

neue AKZENTE

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



- ADHS oder Asperger Syndrom?
- ADHS und Ko – Tics und Zwänge
- Anleitung zur verhaltenstherapeutischen Begleitung

- ADHD in Frankreich
- Unser Telefonberaternetz
- Das zentrale adhs-netz

- Fettsäuren – eine Therapiealternative bei ADHS?

ISSN 0948-4507

Zeitschrift vom

ADHS
DEUTSCHLAND i.G.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Die große Fracht

Die große Fracht

Die große Fracht des Sommers ist verladen
Das Sonnenschiff im Hafen liegt bereit,
wenn hinter dir die Möwe stürzt und schreit.

Die große Fracht des Sommers ist verladen.

Das Sonnenschiff

Das Sonnenschiff im Hafen liegt bereit,
und auf den Lippen der Galionsfiguren
tritt unverhüllt das Lächeln der Lemuren.

Das Sonnenschiff im Hafen liegt bereit.

die Möwe stürzt
und schreit

Wenn hinter dir die Möwe stürzt und schreit,
kommt aus dem Westen der Befehl zu sinken:
doch offenen Augs wirst du im Licht ertrinken,
wenn hinter dir die Möwe stürzt und schreit.

Ingeborg Bachmann

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

geht es Ihnen auch so? In diesem Jahr scheint die Zeit viel schneller zu vergehen – zwei Drittel des Jahres liegen schon hinter uns und es kommt mir so vor, als hätte der Sommer noch gar nicht begonnen. Auch wenn die *neue AKZENTE* nur dreimal im Jahr erscheint, erhalten Sie, liebe Leser, nicht weniger Informationen. Die bisher umfangreichste Einzelheftausgabe halten Sie gerade in Händen. Statt in 40 dürfen Sie nun in 56 Seiten informativer und aktueller Beiträge blättern. Den Autoren hierfür meinen herzlichsten Dank.



ADHS und was sonst noch? – ADHS kommt selten allein. Die differenzierte Diagnostik erfordert es, genau hinzuschauen, ob die Symptome überhaupt einer ADHS zuzuordnen sind oder ob eine andere psychiatrische Störung vorliegt.

Oft wird ADHS auch von assoziierten Störungen wie Tics und Zwängen begleitet. Der erste Beitrag zum Thema „Asperger Syndrom“ schildert sehr einfühlsam, wie schwierig die richtige Diagnosestellung sein kann.

Gestalten Sie auch unsere nächste Verbandszeitschrift wieder mit. Berichten Sie uns über Ihre Erfahrungen als Eltern oder Betroffene, über Ihre Selbsthilfearbeit. Teilen Sie uns Ihre Veranstaltungstermine rechtzeitig zur Veröffentlichung mit.

Ich wünsche Ihnen einen sonnigen Herbst, Freude beim Lesen und melde mich wieder bei Ihnen im Dezember mit der nächsten Ausgabe von *neue AKZENTE*.

Es grüßt Sie herzlich
Ihre

Herta Bürschgens
(Redaktionsleitung)

Inhalt

› Medizin/Forschung/Therapie	
ADHS oder Asperger-Syndrom?	2
<i>Piero Rossi und Susanne Bürgi</i>	
ADHS und Ko – Zwangsmerkmale und Tic-Störungen	14
<i>Erscheinungsformen – Teil 1</i>	
<i>Aribert Rothenberger</i>	
Anleitung zur verhaltenstherapeutischen Begleitung	17
<i>als Bestandteil einer AD(H)S-Therapie von Kindern und Jugendlichen</i>	
<i>Helga Simchen</i>	
Der Schlüssel zu Sucht	19
<i>pm/red</i>	
Fettsäuren – eine Therapiealternative bei ADHS?	20
<i>Klaus-Peter Grosse</i>	
Dem Zappelphilipp auf der Spur	21
<i>pm/red</i>	
Graphomotorikschulung	22
<i>Mandy Brose</i>	
SMILE	23
<i>Ein Therapiekonzept für AD(H)S-Kinder und ihre Eltern/Familien</i>	
<i>Esther-Maria Keil</i>	
Kaufsucht ist eine Krankheit	26
<i>Klinik in Roemond bietet Therapie an</i>	
<i>Claudia Zimmermann</i>	

ADHD in Frankreich	27
<i>Was berichten Eltern betroffener Kinder und Jugendliche?</i>	
<i>Anna Jelen</i>	
Neue Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie	29
<i>pm/idw</i>	
Kann auch nur wenig Alkohol Feten schaden?	33
Neue Therapiestudie für Mütter und Kinder mit ADHS	33
<i>pm/red</i>	
› ADHS bundesweit	
Das zentrale adhs-netz	30
<i>Kristina Wulf und Manfred Döpfner</i>	
› Leben mit ADHS	
Coaching für Studierende und berufstätige junge Erwachsene mit ADHS	34
<i>Uni Köln</i>	
Sind Omega-3-Fettsäuren eine Alternative zu Methylphenidat?	35
<i>Eine Mutter berichtet über Erfahrungen mit ihrem ADHS-Sohn</i>	
<i>Karin Pirz</i>	
Aufmerksamkeitsstörung bleibt im Erwachsenenalter häufig bestehen	36
<i>pm/red</i>	
› Familie/Erziehung/Gesellschaft	
Mathematik 6 – Klasse wiederholen?	37
<i>Kein Weiterkommen für Kinder mit Dyskalkulie</i>	
<i>pm/bvl</i>	
Brüderchen und Schwesterchen – (k)ein Märchen?	38
<i>Carola Dedert</i>	
Muss ein Ingenieur die Rechtschreibung beherrschen?	39
<i>pm/bvl</i>	
ADHS in den Medien	
Leserbrief an „Die Welt“	40
<i>Johannes Streif</i>	
Leserbrief an den Kölner Stadtanzeiger	41
<i>Karin Knudsen</i>	
› ADHS intern	
Unser Telefonberatungsnetz	42
<i>Gerhild Gehrman</i>	
Aus den Regionen	
Vortrag im AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg	46
<i>Margit Tütje-Schlicker</i>	
Fachvortrag der AOK Rheinland zum Thema ADHS	47
<i>red.</i>	
Forum	
Leserbriefe	48
Bücher, Bücher ...	49
Rechtshandbuch für behinderte Menschen	50
<i>pm/BAGS</i>	
Infos für Allergiker	50
<i>pm/red</i>	
Gedankenaustausch	52
Meldungen aus der Wissenschaft	53
Mitteilung des Pharmaunternehmens MEDICE zum Genehmigungsverfahren Medikinet® retard für Erwachsene	54
<i>red.</i>	
Patientenbeirat in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gegründet	55
<i>pm/red</i>	
Impressum	56

Titelfoto von Matthias Meyer: Frei wie ein Vogel

ADHS oder Asperger-Syndrom?

Ein Praxisbericht zur Differentialdiagnostik der ADHS

Piero Rossi und Susanne Bürgi



Dipl.-Psych.
Piero Rossi
Fachpsychologe für
Psychotherapie FSP
CH-5600 Lenzburg
praxis@psychologie-
online.ch
www.psychologie-
online.ch
www.adhs.ch



lic. phil. Susanne Bürgi
Psychologin FSP
CH-5600 Lenzburg
bueggi@psychologie-
online.ch

Nicht nur die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), sondern auch viele andere Entwicklungsstörungen und Erkrankungen können mit Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität oder Impulsivität einhergehen. Zerstretheit, Ablenkbarkeit und sogar Störungen verschiedener Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, welche sich in neuropsychologischen Tests objektivieren lassen, können Symptome verschiedenster psychischer, internistischer oder neurologischer Erkrankungen darstellen.

Wenn Fachpersonen nicht konsequent auch auf andere mögliche Ursachen von ADHS-typischen Beschwerden achten, erhalten zu viele Patienten mit ADHS-Verdacht zu Unrecht eine ADHS-Diagnose. Um ein Kind, einen Jugendlichen oder einen erwachsenen Patienten wirklich zu verstehen und umfassend behandeln zu können, muss man also um die anderen möglichen Ursachen von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität wissen. Entscheidend ist demnach nicht ob, sondern warum ein Mensch unter Konzentrationsproblemen, Impulsivität oder Überaktivität leidet. Nur so kann Störungsbildern, welche der ADHS ähnlich sind, differentialdiagnostische und schließlich eine therapeutische Evidenz zukommen.

Abklärungen bei ADHS-Verdacht – ein schwieriges Unterfangen

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass ADHS-typische Symptome auch bei anderen psychischen Problemen, Erkrankungen und Belastungsfaktoren auftreten können, verlangt das diagnostische Klassifikationssystem DSM-IV-TR zur Diagnosestellung einer ADHS im Kriterium „E“ zwingend die Berücksichtigung von so genannten Differentialdiagnosen. Gemeint sind damit andere Störungsbilder mit ähnlicher Symptomatik. Bei einer Abklärung auf Vorliegen einer möglichen ADHS müssen im diagnostischen Prozess also alle anderen Erklärungsmöglichkeiten von Aufmerksamkeitsproblemen, von Hyperaktivität und Impulsivität systematisch ausgeschlossen werden. Dazu gehören ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Angststörungen, Schlafstörungen, Störung des Sozialverhaltens, affektive Störungen wie zum Beispiel Depressionen oder Zykllothymia, Cannabis-, Lösungsmittel- und Alkoholkonsum, oppositionelle Ver-

haltensstörungen, Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Mobbing, (sexuelle) Gewalterfahrungen, Störungen aus dem autistischen Spektrum, juvenile Schizophrenie, histrionische, zwanghafte, schizotypische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Vergiftungen, Epilepsie, Stoffwechselstörungen (Schilddrüse), Magnesium-, Eisen- und andere Mangelzustände, Hirnerschütterungen und andere Hirnverletzungen, neurologische oder genetische Syndrome, Wahrnehmungsstörungen, Raumverarbeitungsstörungen, Dyskalkulie, Lese- und Rechtschreibstörung, Merkfähigkeitsstörungen, schulische Über- oder Unterforderung, Lernbehinderung, familiäre Spannungen, psychosoziale Belastungen, übermäßiger Konsum von Bildschirmmedien, Online- und PC-Game-Sucht, Hypersensibilität, zu hohe Erwartungen der Eltern, emotionale Vernachlässigung sowie subklinische Beschwerdebilder und Normvarianten.

Eine ADHS kommt selten allein

Erschwerend kommt hinzu, dass zahlreiche der oben aufgeführten Beschwerden, Erkrankungen und Diagnosen einer ADHS nicht nur täuschend ähnlich sind, sondern häufig auch gemeinsam mit ihr auftreten können. Eine ADHS kommt selten alleine. Fachpersonen sprechen in diesem Zusammenhang von so genannt komorbiden Störungen, welche bei der ADHS in immerhin rund 80% aller Fälle diagnostiziert werden. Die am häufigsten vorkommenden Begleiterkrankungen der ADHS sind oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens (bis 50%), Angsterkrankungen (20 - 25%), depressive Störungen (15 - 20%) oder etwa Lese- und Rechtschreibstörung (ebenfalls 15 - 20%). Im klinischen Alltag sollten sich daher Fachpersonen angesichts der nachweislich hohen Auftretenshäufigkeit der ADHS bei Kindern mit Depressionen, Angstproblemen oder Lernstörungen immer auch die Frage stellen, ob hinter der Problematik nicht vielleicht eine ADHS liegen könnte. Aber Achtung! Das Gleiche gilt natürlich auch umgekehrt: Konzentrationsprobleme können beispielsweise auch Anzeichen von Angstproblemen, Mobbing, Depressionen oder etwa Folge von überhöhtem elterlichem Druck darstellen. Vor allem Fachpersonen, die sich erst seit kurzem mit der ADHS befassen und/oder noch nicht wissen, dass Aufmerksamkeitsstörungen ein häufig auftretendes Begleitsymptom vieler Erkrankungen darstellen, neigen dazu, das Vorliegen von Aufmerksamkeitsproblemen kurzerhand mit einer ADHS zu verwechseln.

ADHS: Kernsymptome sind unspezifisch

Denken wir nur einmal daran, wie stark sich klinisch der so genannt un- aufmerksame vom hyperaktiven Typus der ADHS unterscheidet und wie

verschieden sich die ADHS bei Mädchen und Buben, bei Männern und Frauen entwickeln kann: Hier das stille, übermäßig verträumte, vergessliche und ängstliche Mädchen mit der „langen Leitung“. Dort der laute, hyperaktive, provozierende, motorisch ungeschickte und überall aneckende ADHS-Knabe. Und da schließlich der erwachsene ADHS-Betroffene, der chronische Temposünder und Adrenalin-Junkie mit ständigem Stellen- und Partnerwechsel, welcher immer Neues anreißt, allen vieles verspricht, kaum etwas zu Ende bringt, sich chronisch verspätet und unter seinem Ruf der Unzuverlässigkeit schließlich seelisch zerbricht. Ja, das Störungsbild der ADHS, so wie es zur Zeit in den Klassifikationssystemen der DSM-IV und der ICD-10 konzipiert wird, ist sehr facettenreich. Im Vergleich zu sehr vielen anderen Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters sind die Hauptsymptome der ADHS für sich gesehen wenig charakteristisch. Die Überlappungen mit anderen psychischen Störungen oder psychosozialen Belastungsreaktionen sind diesbezüglich groß. Nicht zuletzt gehören Aufmerksamkeitsschwächen, Impulsivität und Ungeduld bis zu einem gewissen Grad mit zur menschlichen Natur schlechthin und gewinnen speziell in unserer schnelllebigen Zeit immer mehr an Evidenz. Außerdem umreißen die Leitsymptome der ADHS den Kern der Störung viel weniger genau als dies etwa bei Angsterkrankungen, Depressionen und erst recht bei Störungen aus dem autistischen Spektrum der Fall ist. So ist die Wahrscheinlichkeit, beispielsweise bei einer Angststörung die richtige Diagnose zu stellen, viel höher als bei der ADHS mit ihrer unspezifischen Symptomenvielfalt.

Problem: ADHS-Screening-Diagnostik

Wir haben es also bei der ADHS nicht mit einem Syndrom zu tun, welches durch ein weitgehend einheitliches Symptomenmuster gekennzeichnet ist. Im Gegenteil: Die ADHS ist charakterisiert durch eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität der zu beobachtenden und im

Einzelfall vorherrschenden Symptome. Das erschwert den diagnostischen Prozess auf vielfältige Art und Weise. So kommt etwa vielen der im klinischen Alltag eingesetzten ADHS-Screeningfragebögen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (z.B. von Conners, Brown, Wender und anderen) einerseits eine recht hohe Sensitivität zu. Dies bedeutet, dass viele dieser Fragebögen ADHS-Betroffene mit einer grossen Wahrscheinlichkeit korrekt identifizieren. Andererseits sind diese ADHS-Screeningtests aber sehr unspezifisch: Die Wahrscheinlichkeit, einen Patienten ohne ADHS, aber mit einer anderen, ähnlichen Kernproblematik korrekt als Nicht-ADHS-Betroffenen zu identifizieren, ist relativ klein. Wir sind immer wieder erstaunt, wie hoch die Werte in diesen ADHS-Screeningtests ausfallen, obwohl den Beschwerden andere Ursachen zugrunde liegen. Und wir stellen immer wieder fest, dass die Höhe des Störungsindex dieser Fragebögen nicht nur das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten, sondern vor allem auch die Sorgen und Überforderungsgefühle der Mütter und teilweise auch der Lehrkräfte widerspiegeln. Angesichts dieser Probleme, der hohen Komorbiditätsrate sowie der eindrücklich langen Liste der Differenzialdiagnosen erstaunt es, wie oft in Untersuchungsberichten die Resultate dieser ADHS-Screeningtests zum „Beweis“ des Vorliegens einer ADHS mutieren können. Zudem besteht der Sinn von Screening-Tests (zu welchen auch die wissenschaftlich mehr oder weniger gut geprüften ADHS-Fragebögen gehören) ja nicht darin, exakte Diagnosen zu stellen, sondern möglichst viele potentiell Betroffene zu identifizieren, um diese dann einer genaueren Diagnostik zuführen zu können. Auch hinsichtlich des Krankheitsverlaufes zeichnet sich die ADHS als nicht eben charakteristisch aus: Einen typischen Verlauf, wie wir ihn etwa von Angststörungen, Depressionen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum her kennen, existiert bei der ADHS nicht. Einziger (und diagnostisch relevanter) Ankerpunkt ist der Umstand, dass ADHS-Symptome bereits in der Kindheit zu einer maßgeblichen Behinderung in

der Entfaltung der persönlichen Anlagen (Intelligenz, Kreativität, zwischenmenschliche Kompetenzen usw.) geführt haben und sich wie ein roter Faden durch die ganze Biografie eines Menschen ziehen müssen.

ADHS: eine Modeerscheinung?

Aus den obigen Feststellungen nunmehr ableiten zu wollen, bei der ADHS könne es sich angesichts der Vielfalt des Beschwerdebildes gar nicht um eine valide Diagnose, sondern höchstens um eine Normvariante oder gar eine Modeerscheinung handeln, ist obsolet. Klinisch tätige Psychologen und Ärzte auf der ganzen Welt wissen durch ihre Arbeit seit Jahrzehnten um die Existenz und Eigenständigkeit dieses Syndroms, welches wir heute als ADHS konzipieren. Aber auch unter Wissenschaftlern gilt die ADHS weltweit als evidenzbasierte und anerkannte Diagnose. Dies wurde auch in interkulturellen empirischen Studien belegt. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf das „International Consensus Statement on ADHD“ hin, welches unter anderem auch von rund hundert klinisch und wissenschaftlich tätigen Fachpersonen aus dem deutschen Sprachraum unterzeichnet wurde. Selbst für uns Praktiker, die wir uns in Sachen ADHS-Diagnostik zu den kritischen Zeitgeistern zählen, kommt dieser Diagnose eine unbestritten hohe Evidenz zu.

Zunahme von falsch-positiven ADHS-Diagnosen?

Das Wissen um die ADHS hat sich in den letzten vier, fünf Jahren stark verbreitet. Immer mehr ADHS-Betroffene kommen heute in den Genuss von qualifizierten Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen. So kann heute immer mehr Menschen das Schicksal erspart bleiben, sich mit ihrer unerkannten und unbehandelten ADHS durch Schule, Ausbildung und Beruf, ja durchs ganze Leben quälen zu müssen. Zugenommen hat die Anzahl von deutschsprachigen Fachartikeln, von Ratgeberliteratur, ADHS-, Fach- und Patientenorganisationen sowie von ADHS-Websites und -Internetforen.

Stark zugenommen hat in den letzten Jahren nachweislich auch die Verschreibungspraxis von Stimulanzien. So hat sich in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten zehn Jahren die Anzahl der Verschreibungen verzehnfacht. Zugenommen hat aber auch – zumindest aus unserer (nicht repräsentativen) Perspektive als Spezialambulanz – die Anzahl derjenigen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, welche mit Stimulanzien behandelt werden, ohne dass ihren Problemen eine ADHS zugrunde liegt.

Wie wir darauf kommen, werden Sie sich jetzt vielleicht fragen. Dazu Folgendes: Uns werden viele Patienten zu einer „Second Opinion“-Beurteilung zugewiesen, weil beispielsweise hartnäckige Verhaltens-, Beziehungs- oder Lernprobleme trotz medikamentöser Behandlung mit Stimulanzien fortbestehen. Oder weil man vermutet, dass das Medikament nicht recht wirke. Oder weil man einfach sonst nicht weiß, was mit einem Patienten wirklich los ist und wie man ihm helfen könnte. Bis zirka Mitte 2004 mussten wir in den meisten Fällen feststellen, dass entweder trotz klarer ADHS-Problematik die Diagnose nicht gestellt wurde, dass trotz Indikation keine medikamentöse Behandlung erfolgte, dass die Stimulanzien zu niedrig dosiert oder die kurze Wirkdauer der Stimulanzien nicht berücksichtigt wurde (Ritalin LA bzw. Concerta sind in der Schweiz erst seit Anfang 2005 auf dem Markt). Wir stellen also immer häufiger fest, dass die gestellte ADHS-Diagnose entweder nicht stimmt, nur einen Teil des Beschwerdebildes abdeckt oder dass Stimulanzien einfach nur probatorisch (versuchsweise) verschrieben werden, ohne dass eine spezifische Diagnostik und Indikationsstellung erfolgte. Für ein Ritalin-Rezept ist heutzutage immer öfters nur noch ausschlaggebend, ob und nicht warum jemand unkonzentriert, impulsiv und hyperaktiv ist. Das Vorliegen von Hyperaktivität und/oder von Konzentrationsproblemen genügt einigen Ärzten offenbar, um den Patienten probatorisch Ritalin zu verschreiben. Dass nahezu alle psychischen Störungsbilder mit einem neuropsy-

chologischen Äquivalent einhergehen, ist vielen Kinderärzten, Psychologen und Psychiatern noch nicht bekannt. Folge ist, dass Konzentrations- und Impulsregulationsstörungen voreilig mit ADHS gleichgesetzt werden und die Patienten damit nicht immer in den Genuss einer störungsspezifischen Behandlung kommen. Dabei spielen teilweise auch Eltern eine Rolle, welche den Arzt nicht selten hartnäckig auf einen Behandlungsversuch mit Stimulanzien drängen. Eine Studie aus dem Jahr 2000 zeigte denn auch, dass es in einem Gebiet der USA zu vielen Fehlverschreibungen von Stimulanzien kam. Andere Untersuchungen zeigen hingegen, dass keine generelle Überversorgung mit Stimulanzien vorliegt. Studien aus Europa werden mit Sicherheit folgen.

Um nicht missverstanden zu werden: Auch heute kommt es aus unserer Erfahrung noch sehr viel häufiger vor, dass ADHS-Betroffene diagnostisch gar nicht erkannt werden und ihnen in der Folge ein Behandlungsversuch mit Stimulanzien vorenthalten bleibt (das gilt insbesondere für Mädchen und/oder Menschen mit einer ADHS vom unauffälligen Typus). Untersuchungen zur Behandlungshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland zeigen denn auch, dass diese deutlich unter der Störungsprävalenz liegt. Die von uns subjektiv konstatierte Zunahme von falsch-positiven ADHS-Diagnosen sagt also keineswegs aus, dass die ADHS – im Sinne einer „Modediagnose“ – generell zu häufig diagnostiziert wird und dass eine Überversorgung mit Stimulanzien vorliegt.

Keine ADHS, sondern ...

Bei denjenigen Kindern, bei denen wir eine bereits gestellte ADHS-Diagnose nicht bestätigen können, beruhen die Verhaltens- und Lernprobleme primär auf kognitiven, emotionalen oder zwischenmenschlichen Störungen. Bei den in diesem Zusammenhang vorkommenden Aufmerksamkeitsproblemen und/oder der Überaktivität handelt es sich um sekundäre beziehungsweise reaktive Phänomene. Zu Ersteren zählen insbesondere: (Entwicklungs-) Störungen der ver-

balen und/oder nonverbalen Merk- und Lernfähigkeit (also Störungen der Gedächtnisfunktionen), Lese- und Rechtschreibstörungen, Störungen der Raumverarbeitung (vor allem räumlich-konstruktive Störungen) und damit zusammenhängend Dyskalkulie, Entwicklungsstörungen der Motorik, Sprachentwicklungsverzögerung sowie in selteneren Fällen Lernbehinderung (leichte Minderintelligenz) oder Hochbegabung. Deutlich zunehmend ist zudem die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, bei welchen wir primär einen krankhaft hohen Konsum von Bildschirmmedien als Ursache für Impulsivität, Aufmerksamkeits- und Lernstörungen ausmachen. Bei den primär emotionalen Störungen beobachten wir im klinischen Alltag in erster Linie Angststörungen und depressive Zustandsbilder. Und es kommt immer wieder vor, dass es sich bei der vermeintlichen ADHS um den Ausdruck einer familiären Problematik handelt (nicht selten im Zusammenhang mit hohen Erwartungen eines Elternteils an das Kind). Bei Erwachsenen, bei denen wir einen ADHS-Verdacht oder eine ADHS-Diagnose nicht bestätigen können, zeigt es sich, dass die Probleme der Patienten sich entweder auf eine charakterliche Disposition, psychosoziale und/oder geschlechtsspezifische Probleme (z.B. Überforderung von allein erziehenden Müttern mit ADHS-Kindern, Druck am Arbeitsplatz) oder in einzelnen Fällen auch auf dezidierte Persönlichkeitsstörungen zurückführen lassen. Dabei handelt es sich vor allem um zwanghafte, histrionische oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen sowie um Patienten mit einer Zykllothymia (chronische emotionale Instabilität mit wechselnden Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung). Und immer wieder kommt es bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen halt auch vor, dass sich die persönlichen Beschwerden – so genau sie auch erfasst und beschrieben werden – keinem in der Psychopathologie heute bekannten Syndrom oder Störungsbild zuordnen lassen. Menschen und ihre Probleme lassen sich nicht immer in diagnostische Klassifikationssysteme einordnen.

Als problematisch muss in diesem Zusammenhang der Umstand bezeichnet werden, dass die beiden internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 bei der ADHS ausschliesslich psychopathologische, nicht aber neuropsychologisch beschreibbare Differenzialdiagnosen wie zum Beispiel Entwicklungsstörungen des räumlichen Vorstellungsvermögens erwähnen. Die Beschränkung auf eine rein psychopathologische Sicht bei der Überprüfung von möglichen Differenzialdiagnosen einer ADHS sowie die Vernachlässigung einer neuropsychologischen Perspektive erscheinen speziell bei diesem Störungsbild unangebracht: Selbst im Erwachsenenalter beruht eine ADHS auf bis in die Gegenwart hinein fortbestehenden, neuropsychologisch beschreibbaren zerebralen Funktionsstörungen (was nicht impliziert, dass diese in neuropsychologischen Tests zwingend abbildbar sein müssen). Differenzialdiagnosen müssen folglich nicht nur auf der Ebene psychopathologischer Erkrankungen oder psychosozialer Umstände Berücksichtigung finden, sondern vor allem auch auf der primären Ebene von neuropsychologisch beschreibbaren kognitiven Funktionsstörungen unterschiedlichster Genese. Bei Kindern sind dabei nicht nur die Legasthenie oder die Rechenschwäche gemeint, sondern auch räumlich-kognitive und/oder räumlich-konstruktive Störungen (also Störungen des räumlichen Vorstellungs- und/oder Umsetzungsvermögens) sowie Störungen der verbalen oder visuell-figuralen Gedächtnisfunktionen. Patienten mit diesen neuropsychologisch beschreibbaren Grundstörungen können, wie dargestellt, sekundär Aufmerksamkeits-, Lern- und Verhaltensstörungen zeigen, welche einer ADHS täuschend ähnlich sein können.

Der springende Punkt ist die Entscheidung für die richtige Therapie

Wieso ist das Thema der Differenzialdiagnostik der ADHS so wichtig? Es geht darum, dass Menschen ja nicht an abstrakten Begriffen (Diagnosen) an sich leiden, sondern an

ihren je individuellen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag. Und da kann es sein, dass ein Kind im Schulalltag Verhaltensauffälligkeiten zeigt, welche sowohl Ausdruck einer ADHS, aber auch Folge einer Teilleistungsstörung oder einer familiären Problematik sein können. Und schließlich kann es sich auch um eine Kombination verschiedener Faktoren handeln: Wenn es beißt, können es bekanntlich Läuse oder Flöhe sein – oder Läuse und Flöhe. Um eine zielgerichtete Therapie planen zu können, muss man also so weit wie möglich klären, welche Ursachen den Aufmerksamkeits- und Impulsregulationsproblemen zugrunde liegen. Das Wissen um Syndrome, welche der ADHS ähnlich sind, kann helfen, die Beschwerden von Kindern, Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen nicht einfach auf eine ADHS-Diagnose zu reduzieren, sondern sie ganzheitlich zu verstehen und den Ursachen ihrer Probleme so genau wie möglich auf den Grund zu gehen. Das Ziel ist schließlich, sie fachgerecht und umfassend zu therapieren. Eine ADHS zu behandeln und dabei eine parallel vorliegende Teilleistungsstörung zu übersehen, ist fatal. Gleiches gilt unter anderem auch für isolierte Merkfähigkeits-, Lern- und Gedächtnisstörungen und deren Folgen bei Kindern, welche in der Regel oft als Ausdruck einer ADHS missverstanden werden. Das ist der springende Punkt.

David – ein Fallbeispiel

Die obigen Ausführungen machen verständlich, wieso bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS eine sehr sorgfältige klinisch- und neuropsychologische Abklärung unabdingbar ist. Zu ähnlich sind die ADHS-Symptome den Begleitphänomenen anderer Erkrankungen und Entwicklungsstörungen. Exemplarisch dafür, dass nicht nur die ADHS zu Konzentrationsschwächen, Ablenkbarkeit, Impulsivität, fehlender sozialer Anpassung usw. führen kann, stellen wir im Folgenden David vor.

Angaben des zuweisenden Arztes: *David (Name geändert, Details anonymisiert) ist 11 Jahre alt und besucht die fünfte Klasse. Er wurde uns*

von einem mit der ADHS vertrauten Kinderarzt aus Z. zugewiesen. Im Zuweisungsschreiben lautete die Diagnose: „Hypoaktives POS bzw. ADHS vom unaufmerksamen Typus mit aggressiven und oppositionellen Verhaltensstörungen sowie Zwängen“. Die Medikamente wurden ohne große Erfolge mehrfach gewechselt. Aktuell wird David wieder mit Ritalin 10mg (1-1-0) behandelt. Der Knabe, so schrieb der Arzt im Überweisungsschreiben, würde in der Schule seit langem gemobbt.

Im Erstgespräch, welches wir immer zuerst alleine mit den Eltern führen, berichteten diese Folgendes:

David war von Anfang an anders als andere Kinder. Er sei ein sehr stilles Baby gewesen. Da er nie auf Geräusche reagierte, habe man schon im ersten Lebensjahr gedacht, dass er nicht richtig hört. Wiederholt wurde das Gehör geprüft. Es war aber immer alles in Ordnung. Die Sprachentwicklung verlief unauffällig, David habe sogar recht früh und auf Anhieb erstaunlich gut gesprochen.

Mit andern Kindern hat David nie gespielt. Sie schienen ihn schlicht und einfach nicht zu interessieren. David war und ist bis heute ein Einzelgänger. Auch mit seiner um zwei Jahre älteren Schwester beschränken sich die Begegnungen im Grunde genommen auf Reibereien.

David kann auch heute noch extrem wütend reagieren. Vor allem dann, wenn sich etwas in der Umgebung oder im Tagesablauf unerwartet ändert. Auch heute noch muss man ihm alles möglichst frühzeitig ankündigen. Mutter-Kind-Turnen und Kindergarten waren ebenfalls sehr schwierig: David habe sich nie eingefügt, sei immer angeekelt und habe sich meistens alleine beschäftigt.

Sonderbar war und ist auch sein Spielverhalten: Rollen- oder andere Phantasiespiele, wie etwa der Kaufmannsladen für Kinder oder die Spielpost, haben David im Gegensatz zu seiner älteren Schwester nie interessiert. Er bevorzugte es stattdessen, alleine und stundenlang seine Schmucksammlung zu inspizieren, durchzuzählen und aufzureihen: David liebt nämlich glänzende Steinchen, sammelt seit früher Kindheit funkelnden Alt- und Modeschmuck

und wusste bereits zu Beginn des Kindergartens, was „Swarowski“ bedeutet. David spielt auch mit Lego und Playmobil. Spielen hieß und heißt für David immer, dass er seine „Edelsteine“, die Lego-Teile und Playmobil-Figuren so wie seinen Schmuck fein säuberlich sortiert in eine gerade Reihe legt oder in andere Muster anordnet. David kann unentwegt von diesen Beschäftigungen reden. Dass sich niemand für seine immer wieder ergießend vorgetragenen Ansichten über seine „Edelsteine“ interessiert und er gelegentlich auch Bemerkungen, ob er eigentlich ein Mädchen sei, zu hören bekommt, scheint ihn bis heute nicht zu stören.

David hat auch andere seltsame Gewohnheiten: Einschlafen kann er bis heute nur, wenn ein fixes Ritual eingehalten wird: Zuerst muss die Bettdecke zurecht gerückt werden. Und zwar in der immer gleichen Reihenfolge. Dann müssen Stofftiere ebenfalls in eine genau definierte Reihenfolge auf dem Bord neben dem Bett aufgereiht werden. Wehe, man hält dies nicht sorgsam ein: David rastet auch heute noch total aus, wenn man dieses Ritual nicht penibel genau beachtet.

Beim Essen gibt es auch heute noch riesengrosse Probleme: David isst am liebsten nur Reis oder nur Nudeln oder nur Kartoffelpüree. Wenn es mehrere Speisen auf einem Teller hat, dürfen diese sich nicht berühren. Passiert das beim Schöpfen doch einmal, ist der Teufel los.

Die Einschulung war sehr typisch für David, berichteten die Eltern. Als die Lehrerin am ersten Schultag fragte, wer sich alles auf die Schule freue, streckten alle auf – außer David. Fadedangerade und unmissverständlich habe er als einziges Kind vor versammelter Schüler- und Elternschaft der Lehrerin erklärt, er komme nicht gerne in die Schule. Allen Anwesenden sei der Mund offen stehen geblieben. Dass David sehr direkt sei und alles wörtlich nehme, sei generell sehr mühsam: Kürzlich habe er im Garten ein Feuer gemacht, obwohl es regnete. Es qualmte wie verrückt und die Mutter wies ihn an, doch nicht schon wieder so einen Unsinn vor dem Haus anzustellen. Zehn Minuten später habe die Mutter festgestellt, dass es hinter dem Haus qualmte. Sie stellte David hart zur Rede. Er erwiderte lauthals,

sie habe doch gesagt, er solle nicht vor dem Haus ein Feuer machen. Und er sei doch jetzt hinter dem Haus. Das sei doch ungerecht, habe er gebrüllt.

Ähnliches passiert auch bei den Hausaufgaben, wo es immer zu extremen Streitereien kommt: Kürzlich musste David als Hausaufgabe zwei Arbeitsblätter durcharbeiten, was er aber nicht machte, mit der Begründung, die Lehrerin habe gesagt, sie sollten sich die Arbeitsblätter sehr gut ansehen. Und genau das, also sie gut ansehen, habe er schließlich gemacht. Davids Sturheit sei extrem und durch nichts habe man den Buben davon überzeugen können, dass die Lehrerin mit Ansehen natürlich meinte, dass die Blätter durchgelesen werden müssten. Solcherart verbeisst sich David oft in einzelne Worte, was meist in einen Streit münde.

Von Beginn an war es in der Schule schwierig mit David. Er störte, schwatzte dazwischen und schien nicht zu begreifen, was man in welchen Situationen machen und sagen durfte und was nicht. Auch heute noch scheint er nicht zu wissen, wen er duzen und wen er siezen soll: So duzte der Knabe kürzlich ohne Scham den Zahnarzt (oder auch uns; Anmerkung der Verfasser). Nicht nur in der Schule, sondern überall sagt David ganz direkt, was er gerade denkt. Einkaufen mit ihm war und ist unmöglich: Lauthals kann sich David beim Einkaufen an der Kasse über eine übergewichte Kundin auslassen und dem Coiffeur sagte er kürzlich ungeniert, dass dieser Mundgeruch habe. David ist – so seine Eltern – extrem egoistisch. Alles bezieht er auf sich. Die Bedürfnisse und Ansichten anderer mit einbeziehen, könne er nicht.

Auch den Großeltern gegenüber verhält sich David daneben: Wenn er sie besucht, mustert er normalerweise als erstes schweigend den Eingang und den Wohnraum und schaut, ob sich irgend etwas verändert hat. Er setzt sich meistens irgendwo hin und kann dann eine halbe Ewigkeit sein Taschenmesser auf- und zuklappen. Meistens fängt er dann an, über Schmuck und neuerdings über Eisenbahnen zu referieren. Er merkt einfach nie, dass andere das gar nicht interessiert und redet einen regelrecht „zu Boden“.

Grüßen tut er nur, wenn man ihn direkt dazu auffordert und selbst dann

nur widerwillig. Dem Gegenüber dabei in die Augen sehen, das geht bis heute nicht. Es ist einfach oftmals sehr, sehr peinlich mit David. Rasend kann es die Eltern machen, wenn sie einmal mehr realisieren würden, dass David selber sich nie schuldig fühle, wenn er sich daneben benommen habe. Oft habe er überhaupt keine Einsicht.

Eigenartig sei es auch, wenn alle zusammen etwas Lustiges am TV ansehen: David reagiert oft aggressiv, wenn andere lachen. Er versteht selten, wieso sie dies tun. An Intelligenz mangelt es ihm nicht, aber die Pointen und Witze versteht der Knabe trotzdem nicht. Nur Mr. Bean kann David zum Lachen bringen.

Daheim ist David sehr unselbstständig. Man kann ihm hundert Mal erklären, wieso er etwas tun oder lassen soll. Wenn etwas für ihn nicht absolut logisch ist, kapiert er nichts oder will nichts kapiieren. Dass andere sich daran stören, wenn das WC nicht gespült ist, alle Lichter brennen oder er die Musik zu laut aufdreht, scheint er nicht zu merken. Einiges an Umgangsformen und Hausregeln lernte David über ein Belohnungssystem, aber nicht über Einsicht oder weil er spürte, der Mutter damit Freude zu bereiten, sondern allein der materiellen Belohnung wegen.

Für Davids Mutter besonders schlimm ist die Feststellung, dass ihr Sohn sie total kalt auflaufen lassen kann und einfach nicht zu spüren scheint, dass sie ihn ja liebt und es gut meint mit ihm.

Bericht der Lehrerin

In der Schule geht es mit David leistungsmäßig ordentlich gut. Er wäre aber zu besseren Leistungen fähig. Das Problem ist, dass David oft geistesabwesend und in Gedanken versunken ist. Immer wieder passiert es, dass der Knabe bei Stillarbeiten an Details hängen bleibt und keinen Überblick mehr hat. Aufsätze schreiben geht nur mit größter Mühe, da er sich auch hier in seinen Ausführungen verliert. Wenn ihn etwas nicht interessiert, sind seine Schulleistungen nicht immer genügend. Die Lehrerin berichtete, dass David oft sehr hochgestochen und geschwollen spricht und oft Redewendungen und Metaphern in einem unpassenden Sinn verwendet. Andere



ALLE FOTOS: P. ROSSI



Kinder lachen dann oft, was ihn aber erstaunlicherweise nicht groß stört. Es ist ein Glück, dass es David nicht so wichtig ist, was andere über ihn denken. David weiß viel, stellt aber oft Fragen, die nicht direkt zum Thema passen. In den Pausen ist David immer alleine. Er geht zwar nach draußen, aber nur, um den anderen zuzuschauen. Vor dem Turnunterricht steht er oft in einer Ecke der Turnhalle und verknotet gedankenversunken irgendwelche Seile. Turnen selbst klappt nicht gut. David ist motorisch ungeschickt und wirkt ängstlich.

In der Klasse sei David eigentlich akzeptiert. Man habe sich mit seiner spe-

ziellen Art irgendwie arrangiert. Ergelte als „Typ von einem anderen Planeten« und wirke mit seinen strahlend blauen Augen wie ein „Indigo-Kind“. Bei Frotzeleien wehre er sich nie, aber alle zwei, drei Wochen passiere es, dass er übermäßig aggressiv reagieren könne. Wirklich Schlimmes habe sich aber noch nie ereignet. Letztes Jahr sei er gemobbt worden. David wehre sich halt immer viel zu spät oder gar nie. Jetzt achte sie vermehrt darauf.

