

die AKZENTE

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



- **ADHS bei Jugendlichen**
- **Doppeldiagnose ADHS und Legasthenie**
- **Hyperaktivität und Magnesium**
- **Wie eine veränderte Sprache ADHS-Symptome lindert**
- **Warum kochen die Emotionen bei ADHS gleich über?**

Sich einlassen

SICH EINLASSEN

Solange man sich nicht vollkommen auf eine Sache einlässt, ist da Unschlüssigkeit, die Tendenz zurückzuweichen und immer mangelnde Effektivität.

Für jede Initiative (und für jeden schöpferischen Akt) gilt eine elementare Wahrheit, die beachtet werden will, wenn nicht zahllose Ideen und grandiose Entwürfe zugrunde gehen sollen.

In dem Augenblick, in dem man sich definitiv auf etwas einlässt, bewegt die Vorsehung sich auch. Alle erdenklichen hilfreichen Dinge geschehen, die sich sonst nie ereignet hätten. Ein ganzer Strom von Ereignissen entspringt aus der Entscheidung und bringt alle Arten unvorhergesehener Ereignisse und Begegnungen und materieller Hilfen hervor, von denen niemand sich hätte träumen lassen.

W.H. Murray nach J. W.Goethe

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

wie schnell doch drei Monate in der Redaktionsarbeit vergehen, war auch für mich eine neue Erfahrung.

Ist Ihnen schon etwas aufgefallen? – Richtig – das Layout der Umschlagseiten hat sich ein wenig verändert. Ich hoffe, es kommt damit besser zum Ausdruck, dass unser Verband sich seit vielen Jahren nicht ausschließlich mit „überaktiven Kindern“ beschäftigt.

Wenn Sie diese Ausgabe in Händen halten, haben wir gerade unser Symposium in Königswinter „ADHS in jedem Alter“ erfolgreich beendet, unser Vorstand wurde voraussichtlich durch die Mitgliederversammlung um zwei Personen erweitert. Wir werden hierüber in der nächsten *die AKZENTE* ausführlicher berichten.

Ich möchte an dieser Stelle nicht versäumen, mich für die vielen positiven Rückmeldungen auf die letzte Ausgabe bei allen ganz herzlich zu bedanken. Mein Team und ich haben uns sehr darüber gefreut und wir werden versuchen, Ihnen auch in Zukunft eine interessante ADHS-Zeitschrift auf den Weg zu bringen.

Unser Eingangsartikel beschäftigt sich ausführlicher mit der Thematik „ADHS bei Jugendlichen“. Gerade in der heutigen Zeit haben sie es besonders schwer, nicht nur schulisch, sondern auch beruflich Fuß zu fassen. Erschwerend kommt hinzu, dass es viel zu wenige Therapie- und Beratungsangebote für ADHS-Jugendliche gibt. Arbeitsvermittler, Kammern usw. haben bisher kaum Kenntnisse über die besonderen Schwierigkeiten der ADHS-Jugendlichen.

Neben aktuellen Themen wird u. a. einer möglichen Begleitstörung, der „Legasthenie“, Raum gewidmet. Oft sind es die gleichzeitig auftretenden Störungen, die die Diagnose und Therapie erschweren und Symptome verstärken. Deshalb wollen wir auch in den nächsten Ausgaben darüber berichten.

Die Einschnitte im Gesundheitswesen treffen in einigen Regionen seit dem 1.1. durch erhebliche Kürzungen der Heilmittelbudgets der Ärzte (Ergo-, Sprachtherapie, Psychomotorik usw.) insbesondere ADHS-Kinder mit zusätzlichen Entwicklungsstörungen im sensorischen, motorischen und sprachlichen Bereich. Die Umsetzung der neuen Heilmittelrichtlinie ist teilweise erschreckend und führt mancherorts zu einer nicht akzeptablen Unterversorgung der Patienten. Hier müssen für alle Betroffenen neue machbare Lösungen im Rahmen einer multimodalen Therapie gefunden werden. Es ist fatal, wenn die Auswirkungen – auch für unsere Gesellschaft – jetzt nicht erkannt werden.

Teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit. Wir freuen uns auch weiterhin auf Ihre Zuschriften und Ihre Meinung.

Nutzen Sie die Gelegenheit und tauschen Sie sich mit anderen Mitgliedern aus. *Die AKZENTE* bietet Ihnen dafür eine Plattform.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen, angenehme Ostertage, an denen sich hoffentlich der Frühling von der besten Seite zeigt, den Lesern mit Schulkindern erholsame Osterferien, - und lassen Sie ruhig einmal Ihre Seele baumeln.

Es grüßt Sie herzlich



Ihre
Herta Bürschgens

Inhalt

› Wissenschaft/Medizin/Therapie	
ADHS bei Jugendlichen <i>Thomas C. Roos</i>	2
Eröffnet eine ganztägige ADHS-Behandlung Zukunftsperspektiven? <i>Steffen Heger</i>	10
Doppeldiagnose ADHS und Legasthenie <i>BVL</i>	11
ADHS und Teilleistungsstörungen <i>Uta Reimann-Höhn</i>	14
Retardpräparate dürfen wieder aus der Schweiz importiert werden	16
Durchbruch bei der Behandlung erwachsener ADHS-Patienten?	17
ADHS – Karriere einer Krankheit <i>Ines Nowack</i>	18
Die Bedeutung von essentiellen Fettsäuren bei Lern- und Verhaltensstörungen <i>Renate Meyer</i>	19
Hyperaktivität und Magnesium <i>Christine Reinecke</i>	20
Probanden aus dem Raum Aachen gesucht	23
Wie eine veränderte Sprache ADHS-Symptome lindert <i>Christine Falk-Frühbrodt</i>	24
› Familie/Erziehung/Gesellschaft	
Positive Erfahrungen mit dem Jugendamt <i>Karin Knudsen</i>	25
Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“ <i>Sabine Hinkel</i>	28
› Leben mit ADHS	
Warum kochen die Emotionen bei ADHS gleich über? <i>Sabine Hinkel</i>	29
› BV AÜK intern	
Das BV AÜK-Telefonberatungsnetz Rettungsanker per Telefon <i>Ulla Satzger-Hirsch</i>	31
Fortbildung der Telefonberater und -beraterinnen in Lübeck <i>Karin Knudsen</i>	32
Die Telefonberatungsstellen des BV AÜK	34
› Forum	
Leserbriefe	
Lob für die AKZENTE-Macher	
Homöopathie und Ticstörung	35
Sexsucht/Pornographiesucht bei ADHS	36
Bücher, Bücher	37
Eingestreutes	39
Impressum	40

Titelfoto von Werner Lieven: Spiegeln führt zu neuen Sichtweisen – unterwegs in Lübeck 2005

ADHS bei Jugendlichen

Thomas C. Roos



Dr. med. Thomas C. Roos, Leitender Arzt der Rehaklinik Neuharlingesiel

Aus Kindern werden Leute ...

Etwa ein Drittel aller ADHS-Kinder hat das Glück, dass sich diese Erkrankung im Verlauf der Pubertät verliert. Etwa zwei Drittel der betroffenen Kinder leiden aber nach aktuellen Erkenntnissen auch noch im Jugendalter an ihren Symptomen. Bei manchen Kindern wird die ADHS sogar erst im Jugendalter erkennbar. Das ist vor allem bei Mädchen der Fall, die in der Kindheit eher durch Zurückgezogenheit, denn durch Hyperaktivität auffällig waren, während das besonders bei Jungen ausgeprägte hyperaktive Verhalten im Verlauf der Pubertät abnimmt. Häufig bleiben aber neben innerer Unruhe und Getriebenheit die Aufmerksamkeitsstörungen und die mangelnde Fähigkeit zur Selbstorganisation bestehen.

Die in der Pubertät auftretenden Probleme in der Schule, bei der Orientierung an Gleichaltrigen sowie auch im Ablösungsprozess vom Elternhaus sind bei ADHS-Teenagern häufig deutlicher als bei gleichaltrigen Gesunden. Die verzögerte Entwicklung einiger Betroffener lässt sich daran erkennen, dass sie Verhaltensweisen zeigen, die vielmehr dem Kindesalter zuzuschreiben sind. Manche Jugendliche mit ADHS haben ähnlich wie Kinder bis zu acht Jahren Probleme, Phantasie und Wirklichkeit voneinander zu trennen. Dies kann zu schwerwiegenden psychosozialen Konflikten führen, wie heftigen Streitereien mit den Eltern, anderen Bezugspersonen oder auch mit Gleichaltrigen. Auf den ersten Blick wirken Jugendliche mit ADHS dabei oft völlig von sich überzeugt und selbstbewusst. Hinter diesem Ich-bezogenen souverän wirkenden Verhalten verbirgt sich aber fast immer eine große Verletzlichkeit. Sie spüren dies oft selbst und leiden darunter, dass sie nicht so sind wie Gleichaltrige, so dass sie entweder resignieren oder um jeden Preis akzeptiert werden wollen.

Probleme mit der Umwelt und sich selbst

Mädchen entwickeln deshalb mitunter eine starke Fixierung auf Äußerlichkeiten wie Kleidung, Frisur und Kosmetik und glauben dennoch oft, von anderen abgelehnt zu werden, weil sie nicht perfekt aussehen. Aus dieser Annahme können sich Ess-Störungen oder ein Hang zur Selbstverletzung und andere Formen der Selbstschädigung als dysfunktionalen (d.h. kurzfristig natürlich schädlichen) Versuch der Selbsttherapie ergeben. Möglicherweise stehen auch Esssüchte (Bulimie, Binge-Eating Störung oder restriktive Verhaltensprobleme einer atypischen Anorexie) in diesem Zusammenhang. Mehrere Patientinnen berichten, dass sie meinen, über Essanfälle bzw. Erbrechen eine Art „Ventil“ gegen starke innere Anspannung oder Bewegungsdrang zu haben. Manche Mädchen aber auch Jungen lassen sich in extremem Ausmaß tätowieren oder piercen. Inwieweit dies Ausdruck von autoaggressivem Verhalten ist, wurde bisher nicht näher untersucht. Häufig tun sich diese Jugendlichen auch schnell mit anderen „Exoten“ (Peergroup) zusammen.

ADHS-Jungen neigen aus denselben Motiven eher zu „Macho“-Verhaltensmustern, was aufgrund der mangelnden Impulskontrolle zu erhöhter Gewaltbereitschaft und Straffälligkeit führen kann. Es gibt deutliche Belege dafür, dass die ADHS-bedingte Hyperaktivität zusammen mit der während der Pubertät zunehmenden Störung des Sozialverhaltens das Risiko sowohl für Kriminalität als auch für Drogen- und Alkohol-Missbrauch deutlich erhöhen kann (s.u.).

Die Jugendlichen versuchen auch häufig, ihre durch einen Stimulationsmangel bedingte innere Unruhe zu betäuben, indem sie sich starken

äußeren Reizen (z.B. laute Musik, exzessive Computerspiele) aussetzen. Bei Spielen mit x-Box, Play-Station, Gameboy oder mit Handy-Spielen erhalten die Kids sofort Rückmeldung darüber, ob ihr Spielverhalten richtig oder falsch war. Diese schnellen Feedbacks verhelfen ihnen damit quasi zu einer Art „Therapie“ gegen den ADHS-typischen tiefen Dopaminspiegel. Gerade durch die mit diesen schnellen Rückmeldungen verbundene Stimulation schaffen sie es, an diesen Tätigkeiten lange dranbleiben zu können; oftmals so ausgesprochen intensiv, hochkonzentriert und verbissen, dass Eltern gelegentlich nicht umhin kommen, sich zu fragen, ob denn das nicht selbst schon ein Suchtverhalten darstellt. Das bedeutet: Wenn die Rückmeldungen sofort kommen, klappt (fast) alles, sich aber schrittweise auf eine zeitlich entfernte Prüfung vorzubereiten, ist diesen Kindern und Jugendlichen oft unmöglich.

Ganz besonders zur Ausdauersteigerung „geeignet“ ist auch leider weiteres Spezielles, Verbotenes und Riskantes: Klauen, Computerviren bauen, mit Skates ohne Helm eine steile Strasse hinunter fliegen, um Geld spielen, mit dem Chemiebaukasten Sprengkörper basteln, Pillen „schmeißen“ oder „Freunde“ besuchen, von denen die Eltern ihnen sagen, sie sollen sie besser meiden.

Verstärkt wird dies alles durch ihre Offenheit gegenüber allem Neuen und ihre mangelnde Fähigkeit, Gefahren realistisch einzuschätzen. Daher sind sie auch von bestimmten Reizen sehr leicht zu beeinflussen und insgesamt stimmungslabil. Bei Jugendlichen kann das von überaktivem und euphorischem Verhalten in depressive Verstimmungen bis hin zur Selbstmordgefährdung umschlagen. Auch aus Angst vor Negativreaktionen aus dem Freundeskreis ziehen sich manche ADHS-Jugendlichen völlig zurück.

Weitere Möglichkeiten der „Selbststimulation“ sind:

- ▮ mental stimulierendes Gedankenabschweifen,
- ▮ „Action“ machen im Schulunterricht,
- ▮ mit dem Bruder streiten,
- ▮ beim Lernen daheim vom Schreibtisch aufzustehen und in die Küche gehen, um eine Tafel Schokolade zu verschlingen oder einen Liter Cola hinunterzuschütten.

Diese selbststimulierenden Handlungen bewirken allerdings nur einen kurzzeitigen Anstieg des Dopaminspiegels im „Belohnungszentrum“ des Gehirns und führen daher lediglich zu einer kurzzeitigen Normalisierung der Selbstregulation. Fatalerweise verpuffen die Reize des Neuen allzu schnell, so dass sich aus diesem Stimulationshunger bei Jugendlichen mit ADHS nicht selten eine süchtige Suche nach dem „Kick“ des Neuen (=Stimulation) entwickelt. Musikinstrumente, Hobbies, Freunde, Idole, Jobs und Interessen wechseln ADHS-Betroffene oft schneller als ihr eigenes Hemd. Für „fun & entertainment“ (= Stimulation) lassen sie sich von allem und jedem vom eigenen Kurs abbringen.

Eltern und Lehrer haben dann oft den Eindruck, es fehle dem „zerstreuten“ Jugendlichen an Motivation oder er wisse nicht, was er wolle. Sogar in Berichten von Schulpsychologen heißt es dann gelegentlich, der Schüler zeige eine „Anstrengungsvermeidungshaltung“ und erst der erfahrene Therapeut erkennt, dass eine ADHS diesen Beobachtungen zugrunde liegt.

Jugendliche und später auch Erwachsene mit einem unbehandelten ADHS gehen oftmals in einem regelrechten Zickzack-Kurs durchs Leben. Wie Kinder vermögen sie es nicht, lange genug an einer Ausbildung, einer Stelle oder einer anderen Sache dranzubleiben. Und „lange genug“ würde bedeuten, dass sie genug Ausdauer haben, um sich z.B. beruflich so gut zu profilieren, dass ihnen Arbeit und Beruf schließlich so viel an Befriedigung und Identität bringen, dass berufliche Tätigkeit und Stimulationshunger verschmelzen. Sportlern oder Künstlern

mit ADHS scheint dies gelegentlich zu gelingen.

Wenn man das Problemverhalten von ADHS-Patienten verstehen will, muss man sich bewusst sein, dass ihr „innerer Kompass“ ständig in Richtung kurzzeitigen Stimulationsgewinns zeigt – und damit ablenkt.

Da ihr Wunsch nach Unabhängigkeit sehr groß ist, aber gleichzeitig eine starke Neigung besteht, sich von Anderen abhängig zu machen und sich immer wieder zu schnell an einen neuen Partner zu binden, sieht man oft, dass ADHS-Jugendliche zu früh Eltern werden. Mit heftigen Gefühlen reagieren sie, wenn sie verliebt sind und mit einem starken Bedürfnis nach Harmonie. Aus Mangel an der Fähigkeit, sich in andere einzufühlen und auf deren Bedürfnisse einzugehen sowie aus einer ausgeprägten Angst, verlassen zu werden, wird der Partner häufig überkontrolliert und in Beschlag genommen, was nicht selten mit unkontrollierten Wutausbrüchen und Eifersuchtsszenen verbunden ist. Aus Mangel an sozialer Kompetenz wird der eigene Anteil am Verhalten der Mitmenschen hierbei oft nicht erkannt und eine gleichberechtigte Beziehung fast unmöglich.

Fatalerweise lernen ADHS-Jugendliche selten aus begangenen Fehlern. Ein stark ausgeprägter Gerechtigkeitssinn bewegt einige aber dazu, sich für andere spontan und vehement einzusetzen.

Werden diese Störungen und ihre Auswirkungen nicht rechtzeitig erkannt, können diese Jugendlichen kein gesundes Selbstwertgefühl ausprägen. Sie neigen zu Depressionen und Ängsten - Folgen, die durch eine rechtzeitige Diagnose und angemessene Behandlung vermieden werden können.

Probleme bei der Berufswahl und -ausbildung

Die Berufswahl ist aufgrund der „Null-Bock-Mentalität“ meist schwierig: Viele Jugendliche haben kein berufliches Ziel vor Augen bzw. trauen sich selbst nicht zu, auf ihren Traumberuf hinzuarbeiten. Wie zur Kindergarten- und Schulzeit stoßen die Jugendli-

chen mit ihren typischen Verhaltensmustern – Antriebslosigkeit, trotziges und eigensinniges Verhalten bei geringer Ausdauer – auch in der Berufsausbildung vermehrt auf Ablehnung und mangelndes Verständnis. Sie wirken auf Arbeitgeber missgelaunt, desinteressiert und faul. Rebellisches und vorlautes Verhalten führt oft dazu, dass das Ausbildungs- bzw. Arbeitsverhältnis schnell wieder gelöst wird. Manche Teenager sind zwar überwiegend unauffällig, plötzliche heftige Wutausbrüche erschweren jedoch das Verhältnis zu den Arbeitskollegen. Hinzu kommt die Unzuverlässigkeit was Termine und Ordnung am Arbeitsplatz betrifft.

Methylphenidat, Drogen und Alkohol

Offensichtlich sind Jugendliche mit ADHS aufgrund ihrer Reizoffenheit und Impulssteuerungsschwäche stärker suchtfährdet. Gleichzeitig ermüden sie schnell in Situationen, die sie als langweilig empfinden. Sie brauchen den „Kick“, um sich zu spüren. Daher sind Jugendliche mit ADHS mehr als andere auf der Suche nach anhaltender Reizstimulation.

Drogen wie Kokain oder Ecstasy putschen auf und kommen diesem Bedürfnis entgegen. Häufiger berichten Kokainabhängige von einer scheinbaren Besserung ihrer Leistungsfähigkeit und Konzentration, wenn eine ADHS-Veranlagung vorliegt. Auch hier führt dann aber der Kontrollverlust durch die Abhängigkeit von der Substanz zur bekannten Abwärtsspirale der Drogensucht.

Dämpfende Drogen, wie z. B. Heroin oder andere Opiate, aber auch Beruhigungsmittel, welche als Wirkstoff Benzodiazepine enthalten (z.B. Valium®, Temesta®, Rohypnol®) wirken beruhigend und „helfen“, den schmerzenden Konflikten eines Alltages mit ADHS entgegenwirken. Insbesondere Cannabis scheint zwar das Gehirn zu „beruhigen“ und gegen Gedankenrasen oder Grübeln, starke Anspannung und Unruhe zu „helfen“. Neben den bekannten Suchtproblemen verstärkt Cannabis aber gerade die Motivationshemmung bzw. Adynamie, die sich bei

vielen Jugendlichen mit ADHS findet. Dies wird u.a. durch eine Minderung der Hirnaktivität in bestimmten Hirnarealen, die für Antrieb, Planung und Motivation notwendig sind bedingt. Wissenschaftliche Untersuchungen haben insgesamt aber gezeigt, dass Cannabis keine Einstiegsdroge für Heroin oder Kokain darstellt. Auch sind die gesundheitlichen Folgen des Konsums von Cannabis weit weniger dramatisch, als lange Zeit angenommen.

Alkohol, die heute auch bei Jugendlichen verbreitetste Droge, ist sowohl bezüglich des Suchtrisikos, als auch der gesundheitlichen Folgeschäden, um ein Vielfaches gefährlicher als Cannabis. Damit soll allerdings nicht gesagt werden, dass Cannabis in jedem Fall eine harmlose Droge darstellt. Der Alkoholmissbrauch und das sinnlose Betrinken finden sich bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS allerdings deutlich früher und stärker ausgeprägt als bei Gleichaltrigen ohne ADHS. Dasselbe gilt für den früheren Erstkontakt mit Zigaretten und einer stärkeren Tendenz zur Nikotinabhängigkeit. Nikotin wirkt im Gehirn von ADHS Patienten an den sog. Dopamin-Transportern in ähnlicher Weise wie das Methylphenidat: Es blockiert die Wiederaufnahme des Botenstoffes Dopamin. Sicher kann aber eine „Selbsttherapie“ mit Zigaretten keine angemessene ADHS-Behandlung darstellen. Besonders bei Mädchen scheinen der Nikotinmissbrauch und der frühe Missbrauch von Tabletten bzw. Ecstasy eine Rolle zu spielen.

In amerikanischen Untersuchungen geht man davon aus, dass bis 50 Prozent aller Drogenkonsumenten in ihrer Krankengeschichte eine (in den meisten Fällen unbehandelte) ADHS aufweisen. Nicht selten findet sich in der Drogengeschichte von Süchtigen, die verschiedene Drogen missbraucht haben (Politoxikomanen), eine entsprechende ADHS-Veranlagung.

Diese Beobachtungen passen zu den Hinweisen, dass Jugendliche mit ADHS, die nicht medikamentös behandelt werden, stärker suchtgefährdet sind als die gesunden oder medikamentös therapierten Gleichaltrigen. Möglicherweise stellt die

Einnahme von Drogen für manche ADHS-Patienten sogar einen Versuch der Selbstmedikation gegen ihre übermäßige Unruhe, Sensibilität und Verletzlichkeit dar. Das scheint vor allem bei Cannabis-, Alkohol- und Kokainmissbrauch der Fall zu sein. Sucht ist nicht immer an den Konsum einer Substanz gebunden. Auch Fernsehen, Computerspiele, Surfen im Internet, Automatenspiele oder Einkaufen können „zur Sucht“ werden. Übertriebenes Arbeiten, gefährliche Hobbys und Risikosportarten können nicht nur bei ADHS-Patienten ebenfalls auf ein Suchtverhalten hinweisen.

Bisher wird der mögliche Zusammenhang von ADHS und Sucht zwar von der ADHS-Forschung berücksichtigt, selten jedoch in Therapiekonzepten der Suchttherapie einbezogen, obwohl bei drogenabhängigen Jugendlichen im Rahmen der diagnostischen Abklärung nicht selten eine ADHS festgestellt werden kann.

Zu den direkten Wirkungen der Drogen auf das Befinden kommt die besondere „Attraktivität“ des Verbotenen: Die Illegalität des praktizierten Verhaltens ist an sich schon etwas Besonderes, Aufregendes. Das gilt nicht nur für Kokain, sondern auch für viele Designerdrogen wie beispielsweise Ecstasy. Da ADHS-Betroffene meistens zwischen extremen Gefühlslagen hin und her pendeln und infolge ihrer Hypersensibilität leicht verletzbar sind, kann es nicht wundern, dass nicht wenige von ihnen im Sinne von Selbst-Medikation zu Drogen greifen. Hinzu kommt, dass viele von ihnen sehr leicht beeinflussbar sind. Sie suchen inneren Halt und Identifikation bei Gleichaltrigen in viel stärkerem Ausmaß, als dies bei Pubertierenden ohnehin der Fall ist. Auf der anderen Seite wird auch darüber diskutiert, ob nicht sogar die Behandlung mit Stimulanzien zu einem erhöhten Drogenkonsum in späteren Jahren führen kann. Die bisher veröffentlichten Studien kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen:

Eine Langzeitstudie von Biedermann und Kollegen hat ergeben, dass ADHS-Jugendliche, die medikamentös therapiert werden, ein um

85 Prozent niedrigeres Risiko für Drogenmissbrauch haben, als Betroffene, die nicht behandelt werden. Allerdings wurden in dieser Studie nur 19 nicht medikamentös behandelte ADHS-Jugendliche mit 56 ADHS-Jugendlichen verglichen, die eine Behandlung mit Psychopharmaka erhielten. In der Studie wird lediglich erwähnt, dass die Patienten mit Stimulanzien behandelt werden. Genauere Angaben fehlen. Daher lassen sich die Ergebnisse nicht unmittelbar auf potentielle Auswirkungen der Behandlung mit Methylphenidat übertragen.

Lambert und Hartsough haben im Gegensatz dazu festgestellt, dass Kinder mit Methylphenidat-Behandlung später im Jugendalter ein erhöhtes Risiko für Nikotin- und Kokainmissbrauch haben.

Auch Huss et al. haben in einer Langzeitstudie überprüft, ob Methylphenidat über einen längeren Zeitraum den Missbrauch von Drogen fördert. Die Untersuchung ergab, dass bedeutend weniger behandelte als unbehandelte Jugendliche Drogen konsumiert hatten. Dies bestätigte die Ergebnisse von Biedermann et al. Aus den Ergebnissen wird gefolgert, dass Methylphenidat bei ADHS-Patienten eine stabilisierende Wirkung hat und auf diese Weise Drogenmissbrauch vorbeugt.

Im Januar 2003 haben Wilens TE und Kollegen im Rahmen einer Auswertung von 10 Studien zeigen können, dass die medikamentös behandelten ADHS-Kinder gegenüber den ADHS-Kindern ohne medikamentöse Therapie ein um das 1,9fach kleinere Risiko hatten, im späteren Verlauf an einer Drogen- oder Alkoholsucht zu erkranken. Insgesamt umfasste diese Studie die Entwicklung von 674 mit Stimulanzien behandelten ADHS-Jugendlichen und 360 ADHS-Jugendlichen, welche nicht mit Stimulanzien behandelt wurden. In derselben Ausgabe der diese Meta-Analyse veröffentlickenden Fachzeitschrift findet sich auch eine Studie von Barkley, der 147 ADHS-Kinder, die mit Stimulanzien behandelt wurden, 13 Jahre lang (und somit ins Erwachsenenalter hinein) begleitete und ihre Entwicklung daraufhin überprüfte, ob gehäuft Suchtstörungen auftra-

ten. Barkley fand keinerlei Hinweise darauf, dass diese Kinder später vermehrt suchtkrank wurden.

Die Behandlung mit Stimulanzien kann bei sachgerechtem Einsatz UND Kombination mit weiteren therapeutischen Maßnahmen wie z.B. Verhaltenstherapie bei ADHS-Jugendlichen die Schulleistungen und die Fähigkeit, sich sozial besser anzupassen verbessern, weil Impulskontrolle und Konzentrationsfähigkeit stabilisiert werden. Daher wird angenommen, dass Zahl und Schwere der Lebensprobleme durch die Therapie mit Stimulanzien reduziert werden können und so auch das Suchtrisiko abnimmt.

Allerdings zeigen die genannten Studien, dass das Suchtrisiko bei Jugendlichen mit ADHS lediglich auf das der Normalbevölkerung reduziert werden konnte. Methylphenidat eignet sich also nicht generell zur Verminderung von Suchterkrankungen.

Die ADHS gehört nachweislich zu den folgenschweren Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Klinische Verlaufsstudien zeigen, dass in der Gruppe der ADHS-Kinder verglichen mit Gesunden ein erhöhtes Risiko vorlag,

- ▮ an einer antisozialen Verhaltensstörung zu leiden (25-35 Prozent)
- ▮ vorzeitig die Schule abzubrechen (30-40 Prozent)
- ▮ mindestens 1 x die Klasse zu wiederholen (58 Prozent)
- ▮ an Ängsten und/oder Depressionen zu leiden (30-50 Prozent)
- ▮ wenige oder keine Freunde zu haben (50-70 Prozent)
- ▮ bis zum Alter von 19 an einer Schwangerschaft beteiligt zu sein (38 Prozent)
- ▮ auch als Erwachsene an einer ADHS zu leiden (50-70 Prozent)
- ▮ auch als Erwachsene an Depressionen zu leiden (20-30 Prozent)
- ▮ und als Mädchen eine Bulimie zu entwickeln (wissenschaftlich noch nicht gesichert)
- ▮ für Zigaretten-, Cannabis- und Alkoholmissbrauch (2-5fach)
- ▮ zusätzlich zur ADHS an Lernstörungen zu leiden (3-5fach)
- ▮ für Verkehrsunfälle (gilt für Kinder bis 15 Jahre) (9fach)

Was können Eltern tun?

