

neue AKZENTE

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



- ADHS und Bulimie
- Verhaltenveränderung unter Eliminationsdiät bei ADHS-Kindern
- ADHS und Partnerschaft
- Abitur mit ADHS und Therapie-Hund
- Interventionstabelle für Lehrer im Umgang mit AD(HS)-Kindern
- ADHS DE feiert seinen ersten Geburtstag
- ADHS und Mediensucht

Veilchenduft

Lob des Frühlings

Saatengrün, Veilchenduft,
Lerchenwirbel, Amselschlag,

Sonnenregen, linde Luft!

Wenn ich solche Worte singe,
braucht es dann noch große Dinge,

Dich zu preisen, Frühlingstag!

Sonnenregen

Ludwig Uhland, 1787-1847

Liebe Mitglieder,
 liebe Leserinnen und Leser,

endlich Frühling? Ich hoffe ja, wenn Sie diese wieder umfangreiche Ausgabe unserer Mitgliederzeitschrift in Händen halten. Neben ADHS und Begleitstörungen ist die Problematik im Jugendlichen- und Erwachsenenalter ein weiterhin viel gefragtes Thema. So berichten wir über Jungs mit ADHS und wie sie lernen, dass "cool und fair nicht schwer" ist. Was eine Partnerschaft mit einem ADHSler bedeutet, wird in einem ausführlichen Beitrag beleuchtet. „Neues aus der Wissenschaft“ ergänzt unser Angebot.



Für interessierte Lehrer bieten wir den ersten Teil einer Interventionstabelle für den schulischen Alltag an. Wir freuen uns über Selbsthilfe- und Verbandsarbeit, über Entwicklungen der ADHS-Netzwerkaktivitäten in den Regionen berichten zu können.

Haben auch Sie es schon wahrgenommen? Wir konnten in Friedrichsdorf unseren „ersten Geburtstag“ feiern, über den wir aus redaktionellen Gründen erst in der nächsten Ausgabe berichten können. Freuen Sie sich schon jetzt auf den großen Kongress in Hannover (S. 44), den wir gemeinsam mit zwei anderen Bundesverbänden planen – eine Teilnahme lohnt sich ganz bestimmt.

Wir stellen Ihnen dieses Mal vier Bücher vor. Damit wir Sie weiter über wichtige Literatur informieren können, brauchen wir Ihre Mitarbeit für die nächsten Rezensionen. Bringen Sie sich ein mit Ihren Erfahrungen zum Thema „ADHS und Beruf“. Vielleicht können Sie anderen Familien helfen. Ihre Beiträge erwarte ich bereits bis Mitte Juni.

Ich wünsche Ihnen einen angenehmen nicht zu heißen Sommer, interessante Lesestunden und ich melde mich wieder bei Ihnen mit der nächsten Ausgabe im August.

Es grüßt Sie herzlich
 Ihre

Herta Bürschgens
 (Redaktionsleitung)

Inhalt

Wissenschaft/Medizin/Therapie	
ADHS und Bulimie (Ess-Brechsucht)	2
<i>Martin Winkler</i>	
Erwachsenen AD(H)S und Komorbidität	6
<i>Leif-Patrick Viola</i>	
Verhaltensveränderung unter einer standardisierten Eliminationsdiät bei Kindern mit ADS/ADHS	8
<i>Christa Müller</i>	
Rot macht doch nicht wild – Farbstoffe im Essen haben offenbar keinen Einfluss auf Hyperaktivität	13
<i>Detlev Boeing</i>	
Neues aus der Wissenschaft	14
Familie/Erziehung/Gesellschaft	
AD(H)S und Partnerschaft	16
<i>Astrid Neuy-Bartmann</i>	
Regeln, Rollenspiele und am liebsten Fußball	22
<i>Christine Merkelbach</i>	

Potenziale nutzen neue Wege	24
Deutschlandweit erstes privates Gymnasium <i>Laura Hafner-Kehm</i>	
Abitur mit ADHS und Therapie-Hund	25
Im Interview: Schülerin der Münsinger Schule <i>Frank Häusler</i>	
Zur Bedeutung der Jugendgerichtshilfe	26
<i>Helmut Simson</i>	
Interventionstabelle für Lehrerinnen und Lehrer im Umgang mit ADS/ADHS-Kindern im schulischen Alltag	27
<i>Cornelia Leistner</i> Probanden gesucht: Neue Studie untersucht Wirksamkeit einer spezifischen Gruppentherapie (pm/red.)	31
Aus den Regionen	
Internet und Fernsehen Zu Nutzen und Risiken lesen sie neue AKZENTE	32
<i>Walter Beerwerth</i>	
Treffen des „Regionalen ADHS-Netzwerkes Düsseldorf und Umgebung“ (RADU)	34
<i>pm/heussen/Karin Knudsen</i>	
ADHS-Kompetenznetzwerk Köln schaut „über den Tellerrand“ und knüpft neue Kontakte	35
<i>Karin Knudsen</i>	
ADHS und Mediensucht	37
AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg berichtet <i>Margit Tütje-Schlicker</i>	
Zweites integratives Fußball-Feriencamp 2008	38
<i>David Lennepner</i>	
Der Zappelphilipp ist erwachsen – und nun?“	39
SHG Duisburg plant Inofveranstaltung	
ADHS in den Medien	
Leserbrief zu „Zappelphilipp – oft bloß falsch erzogen?“	40
Bild der Wissenschaft 1/2008 ADHS DE intern	
ADHS DE intern	
Große Hilfe für Familien	43
ADHS Deutschland e.V. feiert seinen ersten Geburtstag <i>Vorstand</i>	
Wider das Stigma	44
ADHS, Tic und Zwang im Spiegel von Gesellschaft und Forschung Kongress in Hannover 9. bis 11. Oktober	
Bundesverdienstmedaille für Herta Bürschgens	46
Bücher, Bücher...	
Ratgeber ADHS – Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher...	47
<i>Gerhild Drüe</i>	
ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	49
<i>Margarete Gätzen</i>	
Tim Zippelzappel und Philipp Wippelwappel	50
<i>Linus und Marcel Menter</i>	
Disziplin ohne Angst	50
<i>Detlef Träbert</i>	
Forum	
Gedankenaustausch	51
Termine	52
BVL-Kongress in Berlin	54
Liebes Tagebuch	54
<i>Friedhelm Ebbecke-Bückendorf</i>	
KKH fordert Eltern zur Vorsorge für ihre Kinder auf	55
<i>pm/kkh</i>	
Impressum	56

Titelfoto von Renate Meyer: Vertrauen

ADHS und Bulimie (Ess-Brechsucht)

Defizitäre Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept

Martin Winkler



Dr. Martin Winkler
Klinik Lüneburger
Heide
Kompetenzzentrum
für Essstörungen
ADHS-Schwerpunkt
29549 Bad Bevensen

Wiederholt haben wir in der Klinik Lüneburger Heide bei Patientinnen mit einer Bulimie (aber auch Anorexia nervosa) bzw. atypischen Formen von Essstörungen deutliche Hinweise auf eine ADHS-Veranlagung oder aber weitere Familienangehörige mit einem Hyperkinetischen Syndrom gefunden. Dabei scheint zumindest bei einigen Patientinnen die Behandlung der ADHS einen ganz erheblichen Einfluss auf die weitere Therapie der Essstörung zu haben und kann die Prognose günstig beeinflussen. Während bereits länger in der Fachliteratur ein Zusammenhang der Bulimia nervosa zu stoffgebundenen Süchten (z.B. Alkoholkrankheit) und Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional-instabile Persönlichkeitsstörung) diskutiert wird, finden sich bisher nur wenig Publikationen zu ADHS und Essstörungen.

Dabei weisen jedoch viele Patientinnen mit einer Komorbidität von ADHS und einer Bulimia nervosa typische Merkmale einer gestörten Selbstwahrnehmung und Entwicklungsverzögerung sowie erhebliche Defizite der Selbstregulation und Impulskontrolle auf, die nachfolgend näher beschrieben werden sollen.

Auffälligkeiten beim Essverhalten von ADHS-Kindern

Auffälligkeiten im Essverhalten sind vielfach in ADHS-Familien zu finden. Dabei kann schon in der Kleinkindzeit das Thema Füttern ein heikles Problem sein, dass aufgrund von Essverweigerung oder Vorliebe für einseitige Nahrung die Mütter vor Probleme stellt bzw. zu Spannungen beiträgt. Zusätzlich kann später eine besondere Empfindlichkeit für Geräusche oder Hintergrundaktivitäten, Gewürze oder andere Einflüsse das Essen stören. So ist es zunächst einmal wichtig, aus der Sicht des Kindes bzw. Jugendlichen zu verstehen, WARUM ein normales Essverhalten so schwierig ist. Viele Patientinnen

fühlen sich überreizt, bzw. können sich auch gegen emotionale Spannungen oder impulsives Verhalten im Familiensystem nicht ausreichend abgrenzen.

Leider ist es auch häufig so, dass Hunger und Sättigung bzw. eine Wahrnehmung von angemessenen Portionen und „gesunder“ Ernährung bei Kindern mit ADHS defizitär und auch die Körperwahrnehmung entsprechend gestört ist. Regelmäßiges Essen mit einem Frühstück und geregelten Mahlzeiten ist nur schwer zu gewährleisten, ein chaotisches Essverhalten eher die Regel. So kann morgens nur wenig Appetit vorhanden sein oder aber eine sehr einseitige Auswahl von Lieblingsnahrungsmitteln („Schokokrem“) oder Esszeiten nur abends (eine große warme Mahlzeit mit einem einseitigen Liebessessen). Die Auswahl der Nahrungsmittel erfolgt impulsiv („was gerade da ist und passt“), eine Kontrolle über angemessene Mengen und Zeitpunkte wird häufig nur extern durch feste Zeiten in der Familie vorgegeben, selten aber eingehalten.

Nicht selten führen etwa ein Heißhunger auf Süßigkeiten oder kalorienreiche Nahrungsmittel bzw. einseitige Ernährungsweisen (bei gleichzeitigen Defiziten in der Wahrnehmung von Hunger und Sättigung) zu Übergewicht bzw. wiederholten Diätversuchen.

Die mit der Störung des Essverhaltens zunächst einhergehende Gewichtsproblematik kann teilweise durch den Bewegungsdrang noch vermieden oder teilweise kompensiert werden. Häufig kann aber ein objektiv vorhandenes „Gewichtsproblem“ mit den entsprechenden Diätversuchen der Beginn einer Essstörung sein. Uns sind Patientenschicksale bekannt, wo das Körpergewicht innerhalb weniger Jahre zwischen einer schweren Adipositas und Untergewicht hin und her schwankte.

Praktisch immer fehlt das Mittelmaß, d.h. ein normales Gespür für die rechte Menge bzw. den Zeitpunkt, mit dem Essen aufzuhören. Dies ist besonders bei Schokolade oder kohlenhydratreichen Lebensmitteln ein Problem. Selbst wenn man sich vornimmt, die Süßigkeiten nur teilweise zu naschen, wird bei vielen ADHS-Lernern ein „Essanfall“ daraus. Stoppen gelingt also kaum. Typisch für ADHS-Jugendliche mit einer Auffälligkeit im Essverhalten ist somit häufig, dass Kekse oder anderes süße Sachen (oder sehr herzhaftes Lebensmittel) heimlich verschwinden bzw. übliche Mahlzeiten nicht mehr am Esstisch mit der Familie eingenommen werden. Ermahnungen der Eltern, doch „normal zu essen“ werden zwar vom Verstand her akzeptiert, können aber kaum wirklich umgesetzt und eingehalten werden. Als letztlich hoffnungsloser Kompensationsversuch resultiert eine sehr rigide Auswahl von Nahrungsmitteln, Diäten oder exzessive sportliche Betätigung, die gleichzeitig beim erhöhten Anspannungsniveau als positiv erlebt wird.

Vielleicht noch wichtiger: Die Betroffenen lernen selber kein „normales“ Verhältnis zum Essen, d.h. sie erleben sich suchartig zu bestimmten Lebensmitteln hingezogen bzw. können nicht über normale Regulative von Hunger und Sättigung ihre Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme regulieren. Sie kennen häufig nur die Extreme von Essanfällen oder Hungern. Ein „Ernährungschao“ ist die Folge.

Andererseits kann im Sinne einer „Selbstmedikation“ Essen bzw. Nahrungsmittel wie auch Brechen wie eine „Droge“ zur Sedierung bei starker innerer Unruhe und Anspannung oder Frustabbau, zur Selbststimulation bzw. Anregung als „Kick“ oder aber schlicht als Mittel gegen Langleweiligkeit dienen und schließlich in einen Teufelskreis von immer häufiger und

nicht mehr kontrollierten Zyklen von Fressanfällen und Kotzen führen.

Neurobiologische Aspekte bei Bulimia nervosa und ADHS

In der Fachliteratur zeigen sich verstärkt Hinweise auf *neurobiologische Funktionsstörungen* im Zentralen Nervensystem (Gehirn) bei der Bulimie. Dies bezieht sich nicht allein auf die gestörte Körperwahrnehmung mit einer ständigen Sorge und Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht und der Figur, sondern auch mit der Regulation des „Essdrucks“ aufgrund einer zentralen Sättigungs- und Impulskontrollstörung. (Abb.1)

Belohnungsreize ohne Bedürfnisaufschub

Auffälligkeiten im Belohnungssystem (Dopamin) bzw. in der Verfügbarkeit weiterer Botenstoffe (Noradrenalin, Serotonin) und verstärkte hormonelle Schwankungen sind häufig bei ADHS-Patientinnen zu finden. Typisch ist dabei, dass Belohnungsreize unmittelbar (ohne Bedürfnisaufschub) gesucht werden und eine ausgesprochen niedrige Frustrationstoleranz besteht, d.h. ein Aufschub nicht gelingt. Kennzeichnend für ADHS sind Defizite im Bereich der Impulskontrolle, die als „fehlende Bremse“ (Inhibition) charakterisiert werden können. Tatsächlich ist bei vielen ADHS-Patientinnen eine Suchtstruktur zu finden, und eine Selbstmedikation u.a. mit Niko-

tin (aber eben leider auch mit Alkohol, Selbstverletzungen, Cannabis) oder anderen exzessiven Verhaltensweisen ist häufig nachweisbar.

Eine Patientin mit einer Bulimia nervosa wird zunächst selten über Konzentrationsprobleme klagen. Im Vordergrund von ADHS stehen vielmehr Störungen der sog. Handlungsfunktionen (Exekutivfunktionen) und Informationsverarbeitung (z.B. Reizfilterung, Sortieren und Prioritäten setzen, Zugriff auf das Arbeitsgedächtnis), die erst mit zunehmenden Anforderungen an Selbstständigkeit und Selbstmanagementfertigkeiten zu Auffälligkeiten führen. Reizoffenheit für Geräusche, Umgebungsveränderungen und Spannungen bei reduzierten Daueraufmerksamkeitsfähigkeiten erzeugen zusätzlich einen *mentalen Dauerstress*.

So berichten Patientinnen übereinstimmend, dass übliche Entspannungsmethoden (z.B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training) nicht wirklich helfen. Wenn überhaupt können sie über Yoga oder körperzentrierte Verfahren eine gewisse Verbesserung erzielen. In der Folge fallen Probleme im Bereich der Alltagsorganisation auf. Scheinbar einfache Aufgaben im Haushalt, Prioritätensetzen und Entscheidungsfindung stellen eine unerklärliche „Blockade“ dar. Die Klientinnen können sich nicht wirklich in diesen Situation vernunftgesteuert verhalten, sie „ereignen“ sich eher.

Getrieben von heftigen emotionalen Schwankungen mit wiederholten Gefühlseinbrüchen („intermittierende Dysphorie“) wird das Halten einer Balance zunehmend schwerer.

Typisch für ADHS-Frauen sind zudem *Hormonstörungen*, die ebenfalls mit einer Wechselwirkung des dopaminergen Systems mit Sexualhormonen bzw. dem Serotoninhaushalt in Verbindung stehen dürften. So sind eine Symptomzunahme nach der Pubertät bzw. prämenstruell sowie Zyklusunregelmäßigkeiten sehr häufig bei ADHS-Patientinnen zu sehen. Dabei scheint ein „relativer Östrogenmangel“ aufgrund verstärkter Hormonschwankungen vorzuliegen.

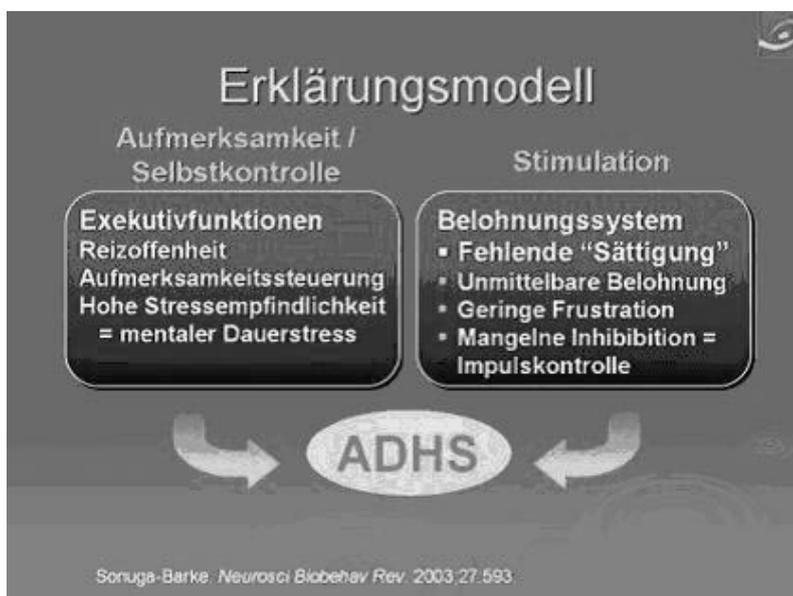
Störung der Selbstwahrnehmung und Identität

Die Unzufriedenheit mit sich selbst kann gerade bei ADHS-Patientinnen bereits in der frühen Kindheit ihre Wurzeln haben und dann in der sich immer weiter einengenden Beschäftigung mit dem eigenen Körper ein scheinbar „kontrollierbares“ Ventil finden.

Tatsächlich verläuft die kindliche Entwicklung bei vielen Mädchen mit ADHS zunächst eher unauffällig. Mädchen mit ADS/ADHS gelten entweder als „verträumt“ und unauffällig oder aber als sehr aufgeweckt, neugierig und interessiert. Seltener als „schwierig“. Einige ADHS-Mädchen sind jedoch auch durchaus „lebhaft“, burschikos.

ADHSlerinnen können sich zunächst für sehr viele Dinge (z.B. Tiere, Hobbies) oder die Schule stark begeistern, wechseln dann aber auch schnell die Interessen. Langeweile oder fehlende Stimulation durch interessante Dinge führen zu einer Zunahme von innerer Anspannung und Druck. Reizüberflutung (in Gruppen) jedoch ebenso zu einem Spannungsgefühl. Hinzu kommen erhebliche Probleme, scheinbar einfache Anforderungen in Gruppensituationen zu meistern: Während zunächst soziale Kontakte durch die Schule oder Hobbies vorgegeben sind, treten dann doch Defizite im zwischenmenschlichen Bereich auf. Bei hohem Einfühlungsvermögen bzw. „Spüren“ von Problemen im familiären oder schulischen Umfeld besteht

Abb.1



ein erhebliches Problem, die Auswirkungen von eigenen Stimmungsschwankungen, niedriger Frustrationstoleranz und impulsivem Verhalten auf das Lebensumfeld wahrzunehmen. Zunehmend kommt es zu Auseinandersetzungen, die durch einen egozentrischen = ich-zentrierten Wahrnehmungsstil bzw. Unfähigkeit zum Perspektivenwechsel gekennzeichnet sind. Auch wirken sie häufig „kindlich“ naiv und weisen gerade im Bereich der sozialen Entwicklung und Identitätsfindung als Frau typische Defizite auf.

Häufiger sind eine starke Reizempfindlichkeit, hohe Sensibilität und geringe Frustrationstoleranz („war schnell zornig und bockig“) sowie eine Impulskontrollschwäche zu finden. Dabei wachsen die Klientinnen häufig in einem hoch angespannten Umfeld mit weiteren betroffenen Geschwistern oder Elternteilen auf. Während sie einerseits eine geringe Spannungstoleranz haben (und häufig zunächst versuchen, ausgleichend oder stabilisierend im Familiensystem zu agieren) kommt es aufgrund der syndromtypischen Besonderheiten zu wiederholten Auseinandersetzungen gegenüber Autoritäten bzw. ihren Eltern.

Ungerechtigkeit, „Lügen“ und Spannungen können sie nur selten gut aushalten. Werden sie dann in einem überemotionalisierten Elternhaus mit Problemen bzw. scheinbar unkontrollierbaren Affekten und damit einhergehenden Reizen (Lautstärke, Chaos), konfrontiert, so kann dies bei der eigenen Empfindlichkeit nicht gut verarbeitet werden.

Intermittierende Dysphorie und Ängste

Ebenfalls hormonell mitbeeinflusst, jedoch auch durchaus situativ auslösbar sind affektive Begleitsymptome mit scheinbar „untypischen“ depressiven Symptomen oder Ängsten oder Schlafstörungen bei Patientinnen mit ADHS vermehrt zu finden. Dabei handelt es sich um kurzzeitig auftretende Stimmungseinbrüche mit Miss-Stimmung (Dysphorie) bzw. Gereiztheit, Niedergeschlagenheit bzw. leichter Reizbarkeit. Häufig löst eine Kleinigkeit derartige Phasen aus, die ebenso schnell durch „zün-

dende“ positive Ereignisse beendet werden können. In der Folge kann es aber durchaus zu klassischen Depressionen bei Erschöpfen bisheriger Kompensationsbemühungen bzw. wiederholten Frustrationserlebnissen kommen.

Typisch für ADHS-Klienten sind daneben soziale Ängste bzw. Schwierigkeiten in Gruppensituationen, die häufig als Soziale Phobie diagnostiziert werden. Tatsächlich meiden ADHS-Klienten nicht selten größere Menschenmengen, da sie aufgrund der Reizoffenheit schnell in Überforderungssituationen kommen können. Zudem können eigenen soziale Kompetenzdefizite bzw. Ausgrenzung zu einem Vermeidungsverhalten beitragen. Relativ typisch ist daneben, dass Patientinnen mit ADHS unter „Panik“ leiden, wenn Monotonie und Langeweile auftreten und sie sich in unüberschaubaren Situationen befinden. Neue Herausforderungen oder objektive Risikosituationen („Nervenkitzel“) lösen dagegen scheinbar paradoxerweise eher eine Abnahme von Missempfinden oder Ängsten aus.

Aufgrund dieser scheinbar „atypischen“ Symptomatik wird häufig die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wie z.B. Borderline-Persönlichkeit, infantile Persönlichkeitsstörung oder aber narzisstische UND histrionische und zwanghafte PS oder wechselnde Diagnosezuschreibungen (z.B. manisch-depressive Störung, schizoaffektive Störungen) gegeben. Je häufiger die Diagnosen in einer Patientenkarriere gewechselt wurden, desto sorgfältiger sollte man an das mögliche Vorliegen einer ADHS-Konstitution denken.

Negative Selbstwirksamkeitserwartung und Kompensationsversuche

ADHS-Klienten können in aller Regel ihre gesetzten Ziele trotz vorhandener intellektueller Fähigkeit und Motivation nicht umsetzen, da die Selbstorganisationsfähigkeiten sowie die typischen Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitssteuerung und Emotions-/Impulskontrolle zu wiederholten Misserfolgserleben beitragen. Typisch ist, dass sich diese Patienten-/Patientinnengruppe trotz

wiederholter Therapeutenkontakte und Therapiebemühungen häufig „unverstanden“ fühlt bzw. von üblichen Therapieangeboten nicht im Sinne der Zielsetzungen profitiert. Ähnlich wie bei dem Konzept der „Selbstmedikationshypothese“ bei Selbstverletzendem Verhalten bei Traumapatienten macht es Sinn, das scheinbar unverständliche Kompensationsverhalten von Bulimikerinnen auch unter dem Blickwinkel der neurobiologischen Aspekte der ADHS zu analysieren.

Kohlenhydratreiche Lebensmittel, Kola und/oder größere Mengen Kaffee oder Schokolade und Zigaretten stellen aufgrund der Beeinflussung des Dopaminhaushaltes durchaus eine Art „Selbstmedikation“ dar. Typisch sind z.B. bei ADHSlerinnen Essanfälle bei Langeweile bzw. fehlender Stimulation am Abend („um Abschalten zu können“). Auch exzessiver Sport kann durchaus positiv hinsichtlich des Anspannungsniveaus gewertet werden. Perfektionismus oder zwanghafte Verhaltensmuster sind ebenfalls als recht typische Versuche zu sehen, ein erlebtes inneres Chaos bzw. drohende „emotionale Überflutung“ in unübersichtlichen Situationen zu vermeiden.

Letztlich ist es leider so, dass viele Patientinnen Gedanken der Sinn- und Hoffnungslosigkeit und eine fehlende Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich einer konstruktiven Änderung haben. Fehlende Lebensfreude und anhaltende Selbstwertdefizite tragen zusammen mit der scheinbar „wirksamen“ Selbstmedikation mit Zigaretten, Kaffee oder Nikotin dazu bei, dass eine Chronifizierung immer weiter läuft (siehe Abb. rechts).

Wann sollte man an eine ADHS-Konstitution denken?

Viele Therapeuten argumentieren, dass die Ess-Brechsucht bzw. die Einengung des Denkens und Handelns auf die Essstörung für die kognitiven Einschränkungen im Bereich der Konzentration und Aufmerksamkeit verantwortlich seien. Oder aber eine depressive Symptomatik oder Stresssymptome für die Beeinträchtigungen ursächlich zu sehen seien. Hierzu ist anzumerken, dass die syndrom-

typischen Merkmale von ADHS sich als lebenslange Symptomatik (mehr oder weniger) in den Kernbereichen manifestieren und somit nicht nur als kurzzeitige Auffälligkeit nachweisbar wären. Typische Aussagen bzw. Beschwerden von ADHSlerinnen mit einer Essstörung lauten:

- I Ich bin extrem leicht durch Geräusche, Gerüche oder Bewegung um mich herum ablenkbar. Dies kann zum Vermeiden solcher Situationen (einschließlich Vorlesungen bzw. größerer Menschenansammlungen, Treffen etc. führen).
- I nur wenn ich an einer Sache interessiert bin (weil sie neu, herausfordernd, wettkampfmäßig ist), bin ich motiviert. Meine Motivation kann schlagartig absinken und die Aufgabe wird dann nie abgeschlossen.
- I Meine Gedanken sind ein einziges Chaos (wie ein Flipper im Multi-

ballmodus), ich fühle mich meinen Gefühlen und Impulsen schutzlos ausgeliefert.

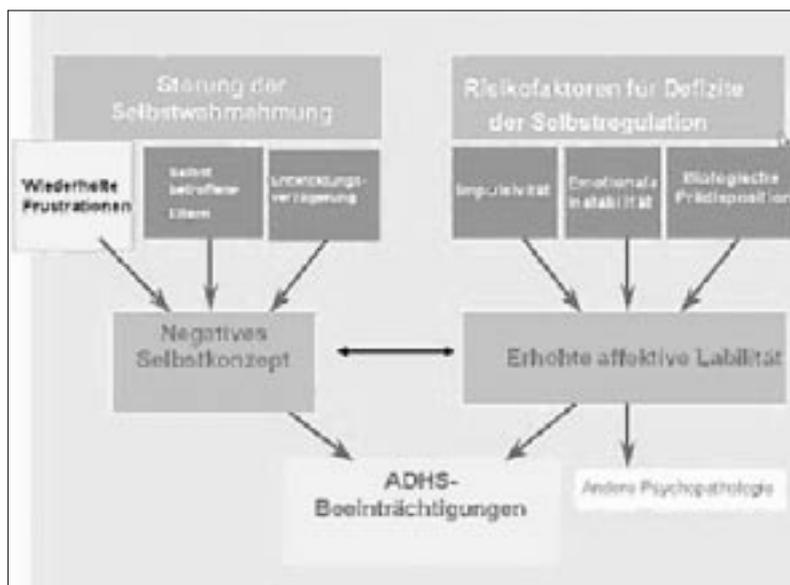
- I Trotz vorhandenem Willen und Motivation erreiche ich viele meiner Ziele nicht (oder nur auf Umwegen).
- I Ich kann mich nicht bremsen.

Für die Therapie der Bulimie ist der Symptomverzicht (d.h. Aufgabe der Essanfälle und Erbrechen) als ein wesentliches Ziel zu sehen. Dazu gehört es zwangsläufig, dass die Betroffenen ihr häufig völlig chaotisches, unregelmäßiges Essverhalten wieder ändern und eine Ernährung wieder erlernen, die dem Energiebedarf angemessen bzw. sich nach Hunger und Sättigung richtet. Typisch ist dabei auch, dass eigene interne Normen eines „Idealgewichtes“ oder unrealistische Einstellungen und Vorstellungen in Bezug auf

das eigene Erscheinungsbild zu korrigieren sind.

