie laufender Verhaltensbeobachtungen gestellt. Auch frühere Schulleistungen (Zeugnisse), Verhaltensbeurteilungen und Fremdanamnese (Gespräche mit Angehörigen) sollten nach Möglichkeit in den diagnostischen Prozess mit einbezogen werden. Daneben erlauben neuropsychologische Untersuchungen eine standardisierte Diagnostik spezifischer Gehirnfunktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Impulsivität, Aktivitätsrate) und ermöglichen Aussagen über das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. QbTest).

In der Schön Klinik Bad Arolsen umfasst die spezifische ADHS-Diagnostik neben der psychotherapeutischen Exploration, gezielter Verhaltensbeobachtung im Stationsalltag und dem klinischen Eindruck des Behandlungsteams v. a. die Fragebogendiagnostik mit Hilfe der Wender Utah Rating Scale (WURS-k (Retz-Junginger et al., 2003)) und des ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB (Rösler et al., 2004)), ein strukturiertes Interview (Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen DIVA 2.0) und eine neuropsychologische Testung mit Hilfe des Qb Test (Qb Tech).

## Therapie

Bei den Betroffenen wirkt sich die Symptomatik (per definitionem) in mehr als einem Lebensbereich aus, so können Beruf und Ausbildung, Partnerschaft und Kindererziehung von den Schwierigkeiten betroffen sein. Häufig kommen die Betroffenen wegen einer anderen psychischen Störung in Behandlung, so dass zu Beginn einer Therapie eher diese Beschwerden im Vordergrund stehen. Die sogenannten komorbiden Störungen sind vor allem: Angststörungen, Depressionen, Burnout-Syndrom, Suchterkrankungen, Teilleistungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Menschen mit ADHS haben häufig Erfahrungen mit Alkohol und Drogen (Nikotin, Cannabis, Kokain) und merken, dass sie mit Hilfe dieser Substanzen besser in der Lage sind, sich zu konzentrieren oder ihre Anspannung und innere Unruhe zu reduzieren, so dass Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen eine Konsequenz der durch ADHS verursachten Schwierigkeiten darstellen können.

Nach den Leitlinien (u. a. DGPPN) wird insbesondere bei der ADHS im Erwachsenenalter ein sogenannter multimodaler Ansatz mit Medikation, Psychoedukation und Psychotherapie (VT) empfohlen.

Die Therapie in der Schön Klinik Bad Arolsen beinhaltet sowohl Einzel-, als auch spezifische Gruppentherapien wie z. B. Indikationsgruppe ADHS, Edukationsgruppe ADHS, themenoffene Basispsychotherapiegruppe, eine spezifische Achtsamkeitstherapie-Gruppe, ggf. Coaching im Gruppen- oder Einzelsetting, aber auch ggf. Gruppentherapie sozialer Kompetenzen zum Erwerb von Fähigkeiten im kommunikativen Bereich, beispielsweise zur Entwicklung angemessener Abgrenzungsfertigkeiten. Sowohl einzeltherapeutisch, als auch in Gruppen soll die Vermittlung eines individuellen Störungsmodells erfolgen, das die Gesamtsymptomatik als ein komplexes, aber auch zu beeinflussendes Syndrom versteht.

Gut behandelbare Problembereiche sind Arbeitsorganisation, berufliche und private Kommunikation. Dabei gilt es, auch die „ADHS-typischen“ Ressourcen wie Neugier, Risikobereitschaft, Energie, Kreativität, Fantasie, rasche Auffassungsgabe, Flexibilität, Sensibilität, Fähigkeit, andere zu strukturieren, zu nutzen. Ziel ist u. a. die Förderung von Besserungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen beim Patienten, welche über positive Rückkoppelungen die Umsetzung vieler notwendiger Änderungsschritte im Alltag erleichtern sollen. Es gilt, Lösungsstrategien zu

entwickeln, diese in konkreten Situationen zu üben und wiederum auf andere Alltags- und Lebenssituationen zu übertragen. So soll auch das o. g. Kontrollorerleben und die Selbst- und Fremdwahrnehmung verbessert werden.

Bei der Behandlung der adulten ADHS spielt die begleitende psychopharmakologische Behandlung häufig eine wichtige Rolle. Medikamente der ersten Wahl sind hier Stimulanzien wie Methylphenidat. Zur Beurteilung, ob eine medikamentöse Einstellung indiziert ist und wenn ja, welche und in welcher Dosierung, ist störungsspezifisches, psychiatrisches Fachwissen nötig. Der Patient bedarf einer Beratung und Aufklärung über Nebenwirkungen und zu erwartende Effekte. Neben der Entscheidung bezüglich der einzusetzenden Substanz ist auch eine sorgfältige, protokollgestützte Eintitrierung bei der Einstellung auf ein Stimulans dringend erforderlich.

Häufig ist eine adäquate Medikation die Grundlage für einen Stabilisierungsprozess oder die erfolgreiche Durchführung anderer Therapieschritte wie einer Psychotherapie, welche auch ein bestimmtes Maß an Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle erfordert. Somit kann die gleichzeitige psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung die eigentliche Therapie der Wahl sein.

### **Behandlungsschwerpunkte der multimodalen Therapie in der Schön Klinik Bad Arolsen sind:**

- Spezifische leitliniengerechte ADHS-Diagnostik mit Hilfe störungsspezifischer Fragebögen, strukturiertem Interview und zusätzlicher neuropsychologischer Testung (unter Pausierung evtl. bereits bestehender ADHS-spezifischer Medikation, um eine klare Einschätzung der Schwere der einzelnen Symptome beurteilen zu können)
- Anknüpfend an die ADHS-Diagnostik gemeinsame Erstellung eines individuellen „Therapie-Fahrplans“
- Durchgängige Einzelpsychotherapie
- Durchgängige auf ADHS angepasste Achtsamkeitstherapie (zur Förderung einer bewertungsfreien Wahrnehmung, einer achtsamen Beobachterhaltung, zur Distanzierung von eigenen Gedanken, Gefühlen und Impulsen, zur Vergegenwärtigung von bzw. zur Bildung von Bewusstsein für innere Abläufe, was Betroffenen ermöglicht, diese allmählich zu unterbrechen und zu beeinflussen)
- Edukationsgruppe ADHS zum Erwerb bzw. zur Erweiterung von Störungswissen
- Indikative Gruppentherapie zu ADHS zur Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit ADHS-spezifischen Problemen und Schwierigkeiten
- Ggf. ADHS-Coaching

(Analyse des „Ist-Zustandes“ und Klärung der Veränderungsziele; Analyse der Fertigkeiten, die benötigt werden, den Zielzustand zu erreichen, und die bereits vorhanden sind; ggf. Erarbeitung und Erprobung neuer Fertigkeiten und Strategien; Optimierung des Einsatzes vorhandener Fertigkeiten zur Erweiterung von Handlungsspielräumen; Vorbereitung des Transfers neu erarbeiteter Strategien in die häusliche/berufliche/familiäre/partnerschaftliche Alltags- und Lebenssituation)

- Durchgängiges Basistherapieprogramm bestehend aus Basispsychotherapiegruppe, Entspannungsverfahren, Sport- und Bewegungstherapie
- Ggf. weitere Sport- und Fachtherapien (z. B. Muskelaufbautraining, Kunst-, Musik-, Tanztherapie, therapeutisches Singen)
- Ggf. Gruppentherapie sozialer Kompetenzen
- Begleitende ärztliche Behandlung/Beratung und ggf. Psychopharmaka-Therapie

**AUTOR | Dr. Thomas Middendorf, Chefarzt  
Dr. Beatrix Blocks, Ltd. Psychologin**

## Die Schön Klinik Bad Arolsen

Die Schön Klinik Bad Arolsen gehört zu der größten familiengeführten Klinikgruppe in Deutschland. Seit Jahren misst die Schön Klinik Behandlungsergebnisse und leitet daraus regelmäßig relevante Verbesserungen für ihre Patienten ab.

In Hessen ist die Schön Klinik Bad Arolsen, die über 300 vollstationäre Akut-Betten verfügt, die größte Fachklinik für Psychosomatik. Die Klinik deckt fast das gesamte Spektrum der Psychosomatik ab und behandelt sowohl erwachsene als auch jugendliche Patienten (ab 12/14 Jahren). Neben ADHS im Erwachsenenalter werden insbesondere die Indikationen Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Tinnitus und Somatoforme Störungen/Hypochondrie behandelt.

Schön Klinik Bad Arolsen  
Hofgarten 10, 34454 Bad Arolsen  
Tel.: 05691 6238-0  
E-Mail: [KlinikBadArolsen@Schoen-Klinik.de](mailto:KlinikBadArolsen@Schoen-Klinik.de)  
[www.schoen-klinik.de/bad-arolsen](http://www.schoen-klinik.de/bad-arolsen)

### Quellen:

- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Lauth, G. W., Minsel, W.-R. (2009). ADHS bei Erwachsenen – Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Manuzza, S., Klein, R. G. et al. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50(7): 565-567.
- Pliszka, S. R., McCracken, J. T. & Maas, J. W. (1996). Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder: current perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 264-272.
- Rasmussen, P., Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(11): 1424-1431.
- Schimmelmann, B. G., Friedel, S., Christiansen, H., Dempfle, A., Hinney, A. & Hebebrand, J. (2006). Genetische Befunde bei der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 425-433.
- Weiss, G. Hechtman, L. et al. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24: 211-223.



# AKTUELLES AUS DEM VERBAND

## Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2018

Wir erhielten auf Bundes- sowie auf Landesebene folgende Spenden (kein Sponsoring) und Fördermittel nach § 20h SGB V seitens der Krankenkassen, der Industrie und Privatpersonen zur Unterstützung unserer Selbsthilfearbeit:

Förderstelle	Förderart	Bundesverband €	LG Berlin €	LG Baden-Württemberg €	LG Bayern €	LG Hamburg €	LG Hessen €	LG Niedersachsen/Bremen €	LG Nordrhein-Westfalen €	LG Sachsen-Anhalt €	LG Schleswig-Holstein €	LG Thüringen €
GKV Gemeinschaftsförderung	Pauschalförderung	50.000,00	2.000,00	11.365,00	0,00	1.900,00	2.585,00	7.600,00	3.225,00	0,00	10.875,00	0,00
Krankenkassen Individuelle Förderung	Projektförderung	96.054,00	0,00	6.534,14	7.000,00	0,00	1.513,00	7.510,00	1459,61	0,00	0,00	0,00
AOK		3.734,00						3.755,00				
BARMER		56.180,00										
BKK		7.365,00										
KKH		4.400,00										
DAK		2.280,00										
TK		22.095,00										
IKK Classic				6.534,14	7.000,00			3.755,00				
<b>Summe KK</b>		<b>146.054,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>17.899,14</b>	<b>7.000,00</b>	<b>1.900,00</b>	<b>4.098,00</b>	<b>15.110,00</b>	<b>4.684,61</b>	<b>0,00</b>	<b>10.875,00</b>	<b>0,00</b>
Pharmafirmen		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Verschiedene	Freie Spenden für RG	2.310,00										
Verschiedene	Spenden	3.538,00				100,00						
<b>Insgesamt</b>		<b>151.902,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>17.899,14</b>	<b>7.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>4.098,00</b>	<b>15.110,00</b>	<b>4.684,61</b>	<b>0,00</b>	<b>10.875,00</b>	<b>0,00</b>

## BERICHTE

## ADHS in verschiedenen Lebensbereichen

Symposium der Landesgruppe  
Baden-Württemberg in Tübingen



Als wir im Oktober 2016 in Salem College unsere Landesgruppenveranstaltung hatten, kam in einem Gespräch mit Prof. Renner die Idee, ein Symposium in Tübingen zu veranstalten. Da ich lieber handle als rede, ging es schon einige Monate später an die ersten Planungen.

