

neue AKZENTE

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



ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschmerz

**Selbstwahrnehmung bei
ADHS Erwachsener**

**ADHS und strafrechtliche
Verantwortlichkeit bei
Jugendlichen**



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

wir befinden uns mitten in der Sommer- bzw. Urlaubszeit. Für viele eine Zeit, um Aktivitäten zurückzufahren und die (hoffentlich) sonnigen Tage des Jahres zu genießen. Trotzdem bleibt die Zeit nicht ganz stehen und so möchten wir Sie auf die Aktivitäten und Neuerungen des ADHS Deutschland e. V. hinweisen:

Wie Sie sicher wissen, haben wir seit einiger Zeit eine Online-Selbsthilfegruppe, die recht gut angenommen wird. Dieses innovative Angebot wird nun durch eine weitere Gruppe ergänzt: Ab sofort haben auch Jugendliche ab 14 Jahren und junge Erwachsene die Gelegenheit zum virtuellen Austausch. Sie finden weitere Informationen hierzu auf unserer Internetseite: www.adhs-deutschland.de oder können auch direkt Kontakt aufnehmen unter Junge-Selbsthilfe@adhs-deutschland.de zu unserer Jugend-Selbsthilfegruppe und Online-Selbsthilfe@adhs-deutschland.de zur Erwachsenen-Online-Gruppe.

Außerdem sind unsere Regional- und Landesgruppen mitten in der Planung ihrer kommenden Veranstaltungen. Da wäre unter anderem das 3. Wuppertaler und Hagener ADHS-Symposium „ADHS bei Kinder und Jugendlichen“, das ADHS-Seminar „Wege zur Akzeptanz der ADHS Gesellschaft“ der Regionalgruppe Essen, die gemeinsame Jahrestagung von TGD e. V., ADHS Deutschland e. V. und Aspies e. V. „Allein oder gemeinsam? Immer ein Ziel: Mehr Lebensqualität“ in Köln, der 7. Bayerische ADHS-Tag in Ingolstadt sowie das Symposium der Landesgruppe Baden-Württemberg „ADHS in verschiedenen Lebensbereichen“ in Tübingen.

Zu allen Veranstaltungen finden Sie zu gegebener Zeit alle Informationen auf unserer Internetseite unter „Termine“. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich für unsere Angebote interessieren und wir Sie online oder persönlich auf einer unserer Veranstaltung treffen.

Bis dahin wünschen wir Ihnen eine erholsame Ferienzeit.

Ihre

Dr. Myriam Bea

Impressum

neue AKZENTE

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

Herausgeber und Verleger

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
Telefon: 030 85605902
Fax: 030 85605970
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

Redaktion

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

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung

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

Gestaltung

Agnes von Beöczy, www.librito.de

Druck

BUD, Potsdam

Auflage

4000 Exemplare

Erscheinungsweise

3x jährlich

Redaktionsschluss

für nächste Ausgabe
01. November 2018

Fotonachweis

Titelbild: Renate Meyer
Aktive der Landes- und Regionalgruppen
Foto Seite17: pixabay

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

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes.

Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

INHALT

FACHBEITRÄGE

- Dr. Heiner Lachenmeier*
04 Selbstwertwahrnehmung bei ADHS Erwachsener
- Dr. Marc Allroggen*
12 ADHS und strafrechtliche Verantwortlichkeit bei Jugendlichen
- Dr. Roy Murphy*
15 Borderline Persönlichkeitsstörung und ADHS
- Dr. Johannes Streif*
16 ADHS und Bewegung
-

ALLGEMEINES

- Katharina Rademacher*
19 Belastungen von Erwachsenen mit ADHS im Hinblick auf deren Erziehungsverhalten als Eltern
- Dr. Johannes Streif*
21 Wie Lehrer mit Eltern sprechen können
- Claudia Fiegl*
23 www.krankheitserfahrungen.de ADHS
- Kirsten Riedelbauch*
24 Pflegegrad und ADHS
-

KLINIKEN

- Dr. Frank Matthias Rudolph*
29 Mittelrhein-Klinik Bad Salzig der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
-

BERICHTE

- ADHS Deutschland e.V. – bundesweit, landesweit, regional*
- A. F., M. B., V. S., P. F., H. G., A. G., P. B.*
32 Mitgliederversammlung, Symposium und Fortbildung in Königswinter 2018
- Lena Fangmann, Alena Marsch, Marcel Menter, Miriam Töpfer*
35 Jugendbetreuung Königswinter
- Claudia Friebe*
38 Schwungvoll noch Berlin Workshop: Körperorientierte Selbsterfahrung für Frauen mit ADHS
- Walter Schlicker*
39 didacta 2018
- 41** Regionalgruppenberichte in alphabetischer Reihenfolge Norderstedt, Schorndorf

MEDIEN REZENSIONEN

- Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz*
44 Mariella Matthäus, Andreas Stein: Psychoedukation und Psychotherapie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS
- Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz*
45 Bea Engelmann: Therapie-Tools – Positive Psychologie
- Uwe Metz*
46 Ingallil Roos: Energieräuber erkennen und abwehren
- Nicole Rebitzki:*
47 Tina Horlitz, Astrid Schütz: ADHS - Himmelweit und unter Druck
- Uwe Metz*
48 Let's disco
-

TERMINE

- 49** Fortbildungen
-

VERBANDSDATEN

- 50** Geschäftsführender Vorstand
 Weitere Vorstandsmitglieder
 Unterstützung des Verbandes
 Wissenschaftlicher Beirat
 Therapeutisch-Pädagogischer Beirat
 Landesgruppenleiter
- 52** Telefonberatung

FACHBEITRÄGE

Selbstwertwahrnehmung bei ADHS Erwachsener

Vortrag bei der Schweiz. Fachgesellschaft für ADHS, Mai 2013



Dr. Heiner Lachenmeier

Summary

ADHD adults' perception of their self-esteem

Problems with self-esteem have proven to be a frequent and central issue for patients with ADHD. The responsible pathogenic mechanisms of ADHD are significantly different from other phenomenologically similar forms of affected self-esteem e.g. classic narcissistic disturbances. The takeover of external judgements and psychodynamic developments are involved as well as specific forms of seemingly logical but false conclusions by the ADHD-patient himself in respect to his worth. Furthermore, the nature and significance of negative hyper-focussing are discussed, including new conceptualisations from a clinical point of view. A number of specific ADHD-mechanisms were detected by integrating neurobiological factors and clinical observations. They are presented in combination with an adaptive model of ADHD, that contributes to the clinical understanding of ADHD-specific problems with self-esteem. Finally, corresponding general conclusions for the treatment of patients with ADHD are drawn.

Key words: ADHD; self-esteem; perception; adaptive model; negative hyperfocus; therapeutic basis of ADHD

Hyperfokussierens, dem die Menschheit herausragende Leistungen verdankt [1], und das zugleich die Absenz eines grundsätzlichen Defizits der Fähigkeit illustriert (im Unterschied zum Aufmerksamkeitsdefizit z.B. bei unfallbedingtem Frontalhirnsyndrom).

Die Wahrnehmung der grundsätzlichen *Gegebenheit* der Konzentrationsfähigkeit ist für Behandelnde ebenso wichtig wie für Betroffene. Für Letztere umso mehr, als im Alltag häufig Schwierigkeiten bestehen, diese und gewisse andere Fähigkeiten abzurufen und deren Vorhandensein überhaupt wahrzunehmen. Folglich registrieren Betroffene und Umfeld meist nur das Defizit. Daraus resultiert eine grundsätzlich beeinträchtigte Wahrnehmung des Selbstwertes, mit einer allerdings deutlich anderen Funktionsweise als bei phänomenologisch ähnlichen Formen der Selbstwertproblematik wie z. B. bei den klassisch narzisstischen Störungen.

Wird ausschliesslich auf die Symptome fokussiert, droht auch dem Arzt eine eingeschränkte Wahrnehmung, welche die Arzt-Patienten-Beziehung negativ beeinflusst. Beim Patienten kann dadurch eine Verstärkung der beobachtbaren Symptome ausgelöst werden, welche ihrerseits zu Fehldiagnose und Fehlbehandlung führt.

Werden mit dem Patienten die Einzelsymptome dagegen im funktionellen Zusammenhang verstanden, kommt es zu weniger Verzerrungen der Symptombereiche und zu höherer diagnostisch-therapeutischer Sicherheit. Es sei daran erinnert, dass der ICD-10 Kapitel V (F) leider nur der Einteilung direkt beobachtbarer Symptome in Kategorien dient (ohne Kausalitäten), und keine Krankheitslehre darstellt [2; 3]. Diese ausschliesslich (Negativ-) Symptombezogene Dimension sagt wenig über das Wesen von ADHS aus. In diesem Artikel soll dagegen der Versuch unternommen werden, die Selbstwert-Probleme bei ADHS in einen

Einleitung

Die Bezeichnung „Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung“ ist missverständlich.

- Die beiden bestimmenden Merkmale sind nicht immer die wichtigsten, wohl aber die auffälligsten Symptombereiche.
- Der Name impliziert zu Unrecht ein Defizit der Aufmerksamkeitsfähigkeit. Bei gegebenem Interesse können sich ADHS-Betroffene jedoch überdurchschnittlich konzentrieren. Das zeigt das bekannte Phänomen des

nachvollziehbaren Zusammenhang zu Ätiologie und Pathogenese zu stellen. Neben bekannten Tatsachen werden Beobachtungen von Gesetzmässigkeiten, sowie Konzeptualisierungen aus langjähriger Praxisforschung präsentiert. Diese Feststellungen sind nicht durch Studien belegt, werden aber zur Diskussion vorgelegt.

Praxisorientierte Modelle

Um die Gesetzmässigkeiten der funktionellen Abläufe der Selbstwertproblematik im klinischen Alltag nachvollziehen zu können, bedarf es der Kenntnis der zugrundeliegenden ADHS-Modelle.

Weitgehend gesichert liegt die *Ätiologie* in einer genetischen Varianz [4]. *Pathogenetisch* sind zahlreiche Faktoren und Mechanismen erkennbar.

Filtermodell (inkl. Gewichtung)

Neurobiologisch stehen bei ADHS in bestimmten Bahnen und Zentren zu wenig Dopamin und Noradrenalin zur

Verfügung. Dopamin unterdrückt dabei irrelevante Reize während Noradrenalin relevante Reize verstärkt [5]. Die betroffenen Bereiche regeln die Aufnahme von Informationen, die Mobilisation gespeicherter Daten sowie deren Verarbeitung. Die hauptsächlichen Defizite liegen bei der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen [6].

Dieser vereinfachte Überblick deckt nicht alle neurologischen Feinheiten ab, eignet sich aber hervorragend dafür, unerklärlich wirkende Phänomene logisch nachvollziehbar zu machen. Übersetzt man die neurobiologischen Verhältnisse konkret auf die Symptombildung sowie auf das subjektive Erleben, dann bedeutet das: Ohne ADHS werden sowohl die hereinkommenden Reize, als auch die ausgelösten Gedanken und Assoziationen automatisch *gewichtet* und *gefiltert*. Bei Patienten mit ADHS ist dies nicht bzw. weniger der Fall. Die Bedeutung dieser neurobiologischen Grundlage zeigt sich durch deren Verknüpfung mit der Evaluation unzähliger Patientengespräche. Es liess sich folgendes *Grundmuster* identifizieren (bezogen auf das Erleben des Betroffenen):

Abbildung 1: Filtermodell: Bei Personen ohne ADHS erfüllt die automatische Filterung und Gewichtung der aufgenommenen Reize sowie der eigenen Gedanken eine Art Navigationsfunktion.

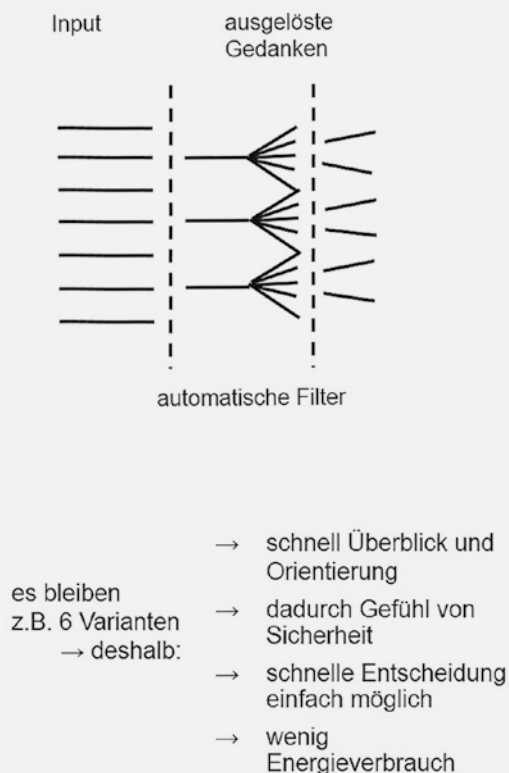
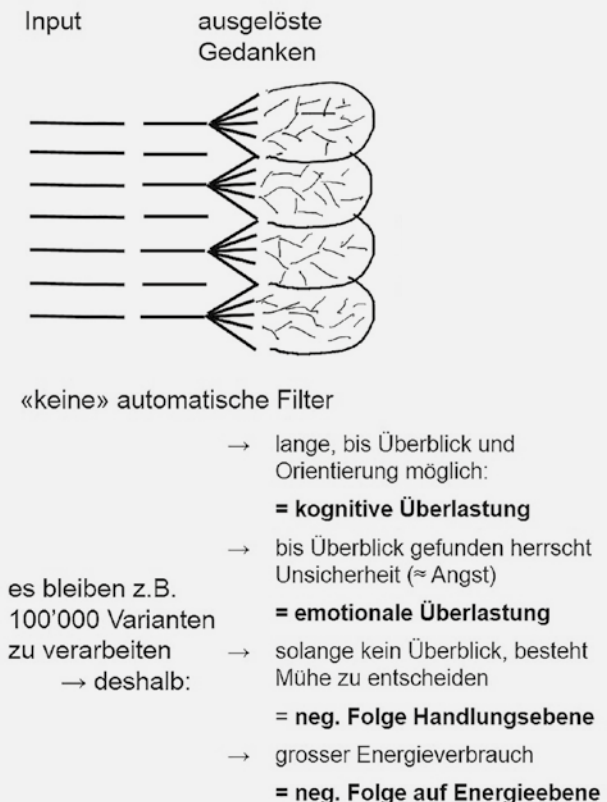


Abbildung 2: Filtermodell: Bei Personen mit ADHS führt der reduzierte Filter zu einer quantitativen (kognitiven) Überlastung, mit negativen Folgen auf das emotionale Erleben, das Handeln und auf den Energieverbrauch.



Bereits dieses Grundmuster verdeutlicht, dass es der Wertwahrnehmung generell abträglich ist, wenn beispielsweise in banalen Situationen erlebt wird, wie „die anderen“ schnell den Überblick haben, während der Betroffene selbst in einer als Nebel erlebten Unsicherheit mühsam die Orientierung sucht. Bildlich formuliert:

- ADHS-Betroffene verfügen im Gelände des Lebens zwar über eine detaillierte Karte, auf der jedoch weder der aktuelle Standort, noch das Ziel, geschweige denn der Weg gekennzeichnet ist, kurz, auf der sie keinen Überblick haben.
- Ohne ADHS steht eine Übersichtskarte mit Navi zur Verfügung. Es ist evident, dass auf diese Weise schneller die Orientierung gefunden werden kann.

Das heisst nicht, dass ADHS-Betroffene immer langsam wären. In Gebieten, mit denen sie sich eingehend beschäftigt haben, kennen sie quasi jede „Seitenstrasse“, sie haben den Überblick sogar über die kleinsten Details gewonnen. Hier sind sie sehr schnell, manchmal schneller als gleich intelligente Nicht-ADHS-ler. Vergleichbar erfahrenen Taxichauffeuren. Lösungen werden nicht nur schneller gefunden, sondern oft gar neue Lösungswege entdeckt.

ADHS-ler sind demzufolge manchmal sehr schnell und kreativ, in anderen Situationen fallen sie massiv ab. Zusammengefasst:

- In gewissen Situationen „top“, in anderen „flop“.
- Erleben sich subjektiv als „Wackelkontakt“. Wird der logisch nachvollziehbare Grund dafür nicht erkannt, drängt sich der Schluss auf „ich bin wenig wert“.
- Je intelligenter (u.a. wegen grösserem Unterschied „top-flop“), desto eher wird dieser scheinbar logische, aber falsche Schluss gezogen. Es folgen quälende Selbstzweifel, trotz auch allfällig gegebener Spitzenleistungen.

Dieser pathogenetische Ablauf mit der teilweise daraus resultierenden Selbstwertproblematik gehört zur „Grundausrüstung“ bei ADHS. Oft werden Selbstzweifel unter einer betont sicheren Haltung versteckt und sind als Symptom kaum sichtbar. Trotzdem sind die daraus folgenden Probleme meist verheerender als andere, auffälligere Symptome. Wird der Zusammenhang verstanden, können Fehlinterpretationen oft erstaunlich schnell gelöst werden, und zu angemessenem Selbstbewusstsein führen. Verkürzt: „Meine Mühe aus der Menükarte zu wählen beruht auf der grösseren Datenmenge (alle Reize im Restaurant; ungebremste Gedanken, etc.) die ich für das Erlangen des Überblick verarbeiten muss. Ich bin vorübergehend im Nebel, andere haben freie Sicht. Trotzdem schaff ich es!“

Mit dem Filtermodell können zahlreiche der alltäglichen ADHS-Probleme nachvollzogen und neu eingeordnet werden.

Steuerungsmodell

Störungen der exekutiven Funktionen des präfrontalen Kortex und des Arbeitsgedächtnisses mit den typischen Behinderungen der Intention, Vorbereitung, Perzeption, Verschlüsselung der Reize und der Reaktion hierauf [7; 8] bilden etablierte Konzepte: Ein System, das für komplexe, zusammengesetzte Funktionen eine Steuerungszentrale propagiert, welche die Funktionen aktiviert. Bei ADHS ist die Steuerungszentrale vermindert aktiv. Die Funktionen selbst sind normal vorhanden, nur deren Ansteuerung ist reduziert.

Langjährige Beobachtungen legen nahe, dass neben exekutiven auch weitere Funktionen betroffen sind. Damit das Modell besser nachvollziehbar und für Patienten auf den Alltag übertragbar ist, wird folgende Darstellung vorgeschlagen.

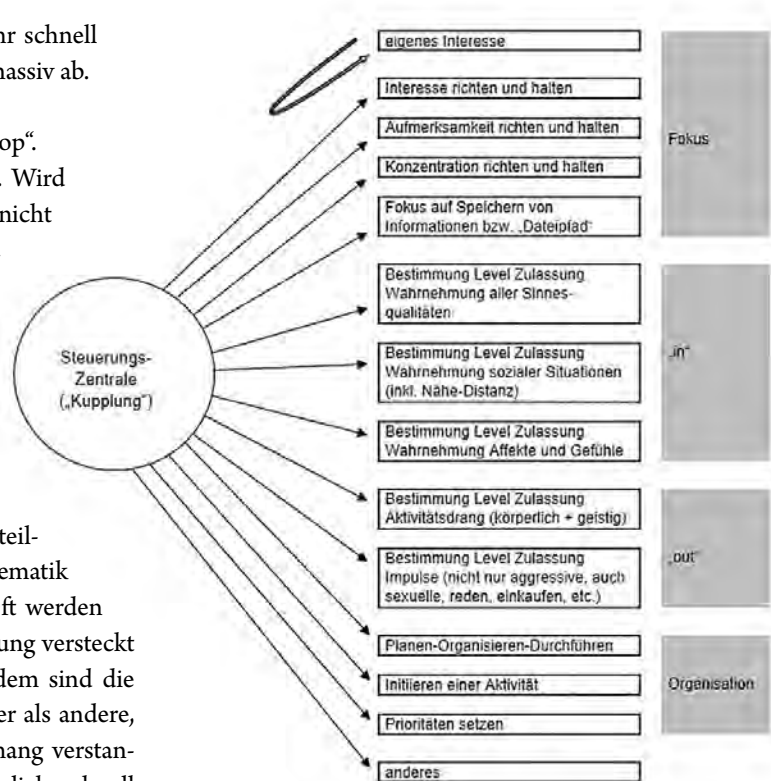


Abbildung 3: Steuerungsmodell: Bei ADHS ist die Steuerungszentrale reduziert aktiv, weswegen die normal vorhandenen Funktionen weniger gut angesteuert werden können (Ausnahme: Fokussierung auf als interessant empfundene Bereiche bedarf keiner speziellen Ansteuerung).

Hier sei nur ein Punkt herausgegriffen, der für die Wertproblematik grosse Bedeutung hat. Bei reduzierter Steuerung fliesst die Energie automatisch dorthin, wo es spannend ist. So kann bekanntlich nicht nur die hohe Ablenkbarkeit bei ADHS modellhaft erklärt werden, sondern auch das kreative Phänomen des positiven Hyperfokussierens mit überdurchschnittlicher Konzentrationsfähigkeit. Letzteres vermag die Selbstwertwahrnehmung durchaus zu stärken. Ungünstig ist dagegen die Tatsache, dass Hyperfokussieren auch bei negativen Reizen auftreten kann.

Der „Fluch“ des negativen Hyperfokus: eingengt und ungebremst

Zieht ein negativer Reiz, z. B. Kritik oder Enttäuschung, die Wahrnehmung auf sich, engt sich bei reduziert aktiver Steuerungszentrale die Aufmerksamkeit übermässig darauf ein. Es entsteht ein *negativer* Hyperfokus. Verheerend ist, dass das eingengte Feld *subjektiv* als Ganzes empfunden wird, und *innerhalb* dieses Fokus Gedanken und Assoziationen ungebremst ausufern.

- Verstärkung (Radikalisierung) der situationsbezogenen Einschätzungen, Gefühle und Impulse (quantitative Verstärkung).
- Inhaltliche Veränderung möglich, wenn nur noch ein Teil der Lage wahrgenommen wird (qualitativ-inhaltliche Verzerrung).

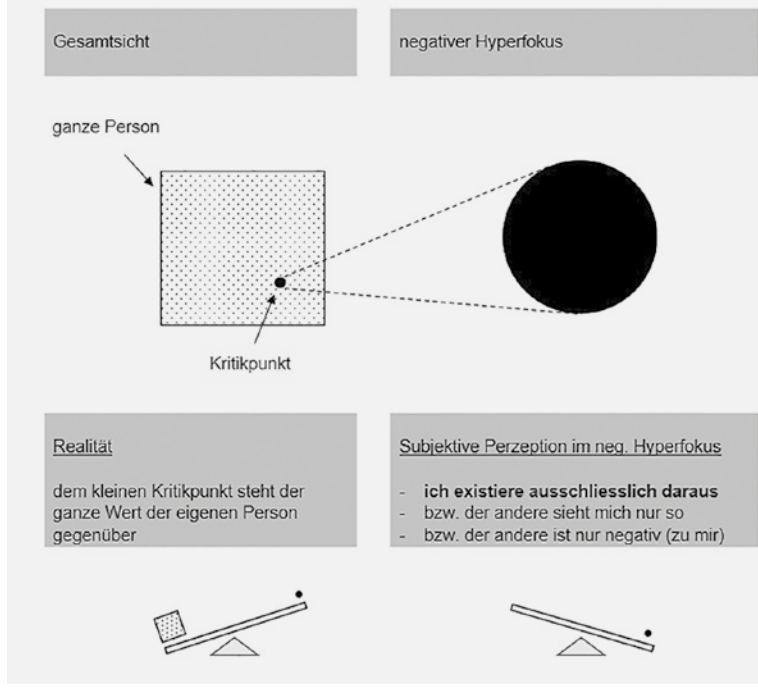
Folglich nimmt im negativen Hyperfokus der Betroffene auch nicht mehr seine gesamte Persönlichkeit mit allen dazugehörigen Eigenschaften und Potenzen wahr. Der entsprechende Wert fällt quasi auf der Waage nicht mehr ins Gewicht, die kleinste reale oder vermutete Kritik (bzw. eigene Zweifel) kippt das Werteverhältnis. (s. Abbildung 4).

Selbstverständlich kann das Phänomen des negativen Hyperfokussierens bei allen Menschen auftreten, nur sind bei aktiver Steuerungszentrale deutlich stärkere Reize dafür notwendig als bei ADHS.

Ist ein ADHS-Betroffener in einem negativen Hyperfokus gefangen, bleiben subjektiv nur zwei Möglichkeiten:

- Entweder „Verteidigung bis aufs Blut“ („kritikunfähig“) mit der Vorstellung: Nur Entkräftung der Kritik garantiert Eigenwert.
- Oder Hinnahme der Kritik. Das bedeutet im vollständig neg. Hyperfokus „keinen Wert“ (der wohl schlimmste mögliche Zustand). Sofortige Depressivität bis hin zu Suizidalität können resultieren.

Abbildung 4: Negativer Hyperfokus: Im Zustand des negativen Hyperfokussierens wird der Inhalt des negativen Reizes nicht mehr durch die Gesamtheit der Situation (positive Anteile sowohl der Person des Betroffenen als auch des Umfeldes) relativiert.



Ein negativer Hyperfokus kann unzählige Male pro Tag ausgelöst werden, in unterschiedlichem Ausmass. Die Belastung ist gross, vom Energieverschleiss her und punkto Wertwahrnehmung bzw. Verunsicherung. Jedes Mal werden quälende Selbstzweifel mobilisiert. Zudem bergen diese Situationen stets das Risiko impulsiv-eskalierender Konflikte. Im Hyperfokus sind nicht nur die situativ bedingten Gefühle verstärkt, sondern ebenso die entsprechenden Impulse. Aufgrund reduzierter Hemmmechanismen [9] wird leicht ein impulsiveres Verhalten ausgelöst.

Der schnelle – und schnell auslösbare – Wechsel zwischen positiven und negativen Hyperfoci bedingt die bei ADHS bekannten starken Stimmungsschwankungen (cave Verwechslung mit bipolaren und Borderline Störungen).

Negatives Hyperfokussieren ist eines der *verheerendsten* Phänomene im Leben von ADHS-Patienten. Immerhin ist es meist gut therapierbar, wenn auch mit erheblichem Aufwand. Der Patient muss zuerst lernen negative Hyperfoci zu erkennen, um sodann die spezifischen Abläufe darin zu verstehen. Schliesslich muss er Methoden entwickeln sich daraus zu lösen, und diese intensiv üben. Parallel reduzieren Stimulanzen die leichte Auslösbarkeit negativer Hyperfoci.

Für das Verstehen und Behandeln von ADHS sind Kenntnisse im Umgang mit negativem Hyperfokussieren

zentral. Es sei nochmals an das Beispiel der Kritikunfähigkeit im Modus des negativen Hyperfokus erinnert. Will der Arzt eine problematische Facette des ADHS-lers konfrontieren, ist er gefordert, kontinuierlich sicherzustellen, dass der Patient in Kontakt mit seinem Wert bleibt oder zumindest wahrnehmen kann, dass der Arzt seinen Wert achtet. Unter diesen Gesprächsbedingungen sind ADHS-ler sogar meist überdurchschnittlich kritikfähig. Ungünstige Verhaltensweisen können dann ohne Risiko direkt bearbeitet werden.