Selbstständigkeit

Jugendliche mit ADHS sollten nicht zu früh in die Unabhängigkeit entlassen werden, auch wenn der Wunsch danach sehr groß ist. Ohne die verständnisvolle Unterstützung der Eltern kommen sie meist noch nicht zurecht. Vorhaltungen und Ermahnungen durch die Eltern helfen nicht weiter, sondern die Jugendlichen müssen Erfahrungen selbst machen dürfen, brauchen dazu aber – meist ohne das zugeben zu können – den Rückhalt der Familie. Damit Eltern hier den jungen Erwachsenen auch wirklich mit Rat und Tat beistehen können, ist es unerlässlich, dass sie sich die notwendigen Informationen beschaffen und kritisch prüfen, ob diese für das eigene Kind bzw. die Familie umsetzbar sind.

Viele ADHS-Jugendliche empfinden es auch als großen Rückhalt, professionelle Hilfe z.B. durch einen Psychotherapeuten zu haben. Daher ist es für die Eltern ratsam, sich mit ihrem Teenager bei Konflikten, die sich nicht schnell lösen lassen, möglichst rasch an einen kompetenten Ansprechpartner zu wenden. Hinderlich ist dabei oft, dass die Jugendlichen sich derartige Termine von den Eltern nicht gerne „reindrücken“ lassen. Daher müssen Eltern hier sehr behutsam vorgehen, um die Neugierde des Jugendlichen dafür zu wecken, dass es jemanden gibt, der ihnen eventuell sehr gut helfen könnte.

So passiert es immer wieder, dass es durch den (gut gemeinten, aber falschen) Umgang von Eltern mit dem schwierigen Kind zu einer höheren Ablehnung bis hin zu gesteigerter Gewaltbereitschaft kommt. Das liegt meist daran, dass diese Jugendlichen in der Kommunikation oft schwer zugänglich sind und Eltern natürlich nicht gelernt haben können, wie sie ihre „großen Kinder“ am besten ansprechen. Ohne es zu wissen, sind Eltern nicht selten auch von ADHS betroffen und haben teils selbst große Probleme, ihr Leben in den Griff zu bekommen, mit ihrer Impulsivität und Sprunghaftigkeit zurecht zu kommen und demzufolge auch damit, ihren eigenen Kindern eine Orientierung zu sein. Ein

Kind, dessen Mutter oder Vater unter ADHS leidet, wird früh durch ein problematisches Erziehungsmilieu geprägt, das ungehaltenes und aggressives Verhalten noch verstärken, ja sogar erst zum Ausbruch bringen kann. Hier ist es besonders wichtig, z.B. einen Familienhelfer frühzeitig als stabilisierenden Faktor in die Erziehung des Kindes und auch zur Alltagsorganisation der ganzen Familie zu Rate zu ziehen.

Berufswahl

Jugendliche mit ADHS sind oft sehr kreativ, phantasievoll und können aus dem Nichts etwas erschaffen. Auch schauspielerisch sind sie oft begabt und können gut moderieren. Auf ihren Lieblingsgebieten besteht meist ein erstaunliches Wissen. Werden diese Talente frühzeitig durch die Eltern gefördert, steigt auch ihr Selbstwertgefühl insbesondere in Hinblick auf die spätere Berufswahl. Manche Jugendliche sind durch ihren Hang zum Diskutieren und Argumentieren verbal sehr versiert und fühlen sich in einem Beruf wohl, in dem sie z.B. Verkaufstätigkeiten übernehmen können. Andere Jugendliche sind sehr hilfsbereit und setzen sich gerne für die Belange anderer ein, was in sozialen Berufen sehr gut gelebt werden kann. Viele Jugendliche mit ADHS entwickeln sogar ein ausgeprägtes Helfersyndrom, was dann wiederum eher behandelt werden sollte, damit das nicht frühzeitig während der beruflichen Laufbahn zum burn-out führt. Wenn Eltern die Interessen ihrer Kinder schon vor der Pubertät fördern und von ihren eigenen Vorstellungen ablassen, finden die Jugendlichen leichter ihren eigenen Weg.

Drogen

Eltern von Jugendlichen mit ADHS sollten sich über die gängigen Drogen informieren, um rechtzeitig Verhaltensweisen und Auffälligkeiten feststellen zu können, die auf einen Drogenkonsum hindeuten.

Sie sollten möglichst schon vorbeugend versuchen, den Kindern und Jugendlichen klar zu machen, dass Drogen keine Lösung für Konflikte sind, sondern eine große Gefahr darstellen und zunächst die

weitere Entwicklung beobachten. Wenn Eltern in dieser Situation keinen Zugang mehr zu ihren Kindern finden, sollten sie schnell Hilfe bei entsprechenden Beratungsstellen oder Therapeuten suchen, um Schlimmeres zu verhindern. Eine allzu starke unsachlich-negative Reaktion der Eltern würde meist nur Trotzreaktionen hervorrufen und die verbotene Substanz noch interessanter machen.

Selbstverständlich haben die Eltern ihr eigenes Suchtverhalten (Nikotin, Alkohol) im Griff. Wenn nicht, sind sie natürlich sehr unglaubwürdig und ihre Interventionen von Anfang an auf Sand gebaut.

Trinkt Ihr ADHS -Kind bereits längere Zeit Alkohol, kifft es immer wieder oder konsumiert es andere ille-

wird die Gefahr des Drogenmissbrauchs und gestörten Sozialverhaltens deutlich herabgesetzt.

Ebenfalls wichtig für die Eltern zu wissen: Jugendliche mit einer ADHS, aber auch betroffene Erwachsene können infolge ihrer Aufmerksamkeitsschwächen oft nicht zuhören. Vieles bekommen sie einfach nicht mit. Und das nicht nur in der Schule. Sie überhören oder vergessen sofort, dass z.B. der Bruder gestern den Hausmüll zur Tonne gebracht hat und es durchaus korrekt wäre, dass sie heute dran sind. Oder sie vergessen eine bei der letzten Familienkonferenz vereinbarte Abmachung und behaupten mit vollster Überzeugung, dass dies nie so gesagt worden wäre. Weil sie es oft tatsächlich nicht mehr wissen und ihnen das niemand glaubt, fangen sie

Hinzu kommt noch folgendes fatales Phänomen: Genau dieses mit Auflehnung, Trotz und Opposition verbundene Verhalten und Erleben kann ein unbehandeltes ADHS-Hirn gefährlich gut stimulieren! Dazu zählt auch der „Kick“, den einige Mädchen oder junge Frauen mit einer ADHS erleben können, wenn sie das machtvolle „Feeling“ entdecken, dem Hunger widerstehen zu können. Magersucht und ADHS gehen häufig einher, so dass Mädchen mit einer therapiereisistenten Anorexie heute unbedingt auch auf eine mögliche ADHS abgeklärt werden sollten.

Der oben beschriebene Mangel an Stimulation kann dazu führen, dass ADHS-Jugendliche sich anderen stimulierenden Dingen oder Tätigkeiten zuwenden: Irgendwie müssen sie sich ja selbst spüren und brauchen ein Feld, um sich selbst als autonome Person identifizieren zu können.

Welche Therapie hilft Jugendlichen?

Stimulanzien

Die Behandlung mit Stimulanzien vermag auch bei Jugendlichen mit ADHS dazu beizutragen, dass sie ihre Schulleistungen verbessern und sich besser anpassen können, weil Impulskontrolle und Konzentrationsfähigkeit verbessert werden. Es lässt sich daher vermuten, dass Zahl und Schwere der Lebensprobleme durch die Therapie mit Stimulanzien reduziert werden können und dadurch auch das Suchtrisiko abnimmt.

Möglichst frühzeitig (also vor Beginn der Pubertät) sollte auch sicher gestellt sein, dass die Basistherapie der ADHS-Kinder auf wissenschaftlich abgestützten Konzepten beruht. Die möglichen Folgen einer nicht- oder falsch behandelten ADHS sind viel zu ernst, um mit „therapeutischen Experimenten“, deren Wirksamkeit bei ADHS wissenschaftlich nie belegt wurde oder gar mit gesundheitlichen Risiken eingehen, die wertvolle Zeit zu vertun.

Allerdings zeigen alle bisherigen Studien, dass das Suchtrisiko bei Jugendlichen mit ADHS lediglich (aber immerhin!) auf das der Normalbevölkerung reduziert werden konnte. Ritalin® eignet sich also nicht generell zur Verminderung von Suchterkrank-



Reha-Klinik
Neuharlingersiel,
Innenhof

gale Drogen, dann sollten Sie in Absprache mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin eine in Sachen ADHS kompetente Drogenberatungsstelle aufsuchen und sich dort, am besten gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen, beraten lassen.

Soziale Probleme

Stellen Eltern bei ihrem ADHS-Kind Verhaltensweisen fest, die auf ein gestörtes Sozialverhalten hindeuten, sollten sie einen Psychotherapeuten, Psychologen oder Sozialpädagogen aufsuchen, damit geklärt werden kann, wie dem Jugendlichen am besten zu helfen ist. Für Jugendliche mit ADHS ist ein intaktes und stabiles Familienleben, das emotionalen Halt gibt, besonders wichtig. Dadurch

an, sich zu verteidigen und um ihren Standpunkt zu kämpfen. In Kombination mit ihrem oft extremen Gerechtigkeitsempfinden kann das zu verbissenen Streitereien und verwegenen pubertären Aktionen führen. Mit dem Wissen, dass die Jugendlichen hier nicht absichtlich handeln, lässt sich so mancher Konflikt wesentlich ruhiger klären, bevor es zu einer Eskalation kommt – deshalb: Abmachungen und Regeln immer aufschreiben und sichtbar für alle aufhängen! Und: Dem Jugendlichen nicht immer gleich Faulheit oder gar seine Vergesslichkeit „auf’s Brot schmieren“, sondern nachsichtig und ruhig sein... auch wenn das oft nicht leicht fällt. Das kann auf Dauer genau diese Probleme stabilisieren!

kungen, aber dennoch für ADHS-Jugendliche.

Wenn Verhaltensprobleme trotz optimaler Therapiemaßnahmen fortbestehen, sollte abgeklärt werden, ob zusätzlich nicht allenfalls eine neurologische Erkrankung, Teilleistungs- oder andere neuropsychologische oder psychische Störungen vorliegen.

Psychotherapie

Wenn Eltern das Gefühl haben, dass „es“ mit der Therapie ihres ADHS-Kindes/-Jugendlichen noch nicht „stimmt“, sollte immer zeitnah mit einem Arzt abgeklärt werden, ob die mit den Therapien gegebenen Möglichkeiten wirklich schon ausgeschöpft sind. Auch wenn eine Behandlung mit Medikamenten in vielen Fällen die Basistherapie darstellt, so sind im Sinne einer multimodalen Therapie generell zusätzliche psychotherapeutische und andere Maßnahmen (z.B. Psychomotorik, aber auch Elternt raining) empfehlenswert.

Zu berücksichtigen ist auch, dass bereits bei Jugendlichen typische Begleit- und Folgestörungen auftreten können, wie Depressionen und burn-out, aber auch Essstörungen/Adipositas, Angst- und Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und weitere Impulskontrollstörungen. Auch Schlafstörungen sowie chronische Schmerzsyndrome können mit ADHS assoziiert sein. Alle diese müssen in jedem Falle möglichst frühzeitig wahrgenommen und fachgerecht therapeutisch versorgt sein.

Rehabilitation

Noch mehr als im Kindesalter erfordert die komplexe Problematik der ADHS-Jugendlichen aufgrund der o.g. oft begleitenden Störungen einen multimodalen Behandlungsansatz in Form einer individuell ausgerichteten Hilfestellung zur eigenständigen Bewältigung der Probleme. Dieser vernetzte Behandlungsansatz aus Medikation, Informationsvermittlung, Psychotherapie und Hilfe zur Selbsthilfe/Sozialberatung ist im Rahmen einer stationären Rehabilitation („Kur“) möglich. Im Sinne einer Nachsorge

werden hier auch die weitere häusliche ärztliche und psychotherapeutische Betreuung bzw. Anbindung an Selbsthilfegruppen vorausschauend eingebunden. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass der Patient eine aktive Rolle im Therapieprozess einnimmt, klare Zielsetzungen bestehen und für die Patienten Transparenz besteht, sowohl was die Therapieschritte als auch die geplanten Maßnahmen betrifft.

Nachdem die Reha Klinik Neuhaulingersiel ein multimodales Konzept für ADHS-Kinder unter Einbeziehung eines Elternteils etablieren konnte (s. die AKZENTE 61/2003), wofür der Klinik der ADHS-Förderpreis 2004 der UCB-Pharma verliehen worden ist, besteht nunmehr die Möglichkeit, nach einem individualisierten Kon-

zept auch Jugendliche mit ADHS nach dem folgenden Vorgehen zu behandeln:

Während ein defizitäres Selbstkonzept eigentlich leicht einer psychotherapeutischen Hilfe zugänglich gemacht werden könnte, müssen die ADHS-bedingte Impulsivität, affektive Instabilität und Reizoffenheit vom Therapeuten stark berücksichtigt werden. Im Sinne alltagsorientierter Hilfe zur Selbsthilfe werden dann behutsam geeignete Strategien und Organisationshilfen mit dem Ziel eines Selbstmanagementansatzes erarbeitet. Dabei werden Empfindungen und Gefühle mobilisiert und einer realitätsbezogenen Neubewertung eigener Handlungsmöglichkeiten zugänglich gemacht. Durch die Mobilisation von Affekten und anhand von Problem- und Konfliktsituationen im Alltag der Rehaklinik



zept auch Jugendliche mit ADHS nach dem folgenden Vorgehen zu behandeln:

Basis der Reha von Jugendlichen mit ADHS ist die positive und wertschätzende Grundhaltung einerseits, andererseits eine stabilisierende und auf die aktuelle Problemstellung zentrierte Therapeutenhaltung. Dies ist maßgeblich für eine (Neu-)Erfahrung der Jugendlichen, verstanden zu werden. Daneben ist die Motivation des Jugendlichen und die Klärung der Ziele möglichst bereits vor der stationären Aufnahme die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Reha.

Wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation bei Jugendlichen mit ADHS ist es, zuerst den Jugendlichen aus ei-

ner oft chronischen Phase tiefer Resignation und sozialen Rückzugs – meist verbunden mit einer oppositionellen Haltung gegenüber der Umwelt – hin zu einer aktiven Mitarbeit und lösungsorientierten Problembearbeitung zu bringen. Der Therapeut nimmt einerseits eine empathisch und respektierende Grundhaltung, aber auch eine aktive und strukturierende Rolle im Therapieprozess ein. Selbstwert- und Identitätsstörungen aufgrund vielfach wiederholter Kränkungen und Rückschläge im Alltag sowie die o.g. häufigen komorbiden Störungen bedingen – noch viel stärker als die eigentliche ADHS selbst – für viele ADHS-Jugendliche den starken Leidensdruck, der eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht.

können derartige Neuerfahrungen in einem geschützten Umfeld erworben und neu erlernte Bewältigungsstrategien trainiert werden.

Das Ziel der ADHS-Reha liegt darin, das vorhandene persönliche Potential bestmöglich auszuschöpfen, die oft unzureichenden sozialen Fertigkeiten der Betroffenen (z.B. in der Kommunikation und Umgang mit Konflikten oder Kontaktängste gegenüber dem anderen Geschlecht) zu verbessern und das Selbstwertgefühl zu stärken.

Hierzu tragen je nach individuellem Störungsbild folgende Therapiebestandteile, die u.a. aus dem „Training mit Jugendlichen“ (Petermann und Petermann) sowie dem Trainingsprogramm für Jugendliche „Gesundheit und Optimismus GO“ (Junge et al) entnommen sind, bei:

- ▮ Entwicklung eines störungsspezifischen Wissen („Störungsmodell“)
- ▮ Neubewertung der Komorbiditäten / Biographie unter dem Blickwinkel ADHS
- ▮ Definition von individuellen Behandlungszielen und Entwicklung eines Behandlungsplans
- ▮ Wahrnehmung von individuellen Stärken und Verbesserung des Selbstwertgefühls
- ▮ Unterstützung zur besseren Kompensation der ADHS-Symptomatik und
- ▮ Förderung der individuellen Ressourcen
- ▮ Stabilisierungsmöglichkeiten u.a. durch Achtsamkeitsübungen (Wahrnehmung von Stress, Angst, Wut etc.), positive Aktivitäten und Wiederentdecken eigener Ressourcen und Interessen
- ▮ Vermittlung von Selbstmanagementstrategien
- ▮ Erlernen von Stressbewältigungsmöglichkeiten und Umgang mit emotionalen Schwankungen
- ▮ Erkennen und Verändern von verzerrten Wahrnehmungs- und Denkstrukturen
- ▮ Verminderung von ungünstigen Verhaltensstrategien in Konfliktsituationen (Konflikttraining, Soziales Kompetenztraining)
- ▮ Problemlösetechniken für Alltagssituationen und Überforderung
- ▮ Aktive Kompensationsstrategien zur Verhinderung von Folgeproble-

men und Schutz vor erneuter Dekompensation (z.B. „Notfallkoffer“ und Pläne für Krisensituationen)

- ▮ Strategien für eine längerfristige Änderung der Lebensbedingungen in Anpassung an die ADHS-spezifischen Besonderheiten

Im Rahmen einer ADHS-Reha ist Folgendes NICHT möglich:

- ▮ „Notfallmäßige“ Diagnostik und Therapie von ADHS
- ▮ Aufnahme bei akut-psychiatrischer Indikation wie z.B. komplexe Traumatisierung / Dissoziative Störungen, akuten Psychosen oder akuter Selbstmordgefährdung
- ▮ Diagnostik oder Behandlung gegen den Willen des Betroffenen
- ▮ Therapie bei instabilen psychosozialen Rahmenbedingungen (z.B. fortlaufende Traumatisierungen, fehlende Wohnung, Delinquenz, akute existentielle Bedrohung)
- ▮ Akuter Suchtmittelkonsum oder im Vordergrund stehende Suchtproblematik

In der Reha Klinik Neuharlingersiel ist bei entsprechender Indikationsstellung von Seiten des Arztes am Wohnort und ausreichend langer Aufenthaltsdauer auch eine Ersteinstellung auf ein Stimulans (Methylphenidat oder Amphetamin) möglich oder auch eine Umstellung der Medikation (z.B. auf ein modernes länger wirkendes Stimulans (z.B. Concerta®, Medikinet retard®, Ritalin LA®). Nach ausführlicher Aufklärung über Möglichkeiten, Grenzen und Nebenwirkungen der Medikation erfolgt dann eine schrittweise Aufdosierung unter fortlaufender Selbst- und Fremdbeurteilung des Therapieeffektes und möglicher (seltener) Nebenwirkungen. Die Ermittlung der individuellen Dosierung unter Berücksichtigung der Wirkdauer (bei kurzwirkenden Stimulanzien 3-5 Stunden) und etwaiger Rebound-Effekte (Wiederauftreten von Unruhe oder aggressivem Verhalten bei nachlassender Wirkung) erfolgen in enger Abstimmung mit den Patienten, um eine optimale Anpassung an den Alltag zu ermöglichen. Auch bestimmte antriebssteigernde Antidepressiva (Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer wie Atomoxetin

= Strattera®) können bei ADHS-Patienten indiziert sein. Seltener werden auch ältere (trizyklische Antidepressiva) als Therapiemöglichkeit für ältere Jugendliche diskutiert, wenn starke Gegenanzeigen gegen die Mittel der ersten Wahl bestehen.

Das Behandlungskonzept der Reha Klinik Neuharlingersiel für Kinder ist gruppentherapeutisch orientiert, während Jugendliche aufgrund der meist komplexen Problematik eher einzeln behandelt werden. Daneben werden auch familientherapeutische Angebote gemacht, die bereits bei mehreren Familien mit mehr als einem ADHS-Kind und teils auch ausgeprägter ADHS-Problematik der Mutter sehr erfreuliche Ergebnisse zeigen konnten.

Diese verschiedenen Konzeptionen ermöglichen dem Patienten, im Rahmen der in der Regel 4-6 Wochen dauernden Reha die größtmögliche und individuelle Aufarbeitung seiner Störungen, ergänzt durch soziale Unterstützung und gegenseitige Hilfestellung der Mitpatienten, insbesondere durch den Erfahrungsaustausch über ADHS und damit verbundene Probleme im Alltag. Allein das Wissen um ADHS und seine „Begleiterscheinungen“ führt bei vielen Patienten bzw. Eltern dabei bereits zu einer Entlastung und Reaktivierung von Ressourcen, die dann im therapeutischen Setting anhand von alltäglichen Problemsituationen weiter gestärkt und trainiert werden können.

Die zeitlich begrenzte und wohnortferne stationäre Behandlung kann zwar meist rasch eine neue Sichtweise auf bisher als eigenes Versagen, mangelnde Anstrengung oder schlechte Erziehung zugeordnete Probleme bringen, selten aber in so kurzer Zeit eine grundlegende und nachhaltige Änderung der über viele Jahre erworbenen Verhaltensmuster und Selbstbeurteilungen ermöglichen. Durch die Bewusstwerdung kann aber sehr gut eine Änderung von dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern (z.B. Perfektionismus und Selbstüberforderung, wiederholte Konflikte und Eskalationen in Partnerschaft oder Beruf, Verhaltensexzesse) einem the-

therapeutischen Zugang für die weitere Behandlung nach der Heimreise eröffnet werden. Im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme kann daher thematisch nur eine Begrenzung auf ein spezielles Problemfeld bzw. Problemverhalten erfolgen und nicht „alles“ behandelt und aufgearbeitet werden. Diese Themen werden zu Beginn der Reha gemeinsam in einem Therapieplan definiert. Anhand der o.g. störungsbildtypischen Behandlungsbausteine wird ein Schwerpunkt auf das funktionelle Verständnis der ADHS der Selbstwahrnehmung, emotionale Schwankungen und Instabilität, Impulsivität und Probleme in der Selbstwahrnehmung gelegt. Daneben werden alltagsrelevante Fertigkeiten zur Selbst- und Alltagsstrukturierung und Bewältigung täglicher Anforderungen im Rahmen der Therapie erworben und trainiert. Zudem werden anhand von „Bausteinen“ u.a. der o.g. Trainings die soziale sowie die Konflikt-Lösungs-Kompetenz übungsorientiert mit neuen Verhaltensfertigkeiten für Situationen mit Konflikt- und Durchsetzungscharakter erlernt.

Von den üblichen Entspannungstherapieverfahren wird zumeist die Progressive Muskelrelaxation (Jacobsen) von den ADHS-Patienten als hilfreich erlebt, da hier durch aktives An- und Entspannen die Wahrnehmung des eigenen Körpers unmittelbar spürbar verbessert werden kann.

Leider befinden sich viele Patienten aufgrund der ADHS-typischen Probleme in sozialen Problemlagen. Durch Psychologen und auch Sozialarbeiter werden in der Reha Klinik Neuhaulingersiel Informationen und konkrete Beratung (z.B. Schuldenberatung, Hilfe bei Anträgen, Umschulungsmöglichkeiten und ggf. auch berufliche Reintegration) durchgeführt. Dies schließt auch die Hilfestellung für die nachstationäre Weiterbetreuung oder Informationen über Selbsthilfemöglichkeiten am Heimatort ein.

Bewegung und sportliche Therapieangebote eignen sich besonders für ADHS-Jugendliche zum Abbau von Stress und können gerade in der Gruppe soziale Neuerfahrungen und Spaß vermitteln. Ergänzend können in der Reha physiotherapeutische Behandlungsangebote bei entsprechender Indikation genutzt werden.

Das Behandlungskonzept für Jugendliche mit ADHS ist auf 4-6 Wochen ausgelegt und bietet einen multimodalen ressourcenorientierten Behandlungsansatz. Die Kostenübernahme kann über einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen und privaten Krankenkasse/ Beihilfe sowie dem Rentenversicherungsträger erfolgen. Je nach Schwere der Problematik kann auch eine noch längere Reha-Dauer erforderlich sein. Kurzfristige Aufnahmen sind meist nicht möglich, da alle bisherigen Befunde vorliegen müssen

und die Klinik sich über die Patienten anhand von Fragebögen und bei Bedarf auch persönlichen Gesprächen ein umfassendes Bild über Problematik und Therapieziele verschaffen muss, bevor ein Patient aufgenommen werden kann. ←

Mehr Informationen:

info@rehaklinik-neuharlingersiel.de

Literatur

Krause, Dr. med. Johanna: Behandlungsansätze bei Erwachsenen mit ADS, Elterninitiative zur Förderung hyperaktiver Kinder e. V., Postfach 60, 91291 Forchheim, 1997

Neuhaus, Cordula: Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme, Urania-Ravensburger Verlag, 2000

Skrodzki, Dr. Klaus: Das Hyperkinetische Syndrom, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e. V., Postfach 60, 91291 Forchheim, 1996

Rossi, P.; Winkler, M.: ADD-Online: Attention-Deficit-Disorder: Hyperaktivität und Störungen des Sozialverhaltens www.ADHS.ch

Biedermann, J.; Wilsens, T.; Mick, E.; Spencer, T.; Faraone, SV.: Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999 Aug; 104(2): e20

Lambert, NM.; Hartsough, CS.: Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disability* 1998; 31: 533-544

Huss, M.; Schmidt-Schulz, A.; Hoffman, K.; Vogel, R.; Schulz, C.; Lehmkühl, U.: Entwicklungsverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS). *die AKZENTE* 46, 12-16 (*die AKZENTE: Zeitschrift vom Arbeitskreis überaktives Kind*)

Rossi, P.; Winkler, M.: ADD-Online: Attention-Deficit-Disorder: Fragen www.adhs.ch

Heute hyperkinetisch, morgen süchtig? www.stangltaller.at

Steinhausen H-C: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 4. Auflage. Urban & Fischer, München, 2000, 86ff

Freisleder FJ: Das A und O: die richtige Diagnose. in: Unaufmerksam & Hyperaktiv. H. von Voss (Hrsg.) Kirchheim-Verlag Mainz, 40ff, 2002

Anzeige



...mit Freude
erfolgreicher lernen
HEBO
die Privatschule

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

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

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

Am Eßne 100, 55173 Bonn-Bad Godesberg | Tel. 0228-748990 | Fax 0228-7483923 | info@hebo-schule.de | www.hebo-schule.de

Eröffnet eine ganztägige ADHS-Behandlung Zukunftsperspektiven?

Über die Notwendigkeit einer frühzeitigen Ganztagestherapie

Steffen Heger

Dr. Steffen Heger
ist Facharzt für
psychosomatische
Medizin und
Psychotherapie
in Köln

Lange Zeit lag der Fokus einer Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf der Symptomreduktion während der Schulzeit. Schließlich treten die für diese Störung typischen Verhaltensauffälligkeiten dort besonders stark in Erscheinung und beeinträchtigen zudem maßgeblich die Leistungsfähigkeit des Kindes. Diese Auffassung hat sich in den letzten Jahren grundlegend verändert: Es wurde deutlich, dass eine adäquate ADHS-Behandlung möglichst von Anfang an auch die zweite Tageshälfte berücksichtigen sollte. Denn auch am Nachmittag bei der Freizeitgestaltung und am Abend in der Familie sind ADHS-Betroffene aufgrund der Symptomatik stark eingeschränkt (siehe Tabelle 1). Für die Entwicklung des Kindes sind diese Phasen jedoch ebenso wichtig wie die Schule am Vormittag.