In Tübingen gab es dann ein erstes Organisationstreffen und bei einem weiteren Besuch konnten wir uns die Location ansehen. Das Uhland-Gymnasium bietet alles, was wir für unsere Veranstaltung benötigen und liegt direkt an einer sehr schönen Grünanlage, optimal für Pausen und für unsere Jugend!

Auch wenn Tübingen selber offensichtlich keinen Wert auf Tourismus legt, eine Reise ist es wert!

Nachdem der Flyer aus der Druckerei kam, haben wir festgestellt, dass wir die

Kontoverbindung vergessen haben (-; Fehler kommen vor.

Die Organisation gestaltete sich extrem schwierig und es wurden uns so einige Felsbrocken in den Weg gelegt. Aber wenn ADHS-Eltern sich was in den Kopf gesetzt haben ...

Mit viel Mühe wurde die Kinder- und Jugendveranstaltung auf die Füße gestellt. Größtes Problem war, eine Turnhalle zu finden – aber wir hatten ja eine tolle Grünanlage vor der Tür und der Wettergott an diesem Wochenende war uns wohlgesonnen!

Auch Caterer in Tübingen gibt es nicht wie Sand am Meer und einen Verein zu finden, der Getränke und Snacks anbieten möchte, ist auch keine Selbstverständlichkeit.

Aber nach langem Suchen haben wir es doch geschafft. Trotz aller Widrigkeiten ist das gesamte Team am Freitag, dem 12.10.2018 aus allen Teilen Deutschlands nach Tübingen gereist, die Autos bis unters Dach beladen. Um 17.00 Uhr war Aufbau im Uhland-Gymnasium angesagt. Nach 1,5 Stunden war der Saal bestuhlt, die Technik funktionstüchtig, die Präsente untergebracht. Im Foyer hat der Fußballverein seine Getränke vorbereitet, die Fachausstellung mit diversen Ständen und der Stand vom ADHS Deutschland e. V. wurde eingerichtet. Die Tische für den Einlass sowie die Kinder- und Jugendveranstaltung wurden vorbereitet.

Im Anschluss daran ging es ins Hotel, hier wurde noch eine Lagebesprechung einberufen und nachdem die Planung und Organisation abgeschlossen war, ging es zum gemütlichen Teil über.

Samstagsmorgen ging es früh aus den Federn und nach einem gemütlichen Frühstück haben wir uns in die Arbeit gestürzt. Da die Veranstaltung ausverkauft war, mussten wir am Einlass gut kontrollieren, damit nicht mehr Besucher in den Saal kamen, als zugelassen war. Die neue Brandschutzverordnung macht es nicht gerade leicht.

Damit uns alle Besucher leichter finden können, haben wir unseren Roll-Up nach draußen vor die Tür gestellt. Diffy fällt ja immer auf.

Um 9.15 Uhr konnten wir dann die 200 Besucher und 50 Kinder und Jugendlichen begrüßen und in die einzelnen Veranstaltungen starten. Nach der einleitenden Begrüßung durch mich, Dr. Myriam Bea und Prof. Dr. Renner stellten wir kurz das Jugendbetreuerteam vor. Damit die Eltern wissen, wem sie ihre Kinder anvertrauen.

Gleich mit dem ersten Vortrag hatten die Besucher das Vergnügen, den Würzburger Prof. Dr. Andreas Warnke zu hören. Er hielt einen sehr bewegenden Vortrag über ADHS: Kind, Eltern und Gesellschaft. Hier wurde die Werbung in den Fokus gestellt, was diese uns suggeriert und wie sie Kinder in den Fokus stellt.

Im Anschluss folgte Frau Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz. Sie hat die Herausforderungen, durch ADHS in der Partnerschaft/Freundschaft in den Fokus gestellt – ein sehr wichtiger Aspekt für alle, die im Alltag kämpfen und vieles für selbstverständlich halten, obwohl hier viel geleistet wird.

Nach einer Kaffeepause brachte Prof. Dr. Tobias Renner die Zuhörer auf den neuesten Stand in Sachen Medikation.

Um 13.00 Uhr stand das Mittagessen auf dem Plan, welches gut organisiert war und somit alle in Ruhe essen konnten. Das Essen war sehr gut, sowohl der Rinderbraten



Die Referenten von links Prof. Dr. h.c. Hans Biegert, Dr. Friederike Blume, Prof. Caterina Gawrillow, Prof. Dr. Tobias Renner

mit seinen Beilagen als auch die vegetarische Lasagne und das leckere Salatbuffet.

Die Pause war auch eine gute Gelegenheit, unsere Fachausstellung zu besuchen, welche wieder interessante Dinge bot. Auch die Referenten waren neugierig.

Gestärkt ging es um 14.30 Uhr weiter. Dr. Friederike Blume hat über das Neurofeedback bei Kindern berichtet. Sie erklärte die Wirkungsweise von Neurofeedback, wie die aktuelle Evidenz ist und wie die Zukunft des Trainings aussieht.

Nach der Kaffeepause mit leckerem Kuchen durften sich die Besucher auf Dr. Gottfried Maria Barth freuen. Dr. Barth hatte das Thema ADHS und Mediennutzung im Gepäck.

Mit einer Podiumsdiskussion, in der die Besucher all ihre jetzt noch offenen Fragen stellen konnten, ging der erste Tag zu Ende.

Im Hotel gab es noch eine Lagebesprechung mit den Jugendbetreuern, da wir doch ein paar sehr schwierige Kids dabei hatten. Hier musste noch Plan B für den Sonntag gebastelt werden.

In gemütlicher Runde haben wir den Tag Revue passieren und dann ausklingen lassen.

### Sonntag, den 14.10.2018

Da Sonntag ist, starten wir erst um 9.30 Uhr und Frau Prof. Caterina Gawrillow hält einen Vortrag über „Selbstregulation und Selbstwirksamkeit: Diagnostik, Intervention und Implikationen für das alltägliche Leben mit ADHS“.

Als letzter Referent der Veranstaltung, aber nur aus organisatorischen Gründen, stand Prof. Biegert, welcher am Tag zuvor in Ingolstadt bei der Landesgruppenveranstaltung der Bayern einen Vortrag gehalten hatte, auf dem Programm.

Prof. Dr. h. c. Hans Biegert hat in schillernden Farben direkt aus dem Schulalltag berichtet. Themen waren hier das Classroom-Management und verhaltensauffällige Schüler. Hier konnten Lehrer und Eltern gleichermaßen Tipps für den Alltag mit nach Hause nehmen.

Am Ende der Veranstaltung haben wir den Kinder- und Jugendbetreuern noch ein Präsent überreicht. Sie schilderten kurz, was sie die beiden Tage mit den Kids alles gemacht hatten. Damit ging eine erfolgreiche Veranstaltung zu Ende. Nachdem wir den Stand abgebaut und die Sachen wieder in die Autos verladen hatten, machten wir uns am frühen Nachmittag wieder auf den Weg nach Hause.

**AUTORIN | Kirsten Riedelbauch**



## Bericht der Kinderbetreuung beim ADHS-Symposium Tübingen

### Gruppenbericht: 6- bis 10-Jährige

Der Samstag startete mit einer Vorstellung aller Betreuer in der Aula, wo auch die Vorträge stattfanden. Danach versammelten sich Betreuer und Kinder im Raum. Wir waren für die Gruppe der 6- bis 10-Jährigen verantwortlich. Anwesenheit und Namensschilder wurden bereits vor der Begrüßung von uns überprüft und ausgegeben, sodass wir im Raum direkt starten konnten. Für den Vormittag war ein Ausflug zu einer gemieteten Sporthalle geplant, da wir die Sporthalle der Schule nicht nutzen konnten. Auf dem Weg zur Sporthalle machten wir einen Abstecher in die Altstadt Tübingens, was den Kindern große Freude bereitete. Sie schauten sich die Straßen und einige Läden interessiert von außen an. An der Halle angekommen, änderten wir aufgrund des guten Wetters unsere Planung und verlagerten alles nach draußen auf den Hof. Hier gab es einen kleinen Spielplatz und eine Wiese mit Bäumen.

Zunächst starteten wir mit einem Kennenlernspiel. Danach durften sich die Kinder je nach Lust und Laune aussuchen, ob sie auf dem Spielplatz klettern wollten oder lieber mit uns ein weiteres Spiel spielen wollten. Ungefähr die Hälfte der Kinder spielte auf dem Kinderspielplatz. Zwei Betreuer waren dort anwesend und beaufsichtigten das Geschehen, lösten aufkommende Meinungsverschiedenheiten und halfen zum Beispiel beim Balancieren. Die andere Hälfte spielte mit den restlichen Betreuern weitere Spiele. Unter anderem wurde das Seilspringen sehr stark genutzt. Zwei Betreuer schlangen das Seil, während wir verschiedene Zähl- und Klatschspiele integrierten. Entgegen der stereotypischen Erwartung nahmen viele Jungs an diesem Spielangebot teil. Zwischenzeitlich legten wir Betreuer immer wieder Trinkpausen ein und sorgten dafür, dass kein Kind überhitzte. Abschließend machten wir uns wieder auf den Heimweg und brachten die Kinder zurück zu ihren Eltern.

Am Nachmittag trafen wir uns wieder im Raum und gingen auf einen in der Nähe gelegenen Abenteuerspielplatz. Dieser bot zahlreiche Möglichkeiten, um sich mit den Kindern zu beschäftigen und ihnen ein abwechslungsreiches Programm zu bieten. Wir teilten die Gruppe in kleinere Gruppen auf, sodass jedes Kind seinen Interessen nachgehen konnte. So ging eine Gruppe auf den Fußballplatz, eine zweite Gruppe ging auf den Spielplatz, wo zusammen mit den Betreuern Sandburgen gebaut und

geschaukelt wurde, eine dritte Gruppe ging auf die danebenliegende Wiese, wo Spiele wie Plumps-Sack, Mensch auf Erden und Ähnliches gespielt wurden. Gegen Ende der Vorträge der Eltern brachten wir die Kinder wieder zur Schule zurück.