Die Berücksichtigung einer ADHS-Veranlagung kann nach unserer Erfahrung in der Therapie eine zusätzliche (allerdings keinesfalls ausschließlich) wirkende medikamentöse Behandlungsoption eröffnen. Letztlich ist eine Bündelung verschiedener Fachkompetenzen gefragt, die sowohl Aspekte einer Ess-Psychotherapie mit Wiedererlernen eines „geordneten“ Essverhaltens und ADHS-spezifische psychotherapeutische und medikamentöse Therapieaspekte einbezieht. Die Behandlung mit Stimulanzien (z.B. Methylphenidat in kurz- oder länger wirkenden Präparaten) bietet dabei einigen Patientinnen eine deutliche Zunahme von Kontrolle über ihr Essverhalten bzw. Abnahme des Symptomdrucks. Entsprechende Beobachtungen werden zwischenzeitlich auch in der Fachliteratur als Einzelkasuistiken zum Einsatz von Methylphenidat bei Bulimia nervosa bestätigt.

Literatur:
ADD and Addiction, Wendy Richardson (alternativ das Buch „Too much“)
Die Chaosprinzessin, S. Sölden, www.adhs-deutschland.de



Fisch fördert Entwicklung von Kindern

pm/red. Mehr als 340 Gramm Fisch pro Woche auf dem Speiseplan von Schwangeren fördert die Entwicklung ihrer ungeborenen Kinder. Entsprechende Forschungen wurden – wie die Deutsche Presseagentur kürzlich berichtete - in der britischen Zeitschrift (The Lancet 369, 2007, 578) veröffentlicht.

Die Forscher hatten Angaben von knapp 11 900 Schwangeren ausgewertet und deren Kinder im Alter bis zu acht Jahren untersucht. Je mehr Fisch die Schwangeren verspeist hatten, umso besser waren die Kinder bei sozialem Verhalten, sozialen Fähigkeiten, Feinmotorik und Kommunikation. Die Forscher vermuten, dies liege an den Omega-3-Fettsäuren aus Fisch.

Quelle: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/fachbereiche/gynaekologie/default.aspx?sid=438585>

- Komorbidität von ADHS und Bulimia nervosa gehäuft zu finden
- Kasuistiken zum erfolgreichen medikamentösen Behandlung mit Aufgabe des essgestörten Verhaltens
- Eigene Hinweise auf verbesserte Rückfallprävention ausserhalb eines hochstrukturierten Kliniksettings



Dukarm, P (2005)
Bulimia nervosa and attention deficit hyperactivity disorder: a possible role for stimulant medication.
J Womens Health (Larchmt). 2005 May;14(4):345-50.

Erwachsenen AD(H)S und Komorbidität

Differenzialdiagnostische Herangehensweisen bei AD(H)S

Leif-Patrick Viola



Leif-Patrick Viola arbeitet seit langem mit ADHS-Kindern und -Jugendlichen, engagiert sich in der ADHS-Erwachsenen Selbsthilfe sowie in der Netzwerk- und Internetarbeit der Regionalgruppe Münster.

AD(H)S im Erwachsenenalter steckt oftmals – und besonders im klinischen Bereich – in den Kinderschuhen. Primär liegt der Fokus Behandelnder noch auf den Erfahrungen tiefenpsychologisch fundierter klinischer Psychiatrie. Aber besonders für den AD(H)S Betroffenen ist eine speziellere Herangehensweise von Nöten, welche die typische Symptomatik der AD(H)S berücksichtigt! Dies betrifft vor allen Dingen die sogenannten Komorbiditäten, sekundäre Störungen, welche sich auf dem – unter Wasser befindlichen Eisberg – AD(H)S als sichtbare Spitze aufbauen.

AD(H)S – Das Persönlichkeits-Chamäleon

Betroffene AD(H)SlerInnen – und insbesondere die Erwachsenen – erlebe ich häufig in meiner Selbsthilfearbeit als Persönlichkeits-Chamäleons. Emotionen und Interaktions- und Beziehungsstrategien sind oftmals Spiegel eines derzeitig vorhandenen Settings zwischen dem Betroffenen AD(H)Sler und seinem Gegenüber. Diese können sich genauso schnell verändern, wie die eigentliche Stimmung des Betroffenen. So erlebt man extrem häufig, dass Betroffene, sich – gerade im klinischen Kontext – einem Setting anpassen, welches täuschend mit möglichen pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen übereinstimmt. „AD(H)SlerInnen leben ihr Umfeld“ wäre eine vereinfachte Ausdrucksweise hierfür. Besonders meine Erfahrungen, was passiert wenn sich jugendliche Betroffene „gestörten“ Subkulturen anschließen, macht mir dieses Phänomen persönlich nochmals deutlich. Wichtig ist dementsprechend ein persönliches Netzwerk aus Menschen, die einem „gut tun“. Professionelles AD(H)S-Coaching hat diese Erkenntnis schon längst in seine Arbeit integriert. Insbesondere Coaching, als eine der

sinnvollsten Kompensationsstrategien für AD(H)S, nutzt diese Gegebenheit um „Emotionen zu leihen“. Was bedeutet dies für die Differenzialdiagnostik der AD(H)S? Es bedeutet, dass die sogenannte Persönlichkeitsstörung, ein Konzept, das Beziehungs- und Interaktionsstörungen beschreibt und im klinischen Bereich eine starke Verbreitung gefunden hat, ein Konzept ist, welches schnell dazu führt, nach Symptomen zu diagnostizieren. Die Persönlichkeitsstörung ist aber, im Gegensatz zum AD(H)S, eine erworbene Krankheit, die einen klaren Traumatisierungs- oder entwicklungspsychologischen Hintergrund hat. Zu solchen Persönlichkeitsstörungen gehören auch jene, die sehr oft mit der Symptomatik der AD(H)S verwechselt werden können. AD(H)S im Erwachsenenalter ist für viele neu; neuer als die Persönlichkeitsstörung. Dementsprechend liegt der Fokus vieler Therapeuten und Ärzte noch nicht auf der sich oftmals verschleiern den AD(H)S-Symptomatik und ihrem neurologischen Hintergrund.

Narzissmus – Erste Täuschung

Die Zahlen der narzisstischen Störungen, komorbid zu der AD(H)S im Erwachsenenalter, sind prägnant. Interessant ist hierbei, dass ein „klinisches/therapeutisches Setting“ eine Selbstbeschäftigung mit eigenen Verhaltensweisen und Problemen voraussetzt. Ein Fokussieren auf sich selber. Hier gelangt, das allgemein bei AD(H)S bekannte, „Hyperfokussieren“ zur enormen Gewichtung. Menschen mit AD(H)S steigern sich in sich selbst rein – Hyperfokussieren sozusagen auf sich selbst. Hyperfokus ist eine AD(H)S-Symptomatik, die wenig Berücksichtigung in der Differenzialdiagnostik findet und deren pathologischer Wert selten explizit erörtert wird. Dies kann im Setting der Diagnostik oft zu Verwirrungen und letztlich zur Diagnostik der nar-

zisstischen Persönlichkeitsstörung führen, welche eine konkrete Behandlungsstrategie voraussetzt und einen innerpsychischen Konflikt, der eine besondere Herangehensweise benötigt. Diese Behandlung ist aber bei dem hier zugrundeliegenden Hyperfokussieren eines AD(H)S fehlindiziert.

Das pathologische System der Hyperfokussierung wird oftmals nicht erkannt. Und entsprechende Umgangsformen und Edukation werden weder ermöglicht noch berücksichtigt. Ganz im Gegenteil verwirren sich viele Betroffene mit einer solchen Fehl-Diagnostik im Hyperfokus, leiden noch stärker am irritierten Selbstwertgefühl, was bis zur Depression und weiteren Kompensations- und Abwehrstrategien führt, die der – so oft unverstandene – AD(H)Sler häufig aus der Vergangenheit erlernt hat. Eine häufige Bestätigung behandelnder Therapeuten, die dieses Abwehrverhalten möglicherweise zur „ich-syntonen“ Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung, also zu einer Beziehungs- und Interaktionsstörung zählen.

Histrionisch – Zweite Täuschung

Ähnliches finden wir bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung. Bei meiner Arbeit mit AD(H)S Kindern und Jugendlichen habe ich oftmals festgestellt, dass insbesondere „nicht medikamentös“ Behandelte, verstärkt eine Selbstregulation nutzen, die ihnen Struktur und Sicherheit bietet. Dies dient der Selbststeuerung der irritierten Fokussierung. Ein Annehmen fremder Regeln und Reize ist vermehrt dadurch erschwert. Dieses impliziert oftmals ein „Sich in den Mittelpunkt“ Drängen – ein „Alles unter Kontrolle haben“ und damit „alles“ im Fokus behalten können. Ein solches Verhalten kann schnell mit einer histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung verwechselt werden. Interessante Studien

zur Persönlichkeitsveränderung bei AD(H)S unter Methylphenidat verdeutlichen nochmals, dass hier eine Diagnostik vorliegt, die nicht eine persönlichkeitspezifische und tiefenpsychologisch orientierte Herangehensweise benötigt, sondern eine Vorab-Behandlung der AD(H)S! Auch haben langjährig erfahrene Fachkräfte oftmals das Phänomen „**Persönlichkeits-Chamäleon**“ festgestellt. Ambulante probatorische Sitzungen, die oftmals ergeben, dass es sich hier nicht um „starre“ Beziehungs- und Interaktionsstörungen handelt, sondern um Setting- und situationsabhängige Gegebenheiten der Interaktion bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Störung. Der Hyperfokus – keine Differenzialdiagnostik sondern ein Symptom der AD(H)S!

Zwänge – Dritte Täuschung

Deutlich wird dieses Phänomen auch bei Zwängen. Ein Zwang, eigentlich ein innerpsychischer Konflikt, hat bei AD(H)S andere Hintergründe. Der AD(H)Sler hat oftmals konkrete Gründe, seinen Zwang zu entwickeln, welche der Symptomatik der AD(H)S entspringen. Das bei Betroffenen bekannte „Schlüssel vergessen“, „Topf anbrennen lassen“ und andere Kleinkriege an der Front des Chaos, wecken bei oftmaligen Versagensängsten und Sanktionen aus dem Umfeld Strategien, um sich vor weiterem Chaos und emotionalem Stress zu schützen. Ein Zwang wird daraus geboren. Ist hier primär eine Behandlung des innerpsychischen Konflikts nötig oder liegt der Schlüssel in der AD(H)S und einer guten Verhaltenstherapie?

Borderline (BPS) – Vierte Täuschung

Viele Symptome der AD(H)S und des Emotional Instabilen/Borderline Typus sind zum Verwechseln ähnlich. Vereinfacht lässt sich sagen, dass die eigentlichen Unterschiede in den Bereichen „Objekt Konstanz“ (Schwarz-Weiß-Denken) und der Nähe-Distanz-Regulation liegen (BPS können nicht alleine sein). Zahlen sprechen dafür, dass ca. 50 Prozent aller diagnostizierten Borderliner eigentlich eine AD(H)S als Grundstörung oder sogar „nur“ eine AD(H)S

haben. Dramatische Zahlen. Aus der Selbsthilfe habe ich mehrere – meist Frauen – kennen gelernt, die auf BPS diagnostiziert wurden und erst nach jahrzettelanger scheiternder und zermürender Behandlung – die in einigen Fällen zur Frühberentung führte – auf ihre AD(H)S diagnostiziert wurden. Eine darauf folgende Behandlung mit Methylphenidat/Amphetaminen sorgte in vielen Fällen zu enormer Erleichterung und zu einem schwierigen Kampf, die vorherige Berentung wieder aufzuheben.

AD(H)S Symptomatik als Hintergrund erkennen

Also: Oftmals einen anderen Hintergrund haben die Komorbiditäten bei AD(H)S, welche die Berücksichtigung der eigentlichen AD(H)S-Symptomatik und ein systematisches AD(H)S-orientiertes Behandlungskonzept benötigen. Die „Freudianer“ versuchen oftmals den tiefenpsychologischen Hintergrund zu entschlüsseln und tappen besonders beim AD(H)S im Dunkeln und sind verwundert über das langfristige Scheitern Betroffener. AD(H)S ist nach derzeitigem Stand immer noch ein medizinisches Problem! Meine Professorin zur klinischen Psychologie sagte hierzu: „Es ist immer wichtig nicht nach Symptomen, sondern nach Hintergründen zu diagnostizieren! Gleiche Symptome können Ausdruck völlig unterschiedlicher Störungen sein.“ Ähnlich häufig ist die Verwechslung von Nahrungsunverträglichkeiten zu AD(H)S, dasselbe gilt für entwicklungspsychologisch bedingte Hintergründe, die oft mit einer AD(H)S verwechselt werden. Erfahrene Psychiater und Therapeuten, welche die Grundstörung AD(H)S in der Berücksichtigung komorbider Störungen involvieren, sind nach wie vor die Seltenheit. AD(H)S- und Differenzialdiagnostik stecken besonders im Erwachsenenalter noch vielerorts in den Kinderschuhen. Kein Wunder, war doch die Herangehensweise nicht auf die besonderen Hintergründe von uns „ChaotInnen“ eingestellt; weiß man doch dazu, dass diese Fachkräfte primär aus der Persönlichkeitsdiagnostik kommen. Dramatisch ist dies besonders wegen der oftmals feh-

lenden „sinnvollen“ Behandlung Betroffener AD(H)SlerInnen, und dazu auch noch oftmals hoch irritierend und stigmatisierend bei falscher Herangehensweise. Das kann „krank“ machen!

Nachwort

Sicherlich gibt es deutliche Komorbiditäten, die aus einer AD(H)S Vergangenheit entstehen können. Gewarnt sei aber vor „Schnellschüssen“ und einer gewohnten Diagnostik, wie sie von AD(H)S-Fremden eine immense Erfahrung genießt. „AD(H)SlerInnen sind anders“, und müssen auch – im Sinne eines medizinischen Problems – AD(H)S-spezifisch diagnostiziert und behandelt werden. Edukation ist hier wichtig. Ich sehe hier die Selbsthilfe prädestiniert für die Aufgabe Fachkräfte zu vernetzen, Betroffene und Laien aufzuklären und Erfahrungen „hautnah“ zu reflektieren.

Für dich lieber Leser, der vielleicht eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hat, kommen vielleicht Fragen auf wie: Habe ich jetzt eine Persönlichkeitsstörung oder hat mein Arzt nicht die Erfahrung, um mit einem AD(H)Sler umzugehen? Ein Rätsel, hervorragend geeignet für einen nächsten Hyperfokus. Hier hilft ein guter Tipp von einem ADS-Kenner und Psychiater: *„Diagnosen sind Schubladen! Sie passen aber nicht genau auf dich, und auf niemanden sonst. Denke nicht in Diagnosen, sondern denke in Fähigkeiten und Problemen. Versuche sie einzeln anzugehen, um einen Umgang für ein persönliches gelungenes Leben zu finden. Ein guter Arzt braucht keine Diagnoseschlüssel mehr, um zu verstehen. Das tun nur Anfänger und Krankenkassen.“*

Ich danke Herrn Dr. Walter Beerwerth für seine fachliche Unterstützung.



Schöne Dinge
wachsen inmitten
der Dornen.

Spruchwort

Verhaltensveränderungen unter einer standardisierten Eliminationsdiät bei Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS/ADHS): eine explorative Studie

Christa Müller



Christa Müller ist Schulpyschologin beim Staatl. Schulamt Landkreis Groß-Gerau und Main-Taunus-Kreis

1. Einleitung:

In den Jahren 2002-2004 fand am Staatlichen Schulamt in Rüsselsheim eine explorative Studie statt. Es wurde untersucht, ob eine Ernährungsumstellung im Sinne einer oligoantigenen Diät zu einer Symptomreduzierung bei Kindern mit ADS/ADHS führen würde. Das Projekt wurde im Rahmen des Pilotprojektes „Schule und Gesundheit“ des Hessischen Kultusministeriums durchgeführt.

2. Aktueller Forschungsstand

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS), welches zurzeit als **die häufigste Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter** bezeichnet wird, ist gekennzeichnet durch eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, Impulsivität und sehr oft begleitend, aber nicht immer, hyperaktivem Verhalten. In Bezug auf die Verursachung wird meist von einer multifaktoriellen Entstehungsgeschichte ausgegangen, bei der sowohl genetische als auch Umweltinflüsse miteinbezogen werden.

In den 70er Jahren propagierte Feingold eine Diät ohne Salicylate und ohne Farb- und Konservierungsstoffe¹⁰. Kontrollierte, doppelblind durchgeführte Studien zeigten jedoch, dass zwar einzelne Patienten auf Salicylate oder andere Lebensmittelzusätze reagierten, die meisten jedoch, bei Berücksichtigung nur dieses einen Aspektes, keine wesentliche Besserung erfuhren.

Wissenschaftliche Untersuchungen¹⁻⁵ belegen bei ADS-Kindern teilweise stark erhöhte Inzidenzen allergischer Symptomatik (bis zu 70 % der Fälle) bzw. vermehrt hyperaktivem oder aufmerksamkeitsgestörtem Verhalten bei allergischen Patienten (bis 50 %).

In der Untersuchung von Blank (1990)⁶ zeigten sich allergische Reaktionen (Inhalationsallergien, Nahrungsmittelallergien, Kontakt- und

Lösungsmittelallergien) bei Kindern mit ADS/HKS zirka doppelt so häufig, wie in der Kontrollgruppe mit emotionalen Störungen ohne HKS. Die Subgruppe der Kinder mit HKS ohne wesentliche Störung des Sozialverhaltens zeigte 2-3-fach höhere Inzidenzen allergischer Reaktionen als die Gruppe mit Störung des Sozialverhaltens.

Besedovsky et al. (1979)⁷, sowie Livant et al. (1985)⁸ konnten nachweisen, dass das noradrenerge System des ZNS an der Modulation von Immunfunktionen beteiligt ist.

Egger (1991) vermutet, dass die cerebrale Perfusion durch Nahrungsmittelfaktoren, über Neurotransmitter und gastrointestinale Hormone vermittelt, beeinflusst wird.⁹

Die Hypothese, dass prinzipiell jedes Nahrungsmittel durch entsprechende Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Pseudoallergien, Verhaltensauffälligkeiten verursachen könnte, führte dazu, die Wirkungsweise einer Diät, die nur wenige hypoallergene Bestandteile enthielt, zu erforschen. Die einzige Diät, die bisher in kontrollierten und doppelblind durchgeführten Untersuchungen eine signifikante Besserung des Verhaltens hyperaktiver Kinder herbeiführte, ist die oligoantigene Diät.⁵⁺⁹

Diäterfolge wurden zwar häufig durch die vermehrte Zuwendung, die dem Kind zuteil wurde, zu erklären versucht, es lässt sich jedoch nicht bestreiten, dass eine Teilgruppe von ADS/HKS-Kindern positiv auf eine Diätbehandlung, z.B. mit Verringerung der motorischen Unruhe, schulischen Leistungsverbesserungen usw. anspricht.

Hierzu sollen die folgenden 3 Untersuchungen genannt werden:

1. Prof. Schmidt¹¹, Mannheim in den 90er Jahren: Knapp die Hälfte (44,4 %) der Kinder zeigten signifikante Verhaltensverbesserungen unter Diät (obwohl die Mehr-

zahl der Kinder, die in die Stichprobe mit aufgenommen worden waren, „expansive Verhaltensstörungen“ aufwiesen)

2. Prof. Egger,¹² München, ebenso in den 90er Jahren: Gemäß Eltern- und Lehrerurteil führte eine Diätbehandlung im Rahmen einer Doppelblindstudie bei 67 % der Kinder mit HKS zu einer signifikanten Verhaltensverbesserung in den Bereichen: Impulsivität, motorische Unruhe, Erziehbarkeit, soziale Anpassung und Stabilität.

3. Niederländische Untersuchung von Dr. Pelsser¹³ und Prof. Dr. Buitelaar, Eindhoven 2002:

Nach Einschätzung der Eltern reagierten 62 % der 3-7 Jahre alten Kinder unter einer Diät, die überwiegend hypoallergene Bestandteile enthielt (z.B. Reis, Truthahn, Kopfsalat und Birne) mit einer Verhaltensverbesserung von mindestens 50 %, was sich geratet auf der verkürzten Conner-Liste, sowie auch auf dem ADHD-Fragebogen (ARS) zeigte.

In Anlehnung an diese Studien war ebenfalls eine oligoantigene Diät im Sinne einer Eliminationsdiät (keine Azofarbstoffe, keine Citrate, eingeschränkt: Milchprodukte und Süßigkeiten, eingeschränkt: Salicylate (auch in natürlicher Form, wie z.B. in roten Früchten)) als Ernährungsintervention ausgewählt worden.

3. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 46 Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren an der Untersuchung teil. Das Durchschnittsalter betrug 9,04 Jahre. Die Stichprobe bestand aus 37 Jungen (etwa 80 %) und 9 Mädchen (fast 20 %). Damit betrug das Geschlechterverhältnis etwa 4:1. 37 Kinder (80 %) besuchten die Grundschule, 8 Kinder die Sekundarstufe I, ein Junge eine Förder-Schule.

Bei mindestens 18 Kindern (39 %) muss von einer zusätzlichen hohen familiären Problembelastung* aus-

gegangen werden, bei 11 Kindern (24 %) von einer mittleren und bei 5 Kindern (11 %) von einer geringen familiären Belastung, was nicht heißt, dass der Leidensdruck der betroffenen Familien, welcher allein durch die Symptome des Kindes hervorgerufen war, nicht auch hier enorm hoch und insgesamt belastend war. Bei 12 Kindern (26 %) konnte der Grad der familiären Belastung nicht erfasst werden.

Bei 33 von 46 Kindern (das entspricht 72 %) lag eine Atopie vor, welche als Gradmesser für das Vorliegen einer klinisch manifesten Allergie bei einer Verwandtschaft ersten Grades (Geschwister oder Eltern) angesehen werden kann. Bei 13 Kindern (28 %) lag keine Atopie vor bzw. das Vorliegen einer allergischen Disposition war nicht bekannt.

4. Beschreibung der Verfahrensweise

Anhand einer ausführlichen Anamnese, wurden u.a. vorliegende familiäre atopische Erkrankungen, wie z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Migräne, Asthma, usw., sowie soziale Belastungsfaktoren miterfasst.

Eltern, meist begleitet von ihren Kindern, erhielten eine Ernährungsberatung im Sinne einer oligoantigenen Diät. Hierbei wurde auch an der Motivierung der Kinder gearbeitet, da von der Annahme ausgegangen wurde, dass eine Compliance der Kinder angestrebt werden muss, ohne die eine solche Untersuchung nicht möglich gewesen wäre. Das Verhalten des Kindes war jeweils von den Eltern und der Klassenleitung sowohl vor als auch nach der Ernährungsintervention mit Hilfe von standardisierten Tests, dem Conners-Lehrer-Eltern-Fragebogen, und dem Fragebogen für Eltern, Lehrer und Erzieher (FBB-HKS) eingeschätzt worden.

5. Ziele und Hypothesen

Ziel der Studie war zu erforschen, ob unter einer standardisierten Eliminationsdiät (im Sinne einer oligoantigenen Diät) bei einer nicht-vorselektionierten Gruppe Kinder mit ADS/ADHS, die AD(H)S-Symptome reduziert werden können.

Bezogen auf die Variablen waren vorab die folgenden Hypothesen aufgestellt worden:

1. Bei Familien, bei denen eine hohe familiäre Belastung* vorhanden ist, wird die Ernährungsumstellung früher abgebrochen, oder erst gar nicht durchgeführt im Vergleich zu Familien mit niedriger familiärer Belastung.

2. Aufbauend auf die erste Hypothese berichten Familien mit hoher familiärer Belastung nach der Ernährungsumstellung eher von keinem Erfolg.

3. Der Anteil von ADS Kindern mit familiärer allergischer Prädisposition (Atopie) ist deutlich höher als der Anteil der ADS- Kinder ohne allergische Prädisposition.

4. Eltern jüngerer Kinder (bis 9 Jahre) berichten signifikant öfter von Erfolgen als Eltern älterer Kinder (ab 10 Jahre).

5. Jüngere Kinder halten die Diät signifikant konsequenter ein, als ältere Kinder.

6. Operationalisierung des Verhaltens

Zur Operationalisierung des Verhaltens wurden die folgenden Fragebö-

gen verwendet: die Conners-Scale und der Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS). Der Conners-Lehrer-Eltern-Fragebogen war in der Vergangenheit häufig in der pharmakologischen Forschung von ADHS eingesetzt worden. In der verwendeten Fassung bestand er aus 11 Items, je 4-stufig skaliert und erfasst die Kernsymptome motorische Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsfähigkeit, ergänzt um das Item 11, das den Schweregrad der Störung zu erfassen sucht. Die Punktzahl liegt dementsprechend zwischen 0 und 33 Punkten.

Der Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) ist Bestandteil des Diagnostiksystems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (DISYPS-KJ). Er erfasst in 20 Items (+ 10 Individualfragen) die Symptomkriterien (inklusive dem Schweregrad), die von Eltern und Lehrern beurteilt werden. (Tabelle 1 und 2)

7. Statistische Analyse

Die von Eltern und Lehrern sowohl vor als auch nach der Ernährungsumstellung ausgefüllten Fragebögen wurden mit Hilfe des T-tests für gepaarte Stichproben (Vorher-Nachher-Messung) statistisch ausgewertet. Bei der Kontrolle der Hypothesen wurde die Varianzanalyse Anova und gegebenenfalls Korrelationsberechnungen nach Pearson angewandt. Die Statistikanalysen wurden mit dem SPSS-

Anm.:
Bei der genannten Studie handelt es sich um keine doppelblinde, sondern eine „intend to treat“ Studie, an die Betreuer und Betroffene eine bestimmte Erwartung haben.
Dr. Klaus Skrodzki

Tabelle : 1

Von den Eltern mittels des Conners-Lehrer-Eltern-Fragebogen (Lit. 14) und dem FBB-Fragebogen (Lit. 15) ermittelte Symptomscores vor und nach der Durchführung der Ernährungsintervention bei 25 Kindern mit ADHD-Symptomatik.			
	Vor der Ernährungs- umstellung	unter der Eliminationsdiät	Prozentsatz der Verringerung der Problemscores
Conners, Mittelwert	17,0	9,56	43,76 %
FBB, Mittelwert	29,52	19,68	33,33 %
p= 0,00 für die Differenzen zwischen den Werten vor und während der Eliminationsdiät			

Tabelle : 2

Von den Lehrern mittels des Conners-Lehrer-Eltern-Fragebogen (Lit.14) und dem FBB-Fragebogen (Lit.15) ermittelte Symptomscores vor und nach der Durchführung der Ernährungsintervention bei 22 Kindern mit ADHD-Symptomatik.			
	Vor der Ernährungs- umstellung	unter der Eliminationsdiät	Prozentsatz : Verringerung der Problemscores
Conners, Mittelwert	16,18	10,82	33,13 %
FBB, Mittelwert	30,73	19,00	38,17 %
p= 0,00 für die Differenzen zwischen den Werten vor und während der Eliminationsdiät			

*) Die Einschätzung als Familie mit „hohen sozialen Belastungen“ erfolgte, wenn z.B.
 I die Eltern in Trennungssituation oder Scheidung lebten,
 I der Vater arbeitslos war oder die Familie unter der Armutsgrenze lag,
 I Mutter oder Vater alleinerziehend waren,
 I zusätzlich ein körperlich oder psychisch krankes Familienmitglied vorhanden war,
 I die Großmutter, die überwiegend Erziehende war

Computerprogramm (Version 10 für Windows) durchgeführt.

8. Ergebnisse:

8.1. Telefonische Rückmeldung

44 % der Eltern berichteten über „großen“ Erfolg, 39 % über ein wenig Erfolg und 13 % berichteten über keinen Erfolg (bei 2% lag diesbezüglich keine Information vor).

9 Kinder (18,4 %) brachen die Ernährungsintervention vorzeitig ab, bei 4 (9 %) konnte nicht ermittelt werden, ob die Diät konsequent durchgehalten worden war oder nicht.

6 Eltern hatten zwar telefonisch ein positives Feedback gegeben, aber die Fragebögen nach der Ernährungsumstellung nicht abgegeben. Bei 2 Kindern konnten die Fragebogenergebnisse nicht mit in die Untersuchung aufgenommen werden: ein Kind stand während der Untersuchung unter Methylphenidat. Bei einem anderen Kind wurde von der Mutter eingeräumt, dass dem Kind gegen Ende der Ernährungsumstellung gleichzeitig Medikinet verabreicht worden war. Die telefonische Rückmeldung hatte sich allerdings noch auf die medikamentenfreie Zeit bezogen. Bei mehreren Rückmeldebögen konnten die Ergebnisse nicht verwendet werden, da 2 oder mehr Werte fehlten.