Der Erstkontakt in der Praxis mit Piero Rossi)

Als David zu uns in die Praxis kam, zeigte sich schnell, dass mit dem Bu-

ben etwas nicht stimmte. Während des Händedrucks bei der Begrüßung wandte sich David mit dem Oberkörper seitlich ab und reagierte beinahe so, als könnte er durch sein Gegenüber mit einer Krankheit angesteckt werden. Ein Blickkontakt kam kaum oder nur extrem kurz zustande, fast so, als würde ich ihn blenden.

In unserer Praxis beginnt die Diagnostik nicht selten bereits im Wartezimmer, wo sich unter anderem ein vierstöckiges Puppenhaus befindet. Auch David interessierte sich dafür. *(Bild Puppenhaus ganz)*

Als erstes verfrachtete der Knabe unzweifelhaft alle Hausbewohner in die Garage und begann fein säuberlich, unter allen kleinen Möbeln und Dutzenden von Wohn-, Haushalts-, Badezimmer- und Küchenutensilien Ordnung zu schaffen, was ihm auch hervorragend gelang. Die Puppenhausbewohner ließ der Knabe auch nach Abschluss seiner Aufräumarbeiten auf einem Haufen in der Garage liegen. Auf die Frage, wo denn die Kinder, die Eltern und Großeltern geblieben seien, antwortete David kurz angebunden: „Die braucht es nicht“.

(Bildausschnitt Garage)

Nach Aufforderung folgte mir der Knabe anstandslos in mein Sprechzimmer, wo er allerdings erst auf meine ausdrückliche Einladung hin die Tür hinter sich schloss und sich hinsetzte. David sprach nie von sich aus. Er gab nur kurze Antworten oder erzählte in seiner sehr geschliffenen Art irgend etwas, ohne bei einem von mir angeschnittenen Thema länger zu verweilen. Er schien dabei immer davon auszugehen, dass ich wissen müsste, wovon er sprach. Als ich ihn zum zweiten Mal unterbrach, weil mir wiederholt der Kontext fehlte und ich nicht verstand, was mir der Knabe berichten wollte, reagierte David irritiert und leicht ungeduldig. Er schien nicht wirklich zu verstehen, was ich von ihm erwartete. David wirkte altklug, aber auch intelligent. Er dozierte über Schmucksteine und Kristalle wie ein Lehrer, dem es gleichgültig ist, ob seine Zuhörer am Thema Interesse haben oder nicht. Ja, er habe viele Freunde, antwortete David auf

meine diesbezügliche Frage. Als ich nachfragte, wie diese heißen, stellte sich heraus, dass das Gegenteil der Fall war: David kannte nicht einmal die Namen seiner Mitschüler (obwohl er seit fünf Jahren die gleiche Klasse und das gleiche Schulhaus besuchte). Er hatte keinen Freund und es war ihm auch nicht wichtig, einen zu haben. Den Unterschied zwischen Freund und Schulkollege vermochte er mir nicht zu beschreiben. Es war schwierig, mit David ein geordnetes klinisches Explorationsgespräch zu führen. Ich benötigte ob des zähen Informationsflusses viel länger als gewohnt. Im Spontanverhalten wirkte der Knabe ungenau und unbeholfen. Er war verspannt und konnte nicht ruhig sitzen. Ein emotionaler Rapport kam nur ansatzweise und erst gegen Ende des letzten Untersuchungstermins zustande.

Testuntersuchungen

Die meisten neuropsychologischen Tests absolvierte der Knabe problemlos, und zwar auch ohne Ritalin. Bei Kindern, die bereits mit Stimulanzien behandelt werden, erfolgen bei uns die Eingangsuntersuchungen immer ohne Medikamente, wobei einige der Tests später auch unter der Wirkung des Medikamentes wiederholt werden.

Auch bei den Testuntersuchungen fiel uns auf, wie wörtlich der Knabe alles nimmt: In einem Untertest des HAWIK-III müssen aus einzelnen Karten sinnvolle Bildergeschichten gelegt werden. Auf die Instruktion hin, diese Bilder...

(Bildergeschichte unsortiert, rechts)

...in die richtige Reihe zu bringen, legte David die Karten fein säuberlich und auf den Millimeter genau in eine Reihe *(Bildergeschichte ganz unten)*.

Dass ich die inhaltlich richtige Reihenfolge meinte, begriff er erst nach mehrmaligem Erklären anhand einfacher Beispiele. Doch auch dann erkannte er den Zusammenhang der Bildergeschichten oft nicht.

Bei einem computergestützten Test zur Gesichterwahrnehmung fiel auf, dass David Emotionen in Gesichtern nicht gut erkennen beziehungsweise nicht gut zuordnen konnte.

(Bild rechte Seite oben)

Die Aufgabe verlangt eine Zuordnung wechselnder Gesichter mit bestimmtem emotionalem Ausdruck zu einer Auswahl von sechs gleich bleibenden Gesichtern, welche die gleichen Emotionen zeigen. In einem zweiten Schritt wird geprüft, wie exakt die Probanden die zuvor präsentierten Gesichter wieder erkennen. Es fiel David schwer, jenes Gesicht zu identifizieren, welches den gleichen Affekt ausdrückte. Auch brauchte er extrem lange, bis er sich jeweils für

eine Zuordnung zu entscheiden vermochte. Visuell-analytische Wahrnehmungsprobleme, welche Davids Schwierigkeiten hätten erklären können, bestanden nicht.

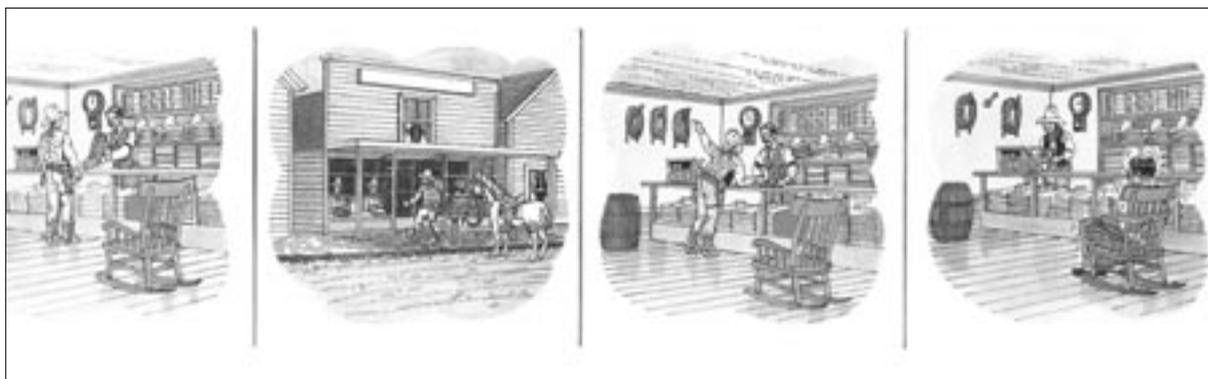
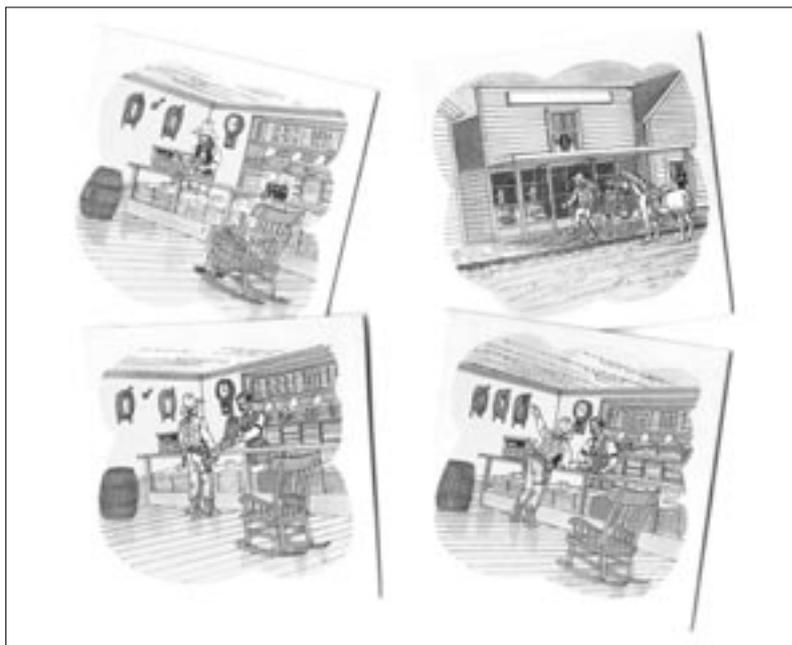
Daraufhin habe ich David folgende Bildkarte mit der Bitte vorgelegt, mir zu schildern, was er sehe und was da passiere: *(Bild rechte Seite Mitte)*

David sagte: „Da ist eine Mauer und ein Baum.“ „Und weiter?“, fragte ich.

David: „Ein Mädchen und ein Mann und ein Kind.“ Was da vor sich gehen könnte, schien er nicht zu erkennen. Wo er ein Mädchen sehe, wollte ich wissen. Er wies auf die linke Figur und sagte: „Wegen den violetten Hosen.“

Davids Fähigkeiten, soziale Zusammenhänge in Bildergeschichten, Witzzeichnungen, in Fotografien mit zwischenmenschlichen Szenarien oder in Comics zu erkennen, waren gegenüber Gleichaltrigen maßgeblich reduziert.

Auch bei folgendem Bild sollte David





erzählen, was darauf geschehe:
(Bild ganz unten)

David: „Der Mann ist nicht rasiert. Und er hat eine Cola. Am Boden liegen Äste.“ Die einfach zu erkennende Konstellation, dass der Mann eindeutig nicht in diese Gesellschaft passt und die Tatsache, dass alle entgeistert auf den Vagabunden starren, sah David nicht. Er erkannte zwar Einzelheiten, aber nicht den Sinnzusammenhang oder den sozialen Ablauf, der in diesem Bild oder in anderen Bildergeschichten enthalten war. Wer nun vermutet, dass bei David eine Minderintelligenz vorliegt, irrt: Wie die Testuntersuchung ergab, liegt sein IQ im oberen Normbereich.



Täuschend ähnlich

Dass der Kinderarzt von David an eine ADHS dachte, ist auf den ersten Blick gut nachvollziehbar: David beachtete ja häufig Einzelheiten nicht und infolge seiner Geistesabwesenheiten unterliefen ihm bei den Schularbeiten oder bei anderen Tätigkeiten oftmals Flüchtigkeitsfehler. Ebenso wie ADHS-Kinder bekundete David häufig Schwierigkeiten, bei (Haus-) Aufgaben die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten. Auch schien der Knabe häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprachen. Er hatte Mühe, Anweisungen anderer vollständig durchzuführen und Schularbeiten oder andere Verrichtungen oder Pflichten zu Ende zu bringen. Wie die meisten ADHS-Kinder verlor auch David häufig Gegenstände, die für Aktivitäten daheim und in der Schule benötigt wurden und wirkte bei Alltagstätigkeiten oft vergesslich. Weitere ADHS-typische Verhaltensweisen, die bei ihm auffielen: In der Klasse und in anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, stand David häufig auf und lief herum. Er redete oft übermäßig viel und litt unter „Sprechdurchfall“. Schließlich platzte David häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt war, vermochte nur schwer zu warten, bis er an der Reihe war, unterbrach und störte andere häufig bei Gesprächen oder Spielen und reagierte oft impulsiv. Gemessen an den diagnostischen Leitlinien des



DSM-IV-TR würden Davids Verhaltensauffälligkeiten also durchaus denen einer ADHS entsprechen.

Asperger-Syndrom

Trotzdem: David leidet nicht an einer ADHS, auch wenn viele seiner Verhaltensweisen, wie etwa die Konzentrationsprobleme während dem Unterricht oder das trotzig-oppositionell anmutende Verhalten, auch bei Vorliegen einer ADHS auftreten können. Der Knabe leidet am so genannten Asperger-Syndrom (AS), einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung der sozialen Wahrnehmung und der Beziehungsfähigkeit. Nicht nur der klinische Befund und die eindrücklichen Schilderungen der Eltern, sondern auch die Entwicklungsgeschichte und die Auswertung verschiedener AS-Screening-Fragebögen ergaben, dass an der Diagnose eines AS wenig Zweifel blieben. Einer komorbiden Zwangsstörung kam wenig Evidenz zu. Beim AS handelt es sich um eine leichte Form einer autistischen Störung, die erstmals 1944 vom Wiener Kinderarzt und Leiter der Heilpädagogischen Station der Universitäts-Kinderklinik Hans Asperger beschrieben wurde. Mehrere Jahrzehnte blieb sie jedoch relativ unbekannt. Erst mit der englischsprachigen Publikation von Lorna Wing (1981) und schließlich mit der Aufnahme der Diagnose in die beiden führenden psychiatrischen Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV änderte sich die Situation.



Hans Asperger

Diagnosekriterien für das Asperger-Syndrom gemäß DSM-IV-TR

Beim AS bestehen maßgebliche Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, die sich gemäß DSM-IV-TR in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestieren: 1. Deutliche Beeinträchtigung bei vielfältigen nonverbalen Verhaltensweisen, wie dem In-die-Augen-Schauen, der Mimik, der Körpergesten sowie der Gesten zum Regulieren sozialer Interaktionen. 2. Unvermögen, dem Entwicklungsniveau entsprechend Beziehungen zu Gleichaltrigen zu entwickeln. 3. Mangelnder spontaner Wunsch, mit anderen Vergnügen, Interessen oder Errungenschaften

zu teilen (z.B. macht der Betroffene keine Anstalten, Gegenstände seines Interesses anderen Menschen zu zeigen, ihnen zu bringen oder darauf hinzuweisen). 4. Fehlende soziale oder emotionale Reziprozität (Gegenseitigkeit). Außerdem bestehen beim AS begrenzte, vom sozialen Bedeutungskontext weitgehend losgelöste, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale zeigen: 1. Konzentrierte, stereotype Beschäftigung mit begrenzten Interessensgebieten, was bezüglich der Intensität oder aus inhaltlicher Sicht als abnorm erscheint. 2. Sture Befolgung spezifischer, nonfunktionaler Routinen und Rituale. 3. Stereotype und repetitive motorische Manierismen (z.B. das Schnippen oder Verdrehen der Finger oder komplexe Bewegungssequenzen mit dem ganzen Körper). 4. Anhaltende Beschäftigung mit einzelnen Gegenständen oder Teilstücken. Im Weiteren setzt das DSM-IV-TR zur Diagnose eines AS voraus, dass die Störung bedeutende Beeinträchtigungen auf sozialem, beruflichem oder auf einem anderen wichtigen Gebiet verursacht. Im Gegensatz zur Diagnose des Autismus existiert beim AS weder eine klinisch bedeutsame allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung noch ein bedeutsamer Rückstand in der kognitiven Entwicklung. Im DSM-IV zwar nicht erwähnt, aber trotzdem sehr charakteristisch, ist eine hochstehende, grammatikalisch korrekte, originelle Sprache, die sich daneben durch Wortneuschöpfungen, unpassende Verwendung von Metaphern sowie Auffälligkeiten im Sprachrhythmus, der Aussprache, Sprechgeschwindigkeit oder Tonhöhe auszeichnet.

Häufigkeit und Begleiterkrankungen des AS

Das AS tritt wesentlich seltener auf als die ADHS. Zuverlässige Angaben zur Prävalenz des AS liegen uns nicht vor. Je nach Studie soll die AS bei 2,5 bis 48 von 10.000 Kindern vorkommen (ADHS: ungefähr 6 von 100). Bei Jugendlichen mit AS ist es nicht immer einfach, das Störungsbild von einer beginnenden juvenilen Schizo-

phrenie abzugrenzen. In der Regel ist eine längere Beobachtungszeit erforderlich, um eine diagnostisch zuverlässige Beurteilung vornehmen zu können. Wie schon die ADHS kommt auch das AS selten allein. In rund 2/3 der Fälle bestehen komorbide Störungen. Nach unseren Beobachtungen stehen dabei Zwänge, Tics und das Tourette-Syndrom und – insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – depressive Störungen im Vordergrund. Auch Eßstörungen, Mutismus und aggressives Verhalten kommen vor. Da die Betroffenen oft unaufmerksam und impulsiv sind, zeigen viele von ihnen auch ADHS-ähnliche Symptome.

Worin unterscheiden sich das AS und die ADHS?

Auch wenn sich im klinischen Alltag die Symptome von ADHS und autistischen Störungen zu überlappen scheinen, stellen letztere gemäß den Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10 ein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer ADHS dar. Wir finden, dass diese Differenzierung zu Recht erfolgt. Zu unterschiedlich nämlich zeigen sich dem Kliniker bei näherer Betrachtung Art, Ausprägung und Verlauf der Problematik.

Wahrnehmung und Aufmerksamkeit

Menschen mit AS zeichnen sich durch einen teils deutlich ausgeprägten detailorientierten Wahrnehmungsstil aus. Die anderen Menschen normalerweise zur Verfügung stehende Fähigkeit zur automatischen Kontextwahrnehmung, also das spontan ganzheitliche und gestalterschließende Erfassen und Interpretieren von Stimuli aus einem größeren Kontext (die so genannte „zentrale Kohärenz“), bleibt AS-Betroffenen weitgehend vorenthalten. Während ADHS-Betroffene in der Regel zu vieles gleichzeitig wahrnehmen und dadurch Mühe haben, sich zu fokussieren und zu konzentrieren, nehmen viele Menschen mit AS also vorwiegend Details, nicht aber die mit ihnen vernetzten Umgebungsinformationen wahr. Das kann dazu führen, dass Dinge vergessen werden. Dies geschieht aber eben

nicht, weil die AS-Betroffenen ADHS-typisch zerstreut sind, sondern weil sie den vergessenen Gegenstand trotz normalem Aufmerksamkeitsverhalten nicht gesehen haben. Sie wirken im Alltag unkonzentriert und zerstreut, weil sie die Welt nur sehr fragmentiert wahrnehmen und ihnen daher die soziale Anpassung ungeheuer viel Energie abverlangt. Die etwa im Schulalltag zu beobachtenden Konzentrationsschwächen sind also in erster Linie Auswirkungen von Wahrnehmungsbesonderheiten: Mit einem ausgeprägt detailorientierten Wahrnehmungsstil ist es nämlich viel anstrengender, das Ganze einer Schulstunde, einer Gruppenarbeit oder einer anderen Lebenssituation zu erfassen. AS-Betroffene kostet es infolge dieses Defizits generell sehr, sehr viel Kraft, sich nach aussen hin zu orientieren. Und das geht zu Lasten der Aufmerksamkeitskapazität. Weitere mögliche Auswirkungen dieser Überforderung kann das Verlieren von Gegenständen sein oder das Ausbleiben einer Reaktion, wenn die Betroffenen angesprochen werden. Ganz anders bei ADHS-Menschen, welche sich vor allem von Außensignalen leicht ablenken lassen: Sie können sich nicht auf Details fokussieren, weil sie zu sehr kontextorientiert sind. Menschen mit AS zeigen grundsätzlich geringer ausgeprägte und vor allem andere Formen von Aufmerksamkeitsproblemen als ADHS-Betroffene. Sicher, auch viele AS-Betroffene sind sehr unkonzentriert. Im Gegensatz zu Menschen mit einer ADHS werden sie aber nicht primär von „außen“, sondern mehrheitlich von „innen“ abgelenkt. Und sie sind unkonzentriert, weil sie beim Zuhören von ihren vielen Versuchen, das syndromtypisch oft nur in Teilen Wahrgenommene zu einem sinnvollen Ganzen zusammensetzen, überanstrengt sind. Oder sie wirken unkonzentriert, weil sie übermäßig stark auf ein Detail fokussieren. AS-Betroffene werden also hauptsächlich durch ihre eigenen Gedanken und Phantasien sowie durch ihre im Kontakt mit der Aussenwelt entstehende Verwirrtheit abgelenkt. Ganz anders bei ADHS-Betroffenen: Sie werden abgelenkt durch eine Fliege am Fenster, einen Fussel auf der

Jacke des Lehrers oder das spezielle Geräusch, wenn beim Stillunterricht ein Mitschüler den Klebeverschluss einer Packung Taschentücher aufreisst. Sie nehmen also von allem zu viel auf und reagieren auf das Wahrgenommene viel zu schnell. AS-Betroffene hingegen nehmen nur einzelne, mit der unmittelbaren Umgebung nicht oder nur ungenügend verwobene Mosaikstücke ihrer Umwelt auf. Schon Hans Asperger stellte diese Unterschiede fest:

„Es ist also nicht oder nicht nur die landläufige Konzentrationsstörung neuropathischer Kinder zu beobachten, die von allen äußeren Reizen, von jeder Bewegung und Unruhe um sie her von ihrem Arbeitsziel abgelenkt werden. Diese Kinder sind vielmehr von vornherein gar nicht geneigt, ihre Aufmerksamkeit, ihre Arbeitskonzentration auf das zu richten, was die Aussenwelt, in diesem Fall die Schule, von ihnen verlangt.“ (Asperger, 1944)

■ Einfühlungsvermögen

Menschen mit einem AS haben oft große Schwierigkeiten, wenn es darum geht zu verstehen, was andere denken, fühlen, wünschen oder beabsichtigen. So antwortete David auf die Frage, wieso er keine Freunde habe, dass er nicht sehe, wofür sich andere interessieren. David kann Gedanken von anderen Menschen nicht „lesen“. Er merkt nicht, welche Motive andere veranlassen, etwas zu tun oder zu lassen. Daher ist es ihm auch nicht möglich einzusehen, zu verstehen und nachzuvollziehen, wenn man ihm erklären will, dass sein Verhalten andere verletzt oder stört. Er sieht nicht in andere Menschen hinein. Seine Wahrnehmung ist auf das Erkennen von Details auf der „Frontseite“ des Gegenübers beschränkt. Er sieht nicht, wenn man ihn gefühlsmäßig ablehnt und er spürt fatalerweise auch nicht, wenn man ihn mag. Er kennt nur „nett“ oder „nicht nett“ und meint damit, ob man ihn akzeptiert, in Ruhe lässt oder stört. Weil er nicht spürt, dass ihn jemand mag, reagiert er nie auf die Anerkennung, die ihm die Eltern bei positivem Verhalten entgegenbringen. So konnte David nie lernen, sein Verhalten anhand direkter und indirekter positiver oder negativer Feedbacks

zu reflektieren oder es danach auszurichten. Fachpersonen gehen bei AS-Betroffenen von einer Entwicklungsstörung der „Theory of mind“ aus. Sie meinen damit das Fehlen der fundamentalen Kompetenz, anderen Menschen Bewusstseinszustände mit eigenen Absichten zuzuschreiben. Auch wir stellen immer wieder fest, dass das spontane Verstehen von Gefühlen anderer und die Fähigkeit zu Empathie generell bei AS-Menschen viel weniger stark ausgeprägt sind als bei Gesunden oder bei Patienten mit anderen psychischen Störungen. So fällt es ihnen sehr schwer oder ist ihnen gar unmöglich, sich in die Rolle eines anderen zu versetzen und zu versuchen, beispielweise einen Konflikt aus der Perspektive des Gegenübers zu verstehen und zu lösen. Täuschungen zu verstehen, fällt AS-Betroffenen eben so schwer. Das prädestiniert sie „ideale“ Mobbing-Opfer zu werden. Es erklärt aber auch, wieso Kinder mit AS oft mit anderen in Streit geraten und warum diese Auseinandersetzungen dermaßen heftig ausfallen können, dass Eltern resignieren. Für Mütter von AS-Kindern ist es oftmals unerträglich, emotional keine gemeinsamen Erlebnisse teilen und dem Kind keine Liebe vermitteln zu können sowie nicht wirklich zu wissen, woran man bei seinem Kind ist. Viele haben Schuldgefühle und denken, es liege an ihnen. Häufige Folge ist, dass sie das Kind mit Liebesbezeugungen überschütten, es nach Strich und Faden verwöhnen, auf eine gesunde Grenzsetzung verzichten und dadurch ungewollt dazu beitragen, eine angemessene Autonomieentwicklung dieser Kinder zu erschweren. Auch bei Menschen mit ADHS und kombinierter Störung des Sozialverhaltens kann übrigens festgestellt werden, dass es ihnen an Empathie fehlt. Von ADHS-Betroffenen ohne Störung des Sozialverhaltens hingegen wissen wir, dass sie zu sehr tiefen Empfindungen für das Gegenüber fähig sind. Eine Störung der „Theory of Mind“ liegt hier nicht vor. Im Gegenteil: Viele ADHS-Menschen besitzen quasi einen „sechsten Sinn“ und spüren bestens (und manchmal fast zu gut), was in anderen Menschen

um sie herum vor geht. Sie zeichnen sich oft schon im Kindesalter durch ein Übermass an „sozialen Antennen“ aus, erspüren das Gegenüber schnell und können, wenn „die Chemie stimmt“, blitzschnell Vertrauen aufbauen, bei „fehlender Chemie“ hingegen eben so schnell „dicht“ machen. Dass Menschen mit einer ADHS – im Gegensatz zu AS-Betroffenen – zu hoher Empathie fähig sind, zeigt sich unter anderem auch darin, dass viele sehr wohl spüren, wenn sie einmal mehr zu impulsiv reagiert haben und sich zu wenig zu beherrschen vermochten. Sie leiden deswegen oft an Schuldgefühlen, welche sich in der Kindheit manchmal so tief in die Seele eingegraben haben, dass sie ein Leben damit kämpfen und sich tief im Innern als Versager fühlen. Menschen mit AS sind diesbezüglich „unschuldig“: Da sie sich in ihren Reaktionen nicht oder nur sehr stark eingeschränkt an den Emotionen des Gegenübers orientieren können und nicht spüren, welche Gefühle sie mit ihrem Verhalten bei anderen Menschen auslösen, haben sie auch kein schlechtes Gewissen. Unseres Erachtens zeigen Kinder und Jugendliche mit Störungen im Sozialverhalten hinsichtlich der Entwicklungsstörung der Empathie und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme übrigens viel mehr Gemeinsamkeiten mit einem AS als mit einer ADHS.

■ Kontaktverhalten, Kommunikation und Impulsregulation

Kernmerkmal von AS-Betroffenen ist ein fehlendes oder stark vermindertes Interesse an anderen Menschen, vor allem an Gleichaltrigen. Sie haben meist keine Freunde und suchen sie auch nicht. Anders ist es bei ADHS-Kindern: Sie wünschen sich oft sehnlichst Freunde, finden aber keine, weil sie zu laut, zu impulsiv und zu ungeduldig sind oder schlicht zu sehr auf die Nerven gehen. Das nonverbale Kommunizieren ist für Menschen mit einem AS wie eine Fremdsprache. Sie beherrschen sie entweder gar nicht oder haben mühsamst einige „Brocken“ erworben, welche ihnen ermöglichen, sich mehr schlecht als recht durch das

Wirrwarr menschlicher Kommunikation und Interaktionen durchzuschlagen. Auch das ist für sie extrem anstrengend. Kinder mit AS haben es wie gesagt sehr, sehr schwer, andere wirklich zu verstehen. Sie sind blind für soziale Signale, unausgesprochene Bedeutungszusammenhänge, Andeutungen und implizite Erwartungen anderer sowie letztlich auch für das Erkennen von gruppenspezifischen Prozessen. ADHS-Kinder zeigen demgegenüber ein mehrheitlich altersentsprechendes nonverbales Kommunikationsverhalten: Sie verstehen, was es bedeutet, wenn die Mutter die Stimme hebt, das Gesicht abwendet oder tief durchatmet und können solche kommunikativen Mittel spontan nachahmen. Immerhin muss das Kind dafür gelernt haben, welche Bedeutung eine bestimmte Mimik von einer bestimmten Person in einem bestimmten Kontext hat. Genau das aber fällt Kindern mit AS so schwer. Oft ecken sie an, aber nicht wie ADHS-Betroffene aus innerer Impulsivität heraus, sondern weil sie die unausgesprochenen Regeln und damit auch die Grenzen des sozialen Miteinanders auch bei größter Konzentration nicht erkennen und erlernen können. Sie entnehmen dem Gesicht, den Augen und den Gesten anderer kaum Informationen über das, was sie denken, fühlen oder zum Ausdruck bringen wollen. Ein nonverbal vermitteltes „Jetzt reicht’s!“ kann ein AS-Kind meist nicht wirklich verstehen, so dass es weiter macht, bis es kracht. Wie Blinde laufen Menschen mit AS, „ins offene Messer“, sind dann irritiert und reagieren verschüchtert, aggressiv oder mit Rückzug. Oder sie reagieren lauthals abweisend, weil sie Dinge (vor allem hinsichtlich sozialer Selbstverständlichkeiten) nicht begreifen und sich stur an ihrer egozentrischen Logik orientierend an ihrer Meinung festbeissen. Oder sie reagieren impulsiv, weil sie sich gestört fühlen. Gestört, weil sie etwa den Sinn vieler Aktionen zwischen anderen Menschen nicht (ein-) sehen. Da AS-Kinder die Erwartungen anderer nicht wahrnehmen können, bleiben ihnen zur Orientierung nur deren äußere Reaktionen. Die Impulsivität bei der ADHS

hat ganz andere Ursachen: Die „innere Bremse“ arbeitet nicht korrekt, so dass Impulse nicht angemessen reguliert werden können. Es handelt sich also bei der ADHS-Impulsivität nicht um einen rein reaktiven Prozess wie beim AS. Sie beruht vielmehr auf einem Versagen neurochemischer Hemmmechanismen beim Reagieren auf innere und äußere Reize. Weil der automatische Abgleich mit der sozialen Umwelt nicht klappt, wirken AS-Kinder in ihrem Verhalten auf andere gelegentlich auch arrogant und egoistisch. Während beim AS Defizite in der sozialen Wahrnehmung die Ursache für Störungen des Sozialverhaltens darstellen, liegen dem sozial auffälligen Verhalten von ADHS-Kindern ganz andere Ursachen zu Grunde: Hier wirken sich die syndromtypischen Aufmerksamkeitschwächen dahingehend aus, dass betroffene Kinder oftmals zu wenig Geduld und einen zu schnellen und zu impulsiv-hüpfenden Wahrnehmungsstil haben, um Feinheiten und Bedeutungen von Gestik, Mimik und nonverbaler Kommunikation überhaupt differenziert wahrnehmen zu können. Außerdem sind viele ADHS-Kinder durch ihr „Subito-Syndrom“ im Interaktionsverhalten einfach zu schnell: Sie „schiessen drein“, können die Kraft nicht dosieren, irritieren damit andere Kinder und stoßen ob ihrem impulsiven Kontaktverhalten schnell zuerst auf Irritation und dann auf Ablehnung. ADHS-Kinder suchen die Anerkennung anderer und leiden meistens sehr darunter, gemieden zu werden. AS-Betroffenen hingegen ist es weit weniger bis gar nicht wichtig, was andere Menschen über sie denken.

■ Neugierverhalten

Währendem der „innere Kompass“ bei ADHS-Betroffenen immer in Richtung „neu“, „interessant“, „spannend“, „gefährlich“ oder „außergewöhnlich“ lenkt und sie alles Monotone, Regelhafte und sich Wiederholende mehr fürchten als alles andere, verhält es sich bei Menschen mit dem AS gerade umgekehrt: Sie sind alles andere als sprunghaft, sondern befassen sich eingehend und ausdauernd mit einer Sache, und zwar lange. Sie haben nicht wie ADHS-

Menschen hundert Ideen auf einmal im Kopf und tausend Projekte gleichzeitig am Laufen. AS-Betroffene sind sehr geradlinig und bleiben, wenn sie einmal etwas begonnen haben, zumindest aus der Optik von Außenstehenden, oftmals so lange an einer Sache kleben, dass es fast schon zwanghaft anmutet. Stört man sie in ihrer Routine, können sie sehr heftig reagieren. Anders ADHS-Betroffene: Was unternehmen sie nicht alles, um reizarmen Situationen, jeglicher Routine und Gleichförmigkeit und damit dem „Standby-Modus“ zu entkommen! Ständig sind sie auf der Suche nach dem „Kick“ und rasch verliert das Neue wieder seinen Reiz. Und wie verführerisch ist für sie jede noch so kleine Abwechslung! Einem AS-Betroffenen hingegen widerfährt es mit Garantie nie, dass er vom „Novelty seeking-Syndrom“ gepackt wird und innerlich getrieben von einem enthusiastisch begonnenen, aber nie beendeten Projekt ins nächste stürzt. AS-Betroffene können sich ihren Spezialinteressen und ihren für Außenstehende oftmals sinnlos erscheinenden Themen über Monate und Jahre hinweg widmen und das – wie eine Teilnehmerin in einem Internetforum treffend formulierte – „in einer Intensität, dass ADSler Bauklötze staunen“. Das Leben von Menschen mit AS ist durch ausgeprägte Routinen bestimmt und unterscheidet sich dadurch fundamental vom ADHS-Lebenstil, welcher durch möglichst viel Abwechslung, Aufregung und der Suche nach Höhepunkten gekennzeichnet ist.

■ Spielverhalten und Sonderinteressen

Das Spielverhalten von Kindern mit ADHS ist kreativer und interaktiver als jenes von Kindern mit einem AS. Trotz Impulsivität, Ungeduld und Unaufmerksamkeit suchen Erstere das Gemeinsame und Verbindende im Spiel mit anderen Kindern. AS-Kinder dagegen spielen lieber alleine, in der Gruppe sind sie meist heillos überfordert. Zu schwer fällt es ihnen, die Absichten der anderen Spielteilnehmer zu erkennen und ein gemeinsames Ziel kooperativ anzusteuern. Stattdessen zeigen AS-Betroffene in der Kindheit, aber auch später in ihrer

Lebensgestaltung und in ihren Interessen, häufig ausgeprägt repetitive und stereotyp anmutende Verhaltensmuster. Ungewöhnlich dabei ist das Ausmaß, mit dem sie sich ihren Sonderinteressen widmen. Für alles andere sind sie meist nur schwer zu begeistern. Teilweise sind diese auf ein einzelnes Gebiet beschränkt, auf dem sie mit der Zeit meist ein enormes Fachwissen erwerben. AS-Kinder sind beispielsweise versessen auf das Sammeln von Münzen oder – wie bei David – von Modeschmucksteinen. Andere erstellen Excel-Tabellen über die Häufigkeit von Zugverspätungen oder eignen sich ein extrem detailliertes Wissen um geschichtliche Abschnitte an (beispielweise im Zusammenhang mit bestimmten Waffengattungen). Menschen mit ADHS kennen diese Art von nachhaltigen Beschäftigungen mit Sonderinteressen nicht. Zwar können sie hyperfokussieren und „total auf etwas abfahren“. Dieser Hype ist aber allerspätestens nach zwei, drei Monaten vorüber.

■ Neuropsychologie

Bei nahezu allen Testuntersuchungen bei Menschen mit einer ADHS stellen wir Störungen der Reaktionsunterdrückung sowie nicht altersentsprechende Leistungen bei Anforderungen an die visuo-motorische Umstellfähigkeit (Flexibilität) fest (dies gilt auch für eine ADHS vom unaufmerksamen Typus). Sehr oft zeigen sie zudem über viele der computergestützten neuropsychologischen Tests hinweg eine große Streuung der Reaktionszeiten. Auch Störungen der selektiven Aufmerksamkeitsfunktionen, wie etwa der Fähigkeit, unter fremdbestimmten Bedingungen die Aufmerksamkeit auf verschiedene Quellen gleichzeitig zu richten, sind im Zusammenhang mit einer ADHS häufig festzustellen. Bei AS-Betroffenen dagegen lässt sich nach unseren Erfahrungen auf Testebene kaum ein charakteristisches kognitives Leistungsprofil erkennen: Einzige Konstante ist eine Minderleistung (oder das Versagen) bezüglich des flexiblen Anpassens des Aufmerksamkeitsfokus bei unerwarteten Änderungen (also die auch bei der ADHS festzu-

stellende reduzierte flexible Umstellfähigkeit). Bei Anforderungen an die Daueraufmerksamkeit haben AS-Betroffene im Gegensatz zu ADHS-Kindern normalerweise keine Probleme. Die erwähnten Störungen der „Theory of Mind“ und der zentralen Kohärenz lassen sich auf Testebene trotz klinisch eindeutigen AS nicht immer objektivieren. Selbst Aufgaben zur Erkennung und Zuordnung von Emotionen, wie sie auch David zu lösen versuchte, gelang einigen unserer AS-Patienten erstaunlich gut. Keine für das AS charakteristischen Besonderheiten fanden wir bisher übrigens hinsichtlich der Gedächtnis- und Raumverarbeitungs-funktionen.

Fazit

Auch wenn es sich bei der ADHS um eine verbreitete psychische Störung handelt, sind bei Untersuchungen immer auch andere mögliche Diagnosen zu erwägen, wie beispielsweise das viel seltener auftretende Asperger-Syndrom. Nur so kann gewährleistet werden, dass Patienten in den Genuss einer individuell auf sie zugeschnittenen Behandlung kommen. Bei David bestand die Therapie in einem Training der sozialen Wahrnehmung sowie in einer Verhaltenstherapie zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen. Ritalin erhält er weiterhin, da er mit diesem Medikament – wie übrigens auch zahlreiche andere uns bekannte Kinder mit einem AS – in der Lage ist, etwas flexibler auf neue und für ihn unvorhergesehene Situationen zu reagieren. ←

Literaturangaben auf Anfrage bei den Verfassern erhältlich.

ADHS und Ko – Zwangsm征kmale und Tic-Störungen

Erscheinungsformen – Teil 1*

Aribert Rothenberger



1. Basisinformationen zu Tic-Störungen

Sowohl der Erstbeschreiber des Tourette-Syndroms (Georges Gilles de la Tourette, 1885) als auch seine Zeitgenossen wiesen auf die Verbindung zwischen motorischen und vokalen Tics einerseits sowie zwanghaftem Denken und Handeln andererseits hin. So wurden Kontrollrituale, Zählzwänge, zwanghaftes Berühren und übertriebene Ordnung und Routineabläufe berichtet. Man meinte sogar, dass Zwangsm征kmale und Tic-Störungen nicht zufälligerweise miteinander verbunden seien, eine Ansicht, die mittlerweile durch empirische Forschung gut gestützt ist.

Tics sind unwillkürliche Bewegungen und/oder verbale Äußerungen, bei denen funktionell zusammenhängende Skelettmuskelgruppen in einem oder mehreren Körperbereichen gleichzeitig oder nacheinander einbezogen sind. Sie sind typischerweise schnell, abrupt einschließend und kurz dauernd, wobei sie sich oft in kurzen Serien wiederholen können. Selten finden sich langsamere und mit Muskelverspannungszuständen verbundene Bewegungen. Tics lassen sich nach ihrer Qualität (motorisch/vokal) unterscheiden (Tab. 1).

Die Tics treten mehrfach am Tag auf, meistens in Serien und können in Anzahl, Häufigkeit, Intensität und Komplexität über die Zeit wechseln. Obwohl die Tic-Störungen klinisch ein breit gefächertes Erscheinungsbild darstellen können, sind die Hauptmerkmale kulturunabhängig, da sie in einer Uniformität überall auf der Welt vorkommen. Die Symptome werden zu etwa 90 Prozent erstmals im Alter von 2 bis 18 Jahren beobachtet, wobei sie meistens um das 7. Lebensjahr auftreten. Das häufigste Erstsymptom betrifft die Augen in Form von Augenblinzeln; aber auch eine Vielzahl anderer Tics wie z. B. Mundaufsperr-

ren, Grimassieren, Kopfrucken, Dinge antippen, Lecken, Spucken, Hüpfen, Räuspern, Grunzen oder Summen können als Erstsymptom beobachtet werden. Der Beginn der Lautäußerungen folgt den motorischen Tics in der Regel mit einem Abstand von zwei bis vier Jahren. Zwangsm征kmale treten mit einer weiteren Verzögerung von drei bis vier Jahren (um das 12. bis 17. Lebensjahr, selten früher) hinzu.