Überblick Pathogenese der ADHS-Symptomatologie

Die zahlreichen ADHS-Symptome können auf diversen pathogenetischen Abläufen beruhen. Die entsprechende

Einordnung hilft in den Behandlungen von ADHS-Patienten bei der situativen Entscheidung, wann welche therapeutischen Mittel erfolgversprechend sind (wo helfen Medikamente - und welche; wo hilft psychoedukatives, kognitives, systemisches oder psychodynamisches Vorgehen; und wo helfen Strukturen und technische Hilfsmittel; etc.).

Die Einteilung in Tabelle 1 hat sich mit der Zeit herausgebildet und in der Praxis bewährt. Die funktionelle Zuordnung der beobachtbaren Symptome muss bei jedem Patienten individuell erfolgen:

Tabelle 1: Einteilung der ADHS-Phänomene

	Rahmen pathogenetischer Mechanismen	Einzelne Beispiele der Symptomatik
Primäre ADHS-Phänomene (direkte Folgen der neurobiolog. Kondition)	reduzierter Filter	- fehlender Überblick, „Gnusch“ - Unsicherheit, Angst - Mühe zu entscheiden - zeitweise Erschöpfung - etc.
	reduzierte Steuerung	- teils veränderte Wahrnehmung - Impulsivität - Ablenkbarkeit - Konzentrationsprobleme - Hyperaktivität - etc.
	neg. Hyperfokus	- instabile Stimmung - kritikempfindlich - etc.
Sekundäre ADHS Phänomene	ungünstige Coping Mechanismen	- Scheingelassenheit (es ist mir egal, wenn ich im Chaos lebe = untauglich) - etc.
	Nebenwirkungen von Coping Mechanismen	- immer alles nachfragen = an sich zielführendes Coping bei mangelndem Speichern, doch man wird zur unerträglichen Nervensäge - Perfektionismus als Überkompensation = tauglich, doch man wird mit nichts fertig und erschöpft sich - etc.
	eigene Fehlinterpretationen (kognitive Ebene)	- Selbstwertproblematik - Angstsymptomatik - depressive Symptomatik - Zwangssymptome - etc.
	Missverständnisse sowohl mit als auch durch andere (systemische Ebene)	- Beziehungsschwierigkeiten - Aussenseiter - gestörtes Sozialverhalten - etc.
Tertiäre ADHS Phänomene	ungelöste reaktive Gefühle und Konflikte aufgrund ADHS-bedingt schwieriger Erlebnissen (psychodynamische Ebene)	- alle Formen „neurotischer“ Probleme inkl. psychodynamisch bedingte Selbstwertprobleme

Konkrete Beispiele, wie die Wertwahrnehmung verschwindet

Es sei nochmals erwähnt, dass zwei Mechanismen für die verminderte Selbstwertwahrnehmung bei ADHS eine zentrale Rolle spielen: Die reduzierte Filterung mit konsekutiv mangelndem Überblick inkl. resultierender Fehlinterpretationen und das negative Hyperfokussieren. Typische Beispiele dienen als Orientierungshilfe für das strukturelle Erfassen der Gesetzmässigkeiten in der klinischen Arbeit. Bis man diese bei konkreten Ereignissen logisch nachvollziehen und therapeutisch nutzen kann, bedarf es einiger Übung.

Das „Mount-Everest-Syndrom“

Fallvignette 1:

45-jähriger Familienvater mit ADHS. Typischer Ablauf beim Mittagessen: Seine Frau bittet ihn, nach seiner Arbeit im Supermarkt einzukaufen. „Kein Problem“, meint er. Kurz darauf fragt sie, ob er auch noch zur Apotheke gehen könne. Leicht irritiert akzeptiert er. Wieder etwas später: „Sie habe sich gerade überlegt, wie schön doch Blumen...“. Weiter kommt sie nicht. Der Mann schimpft los, er sei für alles verantwortlich, komme sich ausgenutzt vor und werde nicht respektiert. Die Frau ihrerseits fragt sich, wen sie denn da geheiratet habe. Auf dem Arbeitsweg beruhigt er sich und realisiert, dass die Aufträge einen geringen Aufwand bedeuten. Er sendet seiner Frau eine SMS, dass er alles erledigen wird. Sie ist trotzdem verärgert. Er seinerseits versteht sich selbst nicht, macht sich Vorwürfe. Die Wertwahrnehmung ist am Boden.

Verwendung des Filtermodells zur Erklärung des Beispiels: Jeder neue Auftrag der Frau bedeutet für ihren ADHS-Mann einen Input, der neue Assoziationen und Gedanken - einer verästelten Baumkrone gleich - auslöst, über die zuerst der Überblick gefunden werden muss, bis der neue Plan steht. Das bedeutet dreimal hintereinander ungebremste, exponentiell-ausufernde cerebrale Belastung. Ohne ADHS ist der Aufwand dank automatischem Filter ungleich kleiner. Salopp gesagt: ADHS-ler zählen nicht „1 2 3 4 etc.“ sondern „1 2 3 zu viel“.

Der Mann erlebt genau dies: „Es ist zu viel“, bzw. er zieht den Schluss „ich bin unfähig“.

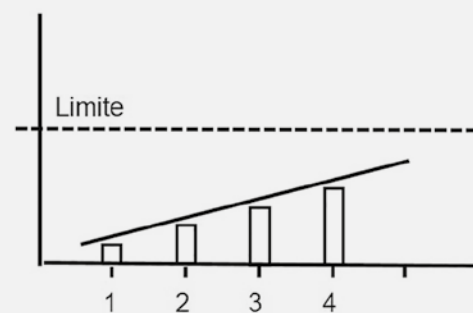
- Trotz der nur kleinen Aufträge empfindet er **subjektiv** Überforderung (qualitative Unfähigkeit), worauf der Fehlschluss eigener Minderwertigkeit und reaktiv heftige Verteidigung (neg. Hyperfokus) erfolgt.
- **Objektiv** handelt es sich „lediglich“ um Überlastung (quantitative Limite): Zu viele „Verästelungen“ müssen überprüft werden.

→ **Real** ist nicht der Inhalt der Aufträge das Problem, sondern das dreimalige Evaluieren „verästelter Baumkronen“.

Abbildung 5: Unterschiedliches „Zählen“: Bei ADHS löst jede neu hinzukommende Aufgabe ungebremst Assoziationen aus, die nicht sofort überblickbar sind, und somit subjektiv zur Einschätzung der Überforderung führen. Die Limite der Belastbarkeit wird schnell erreicht.

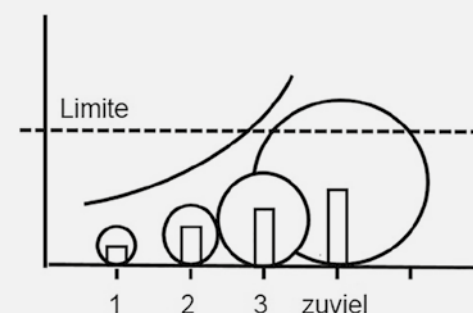
ohne ADHS

Belastung



mit ADHS

Belastung



Verheerend ist, dass der Mann sich dieser Verhältnisse nicht bewusst ist. Er kann deshalb nicht anders als den zwar logischen, aber falschen Schluss ziehen: „Ich bin nichts wert“. Erst auf dem Weg gewinnt er den Überblick über die Aufträge und realisiert, dass es sich bildlich gesprochen nicht um den „Mt. Everest“ (8848m) sondern um den „Üetliberg“ (Hausberg von Zürich, 869m) handelt. Das erlaubt ihm die *gefühlte* Erkenntnis, den Aufträgen gewachsen zu sein. Doch aufgrund seiner Überreaktion schwelen die Selbstzweifel trotzdem weiter und nagen an seiner Wertwahrnehmung.

Die Situation wurde mit dem Paar detailliert besprochen. Beide erkannten, dass die Bereitschaft des Mannes zur Mitarbeit gegeben war. Nicht das Auftragsvolumen,

sondern die Anzahl ausgelöster und zu ordnender „Gedankenbäume“ war das Problem. Die Lösung bestand in einer *einzig* Auftragserteilung pro Mittagessen. Der Umfang der zu erledigenden Arbeiten spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Wird dies berücksichtigt, braucht die Frau nicht auf seine Mitarbeit zu verzichten, um ihn zu „entlasten“. Und er gerät weniger in das destruktive „Mount-Everest-Syndrom“. Die gegenseitige Achtung verbessert sich: Ein Gewinn für beide Seiten, der zudem die therapeutische Bedeutung der funktionellen Gesetzmässigkeiten demonstriert.

ADHS-bedingte „Bilanzfälschung“

Gerade intelligente ADHS-ler mit bestem Leistungsausweis können sich oft nur bedingt einschätzen. Sie sind sich ihrer Qualitäten wenig bewusst.

Fallvignette 2:

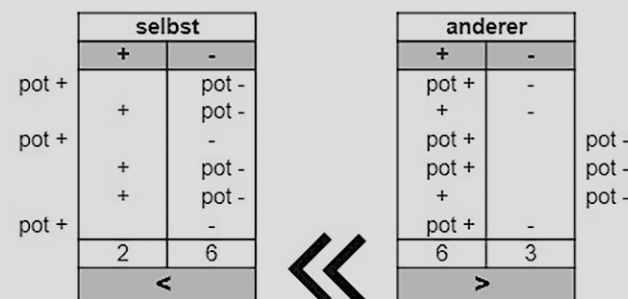
Einer jüngeren Chirurgin mit ADHS wurde eine Habilitationsstelle angeboten. Gleichzeitig kam das lukrative Angebot eines privaten Forschungsinstituts. Obwohl sie sich freute, quälten sie Selbstzweifel. Verantwortlich war nicht die normale Unsicherheit angesichts neuer und grösserer Aufgaben. Vielmehr zweifelte sie an ihrer Kompetenz und befürchtete bestenfalls durchschnittlich zu sein. Sie mutmasste, ob die Angebote fälschlich bei ihr gelandet seien. In diese Richtung hatte sie unzählige Gedanken.

Die Frage nach der Bedeutung von zwei Topangeboten quitierte sie mit der Bemerkung, das sei ja das Peinliche. Jetzt würde ihr wohl Arroganz vorgeworfen. Die Möglichkeit, es könne auch bedeuten, dass ihre Leistungen tatsächlich sehr gut seien und anerkannt würden, hatte sie nicht in Betracht gezogen und erstaunte sie sichtlich.

Man kann sich fragen, ob nicht gerade intelligente ADHS-ler, die viele ADHS-Probleme dank ihrer Intelligenz ausgleichen können, eine bessere Übersicht haben müssten. Das Gegenteil ist oft der Fall. Gerade bei diesen ist das Risiko für die ADHS-bedingte „Bilanzfälschung“ besonders hoch:

- Bei ungefiltert-ungewichtetem Funktionieren entsteht bei jedem Input ein „Gedankenbaum“. Je höher die Intelligenz desto „verästelter“ bildet sich dieser aus. Die Einschätzung braucht entsprechend länger. Neue Inputs folgen bevor die Einordnung abgeschlossen ist. Demzufolge reicht es nur für vorläufige Wertungen.
- Mit vorläufigen Wertungen gehen ADHS-ler, falls sie integer sind (erfahrungsgemäss die Regel), unterschiedlich um, je nachdem ob diese andere oder sie selbst betreffen.

Abbildung 6: ADHS-bedingte „Bilanzfälschung“: Unterschied des Umgangs mit vorläufigen Wertungen, abhängig davon, ob diese den ADHS-Betroffenen selbst oder eine andere Person betreffen.



- Bezüglich anderen werden nicht nur definitive Plus- und Minuspunkte in die Bilanz aufgenommen, sondern auch erst potentielle Pluspunkte. Man will nicht ungerecht sein. Potentiell negative Punkte werden aus gleichem Grund zunächst ignoriert.
- Dadurch wird der andere überbewertet (zumindest solange, bis er sich allenfalls als eindeutig negativ qualifiziert; dann aber kippt die Bewertung ins andere Extrem).
- Mit der eigenen Person wird umgekehrt verfahren. Potentiell negative Punkte werden einbezogen (man will nicht arrogant sein), potentiell positive dagegen nicht.
- Der Eigenwert wird folglich unterbewertet.
- Insgesamt resultiert eine massive Fehlwahrnehmung der effektiven Werteverhältnisse zwischen sich und anderen.

Oft verzichten Betroffene deshalb auf berufliche oder private Wege, die sie gehen könnten – und möchten. Wird dieses Muster besprochen, befürchten Patienten zu Unrecht sie könnten eingebildet werden. Indes resultieren aus der realistischeren Einschätzung vielmehr Sicherheit und dadurch konstruktivere Beziehungen.

Clever – nicht dumm

Zur Überwindung der Desorganisation empfiehlt sich das Etablieren von Strukturen. Obwohl dies in der Regel einleuchtet, gelingt es häufig nicht. Der Grund kann in einer Fehlverknüpfung bezüglich der Selbstwertwahrnehmung liegen.

Fallvignette 3:

Ein 30-jähriger Mann hat Mühe damit, die Wäsche zu erledigen. Berge schmutziger Wäsche in der Wohnung, leere Schränke und schmutzige Kleidung sind die Folge.

Beim Anblick des Wäschebergs wird ein „Gedankenbaum“ der Art: „*Soll ich heute, oder erst morgen? Warum habe ich nicht schon gestern?*“ ausgelöst.

Das Durchdenken des „Gedankenbaumes“ zur Festlegung des Wäschetermins benötigt Zeit und ist langweilig. Der kleinste Reiz reicht zur Ablenkung (red. Steuerung). Unterschwellig läuft der Gedankenbaum jedoch weiter und frisst Energie. Das schlechte Gewissen („Energiefresser par excellence“) steigt, ausgelöst durch das „*warum habe ich nicht schon gestern?*“. Der Fehlschluss eigener Minderwertigkeit (zusätzlich von aussen durch den Wäscheberg belegt) ist unausweichlich. Meist kommt als Verstärker ein negativer Hyperfokus dazu.

Der Rat zu einem fixen Wäscheplan kann bei diesem Mann zwar ein bewusstes Einverständnis, unterschwellig jedoch eine Fehlverknüpfung auslösen: „Wenn ich für derart Banales einen fixen Plan brauche, dann bin ich wirklich dumm“. Dagegen sträubt er sich – und damit auch gegen das Etablieren der Struktur.

Um die Chance zum Strukturaufbau zu verbessern empfiehlt es sich, ihm das ihm peinliche Verhalten nachvollziehbar zu machen:

- Die funktionelle Ursache für das endlose Denken „*soll ich ...*“ erarbeiten: Der reduzierte Filter ist es, der zu uferlosem Denken und Nicht-Entscheiden führt.
- Folglich muss man bei wiederkehrenden Pflichtaufgaben verhindern, *überhaupt mit dem Denken zu beginnen!* Denn nur über den Startpunkt wird nachgedacht.
- Das wirkliche Ziel des fixen Waschtermins wird klar: Verhindern eines „sinnlosen Gedankenbaums“.
- Die Struktur wird nicht mehr als „Symptom“ vermeintlicher Dummheit wahrgenommen, sondern als Ausdruck der eigenen, trickreichen Cleverness anerkannt: Ein präziser Eingriff am richtigen Ort.
- Zusatzregel aufgrund gleicher Logik: Wird ein Termin *ausnahmsweise* verpasst, *nicht* über das Nachholen der Wäsche nachdenken. Der nächste Termin steht bereits, bis dann reicht die Wäsche.

Wenn zuinnerst begriffen und *emotional* erkannt ist, dass eine solche Struktur – bzw. ein solcher Rhythmus – Ausdruck von Cleverness ist, steigt die Chance zur Umsetzung. Es entsteht berechtigtes Selbstbewusstsein.

Tertiäre und ADHS-unabhängige Selbstwertproblematik

ADHS-Betroffene erleben beim Aufwachsen überdurchschnittlich oft Konflikte [10]. Diese können zu unverarbeiteten reaktiven Gefühlen oder verhinderten Entwicklungsschritten führen, also zu einer psychodynamischen

Pathologie (z. B. überichdominierte Selbstwertproblematik). Zu Beginn der Beschäftigung mit ADHS ging der Autor (früher mit fachlichem Fokus auf Psychodynamik) davon aus, dass deshalb bei ADHS die Prävalenz psychodynamischer Probleme überdurchschnittlich sei.

Überraschenderweise zeigte sich ein anderes Bild. Soweit beurteilbar beruhen bei ADHS viele Phänomene, die psychodynamisch bedingter Symptomatik ähnlich sehen, auf ADHS-funktionellen Abläufen, wie sie oben dargestellt wurden. Phänomenologisch besteht allerdings ein grosses Risiko zur Verwechslung [11].

Liegt jedoch gleichzeitig zur ADHS eine erhebliche psychodynamische Problematik vor, lehrt die Erfahrung, in der Regel zuerst die ADHS-spezifischen Abläufe zu bearbeiten. Therapeutisch ist nach dem Verstehen der ADHS-Funktionalität die Arbeit im Unbewussten einfacher und erzeugt weniger Angst. Vergessen wir nicht: Ohne funktionelle Kenntnis ihrer ADHS geraten Betroffene durch reduzierten Überblick häufig in Angst („Nebelangst“). Angst, egal welcher Provenienz, kann auch die unbewusste Abwehr inkl. der entsprechenden Symptomatik verstärken.

Therapeutische Grundregel bei ADHS

Die Wahrnehmung des eigenen Wertes beeinflusst bei allen Menschen (mit und ohne ADHS) das Verhalten. Da bei ADHS der Kontakt zum Eigenwert sehr leicht abreisst, kann sich das (Beziehungs-)Verhalten abrupt ändern. Ebenso schnell kann es wieder konstruktiv werden, wenn der Zugang zum Eigenwert wieder hergestellt ist.

Therapeutisch liegt darin eine grosse Herausforderung:

1. Der Arzt/Therapeut muss jederzeit erfassen, ob der Patient mit seinem Wert in Kontakt ist, bzw. zumindest gefühlsmässig wahrnimmt, dass er vom Arzt geschätzt wird. Achtung: ADHS-Patienten erkennen sofort gespielte Achtung. Nur genuine Achtung taugt als „Trägersubstanz“ der Selbstwertwahrnehmung des Patienten.
2. Es ist schwierig, sich sofort darauf einzustellen, wenn die Wertwahrnehmung des Patienten plötzlich abreisst. Zuerst muss festgestellt werden, wie und warum es dazu kam. Die Wiederherstellung des Wert-Kontaktes bzw. zumindest der Wahrnehmung ärztlicher Wertschätzung hat dann *absolute* Priorität. Der Inhalt des Gespräches muss solange zurückgestellt werden. Dieser Grundsatz folgt aus den Gesetzmässigkeiten der Funktionsweise der ADHS.
3. Solche Abbrüche der Wertwahrnehmung bieten wertvolle therapeutische Chancen (vorausgesetzt, sie treten

nicht zu häufig auf). Letztlich ist es für jeden Patienten entscheidend, ob er diese Abläufe bei sich versteht, und lernt, *selbst* damit umzugehen. Das gelingt am besten, wenn es im „Hier und Jetzt“ mit dem Therapeuten stattfindet.

- Dergestalt sind oft erstaunliche strukturelle Erfolge möglich, mit grösserer Nachhaltigkeit als beim Durcharbeiten vergangener ADHS-Ereignisse.
- Als Arzt lernt man dabei Wesentliches über den speziellen Patienten und generell über ADHS. Auch Ärzte lernen am nachhaltigsten „in action“.

In diesem Sinne gebührt zum Schluss der Dank allen ADHS-lern, die dem Autor etwas beigebracht haben.

AUTOR | Dr. med. Heiner Lachenmeier

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Heiner Lachenmeier
FMH Psychiatrie & Psychotherapie
Zürichstrasse 49,
CH- 8910 Affoltern am Albis
hlachenmeier@hin.ch

Literatur

- 1 Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart, New York; 2005
- 2 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto; 1991
- 3 Stieglitz R-D, Freyberger HJ. Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: Berger M, Editor. Psychische Erkrankungen. Urban & Fischer; 2012; 41-62
- 4 Faraone S. A Family Genetic Perspective. New York: APA ; 2004
- 5 Stieglitz R-D, Hofecker M. Workshop „ADHS bei Erwachsenen“. Winterthur; 21.06.2007
- 6 Armstrong CL, Hayes KM, Martin R. Neurocognitive problems in attention deficit disorder. Alternative concepts and evidence for impairment in inhibition of selective attention. Ann N Y Acad Sci 2001; 931: 196-215
- 7 Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart, New York; 2005
- 8 Brown TE. Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults. Yale University Press; 2005
- 9 Bari A, Robbins TW. Inhibition and impulsivity: Behavioral and neural basis of response control. Progress in Neurobiology. Elsevier 2013; 108: 44-79
- 10 Claus D, Aust-Claus E, Hammer P-M. Das ADS-Erwachsenen-Buch. Oberstebrink, Ratingen; 2005
- 11 Lachenmeier H. Vortrag ADHS und ISTDP. Zürich; 19.03.2013. verfügbar unter http://www.istdp.ch/cms/media/download_gallery/Lachenmeier_ADHSuISTDP.pdf

Der Artikel ist erschienen in der SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY 2014;165(2):47-53. www.sanp.ch

Wir möchten uns herzlich für die kostenlose Abdruckgenehmigung bei der SANP an dieser Stelle bedanken.

ADHS und strafrechtliche Verantwortlichkeit bei Jugendlichen



Dr. Marc Allroggen

Das Vorliegen einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen gilt als Risikofaktor für delinquentes Verhalten. Und tatsächlich scheint es naheliegend, dass die Kombination aus impulsivem Verhalten, Konzentrationsstörungen und häufig auch Schwierigkeiten in der Emotionsregulation dazu prädestinieren kann, mit dem Gesetz in Konflikt zu kommen. In dem folgenden Artikel soll ein Überblick gegeben werden über den Zusammenhang zwischen delinquentem Verhalten, ADHS und möglichen Folgen für die strafrechtliche Verantwortlichkeit von Jugendlichen.

Delinquenz, Jugendalter und ADHS

Unter delinquentem Verhalten werden alle offiziell sanktionierten Verhaltensweisen verstanden, unabhängig davon, ob diese strafrechtlich relevant sind oder nicht (Hinrichs, 2015). Dementsprechend gehören auch Verhaltensweisen wie Schuleschwänzen zur Delinquenz, auch wenn in diesem Beitrag auf strafrechtlich relevantes Handeln fokussiert wird. Delinquentes Verhalten unter Jugendlichen ist dabei unabhängig von dem Vorliegen einer ADHS ein weit verbreitetes Phänomen. Von Schülerinnen und Schülern der neunten Klasse berichteten gut 33 % davon, in den letz-

ten 12 Monaten delinquentes Verhalten gezeigt zu haben (z. B. Vandalismus, Ladendiebstahl, Körperverletzung) und 13,5 % gaben an, mindestens eine Gewalttat in den letzten 12 Monaten begangen zu haben (Baier, Pfeiffer, Simonson, & Rabold, 2009). Das Vorliegen einer ADHS im Kindesalter scheint dabei das Risiko für delinquentes und antisoziales Verhalten im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter zu erhöhen (für einen Überblick siehe Just et al., 2017). Bei Jugendlichen und Heranwachsenden, die sich in Haft befinden, finden sich zudem deutlich höhere Prävalenzzahlen für das Vorliegen einer ADHS als in der Allgemeinbevölkerung (Underwood & Washington, 2016). Die Häufigkeit wird dabei zwischen 12 und 14 % bei Jungen und 18 % bei Mädchen angegeben (Colins, Vermeiren, Vreugdenhil, van den Brink, Doreleijers, & Broekaert, 2010; Fazel, Doll & Langstrom, 2008). Auch wenn nicht in allen Studien ein deutlicher Zusammenhang zwischen ADHS und delinquentem Verhalten gezeigt werden konnte (Mordre, Groholt, Kjelsberg, Sandstad, & Myhre, 2011), scheint eine konsequente medikamentöse Behandlung einer ADHS straffälliges Verhalten zu reduzieren (Lichtenstein et al., 2012).

Es ist aber keinesfalls eindeutig, ob der Zusammenhang zwischen ADHS und späterem delinquentem Verhalten tatsächlich eine unmittelbare Folge des impulsiven Verhaltens ist. Ebenso kann eine Rolle spielen, dass die mit einer ADHS häufig auftretenden Schwierigkeiten in der psychosozialen Integration, schulische Misserfolge oder Zurückweisung durch Gleichaltrige eine delinquente Entwicklung begründen. Zudem besteht eine häufige Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens (für einen Überblick siehe Just et al., 2017). Letztlich wird man daher stets auf individueller Ebene prüfen müssen, welchen Anteil eine ADHS direkt oder indirekt bei der Entstehung von delinquentem Verhalten hat und ob sich Auswirkungen auf die Strafreife oder Schuldfähigkeit ergeben, worauf in den nächsten Abschnitten eingegangen werden soll.

ADHS und Strafreife

Die Grundprinzipien des deutschen Strafrechts sehen vor, dass Strafe nur dann ausgesprochen werden kann, wenn auch eine Schuld bei dem Delinquenten vorliegt. Ein wesentlicher Schuldausschließungsgrund ist dabei das Alter des Delinquenten. So sind Kinder, die noch keine 14 Jahre alt sind, per se nicht schuldfähig (§19 StGB), unabhängig davon, welche Tat sie begangen haben. Jugendliche, also Personen, die mindestens 14 Jahre sind, aber noch keine 18 Jahre, sind hingegen dann strafrechtlich verantwortlich, wenn sie zur Zeit der Tat nach ihrer sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug waren, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln (§3 JGG). Diese Strafreife muss dabei positiv nachgewiesen werden, d. h.

aber auch, dass in Zweifelsfällen davon ausgegangen werden muss, dass eine entsprechende Strafreife nicht vorliegt.

Strafreife setzt sich dabei einerseits aus der sittlichen Reife, andererseits aus der geistigen Reife zusammen. Sittliche Reife bedeutet dabei die Fähigkeit, zu erkennen, dass ein bestimmtes Tun sozial nicht angemessen oder akzeptabel ist. Sittliche Reife ist häufig dadurch gekennzeichnet, dass ein Unrechtsgefühl besteht (Scham), wenn man etwas Verbotenes tut. Unrechtsbewusstsein ist dabei für die meisten Delikte bereits vor dem 14. Lebensjahr vorhanden. Geistige Reife andererseits bezeichnet eine kognitive und rationale Unterscheidungsfähigkeit in Recht und Unrecht, also das Wissen um ein Verbot, wobei damit nicht nur Gesetze, sondern insgesamt gesellschaftliche Verbote gemeint sind. Geistige Reife ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass ein Schuldgefühl besteht, wenn man etwas Verbotenes tut. Neben diesen Reifekriterien muss auch eine hinreichende Steuerungsfähigkeit bestehen, gemäß diesen Einsichten zu handeln, d. h. man muss auch reif genug sein, sich z. B. gegen Gruppendruck oder familiäre Erwartungen abzugrenzen bzw. kindlich-affektiven Impulsen gegenzusteuern (Ostendorf, 2003).

Eine verzögerte Strafreife ist dabei stets das Resultat einer quantitativen Abweichung der Entwicklung, also einer verlangsamten normalen Entwicklung und nicht einer qualitativen Abweichung aufgrund einer psychischen Erkrankung. Dementsprechend ist auch zu erwarten, dass im Rahmen der weiteren Entwicklung („Nachreifung“) bestehende Defizite „aufgeholt“ werden.