Die übrigen 25 Kinder nahmen komplett an der Untersuchung teil; hier konnten die vollständigen Vorher-Nachher-Bögen einer statistischen Analyse unterzogen werden.

Bei 22 lagen ebenfalls Lehrereinschätzungen vor. Bei den übrigen Kindern gab es keine Lehrereinschätzungen (entweder weil Ferien waren oder es keine Compliance von Seiten der Lehrerschaft gab).

8.2. Ergebnis bezüglich der Leithypothese:

Es zeigten sich sowohl in den von den Eltern ausgefüllten Fragebögen, (n = 25), als auch in den von den Lehrern ausgefüllten Fragebögen (n = 22), dass die problematischen Items nach der Ernährungsintervention statistisch signifikant niedriger eingeschätzt worden waren.

Die Verbesserungen betrafen sowohl die Aufmerksamkeits- als auch

die Impulsivität als auch die Hyperaktivitätsscores, wobei die Hyperaktivität im Vergleich zu den anderen Symptomen am meisten zurückgegangen war.

Bezogen auf die Conners-scale:

Die Mittelwerte (welche als Maßstab für die Symptomausprägung angesehen werden können) verringerten sich bei der Elterneinschätzung um 0,68 Wertungspunkte (WP). Dies entspricht einer prozentualen Verringerung der Symptomscores um 43,76%. (Abb. 1)

Die prozentuale Abnahme ausgehend von der Einschätzung der Lehrer lag bei 33,13 %. (Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Differenz zwischen den Mittelwerten vor und während der Eliminationsdiät betrug $p=0,00$). (Abb. 2)

Die Ergebnisse des FBB fielen insgesamt etwas geringer aus, bestätigen allerdings im Großen und Ganzen die Resultate der Conners-scale. Sie verringerten sich bei der Elterneinschätzung durchschnittlich

um 0,49 Wertungspunkte (WP). Dies entspricht 33,33 %. (Die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Differenz zwischen den Mittelwerten vor und während der Eliminationsdiät betrug $p=0,00$). (Abb. 3)

Die prozentuale Verbesserung ausgehend von der Einschätzung der Lehrer lag bei 38,17 % (Abb. 4).

Zusammengefasst: Bei Kindern mit ADHS können bei Anwendung einer Standardeliminationsdiät statistisch signifikante Verhaltensveränderungen erzielt werden.

8.3. Bewertung bezogen auf die Unterhypothesen:

zu Hypothese 1: Bei Familien, bei denen eine hohe soziale Belastung vorhanden ist, wird die Ernährungsumstellung früher abgebrochen, oder erst gar nicht durchgeführt im Vergleich zu Familien mit niedriger familiärer Belastung.

Statistisch ergab sich eine hohe negative Korrelation zwischen den Variablen (Familiäre Belastung und

Abb. 1

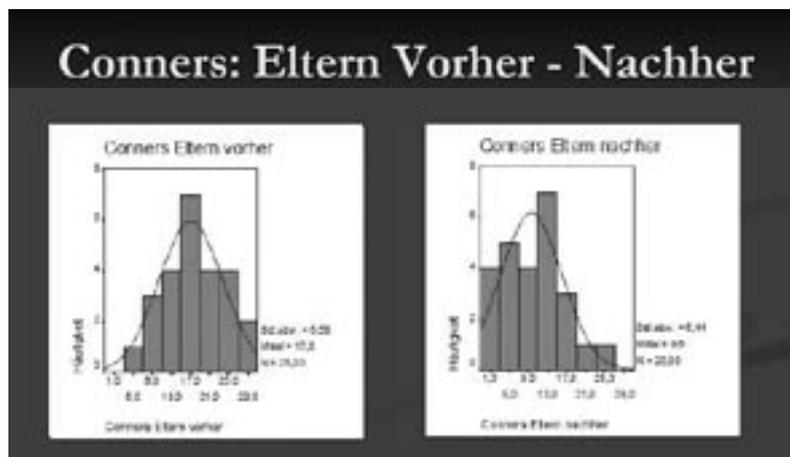
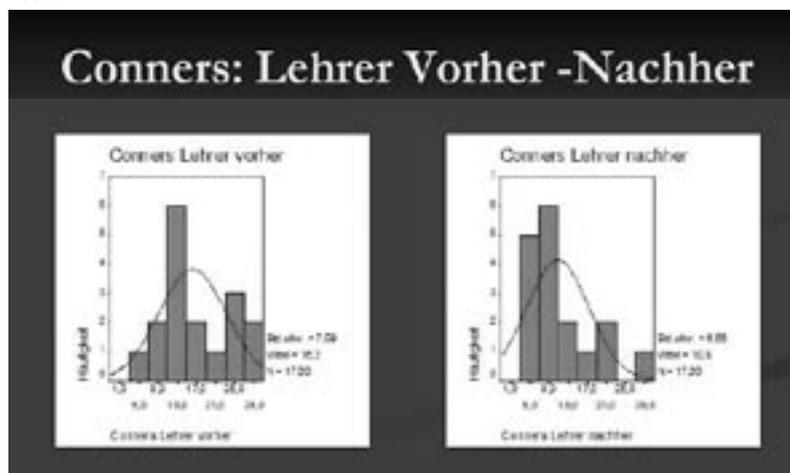


Abb. 2



Konsequenz der Maßnahme). Das heißt die Hypothese konnte bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % bestätigt werden.

zu Hypothese 2: Wird von Familien mit hoher familiärer Belastung die Ernährungsumstellung de facto durchgeführt, berichten diese nach der Ernährungsumstellung eher von keinem Erfolg. Diese Hypothese konnte statistisch nicht untermauert werden, aber es zeichnete sich eine Tendenz in die erwartete Richtung ab ($\alpha = 0,078$).

zu Hypothese 3: Der Anteil von ADS Kindern mit familiärer allergischer Prädisposition (Atopie) ist deutlich höher als der Anteil der ADS-Kinder ohne allergische Prädisposition.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Bei den Probanden, die sich gemeldet hatten und nicht vorselektioniert worden waren, wiesen 72 % eine familiäre Atopie auf. Bei 26 % war entweder keine Atopie bekannt bzw. definitiv nicht vorhanden (2 %).

zu Hypothese 4: Eltern jüngerer ADHS Kinder (bis 9 Jahre) berichten signifikant öfter von Erfolgen als Eltern älterer Kinder (ab 10 Jahre).

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es zeigten sich keine Alterseffekte.

zu Hypothese 5: Jüngere Kinder (bis 9 Jahre) halten die Diät signifikant konsequenter ein als ältere Kinder (ab 10 Jahre). Auch diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Es ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

8.4. Körperliche Beschwerden:

Viele der Kinder mit ADHS wiesen zahlreiche körperliche Beschwerden auf, wie beispielsweise Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Durchfall, Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, permanenten Durst, übermäßiges Schwitzen, Ein- und Durchschlafstörungen.

Bei einigen Klienten, bei denen über nur wenig Erfolg in Bezug auf eine Verhaltensänderung berich-

tet worden war, verschwanden aber unter der Eliminationsdiät fast immer die körperlichen Symptome, z.B. die Tics.

9. Diskussion:

Aufgrund der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass durch das konsequente Einhalten der oligoantigenen Diät sich bei einem Großteil der Kinder die ADHS-Symptome reduzieren. Die Erfolge waren allerdings nicht so groß, wie z.B. in der Pelsser-Studie (2002), die bei 60 % der Kinder Verhaltensverbesserungen um 50 % und mehr nachweisen konnten. Der Prozentsatz der Kinder, denen mit der Ernährungsumstellung geholfen werden konnte, war zwar in etwa vergleichbar, aber das Ausmaß der Scorereduzierungen in den durchgeführten Fragebögen betrug nur zwischen 33 und 44 Prozent. Das mag auf den ersten Blick am Alter der Kinder gelegen haben, jedoch konnten in der vorliegenden Untersuchung keine Alterseffekte festgestellt werden.

Selbstkritisch ist weiterhin anzumerken, dass von den insgesamt 46 Probanden 45 % der Eltern die Nachher-Fragebögen nicht abgegeben, bzw. nicht vollständig ausgefüllt hatten. Dies ist umso bedauerlicher, zumal einige dieser Eltern telefonisch ein positives Feedback gegeben hatten. Hier hätte man mit mehr Mitarbeitern innerhalb des Projektes die Rückgabequote der Nachher-Bögen sicher steigern können.

Bei der Untersuchung waren in einigen wenigen Fällen auch Kinder in die Untersuchung mit aufgenommen worden, welche auf der Conners-Scala nicht den vorgesehenen Screeningwert von 18 erreicht hatten. Diese Kinder hatten eine „Einfache Aufmerksamkeitsstörung“ (ICD 10: F90) und häufig zusätzlich Lernstörungen (überwiegend Lese- und Rechtschreibstörungen). Da der Leidensdruck der Betroffenen aber sehr hoch war, war auch bei diesen Probanden eine Ernährungsintervention (meist recht erfolgreich) durchgeführt worden. Dies hat sich möglicherweise nachteilig auf die erwarteten Effekte ausgewirkt.

Zukünftig sollte überlegt werden, ob die Conners-Scala ein geeigne-

Abb. 3

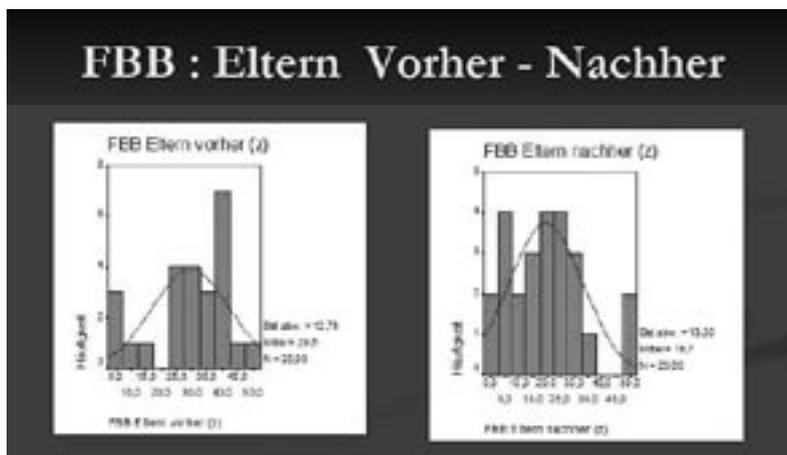
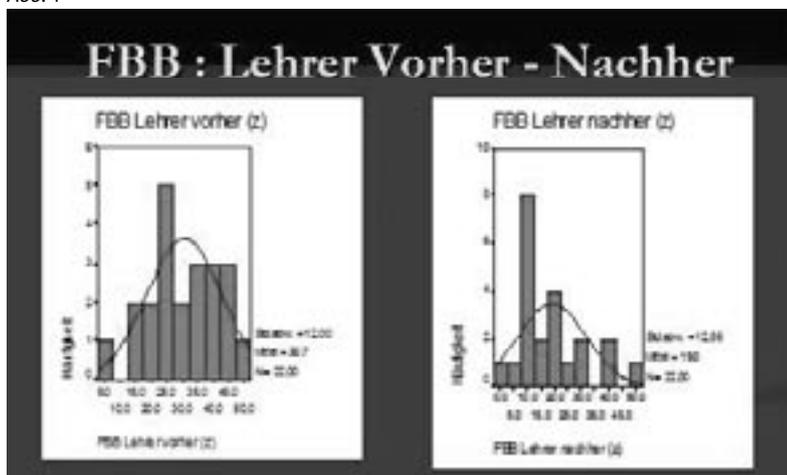


Abb. 4



tes Evaluationsinstrument ist, wenn es darum geht, Effekte in einer Stichprobe, die auch einige Kinder mit einer „Einfachen Aufmerksamkeitsstörung“ umfasst, nachzuweisen.

Für weitere Forschungen wäre es sinnvoll, körperliche Beschwerden systematischer, z.B. in Form einer Körperbeschwerdeliste zu erfassen, so dass nach der Untersuchung eine statistische Evaluation möglich ist. Zukünftige Untersuchungen sollten eine systematische Einschätzung der sozialen Belastung z.B. mit standardisierten Bögen vornehmen.

Literatur

1. Rapp, D.J. (1979). Allergies and the hyperactive child. Comerstone Library New York.
2. Barkley, RA (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

3. Beyreiss, J.; Roth, N.; et al. (1988). Coincidence of immune (atopic dermatitis and behavioural (attention deficit) disorders in children: empirical data. *Activitas Nervosa Superior (Praha)*, 30,2. p. 127-128.
4. Roth, N. & Beyreiss, J. (1991) Hyperaktivität und Atopie/Allergie bei Kindern: Koinzidenz der Störung und möglicher pathophysiologischer Hintergrund. In: Baerlocher, K.& Jelinek, J. (Hrsg.) Ernährung und Verhalten. Stuttgart: Thieme.
5. Egger, J., Carter, CM, Graham PJ, Gamley D. Soothill JF. (1985). Controlled trial of oligoantigenic diet treatment in the hyperkinetic syndrome. *Lancet*; 1: 540-545.
6. Blank, R. (1990). Diätetische Maßnahmen bei hyperaktiven Kindern. *Frühförderung interdisziplinär*, 9. Jg., S.171-177.
7. Besedovsky, HO, del Rey et.al. (1979). Immunoregulation mediated by sympathetic nervous system. *Cell Immunol.*; 48: 346-355.
8. Livant, S., Felten SY, et al.(1985). Involvement of peripheral and central catecholamine systems in neutral immune interactions. *J.of Neuroimmunologie* 10: 5 -30.
9. Egger, J. (1991). Das hyperkinetische Syndrom: Ätiologie, Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung. In: Baerlocher, K.& Jelinek, J. (Hrsg.) Ernährung und Verhalten. Stuttgart: Thieme.
10. Feingold BF. (1975). *Hyperkineses and learning disabilities linked to artificial food flavours and colors.* *Am J. Nurs.* 75:797-803.
11. Schmidt, M.H. (1995). in: „Die Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen.“ Bezugsadresse: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de).
12. Egger, J. (1995). in: „Die Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen.“ Bezugsadresse: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de).
13. Pelsser, L.M.J., Buitelaar, J.K. (2002). Gunstige invloed van een standaardeliminatie-dieet op het gedrag van jonge kinderen met aandachtsstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD), een verkennend onderzoek. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 28 dec; 146 (52) : 2543- 2547. (Der günstige Einfluss einer standardisierten Eliminationsdiät auf das Verhalten jüngerer Kinder mit Aufmerksamkeits- Defizit-Syndrom (ADHD), eine explorative Untersuchung).
14. Conners CK.; Goyette CH; Southwick DA; Lees IM; Andrulis PA. (1976). Foodadditives and hyperkinesis : a controlled double- blind experiment. *Pediatrics* .58: 154-66.
15. Döpfner, Manfred; Lehmkuhl, G. (2000). FBB in DISYPS- KJ. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV. Bern : Vlg. Hans Huber.

Rot macht doch nicht wild

Farbstoffe im Essen haben offenbar keinen Einfluss auf Hyperaktivität¹

Detlev Boeing



Detlev Boeing

Im September 2007 hatte eine britische Studie die EU-Kommission alarmiert: Womöglich können künstliche Lebensmittelfarben und ein Konservierungsmittel bei Kindern zu hyperaktivem Verhalten führen. Brüssel hatte daraufhin die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) in Parma (Italien) beauftragt, diesem Verdacht nachzugehen.

Die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) ist im Bereich der Lebensmittel- und Futtermittelsicherheit der Grundpfeiler der Risikobewertung der Europäischen Union (EU). In enger Zusammenarbeit mit nationalen Behörden und offenem Austausch mit betroffenen Interessengruppen stellt die EFSA unabhängige wissenschaftliche Beratung zur Verfügung und kommuniziert deutlich und verständlich über vorhandene und aufkommende Risiken.

Diese Behörde hat nun ihre Untersuchungen abgeschlossen und die Ergebnisse der Öffentlichkeit in einer Pressemitteilung vom 14. März 2008 vorgestellt. Darin heißt es un-

ter der Überschrift „EFSA bewertet die sog. Southampton Studie über Lebensmittelzusatzstoffe und das Verhalten von Kindern (Hyperaktivität) neu“ unter anderem:

Wissenschaftler der europäischen Überwachungsorganisation für Lebensmittelsicherheit haben kürzlich die Überprüfung einer britischen Studie aus dem Jahr 2007² hinsichtlich der Auswirkungen von zwei Mischungen bestimmter Lebensmittelfarben (gelb und rot) und des Konservierungsmittels Natriumbenzoat³ auf das Verhalten von Kindern abgeschlossen. Jene Studie, welche letztes Jahr von Forschern der Universität von Southampton veröffentlicht worden war (McCann *et al*, 2007), hatte behauptet, dass bestimmte Lebensmittelfarben das Risiko für Hyperaktivität bei Kindern erhöhten.

Das AFC-Gremium⁴ der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit kam mit Hilfe von Verhaltensforschern, Kinderpsychiatern, Allergologen und Statistikern zu dem Ergebnis, dass die britische Studie nur sehr begrenzte Nachweise für

geringe Auswirkungen der getesteten Zusatzstoffe auf die Aktivität und die Aufmerksamkeit bei einigen Kindern lieferte. Jedoch waren die beobachteten Auswirkungen widersprüchlich für beide Altersgruppen und für die beiden in der Studie getesteten Farbmischungen.

In Anbetracht der unzureichenden Beweiskraft und der beträchtlichen Unsicherheiten⁵, wie z.B. dem Mangel an Übereinstimmung und der relativ schwachen Auswirkungen sowie des Fehlens von Informationen zur klinischen Bedeutung der beobachteten Verhaltensänderungen kam das Gremium zum Schluss, dass die Ergebnisse der McCann *et al*-Studie keine Grundlage für eine mögliche Änderung der empfohlenen Grenzwerte (ADI)⁶ für die entsprechenden Lebensmittelfarben oder des Natriumbenzoats bieten.

Zu den Einschränkungen der Studie gehörte, dass es nicht möglich war genau festzulegen, welche Zusatzstoffe für die in den Kindern beobachteten Auswirkungen verantwortlich gewesen sein könnten, da

Mischungen und nicht einzelne Zusatzstoffe getestet wurden.

Obwohl die Ergebnisse der Studie für einzelne Menschen, welche auf Lebensmittelzusatzstoffe im allgemeinen oder Lebensmittelfarben im besonderen empfindlich reagieren, relevant sein könnten, kann gegenwärtig nicht festgestellt werden, wie weit eine solche Empfindlichkeit in der allgemeinen Bevölkerung verbreitet sein könnte.

Das von Verhaltensexperten unterstützte Gremium war ferner der Ansicht, dass die Bedeutung der Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder unklar blieb. Es habe nicht nachgewiesen werden können, ob die geringen Änderungen der beobachteten Aufmerksamkeit und Aktivität sich störend auf die Schularbeiten oder andere intellektuelle Funktionen auswirkten.

Erhebungen in den Jahren 2002 bis 2005 zu Süßigkeiten und Limonaden⁷ haben die häufige Verwendung der Farbstoffe bestätigt. Natriumbenzoat findet sich ebenfalls häufig in Limonaden. Das AFC-Gremium hielt fest, dass Kinder, die knallbunt gefärbte Süßigkeiten und Limonaden konsumieren, für einige der in der Studie getesteten Zusatzstoffe Einnahmewerte erreichen könnten, die mit der im Rahmen der Studie täglich verabreichten Menge vergleichbar war.

Das Gremium bewertete die McCann *et al* Studie vor dem Hintergrund früherer Studien in den 70er Jahren zu den Auswirkungen von Lebensmittelzusatzstoffen auf das Verhalten. Demnach handelte es sich hier um die größte Studie, welche zum behaupteten Zusammenhang zwischen Lebensmittelzusatzstoffen und Hyperaktivität je durchgeführt wurde. Allerdings schränkte das Gremium ein, dass in der Mehrzahl der früheren Studien als hyperaktiv beschriebene Kinder teilgenommen hatten, die deshalb nicht repräsentativ für die allgemeine Bevölkerung waren.

Das AFC-Gremium ist gegenwärtig damit beschäftigt, die Sicherheit sämtlicher in der Europäischen Union zugelassenen Lebensmittelfarben fallweise neu zu bewerten. Auch die in der McCann *et al* getesteten

Farbstoffe werden von dieser Übersicht erfasst. Stellungnahmen zu einigen der betreffenden Farben, wie z.B. Allurarot, werden voraussichtlich gegen Ende dieses Jahres angenommen.

Der vollständige Wortlaut (in englischer Sprache) der vorliegenden Stellungnahme mitsamt ausführlicher statistischer Anhänge ist abrufbar auf der EFSA-Website unter: http://www.efsa.europa.eu/EFSA/efsa_locale-1178620753812_1178694648892.htm

Joest Martinus, Kinder- und Jugendpsychiater an der Universität München, nahm dazu in der SZ Stellung: „Untersuchungen zu Ernährung und Hyperaktivität sind immer kritisch zu betrachten. Der Einfluss von Lebensmittelzusätzen auf Hyperaktivität wird seit Jahrzehnten diskutiert. Es gibt zahlreiche Faktoren, die das Störungsbild beeinflussen. Die Ernährung hat – wenn überhaupt – nur eine sehr kleine Bedeutung“.

Dagegen bleibt Angelika Michel-Drees, Ernährungsreferentin beim Bundesverband der Verbraucherzentralen, skeptisch: „Die einzelnen Inhaltsstoffe mögen harmlos sein. Über ihr Zusammenwirken ist aber noch immer viel zu wenig bekannt“.

Es ist daher zu erwarten, dass diese Fragen auch in Zukunft Gegenstand weiterer Studien sein werden. Unabhängig von einem möglichen Zusammenhang mit Hyperaktivität oder ADHS ist allerdings hervorzuheben, dass der übermäßige Konsum von Süßigkeiten oder Limonaden generell – d.h. für Klein und Groß –

ungesund ist und daher weitgehend eingeschränkt werden sollte. ☞

1) Schlagzeile in der Süddeutschen Zeitung Nr. 66 vom 18. März 2008, S. 18 (Artikel von Mathias Stamm)

2) Die von McCann *et al* durchgeführte Studie (2007), die im Auftrag der britischen Nahrungsmittelbehörde (UK Food Standards Agency – FSA) stattfand, betraf 153 Kinder im Alter von 3 Jahren und 144 Kinder im Alter von 8-9 Jahren aus der allgemeinen Bevölkerung, einschließlich Kinder mit normaler bis erhöhter Aktivität, allerdings keine Kinder mit ADHS, die medikamentös behandelt wurden. Die Studie wurde in The Lancet publiziert, siehe:

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607613063/abstract>

Der britische Ausschuss für Toxikologie hatte die Studie seinerzeit bewertet und eine umfassende Erklärung herausgegeben, siehe: <http://cot.food.gov.uk/statements/cotstatements2007/colpreservchildren>

3) Die in den beiden Mischungen enthaltenen Zusatzstoffe, welche den Kindern gegeben wurden, waren: die Farbstoffe Tartrazin (E102), gelbes Quinolin (E104), Gelborange S (E110), Cochenillerot (E124), Allurarot (E129), Azorubin AC (E122) sowie das Konservierungsmittel Natriumbenzoat (E211)

4) Wissenschaftliches Gremium für Lebensmittelzusatzstoffe, Aromastoffe, Verarbeitungshilfsstoffe und Materialien, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen (AFC-Gremium). In dem 21-köpfigen Gremium arbeiten u.a. auch drei deutsche Wissenschaftler: Wolfgang Dekant (Uni Würzburg), Karl-Heinz Engel (TU München), Rainer Gürtler (Bundesinstitut für Risikobewertung)

5) Widersprüchliche Ergebnisse je nach Alter und Geschlecht der Kinder; die Auswirkungen der beiden Mischungen von getesteten Zusatzstoffen und die Art des Beobachters (Elternteil, Lehrer, unabhängiger Sachverständiger); die unbekannte klinische Relevanz der gemessenen Auswirkungen; Mangel an Information über Dosis-Wirkung; unbekannte Relevanz der geringen Auswirkungsgröße; die Tatsache, dass Mischungen verwendet wurden und es nicht möglich ist, die Auswirkungen einzelner Zusatzstoffe zu bestimmen; das Fehlen eines plausiblen biologischen Mechanismus, der die mögliche Verbindung zwischen Verzehr von Farbstoffen und Verhalten erklären könnte.

6) ETD (engl; ADI), oder Erlaubte Tagesdosis, ist die Dosis einer Substanz wie zum Beispiel eines Lebensmittelzusatzstoffes, die bei lebenslanger täglicher Einnahme ohne bemerkenswertes Gesundheitsrisiko verbraucht werden kann, d.h. medizinisch unbedenklich ist. ETD wird in Milligramm (der Substanz) pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag ausgedrückt.

7) UK Food Standards Agency – FSA (2002); unveröffentlichte Erhebung der Behörde für Lebensmittelsicherheit von Irland (FSAI) (2005); Dachverband Europäischer Getränke-Verbände (UNESDA) (2005)

Der menschliche Verstand
und die menschliche Phantasie
funktionieren wesentlich besser,
wenn sie sich mit dem Negativen
statt mit dem Guten befassen.

Manfred Rommel (*1928)
deutscher Politiker
Bürgermeister von Stuttgart

Kinder-Ängste wachsen sich nicht aus

Etwa zehn Prozent der 6- bis 16-Jährigen haben eine Angststörung

pm/red. Angsterkrankungen bei Erwachsenen zeichnen sich oft schon in der Kindheit ab: Die Hälfte aller Angststörungen manifestiert sich bereits vor dem 14. Lebensjahr. Je früher die Kinder erkannt und behandelt werden, umso besser ist die Prognose.

Wie Professor Jürgen Margraf aus Basel beim kürzlichen Psychiatriekongress in Berlin erklärte, sind Trennungängste und Phobien häufig schon im Vorschulalter zu erkennen.

In der Schweiz sind über elf Prozent der 6- bis 16-jährigen Kinder und Jugendlichen daran erkrankt, für Deutschland gehen Experten von ähnlichen Zahlen aus.

„Angststörungen bei Kindern wachsen sich in der Regel nicht aus“, so Prof. Margraf, „sie sind stark prädiktiv für eine spätere Angsterkrankung“. Und sie sind auch eine Ursache für soziale Beeinträchtigungen wie spätere Arbeitslosigkeit und Suchtmittelmissbrauch. „Früherkennung und -intervention bei Kindern mit Angststörungen bedeutet somit eine Prävention psychischer Störungen bei Erwachsenen“, so Margraf.

Vom Beginn der Störung bis zur Diagnostik und Therapie vergehen aber meist mehrere Jahre. Denn vielfach klagen die Patienten – sowohl Kinder als auch Erwachsene – in der Sprechstunde eher über somatische Beschwerden wie Bauch- oder Rückenschmerzen, als dass sie ihre Ängste thematisieren. Häufig seien die Störungsbilder auch nicht ausreichend bekannt. Mit einfachen Fragen wie:

„Waren Sie in letzter Zeit besonders nervös oder ängstlich?“ oder

„Machst Du Dir viele Sorgen?“ lasse sich in jeder Altersstufe schnell und zuverlässig feststellen, ob pathologische Ängste vorliegen. ↵

Quelle: Ärzte Zeitung, 12
<http://www.aerztezeitung.de/suchen?sid=476259&query=ADHS>

Bei ADHS kommt es zu einer Entwicklungsverzögerung des Gehirns

pm/wissenschaft/red. Bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) entwickeln sich Teile des Gehirns langsamer als bei gesunden Kindern. Viele Hirnregionen reifen durchschnittlich 3 Jahre später als bei Kindern ohne Verhaltensauffälligkeiten. Forscher des National Institute Of Health in Bethesda, Maryland untersuchten bei insgesamt 446 Kindern und Jugendlichen mit und ohne ADHS die Dicke der Großhirnrinde mittels der Magnetresonanztomografie (MRT) an 40.000 Punkten. Jedes Kind wurde mindestens 2-mal im Abstand von etwa 3 Jahren gescannt. Die Wissenschaftler interessierten sich dabei für die Frage, wann die Großhirnrinde ihre maximale Dicke erreicht. Dies ist der Zeitpunkt, ab dem überschüssige Nervenverbindungen wieder abgebaut werden.