Manche Patienten, vor allem Erwachsene, beschreiben ein Vorgefühl vor dem einen oder anderen Tic und haben so eine Möglichkeit an der Hand, ihr Tic-Verhalten zu steuern, da die Tics für eine gewisse Zeit zu unterdrücken sind.

Motorische und vokale Tics werden in der Regel durch Stress, Angst, Müdigkeit, Aufregung verstärkt und durch konzentrierte Tätigkeiten und

Entspannung vorübergehend gemildert. Mittlerweile wird die Ansicht vertreten, dass die Ticstörungen ein sich entwickelndes Störungskontinuum darstellen, das mit den kurz dauernden und vorübergehenden Tics des Kindesalters beginnt und bis zu den Varianten eines Tourette-Syndroms reichen kann. Dennoch erscheint es sinnvoll, verschiedene Abschnitte des angenommenen Kontinuums getrennt zu betrachten, da die Einteilung nach gängigen Klassifikationsmerkmalen im Querschnitt gut abgrenzbar ist und sich verschiedene medizinische und/oder psychologische Behandlungsindikationen ergeben (Tab.2)

Die vorliegenden Prävalenzschätzungen für Tic-Störungen im Grundschulalter liegen zwischen 4 und 12 Prozent; für das Tourette-Syndrom wird eine Prävalenz von etwa 0,5 Pro-

Tabelle 1: Einteilung der Tics

motorisch	vokal
einfach ■ z.B. Blinzeln, Schulterzucken, Kopfrucken	■ z.B. Räuspern, Pfeifen, Husten, Schnüffeln
komplex ■ z. B. Hüpfen, Klatschen, Berühren	■ z.B. Wörter, Sätze Kurzaussagen
Besonderheiten ■ Echokinesie (= mechanisches Nachahmen von Bewegungen) ■ Kopropraxie (= Ausführen obszöner Gesten)	■ Palilalie (= Wiederholung von gerade selbst gesprochenen Wörtern) ■ Echolalie (= Wiederholung von gerade gehörten Lauten oder Wortteilen) ■ Kopropraxie (= Ausstoßen unanständiger, obszöner Wörter)

Tabelle 2: Klassifikation der Tic-Störungen

Diagnose	wichtigste Kriterien
vorübergehende Tic-Störung des Kindesalters	vollständiges und endgültiges Verschwinden der meist motorischen Tics nach spätestens einem Jahr
chronische Tic-Störung	mehr als 1 Jahr dauernde chronische motorische oder chronische vokale Tics
Tourette-Syndrom	mehr als 1 Jahr dauernde motorische und vokale Tics
andere bzw. nicht näher bezeichnete Tic-Störung	Sie erfüllt nicht die Kriterien der vorgenannten Störungen wie z.B. Dauer mehr als 4 Wochen; Beginn der Tics vor dem 18. Lebensjahr

zent geschätzt. Damit liegen die Prävalenzraten bei Kindern und Jugendlichen etwa 10fach höher als bei den Erwachsenen, was auf eine Tendenz zur spontanen Besserung der Symptomatik im natürlichen Verlauf der Erkrankung hinweist. Das männliche Geschlecht ist etwa 2-3mal häufiger betroffen. Tic-Störungen treten in manchen Familien gehäuft auf, was auf eine Vererblichkeit der Anlage zu dieser Störung hinweist, wobei dieselbe aber nicht zwangsläufig zum Erscheinungsbild einer Tic-Störung führen muss.

Vielfach weisen Patienten mit einer Tic-Störung noch andere Verhaltensprobleme auf (z.B. allgemeine motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörungen, mangelnde Impulskontrolle, nicht-flüssiges Sprechen, Schulleistungsprobleme, Schlafstörungen, Rückzugsverhalten, Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit bis hin zu selbstverletzendem Verhalten). Besonders eng wird die komplexe Verknüpfung von Tic-Störungen und Zwangsphänomenen gesehen. Ob es sich bei Zwangsstörungen bzw. Tic-Störungen um eine alternative Umsetzung einer gemeinsamen genetischen Basis handelt, ist noch nicht sicher entschieden.

2. Tics und Zwangshandlungen

Etwa 30 bis 60 Prozent der Patienten mit einem Tourette-Syndrom weisen gleichzeitig Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen auf. Patienten mit einer Tic-Störung müssen mitunter mit ihren Blicken Konturen entlangfahren oder Dinge immer wieder so hinrücken, bis sie perfekt sind. Andere versuchen, bestimmte Häuser, Straßen oder Wege zu vermeiden, wenn sie zur Arbeit gehen oder heimkommen. Wieder andere schreiben seitenlang arithmetische Hieroglyphen auf Notizblöcke, entwickeln symmetrische Handlungen, langdauernde Bettgehrtaule oder müssen zu bestimmten Tageszeiten immer wieder bestimmte Fragen stellen (z.B.: „Mama, gibt es heute abend ein Gewitter?“)

Ein besonders interessanter Zusammenhang zwischen Tic-Symptomatik und zwanghaftem Verhalten erlaubt es, die häufig als Imitati-

onsverhalten interpretierten Tics anders zu sehen. Stellt man sich die Frage, warum ein Kind die Tics der anderen imitiert, könnte die Antwort lauten, dass es sich um ein zwanghaftes Verhalten handelt, sich der Tic-Patient vom Verhalten des Gegenübers wie angezogen fühlt, sich die motorische Verhaltensweise bei ihm unwiderstehlich im Kopf einnistet und von ihm durchgeführt werden muss. Diese zwanghaften Imitationen sind meistens vorübergehend und verschwinden, wenn der Imitator dem imitierten öfter begegnet. Das heißt, eine Person mit einem Tourette-Syndrom mag berichten, dass sie die Tics für zwei bis drei Tage imitiert hat, nachdem man sich zum ersten Mal sah. Wir kennen dieses von Selbsthilfegruppen der Tourette-Patienten. Mit weiteren Treffen vermindern sich die zwanghaften Imitationsverhaltensweisen und verschwinden schließlich. So ist es auch zu erklären, dass derartige zwanghafte Charakteristika gewöhnlich nicht in Familien zu sehen sind, bei denen mehrere Patienten an einer Tic-Störung leiden. Nicht ungewöhnlich ist auch die Beobachtung, dass mit der Besserung der Tic-Symptomatik die zwanghafte Symptomatik in den Vordergrund tritt bzw. erst ihre volle Ausprägung erfährt.

Einige komplexe Tics sind sehr schwierig von Zwangshandlungen zu unterscheiden. Diese Tics beinhalten wiederholtes Berühren/Antippen von Gegenständen oder Personen oder auch des eigenen Körpers. Am Beginn eines TS können solche Verhaltensweisen frei von Zwangsbefürchtungen mit nachfolgenden ritualisierten Handlungen sein und somit als komplexe motorische Tics bewertet werden. Wenn man die Kinder fragt, werden einige berichten, dass sie nicht wissen, warum sie diese Bewegungsmuster ausführen. Andere beschreiben die innere Notwendigkeit, die Dinge genauer anzuschauen oder genauer fühlen zu müssen, eine komplexe Handlung so lange durchführen zu müssen, bis sie ‚genau richtig ist‘, die ‚innere Melodie trifft‘. Auch die Jugendlichen mit einer Tic-Störung sehen ihre zwanghaften Abläufe nicht primär als Abwehr gegen irgendetwas

an, nicht als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihnen Schaden oder Unheil bringen könnte.

Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten erhöhen sich dadurch, dass „tic-ähnliche“ Zwangsphänomene auch vom Betroffenen selbst entweder als Zwanghaftigkeit oder als komplexer Tic interpretiert werden können. Bezieht man die persönlichen Erklärungsversuche der Patienten nicht als Entscheidungshilfe in die ärztlichen Überlegungen ein, so könnte man zu dem Schluss kommen, dass wiederholtes Berühren, Tippen und Reiben eher den komplexen motorischen Tics als eventuellen Zwangshandlungen zuzuordnen sind. Vor allem durch diese mitunter verschiedenen Sichtweisen und Zuordnungen (dieses gilt auch für ‚Tic-Impuls‘ vs. ‚Zwangs-Impuls‘) erklären sich die unterschiedlichen Häufigkeitsangaben (19 bis 57 Prozent) in den Studien über den Zusammenhang von Tics und Zwängen.

3. Tics und Zwangsgedanken

Die Fixierung geistiger Inhalte ist ein auffälliges Merkmal bei einer Vielzahl von Patienten mit Tic-Störungen, die durch den in ihnen entstehenden Druck ihrer eigenen bizarren Phantasien geplagt werden. Ein Gedanke wird z.B. während einer Unterhaltung ganz normal entwickelt, dann aber setzt er's ich in einem Wiederholungskreis im Gehirn des Patienten fort, immer und immer wieder, breitet sich aus und besetzt schließlich alle geistigen Möglichkeiten des Betroffenen, schließt ihn damit von einer Unterhaltung aus. Andere Patienten entwickeln einen Zählzwang, wiederholen Sequenzen von Abbildungen bzw. Wörtern (der Baum ist grün) immer und immer wieder in ihrem Kopf oder müssen immer wieder exzentrische Zahlen zusammenzählen, gefährliche Situationen in Gedanken durchspielen (Reiz der Gefahr), in Abständen von Dreien zählen oder immer wieder aggressive Impulse gedanklich ausgestalten. Insgesamt scheinen Patienten mit einem Tourette-Syndrom plus Zwangsstörungen eher solche

Zwangsgedanken zu haben, die thematisch mit Gewalt, Sexualität, Gefahrenreizen, Symmetrie, Zählen und selbstverletzendem Verhalten verbunden sind, während die Gruppe mit reiner Zwangsstörung eher solche Zwangsgedanken aufweist,

zierengehen immer wieder spucken, ohne dass er mehr dazu sagen konnte, als dass da so ein innerer Druck sei. Ein anderer Junge mit TS zeigte das gleiche Verhalten. Er erklärte dazu, dass sich sein Mund durch den Speichel verunreinige und er deswe-

gehen. So könnte man als leichteste Form werten, dass Patienten mit einer Tic-Störung das Reden über ihre Tics (bzw. die Beobachtung von Tics bei anderen) als unangenehm empfinden, weil dadurch der Drang zu einer Tic-Bewegung verstärkt wird und in solchen Situationen häufiger Tic-Störungen beobachtet werden. Auch können bestimmte bestimmte somatosensorische Reize (z.B. schabende Hemdkragen, plötzliches Hupen) mitunter bestimmte Ticserien auslösen.

Die sensorischen Phänomene sind oft fokaler Natur, so dass sie genau beschrieben und lokalisiert werden können, vielfach sogar als Wahrnehmung in einem bestimmten Muskel, einem Gelenk oder einem Hautbereich. Vorgefühle finden sich am ehesten im Schulergürtelbereich, an den Handflächen, im Hals, in den Augen, der Mittellinie des Abdomens und dem dorsalen Bereich von Händen und Füßen. Sie können einseitig oder auch symmetrisch auftreten und finden sich selten vor raschen, mehr automatischen Tics wie Augenblinzeln.

Tabelle 3: Schwerpunkt der Zwangspänomene

Zwangsstörung	Tic-Störung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Befürchtungen (Verschmutzung, Unglück) 	Symmetrie Imitieren Zählen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Waschrituale 	Berühren Ordnen Wiederholen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Kontrollieren 	Konturen nachfahren Zerbrechen/Schlagen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Abendrituale 	Verletzen (selbst/andere) Gedankenspiele/ Gefahrenreize Abendrituale

die mit Kontaminationsbefürchtungen und Zwangshandlungen in Richtung Säuberungsritualen zu tun haben. (Tab.3)

Tic-Patienten zeigen alle Formen von Zwangssymptomen; sie sind bei ihnen jedoch schwerpunktmäßig anders verteilt als bei „reinen“ Zwangspatienten. Bei einigen Patienten war es schwierig, die Verhaltensweisen entweder als Zwangsritual oder als komplexen Tic zu kategorisieren. Sehr wahrscheinlich handelt es sich um ein Symptomkontinuum, von den klassischen Tics über ein Mischbild von Tics und Ritualen bis hin zu eindeutigen Zwangspänomenen.

4. Tics und Zwangsimpulse

Typischerweise wird ein Zwangsritual als Antwort auf einen speziellen kognitiven Zwangsimpuls oder Zwangsgedanken durchgeführt, während sich bei einem Tic eher ein sensomotorisches Vorgefühl aufdrängt. Die Umsetzung in motorische Aktion führt in beiden Fällen zu einer kurzfristigen Entspannung. Wie dicht beide Möglichkeiten nebeneinander liegen können, lässt sich an folgenden Beispielen zeigen. Ein Junge mit einem Tourette-Syndrom musste beim Spa-

gen spucke.

Im Rahmen eines Tourette-Syndroms wird bei etwa 80 Prozent der Jugendlichen und Erwachsenen (kaum bei Kindern) über ein Vorgefühl vor einem Tic berichtet (z.B. „so ein Druck im Kopf“, „ein Spannungsgefühl in den Muskeln“, ein „Kribbeln im Bauch“, „wie ein Kitzeln auf der Haut“). Die Betroffenen können oft nicht unterscheiden, ob Vorgefühl und Tics eine Einheit darstellen und als unwillkürliche Störung betrachtet werden müssen oder ob das Vorgefühl eine Art langdauernder sensorischer Tic bzw. sensomotorischer Zwangsimpuls ist, der erst dann kurzzeitig verschwindet bzw. innerlich abgebaut wird, wenn die dazu passende Bewegung mehr oder weniger willentlich erfolgt ist. Dabei könnte eine Neigung zu übermäßiger somatosensorischer Wahrnehmung (Reizoffenheit) bei Tourette-Patienten eine Rolle spielen. Bei manchen Betroffenen soll die Empfindung so unangenehm sein und nach motorischer Aktion drängen, dass die motorischen Tics alleine von daher bestimmt und mit Ausführung der Tic-Bewegung vorübergehend gelindert werden können. Möglicherweise müssen wir von verschiedenartigen sensorischen Phänomenen aus-

Schlussfolgerung

Zwangsmerkmale sind bei einer großen Anzahl von Patienten mit Tic-Störungen zu beobachten. In erster Linie betrifft dieses Jugendliche und junge Erwachsene. In der Regel weisen Patienten mit Tic-Störungen nur leichte Formen von Zwangsmerkmalen auf, so dass die diagnostischen Kriterien einer Zwangsstörung nicht immer erreicht werden. Dennoch sollte stets (in fachlich kritischer Abwägung) die kombinierte Behandlung von Tics und Zwängen im Blick des Therapeuten bleiben. Dies bedarf einer genauen Kenntnis des Symptompektrums von einfachen und vokalen Tics bis hin zu komplexen Zwangsritualen und Zwangsgedanken.

*Teil 2 – Behandlungsmöglichkeiten bei Tic- und Zwangsstörungen – erscheint in unserer Dezember-Ausgabe Nr. 77 „neue AKZENTE“

Aus „Tourette Aktuell“ Ausgabe 1/1997 mit freundlicher Genehmigung des Autors

Anleitung zur verhaltenstherapeutischen Begleitung als Bestandteil einer AD(H)S-Therapie von Kindern und Jugendlichen

Helga Simchen

Die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms erfordert ein multimodales Therapieprogramm, in dem die verhaltenstherapeutische Komponente nach der erzieherischen die wichtigste ist. Das bedeutet aber nicht, dass alle Kinder und Jugendlichen mit einem AD(H)S eine professionelle Verhaltenstherapie benötigen. Selbst die beste Verhaltenstherapie kann Erziehung nicht ersetzen, sondern setzt diese voraus.

Da die Zahl der Verhaltenstherapeuten auch in Zukunft sehr begrenzt sein wird, sollten alle Ärzte, die Kinder und Jugendliche mit AD(H)S betreuen, verhaltenstherapeutische Kompetenzen erwerben, vor allem zur Anleitung der Eltern. Die Eltern als Coach werden immer die wichtigsten Therapeuten ihrer Kinder bleiben, meist bis weit über das 18. Lebensjahr hinaus. Deshalb möchte ich einige wesentliche Prinzipien der verhaltenstherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S den Eltern und Therapeuten vermitteln.

Die Verhaltenstherapie ist eine Sonderform der Psychotherapie, bei der ungünstige Verhaltens-, Denk- und Einstellungsweise der Betroffenen beeinflusst, hinterfragt und verändert werden.

Das erfolgt symptomorientiert und persönlichkeitszentriert mittels Selbstinstruktion, Lern- und Belohnungsprogrammen, verbesserter Selbstreflexion, Konfrontationstherapie und Förderung gezielter Lernprozesse. Die Verhaltenstherapie gibt der Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihren Problemen und Schwierigkeiten einen geordneten Rahmen. In der Verhaltenstherapie sollen Ursache und Motive herausgefunden werden, warum sich Kinder und Jugendliche anders verhalten und alle bisher noch so kompetente und gut gemeinte Behandlung nicht die gewünschten Erfolge brachte. Mit dem

Stellen der Diagnose AD(H)S und dem Verständnis der neurobiologischen Ursachen lassen sich viele Symptome aus dem Leistungs- und Verhaltensbereich erklären. Das Verständnis der AD(H)S-Problematik von Seiten der Eltern und Lehrer, sowie deren aktive Mitarbeit ist dringend erforderlich und ein wesentlicher Bestandteil der Verhaltenstherapie. Eine erfolgreiche AD(H)S-Behandlung erfolgt symptom- und persönlichkeitszentriert mit Einbeziehung des sozialen Umfeldes und basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Psychologie, der Medizin und der Neurobiologie.

Die Verhaltenstherapie will den Betroffenen Kompetenzen verleihen im Umgang mit ihren Problemen, deren Ursachen erklären und Möglichkeiten zu deren Beseitigung aufzeigen. Selbstkontrolle und Eigenständigkeit sollen verbessert werden.

Ziel der Verhaltenstherapie ist es, vordergründig die Alltagsbewältigung zu verbessern und vorhandene seelische Verletzungen zu beseitigen.

Dabei wird der Behandlungserfolg bestimmt von:

- der Schwere der Problematik
- der Belastbarkeit der Betroffenen und ihrer Familie
- den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten
- den Fähigkeiten und Erfahrungen des Therapeuten

Bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS steht ihr auffälliges, nicht selten störendes und von der Norm abweichendes Verhalten im Mittelpunkt der Behandlung. Ursache dafür ist eine angeborene, veränderte Wahrnehmungsverarbeitung, die zu einer mehr oder weniger veränderten Reaktions- und Verhaltensbildung führt.

Dieses abweichende Verhalten be-



dingt bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S, dass sie sich ständig unverstanden und falsch beurteilt fühlen. Die Folge ist eine zunehmende innere Verunsicherung, die zu multiplen Ängsten, Aggressionen, Selbstwertkrisen, reaktiver Fehlentwicklung mit psychosomatischen Beschwerden führen kann. Bei Nichtbehandlung kann es längerfristig zu psychischen Erkrankungen kommen.

Die Notwendigkeit einer Verhaltenstherapie wird bestimmt von der Schwere der Symptomatik, vom Ausmaß der psychischen Überforderung, von den vorhandenen Ressourcen und vom Verhalten des sozialen Umfeldes.

Die Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S umfasst folgende Bereiche:

1. Die Arbeit mit den Eltern

- Information über AD(H)S
- Motivation zur Mitarbeit
- Anleitung für das Coaching

2. Verhaltenstraining

- Impulskontrolle erlernen
- Steuerungsfähigkeit verbessern
- sich Vorsätze geben
- die Selbstwahrnehmung verbessern

*Dr. Helga Simchen
Kinderarzt / Kinderneurologe / Kinder- und Jugendpsychiater
Tiefenpsychologische Psychotherapie / Verhaltenstherapie / Systemische Familientherapie / Hypnose*

- Vermittlung sozialer Normen
- Entspannungsübungen erlernen

3. Wahrnehmungs- und Lernstörungen reduzieren durch:

- Training der Konzentration und Daueraufmerksamkeit
- Verbesserung des Arbeitstempos
- Strukturierung im Tages- und Arbeitsablauf
- Gezieltes Training der Informationsverarbeitung
- Therapie von Teilleistungsstörungen

4. Entwicklungsstörungen erkennen und beseitigen:

- In der Motorik
- Den fast immer vorhandenen sozialen Reiferückstand
- Selbstwertproblematik und
- soziale Kompetenz verbessern

5. Therapie von Komorbiditäten:

- psychosomatische Beschwerden
- Ängste und Panik
- depressive „Löcher“
- Einnässen und Einkoten

Zu 1: Therapiebegleitende Elternarbeit

- Vermittlung eines konsequenten, aber verständnisvollen Erziehungsstiles mit Vorbildfunktion der Eltern
- Erarbeitung einer gemeinsamen Sichtweise hinsichtlich der Ursachen des AD(H)S und seiner Behandlungsmöglichkeiten
- Problemdefinition und Therapiemotivation
- Verständnis und Akzeptanz der Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S
- Gemeinsames Festlegen wichtiger Interventionsschritte im Therapieprogramm
- Arbeit mit Lob und Verstärkerplänen (materielle und ideelle Zuwendung)
- Beobachtungs- und Interaktionstraining
- Strukturierung im Tagesablauf mit Festlegung konkreter Zeiten für bestimmte Tätigkeiten
- Selbständigkeit und Eigenverantwortung fördern mittels Tagesplänen und schriftlich festgelegten häuslichen Pflichten
- Regelmäßige Familienkonferenzen

zu festen Terminen, mindestens einmal pro Woche, um den täglichen Kleinkrieg zu vermeiden, Disziplin und eine selbstkritische Reflexion zu erlernen

- Lesen von Fachliteratur und Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Fortbildungen

Zu 2: Verhaltenstherapeutische Maßnahmen:

- Vorsätze formulieren: „Was will ich ändern?“ und deren Erfüllung protokollierend überprüfen
- Selbsteinschätzung und Fremdwahrnehmung verbessern
- Gedanken oder Verhalten, was unerwünscht ist, durch Stopp-Signal unterbrechen
- Sich entspannen lernen, um bewusst Ruhe genießen zu können
- Wut kontrolliert abreagieren lernen
- Sich loben lernen, seine Stärken erkennen
- Kritik annehmen können
- Erst nachdenken, bevor man etwas sagt oder tut

Zu 3: Lern- und Leistungsstörungen

- Konzentration und Daueraufmerksamkeit trainieren
- Schulische Fertigkeiten wie Rechnen, Rechtschreibung, Lesen, Aufsatzschreiben, Textaufgabenlösen u. ä. regelmäßig und systematisch üben, damit es sich automatisiert, um schneller und sicherer über Gelerntes verfügen zu können
- Protokollführung über Erfolge: „Was ist besser geworden? Worauf bin ich stolz? Was könnte ich noch besser?“
- regelmäßig ausreichend Sport und körperliche Bewegung zum Abreagieren von Frust und Aggressionen
- Über Probleme und Empfindungen mit anderen sprechen, Freunde suchen
- Größere Aufgaben in Teilziele zerlegen
- Seinem Leben eine Perspektive geben und an deren Verwirklichung planmäßig in kleinen Schritten arbeiten
- Verstärkerpläne, Anerkennung, materielle Zuwendung, Gewäh-

ren von Privilegien zur Unterstützung einsetzen

- Entspannungsübungen, Yoga, Musikhören, Traumreisen, Malen, Tagebuchschreiben, autogenes Training regelmäßig anwenden
- Erlernen von Selbstkontrolltechniken
- Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls

Zu 4: Entwicklungsstörungen

- Training zur Verbesserung vorhandener Defizite in der Fein-, Visuo-, Grafo-, Sprach-, Augen- und/oder Grobmotorik
- Soziales Kompetenztraining, d.h. seine Meinung sozial angepasst äußern und verteidigen, beim Lösen von Konflikten das allgemeine Interesse vertreten und akzeptieren können
- Die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme zu anderen trainieren
- Soziale Interaktionen üben und Durchsetzungsstrategien mit der Fähigkeit des Ein- und Unterordnens erlernen, sich auch sozial angepasst überordnen, d.h. eine Gruppe führen können
- Sich zu allen Dingen eine eigene Meinung bilden und diese dann auch außerhalb der Familie vertreten können
- Sich von anderen abgrenzen können, ohne sich als Außenseiter zu fühlen und andere zu kränken, „Nein“ sagen können
- Sich nicht über Unwichtiges ärgern oder provozieren lassen
- Konfliktvermeidung üben, besonders den Geschwistern gegenüber und in der Schule
- Mit Hilfe des Therapeuten verzerrte Wahrnehmungs-, Einstellungs- und Denkstrukturen erkennen und verändern
- Training wirksamer Methoden im Umgang mit Stress und Krisensituationen
- Mit der eigenen ADS-typischen Problematik humorvoll umgehen und sich nicht von ihr beherrschen lassen
- Regelmäßig sein Verhalten selbstkritisch analysieren, nicht immer gleich die Schuld auf andere schieben (AD(H)S), aber auch nicht für alles sich selbst die Schuld geben (ADS)

- Prioritäten setzen und sich ein Zeitgefühl erarbeiten
- Ein möglichst realistisches Bild von sich entwickeln
- Ein altersentsprechendes Pflichtbewusstsein haben

Zu 5: Verhaltenstherapie reaktiver Begleit- und Folgeerscheinungen beim AD(H)S

Die Begleit- und Folgeerkrankungen sind der häufigste Vorstellungsgrund der Eltern mit dem Wunsch nach Verhaltenstherapie ihrer Kinder. Ergibt die gründliche Untersuchung dann ein bisher nicht erkanntes AD(H)S als deren Ursache, sollte dessen Behandlung immer im Vordergrund stehen. Erst den Zusammenhang erkennen von neurobiologischer Ursache und Symptom ermöglicht eine ursachenorientierte Behandlung, die wesentlich erfolgreicher ist, als eine, die nur am Symptom ansetzt.

Was könnten solche Zusammenhänge von Ursache und Wirkung sein?

- Die Impulssteuerungsschwäche als Ursache für unüberlegtes aggressives Reagieren infolge einer Funktionsbeeinträchtigung des Stirnhirns
- Hochgradige motorische Unruhe als Selbstregulation zur Verbesserung der Daueraufmerksamkeit
- Oppositionelles oder ängstliches Verhalten als Folge des ständigen Erlebens nicht verstanden oder falsch behandelt zu werden
- Multiple Ängste als Folge innerer Verunsicherung bei veränderter Wahrnehmung (Serotonin/Noradrenalin)
- Psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) infolge Dauerstress durch anhaltende psychische Belastungen
- Einnässen und Einkoten durch veränderte Körperwahrnehmung und Reizüberflutung
- Zwangshandlungen zum Abbau von Frust und innerer Anspannung (Serotonin/Noradrenalin)
- depressive Verstimmungen als Folge negativer Sichtweisen, erlernter Hilflosigkeit und Botenstoffmangels (Serotonin)
- Panikattacken und Blackout-Re-

aktionen als Folge eines hohen Selbstanspruches in Verbindung mit Stress und Selbstwertproblematik (Noradrenalin)

- Schlafstörungen infolge von Reizüberflutung im Gehirn
- Ticsymptomatik bei zu großer Reizüberflutung im dopaminergen System der Botenstoffe

Um nur einige Beispiele für einen möglichen Zusammenhang von Ursache und Wirkung in Beziehung zu den wichtigsten Botenstoffen zu nennen.

Beispiel für ein Verhaltenstherapieprogramm, was sich immer an den individuellen Bedürfnissen und der sozialen Notwendigkeit orientieren sollte, aber trotzdem für viele AD(H)S Betroffene Gültigkeit haben könnte.

Wie ist etwa sein Ablauf?

1. Problemdefinition und Zielsetzung mit Einführung eines Tages- und Wochenplanes zum Festlegen von Teilzielen.
2. Eigene Ressourcen mobilisieren, Positives verstärken, um sich zu motivieren, Verhalten oder/und Leistung zu verbessern
3. Soziale Kompetenzsteigerung durch Veränderung seiner Reflexions- Wahrnehmungs- und Kritikfähigkeit zur Erleichterung von Kontaktaufnahmen
4. Intensive Motivation für spezielle Trainingsprogramme zum Abbau von Defiziten im Leistungs- und Verhaltensbereich, die immer wieder zu Selbstzweifeln, Versagensängsten und einer unrealistischen Bewertung des sozialen Umfeldes führen
5. Ruhesuggestion durch Entspannungs- und Konzentrationsprogramme, sowie Selbstinstruktionstraining
6. Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls, Lob genießen und Kritik annehmen können
7. Soziale Kompetenz erwerben, seine Meinung vertreten und sich sozial angepasst durchsetzen können
8. Die soziale Reife verbessern, Zeit überschauendes Handeln oder ein Alters entsprechendes Pflichtbewusstsein entwickeln

9. Den alltäglichen Anforderungen emotional und leistungsmäßig entsprechend seinen Fähigkeiten gewachsen zu sein

Aus diesen vielen Punkten könnte mit jedem Betroffenen ein für ihn realisierbares individuelles Therapieprogramm erstellt werden, was dann in für alle Beteiligten überschaubaren kleinen Schritten abgearbeitet wird. Dies erfordert eine Orientierung an den therapeutischen Leitlinien, setzt in jedem Fall Motivation zur Mitarbeit voraus und entsprechende Kenntnisse des Therapeuten.

Der Schlüssel zur Sucht

Es geht um den Kick. Warum entsteht er und wodurch? Zur Suchtentstehung gibt es viele Erklärungsmodelle. Siebzig Jahre nach der Entdeckung von Acetylcholin stellten die Wissenschaftler fest: Nicht Dopamin, sondern Acetylcholin macht Menschen süchtig.

Die Experimente mit Ratten zeigten, dass im Moment, in dem sich die Tiere für eine Droge interessieren, der Lernbotenstoff Acetylcholin freigesetzt wird. Damit führen diese Ergebnisse zu einer wesentlichen Erweiterung des Dogmas, dass die Dopaminfreisetzung im Nucleus accumbens der entscheidende neurochemische Faktor für Sucht ist.

<http://newsletter.doccheck.com/generator/754/3907/xhtml?user=5bd16fb1c18f6ae9ca39ca35d4cc8a8>

Fettsäuren – eine Therapiealternative bei ADHS?

Klaus-Peter Grosse

Langkettige ungesättigte Fettsäuren (LCPUFA) sind bedeutsam für eine normale Hirnstruktur und -funktion. In mehreren aktuellen Übersichtsartikeln [1-4] wurde die Beziehung zwischen neuropsychiatrischen Störungen und den LCPUFA dargestellt. Zu den LCPUFA gehören Omega-3-Fettsäuren (EPA = Eicosapentaensäure, DHA = Docosahexaensäure, als Vorstufe: ALA = Alpha-Linolensäure), aber auch Omega-6-Fettsäuren (AA = Arachidonsäure, DGLA = Dihomogammalinolensäure, als Vorstufe: LA = Linolsäure).

Seit etwa 20 Jahren wird vermutet, dass die LCPUFA auch bei ADHS beteiligt sind. 1987 berichteten Mitchell et al. [5] über signifikant niedrigere Serumwerte für DHA, DGLA und AA bei hyperaktiven Kindern. Stevens et al. [6] fanden, dass die Werte für AA, EPA und DHA im Plasma und in Erythrozyten von ADHS-Patienten signifikant niedriger waren als bei den Kontrollpersonen. Verminderte Werte für LCPUFA in Serum- und Erythrozyten wurden auch bei Erwachsenen mit ADHS gefunden [7]. Dies scheint nicht an einer geringeren Aufnahme von LCPUFA zu liegen, da kein Unterschied im Fettsäureanteil der Ernährung zwischen Kindern mit ADHS und gesunden Kindern festgestellt werden konnte [6]. Es gibt Hinweise, dass bei Kindern mit ADHS der Abbau der Omega-3-Fettsäuren gesteigert sein könnte [8].

Die Hypothese, dass eine Supplementation mit LCPUFA bei ADHS vorkommende Symptome bessern könnte, wurde in mehreren randomisierten, doppelblinden, placebo-kontrollierten Studien (Aman 1987 [9], Voigt 2001 [13], Richardson 2002 [14], Stevens 2003 [15], Hirayama 2004 [17]) bzw. doppelblinden, placebo-kontrollierten Crossover-Studien (Arnold 1989 [10], ergänzt 1994 [11] und 2000 [12], Richardson 2005 [17]) überprüft.

Leider lässt sich aus diesen Studien

die Frage nach Stellenwert und Wertigkeit einer Fettsäure-Therapie bei ADHS nicht eindeutig beantworten, da die Untersuchungen sehr unterschiedlich durchgeführt wurden, zu unterschiedlichen Ergebnissen kamen und Mängel aufweisen, die ihre Aussagekraft einschränken: Die Diagnosekriterien für ADHS bei der Patientenauswahl genügen nur in wenigen Studien den strengen Anforderungen nach DSM-IV [13,17] bzw. DSM-III (mit Einschränkungen) bei den älteren Studien [9,10]. Die zur Behandlung eingesetzten LCPUFA-Zusammensetzungen und Dosierungen waren jeweils verschieden. In zwei Studien [13,15] wurde parallel mit Stimulanzen behandelt. Die kürzere Behandlungsdauer in einigen Studien [9, 10, 17] reichte möglicherweise nicht aus, um den Gehalt an Fettsäuren in neuronalen Membranen genügend zu erhöhen [13]. Die zur Beurteilung des Therapieerfolgs geprüften Parameter waren sehr unterschiedlich und teilweise so zahlreich, dass dadurch deren statistischer Aussagewert gemindert wird. Die Patientenzahlen waren durchwegs klein.

In den Studien von Voigt und von Hirayama mit nach DSM-IV – Kriterien gesicherter Diagnose zeigte sich keine Besserung der ADHS-Symptomatik unter Behandlung mit LCPUFA, wobei bei Hirayama mit den Omega-3-Fettsäuren DHA und EPA und bei Voigt nur mit DHA supplementiert wurde und dort alle Patienten „erfolgreich“ mit Stimulanzen (weiter)behandelt waren, die Behandlungsdauer bei Hirayama nur 2 Monate betrug. Bei Hirayama wird ein hoher Anteil von Komorbiditäten beschrieben (u.a. Asperger-Syndrom: 7 in der Kontrollgruppe, 2 in der Behandlungsgruppe). In den älteren Studien von Aman und von Arnold, bei denen mit den Omega-6-Fettsäuren LA und DGLA supplementiert wurde über jeweils nur 1 Monat, ergaben sich nur minimale Verbesse-

rungen: bei Aufmerksamkeit im Elternurteil und Reaktionszeit (Aman), bei Hyperaktivität im Lehrerurteil mit Amphetamin > Nachtkerzenöl > Placebo (Arnold). Bei Stevens – ADHS-Diagnose nach Elternauskunft – fanden sich unter Behandlung mit den Omega-3-Fettsäuren DHA und EPA so wie den Omega-6-Fettsäuren AA und Gammalinolensäure plus Vit.E [Efalex] im Vergleich von Behandlungs- und Placebogruppe lediglich bei 2 von 16 untersuchten Parametern (Verhaltensprobleme im Elternurteil und Aufmerksamkeit im Lehrerurteil) signifikante Verbesserungen unter Supplementation.

Die besten Ergebnisse bezüglich einer Besserung von bei ADHS vorkommenden Symptomen unter Behandlung mit Fettsäuren werden in den Studien von Richardson (Durham-Studie) berichtet. Zur Behandlung ausgewählt wurden Kinder mit Legasthenie in einer Spezialschule, bei denen nach Conners Parent Rating Scales die Scores für die ADHS – Kriterien nach DSM-IV über dem Bevölkerungsdurchschnitt lagen (2002) und Kinder mit Entwicklungsstörung der motorischen Koordination und dazu größtenteils auch Lese- und Sprachproblemen sowie ADHS-Symptomen nach Lehrerbeurteilung bei etwa einem Drittel der Kinder (2005). Behandelt wurde mit Omega-3-Fettsäuren (DHA, EPA; mit deutlich höherem Anteil von EPA in der Studie von 2005) und Omega-6-Fettsäuren (Gammalinolensäure, in der Studie von 2002 auch zusätzlich AA und Cis-linolsäure). In der Studie von 2002 waren im Elternurteil (Conners Parent Rating Scales, CPRS-L) die Scores für DSM Total und DSM Inattention signifikant niedriger in der Behandlungs- als in der Placebogruppe. In der Studie von 2005 zeigte sich im CTRS-L (Lehrerbeurteilung) ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Behandlungs- und Placebogruppe mit sig-

nifikanter Verminderung des CTRS-L – Score um $> 0,5$ SD. Für das Ausmaß des Behandlungseffekts von LCPUFA berechneten Richardson et al. einen „effect size“ von 0,55 nach 3 Monaten und 0,70 nach 6 Monaten Behandlungsdauer. Zum Vergleich [18]: „effect size“ von Methylphenidat: für Aufmerksamkeit, Ablenkbarkeit und Impulsivität 0,78, für Verhalten 0,81; für Atomoxetin: für die Kernsymptome von ADHS 0,71. Da nicht klar ist, wie viele der von Richardson behandelten Patienten mit ADHS-korrelierten Symptomen die Diagnosekriterien von ADHS erfüllten, lassen sich diese Ergebnisse nicht auf Patienten mit gesicherter ADHS-Diagnose übertragen.

Insgesamt ist aus den vorliegenden Studien keine Behandlungsempfehlung für LCPUFA bei ADHS abzuleiten. Sie geben lediglich Hinweise darauf, dass sich unter die-

ser Behandlung bei ADHS vorkommende Symptome bessern können. Es ist trotz vielfältiger theoretischer Wirkmöglichkeiten [1-4] nicht geklärt, wie LCPUFA auf ADHS-Symptome wirken. Über die „optimale“ Zusammensetzung eines LCPUFA-Gemisches zur Behandlung wird noch diskutiert [17].

Weitere Studien wären nötig.

Dabei sollte die Diagnose ADHS bei der Patientenauswahl entsprechend den aktuell geltenden Kriterien gesichert sein, die Heterogenität der Patienten bezüglich der verschiedenen ADHS-Subtypen und möglicher Komorbiditäten berücksichtigt werden, für die Überprüfung der Wirkung eine validierte Methode benutzt werden, ein Vergleich mit Methylphenidat/Atomoxetin und Placebo durchgeführt werden mit Ermittlung des jeweiligen „effect size“.

Derzeit ist die effektivste Behand-

lung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS auch weiterhin die medikamentöse Therapie mit Methylphenidat oder Atomoxetin. Durch Behandlungsversuche mit in ihrer therapeutischen Wertigkeit nicht abgesicherten alternativen Behandlungsmethoden, wie auch durch Behandlung mit Fettsäuren, geht wichtige Behandlungszeit verloren für eine effektive und belegbar risikoarme Therapie mit erwiesenermaßen wirksamen Medikamenten. Das erhöht das Risiko für schwer wiegende Folgeprobleme von ADHS – insbesondere bei Patienten mit hoher Auffälligkeit.

Eine ausführlichere Darstellung mit detaillierter Beschreibung der Studien und ein Literaturverzeichnis ist in „pädiatrische praxis“, Heft 68, Band 2 (Mai 2006) nachzulesen.

Zum Autor:
Priv. Doz. Dr. Dr.
Klaus-Peter Große ist
Kinder- und Jugend-
arzt sowie
stellv. Vorsitzender
der Arbeitsgemein-
schaft ADHS der
Kinder- und Jugend-
ärzte e.V.