Obwohl damit eine ADHS als psychische Störung kein unmittelbarer Faktor für die Beurteilung der Strafreife ist, kann sie einen Einfluss auf diese haben. So kann das Vorliegen einer ausgeprägten Symptomatik einer ADHS in Einzelfällen zu einer Beeinträchtigung der Sozialisation der Betroffenen führen mit der Folge, dass beispielsweise aufgrund anhaltender Eltern-Kind-Konflikte keine ausreichende Verankerung von sozialen Normen in das Wertesystem des Jugendlichen erfolgen konnte oder anhaltende Probleme mit Gleichaltrigen dazu führen, dass es zu Verzerrungen der sozialen Wahrnehmung kommt und Jugendliche durch ihre bisherigen Erfahrungen bestimmte Reaktionen anderer als besonders bedrohlich einschätzen und sich dann aus dem subjektiven Gefühl der Bedrohung heraus verteidigen (Klosinski, 2008). Allerdings handelt es sich hierbei tatsächlich um Einzelfälle, bei deren Beurteilung neben dem Vorliegen einer ADHS vor allem die sozialen und Erziehungsbedingungen von Bedeutung sind. Nicht immer einfach ist zudem bei dem Vorliegen einer ADHS die Beurteilung, inwieweit mögliche Defizite der Steuerungsfähigkeit gemäß § 3 JGG tatsächlich entwicklungsbedingt oder Folge einer vermehrten Impulsivität infolge der ADHS sind. Wichtig ist es hierbei, den gesamten Entwicklungsstand des

Jugendlichen (persönliche Reife, Selbstständigkeit, Gruppenorientierung) zu berücksichtigen (Schütze & Schmidt, 2003). Zusammenfassend muss man jedoch davon ausgehen, dass das Vorliegen einer ADHS ohne das Vorliegen weiterer problematischer Entwicklungsbedingungen eine verzögerte Reifung mit der Folge einer fehlenden Strafreife bei Jugendlichen nicht hinreichend begründen kann.

ADHS und Schuldfähigkeit

Neben einer fehlenden Strafreife aufgrund des Alters oder bestehender Entwicklungsverzögerungen kann auch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung dazu führen, dass jemand strafrechtlich schuldunfähig oder vermindert schuldfähig ist. Gemäß § 20 StGB handelt ohne Schuld, „wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“. Zudem kann gemäß § 21 StGB die Strafe gemildert werden, wenn „die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 StGB bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert“ war.

Bei den im Gesetzestext beschriebenen Begriffen „krankhafte seelische Störung“, „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“, „Schwachsinn“ und „schwere andere seelische Abartigkeit“ handelt es sich nicht um psychiatrische, sondern juristische Kategorien, unter die bestimmte psychische Störungen eingeordnet werden können. Unter der Kategorie „krankhafte seelische Störung“ werden vor allem sogenannte biologisch-begründbare Störungen subsummiert wie Schizophrenie oder psychische Störungen aufgrund von Verletzungen des Gehirns (organische psychische Störungen). Auch eine ADHS als stark biologisch determinierte psychische Erkrankung würde hier eingeordnet werden (Häßler, 2015). Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ keine Krankheiten im engeren Sinne, sondern Störungen der Fähigkeit zur Vergegenwärtigung des eigenen Erlebens, die nicht auf einem organischen Prozess beruhen (z. B. Unfallschock, Schlafwandeln). Unter dem aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht sehr stigmatisierenden Begriff des „Schwachsinn“ werden Intelligenzminderungen im Sinne von geistigen Behinderungen subsummiert und letztlich unter dem Begriff der „krankhaften seelischen Störung“ psychische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen.

Dabei liegt eine aufgehobene oder verminderte Schuldfähigkeit nicht automatisch bei Diagnose einer o. g. psychischen Erkrankung vor, vielmehr muss geprüft werden, ob

aufgrund der diagnostizierten Störung eine tatbezogene Einschränkung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit vorliegt. Einsichtsfähigkeit meint dabei das Vorliegen ausreichender kognitiver und rationaler Fähigkeiten, das Unrecht der Tat einzusehen, während Steuerungsfähigkeit sich auf eine Störung der Willensbildung bezieht, d. h. Handlungsalternativen stehen krankheitsbedingt nicht mehr zur Verfügung. Letztlich muss die Einschränkung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit von erheblichem Ausmaß sein, was sich in der Regel nicht ausschließlich aus dem deliktischen Handeln ableiten lässt, sondern aus den erheblichen Einschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung im Alltag der Betroffenen.

Dabei wird davon ausgegangen, dass bei einer ADHS die Einsichtsfähigkeit de facto nie beeinträchtigt ist und auch die Steuerungsfähigkeit nur bei einer erheblichen Symptomatik oder wenn weitere komorbide Störungen (z. B. ein Substanzmissbrauch) vorliegen (Häßler, 2015). In diesem Falle kann unter Umständen eine verminderte Schuldfähigkeit bestehen, die zu einer Minderung der Strafe führt.

Fazit

Die meisten Jugendlichen mit ADHS, das sei an dieser Stelle betont, zeigen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen kein vermehrt delinquentes Verhalten. Gleichzeitig muss jedoch festgehalten werden, dass das Vorliegen einer ADHS mit einem erhöhten Risiko für delinquentes Verhalten bei Betroffenen verbunden ist, insbesondere wenn keine adäquate und leitliniengerechte Behandlung der ADHS erfolgt. In der Praxis besteht bei Betroffenen und ihren Familien manchmal der Wunsch, delinquentes Verhalten als unmittelbare Folge der ADHS anzusehen und damit das eigene Verhalten (juristisch) zu exkulpieren, um mögliche gerichtliche Sanktionen zu vermeiden oder zumindest die Verantwortung für das eigene Handeln und damit mögliche Schuld- und Schamgefühle zu reduzieren. Allerdings führt, wie oben dargestellt wurde, das Vorliegen einer ADHS aus forensisch kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive nur in Einzelfällen zu einer Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit oder der Strafreife. Der entscheidende Aspekt ist dabei nicht, ob die im Rahmen einer ADHS bestehenden Aufmerksamkeitsdefizite oder die Impulsivität dazu beigetragen haben, dass Betroffene eine delinquente Handlung begangen haben, sondern ob die Betroffenen sich in der Situation auch anders hätten verhalten können. Und dies ist, sofern es sich nicht um eine sehr ausgeprägte Symptomatik handelt, aus forensischer Sicht in der Regel zu bejahen. Nichtsdestotrotz benötigen Jugendliche mit ADHS mehr Unterstützung als andere Gleichaltrige, um im Einzelfall ungünstige Entwicklungsverläufe zu verhindern. Dazu ge-

hört aber neben einer multimodalen Behandlung der Erkrankung auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Verantwortung für das eigene Handeln, um einen Veränderungsprozess zu ermöglichen.

Abkürzungen

JGG	Jugendgerichtsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch

AUTOR | Dr. Marc Allroggen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Universitätsklinikum Ulm

marc.allroggen@uniklinik-ulm.de

Literatur:

- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. & Rabold, S. (2009). Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., van den Brink, W., Doreleijers, T. & Broekaert, E. (2010). Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 255–263.
- Fazel, S., Doll, H. & Langstrom, N. (2008). Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1010 – 1019.
- Häßler, F. (2015). Hyperkinetische Störungen. In F. Häßler, W. Kinze, & N. Nedopil (Hrsg.), *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie* (S. 381-393). Berlin: MWV.
- Hinrichs, G. (2015). Wer wird eigentlich delinquent? In F. Häßler, W. Kinze, & N. Nedopil (Hrsg.), *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie* (S. 417-426). Berlin: MWV.
- Just, M., Kaiser, A., Retz, W., Rösler, M., Banaschewski, T., Hohmann, S. & Millenet, S. (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen – Risiko für Delinquenz im Jugend- und Erwachsenenalter? *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, 11, 96–102.
- Klosinski, G. (2008). Zu den Voraussetzungen des § 3 JGG aus jugendpsychiatrischer Sicht. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, 2, 162–168.
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N & Larsson, H. (2012). Medication for Attention Deficit–Hyperactivity Disorder and Criminality. *New England Journal of Medicine*, 367, 2006-2014.
- Mordre, M., Groholt, B., Kjelsberg, E., Sandstad, B., & Myhre, A.M. (2011). The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: A 30 years follow-up study using official crime records. *BMC Psychiatry*, 11:57.
- Ostendorf, H. (2003). Gutachten zum Jugendgerichtsgesetz – rechtliche Grundlagen. In R. Lempp, G. Schütze & G. Köhnken. *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters* (S. 135-146). Darmstadt: Steinkopff.
- Schütze, G., & Schmitz, G. (2003). Strafrechtliche Verantwortlichkeit, Strafreife und schädliche Neigungen. In R. Lempp, G. Schütze & G. Köhnken. *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters* (S. 147-155). Darmstadt: Steinkopff.
- Underwood, L. A., & Washington, A. (2016). Mental illness and juvenile offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 228.

Borderline Persönlichkeitsstörung und ADHS

eine andere Art, Zusammenhänge zu begreifen



Dr. phil. Roy Murphy

Ich danke Marsha Linehan! Sie wollen wissen, warum? Weil M. Linehan in den 1980er Jahren in Seattle, USA, erstmalig eine störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt hat. Diese spezifische Form Kognitiver Verhaltenstherapie zählt auch heute noch zu den wirkungsvollsten, evidenzbasierten psychotherapeutischen Verfahren und kann dafür sorgen, dass Menschen mit einer BPS gute Chancen haben, ihr Leben (oft sogar erstmalig) als lebenswert zu empfinden!

Beim Lesen so mancher Fachartikel zu diesem Thema fühle ich in meiner psychotherapeutischen Arbeit aber auch in meiner Haltung diesen Patienten gegenüber oft invalidiert. Invalidieren bedeutet, das Erleben, Fühlen, Denken und die Sinneswahrnehmungen eines Menschen für nicht gültig zu erklären (viele Patienten wuchsen mit Leitsätzen auf wie: „Stell Dich nicht so an“, „Du musst keine

Angst haben“, „Ist doch nicht so schlimm“, „Ich meine es doch nur gut“). Aber auch die Verwendung von Absolutheiten, Verallgemeinerungen und ungeprüfter Annahmen kann invalidierend, zumindest aber irritierend wirken.

Als Leiter einer Schwerpunktstation für Menschen mit ADHS und komorbiden Störungen habe ich es bei über der Hälfte meiner ADHS-Patienten auch mit komorbider BPS zu tun. Ich habe nicht den Eindruck, dass diese schnell zu „Problempatienten“ werden, auch sind diese Menschen weder auf der Station noch in der Gesamtklinik Einzelgänger, was auch an der hiesigen Klinikstruktur liegen mag: Wir haben insgesamt 6 Schwerpunktstationen für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Von Vorteil ist hier der intensive Austausch unter den Patienten, die ja ein ähnliches Erleben und Verhalten zeigen (und sich deswegen gegenseitig validieren können). Menschen mit einer BPS zeigen dem therapeutischen Team nur dann sei-

ne Grenzen auf, wenn das Team nicht geschlossen auftritt, kein klares Kontingenzmanagement demonstriert oder wenn therapeutische Themen inadäquat hierarchisiert und priorisiert werden. So herrscht Übereinstimmung in der Forderung nach regelmäßiger kollegialer Supervision oder Intervention, die ein fester Bestandteil des Behandlungskonzepts darstellt (Therapeuten, die mit BPS-Patienten arbeiten, brauchen Supervision!). In der Klinik nutzen wir hierzu das sogenannte „Consultation-Team“, eine Art systematische Fallbesprechung unserer Patienten.

Natürlich schützt auch das beste Behandlungskonzept nicht davor, in der Therapie mit Borderline-Patienten an seine therapeutischen oder persönlichen Grenzen zu kommen, dies ist aber nicht regelhaft der Fall. Eine Verallgemeinerung mit Aussagen wie „Problempatienten“, „aus dem Hintergrund agieren“ und „ungekrönte Könige“ führt aus meiner Sicht jedoch eher dazu, dass auf Seiten der Behandler Ängste geschürt werden und diesen Patienten der Zugang zu ambulanten Versorgungsmöglichkeiten erschwert wird.

Und noch etwas ist mir wichtig: Mit einer BPS wird niemand geboren!

Menschen mit einer BPS haben oft katastrophale Bindungs- und Beziehungserfahrungen gemacht, ihre Grundbedürfnisse nach Selbstwert, Kontrolle und unbedingter Wertschätzung wurden oft massiv sabotiert, so dass sie anfangen mussten, sich „Überlebensstrategien“ für diese pathologische Beziehungsumwelt zurecht zu legen. Wenn Menschen mit einer BPS nun in der Behandlung mit Misstrauen, Vorwürfen, Rückzug oder Beziehungstests reagieren, so bedienen sie sich nur dessen, was sie gut gelernt haben (was neurobiologisch gesehen fest gebahnt wurde) und was ihnen in früheren Zeiten als Selbstschutz zur Verfügung stand (ein Kernkriterium der Persönlichkeitsstörung ist ja das situationsübergreifend unflexible Verhaltensrepertoire). Wenn es uns gelingt, im Kontakt mit diesen Patienten „hinter die Kulisse“ zu schauen, um zu erkennen, aus welchem Motiv heraus dieses Verhalten gezeigt wird und welches Grundbedürfnis möglicherweise jetzt gerade erneut nicht befriedigt wurde, so tragen wir Herausragendes zum Gelingen der therapeutischen Beziehung bei. Auf keinen Fall sollten wir mit Vorwürfen oder Invalidierungen reagieren, denn dann zeigen wir ein genauso dysfunktionales Beziehungsverhalten wie die Patienten selbst oder andere Menschen in deren Lebensgeschichte!

Genauso wenig sollten wir übersehen, dass Menschen mit einer BPS neben ihren expansiven Verhaltensmustern und ihrer Beeinträchtigung der Selbstregulation oft den überwiegenden Teil des Tages mit intensiver und meist unaushaltbarer Hilflosigkeit, Scham, Schuld- und Minderwertigkeitserleben bis hin zum Selbsthass verbringen. Es sind diese Aspekte, die sowohl das private Beziehungsgefüge

unserer Patienten als auch die therapeutische Beziehung belasten können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Straffälligkeit: Es gibt Menschen, die werden straffällig und verurteilt – auch Menschen mit einer BPS finden wir darunter. Die Aussage, dass Beamtenbeleidigungen, Beschimpfungen oder Handgreiflichkeiten „typisch für ein ausgeprägtes Borderline-Syndrom“ seien, ist inhaltlich und logisch nicht zulässig! Das hieße dann auch, dass Prügeleien unter Alkoholeinfluss und das Zünden verbotener Pyrotechnik typisch für jeden Fußballfan wären. Auch hierbei hätten wir es mit einer Verallgemeinerung zu tun.

Die Gruppe von Menschen mit einer BPS ist in sich so heterogen, dass bei Aussagen wie im obigen Beispiel die Gefahr der Stigmatisierung dieser Störung und von ihr Betroffener sehr groß ist.

Die gegenwärtige Studienlage zeigt sehr deutlich, dass eine ins Erwachsenenalter persistierende ADHS das Risiko für die Entwicklung einer komorbiden psychischen Störung um das 5-fache erhöht – verglichen mit Personen, bei denen die ADHS nicht persistierte. Die häufigste Komorbidität stellt hierbei eine Persönlichkeitsstörung dar. Dies unterstreicht die Wichtigkeit frühzeitiger ADHS-Diagnostik und die Einschätzung einer Behandlungsnotwendigkeit.

In jedem Fall sollten wir uns aber bewusst werden, dass wir als Mitarbeiter des Gesundheitswesens keine Diagnosen behandeln.

Wir behandeln Menschen, die in der Regel nichts dafür können, so geworden zu sein, wie sie sich uns präsentieren – die aber einen schweren Rucksack auf dem Rücken tragen und dankbar sind, wenn wir sie auf dem neuen Weg ein Stück professionell begleiten und ihnen hin und wieder etwas Last abnehmen.

AUTOR | Dr. phil. Roy Murphy

Schön Klinik Bad Bramstedt

ADHS und Bewegung

Dr. Johannes Streif

Über Jahrzehnte war die Hyperaktivität das kennzeichnende Symptom der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In ihr manifestiert sich die Verhaltensauffälligkeit der ADHS am deutlichsten. Daher hieß das Störungsbild auch in den USA bis 1980 „Hyperkinetische Störung“. Die Weltgesundheitsorganisation hält in ihrem

Manual ICD-10, das alle Krankheiten erfasst, weiterhin an diesem Namen fest. Dennoch geht man heute davon aus, dass nicht die Hyperaktivität, aber auch nicht die Aufmerksamkeitsstörung die Leitsymptomatik der ADHS darstellen, sondern die Impulsivität als Folge einer verminderten sekundären Verhaltenshemmung die Ursache von heftigen Reaktionen, Ablenkbarkeit und Bewegungsunruhe ist.



Letztlich kann man sich das Gehirn vereinfacht vorstellen wie ein Auto. Im Auto gibt es zwei gegenläufige Systeme: den Motor und das Bremssystem. Indem man auf das Gaspedal tritt, wird das Auto schneller. Nimmt man den Fuß vom Gaspedal, wird es langsamer. Dennoch führt die Bremse zu einer viel schnelleren Verzögerung. Theoretisch kann sie sogar parallel zum Gaspedal bedient werden. Die Evolution hat im Gehirn des Menschen ein vergleichbares Nebeneinander von aktivierenden und bremsenden Funktionen ausgebildet. Mutmaßlich sind wir die Überlebenden von Vorfahren, die im Gefahrenfall rasch reagierten und flohen. Doch war die Flucht nicht immer sinnvoll. Unsere Vorfahren lernten, ihren Körper bei Gefahr zu aktivieren, die Muskeln anzuspannen und die Aufmerksamkeit auf Gefahrenquellen zu richten. Parallel dazu überprüfte ein anderer Teil des Gehirns, welche Reaktion am sinnvollsten ist. Machte es mehr Sinn, trotz drohender Gefahr an der Stelle stehenzubleiben, an der man sich gerade befand, stoppte das Gehirn den Fluchtreflex wieder. Das Gehirn des heutigen Menschen verbindet beide Systeme, Aktivierung und Hemmung, zu einem genialen System effektiver Verhaltenskontrolle.

Diese Bremse oder sekundäre Verhaltenshemmung ist im Fall der ADHS allerdings gestört. Warum das so ist, kann bis heute niemand erklären. Klar ist, dass ADHS-betroffene Menschen in dem dafür zuständigen Teil des Gehirns, dem Stirnhirn, eine verminderte Aktivität aufweisen. Ursache dafür ist ein Teil des Hirnstoffwechsels, der normalerweise für die Aktivierung dieses Gehirnareals sorgt. Die weitgehend fehlende sekundäre Hemmung, quasi das Fehlen eines Bremssystems, führt dazu, dass das Gehirn von ADHS-Betroffenen sowohl auf innere wie auch äußere Impulse häufig ungebremst reagiert. Jede Ablenkung im

Klassenzimmer wird vom Gehirn registriert, bei gesunden Kindern nicht anders wie bei an der ADHS leidenden Kindern. Während das Gehirn der gesunden Kinder im Fall eines Geräusches am Nachbartisch zwar die Reaktion, den Kopf zu drehen und hinzusehen, vorbereitet, dann aber angesichts der Lehrerin, die an der Tafel spricht, entscheidet, dass dieser im Unterricht zu folgen wichtiger ist, überschreibt der Reiz, der von dem Geräusch ausgeht, ist es nur laut genug, bei ADHS-Kindern den Reiz der sprechenden Lehrerin. Die Aufmerksamkeit des ADHS-betroffenen Kindes wird von der Lehrerin abgezogen und wendet sich dem Kind am Nachbartisch zu, von dem das Geräusch ausging.

In diesem Sinne werden sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Motorik von ADHS-Kindern durch die fehlende sekundäre Verhaltenshemmung bestimmt. Geräuschen oder visuellen Reizen wie Vögeln, die vor dem Fenster des Klassenzimmers vorbeifliegen, folgt die Aufmerksamkeit weitgehend ungebremst. Erscheint es dem Gehirn sinnvoll, dass der Körper sich bewegt, sei es um auf einen Juckreiz zu reagieren oder einen Gegenstand zu holen, dann wird der Bewegungsimpuls auch umgesetzt, ganz gleich, ob die Lehrerin Sitzenbleiben verlangt oder nicht. Aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit Hyperaktivität (ADHS) sind schlicht bewegungsfreudige Kinder, deren Motor ständig auf Hochtouren läuft, während das Bremssystem nur sehr eingeschränkt funktioniert. Aufmerksamkeitsgestörte Kinder ohne Hyperaktivität (ADS) leiden zwar an derselben verminderten Verhaltenshemmung, bewegen sich von Natur aus jedoch weniger. Was sowohl die hyperaktiven ADHS-Kinder wie die nichthyperaktiven ADS-Kinder kennzeichnet, ist die Schwierigkeit, Reaktionen zu unterdrücken oder an die Umgebung anzupassen. Ihr Verhalten ist daher nicht selten von großer Heftigkeit gekennzeichnet, von lauter Wut oder verweigerndem Rückzug.

Dennoch bleibt die Hyperaktivität das augenfälligste Zeichen der ADHS. Insbesondere im Gruppenalltag wie in Schulklassen stört die motorische Unruhe hyperaktiver Kinder. Die Bewegung folgt dabei den zahlreichen Impulsen, die durch das Gehirn selbst, aber auch Reize in der Umgebung ausgehen. Da die ADHS-Betroffenen sich schwertun, ihre Aufmerksamkeit willkürlich zu steuern, werden sie durch Geräusche und Bewegungen immer wieder von ihrer Tätigkeit abgelenkt. Die verminderte sekundäre Verhaltenshemmung führt dazu, dass sich stets der stärkste Reiz durchsetzt. Meist weiß der Schüler, was gerade seine Aufgabe ist und wie er sich im Unterricht zu verhalten hat, doch kann er seine Reaktion auf die ablenkenden Reize nicht rechtzeitig abbremsen. Um im Bild des Autos zu bleiben: Der Motor heult schon auf und der Wagen startet durch, bevor dem Fahrer in den Sinn kommt, dass die Ampel noch immer auf Rot steht.

Im Zusammenhang mit der motorischen Aktivität bei ADHS gibt es zahlreiche Missverständnisse. Eines davon ist die Annahme, dass ADHS-betroffene Kinder hyperaktiv sind, weil ihnen die Bewegung Spaß mache. Natürlich teilen ADHS-Kinder mit nicht von der ADHS betroffenen Kindern i. d. R. die Freude an der Bewegung, je jünger sie sind, desto mehr. Allerdings führt der beschriebene Mechanismus einer unzureichenden Verhaltenshemmung bei ADHS zu einer Hyperaktivität, die oft über das Maß hinausgeht, das den Betroffenen selbst Freude macht. Schließlich folgt die Bewegung häufig nicht einem Plan und Ziel, sondern rasch wechselnden Reizen. Daher wirkt das hyperaktive Verhalten bei Kindern meist chaotisch, befriedigt sie nicht und lässt auch nach langem Toben nicht zur Ruhe kommen. Im Gegenteil: Mit wachsender Erschöpfung wird die willentliche Kontrolle des Verhaltens noch schwieriger. Daher bewegen sich hyperaktive Kinder nicht selten so lange, dabei zunehmend unkoordinierter und unkontrollierter, bis sie vollkommen erschöpft sind. Bisweilen hindert sie nachgerade die totale Erschöpfung sogar am Einschlafen. Der Körper kann schon lange nicht mehr, doch das Gehirn gibt keine Ruhe. Je älter die betroffenen Kinder werden, desto mehr manifestiert sich die Hyperaktivität in einer wachsenden inneren Unruhe, springenden Gedanken und am Ende einer Verzweiflung, durch all die Reize überfordert zu sein.

Vor diesem Hintergrund ist es leicht verständlich, dass – ein weiteres Missverständnis – das Verhalten von ADHS-Kindern nicht Ausdruck einer psychischen Belastung und damit Folge der inneren Unruhe ist, sondern umgekehrt die durch die Reizoffenheit getriggerte äußere Unruhe, die wir Hyperaktivität nennen, das Selbsterleben der Betroffenen prägt und ihre Psyche belastet. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Umgebung ablehnend auf die Hyperaktivität reagiert. An der ADHS zu leiden bedeutet ja nicht automatisch, kein Interesse an Aktivitäten zu haben, für welche die motorische Unruhe hinderlich ist. Warum sollten ADHS-Kinder nicht Spaß am Basteln, Musizieren oder an einem Kinobesuch haben? Dass es ihnen trotz der Freude an diesen Dingen schwerfällt, ruhig an einem Tisch zu sitzen, das Spielen eines Instruments zu erlernen oder zwei Stunden am Stück im Kinosessel zu verharren, macht deutlich, wie ambivalent die meisten ADHS-Betroffenen ihrer Symptomatik gegenüberstehen.

Dennoch kann die grundsätzliche Bewegungsfreude der ADHS-Kinder im schulischen Rahmen genutzt werden, um die Unterrichtssituation für die betroffenen Schüler besser zu gestalten. Mehrere Voraussetzungen müssen dabei beachtet werden. Erstens muss die Implementierung von Bewegungseinheiten in den Unterrichtsablauf einer festen Struktur folgen. Lässt der Lehrer die Schüler auch nur für kurze Zeit herumtoben, wie dies häufig in den Un-

terrichtspausen der Fall ist, so wird er danach große Mühe haben, nicht zuletzt die ADHS-Kinder in seiner Klasse wieder auf den Unterricht zu fokussieren. Besser sind Bewegungsspiele, deren Ablauf strukturiert ist und durch den Lehrer kontrolliert wird. Solche Spiele wie „Kaiser, wie viel Schritte darf ich gehen?“ oder die „Reise nach Jerusalem“ verbinden auf für ADHS-Kinder günstige Weise Bewegung und das Üben der Bewegungskontrolle auf Ansage hin. In diesem Zusammenhang ist es zugleich wichtig und hilfreich, dass alle Schüler lernen, Bewegung nicht mit Schreien und Lärm gleichzusetzen.

Ein zweiter Aspekt ist die Freiheit, zumindest aber Steuerung von Körperkontakt. Viele ADHS-Kinder haben ein auffälliges Körperempfinden. Ihre Hyperaktivität führt vermehrt zu Verletzungen. In der Folge ist das Schmerzempfinden nicht selten herunterreguliert. Zudem erschwert die motorische Unruhe eine differenzierte Wahrnehmung von Berührungen. Nicht wenige ADHS-Kinder ziehen es vor, entweder nicht oder intensiv berührt zu werden. Zwischen der Vermeidung von Körperkontakt und der Freude an Raufereien ist kein Platz für sanfte Berührungen und Streicheln. Bewegungsspiele sollten daher im Fall von ADHS-Kindern nach Möglichkeit auf Körperkontakt verzichten. Wenn dieser wie beispielsweise bei der „Reise nach Jerusalem“ unvermeidbar ist, muss der Lehrer die Situation im Blick behalten und gegebenenfalls regulierend eingreifen. In diesem Sinne können auch Kampfsportarten wie Karate sehr gut für ADHS-Kinder sein, da sie vorgegebene Bewegungsabläufe trainieren. Andere Formen des Kampfsports wie Judo oder Ringen, die mit viel Körperkontakt verbunden sind, führen hingegen nicht selten zu größeren Problemen der ADHS-Kinder in der Gruppe.