Bei den Kindern mit einer Aufmerksamkeitsstörung erreichten die untersuchten Stellen ihre maximale Ausdehnung im Schnitt 3 Jahre später, in einigen Fällen sogar mit einer Verzögerung von 5 Jahren. Eine Ausnahme bildete das motorische Zentrum, das sich als einzige Region bei der ADHS-Gruppe früher entwickelte. Bei Arealen im vorderen Bereich des Gehirns hingegen war die Verzögerung besonders ausgeprägt. Diese Hirnregion wird höheren Funktionen zugeschrieben, wie dem abstrakten Denken und der Kontrolle der Aufmerksamkeit. Genau diese Fähigkeiten sind es, die bei Kindern mit ADHS häufig beeinträchtigt sind. Obwohl sich das Bewegungszentrum bei Kindern mit ADHS sehr schnell entwickelt, kommt es in den Regionen, die der Kontrolle von Bewegungen dient, zu einer deutlichen Verzögerung.

„Die Erkenntnis, dass es bei Kindern mit ADHS zu einer Verzögerung der Entwicklung des Gehirns kommt, könnte erklären, weshalb wir bei vielen betroffenen Kindern und Jugendlichen gute Erfolge mit un-

seren komplexen, die Entwicklung fördernden therapeutischen Maßnahmen haben“, erläutert Dr. Christa Schaff, Vorsitzende des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP). „Allerdings bleibt ADHS bei bis zu einem Viertel der Betroffenen auch im Erwachsenenalter bestehen.“ ↵

Quelle: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinaktuell/show.php?id=832&nodeid=4>

Studie zu Elterntraining an der Universität zu Köln

In einer Studie untersuchen Wissenschaftler der Universität zu Köln zurzeit, ob ein Elterntraining für Eltern von Kindern mit ADHS effektiver als Einzel- oder als Gruppentraining ist. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert das auf zwei Jahre angelegte Projekt, an dem insgesamt 258 Familien teilnehmen werden. Das Training umfasst sieben wöchentliche Sitzungen, die von einer therapeutisch qualifizierten Diplom-Psychologin an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wird. Eltern von 6-12-jährigen Kindern mit ADHS in den Regionen Datteln, Düsseldorf, Köln und Bonn haben die Möglichkeit, kostenlos an einen Elterntraining teilzunehmen. Nach Abschluss des Trainings erhalten sie eine Aufwandsentschädigung von 40 €.

Weitere Informationen erhalten interessierte Eltern unter Tel.: (0221) 470-1347 oder unter kes-kontakt@uni-koeln.de und www.rg.uni-koeln.de/lauth.php.

Rauchen – Suchterkrankung oder schlechte Angewohnheit?

Schwere Raucher weisen ähnliche neurobiologische Fehlfunktionen auf wie andere Suchtkranke – Ergebnisse einer Studie im „American Journal of Psychiatry“ veröffentlicht

(pm/rdr) Nikotinabhängige Raucher weisen in der Funktion des Dopamin-Systems im Gehirn ähnliche Defizite auf wie andere Suchtkranke. Das haben Mainzer, Aachener und Dresdner Wissenschaftler um Dr. Christoph Fehr, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. Mathias Schreckenberger, kommissarischer Direktor der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin des Mainzer Universitätsklinikums, mithilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) herausgefunden. Die Studie, die gerade in der online Ausgabe des renommierten „American Journal of Psychiatry“ erschienen ist, zeigt klar, dass die neurobiologischen Auswirkungen von Nikotin ähnlich denen von Alkohol, Kokaïn, Heroin oder Amphetamin sind – und ist damit ein konkreter Befund, der dem Rauchen die gleichen charakteristischen Merkmale zuschreibt, die auch beim Alkohol- und Drogenmissbrauch auftreten.

Die Frage, ob Rauchen eine echte Suchterkrankung oder doch eher eine schlechte Angewohnheit ist, beschäftigt die Forschung schon seit längerem. Insbesondere ging man nicht davon aus, dass Nikotin die gleichen neurobiologischen Folgen hat wie die so genannten harten Drogen. Diese Annahme haben Wissenschaftler nun in einer Studie widerlegt.

Mithilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) haben sie den Dopamin-Stoffwechsel im Gehirn von insgesamt 17 starken Rauchern untersucht und mit demjenigen von insgesamt 21 Nichtrauchern verglichen. Nikotin setzt – ebenso wie Alkohol oder Drogen – in einem Teil des Mittelhirns den Botenstoff Dopamin frei. Rezeptoren auf der Oberfläche von Nervenzellen binden Dopamin und werden in die Zelle

geschleust. Bei chronischem Nikotinkonsum kann sich in Folge einer dauerhaften Dopamin-Freisetzung die Dichte der Rezeptoren verändern. So zeigt die aktuelle Studie, dass in einem Teil des Gehirns – dem so genannten bilateralen Putamen – die Verfügbarkeit bestimmter Dopamin-Rezeptoren bei den Rauchern gegenüber den Nichtrauchern stark erniedrigt ist. Eine ähnlich niedrige Rezeptorverfügbarkeit in diesem Teil des Gehirns tritt auch bei Patienten auf, die alkohol-, kokain-, heroin- oder amphetaminabhängig sind. Das Dopamin-System im bilateralen Putamen – ein Teil des Striatums – ist entscheidend daran beteiligt, Neues interessant zu finden bzw. eine Belohnung bei bestimmten Auslösern zu antizipieren. Eine niedrige Verfügbarkeit von Dopamin-Rezeptoren in diesem Bereich verschlechtert die natürliche Dopamin-Wirkung. „Dieses Muster ist auch von Patienten mit anderen Suchterkrankungen bekannt“, erläutert der Erstautor der Studie, Dr. Christoph Fehr. „Dies ist ein Beleg dafür, dass Rauchen eine dem Alkohol- oder Drogenmissbrauch vergleichbare Sucht ist.“ In anderen Teilen des Gehirns stellten die Wissenschaftler keine Unterschiede in der Dopamin-Rezeptorverfügbarkeit zwischen Rauchern und Nichtrauchern fest. Die starken Raucher wurden zudem insgesamt zweimal untersucht – einmal unmittelbar nach dem Rauchen, also unter Konsumbedingungen, und einmal 24 Stunden nach der letzten Zigarette, also unter Entzugsbedingungen. „Auch hier konnten wir keine Unterschiede bzgl. der Dopamin-Rezeptorverfügbarkeit im Striatum feststellen – die niedrige Verfügbarkeit war auch unter Entzugsbedingungen noch gegeben“, beschreibt Christoph Fehr ein weiteres Ergebnis der Studie. „Wenn diese niedrige Verfügbarkeit noch länger anhält, wäre dies eine mögliche Erklärung, warum es Rauchern so schwer fällt, mit dem Rauchen aufzuhören. Denn eine anhaltende Unterfunktion des

Dopamin-Systems scheint ein charakteristisches Merkmal für Abhängigkeit und Rückfallrisiko bei einer Suchterkrankung zu sein.“

Schließlich haben die Wissenschaftler innerhalb der Gruppe der untersuchten Raucher die Verfügbarkeit der Dopamin-Rezeptoren mit dem subjektiv erlebten „Rauchverlangen“ der Raucher korreliert. „Dieses Ergebnis hat uns zunächst überrascht, denn je größer das Verlangen war, desto höher war die Dopamin-Rezeptorverfügbarkeit in Teilen des bilateralen Putamens, aber desto niedriger in bestimmten Teilen des anterioren und temporalen Cortex“, erläutert Christoph Fehr. „Diese charakteristischen Verschiebungen der Dopamin-Rezeptorverfügbarkeit könnten ein wichtiges neuronales Substrat des ‚Rauchverlangens‘ darstellen. Zur genaueren Einordnung sind hierzu allerdings noch weitere Untersuchungen nötig.“

Originalarbeit:

Christoph Fehr et al. „Association of Low Striatal Dopamine D2 Receptor Availability With Nicotine Dependence Similar to That Seen With Other Drugs of Abuse“; American Journal of Psychiatry, published online March 3, 2008 (<http://ajp.psychiatryonline.org/pap.dtl>)
Quelle: <http://idw-online.de/pages/de/news249646>

Kein Sucht-Risiko durch ADHS-Arzneien

pm/red Die Behandlung hyperaktiver Kinder mit Neurostimulantien hat keinen Einfluss auf das Risiko, später drogenabhängig zu werden.

Wie die Ärzte Zeitung online berichtet, schließen das US-Mediziner aus einer Studie mit über 100 Jugendlichen zwischen 16 und 27 Jahren, bei denen vor zehn Jahren ADHS diagnostiziert worden war (Am J Psychiatry 165, 2008, 40).

73 Prozent hatten ADHS-Therapeutika erhalten, 22 Prozent wurden noch behandelt. Die Forscher befragten sie nach ihrem Konsum an Alkohol, Zigaretten und anderen Drogen, ebenso befragten sie eine ähnliche Zahl Gleichaltriger ohne ADHS.

Ergebnis: Bei Jugendlichen mit und ohne ADHS war es die Situation in der Familie – also ob es dort Suchtprobleme gab –, die mit einem erhöhten eigenen Sucht-Risiko assoziiert war, nicht die Therapie.

Quelle: Ärzte Zeitung:
<http://www.aerztezeitung.de/medizin/?sid=485323>

AD(H)S und Partnerschaft

Astrid Neuy-Bartmann



Dr. Astrid Neuy-Bartmann
 Fachärztin für
 Psychosomatik und
 Psychotherapie,
 Aschaffenburg

Auch im Erwachsenenalter spielt AD(H)S noch eine große Rolle, da 50-60 Prozent der ehemals betroffenen Kinder zu diesem Zeitpunkt noch deutliche Symptome zeigen.

Die Symptomatik der AD(H)S zeigt sich in störungsspezifischen Beziehungsproblemen und Partnerschaftskonflikten. So ist häufig die Beziehung instabil und anstrengend. Daraus resultieren höhere Trennungs- und Scheidungsraten sowie ein höherer Anteil Alleinerziehender und Patchworkfamilien. Erschwerend kommt hinzu, dass oft auch noch die Kinder oder andere Familienmitglieder betroffen sind und dass sich die AD(H)S Problematik dadurch verstärkt. AD(H)Sler zeigen weniger Selbstkritik und haben Schwierigkeiten damit, ihr eigenes Verhalten richtig einzuschätzen.

Sie realisieren nicht, dass sie „anders getaktet“ sind als der Rest der Menschheit. So haben sie sich meist noch nie verdeutlicht, dass es z.T. gravierende Unterschiede im Lebenstempo, in der Schnelligkeit, dem Stimmungswechsel, in der Reaktionsgeschwindigkeit, dem Ordnungssinn und dem Ausdruck von Gefühlen gibt. Durch die Komplexität der AD(H)S-Symptomatik kann die soziale Kompetenz deutlich eingeschränkt sein. Dies wird von Betroffenen häufig unterschätzt, weil sie davon ausgehen, dass ihre Art zu fühlen, zu handeln und zu bewerten richtig ist und es ihnen schwer fällt Toleranz für das „Anderssein“ ihrer Mitmenschen zu entwickeln.

Anhand der Wender-Utah-Kriterien möchte ich die besondere Beziehungsdynamik erläutern.

Der AD(H)Sler reagiert in einer Beziehung auf eine ihm typische Art und Weise und schafft sich damit auch immer wieder spezielle Problemsituationen, die Quelle ständiger Konflikte sein und den Partner ebenfalls sehr in Mitleidenschaft ziehen können. Oft erkranken auch die

Partner in einer solchen Beziehung an Depressionen, Erschöpfungssyndromen oder an psychosomatischen Beschwerden.

1. Aufmerksamkeitsstörung

AD(H)Sler bleiben auch häufig im Erwachsenenalter aufmerksamkeitsgestört, unkonzentriert, sprunghaft und fahrig. Sie sind häufig ablenkbar, vergesslich und unzuverlässig. Sie machen viele Flüchtigkeitsfehler, trödeln herum, schieben Pflichten und Termine bis auf den letzten Drücker auf. Für den Partner bedeutet das, er wird immer wieder mit Unzuverlässigkeit und Unvollständigkeit des AD(H)Slers konfrontiert. Es strapaziert seine Mitmenschen, dass sie sich so schlecht auf die AD(H)Sler verlassen können und dass damit häufig auch ein Großteil der Verantwortung an ihnen hängen bleibt. Es ist für Partner weiterhin unerfreulich, wenn sie immer wieder die Erfahrungen machen müssen, dass angefangene Dinge nicht zu Ende geführt werden und dass die diesbezüglichen Ermahnungen und Aufforderungen nicht selten in Streit und Auseinandersetzung enden. Der Partner muss oft für den AD(H)Sler mitdenken und auf die Dauer übernimmt er viel mehr Pflichten und unangenehme Tätigkeiten, so dass sich die Arbeitsaufteilung meist zu Gunsten der AD(H)Sler verschiebt. Der Partner fängt an, für den AD(H)Sler mitzudenken. Das schafft immer wieder kleine Ärgernisse, und so kann sich über Jahre beim Partner ein großer Ärgerkloß zusammenbrauen. So können auch Mobbing-Situationen am Arbeitsplatz entstehen, weil der AD(H)Sler durch kleine Achtlosigkeiten und Vergesslichkeiten seine Sympathien verspielt.

Er kümmert sich zu wenig um die Kleinigkeiten des Lebens, erachtet Pünktlichkeit nicht als wichtig.

Erstaunlich ist aber, dass sich ADHSler ganz hervorragend auf Din-

ge konzentrieren können, die sie sehr interessieren. Hier können sie Höchstleistungen erbringen, und man fragt sich oft, wieso manche Dinge so brillant gemacht werden können und so einfache, aber uninteressante Dinge einfach nicht bewältigt werden. So schwanken AD(H)Sler nicht selten zwischen Null-Bock-Haltung und Workaholic.

2a. Motorische Hyperaktivität

Während die Kinder besonders bei ADHS noch die klassischen Zappelphilippe sind, nicht still sitzen, wild sind und sich nicht an Regeln halten können, zeigt sich die Symptomatik bei Erwachsenen diskreter. Sie haben gelernt, sich besser zu beherrschen, aber sie behalten ihre innere Unruhe, ihr Getriebensein, das Gefühl, wie unter Strom zu stehen und nicht abschalten zu können. Man bemerkt es nur noch an dem Wippen der Füße, den Fingern, die ständig in Bewegung sind und an irgendetwas herumspielen und dass man selbst etwas unruhig neben ihnen wird. Sie können nicht warten, müssen oft herumlaufen, weil sie Sitzen und Ruhe nicht aushalten. So können sie die Menschen in ihrer Umgebung mit ihrer Getriebenheit und Nervosität anstecken. Oft besteht von Seiten der AD(H)Sler Unverständnis dafür, dass sich ihre Mitmenschen auch mal entspannen wollen und dass ihnen Muße und Abschalten wichtig ist. Nichtstun können gerade die Hyperaktiven nicht gut aushalten; sie hetzen sich und andere durchs Leben, weil sie Langeweile als einen fast schmerzhaften Zustand erleben, den es tunlichst zu vermeiden gilt. Und damit fühlen sich die anderen häufig unter Druck gesetzt und entwickeln bei Daueraction oft Erschöpfungssyndrome. Wenn dann doch einmal Ruhe droht, zieht der Hyperaktive es manchmal vor, einen Streit vom Zaun zu brechen. Sie sind die Jäger, die Extremsituationen suchen,

manchmal bis zur Selbstgefährdung und sie können damit ihre Mitmenschen äußerst strapazieren

2b. Verträumt, abwesend

Besonders bei Mädchen zeigt sich diese Form des ADS, nämlich die des unaufmerksamen Typs. Die Betroffenen wirken verträumt, abwesend, uninteressiert. Sie bekommen häufig Dinge nicht mit, sind eher unauffällig, neigen dazu sich schnell zurückzuziehen und zu resignieren. Sie haben ein hohes Risiko für Depression und Ängste. Sie sind auch im Erwachsenenalter häufig noch passiv und anklammernd, haben eine große Versorgungshaltung und sie suchen nach Menschen, die sie retten.

3. und 4. Affektlabilität und Impulsivität:

AD(H)Sler fahren häufig eine emotionale Achterbahn von „himmelhochjauchend bis zu Tode betrübt“. Sie leben quasi dauernd im Extremen. Auf kleinste äußere Begebenheiten reagieren sie emotional heftig, häufig auch überzogen. Da geht gerade die Welt unter, weil eine relativ harmlose Bemerkung eines Mitmenschen eine tiefe Kränkung verursacht, dann funktioniert der MP3-Player nicht, weil man vergessen hat, die Batterien aufzuladen und schon fliegt er an die Wand. Wenn dann aber eine liebe Freundin anruft, ist die Welt wieder in Ordnung. Diese extrem schnellen Stimmungswechsel machen den Betroffenen, aber auch ihren Mitmenschen große Probleme. Schon Kleinigkeiten in der Außenwelt können heftige Gefühlsausbrüche auslösen. ADHSler handeln blitzschnell aus dem Bauch heraus und überschießend. „Erst gemacht, dann gedacht ...“. Es tut ihnen oft im Nachhinein Leid, dass sie wieder so extrem reagiert haben, aber sie bekommen in diesem Augenblick ihre so heftigen Gefühle nicht unter Kontrolle. Es sind die alten HB-Männchen, die Hitzeblitze, aber auch die Menschen mit den zwei Gesichtern, von denen man alles haben kann, wenn sie gut gelaunt sind, die aber völlig ausrasen, wenn sie unter Stress kommen und gnadenlos ihre Gefühle in die Welt schleudern, wenn ihnen danach

ist. Ich nenne sie „Mimosen mit Holzkeulen bewaffnet“. Sie sind für sich selbst hyperempfindlich, aber überhaupt nicht zimperlich, mit der Holzkeule sofort zuzuschlagen, wenn sie sich angegriffen fühlen. In solchen emotional hochgekochten Situationen sind sie keinen Argumenten zugänglich. Partner erleben in solchen Situationen häufig heftige emotionale Verletzungen durch die „verbale Holzkeule“. Sie tragen daran schwer und erinnern sich noch lange daran, während der AD(H)Sler nach einem heftigen Wutausbruch und nach verbalen Entgleisungen sich frei und unbeschwert fühlt, häufig sogar erleichtert. Er reagiert nach dem Motto: „aus den Augen aus dem Sinn“, und so hat er diese unschönen Situationen schnell wieder vergessen, was dann den Partner abermals in die Fassungslosigkeit stürzt. Das Problem für die Partner ist die Unberechenbarkeit des AD(H)Slers. Er weiß nie woran er ist, weil ja auch kleine Bemerkungen oder Nichtigkeiten die Stimmung zum Entgleisen bringen können und so befindet sich der Partner häufig in einer Art Daueranspannung. Er liebt die positiven Seiten des AD(H)Slers, aber er fürchtet seinen Jähzorn und die Heftigkeit seiner Gefühle. Ist der AD(H)Sler wütend, so verhält er sich wie ein Gorilla auf einer Kokospalme. Er wirft wild mit Kokosnüssen um sich, verletzt damit andere und ist keinem Argument zugänglich. Jede Gegenwehr führt oft noch weiter in die Eskalation, manchmal leider auch in körperliche Gewalt, die der AD(H)Sler hinterher bedauert. Man muss es sich als Partner immer wieder klarmachen, dass in einer solchen Situation einzig nur eine Auszeit diesen unschönen und verletzenden Zustand beendet und dass ein AD(H)Sler erst wieder Argumenten zugänglich ist, wenn er sich abgekühlt hat und von der Palme wieder heruntersteigt. Leider lernt der AD(H)Sler aus solchen Situationen meist nichts. Das macht Partner oft so resigniert und mutlos. AD(H)Sler können sehr schlecht missglückte Situationen auswerten, um bei der nächsten Situation ihr eigenes Verhalten besser in den Griff zu bekommen. Man kann sie auch als erfahrungsblind bezeichnen, denn

nur zu oft machen sie immer wieder die gleichen Fehler.

Sie sind auch schnell dabei, anderen die Schuld zu geben. Sie wollen Recht haben und können darum verbissen kämpfen. Toleranz und Gelassenheit gehören leider nicht zu ihren Stärken, sondern sie versuchen stattdessen durch Endlosdialoge, eventuell mit Wiederholungsschleifen den Partner in die Knie zu zwingen. Sie können reden, reden und reden manchmal erlebt der Partner das wie eine Gehirnwäsche. Sie können dabei von einem Thema zum anderen springen und es sind Situationen, in denen der Partner Kopfschmerzen bekommen kann. Nicht selten wird das Ausgangsthema verlassen und keiner weiß nach einer Zeit noch so richtig, worum es eigentlich ging. AD(H)Sler sind Meister darin, anderen das Wort im Mund herum zu drehen, Sätze aus Zusammenhängen zu reißen, sich an einer Bemerkung festzubeißen oder nur das zu hören, was sie wollen. Das macht Auseinandersetzungen mit ihnen so schwierig. AD(H)Sler können so vehement monologisieren mit dem Versuch, andere davon zu überzeugen, dass schwarz eigentlich weiß ist. So mancher Partner zieht sich resigniert und erschöpft zurück um weiteren Wortschwällen und der Heftigkeit der emotionalen Angriffe zu entgehen, was den AD(H)Sler aber umso mehr reizt. Wohlgemerkt der AD(H)Sler will nicht verletzen und erlebt sein eigenes Verhalten auch nicht als verletzend! Er sieht das als normale Diskussion im Eifer des Gefechtes, weil es für ihn normal ist, so zu reagieren und für ihn ist alles danach ja auch ganz schnell vergessen. Die Gefahr ist immer, dass sie sich an einem Thema festbeißen und verbittert gegen den Rest der Welt kämpfen können, ohne Rücksicht auf Verluste. Manchmal steigert sich das bis zum Psychoterror oder langjährigen Rosenkriegen. Auch so mancher Stalker ist AD(H)Sler, der – wenn er die Frau schon nicht mehr zurückgewinnen kann – wenigstens davon profitiert, ihr das Leben schwer zu machen.

Weiterhin besteht bei AD(H)Slern eine Stressintoleranz. Damit ist gemeint, dass sie unter Druck, Span-

nungen, Zeitnot, Schlafmangel usw. noch heftiger und emotionaler reagieren.

Die Bandbreite der Gefühle ist bei AD(H)S sehr groß, oft extrem. Sie kennen meist nur ein Entweder Oder. Es geht ihnen entweder total gut und sie finden alles toll, sind total begeistert. Tauchen dann die ersten Schwierigkeiten auf, können sie sehr schnell ins andere Extrem fallen. Dann reagieren sie resigniert, verärgert und mutlos und finden alles öde. Mit ihrer Schwarz-Weiß-Sicht macht man mit ihnen immer wieder die Erfahrung, dass die Mitte so schlecht gefunden wird und Frustrationen und Niederlagen nur schwer ausgehalten werden. Das ist für Partner äußerst aufreibend und anstrengend, weil sie mitgerissen werden in das Wechselbad der Gefühle, das sie aber nicht mit der gleichen Selbstverständlichkeit erleben, wie der AD(H)Sler und sie haben kein Verständnis dafür, warum es denn immer so extrem sein muss.

5. Chaos, Desorganisation

Sie können schwer Ordnung halten, weil sie keine innere Struktur haben. Alles erscheint gleich wichtig und so können sie nichts wegwerfen, was durchaus auch bis zu einem Messie-Dasein führen kann. Das Chaos um sie herum gleicht ihrem inneren Chaos, sie finden wichtige Sachen in ihren Unordnungshaufen nicht und sie haben keinen Überblick in ihrem Leben. Bei Frauen sind es die „Chaosprinzessinnen“, bei Männern die „zerstreuten Professoren“, denen man einfach alles hinterher tragen muss. AD(H)Sler haben keinen Plan. Sie fangen irgendwann, irgendwo, irgendetwas an und bringen das oft auch nicht zu Ende, weil sie mit ihrer Sprunghaftigkeit schon längst wieder etwas Neues angefangen haben. AD(H)Sler scheinen oft auch das Chaos um sie herum überhaupt nicht wahrzunehmen. Für Partner bedeutet das oft eine große Einschränkung ihrer Lebensqualität, denn sie brauchen ein gewisses Maß an Ordnung um sich wohl zu fühlen. Entweder sie nehmen das Chaos hin und leiden oder aber sie räumen ihm alles hinterher, was ihnen viel Unmut und Ärger verschafft. So kann der Part-

ner immer mehr in die Position eines Elternteils rutschen, der versorgt und die Verantwortung trägt, die der AD(H)Sler an ihn abgegeben hat.

Hinzu kommt ein sehr schlecht ausgeprägtes Zeitgefühl. AD(H)Sler können Zeit nicht richtig einschätzen und sich diese auch nicht adäquat einteilen. Sie haben kein Gefühl dafür, wie lange etwas her ist, wie lange man für eine bestimmte Tätigkeit braucht und sie haben große Schwierigkeiten damit, Vergangenes aus ihrem Gedächtnis abzurufen.

7. Schnelle Erschöpfbarkeit und Lustlosigkeit

Das Durchhaltevermögen und die Selbstmotivation sind stark eingeschränkt, was zu schneller Resignation und Mutlosigkeit führt. ADHSler besitzen einen riesigen „inneren Schweinehund“, den sie nur sehr schwer für Aufgaben überwinden können, die sie nicht interessieren. Sie haben nur wenig Selbstdisziplin und häufig einen Trotzreflex gegen jede Form von Druck, Regeln und Ermahnungen. Noch dazu sind AD(H)Sler Meister in Selbstausreden, denn sie finden immer wieder eine Begründung, warum sie etwas nicht tun können, was sie nicht wollen. Das kann in einer Partnerschaft dazu führen, dass sie nur das machen, was ihnen Spaß macht, während sie dem Partner all die Pflichten überlassen, für die sie sich nicht quälen wollen. So werden Beziehungen häufig auf die Dauer sehr ungerecht. Den Spaß und die Annehmlichkeiten für die AD(H)Sler und die Arbeit für die Partner. Leider haben viele AD(H)Sler wenig Gespür für Beziehungsgerechtigkeit. Sie finden es normal, versorgt zu werden und haben so auch weniger Schuld oder Verantwortung, weil sie diese ja abgegeben haben. Die Partner brauchen viel Kraft, um den AD(H)Sler zu motivieren, ihn an seine täglichen Pflichten zu erinnern, um Fairness zu ringen und auch um ihn emotional zu stützen. Der Partner ist häufig frustriert, weil der AD(H)Sler diese emotionale Schwerstarbeit meist wenig honoriert, sondern im Gegenteil als selbstverständlich erachtet. Richtig kritisch kann es dann werden, wenn noch weitere Kinder

in der Familie von AD(H)S betroffen sind. Dann fühlt sich der Partner wie ein Kameltreiber von störrischen Kamelen, der jeden Tag denselben zermürenden Kampf führen muss, um eine zähe unwillige Gruppe in Gang zu setzen. Ein ziemlich undankbarer Job!

8. Selbstzweifel

Auch hier zeigen sich häufig Extreme. Besonders der Hyperaktive hat einerseits ein unerschütterliches Weltbild, das er mit Vehemenz verteidigt: Ich habe Recht und ich verteidige das gegen den Rest der Menschheit. Andererseits können auch kleine Kränkungen ihn völlig aus der Fassung bringen und sein Selbstwertgefühl tief erschüttern. Er kennt oft schon als Kind die Erfahrung, Außenseiter zu sein. So kann er schnell beleidigt sein, überreagieren oder eine Weltuntergangsstimmung entwickeln, wenn Bestätigung oder Lob ausbleiben oder wenn er kritisiert wird. Besonders die Hypoaktiven sind überempfindlich und verletzlich. Sie sind verwundbar, weil sie bereits eine Ansammlung von traumatischen Erfahrungen gemacht haben. Oft sind schon die Familien sehr problematisch. Als Kinder haben sie früh die Erfahrung gemacht, dass sie nicht lernen konnten, vergesslich waren und sich nicht durchsetzen konnten. Für den Partner sind diese schnellen Wechsel des Selbstwertgefühls eine Herausforderung. Eben war der Partner noch der große Kämpfer, jetzt ist er zusammengebrochen und stellt alles in Frage. Vorhin hat er wütend um sich geschlagen und jetzt verlangt er Trost, weil er verletzt ist oder sich ungerecht behandelt fühlt.

9. Unreife

AD(H)Sler können sich wie kleine Kinder verhalten, trotzig, auflehnend und stur. Sie leben nach der Devise: „Ich will alles, jetzt sofort und immer und das bitte möglichst ohne viel dafür zu tun“. Sie sind der Überzeugung, dass die Welt ihnen etwas schuldet und dass sie das Recht auf ein immerwährendes Glück haben. Sie können nur schwer Bedürfnisse aufschieben und wenn man von ihnen Verzicht oder Kompromisse verlangt, können sie sehr ungnä-

dig werden. Es fällt ihnen außerdem schwer, ihre Sichtweise zu verlassen und einen Perspektivenwechsel zu vollziehen. Sie können sich oft nur schlecht in ihren Partner einfülen, wenn sie ärgerlich sind und wollen das dann auch gar nicht. Auch können sie nur ansatzweise wahrnehmen, wie ihre eigenen Verhaltensweisen ankommen. Sie selbst erleben sich nicht als aggressiv und verletzend. Weiterhin haben sie Schwierigkeiten, sich an die ungeschriebenen Gesetze des Lebens zu halten, die sie oft so gar nicht zu kennen scheinen. Sie fallen anderen ins Wort, treffen den falschen Ton, können nicht abwarten, nicht nachgeben oder ihre Fehler eingestehen. In Stresssituationen können sie sich über jeden Anstand hinwegsetzen und ausfallend und beleidigend werden.