Dem Zappelphilipp auf der Spur

pm/red. Wissenschaftler des Nationalen Genomforschungsnetzes haben drei genetische Varianten identifiziert, die an der Entwicklung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), auch Zappelphilippensyndrom genannt, beteiligt sind.

Die Arbeitsgruppe um Professor Johannes Hebebrand von der Universität Duisburg-Essen untersuchte zusammen mit Forschern aus Marburg, Aachen, Berlin, Homburg und Würzburg 329 Familien, in denen mindestens ein Kind von der ADHS betroffen war. Sie ermittelten eine Kombination von drei Veränderungen im Gen für den so genannten Dopamintransporter, die eng mit diesem Syndrom verbunden ist. „Personen, die diese Kombination in beiden Kopien des Gens besitzen, haben ein 2,5-fach erhöhtes Risiko, an ADHS zu erkranken. Bei Personen, die diese Variante nur einmal besitzen, ist das Risiko noch knapp 2-fach erhöht“, erläutert Hebebrand die Ergebnisse der Studie. „Das heißt natürlich nicht, dass jeder, der diese genetischen Varianten trägt, au-

tomatisch ADHS bekommt“, so Hebebrand. „Wir finden diese Varianten bei circa 70 Prozent aller Betroffenen. Auch bei Gesunden kommen diese Veränderungen im Dopamintransporter-Gen vor. Man geht heute davon aus, dass noch mehr Genveränderungen zusammen kommen müssen, damit ADHS entsteht.“

Der Dopamintransporter bringt den im Gehirn freigesetzten Botenstoff Dopamin zurück in die Nervenzelle, wo er bis zur nächsten Freisetzung gelagert wird. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Dopaminstoffwechsel und möglicherweise auch die Funktion des Dopamintransporters bei ADHS-Patienten verändert sind. Methylphenidat, der am häufigsten verschriebene Wirkstoff bei der ADHS, bindet an den Dopamintransporter und blockiert ihn. Der genaue Wirkmechanismus von Methylphenidat ist jedoch noch nicht vollkommen aufgeklärt.

Die ADHS ist die häufigste psychiatrische Störung bei Kindern und Jugendlichen. Jungen sind davon dreibis viermal so häufig betroffen wie

Mädchen. Die Patienten sind häufig unaufmerksam, unruhig, impulsiv und haben einen erhöhten Bewegungsdrang. Aufgrund von Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien geht man davon aus, dass ADHS zu 80 Prozent genetisch bedingt ist. Um die Ursachen von solchen komplexen Erkrankungen, die durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren ausgelöst werden, zu erforschen, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit 2001 das Nationale Genomforschungsnetz.

Die Studie ist in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift „Molecular Psychiatry“ erschienen.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Johannes Hebebrand
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Essen, Universität
Duisburg-Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen
E-Mail: johannes.hebebrand@uni-duisburg-essen.de
<http://www.ngfn.de>

Quelle: idw-online.de/pages/de/news203976

Graphomotorikschulung

Mandy Brose

Graphomotorik = Schreibbewegung

Schreiben ist ein sensomotorischer Prozess, d.h. Sinne der Wahrnehmung, wie z.B. Sehsinn, Tastsinn, Tiefensinn, Gleichgewichtssinn, (akustischer Sinn) müssen im einzelnen aber vor allem im Zusammenhang gut funktionieren. Die Schulung beginnt schon im Säuglingsalter mit dem Greifen, Begreifen usw. Später muss ein Kind geometrische Formen (Gestalten) erkennen, differenzieren und auch nachvollziehen können. Abgesehen von kognitiven Voraussetzungen, wirken sich Geschicklichkeitsfaktoren stark auf das Schriftbild aus. Ist die graphomotorische Entwicklungsstufe zu Beginn des Buchstabenschreibens noch nicht erreicht, so kommt es zu vielfältigen Störungen, in der Stifthaltung, im Schreibdruck und im Schreibfluss.

Störungen im Schreibfluss können sein:

- Striche verzittert
- Vorgegebene Buchstabenformen sind entstellt
- Runde Formen haben Beulen und Ecken
- Buchstaben tanzen auf der Linie
- Buchstaben haben unterschiedliche Höhen und Richtungen

Durch graphomotorische Schwächen wird nicht allein der Schreiblernprozess gestört, sondern auch der Leselernprozess und somit möglicherweise auch die gesamte Schullaufbahn. Es ist daher sehr wichtig, dass Schwächen frühzeitig erkannt und entsprechende Förderungen eingeleitet werden.

Entscheidend ist jetzt das **soziale Umfeld** beim Erkennen von Schwierigkeiten. Manche Kinder versuchen ihre Probleme zu verdecken, zu beschönigen, um nicht aufzufallen. Meist zeigen sich Auffälligkeiten erst dann, wenn das Kind bei der Erfüllung bestimmter Anforderungen un-

ter Zeitdruck gerät und bei lang andauernder Belastung eine übermäßige Anstrengung zu beobachten ist.

Die Frustration bei den schreibmotorisch gestörten Kindern ist oft sehr groß. Die ständigen Bemühungen, schöner zu schreiben kosten sehr viel Energie und lenken von der eigentlichen Aufgabe, z.B. Texterfassung, ab. Weiterhin kommt bei den Kindern die Angst hinzu, nicht rechtzeitig mit dem Schreiben fertig zu werden. Um dem Kind, Leid, Demütigungen, manchen Vorwurf und manche Strafen zu ersparen, sollte das soziale Umfeld diese Defizite **nicht als Unlust** und mutwillige „Schmiererei“ bezeichnen, sondern mit geeigneten einfacheren Übungen, Lob und Motivation, die Freude und die Neugier beim Schreibenlernen erhalten.

(„Marburger Graphomotorische Übungen – Spielen, Malen, Schreiben“, Teil 1 u. 2 Verlag modernes Lernen – diese Übungen sind entwicklungsorientiert aufgebaut und wesentliche Wahrnehmungsbereiche wie Formkonstanz, Raumlage, Raumorientierung oder Größenverhältnisse sind berücksichtigt)

Sehr wichtig ist dabei die **Zusammenarbeit** zwischen Eltern, Lehrern und Therapeuten.

Untersuchungen haben ergeben, dass graphomotorische Fähigkeiten bis ins hohe Alter geschult werden können.

Darin liegt auch der Ansatz in der Graphomotorikschulung:

Beispiel einer Therapiestunde

1. Motivation, Anstrengungsbereitschaft loben (15 Min.)

- Gespräche über Schule, Hausaufgaben vom Therapeuten
- richtige Sitzhaltung
- richtige Stifthaltung (u. a. mittels geeigneter Schreibhilfen)
- Bewusstsein für, zunächst langsam, ordentliches Schreiben wecken

- an Entspannung denken
- graphomotorische Basisübungen (Kritzblätter, Striche, Kreise, Punkte, liegende Acht, Schwünge)
- evt. konkrete Schreibübungen

2. Schulung der Grob- und Feinmotorik anhand von konkreten Übungen (15 Min.)

- Hampelmannsprung
- Seilspringen
- Schulter-, Arm- und Fingerbeweglichkeit

3. Spiele zur Schulung der oben genannten Voraussetzungen (15 Min.)

- Mattensandwich
- Fingerfußball
- Dart

Hausaufgaben: (regelmäßig ca. 5-10 Min. üben)

- Bewegungsübungen,
- Kritzblatt
- Spiele
- Sitzhaltung
- Stifthaltung

Mit ca. 15 Einheiten regelmäßigem Üben zu Hause und den vierteljährlichen Wiedervorstellungsterminen können sichtbare Fortschritte erzielt werden.

Die Kosten werden, je nach Anbieter, in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Graphomotorik wird von Ergotherapeuten, Motopäden und anderen Therapeuten geschult und kann von der Vorgehensweise auch dementsprechend variieren.

Literatur:
Mototherapie Teil 2, Autor: Ernst J.Kiphard
Psychomotorik Feb. 2007

SMILE

Ein Therapiekonzept für AD(H)S-Kinder und ihre Eltern/Familien

Esther-Maria Keil

A Einleitung

AD(H)S wird auch von Psychotherapeuten und Ärzten noch häufig stiefmütterlich behandelt. So stieß vor einigen Jahren unser Engagement für betroffene Kinder und ihre Eltern auf sehr positive Resonanz. Wissen und Erfahrungen sammelten sich an und wurden schließlich in einem Therapiekonzept zusammengefasst, das auch weiterhin von neuen Erfahrungen und von neuem Wissen profitiert und sich entsprechend wandelt.

Warum SMILE? Zum einen, weil Lächeln-Lachen-Entlastung-Spaß ganz wesentliche Bestandteile unseres therapeutischen Vorgehens sind, und zum anderen natürlich, weil diese Buchstaben die konzeptionellen Ideen zusammenfassen:

**Systemisch
Multimodal
Integrativ
Lösungsorientiert
Entlastend**

Dabei bedeutet „systemisch“, dass niemand – erst recht kein Kind – isoliert betrachtet und therapiert werden kann: immer ist seine Umwelt (= System: Familie, Kindergarten, Schule, Verwandte, Freunde) mit zu berücksichtigen und u.U. in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. „Multimodal“ werden unterschiedlichste Methoden und Ansätze verfolgt, teils innerhalb, teils außerhalb der Psychotherapie. „Integrativ“ werden insbesondere verhaltenstherapeutische Vorgehensweise als effektive Methoden eingesetzt, aber auch zahlreiche andere methodische Ansätze genutzt – sofern sie wirksam und hilfreich sind. „Lösungsorientiert“ sagt aus, dass wir nicht nach Schuldigen suchen, sondern Lösungen für Schwierigkeiten finden helfen – wobei Erklärungen dafür manchmal Orientierung geben. „Entlastend“ soll unser Konzept

allemaal sein: für die Eltern, für die Kinder, Geschwister, Lehrer und Erzieher, denn ohne Spaß, Pausen und Motivation, die sich aus Erfolgen immer wieder selbst erneuert, lernt niemand (gern)!

Das alles umspannende Motto unserer therapeutischen Tätigkeit hat der Begründer der lösungsorientierten Kurzzeittherapie, Steve de Shazer, formuliert:

**Wenn etwas funktioniert,
tue mehr davon.
Wenn etwas nicht funktioniert,
tue etwas anderes!**

In der Therapie gilt es, mit den individuellen Kindern und Eltern zu arbeiten, ihre ganz persönlichen Stärken, Wünsche, Überzeugungen und Ziele zu würdigen und als Ressourcen zu nutzen. Dabei verstehen wir uns überwiegend als „Hebammen“ eines grundsätzlich natürlichen und wünschenswerten Prozesses, bei dem unsere persönlichen Überzeugungen hinten stehen sollten.

Aber natürlich sind wir weder Roboter noch Neutren. Deshalb bekennen wir als Leitidee unseres Handelns die Überzeugung, dass alle Menschen mit besonderen Dispositionen auf die Welt kommen – d.h. angelegten/angeborenen Strukturen, einige Dinge leicht und gut, andere mühsamer und schlechter zu erlernen; in der Wechselwirkung insbesondere mit den Eltern, aber selbstverständlich auch mit Geschwistern, Erziehern und ganz besonders LehrerInnen entscheidet sich dann, wie stark ein Mensch(lein) seine Begabungen nutzen und Schwächen ausgleichen kann.

Als Therapeutinnen möchten wir diese Wechselwirkung zum Besten unserer KlientInnen (in unserem Fall Kind und Eltern/Umfeld) beeinflussen.

B SMILE inhaltlich

Das Therapiekonzept enthält verschiedene Module, von denen einige immer, andere nicht zwingend von allen Familien durchlaufen werden.

1. Kennenlern-Phase Anamnese und Diagnostik)

In der sog. probatorischen Phase laden wir zu einem ersten Gespräch immer möglichst beide Eltern (und nur diese) ein, auch wenn sie getrennt leben sollten. Nach unserer Erfahrung haben Eltern meist einen schwierigen und steinigen Weg hinter sich, wenn sie zu uns gefunden haben, und bringen einen schweren Rucksack voller Sorgen, Ängste und Ärgernisse mit. Dieser kann bei uns geöffnet und möglichst schon teilweise entladen werden, die Erörterung all dessen sollte aber nicht in Hörweite des Kindes geschehen. Die möglicherweise unterschiedlichen Sichtweisen der Eltern sind jeweils wichtig für uns – ebenso wie der Umstand, ob beide eine Therapie wünschen und unterstützen.

Erst in einem zweiten Treffen laden wir Mutter und/oder Vater mit dem Kind ein, fragen es nach seinen Vermutungen darüber, warum die Eltern sich sorgen und es zu uns bringen, seinen Erwartungen, Wünschen und eventuellen Zielen und spielen gemeinsam ein Spiel, das Kinder gut können und möglichst allen Beteiligten Spaß macht. Schließlich geht es ja um eine positive Einstimmung für einen längeren Prozess. Am besten hat sich dazu übrigens „Zicke, zacke, Hühnerkacke“ bewährt.

Im dritten Termin wird in aller Regel ein Test-Vormittag mit dem Kind vereinbart. Sollte nicht innerhalb der vorangegangenen 1,5 bis 2 Jahre ein Intelligenz-Test absolviert sein, steht dieser im Mittelpunkt. In acht Jahren spezifischer AD(H)S-Therapie hat es sich immer wieder gezeigt, dass ein solcher Testvormittag die besten Voraussetzungen dafür bietet, nicht nur

ein möglichst aussagekräftiges Begabungsprofil des Kindes zu erstellen, sondern nach dem intensiven Kontakt auch ausreichend beurteilen zu können, wie es sich mit Aufgaben/Anforderungen und längerer Belastung auseinander setzt, wie es Kontakt zu Erwachsenen aufnimmt, wie es um seine Motivation bestellt ist und mit welchen motorischen oder spielerischen Angeboten es gern die (notwendige!) Pause füllt. Fast immer liegen die so gemessenen Fähigkeiten eines AD(H)S-Kindes über seinen im Schulzeugnis ausgewiesenen Leistungen, so dass ersehen werden kann, welche Begabungen es nutzen könnte, um Schwächen zu kompensieren. Nahezu ausnahmslos ist es auch möglich, bereits an diesem Vormittag eine tragfähige therapeutische Beziehung zu dem Kind aufzubauen und es ihm so zu ermöglichen, einige Zeit später motiviert zu regelmäßigen Terminen zu kommen.

Abschließend für diese Phase findet ein Auswertungsgespräch mit den Eltern statt – bei älteren Kindern auch mit diesen –, in dem einerseits die Ergebnisse des/der Tests mitgeteilt und erklärt werden und andererseits gemeinsam beschlossen wird, wie die gewünschten Ziele am besten erreicht werden können, welche (der im folgenden beschriebenen) Angebote Kind und Eltern also nutzen wollen. Dabei allerdings machen wir eine intensive Beteiligung der Eltern zur Voraussetzung, da nur so ein andauernder Therapieerfolg ermöglicht werden kann.

2. Elternarbeit

a) Eltern-Seminar und Familientreffen

Im Mittelpunkt unserer Arbeit mit den Eltern steht unser Eltern-Seminar: alle Beteiligten bringen ihre (guten und schlechten) Erfahrungen ein, erlerntes Wissen, ihre Überzeugungen, ihre Wünsche und ihren Humor! Dies alles gilt auch für uns, die wir darüber hinaus moderierend Themen vorschlagen, Methoden vorstellen und unterschiedliche Arbeitsweisen in der Runde einführen. Wichtigstes Ziel unserer Vorgehensweise bleibt es immer, die Eltern sowohl als Individuen als auch als Gruppe zu stärken, Spielraum für

Persönliches zu lassen, falls dies gewünscht wird, und Inhaltliches anzuregen. Stolz und zufrieden sind wir, wenn Eltern – wie mehrfach geschehen – am Ende der etwa halbjährigen Seminarphase beschließen, ihre Treffen (u.U. selbst finanziert) fortzusetzen, meist dann etwa monatlich unter unserem Dach und weiterhin in unserer – dann lockerer werdenden – Begleitung.

Unter den überwiegend nach Wünschen der Elterngruppe ausgerichteten Themen gibt es einige, die immer angesprochen werden. Anhand unterschiedlicher Beispiele und Methoden geht es dabei letztlich um Erhaltung oder Wieder-Herstellung der erzieherischen Wirksamkeit, um Themen wie Respekt, Modellverhalten, Konsequenz familiäres Zusammensein u.ä.. Manche Eltern benötigen erst (wieder) Ermutigung, den Vorsitz in der Familie zu übernehmen: sich in ihren Erziehungszielen untereinander abzustimmen (statt zu entzweien...) ebenso wie über die Mittel, mit denen diese erreicht werden könnten. Hier besteht häufig sowohl grundsätzlicher Diskussionsbedarf als auch solcher an Methoden, Tipps und manchmal Tricks, die wieder Spaß und Leichtigkeit Platz im Alltag verschaffen sollen. Dieser Prozess durchläuft sich in Gemeinschaft mit anderen Eltern und in der gegenseitigen Unterstüt-

besonderes Vergnügen pflegen die dazugehörigen Familientreffen zu sein: nach dem ersten Elternabend findet ein nachmittägliches Treffen auch mit den betroffenen (nur diesen!) Kindern statt, in dem sich die Familien mit Hilfe unterschiedlicher Methoden/Spiele (und meist vielen Gelächters!) kennen lernen und noch einmal ihre jeweiligen Ziele für das kommende halbe Jahr aushandeln. Die Spiele ermöglichen es Eltern und Kindern, sowohl sich selbst untereinander als auch andere einmal aus einer neuen Perspektive zu erleben und so neue Lösungsansätze zu entwickeln. Da sich Eltern und meist auch die Kinder in den jeweiligen Gruppen danach weiterhin begegnen, kann dieser Prozess gemeinschaftlich und durch uns behutsam unterstützt verfolgt werden.

Nach Abschluss des (offiziellen) Eltern-Seminars findet erneut ein Familientreffen statt, bei dem – wiederum spielerisch – die bislang erreichten Veränderungen berichtet und dokumentiert werden, vielleicht neue ermittelt und vor allem erzählt werden kann, wie die bisherigen Fortschritte erreicht werden konnten – die nun mit einem kleinen gemeinsamen Fest gefeiert werden.

b) Eltern-Beratung

Während des gesamten Therapiezeitraums finden individuelle Ge-

Anmerkung:

Anders als früher ist es unser therapeutischer Alltag geworden, dass wir nur noch selten Kinder in ihren Bedürfnissen und Rechten gegen die Eltern unterstützen müssen; meist ist es – jedenfalls in unserer Praxis im Südwesten Berlins – notwendig, die Eltern dabei zu unterstützen, wieder – in bestem Sinne! – an Autorität zu gewinnen. Ihre Kinder profitieren davon: sie bekommen wieder Eltern, die ihnen nicht nur gelegentlich „Halt!“

sagen, sondern auch Halt geben, denn Orientierung und Schutz brauchen auch unsere häufig so willensstarken und widerspenstigen Kinder und Jugendlichen.

Auch erlernen sie nur so den Respekt – also die gleichberechtigte Berücksichtigung eigener und fremder Wünsche –, den sie im sozialen Miteinander ihres weiteren Lebens unbedingt benötigen, um sich persönlich und beruflich erfolgreich entwickeln zu können.

zung spürbar leichter als in einer einseitig beratenden Konstellation mit TherapeutInnen.

Unsere Elternseminar-Abende finden 10mal in 14-tägigem Abstand außerhalb der Schulferien statt. Ein

sprache mit Eltern, Mutter und/oder Vater, gemeinsam mit dem Kind und vielleicht auch gemeinsam mit Geschwistern oder Großeltern statt – je nach Wunsch und Bedürfnis der Familie oder Anregung durch uns. Hier

kann persönlicher als in Gruppen überlegt werden, was derzeit drängt, was realistischerweise jeder derzeit zum Gelingen einer Veränderung beitragen kann und wie wiederum gewürdigt/belohnt/gefeiert werden kann, wenn sie geschafft ist.

Auch hier möchten wir noch einmal betonen, dass Humor als erzieherischer und therapeutischer Helfer gar nicht hoch genug geschätzt werden kann. Die Mutter, die per witziger SMS aus dem Nebenzimmer ihr Kind an den noch nicht heruntergebrachten Müll erinnert, hat gute Chancen, Erfolg zu haben und ihre Nerven zu schonen; ebenso der Vater, der ganz freundlich in der Disco auftaucht und mit seinem verspäteten Kind von der Tanzfläche tanzt. Ganz nebenbei haben diese Eltern sich Respekt verschafft – auf angenehme und doch wirkungsvolle Weise.

3. Familientherapie

Ergänzend zum übrigen Therapiekonzept oder in einigen Fällen als unser alleiniger Beitrag zu gezielten Veränderungen kann systemisch-lösungsorientierte Familientherapie stattfinden. Auch hier ist es natürlich möglich, in wechselnden Zusammensetzungen zu beratschlagen; so haben wir schon zeitweilig nur mit Geschwistern gearbeitet; mit Kindern und Großeltern, die stark in die Betreuung einbezogen waren; mit dem betroffenen Kind und seinen Eltern allein – wie es gerade allen Beteiligten sinnvoll erschien.

Neben der Klärung der jeweiligen Anliegen bieten wir Unterstützung dabei an, das Ritual von Familienkonferenzen einzuführen. Diese ermöglichen, alle Familienmitglieder angemessen in Entscheidungsfindungen, Planung und Organisation des Alltags oder von Festen und Reisen usw. einzubinden, und trainieren ganz nebenbei soziale Fertigkeiten: jeder kann nämlich Familienkonferenzen vorsitzen, für Themensammlung und Moderation sorgen; auch Kinder können darauf achten, dass Wünsche einzelner ihren Raum finden, Themen innerhalb einer bestimmten Zeit besprochen werden und dass jeder in der Runde zu Wort kommt, während die anderen ihm zuhören.

4. Kindertherapie

a) Einzeltherapie und -training

Nahezu alle Kinder kommen für einen begrenzten oder auch längeren Zeitraum in Einzeltherapie und -training. Unser Ziel dabei ist es, ihnen zu helfen, vorhandene Fähigkeiten, Stärken und Ressourcen dazu zu nutzen, die Dinge zu bewältigen, die ihnen Probleme bereiten – seien es Ängste, Einnässen, Wutanfälle, fehlende Freunde und vieles mehr, seien es schlechte Noten für Schulleistungen oder Betragen.

In der Therapie heißen diese Ressourcen Fantasie, Kreativität, spielerisch-magisches Denken und der grundsätzlich jedem Kind (und Erwachsenen!) innewohnende Wunsch, sich weiterzuentwickeln, neue Fähigkeiten und neues Wissen zu erwerben. Kreative Kindertherapie hält wiederum zahlreiche Mittel und Methoden bereit, dem Kind manchmal spielerisch, manchmal zauberisch, manchmal künstlerisch und manchmal sportlich Anreize und Impulse zu geben, nützliche Fertigkeiten zu erwerben – und manchmal fast unmerklich frühere Schwierigkeiten hinter sich zu lassen.

Im Training ist manchmal Arbeit angesagt, meistens aber solche, die auch Spaß macht. Denn wenn wenige Regeln und Strukturen sowie ein paar überraschende Tricks nach einigem Üben tatsächlich für bessere Schulnoten, harmonischere Mahlzeiten oder Aktivitäten in der Familie und gelegentliche Spielnachmittage mit anderen Kindern sorgen, lohnt es sich, sie wieder anzuwenden. Zum Üben von effektiv-ökonomischem Vorgehen eignet sich z.B. das Spiel „Rush Hour“ gut und ist bei den Kindern wesentlich beliebter als die ewigen Arbeitsbögen wie in der Schule...

Hat das Kind das Glück, dass seine Eltern, Lehrer und sonstigen Bezugspersonen seine Entwicklung in die gewünschte Richtung nach Kräften fördern und würdigen, ist ihm ein Erfolg sicher.

b) Gruppentherapie und -training

In den größeren Gruppen (sechs Kinder, zwei Therapeutinnen) geht es vorwiegend um erfolgreiches Sozialverhalten; darum, eigene Erlebnisse,

Befindlichkeiten, Gefühle, Interessen ins Bewusstsein zu holen und angemessen mitteilen zu können, und darum, diese Dinge auch an anderen wahrzunehmen und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken. In den kleineren Gruppen (drei Kinder mit einer Therapeutin) wird neben der sozialen Kompetenz auch das Verfolgen und Durchhalten von erfolgreichen Strategien der Aufgabenbewältigung unter den erschwerten Bedingungen des Beiseins anderer Kinder geübt. Diese Konstellation dient dazu, die Anwendung der in der Einzeltherapie eingeführten Arbeitstechniken zunächst in kleinen und später größeren Gruppen (Klassen) zu ermöglichen.

Soweit die Theorie. In der Praxis bedeutet dies, dass die Kinder zunächst klaren Strukturen begegnen. Dazu gehören ein vorhersehbarer Ablauf, die Möglichkeiten, Belohnungspunkte zu verdienen (nach 15 Punkten erfolgt dann der Griff in die Schatzkiste) und – unvermeidlicherweise – auch mögliche Auszeiten.

Inhaltlich gibt es vielfältige Spiele, manchmal auch Gesprächsrunden oder videogefilmte „Talk-Shows“. Neben der Möglichkeit des sehr beliebten Zimmerhockeys können dies neben besonderen therapeutischen Spielen auch geeignete Gesellschaftsspiele sein, z.B. Activity, Tabu, Expression, Pantomimen oder Scotland Yard, Sagaland und „Logicals“ (auch Sudokus), zu deren Lösung logisches und ökonomisches Vorgehen – manchmal im Team, manchmal einzeln – notwendig sind.

Die spannenden Ziele all dieser Spiele können nur dann erreicht werden, wenn das einzelne Kind logisch und konzentriert vorgeht, sich für andere verständlich ausdrückt oder verhält und gleichzeitig versucht, aus den Informationen, Worten, Mimik/Gestik und/oder dem Verhalten der anderen die richtigen Schlüsse zu ziehen. Ähnliche Fähigkeiten und zugleich noch körperlichen Einsatz verlangen Bewegungsspiele, die Abstimmung mit einem oder mehreren Partnern erfordern.

Natürlich gehören auch Pausen, Rituale und zelebrierte kleine Feiern zum Gruppengeschehen. Das Gruppenangebot besteht während des

gesamten Schuljahres außerhalb der Schulferien.

C SMILE organisatorisch

Das SMILE-Therapiekonzept kann mangels sog. Richtlinienverfahrens nicht als gesetzliche Krankenkassenleistung angeboten werden. Es sieht allerdings auch einen weitaus größeren Anteil an Beratung für und mit Eltern und Familien ergänzend zur Therapie des Kindes vor, als dies Krankenkassen in ihrem eingefahrenen Punktesystem vorsehen. Dabei müsste es sich längst herumgesprochen haben, dass eine erfolgreiche Kindertherapie kaum ohne die intensive Einbeziehung von Eltern und Bezugspersonen dauerhaft erfolgreich sein kann.

SMILE kann erfreulicherweise in Berlin in der Regel über die §§ 27 oder 35 des Kinder-/Jugend-Hilfegesetzes (KJHG) abgerechnet werden. Auch Brandenburg hat sich in einigen Fällen zu einer solchen „Hilfe zur Erziehung“ entschlossen. Diese muss beim zuständigen Jugendamt beantragt und von einem der zuständigen Fachdienste (Erziehungs- und Familien-Beratungsstelle (EFB), Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) oder in Brandenburg zuständigen Kinder- und JugendpsychiaterInnen) per Gutachten empfohlen werden.

Üblicherweise wird eine Therapie in der oben beschriebenen Weise zunächst für ein Jahr bewilligt mit der Möglichkeit, noch zweimal ein halbes Jahr zu verlängern. ↩

SMILE wurde von Esther-Maria Keil, systemisch-lösungsorientierte Familientherapeutin und betroffene Mutter, und von Monique Lyanage, verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeutin mit traumatherapeutischer Zusatzausbildung – und ebenfalls zwei Kindern – verfasst.

Weitere Infos unter:
www.problemlsgelassen.de

Kaufsucht ist eine Krankheit

Klinik in Roermond bietet Therapie an

Claudia Zimmermann

Wenn die 40-Jährige Pascale aus Eindhoven zum Einkaufen in die Stadt fährt, dann kommt sie immer mit vollen Tüten nach Hause. Ihr Problem: sie kauft nicht nur das, was sie braucht, sie kauft wahllos. Für Pascale ist Einkaufen ein Zwang. Sobald sie die Fußgängerzone erreicht hat, geht sie in den erstbesten Klamottenladen, räumt Regale leer, zahlt mit der Kreditkarte und geht mit vier, fünf vollen Tüten raus. Jetzt aber möchte sie diesen Zwang in den Griff bekommen. Sie hat als eine der ersten Patientinnen in der Klinik für Kaufsucht in Roermond Hilfe gesucht.

Eine Krankheit

Kaufsucht wird in den Niederlanden – anders als in Deutschland – als Krankheit anerkannt und auch so behandelt. Die Krankenkasse übernimmt ohne Zögern die mindestens sechsmonatige Behandlung. In Deutschland dagegen wird Kaufsucht nur als psychische Störung betrachtet – eine Impulskontrolle fehlt. Psychotherapeuten können das auf Kassenkosten behandeln – aber erst, wenn die Diagnose „kaufsuchtig“ anerkannt wird.

„Bis dahin ist es oft ein sehr, sehr langer Weg“, sagt die Psychotherapeutin Claudia Effertz aus Eschweiler. Sie kann von vielen Fällen mit monatelangen Briefwechseln und Kämpfen mit den Kassen berichten.

In Roermond arbeitet Klinikleiter Jaques Boermans mit einem Team von Psychologen an der Heilung der ersten acht Patienten. Die meisten haben ihre Krankheit schon seit zehn oder zwanzig Jahren. Oft hat sie schleichend eingesetzt. Am Anfang wird mehr eingekauft als man braucht, zum Schluss drehen sich alle Gedanken nur noch um eine einzige Sache: ums Kaufen, dann ist es eine Sucht, ein Zwang.

Pascale will, dass die Zeiten vorbei sind, in denen sie zu Hause Klamottenberge hinten in ihrem Klei-

derschrank versteckt, damit ihr Mann bloß nichts merkt. Wurde der Schrank zu voll, brachte sie die Tüten mit den nagelneuen Sachen in die Kleidersammlung. Irgendwann hatte die Beamtin sechzigtausend Euro Schulden, ihr Mann wollte sich scheiden lassen.

Kleine Schritte

In der Klinik wird der 40-Jährigen mit vielen kleinen Schritten geholfen. Den wichtigsten Schritt hat sie hinter sich: Sie hat erkannt, dass sie kaufsuchtig ist. Jetzt beginnt die Verhaltenstherapie. „Die Betroffenen müssen in ein Geschäft gehen, dürfen dort aber nichts kaufen“, erklärt Psychiater Boermans. „Wenn die Spannung zu groß wird, dann sollen sie vor Ort Entspannungsübungen machen. Die Kaufsuchtigen sollen in sich hineinhorchen: was passiert mit mir, wenn ich jetzt nichts kaufe.“ All dies geschieht unter Begleitung eines Psychiaters oder Psychologen. Die Kaufsucht sei immer Ausdruck eines anderen Problems, so der Klinikleiter. Und daran soll gearbeitet werden.

Laut neuesten Studien sollen etwa sechs bis acht Prozent der Bevölkerung an Kaufsucht leiden, das wären allein in Deutschland etwa fünf Millionen Menschen. „Kaufsucht ist heilbar“, sagt die Eschweiler Expertin, „aber es ist ein schwerer Weg, weil Konsumverhalten heute oft mit Lob und bewundernden Blicken belohnt wird.“

Die Klinik in Roermond bietet die Therapie auch in deutscher Sprache an. Es muss allerdings für jeden Einzelfall geklärt werden, ob deutsche Krankenkassen die Kosten übernehmen. Und das kann – siehe oben – dauern. ↩

Weitere Infos:
Poliklinik für Kaufsucht,
Tel: 0031/475/387900
Quelle: Aachener Zeitung

ADHD in Frankreich –

Was berichten Eltern betroffener Kinder und Jugendliche? Ergebnisse der französischen ADHD-Profil-Studie

Anna Jelen

Die ADHD-Profil-Studie ist eine naturalistische und teils retrospektive Erhebung über den bisherigen und den aktuellen Stand der Diagnose und Behandlungsverlauf sowie Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung. Ziel ist es, ein möglichst realitätsgetreues Bild der Lebenssituation von Kindern mit ADHS und ihren Familien zu bekommen. Diese Studie ist auf ein sehr großes Interesse gestoßen und auch die angrenzenden Länder wie Österreich und Schweiz hatten eine vergleichbare ADHD-Profil-Studie durchgeführt. (Ausführliche Informationen sind unter <http://www.bv-aeuk.de>, Stichwort ADHD-Profil-Studie nachzulesen).

Einleitung

In keinem weiteren europäischen Land genießt die Psychoanalyse einen so hohen Stellenwert wie in Frankreich. Mag es daran liegen, dass das Störungsbild ADHS bzw. TDAH (Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité) in unserem Nachbarland noch so wenig bekannt ist? Die Symptome werden in der medizinischen Literatur schon lange beschrieben, aber die Mehrheit der französischen Bevölkerung glaubt, dass ADHS eine Störung „made in USA“ ist (Lecendreau, 2003). Das nationale Institut für Gesundheitswesen und medizinische Forschung (INSERM) schätzt, dass ca. 200 000 Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 19 Jahren in Frankreich von ADHS betroffen sind (2002). Nur ca. 2,5 Prozent der Betroffenen sind in Behandlung.

Während es in Deutschland eine große Vielzahl an etablierten Selbsthilfvereinen gibt, die sowohl bundesweit als auch regional mit ehrenamtlich tätigen Mitgliedern arbeiten, ist in Frankreich lediglich ein einziger Selbsthilfverband unter dem Namen „HyperSupers – TDAH France“ landesweit tätig. Dieser Verein wurde erst im Februar 2002 von Eltern mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS gegründet. Zuvor waren betroffene Familien gezwungen, die französischsprachigen Foren aus Kanada,

der Schweiz oder Belgien zu konsultieren. „Wir sind mindestens 10 Jahre im Rückstand“, sagte mir Frau Gélin, die Präsidentin des französischen Verbandes.

Mit der vorliegenden Studie wird erstmalig eine Einschätzung der diagnostischen und therapeutischen Situation vorgenommen. Ähnliche Sekundäruntersuchungen für Frankreich liegen derzeit nicht vor.

Studiendesign

Befragt wurden Eltern von ADHS betroffenen Kindern und Jugendlichen. Der Schwerpunkt der französischen Studie lag in der südfranzösischen Stadt Montpellier. Das Universitätskrankenhaus CHU Gui de Chaumiery mit der Abteilung für Neuropädiatrie ist eines der wenigen Zentren, die sich in der Diagnostik und Therapie auf ADHS-Störungen spezialisiert haben. Dort werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren untersucht. Eine Ärztin dieser Abteilung hatte die Fragebögen an die Eltern ihrer jungen Patienten mit der Diagnose einer ADHS weitergegeben. Auch andere Therapeuten (Logopäden, Psychomotoriker), die mit diesem Krankenhaus zusammenarbeiten, verteilten die Fragebögen an die betroffenen Eltern. Das Posting im Chatforum des Elternverbandes HyperSupers hatte auch andere Betroffene aus ganz Frankreich zur Teilnahme an

dieser Studie angeregt. Diesen Probanden wurde entweder postalisch oder per Internet ein Fragebogen zu geschickt.

Als Vorlage diente die deutsche Fassung des Fragebogens (Huss & Högl, 2002). Die deutsche Version des Fragebogens wurde zunächst von einer französischen Muttersprachlerin in die französische Sprache übersetzt. Anschließend wurde er gemeinsam mit dem Elternverband und mit Hilfe eines renommierten französischen Wissenschaftler an das französische Gesellschafts- und Gesundheitssystem angepasst und um einige Fragen erweitert. Insbesondere der Abschnitt über Diagnostik sollte genauere Informationen erfassen.

In die Auswertung wurden 54 Fragebögen aufgenommen. Eine Differenzierung nach Diagnosen ADS, HKS wurde nicht vorgenommen. Die Stichprobe besteht aus 10 weiblichen (19,6 Prozent) und 44 männlichen (80,4 Prozent) Probanden. Das aktuelle Alter der Stichprobe beträgt bei der Erhebung im Mittelwert 10 Jahre und 7 Monate. Der jüngste Proband war zum Zeitpunkt der Studie 3 Jahre und 9 Monate alt, der Älteste 18 Jahre und 9 Monate.

Nur zwei Probanden wurden adoptiert, alle Probanden leben in einem familiären Kontext bei beiden oder einem Elternteil.

Ergebnisse

Die Eltern entdecken früh hypermotorische Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern. Eine erste ärztliche oder psychologische Konsultation aufgrund der ADHS-Symptomatik findet durchschnittlich im Alter von 4,3 Jahren statt. Der Kinderarzt ist der erste Ansprechpartner, über 37 Prozent der Eltern suchen einen Pädiater zuerst auf. Eine weitere große Mehrheit der Eltern stellt ihre Kinder direkt einem Kinder- und Jugendpsychiater (35,2 Prozent) vor oder



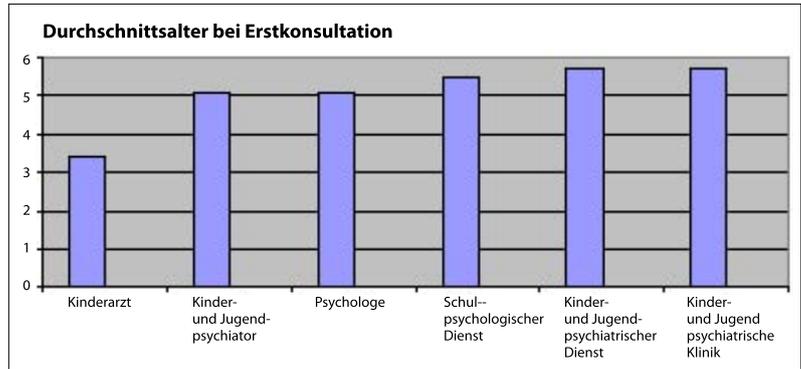
Anna Jelen ist Diplom-Psychologin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

suchen einen Psychologen auf (27,8 Prozent). Bereits im Alter von knapp über fünf Jahren werden sie zum ersten Mal kinder- und jugendpsychiatrisch oder von einem Psychologen untersucht (s. Tab. 1 unten).

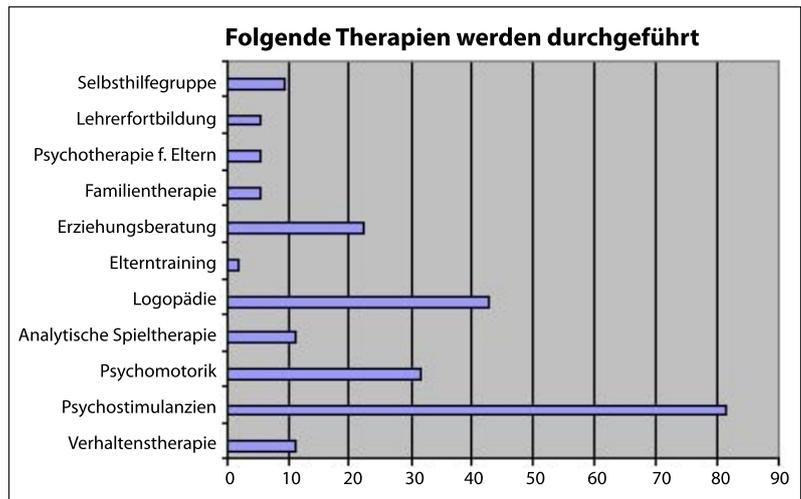
Kinder- und Jugendpsychiater (31,5 Prozent) ist die Fachgruppe, die am häufigsten die ADHS-Diagnose stellt, gefolgt von Neuropädiater mit 29,6 Prozent, Kinderärzte (20,4 Prozent) und Psychologen mit nur 18,5 Prozent. Obwohl die französischen Eltern früh einen fachspezifischen Ansprechpartner (Kinder- und Jugendpsychiater) aufsuchen, wird die Diagnose einer ADHS erst später gestellt. Sie verlieren wertvolle Zeit, weil sie zwischen 4 und 5 Spezialisten konsultieren müssen. Nach Aussagen der Eltern wird am häufigsten eine Störung des Sozialverhaltens gefolgt von Erziehungsfehlern festgestellt. Eine ADHS wird erst im Alter von fast 8 Jahren diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt sind die Kinder bereits zwei bzw. drei Jahre in der Schule und schwerwiegende schulische Probleme begleiten die Kinder. Fast ein Viertel der betroffenen Kinder hat bereits mindestens ein Mal die Klasse wegen seines Verhaltens wiederholen müssen.