Eine dritte Voraussetzung sollte bei Bewegungseinheiten im Schulunterricht beachtet werden: Klare Grenzen für den Anfang und das Ende der Aktivität. Diese sollten stets im Vorfeld mit allen Schülern besprochen und auch für das ADHS-Kind durch vereinbarte Gesten und Rituale erkennbar sein. Besser sind kürzere Bewegungseinheiten, die den Unterricht häufiger unterbrechen, als längere Aktivitäten, die gegebenenfalls zur Erschöpfung führen und damit auch die Kraft des ADHS-Kindes zur Steuerung und Kontrolle des eigenen Verhaltens herabsetzen. Daher müssen die genannten Voraussetzungen desto strikter eingehalten werden, je später am Tag Bewegungseinheiten durchgeführt werden. Insbesondere bei Kindern, die zur Behandlung ihrer ADHS Medikamente nehmen, ist am Nachmittag nicht nur mit einem Nachlassen der Selbstkontrolle aufgrund zunehmender Erschöpfung zu rechnen, sondern darüber hinaus mit einer abnehmenden und schließlich endenden Wirkung der Medikation.

Auch wenn alle Kinder, die ADHS-Betroffenen mit-

eingeschlossen, nach Unterricht, Hausaufgaben und koordiniertem Freizeitprogramm am späten Nachmittag gerne einfach nur herumtollen, bolzen oder ausgelassen spielen – in der Klassengemeinschaft fördern regellose Situationen häufig die Konflikte von ADHS-Kindern mit ihren Kameraden. Um zu vermeiden, dass Schüler mit ADHS ausgerechnet die Teile des Unterrichts wie Sport und Bewegung, die sie eigentlich lieben, besonders negativ erleben, da sie aufgrund ihres Ungestüms viel kritisiert und bestraft werden, sollte bei ihnen in besonderem Maße darauf geachtet werden, wie sie mit ihren Kameraden interagieren. Manchmal ist es in Unterrichtsstunden am Mittag und Nachmittag besser, das ADHS-Kind mit Unterstützung des Lehrers zum Schiedsrichter zu machen, als es auf dem Spielfeld mitlaufen zu lassen. Es gehört zur Verantwortung des Lehrers, Kinder, ganz gleich ob mit oder ohne ADHS, nicht sehenden Auges in Konflikte mit Mitschülern laufen zu lassen, wenn es diesen Kindern zu bestimmten Zeiten erkennbar schwerfällt, ihr Verhalten in der Gemeinschaft anzupassen und zu kontrollieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass in der körperlichen Aktivität Freude und Leid der ADHS-Betroffenen ihren eigentlichen Ausdruck finden. Hyperaktivität ist in diesem Sinne die Übersteigerung sowohl der Freude im hemmungslosen Ausleben des Bewegungsdrangs als auch

des Leids als Konsequenz von Selbsterschöpfung und Kritik der Umwelt am Verhalten der Betroffenen. Bewegung kann und sollte daher ein integraler Bestandteil des Unterrichts insbesondere bei jüngeren Schulkindern sein, ganz gleich, ob diese an der ADHS leiden oder nicht. Sie kann und muss jedoch zugleich dazu genutzt werden, die willentliche Selbstkontrolle zu üben, indem Bewegungseinheiten im Unterricht spielerisch mit einer gezielten Reaktion auf Reize verbunden werden. Auf diese Weise, die letztlich den Kern der Psychomotorik darstellt, lernen alle Kinder, insbesondere aber jene mit ADHS, auf eine ihrem Bewegungsdrang entgegenkommende Weise, wie sie ihr Verhalten besser steuern können. Daher hat die Psychomotorik als Therapieform im Kindesalter den besten Transfer in den Lebensalltag der ADHS-Betroffenen auch außerhalb therapeutischer Settings. Eine verbesserte willentliche Bewegungssteuerung schafft kognitiv günstigere Voraussetzungen für die Steuerung der Aufmerksamkeit sowie der Impulskontrolle insgesamt. Denn hier unterscheidet sich der Mensch ganz klar vom Auto: Während mechanische Bremsen durch ihre Nutzung verschleißt, wird die kognitive Selbststeuerung im Gehirn durch Üben gebahnt und damit verbessert.

AUTOR | Dr. Johannes Streif

ALLGEMEINES

Belastungen von Erwachsenen mit ADHS

im Hinblick auf deren Erziehungsverhalten als Eltern –
Herausforderungen und Chancen

*Katharina Rademacher (Masterstudentin Schulpsychologie,
Eberhard Karls Universität Tübingen)*

Eltern stehen in der Erziehung von ihren Kindern immer wieder vor Herausforderungen. Doch was ist, wenn es den Eltern durch eine Erkrankung besonders schwerfällt, einen strukturierten Alltag zu führen und sie zu impulsiven Handlungen neigen?

Erwachsene mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden häufig unter innerer Unruhe, Desorganisation und Unaufmerksamkeit. Hinzu

kommen Probleme ihren Alltag zu strukturieren. Es stellt sich die Frage, ob Eltern mit einer ADHS besondere Herausforderungen, aber auch Stärken im Umgang mit ihren Kindern zeigen.

Im Rahmen einer Abschlussarbeit des Arbeitsbereichs Schulpsychologie an der Eberhard Karls Universität Tübingen wurde der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer ADHS bei Eltern und der partnerschaftlichen

Bindung, der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer ADHS bei Eltern und der elterlichen Belastung und der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der ADHS der Eltern und ihrem Erziehungsverhalten untersucht. Der Bindungsstil der Eltern wirkt sich auf die Sozialentwicklung des Kindes aus. Kinder, deren Eltern häufig feindselig zueinander sind und ihre Konflikte nur schlecht lösen, weisen erhöhte Werte bei emotionalen und Verhaltensproblemen auf (Grych, Fincham, Jouriles, & McDonald, 2000). Die elterliche Belastung gilt als Risikofaktor für dysfunktionales Erziehungsverhalten. Unter dysfunktionalem Erziehungsverhalten wird unter anderem eine übermäßige Strenge, aber auch inkonsistentes Erziehungsverhalten verstanden (Killem, Foran, & Hahlweg, 2014). Erziehungsverhalten gilt als ein sehr starker Risikofaktor für die Entwicklung von externalisierenden Verhaltensstörungen, wie z. B. Hyperaktivität, Aggressivität oder Aufmerksamkeitsstörungen (Burke, Loeber, & Birmann, 2002).

Die einzelnen Konstrukte (ADHS, partnerschaftliche Bindung, elterliche Belastung und Erziehungsverhalten) wurden mit gängigen Testverfahren (ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB), Bochumer Bindungsfragebogen (BoBI), Elternbelastungsinventar (EBI) und Erziehungsfragebogen (EFB)) erhoben und von den Teilnehmenden selbst eingeschätzt. Es wurde dazu eine Online-Umfrage durchgeführt. Die Eltern wurden über verschiedene ADHS Selbsthilfeforen, Soziale Netzwerke und ADHS-Ambulanzen für Erwachsene (in Tübingen und Essen) mit Hilfe von Flyern rekrutiert.

Es nahmen 98 Elternteile mit einer ADHS Diagnose (oder einer Verdachtsdiagnose) an der Online-Umfrage teil. Es zeigte sich, dass 73,5 % der Elternteile (75 Teilnehmende) mindestens ein eigenes Kind mit einer ADHS-Diagnose hatten. Die Hypothese einer hohen Erblichkeit, die bereits in vielen Studien gezeigt werden konnte, kann unterstützt werden. Es wurde vermutet, dass die partnerschaftliche Bindung und der Schweregrad der ADHS zusammenhängen. Dies konnte nicht bestätigt werden. Jedoch zeigte sich im Vergleich zu einer studentischen Stichprobe eine größere Zugehörigkeit zu eher vermeidenden Bindungsstilen; das heißt, dass Erwachsene mit ADHS in Partnerschaften emotionale Nähe eher zu meiden scheinen. Diese Vermeidung kann sich auf ihre Belastung auswirken. Zwischen der elterlichen Belastung und dem Schweregrad der ADHS zeigten sich signifikante Zusammenhänge, dahingehend, dass die empfundene elterliche Belastung mit Zunahme der eigenen Schwere der ADHS-Ausprägung steigt. Damit einhergehend wurden auch Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der ADHS und dysfunktionalem Erziehungsverhalten gefunden. Eltern mit einer schweren Ausprägung der ADHS re-

agieren in schwierigen Situationen über und sie reagieren eher emotional negativ.

Positiv fiel auf, dass insgesamt die meisten Eltern (93 %) angaben, dass sie - unabhängig von ihrem ADHS-Schweregrad - Regeln gut um- und durchsetzen können und dabei auch konsequent bleiben. Eltern mit einer ADHS haben möglicherweise gelernt, wie wichtig eine klare Strukturierung des Alltags ist, sodass sie dies an ihr Kind weitergeben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen deutlich, dass es verschiedene Herausforderungen für Eltern mit einer ADHS gibt. Sie sind stark durch ihre eigene Symptomatik belastet und können damit einhergehend Schwierigkeiten im Erziehungsverhalten haben. Da es sich um eine vergleichsweise kleine und durch die Art der Rekrutierung um eine eventuell leicht selektierte Stichprobe handelt, können die Ergebnisse nicht generalisiert werden. Sie können aber einen Hinweis für weitere Forschung geben. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass es wichtig ist Elternteile, insbesondere mit einem hohen Schweregrad der ADHS, zu entlasten und ihnen in Elterntrainings Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, mit denen sie lernen können, auch in schwierigen Situationen ruhig zu bleiben und nicht impulsiv zu reagieren. Es konnten jedoch auch Chancen von Eltern mit einer ADHS gefunden werden; ihnen gelingt es gut konsequent Regeln um- und durchzusetzen.

Eltern mit einer ADHS haben dementsprechend nicht nur eine besondere Herausforderung, sondern auch eine besondere Chance die Bedürfnisse und Symptome ihrer Kinder wahrzunehmen und angemessen zu reagieren.

AUTORIN | Katharina Rademacher

Quellen:

- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275- 1293.
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N., & McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitivecontextual framework. *Child Development*, 71, 1648- 1661.
- Killem, S., Foran, H., & Hahlweg, K. (2014). Familienstatus, mütterliche Belastung, dysfunktionales Erziehungsverhalten und kindliche Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 113-123.

Wie Lehrer mit Eltern sprechen können

Dr. Johannes Streif

Zwischen dem Leben von Eltern und der Arbeit von Lehrern mit verhaltensauffälligen Kindern bestehen triviale Differenzen, die bewusst zu machen sich dennoch lohnt, denn sie kennzeichnen nicht nur das jeweilige Selbstverständnis der Akteure im sozialen System, sondern zugleich deren konnotierte Rolle. Die Erziehungsfähigkeit der Eltern, d. h. ihr erzieherisches Wissen, Können und Wollen, ist weitenteils familiär tradiert; die erzieherische Kompetenz des Lehrers und Pädagogen ist dort, wo sie die eigene Biographie notwendigerweise hinter sich lässt, gezielt erworben und studiert. Für die Eltern ist das verhaltensauffällige Kind ihr unausweichlicher Alltag; für den Lehrer ist es eine auf Stunden begrenzte, bezahlte Arbeit. Entsprechend emotional-involviert sind die Eltern in das Schicksal ihrer Kinder, für die sie meist das Beste hoffen – auch dann noch, wenn die Kinder längst erwachsen sind. Die professionelle Distanz hingegen macht dasselbe Kind dem Lehrer zum Schüler, bisweilen zwar gleichfalls unvermeidbar, doch als umrissene Aufgabe überschaubar und endlich.

Die abweichenden Rollen von Eltern und Lehrern machen Elterngespräche in der Schule zu einem konstitutiven Dilemma. Schließlich transportiert der Lehrer zwangsläufig eine doppelte Botschaft, die sich zum einen direkt an die Eltern richtet, zum anderen mittelbar an das Kind. Das wird deutlich, wenn Lehrer mit Eltern über das Fehlverhalten des Kindes im Unterricht sprechen. Zum einen wollen sie, dass die Eltern über das Verhalten des Kindes informiert sind. Zum anderen verfolgen sie damit das Ziel, die Eltern mögen auf das Kind erzieherisch einwirken, in der Erwartung, dass dieses Einwirken schließlich auch zu Verhaltensänderungen im Unterricht führt. Dabei sollen die Eltern mittelbar einen positiven Einfluss auf die Unterrichtssituation ausüben, ohne die unmittelbare Beziehung zwischen Lehrer und Schüler zu stören. In diesem Sinne würde heutzutage kein Lehrer von den Eltern mehr erwarten, dass diese ihr Kind für Fehlverhalten in der Schule massiv bestrafen. Machen Lehrer das kindliche Problemverhalten im Elterngespräch jedoch kleiner, als es tatsächlich ist, laufen sie Gefahr, dass die Eltern die Problematik nicht ernstnehmen.

Erschwert wird das Elterngespräch zudem nicht selten durch den Umstand, dass Aufmerksamkeit und Akzeptanz

der Eltern in der Gesprächssituation zu gewinnen eine nicht minder anspruchsvolle Aufgabe ist als das Bemühen der Eltern, selbiges ihren Kindern abzurufen. Egal wie erzieherisch sinnvoll die Eltern außerhalb der Schule mit ihren Kindern interagieren – im Gespräch mit Lehrern mutieren viele Eltern hingegen ihrerseits zu widerspenstigen Schülern und trotzigem Oppositionellen, deren Haltung allein darauf abzielt, die Person des Kindes zu verteidigen, selbst wenn dies bedeutet, dass sie dafür letztlich auch von ihnen abgelehntes Verhalten rechtfertigen müssen.

Wie also mit Eltern sprechen, wenn man nicht weiß, wer da zu Ihnen als Lehrer kommt (welcher soziale Hintergrund, welche Familiensituation, welche eigenen Erfahrungen die Eltern in Schule und Familie machten), was sie bereits wissen (über das Verhalten ihres Kindes nicht nur in der Schule), was sie bereits versucht haben (und vielleicht damit gescheitert sind), was sie für die Zukunft erwarten (im Zusammenhang mit der Schule, aber auch darüber hinaus), was sie bereits geplant haben (was sie tun wollen, wenn die Situation in der Schule, aber auch zuhause nicht besser wird), welche Erwartungen sie an Lehrer im Allgemeinen und Sie im Besonderen haben und wie die Eltern über Ihren Beruf denken?

Denken Sie als Lehrer bei allem, was Sie hören und sagen, daran, dass die Eltern meist eine andere Sprache sprechen als Sie selbst. Die Sprache der Eltern ist tradiert, sie ist die Sprache ihres Entstammens, ihrer Kultur, gesellschaftlichen Schicht und Bildung. Als Lehrer haben Sie studiert; Sie haben im Studium und danach pädagogisches Wissen erworben, einschließlich einer bestimmten Art, über Kinder und deren Verhalten zu sprechen. Zudem gewöhnt man sich im Berufsalltag oft ein spezifisches Vokabular an, das von Eltern anders oder gar nicht verstanden wird. Was immer Sie über das Kind sagen – und je negativer es ist: Gehen Sie davon aus, dass die Eltern um das Problem wissen, auch wenn sie es nicht zugeben, denn es ist ihr (Familien-)Alltag. Als Lehrer kann man für die Stunden des Unterrichts der Wahrheit ins Auge sehen; vielen Eltern fällt es angesichts der Jahre, die ihnen mit einem verhaltensauffälligen Kind noch bevorstehen, schwer sich einzugestehen, dass dessen Verhalten ein Problem ist, das eher größer wird als dass es von alleine verschwindet.

Hier einige Beispiele anhand der Symptome der ADHS, wie Sie als Lehrer mit Eltern über das Problemverhalten von deren Kindern sprechen können. Kritisch sind dabei störungsspezifische Zuschreibungen, die zugleich über konkrete Situationen hinaus verallgemeinert werden: „Ihr Kind ist hyperaktiv, es kann sich keine fünf Minuten auf etwas konzentrieren. Ihr Kind stört andere Kinder im Unterricht. Ihr Kind schreit immer gleich und haut bei jeder Kleinigkeit zu!“ Besser sind demgegenüber Formulierungen wie: „Ihr Kind ist sehr unruhig, dadurch kann es

sich nicht auf das Zuhören konzentrieren. Durch die Geräusche, die ihr Kind macht, stört es andere Kinder. Die Reaktionen ihres Kindes sind sehr heftig.“ Auf diese Weise wird das Verhalten des Kindes anschaulich beschrieben und die Konsequenzen für das Kind selbst sowie andere werden aufgezeigt. Dies macht es für die Eltern leichter, die Kritik am Verhalten ihres Kindes zu akzeptieren und gemeinsam mit dem Lehrer nach Lösungen zu suchen.

Häufig fallen auch Rückmeldungen von Lehrern über die Leistungen ihrer Schüler entweder zu negativ oder aber, da man die Auseinandersetzung mit den Eltern scheut, zu positiv aus. Kritisch sind in diesem Zusammenhang Aussagen, die nicht nur auf die eigentliche Leistung verweisen, sondern perspektivisch Konsequenzen benennen, die unter Umständen so weit in die Zukunft reichen, dass Vorhersagen schwierig sind. Bisweilen macht es in diesem Zusammenhang auch Sinn, nicht nur Handlungsvorschläge zu machen, sondern zugleich kurz und knapp deren Basis zu erläutern. Sätze wie „Ihr Kind ist beim Lesen unterdurchschnittlich und kommt im Unterricht daher nicht schnell genug mit“ oder „Ihr Kind muss mehr üben und wiederholen, es arbeitet zu schnell und oberflächlich“ sollten daher ersetzt werden durch weniger wertende Formulierungen: „Ihr Kind kann noch nicht so gut lesen, dass es Texte rasch versteht; dadurch hat es nicht so viel Spaß am Lesen“ bzw. „Üben langweilt Ihr Kind; dennoch hilft üben Ihrem Kind, das Wissen zu verfestigen“.

Nicht zuletzt sollten sich Lehrer im Hinblick auf Diagnosen zurückhalten, selbst wenn sie über das dafür nötige Wissen und große Erfahrung verfügen. Die Aussage „Haben Sie schon mal daran gedacht, dass Ihr Kind ADHS hat: Es ist hyperaktiv, unkonzentriert und impulsiv; das muss doch in der Familie auch vorkommen, oder? Gehen Sie mal zu einem Arzt oder Psychologen!“ ist kritisch zu sehen, da sie nicht nur eine Diagnose stellt und auf den familiären Rahmen verweist, sondern zudem in der Aufforderung, zu einem Arzt oder Psychologen zu gehen, bereits die Notwendigkeit einer Therapie impliziert. Besser sind Formulierungen, die das ADHS-typische Verhalten beschreiben und die Eltern dazu auffordern, darüber nachzudenken, ob dies tatsächlich auf den schulischen Rahmen begrenzt ist: „Ihr Kind ist in seiner Stimmung sehr wechselhaft, es ist häufig unaufmerksam und reagiert sehr heftig, wenn es frustriert ist; kennen Sie das auch von zu Hause oder aus dem Sportverein?“ Auf diese Weise werden die Eltern angeregt, nachzudenken, ob ähnliche Verhaltensweisen des Kindes nicht auch in anderen sozialen Kontexten auftreten und eine entsprechende Diagnose und Therapie nicht nur die Schulsituation verbessern würde, sondern auch positive Effekte auf Familie und Freizeit haben könnte.

Sinnvoll ist es daher, den Eltern durch eine möglichst konkrete Beschreibung des Verhaltens ihres Kindes im

schulischen Kontext eine Vorstellung davon zu geben, welche Effekte das Verhalten für die Klassengemeinschaft und in der Konsequenz auch für das Kind selbst hat. Die Anregung, das beschriebene Verhalten in der Schule mit Erfahrungen in Familie und Freizeit zu vergleichen, schafft bei den Eltern ein Bewusstsein dafür, dass es sich möglicherweise nicht nur um situative und auf die Beziehung des Kindes zu einzelnen Personen beschränkte Probleme handelt, sondern um eine situationsübergreifende Verhaltensdisposition, wie die Impulskontrollstörung der ADHS sie bedingt.

Schwierig sind demgegenüber schlichte Aufzählungen von ADHS-Symptomen, wie sie das Kind in der Klasse zeigt, der Verweis auf die Grenzen der Belastbarkeit der Klassengemeinschaft oder das Aufzeigen von Horrorszenarien für die Zukunft des Kindes. Solche Gespräche lassen die Eltern nicht selten hilflos zurück, da sie nicht wissen, wie sie nun konkret dazu beitragen können, die schulische Situation ihres Kindes zu verbessern, und zugleich Ängste sowohl im Hinblick auf den weiteren Schulbesuch als auch die Zukunft des Kindes geweckt werden. Fallen solche Aussagen von Lehrern auf einen dafür insofern fruchtbaren Boden, als die Eltern bereits erzieherisch verunsichert sind und sich große Sorgen über die Entwicklung des Kindes machen, zudem in der Vergangenheit bereits Ausschlüsse und Wechsel von Kindergarten und Schule stattfanden, so können sie das Gefühl einer umfassenden Hilflosigkeit oder aber Leugnung der Problematik schaffen. Sie wollen als Lehrer jedoch weder Eltern, die das Problemverhalten ihres Kindes stur verteidigen, noch ihre Zusammenarbeit mit der Schule aufgeben, da sie darin keinen Sinn mehr sehen. Durch ein ehrliches Interesse des Lehrers am Kind und den Sorgen der Eltern gewinnen Sie die Eltern meist auch für ein gleichermaßen ehrliches Engagement, gemeinsam mit Ihnen und anderen Lehrern Verbesserung für die schulische Situation anzugehen. Letztlich sitzen Eltern und Lehrer im Hinblick auf kontextübergreifende Verhaltensstörungen wie die ADHS im selben Boot. Hilfe kann es letztlich nur für alle Lebensbereiche oder aber keinen geben.

AUTOR | Dr. Johannes Streif

Krankheitserfahrungen.de AD(H)S

Wo lasse ich mich am besten diagnostizieren? Soll ich meinem Kind Medikamente geben? Welche Therapie ist für mein Kind die beste? Wo finde ich zuverlässige Informationen zum Thema AD(H)S?

Viele unserer Eltern und Teilnehmer der Selbsthilfegruppe haben sich mindestens eine dieser Fragen gestellt und sich ihre Antworten im Internet erhofft. Doch anstatt objektive Informationen zu finden, war nach gelungener Recherche die Unsicherheit meist hinterher größer als vorher. Zu viele Vorurteile, zu viele Ammenmärchen, zu viele einseitige Meinungen.

Da war die Seite der AD(H)S-Kritiker, die einem erzählen wollten, dass es AD(H)S gar nicht gibt oder alles eine Erfindung der Pharmaindustrie ist, die Eltern, die Ihren Kindern Medis geben, als unverantwortlich und selbstsüchtig hinstellten und meinten, dass gemeinsame Aktivitäten mit den Kindern alles richten würden.

Da war der Bericht einer Online-Zeitung über die neueste Diät, die die Symptome der AD(H)S schon nach zwei Wochen merklich minderte. Und vielleicht war da auch das Forum, in dem man sich angemeldet hatte und aus 1000 verschiedenen Meinungen, die filtern sollte, die die richtige sein sollte.

Alles in allem ist solch eine Internet-Recherche meist eher frustrierend als hilfreich und glücklicherweise finden Eltern und Betroffene auf ihrer Suche manchmal auch hilfreiche Seiten, wie zum Beispiel die Seite der Selbsthilfegruppe in Ihrem Wohnort, ADHSspedia oder die des ADHS Deutschland e. V.

Aber wo ist die Seite von Betroffenen für Betroffene, die verschiedenste Erfahrungen mit ihrem Pro und Contra widerspiegelt?

2014 wurde ich von Dr. Alexander Palant vom Institut für Allgemeinmedizin Göttingen mit der Bitte angeschrieben, ein neues Projekt „krankheitserfahrungen.de“ in unserer Gruppe vorzustellen. Es sollte ein neues Modul „ADHS bei Kindern und Erwachsenen“ entstehen - ein Projekt der Universitäten Freiburg und Göttingen, das ausschließlich von öffentlichen Trägern finanziert werde und jegliche Zusammenarbeit mit Pharmakonzernen kategorisch ablehne.

Hörte sich interessant an und so kam er einige Wochen später in unsere Elterngruppe und stellte das Projekt vor.

Grundlage dieses und aller bisher schon existierenden Module (chronischer Schmerz, Diabetes Typ 2, Epilepsie etc.) sollten Interviews mit Eltern und Betroffenen bilden,

die zum einen entweder als Video, Audio oder als Text abrufbar waren. Die Betroffenen sollten „von ihren Erfahrungen mit der Medizin, von den Veränderungen in ihrem Alltag und von Unterstützungen, die sie erhalten haben“, berichten.

Voraussetzung für die Interviewpartner waren folgende Kriterien:

- Eltern von Kindern (älter als 6 J.) mit ADHS (nur ein Elternteil bzw. getrennte Interviews)
- Kinder und Jugendliche mit ADHS (Alter: 14–17 J.) selbstständig, ggf. in Anwesenheit der Eltern
- Erwachsene Menschen (ab 18 J.), die jedoch bereits als Kind (im Alter zw. 6 u. 12 J.) mit ADHS diagnostiziert wurden

Ein breites Spektrum, das versprach, AD(H)S von allen Seiten in allen Altersstufen zu betrachten.

Alleine Interviewpartner zu finden, war nicht ganz so einfach. Dr. Alexander Palant nutzte hierzu verschiedene Wege. Zum einen natürlich ADHS Deutschland e.V., der einen Aufruf auf der Homepage platzierte. TOKOL e.V. und diverse Therapeuten und Schulberater zählten ebenfalls zu den Angesprochenen.

Zwei Teilnehmer aus unserer Elterngruppe waren bereit, sich zur Verfügung zu stellen. Mütter von zwei Jungen im Alter von 11.

Eine Mutter beschrieb ihren Eindruck im Anschluss wie folgt:

Sie hatte sich für die Videoaufnahmen entschieden (alle Namen wurden aber geändert). Das Interview fand in einem Raum der Uni Göttingen statt und wurde gefilmt. Der Ablauf wurde kurz mit Herrn Palant besprochen. Sie sollte einfach von ihren Erfahrungen berichten. Zwischendurch wurde ab und zu vom Interviewer nachgefragt und am Ende einige gezielte Nachfragen gestellt. Die Atmosphäre beschreibt sie als sehr angenehm und ruhig. Einige Tage später bekam sie eine Abschrift in einer Rohfassung zur Verfügung gestellt, die sie prüfen und korrigieren konnte. Danach erfolgte die Entscheidung, wie es veröffentlicht werden sollte, wie oben schon erwähnt, als Video, Audio oder Schriftform.

2015 traf sich eine Expertengruppe, bestehend aus den Mitarbeitern des Projekts, einem Ergotherapeuten, der Neurofeedback anbietet und Dr. Bernhard Kis, leitender Oberarzt der Psychiatrie an der Uni Göttingen, um das bisherige Ergebnis zu besprechen und zu analysieren, welche Bereiche eventuell vertieft werden sollten oder welche Themen schlicht vergessen wurden.