ADHS-Symptome beeinflussen den ganzen Tag

ADHS ist eine neurobiologische Funktionsstörung, bei der es aufgrund eines Dopaminmangels im synaptischen Spalt zu einer anhaltenden fehlerhaften Reizübertragung kommt. Das Auftreten der Kernsymptome ist daher nicht auf die erste Tageshälfte beschränkt. Die Einschränkungen, unter denen die Betroffenen aufgrund der Symptomatik leiden, belasten ebenfalls die für die Entwicklung wichtige zweite Tageshälfte: Hier entwickeln Kinder und Jugendliche in der Regel ihre soziale Kompetenz durch Interaktion mit Gleichaltrigen und Familienmitgliedern. Das Aufmerksamkeitsdefizit und besonders das impulsive Verhalten führen ADHS-Betroffene jedoch schnell in die Isolation. Unter den Symptomen der Erkrankung leidet zudem die ganze Familie. Eine Studie von Hankin zeigte, dass Eltern ADHS-kranker Kinder stärker belastet sind als von asthmad- oder rheumakranken Kindern.¹ Die

nicht seltene Folge: Gestresste Mütter oder Väter müssen ihre Berufstätigkeit einschränken oder ganz aufgeben.¹ Außerdem ist die Scheidungsrate bei Eltern mit ADHS-Kindern drei- bis fünfmal höher als in anderen Familien.² Neben diesen sozialen Implikationen sind als Langzeitfolgen einer unbehandelten ADHS häufige Alkohol- und Drogensucht³, ein deutlich erhöhtes Risiko für Delinquenz⁴ und weitere psychiatrische Erkrankungen bekannt, insbesondere depressive Syndrome und antisoziale Persönlichkeitsstörungen⁵. Dass die aufgezählten potentiellen Problemfelder eine adäquate Therapie zwingend notwendig machen, ist in der Fachwelt längst unumstritten.

Frühzeitige Therapie ermöglicht altersgerechte Entwicklung

ADHS ist eine chronische Erkrankung, die nicht grundsätzlich heilbar ist. Zwar bilden sich die Symptome in vielen Fällen während der Pubertät zurück. Aber bei über der Hälfte der erkrankten Kinder und Jugendlichen bleiben sie bis ins Erwachsenenalter bestehen.⁶ Eine erfolgreiche ADHS-Therapie muss deshalb zum Ziel haben, so früh wie möglich die Symptome der Störung zu reduzieren und damit² die Chancen der be-

troffenen Kinder und Jugendlichen auf eine altersgerechte Entwicklung zu wahren. Eine Therapie, die sich lediglich als Krisenmanagement versteht, zum Beispiel zur Verbesserung der schulischen Leistungen, greift dabei deutlich zu kurz. Vielmehr muss es Therapieziel sein, die vorhandenen Potentiale der ADHS-Kinder voll auszuschöpfen. Eine Ganztagestherapie kann helfen, die künstlerischen und musischen Neigungen sowie handwerkliche und sportliche Begabungen sichtbar zu machen und die daraus erwachsenden Chancen zu nutzen. Kindern und Jugendlichen kann dann gezielt geholfen werden, die für ihr angegriffenes Selbstbewusstsein so wichtigen Erfolgserlebnisse auch bewusst zu erfahren. ←

¹) Hankin CS: ADHD-related costs: The burden of attention deficit/hyperactivity disorder. *Drug Benefit Trends* 13: 1-8, 2001
²) Murphy KR et al: Parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry* 66(1): 93-102, 1996
³) Stollhoff K et al: Hochrisiko ADHS. Schmidt Römhild, Lübeck, 2003
⁴) Rösler M et al: ADHS und Delinquenz. *Kinderärztliche Praxis*, Sonderheft April: 25-26, 2004
⁵) Cunningham CE et al: Family functioning, time allocation and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry* 17: 169-177, 1998
⁶) Fischer M et al: The adolescence outcome of hyperactivity children: predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 324-332, 1993

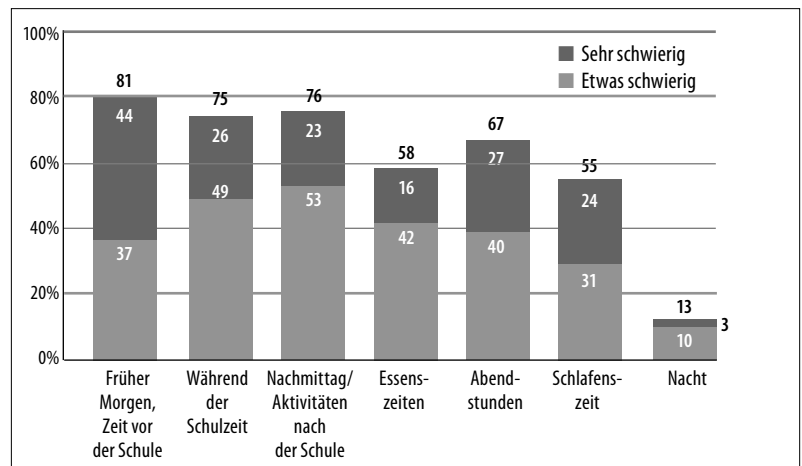


Tabelle 1: Im Elternurteil: Die Auswirkungen der ADHS-Symptomatik werden den ganzen Tag über beobachtet (nach: Meet-the-Expert-Session ACAPAP 2004)

Eine besondere Herausforderung: Doppeldiagnose ADHS und Legasthenie

Ein Beitrag vom Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. (BVL)

In unserer Verbandsarbeit begegnen uns viele Eltern, deren Kinder neben einer Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung) auch von einem ADHS betroffen sind. Legasthenie und ADHS als Doppeldiagnose stellt eine große Herausforderung für alle dar. Umso wichtiger ist es für die Eltern, über beide Störungsbilder ausreichend Informationen und Hintergrundwissen zu haben. Nur wer sich informiert und verstehen lernt, wie es zu den Schwierigkeiten und Auffälligkeiten kommt, kann auch adäquate Hilfe suchen und geben.

Was wissen wir über die Legasthenie?

Die Lese-Rechtschreibstörung (sog. Legasthenie) ist eine weltweit von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) beschriebene Entwicklungsbeeinträchtigung. Etwa 4 Prozent, also ca. 3 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer Legasthenie betroffen. Die Legasthenie ist ebenso wie die Aufmerksamkeitsstörung in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) zu finden. Die Ursachen einer Lese-Rechtschreibstörung, die unter der Ziffer F81.0 beschrieben wird, beginnen ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit. Es handelt sich um eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft ist. Nicht selten ist eine Legasthenie genetisch dispositioniert, das heißt, sie kommt häufig bei mehreren Mitgliedern einer Familie vor. Den Erbanlagen scheint eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer Lese-Rechtschreibstörung zuzukommen. Der Beitrag eines spezifischen Gens ist international nachgewiesen. Das Gen liegt in einer Region von Chromosom 6. Das Gen (kurz: DCDC2-Gen) spielt anscheinend in der Entwicklung des

Gehirns eine Rolle, genauer gesagt bei der Wanderung von Nervenzellen im sich entwickelnden Gehirn. Am stärksten zeigt sich der Effekt des Gens bei Kindern mit einer schweren Lese-Rechtschreibstörung.

Aus vielen Studien ist außerdem bekannt, dass vor allem die phonologische Bewusstheit als eine besondere Vorläuferfertigkeit für spätere Lese-Rechtschreibkompetenzen zu verzeichnen ist. Auffälligkeiten in der phonologischen Bewusstheit können bereits kurz vor Schuleintritt festgestellt und so mit geeigneten Förderprogrammen erste Hilfestellungen gegeben werden. Siehe dazu auch www.phonologische-bewusstheit.de

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, um die Ursachen der Legasthenie zu finden. Mittlerweile gibt es eine Reihe von interessan-



FOTO: BVL E.V.

ten Erkenntnissen vor allem auf den Gebieten:

- Genetik
- Auditive Wahrnehmung
- Visuelle Wahrnehmung

Die Veränderungen im visuellen und/oder akustischen Wahrnehmungssystem werden überwiegend durch genetische Veränderungen verursacht. Ein Zusammenwirken von genetischen und Umweltfaktoren ist am wahrscheinlichsten.

„Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Fertigkeitenerwerbs von frühen Entwicklungsstadien an gestört sind. Dies ist nicht einfach nur die Folge eines Mangels an Gelegenheit zu lernen; es ist auch nicht allein als Folge einer Intelligenzminderung oder irgendeiner erworbenen Hirnschädigung oder -krankheit aufzufassen.“*

Lese-Rechtschreibstörungen sind somit nicht erklärbar durch:

- ▮ Entwicklungsalter
- ▮ Intelligenzminderung
- ▮ Seh- oder Hörprobleme
- ▮ neurologische Erkrankungen
- ▮ unangemessene Beschulung
- ▮ Deprivation
- ▮ Mangelnde Lernanregung oder zu wenig Üben

Wie kann man sich eine Lese-Rechtschreibstörung vorstellen?

Charakteristische Probleme beim Lesen:

Niedrige Lesegeschwindigkeit, häufiges Stocken, Verlieren der Zeile im Text, aber auch das Auslassen, Vertauschen oder Hinzufügen von Wörtern, Silben oder einzelnen Buchstaben. Das Gelesene kann zum Teil nur unzureichend wiedergegeben bzw. interpretiert werden.

Charakteristische Probleme in der Rechtschreibung:

Hohe Fehlerzahl bei ungeübten Diktaten aber auch abgeschriebenen Texten. Wörter werden teilweise fragmenthaft, im selben Text häufig auch mehrfach unterschiedlich falsch geschrieben. Hinzu kommen auffallend viele Grammatik- und Interpunktionsfehler und oft eine unleserliche Handschrift.

Probleme in anderen Fächern als Deutsch:

Die Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten treten ebenfalls in den Fremdsprachen auf. Schwierigkeiten beim Lesen und vor allem die

Verlangsamung können eine eingeschränkte Wissensaufnahme in den übrigen Lernfächern verursachen, weil z.B. im vorgegebenen Zeitrahmen das Wissen nicht aufgenommen bzw. niedergeschrieben werden kann. Legasthenie kann somit schnell dazu führen, dass die gesamte schulische Leistung erheblich beeinträchtigt wird.

„Rechtschreibfehler treten vor allen Dingen beim Diktat und bei spontanem Schreiben (z.B. Aufsatz) auf, während das Abschreiben von Anfang an oder in späteren Klassenstufen weitgehend fehlerlos sein kann. Die Kinder können auch die Worte in aller Regel korrekt artikuliert aussprechen und dennoch das Wort fehlerhaft schreiben. Kinder, die leicht auswendig lernen, und solche mit höherer Intelligenz kompensieren u.U. die Lese- und Rechtschreibstörung; sie versagen erst in der 3. Klasse oder erst nach dem Wechsel in eine weiterführende Schule (Realschule, Gymnasium), wenn ungeübte Schriftsprachleistungen und Aufsätze gefordert werden oder ein höheres Leistungs- und Temponiveau bei schriftlichen Arbeiten abverlangt wird. Schwerer betroffene Kinder sind meist nicht fähig, die Fehler beim Lesen und Rechtschreiben selbst zu erkennen und sich zu korrigieren.“*

Kann ein Kind beides haben: ADHS und Legasthenie?

Eine der primären (vorherrschenden) komorbiden (gleichzeitig auftretende) Störung, die bereits vorschulisch als Risikoindikator für die Lese-Rechtschreibstörung gilt, die aber auch in die Schulzeit hinein zusätzlich zur Lese-Rechtschreibstörung bestehen kann, ist die hyperkinetische Störung. 30 Prozent der hyperkinetischen Kinder zeigen zugleich eine Lese-Rechtschreibstörung. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass eine Störung der Auf-

merksamkeit, Konzentration oder Motorik nicht zwangsläufig zu einer Legasthenie führen muss. Aufkommende Lernschwierigkeiten treten jedoch häufig bei Kindern mit ADHS auf und daher ist eine ausführliche multiaxiale Diagnostik notwendig. Diese hat eine zum ADHS begleitende Lese-Rechtschreibstörung von einer Lese-Rechtschreibschwäche zu unterscheiden.

Definition der Personengruppe

a. Schüler mit Lese-Rechtschreibstörungen im Sinne des ICD-10

Definierendes Merkmal ist eine umschriebene Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lese- und Rechtschreibfertigkeiten. In der Regel sind für die Diagnose einer Lese-Rechtschreibstörung folgende Richtwerte ausschlaggebend:

- ▮ Der Leistungsstand des Kindes in der gestörten schulischen Fertigkeit liegt deutlich unter dem Intelligenzniveau und ist nicht durch eine Intelligenzminderung erklärbar. Die Entwicklungsstörung muss spätestens bis zum 5. Schuljahr in Erscheinung getreten sein, in der Regel zeigt sich die Beeinträchtigung von Beginn der Schulzeit an.
- ▮ Die Beeinträchtigung darf nicht direkt Folge mangelnder Lerngelegenheit sein z.B. von Schulversäumnis, unqualifiziertem Unterricht oder häufigem Schulwechsel
- ▮ Unkorrigierte Seh- oder Hörstörungen oder andere neurologische Erkrankungen erklären die Entwicklungsstörung nicht. Auch handelt es sich nicht um den Verlust einer bereits erworbenen schulischen Fertigkeit.

Zur Bewertung: Der Prozentrang im Rechtschreib- bzw. Lesetest sollte nicht signifikant >10 sein. Nach den Kriterien von ICD-10 ist für die Feststellung der Entwicklungsstörung ein Intelligenzquotient >70 vorauszusetzen. Eine Diskrepanz zwischen der allgemeinen intellektuellen Begabung und dem Versagen im Lesen und Rechtschreiben ist aufzuzeigen. Hierzu kann jeweils ergänzend

zu dem Schulzeugnis (vor allem der Grundschulklassen) eine T-Wert-Diskrepanz zwischen dem Gesamt-IQ und dem Rechtschreibtest von >12 Punkten als die Diagnose stützende Kriterium gelten (wenn dies testdiagnostisch möglich ist). Alternativ empfiehlt sich eine Diskrepanz von mindestens 1,5 Standardabweichungen zwischen relativ höherem IQ-Wert und relativ niedrigeren Lese- bzw. Rechtschreibtestwerten.

Die Diskrepanz-Grenzwerte haben Nachteile. Bei Personen mit niedrigem Intelligenzquotienten (z.B. IQ <85) lässt sich kaum noch eine Diskrepanz von 1,5 Standardabweichungen messtechnisch erreichen. Umgekehrt haben Personen mit hohem IQ relativ leicht Diskrepanzen zum Rechtschreib-Prozentrang, auch wenn klinisch die schulischen Rechtschreibleistungen ausreichend sind. Relevanter ist allerdings, dass Schüler mit höherem IQ trotz einer Lese-Rechtschreibstörung zu deutlich höheren Prozenträngen als 10 gelangen (dies trifft auch für Schüler zu, die eine Legasthenietherapie erfolgreich absolviert haben). Für beide Grenzfälle sind zum einen die anamnестischen und klinischen Befunde ausschlaggebend zu gewichten, zum anderen lassen sich in diesen Fällen Regressionsmodelle nutzen.

b. Schüler mit Lese-Rechtschreibschwächen

Diese Personengruppe kann keine ausreichenden Leistungen im Lesen und Rechtschreiben erzielen. Sie erfüllen jedoch nicht die diagnostischen Kriterien des ICD-10. Die Lese-Rechtschreibschwäche lässt sich beispielsweise durch mangelhafte Beschulung, inadäquate Übung, Migration, psychologische oder neurologische Erkrankung oder durch eine Sinnesbehinderung (z.B. Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung) erklären. Eine Intelligenzminderung liegt nicht vor. Die Lese-Rechtschreibschwächen sind vorübergehend. Die Schüler brauchen auch hier eine individuelle Förderung.

c. Schüler mit anderen Förderschwerpunkten

Des Weiteren gibt es Schüler, deren Förderschwerpunkte in anderen

*) Zitierbare Quelle:

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag, ISBN: 3-7691-0421-8

Bereichen liegen. Für diese Gruppe gelten die jeweiligen Ausführungsbestimmungen für den sonderpädagogischen Förderbedarf.

Welche Hilfen bieten die Schulen?

Die Rechte legasthener Schüler sind abhängig vom jeweiligen Bundesland, in dem das Kind zur Schule geht. Nicht in allen Bundesländern besteht die Möglichkeit, einen wirksamen Nachteilsausgleich zu erhalten, damit eine Schule besucht werden kann, die der eigentlichen Begabung entspricht. Bis heute ist es aufgrund der Länderhoheit in der Bildungspolitik nicht gelungen, für einheitliche Nachteilsausgleiche zu sorgen.

Dennoch ermöglichen, auch auf Forderung der KMK im Jahre 2003 hin, einige Bundesländer schulische Nachteilsausgleiche und Förderung. Leider jedoch nicht in Form eines abzuleitenden Rechtsanspruches. Außer in Bayern sind die Rechtsvorschriften (Erlasse, Verwaltungsvorschriften) zur schulischen Förderung lese-rechtschreibschwacher Schüler sehr allgemein gehalten. Schule „muss“ nicht helfen, sondern „kann“. Die Formulierungen der Vorschriften beziehen sich nicht im Speziellen auf Kinder mit einer Lese-Rechtschreibstörung nach dem ICD-10, sondern allgemein auf alle Kinder mit Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben. Die Berücksichtigung der speziellen Entwicklungsstörung mit Anspruch auf einen Nachteilsausgleich wird nur in Bayern formuliert. Zudem gewähren die anderen Bundesländer in der Regel nur einen Nachteilsausgleich bis Jahrgangsstufe 10 und nicht darüber hinaus. Nur in Bayern ist es generell und in einigen anderen Bundesländern im Ein-

zelfall möglich, auch im Abitur gesonderte Regelungen in Anspruch zu nehmen.

Eine Berücksichtigung der Legasthenie in der beruflichen oder universitären Ausbildung erfolgt stark eingeschränkt.

Im europäischen und internationalen Umfeld ist man in der Bildungspolitik wesentlich weiter und gewährt den betroffenen Schülern, Auszubildenden und Studenten umfassende Nachteilsausgleiche. In Deutschland besteht hier noch ein immenser Nachholbedarf.

Nähere Informationen zu Gewährung und Umfang des Nachteilsausgleichs erhalten Sie auf den Landesseiten der Homepage des BVL unter www.bvl-legasthenie.de

Wer hilft weiter?

Gerade für Kinder mit LRS und ADHS sind spezielle Hilfen notwendig. Da die Legasthenie und ADHS eine besondere Form der Lernbeeinträchtigung darstellt, müssen Diagnose, Beratung, Förderung und Therapie für Betroffene und deren Bezugspersonen durch speziell ausgebildete und erfahrene Fachleute durchgeführt werden. Der BVL hält für Rat suchende entsprechende Kontaktadressen bereit. Auf seinen Internetseiten unter www.bvl-legasthenie.de gibt der Verband auch Informationen über wirksame Therapieansätze und weitere ausführliche Informationen zur Legasthenie und Dyskalkulie.

Als gemeinnützige Selbsthilfe-Organisation, die therapeutenunabhängig und ohne wirtschaftliches Interesse informiert und berät besteht der Verband seit über 30 Jahren mit mehr als 150 ehrenamtlichen Mitarbeitern bundesweit. In jedem Bundesland befinden sich An-

sprechpartner, einschließlich regionaler Gruppen.

Wesentliche Aufgabengebiete des BVL sind:

- Erstinformationen zur Legasthenie/Dyskalkulie
- Interessenvertretung von Betroffenen und deren Eltern
- Kooperation mit Fachleuten, die sich in Theorie und Praxis mit der Thematik beschäftigen
- BVL bemüht sich darum, dass gesetzliche Grundlagen in Schule und Gesellschaft geschaffen bzw. verbessert werden
- Bereitstellung kostenlosen Informationsmaterials
- Öffentlichkeitsarbeit
- Veranstaltung von Kongressen und Familienbegegnungen

Literaturempfehlungen:

Gerd Schulte-Körne: „Elternratgeber“
Legasthenie“Verlag Knaur 2004, 16,90 €
Warnke/Hemminger/Roth/Schneck: „Legasthenie – Leitfaden für die Praxis“
Verlag Hogrefe 2002, 19,95 €
Waldemar von Suchodolez: Therapie der Lese-Rechtschreibstörung“
(insbesondere das Kapitel: Alternative Therapieangebote im Überblick)
Verlag Kohlhammer 2003, 35,00 €
Wenn Kinder mit Legasthenie Fremdsprachen lernen
Katrin Sellin Verlag Reinhardt 2004, 14,90€
Sigrid Binder: Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens
Handreichungen zur Prävention, Diagnose und Förderung
ISB –Verlag Auer, 12,90 €
Bernd Ganser/ Wiltrud Richter: „Was tun bei Legasthenie in der Sekundarstufe“ Verlag Auer, 19,90 €

Kontaktadresse:

BVL - Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V.
Postfach 1107
30011 Hannover
<http://www.bvl-legasthenie.de>
info@bvl-legasthenie.de
Beratungstelefon:
0700 / 31 87 38 11

Ich mag einen
Der selber weiß
Dass er nicht alles weiß
Und der das nicht verheimlicht.

Ich mag keinen
Von den Hochnäsigen
Die keine guten Menschen sind
Und bestimmt keine guten Freunde.

Ich mag einen
Der seine kleine Größe kennt
Und seine eigenen Schwächen
Und der geduldig damit leben kann.

Aus: *Phil Bosmans*: „Vergiss die Freude nicht“

AD(H)S und Teilleistungsstörungen

Zwischenbilanz: 20 Jahre Lerntherapie mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern

Uta Reimann-Höhn



Diplom Pädagogin
Uta Reimann-Höhn
Leiterin der Arbeits-
gruppe Pädagogische
Lernförderung e.V. in
Wiesbaden

Inzwischen ist es allgemein bekannt, dass Kinder und Jugendliche mit AD(H)S vermehrt auch Teilleistungsstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie zeigen. Als ich vor 20 Jahren mit Kolleginnen unsere gemeinnützige Einrichtung Arbeitsgruppe pädagogische Lernförderung e.V. gründete, waren sowohl AD(H)S als auch die Verknüpfung mit Teilleistungsstörungen vollkommen unbekannt. Trotzdem erkenne ich rückblickend natürlich, dass schon damals immer auch aufmerksamkeitsgestörte Kinder zu unseren Klienten zählten, zum Teil mit der Diagnose MCD (minimale cerebrale Dysfunktion) ausgestattet, zum Teil ohne Diagnose. Das machte uns natürlich

und Teamsitzungen. Ohne entsprechende Forschungsergebnisse oder wissenschaftliche Erkenntnisse, ohne Konzepte und Arbeitsmaterialien wie es sie für Legasthenie und Dyskalkulie zumindest teilweise gab, waren wir auf uns allein gestellt, bis das Krankheitsbild AD(H)S ins Blickfeld der Öffentlichkeit rückte und nach und nach immer weiter bekannt und erforscht wurde.

In diesen Jahren versuchten wir zu verstehen, was das auffällige Verhalten dieser Kinder ausmachte. In Eltern- und Lehrgesprächen stellten wir schnell fest, dass Unkonzentriertheit und Impulsivität sich durch das Leben, Lernen und Arbeiten der Betroffenen zogen. Dabei spielten die soziale Herkunft, die jeweilige Schulform oder die Familienverhältnisse nur eine untergeordnete Rolle. Die Ursachen für die Problematik mussten also woanders liegen, grundlegende Gemeinsamkeiten waren kaum festzustellen und tauchten ebenso wie bei Legasthenie oder Dyskalkulie nicht nur bei einer bestimmten Klientel auf.

Ohne bei der Ursachenfeststellung weiterzukommen, beschäftigten wir uns intensiv mit der praktischen Bewältigung der schulischen Probleme und versuchten, die Eltern in ihrem Erziehungsauftrag so gut es ging zu unterstützen. Doch oft hatten wir es gerade in Schulen mit Unverständnis und Ablehnung zu tun. Trotz deutlicher Fortschritte im Erlernen der Kulturtechniken Lesen, Schreiben oder Rechnen mussten AD(H)S Kinder und ihre Eltern sich immer wieder auf die Verhaltensebene „reduzieren“ lassen. Sicherlich war der Grund für diese Reaktionen meistens die Hilflosigkeit der Lehrer, für die Eltern und die Kinder bedeutete das aber immer wieder Rückschläge, und auch in der Lerntherapie kamen wir nur langsam voran, wenn die erarbeiteten Erfolge in der Schule nicht gesehen wurden und die Motivation der

Kinder dadurch schwand.

Obwohl sich besonders im schulischen Bereich schon einiges verbessert hat und wir immer wieder auf engagierte und informierte Lehrer treffen, die das Kind unterstützen, besteht hier jedoch auch heute noch ein großer Informations- und Fortbildungsbedarf. Noch ist es viel zu häufig reine Glückssache, ob ein Kind mit AD(H)S und Teilleistungsstörungen in der Schule eher unterstützt und gefördert oder „aussortiert“ wird.

AD(H)S Therapie Anfang der neunziger Jahre

Unser Team besteht aus Pädagogen und Psychologen, die neben ihrer Hauptausbildung unterschiedliche Zusatzqualifikationen haben. Um die Unkonzentriertheit, Impulsivität, Unruhe oder Verträumtheit der Kinder in den Griff zu bekommen, versuchten wir es in den 90er Jahren mit Entspannungsübungen, Fantasiegeschichten, Maltherapie, Edukinesthetik, Spielen oder Powerbewegung. Positive Verstärkung, das Ansetzen an den eigenen Ressourcen und eine stabile Beziehungsebene waren und sind sowieso integrativer Bestandteil jeder Lerntherapie. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Anders geworden ist jedoch zum einen die gesellschaftliche Haltung, die nun zumindest AD(H)S kennt und weitgehend akzeptiert, dass weder Erziehungsfehler noch unartige Kinder oder ein schlechter Unterricht die Ursache des Verhaltens sind. Zum anderen gibt es seit einigen Jahren praktikable Modelle zur Konzentrationsförderung, die auch wir im Rahmen der Lerntherapie inzwischen mit viel Erfolg einsetzen. Doch wie arbeiten wir heute?

Individuelle Förderung mit Konzentrationstraining

Da eine Lerntherapie grundsätzlich mit einer ausführlichen Diagnostik



Nikola Raschendorfer
während einer
Trainingsstunde

Probleme, denn die Fortschritte bei der Therapie in den Bereichen Lesen, Schreiben und Rechnen waren bei diesen Kindern schwerer zu erzielen als bei den konzentriert arbeitenden. So war die Optimierung der Fördermethoden auch für diese Kinder Thema zahlreicher Arbeitskreise

beginnt, die das Gespräch mit den Eltern und eventuell erstellte Gutachten mit einbezieht, können unsere erfahrenen Mitarbeiter schon nach wenigen Terminen entscheiden, ob ein Kind zusätzlich mit einer Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörung belastet ist oder nicht. Im Gespräch mit den Eltern wird dann die Teilnahme an einem Konzentrationstraining empfohlen, das als integrativer Bestandteil der Lerntherapie angeboten wird. Im Rahmen einer Kostenübernahme der Lerntherapie durch das örtliche Jugendamt ist ebenfalls das eingebaute Training finanziert. Falls Eltern die Fördermaßnahmen selber bezahlen müssen, kommen zusätzliche Kosten für insgesamt neun Einheiten (zur Zeit 155 €) auf sie zu.

Unser Konzentrationstraining ist das von dem Marburger Schulpsychologen Dieter Krowatschek entwickelte Programm: „Strukturiert geht's wie geschmiert!“, welches von uns leicht angepasst wurde. In Gruppen von bis zu acht Kindern wird in sechs Doppelstunden die Methode des „Inneren Mitsprechens“ geübt. An den begleitenden drei Elternabenden besteht ausreichend Gelegenheit, das eigene Erziehungsverhalten mit anderen zu diskutieren sowie Tipps und Ratschläge für den Umgang mit Schule und der Hausaufgabensituation zu erhalten.

Die Teilnahme an diesem Gruppenangebot wirkt sich auf das Arbeitsverhalten der Kinder positiv aus (Kurzvideo auf www.apl-wiesbaden.de). Sie haben nun für die Schule und auch für die Lerntherapie ein Handwerkszeug, mit dem sie ihre Unkonzentriertheit besser in den Griff bekommen können. Die Arbeit an der Teilleistungsstörung wird dadurch deutlich erleichtert.

Basics der Lerntherapie

In der circa 1 ½ Jahre dauernden Förderung im Bereich Legasthenie oder Dyskalkulie, die wir erst in Einzelstunden, später dann in kleinen Gruppen durchführen, legen wir großen Wert auf folgende Rahmenbedingungen, die für alle Kinder gelten.