Die Behandlung mit Psychostimulanzien (hier wurden die sofortwirkenden Substanzen und Retardpräparate zusammengefasst) ist die am häufigsten durchgeführte Behandlungsmethode (81,5 Prozent). Einige Kinder beginnen bereits im Alter von drei Jahren Psychostimulanzien einzunehmen, die meisten sind aber sieben Jahre alt. Der Anteil der Kinder, die ausschließlich medikamentös mit Psychostimulanzien behandelt werden, ist mit 25,9 Prozent sehr hoch. Aus dem Bereich der kindzentrierten Maßnahmen steht an zweiter Stelle die Logopädie (42,6 Prozent), gefolgt von Psychomotorik mit 31,5 Prozent. Die Verhaltenstherapie wird ebenso selten wie die analytische Spieltherapie von 11,1 Prozent der Patienten durchgeführt (s. Tab. 2).

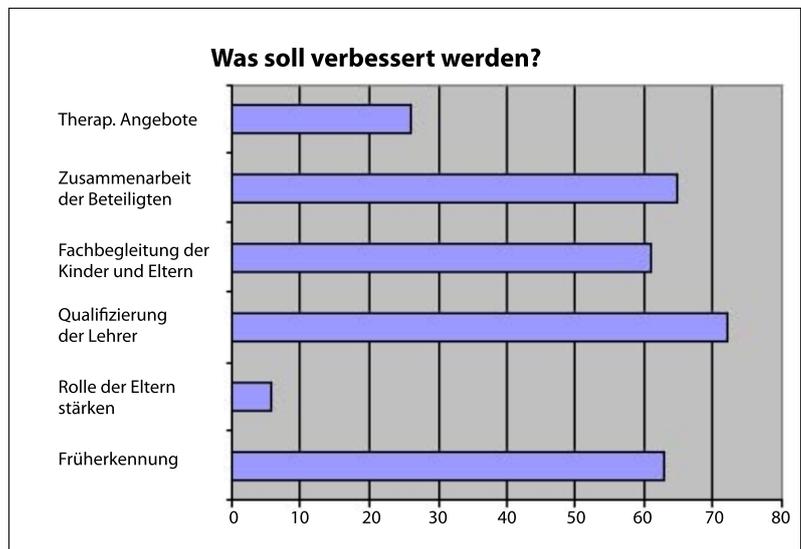
Weitere Berechnungen zeigen, dass in Frankreich die Behandlung von ADHS betroffenen Kindern und Jugendlichen selten in ein multimodales Behandlungskonzept eingebettet ist. Lediglich 20,4 Prozent



Tab. 1. Durchschnittsalter bei einer Erstkonsultation wegen ADHS-Symptomen (Angaben in Jahren)



Tab. 2 Art der durchgeführten Therapien, Mehrfachnennungen möglich (Angaben in Prozent)



Tab. 3 Verbesserungsvorschläge der Eltern, Mehrfachnennung möglich (Angaben in Prozent)

der Betroffenen profitieren neben der Psychostimulanzieinnahme von einer weiteren o.g. patienten- und familienzentrierten Intervention. Aus dem Bereich der familien- bzw. umfeldzentrierten Maßnahmen wird in Frankreich eine Teilnahme in

Selbsthilfegruppen in nur 11,1 Prozent der Fälle empfohlen, möglicherweise hängt dies mit dem geringen Bekanntheitsgrad des noch jungen Selbsthilfevereins zusammen. Erziehungsberatung ist eine der am häufigsten durchgeführten Maßnah-

Neue Ergebnisse der Kinder- und Jugend- gesundheitsstudie

Susanne Glasmacher, Robert Koch-Institut

men seitens der Eltern. Im Allgemeinen geht aus dem Ergebnissen hervor, dass in Frankreich den familien- bzw. umfeldzentrierten Maßnahmen weitaus weniger Bedeutung beigemessen wird.

Mit dem therapeutischen Angebot scheinen die Eltern, den Ergebnissen nach, mehr oder weniger zufrieden zu sein. Stattdessen wünschen fast drei Viertel der Eltern eine bessere Qualifikation der Lehrer, gefolgt von einer verbesserten Zusammenarbeit der Beteiligten und einer besseren Früherkennung. (s. Tab. 3)

Dies sind wichtige Elemente, die die Situation betroffener Familien erheblich erleichtern können. Ein langer diagnostischer Prozess kann somit vermieden werden und therapeutische Interventionen können früher eingeleitet werden.

Fazit

Mit der vorliegenden Studie konnte erstmals die diagnostische und therapeutische Situation von Betroffenen in Frankreich eingeschätzt werden. Um eine bessere Repräsentativität der Studie zu erreichen, ist eine weitaus größere Stichprobe notwendig. Dadurch kann auch ein Vergleich mit anderen Ländern (bspw. Deutschland, Österreich oder Schweiz) vorgenommen werden. Meine persönlichen Diskussionen mit Betroffenen haben mir gezeigt, dass Frankreich noch sehr viel nachzuholen hat. Bedauerlicherweise konnte der frz. Selbsthilfeverband für die Durchführung der Studie nicht gewonnen werden. Aber wäre die ADHD-Profil-Studie nicht eine Möglichkeit, vorhandene Defizite gegenüber anderen europäischen Ländern aufzuzeigen?

Danksagung

Diese Studie wäre nicht zu Stande gekommen ohne die wertvolle Unterstützung aller betroffenen Familien.

Dank an Herrn Michael Huss für die vielfältigen Anregungen und Herrn Detlev Boeing, der mir wichtige Kontaktpersonen vorgeschlagen hat.

Zur großen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS des Robert Koch-Instituts ist die erste thematisch breit angelegte Veröffentlichung der Basisergebnisse soeben erschienen. Mehr als 40 Beiträge im Bundesgesundheitsblatt (Ausgabe Mai/Juni 2007) zeichnen auf gut 380 Seiten erstmals ein umfassendes Bild von der Gesundheit der Heranwachsenden aller Altersstufen und schließen lange bestehende Informationslücken. Für zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit sind fundierte Informationen notwendig. Diese liegen mit der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie nun zum ersten Mal vor. "Eine einzigartige Datensammlung" seien die Studienergebnisse, meint der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Peter Scriba, im Editorial des Bundesgesundheitsblatts. Im September 2006 waren erste Studiendaten zu ausgewählten Themen auf einem Symposium vorgestellt worden.

Das Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen wird geprägt durch das Zusammenwirken von Risikofaktoren und Schutzfaktoren und durch eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und von somatischen zu psychischen Störungen. "Dies lässt die These einer "neuen Morbidität" entstehen, die vorrangig von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt ist", betont die Studienleiterin Bärbel-Maria Kurth, im Robert Koch-Institut Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. So findet man im Bereich der psychischen Gesundheit bei 11,5 % der Mädchen (M) und 17,8 % der Jungen (J) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Probleme. Die häufigsten Problembereiche sind Verhaltensprobleme (M=11,9 %, J=17,6 %), emotionale Probleme (M=9,7 %,

J=8,6 %) und Hyperaktivitätsprobleme (M=4,8 %, J=10,8 %).

Die am schwersten wiegende Erkenntnis ist, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse aufweisen, sondern in durchweg allen. In dieser Gruppe findet man eine Häufung von Risikofaktoren, eine Häufung von Unfällen, Krankheit, Übergewicht, Umweltbelastungen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung und häufigere psychische Auffälligkeiten. Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben weniger personale, soziale und familiären Ressourcen. "Zwischen diesen Schutzfaktoren und dem gesundheitlichen Risikoverhalten sind deutliche Zusammenhänge zu erkennen", sagt Bärbel-Maria Kurth. Zum Beispiel rauchen Hauptschüler fünfmal häufiger als die Gleichaltrigen auf dem Gymnasium.

Am KiGGS nahmen 17.641 Jungen und Mädchen von 0 bis 17 Jahren an 167 Orten teil. Auf der Basis von Befragungen und medizinischen Untersuchungen, einschließlich Laborbefunden, entstand ein einzigartiger Pool von Informationen. Auch der Sozialstatus der Kinder wurde über die Bildung und die berufliche Stellung der Eltern sowie das Haushaltsnettoeinkommen abgebildet. Erstmals ist es auch gelungen, Personen mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey zu beteiligen und repräsentative Daten für diese Gruppe der Kinder und Jugendlichen zu erheben.

Weitere Informationen:

<http://www.kiggs.de>

Quelle: URL <http://idw-online.de/pages/de/news209340>

Das zentrale adhs-netz

Kristina Wulf und Manfred Döpfner



Grundlagen

Im Jahr 2002 wurden beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zwei Konferenzen zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen unter Einschluss aller beteiligten Fachgruppen durchgeführt. Dabei wurde ein Konsens über verbindliche Standards in der Diagnose und Behandlung der ADHS erzielt und in einem Konsenspapier festgehalten. Das zentrale adhs-netz soll die in diesem Konsenspapier benannte Forderung nach Bildung überregionaler Netzwerke erfüllen.

Im Herbst 2005 hat das zentrale adhs-netz, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Arbeit aufgenommen. Es definiert sich als bundesweites interdisziplinäres Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Grundlage der Arbeit ist das oben genannte Konsenspapier der interdisziplinären Konsensuskonferenzen vom 28. und 29. Oktober 2002.

Ziele

Das Gesamtziel des zentralen adhs-netzes ist die Unterstützung eines umfassenden Gesundheitsmanagements für Menschen mit ADHS. Dies bedeutet vor allem die Förderung, Bestimmung und Optimierung der Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS durch die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur ADHS auf nationaler und internationaler Ebene. Im Vordergrund stehen dabei die Information und Unterstützung aller, die mit dem Thema ADHS befasst sind.

Information

Information für Fachleute: In Form eines internetbasierten Experten-Informationssystems werden Ärzten, Psychologen und Therapeuten Informationen und Materialien zu Prävention, Diagnostik und Therapie von ADHS zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wird über Fortbildungsmöglichkeiten informiert. Auf diese Weise werden Fachleute darin unterstützt, Patienten mit ADHS leitlinienkonform zu versorgen.

Information für Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen: In Form eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen- Informationssystems werden Patienten, ihren Angehörigen und Bezugspersonen Informationen zur ADHS, zu Ursachen, Behandlungs- und Selbsthilfemöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise bekommen Betroffene, Angehörige und ihre Bezugspersonen Informationen, die sich auf die aktuellen Erkenntnisse aus Forschung und Praxis stützen.

Information für die Öffentlichkeit: In Form von Veröffentlichungen wird zu aktuellen und allgemeinen Fragen zum Thema ADHS wissenschaftlich fundiert Stellung genommen.

Informationsvernetzung: Ziel ist eine Kooperation und Informationsvernetzung der am zentralen adhs-netz beteiligten medizinischen und nicht-medizinischen Fach- und Berufsverbände sowie der Selbsthilfe- und Betroffenenverbände. Das zentrale adhs-netz stellt auch eine Plattform für Veröffentlichungen und Stellungnahmen der beteiligten Fachverbände zur Verfügung.

Unterstützung

Unterstützung regionaler Versorgungsnetze für ADHS: Das zentrale adhs-netz bietet eine Plattform, auf der regionale ADHS-Netze miteinander in Verbindung treten können. Ihre Anliegen und Interessen formulieren sie durch den Beirat regiona-

ler Netze, der damit einen intensiven Austausch von Interessen und Anliegen zwischen den regionalen ADHS-Netzen ermöglicht. Die Arbeit auf regionaler Ebene bietet damit eine der Grundlagen für die Arbeit des zentralen adhs-netzes.

Durch den Erfahrungsaustausch mit bestehenden regionalen Netzen wird es interessierten Expertengruppen erleichtert, neue regionale ADHS-Netze zu gründen. Darüber hinaus wird mit den bestehenden regionalen Netzen ein orientierender Kriterienkatalog definiert, der die zentralen formalen und inhaltlichen Aspekte bei der Bildung eines regionalen ADHS-Netzes berücksichtigt.

Unterstützung von Fortbildung: Ziel ist die Unterstützung von Fortbildungsprogrammen in Kooperation mit Institutionen, deren Ziel eine evidenzbasierte, umfassende und interessensunabhängige Fortbildung für Laien und Fachleute zur ADHS ist.

Unterstützung von Forschung: Durch eine Kooperation mit Forschungseinrichtungen soll vor allem die anwendungsbezogene Forschung unterstützt werden. Dies beinhaltet neben neurobiologischen Forschungsergebnissen auch die Untersuchung und Beschreibung der gesellschaftlichen und natürlichen Lebensumstände von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS mit dem Ziel ihrer Optimierung.

Organe

Das zentrale adhs-netz besteht aus folgenden Organen:

Die *Leitungsgruppe* ist interdisziplinär besetzt und besteht aus vier Mitgliedern aus den Fachbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Kinder- und Jugendmedizin, der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Mitglieder stammen aus universitären und außeruniversitären Institutionen zur ambulanten und stationären Versor-

gung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS sowie aus Einrichtungen, die sich der ADHS-Forschung widmen. Mitglieder der Leitungsgruppe bei Gründung des zentralen adhs-netzes sind:

- Prof. Dr. Manfred Döpfner, Geschäftsführender Leiter (Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut, Universität Köln),
- Dr. Johanna Krause (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Fachärztin für Neurologie, Ottobrunn),
- Prof. Dr. Franz Resch (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Heidelberg),
- Dr. Klaus Skrodzki (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Forchheim).

Der *interdisziplinäre Beirat* setzt sich aus Vertretern medizinischer und nicht-medizinischer Fachverbände, Selbsthilfe- und Betroffenenverbände und überregionaler Organisationen zusammen, die in die Versorgung von Menschen mit ADHS eingebunden sind. Er berät die Leitungsgruppe und beurteilt die Arbeit des zentralen adhs-netzes.

In Form eines *Beirats regionaler Netze* bringen Vertreter der regionalen ADHS-Netze ihre Interessen und Anliegen in die Arbeit des zentralen adhs-netzes ein. Auf diese Weise soll die Vernetzung regionaler ADHS-Netze verbessert und die Nähe zur Versorgungssituation vor Ort gewährleistet werden. Der Beirat regionaler Netze berät darüber hinaus die Leitungsgruppe.

In verschiedenen *Arbeitsgruppen* werden Fragestellungen zum Thema ADHS erarbeitet. Dabei stehen vor allem die Information von Experten, Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen sowie die Formulierung von Stellungnahmen zu aktuellen und allgemeinen Fragen zum Thema ADHS im Vordergrund. Die Arbeitsgruppen setzen sich aus Experten zu der jeweiligen Fragestellung zusammen.

Die *Koordination* des zentralen adhs-netzes setzt die Aufträge der Leitungsgruppe um und koordiniert die Tätigkeit der Leitungsgruppe, der

Beiräte und der Arbeitsgruppen. Sie liegt bei Kristina Wulf (Diplom-Psychologin, Leitung) und Mitarbeitern und hat ihren Sitz am Klinikum der Universität zu Köln.

Arbeitsbericht

Konstituierung und Arbeit der Organe

Die konstituierende Sitzung der Leitungsgruppe fand am 16.11.2005 statt. Im April wurde die Satzung des zentralen adhs-netz verabschiedet. Diese wurde im Anschluss an die ersten Treffen des interdisziplinären Beirates bzw. des Beirates regionaler Netze in den diesbezüglichen Stellen noch einmal verändert.

Der interdisziplinäre Beirat (IB) konstituierte sich bei einer ersten Sitzung am 25.11.2006 mit Vertretern von 21 Verbänden und Organisationen, nachdem im Frühjahr alle Verbände und Vereine kontaktiert worden waren. Auf der konstituierenden Sitzung, wurde die interne Struktur des Beirates festgelegt. Als Aufgaben und Wünsche des Beirates wurden u. a. eine Diskussion des Konsenspapieres sowie das Bemühen um eine einheitliche Sprachregelung zum Thema ADHS angeregt. Die Mitglieder des IB wurden, wie in der Satzung festgelegt, um eine Stellungnahme zum 1. Zwischenbericht des zentralen adhs-netzes gebeten (für den Zwischenbericht sowie die Stellungnahmen des IBs. www.zentrales-adhs-netz.de unter Über das Netz/Tätigkeit. Aktuell besteht der interdisziplinäre Beirat aus 23 Mitgliedern (für die aktuelle Liste der Mitglieder s. www.zentrales-adhs-netz.de unter Über das Netz/ Struktur/ Beiräte). Das nächste Treffen des interdisziplinären Beirates wird am 24.11.2007 in Berlin stattfinden.

Der Beirat regionaler Netze (BrN) konstituierte sich bei einer ersten Sitzung am 24.09.2006 mit Vertretern von insgesamt 29 regionalen ADHS-Netzen (teilweise in Gründung). Auf der konstituierenden Sitzung wurden die Struktur des Beirates festgelegt sowie mögliche Aufgaben des Beirates und Wünsche nach Unterstützung durch das zentrale adhs-netz diskutiert. Auf einem zweiten Treffen des BrN am 13.01.2007 mit Vertretern von 22 regionalen ADHS-

Netzen (teilweise in Gründung) wurden Arbeitsgruppen zu verschiedenen Fragestellungen gegründet sowie der inhaltliche Schwerpunkt ADHS im Erwachsenenalter diskutiert. Darüber hinaus wurde die Entwicklung einer Landkarte regionaler Netze sowie eines internen Bereichs für Mitglieder des BrN auf der Website des zentralen adhs-netzes geplant. Die Landkarte mit Kontaktdaten der regionalen Netze sowie der interne Bereich konnten im Frühjahr 2007 auf die Website gestellt werden. Die Landkarte wird kontinuierlich aktualisiert, wenn Kooperationen mit weiteren regionalen Netzen geschlossen werden können. Weiterhin wurde auf der Sitzung die Möglichkeit einer Unterstützung für Websites der einzelnen regionalen Netze diskutiert. Die Umsetzung einer solchen Unterstützung durch das zentrale adhs-netz ist zur Zeit in Planung. Aktuell besteht der Beirat regionaler Netze aus 42 Mitgliedern (für die aktuelle Liste der Mitglieder s. www.zentrales-adhs-netz.de unter Über das Netz/ Struktur/ Beiräte). Das nächste Treffen des Beirates regionaler Netze wird am 10.11.2007 in Frankfurt stattfinden.

Durch die Leitungsgruppe wurden zunächst zwei Basis-Arbeitsgruppen (AGs) benannt: „Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS“ (AG Kinder) und „Diagnostik und Therapie bei Erwachsenen mit ADHS“ (AG Erwachsene). Für beide Arbeitsgruppen konnten Experten zum jeweiligen Thema gewonnen werden, so dass erste Treffen der Arbeitsgruppen am 19.09.2005 (AG Kinder) bzw. am 29.09.2005 (AG Erwachsene) stattfinden konnten. Mehr Informationen über die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen sind unter www.zentrales-adhs-netz.de unter Über das Netz/ Struktur/ Arbeitsgruppen zu finden. In beiden Arbeitsgruppen stehen die ersten Statements kurz vor der Fertigstellung.

Information über ADHS

Am 01.09.2006 wurde die Website des zentralen adhs-netzes unter www.zentrales-adhs-netz.de freigeschaltet. Aktuell befinden sich auf der Website folgende inhaltlichen

Schwerpunkte: Informationen über ADHS für Fachleute in Form von frequently asked questions (FAQs). Ein Newsletter, der von Fachleuten und Betroffenen abonniert werden kann und in regelmäßigen Abständen Neuigkeiten über ADHS und die Tätigkeit des zentralen adhs-netzes informiert. Weiterhin eine Landkarte, in der regionale ADHS-Netze mit den jeweiligen Ansprechpartnern aufgeführt sind. Sowohl für Betroffene als auch für Fachleute gibt es darüber hinaus eine kommentierte Zusammenstellung interessanter Links zum Thema ADHS sowie Literaturhinweise.

Folgende Inhalte sind im Aufbau bzw. in Planung: Informationen über ADHS für Betroffene, die ebenfalls in Form von frequently asked questions (FAQs) auf die Website gestellt werden. Information über Spezialambulanzen für Erwachsene mit ADHS, die ebenfalls auf die bereits bestehende Landkarte eingetragen werden sollen.

Darüber hinaus wird Fachleuten eine ausführliche Vorstellung von Materialien zur Diagnose und Behandlung von ADHS zur Verfügung gestellt sowie ein Abstractdienst mit Abstracts aktueller Fachartikel zum Thema ADHS aufgebaut.

Information über die Arbeit des zentralen adhs-netzes

Um die Arbeit des zentralen adhs-netzes einer möglichst großen Öffentlichkeit bekannt zu machen, präsentiert sich das Netz Fachleuten, Betroffenen, und der interessierten Öffentlichkeit auf Kongressen und Veranstaltungen durch Informationsstände, die Auslage von Flyern sowie Vorträge. So war das Netz in den Jahren 2006 bzw. 2007 u.a. auf den Fachkongressen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) präsent. Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie richtete das zentrale adhs-netz am 14.03.2007 ein internationales Symposium zu ADHS aus, bei dem europäische Experten aktuelle Ergebnisse zur Häufigkeit und Ursachen von ADHS sowie zur multimodalen Therapie vorstellten. Ebenfalls präsentierte sich das zentrale adhs-netz auf der didacta 2007 (als Co-Aussteller), dem Patien-

tentag des 1st international Congress on ADHD sowie auf der für die interessierte Öffentlichkeit durchgeführten Veranstaltung „Extra-Schicht – 10 Rendezvous mit der Gesundheit“ des Annual Meeting and General Assembly Europet. Weitere Veranstaltungen für das Jahr 2007 sind geplant (u.a. Fachkongresse der DGKJ und der DGPPN).

Aufruf

Interessierte Fachleute und Betroffene können sich in den entsprechenden Rubriken auf unserer Website für den **Newsletter** des zentralen adhs-netzes anmelden. Der Newsletter informiert sowohl über Neuigkeiten des zentralen adhs-netzes als auch über interessante Veranstaltungen, Fachartikel oder andere aktuelle Entwicklungen zum Thema ADHS.

Wir möchten weiterhin gerne Kontakt zu bereits existierenden oder im Aufbau befindlichen **regionalen ADHS-Netzen** aufnehmen. Wenn Sie Interesse an einer Kooperation mit dem zentralen adhs-netz haben würden wir uns über Ihre Rückmeldung freuen. ←

www.zentrales-adhs-netz.de
zentrales-adhs-netz@uk-koeln.de
T (0221) 478 – 6108F (0221) 478-3962

Liebes Tagebuch ...

Stress!! Alles immer schneller! Immer hektischer! Frühstück im Laufen, Schlafen im Stehen, Minutenwalzer in zwölf Sekunden. Und fix noch eine SMS an die Freundin: Keine Zeit zum Telefonieren – bin in dreieinhalb Minuten bei dir. Pfffttt. Wir nehmen jetzt bitte den Dampf raus. Runter von der Überholspur. Der Trend heißt: Entschleunigung.

Warum schnell, wenn es auch langsam geht? Eine Volkshochschule hat es bereits erkannt. Sie lädt zum Volkstanz ein und schreibt drüber: „Gemächlich tanzen“. Wunderbar: Gemächlich tanzen. Das Vorbild wird Schule machen. „Versonnen wandern“ mit dem Eifelverein oder besser noch „Gelas-

sen gehen“. Und „Relaxt radeln“ beim Radsportclub. Im Schnellimbiss gibt es die „Entspannter-essen-Woche“. Mit Schnecken Ragout. Ein Kursus „Langsamer lesen“ der Stadtbücherei wäre auch schön. Und für Politiker „Meditativ mauscheln“. Ganz entspannt im Hier und Jetzt.

Friedhelm Ebbecke-Bückendorf

Kann auch nur wenig Alkohol Fetten schaden?

Schon ein Glas pro Woche im ersten Trimenon begünstigt möglicherweise Verhaltensstörungen bei Kindern

BRISTOL (mut). Absolut kein Alkohol! Das sollten Ärzte nach einer britischen Studie jetzt wohl allen Schwangeren empfehlen. Selbst auf ein Glas Bier oder Wein pro Woche sollten sie im ersten Trimenon verzichten. Denn die Studie liefert Hinweise, dass auch wenig Alkohol in der Schwangerschaft zu Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern führen kann. Vor allem werdende Mädchen sind offenbar gefährdet.

Dieses verblüffende Fazit ziehen Wissenschaftler um Dr. Kapil Sayal aus Bristol aus einer Studie mit über 9000 jungen Müttern und ihren Kindern. Die Forscher sind selbst von dem Ergebnis überrascht: Sie hatten nicht damit gerechnet, dass auch geringste Alkoholmengen den werdenden Kindern schaden könnten.

Generell wird zwar Müttern zur Alkoholabstinenz während der Schwangerschaft geraten, doch eindeutig belegt ist ein Schaden für den Nachwuchs in Studien bislang nur, wenn die Schwangeren mehr

als ein bis zwei Gläschen Bier oder Wein trinken – und zwar pro Tag – berichten die Forscher (*Pediatrics*, 119, 2007, e426).

In ihrer Studie hatten sie gezielt den Effekt von geringen Alkoholmengen untersucht. Sie fragten fast alle schwangeren Frauen in der Region Avon im Südwesten Englands in den Jahren 1991 und 1992 nach ihrem Alkoholkonsum im ersten Trimenon. Dazu beantworteten die Frauen in der 18. Schwangerschaftswoche einen Fragebogen. 44 Prozent gaben an, in der Schwangerschaft gar keinen Alkohol zu trinken, 40 Prozent tranken weniger als ein Glas (definiert als 8 g Alkohol) und 16 Prozent mehr als ein Glas pro Woche. Ihre Kinder wurden vier, sieben und neun Jahre nach der Geburt mit einem speziellen Fragebogen auf Verhaltensauffälligkeiten geprüft.

Das Ergebnis: Im Alter von vier Jahren hatten 3,9 Prozent der Mädchen von komplett abstinenten Frauen emotionale Störungen, Hyperakti-

vität oder andere Verhaltensprobleme. 5,3 Prozent der Mädchen waren es von Frauen mit weniger als einem und knapp 5 Prozent von Frauen mit über einem Glas Alkohol pro Woche. Daraus berechneten die Forscher, dass von Frauen mit weniger als einem Glas Alkohol pro Woche 37 Prozent mehr Mädchen verhaltensauffällig sind als von komplett abstinenten Frauen.

Bei Jungs fällt der Effekt von geringen Alkoholmengen offenbar nicht ins Gewicht: Sie sind generell verhaltensauffälliger als Mädchen. Die Rate bei abstinenten Müttern lag mit 7,8 Prozent ähnlich hoch wie bei Müttern mit weniger als einem Glas Alkohol pro Woche (7,6 Prozent) und war erst bei Müttern mit über einem Glas pro Woche deutlich erhöht (10,3 Prozent).

Neun Jahre nach der Geburt ließ sich bei Jungs zudem kein Einfluss des Alkohols mehr nachweisen: Verhaltensauffälligkeiten waren mit 11 bis 12 Prozent in allen Gruppen recht häufig. Bei Mädchen von abstinenten Müttern war die Rate dagegen noch immer deutlich niedriger (2,1 Prozent) als bei Müttern mit weniger als einem Glas pro Woche (3,3 Prozent).

(Quelle: Ärzte Zeitung 30.04.2007)

Neue Therapiestudie für Mütter und Kinder mit ADHS am Universitätsklinikum des Saarlandes

pm/Saar – Uni – Presseteam

An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums des Saarlandes (UKS) in Homburg wird derzeit eine Therapiestudie zur Behandlung der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) durchgeführt. Teilnehmen können Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren und deren Mütter, wenn bei beiden eine ADHS vorliegt oder anzunehmen ist.

Etwa ein Viertel der Kinder mit ADHS haben einen ebenfalls betroffenen Elternteil, und mehr als die Hälfte der

Eltern mit ADHS haben ein betroffenes Kind. Es ist also gar keine Seltenheit, dass sowohl bei der Mutter als auch beim Kind eine ADHS vorliegt. Eine ADHS kann effektiv behandelt werden. Bei Kindern ist neben der medikamentösen Therapie auch die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie gesichert. Verhaltenstherapeutisch werden bei der Behandlung von Kindern üblicherweise die Eltern intensiv mit einbezogen (so genanntes Elternt raining). Hierbei geht es darum, gemeinsam mit Eltern und Kind das Problemverhalten des Kindes zu beschreiben, zu erklären und Strategie

zu erarbeiten, wie schwieriges Verhalten des Kindes positiv verändert werden kann.

In der Therapiestudie soll untersucht werden, ob sich durch die Behandlung der ADHS der Mütter die Wirksamkeit eines Elternt raining zur Behandlung der ADHS des Kindes erhöht.

Die Studie soll über drei Jahre laufen.

Sollten Sie noch Fragen haben oder sich für die Teilnahme interessieren, wenden Sie sich an unsere Ansprechpartnerin in der Klinik:

Frau Susann Hänig,
Diplom-Psychologin,
Tel. (06841) 16-21140,
E-Mail: susann.haenig@uks.eu

Coaching für Studierende und berufstätige junge Erwachsene mit ADHS

Mit einer Prävalenz von 3-9 Prozent bei Schulkindern ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (kurz Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom – ADS – genannt) eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Doch aus Schülern werden Studierende, aus Jugendlichen Erwachsene und längst hat ADS auch die Universitäten und die Berufswelt erreicht.

Die Arbeitsgruppe um Professor Lauth und Professor Minsel an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln untersucht, wie die ehemaligen aufmerksamkeitsgestörten Schüler an der Universität zu recht kommen, wie ihr Studium verläuft und welche Probleme und Anpassungsschwierigkeiten sich gegebenenfalls entwickeln. Eine Längsschnittstudie, die den Entwicklungsübergang von der Schule in den darauf folgenden Lebensabschnitt auf breiter Ebene untersucht, ist ebenfalls geplant. In diesem Zusammenhang wird ein speziell für junge Erwachsene entwickeltes Coaching angeboten. Es richtet sich sowohl an Studierende als auch an Auszubildende und berufstätige junge Erwachsene mit ADS-Problematik.

Das Coaching wird in kleinen Gruppen von 6 bis 10 Teilnehmern durchgeführt. Es umfasst die Themenbereiche Planen, Anfangen, Umsetzen, Ordnen sowie Aspekte der allgemeinen Lebensführung und der sozialen Situation. Konkret werden Konzepte zur besseren Selbstorganisation entwickelt und möglichst direkt praktisch umgesetzt, wie beispielsweise die Planung von Hausarbeiten, das Einteilen von Geld und der Kontakte mit Kommilitonen oder Arbeitskollegen. Ein Kernaspekt dabei ist immer wieder, die wichtigen Dinge nicht aufzuschieben sondern sie gezielt anzugehen und auch zu Ende zu bringen. Im Coaching werden einerseits bestehende Probleme erörtert und konkrete Lösungen

gesucht und andererseits Strategien entwickelt, die die Entstehung neuer Probleme im Alltag verhindern.

Näheres zu den Inhalten des ADS-Coachings findet sich auf der Homepage (www.ads-projekt.uni-koeln.de).

Das ADS-Coaching umfasst folgende Module:

▮ Es wird ein Eingangsgespräch mit dem einzelnen Teilnehmer durchgeführt, in dem die bestehende Problematik besprochen wird. Dabei wird vor allen Dingen intensiv nachgeforscht, inwieweit überhaupt eine ADS-Problematik vorliegt. Hierzu wird ein ausführliches verhaltensanalytisches Interview durchgeführt und es werden diagnostische Fragebögen ausgefüllt, die Rückschluss auf das Vorliegen einer ADS-Störung erlauben. Über diese Fragebögen wird am Ende auch ermittelt, ob sich das Verhalten durch die Teilnahme am Coaching zum Positiven geändert hat.

▮ Anschließend findet ein Kurs statt, der 4 Termine umfasst, an dem etwa 6 bis 10 junge Erwachsene teilnehmen. Die erste Sitzung ist für fünf Stunden angesetzt, die folgenden drei Sitzungen dauern drei Stunden. Zu Beginn der ersten Sitzung setzt jeder Teilnehmer seine individuellen Ziele fest, die er innerhalb des Coachings erreichen möchte. Im Kurs wird in verhaltensbezogenen Begriffen erörtert, welche konkreten Problembereiche vorliegen und in welchen Bereichen es keine Schwierigkeiten gibt. Anschließend werden Lösungen gesucht, um bestehende Schwierigkeiten nicht nur zu verringern, sondern auch zukünftige Entwicklungsaufgaben besser zu bewältigen (wie zum Beispiel angemessenes Studierverhalten an den Tag legen, Freundschaften pflegen, den Haushalt führen). Bei allen Themen wird besonderer Wert auf die konkrete Umsetzbarkeit der erarbeiteten

Inhalte gelegt. Insbesondere werden auch soziale Beziehungen zwischen den Teilnehmern hergestellt, so dass sie sich untereinander im Alltag unterstützen können.

▮ In der Zwischenzeit werden gezielte Kontakte per Telefon bzw. E-Mail zwischen Teilnehmern und Projektmitarbeitern unterhalten, um bei der Umsetzung der Coachinginhalte zu beraten.

▮ Die Teilnehmer treffen sich nach etwa sechs Wochen zu einer Follow-Up-Sitzung noch einmal, die ebenfalls drei Stunden dauert. Hier geht es noch einmal stärker um die eigene Lebensführung und die Ziele, die die Teilnehmer sich selbst gesetzt haben.

Mittlerweile liegen einige Erfahrungen vor. Darin zeigt sich, wie viel kreative und positive Fähigkeiten bei den Betroffenen vorhanden sind, wie zielsicher sie bestimmte Lebensbereiche beherrschen (z.B. Musik, Job, Sprachen) und wie schwer sie sich mit anderen tun. Offensichtlich haben sie einen anderen Arbeitsstil, der nicht dem gängigen Mainstream entspricht: Mehrere Dinge gleichzeitig tun, wenig planen, sehr individualistisch und immer ein wenig sozial unangepasst sein. Wenn es um geradliniges Arbeiten geht und ein Vorgehen Schritt für Schritt gefragt ist, ist das von Nachteil. Wenn hingegen die Aufgaben offener und gestaltbarer sind, kann es von Vorteil sein.

Die Professoren der Arbeitsgruppe meinen nach den bisherigen Erfahrungen, dass der Universität und der Gesellschaft Kreativität und Begabung verloren gehen würde, würde man nicht versuchen, hier zu helfen. Auch stellt sich die Frage, ob diese Kurse nicht zu einem dauerhafteren Angebot ausgeweitet werden können.

Das ADS-Coaching wird vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie und dem Lehrstuhl für Psychologie und Psychotherapie an der Humanwissenschaftlichen Fakultät geleitet. Interessenten wenden sich bitte telefonisch an 0221-470-4725. Unter dieser Nummer ist ein Anrufbeantworter geschaltet. Wir rufen zeitnah zurück.

*Prof. Dr. Minsel und Prof. Dr. Lauth
Humanwissenschaftliche Fakultät*

Sind Omega-3-Fettsäuren eine Alternative zu Methylphenidat?

Eine Mutter berichtet über die Erfahrungen mit ihrem ADHS-Sohn

Karin Pirc

Seit der Geburt unseres Sohnes vor 13 Jahren war er anders als seine drei Geschwister: Er schrie sich die Kehle aus dem Leib, wenn er hungrig war, er war den ganzen Tag über unglaublich durstig und er hatte eine so trockene, juckende Haut, dass er sie sich oft aufkratzte, ohne eine sichtbare Hauterkrankung zu haben. Im Alter von vier Jahren hatte er täglich bis zu zwanzig massive Wutanfälle wegen Nichtigkeiten, aber als inzwischen recht erfahrene Mutter und mit dem Hintergrund meines Psychologie-Studiums konnten wir trotzdem zu Hause einigermaßen gut mit ihm umgehen.

Die Probleme, die alle Eltern von ADHS-Kindern kennen, fingen jedoch massiv an, als Daniel in die Schule kam: Er lernte fast nichts, fiel durch aggressivstes, völlig unangepasstes Verhalten auf, störte im Unterricht, bei jedem Elternsprechtag beklagten sich die Lehrer, mindestens einmal pro Woche, oft mehr, rief der Direktor oder die Klassenlehrerin oder aber die Eltern anderer Kinder wegen irgendwelcher Vorkommnisse an. Daniel absolvierte den Unterricht meist im Stehen oder Laufen, wusste zu Hause so gut wie nie, was in der Schule durchgenommen wurde, konnte kein Hausaufgabenheft führen usw... Schon in der Grundschule dauerten die Hausaufgaben mindestens zwei Stunden, von denen er vielleicht eine dreiviertel Stunde wirklich etwas tat, die andere Zeit war Vermeidungsverhalten, lautstarke, entnervende Diskussionen, Kampf und Unwillen, in den Ferien mussten wir täglich lesen, schreiben und rechnen üben, um überhaupt noch mitzukommen, da er in der Schule nichts aufnehmen konnte.

Wir haben ihn dann in der 5. Klasse gründlichst testen lassen: Seine Intelligenz steht der unserer anderen Kinder, die alle studieren bzw. aufs Gymnasium gehen, in nichts nach. Ich

wollte ihm aus persönlichen Gründen kein Ritalin geben, da er zuhause zwar superhektisch aber trotzdem sehr liebenswert ist. Nur alle mit der Schule verbundenen Themen waren ein Dauerstress für alle Beteiligten, vor allem auch für ihn. Er hasste alle Lehrer, er hasste die Schule, er hasste viele Kinder, bei den kleinsten Vorkommnissen zeigte er überschäumende Überreaktion. Trotz Dauerstress und intensivem Einsatz unsererseits ließen wir ihn nach der 5. Klasse um ein Jahr zurückstellen, aber trotz aller Bemühungen schrieb er immer noch vorwiegend 4en, 5en, manchmal 6en, fast nie eine Zwei oder Drei. Ich hatte bereits verschiedene Naturheilverfahren mit ihm durchgeführt. Das einzige, was überhaupt einen Effekt hatte, war eine Behandlung bei einem Arzt in Köln, der ihn wegen KISS-Syndrom behandelte. Danach gingen seine Aggressionen etwas zurück und auch seine feinmotorischen Störungen reduzierten sich, seine Schrift wurde etwas leserlicher als zuvor und sein Widerwillen gegen das Schreiben wurde etwas geringer. Alles andere brachte bei ihm leider keinen erkennbaren Fortschritt.

Können Fischöle bei ADHS positiv wirken?

