

neue AKZENTE

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



ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschrift

- ADHS und Schulentwicklung
- AD(H)S-bedingte Rechtsschreibschwäche
- ADHS und Ernährung
- Das Mentalhaus



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

mit unserer ersten Ausgabe der *neue AKZENTE* in diesem Jahr möchten wir einmal mehr zeigen, dass wir ADHS sind: **Anders, doch höchst sympathisch.** Einer Reihe von Menschen ist das längst bekannt – doch damit es immer mehr werden, haben wir mit unserem Zebra „Diffy“ 2017 eine Aufklärungskampagne gestartet: 365 Tage ADHS. Diffy erzählt Ihnen auf Seite 32 mehr über sich und weshalb sie dieses Jahr ganz viel unterwegs ist.

Doch nicht nur Diffy ist sehr aktiv, auch unsere Regional- und Landesgruppenleiter haben im letzten Jahr wieder sehr wertvolle Arbeit für den Verband und die Betroffenen geleistet, was Sie im Abschnitt „Berichte“ nachlesen können.

Worüber wir uns auch sehr freuen, ist die Vielfalt der Fachbeiträge in dieser Ausgabe, wofür wir uns herzlich bei den Autoren bedanken. Auch hieran sieht man, dass nicht nur die Störung vielfältig ist, sondern ebenso die Möglichkeiten damit umzugehen.

Abschließend noch eine Bitte **in eigener Sache:**

Wir haben seit kurzem ein neues Mitgliederverwaltungsprogramm, das uns ermöglicht, Sie an die kommende Abbuchung des Mitgliedsbeitrags per E-Mail zu erinnern. So können Sie uns rechtzeitig eventuelle Änderungen zu Ihren Daten mitteilen und ersparen sich und dem Verband zusätzliche Kosten.

Falls Sie uns noch nicht Ihre E-Mail-Adresse mitgeteilt haben, möchten wir Sie herzlich bitten, dies zu tun, da dies für uns ein kostengünstiger Weg ist, Informationen an Sie zu versenden. Sollten Sie hierzu noch Fragen haben, sind wir gerne für Sie da.

Doch auch wenn Sie ein anderes Anliegen haben sollten, freuen wir 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
www.adhs-deutschland.de

Redaktion
Dr. Myriam Bea (Leitung)
Vera-Ines Schüpferling
Petra Festini
Jürgen Gehrmann
Renate Meyer
Dr. Ira Zauner
Heiko Assmann

Redaktionsanschrift
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin

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

Gesamtgestaltung und Desktop-Publishing
Heiko Assmann
freiberufl. Fotograf/Fotojournalist u. Computergrafiker
www.heiko-assmann.de, foto@heiko-assmann.de

Druck
BUD, Potsdam.

Erscheinungsweise
3x jährlich
Auflage: 4000 Exemplare

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

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:
30. Juni 2017

Fotonachweis
Titelbild: Helga Meyer
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 Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

FACHBEITRÄGE

Dr. Edith Wölfel

04 ADHS und Schulentwicklung

Dr. Helga Simchen

10 Diagnostik und Therapie der AD(H)S-bedingten Rechtschreibschwäche

*Dr. Christina Clement,
Prof. Dr. Christian Fleischhaker*

13 ADHS und Ernährung

Die oligoantigene Diät bei Kindern

*Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut
Roberto D'Amelio, Christina Stegemann,
Toivo Zinnow, Dr. Matthias Bender,
Prof. Dr. Michael Rösler*

16 Das Mentalhaus – ein hypnotherapeutisches Therapieprogramm für

Betroffene mit ADHS im Erwachsenenalter

Dr. Rudolf Kemmerich

19 Pseudo-ADHS

oder Syndrom des bösen Friederich

Dr. Susanne Ziereis

20 Sport verbessert kognitive

Fähigkeiten von Kindern mit ADHS

ALLGEMEINES

Weitere Verbände / Interessengemeinschaften stellen sich vor

21 Unabhängige Gesundheitsberatung (UGB)

Andrea Behrens

22 ADHS und Asperger-Syndrom im Kontext zu Suchterkrankungen

Judith Gruhler

27 Hochkonzentriert und un aufmerksam

Georg Dahm

29 Wenn im Kopf der Filter fehlt

Reginald Schulze

31 ADHS – Zappelphillipp und Hans-Guck-in-die-Luft

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

Diffy

32 Diffy

ADHS Deutschland e. V.

33 Spenden und Fördergelder 2016

BERICHTE

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

Dipl.-Päd. Detlef Träbert

34 Die Bildungsmesse – ein Maßstab für Bildung?

Kirsten Riedelbauch

35 didacta – die Bildungsmesse

Stand des ADHS Deutschland e. V.

37 Regionalgruppenberichte

MEDIEN REZENSIONEN

Claudia Pauly

46 Stefanie Rietzler / Fabian Grolimund

„Erfolgreich lernen mit ADHS“

Der praktische Ratgeber für Eltern

Dr. Roy Murphy

47 Fuller-Taylor

„THERAPIE-TOOLS“

Motivierende Gesprächsführung

TERMINE

49 Fortbildung

Telefonberatung

Landesgruppen

Regionalgruppen

Junges Beraternetz

E-Mail-Beratung

VERBANDSDATEN

50 Vorstand

Beirat

Landesgruppenleiter

Aktive

51 Unterstützung des Verbandes

52 Telefonberatung

ADHS und Schulentwicklung

Aspekte der Schulqualität für Kinder mit ADHS und anderem sozialen und emotionalen Förderbedarf



Dr. phil. Edith Wölfl

Was junge Menschen heute brauchen, soziale Kompetenz, emotionale Fähigkeiten, Charakterqualitäten, all das ist wichtig.

Andreas Schleicher, Koordinator der internationalen Pisa-Studie in der SZ vom 12. 12. 2016

Schulentwicklung – Schritt für Schritt

Schulentwicklung ist ein Prozess, bei dem zunächst erreichbare Schwerpunkte in Ziele formuliert werden, die Schritt für Schritt durch immer wieder reflektierte Maßnahmen angestrebt werden. Diese Ziele gelten für alle Beteiligten am Schulleben und der Schulfamilie. Sie sind transparent formuliert und auch nach außen hin deutlich zu machen. Probleme, Krisen und Hindernisse werden als Herausforderungen angenommen und gemeinsam gelindert oder bewältigt.

Inhalte von Schulentwicklung und Schulqualität

In den meisten Prozessen von Schulentwicklung und Weiterentwicklung der Schulqualität stehen neben der Organisationsentwicklung und der Optimierung von Prozessabläufen die Verbesserung fachlicher Qualität und die kognitive Förderung von Schülerinnen und Schülern im Mittelpunkt. Auch das Thema der Inklusion fand inzwischen Eingang in Schulentwicklungsprozesse. Kaum im Fokus der Schulentwicklung steht bisher die aktive und konkrete Qualitätsverbesserung der Schule für Kinder mit ADHS und anderem sozialen und emotionalen Förderbedarf.

Merkmale einer guten Schulqualität

Ziel von Schulentwicklung ist eine gute Schulqualität. Aber was genau kennzeichnet eine gute Schulqualität? Mit Sicherheit sind für die verschiedenen Menschen einer Schulgemeinschaft unterschiedliche Gesichtspunkte von Bedeutung. Ein gemeinsamer Aspekt könnte folgendermaßen aussehen: Gute Schulqualität macht allen in der Schule das Leben leichter – den Lehrkräften, den Kindern und den Eltern. Dadurch wird Energie frei und die Lehrkräfte haben genügend Kraft, um den Kindern so viel Halt und Sicherheit zu geben, dass sie angstfrei lernen können. Dies ist die

Basis für Leistungserfolge und das Ausschöpfen der Potentiale.

Für die Lehrkräfte ist eine gute Schule eine, in der sie sich einem Team zugehörig und unterstützt fühlen bei den Anforderungen, denen sie sich zu stellen haben. In einer guten Schule herrscht eine Atmosphäre des Vertrauens und der Loyalität. Sie ist die Basis für Leidenschaft im Beruf und Freude an der Leistung, der eigenen und der der Schülerinnen und Schüler.

Für die Eltern und Familien ist eine gute Schule eine, die sie entlastet, weil sie ihr Kind dort gut gefördert und darüber hinaus beschützt wissen.

Erkennbar ist die gute sozial-emotionale Qualität einer Schule am höflichen und freundlichen Umgangston und an einem Klima der gegenseitigen Achtung. Die Wahrung der Würde aller am Schulleben Beteiligten steht im Zentrum.

Spürbar wird eine hohe Schulqualität, wenn alle Mitglieder der Schulgemeinschaft das Schulhaus grundsätzlich gerne betreten.

Seismografen der Schulqualität

Kinder mit ADHS und anderen sozial-emotionalen Entwicklungsstörungen sind oftmals eine Herausforderung: für sich selbst, für die Klasse, die Lehrkräfte und vor allem auch für Eltern und Geschwister. Aber Kinder mit ADHS können mit ihren besonderen Bedürfnissen auch eine Bereicherung des Schullebens darstellen. Sie sind sozusagen der Seismograf, an dem sich die Schulqualität bewähren muss. Grundsätzlich kann man sagen: Wenn sich die Schulqualität an diesen Kindern ausrichtet, steigt sie. Das bedeutet: **Wenn es Kindern mit ADHS in der Schule besser geht, dann geht es allen besser: den anderen Kindern in der Klasse, den Lehrkräften und auch den Eltern und Geschwistern. Und: Wenn der Unterricht sich auf ADHS-Kinder einstellt, wird er auch für alle anderen Kinder besser.**

Voraussetzung für die emotionale und soziale Entwicklung der Kinder einer Schule ist, dass alle eine Gemeinschaft bilden. Diese Gemeinschaft übernimmt Verantwortung dafür, dass alle, Kinder, Lehrkräfte und Familien profitieren und alle möglichen Hilfen und Unterstützungen ausgeschöpft werden. Dieser Entwicklungsprozess einer Schule verfolgt eine Vision von Achtung und Würde, die ständig erneut angestrebt wird, auch und gerade bei den üblichen Widrigkeiten, mit denen Schulen zu kämpfen haben, vom Personal-mangel bis zu anderen Unzulänglichkeiten. Gerade wenn sich Schulen in einer Krise befinden, ist diese Vision besonders sinnvoll, hilfreich und tröstlich.

ADHS und emotionale und soziale Störungen

Kinder mit ADHS können sich weniger gut steuern oder regulieren wie nicht betroffene. Das betrifft sowohl die Aufmerksamkeit, die Impulse und Emotionen als auch die Motorik.

ADHS-Kinder erleben sich als eingeschränkt in ihrer Ich-Kompetenz, da ihnen häufiger als anderen etwas misslingt. Sie sind unsicher und machen seltener Erfahrungen einer positiven Selbstwirksamkeit. Dies führt zu einem schlechteren Selbstbild und alles zusammen bewirkt, dass diese Kinder insgesamt verletzbarer sind, fragilere Beziehungen haben und ihr Leistungspotential oftmals nicht ausschöpfen können.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Steuerungsfähigkeit nicht verlässlich unzureichend ist, d. h. mal gelingt die Steuerung besser, mal erstaunlich gut, mal schlechter bis gar nicht, stets abhängig von Personen und Situationen. Dadurch wirkt die Störung oftmals willkürlich und manipulativ. Gerade dies ist ein weiteres Merkmal, das sich auf die sozialen Beziehungen auswirkt. Den Kindern wird oftmals mangelnder Wille unterstellt und seltener mangelnde Fähigkeit.

Vor allem haben Kinder mit ADHS häufig eine geringere Fähigkeit zur Stressregulation und insgesamt geringere soziale Kompetenzen. Oft verarbeiten sie soziale Informationen nicht richtig, d. h. sie können Gefühle schlechter bei sich und auch bei anderen wahrnehmen und benennen. Aus diesem Grund kommt es immer wieder vor, dass sie anderen feindselige Absichten unterstellen. Den Zusammenhang zwischen ihrem eigenen Verhalten und den Folgen und zwar sowohl in sozialer Hinsicht als auch beim Lernen zu erkennen, fällt ADHS-Betroffenen meist schwer. Deshalb ist es ihnen oft auch nur mit viel Hilfe und Unterstützung möglich, den eigenen Anteil an einem Konflikt zu erkennen und darüber hinaus auch noch zuzugestehen.

Kinder mit ADHS erleben in der Folge öfter als andere Kinder Ausgrenzung und Ablehnung, sowohl von anderen Kindern als auch von Erwachsenen. Sie fühlen sich häufiger einsam und erleben die vielen persönlichen Niederlagen als sehr schmerzhaft. Die daraus resultierende erhöhte Verletzbarkeit ist ein signifikantes Merkmal ADHS-Betroffener.

Folgen der eingeschränkten Ich-Kompetenz

Kinder mit ADHS entwickeln unterschiedliche Bewältigungsstrategien, die Angst, Unsicherheit und Verletzlichkeit vermindern sollen. Vermeidung oder Verweigerung und Abwehr oder Abwertung von Aufgaben sind typische Verhaltensmuster. Es geht diesen Kindern in den Interaktionen sowohl mit anderen Kindern als auch mit Erwachsenen in hohem Maße darum, Niederlagen oder Gefühle von Hilflosigkeit zu vermeiden und das Gesicht beziehungsweise die Selbstachtung nicht zu verlieren.

Typisch für ADHS-Kinder ist, dass sie wegen ihrer Unsicherheiten schneller alarmiert sind und sich als Folge

davon häufiger der Beziehungen zu anderen versichern müssen.

Manche Kinder suchen ständig die Aufmerksamkeit der Erwachsenen, zum Beispiel durch häufiges Nachfragen oder andere Sicherstellungen von Zuwendung. Dieses Verhalten wird in der Regel als Störung bewertet und wirkt sich auch tatsächlich als störend für das Kind selbst, die Klasse und den Verlauf des Unterrichts aus. Häufig führt dieses Verhalten in einen Teufelskreis, dessen Bewältigung den Betroffenen viel Kraft kostet. Es liegt auf der Hand, dass diese verbrauchte Energie am Ende für das Lernen und Gestalten fehlt.

Eine Lehrkraft beklagt sich darüber, dass Lukas, zweite Klasse, gerade eben, wenn sie mit der Erklärung einer Aufgabe fertig ist, fragt, was er tun müsse. Sie erlebt das als Provokation und reagiert ärgerlich darüber, dass Lukas nicht aufgepasst habe. Lukas hat aber vermutlich gelernt, dass er bei Erklärungen kaum etwas behält und sichert sich nun, da er die Aufgabe ja lösen möchte, dadurch ab, dass er sofort nachfragt. Er sucht also einen besonderen Halt, dass er die Aufgabe richtig lösen kann. Wird Lukas vor der Erklärung als der Schüler bestimmt, der nun die Aufgabe wiederholen wird, bekommt seine Aufmerksamkeit einen extra Energieschub und er sucht die Lösung selbst. Günstig ist auch, bei Erklärungen unaufmerksame Schülerinnen und Schüler zunächst zu fragen, was sie für die Lösung der Aufgabe bereits wissen. Für Erklärungen gilt, dass sie so kurz wie möglich und in einfacher Sprache erfolgen sollen.

Mangelnde Frustrationstoleranz

Angesichts einer drohenden Möglichkeit, einen Fehler zu machen, einen Fehler anderer aushalten zu müssen oder etwa in einem Spiel zu verlieren, reagieren Kinder mit ADHS besonders empfindlich. Sie können deshalb oftmals sowohl schlechter gewinnen als auch verlieren. Gewinnen sie etwa bei einem Spiel, dann reicht ihnen das manchmal noch nicht, sondern der Triumph wird auch auf Kosten des oder der Verlierer ausgelebt. Und verlieren sie, erleben manche das als solch schlimme Niederlage, dass sie darüber sehr wütend werden, das Spiel oder die Mitspieler abwerten bis dahin, dass sie das Spiel sogar zerstören. Auf jeden Fall entsteht eine sehr schwierige Situation für Mitspielende und auch für die involvierten Pädagogen.

Deshalb gehört es zu den wichtigsten Förderzielen der betroffenen Kinder, verlieren und gewinnen zu lernen, in kleinen und sicheren Schritten. Dabei müssen die drohenden negativen Gefühle vorweggenommen werden und genaue Abmachungen getroffen werden, wie man sich als guter Gewinner oder Verlierer verhält. Für das Kind muss das Förderziel klar sein: Es geht weniger darum, das Spiel zu gewinnen als den Sieg über die eigenen Gefühle und ihre Regulierung zu erlangen. Erst wenn das gelingt, kann das Spiel mitgespielt und genossen werden und das ist so lange in der Ferne, wie das erste Ziel, nämlich Sieg oder Niederlage fair zu ertragen, nicht erreicht ist.

Mangelnde Ambiguitätstoleranz

Ambiguitätstoleranz ist die Fähigkeit, Widersprüche zu ertragen und zu wissen, dass es nicht immer eine allgemeingültige Lösung gibt. Dazu gehört auch die Fähigkeit, eine andere als die eigene Perspektive einnehmen zu können und Mehrdeutigkeit auszuhalten. Ambiguitätstoleranz ist zudem eine Voraussetzung für interkulturelle Kompetenz. Allerdings verlangt sie Ich-Stärke.

Ein gemeinsames Merkmal von Kindern mit Störungen ihrer Ich-Kompetenz ist, dass sie Ambiguität sehr schlecht ertragen. Sie geraten schneller in eine Identitätskrise oder fühlen sich bedroht davon und verlieren den Boden unter den Füßen. Oft beharren sie daher auf Polarisierungen wie gut – böse, schwarz – weiß, wir – die anderen und reagieren auf Mehrdeutigkeit eher aggressiv. Deshalb sind sie auch gefährdeter, sich Cliquen oder Gruppierungen anzuschließen, die sie von den für sie schwer erträglichen ambivalenten Gefühlen entlasten.

Schule als schützender Lebensraum

Das oberste Ziel der Schulentwicklung für Kinder mit erhöhter Verletzlichkeit ist, dass die Schule als Gemeinschaft und Lebensraum Schutz und Halt vermittelt. Kinder mit ADHS und auch mit anderen sozial-emotionalen Entwicklungsstörungen sind darauf angewiesen, dass sie unterstützt werden in

- der Regulierung ihrer Emotionen. Sie benötigen besondere Hilfen, eigene Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken und ihnen weniger impulsiv ausgeliefert zu sein. Gleichzeitig brauchen sie besondere Hilfen, die Gefühle anderer wahrzunehmen, zu respektieren und auf sie Rücksicht zu nehmen;
- der Verbesserung ihrer Selbstwirksamkeit. In der Folge können Misserfolgserwartungen reduziert werden und Mut, sich Herausforderungen zu stellen, kann gewonnen werden;
- der Entwicklung eines positiveren Selbstbildes, das gestützt wird durch Selbstvertrauen und Gelassenheit im Umgang mit Schwächen.

Bereiche von Schulentwicklung

Die Erhöhung der Sicherheit vor emotionalen oder sozialen Verletzungen und der Abbau von Ängsten sind Aufgabe aller Bereiche der Schulentwicklung, also der personalen, der strukturellen bzw. organisatorischen, der räumlichen und auch der unterrichtlichen Qualität.

Bereits im Leitbild von Schule sollte es darum gehen, Kindern mit besonderer Verletzlichkeit den für ein erfolgreiches Lernen nötigen Halt und Sicherheit zu gewähren. Dies ist in der Schulgemeinschaft die Grundlage für alle übrigen Ziele und Werte.

Personale Qualität - Persönlichkeitsmerkmale

Hohe innere Präsenz, schnelle Reaktionsfähigkeit, eine gewisse Fähigkeit zum Multitasking und zugleich eine hohe

Selbstorganisation sind gute Voraussetzungen, um Kinder mit besonderem emotionalen und sozialen Förderbedarf adäquat zu unterrichten. Hilfreich ist außerdem ein Repertoire an expressiver Vielfalt in Stimme und Sprache und eine klare Körpersprache, die vor allem auch Blickkontakt umfasst. Der steuernde Blick der Lehrkraft ist das wichtigste Hilfsmittel für die Verbesserung der Selbststeuerung der Kinder. Sie müssen sich ständig gesehen und wahrgenommen fühlen. Das dient dem Gefühl von Sicherheit wie kaum sonst eine Maßnahme.

Da die Kinder schnell in Stress und Alarmbereitschaft sind, sind für sie emotionale Wärme, also tröstendes, stützendes und Zuversicht spendendes Verhalten der Lehrkraft sowie die Fähigkeit zur Metareflexion unabdingbar. Professionelle innere Distanz verbunden mit Humor und Schlagfertigkeit sind außerdem notwendig und hilfreich. Darüber hinaus sind Kooperations- und Teamfähigkeit und eine gewisse Großzügigkeit gegenüber den eigenen Grenzen und Fehlern, aber auch die Fähigkeit zu Selbstkritik wichtige pädagogische Persönlichkeitsmerkmale. Grundsätzlich gilt: Beziehung hat Vorrang vor dem Lernergebnis.

Christian hatte sich schon in der ersten Klasse das Etikett „unbeschulbar“ erworben, als er in meine Klasse kam. Er wurde sehr schnell wütend, verweigerte jede Anstrengung, die nicht sofort zu einem Ergebnis führte und er hatte den deutlichen Plan, sich auf keinen Fall etwas sagen zu lassen. Zufälligerweise erarbeiteten wir an diesem Tag den Buchstaben A und dazu hatte ich einen Apfelkuchen gebacken, dessen Stücke in ihrer Form an ein A erinnerten. Jedes Kind bekam ein Stück von dem Apfelkuchen und durfte es auch aufessen in Begleitung von vielen Ahs als Wohllauten. Natürlich auch Christian, dem der Kuchen sehr gut schmeckte. Im Anschluss sollten Bilder mit Gegenständen, die A als Anlaut hatten, gefunden und danach eine ähnliche Aufgabe auf einem Arbeitsblatt bearbeitet werden. Genau da verweigerte sich jedoch Christian. Er saß vor seinem Blatt und fing an zu stören. An dieser Stelle spielte ich einen Wutanfall und erklärte ihm durchaus echt empört, dass ich darüber sehr sauer sei, dass er zwar meinen Kuchen gegessen habe, aber jetzt seine Aufgabe nicht mache. Das sei mir gegenüber nicht fair. Das würde ich mir merken für das nächste Mal, wenn ich etwas Leckeres mitbrächte. Da würde er vermutlich nichts abgekommen. An dieser Stelle kam von Christian ein verzagtes „Ich habe keinen Bleistift“. Großzügig händigte ich ihm einen Bleistift aus und er bearbeitete das Blatt richtig und vollständig. Ich verabschiedete ihn dann mit den Worten, dass nun alles wieder gut sei und wir quitt seien!

Stützung durch räumliche Struktur

Bisher gibt es bedauerlicherweise keine mir bekannten Schulbaurichtlinien für den sozialen und emotionalen Förderbedarf. Dabei gibt es durchaus Kriterien, die ein Gebäude für diese besondere Schulgemeinschaft erfüllen muss, damit sich alle wohlfühlen können.

Ein solches Schulhaus sollte den Kindern und den Lehrkräften „zuarbeiten“, d. h. es sollte klar gegliedert, trans-

parent und beruhigend wirkend. Das Gebäude an sich kann schon viel dazu beitragen, Ängste und Stress zu reduzieren und Geborgenheit zu vermitteln.

Eine große Rolle spielt dabei auch die künstlerische Gestaltung eines Schulhauses. Beste Erfahrungen wurden dadurch gemacht, dass z.B. gemalte Bilder der Kinder grundsätzlich in einfach zu bedienenden Wechselrahmen ausgestellt wurden und somit sowohl die Leistung der Kinder besser gewürdigt wurde als auch die Präsentation wesentlich klarer in den Fluren und Räumen zur Geltung kam.

Ebenso positiv wirkt sich ein im Schulhaus einheitliches Farbkonzept aus.

Besonderes Augenmerk verlangen die Eingangsbereiche, die Flure, Treppen, Garderoben und Toiletten. Alles Orte, die zu „Krisenorten“ werden können, an denen es häufig zu Konflikten kommt. Hilfreich ist hier im Konfliktfall eine gründliche Analyse und anschließende „Entschärfung“. So hat sich z. B. eine verantwortliche Zuordnung von einzelnen Toiletten zu einer Klasse als hilfreich erwiesen und Verunreinigungen vorgebeugt.

Wichtig ist es auch, tagtägliche schulische Bewegungsverläufe von Raum zu Raum durch Strukturhilfen zu entlasten. So können einfache Markierungen auf dem Boden bereits bei der ruhigen Bewältigung von Wegen helfen. Besondere Beachtung sollte auch der Organisation der Pausen gewidmet werden mit dem Ziel, sowohl Lehrkräften als auch Schülerinnen und Schülern Erholung zu ermöglichen und zusätzlichen Stress zu reduzieren.

Darüber hinaus sollte das Schulhaus tatsächlich praktisch sein und alle Anschaffungen in dieser Hinsicht überprüft werden. Das reicht von den Wasserhähnen bis zu den Türen.

Beruhigendes Klassenzimmer

In den Klassenzimmern ist es wichtig, dass die Sitzordnung den beruhigenden Blick der Lehrkraft ständig ermöglicht. Jedes Kind muss stets die Möglichkeit haben, diesen Blick zu finden. Die Sitzordnung sollte am besten immer für eine gewisse Zeit beibehalten werden und erst allmählich zu mehr Varianzen und Freiheiten führen. Denn jede Veränderung verursacht zunächst Unsicherheit und verlangt von Kindern mit ADHS jedes Mal wieder einen erneuten Stabilisierungsprozess.

Abläufe gut planen und vorhersehbar machen

Unklare Abläufe und ungenaue zeitliche Angaben lösen Unsicherheit aus. Deshalb sind unsichere Kinder im besonderen Maße darauf angewiesen, dass Abläufe für sie vorhersehbar sind. Lässt sich Vorhersehbarkeit nicht einhalten, dann benötigen die Kinder Unterstützung bei der Bewältigung der Veränderungen. Eine genaue Planung der Tage, der Woche und des Schuljahres sind nicht nur hilf-

reich, sondern eine unabdingbare Voraussetzung, um das Sicherheitsgefühl für alle Beteiligten zu erhöhen.

Grundsätzlich sollten beim Planen auch die individuellen Bedürfnisse der Lehrkräfte mitberücksichtigt werden, denn natürlich unterliegen auch PädagogInnen biologischen Rhythmen und Abläufen, in denen sie leichter ermüden und weniger belastbar sind. Damit die Kinder nicht dadurch in Stress geraten, ist es wichtig, dass diese Phasen von geringerer Belastbarkeit im Vorhinein bedacht werden. Um Ermüdung vorzubeugen, kann es beispielsweise hilfreich sein, antizyklisch zu planen und besondere Ereignisse oder Projekte so im Schuljahr einzubetten, dass sie nicht mit „müden“ Phasen vor den Ferien zusammenfallen, in denen alle bereits ziemlich erschöpft sind.

Stabilisierung durch Spielen und Lernen

Für Kinder mit Störungen in der emotionalen und sozialen Entwicklung steht zunächst weniger die Sachebene des Unterrichts im Mittelpunkt. Stattdessen haben die Beziehungen auch im Lernen Vorrang. Emotionales und soziales Lernen stehen deshalb im Zentrum der Förderung. Lerninhalte und Unterrichtsinhalte werden als Medium für die emotionale und soziale Entwicklung erlebt. Es ist also nicht so, dass die Kinder zuerst sich stabilisieren müssten, bevor Förderung oder Lernen möglich ist, sondern durch die pädagogische Beziehung beim Spielen und Lernen selbst geschieht die Stabilisierung. Sie dient in allen Bereichen und Lernsituationen dem Abbau oder der Überwindung von Ängsten durch die Berücksichtigung der notwendigen Ich-Kompetenzen wie sie oben geschildert wurden.

Damit für den Erwerb von Ich-Kompetenzen genügend Raum ist, gelten einige Prinzipien, die die Verfolgung dieser Ziele erleichtern:

- **Gutes Classroom-Management**

Ein klarer rhythmisierter Ablauf und schneller Zugriff auf Medien in Kombination mit verbindlichen Regeln gewährleisten eine Lernsituation ohne lange Verzögerungen oder Wartezeiten. Rituale erleichtern komplexe Situationen und Übergänge.

- **Organische Unterrichtsorganisation**

Der Unterricht ist so geplant und organisiert, dass die verschiedenen Lern- und Beschäftigungsphasen organisch ineinandergreifen und somit wenig Leerzeit entsteht. Inhaltlich knüpfen die verschiedenen Phasen sinnvoll aneinander an. Stille und ruhige Beschäftigung ergänzen Präsentationen und das gemeinsame Gespräch. Dabei ist der Unterricht klar und einfach aufgebaut. Projekte sind erst dann sinnvoll, wenn die Schülerinnen und Schüler zu eigenständiger und selbstorganisierter Arbeit in der Lage sind.

- **Didaktisches Minimum**

Die Medien im Unterricht sind möglichst sparsam einzusetzen. Eine Medienvielfalt, wie sie vielfach anzutreffen ist, lenkt eher ab und führt zu ständig neuen Anforderungen der Anpassung an das Medium, das dann weniger Erkenntnisprozesse unterstützt. Viele Arbeitsblätter mit wenig herausfordernden Aufgaben führen eher zu flüchtigen Arbeitsweisen, während Hefte und ihre Gestaltung an sich zu mehr Sorgfalt auffordern.