- ▮ die Aufmerksamkeit der Schüler wird nicht überstrapaziert, viele kleine Pausen helfen, die Konzen-

trationsfähigkeit aufrechtzuerhalten

- ▮ verschiedene Lernmedien werden eingesetzt: Arbeitsblätter, Bücher, Computer oder Gespräche und Rollenspiele
- ▮ die Kinder werden stets aktiv in die Förderung einbezogen, handeln selbst.
- ▮ Lob und Anerkennung für geleistete Anstrengungen sind selbstverständlich und helfen, die Motivation aufrechterhalten
- ▮ für jedes Kind wird ein individuelles Lernkonzept zusammengestellt, das stets aus verschiedenen Programmen zusammengebaut ist
- ▮ unterschiedliche Lernmethoden werden angewendet: Lernkartei, Mindmap, Arbeitsheft, Tafel, etc.
- ▮ die Lernumgebung ist ruhig und angenehm gestaltet, selbst gemalte Bilder oder Fotos laden zum Wohlfühlen ein
- ▮ in regelmäßigen Abständen werden den Kindern ihre Fortschritte verdeutlicht
- ▮ Belohnungen in Form von kleinen Spielen steigern die Anstrengungsbereitschaft
- ▮ bei Bedarf kann die Lerntherapie aufgelockert werden durch einen Besuch des Bewegungs- oder Malraumes
- ▮ das Lernpensum ist überschaubar, der Stoff wird in viele kleine Portionen eingeteilt
- ▮ gelernt wird mit allen Sinnen, alle Wahrnehmungskanäle werden angesprochen
- ▮ das Selbstbewusstsein der Schüler wird gestärkt

Lerntherapie bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern ist in der Regel nicht anders, sondern nur intensiver als bei Kindern ohne AD(H)S. Unsere Lerntherapeuten müssen konzentrierter sein, stets schnell und gerecht reagieren, den Lernstoff abwechslungsreich präsentieren und dürfen sich auf keinen Fall von dem Verhalten des Kindes persönlich reizen lassen. Umfangreicher ist die begleitende Arbeit, denn die Eltern brauchen häufiger emotionale Unterstützung und in der Schule treten öfter Verhaltensprobleme auf. Leider übernimmt keine Krankenkasse die

durch Zusatztermine entstehenden Kosten, so dass unser Engagement über die Lerntherapie hinaus nicht finanziell honoriert wird.

Trotz aller Schwierigkeiten war und ist die Arbeit mit AD(H)S-Kindern für unser Team eine Bereicherung und stets aufs Neue eine He-



Arbeitsgruppensitzung

erausforderung der pädagogischen und psychologischen Qualifikation. Aufgrund unserer jahrelangen Erfahrungen entstanden inzwischen 3 Publikationen zu diesem Thema (Uta Reimann-Höhn, Nicola Raschendorfer) und immer mehr Schulen nehmen unser Fortbildungsangebot www.apl-wiesbaden.de in Anspruch.

Noch ein Wort zur Medikation:

Die offizielle Diagnose AD(H)S im Rahmen einer Lerntherapie und eine damit verbundene eventuelle Medikation ist für uns nicht maßgeblich für die Förderung. Ob ein Kind Medikamente erhält oder nicht liegt allein im Ermessen von Eltern und Arzt. Wir akzeptieren in dieser Hinsicht jede Entscheidung der Eltern und stehen Ihnen gerne beratend zur Seite.

Uta Reimann-Höhn ist

Fachbuchautorin, u.a.:

„ADS – So helfen Sie Ihrem Kind“

„Langsam und verträumt“

www.lernfoerderung.de/www.apl-wiesbaden.de

Retardpräparate dürfen wieder aus der Schweiz importiert werden

Praktisch über Nacht und ohne jede Vorabinformation trat im September 2005 das Verbot des Importes von Ritalin SR® in Kraft.

Patienten standen mit einem entsprechenden BtM-Rezept in den Apotheken, um zu erfahren, dass ein Medikament, das ihnen bisher sehr gut geholfen hat, nicht mehr gekauft werden kann. Begründet wurde das Importverbot damit, dass so wörtlich „gemäß Paragraph 73 (3) 1.a AMG Arzneimittel aus Ländern, die nicht zur EU oder EWR gehören, nicht importiert werden, wenn hinsichtlich des Wirkstoffes identische und hinsichtlich der Wirkstärke vergleichbare Fertigarzneimittel in Deutschland für das betreffende Anwendungsgebiet zugelassen sind.

So geschehen auch im Falle der in Bayern ansässigen Familie W. aus P. Deren 8-jähriger Adoptivsohn ist von einem ausgeprägten ADHS betroffen. Die Diagnose erfuhr die Familie schon, als der Junge drei Jahre alt war. Ab dem 6. Lebensjahr wurde versucht, ihn auf Methylphenidat einzustellen. Dies erwies sich als äußerst schwierig. Alle verfügbaren Mittel (Medikinet retard®, Concerta® etc.) wurden ausgetestet, ohne sichtlichen Erfolg. Während eines stationären Klinikaufenthaltes konnte er dann aber erfolgreich auf Ritalin SR eingestellt werden. Sein Verhalten und seine schulischen Leistungen verbesserten sich beinahe schlagartig und mit der Zeit wurden auch sein Selbstbewusstsein und sein Selbstwertgefühl gestärkt und er in-

tegrierte sich erfolgreich in die Klassengemeinschaft der örtlichen Realschule.

Diese Erfolge wurden über Nacht zunichte gemacht, da er das einzige für ihn sinnvolle Medikament nicht mehr verordnet bekommen konnte. Ein Versuch, ihn auf Strattera® einzustellen, scheiterte an den enormen Nebenwirkungen, auf die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die für das Importverbot verantwortliche Behörde, auch auf ihren Seiten hinweist.

Aber Frau W. ist eine Frau, die es gewohnt ist, für die Rechte ihres Sohnes zu kämpfen, also schrieb sie am 4. Dezember eine ausführliche E-Mail an die BfArM und wies auf ihre Situation hin. Schon nach vier Tagen erhielt Frau W. Antwort vom zuständigen Mitarbeiter der Bundesopiumstelle, Bonn Dr. Schinkel. Er verwies auf die gesetzlichen Gegebenheiten und teilte Frau W. die Adressen einiger Importeure mit, bei denen noch Restbestände von Ritalin SR bezogen werden konnten. Damit konnte sich Frau W. nicht zufriedengeben, da es nicht darum gehe, noch Restbestände von irgendwoher aufzutreiben, weil sich die Situation an sich dadurch ja nicht ändern würde. „Ob nun heute oder in einigen Monaten, wenn der Restbestand verkauft wird, stehen wir wieder vor dem gleichen Problem“, schrieb sie in ihrer E-Mail. Sie bat Herrn Dr. Sch., ihr zu sagen, wie sie ihrem Sohn begreiflich machen kön-

ne, dass ein Medikament, das ihm sehr gut geholfen hat, nun plötzlich nicht mehr zu kaufen ist.

Schließlich rief die aufgebrauchte Mutter direkt bei Herrn Dr. Sch. an und siehe da, nun bekam sie die Auskunft, dass geprüft würde, ob die Wirkung von Ritalin SR sich tatsächlich so stark in der Wirksamkeit von anderen Retardmedikamenten unterscheiden würde. Es würde noch in diesem Jahr eine Entscheidung getroffen, ob Einzelimporte wieder möglich gemacht werden sollten.

Nun schaffte es die Behörde zwar nicht mehr 2005, aber am 4. Januar 2006 wurde in der BfArM die Entscheidung getroffen, dass ab sofort wieder Anträge für betäubungsmittelrechtliche Einfuhrgenehmigungen gestellt werden dürfen.

Inzwischen kann der Sohn von Frau W. wieder erfolgreich mit Ritalin SR behandelt werden und die Situation im familiären und schulischen Bereich entspannt sich zusehends.

In einer E-Mail vom 19.01.2006 des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte teilte die Behörde dem BV AÜK mit, dass diese neuerliche Änderung unter anderen auch den Importeuren durch die Einreichung von wissenschaftlichem Erkenntnismaterial über Ritalin LA und Ritalin SR zu verdanken ist.

Wir danken Herrn Dr. Schinkel und Frau Willems für die Erlaubnis, anhand des von ihnen geführten Briefwechsels die Situation darstellen zu können. (ks) ←

ADHD? HINSEHEN! am besten FRÜH HELFEN.
ADHD? HINSEHEN! am besten FRÜH HELFEN.

Durchbruch bei der Behandlung erwachsener ADHS-Patienten?

In den letzten Monaten häufen sich die Berichte Erwachsener, dass die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sich zunehmend weigern, notwendige Methylphenidatmedikationen bei erwachsenen ADHS-Patienten zu erstatten. Stattdessen wird darauf verwiesen, dass die Methylphenidat-Behandlung bei Erwachsenen eine Off-label-use Verordnung darstellen würde, zu deren Erstattung die GKV laut BSG-Urteil vom 19.03.2002 nicht verpflichtet wären (*wir berichteten in der Ausgabe Nr. 69/70*). Behandelnde Ärzte sind stark verunsichert und verordnen, wenn überhaupt, Methylphenidat (MPH) nur noch dann, wenn von der jeweiligen Krankenkasse (KK) eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt oder auf Privatrezept, weil sie Regressforderungen befürchten.

Eine Ärztin aus NRW wehrte sich

Frau Dr. H. verschrieb ADHS-Patienten die Präparate Equasym® und Medikinet® zur Behandlung. Die KK der Patienten, hier die City BKK, stellte im 2. und 3. Quartal 2005 einen Antrag auf Regress an die Ärztin, da sie nach Ansicht der KK ungerechtfertigt MPH verordnet hatte. Frau Dr. H. legte Einspruch gegen den Antrag beim Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein ein. Am 19.12.05 erging vom Prüfungsausschuss das folgende, höchst erfreuliche Urteil: Den vorliegenden Anträgen der Kasse bzgl. der Regressforderungen für Medikinet und Equasym wird nicht stattgegeben.

Somit ist in einem ersten Urteil nun endlich klargestellt, dass MPH auch

für den Personenkreis der erwachsenen ADHS-Betroffenen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden darf.

Stellt dieses Urteil nun den lange ersehnten Durchbruch dar? Es ist zumindest wieder ein Fortschritt.

Der Prüfungsausschuss befand, „dass den Grundlagen der Arzneimittelrichtlinien unter A3 zu entnehmen ist, dass Versicherte grundsätzlich Anspruch auf die Versorgung mit allen nach dem Arzneimittelgesetz verkehrsfähigen Arzneimitteln haben, sofern sie nicht aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder wegen des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur eingeschränkt verordnet werden dürfen“. Weiterhin wurde festgestellt, dass eine wirtschaftliche Verordnung stattgefunden hat, da die Methylphenidatpräparate Medikinet und Equasym preiswerter sind, als das Präparat Ritalin, das üblicherweise verordnet wird.

„Der Prüfungsausschuss stellte weiter fest, daß die MPH-Präparate inzwischen nur im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie angewendet werden sollten. Aber ohne Einsatz eines MPH-Präparates ist die Erkrankung bei Erwachsenen häufig nicht so behandelbar, dass sich die Lebensqualität wieder normalisiert.“

Nach Ansicht des Prüfungsausschusses lagen die Voraussetzungen für eine Off-Label-Use-Verordnung nach den Grundsätzen des Bundessozialgerichts vor und eine Verordnung von MPH zu Lasten der Krankenkasse war Rechtens. (ks) ←

Unsere Stellungnahme zum Anhörungsverfahren „Off-Label-Use“

Im Oktober 2005 erhielten wir die Meldung, dass die künftige Erstattung von Kosten für Arzneimittel über Off-Label-Use gefährdet sei.

Grund hierfür ist die geplante Neufassung der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Dort fehlt im Abschnitt H bislang „die Erstattungsfähigkeit des Off-Label-Use nach den Rechtssprechungsgrundsätzen des Bundessozialgerichts bleibt von der vorliegenden Richtlinie unberührt“.

Da wir die Möglichkeit der Anwendung im Off-Label-Bereich bezüglich der Medikation der ADHS-Erwachsenen für unverzichtbar halten, hat der BV AÜK hierzu bereits im November 2005 eine entsprechende Stellungnahme an den GBA sowie die Patientenvertretung im UA Arzneimittel gerichtet. Diese wurde noch einmal im Januar 2006 durch eine fachliche Stellungnahme unseres Kuratoriumsmitgliedes Prof. S. Herpertz von der Uniklinik Rostock ergänzt.

Ziel ist es, dass das BSG-Urteil von 2002 neben den Arzneimittelrichtlinien weiter gilt, damit die Versorgung unserer ADHS-Erwachsenen mit Methylphenidatpräparaten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht unmöglich wird.

Wir hoffen nun auf ein positives Ergebnis und werden unsere Mitglieder weiter entsprechend informieren. (Bü)

In dieser Zeit der elektronischen Maschinen
Besteht Gefahr, dass der Mensch selbst
Zum Roboter reduziert wird,
der perfekt nach Programm abläuft

Aus: Phil Bosmans: „Vergiss die Freude nicht“

ADHS - Karriere einer Krankheit

Ines Nowack

Berlin/Köln – Selten hat eine Krankheit so viel gesellschaftlichen Zündstoff in Deutschland geliefert, wie ADHS. Die Bundesärztekammer sah sich auf den Plan gerufen, um die Solidität ärztlichen Handelns zu sichern und die öffentliche Diskussion zu versachlichen.

Schon lange wurden stark ausgeprägte Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit medizinisch beobachtet und unter verschiedenen Namen beschrieben und behandelt. Aber erst als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom gelangte das Krankheitsbild ins allgemeine und schnell umstrittene Blickfeld, zuerst in den USA, wo es in den 1980er Jahren definiert wurde. In Deutschland machte später die erheblich zugenommene Verschreibung von Stimulanzien (Methylphenidat) Schlagzeilen. Nach Angaben des Arzneimittelreports 2004 stiegen die definierten Tagesdosen im letzten Jahrzehnt um das Zehnfache. Experten brachten das mit einer jahrzehntelangen ADHS-Unterversorgung in Verbindung. Gleichzeitig entbrannte ein intensiver (Fach-) Disput, eine regelrechte Publikationsflut setzte ein.

Im Gipfel der traurigen Karriere solche Vermutungen wie ADHS - eine Erfindung des überlasteten sozialen Umfeldes? ADHS - eine Modediagnose des Medizinbetriebes? Das oberste Gremium der ärztlichen Selbstverwaltung zog die Notbremse, mahnte zu mehr Sachlichkeit im Einklang mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Eine hochrangige Expertengruppe trug die aktuellen Forschungsergebnisse in einer Empfehlung zusammen. Der federführende Prof. Helmut Remschmidt, Marburg, zeigt Unverständnis gegenüber jeglicher ADHS-Polemik: „Wer sich so äußert, kennt sicher nicht das Leid der Patienten und ihrer Famili-

en, die mit dieser Störung assoziiert sind.“ Auch der Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind (BV AÜK), Berlin, der sich als ältester Verband für ADHS-Betroffene und ihre Familien in Deutschland einsetzt, lobt die BÄK-Klärungsbemühungen: Sie können in ihrer Bedeutung für eine Angleichung und Verbesserung der Behandlungsstandards nicht hoch genug eingeschätzt werden.“

Bittere Krankheitskarrieren, die der BV AÜK-Vorsitzenden Herta Bürschgens immer wieder begegnen, beginnen bereits früh. Am Ende des Kindergartenalters entsteht das sogenannte Vollbild der ADHS, die Kernsymptome sind dann in der Regel gut diagnostizierbar, erklären die Experten in der BÄK-Stellungnahme. Ebenso unumstritten in der Fachwelt sei das neurobiologische Konzept der Erkrankung mit deutlichem genetischen Hintergrund, die gut behandelbar ist, so Remschmidt. Dennoch halte sich der Glaube an die erfundene oder rein hausgemachte Krankheit in der Öffentlichkeit - mit weitreichenden Folgen. Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung habe ADHS zwar in den letzten Jahren keineswegs zugenommen, drei bis fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen seien betroffen. Gestiegen sei aber die psychosoziale Beeinträchtigung der Kinder mit ADHS, weil sie höheren Leistungsanforderungen in der Schule genügen müssten und es gleichzeitig an Struktur im Alltag durch kompetente Erziehung mangle, so die BÄK.

Die Liste der überproportional häufig auftretenden zusätzlichen Leiden wird immer länger“, berichtete Prof. Michael Rösler, Homburg/Saar, unlängst auf einem wissenschaftlichen Symposium in Berlin. Vor allem Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen oder auch depressive Störungen treten auf. Bei Mädchen wird oft Bulimie diagnostiziert. Unbehandelt stelle ADHS ein erhebli-

ches Gesundheitsrisiko dar. Internationale wie nationale Fachleute empfehlen in Übereinstimmung mit jüngeren Studien deshalb für Kinder mit ausgeprägter Symptomatik ab sechs Jahren die medikamentöse Behandlung der Kernsymptome mit Stimulanzien. Sie seien Mittel der ersten Wahl in einem multimodalen Therapiekonzept, auch wenn Erwartungen nicht immer erfüllt werden, weil sie 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen nicht helfen. Die therapeutische Herausforderung bleibt: **Den** ADHS-Patienten gibt es nicht, erst 2005 machten Forscher der RWTH Aachen auf der Suche nach weiteren therapiespezifischeren Untergruppen die Erfahrung einer großen Heterogenität neuropsychologischer Defizitmuster.

Wie bei Angsterkrankungen, Bluthochdruck oder Übergewicht müssen fließende Übergänge zu einer Krankheitskarriere mit ADHS beachtet werden. Remschmidt erläutert diesen dimensionalen Ansatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber den Gesundheitsnachrichten: „Ein Zustand kann dann die Schwelle der Krankheit erreichen, wenn das betreffende Kind nicht mehr in der Lage ist, seinen altersspezifischen Lebensvollzügen und den damit verbundenen Entwicklungsaufgaben zu folgen.“

Die BÄK betont deshalb Qualifikation, Sorgfalt und Erfahrung bei der klinischen Diagnose, in die sie auch soziale Bezugspersonen mit einbinden möchte. Stress, auch Schulstress, so weiß man heute, kann die gleichen Symptome auslösen wie ADHS. „Der erfahrene Experte könne diese Zustände durchaus unterscheiden“, so Remschmidt, „aber dabei müssten vor allen Dingen auch komorbide Störungen berücksichtigt werden. Wer die ganze Palette der zusätzlichen Muster wie Störungen des Sozialverhaltens, depressive, Angst- und Ticstörungen und Tourette-Syndrom nicht überschaue und darin erfahren ist, wird die Störung nicht zuverlässig diagnostizieren können. Insofern könne man weder die Diagnostik und schon gar nicht die Therapie in einem Schnellkurs erlernen, wie dies von manchen Kreisen angestrebt wird.“

Mit Diagnose und entsprechender Behandlung werden entscheidende Lebensweichen gestellt. Denn ADHS wächst sich nicht aus. Langzeitstudien gehen davon aus, dass ungefähr die Hälfte aller ADHS-Betroffenen dauerhaft als Erwachsene unter ihren eigenen intellektuellen und sozialen Möglichkeiten bleiben. Es gibt deutliche Hinweise auf schlechtere Schulabschlüsse, antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Alkoholmissbrauch. Nicht wenige Krankheitskarrieren haben ein hohes Risiko in die Kriminalität zu führen, wie Rösler nachweisen konnte. Erwachsene mit ADHS sind häufiger arbeitslos oder wechseln oft die Arbeitsstelle. Auffallend sind hohe Scheidungsra-

ten oder viele Alleinlebende unter ihnen. Ihr Leidensdruck kann immens sein, möglicherweise benötigen sie ein Leben lang Training, auf jeden Fall spezifische Lebenshilfe, so Bürschgens, aber die meisten würden immer noch ausschließlich als Störende wahrgenommen. Auch die Bundesärztekammer sieht handfeste soziale und ökonomische Risiken. Sie strebt nun ein umfassendes interdisziplinäres Konzept mit multimodaler Vorgehensweise, Aufklärung, Beratung, Elternt raining, Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie an. Mit Geldern des Bundesgesundheitsministeriums ist zeitgleich ein bundesweites Netzwerk angestoßen worden, in dem bestehende

Kompetenz verbreitet werden soll: Neue Zusammenschlüsse bereiten sich vor, darunter die fünfjährige AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte mit mehr als 600 Mitgliedern, lokalen medizinischen Qualitätszirkel und regionalen Netzwerken, ein neu initiiertes wissenschaftliches ADHS-Netzwerk für Erwachsene, übergreifende Arbeitsgruppen verschiedener ADHS-Selbsthilfeverbände ... Eine neue öffentliche Offensive rüstet sich - sie scheint schmerzhaft gereift an der umstrittenen Karriere einer Krankheit. ←

Autor:
Ines Nowack, Diplomjournalistin und Coach Köln,
Email: kontakt@ines-nowack.de, Der Beitrag ist erschienen in „Gesundheits-Nachrichten“, Biermann-Verlag Köln

Die Bedeutung von essentiellen Fettsäuren bei Lern- und Verhaltensstörungen

Renate Meyer

Mehrfach ungesättigte Fettsäuren, vor allem Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren, sind für eine normale Hirnfunktion von entscheidender Bedeutung. Die Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA kommen in fetten Fischen (wie Sardinen, Anchovis, Hering, Makrele, Thunfisch) vor.

In dem Beitrag „Die Bedeutung von essentiellen Fettsäuren bei Lern- und Verhaltensstörungen“ in *die AKZENTEN* Nr. 64/65, 2./3. Vierteljahr 2004, berichtete hierüber die Kinderärztin Brigitte Esser ausführlich.

Zwischenzeitlich gab es neue Forschungsergebnisse, die wir Ihnen ergänzend zum o.g. Beitrag nicht vor enthalten möchten:

Die einzelnen Untersuchungen, so die **Durham-** und die **Middlesborough-Studie**, konnten zeigen, dass natürliche, EPA-reiche Fischöle zu einer Verbesserung des Verhaltens und der Lernfähigkeit von schulpflichtigen Kindern in verschiedenen Altersstufen führen können. An der Durham-Studie haben Schulkinder von etwa 8 Jahren mit Verhaltens- und Lernproblemen teilgenommen, an der Middlesborough-Studie Kinder einer normalen Schulpopulation.

Bei der Untersuchung **Sure Start** (diese Studie dauerte 1 Jahr, wurde vom englischen Staat finanziert und kürzlich veröffentlicht) hat Dr. Madeleine Portwood (Schulpsychologin der „Durham Local Education Authority“) 65 Kleinkinder zwischen 18 und 30 Monaten getestet. Ungefähr 80 Prozent der Kinder hatten einen Rückstand in der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit. Die Kleinkinder bekamen täglich eine wasserlösliche Form von Fischöl ohne Fischgeschmack. Nach 5-monatiger Anwendung wurden sichtbare Verbesserungen deutlich.

Ergebnisse der **Sure Start** Studie nach 5 Monaten:

- 9 von 10 Kindern verbesserten ihr Verhalten
- schlechtes Verhalten ging auf 4 Prozent zurück (vorher 47 Prozent)
- 79 Prozent zeigten eine gute bis sehr gute Konzentration (vorher hatten 66 Prozent eine schlechte Konzentrationsfähigkeit)
- sie konnten sich besser äußern und besser verstehen, was man von ihnen verlangte und hatten eine bessere Bindung an die El-

tern und verbesserte Kommunikation mit ihnen

- Verbesserung der Sprachfähigkeit um 9 Monate bei nur 5-monatigem Gebrauch des Fischöl-Präparates (die Kontrollgruppe verbesserte sich nur um 5 Monate, wie es in den 5 Monaten zu erwarten war.)

Madeleine Portwood: „Einige 2-jährige Kinder hatten vor der Untersuchung einen Wortschatz von 25 Worten. Nach 5 Monaten waren sie in der Lage, vollständige Sätze zu sprechen. Andere Kinder waren erstmalig in der Lage, still sitzen zu bleiben und sich zu konzentrieren.“ ←

Links zu den jeweiligen Studien mit den Fischöl-Präparaten Eye Q:

Sure Start
<http://www.durhamtrial.org/default.aspx?pid=293>
http://www.dailymail.co.uk/pages/live/articles/health/healthmain.html?in_article_id=370956&in_page_id=1774&in_a_source=&ct=5
Durham
<http://durham.cergis.com/default.aspx?pid=228>
<http://durham.cergis.com/default.aspx?pid=210>
Middlesborough
<http://archive.thisisthenortheast.co.uk/2005/10/7/208144.html>
Norfolk
http://news.independent.co.uk/uk/health_medical/article337422.ece

Literaturempfehlung:

Silya Ottens, Die Bedeutung der langkettigen mehrfach ungesättigten Fettsäuren bei der Erkrankung ADHS, Verlag Dr. R. Martienß, 21493 Schwarzenbek, ISBN 3-921757-35-5
Dr. Georg Keller/ Marie-Therese Zierau, Hilfe bei AD(H)S, die neue sanfte Nährstofftherapie, Knauer 2004, ISBN 3-426-66935-8
Prof. Dr. Michael Hamm, Dr. Mirko Berger, ADHS bei Erwachsenen, Die Nährstofftherapie, Schlütersche 2004, ISBN 3-89993-510-1

Hyperaktivität und Magnesium

Christine Reinecke

Schlüsselwörter

- ▮ Hyperaktivität
- ▮ Magnesiummangel
- ▮ Magnesiumsupplementation –
- ▮ Verhaltensänderung
- ▮ nichtmedikamentöse Therapie der Hyperaktivität
- ▮ Ergänzung der Standardtherapie.

Zusammenfassung

Neue Studienergebnisse zeigen, wie ein Magnesiummangel die klinischen Symptome der Hyperaktivität grundlegend beeinflusst. Die Supplementation mit Magnesium hebt nicht nur die Magnesiumspiegel in Richtung Normalbereich an, sondern vermindert auch die erhöhte Muskelspannung, die körperliche Aggressivität und die Entwicklungsstörungen, die typischen Symptome der Hyperaktivität.

„Hyperkinetisch“, „hyperaktiv“ oder „hypermotorisch“ – diese Termini treffen auf Kinder zu, deren Verhalten durch drei Charakteristika bestimmt wird: Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörung, motorische Aktivität.

Gerätselt wird über die Gründe: die Erkrankung scheint in bis zu 50 Prozent der Fälle genetisch disponiert zu sein, wofür klinische Daten sprechen. Denn Mutationen in dem Gen, das für Transport und Homöostase von Magnesium kodiert, sind mit Hypomagnesiämie und sekundärer Hypocalciämie vergesellschaftet. Hyperaktivität kann aber auch ausgelöst werden durch eine frühe Schädigung des Gehirns, durch Bleibelastung, verschiedenartige Infektionen, Autoimmunerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen oder durch Nährstoffmangel.

Kennzeichnend für die Hyperaktivität ist ein früher, d.h. vor dem 6. Lebensjahr einsetzender Beginn der Erkrankung sowie die Tatsache, dass die Erkrankung etwa 9mal häufiger bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert wird. Die Häufigkeit wird in der Literatur sehr unterschiedlich

angegeben. Realistisch erscheint die Angabe, dass Hyperaktivität bei einer unausgelesenen Population von Schulkindern mit einer Häufigkeit von 3 bis 10 Prozent gefunden wird. Generell wird Hyperaktivität von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft mit Hilfe eines 10 Punkte Kataloges charakterisiert (1).

Erstaunlicherweise zeigen neuere Studien, dass Hyperaktivität nicht nur in Nordamerika und Nordeuropa zu Hause ist, sondern ebenso in Schwellenländern und in Ländern der „Dritten Welt“. Die These, dass das hyperkinetische Syndrom eine Fehlanpassung des Kindes an spezifische kulturelle Bedingungen ist, muss dadurch revidiert werden.

Das tägliche Leben stellt diese Kinder vor immer neue Herausforderungen, die kaum zu bewältigen sind: denn sie können keine Ausdauer bei Beschäftigungen entwickeln, die kognitiven Einsatz verlangen, haben die Tendenz, von einer Tätigkeit zur nächsten zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen und fallen außerdem durch eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität auf, die jedoch nicht nur durch neuromotorische Unruhe gekennzeichnet ist, sondern auch durch eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe. Zu all dem kommt außerdem eine Distanzstörung gegenüber Erwachsenen und Isolation unter anderen Kindern, eine Verzögerung der motorischen und sprachlichen Entwicklung und ein niedriges Selbstwertgefühl.

Zugrunde liegen auf der physiologischen Seite Funktionsschwächen des Zentralnervensystems, teilweise auch Teilleistungsstörungen oder geringfügige neuromotorische Störungen, weiter Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und hirnorganische Anfallserscheinungen. Sowohl eine Unter- als auch eine Überanregung der Aufmerksamkeit scheint zu einer Hyperaktivität zu führen (7).