Letztes Jahr erfuhr ich von den neuen Studien über beeindruckende Therapieerfolge mit Fischölen bei ADHS-Kindern. Auf den ersten Blick scheint dies erstaunlich, wird aber schon leichter nachvollziehbar, wenn wir die Erkenntnisse der modernen Medizin über die Wirkungen bestimmter Fettsäuren auf den Körper kennen. Fischöle enthalten große Mengen an Omega-3-Fettsäuren, die wir mit unserer modernen Nahrung in der Regel in einem viel zu geringem Maß aufnehmen, was vielfältige Erkrankungen nach sich zieht. Denn diese Fettsäuren spielen eine wichtige Rolle bei der Regulierung

von Muskeln, Gedächtnis, Stimmung, Schlaf und Hauptorganen, wie dem Herzen. Mangelerscheinungen erkennt man nicht nur an vielfältigen Stresszeichen des Nervensystems wie Depressionen, Unruhe und Aufmerksamkeitsstörungen, sondern auch an zu trockener, juckender Haut und einem übersteigerten Durstgefühl; Symptome die uns an Daniel schon in der frühen Kindheit auffielen, die wir aber damals noch nicht zuordnen konnten.

Nachdem ich im Internet die beiden Studien aus Durham (England) und Adelaide (Australien) recherchiert hatte, war ich fasziniert: Speziell bei Kindern mit ADHS schnitten die knapp 250 untersuchten Schüler schon nach drei bis sechs Monaten Einnahme der Omega-Fettsäure-Kapseln in den Tests für Schreib- und Lesefertigkeit wesentlich besser ab, während Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen sich so deutlich verringerten, dass die Wirkungen der natürlichen Omega-3 Fettsäuren sogar der ADHS-Reduktion durch Ritalin überlegen ist!

Spätestens nachdem ich diese Ergebnisse gelesen hatte, stand für uns fest, dass der Gebrauch einer spezifischen Fettsäurenahrungsergänzung eine ernstzunehmende Alternative in der Behandlung des ADHS sein kann und dass wir einen Therapieversuch mit Daniel machen wollten, insbesondere auch deshalb, weil diese Therapie ohne jedes Risiko schädlicher Nebenwirkungen ist. Wir entschieden uns dabei für spezielle Omega-3 Fettsäuren, nämlich das so genannte Krill-Öl. Es wird aus den klitzekleinen Krill-Krebsen gewonnen, die die Wale mit jedem Schwall Wasser zu sich nehmen und die ihnen als Nahrung dienen. Einzigartig am Krill-Öl ist, dass seine Fettsäuren an Phospholipide gebunden sind, und damit an die Bausteine unserer Zellmembranen, die wir zum Stressausgleich und zum Abbau von Toxi-



Dr. phil. Dipl.-psych.
Karin Pirc ist leitende
Ärztin der Maharishi
Ayurveda-Privatklinik
Bad Ems

nen benötigen. (Im Gegensatz dazu sind herkömmliche Lachsöle an Triglyceride gebunden.) Wegen der Bindung der Omega-3 Fettsäuren an Phospholipide werden die Fettsäuren vor allem von Nervenzellen sehr viel schneller und intensiver aufgenommen als die Omega-Fettsäuren aus Lachsöl, weshalb es auch besonders gut die Symptome des ADHS ausgleicht. Ein damit verbundener, sehr praktischer Vorteil des Krill-Öls ist demzufolge, dass man mit einer geringeren Dosis die gleiche Wirkung erreicht – eine Kapsel Krill-Öl täglich erzielt dabei die gleiche Wirkung wie 6 doppelt so große Kapseln Lachsöl.

Unsere Erfahrungen mit Krill-Öl

Wir haben Daniel im ersten Monat 2 Kapseln a 500 mg gegeben, danach bis heute nur noch 1 Kapsel täglich!, seit nunmehr 8 Monaten. Zunächst noch ein praktischer Hinweis: Die harten Kapseln sind schlecht zu schlucken, daher haben wir sie zerkaut (ich nehme sie inzwischen auch statt der Lachsöl-Kapseln, die ich früher als Nahrungsergänzung nahm), den Inhalt mit Wasser oder Apfelsaft runtergespült und die leere Kapsel ausgespuckt. Auch, wenn es im Mund etwas fischig schmeckt – nach kurzer Zeit nimmt man keinen Geruch mehr wahr und man muss auch nach den Kapseln nicht aufstoßen, was bei den Lachsölkapseln bekanntermaßen öfter vorkommt.

Die Änderung seines Verhaltens durch das Krill-Öl und vor allem die Geschwindigkeit, in der diese auftrat, waren bei uns unglaublich: nach nur 5 Tagen hörte die ständige Brüllerei bei den Hausaufgaben fast vollständig auf, Daniel sagte schon nach kurzer Zeit wörtlich: „Mami, das ist das erste, was wirklich hilft!“ Nach nur 3 Monaten war er immer noch zappelig, hatte aber statt 23 Tadeln in den ersten 6 Wochen des Schuljahres (!!!) nur noch einen (in drei Monaten, nicht in 6 Wochen) und eine 5 geschrieben, zwei Vieren, der Rest Zweien und Dreien und sogar eine Eins, die erste seines Lebens.

Wir machten weiter. Nun, nach 7 Monaten hat er einen so guten Notendurchschnitt wie noch nie. Am besten

zeigen dies seine Notendurchschnitte der Zeugnisse: Halbjahreszeugnis Klasse 5: 4,7 (Daniel war in der Hausaufgabenbetreuung der Schule, ein aussichtsloses Unterfangen!) Ganzjahreszeugnis: 4,2, das nächste – 6 Wochen nach Beginn der Einnahme von Krill-Öl: 3,8 und nun ein Halbjahr später 3,4! Auch die Lehrer finden ihn ausnahmslos gebessert, allerdings immer noch nicht genug, da er noch unruhig in der Klasse ist, wenn auch weniger. Er hatte früher Schwierigkeiten bei fast allen Lehrern, inzwischen nur noch bei zwei Lehrerinnen, die er nicht mag, alle anderen sind für ihn inzwischen okay bis nett geworden (er ist entspannter und nimmt sie deshalb anders wahr).

Er macht seine Hausaufgaben in wesentlich kürzerer Zeit: eine Stunde statt zweieinhalb, seine Handschrift ist fast ordentlich, früher konnte er und vor allem die Lehrer sie oft nur mit Mühe entziffern, weil alles ineinander geschrieben war und jedes Schreiben mit großem Unmut seinerseits verbunden war, da seine Feinmotorik nicht klappte und es für ihn entsprechend anstrengend war. Auch das Verhältnis zu den größeren Geschwistern ist deutlich entspannter und das Familienleben ist ein Quell größerer Freude für uns alle geworden. Inzwischen haben die beiden Direktoren der Schule von sich aus um die Studien gebeten, da sie von den Lehrern wiederholt von Daniels Verbesserung erfahren haben.

Ich würde mich freuen, wenn dieser Bericht vielen Kindern/Eltern/Lehrern im Umgang mit ADHS-Kindern helfen würde – einen Versuch mit dieser völlig unschädlichen Nahrungsergänzung ist es m. E. doch auf jeden Fall wert. ←

Weitere Infos finden Sie auch auf unseren Webseiten:

http://www.bv-auek.de/Seiten/ADHD/Nahrungsmittelinduziertes_ADHD/Einfuehrung.html

http://www.adhs-deutschland.de/content.php?abt_ID=1&site_ID=46&S_ID=24ced7295721d24d10b2dff6a8b13c97

Aufmerksamkeitsstörung bleibt im Erwachsenenalter häufig bestehen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist nicht nur eine häufige seelische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen, sondern besteht in etwa einem Drittel der Fälle auch im Erwachsenenalter fort. „Von ADHS betroffene Erwachsene lassen sich leicht ablenken, können sich ihre Zeit schlecht einteilen und verlieren oft Gegenstände wie zum Beispiel ihre Schlüssel oder den Geldbeutel. Von Außenstehenden wird diese Desorganisation fälschlicherweise als Mangel an Disziplin oder als Faulheit gesehen“, erklärt Prof. Mathias Berger, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). „Durch risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr oder unüberlegte Äußerungen bringen ADHS-Erkrankte sich selbst in missliche Situationen.“

„Strukturierte Tagesabläufe und selbst gesetzte Termine können Menschen mit ADHS helfen, ihr Leben besser in den Griff zu bekommen“, erläutert der Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Es ist aber auch wichtig, dass die Betroffenen herausfinden, unter welchen Bedingungen sie sich gut konzentrieren können. „Für den Fall, dass triviale Alltagsereignisse starke Ver zweiflung auslösen, ist es hilfreich, durch ein Telefonat mit Freunden oder körperliche Betätigung das Zwangsgrübeln zu durchbrechen und sich auf seine Erfolge zu besinnen“, empfiehlt Prof. Berger. „Noch mehr als andere Menschen schöpfen Menschen mit ADHS häufig Kraft aus dem Rückhalt in einer Gruppe.“

„Mit einer psychotherapeutischen Behandlung können Menschen mit ADHS darin unterstützt werden, den Alltag zu strukturieren, ihre Selbstachtung zurück zu gewinnen und ihre Ressourcen zu aktivieren“, rät der Freiburger Psychiater. „Auch eine medikamentöse Therapie kann es Betroffenen erleichtern, mit der Störung zurechtzukommen.“ ←

Weitere Meldungen zu ADHS finden Sie unter www.aerzte-im-netz.eu.

Anmerkung der Redaktion: Zu diesem Erfahrungsbericht wird auch auf den Beitrag Seite 20 dieser Ausgabe hingewiesen. Inzwischen werden die hierin geforderten weiteren Studien auch in Deutschland an einigen Unikliniken durchgeführt. Auf die Ergebnisse sind wir gespannt. Wir möchten mit der Veröffentlichung dieses Berichtes eine Diskussion anstoßen.

Literatur:

Alexandra J. Richardson, DPhil(Oxon)* and Paul Montgomery, DPhil(Oxon), * University Laboratory of Physiology, Oxford, United Kingdom, Departments of Psychiatry Departments of Social Policy and Social Work, University of Oxford, United Kingdom: The Oxford Durham Study: A Trial of Dietary Supplementation With Fatty Acids in Children With Developmental Coordination Disorder, in: PEDIATRICS Vol. 115 No. 5 May 2005, pp. 1360-1366

Adelaide Studie, Dr. Natalie Sinn, University of South Australia: <http://www.unisanet.unisa.edu.au/staff/Homepage.asp?Name=Natalie.Sinn>

Mathematik 6 – Klasse wiederholen?

Kein Weiterkommen für Kinder mit Dyskalkulie

Nadine ist in der 3. Klasse und hat ihr Zeugnis bekommen. Sie muss die Klasse wiederholen, da sie in Mathematik auf 6 steht. Ihre Lehrerin sieht allerdings kaum eine Chance, dass sich Nadines Leistungen durch das Wiederholen der Klasse verbessern werden, denn Nadine hat keinerlei Gefühl für Zahlen bzw. dass Zahlen für Mengen stehen. Sie muss alles mit den Fingern abzählen und hat es nicht geschafft, ohne die Zuhilfenahme der Finger – oder anderer Hilfsmittel – zu rechnen. Nadines Eltern sollen jetzt überlegen, ob Nadine nicht besser auf einer Förderschule aufgehoben wäre. Nadine und ihre Eltern sind verzweifelt, denn sie wissen nicht, wie es überhaupt weiter gehen soll, weil es keine Fortschritte gibt.

Nadines Mutter liest per Zufall einen Beitrag zur Dyskalkulie (Rechenstörung) und wundert sich, warum die Lehrerin sie nicht über diese Teilleistungsschwäche informiert hat. Sie sucht den Kontakt zum BVL, Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie. Das Beratungsgespräch und die Schilderung der Mutter über Auffälligkeiten beim täglichen Üben

zeigen schnell, dass Nadine dringend auf Dyskalkulie getestet werden muss. Das Ergebnis der Testung ist eindeutig. Nadine hat eine Dyskalkulie und braucht fachkompetente Hilfe. Sie muss über eine spezielle Förderung lernen, einen Mengenbegriff aufzubauen, denn sonst wird sie dauerhaft in Mathematik versagen und damit auch in allen anderen Fächern, in denen Zahlen vorkommen. „Nadine trägt daran selber keine Schuld, denn sie ist weder dumm noch faul, sondern die Dyskalkulie (= ein grundsätzliches Missverstehen der Mathematik) ist dafür verantwortlich, dass sie kein Zahlen- und Mengenverständnis hat“, erklärt Frau Palme vom BVL in der Elternberatung. Die Dyskalkulie wird von den meisten Lehrern nicht erkannt und viele Kinder müssen die Klasse wiederholen, obwohl das für sie keinerlei Hilfe ist. Nur fachkompetente Dyskalkulie-therapeuten können den Kindern den Zugang zur Mathematik vermitteln, weil erst mal das Grundverständnis für den Mengen- und Zahlbegriff geschaffen werden muss. Die Lehrkräfte erfahren in ihrer Ausbildung selten etwas über Dyskalku-

lie und sind auch nicht ausgebildet, betroffene Kinder zu fördern.

„Eine Klassenwiederholung ist nur dann sinnvoll, wenn das Kind auch in anderen Fächern Probleme hat. Um die Rechenkompetenz zu verbessern, ist eine Wiederholung der Klasse nicht sinnvoll. Das Kind braucht dringend eine qualifizierte Förderung“, rät Frau Palme vom BVL. Nadine will nach den Ferien mit einer mathematischen Lerntherapie beginnen. Sie ist erleichtert, dass jetzt die Ursache für ihr Problem gefunden wurde. In allen anderen Fächern kommt Nadine gut in der Schule mit, denn sie verfügt über eine ganz normale Begabung. „Kinder mit einer Dyskalkulie sind genauso begabt wie andere Kinder auch. Ca. 5 Prozent aller Schüler sind von einer Rechenstörung betroffen. Leider wird in der Schule dieses Problem kaum oder sehr spät erkannt, geschweige denn wird den Kindern angemessen geholfen“, beklagt Frau Palme. ←

Weitere Informationen zum Thema „Dyskalkulie“ finden Sie unter www.bvl-legasthenie.de

klingen fort
Die unaufgelösten Dissonanzen
im Verhältnis von Charakter und Gesinnung der Eltern
klingen in dem Wesen des Kindes fort
und machen seine innere Leidensgeschichte aus.
klingen fort

Brüderchen und Schwesterchen – (k)ein Märchen?

Carola Dedert

Ja, es gibt sie. Natürlich. Auch Addis (ADHSler) haben Geschwister. Es sind Mädchen und Jungen, ältere oder jüngere, in der Einzahl oder Mehrzahl.

Ja, und? Warum erwähne ich das? Was ist Besonderes daran?

Das ist der springende Punkt: wir schreiben und reden über die Addis, über all die Erfahrungen, die wir mit ihnen machen, über ihre positiven und merkwürdigen Besonderheiten, und vor allem darüber, wie man ihnen helfen kann, möglichst frühzeitig. Wir sprechen auch darüber, wie sehr wir uns als Eltern gefordert fühlen, von unseren Addis, ständig aufgefordert, fit zu sein, wachsam, gelassen, möglichst guter Dinge und natürlich nicht nachtragend oder verstimmt.

Das erfordert oft mehr als unsere gesamte Kapazität, lässt uns alle Register ziehen und natürlich sind wir – dann und wann gezwungenermaßen – bereit, Sorgen um den Haushalt, die Finanzen oder den nächsten Urlaub zur Seite zu schieben.

Wenn sich beim abendlichen Nachhausekommen die Tür zwar aufschließen, aber nicht nach innen öffnen lässt, weil sowohl Schulmappe, Sportbeutel als auch Jacke und Schuhe davor liegen, sind wir schon mittendrin, im alltäglichen Chaos. Wir haben gelernt, dass es herzlich wenig Sinn macht, den Ärger darüber gleich hinauszuposaunen. Also tief durchatmen, erst einmal ankommen und die Lage sondieren. Was macht unser Addi, ist er ansprechbar, überfällt er uns sofort mit Fragen oder Wünschen? Wir sind für ihn da. Schließlich haben wir erfahren, dass es meist am effektivsten ist, die Dinge sofort zu klären, wenn sich die Gelegenheit bietet, sprich, unser Addi uns seine Aufmerksamkeit schenkt.

So vergeht mancher Abend wie im Fluge. Beim Gemüseschnippeln für den Salat werden die Hausaufgaben durchgesprochen, die natürlich un-

gerechtfertigte Eintragung des Lehrers diskutiert, das leidige Taschengeldthema gewälzt und und und...

Bruder oder Schwester sind manchmal auch zu Hause. Waren es schon, als wir kamen. Ihre Jacken lagen nicht vor der Tür, aus ihren Zimmern hämmerte nicht der Beat, ihr Rededrang überfiel uns nicht schon auf der Toilette, von der anderen Seite der Tür. So freuen wir uns, sie zu sehen und zu hören, dass alles prima war und es im Übrigen nichts Besonderes gibt. Wie immer. Aufatmen, wenn auch nur innerlich. Schließlich soll sich unser Addi nicht herabgesetzt fühlen durch offensichtliches Bekunden, wie angenehm sich das anfühlt. Es ist uns sehr wichtig, seinen Selbstwert zu stärken. Die vielen täglichen Dinge, die an selbigem nagen, wollen wir in der Familie zumindest ausschließen. Dort soll er ein Nest finden, in dem er sich behütet, verstanden, angenommen fühlt und wo er jederzeit ein offenes Ohr, wenn auch an einem müden Kopf, findet. Wir wissen, wie schwer es unseren Addis fällt, dies selbst zu reflektieren und zu berücksichtigen. Ihre Wahrnehmung ist eben eine andere und so haben die Dinge meist nicht Zeit bis morgen.

Wenn sich unser Haupt dann endlich auf ein Kissen bettet und wir in Gedanken noch mal unseren Tag erleben, huscht, schon fast im Schlaf, ein Lächeln über unser Gesicht. Wieder einmal haben wir es geschafft, trotz der wenigen Zeit und unserer eigenen Bedürfnisse. Unser Addi ist gewaschen und versorgt im Reich der Träume und gerüstet für den nächsten Tag.

Im Zimmer nebenan liegen der Bruder oder die Schwester auch in ihren Betten. Sie sind noch wach. Der Schlaf will sich einfach nicht einstellen. Die Bilder von der Hofpause letzten Mittwoch wollen nicht aus dem Kopf. „Was ist dein Bruder denn für einer?“, höhnte da der Lange aus der

Nachbarklasse. „Na, da kann es mit dir ja auch nicht weit her sein. Bleib mal weg von uns, vielleicht ist das ja ansteckend“. Wie gern hätten sie mit den Eltern darüber gesprochen. Oder auch darüber, dass sie sich verliebt haben und nicht wissen, wie damit umgehen. Aber sie sehen in Muttis und Vatis Gesichtern die Müdigkeit, die Abgespanntheit und entscheiden: Nein, heute ist kein guter Tag dafür. Das hat Zeit bis morgen. ↩

Einladung der Regionalgruppe Niederkassel (NRW)

Am **1. September 2007**

machen wir einen Workshop mit Herrn Detlef Träbert. Es geht um die richtige Kommunikation zwischen Lehrern und Eltern:

**„Schweigen ist Silber,
richtig kommunizieren
ist Gold“.**

Gerade mit unseren lebhaften Kindern haben wir ja des öfteren mit dem Lehrkörper zu tun. D. Träbert möchte uns in die Geheimnisse der Kommunikation einweihen: Wie komme ich mit Schuldzuweisungen zurecht, wie kann ich argumentieren ohne unsachlich zu werden, wie kann ein Eltern-Lehrer-Gespräch auch positiv verlaufen.

Ort ist das Kath. Pfarrheim Rheidt, Pastor-Ibach-Str., 53859 Niederkassel
von 14:30 bis ca. 18:00 Uhr.

Der Kostenbeitrag beläuft sich auf € 20 pro Person. Interessenten können sich bei mir melden, telefonisch 02208-72383 oder per email:

ursula.amrein@web.de

Muss ein Ingenieur die Rechtschreibung beherrschen?

Fachwissen ist in unserem Bildungssystem wenig gefragt

Deutschland gehört zu den Ländern, die trotz der hohen Arbeitslosigkeit einen Fachkräftemangel haben. Viele Stellen können nicht besetzt werden, weil Ingenieure oder IT-Fachkräfte fehlen. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt wird sich noch verschärfen, denn durch die rückgängigen Geburtenzahlen fehlen zukünftig noch mehr Fachkräfte. Der BVL, Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., sieht die Ursache für diesen Mangel im Schulsystem, das die Rechtschreibkompetenz viel zu hoch ansetzt, anstatt das Fachwissen in den Vordergrund zu stellen. „Viele Legastheniker befinden sich in technischen Berufen, da hier nicht die Rechtschreibung im Vordergrund steht. Leider gelingt es nur wenigen Legasthenikern eine qualifizierte Ausbildung zu absolvieren, da sie selten bis zum Abitur kommen, weil in allen Fächern ihre Rechtschreibkompetenz bewertet wird und sie oftmals dadurch scheitern“, kritisiert Christine Sczygiel, Bundesvorsitzende des BVL. Mehr als 5% unserer Bevölkerung sind von einer Legasthenie (Lese-/Rechtschreibstörung) betroffen. Formal wird eine Legasthenie nur dann diagnostiziert, wenn die Betroffenen über eine mindestens durchschnittliche Intelligenz verfügen. Man verzichtet bei qualifizierten Berufen also bewusst auf diese potentiellen Fachkräfte, weil man ihnen aufgrund der mangelhaften Rechtschreibkompetenz den Zugang zu qualifizierten Ausbildungen bzw. zum Studium versperrt.

Norbert Krug* (52) kann mit der Beschreibung seiner Schullaufbahn und Ausbildung Bücher füllen. Über den 2. Bildungsweg ist es ihm gelungen, ein Fachhochschulstudium als Maschinenbauingenieur abzuschließen. Er hat sich beruflich gut etablieren können und wurde dann mit 50 erneut Schüler. Sein Arbeitgeber hat den Geschäftszweig, wo Krug seit über 20 Jahren erfolgreich tätig war, verkauft. Er wurde in eine Auffanggesellschaft überführt und konnte so eine Zusatzausbildung zum Umweltingenieur absolvieren. „Ich wurde damit wieder in meine alte Schulzeit zurückgeführt. Fachlich habe ich alle Prüfungen mit gutem Erfolg bestanden, meine Rechtschreibleistungen wurden allerdings mit mangelhaft bewertet. Glücklicherweise konnte ich mündlich mit meinem Fachwissen überzeugen. In Englisch stand ich mündlich auf 1 und schriftlich auf 6. Durch die vielen geschäftlichen Auslandsaufenthalte war ich perfekt in Englisch und konnte auch Verhandlungen führen. In der Umschulung wurde mir mal wieder bewusst, wie wenig diese Kompetenzen zählen, denn die Rechtschreibkompetenz wird einfach überbewertet“, schmunzelt Norbert Krug. Nach seiner Umschulung hat sich Norbert Krug selbständig gemacht und ist nun erfolgreich als Unternehmensberater tätig. „Mein bester Freund ist mein Computer, denn er hilft mir, meine schriftlichen Ausarbeitungen fehlerfrei zu machen. Schade, dass ich diese technischen Hilfsmittel nicht in der Schule

bzw. Ausbildung einsetzen durfte“, bemängelt Krug. „Meine beiden Söhne sind ebenfalls Legastheniker und haben leider die gleichen Erfahrungen in der Schulzeit machen müssen. Beide haben jetzt ihr Abitur, aber nur weil sie unsere Rückendeckung und außerschulische Förderung hatten. Die Lehrer haben uns immer wieder empfohlen, die Jungs vom Gymnasium zu nehmen, weil sie bei den massiven Rechtschreibproblemen keine Chance haben, das Abitur zu bestehen. Dank meiner eigenen Erfahrung wusste ich, je mehr sich meine Söhne zukünftig auf Fachwissen stützen können, umso erfolgreicher werden sie sein. Wie oft hatten meine Frau und ich das Gefühl, wir sprechen gegen Wände, weil kaum ein Lehrer ein Verständnis für die Legasthenie gezeigt hat. Noch heute denken viele Lehrer, Legastheniker sind dumm und faul. Es ist unglaublich, dass es in den gut 30 Jahren nach meinem Schulabschluss in den Schulen noch keine Weiterentwicklung gegeben hat“, so Krug. „Ich würde mir wünschen, dass viele erwachsene Legastheniker, die es beruflich zu etwas gebracht haben, an die Öffentlichkeit gehen, damit das negative Image des Legasthenikers hoffentlich bald der Vergangenheit angehört und bildungspolitisch endlich mal was für die Betroffenen getan wird“, fordert Krug.



**Name wurde von der BVL-Redaktion geändert*

Weitere Informationen zum Thema „Legasthenie“ finden Sie unter www.bvl-legasthenie.de

ein Experiment
In Wahrheit heißt etwas wollen,
ein Experiment machen, um zu erfahren, was wir können.
Friedrich Nietzsche

Unser Selbsthilfeverband reagiert

Leserbrief an „Die Welt“ zum Beitrag „Pillen für den Zappelphilipp“ vom 08.03.2007

Sehr geehrte Frau von der Weiden, sehr geehrte Damen und Herren! Mit Überraschung und Unverständnis haben wir Ihren auf der Website www.welt.de veröffentlichten Artikel „Pillen für den Zappelphilipp“ zur Kenntnis genommen. Als größte deutsche Selbsthilfeorganisation der von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffenen Einzelpersonen und Familien verfolgen wir Veröffentlichungen im Bereich der ADHS aufmerksam. Zugleich unterstützen wir die Medien mit Expertise und der Vermittlung von Kontakten zu Fachleuten im Umfeld der Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaft.

Leider gelang es im Vorfeld der Veröffentlichung des im Titel an einen populärwissenschaftlichen Erziehungsratgeber der 90er Jahre anknüpfenden Artikels „Pillen für den Zappelphilipp“ offenbar nicht, die Autorin mit belegbaren Daten für ihre Ausführungen zu versorgen. Zahlreiche Aussagen des Artikels sind schlicht falsch.

In einigen Fällen hätte dies der Autorin aufgrund innerer Widersprüche ihres Berichtes selbst auffallen können. Im Jahr 2004 lebten laut Statistischem Bundesamt rund 10,3 Millionen Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren in Deutschland. Eine Prävalenz der ADHS von 10-15 Prozent entspräche einer Million bis eineinhalb Millionen betroffener Kinder und Jugendlicher, und nicht, „schätzungsweise 400.000“, wie der Artikel an anderer Stelle glauben machen möchte. Allerdings ist angesichts eines realistischen Auftretens des Störungsbildes bei rund 5 Prozent der Bundesbürger in der genannten Altersgruppe von über 500.000 Betroffenen auszugehen.

Die Angaben der Autorin zur Medikation in den USA und Deutschland sind gleichfalls nicht richtig. Schlimmer noch: Die im Fall der Medikationshäufigkeit in den USA ohne Angabe einer Quelle genannten Zah-

len sind frei erfunden. Zu ihrer Beliebbarkeit jeder sinnvollen Aussagekraft trägt bei, dass der im Fall der ADHS zu ihrer Behandlung überwiegend eingesetzte Wirkstoff Methylphenidat (MPH) kein Sedativum ist, mithin keine Ruhigstellung der Behandelten durch die entsprechenden Medikamente erfolgt. Was immer sich zwischen 1993 und 2002 in den USA verüffachte – es ist weder die Häufigkeit der ADHS noch ihrer Behandlung.

Fragwürdig bleiben die Aussagen des Artikels auch dort, wo vermeintlich stützende Quellen für die isolierten Zahlenangaben angeführt werden. Bei dem seitens der Autorin zitierten Frankfurter „Sigmund-Freud-Institut“ (SFI) handelt es sich nicht um eine Einrichtung, welche selbst valide Daten zur ADHS erhebt. Vielmehr ist das SFI eine psychoanalytisch ausgerichtete Stiftung, deren Perspektive auf das Störungsbild ideologisch gefärbt ist, zumal Einrichtung und Mitarbeiter keinerlei Expertise auf dem Gebiet der ADHS genießen. Da bleibt es letztlich unerheblich, ob die Verschreibung von MPH in den letzten zehn Jahren „um das 270fache“ anstieg, wie das SFI behauptet, oder es binnen einer Dekade „zu einer Verzwanzigfachung der Verschreibungszahlen“ gekommen sei, wie an anderer Stelle des Artikels unter Verweis auf den Kölner Psychologen Prof. Döpfner angeführt wird.

Eine ideologisch verzerrte Grundhaltung ist auch der Autorin nicht abzusprechen. Bereits im zweiten Absatz ihres Artikels schreibt sie, die aktuelle Forschung nenne die ADHS eine „psychosoziale Entwicklungsstörung“. Sie selbst sieht in den betroffenen Kindern und Jugendlichen „unbändige Rebellen“, deren Sozialisation „scheinbar“ scheitere. Doch weder die Weltgesundheitsorganisation noch irgendein anderer Verband von fachlich mit der ADHS befassten Wissenschaftlern und Therapeuten behauptet heute noch eine überwiegend psychosoziale Verursachung der ADHS. An dieser Annahme festzuhalten, heißt, die wissenschaft-

lichen Erkenntnisse von Abertausenden professionellen Studien der letzten zwanzig Jahre zu ignorieren, welche die ADHS zum bestuntersuchten Krankheitsbild der Kindermedizin, Methylphenidat zum am häufigsten getesteten Wirkstoff der Medizingeschichte machten.

Kein Wunder, dass das US-Gesundheitsamt von Zeit zu Zeit vor den Folgen exzessiver MPH-Verschreibung warnt. Tatsächlich nimmt die Diskussion um ADHS in der amerikanischen Öffentlichkeit einen großen Raum ein. Für die Folgen unfachlichen Handelns drohen in den USA weitaus drastischere Strafen als in Deutschland, wo man selbst als behindertes Opfer einer Kopfschmerztablette jahrelang klagen muss, um eine Entschädigung zu erhalten, die noch nicht einmal reicht, alltägliche Einschränkungen aufgrund der Behinderung zu kompensieren.

Gleichzeitig finanziert die amerikanische Öffentlichkeit mit Milliarden von Dollars eine umfassende medizinische Forschung und Sozialwissenschaft. Daher weiß man in den USA mittlerweile auch sehr genau, welches Leid verhaltensauffälligen Kindern ein Leben lang aus ihren Störungen erwächst. Niemand spricht dort angesichts eines überwiegend genetisch disponierten Krankheitsbildes wie der ADHS von „unbändigen Rebellen“ und ihrem zwangsläufigen gesellschaftlichen Scheitern. Diese Form der Entwicklungsromantik kommt dem Opfer der betroffenen Menschen auf dem Altar ideologischer Gesellschaftspolitik gleich. Nur Erwachsene muten Kindern und Jugendlichen ein derart sinnloses Rebellentum zu, für das sich selbst zu opfern die Ideologen weder bereit waren noch sind.

Was die Autorin sodann als Nebenwirkungen der vermeintlichen pharmazeutischen „Ruhigsteller“ anführt, entspricht den von Patienten berichteten Symptomen, welche bei wissenschaftlichen Untersuchungen auch unbedenkliche Placebos auslösen. Dabei soll nicht in Abrede gestellt werden, dass MPH-Präparate und weitere zur Behandlung der ADHS eingesetzte Substanzen – wie andere wirksame Medikamente auch – zwangsläufig Nebenwirkun-

gen haben können, die nicht übersehen werden sollten. Bedeutet das, Eltern sollten ihrem an der eigenen Impulsivität, Unruhe und Unaufmerksamkeit leidenden Kind eine gut erforschte wirksame Hilfe vorenthalten? Ist es für einen von der ADHS betroffenen Erwachsenen tatsächlich besser, sich in Studium oder Beruf weit unter seinem Leistungsvermögen zu quälen, nur um das Risiko seltener unspezifischer Nebenwirkungen zu meiden?

Was bezwecken überhaupt die im Kontext des Artikels disparaten Hinweise auf Nebenwirkungen, Kardiologen und Kleinkinder? Geht es der Autorin darum, ernsthafte Bedenken gegen die Behandlung eines Störungsbildes anzuführen, dessen Häufigkeit sie übertreibt und zugleich auf ein psychosoziales Phänomen reduziert?! Oder geht es um irrationale Ängste, welche gepflegt sein wollen angesichts eines Themas, an dem hierzulande die Verkäufer von Naturheilmitteln, zahllose Vertreter von Psychotechniken und eine oberflächliche Medienlandschaft längst mehr verdienen als Pharmafirmen.

Letzteres liegt nahe, liest man den kurzen Artikel einer Kollegin Frau von Weidens als Autorin der Welt-Online. Am 17. April war da unter der Überschrift „Diese Pillen machen intelligent“ von Wirkstoffen zu lesen, die u.a. auch zur Behandlung von Hyperaktivität eingesetzt würden. Stimulanzien, zu welchen auch der Wirkstoff Methylphenidat zählt. Krankheit und Hoffnung sind immer eine Schlagzeile wert. Bitter nur, wenn dies zu Lasten derer geht, die in ihrer Unsicherheit und Verzweiflung Hilfe brauchen. Familien mit Kindern zum Beispiel, die in ihrer Eigenart an Kindergarten, Schule und sozialer Zurückweisung zerbrechen, – zumindest so, wie sie sind. Denen ist mit einem schlecht recherchierten selbstgefälligen Feuilleton nicht gedient. Sie brauchen die Kraft, sich mit ihren Problemen an Fachleute zu wenden, aber auch, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Das haben Sie durch Ihre journalistische Arbeit nicht leichter gemacht.

ADHS Deutschland i.G.
Dipl. Psych. Dr. Johannes Streif

Leserbrief zum Beitrag: „Die schnelle Pille für Hyperaktive“ im Magazin des Kölner Stadt-Anzeigers vom 13. 07. 2007

Kommunikations-Defizit ...?

Schade, dass immer wieder unzureichend recherchierte Artikel mit polemisierenden Phrasen kursieren und damit Familien verunsichern, deren Kinder in ihrem Anderssein in Kindergarten, Schule und im sozialen Umfeld ausgegrenzt werden.

Sie brauchen statt dessen Kraft, sich mit ihren Problemen an gut aus- und fortgebildete Fachleute zu wenden und sich zudem mit anderen Betroffenen auszutauschen.

Nach heutigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand spielt bei einer ADHS auch die genetische Disposition eine nicht unbedeutende Rolle.

Die Störung beginnt im Kindesalter und bleibt häufig (nach Verlaufstudien) bis zu 80 Prozent im Erwachsenenalter in altersspezifischer Form bestehen. Von der „besonderen Art zu sein“ bis hin zum Erscheinungsbild mit gravierendem Krankheitswert reicht der Facettenreichtum einer ADHS.

Wie der Alltag in einer Partnerschaft und in Familien, aber auch in der Ausbildung und am Arbeitsplatz durch unzureichende Diagnostik und Behandlung beeinträchtigt werden kann, zeigen unzählige Fallbeispiele, die den Nachweis erbringen, dass Menschen, die von ADHS betroffenen sind, heute immer noch einen langen und frustrierenden „Marsch durch die Instanzen“ auf sich nehmen müssen – immer auf der Suche nach Lebens- und Lernhilfen.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass neben der medizinischen Versorgung entsprechende Weiterbildung vor allem in pädagogischen Einrichtungen und Schulen, Ausbildung, Jugendhilfe, Justiz etc. gewährleistet wird.

Ihr Vergleich mit der Essstörung Adipositas hinkt. Es gibt kein „Gegenmittel“, denn ADHS ist bis heute nicht heilbar. Aber eine Medikation kann bei entsprechender Indikation eine „Krücke“ sein, die mit Hilfe von psychoedukativen Maß-

nahmen und Trainingsprogrammen und/oder Coaching den Betroffenen eine Chance eröffnet, ihre guten, oft sogar überdurchschnittlichen Begabungen zu entfalten und ihre soziale Kompetenz aus der Latenz zu heben. Medikamente, immer eine saubere Diagnose eines kompetenten Arztes vorausgesetzt, verhindern nicht die kindliche Weiterentwicklung, sie tragen eher dazu bei, dass sie stattfinden kann unter verbesserter Wahrnehmung.

Bemerkenswert sind die ebenfalls positiven Aspekte einer ADHS bei originellen, kreativen Menschen, unbequemen mutigen Vordenkern, die sich nicht an Regeln halten und vieles in Frage stellen. Wenn diese Menschen für sich die richtige berufliche Nische gefunden haben, sind sie häufig als „high-functioning“ ADHSler genial und unschlagbar in ihrem sprühenden Eifer und ihrem unermüdlichen Aktionismus. Von vielen geschätzt, aber auch anstrengend für ihre Mitmenschen.

Vielleicht muss man ADHS am eigenen Leibe erfahren haben, um begreifen zu können, wie das innere Chaos den Alltag und die Lebensfähigkeit, nicht zu verwechseln mit Lebensqualität, beeinflussen können. Die eigenen teils schillernden, aber auch sehr leidvollen Erfahrungen, häufig über Generationen hinweg, veranlassen Aktive in der Selbsthilfe, Hilfestellungen anzubieten und in Zusammenarbeit mit qualifizierten Fachleuten im Bereich von Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaft in unserem Land für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS einzutreten.

Die Unterstützung durch die Krankenkassen ermöglicht unsere Arbeit auf Bundes- und Landesebene in nicht unerheblichem Maß und gewährleistet einen entsprechenden Qualitätsstandard.

Ein begrüßenswerter Hinweis in ihrer Berichterstattung im Magazin wäre ein solcher auf die ADHS-Selbsthilfeverbände in Deutschland gewesen.

Karin Knudsen, Köln
ADHS Deutschland i. G.

Unser Telefonberatungsnetz

Gerhild Gehrman

1. Telefonberatungsnetz seit 2004

Seit eh und je gab es in unserem Verband einzelne Beratungstelefone, zu deren Beratern ich selbst seit 1998 gehöre. Es gab damals allerdings keine Fortbildungsmöglichkeiten, die wir – so wie es heute möglich ist – nutzen konnten.

Im Frühjahr 2004 entschlossen wir uns, ein bundesweites Telefonberatungsnetz mit regelmäßigen Schulungen einzurichten, das dann nach der ersten Fortbildung im November 2004 mit der Beratung begann. Hier war jetzt eine Einrichtung ent-

standen, die neben den Selbsthilfegruppen eine weitere Möglichkeit bot, **Hilfe zur Selbsthilfe** geben zu können und die oft der erste Schritt vor dem Besuch einer Selbsthilfegruppe ist, die wir für sehr wichtig halten und auf die wir in unseren Gesprächen immer hinweisen.. Wir unterscheiden uns allerdings vor allen Dingen dadurch von der Gruppenarbeit, dass wir sofort und jederzeit erreichbar sind. Sehr froh sind wir darüber, dass unsere Telefonberater inzwischen in 14 der 16 Bundesländer tätig sind, d.h., an der Beratung Interessierte, die zufäl-

lig aus Rheinland-Pfalz oder dem Saarland stammen, sind besonders herzlich eingeladen, bei uns mitzumachen.

Die Aufgabe der Berater ist vielfältig – ich komme noch darauf zurück –, denn es rufen Menschen aus ganz unterschiedlicher Motivation bei uns an. Um den Anrufern so weit wie möglich gerecht werden zu können, machen wir unsere Fortbildungen zweimal jährlich. Diese finden einmal im Norden, in Plön, einmal im Süden, in Neuhaus-Schierschnitz, jeweils in einer DRK-Mutter-Kind-Klinik statt.

Die DRK-Häuser kommen unserem finanziell begrenzten Rahmen sehr entgegen und bieten uns die Möglichkeit zu intensiver Arbeit, aber auch zu Freude und guten Begegnungen.