Weitere Problemfelder

Auf Grund der im Erwachsenenalter auftretenden Begleiterkrankungen wie Depressionen, Ängste, Sucht etc., ergeben sich hier noch weitere Problemfelder. Außerdem zeigt das hyper- bzw. hypoaktiven ADS spezifische Beziehungskonstellationen, die ich nachfolgend erläutern möchte.

Beziehungskonflikte bei ADS des unaufmerksamen Typs

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass ich hier nur Stereotype skizziere. Im Erwachsenenalter ist der Mischtyp, also die Kombination zwischen hyper- und hypoaktivem Typ am häufigsten.

Frauen haben häufiger ein hypoaktives ADS. Die hypoaktive AD(H)Slerin neigt dazu ihre Gefühle "in sich hineinzufressen" und gegen sich selbst richten. Es fällt ihr schwer, sich auszudrücken und sich selbst zu behaupten. So ist sie zu leise, zu langsam, abwesend, verdrängend und häufig steht sie unter Tränen, bzw. hat sie Weltuntergangsstimmung. Sie kann andererseits auch heftig emotional entgleisen, aber meist fällt es ihr schwer, herauszufinden, was sie will oder nicht will.

Sie hat ein sehr gutes Gedächtnis für Kränkungen und Negativerfahrungen, während sie die eigenen Erfolge nur wenig wertschätzen kann.

Die positiven Erfahrungen und Erfolge erscheinen so flüchtig, während Kritik und Misserfolge sich tief in das Erfahrungsgedächtnis einzugraben scheinen. Sehr früh entwickelt sie ein Gefühl von Schwäche und Minderwertigkeit und ihre Grunderfahrungen sind Ohnmacht und das Gefühl von Ausgeliefertsein. Sie ist sehr schnell müde und energielos, reagiert gereizt und überfordert, wenn größere Belastungen auf sie zukommen.

Der Partner ist immer wieder damit beschäftigt, das labile Selbstwertgefühl zu stabilisieren und für viele Situationen im Leben Hilfestellung zu leisten. Oft ist er in der Position des Retters, wobei diese Position auf Dauer anstrengend ist und die ADSlerin nicht reift und selbstständig wird. Es sind die kleinen inneren Katastrophen, die der ADSlerin immer wieder die Fassung rauben. Häufig kettet sie ihr Selbstwertgefühl an ihr Äußeres und so hat sie eine besondere Disposition zur Essstörung. Es ist die Suche nach dem perfekten Körper, dem perfekten Aussehen, was die selbst empfundene Unfähigkeit und die Selbstzweifel kompensieren soll. Bei der Esssüchtigen ist es das rauschhafte Essen, die Ersatzbefriedigung die hinwegtrösten soll über all die Misserfahrungen und Misserfolge. Bei der Bulimie ist es das Streben nach dem makellosen, begehrenswerten Körper und gleichzeitig die maßlose Gier alles in sich hineinzuschlingen, weil man sich sonst so leer und ausgebrannt fühlt. Bei der Magersüchtigen ist es der Wunsch nach totaler Kontrolle und der Illusion nichts mehr zu brauchen und unabhängig zu sein. Das Ketten an Äußerlichkeiten verstärkt aber nur die Verletzbarkeit und Selbstzweifel und führt immer tiefer in den Abgrund von Selbstentwertung und Selbstverachtung. Es ist das falsche Selbst, was hier genährt wird. (s.a. Beitrag zu diesem Thema von Dr. Martin Winkler S. 2) Neben den Essstörungen kann es auch zur Entwicklung anderer Süchte kommen, wie Nikotin- oder Drogenabhängigkeit, Kaufsucht, Fernsehsucht etc..

Weiterhin haben sie ein erhöhtes Risiko an Depressionen und Ängsten zu erkranken. Sie fühlen sich häufig

als Opfer, ungerecht behandelt, nicht gesehen und geliebt und immer wieder von anderen ausgenutzt. Sie können verbittert und einsam sein, weil sie sich ständig übersehen fühlen. Weil sie sich selbst nicht akzeptieren können und sie sich oft nicht selbst lieben, ist es so schwer für sie Liebe anzunehmen und anderen zu vertrauen. Oft bestehen auch unrealistische Erwartungen an eine Partnerschaft. Der Partner wird zunächst idealisiert und als nur gut erlebt. Sobald sich seine Schattenseiten und seine Schwächen zeigen, fällt dieser tief und er läuft dann Gefahr, ganz entwertet zu werden. Es ist das ewige Thema bei ADS – entweder ganz oder gar nicht, schwarz oder weiß, gut oder böse, Retter oder Versager. Es scheint für ADSler generell sehr schwer zu sein zu begreifen, dass die Welt nicht nur aus Polaritäten, aus Licht und Schatten besteht, sondern dass es ganz viele anderen Farben im Leben gibt.

Es ist für sie so schwer, eine ausgewogene, stabile und gleichberechtigte Partnerschaft zu führen.

Auch bei der Sexualität kann es zu Problemen kommen. Am Beginn einer Beziehung kann sie Feuer und Flamme sein und Sex ganz im Vordergrund stehen. Häufig geht mit der Dauer der Beziehung das sexuelle Interesse deutlich zurück und es kann sogar sehr schwer für sie werden beim Sex bei der Sache zu bleiben, weil sie so ablenkbar ist und sich in Gedanken schon mit etwas ganz anderem beschäftigt (z.B. mit der Einkaufsliste). So kann es sein, dass sie an Sexualität das Interesse verliert, weil sie einfach zu zerstreut ist, um sie mit Genuss und Intensität zu erleben.

Auch im Arbeitsbereich hat die ADSlerin erhebliche Probleme. Sie setzt sich oft unrealistische Ziele und statt das Ziel in mehreren Schritten erreichen zu wollen, gibt sie viel zu schnell auf und lässt sich entmutigen. In ihrer Ausbildung ist sie häufig weit unter ihren Möglichkeiten geblieben, weswegen sie später frustriert und gelangweilt ist, weil sie sich in ihrem Job unterfordert fühlt. Hinzu kommen die nagenden Selbstzweifel. Sie ist außerdem eine „Chaosprinzessin“, schlecht organisiert,

in ihrem Arbeitsstil sprunghaft, un-
stet und es fällt ihr schwer, angefan-
gene Dinge zu Ende zu bringen. Sie
kann sich nur schwer für etwas mo-
tivieren, was ihr keinen Spaß macht.
Der innere Schweinehund ist groß
und schwerfällig und so werden
viele Tätigkeiten mehr schlecht als
recht auf den letzten Drücker erledi-
gt, was erfahrungsgemäß die ADS-
lerin auch schlecht gelaunt und un-
genießbar macht und sie sich da-
mit auch selbst immer wieder un-
nötigen Stress und Hektik produ-
ziert. Es fehlt ihr einfach an Selbst-
disziplin und dies wird ganz beson-
ders deutlich, wenn es darum geht,
ihren eigenen Haushalt zu bewälti-
gen oder die Kindererziehung. So-
lange noch genügend Struktur und
Kontrolle da ist und auch die Ver-
antwortung nicht allzu groß, kann
sich die ADSlerin noch strukturie-
ren. Oft wird das ganze ADS-Chaos
erst richtig deutlich, wenn die ADS-
lerin alleine ihre Zeit einteilen muss
und sie niemanden mehr hat, der ihr
einen Rahmen vorgibt. Sie verliert
sich in der Fülle ihrer Möglichkei-
ten, sie schiebt Arbeit immer wieder
hinaus, und die Haufen von liegen-
gebliebener Arbeit werden immer
größer. Berge von Wäsche und drecki-
gem Geschirr, Kinderspielzeug,
das über die ganze Wohnung ver-
teilt ist etc.. Hinzu kommen dann die
quälenden Fragen, warum sie nicht
mit ihrem Haushalt zurecht kommt
und die zermürenden Selbstzwei-
fel. ADSler scheitern an den Kleinig-
keiten des Lebens, an den langwei-
ligen Dingen des Alltags, für die sie
sich nicht motivieren können. Sie
verlieren den Überblick, haben keine
Selbstmotivation, können das Wes-
entliche nicht vom Unwesentlichen
unterscheiden und sie machen eher
unsinnige Tätigkeiten, als das Not-
wendige zu erledigen. So steigern
sich der Unmut der Partner und die
eigenen Selbstzweifel jeden Tag ein
bisschen mehr.

Sie verzetteln sich und ihr Stress
führt dazu, dass sie immer unzufrie-
dener, depressiver oder aber auch
impulsiver werden.

Beziehungskonflikte bei hyperaktivem ADHS

Der Hyperaktive hat besondere Pro-

bleme mit seiner Impulsivität und
seinen schnellen Stimmungsschwan-
gungen. Häufig kennt er schon von
seiner Kindheit her Ablehnung und
Ausgeschlossenheit und so reagiert
er auf Kritik überempfindlich. Er ist
ständig auf der Suche nach neuen
Reizen und Aktionen und er sucht
das Risiko und die Herausforderung
bis an seine Grenzen. Er ist dadurch
risikobereit, verführbar und trifft z.T.
im Erwachsenenalter noch einfältige
Entscheidungen nach dem Motto:
„Erst gemacht und dann gedacht“.

Er ist maßlos in seiner immer
währenden Suche nach sofortiger
Bedürfnisbefriedigung und er hat
das Gefühl, nie genug zu bekom-
men und vom Leben benachteiligt
zu sein. Eltern und Partner gehen
unter dieser Anspruchshaltung in
die Knie, und häufig sind sie es, die
in Wahrheit zu kurz kommen. Die-
se Maßlosigkeit, diese ständige Su-
che nach dem Glück und der per-
fekten Bedürfnisbefriedigung prä-
disponiert die A(H)DSler auch zur
Suchtentwicklung. Das Leben hält
eben auch Hürden, Niederlagen und
Misserfolge bereit, die besonders
von hyperaktiven AD(H)Slern nur
schwer verkraftet werden. Sie kön-
nen schlechte Laune, Traurigkeit,
Verzicht und Einschränkung kaum
aushalten, fühlen sich persönlich
beleidigt und zu kurz gekommen,
wenn sie die normale Härte des Le-
bens trifft. Sie haben einen maßlo-
sen Anspruch an das Leben und ihre
Mitmenschen. Diese Haltung führt
oft ebenso zu erheblichen Partner-
schaftskonflikten. Der Partner wird
verletzt und irritiert durch das stän-
dige Austeilen „der Holzkeulen“,
durch Endlosdiskussionen und zer-
mürende Auseinandersetzungen,
in denen der AD(H)Sler immer wie-
der das Gefühl hat, dass sich die
ganze Welt gegen ihn verschworen
hat. Haben sie dann Kinder, kann es
sein, dass es ihnen schwer fällt, ge-
genüber den Kindern zurückzuste-
cken und sie sich in Konkurrenz ge-
genüber ihren Kindern fühlen. Sie
können schnell gekränkt sein, wenn
sie zurückstecken müssen und nicht
beständig die Aufmerksamkeit ih-
rer Mitmenschen haben. Wenn sie
sich gut und entspannt fühlen, kön-
nen sie durchaus ein großes Einfüh-

lungsvermögen an den Tag legen.
Andererseits kann sich diese Situa-
tion dann wieder innerhalb von Se-
kunden durch kleinste Anlässe än-
dern, und AD(H)Sler können dann
ihre Gefühle rücksichtslos in die
Welt schleudern.

Auch im Beruf kann es deshalb im-
mer wieder zu Problemen kommen.
Unter den Langzeitarbeitslosen und
denjenigen, die sehr häufig ihren Job
wechseln, finden wir eine hohe Rate
von AD(H)Slern.

Maßlosigkeit kann z.B. zu jeder
Form von Süchten führen, denn der
AD(H)Sler kann alles zur Sucht ma-
chen. Hierzu zählt auch Sex, Arbei-
ten oder ein bestimmtes Hobby.
AD(H)Sler sind Meister der Obses-
sion, da sie schier alles übertreiben
und in den Exzess führen können.
Sie sind Abhängige, weil sie so unru-
hig und unzufrieden sind und sie die
Abwesenheit von Glück und Wohlge-
fühl nicht ertragen können. Sie wol-
len nur Spaß, Action und Abwech-
slung, lehnen aber die Pflichten ab
und dieses Beziehungsangebot ist
weder für Arbeitskollegen noch für
wirkliche Partner verlockend.

Hyperaktive AD(H)Sler verhalten
sich häufig auch in Beziehungen wie
Jäger. Solange sie (früher eine Anti-
lope), heute eine Frau, einen Job, ein
Auto im Auge haben, so lange kön-
nen sie Berge versetzen, um es zu er-
reichen. Haben sie die begehrte Tro-
phäe erobert, können sie schnell die
Lust daran verlieren, und sie genie-
ßen dann nicht ihren Erfolg, sondern
sind sofort wieder dabei, eine neue
Antilope, Frau, Job oder ein anderes
Ziel ins Visier zu nehmen. Das erklärt
auch, warum so mancher AD(H)Sler
die Sterne vom Himmel holt und sich
ein Bein für seine Angebetete aus-
reißt, die er schließlich erobert und
fortan das Interesse an ihr verliert.
Er kann so nicht zufrieden werden und
für den Partner stellt dies eine große
Kränkung und Enttäuschung dar.

Selbst wenn der AD(H)Sler immer
noch große Liebesgefühle für seine
Partnerin hat, fällt oft Treue schwer.
So groß ist der Reiz des Neuen, das
Jagdfieber des Eroberns und der
Reiz nach Abwechslung, so stark ist
die Verführbarkeit. Das kann auch
intakte Beziehungen sehr belasten.
Für hyperaktive AD(H)Sler sind Lan-

geweile und Alltag schwer auszuhalten. Alles Neue ist spannend und übt eine ungeheure Anziehung aus. Aber in jeder stabilen Beziehung werden sich immer irgendwann der Alltag, Gewohnheit und manchmal auch Langeweile einstellen, was für den AD(H)Sler nur schwer zu akzeptieren ist. Auch das ist immer wieder ein Härte-test in Beziehungen. Das Leben hält eben nicht nur interessante, abwechslungsreiche und spannende Zeiten bereit. Um Stabilität und ein inneres Gleichgewicht zu erreichen, muss der AD(H)Sler auch lernen, die laueren Gefühle und Zeiten zu ertragen und sich festlegen können. Das bedeutet immer wieder auch eine Einschränkung und einen eigenen Verzicht auf das Ausleben aller Möglichkeiten.

Ebenfalls eine Quelle von Konflikten ist das Autofahren. AD(H)Sler halten sich nur ungern an Verkehrsregeln. Da sie chronisch zu spät sind, keine Geduld haben und sowieso immer gehetzt sind, erleben sie Autofahrer, die sie auch nur für Sekunden behindern als Zumutung. Sie drängeln, fahren mit Tempo 200 auf die Stoßstange ihres Vordermannes und könnten ins Lenkrad beißen, wenn sie im Stau stehen, weil nichts für sie schlimmer ist, als zu warten und aufgehalten zu werden. Sie fahren riskante Überholmanöver und halten Geschwindigkeitsbegrenzungen für einen Akt der Willkür und Gängelung. Auch im Erwachsenenalter ist der Anteil an schweren Verkehrsun-

fällen bei AD(H)Slern überproportional hoch und sie gefährden damit ihre Partner und Mitmenschen.

Ein weiteres Problemfeld ist noch der Finanzbereich. Auch dies zieht Partner erheblich in Mitleidenschaft. Hier haben AD(H)Sler oft gar keinen Überblick. Sie sind sorglos und neigen zu Spontankäufen, ohne sich zu überlegen, ob sie das überhaupt brauchen und finanzieren können. Rechnungen lassen sie meist lange liegen. Da sie keine Bedürfnisse aufschieben können und alles jetzt sofort haben wollen, können sie auch nicht auf ein Ziel hin sparen, sondern verschulden sich lieber. Nicht wenige von ihnen sind völlig überschuldet, und statt sich diese Problematik einzugestehen und eine Entschuldigung anzustreben, werden immer wieder neue Schulden gemacht um die aktuellen Finanzlöcher zu stopfen bis auf einmal gar nichts mehr geht und alles zusammen bricht.

Zusammenfassung

ADS bei Erwachsenen zeigt sich auf vielen verschiedenen Ebenen und ist sehr komplex. Die Auswirkungen sind oft bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich. Unerkannt gleicht die ADS einem Geist, der durch das Leben der Betroffenen spukt und dort sehr viel Schaden anrichten kann. Wenn man das ADS erkennt und sich mit der Problematik intensiv auseinandersetzt, kann man gezielte Problemlösestrategien erlernen, mit denen man das ADS in den Griff be-

kommt und es den Betroffenen auch gelingen kann, die positiven Seiten des ADS, nämlich die Kreativität, die Originalität und diese besondere Art zu sein, konstruktiv zu nutzen.

Partner müssen lernen mit AD(H)S umzugehen. Sie müssen selbstbewusst klare Grenzen setzen und Gerechtigkeit einfordern, aber genauso klar und konsequent ihre Bedürfnisse darlegen. Sie sollten Beziehungsregeln einfordern, verstehen, aber AD(H)S nicht als Ausrede gelten lassen, mit dem man alles Fehlverhalten entschuldigen kann. Partner sollten eine Auszeit nehmen, wenn der AD(H)Sler wieder Opfer seiner heftigen Gefühlsstürme geworden ist und sich auch auf Endlosdiskussionen nicht einlassen.

AD(H)Sler selbst sollten sich mit der Problematik ihres Anderseins auseinandersetzen, denn es sind ihre Lebensthemen und in jeder neuen Beziehung und an jedem neuen Arbeitsplatz werden sie wieder diese Probleme haben. Sie müssen lernen, dass Beziehungsregeln und Sozialverträglichkeit wichtig sind, und sie müssen lernen, auf ihre Mitmenschen und deren Gefühle zu achten. Hinzu kommen Selbstdisziplin und Selbstorganisation. Wichtig für sie ist es außerdem, sich selbst realistisch einzuschätzen, kritikfähig zu werden und Probleme besser analysieren zu können. Mit Hilfe von Selbstkontroll-techniken lernen sie, ihre immer wieder heftigen Gefühle in den Griff zu bekommen.



Anzeige



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

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

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

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule



Am Büchel 100 53173 Bonn-Bad Godesberg Tel. 0228-748990 Fax 0228-7489923 info@hebo-schule.de www.hebo-schule.de

Regeln, Rollenspiele und am liebsten Fußball

Das Aachener Projekt „Fair Player“ will Jungs helfen

Christine Merkelbach

Bennis Umriss sollen grün sein. Also drückt der Elfjährige dem zwölfjährigen Philipp* einen grünen Filzstift in die Hand und legt sich auf das Stück Tapete, das Sozialpädagoge Oliver Krings für ihn ausgerollt hat. Fast zehn Minuten wird es dauern bis Philipp den Stift um Bennis schmalen, 1,40 Meter großen Körper gezogen hat.

Zehn Minuten, in denen Benni sich immer wieder aufsetzt, an seinem Kapuzenpulli zieht oder zur Seite rollt. In denen Philipp plötzlich den Stift fallen lässt und zu seinem Rucksack rennt, um den tragbaren MP3-Player mit den neuen Kopfhörern zu holen. In denen Maik sich ununterbrochen durch seine strubbeligen braunen Haare fährt und fragt, wann sie denn endlich fertig seien, während André und Daniel sich laut darum streiten, wer wessen Umriss zuerst zeichnen darf.

Minuten, in denen Oliver Krings und sein Kollege Bernd Weber nicht umhin kommen, einen nach dem anderen immer wieder zu ermahnen. Daran zu erinnern, warum sie mitarbeiten sollten. „Jungs denkt dran...“

sagt Krings. Statt seinen Satz zu beenden, deutet er mit dem Zeigefinger auf den Ball in der Ecke.

Je besser sie mitarbeiten, desto länger dürfen die fünf Jungen Fußball spielen. Hinterher, wenn der Teil vorbei ist, der für sie so schwer ist, wie kaum etwas anderes in ihrem Leben. Der Teil, in dem sie sich auf eine einzige Sache konzentrieren müssen. Sich nicht von Faxen ablenken lassen dürfen, die einer der anderen Jungen macht. Und selbst auch keine machen dürfen.

Weil ihnen das um einiges schwerer fällt als anderen Kindern im Alter zwischen neun und zwölf Jahren, besuchen sie freitags nachmittags die Jungengruppe „Fair Player“.

Maik, André, Daniel, Philipp und Benni leiden unter dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS). Bei einigen von ihnen kommt noch Hyperaktivität hinzu, dann lautet die Diagnose abgekürzt ADHS. Beide Befunde gehören zu den häufigsten Störungen im Kinder- und Jugendalter. Tendenz steigend.

Beim Lernen, aber auch im sozialen Verhalten bringt das für die Kin-

der viele Schwierigkeiten mit sich. Häufig können die Betroffenen sich nur schwer in eine Gruppe einfügen, sind Außenseiter und Einzelgänger. Die Gründe für AD(H)S können neurobiologisch sein. Reize aus der Umgebung wie Bewegungen, Laute oder ähnliches übertragen sich besonders stark in ihr Bewusstsein. Die Gründe können auch psychosozial sein, beispielsweise Belastungen in der Lebensgeschichte.

Jungen, sagen Experten, seien von der Störung drei- bis fünfmal häufiger betroffen als Mädchen. „Die Symptome treten bei Mädchen meistens in abgeschwächter Form auf“, sagt Sozialpädagogin Elke Kranz. Jungen seien häufig vom Verhalten her ohnehin schon impulsiver. Deshalb sei AD(H)S bei Mädchen schwerer zu diagnostizieren.

Elke Kranz ist Bereichsleiterin bei der Evangelischen Kinder- und Jugendhilfe Brandt in Aachen. Das Konzept für die AD(H)S-Jungengruppe „Fair Player“ hat sie erarbeitet. In enger Abstimmung mit dem Jugendamt. Die Idee: Jungen im Alter zwischen neun und zwölf Jahren haben viele Berührungspunkte mit dem Thema Fußball. In der Gruppenarbeit, den Regel- und Rollenspielen und im Kommunikations- und Verhaltenstraining finden sich Elemente aus dem Fußball wieder. Zum Beispiel bei Verstößen die rote und gelbe Karte zu bekommen. Oder dass Oliver Krings und Bernd Weber Trainer genannt werden.

Daniels Umriss sind rot. Sie verateten: Etwa 1,50 Meter ist er groß und ein wenig kräftiger als die anderen in der Gruppe. Deshalb kann er gut schwere Sachen tragen. Das schreibt er auf die rechte Seite seines aufgemalten Körpers. Direkt neben die Hände. Dort steht schon: „Mit Tieren spielen“. Die Jungen sollen rechts hinschreiben, worin sie gut sind, und links, was sie nicht können und noch lernen möchten. „Vor allem

Quelle: Erschienen im Magazin der Aachener Zeitung/Aachener Nachrichten am 23.2.2008

„Bleib cool“

Mit dem Spruch „Cool und fair ist nicht schwer“ haben sich auch die Teilnehmer der AG „Bleib cool“ nach jedem ihrer Treffen verabschiedet. Die AG bestand aus zwei Gruppen von je sechs Jungen und fand im vergangenen Jahr in der Katholischen Grundschule Passstraße in Aachen statt.

Dort gab es in allen Klassen Schüler, die durch negatives Sozialverhalten auffielen: Sie provozierten, wurden verbal und körperlich aggressiv und überschritten permanent Grenzen. In der AG übten die Jungen unter Anleitung von Sozialpädagogen der Evangelischen Kinder- und Jugendhilfe Brandt, sich in andere hineinzuversetzen und Mitleid zu emp-

finden. Aber auch eigene Schwächen und Stärken wahrzunehmen, Impulse zu kontrollieren und mit Stress, Wut und Ärger umzugehen. Das geschah durch Rollenspiele, szenische Darstellungen, Entspannungsübungen und Wahrnehmungsspiele.

Auch wenn innerhalb eines Jahres nicht alle Probleme gelöst werden konnten, waren die Rückmeldungen nach Ende des Projekts positiv – sowohl von Kindern, Eltern und Lehrern.

Das Konzept zu „Bleib cool“ hatte Elke Kranz mit Hans-Josef Eisen vom Jugendamt entwickelt. Gefördert wurde das Projekt vom Landschaftsverband Rheinland.

(chm)

hier in der Gruppe“, hat Bernd Weber ihnen erklärt.

Dabei ordnen sie Fähigkeiten einem Körperteil zu. Im Rechnen ist Daniel gut. Also schreibt er das rechts neben den Kopf. Englisch ist nicht sein Ding – er setzt es links neben den Kopf. Was er noch besser machen will? Ein paar Mal klopft er mit dem Stift auf den Boden, setzt ihn an, zögert aber kurz. Links, auf Höhe des Bauches, schreibt er dann: „Meine Wut kontrollieren“.

„Kinder mit dieser Störung haben einen ausgeprägten Gerechtigkeits-sinn, sind oft hilfsbereit und fürsorglich.“

Elke Kranz, Sozialpädagogin

Genau das nicht zu können ist ein häufiges AD(H)S-Symptom. „Die Jungen wissen, wo ihre Schwächen liegen“, sagt Elke Kranz. Seit Mitte Dezember vergangenen Jahres treffen sich die fünf Kinder mit Oliver Krings und Bernd Weber freitags nachmittags in den Räumen einer Tagesgruppe auf dem Gelände der Evangelischen Kinder- und Jugendhilfe in Brandt. Das Jugendamt hat sie vermittelt, nachdem Kinder- und Jugendpsychiater die Diagnose gestellt haben. „Der vorgeschriebene Weg“, erklärt Elke Kranz. Vor Beginn der Gruppentreffen hat sie mit jedem Jungen und seinen Eltern ein Erstgespräch geführt. Nach der sechsten Gruppensitzung gibt es ein weiteres Gespräch mit den Eltern. „Das ist aber auch zu jeder anderen Zeit möglich“, sagt Elke Kranz.

André hat die Körperpartien auf der Tapete mit einem blauen Stift beschriftet.

Über Durchschnitt

Wie die anderen in der Gruppe muss er vorstellen, was er geschrieben hat. Dazu haben sich die Jungen mit den beiden Trainern in die Sofaecke gesetzt. André, zehn Jahre alt, blond und ein wenig größer als 1,30 Meter, rollt das Tapetenstück in der Mitte aus. Damit es jeder sehen kann. Was er gut kann: „Schach spielen“, „Tennis und Tischtennis spielen“, „Deutsch“.

Und natürlich „Fußball“. Das haben alle fünf unten rechts neben die Füße geschrieben.

Was er nicht gut kann: „Ordentlich schreiben“, „Handball spielen“ und „Ballett“. Die anderen lachen, stupsen sich gegenseitig an. André grinst. „Gibt es denn etwas, was Du hier in der Gruppe noch lernen möchtest?“, fragt Trainer Krings. André schaut auf den Boden, tippt mit der Spitze seines Turnschuhs auf die Tapete und zuckt mit den Achseln. Für ein paar Sekunden ist es still. „Mich an Regeln zu halten, andere zum Beispiel ausreden zu lassen“, sagt er dann.