Am Anfang stehen daher immer Klärung, Beratung und Entlastung von Schuldzuweisungen und Dauervorwürfen, die ebenso häufig an die Adresse der Mütter gerichtet sind. Außerdem Unterstützung der Kinder bei der Vollendung von Handlungen, verbale und taktile Anregungen und Lenkung der Aufmerksamkeit, Vorführen von handlungsorganisierter Selbstinstruktion und Selbstbefräftigung, bei jüngeren Kindern in Form einer Spieltherapie, bei älteren Kindern durch Selbstinstruktion, Verhaltensplanung und Selbstbefräftigung.

Unabhängig davon, wie der Betroffene – Therapeut, Eltern und kindlicher Patient – zu der Verabreichung von Psychostimulanzien vom Methylphenidat-Typ (Ritalin®) steht, sprechen nur etwa 60 bis 65 Prozent der Kinder überhaupt auf eine solche Therapie an. Für diese sowie für alle Betroffenen, die eine solche Therapie ablehnen, müssen andere Wege der Behandlung angeboten werden.

Die „andere“ Behandlung

Um die Behandlungsstrategien bei der Hyperaktivität richtig einzuordnen, ist ein Punkt besonders wichtig: nicht jede Therapie ist für jeden kindlichen Patienten gleich gut geeignet, sondern oftmals nur für bestimmte Untergruppen. So ist beispielsweise die oligoantigene Diät nur für die Kinder geeignet, die empfindlich auf bestimmte Nahrungsmittel oder Lebensmittelzusätze reagieren. Generell werden Kinder oft behandelt, indem die Erwachsenen-Daten ohne weitere Behandlungsstudien einfach extrapoliert werden. Auch spricht jeder jugendliche Patient individuell auf die jeweilige Behandlung an, „non responder“ sind häufig (1).

Die vielversprechendsten prospektiven Daten in Form von Pilotstudien wurden über die Behandlung mit essentiellen Fettsäuren und die Supplementation mit Eisen und

mit Magnesium gewonnen. Während essentielle Fettsäuren auf den Prostaglandinstoffwechsel wirken und bei Kindern sehr schnell in Nervenmembranen eingebaut werden, zielt die Supplementation mit Eisen auf den Stoffwechsel der Katecholamine (2). Ein niedriger Magnesiumspiegel verursacht ein weites Spektrum an neurologischen und psychiatrischen Störungen und ist in den meisten Fällen mit Hyperaktivität vergesellschaftet.

Magnesium beeinflusst das Verhalten

Wie die bei hyperaktiven Kindern typischerweise extrem niedrigen Magnesiumwerte erhöht werden und dadurch direkt das kindliche Verhalten verbessert werden kann, zeigte eine offene Studie. Von den 52 untersuchten hyperaktiven Kindern unter 15 Jahren, deren Erkrankung nach der psychometrischen Connor-Skala für Eltern und Lehrer eingeordnet wurde, wiesen 30 Kinder niedrige Werte an intraerythrocytärem Magnesium auf.

Aus einer Gesamtpopulation von Kindern wurden 300 intraerythrocytäre Magnesiumkonzentrationen bestimmt, die bei allen untersuchten Kindern im Bereich von 1,6 – 3,6 mmol/l lagen (2,59 +/- 0,72 mmol/l). Im Gegensatz dazu wurden bei den 52 hyperaktiven Kindern der Population Magnesiumkonzentrationen in den Erythrozyten von 1,5 – 2,2 mmol/l (2,041 +/- 0,279 mmol/l) gemessen, signifikant weniger als bei der Gesamtheit aller Kinder und unterhalb eines Schwellenwertes von 2,2 mmol/l liegend (Abb. 1). Nach einer 2 monatigen Supplementation mit Magnesium und Vitamin B₆, die in einer Dosierung von 6 mg Magnesium/kg Körpergewicht pro Tag und 0,8 mg Vitamin B₆/kg KG pro Tag gegeben wurde, erhöhten sich die Magnesiumkonzentrationen in den Erythrozyten auf 2,329 +/- 0,386 mmol/l.

Auch frühere offene Studien zeigten, dass Kinder mit Hyperaktivität extrem niedrige Magnesiumspiegel aufwiesen. Nach Meinung der Autoren deutet diese Tatsache auf Zusammenhänge zwischen den Magnesiumspiegeln in den Erythrozy-

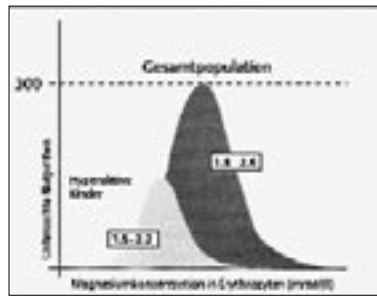


Abbildung 1: Verteilung von 300 intraerythrozytären Magnesiumwerten bei hyperaktiven Kindern und bei der Gesamtpopulation der Kinder. Die Magnesiumwerte in den Erythrozyten lagen bei allen Kindern mit Hyperaktivität unterhalb eines Schwellenwertes von 2,2 mmol/l [6].

ten und denen in den Neuronen hin. Dafür sprechen auch die weiteren Ergebnisse der offenen Studie: Die Supplementation von Magnesium und Vitamin B₆ über 1 bis 6 Monate stellte nicht nur die Normalwerte für Magnesium wieder her, sondern wirkte sich auch deutlich auf die klinische Symptomatik der Kinder aus. Vor der Therapie fielen die Hauptsymptome - erhöhte Muskelspannung, körperliche Aggressivität und Entwicklungsstörungen - auf, die jedoch nach 2 – 4 Monaten Magnesiumbehandlung zum Teil signifikant zurückgingen (Tab. 1).

Ein Fall aus der Praxis: Case report study

Ein 1997 geborener Junge fiel im Laufe seines ersten Lebensjahres durch häufiges Atemanhalten auf.

Er wurde mit drei Jahren als hyperaktiv beurteilt und litt mit 5 Jahren unter Schlafstörungen. Im Alter von 6 Jahren, nach der Kindergartenzeit, fielen Aggressivität, Ängstlichkeit, fehlende schulische Konzentration und fehlende Selbstkontrolle auf. Der intraerythrozytäre Magnesiumwert des Jungen lag bei 1,86 mmol/l. Daraufhin wurde er über 6 Monate lang mit Magnesium und Vitamin B₆ behandelt (6 mg Magnesium/kg KG pro Tag und 0,8 mg Vitamin B₆/kg KG pro Tag). Nachdem diese Behandlung über 6 Monate durchgeführt worden war, schlief er wieder gut, war weniger aggressiv, sanfter, viel konzentrierter und ruhiger.

Er bekam kein Methylphenidat mehr. Der Magnesiumspiegel lag bei 2,37 mmol/l.

Damit wurde die Magnesiumsupplementation abgeschlossen (6).

Die abschließende Einschätzung einer Expertin: eine Magnesiumsupplementation eröffnet die Möglichkeit, hyperaktive Kinder über die Standardtherapie hinaus ergänzend zu behandeln, nicht zuletzt, um diesen Kindern zu helfen, die genügend Probleme mit der Erziehung und mit der emotionalen und sozialen Entwicklung haben (9).

Eine Ergänzung der Standardtherapie

In einer kontrollierten klinischen Untersuchung mit 116 hyperaktiven Kindern im Alter von 9 – 12 Jahren wurde in 95 Prozent der Fälle ein Ma-

Klinisches Symptom	vor der Behandlung	nach 2 Monaten Magnesiumtherapie	nach 4 Monaten Magnesiumtherapie
Erhöhte Muskelspannung	17/49	11/17	5/17
Spasmus			
Myoklonien			
Tremor			
Signifikanzniveau		p<0,05	p<0,001
Körperliche Aggressivität	26/49	20/26	6/26
Instabilität			
schulische Aufmerksamkeit			
Signifikanzniveau		nicht signifikant	p<0,01
Entwicklungsstörungen	6/49	6/6	4/6
Signifikanzniveau		nicht signifikant	nicht signifikant

Tabelle 1: Verbesserung der klinischen Symptome der Hyperaktivität (Hauptsymptome: erhöhte Muskelspannung, körperliche Aggressivität, Entwicklungsstörungen) nach einer Supplementation mit Magnesium und Vitamin B₆. Anzahl der Kinder mit den aufgeführten Symptomen vor und nach der Behandlung mit einer signifikanten Verbesserung nach 4 Monaten Behandlungsdauer (6).

gnesiumdefizit in Serum, roten Blutkörperchen und Haaren ermittelt. Die durchschnittliche Konzentration von Magnesium, Zink, Kupfer, Eisen und Calcium ist, Literaturangaben zufolge, bei hyperaktiven Kindern niedriger als bei gesunden Kontrollgruppen. Am häufigsten wird ein Magnesiumdefizit beobachtet (4).

Weiterführend sollte dann unter kontrollierten, klinischen Bedingungen untersucht werden, welcher Effekt nach einer Magnesiumsupplementation bei den hyperaktiven Kindern mit diagnostiziertem Magnesiummangel zu erwarten war. 50 Kinder wurden für 6 Monate mit 6 mg Magnesium pro kg Körpergewicht pro Tag supplementiert (entsprechend ungefähr 200 mg Magnesium pro Tag), zusätzlich zu ihrer Standardbehandlung. Die Standardtherapie umfasste eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie. 25 Kinder dienten als Kontrollen und wurden mit der Standardtherapie weiterbehandelt. Jeweils vor und nach der Behandlung wurde bei beiden Gruppen der Spurenelementgehalt und der Grad der Hyperaktivität anhand der psychometrischen Einschätzungsskala für Eltern und Lehrer nach Conner, anhand der Verhaltensskala nach Wender und anhand eines Ablenkungsquotienten ermittelt. Der Magnesiumspiegel ist generell mit dem in Skalen einzuordnenden psychometrischen Ablenkungsquotienten korreliert (5).

Im Ergebnis zeigte sich deutlich, dass die mit Magnesium supplementierten Kinder sowohl in den Einschätzungen der Eltern als auch der Lehrer signifikant niedriger (d.h. mit weniger Symptomen der Hyperaktivität) eingeordnet wurden als die Kinder der Kontrollgruppe. Bei den Kindern der standardmäßig behandelten Kontrollgruppe verstärkte sich die Hyperaktivität, was aus der Zunahme der durchschnittlichen Punktezahl hervorging. Während vor der Magnesiumsupplementation 100 Prozent der hyperaktiven Kinder mehr als 15 Punkte in der Einschätzungsskala nach Conner aufwiesen, verringerte sich nach der Magnesiumsupplementation der Anteil der Kinder, die über 15 Punkte kamen, auf 70 Prozent. Bei der Kontrollgrup-

pe, die weiterhin die Standardtherapie erhielt, blieb der Anteil der Kinder, die über 15 Punkte aufwiesen, gleichermaßen bei 90 Prozent.

Auch in einer früheren Untersuchung war der beruhigende und ergänzende Effekt von Magnesium auf hyperaktive Kinder festgestellt worden. Dabei wurde in 63 Prozent der Fälle eine signifikant abnehmende Intensität der Symptome beobachtet, während diese bei der Kontrollgruppe nur in 36 Prozent abnahm. Die ergänzende Supplementation von Magnesium scheint die Standardtherapie der Hyperaktivität viel effizienter zu machen. (3).

Der therapeutische Tipp:

Die Mutter eines hyperaktiven Kindes, selbst Apothekerin, beschrieb ihre eigenen therapeutischen Erfahrungen in der „Pharmazeutischen Zeitung“. Um die Hyperaktivität ihres Sohnes zu bremsen, gab sie ihm Magnesiumorotat-Tabletten, jeweils eine halbe Stunde vor dem Essen. Durch diese Therapie wirkte der Junge wie verwandelt: aus dem vorher unaufmerksamen Kind wurde ein interessierter Schüler, der inzwischen Chemie studiert. Diese Behandlung muss jedoch auch weiterhin regelmäßig weitergeführt werden: „Selbst heute noch führt ein Absetzen zu einer deutlichen Verschlechterung seiner Situation“, so die therapeufahre Mutter.

Magnesiumorotat ist eine Verbindung aus Magnesium mit zwei Anionen der Orotsäure. Orotsäure, eine natürlich vorkommende, essentielle Substanz, wird entweder über Milch und Milchprodukte (bei Säuglingen und Kleinkindern über die Muttermilch) aufgenommen oder aus Vorstufen synthetisiert. Während Orotsäure zur Protein- und Enzymsynthese und für den Aufbau der Zellmembran nötig ist, unterstützt Magnesium als Enzym-Kofaktor die Energiegewinnung und die Membranstabilisierung und beeinflusst Muskelkontraktion, neuromuskuläre Übertragung, Rezeptoren und Neurotransmitter. Durch das ergänzende Wirkprinzip von Magnesium und Orotsäure erhöht sich der Magnesiumgehalt innerhalb der Nervenzelle. In der Folge wird die neu-

romuskuläre Übertragung harmonisiert, die Muskulatur entspannt, die Ausschüttung von Stresshormonen verringert und Stimmungsschwankungen werden ausgeglichen. Eine cross-over-Untersuchung zeigte, dass Magnesiumorotat bessere resorptive Eigenschaften als andere Magnesiumverbindungen besitzt (8). Außerdem ist Magnesiumorotat sehr gut verträglich. ←

Anschrift der Autorin:

Dr. Christine Reinecke

Wichernweg 12

70378 Stuttgart

E-mail: dres.reinecke@t-online.de

Literatur:

- [1] Arnold, L.E.: Alternative treatment for adults with attention-deficite hyperactivity disorder (ADHD). *Ann NY Acad Sci.* 2001; Jun 931: 310 - 41.
- [2] Berdonce, J.L.: Attention deficite and infantile hyperactivity. *Rev Enferm.* 2001; Jan 24(1): 11 - 4.
- [3] Darzynkiewicz, K. et al.: Deficyt magnezu u dzieci polskich a zaburzenia psychosomatyczne, aspekty medycyne i psychologiczne. *Biul. Magnezol.* Krakow. 1991; 2:26
- [4] Koziellec, T. et al: Deficiency of certain trace elements in chlden with hyperactivity. *Psychiatr Pol.* 1994; 28(3): 345-53.
- [5] Koziellec, T. und Starobrat-Hermelin, B.: Assessment of magnesium levels in children with attention deficite hyperactivity disorders (ADHD). *Magnes Res.* 1997; 10(2): 143-8.
- [6] Mousain-Bosc, M.: Magnesium Vit.B6 intake reduces central nervous system hyperexcitability in children. *J Am Coll Nutr.* 2004; 23,5: 545S-548S.
- [7] Reinhardt, D (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Berlin Heidelberg New York: Springer; 6. Aufl. 1997.
- [8] Schlebusch, H. et al.: Bioverfügbarkeit von Magnesium als Magnesiumorotat und Magnesiumhydroxidcarbonat. *Die Medizinische Welt.* 1992; 43: 523-28.
- [9] Starobrat- Hermelin, B.: The effect of deficiency of selected bioelements on hyperactivity in children with certain specified mental disorders. *Ann Acad Med Stettin.* 1998; 44: 297-314.
- [10] Starobrat-Hermelin, B. und T. Koziellec: The effect of magnesium supplementation on hyperactivity in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Positive response to magnesium loading test. *Magnes Res.* 1997; 10 (2): 149-56.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen (KJP Aachen) führt Studie zum Essverhalten von Kindern mit ADHS durch

Probanden aus dem Raum Aachen gesucht

Übergewicht stellt mit zunehmendem Alter ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (z.B. für Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall). Aktuelle Untersuchungen der Aachener Uniklinik (Holtkamp et al. 2004) an Kindern (Alter 8-12 Jahre) mit ADHS haben gezeigt, dass das Krankheitsbild ADHS im Vergleich zur Normalbevölkerung vermehrt mit Übergewicht verbunden ist. 19,6 % der Patienten wiesen einen BMI >90 Perzentil auf und wurden somit als übergewichtig eingestuft. In der Normalbevölkerung sind lediglich 7,2% der Kinder im Alter von 6 Jahren übergewichtig. Dieses Ergebnis widersprach den Erwartungen. Auf Grund der Hyperaktivität von Kindern mit ADHS wurde ursprünglich davon ausgegangen, dass diese Kinder einen höheren Energieumsatz aufweisen und daher eher untergewichtig

sein sollten. Auch eine Studie an Erwachsenen zu ADHS und Übergewicht (Altfas 2002) ergab Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen ADHS und Übergewicht.

Bisher ist aber völlig unklar, warum Kinder mit ADHS vermehrt übergewichtig sind. Die Aachener Wissenschaftler vermuten, dass ein erhöhtes Mass von Impulsivität auch bei der Nahrungsaufnahme vorliegt und zu einer gesteigerten Kalorienaufnahme führt. Das Essverhalten von Kindern mit ADHS wurde bisher nur in Ansätzen untersucht.

In der KJP Aachen wurde eine Studie begonnen, in der das Essverhalten von Kindern mit ADHS genau untersucht wird. „Wir werden im Rahmen einer Verhaltensbeobachtung sowie ausführlichen Diagnostik untersuchen, in wieweit sich die Symptomatik von ADHS auf

das Essverhalten betroffener Kinder auswirkt“, beschreibt die Projektleiterin Christine Wilhelm.

Für diese Studie werden noch dringend Teilnehmer aus dem Raum Aachen gesucht:

- Übergewichtige Jungen mit ADHS im Alter von 8-14 Jahren
- Ohne vorausgegangene medikamentöse Behandlung

Die Studie umfasst eine ausführliche psychologisch-neuropsychologische Diagnostik sowie eine Untersuchung im Esslabor.

Interessenten können unter der Telefonnummer (0241) 80-85465 (montags bis freitags, 9 bis 12 Uhr) oder unter der eMail-Adresse cwilhelm@ukaachen.de Kontakt aufnehmen und sich näher informieren.

Kontaktadresse:

Christine Wilhelm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

des Universitätsklinikums Aachen

Neuenhofer Weg 21

52074 Aachen

Telefon (0241) 80-85465

e-mail: cwilhelm@ukaachen.de

Die Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerkes hat uns auf folgendes Angebot für das Jahr 2006 hingewiesen:

info.karriere

Das Seminar zum Berufseinstieg mit Behinderung und chronischer Krankheit vom 25. bis 28. Juli 2006 in Bonn für Studierende und Hochschulabsolventen ermöglicht in einem speziellen Coaching eigene Stärken und Schwächen einzuschätzen und persönliche Bewerbungsstrategien zu entwickeln.

Programmpunkte sind: Bewerbungsschreiben in Theorie und Praxis. Wie verhalte ich mich in einem Bewerbungsgespräch? Möglichkeiten der Bundesagentur für Arbeit und der örtlichen Arbeitsagenturen bei der Arbeitsaufnahme. Informationen zur Arbeitsassistenz.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden übernommen, Reisekosten können nach Rücksprache erstattet werden. Es stehen Gebärdensprachdolmetscher zur Verfügung.

Anmeldung und Information unter:

Tel. 030/ 29 77 27-64, Fax: 030/ 29 77 27-69

oder E-Mail: studium-behinderung@studentenwerke.de

www.studentenwerke.de/behinderung –

Veranstaltungen der Beratungsstelle

Kann Methylphenidat einen Cannabisabusustest fälschen?

Auf Grund einer Anfrage erhielten wir über Dr. Dr. R. Fischer von medica folgende Antwort:

„Die Drogentests funktionieren auf der Basis einer Antigen/Antikörperreaktion und sind so spezifisch, dass sich nicht einmal mit Amphetamin

eine Kreuzreaktion ergeben würde. Das Ergebnis ist eindeutig.“ Die Einnahme von MPH führt also auf keinen Fall zu einem positiven Ergebnis.

In der Ausgabe Nr. 69/70 unserer *die AKZENTE* berichteten wir über die **Veröffentlichung der „Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ADHS“**.

Die angegebenen URLs haben sich inzwischen geändert.

Die Stellungnahme in Kurzfassung, der Fragen-/Antworten-Katalog sowie die Langfassung sind nunmehr im Internet unter

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/index.html> abrufbar.

ADHS und Kommunikation

Wie eine veränderte Sprache ADHS-Symptome lindert

Christine Falk-Frühbrodt

Die ganze Kunst der Sprache besteht darin, verstanden zu werden.

Konfuzius



Christine Falk-Frühbrodt

Unaufmerksame, impulsive und hyperaktive Kinder fallen vor allem durch nicht erwartungskonformes Verhalten auf. Immer wieder machen sie das Gegenteil von dem, was Erwachsene ihnen aufgetragen haben. So kommt es, dass Eltern, Lehrer und Erzieherinnen häufig beklagen, dass diese Kinder keine Ohren zu haben scheinen. „Philipp hört einfach nicht!“ heißt es dann. Nicht immer ist erkennbar, ob das Kind nicht hören will oder ob es uns tatsächlich nicht gehört hat. Beide Probleme können durch eine angepasste Sprache vermieden werden. Lesen Sie in diesem Artikel, wie Kinder (und Erwachsene) mit ADHS über Sprache besser erreicht werden können, was die Kooperationsbereitschaft fördert und das durch alltägliche Missverständnisse beeinträchtigte Selbstwertgefühl stärkt.

Wer hat das Problem?

Es ist eine weit verbreitete menschliche Eigenschaft, den für dumm, schwerhörig oder unwillig zu halten, der unseren Worten nicht die erwarteten Taten folgen lässt. Aussagen wie „Bist du denn blöd?“, „Hast du was an den Ohren?“ oder „Du willst mich wohl ärgern!“ machen deutlich, dass das Problem nur allzu oft ausschließlich bei dem gesehen wird, der nicht tut, was er tun soll. Insbesondere im Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS ist Umdenken erforderlich. Wer ein Aufmerksamkeitsdefizit hat, nimmt anders wahr. Man ist nicht immer und nicht lange aufnahmebereit und obendrein überaus vergesslich. Das beeinträchtigt das Selbstbild: Kritik wird persönlicher genommen; Wutausbrüche sind wahrscheinlicher.

Wer mit ADHS-Betroffenen kommuniziert, muss sich dieser Besonderheiten bewusst sein und seine Art zu kommunizieren anpassen.

Eine Reihe von Kommunikationsstrategien hat sich bei unaufmerksamen, impulsiven und hyperaktiven Kindern bewährt. Entscheiden Sie selbst, welche der folgenden Strategien auf Gesprächssituationen mit Erwachsenen übertragbar sind.

Hyperfokus respektieren

ADHS-Betroffene neigen dazu, mit offenen Augen scheinbar zu schlafen. In solchen Momenten kann ein Kind wie erstarrt wirken. Es ist mit seinen Gedanken oder einer fesselnden Aufgabe derart intensiv beschäftigt, dass es sich nach Außen komplett verschließt. In diesem hochkonzentrierten Zustand („Hyperfokus“) sind auch Menschen mit ADHS zu Tätigkeiten in der Lage, die gerichtete Aufmerksamkeit und Ausdauer erfordern. Wenn Ihr Kind hyperfokussiert, sollten Sie es nach Möglichkeit nicht stören. Rütteln Sie nicht an ihm, schlagen Sie nicht die Hände vor seinem Gesicht zusammen und necken Sie es nicht im Nachhinein. Warten Sie einfach einen günstigeren Moment ab.

Wut abwarten

Im Wutanfall ist ein hyperaktives Kind über die Ohren so gut wie nicht erreichbar. Gutes Zureden nützt in diesen hochemotionalen Situationen nichts. Im Gegenteil: Der eigene Ärger kann die Situation zusätzlich anheizen. Um eine Eskalation zu vermeiden, müssen Sie sich zurücknehmen. Werden Sie leiser, vermeiden Sie Blickkontakt, stellen Sie keine provozierenden Fragen („Sag mal, spinnst du?“), wechseln Sie nach Möglichkeit das Thema oder verlassen Sie den Schauplatz. Hyperaktive Kinder legen erst richtig los, wenn sie ein Publikum haben.

Auch um sich vor Überreaktionen zu schützen, sollten sich Eltern und andere Erziehende vom Kind entfernen, wenn das eigene Erregungsniveau oder das des Kindes hoch ist. Nach etwa 20 Minuten ist der Kopf wieder klar und man kann sich wieder unterhalten. Wärmen Sie den alten Streit jedoch nicht gleich wieder auf, sondern gehen Sie zur Tagesordnung über. Sicherlich findet sich später eine günstigere Gelegenheit, den Streit Revue passieren zu lassen und sich gemeinsam zu überlegen, wie Auseinandersetzungen dieser Art künftig vermieden werden können.

Prinzip „Anfassen – Anschauen – Ansprechen“

Wer ein Kind dazu bringen möchte, etwas zu tun oder zu unterlassen, sollte diese Aufforderung nicht aus der Entfernung rufen, sondern einen unmittelbaren Kontakt herstellen. Andernfalls müssen Sie damit rechnen, dass das Kind Ihre Worte nicht hört oder sie für unbedeutend hält. Gehen Sie zum Kind und berühren Sie es mit leichtem Druck an der Schulter. Dieser kurze taktile Reiz versetzt das Nervensystem in eine besondere Aufmerksamkeitsbereitschaft. Das Kind wird dadurch wacher. Gehen Sie nun auf Augenhöhe des Kindes, suchen Sie Blickkontakt und nennen Sie das Kind beim Namen. Formulieren Sie Ihre Aufforderung, sobald der Blickkontakt hergestellt ist. Bleiben Sie solange neben dem Kind stehen, bis es getan hat, was es tun soll. Nehmen Sie es an die Hand, wenn es Ihnen folgen soll. Körperliche Nähe erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Ihr Kind tut, was Sie von ihm erwarten.

Kurze, genaue Aufforderungen

Im Moment des Blickkontakts können Sie ziemlich sicher sein, dass die Antennen Ihres Gegenübers voll ausgefahren sind. Da aber Kinder mit

ADHS anderen Menschen höchstens fünf Sekunden in die Augen schauen, müssen Aufforderungen kurz und genau sein. Vergleichen Sie „In deinen Zimmer hat wohl eine Bombe eingeschlagen. Geh' sofort rüber und räum auf. Wasch dir vorher aber noch die Hände. Die sehen so klebrig aus. Ist das Schokolade? Und vergiss nicht wieder, das Licht im Bad auszuschalten!“ mit „Geh' in dein Zimmer und leg alle Dinosaurier in die Dinokiste!“ In der ersten Situation ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Kind etwas vergisst und seine Mutter verärgert. Sagen Sie dem Kind möglichst genau, was es tun soll und geben Sie ihm erst die zweite Aufgabe, wenn die erste erledigt ist.

Bestimmt auftreten

Unterscheiden Sie klar zwischen Biten, Fragen und Aufforderungen. Biten („Würdest du dir jetzt bitte die Zähne putzen?“) und Fragen („Willst du nicht langsam deine Zähne putzen?“) lassen dem Kind die Wahl. Es kann kooperieren oder sich dazu entscheiden, uns diesen Gefallen nicht zu tun. In diesem Fall hätten wir keinen Grund zur Verärgerung. Eine Aufforderung bekommt Aufforderungscharakter, wenn sie im Imperativ (Befehlsform) formuliert ist („Putz dir die Zähne!“) und unsere Stimmlage, Mimik und Gestik keinen Zweifel daran aufkommen lassen, dass wir uns unserer Sache sehr sicher sind. Beginnt das Kind zu diskutieren, wird die Aufforderung in einem freundlichen, aber festen Ton wiederholt, notfalls mehrere Male. Diese „Technik der kaputten Schallplatte“ soll dem Kind verdeutlichen, dass die Angelegenheit nicht verhandelbar ist.

Wahlmöglichkeiten schaffen

Hyperaktiv-impulsive Kinder haben eine niedrige Frustrationstoleranz. Misserfolge oder sich bereits ankündigende Nachteile können Wutanfälle von großer Intensität auslösen. Verzichten Sie daher auf Drohungen („Stell' die Musik noch lauter und du wirst was erleben!“). Geben Sie dem Kind stattdessen Wahlmöglichkeiten wann immer möglich („Setz' die Kopfhörer auf oder mach' die Musik aus!“). Drohungen können als Einladung zum Machtkampf miss-

verstanden werden. Sie fordern das Kind heraus und setzen die Eltern unter Zugzwang. Wahlmöglichkeiten hingegen zeigen dem Kind Handlungsalternativen auf. So kann es die Bedürfnisse seiner Mitmenschen besser erkennen und lernen, Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen. Bieten Sie Ihrem Kind in Konfliktsituationen zwei Verhaltensoptionen an und lassen Sie es selbst entscheiden, wie es sich verhalten möchte („Du hast zwei Möglichkeiten: Entweder du hörst auf, andere Kinder anzuspucken oder wir gehen nach Hause“). Lassen Sie die angekündigte Konsequenz folgen, wenn Ihr Kind sein Fehlverhalten fortsetzt.