- **Beschränkung statt Fülle**

Bei der Auswahl der Unterrichtsinhalte gilt ebenfalls, dass eine Beschränkung auf wesentliche Unterrichtsinhalte, deren Sinn stets transparent ist, mehr bewirkt als ein Unterricht, der durch Fülle das Interesse eher verschüttet.

Unterrichtserfolg sichern

Um Kinder sicherer zu machen, Stress zu mindern und Ängste abzubauen, ist ein Unterricht, in dem die Kinder sich erfolgreich fühlen, ein hervorragendes Mittel. Dazu gehört, die Anstrengungen der Kinder zu würdigen und ihnen für ihr Verhalten häufig und systematisch Feedback zu geben. Feedback ist jedoch nicht zu verwechseln mit Lob, das eher zu Abhängigkeit oder Vermeidung führt.

Unterrichtserfolg wird systematisch verfolgt. Dazu gehört auch eine Dokumentation in einer Förderplanung, die dem Kind regelmäßig gezeigt wird und bei der es Mitsprache hat. Ermahnungen, das Kind solle sich mehr anstrengen, aufmerksamer sein oder andere Hinweise auf die Selbststeuerung sind nicht hilfreich, da das ja genau die Störung ist, die das Kind nicht selbst beheben kann. Stattdessen sind die erreichten Ziele motivierender, die Selbststeuerung anzuregen und dem Kind Mut zu machen.

Korrekturverhalten

Viele Kinder mit ADHS (und nicht nur sie!) können mit Kritik schlecht umgehen. Sie fühlen sich leicht angegriffen und zurückgewiesen. Schnell kann sich auch ein Gefühl eigener Wertlosigkeit einstellen.

Diese Kinder sind besonders nachhaltig getroffen von den immer noch gängigen, unreflektiert drastischen und wenig differenzierenden Korrekturmethode. Dabei ist ein dezentes und differenzierendes Korrekturverhalten, das zunächst auch auf Selbstkorrektur setzt, einem aggressiven Rotstift deutlich überlegen. Der Einsatz von verschiedenen Stiften, Post-its oder auch Etiketten zum Überkleben machen Korrekturen vielfältig und regen zur Eigenkorrektur an. Die Eigenkorrektur bedarf eines regelmäßigen Trainings. Hier kann auch der Computer helfen. Die Kinder brauchen besonders viel Trost und Ermutigung, wenn sie Fehler gemacht haben. Diese Zeit und auch diese Maßnahmen gehören zur Förderplanung.

Roman kam mitten im Schuljahr in meine Klasse, begleitet von einer zwei Zentimeter dicken Akte. Unter anderem stand in dem Bericht das alarmierende Wort: selbstmordgefährdet – und das bei einem Erstklässler! Roman konnte es nicht ertragen, wenn er sich hilflos fühlte. Immer wenn er einen Fehler machte, wurde er darüber dermaßen wütend, dass er seine Hefte oder Arbeitsblätter zerriss und nicht mehr zur Weiterarbeit zu bewegen war. Diese Wutanfälle störten die gesamte Klasse und den Unterricht sehr. Wir waren alle danach völlig erschöpft. Nachdem dies mehrmals vorgekommen war, erklärte ich Roman, dass das zu anstrengend sei. Weil er über einen Fehler dermaßen wütend werden müsste, würde ich ihm einfach keinen mehr sagen. Bei der nächsten Korrektursituation schaute ich mir seine Arbeit an, ohne ihn auf einen Fehler hinzuweisen. Roman wirkte verblüfft und auch ein bisschen enttäuscht. Am nächsten Tag erklärte ich Roman, dass ich mich heute stark genug für einen Fehler finden würde und fragte ihn, wie es mit ihm heute stünde und ob auch er einen Fehler ohne Wutanfall aushalten könnte. Roman meinte, er schaffe das. Ich zeigte Roman einen Fehler und tatsächlich konnte er diesen ruhig verbessern. Darüber freute ich mich mit ihm. Am nächsten Tag fragte ich ihn erneut, ob er heute Fehler ertragen könne. Großzügig antwortete er, dass er heute alle Fehler aushielte. Ich erwiderte jedoch, dass mich alle Fehler überfordern würde und dass ich es erst einmal mit zweien versuchen würde. Natürlich schaffte Roman es auch dieses Mal, beide Fehler ruhig zu verbessern. Ich fragte ihn, ob er auch noch einen dritten Fehler schaffen könnte. Freudig stimmte er zu. Da musste ich ihn enttäuschen. Es war kein dritter Fehler da. Nachdem Roman gelernt hatte, dass seine Wutausbrüche schlimmer waren als jeder Rechenfehler, wurden sie von Tag zu Tag seltener.

Gemeinschaft vor Individualität

Unterricht ist ein Lernprozess, der innere Sicherheit und Stabilisierung der gesamten Klasse als Gruppe und der einzelnen Schülerinnen und Schüler zum Ziel hat. Je jünger die Kinder sind, umso mehr ist die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft wichtig, wichtiger als Individualität. Letzteres wird als entferntes Ziel angestrebt. Auch während der Pubertät, in der die Individualität entwickelt wird, ist das Ansehen unter Gleichaltrigen oftmals bedeutsamer als etwa der Lernerfolg.

Um die Gemeinschaft der Schülerinnen und Schüler zu stärken und ihnen Orientierung zu geben, sind verbindliche Regeln unabdingbar. Für die Einhaltung der Regeln sind alle verantwortlich, die Kinder ebenso wie die Lehrkraft. Die obersten Regeln heißen:

1. Jedes Kind hat das Recht, ungestört zu lernen.
2. Die Lehrkraft (die Lehrkräfte) haben das Recht, ungestört zu unterrichten.
3. Jeder hat das Recht auf Respekt und Würde.

Diese Regeln werden mit der Klasse in Verhaltensziele aufgeschlüsselt. Sie werden regelmäßig reflektiert bez. ihrer Wirksamkeit, wobei im Zentrum der Reflexion stehen sollte,

wann und wo die Regeln besonders gut eingehalten wurden und was diese Einhaltung bewirkt hat bei den einzelnen Kindern, der Klasse und der Lehrkraft.

Im Fokus der Aufmerksamkeit sollte also prosoziales Verhalten stehen, das immer wieder betont und verdeutlicht wird, indem den Kindern, die sich so verhalten, regelmäßig gedankt wird.

Die Klasse als Ressource

Sind Kinder auffällig im Verhalten oder sogar störend, geraten Lehrkräfte in Gefahr, ständig auf die Störung des Einzelnen zu reagieren und die ganze Gruppe aus den Augen zu verlieren. Da unser Gehirn eher das Ungewöhnliche wahrnimmt und darauf reagiert, als auf die gewohnten oder vertrauten Muster, ist dann die Klasse insgesamt unauffällig und nur eines oder wenige Kinder sind auffällig. Um diesem Mechanismus zu begegnen, ist es für Lehrkräfte eine große Hilfe, wenn sie sich auf die Kinder konzentrieren, die sich gut anpassen und unauffällig verhalten. Dabei ist es besonders effektiv, wenn statt der Hervorhebung einzelner Schülerinnen und Schüler eine Gruppe oder sogar die ganze Klasse verstärkt wird.

Die Klasse selbst ist die Ressource für konstruktives Verhalten. Indem die Lehrkraft benennt, wie sich die meisten bereits richtig verhalten, wird indirekt das erwünschte Verhalten ständig wiederholt und somit die Aufmerksamkeit aller Kinder auf das erwartete positive Verhalten gelenkt. Am effektivsten ist es, wenn die Lehrkraft für das positive Verhalten der Schülerinnen und Schüler echte Freude zeigt und dadurch der Unterricht zu einer ständigen Quelle der Begeisterung über die Leistungen und das Verhalten der Klasse wird. Dies geschieht ohne Drama und führt zu einer heiteren und gelassenen Grundstimmung in der Klasse.

Immer dann, wenn Lehrkräfte müde werden oder an sich zweifeln, ist es sinnvoll, sich auf die Schülerinnen und Schüler zu besinnen, die die Lehrkraft durch konstruktives Verhalten unterstützen - und sich wenigstens innerlich bei ihnen zu bedanken.

Pädagogische Erfolge wahrnehmen

Für die Entwicklung einer Klasse, besonders wenn man eine neue Klasse übernimmt, die schwierig ist oder die bereits viele schwierige Entwicklungsphasen erlebt hat, zum Beispiel viele Lehrerwechsel, macht es Sinn, den Stand von erwünschtem Verhalten zu skalieren. Wenn eine Klasse zu Beginn auf einer Skala von 1 - 10 auf Rang zwei steht und dann zu Weihnachten auf der vier, dann gibt es immer noch viele Störungen und Lernhindernisse, jedoch ist die Klasse auf einem guten Weg, der vielleicht schon zu Ostern auf den Rang fünf oder sechs führt und am Ende des Schuljahres auf sieben oder acht. Damit hat man ein Instrument, den pädagogischen Erfolg wahrzunehmen und ihn nicht für selbstverständlich zu halten.

Um diesen Prozess auf den Weg zu bringen, gilt, dass Sicherheit und Halt für alle Kinder zunächst eher erreicht

werden durch eher lehrerzentrierte Unterrichtsformen, die dann zur Individualisierung führen. Die Gemeinschaft der Klasse selbst, in der die Gefühle von sich und den anderen wahrgenommen werden, ist dann der Lernort dafür. In ihr werden Erfahrungen der Selbstwirksamkeit gemacht und ein positives Selbstbild entwickelt. Solidarität und Verantwortung für sich und andere zu übernehmen, sind die Lernthemen, die dann mit dem Unterricht und dem Lernen verknüpft werden. Lernen wird so zu einer angenehmen Herausforderung.

Individuelle Förderplanung

Ein wesentliches Element der Schulentwicklung sind der Umgang und die Förderung von Kindern mit einem besonderen Förderbedarf, auch wenn dieser, wie ADHS, nicht von Sonderpädagogen gefördert wird.

Für diese Kinder ist dennoch eine besondere Förderplanung sinnvoll und notwendig. Diese Förderplanung dient als verbindliche Entwicklungsgrundlage für alle am Entwicklungs- und Lernprozess des Kindes Beteiligten. Das ist einmal natürlich das Kind selbst, das sind aber auch die Eltern und manchmal auch noch andere Familienangehörige, alle Lehrkräfte, die das Kind unterrichten und auch die außerschulischen Partner wie zum Beispiel Mitarbeitende von Kindertageseinrichtungen.

Lehrkräfte, Schulpsychologen und gegebenenfalls auch Sonderpädagogen können dafür ein Planungskonzept erarbeiten, das in der Schule angewendet wird, die Grundlage für Förderberichte bildet und auch das Schreiben von Zeugnissen erleichtert.

Die individuelle Förderplanung kann konkret folgende Merkmale umfassen:

- Ressourcen aufschreiben, z. B. Vorlieben oder Interessen
- 1 - 2 Ziele festlegen
- Ziele so formulieren, dass sie erreichbar und überprüfbar werden. Die Ziele werden an Hand der Vorlieben und Interessen festgemacht, weil sie dort am ehesten erreicht werden.
- Maßnahmen aufschreiben
- Regelmäßig überprüfen, ob Ziele erreicht wurden
- Wenn nein, Maßnahmen ändern
- Wenn ja, nächste Ziele festlegen
- Ergebnisse und Entwicklung regelmäßig allen Beteiligten zugänglich machen.

Kollegiale Unterstützung

Lehrkräfte machen im Laufe ihrer beruflichen Entwicklung viele Erfahrungen mit Kindern mit ADHS. Diese Erfahrungen sind ein Wissensvorrat vor allem auch für jüngere Kolleginnen und Kollegen. In einer Schule kann dieser Wissensvorrat zum Beispiel über gemeinsame Dateien weitergegeben werden. Diese können von optischen bis akustischen Hilfen, von Hilfen zur Selbstorganisation über Merkhilfen bis zu

konkreten Arbeitshilfen reichen. Hilfen zum Durchhalten, zur Unterstützung der Anstrengungsbereitschaft und zur Orientierung in Heften oder Büchern werden ausgetauscht und gesammelt. Dabei finden selbstverständlich auch die verschiedenen Fächer Berücksichtigung. Gerade für Fächer wie Sport, Musik und Kunst sind besondere Hilfen angebracht.

Kooperation als Förderbasis

Die Förderung von Kindern mit einem höheren Förderbedarf in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung, zu denen Kinder mit ADHS gehören können, ist nicht Sache von Einzelnen, sondern immer die Sache der Gemeinschaft der Schule. Dazu gehören neben den Eltern und anderen Angehörigen auch Partner innerhalb der Schule, wie z. B. ein Hort oder auch außerhalb der Schule, wie z. B. andere Tageseinrichtungen.

Innerhalb eines Lehrerkollegiums bilden sich Teams, die sich mit den besonderen Förderbedürfnissen vertieft auseinandersetzen. Es kann vorkommen, dass eine Lehrkraft an den Rand der Belastbarkeit gerät. Gerade dann zeigt

sich die Stärke eines Kollegiums und auch der Leitung. Eine offene und verständnisvolle Atmosphäre lassen auch Schwächen zu und nützen schwierige Phasen für Verbesserung und Vertiefung der Kooperation. Je mehr sich Lehrkräfte verstehen als Partner, die für Krisen Verständnis haben, umso eher können in einer Schulfamilie alle Verantwortung für herausfordernde Schülerinnen und Schüler übernehmen. Wenn alle Beteiligten an der Förderung von schwierigen Kindern zusammenarbeiten, entwickelt sich ein Klima der Solidarität und der gegenseitigen Entlastung.

■ Dr. phil. Edith Wölfl

Sonderpädagogin für emotionale und soziale Entwicklung, ehem. Schulleiterin der Wichern-Schule, Förderzentrum für emotionale und soziale Entwicklung im Hasenberg, München.

Gründerin der sonderpädagogischen Beratungsstelle für ADHS im Wichern-Zentrum; ehem. Leiterin der Fachgruppe Förderschulen in der Evangelischen Schulstiftung in Bayern.

Autorin und Referentin

Diagnostik und Therapie der AD(H)S-bedingten Rechtschreibschwäche

1. Die neurobiologischen Ursachen der AD(H)S-bedingten Rechtschreibschwäche

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse der neurobiologischen Erforschung von Lese- und Rechtschreibschwäche bestätigen, dass komplexe Leistungen wie Lesen und Schreiben im Wesentlichen vom Funktionieren zuständiger Nervenverbindungen abhängig sind. So konnten Forscher der Löwen-Universität in Belgien mit Hilfe funktioneller Diffusions- und Fluoreszenz-Magnet-Resonanztomographie nachweisen, dass Schwächen beim Lesen und Schreiben Folge mangelhafter Verbindungen spezialisierter Hirnregionen sind, was die Speicherung und den Zugriff zum Langzeitgedächtnis erschwert. Bei Menschen mit Rechtschreibschwäche sind die am Schreiben beteiligten Hirnzentren vom Umfang her deutlich kleiner angelegt als bei Nichtbetroffenen. Dabei können Ausmaß und Schwere der Rechtschreibschwäche durchaus unterschiedlich sein, wenn zusätzlich noch schwere visuelle, auditive oder visuo-motorische Funktionsstörungen vorliegen.

Eine Beeinträchtigung der neuronalen Vernetzung besteht auch beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (AD(H)S). Hierbei sind Dichte und Anzahl der Nervenverbindungen mehr oder weniger immer beeinträchtigt, infolge einer neurobiologisch bedingten Unterfunktion im Stirnhirnbereich und eines Mangels an verschiedenen Botenstoffen.



Dr. Helga Simchen

Je nach Schwere des Betroffenseins wirkt sich das auf die Funktionsfähigkeit des Gehirns und somit auf erfolgreiches Lernen und Handeln aus. Denn infolge einer Stirnhirnunterfunktion gelangen zu viele Informationen, wichtige und auch unwichtige, ungefiltert in das Gehirn. Jede Information hinterlässt eine neuronale Spur, die in ihrer Summe ein viel zu dichtes neuronales Netzwerk im Gehirn bildet. Dadurch wird die Anlage dichter Lernbahnen beeinträchtigt, die den „Autobahnen“ im Lernprozess entsprechen und Voraussetzung sind, dass Denken und Handeln sich automatisieren können. Die Fähigkeit zur Automatisierung setzt immer eine kontinuierliche Wiederholung gleicher Gedanken, Vorsätze und Handlungen voraus, was einem gezielten Üben entspricht.

Wenn bei einer Rechtschreibschwäche gezieltes und motiviertes Üben keinen Erfolg bringt, sollte an ein AD(H)S als dessen Ursache gedacht werden!

Bei der AD(H)S-bedingten Rechtschreibschwäche ist die Entwicklung fester Lernbahnen erschwert, weil die für die Rechtschreibung wichtigen Informationen über ein zu engmaschiges Netz, einer „Vielzahl von Nebenstraßen“, zu den entsprechenden Zentren im Langzeitgedächtnis gelangen. Dort abgespeichertes Wissen kann nicht immer schnell und richtig genug abgerufen werden. Außerdem überlastet die Reizüberflutung des Gehirns das Arbeitsgedächtnis, so dass es nicht alle Informationen aufnehmen kann und manche „verloren gehen“.

Zusätzlich besteht beim AD(H)S immer ein Mangel an Botenstoffen, den Neurotransmittern, die in den Nervenverbindungen (den Synapsen) die Informationen weiterleiten. Deshalb werden manche Informationen zu langsam und auf Umwegen weitergeleitet. Dadurch liegen die Lernergebnisse beim AD(H)S je nach Schwere des Betroffenseins meist weit unter dem eigentlichen intellektuellen Leistungsvermögen.

Die Entwicklung dieser Kinder bereitet nicht nur den Eltern und Lehrern viele Probleme, sondern die betroffenen Kinder selbst leiden am meisten und das oft unbemerkt. Sie verstehen nicht, warum manches ihnen viel schwerer fällt. Das verunsichert sie, Selbstzweifel, Hilflosigkeit und Verhaltensauffälligkeiten stellen sich ein. Dabei haben Kinder und Jugendliche mit AD(H)S sehr oft eine gute bis sehr gute Intelligenz. Gerade hochbegabte Kinder und Jugendliche leiden unter einem nicht erkannten AD(H)S mit Teilleistungsstörungen besonders. Deshalb sind bei hoch- und sehr begabten Kindern, die in der Schule oder zu Hause im Verhalten und/oder im Leistungsbereich auffällig sind, viel häufiger ein AD(H)S die Ursache und nicht eine Unterforderung. Der Intelligenztest zeigt beim AD(H)S meist einen deutlichen prozentualen Unterschied zwischen dem Verbal- und dem Handlungsteil.

2. Diagnose der AD(H)S-bedingten Rechtschreibschwäche

Die AD(H)S-Diagnostik ist nicht immer einfach, weil die Symptome sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können, je nachdem, ob ein Hyperaktiver, ein Unaufmerksamer oder ein sog. Zwischentyp vorliegt. Bei leichter Symptomatik wird AD(H)S zur Persönlichkeitsvariante, die den Betroffenen sogar viele positive Fähigkeiten und Eigenschaften verleiht. In der Praxis bereitet die Diagnostik des ADS vom unaufmerksamen Typ die meisten Probleme, weil es nicht allein mit Hilfe von Punkteskalen nachgewiesen werden kann, sondern vorwiegend Beeinträchtigungen im Lernen und nicht so sehr Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund stehen. Seine Diagnose sollte gestellt werden aus:

- der Lebensgeschichte des Betroffenen und seiner Familie,
- der Verhaltens- und Leistungsbeobachtung,
- der neurologischen Untersuchung,

- der psychomotorischen und psychometrischen Testung,
- dem Verlauf von Kindheit und Schulzeit,
- den Schulzeugnissen,
- der Suche nach reaktiven Fehlentwicklungen, Wahrnehmungs- und Teilleistungsstörungen.

Bei all seiner Vielfalt sind für die Diagnose eines AD(H)S immer der Nachweis seiner Kernsymptome erforderlich. Da die Automatisierung von Lernprozessen und Handlungsabläufen beim AD(H)S erschwert ist, werden immer wieder die gleichen, für eine AD(H)S-bedingte Rechtschreibschwäche typischen Fehler gemacht:

- Fehler bei der Groß- und Kleinschreibung
- Am Satzanfang wird klein geschrieben
- Im gleichen Text werden dieselben Wörter mal richtig und mal verkehrt geschrieben. Es wird so geschrieben, wie gehört; einfache Wörter werden immer wieder ohne nachzudenken verkehrt geschrieben, wie z. B. wier, vür, nemehn
- Fehler werden nicht bemerkt
- Verkehrt geschriebene Wörter können richtig buchstabiert werden
- Erlernte Rechtschreibregeln werden beherrscht, aber bei Bedarf nicht angewandt
- Buchstaben und Wörter werden ausgelassen, weil die Konzentration auf das Schreiben nachfolgender schwerer Wörter ausgerichtet ist
- Das Schreiben am Computer gelingt besser, weil das Kind hierbei über die Reihenfolge der zu schreibenden Buchstaben nachdenkt, ehe es die Taste drückt
- Schwere Wörter werden meist richtig geschrieben, weil hierbei bewusst nachgedacht wird
- Mit der Länge der Diktate nimmt die Fehlerzahl zu
- Das Übungsdiktat zu Hause wird mit weniger Fehlern geschrieben als das Diktat in der Schule, weil bei Stress das Arbeitsgedächtnis blockiert wird
- Bei der Durchsicht des Geschriebenen werden noch Fehler hineinkorrigiert, da im Rechtschreibzentrum sowohl falsch als auch richtig geschriebene Wörter abgespeichert sind
- Akustische und visuelle Informationen können nicht schnell genug in Schreibschrift transformiert werden, weil das AD(H)S-Kind zu lange überlegen muss
- Die Aufrechterhaltung einer gezielten Aufmerksamkeit ist über längere Zeit nicht möglich
- Das Schreiben selbst ist sehr anstrengend: zu verkrampft, Linien können nicht eingehalten werden, bei emotionaler Erregung oder Zeitdruck wird die Schrift schlechter, der Schreibvorgang ist nicht automatisiert.
- Unter Stress kann es zum Black-out kommen
- Häufig besteht noch ein gestörtes dynamisches Bino-kularsehen, die so genannte Blicksteuerungsschwäche, wobei das Wort beim Blick zur Seite unscharf gesehen wird.

3. Therapieempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit AD(H)S-bedingter Rechtschreibschwäche

Frühförderung noch weit vor der Einschulung kann mögliche Defizite ausgleichen, denn die Anlage von wichtigen Lernbahnen erfolgt bereits vor der Einschulung. Bei beeinträchtigter Wahrnehmungsverarbeitung ist eine gezielte Förderung durch Ergotherapeuten unbedingt erforderlich. Die ersten Symptome sind feinmotorische, kognitive, visuomotorische, auditive und emotionale Defizite, aus denen sich dann trotz guter intellektueller Ausstattung eine Rechtschreibschwäche entwickeln kann. Ein durch Üben unzureichender Lernzuwachs entscheidet dann über weitere Maßnahmen. Stimulanzen sollten erst verabreicht werden, wenn ausreichendes und gezieltes Üben nicht erfolgreich ist und Entwicklung und Schulerfolg gefährdet sind. Bei schwerer Beeinträchtigung des Kindes könnte schon vor der Einschulung die Gabe von Stimulanzen erforderlich werden, damit das Kind nicht vom ersten Schultag an im Leistungs- und Verhaltensvermögen total überfordert wird.

Stimulanzen verbessern die Filterfunktion des Stirnhirns und die Verfügbarkeit der Botenstoffe. Sie ermöglichen eine gezielte Aufnahme wichtiger Informationen. Durch regelmäßiges, gezieltes und motiviertes Üben können sich Lernbahnen besser entwickeln. In Studien wurde nachgewiesen, dass Stimulanzen den Umbau der neuronalen Netze beim Üben unterstützen.

Wie sollte bei AD(H)S-bedingter Rechtschreibschwäche geübt werden?

Wichtig! Damit nicht falsch geschriebene Wörter sich von Anfang an im Schreibzentrum abspeichern, sollten in der Schule immer auf die Anwendung gültiger Rechtschreibregeln geachtet werden.

Folgende Besonderheiten beim Üben haben sich in der Praxis bewährt:

- Es sollte täglich ein der Klassenstufe entsprechendes Diktat geschrieben werden, das immer nur fünf Minuten dauern sollte. Das Kind wird dabei aufgefordert, vor dem Schreiben eines jeden Wortes nachzudenken:
 - Wird das Wort groß oder klein geschrieben?
 - Wie ist sein Wortstamm? Einzahl und Mehrzahl bilden
 - Sind Vor- oder Nachsilben im Wortbild? Diese sollten sicher beherrscht werden
- Das gleiche Diktat dann an mehreren Tagen möglichst zur vereinbarten Zeit wiederholen, bis das Kind null Fehler hat. Nach jedem Diktat die Fehler besprechen.
- Nach fehlerfrei geschriebenen Diktaten die Schwierigkeit allmählich steigern mit einem neuen Text.
- Das setzt Motivation, Struktur, Konsequenz von beiden Seiten voraus, bringt aber Erfolg, was sich in der Praxis immer wieder bewiesen hat.

Diese Diktate jeden Tag über Wochen bis Monate schreiben, damit sich möglichst viele richtig geschriebene Wörter im Schreibzentrum abspeichern, sich Lernbahnen bilden und sich das Nachdenken beim Schreiben automatisiert. Viele Kinder mit einem AD(H)S benötigen dazu Stimulanzen.

Wichtige Kriterien für den Einsatz von Stimulanzen sind:

die Schwere des Betroffenseins, die Stärke des Leidensdruckes, die Höhe der Anforderungen und der gefühlten Belastung sowie die psychische Stabilität.

Durch Gabe von Stimulanzen verbunden mit lern- und verhaltenstherapeutischer Begleitung ist Üben erfolgreicher und motiviert. Die Stimulanzientherapie beim AD(H)S-Kind ist allein kein Mittel gegen Rechtschreibschwäche. Sie sollte immer lern- und verhaltenstherapeutisch begleitet werden, die Eltern als Coach anlernen und dem Kind helfen, ein erfolgreiches Selbstmanagement zu praktizieren. Dann können die betroffenen Kinder über ihre vorhandenen Fähigkeiten verfügen, die ohne Medikament „brach“ liegen, worüber aber nicht betroffene Klassenkameraden frei verfügen können. Über diese Ungerechtigkeit wird immer wieder geklagt. Erst nach Gabe von Stimulanzen sind viele Kinder in der Lage beim täglichen Schreibtraining bis zum Ende des Diktates nachdenken zu können und nicht nur während der ersten drei Zeilen. Endlich richtig schreiben können, das verbessert Selbstwertgefühl und Sozialverhalten.

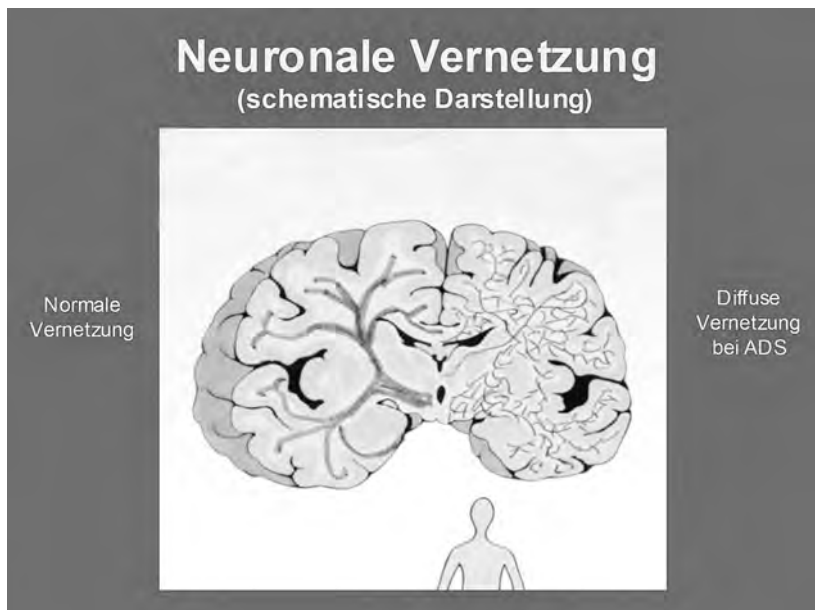
Zusammenfassend kann man sagen, dass es sich beim AD(H)S mit Rechtschreibschwäche um einen Mangel an Lernbahnen in verschiedenen Bereichen der Wahrnehmungsverarbeitung handelt, was die Automatisierung von Lernprozessen erschwert. Lernbahnen sind für eine gute Zusammenarbeit von Arbeits- oder Kurzzeitgedächtnis und den entsprechenden Zentren im Gehirn verantwortlich. Sie entstehen durch regelmäßiges Üben und automatisieren schließlich den Schreibvorgang. Sowie AD(H)S vererbt wird, kann sich auch eine Tendenz zur Rechtschreibschwäche bei familiärer Veranlagung vererben.