Bei den „Fair Playern“ lernen die Jungen Wege kennen, ihre eigenen Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse zu kontrollieren. Sie sollen lernen, sich selbst und andere besser wahrzunehmen. Zum Beispiel durch die Übung mit den Körperumrissen auf der Tapete. „Auch die Stärken der Jungen werden gefördert“, sagt Elke Kranz. Das werde nämlich leider oft unterschlagen, wenn von AD(H)S die Rede sei: „Kinder mit dieser Störung haben einen ausgeprägten Gerechtigkeits-sinn, sind oft hilfsbereit und fürsorglich.“ Sie seien begeisterungsfähig, interessiert und offen, könnten sich Kleinigkeiten und Details besonders gut merken. „Oft sind ihre intellektuellen Fähigkeiten überdurchschnittlich.“

Zwanzig Minuten haben Maik, André, Daniel, Philipp und Benni Zeit zum Fußballspielen. In dieser Zeit scheinen sie fast alles um sich herum zu vergessen. Niemand, der zuseht, würde auf die Idee kommen, dass es diesen Jungen besonders schwer fällt, sich zu konzentrieren oder in einer Gruppe an Regeln zu halten. Nach dem Spiel geht es zurück in den Gruppenraum. Jeder Junge wird erzählen, wie er die vergangenen zwei Stunden erlebt hat. Auch Feedback von den Trainern wird es geben. Und dann das Abschlussritual: Im Kreis werden sie sich aufstellen und einander über Kreuz an den Händen fassen. Tief Luft holen und gemeinsam sagen: „Cool und fair ist nicht schwer.“ Dabei wird jeder von ihnen ganz ernst sein. ←

**Namen der Kinder von der Redaktion geändert*

Hyperaktiv bis depressiv – immer mehr Kinder gehen zur Therapie

Fachleute in Sachsen-Anhalt kommen der Nachfrage kaum hinterher

pm/red. Immer mehr Kinder und Jugendliche in Sachsen-Anhalt suchen wegen psychischer Störungen Therapeuten auf. Wie die in Magdeburg erscheinende „Volksstimme“ kürzlich berichtete, hat sich die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten seit Mitte 2006 von fünf auf 17 verdreifacht, aber dennoch kommen sie der Nachfrage kaum hinterher. Nach wie vor bestehe eine Unterversorgung.

Zu den therapiebedürftigen Störungen gehört auch das ADHS. Die „Volksstimme“ berichtet über die Brüder Kai und Thomas*, die in der Schule große Schwierigkeiten mit anderen Schülern hatten. Man habe ihnen immer wieder gesagt, „ihr seid doch krank“ und sie seien in der Schule regelrecht verhasst gewesen, weil sie so oft ausgerastet seien. Mittlerweile aber seien die beiden Grundschüler aus Magdeburg ruhiger und selbstbewusster geworden und erklären: „Wir sind nicht krank, wir produzieren einfach zu wenig Botenstoffe.“

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), unter der die Brüder leiden ist auf eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung zurückzuführen, die mit einem Mangel des Botenstoffs Dopamin einhergeht. Betroffene verspüren meist einen starken Bewegungsdrang, sind unaufmerksam und laut. ADHS und das ähnliche Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) gehören zu den häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt. Zugleich nehmen nach Beobachtung niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch Depressionen, Ängste, Zwänge sowie Störungen in Verhalten und Leistung zu.

**Namen geändert*

Potenziale nutzen neue Wege

Deutschlands erstes privates Gymnasium in Esslingen

Laura Hafner-Kehm

Im deutschlandweit ersten privaten Gymnasium, der Münsinger Schule in Esslingen, werden überdurchschnittlich begabte Kinder und Jugendliche mit ADHS zum staatlich anerkannten Abitur geführt.

Sechs Monate nach dem Schulstart des Ganztagesgymnasiums der Münsinger Schule Privates Gymnasium am Standort Esslingen hat sich die Schülerzahl nahezu verdoppelt. Mittlerweile gibt es Wartelisten: „Unsere Schüler nehmen teilweise einen Anfahrtsweg von 120 km und Fahrzeiten von bis zu zwei Stunden in Kauf und kommen aus dem gesamten Großraum Stuttgart“, erklärt Schulleiter Johannes-Michael

Die Schüler der Münsinger Schule lernen in kleinen Klassen mit maximal 12 Schülern nach dem seit acht Jahren bewährten, preisgekrönten pädagogischen Konzept des Kindertherapeutischen Zentrums Esslingen um die ADHS-Expertin Cordula Neuhäus. „Das bedeutet: Lernen in einem störungsfreien Umfeld mit festen, gleich bleibenden, vorhersehbaren Regeln und Strukturen, welche mit liebevoller Konsequenz durchgesetzt werden“, so Diplompsychologin Neuhäus. Neben dem ganz normalen Unterricht nach dem Bildungsplan für Gymnasien in Baden-Württemberg, entwickeln die Schüler Strategien um ihre Aufmerksamkeit zielgerichtet zu lenken und aufkommende Impulsivität rechtzeitig steuern zu

la“ unterstützt. „Mit Angeboten zur Lehrerfortbildung sowie Elterntraining für die Eltern von Kindern mit AD(H)S bauen wir eine Erziehungspartnerschaft auf, die über den normalen Schulbetrieb weit hinaus geht“, sagt Schulleiter Johannes-Michael Zürn.

Hier sind alle so wie ich

Dies spiegelt sich auch in den Aufnahmekriterien der Schule wieder: neben einer AD(H)S Diagnose, einer Gymnasialempfehlung und/oder einem entsprechendem Begabungsprofil und einem ausführlichen Aufnahmegespräch wird auch eine 6-monatige „Probezeit“ mit enger Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule verlangt. Die Kinder und Jugendlichen selbst unterschreiben einen speziellen „Schülervertrag“: Es gibt klare Regeln, an die sich alle halten. Niemand wird hier ausgelacht, gehänselt oder gemobbt. Und die Aussage eines Schülers macht ohne viele Worte deutlich, was viele empfinden: „Hier sind alle so wie ich!“

Optimales Lernumfeld kostet viel Geld

ADHS-Schülern mit überdurchschnittlicher Begabung an einem Ganztagesgymnasium oder im Internatsgymnasium ein optimales Lernumfeld zu bieten, kostet viel Geld. Zuschüsse vom Land gibt es erst nach Ablauf von drei Jahren mit der staatlichen Anerkennung. Die monatlichen Schulgelder von derzeit 20 Prozent des Familiennettoeinkommens decken in Esslingen die Mietkosten, „alles Weitere muss durch Spenden und Sponsoren finanziert werden“, so Zürn.



FOTO: A. PÄDEN

Zürn. Etwa 100 Anfragen aus anderen Bundesländern sind bislang eingegangen. „Wir planen daher den Aufbau eines Internatsgymnasiums in Münsingen, möglichst schon zum nächsten Schuljahr“, so Zürn. In Esslingen findet am **21. Juni 2008 von 10-16 Uhr ein Tag der offenen Tür** statt. „Wir beantworten persönlich die Fragen interessierter Eltern und Fachleute und stellen die Besonderheiten unserer Schule vor.“

Lernen in kleinen Klassen

können. Wo Schwächen aufgeholt werden müssen, erhalten Schüler Förderunterricht. Sie erhalten aber auch zusätzliches „Gehirnfutter“ für Ihre besonderen Begabungen. Während dem täglichen „Silentium“ vertiefen die Schüler das im Unterricht erworbene Wissen in Stillarbeit – „Hausaufgaben“ im herkömmlichen Sinn gibt es nicht. Die speziell auf die Bedürfnisse dieser Kinder ausgebildeten Lehrkräfte werden dabei von einer Psychologin, einer Sozialpädagogin und dem Therapiehund „Pau-

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.muensinger-schule.de
 Email: office@muensinger-schule.de
 Telefon: 07 11 / 75 87 59-33
 Telefax: 07 11 / 75 87 59-3

Abitur mit ADHS und Therapie-Hund

Im Interview: Schülerin der Münsinger Schule in Esslingen (Baden-Württemberg)

Frank Häusler

Schwergefallen ist Elena dieses Gespräch nicht. „Wir haben hier in Esslingen an der Münsinger Schule Erfahrungen mit Medien“, meint die 16-Jährige. „Die vom Fernsehen“, fügt sie noch schnell hinzu, „waren auch schon da.“ Das erste Halbjahr des privaten Gymnasiums bei Stuttgart – welches im September 2007 erstmals die Pforten öffnete – war wenige Tage vorüber, da stand eine Schülerin der „neueAKZENTE“ zum Interview zur Verfügung.

¶ *Elena, vor einigen Tagen sind quer durch die Republik bei zahlreichen Jugendlichen wieder Tränen geflossen. Nicht etwa wegen DSDS oder anderen derzeit angesagten TV-Entscheidungen. Vielmehr gab es Halbjahreszeugnisse! Das muss auf deiner Schule ein ganz besonderer Augenblick gewesen sein, nach der Schuleröffnung ein so wichtiges Dokument in Händen zu halten. Warst du zufrieden mit allen Noten?*

Für mich war es endlich mal ein gutes Zeugnis auf einem Gymnasium. Am liebsten würde ich meinem alten Mathelehrer zeigen, wie gut ich in Mathe wirklich bin.

¶ *Wie ist es für dich, dass die anderen Kinder um dich herum alle ADHS haben?*

Gut, weil jeder jeden versteht. Wir reizen niemanden, der mal einen schlechten Tag hat, bei uns wird nicht gemobbt und wir helfen uns untereinander.

¶ *Kannst du mir ein Beispiel nennen?*

Wenn ich etwas vortrage und dabei den Faden verliere, dann habe ich in der anderen Schule immer Angst gehabt, dass die anderen über mich schlecht denken oder mich auslachen. Ich habe dann lieber gar nichts mehr gesagt. Hier an der neuen Schule ist das nicht so, die anderen kennen das von sich selbst und nehmen mich ernst.

¶ *Du vergleichst damit bereits Alt mit Neu. Was sind die markantesten Unterschiede, die dir nach deinem Schulwechsel aufgefallen sind?*

Es war früher sehr laut in den Klassen. Der Lehrer hat gesprochen und ich habe nichts verstanden. Hier ist es leiser, ich bekomme mehr mit. Was auch leichter für die Lehrer ist.

¶ *Für die Lehrer?*

Ja, die Lehrer können sich um jeden kümmern. Früher waren wir über 30 jetzt sind wir nur elf in einer Klasse.

¶ *Unabhängig von der Klassenstärke, was machen deines Erachtens die Lehrer anders?*

Die Lehrer kennen sich mit ADHS aus, kennen meine Schwierigkeiten. In der anderen Schule gab es Lehrer, die mich gar nicht beachtet haben und die glaubten ich kann überhaupt nichts.

¶ *Was genau unterscheidet eine Schulstunde zu deiner früheren Schule?*

Die Lehrer haben Zeit für mich, können mir helfen wenn ich was nicht verstehe. Ich kann solange nachfragen, bis ich es verstanden hab und das, ohne mich dabei schlecht zu fühlen.

¶ *Ich sah vorhin einen Hund ins Klassenzimmer spazieren. Hat der auch ADHS?*

Vielleicht (lacht). Das ist unser Therapiehund Paula.

¶ *Therapie? Wen therapiert denn der Hund?*

Die Kinder beruhigen sich wenn sie den Hund streicheln. Es tut einfach gut und Paula strahlt eine gewisse Ruhe aus, die sich schnell überträgt. Das klappt wirklich bei fast allen von uns.

¶ *Also ist der Hund für euch wie ein Psychologe?*

Irgendwie schon, aber wir haben

auch richtige Psychologen hier.

¶ *Psychologen? Und die kommen zu euch in den Unterricht?*

Sie sind oft mit im Unterricht. Manchmal aber schicken uns auch die Lehrer oder wir gehen von alleine hin.

¶ *Siehst du jetzt mehr Perspektiven für deine Zukunft?*

Auf der anderen Schule hab ich mich gefragt, ob ein Abi mit lauter Vierern gut genug wäre. Hauptsache Abitur. Heute weiß ich, ich möchte einen Abschluss mit mindestens 1,9 machen. Dann Musik, Kunst und vielleicht noch Psychologie studieren.



FOTO: A. FADEN

¶ *Hört sich sehr konkret an. Du weißt also schon genau, in welchem Jahr du die Buchstaben ABI auf die Rückseite des Autos deiner Eltern schreiben wirst?*

Nicht auf das meiner Eltern. Wenn, dann schreibe ich ABI 2012 auf mein dann hoffentlich eigenes Auto.

¶ *Ist das dann ein ADHS-Abitur?*

Nein! Ein ganz normales Abitur – von einem ADHSler. ←

„Hier ist es leiser, ich bekomme mehr mit“

Bedeutung der Jugendgerichtshilfe

Helmut Simson

Helmut Simson
ist Mitarbeiter
der Jugendgerichts-
hilfe Köln

Die besondere sozialpräventive und erzieherische Zielsetzung des Jugendstrafrechts hat dazu geführt, dass die Jugendgerichtshilfe als Vertretung der Jugendämter als Prozessbeteiligte der besonderen Art in das Jugendstrafverfahren eingeführt wurde.

Die Jugendgerichtshilfe ist einerseits Gerichtshilfe, indem sie die erzieherischen und sozialen Gesichtspunkte in das Gerichtsverfahren einbringt und andererseits erzieherische Hilfen und Hilfe bei der Wiedereingliederung in die Gemeinschaft leistet.

Rechtliche Grundlage und Rechtsstellung der Jugendgerichtshilfe

Die rechtliche Grundlage ergibt sich aus den §§ 38, 50 JGG in Verbindung mit § 52 KJHG.

Jugendgerichtshilfe ist eine so genannte Pflichtaufgabe der Jugendämter. Die Jugendgerichtshilfe ist im gesamten Jugendstrafverfahren hinzuzuziehen (§§ 38 Abs. 3, 107 JGG).

Daraus folgt ihr Recht, sich selbst zu jedem Zeitpunkt in das Verfahren einzuschalten (§ 50 Abs. 3 JGG).

Ist die Jugendgerichtshilfe nicht im erforderlichen Umfang am Verfahren beteiligt worden, ist darin ein Verfahrensverstoß wegen Verletzung der Aufklärungspflicht des Gerichtes und damit ein Revisionsgrund zu sehen (§§ 43, 50 Abs. 3 JGG).

Tertiärprävention

Tertiäre Präventionsmaßnahmen sind Sanktionen, die dem Schutze vor Rückfall und Wiederholung dienen. Hierunter sind die Ambulanten Maßnahmen gem. § 10 JGG zu zählen.

Im Einzelnen handelt es sich um:

Sozialdienst in betreuter Form und Betreuungsweisung

Mit diesen Weisungen sollen vor allen Dingen jene Jugendlichen und Heranwachsenden erreicht werden, die teilweise mehrfach wegen leichter bis mittelschwerer Delikte auffällig wurden.

Es werden direkte Hilfen zu alterstypischen Problemkreisen, wie Schulprobleme, Ausbildungs- und Berufsfragen, Wohnungs- und Arbeitssuche, finanziellen Schwierig-

keiten, Drogensucht und Kontakt- und Beziehungsstörungen angeboten.

Die Betreuungsweisung bietet die Chance, weniger stigmatisierend und strafend zu wirken, sondern mit pädagogischen Mitteln zu versuchen, eine „kriminelle Karriere“ zu verhindern. Die Klienten sollen befähigt werden, ihr Verhalten kritisch zu überprüfen, neue Verhaltensmuster zu erlernen, konkrete Hilfen anzunehmen und ihren Handlungsspielraum zu erweitern.

(Brücke Köln e. V., Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Köln)

Sozialer Trainingskurs

Der Soziale Trainingskurs ist eine ambulante sozialpädagogische Maßnahme für junge Straffällige, die in schwierigen sozialen und persönlichen Verhältnissen leben und bei denen die Straffälligkeit ein Symptom dieser Lebenssituation ist.

Der Trainingskurs bietet die Chance zu einer umfassenden pädagogischen Intervention. Die Ursachen der Straffälligkeit können bewusst gemacht und Perspektiven für eine sinnvolle und eigenverantwortliche Lebensgestaltung vermittelt werden.

Alternative Lebensperspektiven und Handlungsspielräume erhöhen die soziale Kompetenz junger Menschen und sind Voraussetzung für eine straffreie Zukunft.

(AWO Köln, Kreisverband)

Anti-Aggressivitäts-Training

Bei dem AAT handelt es sich um eine delikt- und defizitspezifische,

sozialpädagogisch-psychologische Behandlungsmaßnahme für aggressive Wiederholungstäter, basierend auf dem Prinzip der Achtung und Wertschätzung ihrer Persönlichkeit bei gleichzeitiger Verurteilung ihrer Handlungen.

Die Gewalttat steht im Brennpunkt der Maßnahme und die Auseinandersetzung mit den Folgen wird forciert. Dazu gehört der Abbau von Rechtfertigungsstrategien ebenso wie die Vermittlung des Ausmaßes der körperlichen und seelischen Schädigung des Opfers.

Die Sozialisationsdefizite, die sich in gewalttätigem Verhalten ausdrücken, werden gezielt angegangen. Defizite bestehen z.B. in Bezug auf Frustrationstoleranz, Reflektionsfähigkeit und Kompetenz zu friedlicher Konfliktlösung.

Ein weiterer Schwerpunkt des AAT liegt bei der Entwicklung von Fähigkeiten, die der Vorbeugung und Deeskalation von potentiell gewalttätigen Auseinandersetzungen dienen, wie z. B. verbale Meisterung kritischer Situationen und Selbstkontrolle.

Es wird ein Trainingskurs für Mädchen angeboten.

(AWO Köln, Kreisverband, für Ersttäter auch Brücke Köln e.V.)

Täter – Opfer – Ausgleich (TOA)

Mit dem TOA soll der durch die Straftat gestörte Rechtsfrieden zwischen Täter und Opfer wiederhergestellt werden.

Im Mittelpunkt stehen die Bearbeitung des Konfliktes und die Wiedergutmachung des entstandenen Schadens.

Zur Friedensstiftung und Aussöhnung gehört dazu, dass Täter und Opfer die Sichtweise der jeweils anderen Seite kennen und in gewissem Umfang verstehen lernen.

Der Prozess des Ausgleichens soll

Bitte lesen Sie weiter auf Seite 31

Interventionstabelle für Lehrerinnen und Lehrer im Umgang mit ADS-/ADHS-Kindern im schulischen Alltag

Cornelia Leistner, Pädagogische Praxis Eselsbrücke, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Vorwort

Liebe Lehrerinnen und Lehrer,
diese Tipps für den Umgang mit ADS-Kindern sind keine Richtlinien, sondern eine Orientierungshilfe. Manche von diesen Vorschlägen können Ihnen helfen, schwierige Situationen mit einem bestimmten Kind zu meistern, bei einem anderen wirken sie wiederum vielleicht gar nicht. Einige Vorschläge mögen auf den ersten Blick umständlich wirken, zeigen aber in der Umsetzung eine große Wirkung. Viele sind ein Ausprobieren wert und können den Unterrichtsalltag mit ADS/ADHS-Kindern um ein Vielfaches erleichtern. Prüfen Sie für sich, welche dieser Interventionsmöglichkeiten zu ihrer spezifischen Klassensituation oder zu Ihrem Unterrichtsstil und Ihrer Persönlichkeit passen.

Die Verhaltensauffälligkeiten können in der linken Spalte nachgeschaut werden und sind nach verschiedenen Bereichen sortiert. Rechts daneben in der gleichen Zeile befinden sich mögliche Lehrerreaktionen, Beispiele, Erklärungen sowie die wahrscheinliche Wirkung.

Beispiel.:

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Oppositionelles Verhalten	Klaren Normen- und Sanktionskatalog für Fehlverhalten abstecken und konsequent einfordern	„Wenn Du die Aufgaben jetzt nicht fertig machst, musst Du sie in der Pause machen“	Kinder mit ADS sind oftmals hochsensibel und sehr impulsiv. Hinzu kommt eine geringe Frustrationstoleranz. Streitereien mit Mitschülern können so leicht schon bei Kleinigkeiten entstehen	Regel Einhaltung; Verringerung endloser und grundloser Diskussionen über Regeln

Die tabellarische und stichpunktartige Form des Ratgebers ist bewusst gewählt, um die Übersicht zu erleichtern. Dadurch kann es jedoch zu Wiederholungen bei den Erklärungen kommen oder manches lässt sich ohne weitere Hintergründe zum Störungsbild von ADS/ADHS nicht ohne Weiteres nachvollziehen. Ich bitte Sie, darüber hinweg zu sehen, da das Ziel zunächst ein verbesserter Umgang mit dem Kind ist. Für weiteres Interesse und zum besseren Verständnis der Tipps habe ich Ihnen eine Literaturliste angehängt. Besonders danken möchte ich den Grundschullehrerinnen Gitta Hildebrand und Claudia Bischof für ihre Mitarbeit in Form von Kritik und Anregungen.

Viel Spaß und Erfolg beim Ausprobieren wünscht Ihnen,
Ihre ADS-Lernhilfe Cornelia Leistner.

Vorschlag zum Umgang mit der Tabelle:

Folgende Problembereiche werden angesprochen:

- Allgemeine Verhaltensauffälligkeiten
- Arbeitsverhalten

(Teil I in dieser Ausgabe)

Teil II in der nächsten Ausgabe

- Geringes Selbstvertrauen
- Unterrichtsgestaltung
- Lernstrategien
- Sitzordnung
- Hausaufgaben
- Schriftliche Leistungsüberprüfung
- Besonderheiten von Kindern mit ADS/ADHS

Um der wenigen Zeit der Lehrerinnen und Lehrer Rechnung zu tragen, habe ich versucht, eine weitestgehend einfache und effiziente Handhabung zu ermöglichen. Es ist zu empfehlen, zunächst einmal sein Augenmerk auf den Bereich zu richten, den Sie selbst für das jeweilige Kind als am problematischsten empfinden und zu überlegen, an welchen Punkten sie davon Gebrauch machen können.



Die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Texte sind urheberrechtlich geschützt. Deshalb ist das Fotokopieren und/oder Nachdrucken der Original- sowie das Veröffentlichen von Abschriften (auch bei Teilen) grundsätzlich nicht erlaubt.

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Allgemeine Verhaltensauffälligkeiten				
Zappeligkeit	Gezielte Aufträge	„Hole Dein Heft heraus.“ Kurz warten, bis das Kind dies getan hat. Dann: „Hole bitte den roten Buntstift“. Kurz warten, bis das Kind dies getan hat. „Male die Kreise rot an“ usw.	Zu viele Aufträge auf einmal verwirren ADS- Kinder oft derart, dass sie <i>alles</i> vergessen	Hilfen bei der allgemeinen Orientierung
	Mit Besorgungen beauftragen	Tafelputzen	Kinder mit ADHS (d.h. ADS mit Hyperaktivität) haben eine starke innere und äußere Unruhe, so dass ihnen körperliche Bewegung hilft, mit dieser umzugehen	Das Kind fühlt sich mit seiner motorischen Unruhe angenommen. Man muss jedoch darauf achten, dass das Kind auf diese Weise nicht vor bzw. von der Klasse schikaniert wird
Ablenkbarkeit	Weniger auffällige Tätigkeiten erlauben	Spielen mit Radiergummi, Malen, Kritzeln etc.	ADS- Kinder berichten oftmals, dass sie sich „dann einfach besser konzentrieren können“	Das Kind fühlt sich mit seiner motorischen Unruhe angenommen
	Laufende gezielte Ansprache	Häufige, an das Kind direkt gerichtete Fragen	Die innere Unruhe der Kinder ist meist sehr massiv. Hinzu kommt, dass sie oftmals sehr empfindlich auf akustische Reize reagieren	Fokussierung der Aufmerksamkeit
Ablenkbarkeit, Zerstreuung	Kurze und klar formulierte Einzelanweisungen	Aufträge: „Schreibe den Termin der Klassenarbeit in dein Hausaufgabenheft“		Allgemeine Strukturierung und Unterstützung bei der Selbststeuerung; Hilfen bei der Erkennung und Bearbeitung von Strukturen
	Gezielter Blick- (und teils Körper-) kontakt	Blickfokussierung	Kinder mit ADS ohne Hyperaktivität haben oft einen verlangsamten Antrieb und verlieren sich in Tagträumereien	Fokussierung der Aufmerksamkeit; Hilfen bei der Aufmerksamkeitssteuerung
Träumerei/ Abschweifen der Aufmerksamkeit				

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Allgemeine Verhaltensauffälligkeiten				
Das Kind benötigt zum Lernen wesentlich länger als andere Kinder	Gelassenheit und Geduld (auch wenn es Überwindung kostet), denn Kinder mit ADS spüren oftmals Ungeduld sehr sensibel und lassen sich dann noch weniger lenken	Vokabeltest o.ä. möglichst früh ankündigen, damit das Kind genügend Zeit zur Vorbereitung (10-14 Tage vorher) hat	Kinder mit ADS brauchen die 8-14fache Zeit (im Vergleich zu anderen Kindern), bis sie Alltagsdinge u.ä. behalten und umsetzen können	Das Kind kann in seinem individuellen Tempo lernen und hat damit vermehrt Erfolgserlebnisse
Geringes Selbstvertrauen	Lob bei Teilerfolgen, Teilleistungsfortschritten und Anzeichen von ernsthaftem Bemühen	„Deine Rechtschreibung wird immer besser. Die Adjektive schreibst du nun sogar immer klein. Toll- mach weiter so.“ (Natürlich mit ihren individuellen Worten. Wichtig ist die Vermeidung von indirekter Kritik)	Viele Eltern berichten, dass ihre Kinder mit ADS oftmals ein Vielfaches mehr an Anerkennung brauchen	Steigerung der Leistungsmotivation und des Selbstvertrauens
Allgemein auffälliges und schwieriges Verhalten	Besondere Berücksichtigung im Schulalltag, durch vermehrte Aufmerksamkeit	Bei regelmäßiger Teilnahme des Kindes im Unterricht, d.h. wenn es sich meldet, öfter (im Vergleich zu den anderen Kindern) aufrufen	Kinder mit ADS haben ein ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden. Sie fühlen sich schnell vernachlässigt und verweigern die Mitarbeit	Neben der Verbesserung der Aufmerksamkeit auch Intensivierung der Bemühungen und der Mitarbeit
Oppositionelles Verhalten	Klaren Normen- und Sanktionskatalog für Fehlverhalten abstecken und konsequent einfordern	„Wenn Du die Aufgaben jetzt nicht fertig machst, musst du sie zu Hause erledigen!“	Kinder mit ADS sind oftmals hochsensibel und sehr impulsiv. Hinzu kommt eine geringe Frustrationstoleranz. Streitereien mit Mitschüler können so leicht schon bei Kleinigkeiten entstehen	Regel Einhaltung; Verringerung endloser und grundloser Diskussionen über Regeln
Eklat	„Time-out“/ Auszeit; Besprechung der Situation erst nach allgemeiner Senkung des Erregungsniveaus	Auszeit in einem anderen Raum	Durch die hohe Impulsivität bei ADS-Kindern kann eine Klärung der Situation oftmals erst nach Beruhigung und Klärung der Emotionen erreicht werden	Allgemeine Beruhigung und Vermeidung einer weiteren Eskalation. Durch die emotionale Distanzierung kann sich das Kind beruhigen und ist wieder fähig für alternative Reaktionen

Verhalten des Kindes	Alternativen für Lehrerreaktion	Beispiele	Gefühle der Kinder/Bericht von Eltern	Wirkung
Arbeitsverhalten	Anwendung einer alternativen Methode zur phonemischen Methode	Visualisieren von Wörtern durch farbige Markierung der Silben u.ä.	ADS- Kinder lernen aufgrund ihrer Defizite in der auditiven Wahrnehmung meist schlecht über die phonemische Methode, da sie die einzelnen Laute nur schwer unterscheiden können	Deutliche Verbesserung der Rechtschreibung
Rechtschreibung	Zulassen und Anwendung von schriftlichen Arbeiten mit Hilfe des PCs	Abgabe eines Buchberichtes, Bildbeschreibung o.ä. als Computerdokument zulassen	Aufgrund ihrer schlechten Handschrift und ihres visuellen Lernstils erleichtert es viele Kinder am PC arbeiten zu können	Verminderung von Flüchtigkeitsfehlern und Förderung von sauberem Arbeiten
Wirkt zerstreut, wenig Eigenorganisation	Zerlegung von komplexen Aufgaben in Einzelschritte und Markierung der Reihenfolge	Fahrplan der Arbeitsschritte	Kinder mit ADS haben einen „hüpfenden“ Wahrnehmungsstil, wodurch sie nicht in der Lage sind, Aufgaben zu systematisieren	Orientierungs- und Strukturierungshilfe
Geringe Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit	Verwendung visueller Anreize durch verschiedene Farben und Moderationstechniken	Einsatz von farbiger Kreide und bunten Blättern.	ADS- Kinder arbeiten vorwiegend mit der rechten Gehirnhälfte und haben Probleme bei der auditiven Wahrnehmung	Aufmerksamkeitsstimulierung, Verbesserung der Stoffaufnahme und Verbesserung der Daueraufmerksamkeit
	Ansprechen von mehreren Sinneskanälen und Handlungsorientierung Einsatz der verschiedenen Modulationsmöglichkeiten der Lehrerstimme	Bewegungsspiele, Thema Adjektive: Gefühlstationen Lautstärke/ Stimmhöhe und (-tiefe) variieren	Bei Ermüdung eines Sinneskanals kann auf einen weiteren zurückgegriffen werden Neue Variationen helfen dem Kind nicht abzudriften und erhöhen seine Aufmerksamkeitsspanne	Verbesserung der Daueraufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsfokussierung; allgemeine Aktivierung Verbesserung der Daueraufmerksamkeit

Fortsetzung von Seite 26

beim jungen Straftäter Verhaltensänderungen anregen.