Am Sonntag wurden die Kinder wieder im selben Raum bei uns Betreuern abgegeben, einige Namensschilder mussten noch erneuert werden. Dann gingen wir wieder auf den Abenteuerspielplatz, da dieser einfach sehr gute Möglichkeiten für die Gruppe bot. So konnten einerseits Spiele für die Psychomotorik veranstaltet werden, andererseits konnten sich die Kinder, wer wollte, beim Fußballspielen ausprobieren oder beim Sandburgen bauen kreativ werden und die Sozialkompetenzen üben. Im Anschluss an den Vormittag brachten wir die Kinder zurück in die Aula zu ihren Eltern und einige Betreuer stellten das Kinderbetreuungsprogramm vor.

**AURORIN | Rosalie Wiechmann**

## Bericht der Wochenendfreizeitgestaltung des ADHS-Deutschland e. V. Fortbildungswochenende

Die Laufzeit war vom 12. Oktober 2018, ab 17:00 Uhr, bis zum 14. Oktober 2018, 13:00 Uhr.

### Zielsetzung

Das Ziel des Projektes war, die Kinder der Teilnehmer mit Freizeit und mit Vorträgen zu beschäftigen, damit die Eltern ungestört den Vorträgen der Referenten zuhören konnten. Dabei sollten die Vorträge nicht zu kompliziert sein, sodass sie den Kindern und Jugendlichen eine Einführung in das Thema ADHS ermöglichen bzw. ihr schon vorhandenes Wissen zu vertiefen.

### Gender Erklärung

Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form angeführt, also z. B. „Teilnehmer“ statt „TeilnehmerInnen“ oder „Teilnehmerinnen und Teilnehmer“.

Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskrimi-



nierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

### Projektvorbereitung

**12. Oktober 2018:** Am Vortag vor der Veranstaltung halfen die Betreuer in Zusammenarbeit mit dem ADHS Deutschland e. V. beim Aufbau des Veranstaltungsortes. Materialien wie z. B. Bastelmaterial, Bälle etc. sowie Getränke wurden besorgt. Zudem wurden die einzelnen Räumlichkeiten für die Kinder- und Jugendbetreuung gezeigt.

Nach dem Aufbau trafen sich alle Betreuer, um die Einteilung der teilnehmenden Kinder zu ändern. Aufgrund der mangelnden Zahl an 14 Jahre alten oder älteren Kindern wurden die Kinder mit den Jahren 11 bis 13 und 14+ zusammengetan. Die Betreuer, die für diese Altersgruppe zuständig waren, sind Kimo Toema, Luisa Nagel und Marcel Menter.

### Projektdurchführung

**13. Oktober 2018:** Bei der Anmeldung wurden parallel zu der Anwesenheitsliste der erwachsenen Teilnehmer zugleich die Anwesenheit der Kinder überprüft. Die Kinder blieben danach vorerst bei den Eltern. Bei der Begrüßung des ADHS-Deutschland e. V. wurde dann das Team der Kinder- und Jugendbetreuer vorgestellt. Nach der Vorstellung gingen dann alle Teilnehmer der Kinder- und Jugendbetreuung mit den Betreuern in die jeweiligen Räumlichkeiten.

Bei der Gruppe der 11+-Jährigen wurde zuerst ein Kennenlernspiel gemacht. Die Teilnehmer stellten sich zunächst vor und erzählten dann einen wahren, verrückten Fakt oder ein Erlebnis aus ihrem Leben. Zudem sollten sie dann eine Lüge erzählen über einen Fakt oder ein Erlebnis aus ihrem Leben. Die Reihenfolge war ihnen überlassen. Die Aufgabe der Gruppe war es nun herauszufinden, welche Erzählung die wahre und welche die Lüge war. Anfangs mussten die Teilnehmer motiviert werden.

Nach der Kennenlernrunde begann auch die erste sportliche Aktivität. Es wurden zwei Teams gebildet, die, ähnlich einem Staffellauf, zu einem etwas weiter entfernt aufgemalten Tic-Tac-Toe-Spielfeld. Dort mussten sie mit Kreide ein Kreuz oder Kreis setzen und dann wieder zurückrennen. Erst wenn sie wieder bei ihrem Team anlangten, durfte der Nächste anfangen zu rennen, um sein Zeichen in das Feld zu malen.

Das Spiel machte den Teilnehmern Spaß und kam sehr gut an. Danach wurde die große Gruppe aufgeteilt. Ein Betreuer war in dem Raum, wo die Teilnehmer malen, basteln oder kleine Spiele spielen konnten. Ein anderer Betreuer war draußen und machte sportliche Spiele wie Rundlauf-tischtennis. Der dritte Betreuer bot Eins-zu-eins-Aktivitä-

ten und unterstützte, wo es gerade nötig war.

Nach diesen Aktivitäten wurden die Kinder für die Mittagspause zu ihren Eltern zurückgebracht.

Nach der Mittagspause gingen die Teilnehmer mit den Betreuern in den Gruppenraum, wo sie auf die erste Referentin warteten. Das Interesse der Teilnehmer war teils hoch, da einige viele Fragen gestellt haben. Andere Teilnehmer, die entweder sich für das Thema nicht interessiert haben oder den Inhalt schon kannten, haben sich mit anderen Sachen, ohne den Vortrag zu stören, anderweitig beschäftigt.

Nach dem Vortrag gingen wir in den naheliegenden Stadtgarten und haben einige gemeinsame Aktivitäten gemacht. Danach durften sich die Kinder, ähnlich wie am Vormittag, verschiedene Aktivitäten aussuchen. Selbst die Kinder brachten Spielideen mit ein und so wurde auch das Programm adaptiert.

Als die Vorträge bei den Erwachsenen zu Ende waren, wurden die Kinder zu ihren Eltern zurückgebracht.

**14. Oktober 2018:** Am Sonntagvormittag durfte die Gruppe noch einmal einen Referenten begrüßen. Es begann Prof. Dr. Tobias Renner. Dieser besprach zunächst die Frage „Kann ich ADHS weitervererben?“ mit den Kindern und stand danach für eine weitere Fragerunde bereit, welche sehr gut angenommen wurde. Einige Kinder stellten viele Fragen und waren sehr interessiert. Andere arbeiteten an ihren Werken vom Vortag weiter, hörten mit einem Ohr zu und beteiligten sich ebenso ab und zu. Insgesamt wurden noch einige Fragen gestellt und beantwortet.

Nach diesem Theorieblock folgte eine Einheit mit Bewegung. Hierfür wurde eine Wiese neben dem vor der Tür liegenden See aufgesucht und einige gemeinsame Wettkampfspiele gespielt. Obwohl zunächst nicht alle begeistert waren, hatten dann doch alle Spaß daran.

Um noch einmal etwas als große Gruppe zu machen, wurde nach dem gemeinsamen Rückweg und einer Trinkpause Galgenmännchen gespielt, woran sich alle beteiligten. Hieran anschließend fragten viele, ob sie ihre Werke vom Vortag fertigmachen dürfen und andere wollten sich gerne draußen bewegen. Also wurde die Gruppe in Kleingruppen geteilt, drinnen kleine Spiele gespielt, gemalt und sich unterhalten. Hier konnten noch offene Fragen dem Jugendbetreuer gestellt werden. Draußen wurden Papierflieger gebastelt, ausprobiert und verbessert, Tischtennis gespielt oder sich im Zielwerfen probiert. Somit war für jeden eine Aktivität dabei.

Beendet wurde das Wochenende, indem die Kinder wieder zurück zu ihren Eltern gebracht wurden.

**AUTOREN | Marcel Menter, Kimo Toema**

## Kinder- und Jugendprogramm in Tübingen

### Freitag, 12. Oktober 2018

Wir sind angekommen und haben erst mal aufgebaut. Danach sind wir ins Hotel gefahren, haben die Schlüssel abgeholt und sind in die Zimmer, um auszupacken. Es gab dann auch Essen und das war sehr lecker, im Laufe der Zeit kamen immer mehr dazu. Es wurde spät und alle gingen ins Bett.

### Samstag, 13. Oktober 2018

Wir mussten früh aufstehen, aber es war in Ordnung, denn der Tag fing schön an. Ich durfte mit Myriam den Einlass machen, man konnte durch die Gegend laufen und sich alles angucken. Nach einer Weile fing der Vortrag an, die Betreuer wurden vorgestellt: Miriam, Alena, Rosalie, Lena, Luisa, Marcel, Marvin und Kimo. Als die Vorstellung zu Ende war, wurden wir in zwei Gruppen eingeteilt, einmal die Kleinen und einmal die Großen. Ich war das erste Mal bei den Großen. Zuerst gab es eine Vorstellungsrunde draußen. Es war kalt, aber wir waren nicht lange draußen. Es war ein kurzes Spiel: jeder sagt seinen Namen, Hobby, Klasse, Alter. Danach haben wir das Spiel drinnen zu Ende gespielt, der Rest ging so: Man hat eine Lüge erzählt und eine Wahrheit, dann musste man erraten, was die Lüge ist und was die Wahrheit ist. Das ging länger so, dann haben wir noch ein bisschen so geredet und dann ging es richtig los. Dann sind wir wieder rausgegangen und haben zwei Spiele gespielt. Zuerst haben wir alle ein Blatt Papier bekommen, dann mussten wir uns in einer Reihe aufstellen und uns immer die Papiere reichen bis wir am Ende waren. Das hat richtig Spaß gemacht! Danach war es ein Spiel mit Luftballons. Wir gründeten zwei Teams, jedes Team bekam einen Luftballon. Der Luftballon durfte nicht auf den Boden fallen, sonst war man draußen. Danach kamen noch Regeln und zwei Luftballons dazu. Es gab auch noch eine kleine Trinkpause. Als die Trinkpause zu Ende war, konnten wir uns entscheiden, ob wir basteln wollten oder draußen Rundlauf spielen. Ich bin mit nach draußen gegangen. Rundlauf macht richtig Spaß. Danach bin ich hineingegangen und habe noch gebastelt und mit ein paar anderen noch ein anderes Spiel gespielt.

Wir bekamen von Marcel etwas ins Ohr geflüstert und mussten es dann malen. Das hat auch Spaß gemacht, genauso wie basteln. Die Pause begann und alle sind hoch zum Saal gelaufen, wo alle Eltern drinnen waren. Es gab Mittagessen und das war sehr lecker. Als die Pause vorbei war, haben sich alle oben versammelt, ich bin dieses Mal zu den Kleinen gegangen. Wir sind angekommen und es gab die erste Frage von den Betreuern. Miriam fragte: „Wer will Spiele spielen, Fußball spielen oder auf den Spielplatz gehen?“ Die eine Hälfte wollte auf den Spielplatz, die andere Fußball spielen. Also gingen Lena und Marvin mit zum Fußball, Alena, Rosalie und Miriam waren dann auf dem Spielplatz. Ich war auch auf dem Spielplatz, weil ich persönlich kein Fußball mag. Ich habe lange mit den Kindern was gemacht, es hat auch richtig Spaß gemacht. Die Stunden waren vorbei und wir sind wieder zurückgegangen. Die Kinder wurden von den Eltern wieder abgeholt und alle sind ins Hotel zurückgefahren oder nach Hause. Wir sind wieder ins Hotel gefahren und haben zu Abend gegessen. Ich bin früh ins Bett, weil ich von dem Tag müde war.