Im März 2018 fand dann schließlich der offizielle Start

der Internet-Seite mit einer feierlichen Eröffnung in den Räumen der Hebo Schule in Bonn statt.

Die Seite „krankheitserfahrungen.de“ beschreibt sich selbst folgendermaßen: „Auf dieser Internetseite erzählen Menschen von ihrem Leben zwischen Gesundheit und Krankheit, von ihren Erfahrungen mit der Medizin, von Veränderungen in ihrem Alltag und von Unterstützung, die sie erhalten. Diese Erzählungen können Sie sich als Videos anschauen, anhören oder als Text lesen.“

Krankheitserfahrungen.de ist ein Projekt der Universitäten Freiburg und Göttingen in Kooperation mit dem Institut für Public Health, Charité.“

Konkreter auf das Thema AD(H)S bezogen findet man auf dieser Seite: „Erfahrungen von Menschen, die selbst oder deren Kinder mit einer AD(H)S leben.“ Eine Aufmerksamkeitsstörung zählt zu den häufigsten gesundheitlichen Störungen oder Problemen im Kindes- und Jugendalter.

Für diese Seite führten wir 30 Interviews mit Kindern, Jugendlichen und Eltern aus allen Teilen Deutschlands. Sie erzählten uns von ihren Erfahrungen mit der Störung, mit den verschiedenen Behandlungsformen und vor allem ihrem alltäglichen Leben mit AD(H)S. Welche Erfahrungen machen sie in der Schule oder im Beruf? Wie schwierig war der Weg bis zur endgültigen Diagnose? Was halten sie von der Aussage, dass AD(H)S nur eine „erfundene“ oder „Modekrankheit“ sein soll? Ihre Berichte sollen anderen Betroffenen Mut machen, emotionale Unterstützung bieten, praktische Tipps vermitteln und zeigen, wie vielfältig die Verläufe sind.

In diesen Interviews werden Themen behandelt wie:

Weg zur Diagnose

Behandlung

AD(H)S in der Öffentlichkeit

Leben mit AD(H)S

Alltag und Familie

Ein weiterer Bereich beschäftigt sich mit den Personen, die interviewt wurden. Neben dem Alter des Interviewpartners und des Kindes wird in einer kurzen Beschreibung auf die jeweilige individuelle Situation und den Weg mit AD(H)S eingegangen. Hier finden sich viele Betroffene sicherlich wieder.

Fehlen dürfen auch nicht allgemeine Infos zum Thema AD(H)S sowie Links, Foren und Blogs. Hier findet man u.a. ADHS Deutschland e.V., das zentrale ADHS Netz, die AG ADHS und viele mehr.

Wer erste Informationen von Betroffenen bekommen möchte, ohne sich selber oder seine Familie in der Öffent-

lichkeit zu outen, ist hier sicherlich sehr richtig. Eine Seite, die ohne subjektives Filtern, Erfahrungen wiedergibt und beschreibt. Und diese Erfahrungen sind so unterschiedlich und facettenreich, wie AD(H)S selbst. Ob es um Erfahrungen im Austausch mit anderen Betroffenen geht, also hilft mir eine Selbsthilfegruppe oder liegt mir der Austausch im Internet mehr. Oder welche Strategien im Umgang mit AD(H)S helfen mir oder funktionieren bei mir gar nicht.

Und eines ist sicher: Wer hilft dem AD(H)Sler besser und wer versteht den AD(H)Sler besser? Natürlich der ebenfalls betroffene AD(H)Sler und nicht der „Normalo“ mit seiner Theorie.

Es ist sicherlich der Schritt vor dem Besuch einer Selbsthilfegruppe, der ihn nicht ersetzen soll, der aber den Betroffenen Mut gibt, diesen nächsten Schritt zu gehen. Die Seite zeigt, dass Betroffene nicht alleine sind, dass es andere Menschen mit ähnlichen Problemen gibt und sie zeigt Lösungen auf. Lösungen, die nicht auf Theorie basieren, sondern in Praxis getestet und erfahren wurden.

AUTORIN | **Claudia Fiegl**

Pflegegrad und ADHS

1. Überblick

Am 1.1.2017 hat sich durch das neue Pflegestärkungsgesetz einiges im Bereich der Pflegestufe (heute Pflegegrad) geändert. Neben den körperlichen Erkrankungen fallen auch die psychischen Erkrankungen viel mehr ins Gewicht. Insbesondere profitieren an Demenz erkrankte Menschen von dem neuen Gesetz. Das bedeutet auch für ADHS-Betroffene eine deutliche Verbesserung, weil die Alltagskompetenz der betroffenen Person, vielmehr als bisher, berücksichtigt wird.

- Die Voraussetzung für den Anspruch eines Pflegegrades ist, dass die Beeinträchtigung dauerhaft besteht, mindestens 6 Monate vor Antragstellung.
- Der Antragsteller muss in den letzten zehn Jahren mindestens zwei Jahre selber versichert oder über die Familienversicherung pflegeversichert gewesen sein.
- Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich nach dem Grad der Selbstständigkeit, welcher in verschiedenen Lebensbereichen gemessen wird.

Je geringer der Grad der Selbstständigkeit ist, desto höher die Pflegebedürftigkeit.

- Seit 2017 gibt es ein völlig neues Begutachtungssystem, welches den Grad der Selbstständigkeit in den Fokus setzt. Da einige ADHS-Betroffene viel Unterstützung benötigen, profitieren sie von dieser Neuregelung.
- Die Leistungen aus der Pflegeversicherung soll die Menschen dabei unterstützen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Umgebung führen zu können. Hilfestellungen können somit durch Angehörige, Nachbarn und andere nahestehende Menschen gegeben werden.

2. Pflegeleistungen für Kinder

Pflegebedürftige Kinder werden mit einem gleichaltrigen gesunden Kind verglichen. Ausschlaggebend für die Zuordnung eines Pflegegrades ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegebedarf, sondern die darüber hinausgehende Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Grundsätzlich gelten bei Kindern die gleichen Kriterien zur Begutachtung, wie bei Erwachsenen.

Antrag stellen

Der Antrag für die Pflegeversicherung wird bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt, die Pflegekasse ist der Krankenkasse angeschlossen. Das Formular ist zwar bei jeder Krankenkasse etwas anders, aber die Fragen sind einfach zu beantworten. Somit ist es kein Hexenwerk, diesen Antrag zu stellen. Wer dennoch Probleme damit hat, kann aber auch einen örtlichen Pflegedienst zu Rate ziehen, er wird bei der Antragstellung behilflich sein.

Sollte die Pflegebedürftigkeit in dem Begutachtungsverfahren festgestellt werden, hat man den Anspruch auf die Leistungen ab Antragstellung.

Der Antrag wird an die Krankenkasse geschickt und diese leitet den Vorgang weiter zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), bei Privatversicherten geht der Antrag an MEDICPROOF (Gutachter der Privaten Krankenversicherer).

Der MDK kommt zur Begutachtung nach Hause. Im vertrauten Umfeld ist es für alle Beteiligten einfacher darüber zu sprechen, bei welchen Tätigkeiten und in welchem Umfang Unterstützung notwendig ist.

Bescheid

Spätestens 5 Wochen nach Eingang der vollständigen Unterlagen erhält man einen schriftlichen Bescheid der Begutachtung. Darin erfahren Sie, ab wann und in welchem Umfang Sie Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Auf Wunsch erhalten Sie auch eine Kopie des Gutachtens, wenn Sie dem Gutachter dieses mitteilen, wird Ihnen Ihre Krankenkasse eine Kopie zusenden.

3. Das neue Begutachtungsinstrument

Wie wird die Selbstständigkeit bewertet? – Die zu begutachtende Person wird danach beurteilt, wie selbständig sie ist. Entsprechend der Selbstständigkeit wird jede Frage mit Punkten bewertet:

Definition	Punkte
Selbstständig ist , wer eine Handlung ohne fremde Unterstützung durchführen kann. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln erledigen kann.	0
Überwiegend selbstständig ist , wer den größten Teil der Handlungen selbstständig durchführen kann und für die Pflegeperson nur ein geringer Pflegeaufwand besteht.	1
Überwiegend unselbstständig ist , wer zwar noch über gewisse Ressourcen verfügt, aber Aktivitäten nur noch zu einem geringen Teil selbstständig durchführen kann. Die Pflegeperson muss vielfach anleiten und motivieren.	2
Unselbstständig ist , wer die Handlungen nicht ausführen kann und auch keine Ressourcen mehr vorhanden sind. Es reicht nicht aus, wenn die Pflegeperson motiviert oder anleitet. Die Aktionen müssen nahezu komplett von der Pflegeperson übernommen werden.	3

Quelle: Pflege durch Angehörige

4. Module der Begutachtung

Modul 1 – Mobilität: Wie selbstständig kann sich der Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern?

Modul 2 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Wie findet sich der Mensch mit Hilfe anderer örtlich und zeitlich zurecht? Kann er für sich selbst Entscheidungen treffen oder Gespräche führen?

Modul 3 – Verhalten und psychische Problemlagen:

Wie häufig benötigt der Mensch Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, wie etwa aggressives oder ängstliches Verhalten?

Modul 4 – Selbstversorgung: Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken?

Modul 5 – Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Wie aufwändig ist die Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und den Behandlungen, z. B. bei der Medikamentengabe oder beim Verbandswechsel?

Modul 6 – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf planen, sich beschäftigen oder Kontakte pflegen?

Quelle: Pflege durch Angehörige

Gesamtübersicht aller Module und Untergruppen

Für die Begutachtung zählen folgende Begutachtungsrichtlinien (BRI):

Modul 1 – Mobilität

Hier geht es nur um die Einschätzung, ob eine Person ohne fremde Hilfe eine Körperhaltung einnehmen bzw. wechseln kann bzw. ob sie sich fortbewegen kann.

Achtung: Selbstständig ist auch jemand, der sich nur mit Hilfsmitteln (ohne fremde personelle Hilfe) bewegen kann. Wer sich ohne fremde Hilfe mit einem Rollator oder Rollstuhl bewegen kann, gilt als selbstständig:

Position

- 4.1.1 Positionswechsel im Bett
- 4.1.2 Halten einer stabilen Sitzposition (z. B. auf einem Stuhl oder dem Bett)
- 4.1.3 Umsetzen (z. B. von einem Bett auf einen Rollstuhl)
- 4.1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- 4.1.5 Treppensteigen (Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen)
- 4.1.6 Besondere Bedarfskonstellation: Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine

Modul 2 – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul wird nicht die Aktivität bewertet, son-

dern die geistige Funktion. Es wird bewertet, ob eine geistige Fähigkeit

- vorhanden,
- größtenteils vorhanden,
- in geringem Maße vorhanden oder
- nicht vorhanden ist.

- 4.2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld (z. B. von Familienmitgliedern, Pflegepersonal, Freunde und Bekannte)
- 4.2.2 Örtliche Orientierung (Erkennen der eigenen Wohnung und Räumlichkeiten sowie der außerhäuslichen Örtlichkeiten)
- 4.2.3 Zeitliche Orientierung (Umgang mit Uhrzeit, Jahreszeiten, Tageszeiten)
- 4.2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen (Wichtige Ereignisse aus dem Kurzzeit- bzw. Langzeitgedächtnis)
- 4.2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen (z. B. den Tisch decken, sich anziehen)
- 4.2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben (Das Treffen von folgerichtigen und geeigneten Entscheidungen, z. B. Anziehen von Wintermantel und Stiefeln, wenn es draußen kalt ist)
- 4.2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Aufnehmen und verstehen von Alltagssituationen, z. B. das Lesen und Verstehen eines Zeitungsartikels)
- 4.2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren
- 4.2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Person kann sich bemerkbar machen bei Hunger, Durst, Schmerzen, Kälte usw. Es reichen auch Mimik, Laute oder Gestik aus, um sich mitzuteilen)
- 4.2.10 Verstehen von Aufforderungen (Fähigkeit, Aufforderung zu alltäglichen Grundbedürfnissen zu verstehen (z. B. Aufforderung den Tisch zu decken, zu essen oder sich zu waschen)
- 4.2.11 Beteiligen an einem Gespräch (Fähigkeit, den Sinn eines Gespräches aufzunehmen und zu verstehen sowie sich am Gespräch zu beteiligen)

Modul 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung benötigen. Es wird die Häufigkeit der benötigten Hilfe erfasst.

- 4.3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten (Unbeaufsichtigtes Verlassen der Wohnung, Hin- oder

Weglauftendenz, Unruhezustände, Rastlosigkeit)

- 4.3.2 Nächtliche Unruhe (Nächtliches Umherirren, Umkehr Tag-Nachtrhythmus)
- 4.3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung)
- 4.3.4 Beschädigen von Gegenständen (Aggressives Zerstören von Gegenständen)
- 4.3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen (z. B. andere Personen zu schlagen, kratzen, beißen usw.)
- 4.3.6 Verbale Aggression (Verbale Beschimpfung oder Bedrohung von anderen Personen)
- 4.3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten (Lautes Rufen, Schreien, Fluchen, usw.)
- 4.3.8 Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen (Ablehnung von Hilfemaßnahmen bei Körperpflege, medizinischer Versorgung und anderen Hilfeleistungen)
- 4.3.9 Wahnvorstellungen
- 4.3.10 Ängste (auch Panikattacken)
- 4.3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Wenig oder kaum Eigeninitiative vorhanden, sich zu beschäftigen)
- 4.3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen (Unsoziales und respektloses Verhalten gegenüber anderen Personen)
- 4.3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen (Stereotypes Wiederholen von planlosen Tätigkeiten, nesteln, Horten von Gegenständen, Kot-schmierern usw.)

Modul 4 – Selbstversorgung

- 4.4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers (Hände, Gesicht, Hals, Arme, Achselhöhlen und vorderer Brustbereich)
- 4.4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Rasieren)
- 4.4.3 Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs
- 4.4.4 Duschen und Baden einschl. Waschen der Haare
- 4.4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers
- 4.4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers
- 4.4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken (Kleinschneiden von Nahrung in mundgerechte Stücke, öffnen von Getränkeflaschen und eingießen von Getränken)
- 4.4.8 Essen (Bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen)
- 4.4.9 Trinken (Bereitgestellte Getränke aufnehmen und

trinken, auch unter Zuhilfenahme von Strohalm oder Spezialbechern)

- 4.4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gehen zur Toilette, Hinsetzen/Aufstehen, Intimhygiene und Richten der Kleidung)
- 4.4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma (Inkontinenz- und Stomasysteme sachgerecht verwenden, nach Bedarf wechseln und entsorgen)
- 4.4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma (Wie 4.4.11)
- 4.4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde

Modul 5 – Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es um die selbstständige Krankheitsbewältigung.

- 4.5.1 Medikation (Hilfestellung bei oraler Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster)
- 4.5.2 Injektionen (z. B. Insulininjektionen oder Medikamentenpumpen)
- 4.5.3 Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Portversorgung)
- 4.5.4 Absaugen und Sauerstoffgabe
- 4.5.5 Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen (Anwendungen mit ärztlich verordneten Salben, Cremes oder Emulsionen)
- 4.5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen (Messung von Blutdruck, Blutzucker, Körpergewicht usw.)
- 4.5.7 Körpernahe Hilfsmittel (An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln wie Prothesen, Brillen, Kompressionsstrümpfe usw.)
- 4.5.8 Verbandwechsel und Wundversorgung
- 4.5.9 Versorgung mit Stoma
- 4.5.10 Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden
- 4.5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (Durchführen eines angewiesenen Eigenübungsprogramms, z. B. Atemübungen, logopädische Übungen usw.)
- 4.5.12 Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- 4.5.13 Arztbesuche
- 4.5.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden), z. B. Ergotherapie, Logopädie usw.
- 4.5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)

- 4.5.16** Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

Modul 6 – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- 4.6.1** Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen (Ist die Planung und Umsetzung des Tagesablaufs und Aktivitäten noch möglich?)
- 4.6.2** Ruhen und Schlafen (Nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen)
- 4.6.3** Sich beschäftigen (Planen und durchführen von Aktivitäten, die den eigenen Vorlieben entsprechen)
- 4.6.4** Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen (Können längere Zeitabschnitte überschaut und geplant werden?)
- 4.6.5** Interaktion mit Personen im direkten Kontakt (Im direkten Kontakt mit Angehörigen, Pflegepersonen, Mitbewohnern usw. umgehen, Kontakt aufnehmen, Personen ansprechen, auf Ansprache reagieren)
- 4.6.6** Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten, Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise ablehnen)

Quelle: BRi des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

5. Pflegegrade-Übersicht mit den jeweils notwendigen Punktzahlen:

Pflegegrad 1: Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (12,5 bis unter 27 Punkte)

Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (27 bis unter 47,5 Punkte)

Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (47,5 bis unter 70 Punkte)

Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (70 bis unter 90 Punkte)

Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte).

Quelle: Pflege.de

Pflegegrad abgelehnt

Es kann aus unterschiedlichen Gründen vorkommen, dass der Pflegegrad abgelehnt wird. In diesem Fall müssen Sie innerhalb von 4 Wochen (Datum des Ablehnungsbescheides ist maßgeblich) einen schriftlichen Widerspruch einlegen. Sollten Sie kein Gutachten bekommen haben, fordern Sie dieses mit an. Anhand des Gutachtens können Sie dann Ihren Widerspruch formulieren.

6. Die Leistungen des Pflegegrades bei privater häuslicher Versorgung

Pflegegeld bei Pflegegrad	Geldleistung pro Monat
Pflegegrad 1	0 Euro
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Quelle: Pflege.de

7. Weitere Leistungen

Verhinderungspflege

Verhinderungspflege greift dann, wenn die Pflegeperson erkrankt, Urlaub hat oder aus anderen Gründen verhindert ist. Diese Kosten werden dann von der Pflegekasse übernommen.

Voraussetzung hierfür ist, dass man mindestens sechs Monate in Pflegegrad 2 bis 5 eingestuft ist. Bei Pflegegrad 1 hat man keinen Anspruch auf Verhinderungspflege.

Pro Kalenderjahr hat der Versicherte einen Anspruch auf 1612 €, die für die Verhinderungspflege eingesetzt werden können. Dabei gilt zu beachten, dass wenn man täglich über 8 Stunden Verhinderungspflege in Anspruch nimmt, das Pflegegeld bis 50 % gekürzt wird. Nimmt man die Verhinderungspflege nur stundenweise in Anspruch, nicht mehr als 8 Stunden täglich, dann erhält die Pflegeperson weiterhin das volle Pflegegeld.

Verhinderungspflege kann von einem Pflegedienst übernommen werden, aber auch Nachbarn, Freunde oder Verwandte können hier unterstützend tätig werden.

Zusätzlich zu den 1612 € für die Verhinderungspflege können weitere 806 € aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege genutzt werden.

Kurzzeitpflege

Wenn zeitweise die häusliche Pflege oder die Aufnahme in eine Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege nicht ausreicht, dann können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 vorübergehend in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen werden.

Die Kurzzeitpflege ist eine Hilfe für Übergangszeiten, wie z. B. nach Entlassung aus dem Krankenhaus, bei erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, bis evtl. Umbaumaßnahmen abgeschlossen sind usw.

Kurzzeitpflege kann bis zu 8 Wochen und bis zu einem Wert von 1612 € pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Sollte vor der Kurzzeitpflege bereits Pflegegeld bezogen worden sein, erhält man während der Kurzzeitpflege 50 % des Pflegegeldes.

Nicht in Anspruch genommene Leistungen der Verhinderungspflege können auch für die Kurzzeitpflege verwendet werden. Somit würden dann 3224€ pro Kalenderjahr für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen.

Weiteres

Es gibt bei dem Thema Pflege noch ein paar Begriffe wie z. B. Tages-Nachtpflege, Pflegesachleistungen, monatlicher Entlastungsbeitrag, um nur einige zu nennen. Auf diese Begriffe bin ich nicht weiter eingegangen, weil sie bei der Pflege von ADHS-Betroffenen in der Regel keine Rolle spielen. Sollten Sie hierzu mehr erfahren wollen, dann empfehle ich Ihnen die Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick/pflegegeld.html> oder den Ratgeber Pflege vom Bundesministerium für Gesundheit, den können Sie dort kostenfrei anfordern oder als PDF downloaden. Ebenso steht Ihnen die Pflegekasse Ihrer Krankenkasse hilfreich zur Seite. Auch hier erhalten Sie Broschüren und persönliche Informationen. Die Pflegekassen beraten und unterstützen Sie erfahrungsgemäß sehr gut.

AUTORIN | Kirsten Riedelbauch

Weitere Quellen:

- AOK GESUND UND NAH
- Bundesministerium für Gesundheit: Gute Pflege, darauf kommt es an - Ratgeber Pflege

KLINIKEN

Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit adulter ADS/ADHS

in der Mittelrhein-Klinik Bad Salzig der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Die Klinik

Die Mittelrhein-Klinik ist eine moderne Fachklinik für Psychosomatische Rehabilitation. Sie verfügt insgesamt über 178 Behandlungsplätze.

Die Klinik befindet sich in Bad Salzig, einem Ortsteil von Boppard, 20 km südlich von Koblenz im Welterbe Oberes Mittelrheintal. Sie ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem PKW gut zu erreichen. Für stationäre Maßnahmen wird bei An- und Abreise mit der Bahn ein Fahrdienst von und zum örtlichen Bahnhof angeboten.

Die Mittelrhein-Klinik führt stationäre und ganztägig

ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durch. Seit dem Jahr 2005 bietet die Klinik Rehamaßnahmen für Erwachsene mit ADS/ADHS an. Die Rehabilitanden im stationären Bereich werden in Einzelzimmern mit Bad untergebracht.

Ausgangslage

Ca. 2–4 % aller Erwachsenen sind vom Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADS/ADHS) betroffen. Aus der Diagnose allein leitet sich noch keine Rehabilitationsnotwendigkeit ab. Aber etwa 30–50 % aller Kinder mit ADS/ADHS zeigen auch als Erwachsene noch

Symptome, insbesondere Aufmerksamkeits-Störung, Aktivitäts-Störung und Störung der Impulskontrolle.

Die beschriebenen Probleme können zu einer erheblichen Gefährdung der Leistungs- und damit Erwerbsfähigkeit führen. Psychische Begleiterkrankungen können folgen (z. B. Depressionen). Negative Auswirkungen der Erkrankung im Verlauf des Lebens sind von zahlreichen Autoren beschrieben:

Es finden sich besonders häufig:

- Schulverweise/Schulabbrüche
- Geringer Bildungsstatus
- Arbeitslosigkeit
- Kündigungen/Probleme am Arbeitsplatz/häufige Arbeitsplatzwechsel
- Niedriges Einkommen

Die Mittelrhein-Klinik bietet ein multimodales Konzept zur Behandlung von Erwachsenen mit ADS/ADHS an. Multimodal bedeutet, dass die Rehabilitanden medikamentös, psychotherapeutisch und ergo- und sporttherapeutisch behandelt werden. Hierbei sollen nicht nur die erwähnten Schwierigkeiten und Defizite, sondern auch die bei ADS/ADHS-Betroffenen besonders ausgeprägten Talente und positiven Eigenschaften (z. B. Neugier, Fantasie, Kreativität, rasche Auffassung) Beachtung finden.



Diagnostik

Grundlage einer strukturierten Diagnostik ist zunächst ein ausführliches Gespräch zur Erhebung des Krankheitsbildes, weiterer psychischer Störungen sowie der Vorgeschichte und des Verlaufs der Symptomatik. Standardmäßig erfolgt die Prüfung zur Notwendigkeit einer medikamentösen Einstellung bzw. einer möglichen Verbesserung der bestehenden Medikation sowie eine Aufnah-

meuntersuchung. Ergänzend werden bei Bedarf auch Fragebogen zur Erhebung eingesetzt.

Multimodales Behandlungskonzept

Das Konzept der psychotherapeutischen Behandlung der ADS/ADHS im Erwachsenenalter besteht aus den folgenden Bausteinen:

- Information und Psychoedukation (Aufklärung und Orientierung zum Ablauf der Therapie)
- Problemaktualisierung (Verhaltensanalyse, Vorliegen weiterer Krankheitsbilder, Klärung und Aktivierung)
- Aktivierung persönlicher Ressourcen (Selbstbeobachtung und -bewertung, Regulation und Kontrolle, Anleitung zum Selbstmanagement)
- Aktivierung sozialer Ressourcen (Einbindung und Unterweisung Angehöriger, Anbindung an Selbsthilfegruppen, Netzwerke)
- Transfer und Rückfallprophylaxe (Übernahme in den Alltag, Rückfallvermeidung)

Das Konzept richtet sich an 8–10 Teilnehmer pro Gruppe, die insgesamt über 8 Sitzungen im Verlauf ihres Aufenthaltes an der Gruppentherapie teilnehmen. Einzelpsychotherapie findet begleitend und vertiefend sowie zur Beobachtung der psychotherapeutischen und ggf. medikamentösen Therapieeffekte statt.

Spezielle medikamentöse Therapie

Die Erfolgsaussichten einer alleinigen medikamentösen Behandlung im Erwachsenenalter ist geringer als es bei Kindern der Fall ist. Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass sich im Laufe des Heranwachsens die problematischen Verhaltensweisen schon weitgehend verselbstständigt haben. Trotzdem hat medikamentöse Therapie auch in der Erwachsenenbehandlung ihre Berechtigung. Es werden verschiedene Medikamente in der Behandlung eingesetzt. Ein positiver Effekt ist besonders bei den Grundsymptomen zu erwarten.

Als wirksam erwiesen sich in wissenschaftlichen Untersuchungen z. B.:

- Stimulanzien (Methylphenidat)
- Antidepressiva
- Atomoxetin
- Nikotinpflaster

In der Leitlinie zur Behandlung von ADS/ADHS werden Stimulanzien als medikamentöse Therapie der ersten und Atomoxetin als Mittel der zweiten Wahl empfohlen. Dementsprechend stehen Präparate mit diesen Wirkstoffen als Option zum multimodalen Therapieangebot für

unsere Rehabilitanden zur Verfügung. Insbesondere in Verbindung mit depressiven Störungen oder Angststörungen kommen auch moderne Antidepressiva zur Anwendung, die Wirksamkeit konnte in Studien bereits nachgewiesen werden.

Ergotherapie

Das ADS/ADHS-Therapieprogramm beinhaltet zwei Therapiemodule:

- Hirnleistungstraining (2x pro Woche 45 Minuten), kann am PC oder mit Übungsblättern durchgeführt werden (s. o.)
- Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe = ADS/ADHS-Gruppe, Kennenlernen eines ADS/ADHS-Coachings (1x pro Woche 60 Minuten).

Die Aufgabe der Ergotherapie besteht darin, den Rehabilitanden in seiner Handlungsfähigkeit so zu unterstützen, dass er in der Lage ist, im Alltag situationsentsprechend und angemessen tätig zu sein und situationsgerecht zu handeln. Das umfasst vor allem die Organisation, Strukturierung und Entwicklung von Handlungsplanung und -ausführung. Ergotherapie versteht sich seit jeher als Selbstmanagement-Therapie und wird in diesem Sinne auch erfolgreich in der Behandlung von Rehabilitanden mit ADS/ADHS angewandt. Anhand sinnvoller und zielgerichteter Tätigkeiten im gestalterischen, motorischen, spielerischen und handlungsorientierten Bereich kann der Rehabilitand planvolle Handlungsschritte selbsttätig organisieren lernen und in den häuslichen Alltag übertragen. Mit Hilfe von speziell für Rehabilitanden mit ADS/ADHS entwickelten Therapieprogrammen werden sie dazu angeleitet, ihre inneren Erregungs- und Spannungszustände erkennen und positiv beeinflussen zu können. Dabei werden bereits vorhandene Strategien des Rehabilitanden genutzt, ihm bewusstgemacht und neue geeignete Verhaltensstrategien erarbeitet.