Positives in Aussicht stellen

Auch das Aufzeigen positiver Konsequenzen fördert die Kooperationsbereitschaft. Vergleichen Sie „Wenn du nicht bald mit den Hausaufgaben fertig bist, darfst du heute kein Fußball spielen“ mit „Sobald du die letzten beiden Aufgaben gelöst hast, geht Papa mit dir zum Training“. Die erste Aussage wird Protest hervorrufen, die zweite motiviert. Überlegen Sie, womit Sie Ihr Kind anspornen können. Das kann auch eine Art Wettbewerb sein: „Wer als Erster seine Jacke anhat, hat gewonnen!“ oder „Wenn du es schaffst, heute nicht aus dem Unterricht zu fliegen, darfst du abends ein halbe Stunde länger an die Spielkonsole“. Das Locken mit positiven Folgen ist viel besser als das Androhen von Strafen. Es lässt ein Kind die wohlthuende Erfahrung machen, dass sich Wohlverhalten lohnt. Vertrauen Sie darauf, dass Ihnen im richtigen Moment eine sinnvolle positive Konsequenz einfallen wird.

Ich-Botschaften statt Du-Botschaften

Kinder mit ADHS werden fortwährend zurechtgewiesen, kritisiert und bestraft. Zu oft erfahren sie: So wie ich bin, bin ich nicht in Ordnung. Anschuldigungen, die sich direkt auf das Kind beziehen („Du bist ein Lügner!“) haben unerwünschte Nebenwirkungen: Hört ein Kind sie mehrere Male und von verschiedenen Personen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich sein Fehlverhalten

verfestigt. Psychologen nennen das eine „sich selbst erfüllende Prophezeiung“. Besser ist es, Kritik ausschließlich auf das Verhalten des Kindes zu beziehen und dabei eigene Emotionen mitzuteilen („Ich bin enttäuscht, wenn du mir nicht die Wahrheit sagst. Ich möchte dir glauben können. Sag mir, wie es wirklich war!“). Das hilft dem Kind, die Gefühle seiner Mitmenschen wahrzunehmen, sein Verhalten zu überdenken und sich zu ändern.

Bewusst loben

Alle Kinder wollen ihren Eltern Freude machen. Mitunter wissen sie aber nicht, was genau von ihnen erwartet wird. Zeigen Sie es dem Kind mit einem Lob, sobald Sie von dem lobenswerten Verhalten erfahren. Achten Sie darauf, dass es versteht, wofür es gelobt wird („Schön, dass du deine Mütze wieder gefunden hast!“). Dosieren Sie Lob gut und wählen Sie unterschiedliche Formulierungen. Fällt Ihr Lob immer gleich aus, egal wie sehr sich Ihr Kind bemüht hat, wird seine Anstrengungsbereitschaft sinken. Für ein gesundes Selbstwertgefühl müssen Kinder mehr Lob als Kritik erfahren. Das bedeutet für uns Erziehende: Wer einmal kritisiert, sollte danach vier Gelegenheiten zum Loben nutzen. Sie halten das für unmöglich? Kinder mit ADHS haben besondere Stärken. Sie sind hilfsbereit, spontan, humorvoll, nicht nachtragend und haben einen starken Gerechtigkeitssinn, um nur einige von vielen positiven Eigenschaften zu nennen. Achten Sie auf die guten Seiten Ihres Kindes und sagen Sie ihm, was es gut macht. Auf diese Weise helfen Sie ihm, seine Talente zu nutzen und seine Schwächen zu überwinden. ←

Christine Falk-Frühbrodt ist Erziehungswissenschaftlerin, Psychologin, Mutter und Leiterin des bundesweit tätigen Fortbildungsinstituts IFLW (Institut für integratives Lernen und Weiterbildung). 2002 hat sie das „Elterntraining bei ADS/ADHS“ entwickelt und seither rund 300 Fachleute aus dem psychosozialen, therapeutischen und medizinischen Bereich zu Elterntrainerinnen fortgebildet. Die Absolventenliste finden Sie unter www.iflw.de.

Positive Erfahrung mit dem Jugendamt

Eine Familie profitiert von individueller Beratung und stärkt ihre Ressourcen



Eine Mutter, die sehr engagiert in der eigenen Familie und seit langem auch in unserem Verband aktiv mitarbeitet, betrachtet ADHS aus einem Blickwinkel, der keine einseitige Beurteilung duldet.

Das Interview mit Ursula Amrein führte Karin Knudsen, Köln.

Karin: Uschi, in eurer Familie ist ADHS ein Thema, das euch schon lange beschäftigt. Welche Erfahrungen habt ihr gemacht?

Uschi: Schon als Säugling zeigt unser Sohn erste Symptome. Als er drei Jahre alt war, haben wir ihn zum ersten Mal in der Neurologie eines Kinderkrankenhauses vorgestellt. Damals - vor 10 Jahren - vertrat der Arzt noch die Meinung „Es wächst sich aus“. Das konnten wir nicht feststellen, zwar half ein gut strukturierter Tagesablauf unserem Sohn vorübergehend im Kindergarten, aber die Probleme verstärkten sich mit Beginn der Schulzeit.

Karin: Habt ihr dann weitere Ärzte aufgesucht?

Uschi: Mit 7 Jahren haben wir Felix dann in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik in Köln vorgestellt. Dort erfolgte relativ zeitnah die Diagnose ADHS. Wir konnten dort als Eltern mit Felix eine Verhaltenstherapie beginnen. Ein halbes Jahr später erfolgte die medikamentöse Einstellung Felix' mit Methylphenidat (Ritalin®).

Karin: Das sieht ja zunächst einmal nach einer gezielten psychologischen und medizinischen Versorgung aus. War das für Euch hilfreich?

Uschi: In einer Hinsicht war es sehr hilfreich. Und zwar lernten wir, wie wir konsequent mit Felix' Auffälligkeiten umgehen und auch seine positiven Seiten sehen konnten.

Karin: Wie lange war die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

für euren Sohn vorgesehen?

Uschi: Über einen Zeitraum von 1 1/2 Jahren nahmen wir regelmäßig an der Verhaltenstherapie teil. Hierdurch konnten wir mehr Verständnis für Felix' Verhalten aufbringen.

Karin: Es sieht so aus, dass bis zu diesem Zeitpunkt der Fokus sehr stark auf dem Verhalten des Kindes lag. Aber wahrscheinlich hat euch die Familien- und Erziehungszeit von Beginn an so viel Kraft gekostet, dass vielleicht das ganze System Familie in Frage gestellt wurde.

Uschi: Ja, genau so war es. Wir fühlten uns trotz aller Schulung und Therapie überfordert. Unsere Sorgen als Eltern und als Paar, die physische und psychische Belastung wurden zur damaligen Zeit kaum thematisiert.

Karin: Dabei ist es doch enorm wichtig, dass eine gesunde Basis, nämlich auch z.B. die Paarbeziehung der Eltern, die Beziehung der Familienmitglieder untereinander, stabil ist. Unsere Kinder lernen am Modell - und das gerät durchaus ins Wanken, wenn wir erschöpft und unzufrieden mit dem ganzen Beziehungsgeflecht sind.

Uschi: Das dachten wir uns auch und haben aufgrund einer Broschüre des Evangelischen Erziehungsvereins e.V., Hannover, die wir seinerzeit vom BV AÜK erhielten, Kontakt mit dem Jugendamt aufgenommen. Wir haben einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung gestellt.

Karin: Wie habt Ihr Euch gefühlt bei diesem Gang zum Jugendamt. Hat sich da Angst breit gemacht, gab es Vorbehalte, gar Vor-Urteile?

Uschi: Damals war ich körperlich und seelisch so erschöpft, dass es ein einziger Hilfeschrei war.

Karin: Und dein Mann unterstützte dich?

Uschi: Zu diesem Zeitpunkt hat auch

er eingesehen, dass wir Hilfe brauchten, und ich bin dankbar und froh, dass wir hier zusammen gehalten haben.

Karin: Wie sah die Unterstützung des Jugendamtes aus? Kam sie prompt, fühlte Ihr euch dort gut aufgehoben?

Uschi: Durchaus, das Verfahren wurde zügig eingeleitet; wir sind bereits im Erstgespräch auf offene Ohren gestoßen. Aber die für uns zuständige Sozialpädagogin konnte sich kein Bild von einer ADHS machen.

Daraufhin erklärte sich die Psychologin der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereit, mit dem Jugendamt ein Gespräch in der Klinik zu führen, um gezielt über das Störungsbild aufzuklären.

Karin: D.h., das Jugendamt hat sich bereitwillig informiert, und die Psychologin konnte deutlich machen, dass eine gezielte Hilfe notwendig ist?

Uschi: Ja, dieses Gespräch war sehr hilfreich. Denn die Psychologin machte unserer Sachbearbeiterin unmissverständlich klar, dass das Geld, das frühzeitig in die Hilfe für unseren Sohn investiert würde, gut angelegtes Geld ist.

Ganz drastisch zeigte sie auch auf, dass falsche oder gar nicht in Gang gesetzte Hilfsmaßnahmen bei vielen von ADHS betroffenen Jugendlichen Folgen mit einem dramatischen Verlauf haben können, - bis hin zum Strafvollzug.

Karin: Wie hat das Jugendamt hierauf reagiert?

Uschi: Sehr prompt und konstruktiv. Denn auf unseren Anfang März 2003 gestellten Antrag erhielten wir bereits im Mai des Jahres die Zusage auf Hilfe zur Erziehung gem. § 31 KJHG. Eine sozialpädagogische Familienhilfe stand uns ab diesem Zeitpunkt 8 Stunden pro Woche zur Seite.

Karin: Wie lief das konkret ab?

Uschi: Eine Sozialpädagogin (nennen wir sie Frau X) kam anfangs regelmäßig zu uns nach Hause, um Felix bei den Hausaufgaben zu betreuen. Dadurch hat sich eine gute Beziehung zwischen ihr und unserem Sohn entwickelt.

Karin: Habt ihr euch dadurch unterstützt und damit auch erleichtert gefühlt?

Uschi: Auf jeden Fall! Die Hausaufgabenzeit war vorher ein Horrortrip – Mutter und Kind am Rande des Wahnsinns! – Jetzt entspannte sich die Situation zum ersten Mal spürbar.

Karin: Und wie sahen die nächsten Schritte aus?

Uschi: Nachdem ein guter Kontakt zu Felix bestand, folgten Elterngespräche, die wir gemeinsam als Paar und auch einzeln mit Frau X führten.

Karin: Hat sich auch hier eine gute Zusammenarbeit entwickelt? War das für euch beide okay?

Uschi: Wir haben beide davon profitiert, in unterschiedlicher Art und Weise.

Durch die professionelle und auch sehr einfühlsame Art von Frau X war es auch meinem Mann möglich, sich für intensivere Gespräche zu öffnen.

Karin: Und damit konntet Ihr euch alle öffnen und besser miteinander ins Gespräch kommen?

Uschi: So ist es, - auf jeden Fall kommunizieren wir anders als früher miteinander. Und damit kehrt mehr Ruhe ein.

Karin: Das ist natürlich kein Prozess, der mal eben in einer Woche geklärt ist. Wie lange habt ihr insgesamt mit Frau X gearbeitet?

Uschi: Diese Jugendhilfemaßnahme läuft in diesem Jahr aus. D.h. wir haben innerhalb von drei Jahren ganz intensiv an unserem Familiensystem gearbeitet, so dass die Hilfe jetzt mit gutem Gewissen von beiden Seiten abgeschlossen werden kann.

Karin: Worin siehst du den besonderen Vorteil dieser Maßnahme „sozial-

pädagogische Familienhilfe“?

Uschi: Wir haben im Alltag Wege gefunden, mit den Besonderheiten, die eine ADHS mit sich bringt, angemessener umzugehen, weil zeitnah die anstehenden Probleme aufgegriffen werden konnten. Dadurch wurde unser Familiengefüge enorm gestärkt.

Karin: Ich nehme an, Ihr konntet den „Teufelskreis“, der ja sicher schon in der Kinder- und Jugendpsychiatrie thematisiert wurde, erkennen und eher verlassen mit Hilfe dieser intensiveren Begleitung in eurem Familienalltag.

Das ist ggf. entlastender, als Woche für Woche von einer Therapiestunde und/oder Beratung zur nächsten zu gehen. Damit ist oft ein enormes Maß an Stress für Eltern und Kinder vorprogrammiert.

Uschi: Ja, die langen Wege zu Therapieeinrichtungen etc. blieben uns auch erspart. Wenn man z. B im ländlichen Raum wohnt, ist das ein erheblicher Zeit- und Stressfaktor für alle Beteiligten.

Dennoch will ich nicht verschweigen, dass es kein einfacher Weg ist. Wir haben uns darauf eingelassen, uns auch den unbequemen Fragen zu stellen. Wir waren aufgefordert, Verhaltensweisen zu hinterfragen und zu korrigieren. Der Blick auf die eigenen Probleme der Erwachsenen und sie anzusprechen verlangt Selbstkritik und ist nicht immer angenehm.

Karin: Wahrscheinlich ist es auch für Felix ein deutliches Zeichen, dass nicht er allein für alles verantwortlich gemacht wird, sondern jedes Mit-

glied in der Familie seinen Anteil beleuchtet und daran arbeitet. Kommt ihr damit als Eltern auch wieder zu euch selbst und bildet eine stabile Basis für eure Kinder?

Uschi: Genau deshalb würden wir diesen Weg jederzeit wieder gehen. Wir sind dankbar, dass wir uns so positiv miteinander entwickelt haben und wollen weiterhin „am Ball bleiben“.

Das ermutigt hoffentlich viele Familien, Hilfe zu beantragen und notfalls einzufordern, die vor allem zum Wohl der Kinder gesetzlich im KJHG verankert ist.

Karin: Ich danke dir für deine Offenheit, mit der du uns einen kleinen Einblick in eure Erkenntnisse im Umgang mit ADHS in der Familie und – in diesem Fall – eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe gegeben hast.

Ähnliche positive Erfahrungen mit der Jugendhilfe gibt es gewiss. Dieser Bericht darf dennoch nicht den Blick auf manche zeit- und nervenaufreibende Verfahren verschleiern, in denen Jugendämter das Problem bagatellisieren, den pädagogischen oder moralischen Zeigefinger heben und damit Eltern allzu oft verunsichern. Wenn eine ADHS bei unseren Kindern diagnostiziert wurde, haben Eltern und vor allem Kinder einen Rechtsanspruch auf Hilfe, und zwar nicht irgendeine. Hier machen individuelle Beratung und überzeugende Hilfemaßnahmen Sinn, gemessen an der jeweiligen Ausprägung des Störungsbildes. ←

Wenn die Gesellschaft die Menschen bedroht,
müssen die Menschen einander retten.

Mensch sein!

Überglücklich über einen anderen Menschen,
auch wenn er ein Mensch ist
mit gebrochenen Flügeln.

Aus Phil Bosmans: „Vergiss die Freude nicht“

Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern“

Entwicklung eines Strategievorschlages in der Europäischen Union bis Jahresende

Sabine Hinkel



Sabine Hinkel

In der letzten **die AKZENTE** wurde schon ausführlich über die Hintergründe dieses Grünbuches berichtet. Zu finden ist dieses 30-seitige Papier auf den Webseiten der EU. Aber nicht jeder hat die Geduld, alles zu lesen, und so will ich hier eine kurze Zusammenfassung versuchen. Da das Grünbuch von seelischer Gesundheit handelt, geht es uns, die wir mit ADHS zu tun haben, eine Menge an und ich möchte zeigen, dass jeder einzelne von uns Einfluss nehmen kann auf das, was in der EU passiert.

Dieses Grünbuch eröffnet einen öffentlichen Beratungsprozess, wie psychische Erkrankungen besser bekämpft und das Wohlbefinden der Bevölkerung mehr gefördert werden kann. Die Initiative soll zur Ausarbeitung eines Strategievorschlags bis Ende 2006 führen.

Ziel des Grünbuches ist es, eine Debatte in Gang zu bringen über den Stellenwert von psychischer Gesundheit und ob Bedarf an einer EU-weiten Strategie besteht und welche Ziele diese verfolgen soll. Auf den folgenden Seiten findet man Begriffsdefinitionen und die Feststellungen, dass psychische Erkrankungen für die Gesellschaft teuer sind.

Auf Seite 5 wird es für uns interessant: „Verhaltensstörungen bei Kindern verursachen Kosten für das Sozialsystem und das Bildungssystem sowie das Strafverfolgungs- und Justizsystem.“ Das kommt mir bekannt vor. Und weiter unten heißt es: „Patientenorganisationen und die Zivilgesellschaft sollten in der Lösungsfindung eine Vorreiterrolle spielen.“ Da fühle ich mich als betroffene Mutter und Mitglied eines Selbsthilfeverbandes angesprochen. Es folgt dann auf den nächsten Seiten eine Aufzählung der bisher unternommenen Aktivitäten und Maßnahmen.

Nach den Vorstellungen der Kommission könnte eine EU-Strategie folgende Schwerpunkte setzen:

1. Generelle Förderung der psychischen Gesundheit
2. Prävention psychischer Erkrankungen
3. Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch soziale Integration sowie den Schutz ihrer Rechte und ihrer Menschenwürde
4. Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU

Ab Seite 14 wird das Konsultationsverfahren näher erläutert:

1. Dialog mit den Mitgliedstaaten über psychische Gesundheit
2. Einrichtung einer EU-Plattform für psychische Gesundheit
3. Einrichtung einer Schnittstelle zwischen Politik und Forschung im Bereich psychische Gesundheit

Auf Seite 15 heißt es dann ausdrücklich:

„Die Kommission fordert alle betroffenen Bürger, Parteien und Organisationen sowie die Institutionen der Europäischen Union auf, zur Vorbereitung einer möglichen EU-Strategie und eines Aktionsplan für psychische Gesundheit beizutragen.“

Insbesondere möchte die Kommission Stellungnahmen zu folgenden Fragen einholen:

1. Wie wichtig ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, wie sie in Abschnitt 1 dargestellt sind?
2. Würde die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit einen Mehrwert zu den bestehenden und erwoگenen Maßnahmen erbringen und gibt Abschnitt 5 hierfür angemessene Prioritäten vor?
3. Sind die in Abschnitt 6 und 7 vorgeschlagenen Initiativen geeignet, die Koordination zwischen Mit-

gliedstaaten zu unterstützen, die Integration der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche zu erleichtern, einschlägige Aktionen der Stakeholder zu fördern und eine bessere Verknüpfung zwischen Forschung und Politik im Bereich der psychischen Gesundheit zu bewirken?

Konsultationsbeiträge sollten bis zum **31. Mai 2006** der Kommission übermittelt werden, und zwar an folgende E-Mail-Adresse: „mental-health@cec.eu.int“ oder auf dem Postweg an folgende Anschrift:

Europäische Kommission
 Generaldirektion Gesundheit
 und Verbraucherschutz
 Referat C/2 "Gesundheitsinformation"
 L-2920 Luxemburg"

Auf den folgenden Seiten finden sich die Anhänge und Quellenangaben, zum Beispiel auf **Seite 19** eine interessante Statistik über die „Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit-Followup von Kindern mit und ohne Verhaltens-Störungen und psychischen Störungen“.

Quellenangaben

- http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm

Aus Bad Boll

Warum kochen die Emotionen bei ADHS gleich über?

Sabine Hinkel

Eine Gesprächsrunde mit Detlev Boeing, BV AÜK e.V. Michael Townson, AdS e.V. Cordula Neuhaus, Therapeutin sowie Dr. Dr. Richard Ammer, MEDICE Thomas Neumaier, Lilly Deutschland GmbH Dr. Detlef Wermelskirchen, Janssen-Cilag Moderation: Susanne Poelchau, SWR

Der Freitagabend des diesjährigen ADHS-Fortbildungswochenendes in der Evang. Akademie in Bad Boll war einem „Experiment“, wie es der Veranstalter Dr. Thilo Fitzner nannte, gewidmet. Erstmals kamen auch Vertreter der Pharmaindustrie zu Wort; man wollte nicht über sie, sondern mit ihnen sprechen. Geklärt werden sollte die Frage, warum Diskussionen über ADHS so oft polarisieren und so selten auf der Sachebene geführt werden.

In ihrer Einleitung stellte Frau Poelchau fest, dass es so gut wie unmöglich sei, eine kurze sachliche Erklärung von ADHS zu erhalten. Immer werde das Thema sehr lang und mit vielen Emotionen behandelt. Man bekomme ungefragt langatmige Ausführungen zu hören oder Animositäten geschildert, bis hin zu gelegentlichen Verschwörungstheorien. Damit verhielten sich ADHS-Ler auffällig und sorgten auf diese Weise mitunter selbst für die emotionalen Spannungen in der Diskussion. Diese provokanten Worte brachten das Gespräch in Gang, ohne jedoch die Diskutanten aus der Ruhe zu bringen.

Ein erster Erklärungsansatz war, dass rund um ADHS ein heiß umkämpfter Gesundheitsmarkt mit allerlei Produkten und Dienstleistungen entstanden ist. Eltern, Familien und Betroffene greifen nicht selten ratlos nach „natürlichen“ Mitteln, deren Nutzen fragwürdig ist und die

nicht zur evidenzbasierten Medizin zählen. Dazu gehören so manche aggressiv als Allheilmittel beworbene Nahrungsergänzungen oder auch dubiose esoterische Behandlungsansätze. Häufig geraten Eltern dadurch auf einen teuren und zeitraubenden Irrweg, bevor sie an kompetente Ärzte gelangen.

Es wurde die Frage aufgeworfen, wer so heftig gegen ADHS protestiert. Oftmals sind es diejenigen, die beruflich als Erzieher, Lehrer oder Therapeuten mit diesen schwierigen, widersetzlichen Kindern zu tun haben. Bislang haben viele Angehörige dieser Berufsgruppen unerwünschte kindliche Verhaltensweisen mit so-

Die Medienberichterstattung, besonders, wenn sie schlecht recherchiert und fehlerhaft ist, richtet viel Schaden an, indem sie gegenseitiges Unverständnis und Vorurteile noch weiter schürt. Als Gründe für solche Presseberichte kann man Kostendruck in der Produktion annehmen und die Erwartung hoher Auflagen. Sensationen und Skandale lassen sich eben am besten vermarkten.

Detlev Boeing schilderte als konkretes Negativbeispiel für mögliche Manipulationsrisiken das Anfang 2006 beendete Projekt „Meeting of Minds“, eine europäische Bürgerkonferenz zur Hirnforschung: Aus neun europäischen Ländern wur-



zialen oder Bindungsstörungen interpretiert. Diese Erklärungsmodelle sind meist mit Schuldzuweisungen an die Eltern und an ihren Erziehungsstil verbunden. Eine fundierte (schulmedizinische) ADHS-Diagnose ist mit solchen Interpretationen nicht vereinbar und verlangt einen anderen, multimodalen Therapieansatz.

den willkürlich 126 sog. „Bürger“ ausgesucht, darunter 14 Deutsche, die ein sehr breites und für viele von ihnen neues Themenspektrum erörterten. Als Ausgangspunkt für Diskussionen auf nationaler und europäischer Ebene dienten mehrere Beispielfälle, darunter der Fall eines ADHS-Kindes. Die Debatte zum Thema ADHS auf der 2. deutschen Kon-

Die Gesprächsrunde: (v.l.) Cordula Neuhaus, Michael Townson, Detlev Boeing, Susanne Poelchau, Detlef Wermelskirchen, Richard Ammer, Thomas Neumaier

ferenz im November 2005 in Dresden verlief recht einseitig, da auch hier die gängigen Mythen und Vorurteile im Zusammenhang mit einer medikamentösen Therapie Gesprächsgrundlage waren. Seriöse Hintergrundinformationen wie z.B. die ADHS-Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden zunächst ignoriert; die den Bürgern zur Verfügung gestellte Literatur bestand im wesentlichen aus kritischen bis hin zu fragwürdigen Veröffentlichungen, die keinen wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Dass darunter die Ergebnisse der Konferenz litten, ist nicht weiter erstaunlich. Auf der Abschlusskonferenz im Januar 2006 in Brüssel konnten die deutschen Ergebnisse etwas relativiert werden. Eine weitere Gelegenheit zu einer ausgewogenen und sachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS auf europäischer Ebene bietet das „Grünbuch der Europäischen Kommission zur seelischen Gesundheit“. Alle interessierten Parteien, ob Betroffene oder Fachleute, Einzelpersonen oder Verbände und Fachgesellschaften, sind eingeladen, ihre Überlegungen dazu schriftlich der Kommission bis spätestens 31.5.2006 zu übermitteln. (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf)

Proteste und Leserbriefe haben bisher kaum eine mehrheitlich unseriöse Berichterstattung verhindern können. Die Selbsthilfeverbände konzentrieren daher ihre Anstrengungen mehr auf die konkrete Unterstützung der Betroffenen und umfassende Information aller am Thema interessierten Stellen anstatt sich ständig in Auseinandersetzungen mit den Medien zu begeben.

ADHS ist eine Beeinträchtigung der Lebensqualität. Es ist für gesunde Menschen schwer zu verstehen, was eine psychische Erkrankung bedeutet, die nicht durch Disziplin, Zusammenreißen oder Mühegeben zu beherrschen ist.

Es wurde weiter angeführt, dass ADHS die Betroffenen und ihre Bezugspersonen hilflos macht. Nicht nur die Odysseen bei Diagnose und Therapie machen dünnhäutig und

überempfindlich. Auch der Umgang mit den Betroffenen ist oft Kräfte zehrend und lässt viele verzweifeln.

Die Veränderungen, die bei der Einnahme von psychoaktiven Medikamenten beabsichtigt und zu erwarten sind, lösen trotzdem Sorgen und Ängste aus (ist es ethisch richtig, dass ich mein Kind manipulierte?), sowohl bei den verantwortlichen Eltern als auch bei der beobachtenden Umwelt. Eine Mutter brachte den Zwiespalt, mit dem sie täglich konfrontiert ist, in der anschließenden Diskussion mit dem Publikum auf den Punkt: „Ich hasse die Pille jeden Tag dafür, dass sie so gut wirkt“.

In den zahlreichen Statements aus dem Publikum wurden eine Vielzahl weiterer Gründe für die stets hochkochenden Emotionen genannt:

Ein neurobiologisches Krankheitsmodell kollidiert mit Freudscher Tiefenanalyse. Das sorgt für Konfliktpotential.

Scientology benutze die Angst vor psychischen Erkrankungen und mache Stimmung gegen ADHS und Ritalin®. (Anm. d. Verf.: Wer darüber mehr wissen will, kann es auf der Webseite des Rechtsanwaltes Ingo Heinemann, www.ingo-heinemann.de, nachlesen).

Es ist ein Vorurteil, dass alle Kinder, die sich schlecht benehmen, schlecht erzogen sind. (Anm. d. Verf.: Wenn es den so genannten Fachleuten schon so oft nicht gelingt, den Unterschied zwischen schwer erziehbaren und schlecht erzogenen Kindern zu erkennen, wer will es dann den Laien verdenken, dass sie es nicht können?) Und für alle Kritiker an ADHS-Kindern gilt: „Anderer Leute Kinder zu erziehen ist immer einfacher!“

Der persönliche Informationsstand Nichtbetroffener zum Thema ADHS ist im Allgemeinen nicht sehr umfangreich. Das kann zu weiteren Fehlinformationen und Missverständnissen führen. Und wer als Betroffener nicht verstanden wird und Vorwürfe bekommt, der landet automatisch in der Defensive. ADHS-lern passiert es schnell, bei diesem Thema zu hyperfokussieren und sich aufzuregen. Aber Emotionalität an sich ist nicht verkehrt. Man darf sich nur nicht davon vereinnahmen lassen.

Zum Abschluss bat die Moderatorin die Experten, ihre Visionen für die nächsten drei Jahre zu schildern:

■ Kinder sind unsere Zukunft, und für ihre Therapien muss mindestens genauso viel Geld da sein wie für alle anderen Patienten auch.

■ Die Pharmahersteller sind wie Therapeuten ein Teil des Kompetenznetzwerkes und möchten dort eingebunden werden.

■ Eltern sollen keine Zeit vergeuden und nicht mit der richtigen Therapie zögern.

■ Betroffene sollen mehr an die Öffentlichkeit gehen und mehr Verständnis für ihre Erkrankung wecken.