### Sonntag, 14. Oktober 2018

Der Wecker hat geklingelt und wir mussten aufstehen, Sachen packen, fertig machen und essen gehen. Dann sind wir wieder in die Schule gegangen. Alle haben sich nach einer Weile wieder versammelt und die Gruppen begannen mit den Spielen. Wir sind wieder auf den Spielplatz gegangen und haben gespielt, wie immer hat es Spaß gemacht. Nach langer Zeit sind wir gegangen. Als wir da waren, wurden an alle Betreuer Geschenke verteilt. Es war super und die Betreuer sind auch immer supernett. Wir verabschiedeten uns von den anderen und alle sind wieder nach Hause gefahren. Damit war das Wochenende auch wieder zu Ende. ENDE

AURORIN | Sarah Riedelbauch

# Fortbildung für Aktive des ADHS Deutschland e. V. – Bad Kissingen

Am Sonnabend, dem 24.11.18 begann der von uns gewählte Workshop mit dem Titel: **Anderen „ordentlich“ die Meinung sagen: Offen und ehrlich – aber wie?**

Unsere Referentin Frau Ingeborg Ehrlich-Schweitzer ist eine Diplom-Pädagogin mit einer Ausbildung zur Supervisorin, zu Coaching und sie ist Fachfrau für Gesprächsführung. Wir waren 15 Teilnehmer in unserem Workshop, der mit einem Kennenlern-Spiel startete. Frau Ehrlich-Schweitzer konnte ja nicht wissen, dass die meisten von uns sich bereits seit vielen Jahren kennen. Allerdings erfuhr sie so ja auch ein bisschen was von uns. Danach wurden noch einige organisatorische Dinge besprochen.

Und dann ging es richtig los! Nachdem wir mitgebrachte praxisnahe Situationen aus unseren Gruppen gesammelt hatten, gab es zunächst einen theoretischen Teil zur Einführung in das Thema Kommunikation und Kommunikationsmodelle, z. B.

- das Sender <-> Empfängermodell
- das Eisbergmodell
- das vier Seiten Modell nach Friedemann Schulz von Thun

Danach standen praktische Übungen zu unseren mitgebrachten Themen auf dem Programm. Dazu haben wir uns in Gruppen zusammengefunden. Die Ergebnisse wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Es folgte ein weiterer Theorieteil:

- Regeln für inhaltliche Gruppenarbeit
- Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg

Anschließend ging es wieder in die Praxis. Der gelungene Wechsel zwischen theoretischen und praktischen Teilen machte die Sache sehr spannend. Für einige Teilnehmer unseres Workshops war das eine Auffrischung ihres Wissens, für alle anderen waren es interessante neue Erkenntnisse zum Thema Kommunikation.

Das Arbeiten in einer so ruhigen und entspannten Atmosphäre, die kompetente Leitung durch Frau Ehrlich-Schweitzer, sowie der Vorteil, dank einer Zeitspanne von 1 ½ Tagen tief in das Thema einsteigen zu können, rundeten den Workshop ab.

**AUTOR | Andreas Weigel**

## Ein bewegtes Wochenende in Bad Kissingen, vom 23.- 25.11.2018

Ich möchte einen kleinen Einblick in den Workshop „**Struktur durch Bewegung**“ geben.

Christina Weihmann, Sozialpädagogin und Bewegungstherapeutin und Astrid Langner-Buchholz, Bühnentänzerin und Pädagogin, zeigten uns in einem großen Saal mit Teppichboden und großer Fensterfront, wie durch gezielte Bewegungen Denken, Fühlen und Handeln in Einklang gebracht werden können.

Dieses Bewegungsprogramm basiert auf den „Laban/Bartenieff Bewegungsstudien“, kurz LBBS genannt. Es beinhaltet die Auseinandersetzung mit 6 Bewegungskategorien.

Wir bewegten uns, frei oder nach Anleitung, einzeln oder in Gruppen zu bestimmten Bildern, zu Musik, nach vorgegebenen Szenen oder zu Choreografien. Bei der Kategorie Form und Gefühl zum Beispiel, gingen wir wie eine Nadel (aufrecht, gestreckt) oder wie ein Ball (rund, umfassend) oder wie eine Wand (abwehrend mit gestreckten Händen) oder wie eine Schraube. Bei der Schraube diente uns die Vorstellung wie ein Model über den Laufsteg zu schreiten. Manche Posen sahen ulkig aus und wir haben viel gelacht. Diese Körperhaltungen erzeugten bestimmte Gefühle. Die Gefühle der Teilnehmerinnen wurden auf Plakaten aufgeschrieben. Die Form der Nadel erzeugte z. B. Gefühle der Stärke, des Selbstbewusstseins, des Stolzes und der Freude.

Dann sollte das Gegenüber kraftvoll und schnell oder langsam und zart, ohne Worte, per Hand begrüßt werden. Welche Gefühle und Gedanken verbindet der Einzelne mit seinem Handeln in der einen oder anderen Situation, das wurde ohne Wertung ausgetauscht.

Dann gab es Partnerübungen, wo der eine immer: „Ja“ sagte und das Gegenüber „Nein“. Wie verändert sich die Mimik und/oder die Körperhaltung? Die Resonanzfähigkeit, wie reagiere ich auf den anderen bzw. wie lasse ich mich beeinflussen, war erstaunlich.

Wir lernten das Achsenkreuz kennen, das uns in stressigen Situationen helfen kann uns zu fangen, in unsere Mitte zu gehen, beide Gehirnhälften auszusteuern, die momentane Befindlichkeit zu testen. Endlich wurde der Bewegungsablauf langsam und durch viele Wiederholungen für den ADHSler nachvollziehbar dargebracht.

Ich kann den wissenschaftlichen Überbau nicht erklären. Jedoch habe ich verstanden, dass meine Körperhaltung meine Gefühle beeinflusst und das der Anderen.



gen wiederfinden, die mit ADHS kaum etwas zu tun haben. Sehr interessanter Einblick.

Ein weiteres, immer wieder zwischenzeitlich aufgegriffenes Thema war das Herausarbeiten der Unterscheidung zwischen dem eigenen Charakter, von der Gesellschaft definierten Rollen des Mannes und den durch die ADHS verursachten (positiven wie negativen) Einflüssen. Guter Ansatz, jedoch ging dieser öfters in den Diskussionen um einzelne Punkte unter und es gelang mitunter nicht, wieder zum Blick auf das Ganze zurückzukehren.

Am Abend folgte eine Gruppenarbeit zur persönlichen Entwicklung der Teilnehmer in Bezug auf die während des Tages behandelten Eigenschaften. Dabei ging es beispielsweise um eine aktuelle Sicht des Einzelnen auf seine Schulzeit und den heutigen Umgang damit. Wie wird die aktuelle Umgebung davon beeinflusst? Handelt Mann heute anders?

An das Thema der anderen Gruppe kann ich mich leider nicht mehr eindeutig erinnern; ich meine es ging um den Umgang mit Impulsivität. Aufgrund meiner eigenen, stark traumatisch geprägten Schulzeit hat es meinen Kopf bei den Themen zum Teil regelrecht „in die Abschottung“ getrieben, da es haufenweise Trigger gab ...

#### Abend und Nacht

Nach dem Abendessen ergaben sich dann noch einige kuriose Vorfälle, die von einem Blaulichtfest vor dem Hotel (scheinbar hat jemand in der Küche seines Hotelzimmers wohl ein paar Würstchen etwas zu scharf angebraten...) bis hin zu einem Ausflug ins Krankenhaus im Ort reichten (um eine große Spritze mit langem Schlauch zum Separieren von Öl und Kühlwasser zu bekommen...)

Danach verblieb man doch noch einige Zeit in dem Kuriosum namens Hotelbar mit Disco, die auch direkt aus einer Zeitmaschine stammen könnte. Deren eingestelltes Datum musste irgendwo Ende der 70er, Anfang der 80er gewesen sein...

### 25. November 2018

#### Vormittag

Zunächst drehte Myriam bereits kurz nach dem Frühstück ihre kleine Danksagungsrunde an die einzelnen Workshop-Leiter. Dabei ging es auch kurz um Organisatorisches.

Danach ging es an diesem Tag primär um die Nachbesprechung der gestrigen Themen sowie eine Zusammenfassung. Diese war wiederum wie am Vormittag des Samstags als Vortrag mit einzelnen Kernaussagen gehalten, um die sich dann eine kurze Diskussion entspannen konnte und auch sollte. Daraus wurde dann teils gleichzeitig auch das Resümee aus dem Workshop an einem Flipchart erstellt.

Die Bilder aus dem Vortrag vermittelten wie schon am Samstagvormittag einen roten Faden. Aufgrund dessen war

es Johannes hier immer wieder möglich, alle Teilnehmer aus den teils ausschweifenden Diskussionen auf die nächste Kernaussage zurückzuführen. Dies scheiterte am Samstagnachmittag leider des Öfteren.

Die Aussagen aus dem Vortrag selbst sorgten teilweise für einen laut lachenden Tagungsraum ^^ Was mir hier gefiel: Es war in allen Aussagen eine positive Grundaussage drin

#### Mittag und Abfahrt

Ziemlich direkt nach dem Mittag erfolgte dann auch schon die Abfahrt.

AUTOR | Jan Ruhk

## Definiere dein Leben neu – ADHSler auf Selbstfindungskurs

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde haben die Teilnehmer Fragen nach ihrem Selbstbild in Klein-Gruppenarbeit beantwortet und die Ergebnisse anschließend in der großen Runde vorgestellt.

Dann lernten wir die 6 Säulen des Selbstwertgefühles nach Martina Tahiri kennen.

Besonders interessant waren die 10 Aspekte nach MTU und die Balance zwischen Selbstannahme und Entwicklung des Selbst. Besonders schön empfand ich die praktische Phase, bei der wir alle belastenden Dinge auf ein DIN A4-Blatt aufschreiben sollten und anschließend daraus ein Schiffchen bastelten. Das konnten wir dann auf Reisen schicken.

Allerdings fiel mir an diesem Tag nichts ein, so dass ich Ziele und Wünsche aufschrieb und diese auf ‚Kurs‘ schickte. Alle Schiffchen liefen dann im ‚Hafen‘ vom Zebra Diffy ein.

Am 2. Tag ging es mit der Unterrichtseinheit GFK (Gewaltfreie Kommunikation) nach M. Rosenberg weiter. Wir unterhielten uns außerdem über das Thema Bedürfnisse und machten einige Achtsamkeitsübungen.

Zum Abschluss gab es von Myriam noch zwei Kurz-Geschichten über den Weg zum persönlichen Glück aus dem überaus lesenswerten Buch:

„Die Kuh die weinte“

AUTOR | Thomas Friebe-Grasmäder



## Zusammenhänge schaffen

### ADHS-Gesprächsgruppe Böblingen für Erwachsene

Die bekannte amerikanische ADHS-Spezialistin Lynn Weiss sprach von ADHS als ein ADHS-Sein. Sie will damit zum Ausdruck bringen, dass die besondere Weise, mit ADHS zu leben, nicht als Behinderung oder Erkrankung zu fassen ist – obwohl ADHS diese Seite hat -, sondern in einem viel größeren Zusammenhang steht. Nämlich als Sein. So sagt sie von sich: „Ich bin ADHS“.