Anlage 1: Die neuronale Vernetzung im Gehirnquerschnitt, schematisch dargestellt bei AD(H)S-Betroffenen und bei Nichtbetroffenen

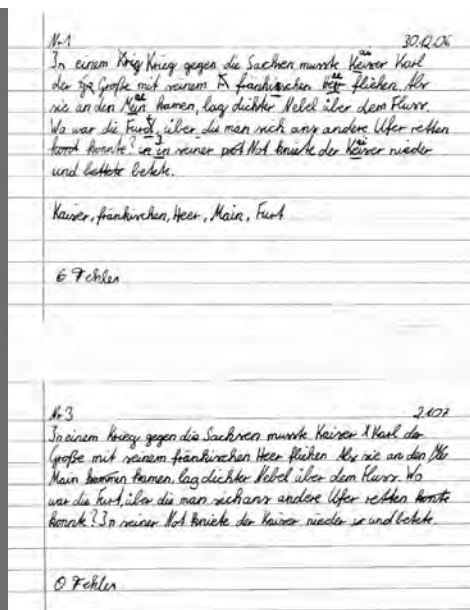
Anlage 2: Zwei Diktate aus der Serie des Rechtschreibtrainings bei AD(H)S und Stimulanziengebe

Für interessierte Leser, die mehr zur Thematik wissen möchten, habe ich das Buch: „ADS. Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat“ geschrieben, das in der 9. Auflage im Kohlhammer-Verlag erscheint.

■ Dr. Helga Simchen



Anlage 1



Anlage 2

ADHS und Ernährung Die oligoantigene Diät bei Kindern



Prof. Dr. med.
Christian Fleischhaker



Dr. oec. troph.
Christina Clement

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS, kann in direktem Zusammenhang mit der Ernährung stehen. Ob und welche Lebensmittel bei Kindern mit ADHS die Symptome beeinflussen, lässt sich mit Hilfe der oligoantigenen Diät herausfinden und behandeln.

Eltern von Kindern mit ADHS beobachten immer wieder, dass ihre Kinder nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel mit einer deutlichen Verstärkung der Symptome reagieren. Warum Eltern diese Beobachtung nicht achtlos übergehen sollten, das belegen die neuesten Ergebnisse von Wissenschaftlern der Universitätsklinik Freiburg. Im Rahmen einer Ernährungsstudie untersuchen sie an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter den Zusammenhang zwischen Ernährung und Verhalten bei Kindern mit ADHS.

Ursachen von ADHS vielschichtig

ADHS entsteht aus einem komplexen Zusammenspiel von genetischen und nicht-genetischen Faktoren. Oft wird die Störung bereits in der frühen Kindheit diagnostiziert. Bei ADHS denkt man zunächst einmal an den „Zappelphilipp“. Die Symptomatik geht zum Teil mit gravierenden Beeinträchtigungen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben einher und kann langfristig auch im Erwachsenenalter die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Es gibt verschiedenste pharmakologische und nicht-pharmakologische Behandlungsansätze: hierunter Verhaltens- oder Ergotherapie sowie die Supplementierung mit verschiedenen Mikronährstoffen oder ungesättigten Fettsäuren. All das kann helfen, um eine Symptomverbesserung zu erzielen, muss aber nicht. An eine Nahrungsmittelsensitivität im Zusammenhang mit ADHS denkt zunächst einmal kaum jemand.

Lebensmittel können Symptome verstärken

Ein mögliches Zusammenspiel zwischen hyperkinetischem, also überaktivem Verhalten und den verzehrten Nahrungsmitteln haben Mediziner bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts beschrieben. Verschiedene Lebensmittel wie Milch, Getreide, Eier, Tomaten oder Schokolade wurden im Zusammenhang mit einer Symptomverstärkung bei ADHS diskutiert. Eine Studie der britischen Food Standards Agency (FSA) von 2007 zeigte, dass sowohl Natriumbenzoat als auch verschiedene Azofarbstoffe, die als Zusatzstoffe in Lebensmitteln vorkommen, die Aktivität und Aufmerksam-

keit von Kindern beeinflussen können. In Abhängigkeit von der verzehrten Menge konnten Wissenschaftler signifikante Effekte hinsichtlich Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung bei gesunden Kindern beobachten. Hieraus resultierend hat die Europäische Union 2010 eine europaweite Deklarationsvorschrift von Produkten mit Azofarbstoffen beschlossen, mit dem Hinweis auf mögliche Verhaltensänderungen nach dem Verzehr dieser Zusatzstoffe.

Eine kritische Zusammenfassung der Beobachtungen aus den unterschiedlichen nicht-pharmakologischen Interventionen bei ADHS haben die US-amerikanischen Wissenschaftler Edmund J. S. Sonuga-Barke und Kollegen 2013 erstellt. Darunter sind auch Untersuchungen zum Einsatz der oligoantigenen Diät. Arbeiten von der Arbeitsgruppe um Professor Jan K. Buitelaar aus den Niederlanden zeigen starke Effekte einer individualisierten Diät. Die Einflussnahme von Ernährungsfaktoren auf die Ausprägung einer ADHS-Symptomatik kann prinzipiell über drei unterschiedliche Wege erfolgen:

1. Ausschluss von Lebensmitteln oder einzelnen Lebensmittelbestandteilen, die allgemein unter Verdacht stehen, ADHS-Symptome begünstigen.
2. Ergänzung einer ausgewogenen Ernährung durch bestimmte Mikronährstoffe.
3. Testung auf individuelle Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Meiden bzw. Eliminieren der identifizierten, symptomverstärkenden Lebensmittelbestandteile.

Lebensmittel in der Diätphase

Lebensmittelgruppe	Beispiele
Fleisch	Lamm, Pute, Huhn
Beilagen	verschiedene Kartoffelarten, Reis, Hirse, Buchweizen, Kichererbsen
Gemüse	verschiedene Kohlsorten, Linsen, Spargel, Lauch, Gurke, Karotte, Pastinake, Kürbis, Melone, Salate
Früchte	Birne, Banane, Apfel, Pfirsich, Aprikose, Kokosnuss
Getränke	Mineralwasser (Ca-reich), ausgewählte Kräuter- und Früchtetees, ausgewählte Fruchtsäfte, Reismilch, Kokosmilch
Fette	ausgewählte pflanzliche Streichfette, Sonnenblumen-, Raps-, Oliven-, Kokosöl
Gewürze	Salz, Pfeffer, ausgewählte frische Kräuter, Reissessig, Apfelessig
Binde- und Backtriebmittel	Johannisbrotkernmehl, Guarkernmehl, Agar-Agar, Weinsteinbackpulver, Natron
Süßungsmittel	Rohrzucker, Apfel- und Birnendicksaft, Reissirup
Nahrungsergänzung	Calcium, ausgewähltes Multivitaminpräparat

Tab. 1: Auswahl an Lebensmitteln, die in der oligoantigenen Diät gegessen werden dürfen.

Oligoantigene Kost als Diagnosediät

Neben der Aufklärung über gesunde Ernährung und Nahrungsergänzung ist die oligoantigene Diät ein wichtiges Instrument zur Diagnose. Es können damit individuelle Nahrungsmittelsensitivitäten erkannt werden. Die oligoantigene Diät lässt hierbei nur Lebensmittel zu, die für den größten Teil der Bevölkerung ein sehr geringes allergenes Potenzial besitzen. Erlaubt sind daher viele Gemüse- und Obst-

sorten, glutenfreie Getreide und Kartoffeln (siehe Tab. 1). Ausgelassen werden beispielsweise alle Produkte, die Farb- oder Süßstoffe enthalten, aber auch Lebensmittel, die häufig eine Unverträglichkeit auslösen wie Kuhmilch, Ei, Fisch, Soja oder Nüsse (siehe Tab. 2, S. 299). In den Behandlungsoptionen zu Hyperkinetischen Störungen ist die oligoantigene Diät in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zwar mit aufgeführt. In Deutschland wurde sie bisher aber nur sehr selten in der therapeutischen Begleitung bei ADHS angewendet.

Die aktuelle Studie der Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg zum Einfluss von einzelnen Nahrungsbestandteilen auf das Verhalten von Kindern mit ADHS soll nun prüfen, ob diese Behandlungsform im Alltag der Familien umsetzbar und ambulant durchführbar ist. An der Studie nehmen aktuell Kinder im Alter zwischen sieben und 18 Jahren mit einer gesicherten Diagnose eines ADHS teil. Ziel ist es, ganz individuell unverträgliche Lebensmittel zu identifizieren und durch deren Elimination aus dem Speiseplan die ADHS-Symptomatik dauerhaft deutlich zu verbessern.

Die oligoantigene Diät wird hierbei nur in der Diagnosephase für einen begrenzten Zeitraum von vier Wochen eingesetzt. In dieser Zeit werden im Körper viele Reaktionen auf unverträgliche Lebensmittel ausgeschaltet. Der ganze Körper kann sich erholen. Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten haben Pause. Tritt in den ersten zwei Wochen der strengen Diät keine deutliche Besserung auf, wird eine weitere Anpassung der Lebensmittelauswahl an das jeweilige Kind vorgenommen. Die Lebensmittelauswahl wird hier noch einmal an bestehende Begleitsymptome angeglichen. Das kann unter anderem bedeuten, dass mögliche Kreuzallergien mit einfließen. Bei Kindern, die nach Anpassung noch immer keine Veränderung der ADHS-Symptome zeigen, vermuten wir dann erst einmal keinen Zusammenhang zwischen Ernährung und Symptomen.

Verhalten gezielt beobachten

Als Messinstrument für den Einfluss der Ernährung auf das Verhalten der Kinder mit ADHS beurteilen täglich – sowohl zu Hause als auch in der Schule – ein Elternteil und ein Lehrer anhand von ausgewählten Standardsituationen das Verhalten des Kindes. Diagnoseinstrument ist hier die verkürzte Connors Scala. Die sogenannte ADHD Rating Scale dient zur Einschätzung der Symptomatik durch einen Experten und wird zur Auswertung der beobachteten Veränderungen herangezogen.

Bisher wurden 18 von 50 Kindern mit der Diagnose ADHS in die Studie aufgenommen. Die Akzeptanz der Diät war gut, 16 der 18 Patienten beendeten die Diätphase. Bei 10 Kindern besserte sich die ADHS-Symptomatik um mehr als 40 Prozent, was für einen deutlichen Zusammenhang zwi-

schen Ernährung und Verhalten steht. Bei 14 von 16 Kindern konnte in mindestens einem Teilbereich (Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität) eine Besserung von mehr als 40 Prozent beobachtet werden. Die Diät wirkte sich stärker auf die Aufmerksamkeit aus als auf Hyperaktivität beziehungsweise Impulsivität.

Alle Kinder, die eine Mindestverbesserung zeigen, werden anschließend in der Wiedereinführungsphase nach und nach wieder mit den Lebensmitteln ihrer üblichen Ernährung konfrontiert. Lebensmittel, die im Zusammenhang mit der Symptomatik des ADHS stehen, zeigen beim Testkontakt einen Effekt auf das Verhalten des Kindes. Dieser Effekt lässt sich durch gezielte Nachtestung reproduzieren. Am Ende der Wiedereinführung der Lebensmittel stehen dann individuell ein oder mehrere Lebensmittel(-bestandteile) fest, die an der Ausprägung der ADHS-Symptomatik beteiligt sind. Auf der Basis dieser Ergebnisse wird für die Kinder eine praktikable individuelle Diät-Empfehlung erstellt.

Ernährungsumstellung gelingt

Die Umsetzung der oligoantigenen Diät bedeutet vorübergehend eine deutliche Umstellung der bisherigen Ernährung. Die Diagnosephase wird nur zu Beginn als arbeitsintensiv empfunden. Hierfür ist nicht nur das reduzierte Lebensmittelangebot verantwortlich, oft wird es auch notwendig, auf vielgenutzte Fertigprodukte oder Lieblings Speisen zu verzichten. Essen außer Haus will ebenfalls gut geplant sein; so ist beispielsweise die Teilnahme am Schulessen in der Test- und Wiedereinführungsphase nicht möglich. In den teilnehmenden Haushalten erfordert dies einen gewissen logistischen Aufwand. Damit die Umsetzung gelingt, erhalten die Familien alle notwendigen Informationen über die Auswahl an diätkonformen Produkten, eine ausführliche Rezeptsammlung bis hin zu gemeinsamen Kochangeboten, um die Diät sicher, erfolgreich und genussvoll durchführen zu können.

Die teilnehmenden Familien haben in den meisten Fällen in der Testphase die Ernährung für alle Familienmitglieder umgestellt. Dadurch findet keine Ausgrenzung aus der familiären Ernährungssituation für das Kind statt. Durch eine gute Vorbereitung der Familien auf die geänderte Ernährungssituation, gezielte Planung für besondere Situationen und eine enge beratende Begleitung ist eine erfolgreiche Umsetzung in den Familien gut gelungen.

Begeisterte Studienteilnehmer

Stimmen aus den Reihen der Teilnehmer spiegeln die Begeisterung und den Erfolg der Ernährungsumstellung wider. So berichtet eine Mutter nach der dritten Diätwoche:

Nicht erlaubte Lebensmittel

Nahrungsbestandteile	Funktion	Nahrungsmittel
Lebensmittelfarbstoffe: Azorubin (E122), Tatzin (E102), Gelborange (E110), Ponceau 4R (E124), Cholin-gelb (E104) Allurarot (E129)	Färbung, Aussehen	Getränke, Süßigkeiten, Desserts, diverse Käsesorten, Zahnpasta ...
Süßstoffe	Geschmack, Haltbarkeit	Fertigprodukten, Süßigkeiten, Milchprodukte, Getränke, Kaugummi
Kennzeichnungspflichtige Lebensmittel mit häufiger Unverträglichkeit		Milch, Eier, glutenhaltige Ge- treide, Fisch, Krusten- und Weichtiere, Soja, Lupine, Erd- nüsse, Schalenfrüchte, Sellerie, Senf, Sesam
Salicylate, Glutamate, Phosphate	Geschmack, Haltbarkeit	Wurstwaren, Käse, Fertig- produkte, Medikamente, Kosmetika

Tab. 2: Einige der Lebensmittel und Nahrungsbestandteile, die in der Diagnosephase nicht gegessen werden.

„Wir hatten seit Jahren zum ersten mal wieder eine normale Familie ohne diesen permanenten Streit unter den Geschwistern.“ Eine andere Mutter, die für den Ferientaufenthalt alle Lebensmittel gut vorbereitet mitgegeben hat, erzählt stolz: „Die Lehrerin hat gesagt, dass mein Sohn im Schullandheim genau so unauffällig war wie die anderen Kinder.“ Ein Vater gibt das Lob aus dem Verein weiter: „Der Fußballtrainer lobte seine Aufmerksamkeit und sein faires Verhalten im Spiel, wo er doch sonst immer als aggressiv und störend erlebt wurde.“ Aber auch andere Veränderungen fallen auf: „Ihre Handschrift ist zum ersten Mal gut leserlich und deutlich.“ Und eine ganz wichtige Erkenntnis aus der Testphase wurde so formuliert: „Meine Kinder merken jetzt selbst, wenn sie etwas gegessen haben, was sie nicht vertragen.“

Die Teilnahme an einer Ernährungsanpassung zur Besserung der Symptomatik ist immer mit mehr Aufwand als eine Einnahme von Medikamenten verbunden. Mit Blick auf die Erfolge aus der Freiburger Studie lohnt sich diese Testung sicher für nahezu Zweidrittel der Patienten, bei denen durch gezieltes Weglassen einzelner Nahrungsbestandteile die ADHS-Symptome, weitgehend frei von Nebenwirkungen, deutlich verbessert wird. Die langfristigen Erfolge werden nach etwa einem Jahr evaluiert. Die medizinische als auch diätetische Begleitung der Familien während der Diät durchführung ist nach unseren Erfahrungen erforderlich. Von einer Durchführung ohne diese fachliche Begleitung raten wir ab.

■ Dr. Christina Clement, Prof. Dr. Christian Fleischhaker

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verbands für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB).
Originalbeitrag: UGBforum – Fachzeitschrift für Gesundheitsförderung. 6/2016, S. 296-299, www.ugb.de

Das Mentalhaus – ein hypnotherapeutisches Therapieprogramm für Betroffene mit ADHS im Erwachsenenalter

Einleitung

Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS umfassen gegenwärtig Psychoedukation sowie kognitive Verhaltenstherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Damit sollen die Betroffenen zum einen umfassend über ihre Diagnose sowie adäquate Behandlungsmöglichkeiten informiert werden; darüber hinaus sollen Selbstmanagement-Fertigkeiten geschult, Leidensdruck reduziert sowie die Funktionsfähigkeit und Alltagsadaptation verbessert werden. Des Weiteren können psychotherapeutische Interventionen unterstützend bei der Akzeptanz und dem Verständnis der Diagnose ADHS wirken. Dies mag insbesondere für die Betroffenen relevant sein, die erst im späten Jugendalter und/oder Erwachsenenalter von ihrer ADHS-Diagnose erfahren haben.

Gemäß aktuell gültiger Leitlinien (NICE, 2008) werden psychotherapeutische Interventionen üblicherweise als ergänzende Behandlung zur Pharmakotherapie eingesetzt, mögen aber als alleinige Behandlungsverfahren ausreichend sein, wenn die ADHS-bezogenen Symptome/Funktionseinschränkungen nur moderat ausgeprägt sind. Im deutschsprachigen Raum kann inzwischen auf eine Vielzahl von psychoedukativ (D'Amelio et al., 2008) sowie verhaltenstherapeutisch fundierter Behandlungsprogramme bzw. Manuale (Hesslinger et al., 2004, Lauth & Minsel, 2009, Safran et al., 2009) zurückgegriffen werden. Weitere wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren, wie z. B. die Hypnotherapie (Revenstorf et al., 2003), wurden bislang nicht bezüglich ihrer Wirksamkeit für Betroffene mit ADHS im Erwachsenenalter konzipiert bzw. evaluiert.

Der Begriff Hypnotherapie (bzw. Hypnosetherapie) beschreibt ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, welches mithilfe von hypnotischer Trance psychotherapeutische Veränderungen hervorrufen möchte (Revenstorf et al., 2003). Hypnotische Trance stellt einen vom Alltagsbewusstsein, Entspannung und Schlaf hirnphysiologisch unterscheidbaren Zustand dar, der sich phänomenologisch durch Absorption, fokussierte Aufmerksamkeit, Dissoziation von Umweltreizen und herabgesetzte gedankliche Spontanaktivität auszeichnet (Lynn et al., 1996). Hypnose bezeichnet das Verfahren zur Einleitung bzw. Induktion einer hypnotischen Trance. Hypnotherapie kann primär als ressourcen- und lösungsorientierte Behandlungsmethode aufgefasst werden (Revenstorf et al., 2003). Im Folgenden soll ein hypnotherapeutisches Behandlungsprogramm für Betroffene mit ADHS im Erwachsenenalter beschrieben werden, welches an der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psy-

chotherapie Hadamar (Ärztlicher Direktor Dr. M. Bender) in Kooperation mit der ADHS Ambulanz (Ärztlicher Leiter Prof. Dr. Rösler) des Universitätsklinikum des Saarlandes konzipiert worden ist.

Das Mentalhaus – ein hypnotherapeutisches Konzept in der Behandlung von Betroffenen mit ADHS im Erwachsenenalter

Der Begriff Mentalhaus (Stegemann et al., im Druck) bezeichnet ein lösungs- und ressourcenzentriertes Therapieprogramm, bei dem Problembereiche, die im Zusammenhang mit ADHS stehen, primär mit Strategien und Methoden der Hypnotherapie bearbeitet werden. Damit ist gemeint, dass der Klient mittels standardisierter Induktions-Texte in einen Trance-Zustand versetzt wird, mit dem Ziel, ihm einen verbesserten Zugriff auf seine Ressourcen zu ermöglichen. Mit „Ressourcen“ wird in einem pragmatischen Sinn all das verstanden, was von einer bestimmten Person in einer umschriebenen Situation wertgeschätzt oder als hilfreich erlebt wird (Willutzki & Teismann, 2013). Mittelfristig soll der Klient mittels der Interventionen im Rahmen des Mentalhauses seine Fähigkeiten zur Selbstorganisation bzw. zum Selbstmanagement optimieren und damit in die Lage versetzt werden, eine Problembewältigung durch Zugang zu eigenen Ressourcen sowie der Entwicklung von Lösungsvisionen herbeizuführen.

Der Begriff Mentalhaus ist dabei durchaus wörtlich bzw. bildhaft zu nehmen, denn dieses Therapieprogramm ist – im übertragenen Sinne – wie ein „Haus mit verschiedenen Räumen“ aufgebaut, welches vom Klienten unter Trance aufgesucht und in seiner Imagination nach seinen eigenen Wünschen/Bedürfnissen errichtet und eingerichtet werden kann. Insgesamt besteht das Mentalhaus aus den in Abbildung 1 dargestellten vier Räumen, die nacheinander bearbeitet werden.

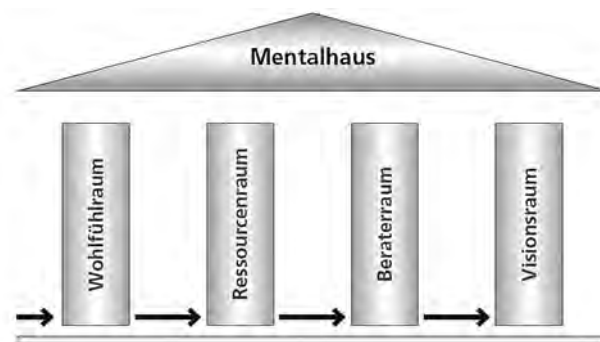


Abb. 1: Aufbau des Mentalhauses

Die einzelnen Räume des Mentalhauses stehen jeweils für bestimmte Themen, wie Tabelle 4 zeigt.

- Der Klient soll im **Wohlfühlraum** seine Genuss- und Entspannungsfertigkeit vergrößern.
- Der **Ressourcenraum** soll dem Klienten dazu verhelfen, einen besseren Zugriff zu den eigenen Ressourcen zu bekommen, diese im Alltag „abrufbarer“ zu machen und somit effizienter auf die Verhaltens- und Handlungsebene zu übertragen.
- Im **Beratungsraum** soll der Klient Strategien und Techniken lernen und/oder reaktivieren, um „sich selber beiseitezustehen“ und damit eigenständig alltagsbezogene Probleme zu lösen.
- Der **Visionsraum** wurde entwickelt, um den Klienten dabei zu unterstützen, Ziele zu generieren sowie um Veränderungsprozesse anzuregen.

Tabelle 4: Inhalte der einzelnen Räume des Mentalhauses

Für jeden dieser Räume bzw. Themen sind spezifische Texte vorhanden, die zur Trance-Induktion in der jeweiligen Sitzung eingesetzt werden können. Diese Texte liegen zusätzlich auch als MP3 Audio-Dateien vor, so dass der Klient auch ohne unmittelbare Anleitung durch den Psychotherapeuten zwischen den Sitzungen selbstständig üben (d. h. in Trance gehen) kann. Um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen, ist es vorgesehen, dass jeder Raum bzw. jedes Thema des Mentalhauses im Rahmen von zwei konsekutiven Sitzungen bearbeitet wird. Ein exemplarischer Ablaufplan am Beispieldes Ressourcenraums findet sich in Abbildung 2.

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, findet in den jeweiligen Sitzungen nicht nur eine Bearbeitung des jeweiligen Themas in Trance statt. Darüber hinaus werden die Inhalte des jeweiligen Raumes auch mittels Diskussion bzw. Reflexion im Wachbewusstsein bearbeitet. Zur nachhaltigen Unterstützung dieses Reflexionsprozesses wurden verschiedene Arbeitsblätter erstellt, welche in der jeweiligen Sitzung besprochen und zusätzlich als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen zu bearbeiten sind. In Abbildung 3 findet sich exemplarisch ein vom Klienten ausgefülltes Handout zum Thema Ressourcen.

In Tabelle 5 findet sich zusammenfassend eine Übersicht über Ablauf und Inhalte des Mentalhauses.

Evaluation des Therapieprogramms im Rahmen einer Pilotstudie

Das Therapieprogramm Mentalhaus wurde an der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar im Rahmen einer Pilotstudie mit N = 18 ambulanten Patienten mit

ADHS im Erwachsenenalter (11 männliche und 7 weibliche Patienten) evaluiert. Sämtliche Patienten befanden sich bei Einschluss in die Hypnotherapie-Studie unter stabiler Medikation und hatten bislang noch an keiner weiteren störungsspezifischen psychologischen Intervention teilgenommen. Wie aus Tabelle 6 (s. S. 18) ersichtlich, konnte im Verlauf der hier beschriebenen hypnotherapeutischen Intervention eine Verbesserung in verschiedenen ADHS-relevanten Problem- und Erlebnisbereichen erzielt werden. Selbstverständlich sind diese Ergebnisse aufgrund der kleinen Fallzahl und der fehlenden Kontrollgruppe als vorläufig zu betrachten. Des Weiteren kann noch keine Aussage über die Stabilität der erzielten Ergebnisse berichtet werden, da noch keine Katamnese erfolgen konnte.

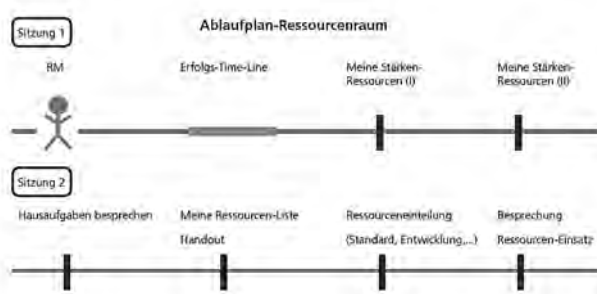


Abb. 2: Ablaufplan Ressourcenraum des Mentalhauses

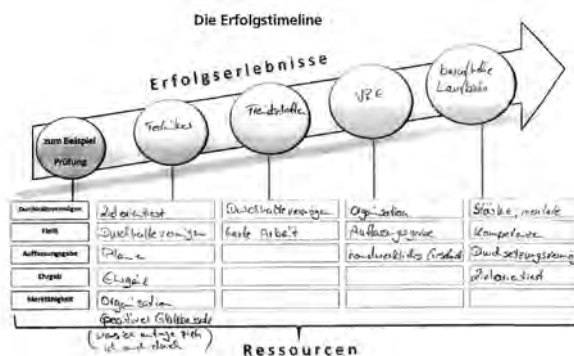


Abb. 3: Handout zu dem Thema Ressourcen

Merkmal	Inhalte
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung von Ressourcen • Optimierung der Fähigkeiten zur Selbstorganisation bzw. zum Selbstmanagement • Steigerung von Problemlöse-Fertigkeiten • Vermittlung von Fertigkeiten zur Selbst-Hypnose
Behandlungsmodule	<ul style="list-style-type: none"> • Wohlfühlraum (2 konsekutive Sitzungen je 60 - 90 Minuten, im Abstand von einer Woche) • Ressourcenraum (2 konsekutive Sitzungen je 60 - 90 Minuten, im Abstand von einer Woche) • Berateraum (2 konsekutive Sitzungen je 60 - 90 Minuten, im Abstand von einer Woche) • Visionsraum (2 konsekutive Sitzungen je 60 - 90 Minuten, im Abstand von einer Woche)
Dauer	• 8 Wochen (bei der Frequenz von einer Sitzung pro Woche)
Setting	• Einzel oder Gruppe
Standardisierter Ablauf der einzelnen Sitzungen	<ul style="list-style-type: none"> • [Besprechung der Hausaufgaben aus der vergangenen Sitzung] • Einführung in das Thema der aktuellen Sitzung • Trance-Induktion • Nachbearbeitung (Besprechung und Reflexion) der Inhalte der aktuellen Sitzung • Vereinbarung von Hausaufgaben (Handouts) • Terminierung der nächsten Sitzung

Tabelle 5: Übersicht über Ablauf und Inhalte des Mentalhauses

	T1		T2		p	φ
	M	(SD)	M	(SD)		
CAARS						
Hyperaktivität/Rastlosigkeit	56,37	(10,36)	50,11	(10,38)	<.05	.58
Impulsivität/emotionale Labilität	59,78	(9,13)	55,77	(9,62)	<.05	.59
DSM-IV Hyperaktivität/Impulsivität	59,74	(11,33)	53,72	(10,17)	<.01	.61
DSM-IV ADHS-Symptome Total	62,74	(9,50)	58,28	(8,91)	<.01	.61
Sheehan Skala						
Arbeit und Beruf	6,21	(3,29)	5,17	(3,05)	<.05	.57
Familienleben und häusliche Verpflichtungen	6,42	(2,41)	5,22	(2,26)	<.05	.57
Rosenberg-Selbstwert-Skala						
	15,89	(3,05)	18,83	(4,63)	<.05	.57
Allgemeine Selbstwirksamkeitsskala						
	24,10	(5,21)	27,00	(5,30)	<.01	.62
Kurzform der Resilienz-Skala						
	50,84	(13,14)	59,17	(11,26)	<.01	.71
SCL-90-R						
Phobische Angst	65,16	(12,39)	57,94	(13,21)	<.05	.47
Weiss Functional Impairment Scale						
Arbeitsleben	1,95	(0,71)	1,82	(0,65)	<.05	.51
Selbstkonzept	2,51	(0,63)	2,20	(0,57)	<.01	.61

Anmerkung: φ = Effektstärke als Korrelation Phi approximiert mit der Konvention
φ < .25 schwach, φ < .65 moderat, φ ≥ 1stark

Tabelle 6: Pilotstudie Prä-Post-Vergleich

Ausblick und Fazit

Da bislang überwiegend Therapieprogramme mit psychoedukativen und/oder kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt verfügbar sind, kann das hier skizzierte hypnotherapeutische Konzept mit dem Titel Mentalhaus als innovativer Ansatz in der therapeutischen Versorgung von ADHS-Betroffenen im Erwachsenenalter bezeichnet werden. Einschränkend zu der obigen Aussage muss allerdings erwähnt werden, dass die Wirksamkeit sowie Nachhaltigkeit dieses Behandlungsansatzes im Rahmen von weiteren

Studien an einem größeren Patientenkollektiv überprüft werden müssen.

■ Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D’Amelio, Christina Stegemann, Toivo Zinnow, Dr. Matthias Bender, Prof. Dr. Michael Rösler (Homburg/Saar, Hadamar)

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des ADHS-Report und der Autoren

Quelle: ADHS-Report, 15. Jahrgang, April 2015. Ausgabe 51

Literatur

- D’Amelio R, Retz W, Philippen A, Rösler M (Hrsg.) (2008).** Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer, Reihe: Im Dialog
- Flammer E & Bongartz W (2003).** On the efficacy of Hypnosis. Contemporary Hypnosis, 20, 179-97
- Hesslinger B, Philippen A, Richter H (2004).** Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Lauth GW & Minsel WR (2009).** ADHS bei Erwachsenen: Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Lauth GW & Raven H (2009).** Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review. Psychotherapeutenjournal, 8, 17-30
- Lynn SJ, Martin DJ, Frauman DC (1996).** Does hypnosis pose special risks for negative effects? A master class commentary. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 44, 7-19
- Revenstorff et al. (2003).** Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie. Expertise für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesregierung
- Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW (2009).** Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Stegemann CM, D’Amelio R, Retz W, Rösler M (2015.)** Das Mentalhaus. Ein Lösungs- und Ressourcenorientiertes Therapieprogramm bei ADHS. Göttingen: Hogrefe Verlag im Druck
- Willutzki U & Teismann T (2013).** Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie Göttingen: Hogrefe Verlag, Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Band 52 Therapie

Pseudo-ADHS oder Syndrom des bösen Friederich

Der Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann hat vor 170 Jahren für seine Kinder das Buch „Der Struwwelpeter“ geschrieben und gemalt. In diesem Buch kommt auch „Der böse Friederich“ vor. Von ihm heißt es:

„Der Friederich, der Friederich,
das war ein arger Wüterich!
Er fing die Fliegen in dem Haus
und riss ihnen die Flügel aus.
Er schlug die Stühl' und Vögel tot,
die Katzen litten große Not ...“

In holperigem Versmaß beschreibt Hoffmann eine Verhaltensstörung, die durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet ist:

- Wutausbrüche
- Ungeduld
- Impulssteuerungsschwäche
- Tierquälerei.

In der Kinderheilkunde des 21. Jahrhunderts sprechen wir vom Syndrom des bösen Friederich oder vom Pseudo-ADHS und finden darin manche der Eigenschaften wieder, die schon Heinrich Hoffmann beschrieben hat:

- Ungeduld
- Hyperaktivität
- Zornanfälle
- Verkürzte Aufmerksamkeit
- Anspruchshaltung
- Leistungsunlust
- Störung des Sozialverhaltens.

Der böse Friederich zeigt also Symptome, die denen beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHS) recht ähnlich sind.

Während die Zahl der Menschen mit echtem ADHS seit Jahrzehnten gleichbleibend bei 3 – 5 % der Gesamtbevölkerung liegt, nimmt die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Pseudo-ADHS in den letzten zwanzig Jahren deutlich zu. Das ist zumindest der Eindruck der Kinder- und Jugendärzte, die mit der Betreuung von ADHS-Patienten Erfahrungen gesammelt haben. Eine Studie ist dazu allerdings bisher

nicht durchgeführt worden.

Wie ist die Zunahme des Pseudo-ADHS zu erklären? In den letzten zwanzig Jahren sind drei neue Kinderkrankheiten aufgekommen:

1. Medienmissbrauch
2. Bewegungsmangel
3. Erziehungsverzicht.

Die neuen Kinderkrankheiten treten in den meisten Fällen gemeinsam auf. Sie haben schlimmere Folgen als Masern, Mumps, Keuchhusten und Co., die alten Kinderkrankheiten. Sie führen genau zu den Symptomen, die oben als charakteristisch für das Pseudo-ADHS aufgezählt worden sind.

Während das echte ADHS zu 80 % auf Erbfaktoren und zu 20 % auf Umwelteinflüsse zurückgeführt wird, sind die Verhältnisse beim Pseudo-ADHS genau umgekehrt: Zu 80 % sind Umwelteinflüsse, zu 20 % Erbfaktoren verantwortlich. Die Umwelteinflüsse sind eben jene drei neuen Kinderkrankheiten, die ich eben vorgestellt habe.

Wegen des zunehmend häufigeren Pseudo-ADHS muss der Arzt heute bei Verdacht auf Aufmerksamkeitsstörung sehr genau prüfen, ob ein echtes Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder ein Pseudo-ADHS vorliegt. Mit Hilfe eines EDV-gestützten Aufmerksamkeitsstestes gelingt die Unterscheidung zumeist problemlos. Der Patient mit Pseudo-ADHS besitzt eine Aufmerksamkeitsspanne innerhalb der Altersnorm.

Viele Behandlungsgrundsätze sind für beide Verhaltensstörungen gleich:

- Beschränkung der Mediennutzung auf das altersentsprechende Maß
- Vermehrt Bewegung, vor allem Sport
- Strukturierte, konsequente, liebevolle Erziehung.

Der Neurotransmitterersatz, der beim echten und stark ausgeprägten ADHS hilfreich ist, nützt beim Pseudo-ADHS nichts.

■ Dr. Rudolf Kemmerich

Sport verbessert kognitive Fähigkeiten von Kindern mit ADHS – Einsatz in der Therapie möglich

Durch sportliche Aktivität können die kognitiven Fähigkeiten – insbesondere die Aufmerksamkeit und die Gedächtnisleistung – von Kindern mit ADHS verbessert werden. Die Sportart scheint dabei keine Rolle zu spielen. Dies haben jetzt Sportwissenschaftlerinnen der Universität Regensburg in Kooperation mit einer Regensburger Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen einer Studie nachgewiesen. Nach Ansicht der Forscherinnen könnten demnach entsprechende Bewegungsprogramme in der Therapie für ADHS-Kinder eingesetzt werden. Die Ergebnisse der Studie werden in der Fachzeitschrift „Research in Developmental Disabilities“ veröffentlicht.

Bei Kindern mit ADHS sind neben den Hauptsymptomen der Krankheit (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) auch häufig gravierende Defizite im Bereich der motorischen und kognitiven Fähigkeiten zu beobachten. In früheren Untersuchungen konnten Forscherteams der Universität Regensburg bereits einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Fähigkeiten aufzeigen. Für Diplom-Sportwissenschaftlerin Susanne Ziereis und Prof. Dr. Petra Jansen vom Institut für Sportwissenschaft lag deshalb die Vermutung nahe, dass sportliche Bewegungseinheiten auch einen positiven Einfluss auf Kinder mit ADHS haben könnten. Der Einfluss von Sport auf die Entwicklung von ADHS wurde bislang weltweit kaum erforscht.

Ziereis und Jansen untersuchten in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Manfred Wurstner (Regensburg), ob unterschiedliche Sport-Trainingsprogramme einen Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten bei Kindern mit ADHS hatten. 43 Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren (32 Jungen und 11 Mädchen), bei denen ADHS diagnostiziert wurde, nahmen an der Studie teil.

Die Kinder wurden in drei verschiedene Gruppen eingeteilt, wobei es sich um zwei sogenannte Interventionsgruppen

und eine Kontrollgruppe handelte. Beide Interventionsgruppen nahmen an einem 12-wöchigen motorischen Trainingsprogramm teil, das sich jeweils von dem der anderen Interventionsgruppe unterschied. Ein Trainingsprogramm beinhaltete beispielsweise spezielle Übungen zur Handgeschicklichkeit, der Ballfertigkeit oder der Balance. In dem zweiten Programm wurde der Schwerpunkt auf Sportarten gelegt, bei denen eben diese Fähigkeiten nicht oder kaum gefordert waren. Vor und nach der ersten Trainingseinheit sowie im Anschluss an die gesamte 12-wöchige Trainingsphase wurden die jeweilige kognitive und motorische Leistungsfähigkeit der Kinder erfasst.

Die Ergebnisse der Studie waren eindeutig: Die Kinder, die an einem der beiden Trainingsprogramme teilnahmen, zeigten eine signifikante Leistungssteigerung im Bereich der kognitiven Funktionen. Dem gegenüber stagnierten die entsprechenden Leistungen bei der Kontrollgruppe. Die Regensburger Wissenschaftlerinnen folgerten daraus, dass sportliche Aktivität im Allgemeinen zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeit und der Gedächtnisleistung von Kindern mit ADHS beitragen kann.

Auf der Grundlage dieser Beobachtungen sind gezielte Bewegungsprogramme eine äußerst geeignete Methode zur Reduktion vorhandener kognitiver Defizite. Die Bewegungsprogramme könnten ergänzend oder alternativ zur medikamentösen Therapie in den Alltag und den Behandlungsplan von Kindern mit ADHS integriert werden.

■ Dr. Susanne Ziereis

Universität Regensburg, susanne.ziereis@ur.de

Titel des Original-Aufsatzes:

Ziereis S., & Jansen P. (2014): Effects of physical activity on executive functions and motor performance in children with ADHS, in „Research in Developmental Disabilities“.

Wer nur zurückschaut,
kann nicht sehen,
was auf ihn zukommt.

Konfuzius

Unabhängige Gesundheitsberatung UGB: Die Experten für Vollwert-Ernährung

Leckeres genießen, gesund essen und gleichzeitig zum Klimaschutz beitragen – Vollwert-Ernährung bietet die Lösung, um Genuss und Verantwortung im Alltag zu verbinden. Seit 35 Jahren macht sich der Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung (UGB) für diese nachhaltige Ernährungs- und Lebensweise stark.



Bild 1: Das Fortbildungsprogramm des UGB richtet sich an alle Gesundheitsinteressierten und Ernährungsfachkräfte.

Naturbelassene Lebensmittel frisch zubereitet und mit aromatischen Kräutern verfeinert, sind die besten Voraussetzungen für echten Genuss. Darum lautet die erste Empfehlung der Vollwert-Ernährung: Essen Sie genussvoll und bekömmlich! Neben gesundheitlichen Aspekten berücksichtigt das ganzheitliche Konzept gleichrangig ökologische, wirtschaftliche und soziale Aspekte. Deshalb stehen überwiegend pflanzliche und gering verarbeitete Lebensmittel an erster Stelle. Ökologisch erzeugte Lebensmittel aus der Region und aus artgerechter Haltung sorgen für Klimaschutz und Tierwohl.



Bild 2: Die Seminare verknüpfen aktuelles Ernährungswissen mit der praktischen Umsetzung.

In Fortbildungen und Seminaren unterstützt der UGB interessierte Menschen auf ihrem Weg zu einer gesundheitsfördernden Lebensgestaltung. Das Fortbildungsangebot der UGB-Akademie richtet sich an alle, die sich für eine nachhaltige Ernährung interessieren. Auch spezielle Berufsgruppen wie Ernährungswissenschaftler und Diätassistentinnen, Krankenschwestern und Hebammen, Erzieher und Lehrer, Köche und Küchenfachkräfte nutzen das Fortbildungsangebot. Sie können Einzelseminare besuchen oder sich in einer der modular aufgebauten Ausbildungen mit Zertifikatsabschluss qualifizieren. Thematisch spannt sich der Bogen von der Säuglings-, Kinder- und Senioren-Ernährung über Nahrungsunverträglichkeiten bis zu veganer Kost und Fasten. Neben fundierten Kenntnissen vermitteln die UGB-Experten vor allem die praktische Umsetzung in der Küche. Die Teilnehmer erleben Dozenten, die selbst leben, was sie empfehlen.

Unabhängig und kompetent

Ernährungsinformationen gibt es viele. Doch wirklich unabhängige Berichterstattung ist rar. Der UGB verzichtet aus Überzeugung auf Werbung und berichtet so unabhängig und kritisch. Alle zwei Monate gibt der gemeinnützige Verein das *UGBforum* heraus. Das Fachmagazin berichtet über aktuelle Ernährungstrends – von alternativen Ernährungsformen über Allergien oder Gentechnik bis zu Vitaminpräparaten. Die Autoren bewerten neue Erkenntnisse der Ernährungsforschung und geben Empfehlungen für die Praxis. Das Besondere: Die UGB-Experten berichten fachlich fundiert, aber dennoch praxisnah und leicht verständlich. Wer sich für ein spezielles Thema wie Darmgesundheit, vegane Ernährung oder Nahrungsunverträglichkeiten interessiert, liest Hintergrundberichte in einem der Sonderhefte des *UGBforum*.



Bild 3: Das UGBforum, die Fachzeitschrift für Gesundheitsförderung, berichtet fachlich fundiert, aber dennoch praxisnah und leicht verständlich.

Wer sich selbst ein Bild vom UGB machen möchte, findet auf dem Portal www.ugb.de das umfangreiche Seminar- und Informationsangebot des Verbandes.

Etliche Artikel und vollwertige Rezepte sind frei zugänglich. Das Seminar- und Fortbildungsprogramm kann auch kostenlos angefordert werden: info@ugb.de



Bild 4: Bei den UGB-Tagungen und Symposien treffen Ernährungsinteressierte zusammen, um sich über Trends und neueste Erkenntnisse aus der Forschung zu informieren.

ADHS und Asperger-Syndrom im Kontext zu Suchterkrankungen

(M)Ein persönlicher Erfahrungsbericht

Man lernt ja wirklich viel dazu, wenn man sich – als selbst Betroffene – ausführlicher mit dem Thema ADHS (und zusätzlichem Asperger-Syndrom) beschäftigt. Zu Zeiten von Café-Holunder, dem fehlinterpretierten Interview von Jörg Blech mit Dr. Leon Eisenberg und diversen anderen „Verschwörungstheorien“, was das Thema Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung betrifft, nicht immer ganz einfach für einen Laien, da Fakten herauszufiltern ...

Gerade deswegen bin ich froh und auch dankbar, dass ich über den ADHS Deutschland e. V. so viele Menschen kennenlernen durfte, die zu einer Bereicherung für mein weiteres Leben geworden sind, und über den ich auch Wege und Mittel „an die Hand“ bekommen habe, um nicht nur mit meinen, sondern auch den „Spezialeffekten“ meiner vier Kinder besser umgehen zu können.

Dies hat nachhaltig dazu geführt, dass ich als Mutter nie mehr die Hoffnung verliere und meine Kinder – egal, wie schlimm es manchmal unter ADHSlern und Autisten zugehen kann – uneingeschränkt lieben kann, ohne chronisch Schuldgefühle zu haben oder welche „auszuteilen“!

Ein Kapitel jedoch, welches in meinem Leben besonders lang war, konnte ich – anhand des erworbenen Wissens und dem Austausch mit Leuten, die ähnliches im Leben erfahren haben wie ich – nun endlich für mich abschließen.

Dabei geht es um eine komorbide Erkrankung, die auch häufig bei ADHS-Betroffenen vorliegt. Diese war auf der Familienseite meiner Eltern, bis zur Hauptdiagnose ADHS, „Haupt-Krankheit“ und nicht Begleiterkrankung.

Weil, wie bei vielen ADHS-Betroffenen auch, wurde nicht die Hauptursache erkannt, sondern nur die daraus resultierte Komorbidität, die besonders häufig bei ADHS auftritt: Sucht.

ADHS kam in meiner Familie als erstes 2009 als Diagnose auf.

Mein ältester Sohn wurde mit damals sechs Jahren als Erster diagnostiziert.

Ich folgte ihm 2012 mit einer ADHS- und im Frühjahr 2016 dann zusätzlich mit einer Asperger-Syndrom Diagnose.

Mit dem neuerworbenen Wissen, z. B. über die verschiedenen Komorbiditäten, die durch unbehandeltes ADHS dazukommen können, entschlüsselten sich regelrecht vor meinem geistigen Auge die wahren Gründe für den Verlauf meiner Familiendynamik! Etwas, was vorher wie ein Buch mit sieben Siegeln für mich gewesen war.

Ich bin in einer von der Alkoholsucht meiner Eltern geprägten Welt groß geworden und dachte lange Zeit, meine „eigenen Spezialeffekte“ würden von daher rühren.

Bis ich den wahren Grund herausfand, hatte ich hauptsächlich die Sucht als „roten Faden“ für die generationenübergreifende Familienproblematik gesehen, und meine eigenen Unzulänglichkeiten als Folge dessen.

Mein Vater hat mir ADHS und meine Mutter AS vererbt.

Obwohl generell bei AS noch im Raum steht, ob es tatsächlich direkt vererbbar ist. Aber Studien belegen, dass das Asperger-Syndrom statistisch bewiesen häufiger innerhalb einer Familie vorkommt, in der es mindestens einen weiteren Betroffenen gibt.

Soviel steht zumindest fest.

Ich könnte jetzt ins Detail gehen und zahllose Geschichten erzählen, die meine Oma, meine Tante, meinen Onkel und meinen Vater als waschechte ADHSler outen würden.

Genauso wie die Geschichten, die meine Mutter, ihren Bruder (dessen Enkelsohn) und meine Oma mütterlicherseits als Asperger-Betroffene sichtbar machen könnten ...

Aber das würde den Rahmen dieses Textes hier sprengen, und insbesondere ADHS-Geschichten wiederholen sich von Betroffenen zu Betroffenen ja häufig (so erlebe ich es zumindest innerhalb der Selbsthilfegruppen). Daher denke ich, dass es unnötig ist, hier ins Eingemachte zu gehen. Aber ich habe seit der Asperger-Diagnose quasi nur noch Aha-Momente gehabt, wenn ich mich mit Einzelheiten der Familienhistorie auseinandergesetzt habe. Die daraus resultierende Erleichterung war für mich ein Geschenk.

Wie man auch auf den Infoseiten des ADHS Deutschland e. V. -Internetportals nachlesen kann, sind ADHSler von Haus aus stark gefährdet in eine Sucht – egal welcher Art – zu geraten. Und leider haben bereits über 50 % ALLER ADHSler ein Suchtproblem.

Von Spielsucht, Medikamentenabhängigkeit, schwerem Drogenmissbrauch, über Workaholic, Kaufsucht, Sexsucht und Essstörungen ist wirklich alles dabei. Und natürlich die Klassiker: Nikotin- und Alkoholsucht.

Das finde ich persönlich doch schon sehr erschreckend.

Cordula Neuhaus erklärt, dass 30 % – 50 % aller Patienten in Suchtkliniken eine nichtdiagnostizierte AD(H)S haben. Und natürlich können Menschen aus dem Autismus-Spektrum, ebenso wie ADHSler, psychische Begleiterkrankungen (wie z. B. Zwangs- und Angststörungen) und auch Suchtverhalten parallel zueinander entwickeln.

Meine Eltern sind während des 2. Weltkriegs geboren worden und beide mussten – wie sich jeder vorstellen kann – auf ihre Art schwere Zeiten während ihrer Kindheit hinter sich bringen. So wie viele weitere Kinder ihrer Generation, die die Schrecken des Krieges überlebten und oft selbst danach noch von einem Trauma ins nächste „stolperten“, je nachdem, wo und wie sie aufwachsen konnten.

Selbst Neurotypiker wurden aufgrund schrecklicher Kriegserlebnisse während ihrer Kindheit später Opfer einer Sucht.

Aber heute weiß ich, dass meine Eltern durch ihre besonderen neurologischen Abweichungen von vornherein ganz besonders gut in das Beuteschema des Monsters „Sucht“ passten, denn Autisten brauchen Struktur und Verlässlichkeit. Ebenso wie ADHSler. Verlässlichkeit war aber etwas, was in Zeiten von Not und Hunger im und nach dem Krieg selten gegeben war.

Was über ADHS klar ist, ist, dass dessen Symptomatik noch verschlechtert werden kann, wenn von außen permanent negativer Stress auf die Betroffenen einprasselt.

Der Krieg und die Nachkriegszeit bildeten so den idealen Nährboden.

Mein Vater.

Hafenarbeiter mit Leib und Seele.

Hamburger Jung' (wenn auch kriegsbedingt in Lüneburg zur Welt gekommen, wo er auf der dortigen Säuglingsstation zwischen Mädchen als einziger Junge schon „Hahn im Korb“ gewesen war).

Meine Oma war gerade im fünften Monat mit meinem Vater schwanger gewesen, als sie – an ihrem 32. Geburtstag, am 28. Juli 1943 – dem in die Kriegsgeschichte eingegangenen Feuersturm in Hamburg knapp mit dem nackten Leben entkommen konnte. Zusammen mit ihrer etwas älteren Schwester floh meine Oma aus dem zu dem Zeitpunkt bereits halb zerstörten und in Flammen stehenden Bunker durch die brennenden Trümmer der Stadt Hamburg.

Meine Tante hat an der Hand meiner Oma dabei immer geschrien: „Mama, Mama!! Deine Schuhe brennen!“ Phosphor ... Es ist ein Wunder, dass meine Oma keine schweren Verbrennungen an den Füßen davon trug.

Meine Tante erlitt ein nachhaltiges Trauma durch dieses Kriegserlebnis.

Es liegt auch mehr als nahe, dass mein Vater auf diese Weise ebenfalls ein sogenanntes „vorgeburtliches Trauma“ bekam.

Als jüngstes von drei Kindern erlebte er lange Hungerperioden mit, wuchs die ersten Jahre ohne seinen leiblichen Vater auf (der in russischer Gefangenschaft war), musste als Grundschüler lange Zeit im Krankenhaus verbringen, weil er sich einen Bauchfellriss zuzog, litt lange Zeit unter Anämie und dadurch ausgelöste Ohnmachtsanfälle und erlebte später als Jugendlicher mit, wie sein ältester Bruder sich während dessen Lehrzeit immer wieder weigerte Kostgeld bei meinen Großeltern abzugeben, seinen Lohn oft sinnlos „versoff“ und sich auch sonst nicht wirklich familiär verhielt.

Zur Verteidigung meines Onkels muss ich erwähnen, dass er als Vorschulkind während des Krieges „Opfer“ der Kinderlandverschickung geworden war. Als kleiner Junge, über viele Monate hinweg getrennt von den Eltern, der Schwester und dem restlichen vertrauten Umfeld, musste er bei einer Gastfamilie in Österreich leben.

Nach seiner Rückkehr war er einfach nicht mehr derselbe gewesen, obwohl seine Gasteltern ihn gut behandelt hatten. Nach seiner Rückkehr in die eigene, „arme Familie“, verletzte er meine Oma nachhaltig mit Aussagen wie, dass er zurück zu seiner „Tant“ wolle ... Ich möchte nicht wissen, wie sehr ihr Mutterherz unter diesen kindlichen Aussagen

leiden musste ...

Und ich denke heute, dass dieses Erlebnis mit der Kinderlandverschickung, die Eltern-Kindbeziehung zwischen ihnen zerstört hat. Meinen Recherchen zufolge war das jedenfalls kein Einzelfall ...

Jedenfalls fühlte sich mein Vater, nachdem der Bruder sich mit der Familie ziemlich zerstritten und auseinandergeliebt hatte, und seine Schwester (nach einem Panikanfall, den sie wegen des im Juni 1950 ausgebrochenen Koreakrieges erlitten hatte) aus Deutschland ausgewandert war, natürlich für meine Großeltern verantwortlich.

Ich kann heute 1:1 nachempfinden, wie ungerecht und hilflos er sich gefühlt haben muss, während er miterlebte, wie seine Eltern mit einer winzigen Rente klarkommen mussten, für das, was sie ihr Leben lang für die Familie „gestemmt“ und durchgemacht hatten.

Der Weg zum Alkohol war damals ein einfacher für ihn gewesen, und so schlich sich (auch durch das vorgelebte Trinkverhalten seines sozialen Umfelds) die Sucht langsam ein: Alkohol, das typische Mittel zur sogenannten Selbsttherapie bei ADHS, um die innere Unruhe, die zermürbenden Gedanken und auch die aufkommenden Gefühle der Hilflosigkeit zeitweise zu betäuben. Man befindet sich jedoch bei dieser „Therapie“ schneller in der Abwärtsspirale der Sucht als man sich bewusst darüber wird ...

Erschwerend kam zum Suchtverhalten meiner Eltern hinzu, dass insbesondere zwischen der Mitte der 50er bis Anfang der 90er Jahre Alkohol einfach zum sozialen Leben „dazugehörte“. Es gibt kaum Fotos von Familienzusammenkünften aus diesen Zeiten, wo auf der Kaffeetafel nicht auch eine Buddel Schnaps oder Likör stand ...

Rückblickend habe ich erkannt, dass bestimmte Personen häufiger auf Treffen und in Kneipen anzutreffen waren als andere, wo der Alkohol auch großzügig konsumiert wurde. Die Hälfte unserer direkten Nachbarn bewegte sich damals ebenso in diesem Gefüge, und viele gingen an den direkten Folgen ihres Alkoholkonsums (oder deren Spätfolgen) regelrecht vor die Hunde.

Es war einfach „chic“ Alkohol zu konsumieren, was nichts mit dem heutigen „Komasaufen“ unter Jugendlichen zu tun hat.

Entweder man konnte mit Alkohol umgehen oder nicht. Und viele konnten es damals eben schon nicht.

Doch wer während der „Ära Alkohol“ keinen Stoff zu Hause anzubieten hatte, wenn Besuch vorbei kam, und auch selbst keinen zu sich nahm, hatte entweder ein überdimensionales Gesundheits-Selbstbewusstsein, lebte im Kloster oder gehörte auch hier einfach „nicht dazu“. Viele hatten einfach nicht das Selbstbewusstsein, zu einer Abstinenz zu stehen und das Getratsche darüber zu ertragen.

Wer ein offensichtliches Alkoholproblem hatte, wurde überdies zum Ziel von Getuschel und Gelächter des näheren Umfelds, im Sinne von: „Der oder die hat sich nicht im Griff!“. Auch meine Eltern versuchten ihre Probleme vor der Öffentlichkeit zu vertuschen, selbst dann noch, als es schon alle im näheren Umkreis wussten.

Aus meiner Sicht versuchten meine Eltern ihre Probleme und quälenden Gefühle mit Alkohol erträglich zu machen; sie für eine gewisse Zeit zu betäuben.

Für meinen Vater war es eine Art Strategie, seine „soziale Ader“ (und die damit verbundenen Gedankenkreise und Schuldgefühle) auszublenden.

Jedoch wurden die benötigten Mengen immer mehr.

Vom sogenannten Quartalssäufer wurde mein Vater letztendlich ein Spiegeltrinker, der einen gewissen Pegel halten musste, um keine Entzugserscheinungen zu bekommen.

Auch drei Entgiftungen und eine Langzeittherapie brachten ihn aus dem Teufelskreis langfristig nicht heraus.

Meine Mutter war die Co-Abhängige, die trotz solidarischen Mit-Trinkens auf ihre Art über Jahrzehnte hinweg für Struktur innerhalb unserer vier Wände sorgte.

Da sie als Asperger-Betroffene selbst auf Struktur und Verlässlichkeit angewiesen war, sorgte sie täglich für Essen, saubere Wäsche und einen gepflegten Haushalt. Ich erinnere mich an keinen einzigen Tag in meiner gesamten Kindheit, an dem sie aufgrund von Alkoholkonsum kein Mittagessen auf dem Tisch stehen hatte, wenn ich nach Hause kam. Ich habe noch immer das Bild vor meinem geistigen Auge, wie ich sie nach der Schule stets zuhause antraf; strickend und auf der Couch im Wohnzimmer sitzend. Für Außenstehende war nicht sichtbar, dass sie co-abhängig war.

Bei uns in der Wohnung war es nie unordentlich (mal abgesehen von den Kinderzimmern ...), und selbst nach abendlichen Trinkgelagen war am nächsten Morgen nichts mehr davon im Wohnzimmer zu sehen – keine überfüllten Aschenbecher, keine Berge von benutzten Gläsern, keine leeren Flaschen oder Dosen.

Meine Mutter konnte noch so betrunken gewesen sein, wenn die Gäste gegangen waren; bevor sie selbst ins Bett ging, räumte sie stets alles wieder auf.

Den schönen Schein nach außen hin zu wahren, erforderte jedoch all ihre Kraft und Aufmerksamkeit, und daher liefen wir Kinder so „nebenher“ in ihrem Leben ...

Lange Zeit hielt ich meine Mutter für absolut emotionslos, weil sie mein Leid als solches überhaupt nicht wahrzunehmen schien. Und das, obwohl ich über Jahre hinweg – manchmal täglich – mit Weinkrämpfen vor ihr stand, wenn ich aus der Schule nach Hause gekommen war. Denn lange bevor das Wort „Mobbing“ überhaupt in Mode gekommen war, hatte ich in der Grundschulzeit intensive Erfahrungen

damit sammeln „dürfen“.