Sporttherapie

Das Sportangebot für Menschen mit ADS/ADHS umfasst verschiedene Bausteine und hat die Verbesserung von Emotionalität und innerer Anspannung sowie von Konzentration und Motorik zum Ziel.

Integratives Therapeutisches Klettern (ITK):

Beim ITK werden an der Kletterwand Halteleistungen mit verschiedenen Griff- und Trittwechsellern geübt. Ziele sind neben der Wahrnehmung von muskulären Stärken und Schwächen die Stärkung des Selbstbewusstseins, Vertrauensaufbau, Angstbewältigung, Erhöhung der Konzen-

trationsfähigkeit und Körperbeherrschung. ITK findet 1x pro Woche in einer halboffenen Gruppe statt, Dauer 30 Minuten.

Sport in der Gruppe:

Sport in der Gruppe soll Spaß an Bewegung vermitteln und Bewegung als sinnvolle Freizeitbeschäftigung attraktiv machen. Übungsinhalte sind Bewegungsspiele mit Wettkampfcharakter, Kräftigungsübungen mit Hilfsmitteln (Theraband, Ballkissen, Klein-Hanteln), Stretching sowie Atem- und Entspannungsübungen. Der Sport in der Gruppe findet 1x pro Woche in einer halb-offenen Gruppe statt, Dauer 60 Minuten.

Achtsamkeitssport:

Achtsam sein heißt, sich selbst, seine Mitmenschen und seine Umwelt aufmerksam und unvoreingenommen zu beobachten und zu erleben ohne zu bewerten und zu interpretieren.

Mit Hilfe von Wahrnehmungsübungen wird die Achtsamkeit auf den eigenen Körper und die Umwelt gestärkt. Im Vordergrund stehen bessere Wahrnehmung eigener Gefühle, Regulation von Emotionen und wertfreier Austausch von Gedanken. Achtsamkeitssport findet in einer halboffenen Gruppe 1x pro Woche statt, Dauer 90 Minuten.

Selbsthilfegruppen

Information und Betreuung von Betroffenen und ihren Angehörigen sind besonders wichtig. In diesem Prozess nimmt seit über 20 Jahren die Selbsthilfe eine zunehmend wichtige Rolle ein. Im Rahmen der Rehabilitation sind sowohl die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen zu aktivieren als auch eine enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu pflegen.

In der Mittelrhein-Klinik werden den Rehabilitanden die Möglichkeiten der Selbsthilfe(gruppen) vermittelt. Wenn es sinnvoll ist, werden konkrete Anregungen zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen gegeben. Dazu gehören detaillierte Hinweise, wie jemand den Weg zu der für ihn geeigneten Selbsthilfegruppe finden kann, aber auch die Thematisierung und Bearbeitung von Vorbehalten und Ängsten gegenüber der Arbeit der Selbsthilfe.

Die Mittelrhein-Klinik pflegt bereits Kontakte zu diversen Selbsthilfegruppen, -vereinigungen, u.a. Juvenus e. V. und ADHS Deutschland e. V. sowie den Kontakt und Informationsstellen für Selbsthilfe (KISS) in Koblenz und Mainz.

Wie kommt man zu einer Kostenzusage?

Ansprechpartner ist in der Regel die zuständige Rentenversicherung, am besten informiert man sich in der

Auskunfts- und Beratungsstelle oder einer Servicestelle für Rehabilitation:

www.reha-servicestellen.de. Die notwendigen Formulare kann man auch im Internet herunterladen, z. B. beim: www.arbeitskreis-gesundheit.de.

Im Antrag sollte nicht nur auf die Symptomatik eingegangen werden, sondern auch die Auswirkungen des ADS/ADHS im Arbeitsleben deutlich geschildert werden. Auch sollte im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts eine Klinik, die auf die Behandlung von Menschen mit ADS/ADHS im Erwachsenenalter spezialisiert ist, ausgewählt werden.

Auf die Rehabilitation sollten man sich gut vorbereiten, um profitieren zu können, das geht unter anderem auf folgenden Seiten im Internet: www.vor-der-reha.de oder <http://www.krankheitserfahrung.de/module/medizinische-reha>.

Kontaktadressen:

Dr. med. Frank Matthias Rudolph
 Facharzt für Psychosomatische Medizin
 Rehabilitationswesen/Diabetologie
 Chefarzt der Abteilung für Psychosomatik
 Ärztlicher Direktor der Mittelrhein-Klinik
 Salzbornstraße 14, 56154 Boppard-Bad Salzig
matthias.rudolph@drv-rlp.de
www.mittelrhein-klinik.de
 Deutsche Rentenversicherung
 Rheinland-Pfalz
 Mittelrhein-Klinik

Dr. med. Anja Lüdemann
 Oberärztin
anja.luedemann@drv-rlp.de

BERICHTE

Mitgliederversammlung, Symposium und Fortbildung in Königswinter 2018

Ein Wochenende mit dem ADHS Deutschland e. V. aus vielen verschiedenen Blickwinkeln

Das Arbeitnehmerzentrum in Königswinter liegt direkt am Rhein und bietet die idealen Rahmenbedingungen für unsere Veranstaltung mit rund 300 Teilnehmern und namhaften Referenten aus ganz Deutschland.

Die idealen Voraussetzungen im AZK „alles unter einem Dach“, das frühsummerliche Wetter, das umfangreiche Programm für alle Zielgruppen und die tolle Organisation sorgten für zufriedene Teilnehmer und eine erfolgreiche Veranstaltung

Wer wollte und konnte, hatte bereits am Freitag, den 20.04.2018 die Möglichkeit, sich auf das Wochenende einzustimmen:

Die Organisatoren luden alle Interessierten ein, gemeinsam den Drachenfels zu „erklimmen“. Wer sich vor den Tagen der geballten Informationen noch austoben wollte, konnte zu Fuß den Berg hinauf, die anderen genossen die Landschaft bei der Fahrt mit der Drachenfelsbahn.

Das Wetter passte, die Stimmung ebenso, nun konnte



am 21.04.2018 das Symposium „**ADHS: Komorbiditäten, Therapie, Biographie ... aber Langeweile, nie!**“ beginnen.

Um 9.45 Uhr ging es im vollbesetzten Saal des AZKs mit der Begrüßung durch den 1. Vorsitzenden Hartmut Gartzke los. Neben dem herzlichen Dank für das Engagement an alle Aktiven bat er darum, auch in Zukunft für eine Mitgliedschaft im Verband zu werben:

Liebe Gäste, liebe Referenten, liebe Mitglieder,

als Vorsitzender des ADHS Deutschland e. V. möchte auch ich Sie ganz herzlich zu unserem Symposium „ADHS: Komorbiditäten, Therapie, Biographie ... aber Langeweile, nie!“ begrüßen.

Ich freue mich, dass Sie hier sind. Ich denke, dass uns wieder ein interessantes Programm in Verbindung mit unserer Mitgliederversammlung gelungen ist – besonders gut gefällt mir der Hinweis darauf, dass es mit ADHS nie langweilig wird – für mich im doppelten Sinne als Vorstandsvorsitzender aber auch als Vater.

Bevor wir nun zu den Vorträgen kommen, gestatten Sie mir noch einen kleinen Abstecher in die Selbsthilfe, in die Arbeit von vielen hier im Saal.

Wenn wir heute von den vielseitigen Aspekten der ADHS hören, uns über die inzwischen bewährten Therapien unterhalten – wo liegt da der Wert der Selbsthilfe?

Sie haben ja bereits den Film durchlaufen sehen, in dem wir auf unsere Aktivitäten verweisen. Als Vorsitzender kann ich stolz sein auf die vielfältigen Aktivitäten im gesamten Verband – bei hunderten Helfern. Es ist daher schwer, einzelne Punkte herauszugreifen. Ich versuche es dennoch mit zwei Aspekten – aber verbunden mit dem Dank an alle Helfer.

Zunächst zu unserer Basis, unsere Selbsthilfegruppen: Warum haben diese so einen großen Wert – erst recht in der Zeit der schnellen digitalen Information?

Um diese Frage zu beantworten greife ich gerne auf eine Forsa-Umfrage und insbesondere auf eine Studie zurück, die Sie, liebe Frau Professor Philipsen, zur „Wirksamkeit von Selbsthilfe bei Erwachsenen mit ADHS“ initiiert haben. Auch hier ganz herzlichen Dank an Sie Frau Professor Philipsen, die sie uns seit Jahren mit Ihren Artikeln und Vorträgen unterstützen!

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ADHS-Betroffene, die am Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe teilnehmen, diesen mit einer Mehrheit von über 80% für sehr wichtig halten. Die Studie der Universität Oldenburg hat die positive Wirksamkeit auf die ADHS-Symptomatik auch belegt – sogar in einem außerordentlichen Maß, welches vorab kaum zu erwarten war.

Das ist die eine Sicht – der Wert unserer Regionalgruppen. Ganz herzlichen Dank daher an alle anwesenden Regionalgruppenleiter/-leiterinnen. Der Wert Eurer Arbeit ist gar nicht hoch genug einzuschätzen.

Und dann das Mitwirken bei der Erstellung von Patienten-Leitlinien, die medizinische Informationen den Betroffenen besser verständlich machen. Das auf Basis von Medizinischen Leitlinien. Hier gilt unser Dank ganz besonders Ihnen Frau Professor Philipsen und Dir, lieber Klaus Skrodzki, da beide die Erstellung der aktuellen Leitlinie ADHS begleiten.

Es findet sich übrigens in der nächsten Ausgabe der neuen

Akzente ein sehr interessanter Einblick, mit welchem Qualitätsanspruch diese aktuelle medizinische Leitlinie ADHS von einem interdisziplinären Expertenteam entworfen wird.

Dieser evidenzbasierte Blick, der auch die Grundlage für unsere Arbeit ist – also basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen – macht unsere Arbeit glaubwürdig und resistent vor den (immer weniger werdenden) Angriffen oder auch nur Fehlinformationen in den Medien.

Das sind jetzt nur zwei aus meiner Sicht wichtige Punkte, die Ihnen verdeutlichen sollen, was der Verband für die ADHS-Betroffenen leistet. Wir werden zwar von den Krankenkassen in einem gewissen Rahmen gefördert – die Quantität und Qualität unserer Arbeit hängt aber immer mehr auch von den uns zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln ab – und dazu zählen insbesondere unsere Mitgliedsbeiträge.

An alle, die noch kein Mitglied im ADHS-Deutschland e. V. sind:

Wir würden uns freuen, wenn auch Sie uns mit einem – meines Erachtens geringen – Mitgliedsbeitrag unterstützen würden. Wenn ich meine anderen Mitgliedschaften in Vereinen sehe, ist es für mich sogar der geringste Jahresbeitrag – aber der für mich Wichtigste.

Die Antragsformulare finden Sie bei den Tischen mit den Flyern. Seien Sie spontan wie unsere ADHS'ler: gleich unterschreiben! Vielen Dank und viel Spannendes bei unseren Vorträgen!

Als erster Referent stellte Dr. Klaus Skrodzki alle möglichen und auch unmöglichen Therapieformen vor. Er erläuterte anschaulich, was wie hilft (oder eben nicht). Die Folien können übrigens auf unserer Internetseite unter http://adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-8/19_read-8793/downloaded werden

Anschließend kam Frau Professor Philipsen trotz „Gipsbein“ und Gehhilfe und referierte über „Persönlichkeits- und affektive Störungen – eine ADHS kommt selten alleine“. Sie berichtete über ihre neue Aufgabe als Leiterin des Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie in Bonn auf dem Venusberg.





Nach dem Mittagessen folgte der Vortrag von Frau Dr. Alexandra Lam „Fallstricke in der Diagnostik – Bedeutung der Biographiearbeit“. Die dazugehörigen Folien können Sie ebenfalls auf unserer Internetseite unter o.g. Adresse downloaden. Ihr möchten wir an dieser Stelle noch einmal unseren besonderen Dank aussprechen, da

sie ganz kurzfristig für einen erkrankten Referenten eingesprungen ist – mit einem Vortrag, der weitaus mehr als nur ein Ersatz war und auf sehr großes Interesse der Anwesenden gestoßen ist.

Den Abschluss des Symposiums gestaltete Frau Christina-Maria Stegemann mit einem Einblick in das „Mentalhaus – ein Therapieprogramm mit verhaltens- und hypnotherapeutischen Elementen für erwachsene ADHS-Betroffene“

Direkt im Anschluss an das Symposium folgte die Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e. V.:

Der erste Vorsitzende Hartmut Gartzke begrüßte um 16 Uhr alle Mitglieder und eröffnete die Mitgliederversammlung. Von den anwesenden Mitgliedern waren 109 stimmberechtigt. In den folgenden 1 ½ Stunden wurde außer den üblichen Formalien wie Kassenbericht und –prüfung, Haushaltsplan, Entlastung des Vorstands auch über die jährliche Arbeit berichtet. Hier eine kurze Übersicht über die aktuellen Entwicklungen:

- Seit letztem Sommer wird eine Online-Selbsthilfegruppe für Mitglieder angeboten.
- Auf zahlreichen Veranstaltungen waren wir vertreten, 2017 erstmals auch auf dem evangelischen Kirchentag, der in Berlin stattfand.
- Wir haben mit der Bayerischen Lehrerfortbildungseinrichtung in Dillingen eine Online-Fortbildung zum Thema ADHS für Lehrer entwickelt, die erstmals ab April 2018 in Bayern angeboten wurde und möglichst bundesweit zur Verfügung gestellt werden soll.
- Wir haben erstmals stimmberechtigt bei der Erstellung der S3-Leitlinien zur ADHS mitgewirkt. Es wird eine Patienten-Leitlinie folgen, die auch für Menschen lesbar ist, die kein Medizin-Studium absolviert haben.
- Wir arbeiten mit dem Dachverband ADHD Europe zusammen, Frau Bea ist dort stellvertretende Vorsitzende, europäische Infos zu ADHS finden sich unter www.adhdeurope.eu.
- Wir haben Broschüren rund um das Thema ADHS erstellen lassen, darunter vier in einfacher Sprache (zwei gedruckt, zwei weitere online erhältlich, diese stehen

unter <http://adhs-deutschland.de/Home/Unser-Angebot/Infobroschuere.aspx> zum Download zur Verfügung.

- Wir haben eine Projektförderungszusage von der AOK: ab voraussichtlich Herbst wird es auf unserer Homepage einen Spenden-Button und einen Online-Mitgliedsantrag geben.
- Ebenfalls über Krankenkassenförderung finanziert werden informative Videos über ADHS, die u.a. auf YouTube laufen sollen, im Laufe des Jahres erstellt werden.

Nach Beendigung der Mitgliederversammlung wartete auch schon das Abendessen.

Nach dem Abendessen saßen viele Teilnehmer/-innen noch auf der Terrasse des AZK zusammen. Mit sommerlichen Temperaturen und Blick auf den Rhein klang der Tag gemütlich aus. Keine Frage: Fortsetzung folgt!

Auf ein Wiedersehen in Bruchsal 2019!



Am Sonntag, den 22.04.2018 folgte die Fortbildungsveranstaltung für Aktive des ADHS Deutschland e. V., die mindestens einmal im Jahr verpflichtend ist.

Es wurden fünf verschiedene Workshops angeboten. Ein ganz herzlicher Dank nochmal an alle Referenten, die allesamt ehrenamtlich ihre Workshops gehalten haben.

1. Projekte – von der Idee bis zur Veranstaltung (Kirsten Riedelbauch und Karin Seegers)
 2. Störenfriede, Trolle und andere Besonderheiten in der Gruppenarbeit (Margit Tütje-Schlicker, Walter Schlicker)
 3. Strategien zu aktiven Verhaltenssteuerung in Lernsituationen (Christiane Eich)
 4. Ressourcenanalyse (Patrik Boerner)
 5. Einführungsworkshop für neue Gruppenleiter (Dr. Myriam Bea)
- Sonntagmittag endete das Fortbildungswochenende 2018.

AUTOREN | A.F., M.B., V.S., P.F., H.G., A.G., P.B.

Ein bewegtes Wochenende



Am 20. bis 22. April war es wieder soweit. Der ADHS Deutschland e. V. traf sich im Rahmen einer Veranstaltung in Königswinter bei Bonn. Während Eltern, Betroffene und Interessierte an Seminaren und Workshops rund um das Thema ADHS teilnahmen, fand parallel eine Kinder- und Jugendbetreuung statt. Die Gruppe der 6- bis 11-jährigen erlebten zwei Tage ganz im Sinne der Psychomotorik. Am Samstagmorgen (21.4.2018) gingen wir in die Sporthalle, die für die nächsten beiden Tage ein Erlebnis- und Lernort für die Kinder darstellte. Mit dem Materialangebot und der Größe der Halle konnte man den Interessen und Bedürfnissen der Kinder sehr gut gerecht werden. Zu Beginn starteten wir mit einem Sitzkreis, der als kurze Vorstellungsrunde genutzt wurde. Von Anfang an war die Neugierde und Aufregung der Kinder zu spüren. Die Phantasie war bei den Kindern direkt geweckt, sodass die Ideen nur so „sprudelten“. Demnach war es ihnen möglich sich kreativ und selbstbestimmt mit den unterschiedlichen Materialien auseinanderzusetzen. Sie konnten sich alleine oder in kleinen Gruppen überlegen, worauf sie Lust haben und eigene Ideen äußern. Anschließend ging es auch schon in die konkrete Umsetzung der vorab geschmiedeten Pläne: Die Fußballbegeisterten erschufen sich ein Fußballfeld aus Holzbänken und Toren aus Weichbodenmatten. Bei der Frage nach der Feldgröße und der Befestigung der Tore gab es rauchende Köpfe und hitzige Diskussionen. Pläne wurden abgesprochen, ausprobiert und wieder verworfen. Solange bis es den einen Plan gab, der umsetzbar und für alle zufriedenstellend war. Der Gruppenkontext ließ viel Raum für Sozialerfahrungen und die Kinder hatten die Möglichkeit, sich im Rahmen einer „neuen“ Gruppe in neuen Rollen zu erleben und kennenzulernen. Parallel zum Fußballspiel bot sich ausreichend Platz für eine Art Bewegungsbaustel-

le, in die ebenfalls die Wünsche und Ideen - vor allem der Mädchen - miteinfließen. Neben einer „Wackelmatte“, einer Höhle, einem Trampolin und Möglichkeiten zum Balancieren, konnten die Kinder eigens kreierte Kunststücke an den herabgelassenen Ringen zeigen, die zeitweise an eine Manege des Zirkus erinnerten. Dadurch wurde deutlich, wie vielfältig und bunt Wahrnehmungsförderung sein kann.

Nach einem ereignisreichen Morgen und dem anschließenden Mittagessen trafen sich alle erneut in der Sporthalle wieder. Die Eindrücke des Vormittags, das gute Essen und das warme Wetter führten bei vielen Teilnehmern zu Müdigkeit. Alle Beteiligten konnten die Bewegungsangebote nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen nutzen. Demnach wurde die „Wackelmatte“ nicht wie morgens als Rangel- und Tobefläche genutzt, sondern als ein ruhiger Ort, an dem es gewünscht ist sich auszuruhen. Nach der kleinen Ruhephase war die Bewegungslust der Kinder wieder zu spüren. Einige widmeten sich den Spielen vom Vormittag, andere wiederum hatten ihren Spaß mit Gruppen- und Fangspielen wie z. B. „Räuber und Bandit“. Die Kinder brachten von Zeit zu Zeit immer neue Anregungen und Spielregeln mit ein, sodass spannende Spielvariationen entstehen konnten.



Der Sonntag begann mit dem Treffen in der Unterkunft und dem gemeinsamen Weg zum nahe gelegenen Spielplatz, auf dem sich die Kinder auspowern konnten. Neben den Spielgeräten nutzten sie die anschließende Rasenfläche für diverse Ballspiele. Der Spielplatz, direkt am Rheinufer gelegen, lud ebenfalls dazu ein das Ufer und das Gewässer ein wenig zu erkunden. In Kleingruppen haben die Teilnehmer das Gewässer etwas genauer unter die Lupe genommen. Nach ein paar Stunden an der frischen Luft neigte sich die Veranstaltung am Sonntagmittag dem Ende. Die Teilnehmer schienen müde aber zufrieden und konnten mit einem Lächeln im Gesicht ihre Eltern empfangen.

AUTORIN | Lena Fangmann, Motopädin



Königswinter 2.0

In diesem Jahr war es wieder soweit: Am Wochenende vom 21. bis 22. April versammelten sich Mitglieder und Interessierte vom ADHS Deutschland e. V. in Königswinter zum Symposium „ADHS: Komorbiditäten, Therapie, Biografie ... , aber Langeweile, nie!“. Begleitend dazu gab es auch wieder Kinder- und Jugendbetreuungen in verschiedenen Altersklassen.

Für die 11- bis 13-Jährigen begann der Samstag mit einigen Spielen zum Kennenlernen im Freien. Nachdem das Eis zwischen den Jugendlichen gebrochen war, nahm sich Dr. Zehe (Kinder- und Jugendarzt) 90 Minuten Zeit, um mit der Gruppe über das Thema „Wie funktioniert mein Medikament?“ zu sprechen. Während Dr. Zehe erklärte, wie das Gehirn funktioniert und was beim AD(H)S verändert ist, hätte man eine Stecknadel fallen hören können. Die Jugendlichen hörten sehr aufmerksam zu, stellten Fragen und konnten viel über die Medikamente bei AD(H)S lernen und sich untereinander austauschen. Nachdem alle Kräfte beim Mittagessen wieder aufgeladener wurden, kam Dr. Streif (Psychologe) zu uns und sprach mit den Jugendlichen über das Thema „Wer bin ich – Wie sehen mich

andere? Selbstwahrnehmung bei ADHS“. Durch die angenehme Atmosphäre untereinander hatten auch hier die Jugendlichen die Möglichkeit offen und ehrlich zu sprechen und über ihre Erfahrungen zu reden. Im Anschluss gab es noch eine Rallye am Rhein, bei der Köpfe und Beine ordentlich in Schwung gebracht wurden.

Am Sonntag haben wir zusammen mit der Gruppe „14+“ den Drachenfels bezwungen! Insgesamt ca. 5 km Fußweg (eine Strecke!) durch das malerische Siebengebirge und eine ordentliche Steigung hielten uns nicht davon ab bis an die Spitze des Drachenfels – zur Ruine Burg Drachenfels – aufzusteigen. Von oben hatten wir einen wunderschönen Ausblick auf den Rhein und auf Schloss Drachenburg. Die perfekte Gelegenheit, um ein paar Fotos als Andenken zu machen. Leider hatten wir ein straffes Zeitprogramm, so dass wir uns nach einer viertel Stunde Pause schon wieder auf den Heimweg machen mussten, um pünktlich beim Mittagessen zu sein bzw. um die Rückreise anzutreten.

Ich bedanke mich bei allen Teilnehmenden für das schöne Wochenende, eure Motivation und Energie sowie bei allen Betreuern für eure wunderbare Unterstützung!

AUTORIN | Alena Marsch
(Leiterin Kinder- und Jugendbetreuung)



Wochenendfreizeitgestaltung des ADHS-Deutschland e. V. Fortbildungswochenende

Die Laufzeit war vom 20.4.2018 ab 18:00 Uhr bis zum 22.4.2018 13:00 Uhr.

Zielsetzung

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

Projektvorbereitung

Am Abend des 20.4. trafen sich alle Kinder- und Jugendbetreuer mit der koordinierenden Leitung K. Riedelbauch, um die Planung des Projekts festzulegen. Die Kinder und Jugendlichen wurden in drei Altersgruppen aufgeteilt. Herr Menter, Herr Schneider und Frau Töpfer übernahmen die Betreuung der 14+ Gruppe.

Die Planung für die 14+ des 21.4. und 22.4.:

Samstag

9:30 bis 10:45 Uhr Kennenlernen/Was erwartet mich – was erwarte ich?

10:45 bis 12:15 Uhr Vortrag „Wer bin ich – wie sehen andere mich? Selbstwahrnehmung bei ADHS“ von Dipl. Psych. Dr. Johannes Streif

12:15 bis 13:30 Uhr Mittagessen

13:30 bis 15:00 Uhr Vortrag „Wie funktioniert mein Medikament?“ von Dr. Bernhard Zehe

15:00 bis 17:00 Uhr Abschlussrunde

Somit mussten die Betreuer den Ablauf der Kennenlern- und der Abschlussrunde planen. Für die Kennenlernrunde beschlossen die Betreuer, dass sich die Teilnehmer je zu zweit finden und sich gegenseitig vorstellen sollten. Dann sollte im Plenum jeder seinen Partner der Gruppe vorstellen. Zum Abschluss sollte dann jeder Teilnehmer irgendeiner Person eine beliebige Frage stellen. Wir erhoff-

ten damit, dass die Teilnehmer sich der Gruppe öffnen, um dann später nicht aufgrund von irgendwelchen Hemmungen keine Fragen zu stellen.

Für die Abschlussrunde wurden verschiedene Möglichkeiten vorausgeplant, die, je nach der Laune und der Verfassung der Teilnehmer, variabel umänderbar waren. Fest wurde nur eine Abschlussdiskussion geplant, wo die Teilnehmer Feedback über die Vorträge und die Betreuer äußern konnten.



Projektdurchführung

Die Betreuer warteten im Raum „Rolandsbogen“ auf die Teilnehmer. Den Eltern und volljährigen Teilnehmern wurden zwei Formulare ausgeteilt. Einmal die Einverständniserklärung für die Übergabe der Aufsicht an die Betreuer und zum anderen eine Einverständniserklärung, dass Bilder von den Teilnehmern gemacht werden dürfen.

Als die Gruppe bis auf zwei Teilnehmer vollständig war, ging die Gruppe nach draußen, um mit der Vorstellungsrunde anzufangen. Die Durchführung erfolgte wie geplant und die Teilnehmer nahmen mit Motivation teil. Die zwei letzten Teilnehmer kamen dann dazu, als sich die Teilnehmer der Gruppe schon gegenseitig vorgestellt hatten. Daher haben sie sich dann selbst vorgestellt.

Als dann die Teilnehmer sich selbst eine Frage ausdenken sollten, zögerten viele am Anfang. Einige äußerten dabei, dass sie nicht wüssten, was für Fragen sie stellen könnten. Frau Töpfer machte dann ein Beispiel und fragte eine Teilnehmerin, wo sie ihren Schuh gekauft hatte. Danach haben auch alle Teilnehmer eine Frage gestellt, einige über die Vorstellung einer bestimmten Person, andere über Schuheinkäufe.

Danach ging es zurück in den Gruppenraum, wo die Teilnehmer auf den ersten Referenten warteten. Dabei begann die Gruppe dann über Vorurteile gegenüber ADHS zu sprechen.

In dem Vortrag von Herrn Streif arbeitete er mit der aktiven Teilnahme der Teilnehmer und es schien, dass die Teilnehmer dem Vortrag aufmerksam zuhörten, da sie häufig Fragen gestellt haben und aktiv bei der Interaktion mit Herrn Streif waren.