In diesem Horizont betrachten wir, das Team der Gesprächsgruppe in Böblingen, unsere Selbsthilfearbeit. Wir, das sind drei Personen, die für die unterschiedlichen Aufgaben einer Gesprächsgruppe zuständig sind. Ich bin für die Leitung der Gesprächsabende verantwortlich, meine beiden Mit-Leiterinnen für die finanziellen und organisatorischen Aufgaben. Es ist natürlich ein großer Vorzug, dass wir zusammenarbeiten können und so unsere Stärken zusammenbringen. Doch ist das nicht etwas, das man insbesondere durch sein ADHS-Sein lernen kann? Stärken zusammenbringen und dadurch Defizite ausgleichen?

Dem Konzept, ADHS in einem größeren Zusammenhang zu sehen als der Krankheitsseite, setzen wir in unserer Gesprächsgruppe folgendermaßen um: In der Eröffnungsrunde erzählen die Teilnehmer zunächst von sich und von dem, was sie derzeit besonders beschäftigt. In der Regel ergibt sich aus dieser Runde schon ein Gesprächsthema. Als Erwachsenengruppe stehen besonders Begleiterkrankungen, wie Depression, Erschöpfungssyndrom oder bipolare Störung im Vordergrund. Am Ende des Gesprächsabends kann jeder für sich noch einmal im Rund zusammenfassen, was er mitnimmt.

Als Gesprächsleiter bringe ich aber auch immer selbst ein Thema mit, das über die häufigen Fragen nach Therapie, Medikation, Ärztesuche usw. hinausgeht. Diese Fragen sind wichtig, weil sie unseren Teilnehmern auf der Seele liegen und deswegen geben wir ihnen immer den Vorzug. Dennoch versuche ich, über diese akuten Fragen hinauszugehen. Entweder, indem ich das angekündigte Thema einbringe oder den Gedanken eines Teilnehmers aufgreife und ihn in die Gruppe zurückgebe.

Solche Themenimpulse können sein:

- Gewaltfreie Kommunikation,
- Bewegung und Sport für Menschen mit ADHS,
- die Frage, wie nehmen andere ADHS wahr oder
- – sofern Bedarf - ADHS-Basics.

Ich lasse mich bei den Impulsen fast immer von den Beiträgen in der „neue Akzente“ anregen. Wir laden auch zu Vorträgen während des Semesters ein (unsere Gesprächsgruppe findet in den Räumlichkeiten der VHS-Böblingen statt, deswegen orientieren wir uns an den VHS-Semester-Plänen).

Für unsere Gesprächsgruppenarbeit haben sich folgende fünf Orientierungspunkte als hilfreich erwiesen:

1. Nach Möglichkeit ein Leitungsteam bilden.
2. Die Gesprächsgruppe strukturiert leiten (Eröffnungsrunde, Gespräch u. o. Thema, Abschlussrunde).
3. Den Fragen der Teilnehmenden stets den Vorzug geben.
4. Versuchen, nicht nur auf der Krankheitsseite von ADHS zu verbleiben.
5. Speziell für die Gesprächsleitung: Wenig referieren, sondern vor allem zusammenfassen und moderieren.

AUTOR | Uwe Metz

## Neuvorstellung Gruppe Jena/Thüringen

Im Sommer 2018 wurde in den Räumen des IKOS (AWO in Jena) eine kleine Gruppe erwachsener Betroffener gegründet.

Das kleine Grüppchen aus Studenten, Erwachsenen und spät diagnostizierten Eltern traf sich über Monate in kleiner Runde zum Austausch über Erfahrungen mit diversen Behandlungsmethoden und kleinen Alltagshilfen. Interne Regeln und Abläufe wurden entwickelt und vereinbart, sowie erste persönliche Erfolge in der Runde bekannt gemacht.

Ein Teil der selbst betroffenen Eltern der Gruppe ist gleichzeitig in der Eltern-SHG des Therapiezentrums für seelisch erkrankte und verhaltensauffällige Kinder Thüringen e. V aktiv und hält so den Kontakt zu dieser und weiteren Elterngruppen der Region.

Ein weiterer Teil hat sich zu einer ADHS-Klettergruppe zusammengefunden. Unter dem Dach des DAV gibt es dazu seit vielen Jahren Aktivitäten, die hier wiederaufleben.

Mit der Publikation auf [www.selbsthilfe-in-jena.de](http://www.selbsthilfe-in-jena.de) und im Magazin „Chance“ wuchs das Interesse an der Gruppe sprunghaft an, so dass seit dem Jahreswechsel 2019 permanent neue Mitglieder hinzukamen.

Mit Unterstützung von Frau Wohlers (Landesgruppenleitung Thüringen, Gotha) wurde nun der Start der Gruppe unter dem Dach des ADHS Deutschland e. V. in Angriff genommen, und mit der Schulung des Leiters der Gruppe beim Symposium in Bruchsal-Hambrücken (30.-31.03.2019) wird die Gruppe ab April ein Teil des Vereins.

Liebe Grüße aus dem grünen Herzen Deutschlands  
Euer Stefan

**Gruppentreffen:** Die Gruppentreffen finden 14-tägig statt, dienstags um 18.30 Uhr in den Räumen der IKOS, AWO Zentrum Lobeda, 1. Etage, Kastanienstraße 11, 07747 Jena.

Bitte erfragen Sie Näheres per Mail:

ADHS-SHG-jena@gmx.de

Ansprechpartner:

Alex + Stefan

# ADHS-Elterngruppe Bruchsal/ Hambrücken

## Jahresbericht 2018

### Januar

Wir starten in diesem Jahr gleich mit einem tollen Vortrag. Dr. Johannes Streif, Dipl.-Psychologe und Mitbegründer der Jägerburg kommt zu uns in die ADHS-Elterngruppe und referiert zum Thema ADHS und Sucht. Die Suchtproblematik gibt es sowohl bei Kindern, Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. In diesem Vortrag sind alle Altersgruppen angesprochen und somit haben wir schon im Januar 75 Zuhörer in unseren Räumlichkeiten.

Es ist ein lebhafter Abend, es können Fragen gestellt werden und auch nach dem Vortrag sind Dr. Streif und auch die Gruppenleiter noch für Einzelgespräche offen.

### Februar

Bei unserem Gruppentreffen im Februar stand das Thema Nachteilsausgleich in der Schule auf dem Programm. In diese Materie habe ich mich eingearbeitet und dazu einen Vortrag gehalten. Nachdem sich 15 Teilnehmer angemeldet hatten, dachten wir, es wird ruhig und überschaubar, aber wenn alles so planmäßig ablaufen würde, wären wir nicht im ADHS-Deutschland e. V. Es kamen mehr als doppelt so viele, wie sich angemeldet hatten. Der Haus-

meister war im Urlaub, hatte vergessen, dass wir kommen und Tisch sowie Stühle brauchen. Kurzerhand haben wir improvisiert und einen informativen und lebhaften Abend gestaltet.

Es sind auch wieder einige Neue bei uns angekommen.

### März

Am 13.3.2018 steht unser Treffen vom ADHS-Regionsteam nördlicher Landkreis Karlsruhe im Kalender. Wir treffen uns diesmal im Bürgerzentrum Bruchsal, um gemeinsam einen Vortrag der Pestalozzischule Bruchsal zu besuchen. Prof. Clemens Hillenbrand erzählt über Inklusion in der Schule und wie es gelingen kann ...

Der Vortrag hat sehr deutlich rübergebracht, wie weit wir tatsächlich noch von erfolgreicher Inklusion weg sind. Eigentlich ein Trauerspiel.

Am 20. März steht Frau Andrea Apel, Kinder- und Jugendpsychiaterin aus Bruchsal auf dem Programm. Frau Apel referierte zum Thema ADHS und Diagnostik. Rund 30 Interessierte fanden den Weg zu uns, lauschten gespannt den Ausführungen von Frau Apel und konnten hinterher noch persönliche Fragen stellen. Auch für 4-Augen-Gespräche nahm sich Frau Apel noch die Zeit.

Im Anschluss an den Vortrag haben wir Gruppenleiter uns verteilt, da auch wieder viele Neue gekommen waren und haben eine ganze Reihe Einzelgespräche geführt. Zeitgleich haben Mitglieder der Gruppe, die schon länger kommen, eigene Gespräche untereinander aufgenommen. Es wurde ein sehr anregender Gruppenabend und am Ende mussten wir noch schauen, dass wir pünktlich den Raum verlassen, damit auch der Hausmeister Feierabend machen konnte.

### April

Am 10.4. ist Gruppentreffen ohne Vortrag. Wir geben offiziell bekannt, dass Sabine Kolb ihren Part der Gruppenleitung mit Beginn des Jahres 2019 an Martin Wiepen übergeben wird. Nach 10 Jahren dürfen gern mal andere Leute ihre Ideen weitergeben.

Vom 20.-22.4. sind wir mit einer ganzen Reihe von Gruppenmitgliedern in Königswinter beim alljährlichen Symposium und der Mitgliederversammlung. Ein Wochenende mit Kindern, die während des Symposiums ihr eigenes Programm hatten - ganz ohne Eltern. Für die Eltern gab es eine Fülle von Informationen, viele Möglichkeiten, sich mit anderen auszutauschen, gutes Essen und viele Gespräche. So ist jeder auf seine Kosten gekommen.

### Mai

Am 8.5. hatten wir Besuch von der Lerntherapeutin Frauke Schüler-Bredt. Sie hat den 20 Besuchern erklärt, wie es sich mit ADHS und Legasthenie verhält. Wie er-

kennt man die Legasthenie, wer diagnostiziert und wer therapiert und bezahlt das Ganze? Es gab viel Raum für Fragen und am Ende ist niemand mit offenen Fragen nach Hause gegangen.

### 17.5. Autismus-Tag

Der Autismus-Tag findet im Bruchsaler Bürgerzentrum statt und wir dürfen die ADHS-Elterngruppe mit einem Infostand präsentieren. Eine ganze Reihe Besucher finden den Weg auch zu uns und wir konnten sehr viele interessante Gespräche führen.

### Juni

Am 20.6.2018 findet das nächste Gruppentreffen der ADHS-Elterngruppe statt und wir haben an diesem Abend kein Thema auf der Agenda. Trotzdem findet eine ganze Reihe Eltern den Weg zu uns, da es heute die Möglichkeit gibt, Gespräche in aller Ruhe zu führen.

### Juli

In diesem Monat erwarten wir Dr. Bernhard Zehe, Kinder- und Jugendarzt aus Bruchsal. Dr. Zehe ist seit Jahrzehnten spezialisiert auf ADHS und erzählt uns heute etwas über die Präzisionseinstellung mit Methylphenidat. Ein Thema, das auch heute noch völlig kontrovers diskutiert wird. Auch aus diesem Grund fanden an diesem Abend 51 Besucher den Weg zu uns, obwohl es brüllend heiß draußen war.