Heute weiß ich, dass das Herunterspielen meines Leids ihre unbewusste Strategie war, die Kontrolle über alles zu behalten. Sie konnte mein Leid nicht an sich heranlassen, um selbst nicht zusammenzubrechen.

Wenn sie eines zum damaligen Zeitpunkt nicht hatte gebrauchen können, waren es zusätzlich zum saufenden Ehemann „kranke“ Kinder, die ihr das Leben noch mehr erschwerten. Damals „funktionierte“ sie nur einfach irgendwie.

Unser Leid war für sie nicht wirklich sichtbar, weil sie selbst krampfhaft damit beschäftigt war „die Ordnung zusammenzuhalten“. Ihr Fokus lag auf Kontrollerhalt. Ohne sie wäre mein Vater schon viel früher verloren gewesen, der trotz seiner fast allabendlichen Besäufnisse immer zur Arbeit ging.

Ich habe nie erlebt, dass er aufgrund eines Katers mal zu Hause geblieben wäre.

Dafür hat er allerdings auch irgendwann dauerhaft seinen Führerschein einbüßen müssen.

Und auch wenn ich speziell meiner Mutter lange Zeit gegrollt habe, weiß ich heute, dass es Übermenschliches war, was sie geleistet hat! Auch, wenn vieles vielleicht nicht richtig gewesen sein mag. Und wäre sie damals irgendwann tatsächlich langfristig zusammengeklappt, hätten wir Kinder vermutlich noch mehr gelitten. Mein Vater war nicht nur abhängig vom Alkohol, sondern ebenso abhängig von der „Mitarbeit“ meiner Mutter.

Viele, viele Jahre lang glaubte ich jedoch fälschlicherweise, dass an meinen Problemen in der Schule, im Berufsleben und in zwischenmenschlichen Beziehungen einzig und allein die Sucht meiner Eltern schuld gewesen war.

Das dies zwar ein Mit-Grund, aber nicht „Wurzel allen Übels“ gewesen ist, wurde mir zuerst 2012 so langsam bewusst, als ich mich nach meiner ersten ADHS-Diagnose eingehender mit der Gesamtthematik befasste ...

Heute weiß ich, dass die Einflüsse der Sucht meiner Eltern meine „neurologischen Besonderheiten“ zusätzlich negativ beeinflusst haben, aber diese eben nicht Auslöser dafür gewesen sind.

Natürlich gehen auch an einem neurotypischen Kind solche Erlebnisse mit suchtkranken Eltern nicht spurlos vorbei.

An Menschen wie mir hinterlassen sie jedoch noch extremere Narben auf der Seele, so fürchte ich. Vor allem, da ich mich an vieles 1:1 noch erinnern kann, als wäre es gestern gewesen.

Ein zusätzliches Problem, worunter ja die meisten der ADHS-Betroffenen zu leiden haben, ist nicht „den Punkt“ zu erkennen, wo man „genug“ hat, wo man aufhören „sollte“,

und extrem dazu neigt – einfach jedes verdammte Mal – über die berühmten Stränge zu schlagen. Mein Vater vergaß jedesmal „rechtzeitig“ mit dem Trinken aufzuhören, bevor der Absturz kam, der teilweise dahin ging, dass er Dinge sah, die es nicht gab.

Ich selbst kenne dieses „nicht aufhören können“ in Form vom sogenannten „Binge-Eating“.

Auch wenn ich, aufgrund der Erlebnisse mit der Sucht meiner Eltern, zwar dem Alkohol stets eher abstinent begegnete, brach mein eigenes Suchtverhalten schon früh, in Form von Fressanfällen, durch. Anders als bei Bulimie werden dabei große Mengen, oft sehr kalorienreicher Nahrung, zu sich genommen ohne diese anschließend zu erbrechen. Zusätzliche Folgen waren dauerhafte Gewichtsprobleme und ein großes Problem damit, den eigenen Körper zu akzeptieren.

Erst als ich medikamentös mit Methylphenidat eingestellt worden bin, stellte sich als positiver „Nebeneffekt“ eine Normalisierung meines Essverhaltens ein.

Aber nicht alle ADHS-Patienten mit zusätzlichen Störungen im Essverhalten teilen diese Erfahrung, soviel sei dazu erwähnt. Ich hatte schlicht Glück, denke ich.

Mir persönlich standen zumindest Tränen in den Augen, als ich das erste Mal vor einem Teller saß, ich bewusst ein „Satt-Gefühl“ wahrnehmen konnte und mit gutem Gewissen den verbliebenen Rest auf dem Teller liegen lassen konnte!

Bis zu diesem Zeitpunkt haben mich fast täglich Heißhungerattacken aus dem Nichts überfallen, trotz der Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten. Bereits vor 15 Jahren gewöhnte ich mir an, morgens zu frühstücken und auf einen ausgeglichenen Flüssigkeitshaushalt zu achten. Bis dahin gehörte ich eher zu den Menschen, die Essen morgens nicht sehen konnten, und denen eine Zigarette und ein Kaffee als Frühstück ausreichten ...

In meinen schwersten Zeiten wog ich bis zu 129 kg, bei einer Körpergröße von 176 cm ...

Mittlerweile kann ich mein Gewicht zwischen 85 und 87 kg halten.

Bei mir löste das Medikament keine Appetitlosigkeit oder gar Übelkeit aus, mit der ja viele ADHSler unter einer Methylphenidatmedikation zu kämpfen haben. Es ist eher, als wenn ein klemmender Schalter in meinem Kopf durch das Medikament eine Art Tropfen Öl zum besseren Funktionieren des Sättigungsgefühls bekommt.

Ohne irgendeine Diät einhalten zu müssen und vor allem ohne das Gefühl zu haben, auf „etwas verzichten“ zu müssen, durfte ich die Erfahrung machen, wie es ist normale Portionen zu sich zu nehmen, Mahlzeiten zu genießen und

dabei auch noch langsam, aber beständig Übergewicht abzubauen. Und ohne krampfhaften Dauerblick auf die Waage, um sein Gewicht halten zu können.

Bei dieser Erfahrung, die ich mit Hilfe von Methylphenidat machen durfte, denke ich, dass meinem Vater zu heutiger Zeit vielleicht eine klare ADHS-Diagnose langfristig mehr geholfen hätte als die „simple“ Suchtdiagnose.

Als Laie stelle ich mir dies in etwa so vor:

Ein Alkoholiker kommt heute zur Entgiftung in eine Fachklinik, und dort wird z. B. durch eine ausführliche Differentialdiagnostik festgestellt, dass der Patient ADHS oder ADS hat (was bis dato vorher noch nirgends festgestellt worden ist). Dann wäre es mit Sicherheit für den Patienten erfolgversprechender, langfristig der Sucht zu entsagen, wenn er zu einer parallel laufenden Psychotherapie unterstützend Methylphenidat einnimmt (wenn aus medizinischer Sicht sonst nichts dagegen spricht).

Meiner Meinung nach hat Methylphenidat bei mir den „Suchtdruck“ eingedämmt.

Darüber hinaus können für einen abhängigen Menschen die Diagnosen AD(H)S und/oder AS, eine Erlösung sein! Das ist nicht nur meine eigene Erfahrung gewesen.

Meinem Vater hätte insoweit eine klare Diagnose vielleicht nachhaltiger geholfen.

Denn wenn er damals schon verstanden hätte, dass er nicht aufgrund von fehlender Disziplin oder einem Übermaß an Sorgen und Gefühlen, die er mit sich herumtrug, alkoholabhängig geworden war, sondern weil ihm aufgrund von ADHS das nötige Werkzeug dafür tatsächlich nur bedingt zur Verfügung gestanden hat, hätte es seinem Selbstbewusstsein unter Garantie einen positiven Auftrieb gegeben und die Therapie wäre in eine ganz andere Richtung gelaufen ...

Es war nur ein unglücklicher Umstand gewesen, dass er dem Alkohol zum Opfer gefallen war. Und es hatte ihm sicherlich nicht an Einsicht und Disziplin gefehlt, seine Alkoholsucht zu bekämpfen (sonst hätte er von sich aus auch keinen Versuch unternommen langfristig trocken zu werden, was er ja aber mehrfach in Angriff genommen hatte), sondern Grund war eben eine stoffwechselbedingte Störung im Frontalhirn gewesen, durch die er keine klaren Grenzen beim Alkoholkonsum ziehen konnte, als es noch einen Weg zurück gegeben hätte.

Mein Fazit ist: Nicht nur Mediziner stehen in der Pflicht, bei Erstdiagnosen wie Sucht oder auch Depression mal tiefer bei betreffenden Patienten „nachzugraben“, und ob durch eine ausführliche Anamnese nicht herauskommt, was eigentlich zuerst da war: Huhn oder Ei. Oft sind direkte

Fragen, ob es Probleme während der Schulzeit gab, schon ein deutliches Indiz. Auch Freunde und Verwandte sehe ich genauso in der Pflicht mal einen eingehenderen Blick auf die Familienhistorie der süchtigen Person zu werfen ...

Klar muss auch der Betroffene bereit dafür sein, die möglichen Ursachen für eine Sucht oder Depression, zu sehen und zu akzeptieren.

Das ist ja leider auch nicht immer der Fall.

Wenn aber seit vielen Jahren in der medizinischen Welt bekannt ist, dass der überwiegende Teil der Suchtpatienten eine unbehandelte ADHS oder ADS hat, ja – dann fragt sich ein logisch denkender Verstand automatisch – warum wird dann nicht viel mehr auf diese Menschen eingegangen? Warum werden nicht bereits bei Überweisung solcher Patienten rein vorsorgliche Ersttests gemacht, die Hinweise auf eine ADHS oder ADS geben könnten?

Stattdessen wird Symptombehandlung betrieben, was das Gesundheitssystem Milliarden an Euro kostet, weil so viele bereits schon einmal behandelte Suchterkrankte (man spricht bei Alkoholikern von einer über 80 %igen Rückfallquote!!) irgendwann wieder rückfällig werden? Wie viele Folgeerkrankungen könnten dadurch verhindert werden? Wie viele gespendete Organe – insbesondere Leberorgane – würden an Patienten ohne durch Alkohol verursachte Krebserkrankungen gehen, wenn man ADHSler viel früher gezielt behandeln würde??

Ja, was könnte dem gesamten Gesundheitssystem – weltweit – an Ausgaben erspart bleiben, wenn man den Kern „des Übels an den (Hühner-)Eiern packen würde“ und auf ADHS abgestimmte Suchtprävention betreiben würde.

Der Blick auf eine Sucht verändert sich grundlegend, wenn ADHS mit im Spiel ist.

Sich dafür zu öffnen ist jedoch Grundvoraussetzung und die Aufklärung in diesem Bereich wird bis heute (bewusst?) vom weltweiten Gesundheitssystem absolut vernachlässigt.

Dieser Bericht ist meinem Vater gewidmet, der am 24.02.1997 an den Folgen seiner Alkoholsucht verstarb. Er wurde nur 53 Jahre alt.

Am heutigen Tag – jetzt, da ich diese Zeilen schreibe – jährt sich sein Todestag zum 20. Mal. Heute erlebe ich seinen Tod nicht mehr als sinnlos, wenngleich immer noch als unnötig und unendlich traurig.

Vieles, was ich ihm noch hätte sagen wollen, blieb unausgesprochen.

Unter anderem, dass ich ihm und auch meiner Mutter keinerlei Vorwürfe wegen der Vergangenheit mache.

■ Andrea Behrens

Hochkonzentriert und unaufmerksam

ADHS ist Herausforderung und wird oft als Überforderung erlebt. Zugleich ist ADHS auch Chance und besondere Begabung, beispielsweise ein Assoziativer Denk-Stil.

„Herzlichen Glückwunsch zu ADHS!“ – So lautet der Titel eines Büchleins, das ich kürzlich las. Für viele mag das wie Hohn klingen angesichts der Wirklichkeit, die sie erleben. Denn die Not und das Leid sind oft herausfordernd, fast überwältigend. Doch gerade weil wir häufig so viel Negatives im Zusammenhang mit ADHS hören oder erleben, hat mich dieser Titel angesprochen. Ich finde es wichtig, dass wir uns immer wieder bewusst machen, dass es auch die positiven Seiten von ADHS gibt, damit wir nicht den Mut verlieren!

Ich verwende in diesem Artikel die Abkürzung ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), der auch in der wissenschaftlichen Literatur verwendet wird und beides meint: ADHS mit und ohne Hyperaktivität.

Ich persönlich nenne ADHS gerne „Assoziatives Denken, Hohe Sensibilität“ oder „Assoziativer Denk-Stil“. Dies betont die Stärken und stärkt das Selbstwertgefühl, das bei den meisten Kindern mit ADHS sehr schwach ist. Sie haben schon früh das Gefühl, anders zu sein. Sie erfahren viel Kritik, weil sie nicht so sind, wie sie sein sollen. Oder weil sie nicht so können, wie sie wollen oder sollen. Sie sind oft sehr verzweifelt über sich selbst und nicht wenige denken, es wäre besser, es gäbe sie nicht.

Herausragendes leisten

Der Assoziative Denk-Stil ist eine ganz besondere Stärke. Menschen mit ADHS denken vielschichtig. Sie können aufgenommene Sinneswahrnehmungen unbewusst verändern und mit Hilfe ihrer Phantasie ganz Neues erzeugen. Dieser Denkstil ermöglicht Erfindungen und besondere kreative und künstlerische Leistungen. Menschen mit ADHS können Neues bewegen und zum Fortschritt und zu besonderen Errungenschaften beitragen!

Bei vielen berühmten Menschen, wie Wolfgang Amadeus Mozart, Albert Einstein, Mahatma Gandhi, Martin Luther King, Walt Disney, Astrid Lindgren oder Thomas A. Edison wird vermutet, dass sie ADHS hatten. Menschen mit ADHS sind es oft, die Herausragendes zu leisten vermögen. So auch bei Bill Gates, der mit Windows die Welt revolutionierte. Dr. Eckart von Hirschhausen schreibt in einem Bekennerbrief zu seiner Aufmerksamkeitsstörung: „Ohne meine sprunghafte Aufmerksamkeit wäre ich nie Komiker geworden. Und viele meiner Komikerkollegen auch nicht.“ Und Arno Backhaus, ein bekannter Künstler und Autor, sagt, er sei für sein ADHS dankbar, weil er ohne ADHS nicht so viele

tolle Ideen hätte. Ein ADHS-Spezialist vermutet, dass alle guten Künstler ADHS haben. Hier zeigen sich die Stärken eines **Assoziativen Denk-Stils!**

Menschen mit ADHS können gute Führungspersönlichkeiten, aufopferungsvolle Begleiter oder Notfallhelfer sein. Denn das Gehirn ist im Notfall sofort eingeschaltet und hoch leistungsfähig. Man findet sie gerne in pädagogischen Berufen (sie sind sehr kinderlieb) oder in Berufen, in denen man viel draußen ist (sie sind natur- und tierlieb). Auch in helfenden Berufen, unter Pfarrern, Ärzten, Feuerwehrmännern, Polizisten, Juristen (sie haben einen großen Gerechtigkeitsinn), Schauspielern, Politikern, Journalisten, Spitzensportlern, Computerexperten, Selbstständigen, ... Oft suchen sie Tätigkeiten, die besonders abwechslungsreich sind.

Bei einem Bewerbungsgespräch für eine verantwortungsvolle Führungskraft wurde der Bewerber gefragt: „Haben Sie ADHS?“ Als der Bewerber bejahte, hatte er dadurch keine Nachteile, im Gegenteil: er bekam die Stelle. Denn jene Firma suchte gerade jemanden, der die ADHS-spezifischen Fähigkeiten hatte.

Ich würde mir wünschen, dass in unsrer Gesellschaft noch viel mehr der Blick auf die genialen Stärken dieser Menschen gerichtet wird. Natürlich ohne dabei die Not und das Leid aus den Augen zu verlieren, die häufig mit ADHS verbunden sind.

Nicht jeder Erwachsene mit ADHS braucht eine Behandlung. Manche wissen gar nicht, dass sie ADHS haben, da sie sehr gute Ressourcen haben und Strategien entwickelt haben, um mit ADHS gut klarzukommen.

Allerdings sind Menschen mit ADHS besonders Burnout gefährdet. Sie können bei Interesse längere Zeit Herausragendes leisten, doch es fällt ihnen schwer, ihre Grenzen wahrzunehmen. Und so gehen manche deutlich über ihre Grenzen, bis zur völligen Erschöpfung.

ADHS ist keine Modeerscheinung, ADHS gab es schon immer. Der Psychiater Heinrich Hoffmann beschrieb 1845 sehr treffend ADHS mit Hyperaktivität (den „Zappelphilipp“) und ohne Hyperaktivität (den „Hans-Guck-in-die-Luft“, auch als „Träumerchen“ bekannt).

In der Bibel gibt es Hinweise, dass es bereits zur Zeit Jesu Menschen mit ADHS gab. „Petrus hatte ADHS“, titelte ein Aufsatz in der Mitgliederzeitschrift von „ADHS Deutschland“. Petrus, dieser mutige, spontane, sprunghafte, vorangehende, bewegende Jünger, ein ADHSler? Jesus nennt ihn den Felsen, er baut auf ihn!

Andere neuronale Netzwerknutzung

ADHS wird vererbt. ADHS kommt weltweit in allen Kulturen vor, in allen Begabungsniveaus und in jedem Alter. Ich sehe ADHS zunächst nicht als Krankheit, sondern als eine andere Netzwerknutzung. Doch in der heutigen Zeit verschlechtern sich zunehmend die „Rahmenbedingungen“ für Menschen mit ADHS. Und so benötigen heute immer mehr Kinder und auch Erwachsene Behandlung, Unterstützung und Hilfe, nicht selten auch medikamentös. Menschen mit ADHS haben eine hohe Reizoffenheit bei gleichzeitiger Reizfilterschwäche. Das heißt, es strömt ständig zu viel auf sie ein. Wenn Halt gebende Strukturen wegfallen und in Schulen oder in offenen Kindergärten immer mehr Eigenverantwortung gefordert ist, sind sie meist überfordert.

Die andere Netzwerknutzung im Gehirn kann zu verschiedenen Symptomen führen, unter denen die Betroffenen leiden. Dies hängt unter anderem mit Gehirn-Botenstoffen wie Dopamin und Noradrenalin zusammen. Weil die Informations-Aufnahme im Gehirn eine andere ist, werden zu viele, oft unwichtige Daten „geladen“ oder wichtige nicht vollständig erfasst. Deshalb können diese Menschen sehr sprunghaft sein, alles Mögliche mitbekommen, nur leider nicht das Wesentliche. Sie haben Probleme mit der Reizfilterung und Reizverarbeitung. Sie kommen dadurch manchmal zu anderen, auch neuen Schlüssen und denken assoziativ.

Der „Arbeitsspeicher“ speichert bei ihnen die Informationen nicht lange genug, sortiert sie ungenügend oder ist überlastet durch zu viele Infos, sodass es zu „Datenabstürzen“ kommen kann. Vergesslichkeit und schlechte Merkfähigkeit, Dinge verlieren oder verlegen und hohe Ablenkbarkeit hängen mit der alternativen Netzwerknutzung im Gehirn zusammen. Oft hören Menschen mit ADHS nicht, wenn sie angesprochen werden und finden oder sehen Dinge nicht, auch wenn sie direkt vor ihnen liegen. Sie können bei subjektivem Interesse, wenn etwas spannend oder interessant ist, hochkonzentriert sein. Aber bei langweiligen oder schwierigen Aufgaben haben sie große Mühe mit der Aufmerksamkeit. Deshalb spricht man auch von Aufmerksamkeitsinkonsistenz (Inkonsistenz = Widersprüchlichkeit/Unbeständigkeit). Bei Kindern sind häufig Schulprobleme die Folge. Viele Eltern berichten von Hausaufgabenkämpfen oder von Dramen bei alltäglichen, für die Kinder langweiligen Routinen wie Zähneputzen oder Anziehen.

Leben im Dauerstress

Menschen mit ADHS haben immer wieder Schwierigkeiten, sich selbst zu steuern. Dies zeigt sich auch in der Impulsivität. Typisch ist: Erst reden oder handeln, dann denken. Ins Wort fallen und schlecht warten können, bis man an der Reihe ist. Kinder haben oft Schwierigkeiten mit Regeln, können sehr stur sein und bei Aussagen wie „Du musst“ komplett blockieren. Manche Eltern kennen heftige Wut-

ausbrüche, vor allem, wenn es nicht so läuft, wie es das Kind im Kopf hat.

Durch die „Reizüberflutung“ sind Menschen mit ADHS häufig überreizt und an der Grenze ihrer Kraft. Viele leben im Dauerstress, haben eine geringe Frustrationstoleranz und starke Stimmungsschwankungen mit teilweise heftigen Gefühlsabstürzen. Die emotionale Labilität, die „Achterbahnfahrten der Gefühle“ können ihnen und ihrem Umfeld sehr zu schaffen machen. Sie haben ein ausgeprägtes Gefühlsleben (auch wenn sie es nicht zeigen!) und ein extremes Autonomiestreben. Selber machen und Chef sein wollen – davon können viele Eltern ein Lied singen. Menschen mit ADHS sind meist hochsensibel, oft mit intuitiver, treffender Wahrnehmung. Andererseits haben sie Schwierigkeiten, die Perspektive zu wechseln und sich in den anderen hineinzusetzen, wenn es sie persönlich betrifft. So kann es sein, dass ein Kind mit ADHS dem Geschwisterkind wehtut und nicht verstehen kann, warum dieses weint. Manche sind sehr kritikempfindlich, können aber kräftig austeilen! Sie sind häufig kontaktoffen und bei Interesse stark beeinflussbar, leider auch manipulierbar. Nur ein Teil der Kinder mit ADHS ist hyperaktiv und selten ist die Hyperaktivität („Zappeligkeit“) das Hauptproblem, zumal sie sich im Jugendalter oft verliert.

Konfliktpotenzial

Wahrscheinlich erkennt fast jeder Mensch bei sich manche der beschriebenen Symptome. Deswegen hat er oder sie aber noch kein ADHS! Wenn Sie sich jedoch stark angesprochen fühlen und wenn ein Leidensdruck da ist, dann ist eine fundierte diagnostische Abklärung sinnvoll und kann in Verbindung mit einer Behandlung echte Hilfe und Entlastung bringen.

ADHS hat viele Gesichter und kann sich bei verschiedenen Menschen ganz unterschiedlich zeigen. Trotz der Unterschiedlichkeit der Ausprägungen gibt es aber auch Gemeinsamkeiten: das Gefühl, irgendwie anders zu sein. Eher in Extremen zu leben als in der Mitte. Beispielsweise extrem viel oder hart zu arbeiten. Es kann vorkommen, dass zwei Menschen total verschieden sind, obwohl beide ADHS haben. Der eine hat Probleme mit der Pünktlichkeit, der andere braucht und erwartet diese. Der eine hat große Probleme, Ordnung zu halten, dem andern ist die Ordnung sehr wichtig und er erwartet diese auch vom Partner oder Kind. Dass dies zu Konflikten führen kann, ist verständlich! In Familien mit ADHS sind Partnerschaftskonflikte häufig. In den ADHS-Elterntrainings, die ich leite, schildern mir Eltern immer wieder, dass ihr Kind zwei Seiten hat: Bei Fremden kann es vorbildlich sein und zu Hause „geht die Post ab“. Deswegen wird den Eltern oft zu Unrecht vorgeworfen, sie würden ihr Kind nicht richtig erziehen. Viele Eltern berichten mir, dass sie fast nicht mehr können. Was kann angesichts dieser Herausforderungen helfen, mit

ADHS besser klarzukommen? Darum wird es in der nächsten Ausgabe gehen.

■ Judith Gruhler

Judith Gruhler ist Sozialpädagogin und ADHS-Trainerin. Sie lebt mit ihrer Familie in der Nähe von Ulm und arbeitet schwerpunktmäßig mit Familien mit ADHS.

Wenn im Kopf der Filter fehlt



PSY+CO Gudula Kanzmeier

Burnout, Klinik, Arbeitsunfähigkeit: Die Diagnose ADHS hat Gudula Kanzmeier einst aus der Bahn geworfen. Heute entwickelt sie Hilfsmittel für Menschen mit psychischen Störungen, damit sie barrierefrei in dieser Gesellschaft leben, arbeiten und ihr Potential nutzen können.

„Wenn du eine psychische Störung hast, die Kreativität ohne Ende ausspuckt, aber nicht die barrierefreie Umgebung, die du brauchst, um sie umzusetzen – dann wird das Gründen schwerer als es eh schon ist“, sagt Gudula Kanzmeier. Die Störung ist ADHS, kurz für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität-Syndrom. Es kursieren weniger schöne Umschreibungen, die alle mit dem Klischee zu tun haben, dass ADHS doch eine Modediagnose sei, die man vorschnell bei nervigen Kindern aus der Tasche zieht.

„Noch bis vor kurzem galt ADHS als Kinderkrankheit, die sich mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter in Luft auflöst“, sagt Gudula. „Als Erwachsener ADHS zu haben, darauf ist das System noch nicht so recht eingestellt.“ Was es an Rehamaßnahmen und Angeboten für Erwachsene gebe, das gehe an den Bedürfnissen von Menschen mit ADHS und vielen anderen Störungen völlig vorbei: „Das sind oft hochintelligente, kreative Menschen, die einfach nur andere Umgebungen und Arbeitsabläufe brauchen. Dann sind sie auch nicht so sprunghaft, wie man denkt, sondern hyperfokussiert.“

Mit ihrer Gründung schaffe sie sich ihre eigenen „Haltungsbedingungen“, sagt Gudula. „Wenn ich ‚Barrierefrei-

heit‘ sage, denken alle an Rampen oder breitere Türen für Rollifahrer. Aber für uns ADHSler, aber auch für Autisten, bedeutet Barrierefreiheit, dass wir einen Raum oder eine Veranstaltung nutzen können, ohne nach kurzer Zeit vor Erschöpfung durchzudrehen, weil zu viele Reize auf uns einprasseln.“

PSY+CO ist der provokante Name ihres Startups, ein „Sanitätsshop für die Psyche“. Eine Art Werkstatt für Hilfsmittel, die Menschen wie sie dabei unterstützen, in der Welt bestehen zu können – und ihr volles Potential abzurufen. „Ich denke dabei aber auch an gesunde Menschen, die einfach auf sich achten wollen.“ Viele Produkte, die Gudula gerade entwickelt, haben ein Ziel: Reizüberflutung reduzieren. Da ist eine Brille mit einer Art Scheuklappenaufsatz, der das Sichtfeld einengt. Oder eine mobile Schallschutzkabine, mit der das Leben im Großraumbüro erträglicher werden könnte.

Es war ein Umzug in eine Firma mit falschen „Haltungsbedingungen“, der vor Jahren bei Gudula zum Zusammenbruch und endlich zur Diagnose geführt hatte. Bis dahin hatte sie jahrelang als Drehbucheditorin für TV-Serien gearbeitet, im Einzelbüro. In der neuen Firma gab es kein Einzelbüro, „dafür Chaos ohne Ende. ADHSler sind reizoffen, uns fehlen Filter. Wir können nichts ausblenden, hören alles, sehen alles“, sagt Gudula. „Diese Reize auszublenden kostet immens viel Kraft.“ Die Folge war eine Negativspirale: „Ich konnte mich nicht mehr konzentrieren, konnte gar nichts mehr. Du bist völlig fertig und weißt nicht warum und stürzt immer weiter ab. Du versuchst gegenzusteuern. Aber weißt nicht, wo du ansetzen sollst.“

Für Gudula führte der Weg über Burnout und Depression in einen viermonatigen stationären Klinikaufenthalt. Danach suchte sie jahrelang nach der passenden Behandlung, schlug sich herum mit Rentenversicherung und Sozialgericht. „Als psychisch Kranker brauchst du starke Nerven“ sagt sie und lacht.

2015 bekam sie eine berufliche Reha-Maßnahme, „aber die Umgebung da erinnerte eigentlich eher an meinen letzten Job.“ Es gebe keine passenden Konzepte für Menschen mit ADHS und anderen Störungen – vor allem keine, die auch



PSY+CO Brille

unterschiedliche Bildungshintergründe berücksichtigen. „Da wird alles hineingeworfen vom Sonderschüler bis zum Akademiker.“

PSY+CO sei das Ergebnis jahrelanger Beobachtung: „Man bekommt immer gesagt, es liege nur an einem selber, dass nichts vorangeht. Viele geben auf. Was nachvollziehbar ist. Aber nicht hinnehmbar. Es muss sich etwas ändern. Es kann zum Beispiel nicht sein, dass es in ganz Deutschland offenbar nur zwei Gründungsberatungen für Behinderte gibt.“ Dass sie mit ihrer Gründungsidee – „und es war zum Zeitpunkt der Bewerbung wirklich nur eine Idee“ – in das Kultur- und Kreativpilotenprogramm aufgenommen wurde, empfindet sie als großen Glücksfall: „Für mich ist das ‚Betreutes Gründen‘ in Perfektion.“ Als sie von der Auszeichnung erfuhr, musste sie sofort loslegen, um bis zur Preisverleihung ihr Logo und erste Prototypen präsentationsreif zu bekommen. „ADHSler funktionieren super mit Deadlines“, sagt Gudula.