2. Die Beraterinnen und Berater

sind eine Gruppe von ausschließlich Verbandsmitgliedern, die aus verschiedenen Altersgruppen und natürlich auch Wirkungsbereichen kommen. Sie haben sich aus jeweils eigener, aber häufig ganz unterschiedlicher Betroffenheit zusammengefunden und verfügen dadurch zwangsläufig über ein großes gemeinsames Erfahrungspotential.

Hier liegt allerdings – neben den fundierten und umfassenden Vorträgen im fachlichen Bereich – auch eines der Hauptkriterien für unsere Schulungen, denn es ist sowohl nötig, einen konstruktiven Umgang mit den jeweils eigenen Erfahrungen als auch Abstand zu den eigenen Betroffenheiten zu bekommen. An diesem Abstand zu dem eigenen Erleben in enger Verbindung mit genau dieser Erfahrungsgrundlage arbeiten wir u.a., damit wir die Anruferinnen soweit wie möglich in *ihrer* Problematik verstehen können und ihnen nichts überstülpen, was durch unsere persönlichen Notwendigkeiten bedingt ist.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der letzten Fortbildung in Plön: links Gerhild Gehrman



FOTOS: BLAGSPAR



Im schönen Plön waren auch Pausen angesagt. Das Wetter war für April ausnehmend schön. Auf der Terrasse traf man sich entweder zur Gruppenarbeit oder zum Entspannen.

Neben den Symposien des Verbandes sind die zweimal jährlich stattfindenden Fortbildungen verpflichtend für die Berater, d.h. es findet auch eine gemeinsame Entwicklung auf einem gemeinsamen Wissens- und Erfahrungsstand der Beraterinnen und Berater statt. Bei den Schulungen kann jeweils auf dem bereits Erarbeiteten aufgebaut werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Fortbildungen liegt in der Arbeit an einer guten Selbsteinschätzung der Beratenden. Hier muss also in jedem Fall ganz deutlich sein: Die Beraterinnen und Berater wissen, dass sie gemeinsam stark sind, wissen aber vor allen Dingen, dass sie weder diagnostizieren noch therapieren. Sie fangen auf, geben Verständnis und weisen auf entsprechende Hilfsmöglichkeiten im Rahmen professionell arbeitender Institutionen und Persönlichkeiten hin.

**Wir wollen
Hilfe zur Selbsthilfe
geben,
doch wir sind
und bleiben Laien.**

Zur Zeit besteht unsere erste Beratergruppe aus einem festen Stamm von 14 Personen, die regelmäßig an den Fortbildungen teilnehmen. Durch eine neue Beratergruppe, die ab Sommer geschult wird, hoffen wir, auch im Bundesland Rheinland-Pfalz Beratung anbieten zu können.

3. Die Anrufer/innen

Die Gründe der Anrufenden sind ganz unterschiedlicher Art und reichen von der Frage nach der nächsten Selbsthilfegruppe über Fragen nach dem KJHG bis zur Sorge darüber, dass dem Kind ein Medikament verordnet werden soll oder bis zur verzweifelten Bitte um Hilfe in großer Not. Die Zahl der Anrufenden ist ganz verschieden, mal sind es 6 Anrufe am Tag, es kann auch vorkommen, dass zwei Tage lang kein Anruf kommt.

Während natürlich Sachfragen schnell beantwortet sind, sind eine Reihe der Anrufe das Ergebnis einer starken Verunsicherung, werden häufig aus großem Leidensdruck heraus getätigt und erfordern eine

sofortige Krisenintervention.

Anrufende sind in vielen Fällen Eltern, Großeltern, aber auch immer öfter Selbstbetroffene. Einige der Anrufenden würden niemals eine Selbsthilfegruppe besuchen, so sind in der Beratung z.B. Anrufe und Nachfragen von Lehrern, Psychologen, Ärzten, Therapeuten und auch der Jugendgerichtshilfe nicht selten.

Ein Vorteil der Telefonberatung ist sicher die Anonymität, in der Gespräche stattfinden können. Der Anruf kann jederzeit erfolgen und bietet einen anderen Gesprächsrahmen als eine Selbsthilfegruppe.

Es gibt auch Anrufende, die große Erwartungen an den Verband haben. Z.B. „Ich möchte sofort einen Mediziner sprechen“ oder „Haben Sie etwa keinen Juristen?“ Hier muss dann erst einmal eine andere Gesprächsebene geschaffen werden.

4. Ziele der Beratung

Die Grundlage für alle Ziele innerhalb der Beratung ist die unbedingte Wertschätzung der Anrufenden. Das ist manchmal gar nicht so leicht, denn es kann durchaus ein Anruf mit der Frage kommen: „Wie bekommt man **so ein Kind** aus der Klasse?“ Hier ist es natürlich wichtig, auch diese Frage ernst zu nehmen, um dann im Gespräch dahin kommen zu können, dass Verständnis für dieses Kind vermittelt wird.

Neben Sachinformationen und Nennen der nächsten Selbsthilfegruppe kommt es häufig vor, dass verzweifelte Angehörige (meist Mütter) anrufen. Unsere kontinuierlichen Fortbildungen – auch im Bereich der Krisenintervention – helfen uns sehr, mit solchen Anrufen umzugehen. Es ist ganz wichtig, Entlastung geben zu können, ggf. den Blick auf Stärken und Begabungen der Betroffenen in den Vordergrund zu rücken und Mut zu machen, nicht aufzugeben. Die Notwendigkeit Verbündeter und mögliche Vernetzungen können aufgezeigt werden, wir können vermittelnd wirken und eventuelle Wege benennen (Ärzte, Therapeuten, Jugendämter, Schulen usw.). Da, wo wir selbst unsicher sind, haben wir die Möglichkeit, an spezialisierte Mitarbeiter aus unserem Team zu verweisen.

Auch die Abgrenzung im Gespräch ist sehr wichtig, d.h., der Berater muss ein Gespräch beenden können. Wir bieten jedoch, wenn es nötig erscheint, eine weitere telefonische Unterstützung an, um der **Hilfe zur Selbsthilfe** eine stabilere Basis zu geben.

5. Exkurs ins KJHG

Bevor ich weiter über diesen Teil unserer Fortbildungen spreche, möchte ich ganz wenige Paragraphen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) benennen, die uns genauso wie M. Rabatsch (pens. Leiter eines großen Jugendamtsbereiches in Berlin), Mut und Rückenstärkung für unsere ehrenamtliche Arbeit geben. Herr Rabatsch hat bei uns auch schon einen Vortrag gehalten und ist immer bereit, uns mit seinem Wissen zu unterstützen.

Das Elly-Heuss-Knapp-Haus in Plön war bereits zum zweiten Mal Tagungsstätte für die TB-Schulung. Im Frühjahr Plön und im Herbst Neuhaus-Schierschnitz. Das gehört bereits zum Programm.



Da wäre zuerst der

§ 1 KJHG

„Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe

- (1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1. Junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung

Die Telefonberater-schulung auf hohem Niveau hat einen festen Stellenwert für jeden einzelnen Teilnehmer. Gerhild Gehrmann legt großen Wert auf regelmäßige Teilnahme, was die Telefonberaterinnen und -berater sehr zu schätzen wissen. Nur so kann die Qualität der Beratung deutschlandweit gehalten werden.

fördern und dazu beitragen, **Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen.**

2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. Dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“

Es ist ganz wichtig, Eltern, wenn die eigenen Möglichkeiten erschöpft sind, Mut zu machen, für ihre Kinder die Hilfe des Staates einfordern und annehmen zu können.

jungen Volljährigen, die dieser Hilfe noch bedürfen, Förderung und Erziehung zu gewähren.

Eine weitere wichtige Bestimmung ist:

§ 5 KJHG

„Wunsch und Wahlrecht

(1) Die Leistungsberechtigten haben das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern. **Sie sind auf dieses Recht hinzuweisen.**

(2) Der Wahl und den Wünschen soll entsprochen werden, sofern dies nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist...“

rungshilfe) sind. Der § 35 a (bei seelischer Behinderung oder deren Bedrohung), bei dem zusätzlich auch gleichzeitig Hilfen zur Erziehung gewährt werden können, betrifft eine größere Anzahl unserer Kinder, wird aber meistens nur unter allergrößten Schwierigkeiten von den Jugendämtern gewährt. Hier ist es ganz wichtig, die eigenen Rechte zu kennen und einzufordern. In beiden Fällen kann Hilfe in Verbindung mit § 41 (Hilfe für junge Volljährige) über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus gewährt werden.

6. Unsere Fortbildungen – die „Berater der Berater“

Nach diesem kleinen Ausflug ins KJHG komme ich auf unsere Beratungen zurück. Unsere Fortbildungen finden jeweils von Freitagabend bis Sonntagmittag statt und beginnen am Freitagabend immer mit dem Referat eines Mediziners oder eines Psychologen. Vorträge und Fragemöglichkeiten im kleinen Kreis schaffen uns eine sichere und stützende Grundlage für unsere Beratungen. Persönlichkeiten wie Prof. U. Knölker, Universitätsklinik Lübeck (ADHS), Dr. H. Simchen, Mainz (ADHS und Komorbiditäten), Dr. R. Wandschneider, Universitätsklinik Rostock (ADHS im Erwachsenenalter), Dr. M. Winkler, Bad Bevensen (ADHS und Selbstmedikation) und M. Rabatsch, Berlin (KJHG), haben bisher dafür gesorgt, dass die uns vermittelten Kenntnisse dem neuesten Wissensstand entsprechen.

Das Besondere an unseren Schulungen ist – im Verhältnis zu anderen Fortbildungen innerhalb des Verbandes –, dass wir neben den Vorträgen von Mediziner, Psychologen oder Pädagogen, die jeweils am Freitagabend gehalten werden, ein weiteres Hauptgewicht auf den Samstag und Sonntagvormittag mit dem Bereich „Partnerzentrierte Gesprächsführung und Supervision“ legen. Während wir die Gelegenheit haben, weitere Vorträge sehr guter Referenten auf unseren Verbandssymposien und anderen Tagungen hören zu können, ist für unser Projekt und für jede verantwortungsvolle Beratung neben den kontinuierlichen Informationen über unser Thema ADHS die-



Dr. Wandschneider, Gerhild Germann und Kurt Hämmerling gestalteten die Telefonberaterschulung in Plön

Inhalte wie:

Benachteiligungen sollen vermieden oder abgebaut werden, es soll eine kinder- und familienfreundliche Umwelt erhalten oder geschaffen werden etc.! lassen den oft überaus schwierigen Weg durch die Ämter, um nötige Rechte einzufordern, gangbar erscheinen und machen uns als Berater sicher in unseren Unterstützungen auf diesem Weg.

Ein Kommentar zu § 1 KJHG sagt:

Junge Menschen – auch Kinder und Jugendliche – sind Träger von Grundrechten. Diese begründen die unbedingte Pflicht des Staates, Kindern und Jugendlichen sowie

Da eine Fremdunterbringung nicht so selten ist, hat der § 5 eine große Bedeutung für eine angemessene Hilfe, weil die meisten Ämter die betroffenen Kinder sehr schnell in einem Heim unterbringen wollen. Es besteht das Recht auf eine Internatsunterbringung, die (ohne dass es bekannt ist) in vielen Fällen finanziell auch eher günstiger als eine Heimunterbringung ist. Auch in Bezug auf Lernhilfen hat § 5 seine Bedeutung.

Die Paragraphen 27 und 35 a stellen Hilfen dar, die pädagogisch (§§ 27-35, Hilfen zur Erziehung) bzw. psychologisch (§ 35 a, Eingliede-

se gemeinsame Fortbildung mit Gesprächsprotokollen (Verbatim), Rollenspielen und Supervision einmalig und besonders wichtig. Bei diesen Übungen zeigt sich – wie bereits erwähnt – die persönliche Problematik als Erfahrungsschatz einerseits als eine gute Voraussetzung für unsere Arbeit, sie birgt andererseits aber gerade in unserem Bereich auch die Gefahr, durch fehlenden Abstand zu den eigenen Schwierigkeiten im Beratungsgespräch nicht objektiv genug sein zu können. Genau hieran arbeiten wir. Eine gemeinsame Entwicklung der Gruppe ist gestört, wenn Teilnehmer nicht regelmäßig an diesem Arbeitsprozess beteiligt sind.

Für die Schulungen in diesem Bereich konnten wir gleich zu unserer ersten Fortbildung Kurt Hämmerling gewinnen, der für unsere Situation alle Voraussetzungen mitbringt, da er sich gerade auf die Anforderungen, die das Telefon stellt, spezialisiert hat. Er ist Dipl. Ehe- und Familienberater mit tiefenpsychologischer, gestalt- und verhaltenstherapeutischer Ausbildung sowie Supervisor und war bis zu seiner Pensionierung als Pastor jahrzehntelang leitend und ist bis heute ausbildend in der Telefonberatung und Telefonseelsorge tätig.

In der Telefonseelsorge, deren Bereich wir ja ebenfalls zu einem nicht geringen Teil abdecken, finden regelmäßig Supervisionsgruppen statt, die deshalb auch in unserem Fall unbedingt wie bisher mindestens zweimal jährlich unsere Arbeit als Berater begleiten sollten. Unsere Fortbildungen sind mit intensiven Vor- bzw. Nachbereitungen verbunden.

Gesprächsgrundlage ist auf unseren Schulungen immer wieder, dass

jeder Mensch seinen eigenen Orientierungsrahmen und somit seinen eigenen **Blickwinkel** hat und darin ernst zu nehmen ist. Ohne Berücksichtigung dieser Tatsache kann es zu beachtlichen Missverständnissen kommen. Der Orientierungsrahmen eines Lehrers ist z.B. ein ganz anderer als der eines Schülers oder dessen Eltern. Aber auch der Orientierungsrahmen zweier Lehrer kann schon völlig verschieden sein. Genau so ist natürlich zu beachten, dass auch wir als Berater auf unsere eigene Weise geprägt sind. D.h.: Begriffe können auf Grund unterschiedlicher Voraussetzungen und Konstellationen sehr unterschiedlich besetzt sein. Hier fällt mir ein Beispiel ein, das zwar mit unserer Beratung nichts zu tun hat, das aber deutlich macht, wie ungleich Begriffe evtl. gefüllt werden.

Unser jetzt 99-jähriger Großvater hat sich, so lange ich ihn kenne, gewiegt Steckrüben zu essen, da er im ersten Weltkrieg nichts anderes und davon nur wenig zu essen bekam. Seine Assoziation ist: Hunger – nie wieder Steckrüben.

Vor Jahren traf ich bei einem Einkauf in einer Gemüseabteilung eine ebenfalls sehr alte Dame, die erzählte, sie esse ja so gerne Steckrüben und das in jeder Form der Zubereitung. Wenn sie diese im ersten Weltkrieg nicht gehabt hätte, wäre sie verhungert, sie sei bis heute dankbar.

So löst hier der Begriff Steckrübe jeweils ganz andere Reaktionen und sicher auch eine andere Verständnis-Erwartung an den Gesprächspartner aus.

Weiter standen in unseren Fortbildungen mit Kurt Hämmerling – ne-

ben der Vermittlung der „Partnerzentrierten Gesprächsführung“ mit Fallbeispielen und praktischen Übungen – die Themen „Aufbau eines Beratungsgesprächs“, „Vierohriges Hören nach Friedemann Schulz von Thun“ und „Persönlichkeitsstrukturen nach Fritz Riemann“ auf unserem Fortbildungsprogramm. Unsere dritte Fortbildung in diesem Jahr wird vom 09. – 11. November in Neuhaus-Schierschnitz stattfinden. Die Fortbildungen in 2007 bedeuten sicher wieder anstrengende Tage, die uns aber wie bisher bereichert nach Hause fahren lassen.

7. Ausblick

Ziele des Telefonberatungsnetzes:

- Etablierung der Telefonberatung als wichtige Ergänzung zu den Selbsthilfegruppen mit Beratung in allen Bundesländern
- Erweiterung unseres Mitarbeiterstabes und damit eine verstärkte Erreichbarkeit
- Bekanntheitsgrad unseres Projektes vergrößern
- Weitere Qualifikation der Telefonberaterinnen und Telefonberater auf Fortbildungen durch Ärzte, Psychologen und Pädagogen sowie im beratenden Bereich, hier mit dem Ziel, Methoden zu einer Haltung werden zu lassen
- Verstärkte Arbeit auf den bisher erworbenen theoretischen Grundlagen an Gesprächsprotokollen
- Schulung der Fähigkeit, gemeinsam mit den Anrufenden den richtigen Weg zu erkennen, Mut zu machen sich durchzusetzen oder ggf. Konsens oder Kompromiss als Lösung anzustreben. ←

Ob ein Mensch klug ist, erkennt man viel besser an seinen Fragen als an seinen Antworten.

François Gaston Duc de Lévis

Vortrag im AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg

Margit Tütje-Schlicker

Am Donnerstag, dem 3. Mai 2007, war Alexander Tyka, Kinder- und Jugendpsychiater aus Göttingen, auf unsere Einladung zu einem Vortrag zu uns in die Haupt- und Realschule Sassenburg gekommen. Sein Thema: „AD(H)S – Was passiert, wenn nichts passiert?“ Zu Beginn seines Vortrages schilderte Herr Tyka den etwa 30

en zur Verfügung, die Klassenstärke wächst trotz sinkender Kinderzahlen usw. Gerade Letzteres ist für alle Kinder eine Herausforderung und für Kinder mit ADHS-Symptomatik in besonders hohem Maße, weil sie nicht in der Lage, sind Reize ausreichend zu filtern. Des Weiteren zählte er die Diagnosekriterien dieses am meisten

te bzw. unentdeckte AD(H)S. Hierzu schilderte er uns einige Beispiele aus seiner Praxis und brachte uns nahe, dass viele dieser Kinder und Jugendlichen unter ihren Möglichkeiten bleiben. Trotz der doch sehr ernsten Thematik schaffte es Herr Tyka immer wieder, seine Zuhörer zum Lachen zu bringen und so die volle Aufmerksamkeit zu erhalten und das mehr als zwei Stunden lang.

Und wir hätten ihm noch länger zugehört...

Innerhalb unserer Gruppe können wir uns sehr gut vorstellen, Herrn Tyka ein weiteres Mal zu uns einzuladen. Bestimmt wieder zu dem großen, uns allen täglich begegnenden Thema ADHS, aber mit anderen Schwerpunkten. Dahingehend haben wir bereits erste Schritte unternommen. ←

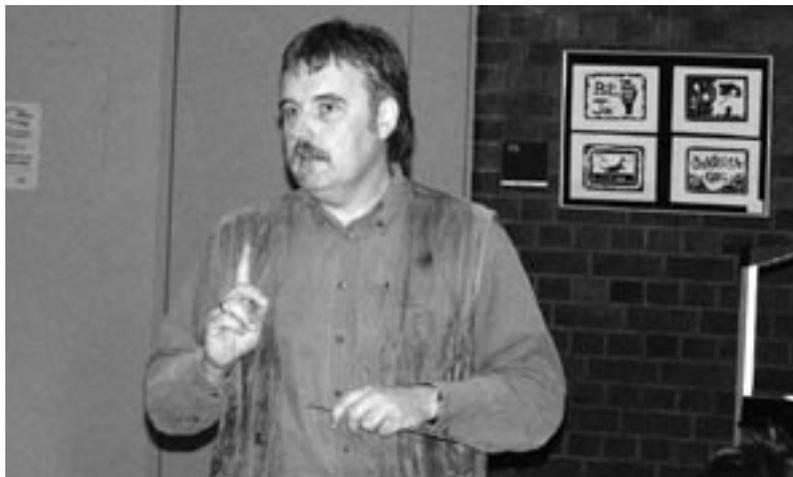


FOTO: MARGIT TÜTJE-SCHLICHER

Alexander Tyka während seines Vortrages

Zuhörern erst einmal in aller Deutlichkeit, in welchem Umfeld unsere Kinder heute aufwachsen müssen: Die Familien werden immer kleiner, Eltern sind häufiger beide berufstätig, den Kindern stehen viele Medi-

verbreiteten Störungsbildes im Kindes- und Jugendalter auf und beantworten Fragen aus der Zuhörerschaft. Zum Abschluss kam Herr Tyka dann auf den eigentlichen Titel seines Vortrages zu sprechen: Das unbehandel-

Was uns im Leben am meisten Not tut, ist ein Mensch, der uns zu dem zwingt, was wir können.

Ralph Waldo Emerson



Leserbriefe

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

Bitte beachten Sie die neue Redaktionsanschrift:
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland i.G.,
Poschinger Str.16,
12117 Berlin

Veranstaltungshinweis

Einladung des AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg:

Zum Thema:

„Multimodale Therapie des AD(H)S bei Erwachsenen“

Psychologische bzw. psychoedukative Behandlungsmöglichkeiten

referiert

Dr. Georg Wolff, Dipl.-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, Hannover

Termin: Mittwoch, 10. Oktober 2007, 19:30 Uhr

Ort: Morada Hotel Isetal, direkt an der B 188

Dr. Wolff ist schon seit über 30 Jahren mit der ADHS-Diagnostik vertraut und bietet seit einigen Jahren auch Coaching-Seminare für Erwachsene und deren Partner an.

Fachvortrag der AOK Rheinland zum Thema ADHS

Zum schwierigen und komplexen Thema ADHS fand bei der AOK Aachen in Kooperation mit der AG der Kinder- und Jugendärzte sowie in Zusammenarbeit mit den regionalen Selbsthilfegruppen unseres Verbandes eine sehr gut besuchte Informationsveranstaltung statt. Der Eschweiler Kinder- und Jugendarzt Dr. Martin-Peter Floehr hielt einen sehr informativen Fachvortrag,

dem sich eine ausgiebige Diskussionsrunde anschloss. Es nahmen nicht nur zahlreiche betroffene Eltern, sondern auch viele Lehrer und Therapeuten teil. Neben der schwierigen und zeitaufwändigen Diagnose ist es wichtig, den Eltern Hilfen auf den unterschiedlichsten Ebenen anzubieten. Und ebenso wichtig ist es, Schulen, Kindergärten, Kinderärzte und Therapeuten miteinander zu

vernetzen, damit die Behandlung der Betroffenen effektiv erfolgen kann. Wegen der großen Resonanz und der Begrenzung der Teilnehmerzahl auf 150, veranstaltet die AOK Aachen eine **2. Veranstaltung am 7. November 2007, 18.00 Uhr**, im August-Pieper-Haus der Bischöflichen Akademie Aachen. Auch hier wird ADHS DE wieder mit einem Infostand vertreten sein. ☞



FOTOS: ANDREAS VOIGT



Bild links: Herta Bürschgens und Dr. Floehr in der regen Diskussion mit dem Publikum.

Bild rechts: Während der Veranstaltung in Aachen waren auch die regionalen Selbsthilfegruppen des ADHS Deutschland mit einem Infostand vertreten.

Das Kath. Bildungsforum Sonsbeck veranstaltet
am 15. September 2007
von 10.00 bis 17.00 Uhr in der Hauptschule

„Unser Leben mit Zappelphilipp, Träumerle und Co. Lernprobleme? Konzentrationsstörungen? Aufmerksamkeitsdefizit? Hyperaktivität? Erziehungsprobleme? -

... ein Tag über, für und mit Interessierten und Betroffenen, ob Eltern, Erzieher, Lehrer, Großeltern oder Freunden

Im Angebot:

- » Vorträge u.a. zu den Themen:
 - Aufmerksamkeit und Hyperaktivität, Referent ist ein Kinderarzt
 - ADHS bei Erwachsenen, Erfahrungsbericht eines Erwachsenen
 - Hilfe für Eltern, Vorstellung des anleitenden Erziehungsmodells des Kinderschutzbundes „Starke Eltern – Starke Kinder“
 - Vorstellung von Selbsthilfegruppen

- » Informationen was Kindern helfen kann sich selber zu finden
- » Beratung und Information zu allen Themen die neben einer medikamentösen Behandlung den Kindern/den Familien helfen
- » Angebote auch im kreativ/ sportlichen Bereich
- » Kinderbetreuung durch Fachkräfte während des ganzen Tages im Gebäude

An dieser Veranstaltung sind auch **unsere Regionalgruppen Wesel, Sonsbeck und Duisburg** beteiligt, die Sie herzlich einladen.



Leserbriefe

Sehr geehrte Redaktion
der „neue AKZENTE“,

gestern bin ich endlich dazu gekommen, die erste Ausgabe der „neue AKZENTE“ durchzuarbeiten. Sie hat mir gut gefallen, besser als die frühere alte Akzente des BV AÜK und besser als das Jahrbuch des BV-AH. Wenn sich an vielen Stellen des ADHS DE ein solcher Qualitätssprung ereignet, ist mit der Vereinigung der Verbände der große Wurf gelungen.

Besonders gut war der Artikel über ADS und Ernährung in Kombination mit der Ergänzung aus Sicht des Kinderpsychiaters. Jeder Teil war gut geschrieben und recherchiert, aber alleine unvollständig. Zusammen lassen sie weitere Dimensionen des ADS ahnen. Zudem stellen sie in ihrer sachlichen gut argumentierten Art ein Beispiel für gelungene Diskussionskultur dar. Die werden wir in Zukunft brauchen, wenn es vorwärts gehen soll. Schon daher, weiter so!

Was die weiteren Dimensionen des ADS angeht, so könnte daraus eine belebende Serie in der „neue AKZENTE“ werden, gerne auch weiterhin in Form des Diskurses.

Einige Anregungen:

Es gibt eine ganze Zahl körperlicher und seelischer Zustände, die ein schlummerndes ADS von einer angeborenen sympathischen Persönlichkeitseigenschaft zu einer echten Erkrankung machen können. Ja, einige davon können auch bei ganz anders gestrickten Menschen ein ADS zeitweilig vortäuschen.

Im körperlichen Bereich können das sein, Hormonschwankungen, etwa durch Schilddrüsenerkrankungen, noch öfter rund um die Regel oder Schwangerschaft. Ebenfalls kommen Übermüdung und Überlastung in Betracht. Ganz vorne stehen allergische Erkrankungen vom Heuschnupfen über das Asthma bis zur Neurodermitis. Schmerzzustände wie Migräne oder Rückenschmerzen durch Bandscheibenvorfälle zählen auch dazu. Die Fibromyalgie als schmerzhaft Immunerkrankung steht in der Mitte zwischen den Allergien und den Schmerzzuständen. Im Kleinkindesalter sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten an vorderer Stelle. Es war gut, damit einen Anfang zu machen. Übrigens können auch rasche Blutzuckerschwankungen durch hochkalorische Nahrungsmittel wegen des überschießend reagierenden vegetativen Nervensystems der ADSler dazu zählen. Es war wichtig darauf hinzuweisen.

Im sozialen Feld sind die Auslöser Dinge wie: Überforderung durch einen hohen Gruppendruck, Vereinsamung, überforderte Bezugspersonen, reizüberflutende Umgebung, kurz „Nicht Artgerechte Haltung“ der „Rennpferde“. Wie Rennpferde reagieren ADSler mit ihrem empfindsamen Nervenkostüm sehr feinfühlig auf ihre Umwelt.

Im psychischen Bereich kommen Traurige Verstimmungen, Zwänge, Traumaerfahrungen und Verhaltensstörungen ebenso als Folge, wie als Aktivatoren eines ADS in Betracht. Wir werden der Sache nicht gerecht,

wenn wir ADS nur als Verhaltens- und soziales Problem betrachten und die körperliche Seite außer Acht lassen. Psychiater und Therapeuten neigen dazu. Das wird schon in ihrer Ausbildung stiefmütterlich behandelt. Ich habe gesehen, wie eine nicht beherrschbare Migräne durch die Behandlung des ADS zurückgeht. Gesehen, wie eine Fibromyalgie unter Methylphenidat „dahinschmilzt“. Gesehen, wie die Behandlung einer Nahrungsmittelallergie einen hypaktiven ADSler wieder „zum Leben erweckt“. Gesehen habe ich so etwas oft, auch in meiner früheren Tätigkeit als diagnostisch tätiger Arzt. Dem Körper-, wie dem Seelenarzt und Therapeuten entgehen diese Dinge oft. Die Spezialisten reden nicht genug miteinander, schauen nur ausnahmsweise über den Tellerrand.

Die hausärztliche Praxen sind voll von Menschen mit ADS, die an verzwickten Kombinationen von ADS mit körperlichen Folge- und Auslöserkrankungen leiden. Erkannt wird es selten. Körper, Geist und soziales Umfeld müssen gemeinsam betrachtet und behandelt werden! Wir benötigen einen ganzheitlichen Umgang mit dem Phänomen ADS. Das wird nur im Diskurs möglich sein. Die erste „neue AKZENTE“ hat einen Anfang gemacht. Weiter so!

Mit guten Wünschen für eine weiter erfolgreiche Arbeit,

Walter Beerwerth

Gastfamilie zum Schüleraustausch gesucht

Patricia Resl-Rojas, Deutschlehrerin an der Deutschen Schule in Santa Cruz de la Sierra in Bolivien hat sich an unseren Verband mit folgender Bitte gewandt:

Im Rahmen des jährlichen Schüleraustausches, bei dem Schüler der 11. Klasse für einen Zeitraum von 3 Monaten nach Deutschland kommen,

wird auch eine Gastfamilie für einen speziellen Schüler gesucht:

Mauricio Rivas Nieto hat eine ADS mit Hyperaktivität. Er ist 16 Jahre alt, geht in die 11. Klasse und ist trotz seines Problems ein sehr guter Schüler. Er kommt aus Peru und lebt in Santa Cruz. Mauricio spielt Violoncello und liest sehr gern.

Familien – gleich aus welchem Bundesland – die bereit sind, Mauricio Rivas Nieto aufzunehmen, können sich an die Bundesgeschäftsstelle in Berlin wenden und weitere Angaben erfragen.

Es besteht auch die Möglichkeit des Schüleraustauschs von Deutschland nach Bolivien.



Dieter Pütz

ADHS-Ratgeber für Erwachsene

Hogrefe-Verlag, 175 Seiten, 19,95 €

ADHS bei Erwachsenen – obwohl ähnlich häufig wie bei Kindern – ist erst in den letzten Jahren ins Blickfeld der Öffentlichkeit geraten und zunehmend Thema der ADHS-Forschung und der entsprechenden Fachliteratur. Wer das heute zu rezensierende Buch zur Hand nimmt – seien es Betroffene, deren Angehörige oder einfach nur Leser, die sich informieren wollen – sie werden gut beraten, finden Hilfe und Anleitung.

Der Autor, Dieter Pütz, weist eine Reihe von fachärztlichen Kompetenzen auf, darunter Neurologie, Psychosomatik und Verhaltenstherapie. Das Buch trägt die Handschrift eines Menschen, der viel Erfahrung mit erwachsenen ADHS-Lern hat und deren Behandlung ihm sehr am Herzen liegt.

Schauen wir uns zunächst den Informationsteil an: Er enthält alle wichtigen Erkenntnisse zum Thema ADHS, darunter auch ein Kapitel über die Unterschiede in den Verhaltensweisen von Frauen und Männern. Bei der sehr differenziert beschriebenen Entstehungsgeschichte gibt es – so Pütz – kein fehlerfreies Diagnoseverfahren und keine routinemäßigen Stoffwechseluntersuchungen, die zweifelsfrei beweisen, dass eine ADHS-Störung vorliegt. Was die Betroffenen eint, ist die Symptomatik. Diese sollte sich bis ins Kindesalter zurückverfolgen lassen, damit bei einem Erwachsenen die Diagnose ADHS getroffen werden kann.

An mehreren Stellen des Buches wird darauf hingewiesen, dass der untersuchende Arzt sich mit ADHS auskennen sollte, da diese Störung ein Risikofaktor für komorbide Erkrankungen ist. Der Autor nimmt auf der anderen Seite aber auch die erwachsenen Patienten in die Pflicht, ihre ADHS-Diagnose nicht als Lizenz zum Ausleben ihres Fehlverhaltens zu benutzen. Nur auf dieser Grundlage sei eine erfolgversprechende Therapie möglich. Wie auch bei ADHS-Kindern ist der Grad der Ausprägung der Symptomatik, sprich der Leidensdruck, entscheidend für den Beginn einer Behandlung. An dieser

Stelle werden dann sehr ausführlich psychotherapeutische Verfahren erklärt, von denen der Verhaltenstherapie die meisten Chancen eingeräumt werden.

Bei der medikamentösen Behandlung ist Pütz sehr vorsichtig. Es gibt bedauerlicherweise in Deutschland noch kein generell für Erwachsene zugelassenes Medikament, von Einzelfallentscheidungen abgesehen. Außerdem sei die medikamentöse Behandlung kein Ersatz für psychosoziale Intervention, aber sie steigere die Wirksamkeit anderer Therapien, mache sie u.U. erst möglich.

Im ständigen Streit um die Vergabe von Methylphenidat nimmt der Autor allerdings sehr deutlich Stellung. Man befände sich fast wie in einem Glaubenskrieg. Erbittert und moralisierend werde gegen die Vergabe polemisiert. Man rede den großen Nutzen klein und übertreibe die relativ geringen Nebenwirkungen.

Doch was das Buch so interessant macht, ist der nun folgende Teil, der als Selbsthilfeprogramm überschrieben ist. „Ich bin nicht Schuld daran, dass ich ADHS habe, aber ich will von heute an die Verantwortung dafür übernehmen, was daraus wird“ steht als Motto darüber. In sieben Bausteinen, von denen jeder eine bestimmte ADHS-Verhaltensweise zum Inhalt hat, werden Lösungsstrategien angeboten. Die Betroffenen finden z.B. Anregungen für tägliches Konzentrationstraining, eingebaut in den alltäglichen Stunden- oder Arbeitsplan. Man kann lernen, wie man Achtsamkeit üben, seine Affekte kontrollieren kann oder wie man sein absolut desorganisiertes Verhalten schrittweise ändert.

Bei all diesen Plänen wird dem Betroffenen suggeriert, dass ADHS auch Vorteile hat, die es zu nutzen gilt.

Das letzte Kapitel – quasi um das Selbsthilfeprogramm noch zu toppen – enthält 52 Tipps, für jede Woche des Jahres einen. Man braucht diese Tipps nicht stur hintereinander „abzuarbeiten“, sondern kann sie sich je nach Stimmung und Bedürfnis herausuchen, so z.B. Tipp Nr. 3: Lesen Sie diese Woche jeden Tag ein berühmtes Gedicht! Dann gibt es Anleitung, die die Inhalte der Texte ver-

innerlichen helfen und nach Bildern und Gefühlen fragen, die sich bei der Lektüre einstellen.

Nun ist die Voraussetzung für die Durchführung des Selbsthilfeprogramms und der Tipps, dass man über einige kognitive Fähigkeiten verfügen sollte. Das gilt aber für andere und jedwede Fachliteratur sowieso.

Im Zeitalter des Internets nimmt die Bereitschaft zusehends ab, sich in ein Buch mit Ansprüchen zu vertiefen. Wer das aber will – „Ich werde handeln, damit ich nicht behandelt werden muss“ – der kann sich eine Menge aus dem Buch herausholen. Im Anhang gibt es ein Glossar, ein Sachregister mit Seitenangaben und Fragebögen zum Selbsttest.

Ein empfehlenswerter Ratgeber!

Margarete Gatzten

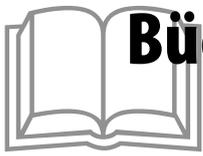
Klaus Kleinmann

Wege zur Rechtschreibung

16,00 € inkl. Versand,

Ein pffiffiges Trainingsmaterial

„Wege zur Rechtschreibung“ ist gedacht für den Einsatz in Regelunterricht und LRS-Förderung ab 3. Klasse Grundschule bis ca. 7. Klasse Hauptschule. Es basiert auf einer Kombination aus lauttreuen Elementen (z. B. Unterscheidung hart/weich), Vertiefung der Buchstabenkenntnis (z. B. qu, st/sp, ß), Regeltraining (Ableitung, Auslautverhärtung, Groß-Kleinschreibung), sowie Wortbild- und Morphemtraining auf Wortfamilienbasis. Das Material wurde vor allem für Kinder mit „Spät-LRS“ konzipiert, die meist die phonematische Schreibung im Prinzip beherrschen und daher verstärkt an Regelschreibweisen herangeführt werden müssen. Solche Kinder zeigen ein diffuses Fehlerbild, das sowohl Reste phonematischer Defizite (z. B. Unterscheidung hart/weich) als auch die unsichere Beherrschung seltener Buchstaben (qu, ß, st/sp), mangelnde Regelbeherrschung (z. B. Ableitung, Groß/Kleinschreibung) und fehlerhafte Speicherung von Ganzheiten (Wortbilder, Morpheme) umfasst. Vor allem eine Reihe schwieriger Häufigkeitswörter („nämlich“, „während“, „vielleicht“ usw.) müssen systematisch einge-



Bücher, Bücher ...

übt werden. Dazu sind auch Wiederholungen nötig, die das Material ebenfalls in ausreichendem Maße anbietet. Eine ausführliche didaktische Einleitung macht mit den verschiedenen Übungsformen vertraut. Die Arbeit mit dem Wortbild- und Morphemtraining eignet sich hervorragend als Umwegstrategie für den sehr kompliziert geregelten Bereich der Doppelung, die sich einem Regeltraining oft hartnäckig entzieht. Der Bereich der Dehnung ist sogar völlig unregelt und daher nur durch ein Merktraining zu bewältigen. Ähnliches gilt für große Teile der Unterscheidung harter und weicher Konsonanten. Auch dieser Bereich wird in den „Wegen zur Rechtschreibung“ vor allem mit dem Morphemtraining erschlossen. Die einzelnen Einheiten sind konsequent einzelnen Rechtschreibproblemen gewidmet und werden jeweils durch einen kleinen, altersgemäßen Text eingeleitet, der einen semantisch-emotionalen Zugang zu den Trainingswörtern ermöglicht und sich außerdem für Leseübungen verschiedener Art anbietet. Das Programm enthält darüber hinaus eine große Anzahl sinnvoller, an Lesen und Schreiben gebundener Spielvorschläge, mit denen die Arbeit aufgelockert werden kann. Diese Spielvorschläge sind vor allem geeignet, die Schüler selber als handelnde Personen zu aktivieren, die Aufgaben stellen dürfen, so dass sie nicht nur passiv irgendwelche Anweisungen befolgen müssen. Auch für häusliche Übungen sind solche Spiele gut geeignet. Das Programm kann zu weiten Teilen von den Schülern selbständig bearbeitet werden und ist sehr gut für die Wochenplanarbeit geeignet. Es hat sich im Unterricht bestens bewährt und wird von den Schülern gerne angenommen. Auch im Unterricht DaF/DaZ kann es als Zusatzmaterial eingesetzt werden.

Die „Wege zur Rechtschreibung“ sind bisher noch unveröffentlicht. Es kann beim Verfasser direkt bestellt werden (klauskleinmann@gmx.de) Mail genügt. Bezahlung per Rechnung.

Uta Reimann-Höhn
www.lernfoerderung.de

BAG SELBSTHILFE e.V.: **Rechtshandbuch für behinderte Menschen erscheint**

In 34. Auflage und der aktuellen Rechtssituation bis Ende 2006 angepasst, ist jetzt das Rechtshandbuch der BAG SELBSTHILFE – der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. – erschienen. Seit den 1970er Jahren gibt der Dachverband von mehr als 90 bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen „Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“ heraus.

Der Ratgeber hilft von der Antragstellung bis zur Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft. Er informiert über sich daraus ergebende Nachteilsausgleiche und hilft Betroffenen, diese in Anspruch zu nehmen. Das umfangreiche Stichwortverzeichnis reicht von Themen wie Arbeitsassistenz und Arbeitgebermodell über Frühförderung und Grundsicherung, Medizinische Rehabilitation und Mobilität, Patientenrechte und Pflegebegutachtungsrichtlinien bis zu barrierefreiem Wohnen und Zusatzurlaub für behinderte Menschen.