Die Betroffenen und ihre Familien sollen die Selbsthilfe stärken und sich in Verbänden und Initiativen engagieren. Insbesondere die bundesweit tätigen Elternverbände sollen endlich ihre Kräfte bündeln und eine gemeinsame starke Plattform aufbauen, die nach Möglichkeit in einem Großverband effizientere Lobby- und Selbsthilfearbeit bieten kann.

Die Öffentlichkeit soll nicht über uns (Betroffene), sondern mit uns sprechen.

Diesen Abend kann man mit Fug und Recht als gelungen bezeichnen. Es wurden vielschichtige Gründe angeführt, warum die ADHS-Diskussion so hitzig und manchmal auch erbittert geführt wird. Mit dem Wissen um diese Hintergründe gelingt es leichter, das Baloo-Gefühl beizubehalten und nicht gleich an die Decke zu gehen, wenn es kontrovers und hoch hergeht im Ringen um ADHS.

Apropos Visionen: Wenn ich das Thema für das Nachtgespräch auf der nächsten ADHS-Tagung in Bad Boll bestimmen dürfte, dann würde es lauten: „Die Stärken des ADHS – was macht Betroffene erfolgreich?“



Das BV AÜK-Telefonberatungsnetz

Rettungsanker per Telefon

Ulla Satzger-Harsch

Die Not von Eltern mit einem ADHS-Kind ist groß. Aufgrund der schulischen Probleme ihres Kindes sind viele Eltern verzweifelt und wissen oft nicht mehr weiter. Das Telefonberatungsnetz des Bundesverbandes Arbeitskreis Überaktives Kind (BV AÜK) e.V. bietet betroffenen Familien einen Rettungsanker für Krisensituationen.

Mit Bekannten oder Verwandten können betroffene Eltern oft nur begrenzt über die Probleme ihres Kindes sprechen. Kaum jemand, der nicht selber ein ADHS-Kind Zuhause hat, kann nachvollziehen, wie schwierig es ist, den Alltag mit diesen Kindern zu bewältigen. Durch das Telefonberatungsnetz bietet der BV AÜK als ältester gemeinnütziger ADHS-Selbsthilfverband in Deutschland betroffenen Familien deshalb eine Anlaufstelle. Das bundesweit eingerichtete Telefonberatungsnetz eröffnet die Möglichkeit, sich mit einem kompetenten Gesprächspartner auszutauschen. „Unsere in der Telefonberatung tätigen Mitglieder werden regelmäßig geschult, wissen aber auch aus eigener Erfahrung, wovon betroffene Eltern sprechen“, berichtet **die Projektleiterin der Telefonberatung, Gerhild Gehrmann**, „die Eltern müssen nicht viel erklären. Die Berater haben Verständnis für ihre Situation, denn sie kennen das Leben mit AD(H)S-betroffenen Kindern sowohl mit als auch ohne Hyperaktivität.“

Wie gewinnt man den Lehrer als Verbündeten?

Viele Eltern sind zum Beispiel sehr unsicher, ob sie die Lehrer bei der Einschulung informieren sollen, wenn bei ihrem Kind ADHS diagnostiziert wurde. *Hilft Offenheit und zahlt es sich aus, das Gespräch mit den Lehrern zu suchen? Oder weckt man schlafende Hunde und macht es nicht mehr Sinn, abzuwarten, ob sich möglicherweise*

gar nicht so viele Probleme einstellen?

Die Antwort ist eindeutig. Der Erfahrung nach lohnt es sich, die Karten auf den Tisch zu legen. „Spricht man offen über die Probleme des Kindes, sind die Chancen größer, den Lehrer als Verbündeten zu gewinnen“, weiß Frau Gehrmann. Andernfalls sind die Konflikte bei schwer ADHS-betroffenen Kindern meist vorprogrammiert. Aufgrund der hohen Impulsivität stören die Kinder den Unterricht, durch das mangelnde Sozialverhalten kommt es häufig zu Konflikten mit Mitschülern und wegen der begrenzten Aufmerksamkeitsspanne ist der schulische Misserfolg oft unausweichlich.

Von den Lehrern und den Eltern der Mitschüler wird dann in vielen Fällen vorschnell eine schlechte Erziehung oder gar eine Verwahrlosung unterstellt. So ist es keine Seltenheit, dass ein ADHS-Kind aufgrund der Verhaltensprobleme auf die Sonderschule abgeschoben werden soll, selbst wenn die schulischen Leistungen dafür keinen direkten Anlass geben. Oft spitzt sich das Verhältnis zwischen Eltern und Lehrer deutlich zu. Viele Eltern empfinden schlechte Rückmeldungen aus der Schule als direkte Kritik an ihrem Erziehungsstil. Sie fühlen sich persönlich angegriffen und haben der Schule und den Lehrern gegenüber Gefühle zwischen Wut und Verzweiflung. Anderen erscheint der Berg von Problemen sogar so riesig, dass sie resignieren. „Wollen Sie mein Kind haben, ich schenke es ihnen“, sagte neulich eine Mutter bei der Telefonberatung. Die Eltern werden bei mangelndem Verständnis von Problemen überflutet, sie fühlen sich überfordert und wissen nicht mehr weiter. Ein Kind von der Schule zu nehmen, sei dennoch immer erst der letzte Schritt. Besser sei es, gemeinsam nach Hilfen zu schauen. Idealerweise sollten alle an einem Strang ziehen und Arzt, Psychologe, Eltern,

Pädagogen und Therapeuten eng zusammenarbeiten, so der Bundesverband. Gehrmann rät den Eltern, sich zu bemühen, die Lehrer in gemeinsamer Sorge um das Kind zur Mithilfe zu gewinnen. So werden in dieser günstigen Konstellation auch die positiven Eigenschaften und Begabungen des Kindes gefördert. „Die Lehrer müssen wissen, dass die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes auf einer hirnrorganischen Störung beruhen“, betont Gerhild Gehrmann, selbst Mutter eines ADHS-Kindes. Der BV AÜK empfiehlt deshalb Bücher und Handreichungen, die Lehrer über ADHS informieren und konkrete Hilfen zum Umgang mit den Kindern im Klassenverband bieten. Es wird die Teilnahme an schulinternen Fortbildungen und ADHS-Tagungen vorgeschlagen, außerdem können neben der verbandseigenen Zeitschrift *die AKZENTE* über die Geschäftsstelle Berlin Lehrfilme aus der verbandseigenen Reihe „Störfälle?“ erworben werden, die über Störungsbild und Therapien informieren. Ist der Klassenlehrer der Situation trotz Aufklärung und Information nicht gewachsen, kann auch die Versetzung in eine Parallelklasse Abhilfe schaffen. „Unsere Kinder sind schwierig, wir versuchen deshalb durch unsere Gespräche zwischen Eltern und Lehrern zu vermitteln und Verständnis füreinander zu wecken“, berichtete Gehrmann. Durch die telefonische Beratung wollen die ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter des Bundesverbandes gleichzeitig Mut machen und Entlastung schaffen. Zugleich gelingt es den Mitarbeitern aufgrund ihrer Kenntnis des Störungsbildes und der Distanz zu dem persönlichen Fall, gezielt dabei zu helfen, nächste Schritte zu planen, um die schulische Situation der Kinder zu verbessern. „Wir können damit leben“, lautet das Motto des BV AÜK e.V. - durch die Telefonberatungen vermittelt der Verband nun noch ein Stück mehr das „Wie“.



Fortbildung der Telefonberater und -beraterinnen in Lübeck vom 18. bis 20.11.2005

ein Bericht von Karin Knudsen

Unsere dritte Fortbildung im Rahmen des BV AÜK-Projektes „Telefonberatung“, einem ergänzenden Standbein zu den Selbsthilfegruppen, findet in den Räumen der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lübeck statt.

Bis zum späten Freitagnachmittag sind wir aus allen Himmelsrichtungen angereist und wissen, dass uns auch dieses Mal ein mit informativen Vorträgen und intensiven Arbeitseinheiten gespicktes Programm erwartet.

Nach der herzlichen Begrüßung durch Barbara Bargelé in den ihr vertrauten Räumen starten wir in ei-

„Für ein Gespräch sind die Ohren wichtiger als die Zunge“

Thornton Wilder

nete Beratung, die unser Verband schon seit vielen Jahren erfährt und zu schätzen weiß.

Samstagsmorgen übernimmt unser Supervisor, Kurt Hämmerling, die Einführung in eine theoretische Einheit zum „Orientierungsrahmen“ und blickt mit uns noch einmal auf die in der ersten Fortbildung behandelten kommunikationspsychologischen Erkenntnisse des Friedemann von Thun.

B steht für die Bearbeitung des Problems

C steht für Creative Lösungsmöglichkeiten

Das Schema wird verdeutlicht anhand von Fallbeispielen. Mögliche Ziele unseres Gesprächs können sein, dass wir

- die Anrufer weiter delegieren an Fachärzte /-ärztinnen
- Mut machen, sich einer Diagnostik zu unterziehen
- Abgrenzung / Struktur erreichen
- Entlastung / Zuwendung geben
- auf einen langen Weg hinweisen und damit
- Hilfen aufzeigen (z.B. Gruppe - "Sie stehen nicht allein da mit dem Problem")
- Tipps geben (keine Therapie!)
- an realistische Erwartungen anknüpfen
- Ressourcen stärken

Fallbesprechungen (Gesprächsprotokolle) – klar und anschaulich gegliedert – bieten reichlich Gelegenheit zur Reflexion, konstruktiven Kritik und Ermutigung.

Wir einigen uns auf Anregung von Kurt Hämmerling darauf, diese Fallbesprechungen zu einem festen Bestandteil der weiteren Fortbildungen zu machen.

Die folgende Einheit umfasst „Klientenzentrierte Gesprächsführung“.

Kompetent und einfühlsam führt uns Kurt Hämmerling in diese Thematik ein. Auch hier werden wir im Frühjahr – Mitte März – dieses Jahres fortfahren und das Erlernete vertiefen.

Die Zeit vergeht schnell an diesem arbeitsreichen Samstag. Abends finden wir beim gemeinsamen Essen noch reichlich Zeit für den Erfahrungsaustausch, schaffen es sogar, hier und da das Thema AD(H)S in die Schublade zu stecken und ganz persönliche Werte und Ziele anzusprechen. Ein gemütlicher Abend mit guten Gesprächen.



ALLE FOTOS: BERND KASPAR

Zur Erinnerung an ein arbeitsintensives, effektives Wochenende in Lübeck vom 18.-20.11.2005: Die Telefonberatergruppe des BV AÜK e.V.

nen spannenden Vortragsabend mit Manfred Rabatsch, Kuratoriumsmitglied und ehemaliger Bezirksjugendamtsleiter aus Berlin. Er gibt uns einen aktuellen und umfassenden Überblick über Rechte und Pflichten der Eltern im Rahmen des KJHG – für uns eine enorme Ermutigung und Voraussetzung für kompetente Beratung.

Die Gruppe ist Manfred Rabatsch sehr dankbar für seinen unermüdeten Einsatz und die ausgezeichneten

Wie ist unsere Wahrnehmung, wie erkennen wir unterschiedliche Sichtweisen?

Anhand des ABC-Modells widmen wir uns Gefühlen und Gedanken, die wir während eines Telefongesprächs haben und erkennen, dass die eigene gedankliche Verarbeitung ein Problem „anheizen“ oder Gefühle oft überhaupt erst hervorbringen kann.

A steht für Anknüpfung (ich baue Beziehung auf)

Sonntagmorgen beginnen wir mit Rollenspielen. Mutig und durchaus talentiert in der Darstellung bringen engagierte Telefonberaterinnen ihre Erfahrungen ein. Hier wird der Gruppe die Bedeutung des Aktiven Zuhörens bewusst. Vorsichtige Konfrontation spielt eine Rolle, Abgrenzung u. v. m. Insgesamt wird dieses Training als hilfreich angesehen, um unsere Kommunikationsmuster zu erkennen. Nach dieser letzten Arbeitseinheit bleibt noch ein wenig Zeit für weitere Informationen.

Wir bedauern sehr, dass Dr. Puls seinen Frau Bargelé zugesagten Vortrag über Neurofeedback nicht halten konnte.

Interesse besteht an der Vorstellung des Elterntrainings, dass Barbara Bargelé als Therapeutin in Zusammenarbeit mit Ärzten der Klinik in Lübeck anbietet.

Dieses Elterntraining wurde in Anlehnung an das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ (THOP) von Döpfner, Schürmann, Frölich und das entsprechende Elternhandbuch erarbeitet.

Nach Erfahrung von Barbara Bargelé sind Eltern eher zur Teilnahme an einem Training motiviert, wenn die Angebote nicht von Ärzten und Psychologen allein kommen, sondern in Verbindung mit Elternverbänden angeboten werden. Barbara Bargelé's Mitteilung, sich aus der Telefonberater-Fortbildung zurück zu ziehen, stößt auf Bedauern.

Karin Seegers, Mitglied des Bundesvorstandes, macht deutlich, dass sämtliche Projekte mit großer Sorgfalt und Engagement fortgesetzt werden. Der Blick nach vorn sei zum Gelingen einer guten gemeinsamen Arbeit hilfreich.

Apropos „Blick nach vorn“, – in diesem Zusammenhang will ich noch einen guten Hinweis von Bernd Kaspar erwähnen, den er zu Beginn des Teffens gab. Er machte deutlich, dass eine Mitgliedschaft im BV AÜK Qualitätssicherung bedeute, die wir überzeugend in die Öffentlichkeit tragen können, weil wir um die Problematik gut Bescheid wissen. Nicht nur von ADHS Betroffene seien Multiplikatoren, auch Schulen, Ärzte, Behörden, Jugendämter gelten als po-

tentielle Ansprechpartner und -partnerinnen.

Gerhild Gehrman, die dieses Projekt ins Leben gerufen hat und es auch weiter leiten wird, dankt Barbara Bargelé für die koordinierende Mitarbeit im Bereich der Telefonberater-Fortbildung.

Wir alle sagen ebenfalls DANKE an die beiden „Vorreiterinnen“, insbesondere Gerhild Gehrman, die „am Ball“ bleibt und bereits sehr gute Lö-



Oben: Fallbeispiele studieren und eigene Vorschläge erarbeiten.

Links: Kurt Hämmerling weist ins Rollenspiel ein. Karin Knudsen (links) führt Protokoll.



sungen und neue Tagungsräume gefunden hat.

Die Gruppe freut sich auf weitere Fortbildungen. Hier hat auch Selbsterfahrung einen wichtigen Stellenwert, und es ergeben sich bei dieser Gelegenheit durchaus kontroverse Gespräche. Gefühle, die wir manchmal lieber „einbunkern“ würden, kommen hoch und so manche Welle schwappet über uns hinweg. Doch mit der Zeit lernen wir damit umzugehen. Wir erfahren mehr über uns,

nehmen uns selbst und die anderen besser wahr.

Die Kompetenz wächst und lässt uns annehmend zuhören und Wege aufzeigen, statt Rat-Schläge zu teilen.

Ein besonderer Dank der Gruppe geht hier an Kurt Hämmerling, der uns auf diesem Weg mit Sachverständnis, – wenn es sein muss – mit Beharrlichkeit, mit Empathie und Humor begleitet.

Dank an Barbara Bargelé und Kurt Hämmerling. (v.l. Barbara Bargelé, Gerhild Gehrman, Karin Seegers, Schatzmeisterin des BV AÜK e.V., Kurt Hämmerling).

Die Telefonberatungsstellen des BV AÜK

In den Schulferien der jeweiligen Bundesländer sind die Telefone nicht besetzt

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrman
Tel. 04121-80 72 72

Pit Lau
Tel. 040-43 91 06 08

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau
Tel. 04793-93 10 21 und
0170-2 46 27 44

NRW

Margarete Gatzen
Tel. 05241-4 07 30

Ulrike Vlk
Tel. 02161-53 17 39

Karin Knudsen
Tel. 0221-3 56 17 85

Thüringen

Regina Schrage
Tel. 03691-87 22 22

Hessen

Regina Schubert
Tel. 069-98 55 68 23

Petra Effelberger-Dasbach
Tel. 06126-5 37 83

Baden-Württemberg

Bernd Kaspar
Tel. 07957 – 9 26 96 91

Sabine Melugin
Tel. 06221-76 26 74

Bayern

Kornelia Schneidt
Tel. 08171-48 14 01

Louise Benedikt
Tel. 08846-91 47 12



Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrman
Tel. 04121-80 72 72

Angelika Lühmann
Tel. 04121-9 28 21

Maren Salz
Tel. 04835-95 02 06

Gisela Tampe
Tel. 04661-60 09 88

Barbara Bargelé
Lübeck und Umgebung
Tel. 0451-2 03 61 60

Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille
Tel. 03883-72 77 18

Karin Heynen
Tel. 0381-70 07 59 25

Brandenburg

Ulrike Vogel
Tel. 03378-80 30 90

Niedersachsen

Erika Rien
Tel. 05551-5 27 45

Angela Schwager
Tel. 05554-99 56 46

Berlin

Karin-Gisela Seegers
Tel. 030-3 01 97 14

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski
Tel. 039451-4 20 24

Sachsen

Helene Wagner
Tel. 0351-4 71 15 79

Für die Teilnahme an der Telefonberatung bitten wir unsere Mitglieder aus Rheinland-Pfalz und Saarland um Unterstützung, da wir dort z.Zt. nicht vertreten sind.

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

BV AÜK
Poschinger Str. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902



Lob für die AKZENTE-Macher

Leserbrief zur Ausgabe
die AKZENTE 69/70

Sehr geehrte Frau Bürschgens,
für die letzte die AKZENTE des Jahres 2005 möchte ich Ihnen und allen, die mit ihren interessanten Beiträgen die vielen Seiten gestaltet haben, ein großes Kompliment machen.

Wer ehrenamtlich in der Selbsthilfe arbeitet und/oder sich beruflich im Thema ADHS engagiert und dazu noch erfolgreich zur Tastatur greift, der hat sich ein Lob redlich verdient. Es braucht bekanntlich manchmal viel Zeit, auch nur einen einzigen Abschnitt so zu Papier zu bringen, bis man mit seiner Formulierung zufrieden ist.

Zugleich möchte ich alle die AKZENTE-LeserInnen ermutigen, schriftlich Lob und Kritik zu äußern und unsere Verbandszeitschrift als Diskussionsforum zu nutzen. Denn das hat der BV AÜK anderen Selbsthilfverbänden voraus: ein regelmäßig erscheinendes Medium, das seine Leserschaft nicht nur von „oben“ nach „unten“ informiert, sondern auch von „unten“ nach „oben“ und quer in einigermaßen sinnvollem zeitlichen Zusammenhang diskutieren lässt.

Es wäre natürlich entlastend, unsere Vereinszeitschrift professionell betreuen zu lassen, wie es sich viele Selbsthilfverbände mit anderen Krankheiten/Behinderungen leisten können. Ihnen steht der Weg offen, ihre Arbeit mit Zeitschriftenanzeigen von Pharmafirmen, Geräteherstellern und anderen Sponsoren mitzufinanzieren, ohne sogleich in Verdacht zu geraten, ihre Unabhängigkeit zu verlieren. Leider stehen wir ADHS-Selbsthelfer bei Kritikern unter dem Generalverdacht, für die Pharmaindustrie Werbung zu betreiben, sobald wir die medikamentöse Therapie befürworten. Solange ADHS noch immer als Ausrede angeblich erziehungsunfähiger Eltern gebrandmarkt wird, bleibt noch viel zu tun im Ehrenamt ...

Mit freundlichen Grüßen
Gerhild Drüe
BV AÜK - Regionalgruppe Osnabrück

Homöopathie und Ticstörung

Leserbrief zum Artikel: „Belegt eine Studie die Wirkung von Homöopathie bei Kindern mit ADHS?“ die AKZENTE 69/70

Mögen manche Studien lediglich einen Placebo-Effekt beim Einsatz homöopathischer Mittel „beweisen“ und andere Studien echte Wirkungen - aus ihrer Erfahrung berichtete ein Mitglied unserer Osnabrücker BV AÜK-Gruppe, dass die Ticstörung ihres hyperaktiven Sohnes sich mit Homöopathie (Cina D 4) drastisch verbessert habe.

Die Ticstörung zeigte sich erstmals mit Augenzwinkern, als der Junge drei Jahre war. Mit Acht bemerkten die Eltern am dritten Urlaubstag im Allgäu einen neuen Tic: Kopfnicken. Das steigerte sich nach und nach, bis der Junge sogar alle paar Sekunden nickte, immer mehr den Oberkörper dabei einsetzte, grimassierte und auch ein Atemgeräusch dazu tat. Jetzt suchten die Eltern einen Kinderpsychiater auf, (der die ADHS übrigens nicht erkannte). Der meinte, es sei gut, dass er sich so abreagiere. Die Eltern konnten das nicht so sehen.

Wie es das schon ältere Buch „Bewährte Indikationen der Homöopathie“ (Herausgeber: Deutsche Homöopathische Union) vorschlägt, gab die Mutter nach längerem Abwarten irgendwann ihrem Sohn mehrfach Cina D4 als Globuli. Einige Tage später waren seine Tics kein Problem mehr.

Nach Beginn der Methylphenidat-Therapie reagierte der Junge verstärkt mit Tics. Später zeigten sich hin und wieder weitere Tics: Armschütteln und Schulterrucken; beim Gehen tippte der Junge beispielsweise immer mit einer Fußspitze auf, sodass ein Schuh bald „durchgetippt“ war. Beim Schulbeginn nach den Ferien wurden die Tics wieder deutlich.

Cina D4 habe nach erstem Abwarten geholfen, sie zu reduzieren bzw. die Phasen zu verkürzen, ist die Mutter überzeugt.

Sie meint, ihr Sohn sei knapp am Tourette-Syndrom (TS) „vorbeigeschlittert“ bzw. er habe ein grenzwertiges TS, denn neben den leichten motorischen sind zuweilen auch leichte vokale Tics zu erkennen wie beispielsweise ein leises Quieken.

Beweisen kann die Mutter nicht, ob ihr Sohn ohne Cina D4 seine schweren Tics behalten oder sogar verstärkt hätte, ob er heute ein schulmedizinisch behandlungsbedürftiger jugendlicher TS-Patient wäre, oder ob sich seine Tics auch von selbst verbessert hätten. Ihre positiven Erfahrungen mit homöopathischen Mitteln (bei Erkältungen, Mittelohrentzündungen, Warzen) haben die Mutter aber überzeugt, dass sie wirken können und dass ein Versuch mit homöopathischen Mitteln lohnen kann. Zur Behandlung der ADHS ihres Sohnes riet ein Arzt für Homöopathie ihr übrigens später, dem Sohn weiterhin Methylphenidat zu geben, was die Mutter auch voller Überzeugung tut.

Könnten homöopathische Mittel bei ADHS und den verschiedenen begleitenden Störungen die (allopathischen) Medikamente (wie z.B. Methylphenidat) ersetzen, dann wäre dies für die Betroffenen ein Segen. Zu warnen ist aber davor, jahrelang vergeblich darauf zu hoffen, dass eine ADHS mit homöopathischen Mitteln (irgendwann) genügend gelindert werden kann, statt bei Notwendigkeit rechtzeitig die allopathischen Medikamente wenigstens zu versuchen.

Gerhild Drüe
BV AÜK-Regionalgruppe Osnabrück

Zu Anwendung und Dosierung informiert die Deutsche Homöopathische Union (DHU) unter <http://www.dhu.de/seiten/wissenswertes/anwendung.htm>



Leserbriefe

Über Leserzuschriften mit Anregungen, Ideen, Infos aus den Regionen usw. würden wir uns freuen.

Bitte beachten Sie die neue Redaktionsanschrift:
Bundesgeschäftsstelle BV AÜK, Poschinger Str.16, 12117 Berlin



Sexsucht / Pornografiesucht bei ADHS – ein Thema bei den ADHS-Experten?

Dass ADHS-Betroffene ein hohes Risiko für Süchte haben, ist bekannt. Meist werden dabei stoffliche Süchte wie Alkohol- und Drogensucht genannt, aber auch nichtstoffliche Süchte wie Spielsucht, Computersucht oder Internetsucht. Nur wenig stößt man bei der Internet-Recherche auf den Zusammenhang von ADHS und Sexsucht, Pornografiesucht oder Fetischismus.

Für Eltern und Therapeuten ist die Suche nach der wirklichen Ursache wie auch die Suche nach wirksamen Therapien schwierig. Bei der Suche nach Erklärungen für die Gründe dieser verwandten Suchtformen erscheint im Internet zuerst der sexuelle Missbrauch bzw. eine hypersexualisierte Kindheit.

Der folgende, anonym abgedruckte Leserbrief von Eltern eines betroffenen Jugendlichen greift ein bisher stark vernachlässigtes Thema auf: ADHS und sexuell motivierte Süchte:

Sehr geehrte Frau Bürschgens,
wir bitten auf dem Wege der Veröffentlichung unseres Briefes in *die AKZENTE* die ADHS-Experten und erfahrene Eltern um Rat, wie unser Sohn erfolgreich behandelt werden könnte.

Unser 15-jähriger Adoptivsohn ist seit 6 Jahren ADHS diagnostiziert und wird seit dieser Zeit mit Methylphenidat (MPH) therapiert. Er ist recht schwer betroffen und bereitet uns trotz der deutlich wahrnehmbaren Verbesserungen mit MPH immer noch große Sorgen. Vieles in seiner Persönlichkeit macht uns ratlos, und auch der Verhaltenstherapeut konnte bei ihm wenig, eigentlich nichts verändern.

Neben der ADHS hat unser Sohn eine oppositionelle Störung des Sozialverhaltens und neigt zu aggressiver Reaktion, die mit MPH in einem gerade erträglichen Rahmen bleibt. Er ist nicht in der Lage, Lüge und Wahrheit klar auseinander zu halten, auch bei belanglosen Themen. Er ist in seinen emotionalen Möglichkeiten trotz unserer elterlichen Liebe und

Zuwendung sehr arm geblieben. Seine theoretische Intelligenz ist knapp durchschnittlich, aber grobe praktische Arbeiten mag er und er ist darin sehr geschickt.

Leider zeigt er sehr wenig Interesse an Tätigkeiten, die für die meisten Kinder und Jugendlichen interessant sind, wie beispielsweise Sport, obwohl er eigentlich sehr sportlich ist. An Möglichkeiten und Anregungen unsererseits hat es kaum gefehlt.

Zu allen seinen Problemen hat unser Sohn im Lauf der letzten Jahre eine Sexsucht in Form von Pornografiesucht und Fetischismus entwickelt, die nun als Sucht, also als Krankheit, diagnostiziert worden ist. Der Psychiater versucht, einen Platz für eine Gruppentherapie zu finden. Das bedeutet, dass unser Sohn mit bereits übergreifig gewordenen Jugendlichen zusammen zur Selbstreflexion kommen soll.

Wir können uns nicht vorstellen, dass unser Sohn die Fähigkeit dazu und zum Gespräch darüber hat. Wir fragen uns, ob diese Sexsucht damit erfolgreich therapiert werden kann, denn er findet sein Verhalten eigentlich in Ordnung. Dem Psychiater antwortet er, dass er davon loskommen will – wir bezweifeln diesen Willen bzw. seine Einsichtsfähigkeit. Außerdem befürchten wir, dass er in einer solchen Gruppe auf Ideen gebracht wird, die er (hoffentlich!) noch nicht hat.

Die Sexsucht unseres Sohnes scheint sich schleichend entwickelt zu haben. Sie deutete sich, im Nachhinein betrachtet, bereits mit etwa 11 Jahren an. In seinem Sportbeutel fand sich ein Mädchenunterhemd, in seinem Zimmer fanden sich Mutters elegante Sandalen, von denen er die Riemen abschnitt, wohl um hineinzupassen. Jugendzeitschriften wie „BRAVO“, „Yam“ las er ab 12 regelmäßig, und wir mochten sie nicht verbieten, da sie ja auch leicht zu beschaffen sind. Wenig später waren es Zeitschriften wie „Praline“, und er schnitt die Fotos spärlich oder nicht bekleideter Frauen aus. Er bestellte sich dann Kataloge, um an Fotos von Frauen in Unterwäsche zu kommen, und klebte sie sorgfältig ins Briefmarkenalbum. Ansonsten ist ihm Sorgfalt generell fremd.