„Du willst sofort losrennen, hast 100 Ideen gleichzeitig und weißt gar nicht, wie du die in eine sinnvolle Ordnung bringen sollst. Eigentlich bräuchte ich einen Sparringspartner, der eine Mischung ist aus Domina und Meister Yoda.“ Eine Rolle, die in gewisser Hinsicht nun ihre beide Mentoren erfüllen, der Kreativpilot Robert Mertens und Kai Hennes vom u-institut. „In den Screening-Gesprächen mit den bei-

den erarbeite ich mir sozusagen ein störungstaugliches Gründerverhalten.“

Auf dem letzten Kreativpiloten-Workshop habe sie sich zum ersten Mal „in großer Runde nackig gemacht“ mit all ihren Fragen, sagt Gudula. „Was ist am wichtigsten? Was soll ich zuerst machen? Und ich habe das Feedback bekommen: Du weißt schon die Antwort und bist auf dem richtigen Weg. Nach den störungsbedingten Misserfolgen der Vergangenheit ist das eine wunderbare Form der Beruhigung. Da saß auch ein Meister Yoda mit in der Runde.“

Zusammen mit ihrem Mit-Kreativpiloten Martin Horst von der Kreativagentur „13 Grad“ setzt Gudula gerade ihre Webseite auf; auch mit anderen Kreativpilotenteams, wie den Berliner Pappmöbel-Designern Room in „A Box“ kann sie sich Kooperationen vorstellen, „der ganze Bereich Hilfsmittel zum Mitnehmen ist ja sehr interessant.“

Für die weitere Produktentwicklung bereitet Gudula gerade eine Umfrage unter Menschen mit ADHS und anderen Erkrankungen vor: „Was ich bisher entwickelt habe, beruht auf meinen eigenen Erfahrungen und Beobachtungen. Aber ich weiß, dass bei anderen der Bedarf anders gelagert ist.“ Ihr „Sanitätsshop für die Psyche“ soll nicht nur ein Geschäft, sondern auch eine PR-Maßnahme sein, ein Beitrag dazu, psychische Störungen zu entstigmatisieren. „Ob sich einer einen orthopädischen Strumpf kauft, damit er gehen kann, oder meine Scheuklappenbrille, damit er einen klaren Gedanken fassen kann – wo ist der Unterschied?“

So schwer ihr jahrelanger Weg über Burnout und Klinik bis zur Gründung auch war: Ihr altes Leben will Gudula nicht zurück. „Ich könnte mir gar nicht vorstellen, wieder für irgendwelche unsinnigen Telenovelas zu schreiben. Im Nachhinein könnte man sagen: Eigentlich war der psychische Zusammenbruch das Beste, was mir passieren konnte.“

■ Text: Georg Dahm, Fotos: PSY+CO

Kultur- und Kreativpiloten Deutschland: Das Magazin

Wenn alle hinken,
meint jeder,
er gehe richtig.

Aus der Mongolei

ADHS – Zappelphillipp und Hans-Guck-in-die-Luft

Therapeutisches Boxen für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen



Es scheint Mode zu sein, das Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Syndrom. Vielfach wird in den Medien darüber berichtet, doch oft nur sehr einseitig. Viele Mythen und Vorurteile ranken um diese Diagnose. Ähnliches gilt auch für die Therapie, die mitunter sehr heftig und kontrovers diskutiert wird.

Um den Betroffenen und ihren Angehörigen sowie allen beteiligten Therapeuten und Pädagogen eine weitere Hilfestellung zu geben, haben wir den drei Säulen der Behandlung eine vierte hinzugefügt. Das Therapeutische Boxen für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen.

Bei der Diagnose „ADHS“ sollte Sport also immer zum ganzheitlichen Maßnahmenkatalog gehören, wie auch berühmte Beispiele wie Winston Churchill oder Michael Phelps belegen. Denn sowohl Churchill als auch Phelps litten unter ADHS und bekamen ihre Symptome unter anderem mit täglicher sportlicher Betätigung in den Griff.

Methode mit wissenschaftlichem Hintergrund

Auch eine Studie der Universität Regensburg legt nahe, dass gezielte Bewegungsprogramme, die eine Verbesserung der motorischen und kognitiven Fähigkeiten anstreben, in der Lage sind, konkrete ADHS-Symptome zu lindern. Den an der Studie beteiligten Wissenschaftlerinnen zufolge eignet sich Sport zur effektiven Behandlung der gesellschaftlich doch sehr umstrittenen Krankheit.

Therapeutisches Boxen für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen

Auf Grundlage der Regensburger Studie und angelehnt an das MKT Marburger Konzentrationstraining hat Reginald Schulze, Boxtrainer und 1. Vorsitzender vom KSC Bensheim e. V. und Nicole Maurer, Physiotherapeutin, ein spezielles Programm „Therapeutisches Boxen ADHS“ entwickelt. Mit der Erfahrung aus 35 Jahren Training mit Kindern und Jugendlichen hat Reginald Schulze diese bis jetzt einmalige Symbiose zwischen Therapeutischem Boxen ADHS und den Erkenntnissen des MKT konzipiert. Das Programm ist speziell auf die ADHS-Symptomatik abgestimmt und nicht mit Fitness-Boxen oder sportlichem Boxtraining vergleichbar. „Beim „Therapeutischen Boxen ADHS“ geht es zwar auch um körperliche Aspekte, doch im Vordergrund stehen Spaß an der Bewegung, Erfolgserlebnisse und Stärkung des Selbstwertgefühls. Durch gezielte Übungen mittels Boxtechniken werden insbesondere die Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS deutlich verbessert. Sie können sich bei den Boxtechniken körperlich verausgaben, lernen aber auch gleichzeitig ihre Konzentrationsfähigkeit zu steigern. Das „Therapeutische Boxen ADHS“ kann mitunter als eine gesunde Ergänzung zur medikamentösen Behandlung angewendet werden. In so einem speziellen und geschützten Rahmen könne es den Kindern und Jugendlichen besser gelingen, sich körperlich und geistig zu verausgaben, um im Alltag besser und konzentrierter zurechtzukommen. In einem sechsmonatigen Übungsprogramm werden die Kinder und Jugendlichen langsam an eine konstante körperliche und geistige Belastung herangeführt. Das heißt von einmal Training in der Woche bis zu zwei – oder dreimaligem Training, vom Einzeltraining hin zum Gruppentraining.

Ab Februar 2017 bietet der KSC Bensheim e. V. auch die Trainerausbildung für's **Therapeutische Boxen ADHS** an.

■ Reginald Schulze

Infos: www.ksc-bensheim.de

E-Mail: ksc-bensheim@web.de

Nicht die Glücklichen sind dankbar.
Es sind die Dankbaren, die glücklich sind.

Francis Bacon

Diffy

Hallo zusammen,

Sie haben mich ja schon auf der Titelseite der letzten „**neue AKZENTE**“ gesehen und jetzt möchte ich mich mal näher vorstellen!

Mein Name ist Diffy, den Namen habe ich bekommen, weil ich irgendwie ein bisschen anders bin, als viele andere – „different“ eben.

Das kennen viele von Ihnen bestimmt auch. Es gibt aber leider noch so viele Menschen, die sich das gar nicht vorstellen können, was es heißt, anders zu sein, was es bedeutet, ADHS zu haben, warum uns manche Dinge so schwer fallen, aber auch warum wir einige Dinge besonders gut können!

Deswegen bin ich dieses Jahr ganz viel unterwegs und erkläre allen, die es interessiert, was es heißt, ADHS zu haben.

Mit mir sind auch einige meiner Freunde/Familie unterwegs, die erzählen, was sie in ihrem Leben mit dieser neurobiologischen Andersartigkeit so erlebt haben und was ihnen hilft.

Da gibt es echt eine ganz bunte Mischung aus lustigen, unglaublichen und traurigen, aber auch vielen erfreulichen Geschichten! Meine Begleiter sind nämlich überwiegend aus den Selbsthilfegruppen meiner Familie, dem ADHS Deutschland e. V..

Das ist ganz schön anstrengend. Ständig Koffer packen, an alles denken, was ich so brauche, Fragen für Interviews überlegen und dann noch diese laaaaaangen Autofahrten... Zum Glück habe ich immer tolle „Chauffeure“ die mir viele meiner Fragen beantworten, mir tolle Bücher zum Zeitvertreib geben und manchmal singen wir zusammen, ganz laut

– das gefällt mir total!

Ich war dieses Jahr schon in Hamburg bei Gruppentreffen, in Bad Bramstedt beim „Triolog“, dort durfte ich sogar Herrn Dr. Murphy interviewen. Auf der „didacta“ in Stuttgart war es sehr spannend und es stehen noch viele Veranstaltungen an, die ich besuchen werde. Auch die Menschen in Düsseldorf, Helmstedt, Berlin, Hambrücken und Wuppertal sollen wissen, was ADHS wirklich bedeutet!

Ja, ich weiß, das sind schon viele Termine... Trotzdem, wenn Sie noch tolle Ideen haben, wo ich mal hinkommen soll, oder Sie mit mir gemeinsam etwas veranstalten wollen, schicken Sie doch mal eine E-Mail. Ich bin wahnsinnig gerne unterwegs und lerne neue Menschen kennen!

Sogar meine eigene E-Mail Adresse habe ich bekommen: Diffy@adhs-deutschland.de

Jetzt schweif ich schon wieder ab... Dabei wollte ich doch mal ein bisschen was über mich erzählen!

Wo war ich noch... ach ja:

Damit Sie immer Bescheid wissen, wo ich hinkomme, wo ich war und was sonst so bei mir los ist, können Sie auf meine Facebook-Seite schauen <https://www.facebook.com/DiffyAdhs/>

Dort schreibe ich jeden Tag etwas zum Thema ADHS.

Also, schauen Sie vorbei! Und von wegen schauen: bitte einmal umblättern, auf der vorletzten Seite sind tolle Fotos von mir und ein Aufruf!

Ich freue mich, noch viele von Ihnen während unserer Aufklärungskampagne kennenzulernen!

Tschüss

■ Diffy



Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2016

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

Förderstelle	Fördart	Bundesverband €	Lg Berlin €	Lg BW €	Lg Bayern €	Lg Hamburg €	Lg Hessen €	Lg NI+Bremen €	Lg NRW €	Lg SH €
GKV Gemeinschaftsförderung	Pauschalförderung	45.000,00	2.500,00	6.620,00	5.182,00	6.000,00	3.500,00	4.040,00	5.500,00	9.040,00
Krankenkassen Individuelle Förderung	Projektförderung	12.800,00	0,00	6.000,00	0,00	0,00	0,00	5.940,75	6.500,00	0,00
KKH-Allianz		4.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	162,50	0,00
AOK		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.950,00	0,00	0,00
AOK (Rheinland)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.242,15	0,00
AOK (Nordwest)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.054,30	0,00
Banner GEK		6.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.062,10	0,00
BKK		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.247,35	0,00
IKK Classic		0,00	0,00	6.000,00	0,00	0,00	0,00	1.990,75	752,70	0,00
VDEK (einschl. TK) DAK		1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	559,65	0,00
Knappschaft		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	419,25	0,00
Summe KK		70.600,00	2.500,00	12.620,00	5.182,00	6.000,00	3.350,00	9.980,75	12.000,00	9.040,00
Pharmafirmen		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Verschiedene	Freie Spenden für RG	3.137,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Verschiedene	Spenden	6.793,15	0,00	0,00	200,00	283,30	0,00	0,00	9,55	0,00
Stiftung		2.100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Insgesamt		82.631,09	2.500,00	12.620,00	5.382,00	6.283,30	3.350,00	9.980,75	12.009,55	9.040,00

Die Bildungsmesse – ein Maßstab für Bildung?

Jedes Jahr besuche ich die Bildungsmesse „didacta“, die vom 14.-18. Februar wieder einmal in Stuttgart stattfand. Immer schaue ich nach den neuesten Trends. 2017 verlief die nach einer Pressemitteilung des Veranstalters „größte Bildungsfachmesse der Welt“ erneut wirtschaftlich sehr erfolgreich.

Der didacta-Verband gibt sich zufrieden: 75.000 qm Ausstellungsfläche, 860 Aussteller aus 47 Ländern, 1.500 Veranstaltungen im überwiegend fortbildenden Rahmenprogramm, 85.000 Besucherinnen und Besucher. Deren Interesse richtete sich laut Veranstalter zunehmend auf digitale Medien: Mit 34 % lag die Nachfrage hier um sieben Prozent höher als im Vorjahr. Doch ob diese offiziellen Zahlen realistisch sind, lässt sich nicht überprüfen. Der Eindruck vom Gang durch die Messehallen war für mich jedenfalls ein anderer. Die Massen knubbelten sich nicht in der Halle mit der ganzen hochmodernen Computertechnologie. Gedränge gab es vielmehr an den Verlagsständen mit Sonderangeboten in Lehr- und Unterrichtsmaterialien. Etliche Besucher füllten ihre eigens mitgebrachten Rollkoffer systematisch und gezielt mit günstig erworbenen Büchern, Arbeitsheften und anderen konventionellen Arbeitsmitteln. Allerdings hat sich auf Verlagsseite der Trend der letzten Jahre deutlich verstärkt, digitale Medien ergänzend zu den klassischen Schulbüchern und Arbeitsheften anzubieten. Wer jedoch viel in unterschiedlichen Schulen herumkommt, so wie ich dank meiner Vortrags-tätigkeit, der weiß, dass es in Deutschland eine Zweiklassengesellschaft gibt: auf der einen Seite gut situierte und modern ausgestattete Schulen, oft mit finanzkräftigen Sponsoren als Partner, auf der anderen Seite vernachlässigt wirkende Brennpunktschulen mit veraltetem Mobiliar und immer noch genutzten Kreidetafeln.

Doch auch an solchen Schulen interessieren sich Lehrkräfte für digitale Bildungsangebote, die ihren Arbeitsaufwand in der Unterrichtsvorbereitung verringern können. So wirbt „meinUnterricht.de“ für sein Konzept, aus derzeit 22.000 Seiten mit Materialien für alle Fächer und Altersstufen von einer ganzen Reihe von Verlagen auswählen zu können. Wer steckt hinter dieser verlockend klingenden Ansage? Der Prospekt verrät es nicht. Auch auf der Website gibt es kein Impressum. In der Rubrik „Hilfe“ schließlich findet sich ein Hinweis auf „K.lab educmedia GmbH“ mit Sitz in Berlin. Auf deren englischsprachiger Website gibt es das gesuchte Impressum – Kundenfreundlichkeit sieht anders aus! Was der volle Service von „meinUnterricht.de“ den Nutzer kostet, kann man zudem nicht erfahren, so lange man nicht angemeldet ist.

Da finde ich das „Netzwerk für Demokratie und Courage“

(NDC; www.netzwerk-courage.de) viel sympathischer. Dieser Verein, mit Sitz in Dresden und bislang in elf Bundesländern vertreten, beschreibt sein Hauptaufgabenfeld mit der „Durchführung von Projekttagen an Schulen und Ausbildungseinrichtungen“. Dieses unentgeltliche Angebot wird von ehrenamtlich tätigen jungen Leuten realisiert, die nach einem festen und evaluierten Konzept ausgebildet sind. Sie bieten ab Klassenstufe fünf Themen an, wie „Alle sind anders ... – und ich auch?“ oder „Superwoman trifft auf Barbie und Ken“ u. a. m.

Von den ganzen Verbänden und Initiativen, die früher stets auf der Bildungsmesse zu treffen waren, sind heute nur noch wenige vor Ort. Zum einen sind die Kosten für sie zu hoch, zum anderen ist die Zahl ehrenamtlich mithelfender Unterstützer rückläufig. Für kleine Initiativen ist es nicht leicht, Auf- und Abbau sowie fünf Tage mit zwei Personen am Stand zu bewältigen. Immerhin – der ADHS Deutschland e. V. war vertreten, sogar mit seiner Geschäftsführerin, Dr. Myriam Bea. Sie überreichte mir die neue Postkarte des Verbandes mit dem Motiv eines bunten ADHS-Zebras inmitten des Mottos: „Wir sind anders, doch höchst sympathisch!“ Drumherum finden sich zahllose Eigenschaftswörter, die auf ADHS-Menschen, aber auch auf jeden anderen zutreffen können. Ein wunderbares Bild und beste Werbung für die Idee der Inklusion!

Eigentlich hätte ich erwartet, dass gerade dieses Thema, die Inklusion, auf der didacta 2017 eine stärkere Rolle spielen würde. Doch nicht einmal in den zahlreichen vorab verschickten Pressemitteilungen des Veranstalters kommt es vor. Die Messe repräsentiert ganz offensichtlich nicht, was die Menschen bewegt, sondern lediglich, was den Umsatz der Bildungsindustrie ausmacht. Es wird immer wichtiger, sich der Tatsache bewusst zu werden, dass Bildung weniger von Materialien abhängt als von den Menschen, die sie vermitteln. Insofern lässt sogar die sehr konservative Kultusministerin Baden-Württembergs, Dr. Susanne Eisenmann, aufhorchen, wenn sie in ihrer Eröffnungsansprache vor einer Überbewertung digitaler Medien warnt: „... bei aller Begeisterung sollte die Technik der Pädagogik folgen – nicht umgekehrt!“ Und sie setzt auf die Erziehungspartnerschaft von Schule und Elternhaus: „Die Schule allein wird es nicht schaffen, den Kindern beizubringen, dass digitale Endgeräte einen Ausschaltknopf haben.“ Aber wer erst bringt es dem pädagogischen Fachpublikum bei, dass eine „Bildungsmesse“ nicht den Maßstab für Bildung setzt?

■ Dipl.-Päd. Detlef Träbert ist Ehrenvorsitzender der Aktion Humane Schule e. V. Er arbeitet als Autor und Vortragsreferent im pädagogischen Bereich (www.schulberatungsservice.de).

didacta – die Bildungsmesse

Stand des ADHS Deutschland e. V.

Alle drei Jahre auf ein Neues! Die Didacta gastiert in Stuttgart!

Im Vorfeld unzählige E-Mails, was nicht alles angeboten werden könnte, natürlich auch gleich dabei, was es kostet! Die Preise auf der didacta sind schon immens!

Aber 75.00 qm Ausstellungsfläche wollten bezahlt werden. Hier tummeln sich 860 Aussteller die aus 57 Ländern der Welt extra nach Stuttgart reisen, um dort 85.000 Besucher in Empfang zu nehmen.

Das nennt man Massenveranstaltung oder so?!



Im Vorfeld gab es die offizielle Pressekonferenz, zu der alle Aussteller eingeladen wurden.

In meinem Keller wurden Broschüren, Flyer, Akzente und Interventionstabellen des ADHS Deutschland e. V. gestapelt. Schnell noch Give-Aways für unsere Besucher organisiert. Es gab Displaycleaner, Einkaufswagenchips und Eiskratzer. Es musste eingekauft werden. Schließlich sollen die fleißigen Helfer an unserem Stand ja nicht verdursten.



Am 13.02.2017 bin ich zusammen mit Sabine Kolb und völlig überladenem Auto nach Stuttgart gefahren, um unseren Messestand aufzubauen und einzurichten.

Unser harterkämpfter Platz war in Halle 1 Stand A 71, wie sich später herausstellte, für uns der perfekte Platz. In

der Halle war es eiskalt, alle Tore standen sperrangelweit auf und der eisige Februarwind fegt durch die Messehalle. Nach wenigen Minuten hatte Sabine blaue Finger. Es hat etwas Mühe gekostet, den Hallenwart zu überzeugen, dass es kalt ist, aber dann hat er doch die Tore geschlossen.

In dicker Winterjacke haben wir den Stand aufgestellt und während Sabine die Präsentationsflächen schön gestaltet hat, habe ich mich mit der Verkabelung unserer Technik und dem Pauseneck hinter unserer Messewand befasst. Die Kaffeemaschine braucht ja schließlich ihren Platz.

Gegen Mittag ging es dann wieder auf die Autobahn Richtung Heimat.

Dienstagmorgen dann der nächste Höllenritt über die geliebte Strecke Karlsruhe-Stuttgart, eigentlich sind es ja nur 100 km ... A5+A8, diese Autobahnen kennt jeder, mindestens aus den Staumeldungen.

Schon der erste Tag auf der Messe ließ erahnen, dass uns in der nächsten Woche nicht langweilig wird. Wir hatten unseren Dienstplan täglich mit vier Leuten besetzt und das war gut so.



Neu dabei war Diffy! Diffy ist ein buntes Zebra, die Hauptfigur der neuen Aufklärungskampagne des ADHS Deutschland e. V. Diffy hatte auch Postkarten von sich dabei und jeden Tag neue mitgebracht. Die wurden von den Leuten mit großer Begeisterung entgegengenommen und man war sofort im Gespräch!

Bis Mittwochabend haben wir bereits um die 3.000 Broschüren von ADHS Deutschland e. V. verteilt, mein Keller leerte sich sichtlich. Jeden Abend wurde das Auto wieder mit Broschüren und Interventionstabellen beladen, die am nächsten Tag fleißig verteilt wurden.



Zwischenzeitlich war auch mal etwas Zeit, um die Messe selber zu erkunden und zu sehen, was den Schulen für Möglichkeiten geboten werden. Es gibt wirklich tolle Angebote für die unterschiedlichsten Unterrichtsmethoden. Wenn ich dann aber in die Schulen komme und sehe, was dort vorhanden ist, dann kommen mir die Tränen. Es fehlt ja schon ein vernünftiger Anstrich im Klassenraum ... wir reden jetzt aber nicht über die sanitären Anlagen in vielen Schulen ...



Auch Helmstedt und die dort geplante Radtour mit Diffy war Gesprächsthema. Jutta Berner brachte gleich am nächsten Tag einen Fahrradkorb für Diffy mit, damit sie sicher an der Radtour teilnehmen kann.

Täglich hatten wir sehr viele Besucher und es kam keine Langeweile auf. Es gab sehr interessante Gespräche, aber auch die anstrengenden. Die Anti-Ritalin-Fraktion musste uns natürlich auch besuchen, aber es fand sich immer einer von uns, der in der Lage war auch diese Gespräche professionell zu führen.

Ebenso kamen auch die vorbei, die ADHS-Betroffene mit Milchkafee erfolgreich behandeln – wieder was gelernt.

Unglaublich viele Lehrer und gefühlt noch mehr Rektoren holten sich bei uns Hilfe und Rat. Inzwischen hat mich die erste Rektorin schon angerufen und wir haben schon im März einen Elternabend zum Thema ADHS geplant. Eben-

so konnten wir mit einigen die Idee eines Pädagogischen Tages in ihrer Schule ins Leben rufen.

Eine ganze Reihe betroffener Erwachsener holten sich Rat und Lesematerial bei uns ab. Aber auch Jugendliche. Ein Vater wusste nicht so recht, wie er sich ausdrücken sollte, dann hat sein Sohn das übernommen: „Nicht dass Sie meinen Vater falsch verstehen, er hat kein ADHS – ich habe ADHS!“ – Die Jugend geht damit zum Glück schon viel offener um als noch ihre Eltern, auch das ist ein Signal, dass wir auf dem richtigen Weg sind.



Ein Dankeschön an meine fleißigen Helfer Sabine Kolb, Dr. Myriam Bea, Ulrike Richter, Jutta Berner, Monika Spieß, Bernhard Lange, Friedrich Haffner, Jürgen Riedelbauch, Bärbel Sonnenmoser, Petra Peilert und Patrizia Raible. Ihr alle habt zu einer gelungenen Messewoche beigetragen. Viel Zeiten am Stand verbracht, Kaffee gekocht, Leckereien mitgebracht und viele, viele Gespräche geführt.

Wir haben ca. 7.000 von unseren eigens kreierten Broschüren verteilt, Berge von Interventionstabellen, Flyern und Akzenten unter die Leute gebracht.

Mein Dank geht auch an die IKK classic, die das Projekt didacta alleine gefördert hat.

■ Kirsten Riedelbauch



Jahresbericht 2016 der LG Baden-Württemberg

Januar 2016

Wie jedes Jahr Anfang Januar muss vieles am Schreibtisch erledigt werden. Die Kalkulation für das neue Jahr und der Antrag für die Pauschalförderung der Landesgruppe müssen pünktlich auf dem Tisch der Krankenkasse liegen, sonst gibt es kein Geld!

Gleichzeitig überlege ich mir, was ich an Projektförderung für dieses Jahr benötigen werde. Was habe ich geplant oder werde ich noch planen? Beim letzten Landesgruppentreffen in Schwäbisch Gmünd hatten wir beschlossen, unseren Verein in Baden-Württemberg bekannter zu machen und auch einmal andere Städte in Baden-Württemberg zu besuchen. Wir wollen die einzelnen Selbsthilfegruppenstandorte in BW etwas unterstützen und mit den Leitern vor Ort ein Symposium der Landesgruppe veranstalten. Und so stand schon die erste Reise auf dem Plan. Das Salem International College in Überlingen am Bodensee hatte uns angeboten, ihre Räumlichkeiten zu besichtigen und gemeinsam zu überlegen, wie wir das Programm dort gestalten könnten. Ich muss sagen, dieses College ist schon beeindruckend! Wir hatten ein sehr interessantes Gespräch und sind mit vielen Ideen wieder nach Hause gefahren.



Das Hinweisschild zum Salem International College in Überlingen

Februar 2016

Die Ideen aus Salem mussten nun weitergesponnen werden, ein Programm musste her. Das bedeutet, es mussten Referenten gesucht und gefunden werden, um unsere Ideen umzusetzen.

März 2016

Noch einmal geht es nach Salem, es müssen noch ein paar Dinge vor Ort geklärt und gesichtet werden, bevor wir die endgültige Planung abschließen können. Welches Hotel buchen wir, was machen wir mit der Jugend, wo gehen wir abends hin, wie weit sind die Wege ...????

Ute Jansen, RG-Leiterin der Selbsthilfegruppe für Eltern in Überlingen, stand uns bei allen Planungen mit großer Hilfe zur Seite! Vielen Dank dafür Ute!

April 2016

Ein Treffen mit dem GPV Jugend in Karlsruhe steht an. Das ist ein Team aus Ärzten, Jugendamt, Schulamt, Therapeuten, Kliniken und vielen mehr, die sich regelmäßig treffen, um die Situation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Region zu verbessern. Es wurden Arbeitskreise gebildet innerhalb dieses Teams, die unterschiedliche Aufgaben haben.



Der ADHS-Symposiumsflyer

Mai 2016

Die Planungen für unser Symposium in Salem sind abgeschlossen und wir stecken mitten in der Werbung! Sabine Kolb hat wieder sehr viel Liebe in den Flyer für das Symposium gesteckt. In reichlicher Zahl gedruckt, muss der nun unter die Leute. Ein dickes Dankeschön an Sabine!

Juni 2016

Die ersten Anmeldungen für Überlingen trudeln ein. Fabian und Robin Eckner machen sich Gedanken um den Einlass in Salem. Es wird diskutiert und durchgespielt wie das Ganze mit künftig weniger Chaos über die Bühne gehen könnte.

Juli 2016

Die jährliche Klausurtagung in Bad Soden steht an. Also Koffer packen und ab in den Freitagsstau auf die Autobahn! – Das sind die Momente, wo ich mich frage: Warum tust Du Dir das eigentlich an???

In Bad Soden erwartet mich dann aber ein spannendes Wochenende mit vielen netten Leuten! – Jetzt weiß ich wieder, wofür ich das tue!

August 2016

FERIEN – wohl verdient!



Der ADHS Deutschland e. V. - Infostand im Foyer

September 2016

Jetzt geht es auf Hochtouren in die letzten Vorbereitungen für unser Symposium im Salem College. Kaum waren diese fertig, ging es ans Kofferpacken und das Autovollladen mit Infomaterial für den 7. ADHS-Kongress in Saarbrücken. Es standen interessante Vorträge auf dem Programm und wir hatten, wie bei jeder Veranstaltung in Saarbrücken, unseren Infostand im Foyer des Saarbrücker Schlosses aufgebaut. Neben sehr spannenden, manchmal auch etwas ulkigen Gesprächen am Infostand, gab es abends gutes Essen mit netten Leuten. Auch diese zwei Tage waren ruck, zuck vorüber.

Oktober 2016

Das Symposium der Landesgruppe steht an! Schon den Abend vor dem Symposium findet unser Regionalgruppenleiter-Treffen im Landgasthof Adler statt. Hier wurde die Wahl der Landesgruppenleitung von Dr. Myriam Bea, Geschäftsführerin vom ADHS Deutschland e. V. geleitet. Nun darf ich für die nächsten drei Jahre die Landesgruppe weiter unter meinen Ideen laufen lassen. – Mal schauen, was mir da noch so in den Sinn kommt.

Leider ist Prof. Biegert erkrankt, so dass wir kurzfristig etwas umorganisieren mussten. Dr. Johannes Streif ist eingesprungen und konnte das Thema von Prof. Biegert übernehmen. Vielen Dank für Deine Spontanität und den tollen Vortrag, Johannes!