Am Ende des Abends gehen die Eltern mit sehr viel mehr Fachwissen nach Hause und können Medikamentengegnern künftig ganz anders gegenüber treten.

### August

Die wohlverdienten Sommerferien werden von allen in vollen Zügen genossen.

### September

Wir starten am 18.09.2018 nach den Sommerferien mit einem Thema, das allen auf der Seele brennt: die berühmten schulischen Leistungen!

Hierzu habe ich mir die DVD von Dr. Fritz Jansen besorgt: „In jedem Fach eine Note besser: Die besten Lern-techniken für den Schulerfolg“.

40 Eltern haben sich zu diesem Thema eingefunden. Wir haben die DVD angesehen und anschließend eine Fragerunde gestartet. Da die DVD ca. 2 Stunden Laufzeit hat, haben wir sie auf drei Abende aufgeteilt.

Auf Grund der Reaktion der Eltern kann ich nur allen Regionalgruppenleitern empfehlen, diese DVD in ihren nächsten Jahresplan aufzunehmen.

### Oktober

Am 16.10.2018 trifft sich die ADHS-Elterngruppe, um den 2. Teil der DVD „In jedem Fach eine Note besser“ anzuschauen. Im Anschluss daran entstehen interessante Diskussionen und Gespräche.

Da sich das Jahr dem Ende neigt und somit auch der Jahresplan bald abgearbeitet ist, wird es Zeit, an die Planung für 2019 zu gehen. Neue Vorträge und die passenden Redner zu finden, ist immer eine interessante Aufgabe.

### November

Mit Hochdruck wird der neue Jahresplan erstellt und in diesem Jahr lasse ich den Flyer erstmals von einem Grafikdesigner erstellen. Das spart uns Arbeit und sieht professioneller aus. Die AOK Karlsruhe übernimmt im Rahmen der Projektförderung die Kosten für das Flyer-Layout.

Am Gruppenabend schauen wir den 3. Teil der DVD „In jedem Fach eine Note besser“. Auch heute sind wieder eine ganze Reihe Eltern dazu in die Gruppe gekommen. Auch finden zu jedem Termin neue Leute in die Gruppe, was uns natürlich sehr freut.

### Dezember

Am 1.12.2018 trifft sich die ADHS-Elterngruppe zur Weihnachtsfeier in einem Griechischen Restaurant, es kommen 30 Teilnehmer und es wird ein lustiger und delikater Abend! Traditionell bekommen heute die Teilnehmer den neuen Jahresplan der Elterngruppe, alle anderen müssen bis zum nächsten Treffen warten.

Am 12.12. findet das letzte Gruppentreffen in diesem Jahr statt und Sabine feiert ihren Abschied als Gruppenleiterin mit dem Versprechen im Hintergrund noch etwas weiterzumachen. Zum Abschied gibt es Geschenke und für mich hat sie einen Notfallkoffer gepackt. Wenn der Inhalt verbraucht ist, dann darf ich sie anrufen ...

### AUTORIN | Kirsten Riedelbauch





## MEDIENREZENSIONEN

Thomas E. Brown

### ADHS bei Kindern und Erwachsenen – eine neue Sichtweise

Dr. Kirsten Stollhoff



Das Entwirren der Komplexität hat gerade begonnen ..., aber selbst in seinen frühen Phasen benötigt man einen Weitblick, wenn man irgendwo ankommen will (Edelmann 1992). Mit diesem Statement leitet der Autor sein Buch ein - und stimmt damit den Leser darauf ein, dass hier keine Lösungen vorgegeben werden,

sondern der Versuch, etwas Klarheit über ADHS zu vermitteln.

Thomas E. Brown betrachtet das ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom) als ein komplexes Syndrom von entwicklungsbezogenen Störungen der Exekutivfunktionen. Exekutivfunktionen ermöglichen uns zielorientiertes und situationsangepasstes Verhalten. Der Autor definiert die Exekutivfunktionen weiter als sonst üblich. Für ihn umfassen sie die Aktivierung, den Fokus, die Leistung, die Emotion, das Gedächtnis und die Aktivität. Durch Störungen der Exekutivfunktionen wird das Selbstmanagement-System des Gehirns beeinträchtigt mit der Folge einer chronischen und signifikanten Behinderung der Funktionsfähigkeit im Alltag.

Der Autor unterlegt seine Hypothesen durch wissenschaftliche Ergebnisse im Bereich der Neurobiologie und zahlreiche Beispiele aus dem Alltag der Betroffenen.

Als logische Folge einer entwicklungsbezogenen neurobiologischen Störung favorisiert der Autor den Einsatz der Medikation. Er stellt ausführlich die aktuelle Literatur über die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie ebenso wie die deutlich geringere bis nicht vorhandene Wirksamkeit der zahlreichen psychoedukativen Maßnahmen vor.

Im letzten Teil seines Buches geht der Autor auf die Komorbiditäten des ADHS ein, weist auf Zusammenhänge, aber auch trennende Faktoren hin.

#### Kommentar

Sowohl der mit ADHS bereits vertraute Leser als auch der „Neueinsteiger“ erfährt in diesem Buch einen guten und verständlichen Überblick über das ADHS. Es ist dem Autor zu danken, dass er sich klar über die neurologische Entstehung äußert und eine Stellungnahme zu den therapeutischen Optionen zieht. Das Buch ist interessant bis zur letzten Seite zu lesen durch die zahlreichen Beispiele aus dem Alltag der Betroffenen. Wichtig ist auch der Hinweis des Autors, dass die Störung situationsvariabel auftritt, also nicht - wie im ICD 10 oder DSMV gefordert - situationskonstant. Immer wieder wird von Eltern betroffener Kinder berichtet, dass diese Teilbereiche der exekutiven Funktionen, wie sich fokussieren und auch das Arbeitsgedächtnis sehr gut möglich sind, wenn sie motiviert sind. Diese Motivation können sie jedoch nicht für einen großen Teil der im Alltag erforderlichen oft „langweiligen und sich wiederholenden“ Tätigkeiten aufbringen – und vor allem auch nicht für das Lernen in der Schule.

Das Buch stellt eine deutliche Bereicherung der bereits sehr umfangreichen ADHS-Literatur dar und ist für alle, Eltern wie auch Betreuer und Ärzte der Betroffenen, sehr zu empfehlen. Wünschenswert wäre es auch, wenn Journalisten, bevor sie wieder einen Bericht über ADHS schreiben, Kenntnis über den Inhalt dieses Buches hätten.



Thomas E. Brown

#### ADHS bei Kindern und Erwachsenen - eine neue Sichtweise

ISBN: 978-3-456-85854-8

Verlag: Hogrefe Verlag; 1. Auflage (23. Juli 2018)

Preis: 29,95 €

## Claudia A. Reinicke

# Mit ADHS und Freude durch den Schulalltag

Johanna Schmotz



Das schmale Büchlein vom Carl-Auer-Verlag ist im Rahmen der „Spickzettel für Lehrer“ erschienen.

Diese Reihe ist v. a. dem Gedanken einer systemischen Beratung und Therapie im Hinblick auf Schule und Unterricht verpflichtet. Es geht in dieser Reihe vor allen Dingen darum, sich als Lehrkraft der eigenen Haltung gegenüber Schülern, sich selbst, Kollegen und dem Schulsystem bewusst zu machen, um sie ggf. zu modifizieren bzw. Probleme umzudeuten und eigene Ressourcen herauszuarbeiten.

Das Büchlein „Mit ADHS und Freude durch den Schulalltag“ versucht einen freundlichen Blick auf Schüler mit ADHS zu lenken und positive freudige Aspekte im Unterricht mit diesen Kindern herauszuarbeiten. Das Buch setzt also an den Ressourcen der ADHS-Schüler an und macht Lust auf die Arbeit mit ihnen, wobei es Lehrkräften ausdrücklich Mut machen will, ihre eigenen „Leadership-Qualitäten“ zu erkunden und auszubauen, frei nach dem Motto „leiten und nicht leiden“.

Die Ansätze dieses Büchleins lassen auf ein profundes Wissen der Autorin schließen, das neben einer wissenschaftlichen Basis (Diplom-Psychologin, VT-Psychotherapeutin, diverse Coach-Ausbildungen, eigene Praxis mit dem Schwerpunkt ADHS) auch auf einer gewissen Alltagstauglichkeit aufbaut – die Autorin ist fünffache Mutter.

Frau Reinicke beschreibt die Symptomatik und die Ursachen von ADHS alltagstauglich und stellt die möglichen Reaktionen auf den Prüfstand und zeigt, welche Elemente sich sinnvoll anwenden lassen. Ihr geht es um eine lösungsorientierte Kommunikation, die ein effektives und freudvolles Lernen erleichtert, indem man Probleme in Ziele umwandelt und so aus der ständigen Suche nach Fehlern ein Entdecken von vielen kleinen Erfolgen wird.

Ihr geht es darum, den Stress von Lehrkräften und damit auch von Schülern zu reduzieren und den Selbstwert bei allen Beteiligten zu stärken. Übungen zur Selbstreflexion und zur Selbstfürsorge unterstützen Lehrer beim

Führen von Klassen bzw. Lerngruppen wie bei der eigenen Lehrergesundheit. Das Büchlein versucht tatsächlich an den individuellen Bedürfnissen und Anforderungen von Lehrkräften anzusetzen, die im Kontakt mit ADHS-Schülern sind.

Etwas offen bleibt die Frage, wie die Umsetzung des guten Umgangs mit ADHS-Schülern gelingen kann im komplexen Setting einer großen, heterogenen Klasse, mit dem Fachlehrerprinzip, dem 45-Minuten-Takt, den zahlreichen Vertretungssituationen, den offenen Unterrichtssituationen, den permanenten Leistungs- und Anpassungsanforderungen ...

Ich empfehle dieses Buch Lehrkräften, die auf der Suche sind nach konstruktiven, lösungsorientierten Ansätzen beim Umgang mit ADHS-Schülern, die sich aber auch gleichzeitig mit eigenen Trigger-Punkten beim Thema ADHS auseinandersetzen wollen, um trotz aller Schwierigkeiten auf ihr Wohlbefinden, ihre Freude und ihre eigene Gesundheit achten wollen. Gelingt es hier, die eigene Perspektive auf die Thematik positiv zu verändern und das eigene Verhalten zu verändern, ist der Ansatz von Frau Reinicke sicherlich sehr nachhaltig. Vielleicht entsteht bei einigen Lehrerinnen und Lehrern sogar der Wunsch einmal ein ADHS-Coaching zu besuchen.