Durch die persönliche Begegnung mit dem Opfer wird die Auseinandersetzung mit der Tat und ihren Folgen gestärkt und die Fähigkeit zur aktiven nichtkriminellen Bewältigung von Problemen gefördert.

(Die Waage Köln e.V.)

Verkehrssicherheits-Seminar

Das Angebot basiert auf der Feststellung, dass die Entwicklung junger Erwachsener durch die zunehmende Ausdehnung ihres Lebensraumes geprägt ist.

Zunächst als Fußgänger, dann als Fahrradfahrer und später als Kraftfahrzeugführer wird ein größer werdendes Umfeld geradezu „erfahren“.

Den jungen Menschen wird die Möglichkeit geboten, ihr bisheriges Verhalten im Straßenverkehr zu reflektieren und zu verändern. Ziel ist es, künftiges Fehlverhalten zu vermeiden.

Schwerpunktthemen sind Drogen und Alkohol im Straßenverkehr, Aggressionsdelikte und Verkehrsunfall mit Flucht.

(Polizei Köln und JGH)

Beratungsgespräche der Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten – FRED

FRED richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die mit Drogen experimentieren und/oder illegale Substanzen konsumieren und dabei auffällig geworden sind.

FRED will zur Reflexion des eigenen Umgangs mit Drogen anregen, fundierte Informationen vermitteln und zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung motivieren.

(Drogenhilfe Köln, SKF, SKM)

Probanden gesucht

Neue Studie zur Wirksamkeit spezifischer Gruppenpsychotherapie

Die ADHS-Spezialsprechstunde am Neurozentrum des Universitätsklinikums des Saarlandes sucht Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) für eine Therapiestudie.

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Studie ist auf ein Jahr angelegt und beginnt voraussichtlich im **April 2008**. Mehrere andere Universitätskliniken beteiligen sich ebenfalls daran: Universitätsklinikum Freiburg, Universitätsklinikum Würzburg, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und die Charité Universitätsmedizin in Berlin.

Entgegen landläufiger Meinung wachsen sich die Symptome der Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung nur bei einem Teil der betroffenen Kinder im Erwachsenenalter aus. Viele Erwachsene zeigen weiterhin die typischen Symptome wie Unaufmerksamkeit, Konzentrationsstörungen, Impulsivität und Unruhe und sind dadurch sowohl im Beruf als auch in der Alltagsgestaltung und im Privatleben benachteiligt. Nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie sollte eine Behandlung der ADHS bei Erwachsenen neben einer möglichen Medikation immer auch psychotherapeutische Interventionen beinhalten. Die jetzt vom Neurozentrum angebotene Therapiestudie geht der Frage nach, ob Gruppenpsychotherapie oder ärztliche Einzelgespräche in Kombination mit Placebo oder speziellen Medikamenten wirksamer sind.

Nach einer ausführlichen Diagnostik werden die Patienten nach dem Zufallsprinzip entweder in die Gruppenpsychotherapie oder zu den Einzelgesprächen eingeteilt, die 12 Wochen lang wöchentlich und danach einmal im Monat stattfinden. Zusätzlich werden die Patienten medikamentös behandelt, entweder mit Methylphenidat oder mit Placebo (doppelblindes Design).

Zur Studienteilnahme müssen bestimmte Einschlusskriterien erfüllt sein:

Die Teilnehmer im Alter von 18-60 Jahren mit ADHS dürfen nicht an schwerwiegenden psychiatrischen, neurologischen oder internistischen Erkrankungen leiden, und es sollte keine medikamentöse Vorbehandlung mit Methylphenidat oder Begleitbehandlung mit anderen Psychopharmaka vorliegen.

Saar - Uni - Presseteam,
Presse- und Informationszentrum
Universität des Saarlandes

Quelle:

<http://idw-online.de/pages/de/news248725>

Anm.: Wer an dieser Studie teilnehmen möchte, wendet sich bitte an das Neurozentrum der Saar-Uni,
Tel. 06841 -16-26333,
E-Mail: prup@uniklinikum-saarland.de

Was wir brauchen, sind ein paar verrückte Leute,
seht Euch an, wohin uns die Normalen gebracht haben.

George Bernard Shaw

Internet und Fernsehen

Zu Nutzen und Risiken lesen sie *neue AKZENTE* und reden mit Arzt und Redakteur

Walter Beerwerth

In den letzten Tagen hatten wir in Münster Dreharbeiten zum Thema „ADS der Erwachsenen“ sowie Anfragen eines weiteren Teams und parallel einiges an Internetarbeit. Zeitgleich war da die Sendung von „Quarks und Co“, eine fernsehtechnisch gut aber fachlich fragwürdig gemachte Angelegenheit. Umso schlimmer, dass die Sendung vom Vertrauensvorschuss des öffentlich rechtlichen Rundfunks profitierte. Das muss nicht gegen die Öffentlich Rechtlichen sprechen. Ich habe vor einigen Jahren an einer gelungenen Sendung des Südwestfunks mitgewirkt.

Es stellten sich die Fragen: Was kann welches Medium? Was ist die Interessenlage des Fernsehens? Wer benutzt es gegen unsere berechtigten Anliegen? Wo steht unsere Vertretung, der ADHS Deutschland e. V.? Wie mit Anfragen umgehen? Wie die Internetarbeit aufstellen? Zunächst will ich aber einige Voraussetzungen bezüglich des ADS kurz anreißen.

Der Januskopf

Janus ist der altrömische Gott des Todes. Sein in den Türsturz eingemauerter Kopf hat zwei Gesichter, eines nach innen, eines auf die Straße gerichtet. Nicht anders ist es mit ADS. Wir kennen diese Leute von innen, blicken in ein Gesicht, in dem vor allem gute Dinge stehen. Wir sehen sie als empfindsame, hilfsbereite, mitfühlende, aufgeweckte, temperamentvolle, gesellige, mutige, engagierte, kreative Menschen.

In die Schulen und die Betriebe blickt ein anderes Gesicht. Daran ist Medienarbeit ganz und gar nicht unschuldig. Wir stellen uns als Problem dar. Launisch, unkonzentriert, unpünktlich, aufbrausend, schwer zu führen und, und, und. Wäre ich Personalchef, ich würde bei dieser nur auf den Krankheitswert abzielenden Außendarstellung nie einen ADSler einstellen. Vergessen wird, dass eini-

ge von diesen kreativen, konstruktiven Unruhestiftern in den Personalmix gehören, um Stagnation und damit den Untergang des Betriebes zu vermeiden.

Bisher haben wir die Fernseharbeit beeinflusst in dem Sinne, dass ADS keine Folge schlechter Erziehung ist, sondern ein ernst zu nehmendes medizinisches Problem. Das ist sachlich richtig aber nur die halbe Wahrheit. Dargestellt werden ADSler nur noch als ein Problem. Einige freuen sich darüber. Ein Heer von Nachhilflehrern und Therapeuten lebt davon. Es kommt seltsamerweise keiner auf die Idee, dass unser Schulsystem desolat ist, unsere Arbeitswelt zunehmend menschenunwürdige Strukturen aufweist. Gut ist das für niemanden. Die Leute mit ADS, zu deren wertvollsten Gaben Empfindsamkeit und Kreativität gehören, müssen da als Erste untergehen. Das Risiko gesellschaftliche Fehlentwicklung wird individualisiert würde der Soziologe sagen. Auf Deutsch, andere kochen ihr Süppchen, wir stecken als kleine Würstchen drin.

TV

Noch einmal: Die veröffentlichte Stimmung ist so, dass Menschen mit ADS nicht als gesellige, engagierte, soziale und tüchtige Mitarbeiter und Freunde gesehen werden.

Sendungen wie „Quarks und Co.“ diffamieren die einzige erwiesene wirksame Therapie für die Kinder, die mit Stimulanzien. Wem nutzt es? Wer verdient an chronisch Kranken durch schlechte oder fehlende Medikation? Wer hat da beratend zur Seite gestanden? Wie sollen die Kinder, die ja ihr ADS behalten werden, bei solcher Stimmungsmache je einen Job bekommen? Deine Kinder, lieber *neue AKZENTE*-Leser! Ein Heer medizinisch gut betreuter Arbeitsloser ist keine gute Perspektive bei 5 Prozent der Bevölkerung mit einem ADS von Krankheitswert.

Fernsehen ist ein Stimmungsmedium, das ist seine Stärke. Es kann in den derzeit üblichen Formaten nur wenig handfeste Information rüber bringen, das ist seine Schwäche. Für uns folgt daraus, wir müssen dafür Sorge tragen **dass ADSler als empfindsame, hilfsbereite, mitfühlende, aufgeweckte, temperamentvolle, gesellige, mutige, engagierte, kreative Menschen gezeigt werden**. Es muss die (berechtigten!) Ansicht um sich greifen, wir brauchen diese Leute. Ohne sie kann ein Betrieb sich bestens verwalten aber schlecht in die Zukunft kommen. Dem Vernehmen nach gibt es in den USA Firmen, die aus diesem Grund bevorzugt Menschen mit ADS einstellen und gut damit fahren. Nutzen wir das Stimmungsmedium um gute Stimmung zu machen.

Fernsehredakteure, ganz gleich ob privat oder öffentlich rechtlich, haben viel zu tun und sind schon deshalb über Zuarbeit für die fachlichen Hintergründe dankbar. Darüber hinaus haben einige von ihnen wenig echtes Interesse an den „Protagonisten“, noch weniger an fachlichen Zusammenhängen. Sie kümmert zunächst der Unterhaltungswert. Das haben sie gelernt, dafür werden sie bezahlt. Das ist nicht verwerflich sondern gut für beide Seiten.

Wenn von Fernsehseite das Gefühl vorherrscht, wir pfuschen nicht in deren Handwerk, kann es zu vertrauensvoller Zusammenarbeit kommen. Mitwirkende aus dem Verband sollten sich allerdings das Recht vorbehalten, den Beitrag vor Sendung auf fachliche Richtigkeit zu prüfen. Das ist auch im Interesse des Journalisten, der sich ungern mit „Halbseidenem“ blamieren will, wie es zuletzt dem Team von „Quarks und Co.“ geschehen ist.

Die bisherige Öffentlichkeitsarbeit hat auch daran gekrankt, dass es Redakteuren gelungen ist, Gruppenleiter und Verbandsinstanzen gegen-

seitig auszuspielen. Das wurde bei der kürzlich geschehenen Anfrage einer Fernsehredaktion deutlich. Besonders bedauerlich dabei war, dass das Sendeformat an sich ein gutes ist. Nun will niemand mehr mit dieser Redaktion zusammenarbeiten. Auf dieser Basis ist gegenseitiges Vertrauen, was für dokumentarische Fernseharbeit notwendig ist, nicht zu schaffen. So eine offene Flanke kann sich der ADHS DE nicht leisten. Dazu ist er zu groß und wichtig geworden.

Die positiven Eigenschaften unserer Mitglieder, die in alle Wohnstuben flimmern müssen, lassen sich bestens unterhaltsam verpacken. Das Privatfernsehen kann dabei unser Verbündeter sein. Die fachliche Beratung sollte durch Mitglieder des Verbandes sichergestellt werden. Wir haben in der Tat bundesweit die meiste Fachkompetenz gebündelt und sind frei vom Verdacht zweifelhafter wirtschaftlicher oder politischer Interessen. Die Verbandsführung sollte die bisherige **Abwehrhaltung aufgeben und sich aktiv um das Fernsehen bemühen**. Nicht vergessen: keine Probleme wälzen, keine Heulnummern!

Internet

Vor wenigen Jahren noch hatte das Internet keine Breitenwirkung. Wir waren auf Printmedien für handfest Interessierte und das Fernsehen für die Masse angewiesen. Das hat sich grundsätzlich geändert. Die Altersgruppe derer, die mit Kindern umgehen, ist mit dem Internet vertraut und nutzt es täglich, so auch die Mehrzahl unserer Mitglieder. Ja, viele derer mit ADS scheinen *ohne* gar nicht zu können. Das Medium ist vorzüglich geeignet um Fachinformatio-

nen hinüberzubringen. Hier können Problemlösungen vorgestellt werden. Hier kann kritisch und zeitnah Stellung bezogen werden. Selbst einige Foren, zunächst als „Schwatzbuden“ verschrien, mausern sich zu einem fachlich ernstzunehmenden Beratungsinstrument.

In dieser Außendarstellung sind wir gut aufgestellt. Wir können damit wuchern, dass die besten Internetauftritte teils von Gruppen des Verbandes, teils von ihm nahe stehenden Gruppierungen geleistet werden.

Beispiele:

- www.adhs-deutschland.de
- www.alles-doch-halb-so-schlimm.de;
- www.adhs-anderswelt.de;
- www.ads-muenster.de;
- www.web4health.info/de

Intern sieht das anders aus. Da sind wir noch „in der Mitte des letzten Jahrhunderts“. Es wäre schön, wenn auch auf Bundesebene wieder ein Nachrichtendienst als Service für alle Gruppenleiter in Form einer E-Mail-Zeitung zur Verfügung stehen würde. Dieser Dienst besteht bereits für die Landesgruppe NRW, wo Frau Bürschgens das vom ehem. BV AÜK weitergeführt hat. Er hat sich bestens bewährt. So ein Nachrichtendienst ist nützlich, auch um Anfragen z.B. von Fernsehredaktionen mit Stellungnahme des Verbandes weiterzuleiten.

Das beste Mittel gegen Missbrauch unserer Strukturen durch Außenstehende ist ein guter interner Informationsfluss. Persönliche Kontakte der Gruppenleiter untereinander sind wichtiger denn je – aber nicht ausreichend. Eine wirksame Vernetzung durch einen Internetservice tut not. Internetservice und Gruppenleitertreffen gehen Hand in Hand.

TV plus NET

Zusammengefasst ergibt sich eine Aufgabenverteilung. Fernsehen dient der Öffentlichkeitsarbeit im Sinne von Werbung. Machen wir Reklame für unsere Fähigkeiten, die in der Gesellschaft dringend benötigt werden. ADSler können all das, was Computer nicht können.

Das Internet dient der differenzierteren fachlichen Information. Es stellt sich heraus, dass ADS keine banale Erkrankung sondern eine chronische, eine das ganze Leben begleitende Behinderung ist. Diese geht einher mit einer Fülle von wertvollen Chancen, leider auch von Folgeerkrankungen. Da werden wir ohne eine große Zahl von helfenden und fördernden Maßnahmen nicht zurecht kommen. Selbstverständlich gehören eine nach dem neuesten Stand der medizinischen Kunst geschehende Diagnostik und Medikation dazu. **Auch** dazu, als eine von vielen Säulen. ADS ist eben kein in erster Linie medizinisches Phänomen.

Aktuell sind die fachlichen Entwicklungen so rasant, dass Printmedien nicht Schritt halten können. Das Internet ist derzeit die einzige Möglichkeit dem vielfältigen Informationsbedarf auch nur annähernd nachzukommen.

Dank

Ich bedanke mich bei dem freien Fernsehjournalisten Claus Halstrup für die erfreuliche Zusammenarbeit. Ich bedanke mich weiterhin bei Leif Viola für seine Beratung und unermüdliche Internetarbeit. Er ist Webmaster und lokaler Netzwerker der Gruppe ADS-Muenster.de ←

Die Menschen streichen meistens das Negative heraus,
oder haben Sie schon einmal ein Schild mit der Aufschrift
„Gutmütiger Hund“ gesehen?

Unbekannt

Treffen des „Regionalen ADHS-Netzwerkes Düsseldorf und Umgebung“ (RADU)

pm/heussen Am Samstag, 01.03.2008, fand das Treffen des noch jungen Vereins „RADU“ im Novotel Neuss statt.

Der Vorsitzende, Dr. W. Geraets, berichtete kurz über den Gründungsverlauf und die vielfältigen Aufgaben, die sich der Verein gesetzt hat. Wichtigste Aufgabe in naher Zukunft ist die Vorbereitung eines größeren Symposiums zum Thema „ADHS und Schule“.

Im Anschluss hieran referierte Prof. Dr. Michael Huss (seit 01.08.07 Direk-

tor der kinderpsychiatrischen Abteilung an der Uniklinik Mainz) über das Thema „ADHS und Depressionen“. Dabei verknüpfte er bereits Bekanntes mit neuem Wissen aus der Forschung.

Drei Workshops

- I ADHS und Schule
- I ADHS in der kinderärztlichen Praxis
- I ADHS und Jugendhilfe

rundeten den überaus interessanten und gewinnbringenden Vormittag ab.

Nachtrag zum RADU-Treffen

Der kurzen Berichterstattung von Frau Heussen, die die Protokollführung im Netzwerk übernimmt, kann ich hinzufügen, dass die Gestaltung der „RADU-Treffen“ uns hoffen lässt, bisher oftmals unzureichend erörterte Themen stärker in den Fokus der Verantwortlichen zu bringen.

So diskutierten wir im Workshop „ADHS und Jugendhilfe“ angeregt und in wertschätzender Weise mit dem Vertreter des Jugendamtes Düsseldorf, Herrn Groß, darüber, welchen Stellenwert eine ADHS in der Jugendhilfe hat und welche Kenntnisse die Mitarbeitenden (z.B. Fachdienst Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder) in ihre Arbeit einfließen lassen können. Herr Groß findet bei den sehr zeitaufwändigen Verfahren – wenn eine ADHS-Diagnose vorliegt – die Jugendämter in der „multimodalen“ Versorgung nicht wieder.

Das Problem der „Nachversorgung“ zeigt sich, wenn z.B. bei Heimunterbringungen Kinder und Jugendliche in die Familien zurück geführt werden. Düsseldorf z.B. investiert große Summen bei der Bewältigung von Einzelfällen, jedoch kaum in „Fall-vorgezogene“ Begleitung, also keine oder wenige Präventivmaßnahmen.

Ein Mangel an qualifizierten Fortbildungen im Bereich ADHS scheint vorzuliegen.

Hier wird jedoch von den im Workshop Beteiligten dem Einwurf des Heilpädagogen, Herrn Baumgartner, (Heilpäd. Praxis in Haan) zugestimmt, dass z.B. auch von dieser Fortbildung zahlreiche Mitarbeitende der Jugendhilfe hätten Gebrauch machen können. Das Eigeninteresse wird vermisst. Herr Groß saß da allein auf weiter Flur!

Schade, wenn man bedenkt, dass ca. 160 Mitarbeitende im Bereich HzE (Hilfe zur Erziehung) im Düsseldorfer Jugendamt ihre Qualifikationen verbessern könnten. D.h., wir müssen verstärkt eine Verankerung solcher Fortbildungen über „störungsspezifische Kenntnisse und den Umgang damit“ in der Gesamtheit „Soziale Dienste“ einfordern!

Herr Baumgartner, stellvertretender Vorsitzender im RADU, stellt schließlich folgerichtig fest, dass die einzelnen Disziplinen auf der fachlichen Ebene viel zu wenig voneinander wissen und somit zunehmender Erfahrungsaustausch aller Einrichtungen und Anbieter erforderlich ist.

Karin Knudsen

Wenn Buchhandel
und Selbsthilfe kooperieren ...

ADHS-Thementisch kann für beide Seiten ein Gewinn sein

Die Anfrage der Regionalgruppe an einen Osnabrücker Buchhandel, mit dem Wunsch, den Kunden eine Literaturauswahl zum Thema ADHS zu präsentieren, eröffnete eine kleine Kooperation, denn auch die Geschäftsführung war interessiert. Vom Buchhandel wurden nach Vorschlag der Regionalgruppe ca. 20 Titel in zwei bis drei Exemplaren zur Präsentation bestellt. Da ohne Pressearbeit ein Erfolg kaum möglich ist, druckte die Neue Osnabrücker Zeitung freundlicherweise den Veranstaltungshinweis in einer kleinen Meldung ab.

Wie vereinbart standen an einem Februar-Samstag von 11 bis 16 Uhr meist zwei, zeitweise vier Frauen aus dem Leitungsteam der Regionalgruppe bereit, wobei das neue „Roll-Up Banner Display“ des Bundesverbandes erstmals zum Blickfang wurde. So mancher Verbands- und Buchflyer wurde von Interessenten mitgenommen. Da der Andrang überschaubar war, blieb genügend Raum für etwas intensivere Gespräche.

Bekanntlich ist ADHS weit verbreitet, und so wurde auch von einer Mitarbeiterin des Hauses eine familiäre ADHS-Betroffenheit offenbart und das fachliche Gespräch gesucht. Die Frauen aus dem Leitungsteam hoffen nun, dass sie ihr Ressort, die „Esoterik-Ecke“, demnächst mit neuem Wissen etwas umstrukturieren wird... GD

Tadle nicht den Fluß,
wenn du
ins Wasser fällst!

Koreanisches Sprichwort

ADHS-Kompetenznetzwerk Köln schaut „über den Tellerrand“ und knüpft neue Kontakte

Karin Knudsen

Das Kölner ADHS-Kompetenznetzwerk beschäftigte sich auf seinem Treffen im Februar d.J. überwiegend mit dem Thema ADHS, Jugenddelinquenz und Strafvollzug.

Dr. Renate Beckmann führte mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse einiger Studien zu den Zusammenhängen von ADHS, Delinquenz und Strafvollzug in das Thema ein.

Martin Wild, Coolness- und Anti-Aggressions-Trainer, berichtete über verschiedene Projekte zur Gewaltprävention mit Jugendlichen. Hervorgehoben wurden insbesondere das Projekt „Emanzipatorische Jugendarbeit“ als Kooperationsprojekt der Volkshochschule Oberberg und dem Polizeisportverein NRW und die Arbeit von „Schlag.fertig“ als Peer-Projekt zur Gewaltprävention. „Schlag.fertig“ ist ein Gemeinschaftsprojekt der Universität Köln und der Diakonie Michaelshoven, unterstützt von der Aktion Mensch. *Nähere Informationen zu den Projekten sind den jeweiligen Internetseiten zu entnehmen.*

Helmut Simson, Mitarbeiter der Jugendgerichtshilfe Köln, informierte über die Arbeit seiner Institution und darüber, welche Hilfsmöglichkeiten nach dem Jugendgerichtsgesetz statt Anklageerhebung oder Strafe zur Erzielung erzieherischer Effekte eingesetzt werden können. *(Siehe Bericht in dieser Ausgabe S. 26)*

Den Beitrag von Walter Maringer, Freizeitkoordinator der JVA Siegburg und Marita Ragonese, Regisseurin und Mitarbeiterin am Bonner Theater, möchte ich hier besonders hervorheben. Beide haben auf meine Initiative hin die Einladung zum Treffen des ADHS-Kompetenznetzwerkes Köln angenommen.

Aufmerksam auf ein Theaterprojekt unter der Leitung von Frau Ragonese wurde ich durch einen Arti-

kel im Kölner Stadt-Anzeiger. „Spielen im Offenen Vollzug“, – eine großartige Idee, mit jungen Menschen im Strafvollzug Theater zu spielen und ihnen damit eine Chance zu bieten, ihr kreatives Potential unter Beweis zu stellen, – auch die Sehnsucht nach Anerkennung aufzugreifen.

Dabei wird deutlich, dass die Kenntnis über ADHS-spezifische Symptome und Verhaltensweisen hilfreich für die sozialpädagogische Arbeit mit Strafgefangenen ist und sich stärker in den sozialen Diensten der Gefängnisse verbreiten sollte.

Eindrucksvoll schildert Frau Ragonese den schwierigen Prozess der Erarbeitung eines Theaterstücks mit den jungen Männern, der nur mit einem langen Atem und viel positiver Grundeinstellung zu den Fähigkeiten der Betroffenen gelingen konnte. Es wäre ein Gewinn, wenn das Engagement von Marita Ragonese Schule machte.

Frau Ragonese hat m.E. wie eine Köchin die besten Zutaten benutzt und ein abgerundetes Gericht bereitet. Sie kann sich allerdings, vor allem, wenn sie im sozialen Feld arbeitet, die Spieler nicht aussuchen. ABER: Sie kann das Beste aus ihnen herausholen und sie hat es geschafft, diese jungen Menschen für das Projekt zu begeistern.

Der Besuch der Aufführung in Räumen des Theaters Bonn im Vorhinein war wertvoll für mich, insbesondere die strahlenden und stolzen Gesichter der jungen Männer beim Applaus des Publikums zu erleben, – eine Erfahrung, die die wenigsten von ihnen je in ihrem Leben auch nur annähernd gemacht haben.

Theaterpädagogik sollte möglichst früh schon in Schulen und in der sozialen Arbeit mit jungen Erwachsenen zum Alltag gehören.

Sie wäre ein wirkungsvoller Baustein im viel besungenen, aber nicht ausreichend zum Zuge kommenden „multimodalen Programm“

für Kinder und (junge) Erwachsene mit ADHS.

Zu der innerhalb des Strafvollzugs möglicherweise größeren Anzahl betroffener Menschen mit ADHS als vermutet, wurde in der Diskussion – die wir sehr offen und mit großem gegenseitigen Interesse führten – deutlich, dass das Thema ADHS im Strafvollzug immer noch nicht die Bedeutung erhalten hat, die ihm zukommen müsste. Denn junge Menschen mit ADHS werden nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzug eher im Leben scheitern, wenn sie keine Hilfe erhalten und an ihrem Grundproblem nicht arbeiten können.

Durch meine Anregung hat sich Herr Maringer sehr intensiv mit ADHS beschäftigt und die PsychologInnen in der JVA und Ärzte befragt. Er kam zu der Erkenntnis, dass ein nicht unerheblicher Teil von Insassen betroffen sein kann.

Umfangreichere Informationen und gegenseitiger Austausch in der Landschaft des Strafvollzugs könnten dazu beitragen, Betroffenen und Behandlern Hilfen an die Hand zu geben.

Wir vereinbarten, in Kontakt zu bleiben, vielleicht eine Vortragsreihe innerhalb der JVA anzubieten, an der sich alle Disziplinen beteiligen könnten.

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Ragonese und Herrn Maringer für die Teilnahme und das uneingeschränkte Interesse an den im ADHS-Kompetenznetzwerk Köln diskutierten Themen.

Was mit der Theaterpädagogik bei jungen Erwachsenen angesprochen wird lesen Sie auf der nächsten Seite.>



Was wird angesprochen in der Theaterpädagogik?

- | Kreativität (mehr wahrnehmen, knüpfen, fühlen, flexibles Denken, unkonventionelle Ideen)
- | Besondere Teilleistungsbegabung (wenn Fokussierung gelingt, erstaunliche Konzentrationsleistung, Ausdauer; Dinge komplex verknüpfen, ermöglicht gute bis außergewöhnliche Leistungen)
- | Hohe Motivation für eigene Ziele, bei Interesse hohes Durchhaltevermögen
- | Vieldimensionale Wahrnehmung (wenig Fokussierung, hohe Empfindungsfähigkeit)
- | Risikobereitschaft

Die Theaterpädagogik kann anknüpfen an diese Ressourcen und die jungen Erwachsenen in ihrem Selbstwertgefühl durch das Hervorheben der Kreativität stärken.

Welche therapeutische Wirkung kann Theaterpädagogik haben?

Schwierige Verhaltensweisen, die häufig von einer regen Fantasie und einem immensen Ideenreichtum gespeist werden, können neue positive Bedeutung erfahren.

Sie bietet ein Potential an Spielenergie, -witz und der Fähigkeit sich darzustellen.

Theaterspiel macht es Menschen, die im Alltag aufgrund ihres Verhaltens häufig Ablehnung und Strafen erfahren, möglich, positive Bestärkung zu erfahren, und es vermittelt ihnen Selbstbewusstsein und Anerkennung durch

- | Übungen, die animieren, auf Impulse adäquat zu reagieren
- | Rhythmen
- | Bewegungen
- | Spiele und Rollen durch sich selbst auszudrücken.

Im Schutz der Verkleidung kann der Einzelne

- | aus seiner Rolle heraustreten
- | Gefühle äußern
- | Konflikte in befriedigender Weise lösen lernen
- | Neue Beziehungen erproben
- | sich freiwillig an Spielregeln halten

Theaterpädagogik verknüpft Theater-Spiel UND pädagogisches Handeln.

Von der Theaterkunst ausgehend werden psychosoziale Prozesse initiiert.

Theaterpädagogik fördert:

die ästhetische Bildung

- | durch Kennenlernen neuer ästhetischer Ausdruckformen

das Sozialverhalten durch

- | Stärkung der Persönlichkeit
- | Erlernen von Lösungsstrategien bei Konflikten
- | Erarbeiten adäquater Umgangsformen
- | Entwicklung von Würde und Respekt für sich und andere
- | Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit
- | Förderung der Teamfähigkeit

die Selbsterfahrung durch

- | Reflexionsfähigkeit
- | Selbstwertgefühl
- | Sensibilisierung und Förderung der Wahrnehmung

die Freizeitgestaltung durch

- | Stärkung und Sinngabe für den Alltag
- | Wieder-Entdecken von Lebenslust und deren Erhaltung

Besonderes Augenmerk wird gelegt auf die Förderung von Wahrnehmung, Konzentration und Sozialverhalten.