Das Symposium der Landesgruppe

Das Symposium konnte mit vielen tatkräftigen Händen am Samstag gut starten und, nachdem die Kinder und Jugendlichen alle in ihren Gruppen untergebracht waren, begannen wir mit dem Symposium. Näheres hierzu gibt es in separaten Berichten.

Kurz nach dem Symposium hat sich Nicola Paradiso dazu entschieden, eine neue Regionalgruppe in Meckenbeuren zu eröffnen. Das freut uns natürlich sehr.

November 2016

In diesem Monat führte uns unser Reisefieber nach Hirschaid in Bayern. Wir treffen uns dort zur alljährlichen Regionalgruppenleiterschulung im Hotel Göller. Wir hatten ein informatives, wie auch lustiges Wochenende dort.

Mit neuen Ideen gestärkt geht es Sonntag wieder nach Hause.



Regionalgruppenleiterschulung in Hirschaid

Leider entscheiden sich Stefanie Illi und Angelika Weber-Gerik zum Jahresende ihre Gruppen in Nürtingen aufzugeben. Völlig überraschend kam dann aber doch ein Anruf, dass sie Nachfolger gefunden haben. Also trafen wir uns in einer größeren Runde in Nürtingen, um einige Fragen und Organisatorisches zu besprechen.

Künftig wird es sowohl eine Elterngruppe als auch eine Erwachsenengruppe in Neckar Alb geben. Diese werden von Yvonne Mayer und Petra geleitet.

Eine weitere Übernahme findet durch Dieter Satow und Tanja Klein statt.

Dezember 2016

Auch in diesem Jahr dürfen Sabine Kolb und ich zum Shire ADHS-Kongress nach Mannheim und bekommen die neuesten Informationen aus der Fachwelt. Prof. Döpfner hat eine APP für Elterntraining entwickelt. Prof. Huss berichtet über den aktuellen Stand bei Intuniv. Noch ein paar Vorträge und wir sind auf dem neuesten Stand der Wissenschaft! Zum Abschluss steht noch das jährliche Treffen in Frankfurt beim Zentralen ADHS-Netz auf dem Programm.

Nun heißt es ab ins Büro und Nachweise über Mittelverwendung ausfüllen, Jahresberichte schreiben und den ganzen Abschluss des Jahres erledigen.

Schließlich ist wieder völlig unerwartet Weihnachten – das ist die Zeit, in der es keine Selbsthilfe gibt!?

■ Kirsten Riedelbauch

Tätigkeitsbericht 2016 der ADHS-Erwachsenen-selbsthilfegruppe Buxtehude

Januar

Reguläres Gruppentreffen. Diverse Themen werden besprochen (z. B. Ablauf der Feiertage, dadurch verstärkte Probleme durch ADHS).

Februar

Reguläres Gruppentreffen. Diverse Gesprächsthemen werden besprochen (z. B. Freizeitgestaltung und neue Kontakte finden).

20.02.2016

GL-Teilnahme am Symposium des ADHS Deutschland e. V. in Hamburg : „ADHS kommt – auch bei Kindern – selten allein“

März

Reguläres Gruppentreffen. Ein neues Mitglied wird begrüßt, dessen Fragen ausführlich besprochen (ADHS & Studiumorganisation). Danach Gespräche über diverse Themen (z. B. ADHS und Schwierigkeiten eine Unfallversicherung abzuschließen).

Gesamttreffen der SHG-GLen bei KIBIS-Stade (abschließende Messevorbereitung).

April

08.-10.04.16

Teilnahme der RG-Buxtehude mit einem eigenen Infostand auf der Messe „Stade-Aktuell“.

Reguläres Gruppentreffen. Diverse Themen werden besprochen (z. B. Rückblick auf die Messe, ADHS und die Medikamenteneinstellung bei Erwachsenen).

23.-24.04.2016

Teilnahme der GL an der Symposiums-Veranstaltung des ADHS Deutschland e. V. in Königswinter.

Mai

Reguläres Gruppentreffen. Diverse Themen werden besprochen (u. a. ADHS und Komorbiditäten wie Essstörungen und Depressionen).

Juni

Reguläres Gruppentreffen. Ein neues Mitglied stellt sich vor und es wird auf dessen viele Fragen eingegangen, bez. der Schwierigkeiten aktuell im Berufsleben. Da die restlichen Anwesenden keine dringenden Themen zu besprechen

haben (wurde durch den Moderator zuvor abgefragt), wird sich den Fragen des neuen Mitglieds intensiv gewidmet.

Juli

Reguläres Gruppentreffen. Ein neues Mitglied stellt sich vor und hat Fragen zu ADHS und Partnerschaft sowie zu ADHS und Studium. Danach werden diverse Themen der restlichen Anwesenden diskutiert (ADHS und dessen oft negative oder auch einfach nur falsche Darstellung in den Medien).

August

Reguläres Gruppentreffen. Diverse Themen werden besprochen (u. a. Impulskontrolle und Kontrollverlust).

September

03.09.2016

Gruppenleiterfortbildung KIBIS „Recht f. Selbsthilfegruppen“.

09.-11.09.2016

Gruppenleiterfortbildung ADHS Deutschland e. V.

Reguläres Gruppentreffen. Rückblick auf die Fortbildung und dadurch gewonnene neue Kenntnisse. Besprechung weiterer Themen (z. B. ADHS und Kinder, deren Probleme mit dem Umgang in der Schule).

Oktober

Reguläres Gruppentreffen. Besprechung diverser Themen, u. a. „ADHS & Vergesslichkeit“ und die dadurch auftretende Problematik im Alltag und Beruf.

November

Reguläres Gruppentreffen (Besuch von Herrn Brachthäuser, KIBIS Stade), Besprechung div. Themen, u. a. ADHS und Diagnostik.

Dezember

Reguläres Gruppentreffen. Besprechung div. Themen, u. a. Jahresrückblick der Gruppentreffen, ADHS und Partnerschaft (mit Nichtbetroffenen).

■ Andrea Behrens

(Anmerkung: Gruppentreffen finden IMMER an jedem 2. Mittwoch des Monats statt).

Tätigkeitsbericht 2016 der RG Helmstedt

Unsere Regionalgruppe hat im Jahr 2016 zehn Bildungsveranstaltungen angeboten. Auf diese Weise konnten wir das Thema ADHS nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch in der Öffentlichkeit weiter bekannt machen. Wir versuchen durch fachliche Aufklärung eine andauernde Besserung der Problematik zu erzielen. Im Februar haben wir unser Jahresprogramm an ca. 300 Interessierte per Post verschickt. Zu jeder Veranstaltung wurde ein Presseartikel erstellt, der zusätzlich ca. 10 Tage vor dem anstehenden Termin als Newsletter per Mail an Interessierte verschickt wurde. Dies ist besonders bei ADHS-Betroffenen eine wichtige Hilfe, um an den anstehenden Termin zu erinnern. Unsere Bildungsveranstaltungen werden alle frühzeitig im Internet bekanntgegeben und beworben. Weiterhin werden Plakate und Flyer erstellt, um die Öffentlichkeit vor Ort zu informieren.

Zu unseren Veranstaltungen kamen im Schnitt 37 Teilnehmer. Weiterhin haben auch wieder etliche persönliche und telefonische Beratungsgespräche stattgefunden.

Die Themen der Bildungsabende in diesem Jahr waren:

Der Anfang Januar stattfindende Erfahrungsaustausch in geselliger Runde ist schon zur Tradition geworden. In einem gemütlichen Restaurant wird das vergangene Jahr reflektiert, das neue Programm besprochen und der Termin für das nächste Arbeitstreffen festgelegt.

Besonders nach der Ausgabe der Halbjahreszeugnisse ergibt sich für Eltern häufig die Notwendigkeit, sich mit dem Thema ADHS auseinanderzusetzen, weshalb das Thema „ADHS und Schule“ im Februar regelmäßig auf der Tagesordnung steht. Nach der Vorführung des Films „Hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht“ entwickelte sich ein fruchtbares Gespräch unter den Teilnehmern.

Für März stand das Thema „Hausaufgaben ohne Stress“ auf dem Programm. Eine ortsansässige Ergotherapeutin gab Tipps, wie z. B. Kinderzimmer und Schreibtisch aussehen sollten, damit in Ruhe gearbeitet werden kann. Durch das Aufzeigen von notwendigen bzw. fehlenden Entwicklungsschritten wurde erläutert, welche Problematik hinter den Schwierigkeiten mit Hausaufgaben steht.

„Mehr Konzentration durch Sport“, so lautete der nächste Vortrag. Dipl.-Psychologin Arasin, erläuterte den Teilnehmern, dass Bewegung und Verhaltenssteuerung zusammenhängen. Sport hilft beim Lernen und der Konzentration, weil hierdurch im Gehirn sehr wichtige Verknüpfungen entstehen.

Zwei ausgebildete Therapiehunde machten den nächsten Bildungsabend „Tiere in der Kindertherapie“ sehr anschaulich und lebendig. Nach einem theoretischen Teil wurden praktische Übungen mit den Beagles gezeigt, wobei die Zuhörer in die Übungen mit einbezogen wurden.

„Wahrnehmungsauffälligkeiten erkennen und handeln“ referierte die bekannte Buchautorin B. Ruf. Ein Abendvortrag sowie auch ein Vormittagsseminar haben viele Teilnehmer für das Thema sensibilisiert. Zu dem Vormittagsvortrag kamen mehrere Berufsschulklassen (Erzieher und Ergotherapeuten in Ausbildung), so dass gewährleistet ist, dass ADHS schon in der Ausbildung ein Thema ist. Dies ist wichtig, da durch frühzeitiges Erkennen von Auffälligkeiten und fehlenden Entwicklungsschritten ein rechtzeitiges Eingreifen möglich wird.

Psychiater Dr. Winkler referierte zum Thema „ADHS in der Partnerschaft“. Die Theorie wurde mit vielen Beispielen aus dem alltäglichen Leben authentisch untermauert. Beziehungen, bei denen einer oder beide Partner ADHS-Betroffene sind, haben besondere Muster und es gibt eine höhere Trennungs- bzw. Scheidungsrate.

Im September widmeten wir uns dem Thema „Kommunikation – Ich höre was, was du nicht sagst“. Besonders in Gesprächen mit einem oder sogar mehreren ADHS-Betroffenen sind gute Kommunikationstechniken wichtig. Die gesendete und die empfangene Botschaft gehen häufig völlig auseinander und sind Quelle von Missverständnissen.

„Logout – Ist mein Kind schon onlinesüchtig?“ hieß das Thema für interessierte Eltern im Oktober. Ein sinnvoller Umgang mit dem Smartphone muss erlernt werden und Eltern sollten ihren Kindern ein gutes Vorbild sein. Die äußerst schnelllebige Zeit fordert Eltern und Pädagogen besonders heraus.

Den letzten Vortrag des Jahres hielt ADHS-Trainerin Boekhoff mit dem Titel „ADHS und Job“. In etlichen Beispielen erzählte die Referentin von Problemen im Berufsalltag und zeigte Lösungen auf. Als Coach verhilft sie ihren Klienten dazu, ganz persönliche Strategien zur Bewältigung ihrer Arbeit zu finden und zu nutzen.

Zusätzlich hat auf Wunsch im Sommer ein Wochenendkurs „Elterntaining für Eltern hyperaktiver Kinder“ stattgefunden. Die erfahrene Dozentin (Mutter von drei erwachsenen ADHS-Kindern) erarbeitete mit den Teilnehmern erprobte Erziehungsmethoden, um den Familienalltag gut zu bestehen.

Die Teilnehmer waren besonders von den unzähligen Tipps aus der Praxis begeistert.

Des Weiteren konnten wir die Arbeit der Selbsthilfegruppe und das Krankheitsbild ADHS bei einer politisch engagierten Frauengruppe vorstellen. In der Runde ist an diesem Gesprächsabend viel Akzeptanz für die Krankheit entstanden.

Auch in diesem Jahr haben die aktiven Mitarbeiter unserer Regionalgruppe Fortbildungen besucht. Vorträge in Königswinter, Braunschweig und Hirschaid waren sehr informativ und tragen dazu bei, dass unsere Arbeit vor Ort auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand bleibt.

Inzwischen kommen viele Teilnehmer regelmäßig zu unseren Vorträgen, auch wenn gerade nicht „ihr“ Thema dran ist. Sie nutzten den Termin, um sich zu treffen und miteinander auszutauschen. Wir freuen uns über diese Entwicklung, da die Gespräche von den Betroffenen oft als sehr hilfreich empfunden werden. Je früher jemand als ADHS-Betroffener erkannt und behandelt wird, desto positiver verläuft seine Entwicklung.

Durch die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen und der Katholischen Erwachsenenbildung (KEB) ist es auch in diesem Jahr wieder möglich gewesen, alle Bildungsveranstaltungen kostenlos anzubieten. Gerade im Sinne der KEB möchten wir dies in Zukunft beibehalten, damit Bildung für jedermann zugänglich ist.

Wir bedanken uns bei allen, die unsere Regionalgruppe des ADHS Deutschland e. V. tatkräftig sowie auch finanziell unterstützt haben.

Zu folgenden Institutionen konnte Kontakt aufgebaut bzw. intensiviert werden:

- Autismuszentrum Helmstedt und Wolfsburg
- Katholische Erwachsenenbildung, Helmstedt-Braunschweig
- IML, Institut für Mathematisches Lernen, Braunschweig
- ZiL, Zentrum für integrative Lerntherapie, Braunschweig
- Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Helmstedt
- Reversi, Verein zur Unterstützung psychisch kranker Menschen
- Lavie, Reha-Zentrum Königslutter
- Jugendamt Helmstedt
- viele Ärzte und Therapeuten in und um Helmstedt
- einige Schulen und Kindertagesstätten in und um Helmstedt.

Durch die kontinuierliche und seriöse Arbeit ist die Regionalgruppe zu einer festen Größe in Helmstedt und Umgebung geworden. Darüber freuen wir uns und wollen diesen Erwartungen auch im Jahr 2017 gerecht werden.

■ Monika Lehmann

Jahresbericht 2016 der AD(H)S-Elterninitiative Lahn-Dill

Die AD(H)S-Elterninitiative Lahn-Dill hat sich im Jahr 2016 jeden letzten Montag in den geraden Monaten (außer in den hessischen Schulferien) in einem öffentlichen Café getroffen.

Nachdem in den vergangenen Jahren der Bedarf an persönlichem Austausch in Gruppentreffen zunehmend nachgelassen hatte, mussten wir uns entschließen, den über viele Jahre fest reservierten Raum der kath. Kirchengemeinde Haiger zu kündigen, um Raumkosten zu sparen. Seitdem wir uns nun in einem öffentlichen Café treffen, sind neue Interessierte hinzugekommen.

Inzwischen haben wir noch eine bessere Lösung gefunden, indem wir in ein „Erzählcafé“ umgezogen sind, wo wir uns in ruhiger und ungestörter Atmosphäre austauschen können.

Wir hatten insgesamt fünf Gruppentreffen und ein „Dankeschönessen“ mit den Mitgliedern, die aktiv mitgeholfen haben, die Gruppe am Leben zu erhalten. Die Atmosphäre war entspannt und vertraulich.

Das diesjährige Highlight unserer Gruppe war der Einsatz beim Jahrestag der Tourette-Gesellschaft, wo ich ADHS Deutschland e. V. vertreten und mangels Display oder Aufsteller des Verbandes unser eigenes Display aufstellen und Flyer verteilen durfte. So konnte ich an einer hochinteressanten Fortbildung teilnehmen und gleichzeitig sowohl für den Verband als auch unsere Regionalgruppe Werbung machen. Die neu erworbenen Kenntnisse über den Zusammenhang von AD(H)S, Autismus und Tourette konnte ich schon mehrmals an Interessierte weitergeben.

!So funktioniert Selbsthilfe!

■ Birgit Claas

Jahresbericht 2016 RG Norderstedt

Die Gruppensitzung dauert von 20:00 bis 23:00 Uhr.

Neue Eltern werden 30 Min. vor Beginn der regulären Gruppenzeit, um 19:30 Uhr, mit einem Begrüßungspaket (Infobroschüren) begrüßt und die drängendsten Fragen werden beantwortet.

Jeder Gesprächskreis fängt mit einer strukturierten Vorstellungsrunde an, woraus sich meistens die Themen und Fragen ergeben, über die die Eltern sprechen möchten.

Alternativ werden immer mal wieder „Gefühlskarten“ ausgelegt, zu denen jedes Elternteil etwas über sich sagt und so auch die Eltern zu Wort kommen können, die sonst sehr zurückhaltend sind.

Januar: 8 TeilnehmerInnen

Eine Mutter schildert ausführlich die Schwierigkeiten, die ihr die Tochter mache. Mit Hilfe der TeilnehmerInnen wird der Mutter geholfen, die positiven Eigenschaften des Kindes herauszuarbeiten, um den Blick von einer problemorientierten hin zu einer ressourcenorientierten Erziehung wieder herstellen zu können.

Ein Elternpaar schildert die Doppelbelastungen durch schwer erkrankte Großeltern, die bisher bei der Erziehung ihrer von ADS und ADHS betroffenen Kinder mitgeholfen hatten. Die Eltern finden Verständnis und Rückhalt in der Teilnehmergruppe. Ideen werden gesucht, wie es den Eltern möglich sein könnte, Entlastung zu finden.

Ein weiteres Thema ist die Mehrfachbelastung erziehender Elternteile, wenn der Ehepartner und die Kinder von ADHS betroffen sind. Die große Not und Erschöpfungszustände werden deutlich spürbar. Erfahrene Teilnehmer schildern hierfür, welche Unterstützung ihnen bei der Erziehung der Kinder geholfen hat.

Es wird daran erinnert, wie wichtig es ist, nach Regenerationsmöglichkeiten zu suchen. Zu schnell werden diese im alltäglichen Stress vergessen.

Februar: 10 TeilnehmerInnen

Die Anmeldung an den weiterführenden Schulen steht für einige Eltern bevor. Es wird sich rege über die verschiedenen Schulformen ausgetauscht. Die Hauptfrage, welche die Eltern am meisten beschäftigt, ist die Frage, an welcher Schule ihr Kind mit ADHS wohl am besten zurechtkommen und die notwendige Unterstützung finden wird.

Eine Mutter berichtet, dass ihr Kind mit ADHS auch Stimmen hört. Eine andere Mutter, deren Kind ebenfalls Stimmen hört, kann Rat geben, wo Hilfe gefunden werden kann und informiert über die Bücher von Marius Romme und Sandra Escher zum Thema Stimmenhören bei Kindern (und

bei Erwachsenen).

Immer wieder werden die Einschlafschwierigkeiten der Kinder besprochen. Die Eltern tauschen ihre Erfahrungen über die verschiedenen Einschlafhilfen aus. Es zeigt sich, dass die Kinder sehr verschieden sind und die Eltern ausprobieren müssen, welche der Vorschläge für ihr Kind geeignet sein könnten.

Eine Mutter ist verzweifelt, weil der geschiedene Kindsvater nicht in die medikamentöse Behandlung seines Kindes einwilligt, obwohl diese von dem behandelnden Arzt empfohlen wurde und der Junge erhebliche Schulschwierigkeiten hat. Die TeilnehmerInnen schlagen vor, juristischen Rat einzuholen.

März: 12 TeilnehmerInnen, davon zwei neue Väter

Den Märzabend haben wir auf Wunsch einiger TeilnehmerInnen den Vätern gewidmet. Leider haben nur zwei Väter das Angebot in Anspruch genommen. Bei einem der Väter ist selber gerade eine ADHS diagnostiziert worden und er ist dankbar der Einladung gefolgt, an der Selbsthilfegruppe für Erwachsene teilzunehmen. Die Väter stellten fest, dass ihre Rolle in der Familie schwierig ist, dass sie den ganzen Tag bei der Arbeit sind und häufig nicht so gut wie ihre Frauen wissen, wie sie sich verhalten müssen, damit die Kinder folgen. Es wird besprochen, wie Mutter und Vater sich austauschen können, damit keine offenen Konflikte entstehen und wie wichtig eine gemeinsame Einigung über Regeln und Werte in der Familie sind, damit Eltern sich nicht gegenseitig aufreiben.

Die Gefühlskarten werden verteilt, so dass jede TeilnehmerIn auch etwas über sich erzählen kann. Hier wird deutlich, dass alle Eltern unter extremen Erschöpfungszuständen leiden und manche sehr verzweifelt sind. Und es zeigt sich bei mehreren Elternteilen, wie schwierig es ist, beim Jugendamt in Norderstedt Hilfe zu erhalten. An dieser Stelle wird auch angesprochen, dass es Schulen gibt, die Hilfemaßnahmen wie den Sonderpädagogischen Förderplan oder die Schulbegleitung von sich aus als Instrument für die Unterstützung des Kindes mit ADHS installieren und dass es Schulen gibt, die keinerlei Interesse an der Fragestellung zeigen, wie ein Kind mit ADHS und ggf. Lese-Rechtschreibschwäche unterstützt werden kann.

Mai: 20 TeilnehmerInnen, davon zwei neue Mütter

Es wird der Abschied von GL Christine Dilger genommen, die die Gruppenleitung beenden möchte. Fast alle teilnehmenden Eltern des Gesprächskreises Norderstedt kommen zusammen, um „Danke“ zu sagen. Nach einer feierlichen Verabschiedung kommen die Eltern wie gewohnt in das Gespräch.

Themen sind Schwierigkeiten im Bereich Familie, Schule, Freundschaft, zu denen sich rege ausgetauscht wird und erfahrene Eltern Rat geben können.

Ein Elternpaar, dessen Kind eine ADS-Diagnose hat, sucht Rat, weil das Kind erhebliche Aufnahmeschwierigkeiten des Schulstoffes hat, obwohl die Intelligenz normal entwickelt ist. Es werden Hilfemaßnahmen wie der Sonderpädagogische Förderplan und die Schulbegleitung besprochen. Ein Elternpaar bespricht die Schwierigkeiten in einer Patchwork-Familie mit der Frage, wie man sehr unterschiedliche, nicht verwandte Kinder in einer Familie erzieht, bei dem der eine alles kann und darf und der andere mit ADS ganz viel nicht kann und deshalb nicht darf. Es wird besprochen, ob und wie man trotzdem eine ressourcenorientierte Erziehung gestalten könnte. Generell wird besprochen, wie man mit Geschwisterkindern umgehen könnte, die sich ja auch in dem unterscheiden, was sie können und dürfen.

Die Eltern schildern zu dem die erheblichen Schwierigkeiten in der Schule und sind verzweifelt, weil der Kindsvater einer medikamentösen Behandlung seines 13-jährigen Sohnes nicht zustimmt, obwohl dieser in der Vergangenheit schon einmal Medikamente bekommen hatte und danach gut in der Schule zurechtkam. Es wird gefragt, ob der 13-jährige einen Rechtsanspruch auf medikamentöse Behandlung hat. Für die Eltern wird durch die Gruppenleitung im ADHS Deutschland e. V. juristischer Rat zu dieser Frage eingeholt. Ein anderer Vater, der Rechtsanwalt ist, gibt ebenfalls zu dieser Fragestellung Rat.

Juni: 10 TeilnehmerInnen, davon 2 neue Mütter

Schulschwierigkeiten werden besprochen. Erfahrungen, welche Hilfemaßnahmen das jeweilige Kind in der Schule gut unterstützen könnte, werden ausgetauscht. Es zeigt sich, wie wichtig und hilfreich eine gute Kooperation mit den LehrerInnen für die Unterstützung von Kindern mit ADHS und ggf. Lese-Rechtschreib-Schwäche ist.

Eltern beschäftigt die Frage nach den Voraussetzungen für den Nachteilsausgleich und einer Schulbegleitung und wo man die Anträge stellt. Ein Gruppenleiter informiert sich und reicht diese Informationen für die Eltern nach.

Es wird gefragt, wo es Elterntrainings gibt. Es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, als Mitglied bei ADHS Deutschland e. V. an einem Online-Training teilzunehmen oder sich die Selbsthilfebücher hierzu zu besorgen, wie z. B. „Wackelpeter“ und „Zappelphilipp“. Auch die AOK bietet ein Online-Training an.

Eltern beschäftigt die Frage, ob sie ihre von ADHS betroffenen Kinder medikamentös unterstützen sollten. Es wird darauf hingewiesen, dass die Eltern zu dieser Frage Rat bei einem Kinder- und Jugendpsychiater bekommen können.

Komorbiditäten wie selbstverletzendes Verhalten, Absence-Epilepsie werden angesprochen. Eine Gruppenleitung erinnert an einen Artikel zu ADHS und Absence-Epilepsie, der auf der Homepage des ADHS Deutschland e. V. nachgelesen werden kann.

Mehrere Eltern schildern, dass sie sich in ihrer Not an ein Jugendamt gewendet haben und von den dortigen Mitarbeitern keine Hilfe bekommen haben. Die Eltern sind nun verzweifelt, weil sie nicht wissen, wie sie Hilfe erhalten können. Es wird ihnen geraten, einen schriftlichen Antrag auf Hilfe zu stellen, die sie bekommen möchten, da das Jugendamt dann verpflichtet ist, ggf. eine Ablehnung schriftlich zu formulieren und zu begründen. Es wird aufgezeigt, dass gegen einen ablehnenden Bescheid widersprochen werden kann.

Es soll ein gemeinsamer Sommerausflug für September geplant werden, Vorschläge für Ausflugsziele werden besprochen. Es wird sich für den Wildpark Eekholt entschieden.

Juli: 14 TeilnehmerInnen, davon eine neue Mutter

Diesmal beschäftigt uns die Frage nach den Vor- und Nachteilen der medikamentösen Behandlung der Kinder. Alle Eltern, deren Kinder medikamentös behandelt werden, beschreiben ihre positiven Erfahrungen für das Kind in der Schule, aber auch die enorme Entlastung, die sich daraus im familiären Alltag ergibt. Problematisiert werden einige Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Einschlafstörungen und die Frage, ob das Kind ausreichend wächst.

Eine Mutter verzweifelt wegen der langandauernden Schulabstinenz ihres Kindes und den sehr langen Wartezeiten für psychiatrische Hilfen. Die Mutter beschäftigt die Frage, ob sie ihr Kind in ein Kinderheim geben sollte, weil sich tagsüber sonst niemand um das Kind kümmern kann.

Es erfolgt eine Pro-Contra-Diskussion, ob ein Kinderheim als unterstützende Erziehungsmaßnahme bei Schulabstinenz hilfreich sein könnte. Über die Möglichkeit, ReBBZ für Hamburger Kinder in die Beratung bei Schulschwierigkeiten einzubeziehen wird informiert.

Als nächstes berichtet eine Mutter über die Zwangseinweisung ihres Kindes in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der nachfolgenden Diskussion zeigt sich, dass eine hohe Verunsicherung zu der Frage besteht, ob die Behandlung auf einer psychiatrischen Station eher nützen oder schaden kann. Eine Mutter berichtet über die Erfahrung ihres Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine andere Mutter berichtet von den Erfahrungen des „Runden Tisch“ im Jugendamt, zu dem verschiedene Professionen mit Eltern zusammenkommen, um weiterführende Hilfemaßnahmen für ein Kind mit Schulabstinenz zu beraten.

Eine neue Mutter ist verzweifelt, sie wolle ihr Kind eigentlich nicht mit Medikamenten behandeln lassen, aber die Eltern hätten diverse andere Maßnahmen wie Neurofeedback, Ernährungsumstellung, Ergotherapie, Verhaltenstherapie ausprobiert und es sei nicht zur Verbesserung der extremen Schulschwierigkeiten und der häuslichen Konflikte gekommen. Die anderen Eltern berichten von ihren Beobachtungen, wie die Situation war, als das Kind keine Medikamente bekommen hatte und welche Veränderungen mit Medikamenten beobachtet wurden. Die Eltern berichten insbesondere einstimmig, wie ihre Kinder erst mit Einnahme eines Medikamentes in der Lage waren, sich in der Schule besser zu konzentrieren und die erarbeiteten Verhaltensänderungen in der Familie auch umzusetzen.

Es wird die Reizoffenheit nach innen und außen der Kinder mit ADHS erklärt und wie es den unbehandelten Kindern daher kaum möglich ist, ihre Aufmerksamkeit auf EIN Thema zu richten. An dieser Stelle können die Eltern, die auch von ADHS betroffen sind, schildern, wie es sich in etwa anfühlt, wenn ALLES auf einen einströmt und es deswegen kaum möglich ist, auf Anhieb einen zielgerichteten Gedanken zu fassen.

Nochmals wird auf Wunsch über Online-Elterntrainings bei ADHS Deutschland e. V. und der AOK informiert. Es wird auf das Elterntrainingsbuch „Wackelpeter und Trotzkopf“ hingewiesen. Erfahrungen mit den Elterntrainings werden ausgetauscht.

Verstärkersysteme für gewünschtes Verhalten werden von einer Mutter erklärt, es werden die Erfahrungen hierzu von mehreren Eltern ausgetauscht.

Positive Erfahrungen mit einer festen Tagesstruktur für die Kinder werden aufgezeigt. Es wird festgestellt, dass die Differenzierung von strukturierten Tagesabläufen unterschiedlich sein kann, je nachdem, womit sich auch die Eltern wohl fühlen.