Claudia A. Reinicke  
**Mit ADHS und Freude durch den Schulalltag**  
 ISBN: 978-3-8497-0026-3  
 Verlag: Carl Auer Verlag GmbH, 1. Auflage  
 (10.03.2015)  
 Preis: 9,95 €

## Melanie Hirschmann

# ADHS aus Sicht einer betroffenen Familie

Margit Tütje-Schlucker



Melanie Hirschmann wohnt mit Ihrer Familie in Oberbayern. Von den zwei Kindern hat das jüngere ADHS. Das zu akzeptieren fiel ihr nicht leicht. Auch die unterschiedliche Behandlung der beiden Kinder durch die Umwelt verstand sie anfangs nicht. Deshalb hat sie sich intensiv mit dem Thema ADHS auseinandergesetzt.

In einer „sehr schlimmen Phase“ fing Frau Hirschmann mit dem Bloggen an, zum einen um ein „Ventil“ zu haben, aber auch um die Geschehnisse zu dokumentieren. Darüber bekam sie positive Rückmeldungen und die Erkenntnis, dass sie nicht allein ist. Durch das rege Interesse an ihrem Blog kam ihr der Gedanke, die gesammelten Informationen und Erfahrungen zu bündeln und aufzubereiten. Das Ergebnis ist das nun vorliegende Buch.

### Aus dem Inhalt

Vorwort

Was ist ADHS?

Modekrankheit oder wirklich betroffen?

ADHS im Alltag

ADHS und die Umwelt

Wie kann man unterstützen?

Fördermöglichkeiten (eigene, therapeutische, staatliche)

Schulen und Lehrer

Wie es uns Eltern geht

Tipps und Tricks

Was nachdenklich stimmt

Meine Erfahrungen

Anhang

Für mich sollte der Titel des Buches eher lauten „ADHS aus Sicht einer betroffenen Mutter“. Frau Hirschmann schreibt aus ihrer ureigenen Erfahrung und gibt damit einen Einblick in das Leben mit zwei Kindern, einem mit ADHS und einem (älteren) ohne diese Störung.

Die Autorin hat die Schilderungen in einem Buch zusammengefasst, die sie theoretisch im Laufe monatelanger Gruppentreffen auch genauso hätte äußern können.

Ich sehe sie beinahe vor mir sitzen und höre sie das Geschriebene sagen. So arbeitet sie sich schriftlich durch den oben aufgelisteten Inhalt, mit einigen sympathischen Rechtschreibfehlern. Gerade die machen die mühevoll Aufgabe des Zusammenfassens so authentisch.

Lebensnah – so „wie ihr der Schnabel gewachsen ist“ – selbstbewusst – durchaus erfolgreich.

Ich kann mir gut vorstellen, dass das Büchlein denjenigen ein Einstieg in das Thema ADHS ist, die „ganz frisch“ mit der Diagnose konfrontiert sind, denn es lässt sich gut lesen. Betonen möchte ich aber nochmals Frau Hirschmanns persönliche Sicht, die nicht unbedingt dem derzeitigen wissenschaftlichen Stand entspricht.



Melanie Hirschmann

**ADHS aus Sicht einer betroffenen Familie**

ISBN: 978-1-4827-1248-3

Verlag: CreateSpace Independent Publishing Platform (18.04.2013)

Preis: 12,91 €

## Mechthild R. von Scheurl-Defersdorf

# Drück mich mal ganz fest

Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr



Die Erstausgabe des Buches erschien 1991 im Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau. Darauf folgten überarbeitete Ausgaben 2013 und 2017.

Mechthild R. von Scheurl-Defersdorf ist Philologin und entwickelte in der Mitte der 1990er Jahre das LINGVA ETERNA Sprach- und Kommunikationskonzept. 1999 erfolgte die Gründung des LINGVA

ETERNA Institutes für bewusste Sprache in Erlangen. Sowohl vor diesem Hintergrund als auch in der Zusammenarbeit mit dem Seniorpartner und Mitentwickler Dr. Theodor R. von Stockert entstanden weitere Veröffentlichungen. Der Schwerpunkt liegt hier in der differenzierten Wirkung von Sprache und richtet sich an die Bereiche Pädagogik, Wirtschaft, Personalwesen, Gesundheitswesen und persönliche Entwicklung.

Das Buch ist im Taschenbuchformat erschienen und im Erzählstil verfasst. Die verschiedenen Ausgaben sind mit unterschiedlichem Cover versehen. Das Buch beinhaltet ein Vorwort von Ingelid Brand, dessen Arbeitsfeld in Psychologie, Heilpädagogik und Förderdiagnostik beheimatet ist. Das Buch beschreibt, laut Untertitel, Therapie und Erfolgsgeschichte eines wahrnehmungsgestörten Kindes.

Die Erzählerin, in diesem Fall Autorin und Mutter, beschreibt die Entwicklungsgeschichte ihres Sohnes Daniel. Das Buch versucht Mut zu machen und an die Fähigkeiten der Kinder zu appellieren. Sowohl anhand von fachlichen Aufzählungen und Beschreibungen als auch aus der Sicht einer lebenslangen Verantwortung werden Hintergründe beschrieben und Zusammenhänge formuliert.

Das Buch beschreibt die Hilflosigkeit von Eltern, gezielt Hilfepläne vor dem Hintergrund unklarer Diagnosen abzurufen. Fehlende lehrindividuelle Vorgehensweisen führen nicht selten zu Entwicklungsverzögerungen, zu Verunsicherung von Eltern und oftmals entstehenden besonderen Verhaltensbedürfnissen der betroffenen Kinder. Veranschaulicht wird der beschwerliche Weg zwischen rechtzeitiger Förderung, Entscheidungen zu integrativen Bildungsangeboten und unterschiedlichen Therapien und

Trainings. Mit vielen Beispielen aus dem Alltag werden Entwicklungserfolge dargestellt. Weitere Themen sind die hohen Ansprüche, die an die Familien gestellt werden, sowohl innerhalb des eigenen Familiensystems als auch im Gelingen von Freundschaftsbesuchen, Ereignissen innerhalb der Peergroup oder überhaupt in unterschiedlichen Spiel- und Lernsituationen.

Das Buch beschreibt eine kurze Zeitspanne von wenigen Jahren. Angefangen von den ersten Auffälligkeiten, bis hin zu ersten Schulerfahrungen. Es zeigt eine sehr enge Beziehung zwischen Mutter und Sohn auf. Unterschiedliche Therapieansätze sind im Detail beschrieben und wiederkehrend aufgeführt. Es gibt eine Vielzahl von Einblicken zum Ablauf von Therapiestunden, zu Erfahrungen in Sprachförderung, Reiten, Psychomotorik und vielem mehr. Viele Übungsbeschreibungen und Ideenansätze geben Anregung und zeigen Erfahrungswerte auf.

Immer wieder findet man Hinweise zum Gebrauch von Sprache. Zum einen in der Darstellung der vorliegenden Problematik des Kindes und den damit verbundenen Therapieansätzen, zum anderen in Hinweisen, wie selbstverständlich und unwissend die Gesellschaft mit sprachlichen Formulierungen umgeht. Hier sowohl im unbedachten Gebrauch und der damit entstehenden Fehlinterpretation als auch im Hinblick auf alltagstypische und gesellschaftsgeprägte Zuordnung von Begrifflichkeiten. In diesem Zusammenhang meist unbegründet generalisiert und negativ besetzt.

Deutlich wird immer wieder, wie wichtig Beziehungen sind und wie bedeutend es für die Betroffenen und auch deren Familien ist, durch vorhandene Sicherheit und entgegengebrachtes Verständnis erforderliche Resilienz zu entwickeln.

Leider stellt das Buch nur einen Teil der Entwicklungsgeschichte dar. Gerade die Zeit der weiterführenden Schulen und der Jugendzeit bleibt unerwähnt. Auch der berufliche Werdegang wird nicht vermittelt. Gerade hier liegen ja oft nochmals besondere Schwierigkeiten in Entwicklung und Pubertät. Letztendlich sind Beruf und Studium nur wenige Zeilen gewidmet. Der Sprung von der Grundschule zum Erwachsensein ist für den Leser etwas weit gefasst. Die im Detail dargestellte Entwicklungsbeschreibung und die damit verbundenen Erfolge wirken dadurch unvollständig und teilweise un schlüssig. Die im frühen Kindesalter gravierend beschriebenen Sprachprobleme finden kein Resümee.

Die gesamte Familiensituation ist nur wenig behandelt, die Bedürfnisse der Schwester nur am Rande erwähnt. Über den Vater erfährt man nicht viel. Es gibt eine Menge an Impulsen, die man aufgreifen kann. Trotzdem würde ich die Beschreibung als Beispiel sehen und nicht, wie im Buch beschrieben, als stellvertretend für Kinder mit ähnli-

cher Problematik. Schon die Formulierung man kennt sie als Kinder mit AD(H)S hat mich gleich zu Anfang irritiert. Es gibt viele Hintergründe zu Wahrnehmungsstörungen. Selbst wenn man oftmals zusammenhängende Komorbiditäten berücksichtigt, muss es nicht grundsätzlich mit AD(H)S in Verbindung stehen. Mehrfach wird im Text hier pauschal zugeordnet. Für den Leser ist die Herleitung hier nicht erkennbar. Auch die Beschreibungen der sprachlichen Problematik und das Schildern der Diagnose- und Therapieansätze lassen keine Verallgemeinerung zu. Auch hier gibt es viele Ursachen und somit zu differenzierende Entwicklungsverläufe und erreichbare Erfolge.

Ein sicherlich positives Buch, wenn man sich darin wiederfinden kann. Leider wird das nicht jedem gelingen, denn auch die Doppelrolle als Mutter und Therapeutin setzt eine Menge an Wissen, Engagement und Durchhaltevermögen voraus und kann auch Risiken beinhalten. Die Gesamtheit von Diagnose, Symptomatik, Ausprägung und Umfeld schafft so viel Diversität, dass jede Entwicklung nur für die eigene Geschichte stehen kann.

Ich habe mich während des Lesens manchmal gefragt, ob und wie oft der Junge die Therapiestunden alleine besucht hat. Sind sie doch bis ins Detail beschrieben, was dem Leser zugutekommt. Trotzdem würde ich auch favorisieren wollen, dass viele durchgeführte Übungen und Handlungsanweisungen in Ergotherapien und in der Heilpädagogik grundsätzlich beheimatet sein sollten.

Ein Buch, das Eltern Unterstützung und Achtsamkeit entgegen bringt, das Hoffnung gibt und kleinen Schritten Wertschätzung schenkt. Ein Buch, das lehrt, wie Inklusion praktisch stattfinden sollte. Das Buch ist schnell zu lesen, da es auf unnötige Fachsprache verzichtet. Teilweise sind Textstellen recht langatmig, da sie gleiche Details immer wieder aufnehmen und wöchentliche Wiederholungen beschreiben.

Der Preis von 19,99 € liegt im normalen Preisniveau.