Nach der Mittagspause ging es mit dem Vortrag von Herrn Zehe über Medikamente weiter. Ähnlich wie bei dem Vortrag von Herrn Streif arbeitete Herr Zehe mit dem Vorwissen der Teilnehmer über ADHS und Medikamente. Dabei ging er näher auf die Medikamente ein, für die sich die Teilnehmer interessierten und beantwortete viele Fragen der Runde.

Bevor es, nach dem Vortrag, mit der letzten Einheit anfang, gab es eine 15-minütige Kaffeepause. Danach leitete Frau Töpfer das erste Spiel ein. Das Ziel des Spieles war von einem Punkt zu einem etwa 6 bis 8 Meter weit entfernten Punkt zu gelangen. Dabei durfte man nur auf ein Stück Papier treten und jeder Teilnehmer bekam eines. Eine weitere Regel war, dass die Teilnehmer sich gegenseitig im gesamten Verlauf des Spieles berühren mussten.

Beim ersten Versuch fielen die Teilnehmer beim dritten Schritt auf die Wiese. Da erinnerten die Betreuer die Teilnehmer, dass sie alle Ressourcen nutzen durften, die sie zur Verfügung haben. So begannen die Teilnehmer in einer Kettenform, sich langsam voranzubewegen. Der vorderste Teilnehmer bekam immer ein neues Blatt von hinten, das er vor sich legte. Dann machte er mit allen hinter ihm aufgestellten Teilnehmern einen Schritt. Der letzte Teilnehmer nahm dann das hinterste Blatt und reichte es nach vorne. So gelang es ihnen, die Aufgabe zu bewältigen. Ein kleiner Teilnehmer ließ sich von einem Betreuer tragen, um für eine bessere Koordination zu sorgen. Fast alle Teilnehmer haben an dem Spiel mit Freude teilgenommen, zwei Teilnehmer jedoch mussten erst überzeugt werden, mitzumachen.

Nach dem Spiel ging die Gruppe auf die obere Etage des Gebäudes, wo zwei Tischtennisplatten bereitgestellt worden waren. Tischtennisschläger wurden vom Haus ausgeliehen. So wurde an dem einem Tisch ein Gruppentischtennispiel gespielt und am zweitem ein normales 1 vs. 1 Spiel. Drei Teilnehmer nahmen am Anfang teil, dann aber zogen sie sich aus dem Spiel zurück und unterhielten sich auf einem Sofa, welches in der Nähe war. Oder Drachenfels' Bei der letzten Einheit wurde, wie geplant, eine Feedbackrunde eingeleitet, wo die Teilnehmer Rückmeldung zu den Vorträgen und den Betreuern geben konnten. Danach wurden die Teilnehmer von ihren Eltern abgeholt.

Sonntag:

09:30 bis 13:00 Uhr: Herausforderung: Könnt ihr den Drachen bezwingen?

Das Ziel des heutigen Tages war das Erklimmen des Dra-

chenfels und die Besichtigung der Ruine. Dabei ging es darum, fußläufig den Berg hinauf zu steigen, um die Aussicht als Belohnung genießen zu dürfen. Zudem sollen die Jugendlichen (14+) lernen ihre Energie sinnvoll zu nutzen und ausschöpfen zu können.

Zunächst hat sich die Gruppe mit den Gruppenleitern zur Vorbereitungsbesprechung getroffen, dabei ging es um die Organisation des Tages: Haben alle genug zu trinken? Wie ist der Ablauf? Was sollen die Jugendlichen beachten? Sind alle angemeldeten Jugendlichen da?

Die Gruppenleiter waren: Marcel, Marvin und Miriam.

Da die Jugendlichen unbedingt die Ruine anschauen wollten, waren diese auch sehr motiviert, den Berg hinauf zu wandern. Zudem konnten sie die wunderbare Landschaft mit ihren Kameras einfangen und diese als Erinnerung festhalten. Durch die Motivation und die Energie, die die Jugendlichen mitbrachten, war es auch für uns eine Freude mit ihnen dieses Erlebnis teilen zu dürfen. Aufgrund der nötigen Freiheit, die Jugendliche brauchen, konnten sie sich auf der Wanderung vollends entfalten und feststellen, dass es trotz der vielen Energie, die sie haben, auch für sie anstrengend sein kann. Trotzdem haben es alles geschafft den Weg hin und zurück zu laufen.

Anschließend gab es noch eine kleine Feedbackrunde unter der Gruppe.

AUTOREN | Miriam Töpfer, Marcel Menter

Schwungvoll nach Berlin

Im November kam eine Einladung für ein Tanz- und Körpersprachen-Wochenende. Ich habe nicht lange überlegt und zugesagt. Wer kann da nein sagen? Und das Ganze mitten in Berlin.

Schnell waren die Teilnehmerplätze an Selbsthilfegruppenleiterinnen vergeben. Das verrät doch sehr, was Frauen lieben.

Die Fahrkarte online gebucht, Koffer gepackt und voller Vorfreude. Ja, und wie es im Leben ist:

Die Fahrkarte war offensichtlich nicht gebucht, nur der Platz. Und dies stellte ich fest, nachdem Frederike, das Sturmtief über Deutschland zog und Straßen blockierte und Bahngleise lahmlegte. Mit zeitig nach Berlin war nix. Das mit der Karte regeln: 80 Bahnkunden vor mir, am Freitagmittag kurz vor 14 Uhr der erste Zug aus Kassel, viele

Wartende seit gestern und die Kälte auf dem Bahnhof. Schnell umgedacht, buchte ich meine Karte für Samstagfrüh: erster ICE nach Berlin.

Ausgeschlafen, gut gelaunt und fast pünktlich kam ich im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie an. Gleich ging es mit einem Kreistanz los. Ohne groß Üben, ging ganz gut. Kein Knoten in den Füßen. Habe immer Probleme mit links und rechts. Und Rhythmus, wenn alles neu und fremd ist.

Erleichtert ging es weiter mit noch mehr Erwärmung der einzelnen Körperteile. Danach breiteten wir uns einzeln in allen Dimensionen aus. Sich ausweiten, den Platz einnehmen; im nächsten Augenblick sich klein machen und eng umschlingen. In der nächsten Übung ging es darum, den Raum in der Tiefe zu ertanzen. Etwas später sich zu begegnen durch Blickkontakt und Berührung. Ohne Absprachen entstanden eigene Gruppentanzspiele. Und so ging es immer Schritt für Schritt in eine andere Übung über. Dazwischen gab es immer etwas zu trinken, auch zu essen und Pausen.

Ausruhen in der Hängematte tat so einigen gut. Körperlich und geistig waren wir gut ausgelastet.

Ilona, unsere Tanz- und Kursleiterin, hat uns immer wieder aufgefordert, unsere Erfahrungen und Empfindungen in Wort und Bild kundzutun. Ja, sie wollte ihre Ziele erreichen: Diese Erfahrungen sollen uns bei der Selbstregulation unterstützen, im Selbstbewusstsein stärken, Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung und Kompetenzen in der nonverbalen Kommunikation fördern.

Am Sonntagmittag beim Abschiedessen saßen wir uns ausgepowert und guter Dinge fast wortlos gegenüber. Jede hat sicherlich eine Menge Inspiration für die Arbeit in der Gruppe mit nach Hause genommen.

Was bringt da das Tanzen bei unseren Tätigkeiten/Funktionen im ADHS-Verband? - Eine Menge:

Für jeden Menschen sind dies generell gute Übungen, aber für ADHSler stellen sie eine besondere Herausforderung wegen der hohen Reizoffenheit und Ablenkbarkeit dar. Und bei der Arbeit mit Personen der gleichen Problematik ist es manchmal nicht einfach, im Gespräch freundlich, konzentriert und helfend zu beraten. Und dabei seine Grenzen zu finden und zu kennen.

Worte sind wichtig, aber nicht alles. Sie bringen unser Anliegen hervor, aber Tanzen verändert die Stimmung und lässt Raum für neue Möglichkeiten, neue Betrachtungsweisen. Es gibt mir Ideen, ich kann besser Stimmungen auffangen und Spielraum für Veränderungen gewinnen und es macht uns neugierig.

Tanzen und Neugier haben einiges gemeinsam:

1. Sie vertreiben Langeweile.
2. Sie erweitern den Horizont.

3. Das Gedächtnis wird gestärkt.
4. IQ und Noten verbessern sich.
5. Sie fördern Kontakte.
6. Sie lassen Ängste ausblenden/verschwinden.

Es sind einige Wochen seit dem Workshop vergangen und ich spüre mehr Bewusstheit in meinem Handeln, obwohl ich mehr mein Bauchgefühl mitnehme. Aber ich formuliere noch deutlicher meine Ziele und versuche sie nicht aus dem Auge zu verlieren und gleichzeitig versuche ich meine Umwelt zu beherzigen, aber nur soweit es mir guttut.

Es gibt viel zu lernen immer aufs Neue.

AUTORIN | Claudia Friebe

didacta 2018

didacta 2018, was heißt das eigentlich?

Die Bildungsmesse „Alle Trends aus der Branche – vom außerschulischen Lernen über E-Learning bis hin zur ökologischen Schulverpflegung.“

840 Aussteller in 3 Hallen auf dem Messegelände in Hannover. Soweit so gut. Was heißt das aber für einen Aussteller wie der ADHS-Landesgruppe? In diesem Fall der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen.

Vorbereitung und Planung:

Erstmal die „Angst“ vor der großen Aufgabe! Was müssen wir eigentlich tun? Dagegen steht dann die Erfahrung der letzten Male, wir haben ja schon mehrere Ausstellungen hinter uns. Also frisch ans Werk. Im Herbst 2017 gehen die Vorbereitungen los. Anträge an die Krankenkassen schreiben; die IKK erklärt sich bereit die gesamten Projektkosten zu tragen. Super. Jetzt den Stand aussuchen und reservieren, 16 qm diesmal. Standbesetzung für die Zeit, 5 Personen täglich am Stand.

Was brauchen wir an Material? Unsere Broschüren für die Aufklärung zum Thema ADHS, 14 Stück sind es jetzt schon, alle mindestens 500 Mal drucken. Der Berg Papier in unserem Haus wächst.

Dazu noch Flyer, kleine Geschenke etc. für die Standbesucher. Nebenbei haben wir aus Kostengründen ein Geschenk selbst gebastelt, 1000 Teebeutel in Tüten verpackt und mit Aufkleber versehen. Ach ja, Deko für den Stand brauchen wir ja auch noch. Schwups sind zwei durchsichtige Kugeln bestellt, Größe ca. doppelter Fußball. In eine



kommen die kleinen Gummibärtüchchen rein. Was in die andere? Da wurde kurz vor Beginn der didacta, Termin 20.02.18 bis 24.02.18, unser ADHS-Gehirn gebastelt.

So, an alles gedacht. Packen und los, am Montag, den 19. 02. 18 mit zwei Bullis zum Messegelände nach Hannover. Der eine Bulli war bis oben hin voll mit Material und Zubehör für den Stand, der andere lief als Personentransporter. Margit und Walter mit Tochter Jule fahren frohen Mutes und gespannt zur Messe.

Aufbau:

Da sind wir nun im Getümmel der Aufbaumannschaften, kalt ist es noch in den Hallen, Gabelstapler wuseln herum, wir sind da mit unseren Schiebewägelchen eher unauffällig. Da ist ja unser Stand, schon fertig aufgebaut – Gott sei Dank.

Jetzt geht es an die Aufstellarbeiten, Theke aufbauen, Aufsteller raus, Kugeln platzieren aufhängen. Wo kommen die ganzen Dinge hin? 3 Stunden später ist alles fertig. Jetzt los ins Hotel, morgen geht es los. Die Spannung steigt.

Die Messe:

Erzieher*Innen, Pädagog*Innen, Schulleiter*Innen, Studierende in Erziehungsberufen von nah und fern. Aus der Schweiz war jemand dabei, aus Sachsen, Thüringen, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Bayern und Berlin. Unsere Broschüren gingen weg wie „warme Semmeln“. Der Bedarf an Informationen war groß, ebenso das Interesse an unseren Auslagen und Aussagen. Diskussionen zu Behandlungen/Therapien, „Braucht man unbedingt Medikamente oder geht das auch anders?“



Genau so wie in unseren Regionalgruppen. Die ADHS-Symptomatik war allgemein bekannt, doch es gibt immer mehr detaillierte Fragen. Gibt es auch spezielle Informationen für Senioren oder für Kleinkinder? Was ist mit Komorbiditäten? Wo gibt es Hilfe? Was macht man bei ...???

Nicht für alles gibt es eine Antwort, aber sehr vieles konnten wir in den Gesprächen aufklären. Sehr gut kam es an, dass wir diesmal auch junge Menschen in der Standbesetzung hatten. Wir hatten unsere Hochphasen von ca. 10:30 Uhr bis nachmittags um 15:00 Uhr. Da war der Stand rappellvoll und die Besucher standen teilweise in drei Reihen vor unserem Stand. Da hatten wir alle Hände voll zu tun, um unsere Broschürenständer immer gefüllt zu haben.

Unser selbstgebautes ADHS-Gehirn war für viele sehr anschaulich und half uns gut, die Symptomatik zu beschreiben.

Alles in allem waren es fünf anstrengende aber auch bereichernde Tage in Hannover.

Die Standbesetzung:

Leitung: Margit Tütje-Schlicker

Team: Astrid Bojko-Mühr, Gerda Borger, Angela Fresslé, Jule Schlicker, Mattis Schlicker, Walter Schlicker, Ivonne Wege, Birgit Weigel,

AUTOR | Walter Schlicker

Jahresbericht 2017

ADHS Deutschland – Regionalgruppe Norderstedt – Selbsthilfegruppe für Eltern von ADHS betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Leitung: Imke Essink und Anika Baum

Unsere Selbsthilfegruppe trifft sich einmal im Monat. Sie dauert von 19.30 Uhr bis 22.00 Uhr. Neue Eltern werden 30 Minuten vorher eingeladen, damit sie ihre drängendsten Fragen in einem kleinen Rahmen beantwortet bekommen können.

Zudem werden neuen Eltern alle relevanten Informationsbroschüren von ADHS Deutschland e. V. überreicht und über die Internetseite und weiterführenden Hilfen von ADHS Deutschland e. V. informiert: E-Mail-Beratung für Jugendliche, online-Elterntaining, Telefonberatung, E-Mail-Beratung, Selbsthilfegruppen, Onlineselbsthilfe für Erwachsene mit ADHS, Facebook und Bücherempfehlungen.

Die Eltern können sich in unseren E-Mail-Verteiler aufnehmen lassen. Sie werden somit an den kommenden Selbsthilfegruppentermin erinnert und es werden weitere Fachinformationen oder ADHS-relevante Themen und Termine versendet.

Jeder Gesprächskreis fängt mit einer strukturierten Vorstellungsrunde an, woraus sich die Themen und Fragen ergeben, über die die Eltern sprechen möchten. Alternativ werden immer mal wieder "Gefühlskarten" ausgelegt, zu denen jedes Elternteil etwas über sein Befinden sagen kann und so auch die Eltern zu Wort kommen können, die sonst zurückhaltend sind. Über die Fortbildungsthemen, an denen die Gruppenleitung Frau Essink und Frau Baum teilgenommen haben, wird referiert oder zu den aktuellen Themen der Eltern aus dem Fortbildungswissen informiert.

Es wird zu jedem Treffen ein Büchertisch zu Themen der ADHS aufgebaut. Die Bücher sind ausleihbar.

Einmal im Jahr findet ein gemeinsamer Ausflug statt, damit sich Kinder und die Elternteile, die während der Selbsthilfegruppenzeit zuhause auf die Kinder aufpassen (meistens Väter), kennenlernen können. Die von ADHS betroffenen Kinder bemerken, dass es Gleichgesinnte gibt. Wir freuen uns jedes Mal, wie schnell die Kinder in den

gemeinschaftlichen Kontakt kommen und die großen die kleinen Kinder in ihre Gemeinschaft aufnehmen und Verantwortung für sie übernehmen.

Die Kinder erfahren, dass die anderen AD(H)Sler ebenso lebendig, kreativ und wortgewandt wie sie selber sind. Und die ruhigen ADSler erleben, dass die anderen sich um sie bemühen und sie in der Gemeinschaft mit dabei haben wollen.

Teilnehmerzahl über das Jahr

Januar	8 Teilnehmer, davon 3 neu
Februar	11 Teilnehmer, davon 1 neu
März	10 Teilnehmer, davon 4 neu
Mai	9 Teilnehmer, davon 3 neu
Juni	7 Teilnehmer
Juli	3 Teilnehmer, weil das Wetter heute ausgesprochen schön ist.

September Ausflug mit Eltern und (Geschwister-)Kindern in den Wildpark Eekholt. Insb. lernen sich nun auch die Väter untereinander kennen.

September	10 Teilnehmer
Oktober	10 Teilnehmer, davon 3 neu
November	12 Teilnehmer, davon 4 neu.

Im Jahresverlauf wurden folgende Themen besprochen:

A(D)HS

- Neue Eltern staunen, dass ihre Kinder in vielen Dingen genauso sind wie die anderen ADHS-Kinder. Sie lernen, dass die Kinder nichts für ihre Symptome können und ADHS nicht durch schlechte Erziehung entsteht.
- Die ADHS-Symptome werden aufgezeigt. Es wird immer wieder erklärt, wie ein Kind mit ADHS „funktioniert“ und welche elterlichen, schulischen, therapeutischen Hilfen es braucht.

- Wie erklärt IHR Euren Kindern die ADHS?
- Welche typischen Stärken zeigen Kinder mit ADHS?
- Sollen die Lehrer und Mitschüler meines Kindes wissen, dass es ADHS hat oder Medikamente nimmt – pro/contra?
- Der positive und negative Hyperfokus bei ADHS.

Erziehung

- Wiederkehrende gleiche strukturelle Hilfen im Alltag erleichtern die Abläufe und verringern die Diskussionsbereitschaft und das oppositionelle Verhalten bei Kindern.
- Elterlicher Umgang und Hilfen bei Wutanfällen, Vergesslichkeit, Nicht-hören, Konzentrationsschwierigkeiten, Sozialverhalten, Unordnung ...
- Und immer wieder: Welche besonderen Fähigkeiten hat mein Kind?
- Umgang mit Hilflosigkeitsgefühlen und Wut auf Seiten der Eltern.
- Psychoedukation: Emotionsregulation für Eltern und Kinder. - Eltern sind Vorbilder für ihre Kinder!
- Geschwisterkonkurrenz und Selbstwertproblematik von Kindern in Patchworkfamilien / zwischen ADHS betroffenen Kindern und nicht von ADHS betroffenen Kindern.
- Eheproblem: Jeder zieht an einem anderen Strang, was tun? – auch: die Grenzen einer Selbsthilfegruppe für Elterngruppe von ADHS betroffenen Kindern aufzeigen, Eltern in ihrem Konfliktverhalten innerhalb der Selbsthilfegruppe begrenzen, weitere Hilfsmöglichkeiten aufzeigen.
- Hilfe!, mein ADHS-Kind kommt in die Pubertät. Wie finden Eltern zu ihrer Gelassenheit zurück? Welche Hilfen gibt es?
- Pubertät und Sexualität – was ist normal? Eltern suchen Antworten.
- Umgang mit Klauen und Schwindeln.
- Umgang mit dem Handy und Co. Wie begrenze ich mein Kind?
- Bücherempfehlungen von Eltern.

Medikation

- Neue Eltern möchten jedes Mal wissen, wie Eltern ihre medikamentierten Kinder vor und nach der Medikation erleben.
- Welche Nebenwirkungen werden typischerweise beobachtet, wie z. B. Appetitverlust während der Wirkzeit, Rebound, Einschlafstörungen?

- Immer wieder sind Eltern sehr glücklich, weil ihre Kinder sehr von der Medikation profitieren und die meisten ADHS-Schwierigkeiten plötzlich weg oder händelbar sind.
- Nonresponder

Schule

- Nachteilsausgleich, Antrag und Voraussetzungen.
- Sonderpädagogischer Förderbedarf: Was ist das, wo wird er beantragt, welche Voraussetzungen müssen in meinem Bundesland erfüllt sein? (Schleswig-Holstein und Hamburg)
- Was macht eine Schulbegleitung, wo wird die beantragt?
- Erfahrene Eltern berichten von hilfreichen Erfahrungen, wie Kindern mit ADHS in der Schule geholfen werden kann. (z. B.: Therapieketete oder -bälle, Sitzplatz ruhig und vorn, häufiger Blickkontakt durch den Lehrer, abgesprochene Auszeiten bei zu viel Unruhe, Wackelstühle, Sandwesten, Verstärkersysteme ...)
- Wie kann Hausaufgabenmotivation hergestellt werden?

Recht

- Ein getrennt lebender Elternteil verweigert die ADHS-Medikation. Welche rechtlichen Schritte sind möglich? Informationen vom ADHS-Bundesverband werden eingeholt.
- Ich bin beim Jugendamt gewesen und die wollen mir nicht helfen. – Warum man Hilfen schriftlich beantragen sollte.
- Pflegegrad – Voraussetzungen. Eltern berichten von ihren Erfahrungen.

Weitere professionelle Hilfen

Eltern berichten von ihren Erfahrungen:

- Was macht der Jugendpsychiatrische Dienst – positive Erfahrungen wurden gemacht.
- Verhaltenstherapie
- Ergotherapie
- Hilfen vom Jugendamt

Eltern

- Selbstsorge; Eltern vergessen häufig an sich selber zu denken.
- Pflege der Paarbeziehung.
- Gesundheitszustand der Eltern in unserer Selbsthilfe-

gruppe ist durch die dauerwährenden Belastungen erschreckend beeinträchtigt: Dauerwährende Hilflosigkeitsgefühle, immense Erschöpfung, Burnouterkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit, Panikattacken, schwere Depressionen; wegen des hohen Unterstützungsbedarfes für die ADHS-Kinder wurden Arbeitszeiten reduziert oder die Arbeit musste aufgegeben werden ...).

- Über entlastende Hilfen in der Familie wird informiert (z.B. Kur, Hilfen vom Jugendamt, Pflegegrad, Eingliederungshilfe, Antrag auf Anerkennung einer Behinderung).
- Eltern entdecken die Ähnlichkeit zu ihren Kindern, fragen, ob sie auch ADHS haben könnten.
- ADHS und Frauen/Mütter.
- Einsatz der Gefühlskarten.

Sonstiges

Immer wieder verweisen wir zu verschiedenen Themen zur Beratung, Diagnostik und Behandlung an die Kinder- und Jugendpsychiater oder andere Professionen, von denen Hilfe zu erwarten ist, so z. B.:

- Schwierigkeiten in der Feinmotorik, Hand-Auge-Koordination; Störungen im Gleichgewicht treten häufig bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS auf.
- Umgang und Hilfen für Stimmen hörende Kinder, weiterführende Infos über Adressen und Bücher werden gegeben, z.B. www.efc-institut.de oder das Buch: „Meine Stimmen und ich“ von Marius Romme und Sandra Escher.
- Mein Kind ritzt, was tun? - andere selbstverletzende Verhaltensweisen.
- Suizidgedanken bei Kindern und Jugendlichen, schwere Depressionen.
- Schulabstinenz
- Mobbing
- Fragen zur ADHS-Medikation und Behebung von Nebenwirkungen.
- LRS
- Autismus

Jahresbericht 2017 des ADHS-Eltern- treff Schorndorf

Wir sind eine Gruppe von Eltern mit ADHS-Kindern und treffen uns immer am letzten Freitag im Monat im Familienzentrum in Schorndorf. <http://www.adhs-eltern-treff-schorndorf.de>

Das Jahr begann mit der DIDACTA in Stuttgart, an der auch wir mit ADHS Deutschland e. V. dabei waren. Hier hörte man viele verschiedene Meinungen im Gespräch mit Pädagogen und Selbstbetroffenen zum Thema ADHS an unserem Stand. Wir konnten informieren und Kontakte knüpfen für unsere Gruppe.

In diesem Jahr hatten wir Referenten zu den Themen „ADHS über die Lebensspanne“ und „ADHS und Hochbegabung“, die beide gut besucht waren.

In unseren offenen Treffen ist immer reger Austausch. An Themen fehlt es uns nie. Fragen wie Nebenwirkungen der Medikamente und Probleme beim Nachlassen der Wirkung, aber auch Probleme mit Lehrern, Erziehern und Schule. Außerdem sind Diagnostik und Ärzte immer wieder Thema.

Wir haben immer neue Eltern in der Gruppe und leider ist es auch so, dass andere genug Hilfe in der Gruppe gefunden haben und nur noch selten kommen. Kontakt besteht aber immer über unsere monatlichen Rundmails an Eltern, Therapeuten, Ärzte und öffentliche Einrichtungen.

AUTORIN | Ulrike Richter



Mariella Matthäus, Andreas Stein

Psychoedukation und Psychotherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS

Dr. Astrid Neuy-Lobkowitz (früher Neuy-Bartmann)



Es handelt sich hier um ein Manual für die Gruppenpsychotherapie in der Altersgruppe von 14–22 Jahren. Es ist auf 10 Sitzungen aufgeteilt, außerdem ist es möglich Folien downzuloaden. Eine weitere Ausgabe für Bezugspersonen ist noch geplant.

Konzipiert ist das Manual für zwei Gruppenleiter mit dem Anspruch für Betroffene

eine Informationsvermittlung und Kompetenzerweiterung, Kompetenzen für Selbstbeobachtung und Selbststeuerung, Erfahrungsaustausch und eine Förderung eines positiven Selbstkonzeptes zu vermitteln.

Das vermittelte Wissen ist gut recherchiert, belegt und auf dem neusten Stand. Die Literaturquellen sind umfangreich.

Die in den einzelnen Sitzungen vorgeschlagenen Übungen sind sinnvoll und gut erklärt und das vermittelte Wissen kompakt und verständlich dargestellt. Es werden Achtsamkeits- und Genussübungen sowie Konzentrationsübungen vermittelt. Es werden auch hilfreiche Strategien für die unterschiedlichen Lebensbereiche angeboten.

Auf Grund der Relevanz von Computerspielen und Suchtproblematik wäre es wünschenswert hier noch genauer auf Suchtprävention und Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen einzugehen. Überhaupt kommen Selbsthilfegruppen als Strategie gar nicht vor, was zu bedauern ist, da es auch für diese Zielgruppe Angebote gibt.

Das Thema Ernährung kommt völlig zu kurz, der Stellenwert von Sport und Bewegung findet zu wenig Beachtung.

Obwohl die Schlafstörung bei ADHS eine wichtige Rolle spielt, wird dieses Thema im Sinne der Vermittlung einer guten Schlafhygiene nicht aufgegriffen.

Gut ist das Kapitel über ADHS und Beziehungen. Hier wäre es noch hilfreich gewesen gute Beziehungsregeln konkreter auszuführen. Das Thema Eifersucht, Sexualität und Verhütung ist gut dargestellt, ebenso wie das Kapitel Umgang mit Geld, sowie Selbstbild und Selbstwert.

Das Thema Selbstwert ist gut ausgearbeitet, ressourcenorientiert und mit Übungen für das Wahrnehmen der eigenen Stärken sinnvoll unterlegt.

Da Thema vom Chaos zur Ordnung und Stressmanagement ist ebenfalls gut dargestellt. Hier sind auch sinnvolle Arbeitslisten hinterlegt.