September: 9 TeilnehmerInnen

Einige Teilnehmerinnen interessieren die Erfahrungen, die Kinder mit ADHS in einer Privatschule in Schleswig Holstein machen. Sie möchten wissen, wie teuer diese Schule ist. Die entsprechenden Eltern berichten.

Danach berichtet eine Mutter von ihren Schicksalsschlägen: Der Ehemann und Vater eines von ADHS betroffenen Kindes ist nach schwerer Erkrankung pflegebedürftig. Dem Kind fehlt seitdem der Vater, zu dem es einen sehr guten Kontakt hatte. Die Mutter, die sich in der Erziehung mit ihrem Sohn hilflos fühlt, hatte sich an ein Jugendamt gewendet und keine Hilfe bekommen. Zudem droht existenzielle Not. Die Elterngruppe überlegt gemeinsam, wo der Junge Kontakt zu männlichen Bezugspersonen in dem Dorf, in dem die Familie lebt, herstellen könnte und wo die

Mutter Entlastung erhalten könnte. Ihr wird geraten, die Anträge auf entsprechende Unterstützung bei dem zuständigen Jugendamt schriftlich zu stellen, um einen schriftlichen Bescheid zu erzwingen, gegen den dann ggf. widersprochen werden kann.

Mehrere Eltern berichten nochmals über ihre Erfahrungen mit dem einen Jugendamt, von dem sie als Hilfesuchende abgewiesen worden sind, obwohl sie sich in einem unerträglichen Erschöpfungszustand befinden und sich hilflos im Umgang mit ihren Kindern fühlen.

Eltern haben den Bedarf, Erfahrungen zu Kindern mit ADHS und Asperger auszutauschen. Es wird festgestellt, dass Kinder mit einem Asperger-Syndrom sehr schnell und gezieltere Hilfe erhalten und dass Kinder mit ADHS über lange Zeit mit ihren Problemen in der Schule und zu Hause alleine gelassen werden, obwohl die Eltern ebenso verzweifelt sind und engagiert versuchen, schulische und häusliche Hilfe zu erhalten.

Es gibt einen sehr hohen Gesprächsbedarf, es ist zu wenig Zeit, um alle Anliegen zu besprechen.

September: Ausflug in den Wildpark Eekholt mit 15 Erwachsenen und 13 Kindern

Es wurde eine Grillhütte gemietet und alle brachten etwas zu Essen mit.

Die Kinder nahmen an einer pädagogischen Führung zum Thema „Wasser“ teil. Hinterher berichteten sie ihren Eltern rege auch von dem „Kaschen“ im Fluss, die Begeisterung war herauszuhören. Es wurde gemeinsam gegrillt und gegessen.

ADHS-Kinder erleben häufig Schwierigkeiten in der Schule und im Elternhaus. Auf dem gemeinsamen Ausflug konnten sie andere Kinder mit ähnlichen Problemen kennenlernen. Neue Freundschaften sind entstanden, Kinder, die sich schon von vergangenen Ausflügen kannten, haben schnell zusammengefunden und sich verantwortungsbewusst um die kleinen oder neuen Kinder gekümmert. Es dauerte nicht lange und die Großen zogen mit den Kleinen und Neuen los, um den Tierpark selbstständig zu erkunden. Bei der Vogelflugschau trafen sich alle zum Zusehen wieder.

Viele Eltern konnten feststellen, wie „groß“ ihre Kinder im Vergleich zu den Vorjahren geworden sind und wie sich das Sozialverhalten in der Gruppe zum Positiven entwickelt hat. Die Väter, die meistens nicht an der Selbsterfahrungsgruppe teilnehmen, weil sie zu dieser Zeit am Abend auf die Kinder aufpassen, kommen ins Gespräch und tauschen ihre Erfahrungen zu den Kindern aus.

Oktober: 10 TeilnehmerInnen, davon eine neue Mutter und eine neue Großmutter

Eine Großmutter sucht Rat, ihr Enkel habe ADHS und das

Asperger-Syndrom. Interessiert hört sie sich die Erfahrungen der Eltern an. Es werden Fragen zur schulischen Unterstützungsmöglichkeiten gestellt und wie das Kind in der Familie unterstützt werden könnte.

Eine Mutter möchte wissen, welche Unterstützungsmöglichkeiten es in der Schule für ihr Kind mit einer Lese- und Rechtschreib-Schwäche gibt.

Eltern beschäftigen sich mit der Frage nach der Elternschulung. Wieder wird auf die oben genannten Hilfsmöglichkeiten verwiesen. Eine Mutter berichtet von der starken Gewichtsabnahme ihres Kindes durch die Medikamente. Das Kind erhält Astronautenkost.

November: 6 TeilnehmerInnen, davon eine neue Mutter

Nachdem das Restaurant, in dem wir uns immer getroffen hatten, schließen musste, haben wir Dank des Engagements einer Mutter jetzt einen Raum in dem Haus des DRK in Norderstedt erhalten können. Es haben sich noch nicht alle auf den neuen Tag, nun ein Montag, einstellen können. Daher finden wir uns heute mit einer kleineren Gruppe zusammen.

Die neue Mutter berichtet von enormen Schulschwierigkeiten ihres Kindes und von ihren Schwierigkeiten im Umgang mit der Lehrerin. Die TeilnehmerInnen helfen der Mutter auch einmal die Sichtweise der Lehrerin einzunehmen. Natürlich haben wir unsere Kinder lieb und wollen ihnen

helfen und sie vor Ungerechtigkeiten beschützen. Andererseits ist es aber auch notwendig, die Not einer Lehrerin zu verstehen, wenn es in einer ersten Klasse darum geht, dass alle Kinder erst noch Grundregeln lernen müssen, ein Kind Gegenstände durch die Gegend wirft und nicht mehr ansprechbar ist. Da kann es hilfreich sein, dass die Eltern Verständnis zeigen, wenn sie ihr Kind aus der Schule abholen müssen. Erfahrene Eltern berichten von ähnlichen Situationen mit ihren Kindern und wie daraus, in der guten Zusammenarbeit mit den LehrerInnen, ReBBZ und der Sonderpädagogin der Schule ein Hilfeplan für das Kind entwickelt werden konnte. Die Eltern berichten auch von der intensiven Unterstützung der Kinder zu Hause, damit sie in der Schule mithalten können.

Eine Gruppenleitung berichtet von der Fortbildung, die vom ADHS Deutschland e. V. organisiert wurde. Es wurde wiedergegeben, was zum Thema „Selbststeuerung und Selbstregulation bei ADHS“ von Dr. Martin Winkler referiert wurde.

Zwei Eltern, die selber ADHS-erfahren sind, berichten, warum es so schwierig ist, regelmäßige Tagesstrukturen für sich und ihre Kinder aufrecht zu erhalten. Es wird in Betracht gezogen, dass ein akustisches Erinnerungssystem hilfreich sein könnte.

■ Marion Wiese, Anika Baum und Imke Essink

Jahresbericht 2016 der SG Schorndorf

Die Gruppe trifft sich in der Regel am letzten Freitag im Monat, bis auf Ausnahmen wegen Ferien. Es gibt einen kleinen Kreis, der regelmäßig teilnimmt, und Besucher, die ab und zu teilnehmen. Insgesamt sind die Gruppengespräche sehr interessant, es werden durch die Gespräche Informationen und Tipps ausgetauscht.

Im Jahr 2016 hatten wir zwei sehr interessante Vorträge: Im Oktober 2016 war der Kinder- und Jugendarzt Dr. Bernhard Zehe im Familienzentrum Schorndorf, um über Medikation bei Jugendlichen mit der Diagnose AD(H)S zu referieren. Die rund 50 Besucher kamen aus dem ganzen Umkreis und wurden umfassend informiert. Herr Dr. Zehe berichtete ausführlich über die verschiedenen Wirkstoffe der zugelassenen Medikamente und deren Auswirkungen

bzw. Vor- und Nachteile für Betroffene. Sehr hilfreich war zu sehen, wie man die jungen Patienten richtig auf ihre Medikamente einstellt.

Im November 2016 hörten wir einen Vortrag der Referentin Birgit Salewski von PlusValidos über die Neuerungen des Pflegestärkungsgesetzes, das 2016 in Kraft trat. Die ebenfalls rund 50 Teilnehmer waren bis auf eine Person selbst von diesem Gesetz betroffen, da sie aus der Pflegekasse Leistungen für ihre Kinder beziehen. Frau Salewski veranschaulichte die Änderungen sehr gut und verständlich.

■ Ulrike Richter und Yvonne Meinders
www.adhs-eltern-treff-schorndorf.de

Stefanie Rietzler / Fabian Grolimund „Erfolgreich lernen mit ADHS“ Der praktische Ratgeber für Eltern



**Stefanie Rietzler /
Fabian Grolimund**
„Erfolgreich lernen mit ADHS“
Der praktische Ratgeber für
Eltern

ISBN: 978-3456856186
Verlag: Hogrefe
Juni 2016
Preis: € 24,95

Dieser praktische Elternratgeber, der sich auch an Lehrer wendet, bietet ein Buffet der Möglichkeiten, um das Lernen mit ADHS erfolgreicher zu gestalten.

Auf 239 Seiten werden in 13 Kapiteln Lernstrategien aufgezeigt, die viele Lösungsansätze für die Lern- und Hausaufgabenbewältigung bieten. Jeweils ein Kapitel beschäftigt sich mit einem Problemfeld wie Konzentration, Streit, Motivation oder Vergesslichkeit. Sie bauen nicht aufeinander auf, was dem Leser ein bedarfsorientiertes Lesen ermöglicht.

Der Ratgeber richtet sich an Eltern mit Kindern im Grundschulalter und ist mit fröhlichen Hasenbildern illustriert. Die Tonalität ist durchgängig warmherzig und motivierend, den eigenen erfolgreichen Weg im Dschungel der Möglichkeiten zu finden. Die einzelnen Aspekte werden humorvoll beleuchtet, mit Überschriften wie „Fressen Sie ihrem Kind die Süßigkeiten weg“ oder „Verrückter Kindertausch“. Das macht neugierig und hat auch nicht enttäuscht.

Am Ende eines jeden Kapitels wird „das Wichtigste in Kürze“ zusammengefasst.

Ein Motto zieht sich als roter Faden durch das Buch: „Alles ist erfolversprechender als das zu tun, was bereits ges-

tern nicht geholfen hat.“ Eltern werden zu Reflexion und unkonventionellen Experimenten ermuntert.

Die Themenkomplexe sind oftmals mit wissenschaftlichen Referenzen unterfüttert – in farblich hinterlegten Fenstern findet der Leser zusätzlich „Interessantes aus der Wissenschaft“. Das wirkt auf mich kompetent und gut recherchiert.

Beide Autoren sind Psychologen und das merkt man auch. Sie berichten viel aus ihrer Praxis. Was ist erfolgreich – was weniger und was sagt die Wissenschaft dazu? Mir gefällt, dass die Sprache dabei klar und einfach gehalten ist.

Im Kapitel zu Frustration hat mir besonders das Misserfolgsbewältigungs-Training als Strategie gefallen.

Lediglich zum Thema Kooperation mit der Schule werden keine Lösungsansätze geboten, wenn Lehrer nicht kooperieren.

Es ist nicht alles neu, aber es kommt mit frischem Wind daher und lässt den Leser oftmals schmunzeln. Alles in allem ein praxisorientierter Ratgeber auf hohem Niveau. Von mir gibt es deswegen 8 von 10 Punkten.

■ Claudia Pauly

Sandkörner machen den Berg,
Minuten das Jahr,
flüchtige Gedanken ewige Taten.
Haltet nichts für Kleinigkeiten.

Theodor Gottlieb von Hippel der Ältere

Fuller-Taylor „THERAPIE-TOOLS“ Motivierende Gesprächsführung



Fuller-Taylor
„THERAPIE-TOOLS“
Motivierende Gesprächs-
führung
ISBN: 978-3621279222
Verlag: Beltz, 2012
Preis: € 39,95

Jeder psychotherapeutisch Tätige kennt vermutlich das Phänomen, dass ein Patient ein körperliches Schonverhalten mit der Begründung demonstriert, er leide schon seit längerer Zeit unter Rückenschmerzen. Ein anderer Patient erzählt uns, während er eine Zigarette raucht, dass es einen wissenschaftlich nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Lungenkrebs gibt.

Viele andere Menschen nehmen sich spätestens zum Jahreswechsel vor, mehr für ihre Gesundheit tun zu wollen, sich mehr zu bewegen, weniger zu naschen, weniger Alkohol zu konsumieren oder sich mehr um die Pflege ihres Freundeskreises zu kümmern. Wenn wir dann in der Folge erleben, dass sich diese spezifischen und sinnvollen Vorsätze kaum umsetzen lassen – dass, wie in den erstgenannten Fällen, gesundheitsschädliches Verhalten trotz besseren Wissens weiter aufrechterhalten wird, so fragen wir uns, wie es uns in der Therapie gelingen kann, einen zumindest kurzfristig zur Verhaltensänderung motivierten Patienten auch langfristig zu veränderten Lebensgewohnheiten bewegen zu können.

Diesen therapeutischen Ansatz verfolgen die beiden Autoren Catherine Fuller und Phil Taylor für eine breite Zielgruppe von Psychotherapeuten, Beratern, Trainern, Sozialarbeitern und anderen in helfenden Berufen Tätigen. Dabei beruht der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung auf dem Vorgehen des „Motivational Interviewing“, welches ursprünglich von William Miller und Steven Rollnick für Menschen mit Alkoholproblemen entwickelt wurde (1991).

Das Buch „Therapie-Tools“ beginnt mit einer Diskussion der fünf Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung, welche einen Einblick in die Methode und eine erste Beantwortung der drei Kernfragen liefern soll:

1. Wie kann man jemand helfen, der ein schädigendes Verhaltensmuster nicht ändern will?
2. Wie kann man jemand helfen, der sich ändern möchte, sich aber dazu nicht in der Lage sieht?
3. Wie kann man jemanden, der eine Veränderung begonnen hat, dabei helfen, sie fortzuführen?

Über Fertigkeiten wie Bestätigen, Zuhören, offene Fragen stellen, Zusammenfassen und selbst motivierende Aussagen unterstützen wird beispielhaft auf grundlegende Fertigkeiten der Gesprächsführung eingegangen.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit dem Wirksamkeitsnachweis: Hier werden zahlreiche Studien aus unterschiedlichsten Handlungsfeldern aufgeführt, die eine Wirksamkeit dieses Ansatzes nachweisen sollen. Da jede beratende Tätigkeit und auch psychotherapeutische Unterstützung immer auf einer vertrauensvollen Basis und Beziehung zwischen Patient und Therapeut angewiesen ist, werden zentrale Strategien des Beziehungsaufbaus und der Beziehungsklärung in Kapitel 4 (Rapport herstellen/Vereinbarung treffen) erläutert. Das Kapitel 5 (die aktuelle Motivationslage) beschäftigt sich mit dem Bezug zu den vom Patienten vorgebrachten Therapiezielen, jedoch auch mit Werten und Maßstäben, vor denen die therapeutische Interaktion stattfindet. Die folgenden Kapitel 6 bis 14 beziehen sich, mit zahlreichen Praxisbeispielen, auf den eigentlichen Beratungs- oder therapeutischen Prozess.

Die bereits im ersten Kapitel vorgestellten Kommunikationstechniken des Zuhörens, des Fragenstellens und des Umgangs mit Widerstand werden nun systematisch, mit Praxisbeispielen und zahlreichen Arbeitsbögen, vorgestellt. Vereinzelt finden sich auch Dialogauszüge aus Therapiegesprächen, die einen Einblick in die praktische Anwendung des theoretisch Dargestellten ermöglichen soll. Das Kapitel 13 liefert hilfreiche Ansätze zum Aufbau von Vertrauen, genau wie eine Anleitung zur ziel- und werteorientierten Selbstreflexion. Kapitel 14 beschäftigt sich damit, die Veränderungen zu planen und sie therapeutisch zu unterstützen.

Gemäß dem Titel „Therapie-Tools“ stellt dieses Buch eine Vielzahl von Fragebögen, Arbeitsblättern und Hausaufgaben für Patienten und Therapeuten zur Verfügung, so dass das in der Therapiesitzung Besprochene im Nachgang systematisch vertieft werden kann.

Aus meiner Sicht stellt dieses Buch im Kern eine gute Übersicht über zentrale Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung, über wesentliche kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen und über die Berücksichtigung individueller Werte, Maßstäbe und Lebensziele der Patienten dar.

Dabei gelingt es den Autoren leider nicht durchgängig, klar und verständlich den theoretischen Ansatz ihrer Vorge-

hensweise sowie die konkrete Vorgehensweise ihrer motivierenden Gesprächsführung dem Leser näher zu bringen. Kapitel 1 liest sich wie ein Potpourri an zitierten Autoren aus einer Vielzahl unterschiedlicher Bereiche der Psychologie (Sozialpsychologie, Behaviorismus, Gesprächspsychotherapie und Kommunikationspsychologie), hier wäre weniger sicherlich mehr gewesen – teilweise wird der Leser mit dem Dargestellten überfrachtet. Die Begründung der Autoren bezüglich der Wirksamkeit ihres Ansatzes ist für mich in keinsten Weise überzeugend. Hier werden, genau wie die Anleitung zur Anwendung dieses Buches, für psychotherapeutisch tätige Menschen triviale Informationen und Beispiele benannt.

Die konkrete Vorgehensweise in den sich anschließenden Kapiteln ist aus meiner Sicht gut dargestellt. Wichtige Strategien des Beziehungsaufbaus und der Beziehungsklärung, genauso wie Übungen zur Selbstbeobachtung und vermehrten Selbstachtsamkeit werden integriert und die Patienten über Übungsblätter dazu angehalten, dies systematisch zu üben. Durchweg gelungen ist aus meiner Sicht der Bezug zu den Zielen, Werten und Maßstäben der Patienten, genauso wie Übungen zur Selbstbeobachtung und die Anleitung zur ziel- und werteorientierten Selbstreflexion.

Auf die Gefahr hin, das manchem Leser des Buches die dargestellte Methodik zu trocken oder abstrakt erscheint, liefern beispielhafte Dialoge mit entsprechender Kennzeichnung der dargestellten Intervention eine gute Möglichkeit, einen Einblick in die Alltagsanwendung dieser Intervention zu bekommen.

Der aufmerksame Leser dieser Buchrezension wird an dieser Stelle bemerkt haben, dass die zuletzt genannten Kapitel sich wesentlich der zentralen Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie sowie der Einbettung dieser Interventi-

onen (Disput-Techniken, sokratischer Dialog) in den Wertemaßstab und die individuellen Lebensziele widmen.

Die Autoren Fuller & Taylor verfolgen hierbei den Anspruch, sowohl einer nach Ideen suchenden Berufsanfängerin, als auch einem „alten Hasen“, der neue Wege erkunden möchte, ein Werk an die Hand zu geben, um das psychotherapeutische Spektrum erweitern zu können. Leider gelingt dies den Autoren nur sehr begrenzt, da dieses Buch zu inkonsistent in seiner Verständlichkeit und seiner Komplexität erscheint. Auf der einen Seite haben wir für psychotherapeutisch erfahrene Kollegen quasi Trivialitäten, die in dieser Ausführlichkeit nicht so dargestellt werden müssten, auf der anderen Seite haben wir für die Berufsanfänger viel zu sehr aus dem Zusammenhang gezogene Interventionen, die in dieser fragmentierten Form lediglich einen Überblick verschaffen, vermutlich aber nicht konsistent zur Anwendung gebracht werden können. Lobenswert sind aus meiner Sicht die zahlreichen anschaulichen Beispieldialoge mit ihrem Bezug zu Fragetechniken und die Übungen zur Selbstbeobachtung und Achtsamkeit.

Fazit: Das Buch „Therapie-Tools: Motivierende Gesprächsführung“ stellt für alle die therapeutisch Tätigen eine Hilfestellung dar, die ihre Patienten dabei unterstützen wollen, Veränderungsmotivation im Alltag zu entwickeln. Zahlreiche Dialoge und hierauf aufbauende Arbeitsblätter könnten die eigene Motivation stärken, diese Methodik zur Anwendung bringen zu wollen. Hierbei lassen sich Grundlagenkenntnisse der Kommunikationspsychologie und Interaktionsgestaltung wieder auffrischen, genauso wie eine engere Orientierung des eigenen therapeutischen Handelns an den Werten, Lebenszielen und Wertmaßstäben der Patienten lernbar scheint. Dies ersetzt allerdings nicht den Erwerb notwendiger Kenntnisse in kognitiver Verhaltenstherapie.

■ Dr. Roy Murphy

Erzähle es mir, und ich werde es vergessen,
zeige es mir, und ich werde mich vielleicht daran erinnern,
beziehe mich ein, und ich werde es verstehen.

Indianisches Sprichwort

Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 25.08.2017 – Sonntag, 27.08.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 29.09.2017 – Sonntag, 01.10.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 23.02.2018 – Sonntag, 25.02.2018

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 09.03.2018 – Sonntag, 11.03.2018

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

27.05.2017 – 28.05.2017 in Hambrücken

Landesgruppe Bayern:

War bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt

Landesgruppe Berlin:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Hamburg:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Hessen:

War bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

08.09.2017 – 10.09.2017

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

24.06.2017 – 25.06.2017 in Münster

Landesgruppe Schleswig-Holstein:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Thüringen:

Aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

Samstag, 25.11.2017 – Sonntag, 26.11.2017

Duderstadt

Mitgliederversammlung / Symposium 2018

Samstag, 21.04.2018 – Sonntag, 22.04.2018

Königswinter

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Freitag, 16.06.2017 – Sonntag, 18.06.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Freitag, 27.10.2017 – Sonntag, 29.10.2017

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**
30938 Burgwedel
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**
81541 München
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
10713 Berlin
seegers-berlin@gmx.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**
boerner@p-boerner.de
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

- Unterstützung
des Vorstandes: **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Telefonberatungsnetz: **Gerhild Gehrmann**
25336 Elmshorn
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- E-Mail-Beratung:
Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
- Kinder und
Jugendliche mit ADHS:
Schule: **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
- Christiane Eich**
64293 Darmstadt
Schule@adhs-deutschland.de
- Regionalgruppen: **Bärbel Sonnenmoser**
71032 Böblingen
baerbel@adhs-bb.de
- Juristische
Angelegenheiten: **Isabell Streif**
80335 München
Isabell.Streif@web.de

Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Bea**
gf@adhs-deutschland.de
- Europäische Kontakte: **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- Ernährung/
Stoffwechsel-
besonderheiten: **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koeppern@t-online.de
- Jugendteam:
Buchführung: **Antje Gartzke**
Unterstützung der
Geschäftsstelle: **Sieglinde Lugert**
jugendberatung@adhs-deutschland.de

Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Johanna Krause**
Fachärztin f. Neurologie, Psychiatrie u.
Psychotherapie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause**
Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
- Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch**
Universität Würzburg
- Prof. Dr. Martin Ohlmeier**
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Prof. Dr. Alexandra Philippen**
Universität Oldenburg
- Prof. Dr. Marcel Romanos**
Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
- Dr. Helga Simchen**
Kinder- und Jugendpsych., Psychotherapeutin, Mainz
- Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst**
Universitätsklinikum Freiburg

Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

- Prof. Dr. h. c. Hans Biegert**
Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
- Dr. Christina Clement**
Ökotrophologin, Universitätsklinikum Freiburg
- Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio**
Psychologische Beratung & Psychotherapie am
Universitätsklinikum des Saarlandes
- Dr. Fritz Jansen**
Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut,
Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Neuried
- Dr. med. Rudolf Kemmerich**
Kinder- u. Jugendarzt, Weinstadt
- Dr. phil. Roy Murphy**
Leitender Psychologe u. Qualitätsbeauftragter,
SchönKlinik Bad Bramsted
- Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus**
Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
- Dipl.-Psych. Erika Tittmann**
Praxis f. 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 | Monika Lehmann
(kommissarisch) |
| Schleswig-Holstein | Carola Kliemek |
| Thüringen | Andrea Wohlers |

Wir...

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

...unterstützen!

... klären auf!

... beraten!

... bieten
Hilfestellung!

... sind aktiv!

... engagieren uns!

... fangen auf!

... informieren!

... sind präsent!

... ermutigen!

... sind ehrenamtlich!

... setzen uns
ein!

... vertreten
Interessen!

... können Ihre Unterstützung
gut gebrauchen!



Unser Spendenkonto lautet:

ADHS Deutschland e. V.

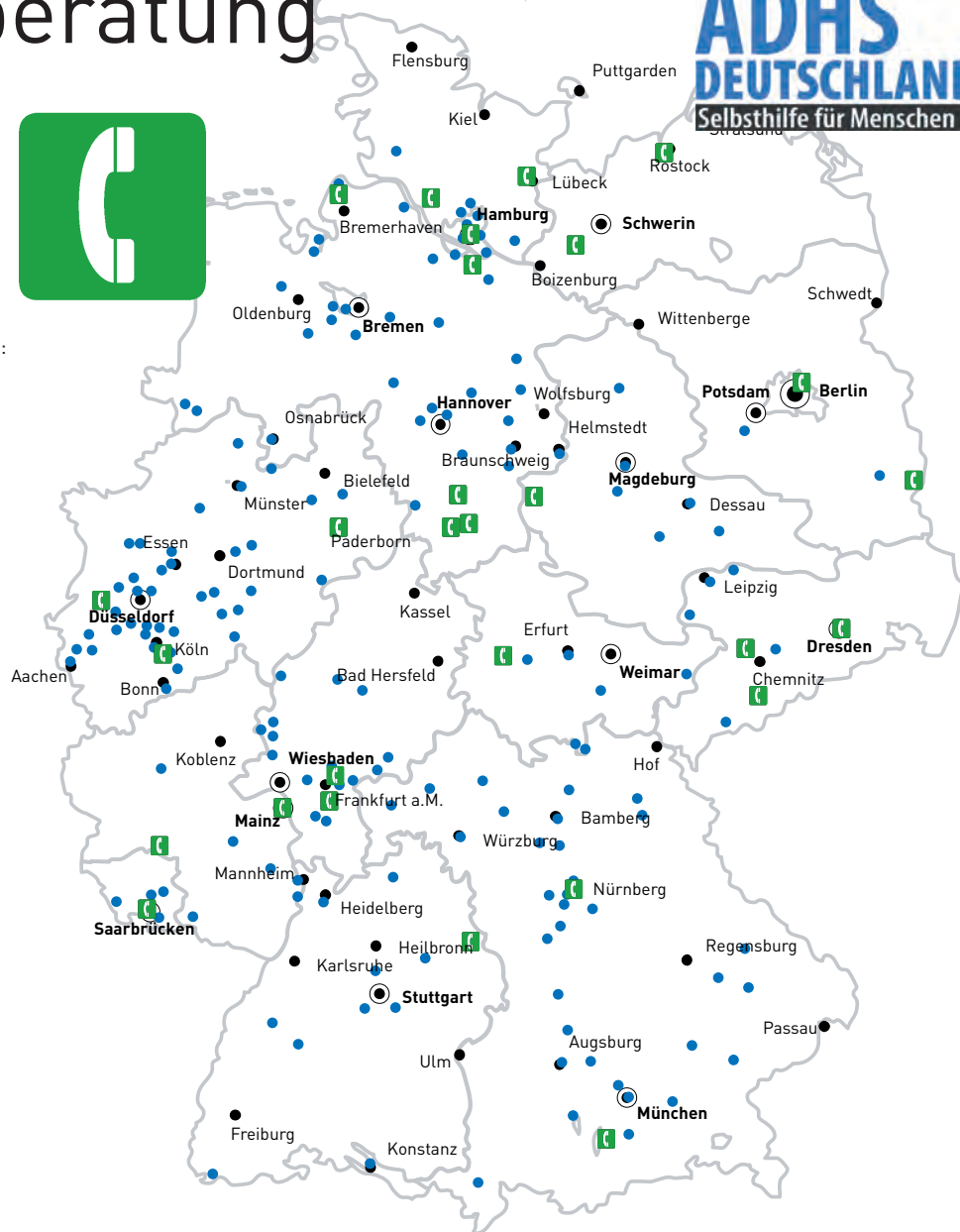
Pax-Bank e. G.

BIC: GENODED1PAX

IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

Telefonberatung

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



Bayern

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

Baden – Württemberg

Bärbel Sonnenmoser:
07031 287323

Berlin

Petra Peilert:
030 65915610

Bremen und Umgebung

Ellen Köster-Schmidt:
0421 6979991

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:
040 68915023

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:
05684 1659

Mecklenburg-Vorpommern

Karin Heynen:
0381 7698016

Niedersachsen

Angela Schwager:
05554 995646
Ellen Köster-Schmidt:
0421 6979991
(Kreis Wesermarsch)

NRW

Karin Knudsen:
0221 3561781
Ulrike Vlk:
02161 531739
Sonja Adam:
01577 6434551
(mit Rückrufoption)

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:
0651 4637878

Sachsen

Karin Bobsin:
03591 277435

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:
04821 4039480
Gerhild Gehrmann:
04121 807272
Carola Kliemek:
0461 3153772

Saarland

Sabine Berg:
0651 4637878

Thüringen

Regina Schrage:
03691 872222

Wir benötigen noch Verstärkung, besonders in den Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern Sie diese bei der Geschäftsstelle an.

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