Mechthild R. von Scheurl-Defersdorf

**Drück mich mal ganz fest**

Therapie und Erfolgsgeschichte eines wahrnehmungsgestörten Kindes

ISBN: 978-3-451-06946-8

Verlag: Herder Verlag, Überarbeitete und erweiterte Neuauflage 2017 (21. Gesamtauflage)

Preis: 19,99 €

# Termine



## Fortbildungstermine der Telefonberater

**Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)**  
Fr 06.09.2019 – So 08.09.2019

**Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)**  
Fr 14.02.2020 – So 16.02.2020

**Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)**  
Fr 13.03.2020 – So 15.03.2020

**Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)**  
Fr 09.10.2020 – So 11.10.2020

→ Tagungsstätte Lutherheim  
Jägerallee 38, 31832 Springe

## Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Fr 28.06.2019 – So 30.06.2019

Fr 11.10.2019 – So 13.10.2019

→ Tagungsstätte Lutherheim  
Jägerallee 38, 31832 Springe

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

### Landesgruppe Baden-Württemberg

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

### Landesgruppe Bayern

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

### Landesgruppe Hessen

07.–08. September 2019

→ Bad Zwesten

### Landesgruppen Niedersachsen / Bremen / Berlin / Hamburg / Schleswig-Holstein

13.–15.9.2019

Gemeinsame Veranstaltung

→ Springe

### Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

18./19.05.2019

→ Münster

### Landesgruppe Thüringen

Aufgrund der geringen Größe keine eigene  
Fortbildung

## Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

Fr 22.11.2019 bis So 24.11.2019

→ voraussichtlich in Bad Kissingen

## Mitgliederversammlung/Symposium 2020

Sa 25.04.2020 bis So 26.04.2020

→ Würzburg

## Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender:	<b>Hartmut Gartzke</b> vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender:	<b>Dr. Johannes Streif</b> vorstand2@adhs-deutschland.de
Schatzmeisterin:	<b>Karin-Gisela Seegers</b> seegers-berlin@gmx.de
Schriftführer:	<b>Patrik Boerner</b> boerner@p-boerner.de schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

## Weitere Vorstandsmitglieder

Unterstützung des Vorstandes:	<b>Herta Bürschgens</b> adhsde.buerschgens@gmx.de
Telefonberatungsnetz:	<b>Gerhild Gehrman</b> telefonberatung@adhs-deutschland.de
E-Mail-Beratung:	<b>Gerhild Gehrman</b> Email-beratung@adhs-deutschland.de
Erwachsenen-ADHS:	<b>Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz</b>
Kinder und Jugendliche mit ADHS:	<b>Dr. Klaus Skrodzki</b>
Schule:	<b>Christiane Eich</b> Schule@adhs-deutschland.de
Kinder und Jugend im Verband:	<b>Kirsten Riedelbauch,</b> lg.baden-wuerttemberg@ adhs-deutschland.de
Regionalgruppen:	<b>Bärbel Sonnenmoser</b> baerbel@adhs-bb.de
Juristische Angelegenheiten:	<b>Isabell Streif</b> Isabell.Streif@web.de
Landesgruppen:	<b>Margit Tütje-Schlicker</b> lg.niedersachsen-bremen@ adhs-deutschland.de

## Unterstützung des Verbandes

Geschäftsführung:	<b>Dr. Myriam Bea</b> gf@adhs-deutschland.de
Europäische Kontakte:	<b>Detlev Boeing</b> adhs@telenet.be
Ernährung/ Stoffwechsel- besonderheiten:	<b>Renate Meyer</b> meyer.koeppern@t-online.de
Jugendteam:	jugendberatung@adhs-deutschland.de
Buchführung:	<b>Antje Gartzke</b>
Unterstützung der Geschäftsstelle:	<b>Sieglinde Lugert</b>

## Wissenschaftlicher Beirat

<b>Prof. Dr. Dieter F. Braus</b> Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, HELIOS Kliniken, Wiesbaden
<b>Dr. Johanna Krause</b> Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ottobrunn
<b>Prof. Dr. Klaus-Henning Krause</b> Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
<b>Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch</b> Universität Würzburg
<b>Prof. Dr. Martin Ohlmeier</b> Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
<b>Prof. Dr. Alexandra Philipsen</b> Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn
<b>Prof. Dr. Tobias Renner</b> Direktor des Universitätsklinikums Tübingen, Abt. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
<b>Prof. Dr. Marcel Romanos</b> Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugend- psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
<b>Dr. Helga Simchen</b> Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz
<b>Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst</b> Universitätsklinikum Freiburg

## Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

<b>Prof. Dr. h. c. Hans Biegert</b> Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
<b>Dr. Christina Clement</b> Ökotrophologin, Universitätsklinikum Freiburg
<b>Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio</b> Psychologische Beratung & Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes
<b>Dr. Fritz Jansen</b> Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Neuried
<b>Dr. Rudolf Kemmerich</b> Kinder- und Jugendarzt, Weinstadt
<b>Dr. Roy Murphy</b> Leitender Psychologe und Qualitätsbeauftragter, Schön Klinik Bad Bramstedt
<b>Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus</b> Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
<b>Dipl.-Psych. Erika Tittmann</b> Praxis für Psychotherapie, Lörrach

## Landesgruppenleiter

Baden-Württemberg	Kirsten Riedelbauch
Bayern	Claudia Aurich
Berlin	Karin-Gisela Seegers
Hamburg	Helga Meyer
Hessen	Astrid Bojko-Mühr
Niedersachsen / Bremen	Margit Tütje-Schlicker
Nordrhein-Westfalen	Brigitte Wolf
Sachsen-Anhalt (kommissarisch)	Monika Lehmann
Schleswig-Holstein	Kornelia Boldt
Thüringen	Andrea Wohlers

**ADHS Deutschland e. V.**  
**Bundesgeschäftsstelle**  
**Rapsstraße 61**  
**13629 Berlin**

Selbsthilfegruppen-  
und Kontaktadressen,  
Information, Versand:

Telefon: 030/85 60 59 02  
Fax: 030/85 60 59 70  
E-Mail: info@adhs-deutschland.de

Besuchen Sie uns unter [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

Wir...

# ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

...unterstützen!

... bieten  
Hilfestellung!

... fangen auf!

... sind präsent!

... sind ehrenamtlich!

... klären auf!

... engagieren uns!

... ermutigen!

... setzen uns  
ein!

... beraten!

... sind aktiv!

... informieren!

... vertreten  
Interessen!

... können Ihre Unterstützung  
gut gebrauchen!



Unser Spendenkonto lautet:

ADHS Deutschland e. V.

Pax-Bank e. G.

BIC: GENODED1PAX

IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

# Telefonberatung

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



## Baden – Württemberg

Karen Richter:  
07720 2368770  
Bärbel Sonnenmoser:  
07031 287323

## Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:  
08152 9996499  
Ingrid Kaufmann:  
0911 9566351  
Michaela Nagy:  
09180 90 9716  
Carolin Zasworka:  
09542 772689

## Berlin

Petra Peilert:  
030 65915610

## Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:  
040 68915023

## Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:  
05684 1659

## Niedersachsen

Angela Schwager:  
05554 995646

## NRW

Karin Pick-Knudsen:  
0177 – 8874037  
Ulrike Vlk:  
02161 – 531739

## Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:  
0651 4637878

## Saarland

Sabine Berg:  
0651 4637878

## Sachsen

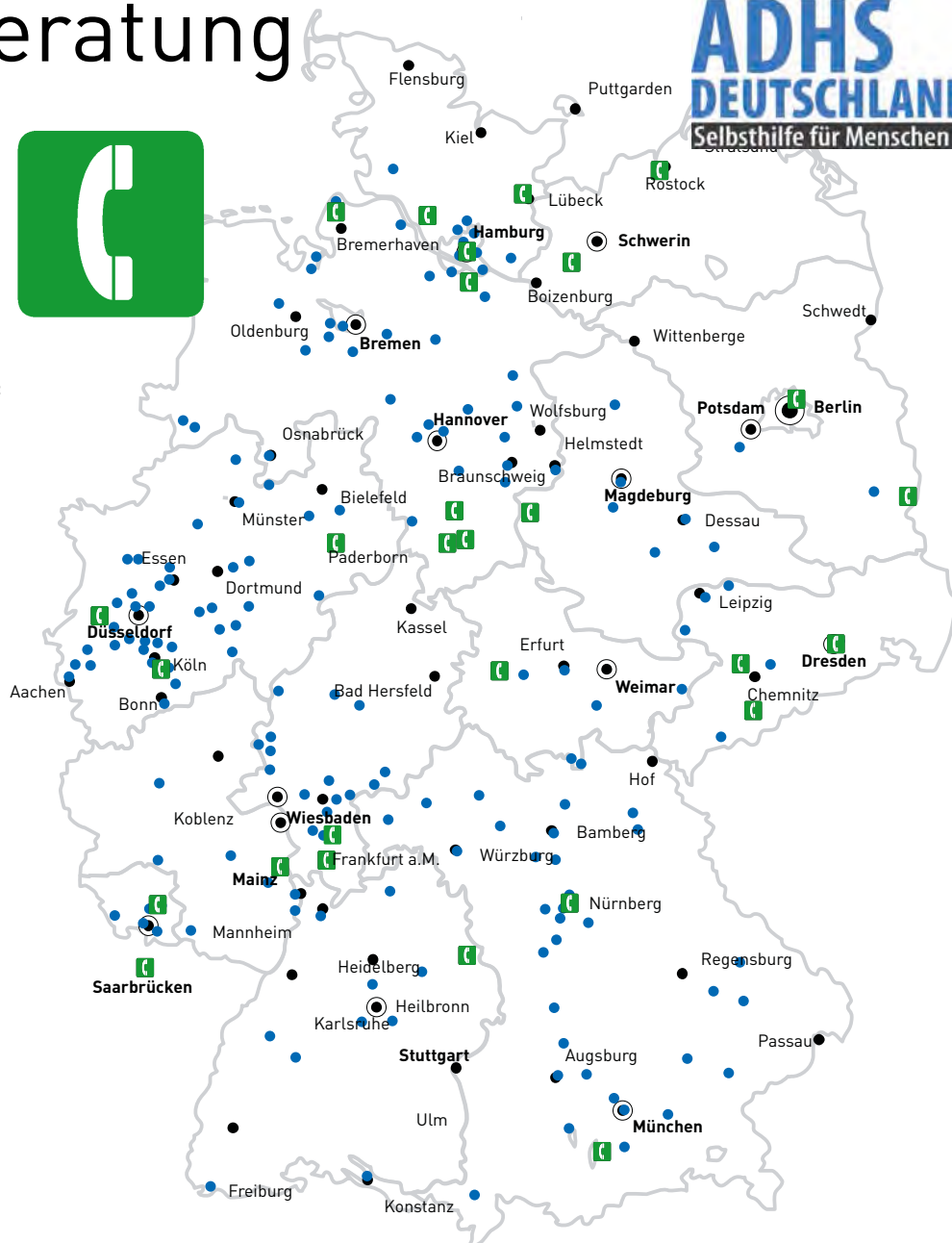
Karin Bobsin:  
03591 277435

## Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:  
04821 4039480  
Gerhild Gehrman:  
04121 807272

## Thüringen

Regina Schrage:  
03691 872222



**Wir benötigen noch Verstärkung,  
besonders in den Bundesländern  
Brandenburg und Mecklenburg-  
Vorpommern.**

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

ADHS Deutschland e. V.  
Rapsstraße 61  
D-13629 Berlin  
Tel. 030 85605902