Was mir beim Lesen dieses Buches auffiel, ist, dass das Manual weitgehend angelehnt ist an das Manual von Hessleringer und Philipsen sowie D'Amelio. Ich bin selbst Autorin von my.ADHS.com (Alfred et al.) und finde in dem Buch auch große Teile unseres Buches wiedergegeben. Das ist zwar teilweise als Zitat gekennzeichnet, aber es sind auch viele Ideen etc. daraus ohne Zitate übernommen. Das Buch ist insofern nichts Neues, durchaus aber hilfreich, weil es ein strukturiertes Manual für die tägliche Arbeit mit ADHS-Patienten ist.


Allerdings halte ich es aus meiner langjährigen Gruppentherapieerfahrung mit ADHS-Patienten für problematisch eine Zielgruppe von 14–22 Jahren anzusprechen. Ein 14-Jähriger hat eine völlig andere Lebenssituation als ein 22-Jähriger und ich glaube, dass es wichtig ist, diese Altersstufe zu unterteilen, z. B. in Schüler und eine Gruppe für Auszubildende und Studenten.

Es fehlt mir auch für Gruppentherapeuten, dass auf die Besonderheiten bei der Therapie von ADHS-Gruppentherapiepatienten eingegangen wird. Hier bedarf es erfahrener, klarer und strukturierter Therapeuten, die sich abgrenzen können und die viel Erfahrung mit dem Krankheitsbild ADHS haben. Gerade die Symptome von ADHS machen die Gruppentherapien zu einer echten Herausforderung. Hier würde es noch einmal eines gesonderten Kapitels bedürfen.

Weiterhin orientiert sich das Manual nicht an den Herausforderungen einer ambulanten Praxis. Niemand kann in Deutschland für den Kassensatz mit zwei Therapeuten arbeiten und es wird auch schwierig sein, den Umfang einer Sitzung in 100 Minuten abzuarbeiten.

Grundsätzlich halte ich aber dieses Manual für eine

hilfreiche Anregung und es ist zu hoffen, dass mehr Therapeuten dieser Altersgruppe ein solches Therapieprogramm auch in der ambulanten Praxis anbieten können und wollen.

 Mariella Matthäus, Andreas Stein
Psychoedukation und Psychotherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS
 Ein Manual
 ISBN 13-978-3-170248021
 Verlag: W. Kohlhammer Verlag, 2016
 Preis: 39,00 €

Bea Engelmann

Therapie-Tools – Positive Psychologie: Achtsamkeit, Glück und Mut

Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz



Es handelt sich um ein Therapietool mit Anregungen und Folien, um sich mit den Themen Achtsamkeit, Glück und Mut auseinanderzusetzen. Diese drei Begriffe werden als zentrale Haltungen gesehen, mit denen innere Stabilität und Sinnhaftigkeit gelernt werden können. Dahinter steckt die Überzeugung: „Das gute Le-

ben ist mit sinnvollen Tools erlernbar“.

Frei nach Aristoteles: „Das Gute im Leben des Menschen kann man vermehren und man kann sich selbst damit bessere Lebensbedingungen schaffen“.

Das sind auch die Säulen der positiven Psychologie. Die erste Säule ist die **Verstärkung der positiven Resonanz**. Es geht darum zu lernen, das Positive im Leben, wie eigene Stärken und Ressourcen, zu fokussieren und daraus positive Effekte für den Alltag zu nutzen. Ziel ist es im Handeln und Denken, wie auch im Fühlen, eine positive Entwicklung in Gang zu setzen und immer wieder die Suche nach dem Positiven im Auge zu haben. Daraus entwickelt sich eine Positivspirale, denn glückliche Menschen haben positive Beziehungen und können das Positive auch an andere weitergeben, die dann ebenfalls mit dem Positiven in Resonanz gehen können. Das bedeutet, dass gute Gefühle kein Schicksal sind, sondern dass man sich darum

bemühen kann, um diese immer mehr zu verstärken.

Zu dieser positiven Lebenshaltung gibt das Buch eine umfangreiche Sammlung von Arbeitsblättern.

Achtsamkeit ist die zweite Säule und diese ist ja bereits zum grundlegenden Element in der Verhaltenstherapie geworden. Es geht hier darum innere und äußere Vorgänge mit entspannter Aufmerksamkeit wahrzunehmen und zu akzeptieren. Es ist ein bewusstes, absichtsloses, nicht bewertendes Wahrnehmen und eine Akzeptanz für das, was ist. Es ist eine Befreiung von all den Ängsten, Befürchtungen und Interpretationen über das, was war und sein könnte. Achtsamkeit ist Innehalten und ein Achten des Ichs, was zu Heilung und Veränderung führt.

Achtsamkeit schafft verlässliche innere Ruhe und Stabilität.

Die dritte Säule ist der **Mut** im Sinne der Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung. Es geht um den Mut sich selbst treu und authentisch zu sein, den Mut zu haben das Eigene und den eigenen Weg zu wagen. Das ist das Gegenteil von Angst und Selbstverleugnung.

Mut, der es uns möglich macht unsere Angst zu überwinden, neue Wege zu gehen, uns selbst zu vertrauen, eigene Grenzen zu überwinden, eigene Überzeugungen zu leben, das Leben zu meistern und persönlich zu wachsen.

Es wird dann die Frage gestellt, was der Mensch braucht, um glücklich zu sein. Die Antwort ist Achtsamkeit in der Gegenwart und den Mut zu haben sich selbst zu sein in der Zukunft.

Glück ist der alle Zeitperspektiven überdauernde Raum und eine Frage der inneren Haltung.

Es geht in diesem Buch um eine Reflexion darüber, was ich tun kann, um ein glücklicher Mensch zu sein. Glücklich zu sein ist auch ein Entschluss! Hierzu gibt es viele Anregungen, wie: die eigenen Talente finden, glückliche Momente genießen, Wertschätzung üben, Humor entwickeln, authentisch sein, Beziehungen pflegen, positiv kommunizieren, Dankbarkeit entwickeln und hilfsbereit sein

Auch hier werden viele Anregungen gegeben und Übungen gezeigt, wie diese Geisteshaltung immer wieder trainiert werden kann. Hier gibt es Übungen zur Reflexion von Denkmustern und Vorschläge für eine tiefgehende Selbstreflexion. Immer wieder werden Anregungen gegeben, um positive Gedanken weiterzuentwickeln und fest in den Alltag zu implementieren.

Unsere Gedanken und Wahrnehmungen bestimmen die Art und Weise, wie wir die Welt betrachten und diese Gedanken können wir verändern. Es werden Wahrnehmungsbildungen, wie das Trainieren des Sehens, Riechens, Fühlens, Schmeckens und Berührens vermittelt,

Visualisierungen von schönen Orten angeboten, eben-

so wie Übungen im „Hier und Jetzt“, mit dem Ziel die Bedeutung von Vergangenheit und Zukunft zu vermindern und Grübeln zu reduzieren. Daraus resultiert ein positives Selbstkonzept, eine verbesserte Stressbewältigung und ein bewusster Umgang mit der Gegenwart. Weiterhin werden Übungen für „Seele-baumeln-lassen“, Genusstraining und Loslassübungen aufgezeigt.

Wichtig für Glück ist auch die Entwicklung von Dankbarkeit. Dankbarkeit zu praktizieren und immer wieder danach suchen, für was man dankbar sein kann, hilft das eigene Glück immer weiter zu entwickeln. Hier kann auch ein Dankbarkeitstagebuch sehr hilfreich sein.

Im Laufe dieses Prozesses kann es wichtig sein, neue Entscheidungen zu treffen und den Mut zu haben sich von Menschen oder Dingen zu trennen, die einen nicht glücklich machen.

Das kann man mit Hermann Hesse sagen: „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne“ oder aber mit Pippi Langstrumpf: „Ich mach mir die Welt, wie sie mir gefällt“ oder „Ich bin ich und das ist auch gut so“.

Insgesamt handelt es sich um ein Buch mit vielen Anregungen für Therapeuten, um diese wichtigen Themen zu vertiefen und Selbstreflexion und Achtsamkeit in Gang zu setzen. Viele dieser Übungen bedürfen der professionellen Anleitung. Insofern wird dieses Buch für Selbstnutzer nur einen begrenzten Wert haben.

Bea Engelmann
**Therapie-Tools – Positive Psychologie:
 Achtsamkeit, Glück und Mut**
 ISBN 13-978-3-621278294
 Verlag: Beltz-Verlag, 2012
 Preis: 39,95 €

Ingalill Roos

Energieräuber erkennen und abwehren

Uwe Metz



Ingalill Roos arbeitet als Gesprächstherapeutin in Göteborg. In Schweden ist sie durch zahlreiche Medienauftritte bekannt. „Energieräuber“ ist ihr erstes Buch und fand in ihrer Heimat viel Beachtung.

Geben und Nehmen kennzeichnen, egal ob in der Partnerschaft, im

Job oder der Familie unsere Beziehungen. Es gibt Umstände, in denen wir die Angewiesenen sind und es gibt Situationen, in denen wir unterstützen.

Es gibt allerdings Menschen, die grundsätzlich für sich die Rolle des Nehmenden beanspruchen und anderen damit die Rolle des Gebenden zuweisen. Diese Menschen bezeichnet die Autorin als *Energieräuber*. Sie strapazieren Beziehungen über Gebühr, nutzen aus ohne, je zufriedengestellt werden zu können. Ingalill Roos beschreibt das Verhalten dieser Energieräuber aus der Sicht einer an Freud und Jung geschulten Therapeutin. Sie nennt die Gründe, warum Menschen diese Rolle einnehmen – sie liegen in der Kindheit, an Überforderungen, unbefriedigten Erwartungen oder ungelösten Konflikten. Die Bereitschaft, über sich selbst nachzudenken, gibt es bei Energieräubern kaum oder gar nicht. Warum auch? Ihr Rollenspiel funktioniert.

Für den Gebenden – und dies sind die Adressaten ihres Buchs – funktioniert dieses Spiel nicht. Ihre Grenzen werden permanent übersehen, ihre Ressourcen werden ungefragt eingefordert, so dass sie leerlaufen und am Ende den Zugang zu sich selbst verlieren. Alles wurde ja dem Energieräuber überlassen (die Autorin verwendet diese Bezeichnung „Energieräuber“ beinahe synonym für Narzissmus). Solche Menschen bzw. ein solches Verhalten zu erkennen und abwehren zu können, verspricht ihr Buch.

Dieses Versprechen hält Roos nur unzureichend. Um es vorwegzunehmen: Ich empfehle ihr Buch durchaus als Lektüre. Aber mit allzu großen Erwartungen, die dieses sehr spannende Thema weckt, gehe man besser nicht daran:

Roos Ton ist erklärend, lehrend und belehrend. Sie erklärt die psychischen Mechanismen des Energieräubers, seine Unbefriedigtheit und Unzufriedenheit, seine mangelnde Selbstreflexion und Aggression. Sie verwendet viel Zeit dafür und flicht immer wieder Grundwissen der psychoanalytischen Schule in ihre Darstellung. Davon weiß am Ende der Leser eine ganze Menge. Aber das ist nicht das Ziel des Buches. Roos will gründlich vorgehen, aber mit der praktischen Intention des Buchs lässt sich dies nicht glücklich vereinigen. Ich war beim Lesen zeitweise regelrecht genervt von ihren Auslassungen über Freud, Jung und Co.

Das führt zum nächsten Manko des Buchs: Dem Störenfried, dem Narziss, dem Energieräuber wird sehr viel Platz eingeräumt. Aber er wird, resistent gegen jede Selbstreflexion, dieses Buch kaum lesen. Im Grund gewährt ihm Roos eben jene Aufmerksamkeit großräumig zu, nach der ihn verlangt und gegen das das Buch eigentlich Abhilfe schaffen will. Auch das Verhalten des gebenden

den Menschen, also dem eigentlichen Leser wird bei ihr bedacht und beschrieben – in gewohnt psychoanalytischer Manier. Dies mag für den in dieser Weise geschulten Leser aufschlussreich sein. Für alle anderen wird es eine eher mühselige Lesearbeit. Das ganze Geschäft der Reflexion, Verständnis, Initiative und Entscheidung bleiben beim Gebenden, der ohnehin durch die Beziehung mit einem Energiefresser über Gebühr herausgefordert ist.

Die Einseitigkeit, undifferenzierte, auf Psychoanalyse beschränkte Sicht ist der durchgehende Mangel des Buchs. So stehen beispielsweise Menschen mit ADHS in der Gefahr, sich zu aufmerksamkeitsheischenden Energieräubern zu entwickeln. Auch die Entwicklung narzisstischer Persönlichkeitsstrukturen kann in der Folge eines ADHS stehen. Im Raster der Autorin gibt es so etwas nicht. Für den psychoanalytischen Hammer ist eben alles ein Nagel. Glücklicherweise schildert sie im letzten Teil ihres Buchs einige anschauliche Fallbeispiele, die eine differenziertere, weniger verschulte, konkretere Sicht gewähren.


Warum nun ist dieses Buchs trotzdem lesenswert?

Zunächst weil es ein wichtiges Thema aufgreift und es, wenn auch einseitig, versucht verständlich zur Sprache zu bringen.

Weil die Autorin ein aufrichtiges Interesse am Leser hat. Dieses Buch ist kein platt geschriebener Ratgeber. Auch wenn die Exkurse den Lesefluss unterbrechen, zeigt dies, dass Roos den Leser zu eigenem Urteil befähigen will.

Und schließlich, weil sie - vor allen Dingen in den Fallbeispielen - gute Wege aufzeigt, mit einem falschen Verhalten bzw. einer verzerrten Lebenssicht umzugehen. Denn nicht nur der Energieräuber, auch der gebende Part muss zu einer anderen Selbstsicht gelangen. Überhaupt zeigt sich am Ende, dass es den Energieräuber in Reinkultur nur selten gibt.

Lässt man die Erwartungen, die der pragmatische Titel „Energieräuber erkennen und abwehren“ fahren und stört sich nicht am ideologischen Rahmen, in den Roos ihre Ausführungen setzt, kann dieses Buch eine bereichernde Lektüre werden.

 Ingalill Roos
Energieräuber erkennen und abwehren
 Familie, Beziehung, Job
 ISBN 13-978-3-451-06850-8
 Verlag: Herder, Auflage: 1 (2017)
 Preis: 12,00 €

Tina Horlitz, Astrid Schütz

ADHS: Himmelweit und unter Druck

Nicole Rebitzki



Das vorgestellte Buch mit dem Untertitel „Ressourcen und Stressbewältigung für betroffene Erwachsene und Jugendliche“ hat ein ungewöhnliches Format. Dieses erklärt sich mir sofort nach dem Lesen der ersten Seiten. Es ist aufgebaut in zwei klar voneinander abgegrenzten Hauptteilen, einem Theorie- und einem Anwendungsteil. Diese wieder-

um unterteilen sich in insgesamt sieben, in sich schlüssige Kapitel. Im Theorieteil folgt der Leser dem Gespräch zwischen Anny und ihrem Psychologen, in dem von den Grundlagen, über Therapie, Stress bis hin zum Hyperfokus jede Frage kurz und prägnant besprochen wird.


Die Seiten selber haben einen breiten, freien Rand für eigene Notizen und wiederholen zur besseren Auffindbarkeit die Titelthemen. Das Gespräch wiederum ist klar aufgeteilt in Frage und Antwort. Zahlreiche Abbildungen, Aufzählungen, Tabellen und Schaubilder unterstützen die jeweiligen Aussagen und stellen die wissenschaftlichen Modelle bildlich dar; für visuelle Verknüpfungskünstler genau richtig.

Der Anwendungsteil, von der Theorie zur Praxis bezieht sich auf das Gespräch und Annys Möglichkeiten mit ihrem ADHS umzugehen. Dies geschieht mit vielen auf sich aufbauenden Arbeitsblättern, die dem Leser die Möglichkeit geben, seinen eigenen Umgang mit Stress und Hyperfokus zu bearbeiten und z. B. endlich mal anzufangen UND Dinge auch zu Ende zu machen.

Dieses Buch habe ich, nachdem ich endlich angefangen habe es zu lesen, kontinuierlich in kleinen Kapiteln immer wieder zur Hand nehmen können. Es hat immer wieder Spaß gemacht darin zu blättern, nachdem ich es einmal durchgelesen hatte. Es ist gut verständlich, logisch nachvollziehbar und ganz wichtig, dicht dran an der Realität. Den freien Rand habe ich gut für meine Notizen genutzt und freue mich heute noch darüber, dass ich keine Post-its brauchte, die eh wieder verlorengehen. Selbst in den mir bekannten und von mir beachteten Themen wurde das Lesen nicht langweilig.

Das Thema Hyperfokus ist für mich am interessantesten gewesen. Diese für mich wichtige Ressource in geordnete Bahnen zu lenken wird meine Herausforderung der nächsten Zeit sein.

Ich möchte dieses Buch jedem Betroffenen, Angehörigen empfehlen und vor allem jedem Behandler ans Herz legen. Dieses Buch erscheint mir als besser, passender und vor allem aktueller als Rathey, Hallowell und Co. (Danke, dass Sie hier in Deutschland wichtige Grundlagen geschaffen haben), doch Deutschland ist nun mal nicht Amerika.

 Tina Horlitz, Astrid Schütz
ADHS: Himmelweit und unter Druck
 Ressourcen und Stressbewältigung für betroffene Erwachsene und Jugendliche
 ISBN: 13-978- 3662444030
 Verlag: Springer (2015); 1. Auflage
 Preis: 19,99 €

Andreas Hüging Let's disco

Uwe Metz



Andreas Hüging ist Musiker und Kinder- und Jugendbuchautor. Er ist im Münsterland aufgewachsen und wohnt mittlerweile in Berlin.

Die Tücken des Nicknames. Sie mögen sich eigentlich nicht besonders, Stulle, Tochter des Bürgermeisters von Brüllach und Valentin, Spross einigermaßen exzentrischer Eltern.


Aber in der großen Sternschnuppennacht lernen sie sich im Chat kennen – unter ihren Spitznamen.

Dabei haben die beiden nicht nur ein gemeinsames astrologisches Interesse. Sie verbindet auch der Umstand, dass sie viel Gewicht mit sich herumschleppen. Nichts hat geholfen, keine Diät und auch kein Sommercamp für mopsige Teenager. Dick und dünnhäutig versuchen sie klar zu kommen, ebenfalls mit mäßigem Erfolg. Zu maximalen Feindseligkeiten aber kommt es, als sie (im realen Leben) mit den Fahrrädern zusammenstoßen. Zwar hat keiner Schuld, aber jeder gibt sie dem anderen. Das Ganze wird natürlich sofort dem geheimnisvollen Chatfreund mitgeteilt. Obendrein mit Kribbeln im Bauch.

Der Abgang über den Lenker hat bei Valentin allerdings eine unvorhersehbare Folge. Der kräftige Wumms auf den Kopf verändert ihn. Spinnen, vor denen er sich bisher fürchtete, machen ihm keine Angst mehr. Überhaupt hat er keine Lust mehr, ein dickes Opfer abzugeben und sich selbst von der eingebildeten Tochter des Bürgermeisters abkanzeln zu lassen. Als er schließlich eine abgefahrene Videoaufzeichnung seines Vaters als 70er-Jahre-Tanzbodenkönig im Disco-Outfit sieht, fahren ihm die Rhythmen in die Glieder. Tanzen, das ist es! Denn Valentin hat von seinem Vater mehr geerbt, als nur das Schwergewicht. Er lässt sich die Haare auftoupiert, zwingt sich in Paps Polyesterkostüm, übt ein paar rasante Moves und greift zur Handykamera – kurzum: Als ValP wird er YouTube-Star. Es ist ihm egal, ob die Leute ihn cool finden oder über ihn lachen. Valentin will keine Angst mehr vor der Angst haben. Am Ende holt ihn die Wirklichkeit doch ein. Was aber, so viel sei gesagt, gar nicht schlecht ist. Denn die Liebe tut das eben auch.

Andreas Hüging hat ein sehr flott geschriebenes, unterhaltsames Buch mit einer Riesenportion Augenzwinkern geschrieben. Es geht ihm nicht darum, die Realität zweier Teenager 1:1 abzubilden, die mit Pfunden, Vorurteilen und Selbstbewusstsein ringen - gerade das macht das Buch lesbar. Die Botschaft der Geschichte lautet, keine Angst mehr vor der Angst zu haben und gegen die Angst etwas einzusetzen.

Warum ist das Buch für Jugendliche mit ADHS lesenswert? Weil sie auch oft mit angezogener Handbremse leben. Wenn jemand anders ist, bedeutet das noch nicht, dass er falsch ist. Und es bedeutet erst recht nicht, dass er, weil er sich nicht nach der Decke strecken kann, sich unter ihr verstecken muss. Mut gehört natürlich dazu, ein „Ich“ zu sein. Valentin ist es egal, dass er im väterlichen Disco-Kostüm aussieht wie eine Glamour-Presswurst. Wichtiger ist ihm, dass er sein Ding macht und für ihn heißt das „Let's disco!“

 Andreas Hüging
Let's disco
 Die schwer verrückte Geschichte von Valentin Plau
 ISBN 13-978- 3-764170752
 Verlag: Ueberreuter Verlag, 1. Auflage, 2017
 Preis: 12,95 €

Termine



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)
Fr 28.09.2018 – So 30.09.2018

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)
Fr 01.02.2019 – So 03.02.2019

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)
Fr 15.03.2019 – So 17.03.2019

→ **Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe**

Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

Fr 23.11.2018 – So 25.11.2018

→ **Bad Kissingen**

Mitgliederversammlung / Symposium 2019

Sa 30.03.2019 – So 31.03.2019

→ **Bruchsal/Hambrücken**

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg

13./14.10.2018

→ **Tübingen**

Landesgruppe Bayern

13.10.2018

→ **Ingoldstadt**

Landesgruppe Hessen

15./16.09.2018

→ **Bad Zwesten**

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

21.– 23.9.2018

Gemeinsame Veranstaltung

→ **Springe**

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

18./19.05.2019

→ **Münster**

Landesgruppe Thüringen

Aufgrund der geringen Größe keine eigene
Fortbildung

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Fr 26.10.2018 – So 28.10.2018

Fr 28.06.2019 – So 30.06.2019

→ **Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe**

Geschäftsführender Vorstand

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

Weitere Vorstandsmitglieder

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

Unterstützung des Verbandes

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

Wissenschaftlicher Beirat

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

Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

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

Landesgruppenleiter

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

Wir...

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

...unterstützen!

... klären auf!

... beraten!

... bieten
Hilfestellung!

... sind aktiv!

... fangen auf!

... engagieren uns!

... informieren!

... sind präsent!

... ermutigen!

... sind ehrenamtlich!

... setzen uns
ein!

... vertreten
Interessen!



... können Ihre Unterstützung
gut gebrauchen!



Unser Spendenkonto lautet:

ADHS Deutschland e. V.

Pax-Bank e. G.

BIC: GENODED1PAX

IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

Telefonberatung

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



Baden – Württemberg

Karen Richter:
07720 2368770
Bärbel Sonnenmoser:
07031 287323

Bayern

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

Berlin

Petra Peilert:
030 65915610

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:
040 68915023

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:
05684 1659

Niedersachsen

Angela Schwager:
05554 995646

NRW

Karin Knudsen:
0221 78942512
Ulrike Vlk:
02161 531739

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:
0651 4637878

Saarland

Sabine Berg:
0651 4637878

Sachsen

Karin Bobsin:
03591 277435

Sachsen-Anhalt

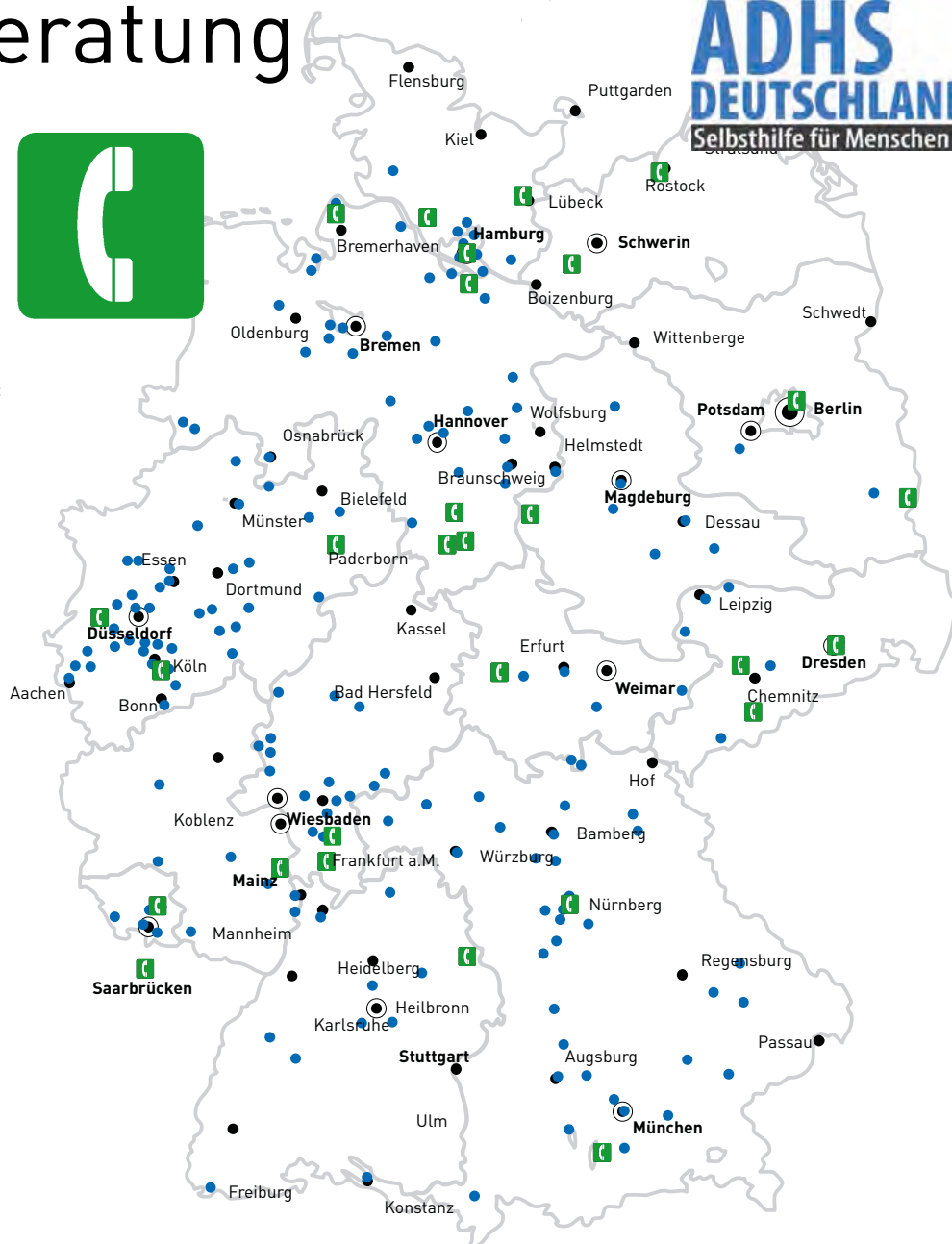
Veronika Schulz
0163- 9247082

Schleswig-Holstein

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

Thüringen

Regina Schrage:
03691 872222



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

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

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