Seit ein paar Jahren steht unser Sohn auf Reizwäsche, mit deren Hilfe er sich abreagiert. Die ersten Tangas hatte er auf den Jugendzeitschriften gefunden. Die Lock-Stoffe waren erfolgreich.

Die Steigerung seines Interesses zeigte sich bald bei Erotik-Magazinen, die wir ihm (noch) nicht erlauben wollten, und mit 14 fanden sich in seinem Zimmer Pornohefte, die teils mit Jugendverbot (Hardcore-Pornos) belegt sind. Noch rätseln wir, wie er sie sich beschafft – er verrät seine Quelle(n) natürlich nicht. Er schneidet nun nicht mehr Katalogfiguren aus, sondern weibliche Genitalien, wie sie die „Damen“ in durchaus abstoßender Manier präsentieren. Wir haben nun durch unseren Sohn erfahren, wie Sex auch aussehen kann – durchaus nicht erotisch ...

Bis vor kurzem haben wir ihm das meiste, was für sein Alter unangemessen ist, weggenommen, aber mittlerweile wissen wir nicht, ob dies richtig ist.

Der Gedanke an die Zukunft macht uns große Sorgen, weil wir befürchten, dass sich bei unserem Sohn ohne einen baldigen Therapieerfolg noch viel Problematisches dazuentwickeln kann.

Da diese Sucht unseres Sohnes unseres Wissens nach nicht durch Missbrauch entstanden ist, und sicher nicht durch ein übersexualisiertes Elternhaus, suchen wir auch auf dem Weg über *die AKZENTE* Rat bei den ADHS-Experten oder entsprechend erfahrenen Eltern, die dies lesen und eine wirklich kompetente „Adresse“ kennen.

Für den Abdruck unseres Briefes danken wir Ihnen sehr herzlich.

Mit freundlichen Grüßen

...

Der Name der Absender ist der Redaktion bekannt. Zuschriften richten Sie bitte zur Weiterleitung an die 1. Vorsitzende.

Helga Simchen

Kinder und Jugendliche mit Hochbegabung

Erkennen, Stärken, Fördern – damit Begabung zum Erfolg führt
Kohlhammer 2005, 166 Seiten,
19,90 Euro

„Erziehung ist nicht alles, aber ohne Erziehung ist alles nichts“. Diesen Satz der Autorin möchte man erweitern um die Worte: Was nützt Hochbegabung (HB), wenn sie nicht erkannt, entwickelt und gefördert wird. Das Thema des vorliegenden Buches hat derzeit Hochkonjunktur. In Dr. Simchen haben wir eine Expertin gefunden, die ebenso kompetent in Sachen ADS ist. Sie leitet in Mainz eine Spezialklinik für ADS und Teilleistungsstörungen. Ihre anderen hohen Verdienste hier aufzuführen hieße Eulen nach Athen tragen. Das hat sich inzwischen herumgesprochen. Das Buch enthält, was man zum Thema wissen sollte: Helga Simchen erklärt wissenschaftliche Fakten, auch für den Laien verständlich. Sie berichtet, beschreibt, analysiert, kritisiert und krönt das Ganze mit viel psychologischem Feingefühl.

Vor der Lektüre des Buches drängen sich etliche Fragen auf:

1. Wie definiert man HB?
2. Wo tangieren sich HB und ADS und resultiert aus einem möglichen Zusammenhang das häufige Scheitern von Hochbegabten?
3. Welche Rolle spielen - positiv oder negativ - Elternhaus, Kindergarten und Schule?
4. Welchen Rat soll man Eltern geben, die glauben, ein hochbegabtes Kind zu haben?

Die Autorin führt aus:

Zu 1.) Kinder und Jugendliche mit einem IQ von 130 plus gelten als hochbegabt. Das trifft auf etwa 2 Prozent der Bevölkerung zu. Dabei ist HB von Talent zu unterscheiden, wenn z.B. jemand herausragende Fähigkeiten in einer bestimmten Sportart hat. Wenn HB gemeint ist, spricht man unter Fachleuten auch von multipler Intelligenz. Dazu gehören außer dem hohen IQ die Schwerpunkte Motivation, Flexibilität, Kommunikation und Leistungsbereitschaft, sowie soziale und emotionale Intelligenz.

Zu 2.) Unter hochbegabten Kindern und Jugendlichen gibt es auffallend viele ADS-ler, d.h. Kinder, die ihre Begabung nicht voll ausschöpfen können aufgrund von neurologisch bedingten Defiziten wie Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen, Konzentrationsbeeinträchtigungen und Störung der Merkfähigkeit. Hochbegabte, die davon betroffen sind und deshalb weit unter ihren Möglichkeiten bleiben, nennt man auch Underachiever. Diese Kinder, die sich durch ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit auszeichnen, entwickeln sich oft asynchron: Sie wissen um ihre geistige Leistungsfähigkeit, haben aber wegen der oben angeführten Mängel wenig Chancen, ihre Begabung in adäquate Leistung umzusetzen. Seelischer Reiferückstand, Versagensängste und geringes Selbstwertgefühl sind nur einige der Folgen, die diese Kinder - wie die Autorin an vielen Beispielen beschreibt - im unteren Mittelmaß dümpeln lassen. Und das sind leider nicht wenige.

Zu 3.) So kommen wir zu der ganz wichtigen Frage, welche Rolle Elternhaus, Kindergarten und Schule spielen. Viele hochbegabte Kinder - und nicht nur diese - merkt die Autorin kritisch an, werden heute nach dem Lustprinzip erzogen: Man ist ja so stolz auf das Wunderkind und gibt dessen Bedürfnissen in jeder Hinsicht nach: Keine Regeln, keine Anforderungen, keine kleinen täglichen Pflichten - das Kind ruht sich buchstäblich auf den noch nicht verdienten Lorbeeren aus. Das Gehirn, das stetige Impulse und Aktivierung braucht, um die nötigen Vernetzungen zu entwickeln, wird geschont und verkümmert. In diesem Zusammenhang räumt die Autorin mit einem weit verbreiteten Irrtum auf, nämlich dass Computerspiele die Konzentration und das Lernen fördern. Genau das Gegenteil sei der Fall: Durch die schnelle Bildfolge werde das Arbeitsgedächtnis überlastet, in dem Gelerntes zwischengelagert wird, bevor es im Langzeitgedächtnis abrufbereit abgespeichert wird.

Der nächste Kritikpunkt gilt den Kindergärten, weniger den Erzieherinnen als dem völlig veralteten Kindergartengesetz, das schulische

Lehr- und Lernstoffe untersagt. Simchen: Nie lernt ein Kind so gern und so leicht wie im Vorschulalter, das sollte man nutzen mit Förderprogrammen. Vorschläge, wie das aussehen kann, werden im Buch genug gemacht. Es gebe auch viele Erzieherinnen, die die Zeichen der Zeit erkannt hätten und danach arbeiteten. Aber solange solche Fördermaßnahmen nicht gesetzlich verankert werden, seien sie nur sporadisch und vom guten Willen Einzelner abhängig.

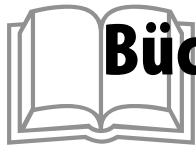
Wie geht nun die Schule mit HB um? Hochbegabte Kinder wollen viel wissen und lernen und fordern den Lehrer in hohem Maße. Ein gutes Lehrer-Schüler-Verhältnis, pädagogisches Geschick und ein Händchen dafür, ein begabtes Kind zu locken, zu motivieren und auf den Weg zu bringen, kann Wunder bewirken. Aber das, merkt die Autorin an, kann Schule nur leisten, wenn zuvor im Elternhaus „Erziehung“ und Frühförderung stattgefunden haben.

Fazit: HB ist kein „Verdienst“, sondern Verpflichtung. Das gilt in erster Instanz für die Eltern, die es in der Hand haben, welchen Weg ihr Kind gehen wird. Die Autorin rät daher Eltern bei dem Verdacht auf HB, ihr Kind so früh wie möglich testen zu lassen. Testverfahren werden im Anhang des Buches beschrieben und etliche Kapitel des Buches befassen sich mit Verhaltensmerkmalen, die auf HB schließen lassen. Wie die psychischen Narben aussehen, wenn HB nicht erkannt wird., ist nur eines der vielen angrenzenden Themen, die das Buch bereit hält.

Einziger Kritikpunkt: Auch hier fehlt, wie in anderen Simchen-Büchern, ein Glossar. Wer sich z.B. das Wort „statumotorisch“ nicht aus dem Lateinischen ableiten kann, wird es schwerlich im Duden und erst recht nicht im Konversationslexikon finden. Und nicht alle Leser besitzen ein Fachwörterbuch.

Trotzdem: Das Buch sollte für Lehrer/innen aller Schularten zur Pflichtlektüre gemacht werden. Aber auch für Erzieherinnen, psychologische Praxen und natürlich für die Eltern ist es wichtig. Unbedingt empfehlenswert.

Margarete Gatzen



Bücher, Bücher ...

Hélène Grimaud

Wolfssonate

Aus dem Französischem
von Michael von Killisch-Horn
Blanvalet-Verlag, München, 2005
255 Seiten,
19,90 Euro, ab 5/06 als TB

Auch wenn es etwas elitär sein mag - dieses Buch musste ich besprechen, weil es eine direkte und sehr positive Antwort auf Helga Simchens Buch zum Thema Hochbegabung ist. Die französische Pianistin Hélène Grimaud, Jg. 1970, erlebt in ihrer Autobiographie „Wolfssonate“ ihre Kindheit wie ein Fegefeuer. Es dauerte einige Jahre, bis man ihre außergewöhnliche musikalische Begabung und ihre hohe Intelligenz entdeckte. Inzwischen ist sie auf den Konzertpodien der Welt zu Hause. Dass sie nebenher noch Wolfszüchterin ist, mag manchen befremden, passt aber in das Charakterbild dieser Frau.

Da wächst im Süden Frankreichs ein kleines Mädchen heran, das seine Kindheit nur mit Unwörtern in Verbindung bringt: Un-gehorsam, un-bezähmbar, unersättlich, un-berechenbar, un-erziehbar, un-dankbar. Das Kind, das sich subjektiv für normal hält, versteht die Welt nicht mehr. Es kapselt sich ab, meidet Gleichaltrige, die mit ihm nichts anfangen können. Ob im Kindergarten oder in der Schule, Hélènes Temperament ist nicht zu zügeln. Sie redet dazwischen oder träumt vor sich hin, stellt unpassende Fragen, beschäftigt sich aufgrund einer scharfen Eigen- und Fremdwahrnehmung mit Themen, die weit über die Lerninhalte der Schule hinausgehen. Ihre ungesteuerte Energie bringt Eltern und Lehrer zur Verzweiflung, zumal sie beunruhigende Verhaltensweisen entwickelt wie Tics und andere Zwangshandlungen. Sie fügt sich mit einem Messer Verletzungen in der Haut zu, „Ritzen“ nennt sie das. Die redlichen Eltern, die sehr früh das Anderssein ihres einzigen Kindes bemerken, aber nicht wissen, wo sie nachhaken sollen, versuchen alles, um ihr Kind aus der Reserve zu locken: Es wird zum Ballett geschickt, soll Judo lernen, Tennis spielen. Nichts kommt an. Die Eltern ernten Frust, Ablehnung, Ag-

gression. Schließlich schleppt der Vater als letzten Versuch sein Kind zu einer Klavierlehrerin, die „es gut mit Kindern können soll.“ Dort hört die Siebenjährige zum ersten Mal Klavierspiel.

Es geht, so beschreibt es die Autobiographin, wie eine Erleuchtung durch Herz und Seele und sie weiß in diesem Augenblick: DAS ist es. Die Lehrerin merkt sehr bald, was in der kleinen Schülerin steckt und rät den Eltern, die hohe Musikalität ihrer Tochter ausbilden zu lassen. Es wird ein Klavier angeschafft und Hélène übt mit einer Ernsthaftigkeit und Konsequenz, die ihre Umwelt aufhorchen lässt. Bald wechseln die Lehrer, die ihr zwar Technik beibringen können, die Übungsmethoden aber sucht sie sich selber. Sie macht solche rasante Fortschritte, dass sie bald Privatstunde bei namhaften Lehrern in Paris bekommt. Im Alter von 13 Jahren wird Hélène als jüngste Studentin im Pariser Konservatorium angemeldet. Die Kommilitonen, in der Regel doppelt so alt wie sie, beäugen sie kritisch. Sie fühlt sich nicht ernst genommen, außerdem hat sie Probleme, sich als Landkind in der Metropole und deren Eigendynamik zu recht zu finden.

Das hindert sie nicht, die Lehrer, die sie für die besten hält, für sich zu beanspruchen. Das klappt nicht immer auf Anhieb, dennoch verfolgt sie den ihr - wie sie spürt - vorgeschriebenen Weg mit schier unglaublicher Energie. Im Alter von 17 Jahren verlässt sie ohne zwingenden Grund das Konservatorium. Der in der Welt bekannte Pianist und Dirigent Leon Fleischer ist einer der wenigen, der sie versteht. Er macht ihr Mut, ihren eigenen Weg zu finden. „Sie haben das Potential dazu.“

Nach etlichen Meisterkursen in den Hauptstädten Europas wird ihr Frankreich zu eng. Sie kehrt - noch immer blutjung - ihrer Heimat den Rücken und geht nach Amerika, wo sie neue Anregungen erwartet. Sie erarbeitet sich ein beachtliches Repertoire, Konzertagenturen melden sich, die ersten Auftritte folgen. Sie hat sich inzwischen im waldreichen Norden des Staates New York niedergelassen. Sie braucht Natur um sich, um neue Kräfte zu sammeln. Da be-

gegnet ihr eines Nachts bei einem ihrer Waldläufe per Zufall - wir wissen, dass es Zufälle nicht gibt - ein Wolfszüchter, von dem sie schon gehört hat. Er hat eine zahme Wölfin bei sich, warnt die junge Frau, Distanz zu halten, das Tier sei sehr scheu. Doch dieses löst sich plötzlich von seinem Herrn, kommt auf sie zu, schnuppert, leckt ihre Hand und legt sich vor ihr auf den Rücken, eine auch von Hunden bekannte Ergebnisgeste. In ihrem Inneren - so Frau Grimaud - wird plötzlich eine Tür aufgestoßen, die bisher hermetisch verschlossen schien. Sie spürt, dies wird ihr Gegenpol, sie ist endlich bei sich angekommen. Fortan züchtet sie Wölfe, befasst sich mit Tierverhaltensforschung, kauft ein weitläufiges Gehege, wo sie Wölfe ansiedelt und betreut. Die Wölfin des Züchters gehört jetzt ihr und folgt ihr auf Schritt und Tritt, nicht unbedingt zur Freude der Nachbarn und Freunde.

An dieser Stelle wird es Zeit, einen Blick auf die Eltern zu werfen und welche Rolle sie im Leben der Tochter spielen. Die Mutter, eine temperamentvolle, aus Korsika stammende Lehrerin, stößt im Umgang mit dieser Tochter an ihre pädagogischen Grenzen. Aber sie kann zuhören, raten, trösten, ausgleichen. Nie setzt sie die Tochter, von falschem Ehrgeiz getrieben, unter Druck.

Sie sieht ihre Aufgabe darin, der Tochter zu helfen, die Balance zu halten zwischen der hohen Begabung und der überschäumenden Energie, die auch Irrwege nicht ausschließt. Ganz anders der Vater, dem die Tochter ein carthesianisches Temperament bescheinigt. Er ist ein Mann der Ordnungsliebe und Prinzipien. Mit akribischer Sorgfalt bereitet er den Parisaufenthalt der noch sehr jungen Tochter vor, fährt mit ihr die Metrostationen ab, die sie demnächst alleine bewältigen muss, zeigt ihr Plätze, die sie meiden soll. Die Tochter weiß, was die Eltern opfern: An Zeit, an Geld, dazu der Verzicht auf eigene Lebensplanung.

Wenn im Buch von den Eltern die Rede ist, schwingt zwischen den Zeilen viel Zärtlichkeit und Hochachtung. Es ist zu wünschen, dass Hélène Grimaud uns noch lange mit ihrem beseelten Klavierspiel erfreut.

Wer sich mal etwas Gutes tun möchte, der schenke sich das Selbstporträt dieser ungewöhnlichen Frau. Und vielleicht auch noch eine ihrer Konzerteinspielungen auf CD, z. B. Beethovens Viertes unter Kurt Masur. Sie werden es nicht bereuen.

Margarete Gatzten



Unser
NEWSLETTER

ein interner Service
NUR für UNSERE MITGLIEDER.

Möchten auch Sie
aktuell informiert werden?

Dann teilen Sie uns
Ihre eMail-Adresse mit:
newsletter@bv-aeuk.de

die AKLENTE

Nr. 72
erscheint Ende Juni/
Anfang Juli 2006

Der Redaktionsschluss
ist am 15. Mai 2006.

Sie sind umgezogen
oder Ihre Bankverbindung
hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns dies
möglichst umgehend mit.

Sie ersparen uns damit
erhebliche Kosten
und Arbeitszeit .

Danke!

**Ich glaube
das größte Geschenk
das ich von jemandem bekommen kann
ist
dass er mich sieht
mir zuhört, mich versteht
und mich berührt.**

**Das größte Geschenk
das ich einem anderen Menschen
machen kann
ist
ihn zu sehen
ihm zuzuhören
ihn zu verstehen und ihn zu berühren.**

**Wenn das gelingt
habe ich das Gefühl
dass wir uns wirklich begegnet sind.**

Virginia Satir

Ich will verstehen

Spät abends nach unserem Selbsthilfe-Gruppentreffen kam ich nach Hause. Ein Blick auf das Signal des Anrufbeantworters machte mich neugierig, und noch im Mantel hörte ich erst einmal, wer angerufen hatte: „Hallo Iris, ich bin’s. Schade, dass du nicht zu Hause bist. Ich muss dir unbedingt was erzählen. Meld’ dich morgen früh bitte.“

Es war meine Ma. Sie klang aufgeregt ..., aber jetzt noch zurückrufen? Nein, zu spät, sonst wecke ich sie aus dem ersten Schlaf auf ...

Am nächsten Morgen rief ich dann aber doch bald nach dem Frühstück meine Mutter an:

„Hallo Mama, es war gestern abend zu spät, um zurück zu rufen. Gibt’s ‘was Wichtiges?“

„Leg’ auf – ich ruf’ dich an“ – Das ist oft ein Zeichen, dass unser Ferngespräch länger dauern kann. Ich war gespannt. Da klingelte es schon wieder: „Ich muss dir doch gleich erzählen, wo ich gestern Abend war! In der Zeitung stand, dass in der Stadt eine ADHS - Selbsthilfegruppe gegründet wurde. Ich bin mal hingefahren und fand es sehr interessant. Mütter waren da, deren kleine Kinder ADHS haben, ein Vater eines 16-jährigen, na und ich als 78jährige Großmutter. Sie waren schon erstaunt, dass ich mich

noch mit diesem Thema beschäftige. Aber ich will wissen, was mit den Kindern los ist.“

Es sprudelte nur so aus meiner Mutter heraus, – der Erfahrungsaustausch in der Gruppe hatte ihr noch einmal vor Augen geführt, wie das Zusammenleben mit AD(H)S-Kindern und Jugendlichen auch in anderen Familien den Alltag auf den Kopf stellen und wieviel Energie das kosten kann ...

Ich schluckte, und es rollten dicke Tränen über mein Gesicht. „Was ist mit dir?“ fragte Ma am anderen Ende ...“ Ich bin ganz tief angerührt, und ich freue mich, dass du immer mehr Anteil nimmst!“

Wir sprachen noch lange ..., da war auf einmal ganz viel Nähe ...

Es gab viele Jahre, in denen ich mich völlig allein gelassen fühlte. Die Familie sah zwar, dass meine Söhne sehr lebhaft waren, aber die zunehmend belastende Entwicklung wollten oder konnten sie nicht wahrnehmen. Und wenn ich dann auch noch „ausflippte“ (als Tochter eines ADHS-geprägten Vaters), entstand endlose Distanz, hervorgerufen durch blankes Entsetzen über mein Verhalten.

Ich zog mich immer mehr zurück, entwickelte einen extremen Ehrgeiz bei der Erziehung der Kinder und geriet in einen Teufelskreis.

Da ich glücklicherweise nicht nur den Fokus auf die ADHS meiner Söhne gesetzt hatte und sehr intensiv in einer Therapie an mir selbst gearbeitet habe, konnte ich später auch wieder auf meine Mutter zugehen. Wir haben nun seit Jahren – nach meinem subjektiven Empfinden erstmals – eine sehr gute Zeit miteinander.

Und das nicht zuletzt, weil wir uns informieren, uns stützen und erkennen, was war und was ist ... in wesentlichen (!) Gesprächen der Generationen ...

Danke, Ma,
dass du mit uns auf dem Weg bist!

Vorstand

1. Vorsitzende: **Bürschgens, Herta**
Leo-Meuser-Str. 5, 52249 Eschweiler
Fon 02403-50 64 66, Fax.02403-513 38
auek.buerschgens@gmx.de
2. Vorsitzende: **Knudsen, Karin**
Aachener Str. 489, 50933 Köln
Fon 0221-3 56 17 85
shg.ads-knudsen@gmx.de
2. Vorsitzende: **Schneidt, Kornelia**
Weidacher Hauptstr. 45, 82515 Wolfratshausen
Fon 08171-48 14 01
kornelia.schneidt@freenet.de
- Schatzmeisterin: **Seegers, Karin**
Zikadenweg 1, 14055 Berlin
Fon 030-301 97 14, Fax 030-30 12 16 44
seegers-berlin@t-online
- Schriftführer: **Diecks, Horst**
Königsberger Str. 3, 49716 Meppen
Fon 05931-143 67 und 05931-40 61 23
horst.diecks@ewetel.net
- Beisitzer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: **Boeing, Detlev**
Brusselsesteenweg 151, B-3080 Tervuren
Fon/Fax +32(0)2-767 04 86
adhs@telenet.be
- Beisitzerin, Telefonberatungsnetz: **Gehrmann, Gerhild**
Von-Aspern-Str. 31, 25336 Elmshorn
Fon 0421-80 72 72
gujunghermann@aol.com
- Beisitzerin: **Meyer, Renate**
Am Wolfsloch 31, 61381 Friedrichsdorf
Fon 06175-76 70, Fax 06175-94 15 95
meyer.koeppern@t-online.de

Kuratorium

- Bernau, Gunther**, Hambergen, Arzt für Allgemeinmedizin, von 1987–1997 Vorsitzender des BV AÜK
- Egger, Prof. Dr. Joseph**, Neurologe, Kinderspital Meran
- Ettrich, Prof. Dr. med. Christine**, Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik f. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kinder- und Jugendalters
- Herpertz, Prof. Dr. med. Sabine C.**, Universitätsklinikum Rostock, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Huss, Dr. med. Dipl.-Psych. Michael**, Charité Virchow-Klinikum Berlin
- Kinze, Dr. Wolfram**, Landesklinik Lübben, Klinik f. Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
- Knölker, Prof. Dr. med. Ulrich**, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Uni Lübeck
- Krowatschek, Dipl.-Psych. Dieter**, Schulpsychologischer Dienst Marburg
- Lauth, Prof. Dr. Gerhard W.**, Universität Köln
- Ludwig, Prof. Dr. Gudrun**, Fachhochschule Fulda
- Opp, Prof. Dr. Günther**, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Rabatsch, Manfred**, ehem. Fachdienstleiter, Bezirksamt Pankow, Berlin
- Reibisch-Fiesel, Dr. med. Wiebke**, prakt. Ärztin, Kiel
- Reinicke, Dipl.-Psych. Claudia**, Dresden
- Schlottke, Prof. Dr. Peter**, Universität Stuttgart

BUNDESVERBAND

Arbeitskreis

Überaktives Kind e.V.



Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 0 30/85 60 59 02, Di. und Do. 10–12 Uhr
Fax 0 30/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Besuchen Sie uns unter www.bv-auek.de

die AKZENTE

Zeitschrift vom BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.

ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger

BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Internet: www.bv-auek.de

Redaktionsleitung und redaktionelle Mitarbeit

Herta Bürschgens (Leitung)
Detlef Boeing
Margarete Gatzen
Magda Geisler
Renate Meyer
Kornelia Schneidt

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Poschinger Str.16
12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-Mail: redaktion.akzente@bv-auek.de

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.

Anzeigenverwaltung

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Petra Festini
Poschinger Str. 16
12157 Berlin
Fon 030/ 85 60 59 02
e-mail: info@bv-auek.de

Layout und DeskTopPublishing

Irene Fischer
Pappelallee 4
10437 Berlin
Fon 030/4 42 20 78
e-mail: fischerdesign@gmx.de

Druck

Brandenburgische Universitäts-Druckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam
Karl-Liebkecht-Str. 24-25
14476 Potsdam (OT Golm)

die AKZENTE erscheint 4x jährlich

Auflage: 2500 Stück

Bezugspreise

Für Einzelhefte a.A., Jahresabo (nur für Institutionen.) € 45,00 inkl. Versandkosten, für Mitglieder des BV AÜK kostenlos

Bankverbindung

BV AÜK, Postgiroamt Frankfurt am Main,
Kto-Nr. 74 926 603, BLZ: 500 100 60
BV AÜK, Volksbank Hannover,
Kto-Nr.:0 221 438 500, BLZ : 251 900 01

Copyright

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt.
Nachdruck und Vervielfältigungen aller Art nur mit Genehmigung des Verbandes

Redaktionsschluß

jeweils Mitte des Quartals

In eigener Sache:

AKTIVE MENSCHEN

Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHD/ADHS

Sie sind bereits Mitglied in unserem Selbsthilfeverband? –
Wenn ja, haben Sie sicher gute Gründe dafür:

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHD/ADHS – durch aktuelle Informationen, Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Verbilligungen bei Veranstaltungen und Publikationen des BV AÜK
- Sie beziehen die AKZENTE, Zeitschrift des BV AÜK – jährlich viermal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

Bringen Sie sich ein und werben Sie neue Mitglieder, denn nur *gemeinsam* sind wir stark.

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

In der Selbsthilfelandchaft gibt es Gruppen, Vereine und Verbände. *Gruppen* sind örtlich tätig. *Vereine* meist regional aktiv. *Selbsthilfeverbände* haben überregionale Strukturen und sind bundesweit tätig.

Was zeichnet sie aus?

Selbsthilfeverbände

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

Der Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHD/ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in der Geschäftsstelle Berlin – arbeiten ehrenamtlich. Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

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

Ein Anmeldeformular finden Sie hier im Heft oder über unsere Website: www.bv-aeuk.de

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

Die Aktiven des BV AÜK e.V.

In Wahrheit hatten Vater und Erzieher nicht ganz unrecht, wenn sie mit Serjosha unzufrieden waren: er war zweifellos ein schlechter Schüler. Trotzdem wäre es durchaus falsch gewesen, ihn für unbegabt zu halten. Im Gegenteil, er war weitaus befähigter als alle die anderen Knaben, die ihm besonders der Erzieher immerfort als Muster vorhielt, während ihn der Vater mehr für einen Widerspenstigen hielt, der nicht lernen wollte, was er lernen sollte. Das letztere aber, und das übersah Alexei Alexandrowitsch, war von dem Knaben gar nicht zu verlangen, und zwar deshalb nicht, weil in seiner Seele bereits eigene Forderungen lebten, die verbindlicher schienen, als diejenigen, die Vater und Erzieher von außen an ihn herantrugen. In Wahrheit war das Verhalten Serjoschas, in dessen Seele derart Forderung gegen Forderung stand, nichts als ein fortwährender erbitterter Kampf mit seinen Erziehern.



Mit seinen neun Jahren war er freilich noch ein Kind. Trotzdem wusste er bereits um seine Seele, deren spontane Neigungen er hochhielt, sie hütend, wie das Lid das Auge hütet. Ohne den Schlüssel der Liebe durfte niemand hinein. Während sich seine Erzieher über mangelhaften Wissensdurst beklagten, floss in Wahrheit seine Seele davon über.

*Lew Tolstoi
in „Anna Karenina“
über den schmerzlich
geliebten Sohn
seiner Heldin.*

die AKZENTE ist:

- Informationsquelle über mögliche Krankheitsursachen, Therapien, wissenschaftliche Forschung, Pädagogik, Erziehungsfragen, Hilfen im Alltag
- Medium für die Diskussion rund um das Thema ADHD/ADHS
- „Transportmittel“ für Namen und Nachrichten, Ratschläge, Fragen und Meinungen
- Eine Zeitschrift, die für alle interessant ist: Betroffene und ihre Angehörigen, Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Pädagogen