Zusammengestellt und bearbeitet wurde das Rechtshandbuch auch dieses Mal wieder von Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger unter Mitarbeit von Clemens Beraus, Peter Brünsing,

Dr. Martin Danner, Dr. Maïke Gattermann-Kaspers und Katja Kruse und Evelyn Kupper. Möglich wird die Herausgabe durch die finanzielle Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die BAG SELBSTHILFE e.V. – Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen – ist die Vereinigung der Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland. Sie ist Dachverband von 91 bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen, 14 Landesarbeitsgemeinschaften und drei Fachverbänden. Über ihre Mitgliedsverbände sind in der BAG SELBSTHILFE mehr als eine Million Menschen mit körperlichen, seelischen und geistigen sowie Sinnes-Behinderungen und Menschen mit unterschiedlichsten chronischen Erkrankungen zusammengeschlossen.

Das Rechtshandbuch „Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“ ist kostenlos und kann gegen eine Versandkostenpauschale von 4,80 € bestellt werden:

BAG SELBSTHILFE e.V.
Broschürenversand
Dieter Gast
Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Fon: 0211 3100641
dieter.gast@bag-selbsthilfe.de

Infos für Allergiker Datenbank „WikiFood“ listet Inhaltsstoffe auf

Rund drei Prozent der Deutschen leiden an einer Nahrungsmittelallergie. Für sie ist es oftmals nicht einfach, herauszufinden, ob sie ein Produkt essen können oder nicht, weil die Inhaltsstoffe nicht oder nicht vollständig auf der Verpackung ausgewiesen sind. Für sie gibt es ein neues Informationsangebot im Internet:

Die Datenbank „WikiFood“ listet die Inhaltsstoffe von Lebensmitteln auf. Allergieauslösende Bestandteile werden besonders hervorgehoben.

Dadurch werde Allergikern die Auswahl von Produkten erleichtert, erklärte der Ärzteverband Deutscher Allergologen.

„WikiFood“ basiert auf der Idee der Internet- Enzyklopädie Wikipedia, die von Freiwilligen gepflegt und kontrolliert wird. Auch bei „WikiFood“ sollen Nutzer gegenseitig die Angaben überprüfen und gegebenenfalls Änderungen einfügen. „Alte Versionen eines Eintrags bleiben bestehen. So kann man sehen, was geändert wurde. Darüber hinaus sollen Fotos von den Produkten und den Angaben der Inhaltsstoffe beigelegt werden.



... mit Freude
erfolgreicher lernen

HEBO
die Privatschule

staatlich anerkannte Ergänzungsschule
Vorbereitung auf Abitur und Mittlere Reife

Einladung

Kostenlose

► Pädagogische Kolloquien ◀

1. Halbjahr 2007/2008

– Sept. bis Dez. 2007 –

in der HEBO-Privatschule

HEBO-Privatschule
Am Büchel 100
53173 Bonn-Bad Godesberg
Tel. 0228/7 48 99-13
Fax 0228/7 48 99-23
Info: Silvia.Bohnen@hebo-schule.de
www.hebo-schule.de



... mit Freude
erfolgreicher lernen

HEBO
die Privatschule

staatlich anerkannte Ergänzungsschule
Vorbereitung auf Abitur und Mittlere Reife

Einladung zur kostenfreien Teilnahme an pädagogischen Fortbildungsmaßnahmen

Maßstab der pädagogischen Qualitätssicherung der HEBO-Privatschule war und ist ein umfangreiches Angebot an Fort- und Weiterbildung und der daraus entstehende konstruktive Dialog mit Personen außerhalb unserer Schule. So betreiben wir seit Jahren unser

Pädagogisches Kolloquium

eine Einrichtung, die in 4- bis 7-wöchigem Abstand wochentags Lt.R. 19.15 Uhr bis 22.00 Uhr kostenfrei und offen für alle Interessierten angeboten wird. Es werden aktuelle pädagogische Themen behandelt wie:

- Grundätze von Erziehung und Schulpädagogik
- Drogen-, Sucht- und Sektenprävention
- konstruktiver Umgang mit aggressivem Schülerverhalten
- Aufmerksamkeits- und Motivationsförderung
- gezielte Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen, ADHS, Hyperaktivität etc.

Da wir einen hohen Kompetenzanspruch an unsere Veranstaltungen stellen, werden als Referenten nur namhafte und anerkannte Fachleute mit hohem Praxisbezug eingeladen. Die Teilnahme an unseren Pädagogischen Kolloquien ist für alle Fachleute wie für Eltern, Erzieher etc. offen und kostenfrei. Wir senden Ihnen die jeweiligen Kolloquiumsangebote auch mit der Bitte, diese bei Bedarf an Dritte weiterzugeben. Falls sie dafür zusätzliche Fortbildungsfyer benötigen (Ausgabe im Lehrerzimmer, Praxiswerkstätten rufen, faxen, mailen Sie uns bitte an. Im Sinne einer besucherorientierten Vorbereitung bitten wir Sie, ihre Teilnahme vorab an Frau Bohnen, Direktionsassistentin, per Tel. (0228/74899-13), Fax (0228/74899-23) am besten per E-Mail (silvia.bohnen@hebo-schule.de) zu melden, da im Rahmen der Veranstaltungen Getränke und ein Imbiss kostenfrei gereicht werden. Ferner erhält jeder Teilnehmer im Anschluss Seminarunterlagen und eine Teilnahmebescheinigung. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unser Angebot möglichst zahlreich in Anspruch nehmen und an andere weiterleiten. Herzlich willkommen!

Dr.

Hans Böhmer, leitender Schuldirektor

Winkelfehlsichtigkeit bei Kindern

– Mögliche Ursachen für Konzentrationsprobleme und Lernschwierigkeiten in der Schule –

Freitag, 24.08.2007 19.15 Uhr–22.00 Uhr
in der HEBO-Privatschule

Referent: Dr. med. Fritz Gorzny

Facharzt für Augenheilkunde. Dr. med. Gorzny führt eine auf Strabologie und Sehschule spezialisierte augenheilkundliche Fachpraxis. Er gilt aufgrund seiner langjährigen Erfahrung als einer der renommierten Spezialisten für die Diagnose und Therapie von optometrischen und orthoptischen Befunden, insbesondere bei assoziierten Lernstörungen wie Legasthenie und ADHS-Symptomatik. Dr. Gorzny hat mehrere wissenschaftliche Studien und Veröffentlichungen zum Thema durchgeführt.

Immer wieder ein Rätsel sind speziell in der Grundschule und in den ersten Klassen der weiterführenden Schule jene Kinder, die trotz normaler bis guter Intelligenz und Unterstützung im Elternhaus und trotz Teilnahme an Fördermaßnahmen in Schule oder pädagogischen Instituten sich schlechthin als förder- und therapieresistent erweisen. Der Aufwand an Unterstützung, Förderung und lerntherapeutischer Begleitung steht bei ihnen oft in keinem Verhältnis zum (Miß-)Erfolg dieser Maßnahmen. Diese Kinder imponieren bei den Schulanforderungen durch Lese- und Schreibprobleme, überdurchschnittliche Neigung zu Flüchtigkeitsfehlern, schlechte Handschrift, Konzentrationsproblemen, Lernunlust... in der Körperbeherrschung durch schlechte Feinmotorik, gestörte Auge-Hand-Koordination, Gleichgewichtsproblemen, Ungeschicklichkeiten... in Anstrengungssituationen durch Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Augenbrennen, Blinzeln, schnelles Ermüden beim Lernen usw. Ursache einer derartigen Problemlage bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter kann jene Störung im beidseitigen Sehen sein, die Fachleute mit „Winkelfehlsichtigkeit“ bezeichnen. Hier Dr. Gorzny wird an diesem Abend darüber aufklären:

- Was ist Winkelfehlsichtigkeit?
- Wie kommt es zu Problemen durch Winkelfehlsichtigkeit?
- Anzeichen und Erkennungsmerkmale der Winkelfehlsichtigkeit für Eltern und Lehrer
- Korrekturmöglichkeiten der Winkelfehlsichtigkeit
- Erfolgsperspektiven der mit Prismenbrille behandelten Kinder

Lernen und Gehirn

– Lernstörungen erkennen und wirksam behandeln –

Freitag, 14.09.2007 19.15 Uhr–22.00 Uhr
in der HEBO-Privatschule

Referent: PD Dr. med. Edgar Friedrichs

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Entwicklungs- und Familienpädiatrie, fachärztliche Spezialpraxis in Bamberg. Autor zahlreicher Veröffentlichungen und wissenschaftlicher Studien und Referent auf nationalen wie internationalen Symposien und Kongressen zu den Themen Kinder- und Jugendmedizin, Neuropsychiatrie sowie Diagnostik und Behandlung von Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen, ADHS und Lernstörungen.

Um gute Leistungen im Sport zu erbringen, ist es sinnvoll, wenn man über fundierte Kenntnisse aus dem Bereich der Bio-Logik verfügt, die einem zeigen, wie der Körper funktioniert, wie man ihn und seine Funktionen optimieren kann. Wenn man gute Leistungen beim Lernen erzielen möchte, wenn man Unterrichtssituationen effektiv und für Schüler erfolgsorientiert gestalten möchte, wenn man Lernstörungen möglichst im Ansatz erkennen und wirksame Fördermaßnahmen konzipieren möchte, sind (mindestens!) Grundkenntnisse aus dem Bereich der Neuro-Logik, also Erkenntnisse der Neurowissenschaften zum Thema Lernen unerlässlich. Wie arbeitet das Gehirn, wie nimmt es neue Informationen auf und wie speichert es diese? Was geschieht in unserem Gehirn, wenn wir lernen, wann laufen Lernprozesse „aus Sicht“ des Gehirns erfolgreich ab – wann nicht? Wann und wodurch entstehen Lernstörungen, wo bieten die Neurowissenschaften Hilfs- und Ansatzpunkte Lernstörungen frühzeitig zu erkennen, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für eine schülerorientierte und wirksame Behandlung der Lernstörungen, und welche Fakten lassen sich daraus für eine erfolgreiche Gestaltung von Fördermaßnahmen ableiten?

Privatdozent Dr. med. Friedrichs wird an diesem Abend auf diese Fragen Antworten geben, die dazu beitragen, insbesondere Lernstörungen frühzeitig zu erkennen, ihnen wirksam zu begegnen und sie erfolgreich zu behandeln.

Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen

– Erkennen und wirksames Interventions- in suizidgefährdenden Krisensituationen –

Freitag, 30.11.2007 19.15 Uhr–22.00 Uhr
in der HEBO-Privatschule

Referentin: Dipl.-Sozialpädagogin/Dipl.-Sozialarbeiterin Jennifer Mahn

Staatl. anerkannte Erzieherin, MFP-Ausbildung und klientenorientierte Gesprächsführung, Ausbildung in Kriseninterventionen, drei Jahre stationäre Jugendhilfe, Familienhilfe, Leitung von Eltern-Kind-Kursen, Mitarbeit Krisentelefon, Projektleitung Suizidprävention an Schulen, Referentin für Suizidität und Krisenbewältigung im Jugendalter, Beratung suizidgefährdeter Jugendlicher.

In Deutschland sterben jährlich rund 11.000 Menschen durch Suizid. Das übersteigt die Todesopfer durch Verkehrsunfälle, Gewalttaten, Drogen und AIDS zusammen. Durchschnittlich alle 45 Minuten gibt es in Deutschland einen Suizid und alle 3 Minuten einen Suizidversuch. Selbsttötung ist die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen in Deutschland. Gründe für Suizid junger Menschen sind negative Lebenserfahrungen wie Isolation, Gewalt, sexueller Missbrauch aber auch Belastungen, wie Mobbing, Liebeskummer oder Schulversagen, Suizidgedanken sind immer Ausdruck eines schwerwiegenden Problems. Ein Suizidversuch ist oft ein Hilfeschrei für das, was sich mit Worten „nicht mehr sagen lässt“. Kinder und Jugendliche mit suizidalem Verhalten können Lehrer, pädagogische Betreuer und Eltern an ihre Handlungsgrenzen bringen. Es stellen sich Fragen nach dem Erkennen von Gefährdung, dem richtigen Umgang aber auch nach der Grenzsetzung. Auf der psychosozialen Ebene erwachsener Bezugspersonen werden häufig Emotionen von Hilflosigkeit und Wut hervorgerufen. Es werden Antworten auf Fragen der möglichen Unsicherheiten und Ängste im praktischen Schul- und Erziehungsalltag bei suizidalem Verhalten von Schülern gegeben und neue konstruktive Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit suizidgefährdeten Jugendlichen entwickelt. Es geht um die Fakten zur Suizidgefährdung bei jungen Menschen, ferner darum deren Auslöser und Signale zu erkennen, sowie um den Umgang mit suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen im Schulalltag und schließlich um situationsadäquates Verhalten der Krisenintervention in akuten Situationen.

Gedankenaustausch

(Red.) Nicht nur Internet-Foren geben uns die Möglichkeit zu gegenseitigem Informations- und Gedankenaustausch. Wir wollen auch in unserer Verbandszeitschrift dazu anregen, verstärkt über Erfahrungen mit ADHS in Familie, Partnerschaft, Schule, beruflichem Umfeld, Freundeskreis u.v.m. zu berichten. Damit bleiben wir in Bewegung anstatt auf der Stelle zu treten, wir fördern den Dialog und lernen, über unseren Tellerrand hinweg zu sehen. Mit einer kleinen Auswahl beginnen wir hier:

FRAGE:

Was ist von dieser Meldung zu halten?

Google News-Alert: Methylphenidat US-Studie: <<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=29246>>

„Methylphenidat-Erfolge bei ADHS häufig nicht von Dauer

Deutsches Ärzteblatt – Germany

„In der Nachbeobachtungszeit einer größeren randomisierten kontrollierten Studie hat sich die Wirkung von Methylphenidat deutlich abgeschwächt...“

Besonders die hier geschilderte Entwicklung hinsichtlich der Delinquenz verwundert mich zumindest, wir hatten bisher gegenteilige belegte Thesen. Aber auch das Deutsche Ärzteblatt ist kein Evangelium. Wie auch immer, interessant ist der Artikel, auch wenn ich das nicht nachvollziehen kann.

Herzl. Grüße P ...

Antwort 1:

... die Zahlen sind vermutlich realistisch. Ich sehe, es lohnt doch gelegentlich <<http://www.aerzteblatt.de/>> anzuklicken. Warum halte ich sie für real? Nun, den wenigsten Eltern gelingt es von „Erziehung“ spätestens mit Beginn der Pubertät auf „Coaching“ umzustellen. Zum einen lassen das viele Teenies, besonders die Hyperaktiven, nicht zu. Zum anderen sind Eltern, die selber ADS haben, darin nicht immer gut. Sie verstehen nicht den nötigen Freiraum zu lassen, weil sie sich jeweils in der Situation zu stark emotional aufladen. Dann sind sie häufig auch

noch allein erziehend und es fehlt einfach die Kraft. Dazu kommt, Therapie auf Therapie (Ergo, Moto, Hippo, Verhaltens...) und Nachhilfe ohne Ende usw. brächten auch den geduldigsten Esel dazu, sich irgendwann von niemanden nichts mehr sagen zu lassen.

Das aber ist aus der Erwachsenen-selbsthilfe mittlerweile klar geworden. Suffiziente und über Jahre hilfreiche Medikation setzt voraus:

1. Bereitschaft des Patienten sich Coachen zu lassen
2. Coach und Coachee müssen gut ausgebildet in Sachen ADS sein
3. Enge Zusammenarbeit zwischen dem Coaching-Gespann und dem verschreibenden Arzt
4. Unterstützendes Umfeld der Familie (Freunde, SHG, Verwandte...)

Nun sage mir, wo das in der MTA Studie der Fall war. Hier und da, zufällig.

Die Ergebnisse, sogar die Frühergebnisse, waren im Arm Verhaltenstherapie noch viel schlechter, weshalb aus ethischen Gründen die Umstellung auf Medikation häufig ratsam gewesen sein dürfte. Es liegt nicht an den Pillen, sondern daran, dass ohne 1. bis 4. auf Dauer keine Therapie wirken kann. Genau deshalb haben auch wir in Deutschland das Problem mit den abschmierenden Jugendlichen. Nicht nur wir, das zeigen die Zahlen aus Amerika. Die Kinder der MTA-Studie sind ja mittlerweile auch nicht mehr klein.

Übrigens sind dieselben Ursachen für die (nach meiner Beobachtung) miserablen Langzeiterfolge im Er-

wachsenalter verantwortlich. Echte, gut abgesicherte Langzeitergebnisse in dieser Gruppe wird es über die nächsten 10 Jahre vermutlich nicht geben. Mein Eindruck wird aber schwerlich täuschen. Wir in der SHG sehen auch die Leute wieder, die frustriert aller Medizin abgeschworen haben, oft zu Unrecht. In der Praxis tauchen sie nicht mehr auf. Der Arzt bekommt also notwendig eine falsch positive Rückmeldung für die Wirkung der Medikation. Das wird verstärkt dadurch, dass in den ersten Wochen nach Therapiebeginn geradezu Flügel zu wachsen scheinen und die Patienten enthusiastisch sind. Umso härter die Landung.

Nach meinem Eindruck ist die Kombination der Punkte 1. bis 4. mit Medikation der Königsweg für die Mehrzahl der Fälle. Medikation meint nicht zwangsläufig Monotherapie, oft auch eine Kombinationen eines Antidepressivums mit Mph, beide relativ niedrig dosiert. Hohe Kunst der Verschreibung und nur unter Rückmeldung von Personen aus der Umgebung des Patienten sinnvoll einstellbar. Wir (Selbsthilfe, Industrie, Ärzte, Therapeuten) müssen Ärzte und Coaches schulen, schulen, schulen!
Viele liebe Grüße ...

Gegenantwort:

... ja sicher, ich kann dir nur voll und ganz zustimmen, was die lebenslange Bedeutung des Coachens betrifft, ohne die nichts, aber auch gar nichts über längere Zeit rund läuft.

Bleibt nur zu hoffen, dass aus dem Artikel nicht der Schluss gezogen wird, dass die Medikation für die Katz ist, sondern dass die Zusammenhänge begriffen werden, so wie du es schön beschrieben hast.
Grüße P ...

Antwort 2:

... Die Isolation im zwischenmenschlichen Bereich macht uns sowieso zu schaffen, bei ADHSlern spielt das noch mal eine besondere Rolle. Coaching – ja, ganz wichtig. Viele Familien würden gerne davon Gebrauch machen, wenige sind bereit oder auch in der Lage es aus eigener Tasche zu bezahlen ... Ein „Knackpunkt“ ist für mich auch

die „enge Zusammenarbeit zwischen dem Coaching-Gespann und dem verschreibenden Arzt“. Wenige Ärzte sind m. E. zu dieser Art "Zusammenarbeit" bereit. Zu beginnen ist m. E. in frühen Jahren bei den Eltern, die hochmotiviert ein Elterntaining (z.B. hier in K. besuchen (Dauer: ganze sechs Wochen!), spätestens vier Wochen nach Beendigung jedoch wieder voll in den alten „Schlendrian“ fallen und fortlaufende Begleitung (Coaching) suchen. Ist ja auch ein Irrwitz, dass 6 Wochen reichen sollen, ein Jahre – oder jahrzehntelanges Verhalten – ggf. selbst betroffener Eltern – zu reflektieren und umzulernen ... Gezielte, möglichst frühe permanente Begleitung der Eltern kann dazu führen, dass sie sich von der „Erziehung“ heranwachsender Kinder langsam zurückziehen, Freiräume gewähren und auch Coach sein können oder aber einen Coach in der Familie zulassen können. Aber das bedeutet, dass zuallererst die „Alten“ ein gutes Stück an sich zu arbeiten bereit sind ..., sonst bleibt es bei der Heimatlosigkeit der Eltern als Programm für alle Nachfahren....
Viele Grüße ...

Anmerkung der Redaktion:
Die Namen der Verfasser sind der Redaktion bekannt.

Fehler
Fehler
Fehler
Fehler
Fehler

Es ist eine Kunst,
aus fremden Fehlern
zu lernen.
Die meisten
lernen nicht einmal
aus den eigenen.

Forscher finden entzündungshemmende und antiallergische Wirkung von Endocannabinoiden

Körpereigene cannabisähnliche Botenstoffe wirken entzündungshemmend, haben Bonner Wissenschaftler in Laborversuchen mit Mäusen herausgefunden. Diese Botenstoffe, so genannte Endocannabinoide, docken im Körper an die gleichen Erkennungsstellen an wie der in Cannabis enthaltene Wirkstoff THC. Sie regulieren Abwehrreaktionen der Haut gegenüber Fremdstoffen. Kontaktallergien – letztlich Immunreaktionen, die außer Kontrolle geraten – könnten daher in Zukunft möglicherweise mit THC-haltigen Salben behandelt werden, schlägt das Team vor.

Dass der Körper Endocannabinoide herstellt, ist schon seit zwanzig Jahren bekannt. Ihre Aufgabe war bislang jedoch nur ungenügend erforscht. Wie Meliha Karsak und ihren Kollegen nun auffiel, zeigen Mäuse häufiger Nickelallergien, wenn ihnen die Cannabinoid-Andockstellen fehlen. Denn diese Mäuse können die Botenstoffe nicht erkennen. In weiteren Versuchen lösten die Forscher bei Mäusen mit einem Allergen eine Kontaktallergie aus und blockierten bei einigen Tieren die Cannabinoid-Andockstellen medikamentös. Diese Tiere reagierten anschließend viel stärker auf die Allergene als jene mit unblockierten Andockstellen. Umgekehrt zeigten Mausstämme mit erhöhten Endocannabinoidwerten weniger Hautallergien.

Die körpereigenen Cannabinoide aktivieren die entsprechenden Erkennungsstellen der Hautzellen und verlangsamen so die Immunreaktion gegen Allergene, schreiben die Forscher. Die gleiche Wirkung hat THC. „Wenn wir den Tieren eine THC-Lösung auf die Haut pinselten, fiel die Schwellung deutlich geringer aus“, erklärt Thomas Tüting, einer der Mitautoren der Studie. Er schlägt vor, Cannabis-Salben zur Behandlung von allergischen Ekzemen und Kontaktallergien zu verwenden.

<http://www.wissenschaft.de/wissenschaft/news/278976.html>

Immer mehr Kinder sind psychisch auffällig

pm/red. Beinahe jedes fünfte Kind in Deutschland zeigt Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Das ist das Ergebnis einer Kinder- und Jugendstudie, die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt kürzlich zusammen mit dem Robert-Koch-Institut vorgestellt hat. So gebe es bei 17,8 Prozent der Jungen und 11,5 Prozent der Mädchen Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten. Zu den häufigsten Problemen zählen die Experten emotionale Schwierigkeiten und Hyperaktivität.

Zehn Prozent der Kinder leiden laut Robert-Koch-Institut unter Ängsten, 7,6 Prozent unter Störungen des Sozialverhaltens und 5,4 Prozent unter Depressionen. Familiäre Schwierigkeiten und Armut sind der Studie zufolge die wichtigsten Risikofaktoren für Verhaltensauffälligkeiten. Längst nicht alle betroffenen Kinder würden behandelt.

Auch körperliche Probleme nehmen zu

Ein weiterer Schwerpunkt der Studie ist die körperliche Gesundheit der Heranwachsenden. Insgesamt zeige die Untersuchung, dass immer mehr Kinder und Jugendliche unter chronischen Erkrankungen wie Fettleibigkeit, Asthma und Allergien litten, erklärte das Gesundheitsministerium. So würden 15 Prozent der Kinder als übergewichtig gelten, 6,3 Prozent sogar als fettleibig.

Auf der anderen Seite hätten 28,9 Prozent der Mädchen zwischen elf und 17 Jahren Essstörungen. Weitere häufig auftretende chronische Gesundheitsprobleme sind der Untersuchung zufolge Bronchitis (13,3 Prozent), Neurodermitis (13,2 Prozent) und Heuschnupfen (10,7 Prozent). Für die Studie hatten Wissenschaftler von 2003 bis 2006 fast 18.000 Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren untersucht.

Noch kurz vor Drucklegung dieser Ausgabe erhielten wir nachfolgende Mitteilung des Pharmaunternehmens MEDICE auf unsere Anfrage bezüglich des Zulassungszeitpunktes im Genehmigungsverfahren Medikinet® retard für ADHS-Erwachsene:

Sehr geehrte Frau Bürschgens, gerne beantworten wir Ihre Anfrage zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung ADHS ist eine Krankheit, die landläufig noch immer allein mit Kindern und Jugendlichen assoziiert wird. Doch mit dem zunehmenden Wissen über ADHS hat sich diese Sichtweise unter den Experten längst geändert: Es macht keinen Sinn, dass die ADHS-Grunderkrankung mit der Pubertät plötzlich nicht mehr relevant sei, insbesondere da ADHS einen hohen genetisch prädisponierten Anteil besitzt. Zwar ist die retrospektive Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter komplex, aber mit dem passenden diagnostischen Instrumentarium möglich. Außerdem hat sich gezeigt, dass die multimodale Behandlung mit einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie auch bei Erwachsenen zu guten Ergebnissen führt.

Obwohl bereits klare Behandlungsempfehlungen existieren, ist bis dato kein Medikament für die Behandlung von adulten ADHS zugelassen. Aufgrund neuer Studien-Ergebnisse könnte in absehbarer Zeit der durchaus verbreitete Off-Label- Gebrauch von Methylphenidat endgültig der Vergangenheit angehören.

Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit ADHS nehmen die Grunderkrankung mit ins Erwachsenenalter. Bei einer Prävalenz von rund acht Prozent bei Kindern und Jugendlichen nimmt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) eine Rate von bis zu vier Prozent unter den Erwachsenen an. Dies entspricht in Deutschland rund 250.000 Personen.

Erwachsene ADHS-Patienten besitzen prinzipiell die Triade der Kernsymptomatik wie Kinder und Jugendliche: Aufmerksamkeitsstörun-

gen, Impulsivität und Hyperaktivität. Letztere ist jedoch nicht so ausgeprägt wie bei den Kindern, denn die Erwachsenen „zappeln“ anders. Typisch für die adulte ADHS sind Konzentrationsstörungen, ein Mangel an Selbstorganisation und emotionale Labilität. Männer tendieren mehr zur Substanzabhängigkeit und antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Frauen zeigen eher starke Beeinträchtigungen in Partnerschaft und Familie und depressive Störungen.

Komorbiditäten verschleiern Kernsymptome

Weil erwachsene Patienten oft schon jahrelang mit schweren sozialen Problemen und negativen Erfahrungen zu kämpfen hatten, sind in dem späteren Lebensabschnitt die Kernsymptome oft begleitet und häufig verschleiert von Komorbiditäten. Diese beinhalten insbesondere Suchtverhalten und Persönlichkeitsstörungen, Depression oder Manie, Angststörungen, Ticks, Teilleistungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie sowie Schlafstörungen.

Die Diagnose von ADHS bei Erwachsenen gestaltet sich relativ komplex. Dafür verantwortlich sind mehrere Faktoren:

Die Symptome einer ADHS müssen bereits vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten sein. Eine retrospektive Diagnose gestaltet sich manchmal schwierig, ist aber möglich. Differenzialdiagnostisch müssen organische Ursachen und andere Störungen ausgeschlossen werden, was sich durch die Komorbidität nicht immer als einfach gestaltet. Auch die Abgrenzung der ADHS von Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist wegen der gemeinsamen Impulsivität häufig nicht einfach.

Die Definition der Erwachsenen-ADHS nach ICD-10 ist unzureichend. Die für das Erwachsenenalter typischen Symptome sind nicht spezifiziert.

Hilfreich ist der internationale Diagnoseschlüssel DSM IV. Er unterscheidet zwischen drei Subtypen: dem Mischtyp oder kombinierten Typ mit Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung, dem hyperaktiv-impulsiven Typ und dem unaufmerksamen Typ. Nach DSM IV müssen sechs von neun Kriterien erfüllt sein. Ein von der WHO autorisierter Fragenkatalog (Adult ADHD-Self-Report-Scale), der auch als deutsche Version vorliegt, orientiert sich an den DSM IV-Kriterien. Bewährt zur Diagnosestellung der ADHS im Erwachsenenalter haben sich die Utah-Kriterien, die von einer obligaten Aufmerksamkeitsstörung und motorischer Hyperaktivität ausgehen. Mindestens zwei von fünf weiteren Punkten müssen ebenfalls erfüllt sein: Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten, gestörte Affektkontrolle, Impulsivität oder emotionale Überreagibilität. Medice hat im März 2007 die Erweiterung der Zulassung auch für Erwachsene beantragt. Dazu wurde in enger Abstimmung mit der Zulassungsbehörde eine klinische Studie Phase III durchgeführt. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zu Gunsten von Verum im Vergleich zu Placebo.

Diese Ergebnisse wurden schon auf dem DGPPN-Kongress in Berlin am 24.11.2006 veröffentlicht. Auch über einen längeren Zeitraum von 24 Wochen hinweg ist retardiertes MPH wirksam und verträglich und bringt zusätzlich zu einer Psychotherapie einen signifikanten Nutzen. Diese konnte in der multizentrischen, randomisierten, plazebokontrollierte EMMA-Studie (EMMA = Erwachsene mit MPH bei ADHS) mit 359 Patienten gezeigt werden.

Exaktere Differentialdiagnosen diskutieren

In den klinischen Studien bei Erwachsenen profitieren nicht alle Patienten in gleichem Maße von der Behandlung mit Methylphenidat. Daher wird es eine Aufgabe der Spezialisten sein, die Möglichkeiten einer exakteren Differentialdiagnose zu diskutieren.

MEDICE bemüht sich mit Hochdruck, die Klärung dieser offenen Fragen zu unterstützen. Die Abschät-

zung eines Zulassungszeitpunktes ist aber zur Zeit nach wie vor nicht möglich.

Nach der Diagnose ist der erste Schritt immer die Aufklärung des Patienten und seiner Bezugspersonen. Bei schweren Störungen in einem Lebensbereich ist eine multimodale Therapie aus Psycho- und Pharmakotherapie angezeigt. Unter den Psychotherapeutischen Ansätzen bringt eine Verhaltenstherapie wieder Strukturen in das Leben. Psychoanalytisch-interaktionelle Methoden können die geringe Toleranzgrenze wieder anheben. Eine besondere Herausforderung liegt im Beginn einer Therapie, weil ADHS-Patienten normalerweise sehr empfindlich und affektbetont reagieren. Sie benötigen eine klare Führung, damit sie sich nicht alleine gelassen fühlen.

In der begleitenden Pharmakotherapie ist der Einsatz von Methylphenidat (MPH) die erste Wahl, mit der Evidenzstufe 1 in den Behandlungsempfehlungen. Mit einer Einschränkung: MPH zeigt bei etwa jedem dritten Patienten keine Wirkung. Als Alternativen gelten dann Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Antidepressiva mit dualem Wirkprinzip oder Amphetamine.

Die pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten von Erwachsenen mit ADHS waren in den vergangenen Jahren noch sehr gering. Es liegen zwar Leitlinien und valide Studienergebnisse vor – aber noch keine Zulassung eines Präparates. Doch Aussichten sind positiv: Die Sensibilität für die Diagnose und ihre Akzeptanz steigt, die Kostenträger werden offener für eine MPH-Behandlung und mit der EMMA-Studie ist ein entscheidender Schritt in Richtung Zulassungserweiterung getan.

Mit freundlichen Grüßen

MEDICE Arzneimittel
i.V. Dr. Roland Fischer
i.A. Dr. Armin Engels

ADHS
Deutschland
INTERN

Sie sind Mitglied in unserem Verband und finden in Ihrer Nähe keine Selbsthilfegruppe? Wir helfen Ihnen bei der Gründung einer neuen Regionalgruppe.

Ihre Ansprechpartner:
**auf Bundesebene
und für Bayern**

Carl Schel
Tel. 09191-6 25 68 66

für Berlin Karin Seegers
Tel. 030 – 3 01 97 14

**für Niedersachsen
und Bremen**
Hartmut Gartzke
Tel. 0511-73 20 65

für Nordrhein-Westfalen
Herta Bürschgens
Tel. 02403 – 50 64 66

**für Schleswig-Holstein/
Hamburg**
Frau Christiane Eich
Tel.: 04108-416091

für Thüringen
Frau Andrea Wohlers
Tel.: 036022-91935

Wir freuen uns auf Sie!

neue AKLENTE

Nr. 77

erscheint Ende Dezember 2007

Der Redaktionsschluss
ist am 1. November 2007

Sie sind umgezogen
oder Ihre Bankverbindung
hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns dies
möglichst umgehend mit.

Sie ersparen uns damit
erhebliche Kosten
und Arbeitszeit .

Danke!

Patientenbeirat in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gegründet

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat einen Patientenbeirat gegründet. „Wichtig ist uns der Nutzen für die Patientinnen und Patienten vor Ort“, sagte der KV-Vorsitzende Dr. Leonhard Hansen anlässlich der konstituierenden Sitzung des neuen Forums in Düsseldorf. Bereits seit acht Jahren treffen sich im Rheinland Vertreter der Patienten und der Ärzteschaft regelmäßig zu so genannten Fachgesprächen.

Das Gremium ist paritätisch mit sechs Vertretern aus verschiedenen Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie sechs Vertretern der KV Nordrhein besetzt. Je nach Anlass sollen weitere Ansprechpartner aus den Landesverbänden der Selbsthilfe eingeladen werden.

Der Beirat wird die KV Nordrhein in Fragen der Patientenorientierung beraten. Er bringt einerseits Interessen der Patienten in die ärztliche Selbstverwaltung ein und wirkt andererseits als Multiplikator gegenüber den Patienten, zum Beispiel im Hinblick auf gesundheitspolitische Zusammenhänge. „Mit unserem Engagement springen wir nicht auf einen fahrenden Zug auf. Vielmehr tragen wir schon seit Jahren dazu bei, dass dieser Zug in Fahrt bleibt“, so Hansen. In Nordrhein gibt es bereits seit 1999 einen institutionalisierten Austausch mit Patienten im Rahmen der Fachgespräche und durch die Round Table. Seit 1990 hat die Patienten-Selbsthilfe mit der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) einen kompetenten Ansprechpartner bei der KV Nordrhein. ←

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**
91056 Erlangen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**
50933 Köln
Fon 0221-3 56 17 85
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
Fon 030/3 01 97 14
Fax 030/30 12 16 44
schatzmeister@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
Fon 0511/73 20 65
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de
- Beisitzerin: **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
Fon 02403/50 64 66
Fax 02403/5 13 38
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Beisitzer: **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
Fon 09191/1 49 11

- Europäische Kontakte **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
Fon 04121/80 72 72
gujungermann@aol.com
- Internet **Sabine Hinkel**
38527 Meine
sabine.hinkel@gmx.de
- Ernährung/
Stoffwechsel-
besonderheiten **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koepfern@t-online.de
- ADHS
im Erwachsenenalter **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
- Regionalgruppen-
betreuung **Carl Albert Schell**
91301 Forchheim
Fon 09191/6 25 68 66
- ADHS und Psycho-
therapien im Kindes-
und Jugendalter **Dr. Johannes Streif**
streif@therapaed.de
- Rechtliche
Angelegenheiten **Reinhard Wissing**
96049 Bamberg

ADHS
DEUTSCHLAND i.G. Bundesgeschäftsstelle
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 0 30/85 60 59 02,
Fax 0 30/85 60 59 70
Mo 10.00-12.00 Uhr, 14.00-16.00 Uhr
Di, Do, Fr 10.00-12.00 Uhr
e-mail: info@adhs-deutschland.de
Besuchen Sie uns unter www.adhs-deutschland.de

Zeitschrift des ADHS Deutschland i.G.
ISSN 0948—4507

Herausgeber und Verleger
Für ADHS Deutschland i.G.:
BV AÜK e.V. und BV-AH e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Fon 030/ 85 60 59 02
Fax 030/ 85 60 59 70
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

**Redaktionsleitung
und redaktionelle Mitarbeit:**
Herta Bürschgens (Leitung)
Detlev Boeing
Margarete Gatzten
Magdalene Geisler
Karin Knudsen
Renate Meyer
Dr. Klaus Skrodzki

Redaktionsanschrift
Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland i.G.
Poschingerstr. 16
Fon 030/ 85 60 59 02
Fax 030/ 85 60 59 70
akzente@adhs-deutschland.de

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfasseramen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

Neue Bankverbindung ADHS DE:
Konto-Nr. 7 490 241 005
Berliner Volksbank eG
BLZ 100 900 00

Auslandsüberweisungen:
IBAN DE32100900007490241005
BIC BEVODEBB

Anzeigenverwaltung
Bundesgeschäftsstelle ADHS Deutschland i.G.
Petra Festini
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
info@adhs-deutschland.de

Gesamtgestaltung und DesktopPublishing
Irene Fischer
Pappelallee 4
10437 Berlin
Fon 030/442 20 78
fischerp4@gmx.net

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

Erscheinungsweise: 3x jährlich

Auflage: 4000 Exemplare

Bezugspreise:
Für Einzelhefte auf Anfrage,
für Mitglieder des ADHS Deutschland i.G.
kostenlos

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

Redaktionsschluss
15.03.07
15.07.07
01.11.07

Die Telefonberatungsstellen

In den Schulferien der jeweiligen Bundesländer sind die Telefone nicht besetzt

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrmann
Tel. 04121-80 72 72

Pit Lau
Tel. 040-76 97 75 10

Bremen und Umgebung

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

NRW

Ulrike Vlk
Tel. 02161-53 17 39

Karin Knudsen
Tel. 0221-3 56 17 81

Thüringen

Regina Schrage
Tel. 03691-87 22 22

Hessen

Regina Schubert
Tel. 069-98 55 68 23

Petra Effelberger-Dasbach
Tel. 06126-5 37 83

Baden-Württemberg

Bernd Kaspar
Tel. 07957 – 9 26 96 91

Bayern

Kornelia Schneidt
Tel. 08171-48 14 01



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

ADHS Deutschland i.G.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902

Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrmann
Tel. 04121-80 72 72

Angelika Lühmann
Tel. 04121-9 28 21

Gisela Tampe
Tel. 04661-60 09 88

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

Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille
Tel. 03883-72 77 18

Karin Heynen
Tel. 0381-70 07 59 25

Brandenburg

Ulrike Vogel
Tel. 03378-80 30 90

Kerstin Maschke
Tel. 03561-685890

Niedersachsen

Erika Rien
Tel. 05551-5 27 45

Angela Schwager
Tel. 05554-99 56 46

Berlin

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

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski
Tel. 039451-4 20 24

Sachsen

Helene Wagner
Tel. 0351-4 71 15 79

Bestrafung durch Ironie

»Ein besonderes Vertrauen hattest Du zur Erziehung durch Ironie, sie entsprach auch am besten Deiner Überlegenheit über mich. Eine Ermahnung hatte bei Dir gewöhnlich diese Form: »Kannst Du das nicht so und so machen? Das ist Dir wohl schon zu viel? Dazu hast Du natürlich keine Zeit?« und ähnlich.

Dabei jede solche Frage begleitet von bösem Lachen und bösem Gesicht. Man wurde gewissermaßen schon bestraft, ehe man noch wußte, daß man etwas Schlechtes getan hatte. Aufreizend waren auch jene Zurechtweisungen, wo man als dritte Person behandelt, also nicht einmal des bösen Ansprechens gewürdigt wurde; wo Du also etwa formell zur Mutter sprachst, aber eigentlich zu mir, der dabei saß, zum Beispiel: »Das kann man vom Herrn Sohn natürlich nicht haben« und dergleichen«.

Franz Kafka in seinem berühmten Brief an den Vater

neueAKLENTE ist:

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