Dies ist jedoch auch die größte Herausforderung, da das Sozialverhalten häufig mit betroffen ist.

Die Stärkung des Sozialverhaltens erfolgt durch

- | darstellendes Spiel in Gruppenarbeit
- | Aufmerksamkeit erregt der einzelne Darsteller vor dem Hintergrund der Atmosphäre, die die Gruppe mit Spielfreude und Engagement schafft
- | Die sich auch auf das Publikum überträgt
- | Es wird dem einzelnen Spieler Raum gegeben, in einer Figur individuell hervorzutreten

Gemeinsames Theaterspielen baut soziale und kulturelle Schranken ab.

Durch die Rollenarbeit erlernt der junge Erwachsene, auf spielerische Weise

- | sich in andere Menschen hinein zu versetzen
- | sich sinnlich einzufühlen
- | zu handeln, wie es die Figur in der Geschichte tun würde

Er lernt Empathie und Wahrnehmung, Konzentrationsfähigkeit werden gefördert!

Und wenn Spieler aus dem Rahmen fallen? Dann erleben sie

- | Klare Strukturen
- | Regeln
- | Grenzen
- | Konsequenzen

ADHS und Mediensucht

AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg berichtet

Frank Häusler

Ein Rosenmontag sollte auf keinen Fall für die Ausnahme sorgen. Schließlich wissen viele Eltern der Region Gifhorn längst Bescheid. Jeden ersten Montag eines Monats trifft sich im Sassenburger Ortsteil Westerbeck die seit sechs Jahren bestehende Selbsthilfegruppe. Närrisches Treiben erwartete an diesem gut besuchten Abend allerdings niemand. Stattdessen sorgte schon der Titel des Vortrags – „ADHS und Mediensucht, eine explosive Mischung“ – für reges Interesse und letztendlich auch für ein volles Haus. „Mit so einem Ansturm haben wir nicht gerechnet“, gestand Margit Tütje-Schlicker. Dann ließ die Mitbegründerin und inzwischen langjährige Leiterin des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg, einer von über 250 Selbsthilfegruppen des ADHS Deutschland, die eingeladene Fachärztin aus Wolfsburg zu Wort kommen.



FOTO: F. HÄUSLER

Dr. Martina Vogts, Kinder- und Jugendpsychiaterin aus Wolfsburg, spricht von „explosiver Mischung“

Einer Erläuterung der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung bedurfte es freilich nicht. „Ich bin hier“, stellte Dr. Martina Vogts zu Beginn fest, „unter den Experten auf dem ADHS-Gebiet.“ Die Fachärztin mit eigener Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wolle lediglich Denkanstöße bieten. „Damit ihnen der Umgang mit ihren Kindern in Bezug auf virtuelle Medien verständlicher wird.“ Gerade ADHS-Betroffene seien in der Lage, sich in interessierte Bereiche regel-

recht zu stürzen. Was jedoch fehle, seien innere Organisation, die Akzeptanz äußerer Strukturen und ein gesundes Gefühl für das was gebraucht wird. Daraus resultiere „ein ständiges Wechselspiel“ zwischen Verlangen und Wissen. „Für mich sind ADHSler die kreativsten Menschen der Welt“, sagte die Wolfsburgerin. Aber leider auch „mehr als die anderen prädisponiert und gefährdet, süchtiges Verhalten zu entwickeln.“

Seit Jahren schon beschäftigt Dr. Vogts dieses Thema und mittlerweile seien wesentlich mehr Beiträge erschienen – inhaltlich jedoch ohne neue Erkenntnisse. „Was mich aber immer wieder erschreckt, ist die Geschwindigkeit der Suchtentwicklung und die Tatsache, dass man sich nur sehr schwer von diesem Drang befreien kann, da der Umgang mit den virtuellen Medien praktisch zu jedem beruflichen Alltag gehört.“ Darin sieht die Wolfsburger Fachärztin den wesentlichen Unterschied zu anderen Süchten. Virtuellsüchtige treten für die Allgemeinheit unauffällig und nicht kriminell auf. Erst wenn Eltern mit Schrecken feststellen, wie viele Stunden ihre Kinder vor dem PC verbringen, werden sie aufmerksam. Zwar dauere es relativ lang bis man bei einem Kind von einem süchtigen Verhalten spricht. „Dann“, mahnte die Expertin, „ist es meistens schon zu spät.“ Dazu käme die Überstimulation: „Der Geist wird angeregt, Hormone freigesetzt und es entstehen Glücksgefühle wie bei sportlichen Betätigungen.“

Ein Betroffener könne diesem Teufelskreis nur schwer entkommen. „Bei anderen Süchten“, verdeutlichte die Rednerin, „gilt als Regelung Nummer eins, ein absoluter Verzicht.“ Doch heutzutage Kindern oder Jugendlichen ein PC-Verbot auszusprechen, gestalte sich als schwierig. Zumal die Freunde ganz selbstverständlich am PC spielen und der Computer auch in der Schule immer häufiger eine

gewichtige Rolle spiele. Sie appellierte an die Eltern, die verbrachte Zeit von Jugendlichen vor den Medien stark einzugrenzen und diese Grenzen auch bei älteren Jugendlichen konsequent zu kontrollieren. Grundsätzlich sollte ein Computer zwei Stunden vor dem Schlafengehen abgeschaltet sein. Nur so, sagte Dr. Martina Vogts, hätten Kinder genügend Zeit wieder Bodenhaftung in der Realität zu erlangen. ←

Neuigkeiten aus Sassenburg

Seit November vergangenen Jahres bieten wir den erfahrenen Teilnehmern, sowohl Eltern als auch selbst betroffenen Erwachsenen, ein eigenes Treffen an. Voraussetzung zur Teilnahme an diesen Gesprächsabenden ist, dass sich alle schön länger kennen. Das war von einigen langjährigen Mitgliedern so gewünscht. Es sollen alle Themen zur Sprache kommen, die schon lange „unter den Nägeln brennen“, die aber nicht für alle Ohren bestimmt sind und einer Vertrauensbasis bedürfen. Die ist aber bei den regulären, offenen Gruppenabenden nicht unbedingt gegeben, weil ja immer mal wieder jemand Neues dazu kommt.

Dann sind auch meist noch grundsätzliche Informationen notwendig und die „Fortgeschrittenen“ kommen nicht zum Zuge.

Wie wir alle wissen, tauchen aber immer wieder Probleme und Problemchen im Zusammenhang mit dem Störungsbild AD(H)S auf und die versuchen wir bei diesen Gelegenheiten aus dem Weg zu räumen bzw. klein zu halten.

Bisher werden diese Treffen gut angenommen.

Margit Tütje-Schlicker

Zweites integratives Fußball-Feriencamp 2008

David Lennep



In der Zeit vom 30.06. – 04.07.08 (erste Ferienwoche NRW) findet zum 2. Mal ein integratives Fußball-Ferien-camp in Alsdorf bei Aachen, Sportplatz Gesamtschule, statt.

Der Verein LebensWelten e.V., Verein zur Förderung von Kindern und Jugendlichen, veranstaltet in diesem Sommer erneut solch eine Ferienveranstaltung für alle sport- und fußballbegeisterten Jungen und Mädchen aller Altersstufen.

Nach einem tollen Pilotprojekt im Vorjahr, an dem knapp 50 verhaltensauffällige und nicht verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche teilgenommen haben, soll diese Veranstaltung ein fester Bestandteil der großen Sommerferien werden.

Täglich von 10 bis 16 Uhr wird mit den Kindern trainiert, gespielt und gearbeitet. Ein großes Team von pro-

fessionellen Trainern, Therapeuten und vielen freiwilligen Helfern steht den Kindern dabei tatkräftig zur Seite. Die Kinder und Jugendlichen werden, altersentsprechend, in Kleingruppen eingeteilt.

Im Preis von 70,-€ für 5 Tage ist die komplette Verpflegung enthalten. Die Kinder bekommen jeden Tag ein warmes Mittagessen, werden ausreichend mit Obst und kleinen Snacks versorgt und bekommen sogar alle



Getränke gestellt. Auch für das leibliche Wohl der Eltern ist bestens gesorgt, Kuchen und Bratwürstchen werden ab Mittag serviert.

Spaß an Sport, Bewegung und sozialem Miteinander steht bei diesem Feriencamp im Mittelpunkt.

Leider haben wir in den letzten Jahren immer wieder feststellen müssen, dass Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten aus Fußball- und Sportvereinen ausgeschlossen wurden, weil sie aufgrund ihres Verhaltens für viele Vereine nicht tragbar sind. Genau diesem Problem möchten wir entgegensteuern und auch diesen Kindern die Möglichkeit bieten, Spaß und Freude an Freizeit und Sport zu haben.

Die Erfahrungen aus dem letzten Jahr haben uns absolut überzeugt, dass dies sehr gut klappt, und dass es Freude macht, dieses soziale Miteinander zu fördern.

Neben den Aktivitäten auf dem Sportplatz wird den Eltern und Interessierten auch die Möglichkeit geboten, sich über die ein oder andere „Auffälligkeit“ zu informieren. Sachkundige Therapeuten stehen mit Rat und Tat zur Seite.

Sollten wir auch Ihr Interesse geweckt haben, einmal selbst solch ein Camp durchführen zu wollen, so stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung, sprechen Sie uns einfach an.

Für weitere Fragen und Anmeldungen stehen wir Ihnen telefonisch und schriftlich gerne zur Verfügung! Die Anmeldefrist endet mit Beginn des Camps.

LebensWelten e.V., Hubertusstr. 23, 52477 Alsdorf, Tel.: 02404-673957 oder e-mail: info@lebenswelten-ev.de



FOTOS: D. LENNEP/PRIVAT

Unsere aktiven Regionalgruppen



Auf dem Pädiatriekongress am 23./24.2.08 in Dortmund war die Landesgruppe NRW mit Unterstützung der Regionalgruppen Essen (v.l. Frau Veutgen, Frau Runde) und Hagen (Frau Loske re.) vertreten.

FOTO: J. VEUTGEN

„Der Zappelphilipp ist erwachsen – und nun?“

SHG Duisburg plant Infoveranstaltung

Die ADHS-Selbsthilfegruppe Duisburg plant aus Anlass ihres dann zweieinhalbjährigen Bestehens **vom 31.05. bis zum 01.06.2008** eine Informationsveranstaltung zum Thema ADHS.

Unter dem Motto „Der Zappelphilipp ist erwachsen – und nun?“, wollen wir im Rahmen einer ursprünglich als „Infobörse“ konzipierten Veranstaltung über ADHS und andere – in der Symptomatik ähnliche – sogenannte psychosoziale Erkrankungen bzw. Störungen aufklären und informieren.

Neben den von ADHS betroffenen Menschen, richtet sich die Veranstaltung vornehmlich an jene Personen, welche in ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Praxis ADHS-Patienten begegnen. Aus diesem Personenkreis verzeichnen die ADHS-Selbsthilfverbände aktuell eine stark zunehmende Informationsnachfrage.

Dieser Nachfrage möchten wir Rechnung tragen.

Begleitet wird die Infoveranstaltung durch Vorträge und Lesungen von namhaften Fachreferenten bzw. Fachautoren und einem unterhaltenen Rahmenprogramm:

- Dr. med. Martin Winkler, Klinik Lüneburger Heide, Bad Bevensen
Vortrag „Was ist mit mir los? BurnOut, Depression, Borderline oder ADHS?“ (Arbeitstitel)
- Dr. med. Hans-Heiner Decker, Internist mit Fachgebiet ADHS-Arnsberg (angefragt)
Vortrag „Stimulanzientherapie – Teufelszeug oder Himmelsgabe“ (Arbeitstitel)
- Liona L. Toussaint, Grafikerin u. Fotografin, ADHS-Betroffene, Buchautorin - Berlin
Lesung aus ihren Büchern „Mein Leben mit ADD / chaotic world“
- Christine und Walter Beerwerth – Buchautorin und Coach bzw. Autor und ADHS-Betroffener – Münster
Vorträge „Coaching bei ADHS“ und „Theaterpädagogik als

Therapiemöglichkeit bei ADS“ (Arbeitstitel)

Mitmachaktion / Improtheater

- Peter Pannenbäcker, Kriminalbeamter - Brilon
Vortrag „ADHS und Delinquenz“
- Thomas Dereser, ADHS-Betroffener, Leiter einer SHG, Duisburg
Vortrag „ADHS und Selbsthilfearbeit“

Weitere Vorträge zu den Themen „ADHS und Ausbildung/Berufswahl“, „ADHS und Suchtverhalten“ sowie „ADHS in den Medien“ sind geplant. Die Vorträge dauern jeweils 45-60 Minuten. Im Anschluss eines jeden Vortrags sind ausführliche Diskussionen und Fragerunden mit dem Publikum angedacht.

Die 1. ADHS-Veranstaltung Duisburg steht unter der Schirmherrschaft des Oberbürgermeisters der Stadt Duisburg, Adolf Sauerland.

Weiter Auskünfte und Informationen gibt es im Internet unter: www.alles-doch-halb-so-schlimm.de oder unter der Telefonnummer 0203/930 543 7 (AB)

Leserbrief zu „Zappelphilipp – oft bloß falsch erzogen?“ Bild der Wissenschaft 1/2008



Dr. Johannes Streif,
Diplompsychologe

Sehr geehrte Frau Kortmann,
sehr geehrte Damen und Herren!

Mit Enttäuschung und Unverständnis haben wir Ihren in „Bild der Wissenschaft“ vom Januar 2008 veröffentlichten Artikel „Zappelphilipp – oft bloß falsch erzogen?“ 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.

Gerne hätten wir auch Ihre Redaktion im Vorfeld der Veröffentlichung in fachlicher Hinsicht beraten und der Autorin, wäre dies ihr Wunsch gewesen, einen unmittelbaren Zugang zu betroffenen Familien gewährt. Sowohl Fachkenntnisse als auch eine persönliche Vertrautheit mit dem Störungsbild hätten dazu beitragen können, die zahlreichen sachlichen Fehler des Artikels zu vermeiden sowie von der Herablassung abzusehen, mit welcher von ADHS Betroffene und deren Angehörige in ihm behandelt werden.

Schwerwiegende inhaltliche Mängel

Die inhaltlichen Mängel des Artikels sind dabei so schwerwiegend, dass sie nicht mehr als Polemik in einer bisweilen zu Recht kritisch geführten öffentlichen Auseinandersetzung mit Fragen der Pädagogik und Therapie abgetan werden können. Vielmehr verleugnet die Autorin unter Verweis auf isolierte Meinungsäußerungen einzelner Personen weltweit vergleichbare soziale Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse von mehreren Jahrzehnten. Daten, welche mitnichten

ausschließlich von sich selbst freisprechenden Eltern unerzogener Kinder oder von durch wirtschaftliche Eigeninteressen geleiteten Ärzten und Psychotherapeuten erhoben und interpretiert wurden.

Fragwürdig bleibt zunächst, ungeachtet seiner vielfachen Wiederholung, der Vorwurf, die diagnostischen Kriterien des Störungsbildes ADHS ließen „viel Spielraum“ zu und zögen „keine Grenze zwischen krank oder einfach nur wild und unerzogen“. Zwar wurden die diesbezüglichen Symptomlisten der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (APA: aktuell DSM-IV) sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO: aktuell ICD-10) in den vergangenen Jahrzehnten mehrfach überarbeitet, um die Diagnosestellung entsprechend neuer wissenschaftlicher Befunde zu präzisieren. Dennoch sind sie heute nachgerade aus diesem Grund bei bestimmungsgemäßer Anwendung zuverlässige Instrumente, welche die Diagnose der ADHS weitgehend unabhängig vom diagnostizierenden Arzt oder Psychologen mit einer Zuverlässigkeit erlaubt, die nicht mehr Fehler erwarten lässt als beispielsweise die Fehlerquote bei Laboruntersuchungen in der Allgemeinarztpraxis (vgl. PCIS-ME-Studie von 2002).

Dabei sprechen wir an dieser Stelle nur von der Diagnosestellung der ADHS im klinischen Alltag. Teure bildgebende Verfahren, die in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis nicht angewendet werden können, belegen demgegenüber mit noch weitaus höherer statistischer Sicherheit einen Zusammenhang zwischen den Diagnosekriterien der ADHS und hirnorganischen Auffälligkeiten insbesondere im präfrontalen Kortex. Nichts ist aus der persönlichen Sicht der Betroffenen wie auch der sozialökonomischen Perspektive unserer Gesellschaft wünschenswerter, als das Procedere zur

Diagnose des Störungsbildes weiter zu verbessern sowie in der Folge Erziehung und Therapie der betroffenen Kinder anzupassen. Nach inzwischen mehreren Tausend Studien weltweit zur Symptomatik der ADHS jedoch zu behaupten, die Diagnosekriterien eines der bestuntersuchten Störungsbilder der Psychiatrie ließen Zweifel zu, dass es die ADHS gebe, kommt einer Leugnung von Depression, Migräne oder des menschlichen Schmerzempfindens gleich.

Vor diesem Hintergrund ist die zitierte ominöse Aussage des Neurobiologen Hüther, ADHS sei „zunächst nicht mehr als die Bezeichnung für eine Sammlung von Symptomen bei Kindern“, so sinnvoll und wahrhaftig wie die Aussage, dass Wasser aus zwei Wasserstoff- und einem Sauerstoffatom bestehe. Über verschiedene Lebensbereiche wie Familie, Schule und Freizeit hinweg miteinander verbunden, bilden die Symptome der ADHS eine charakteristische Einheit von auffälligem Verhalten. Sie sind in dieser Kombination gerade nicht bei jedem Kind oder Jugendlichen verschieden, sondern typisch für 3 bis 5 Prozent menschlicher Gesellschaften auf allen fünf Kontinenten. Sogar die uns am nächsten verwandten Primatenstämme bringen einen ähnlich großen Prozentsatz an Außenseitern hervor, deren Impulsivität und Unruhe sie zu einem schlechteren Lerner und nervigen Kameraden machen.

Situationsübergreifend erkennbare Prägung

Nicht anders, als ein unbeherrschter Affe sich in freier Wildbahn oder Zoo verschieden verhält und dennoch in seiner jeweiligen Umgebung auffällt, so hat das Verhalten der von ADHS betroffenen Menschen viele Facetten und doch eine situationsübergreifend erkennbare Prägung. Mangelnde Impulskontrolle, eine ungenügende Willkürsteu-

erung der Aufmerksamkeit sowie häufig ein von außen nur schwer zu beeinflussender Bewegungsdrang ergeben ein kennzeichnendes Verhaltensmuster, dessen systematische Häufigkeit kein Zufall ähnlicher Erziehung in den unterschiedlichsten Gesellschaften sein kann. Diese typische Einheit von Verhaltensweisen erhielt mit der gleichen Berechtigung einen eigenen Namen wie die Verbindung von Wasserstoff und Sauerstoff, die Wasser ergibt, gleich ob gefroren, flüssig oder als Dampf.

Ignorierte Tatsachen – problematische Aussagen

Unlogisch und falsch sind die Ausführungen der Autorin auch im Hinblick auf die genetische Disposition des Störungsbildes. Zum einen ignorieren sie die Tatsache, dass es eine größere Anzahl an Untersuchungen zur Häufigkeit von ADHS in Familien gibt, welche auch die üblichen Zwillingsstudien mit einschließt, eine dominant genetische Veranlagung der Störung unter Humangenetikern also nicht mehr in Frage steht. Zum anderen ist das zitierte Argument von Hüther und Bonney, die Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten in den letzten 30 Jahren spreche gegen eine genetische Grundlage der ADHS, in mehrfacher Hinsicht problematisch.

Erstens ist die pauschale Behauptung zunehmender Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Allgemeinen so seriös wie die derzeit populistische Diskussion um eine vermeintlich wachsende Jugendkriminalität. Viele Experten sind in diesem Zusammenhang der Ansicht, dass die sozialen Anforderungen wie auch der gesellschaftliche Maßstab sich weit mehr verändert haben als das Verhalten der Kinder und Jugendlichen. Sprechen Hüther und Bonney aber, entgegen ihrer Ablehnung des Störungsbildes als einer Einheit, von einer Zunahme ADHS-typischer Verhaltensweisen, so ist die vermehrte Diagnosestellung und Behandlung vor allem Ausdruck einer veränderten Aufmerksamkeit von Eltern, Lehrern und Medien. In einer Zeit früher unbekannter medialer Reizfülle sowie einer Pluralität von Werthaltungen nicht zuletzt auch

im Bereich der Erziehung kommt der Selbstbeherrschung des Einzelnen eine immer größere Bedeutung zu. Da nimmt es nicht wunder, dass Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene mit ADHS heute größere Schwierigkeiten haben, sich immer neu den rasch wandelnden gesellschaftlichen Realitäten anzupassen, als Menschen mit einer günstigeren genetischen Disposition zur Willkürsteuerung.

Zweitens lässt der Kurzschluss, bestimmte Gene würden unbedingt mit einem bestimmten Verhalten einhergehen, eine fundamentale Unkenntnis vom Zusammenhang genetischer Strukturen und den auf ihrer Grundlage ablaufenden physiologischen Prozessen erkennen. Wenn schon die menschliche Körpergröße, die als Resultat eines Reifungsvorgangs in hohem Maße erblich ist, sich durch Ernährung individuell sowie gesellschaftsweit über wenige Generationen erheblich beeinflussen lässt, um wie viel gestaltbarer sind dann erst die komplexen Entwicklungsvorgänge unseres Gehirns, dessen höhere Funktionen ihre Prägung im Austausch mit der je eigenen Umwelt des einzelnen Menschen erhalten. Dennoch bleibt die Erbanlage die Basis, auf welcher jede Entwicklung aufbaut. Das Kind von durchschnittlich großen Eltern wird unter normalen Lebensumständen je nach Geschlecht und Nahrung ein bisschen größer oder ein bisschen kleiner werden, sehr wahrscheinlich aber ungefähr die mittlere Körpergröße seiner Eltern erreichen. Eine Schwankung von 5 Prozent wird aus dem Kind von Kleinwüchsigen keinen Riesen machen, egal was und wie viel es isst. In gleicher Weise verhält es sich mit den Kindern von ADHS-Betroffenen. Ihre Sozialisation, die Summe aus bewusster Erziehung und unbewussten sozialen Einflüssen, konditioniert die neurophysiologische Disposition ihres Verhaltens in einem begrenzten Umfang. Reizüberflutung und mangelndes erzieherisches Einwirken auf das kindliche Verhalten haben insbesondere in den ersten Lebensjahren durchaus einen kritischen Effekt auf die Ausbildung neuronaler Funktionen und Strukturen zur Willkürkont-

rolle von Emotionen und Verhalten. Sie machen jedoch weder ein beliebiges Kind unaufmerksam, impulsiv und hyperaktiv, noch vermögen reizärmste Umgebung und härteste erzieherische Konsequenz aus einem ADHS-Betroffenen einen Menschen zu machen, dem Aufmerksamkeitssteuerung, Selbstbeherrschung und Ruhigsein so leicht fallen wie dem Durchschnitt der ihn umgebenden Gesellschaft.

Drittens stellt die Autorin den Ausschluss einer genetischen Grundlage der ADHS in einen polemischen Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung des Störungsbildes. Nachgerade die bereits in der Überschrift des Artikels angedeutete erzieherische Verursachung der Symptomatik lässt ihre Medikation offenbar fragwürdig erscheinen. Der assoziierte Hintergrund des mittlerweile zum medialen Klischee gewordenen Inbegriffs von Ritalin als vermeintlichem Ruhigsteller einer ganzen Kindergeneration ist die irrige Vorstellung, dass sozial verursachte Probleme auch in ihren individuellen Auswirkungen stets sozial gelöst werden müssten. Medikamente scheinen nur legitim zu sein, wenn das Leid persönlicher, körperlicher Natur ist. Leid hingegen, das aus der Unfähigkeit zur Anpassung an gesellschaftliche Realitäten erwächst, soll durch soziale Veränderungen, bestenfalls eine Psychotherapie behoben werden. Als ob die von ADHS betroffenen Kinder und ihre Eltern sich nicht sehnsüchtig ein anderes Schulsystem, tolerantere Verwandte und Freunde sowie verständnisvollere Arbeitgeber wünschen würden! Bevor diese wünschenswerten Wandlungen in Familie und Gesellschaft einst zum Tragen kommen, sind allerdings zahllose Kinder hier und heute bloßgestellt, ausgegrenzt und in der immer bedeutsamer werdenden schulischen und beruflichen Entwicklung stark beeinträchtigt. Sie brauchen jetzt eine Hilfe, dass ihre gegebene Umwelt sie erträgt, ihnen mit Wohlwollen begegnet und ihre Förderung unter 30 Mitschülern und 100 Lehrstellenbewerbern leisten kann!

Bitterer noch als die falschen Aussagen zur vermeintlich ruhigstellenden Wirkung von Methylphenidat,

dem in den meisten Medikamenten zur ADHS-Therapie enthaltenen Wirkstoff, ist der Umstand, dass die Autorin um die Fragwürdigkeit ihrer Ausführungen weiß. Wie anders lässt es sich erklären, dass sie ein gangs des Artikels ein durchaus realistisches Fallbeispiel schildert, zu dem die Erleichterung einer Mutter angesichts einer durch die Medikation zumindest basalen Selbststeuerungsfähigkeit ihrer Kinder zitiert, diesen Beispielen jedoch vage Andeutungen über unerforschte Nebenwirkungen sowie ihre eigene Betroffenheit durch „zwei kleine Racker, die gerne toben“ gegenüber stellt. Einmal mehr stellt sich die Frage, ob allein die Tatsache, dass ein Wirkstoff unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, oder aber die erhebliche prozentuale Zunahme seiner Verschreibung angesichts einer minimalen Ausgangsbasis eine sinnvolle Rechtfertigung dafür sein können, die Existenz eines psychiatrischen Störungsbildes sowie seine nachgewiesenermaßen wirksame medikamentöse Therapie abzulehnen. Zwei kleine Kinder, die gerne toben, sind kein hyperaktives Kind, das zum dritten Mal in seiner Grundschulzeit die Schule wechseln muss, weil seine mangelnde Selbststeuerungsfähigkeit weder ein hinreichend schnelles Lernen noch ein angemessenes Verhalten unter 200 Gleichaltrigen auf dem Pausenhof erlaubt. Und gelänge es der Autorin, gelänge es Herrn Hüther und Herrn Bonney, dieses Kind ohne den Einsatz von Medikamenten zu erziehen, ihm einen stabilen Schulplatz zu gewährleisten und seine Unaufmerksamkeit durch intensive persönliche Förderung wenigstens ansatzweise zu kompensieren – ließe sich daraus vernünftigerweise ein fachliches Recht oder gar eine gesellschaftliche Verpflichtung ableiten, dieses Kind ohne medikamentöse Hilfe weniger kompetenten Eltern, Lehrern und Erziehern auszusetzen oder zu entziehen?

Herr Hüther mag mit seinen Ausführungen zum Einfluss der Umwelt auf die Entwicklung des Nervensystems so recht haben wie Herr Bonney mit seinen erzieherischen und therapeutischen Ratschlägen. Desgleichen gibt es gute Gründe, die Qua-

lität von Unterricht und psychiatrischer Diagnosestellung, von Schulsystem und Gesundheitswesen beständig zu prüfen und zu verbessern. Niemand, der sich als Fachmann oder Betroffener mit ADHS auseinandersetzt, vertritt die Meinung, dass eine Tablette mehr, als zur Behandlung einer Krankheit sinnvoll und notwendig ist, nicht eine Tablette zuviel sei. Doch die Aussagen im vorliegenden Artikel wie auch die zitierten Äußerungen von Hüther und Bonney sind keine unbequeme Wahrheit, mit welchen sich zwei Experten „bei den oft verzweifelten Eltern nicht gerade beliebt machen“. Sie sind vielmehr die Folge eines absichtsvollen Verkennens der sozialen Realität in einer sich durch den technischen Fortschritt rasch wandelnden Welt, in welcher vom Einzelnen eine immer größere Anpassungsleistung gefordert wird, während die sozialen Institutionen wie Schule, Jugendhilfe oder Gesundheitssystem im Kampf um Macht und Pfründe zunehmend reformunfähiger werden.

In dieser Auseinandersetzung können Publikationen wie der vorliegende Artikel nicht mehr als eine Stellungnahme im Kontext der Vielfalt gleichberechtigter Meinungen gelten. Von der Überschrift bis zum biographischen Nachsatz über die Au-

torin ist diese Veröffentlichung der Ausdruck einer Gesinnung, die wider besseres Wissen die spezifischen Nöte von verhaltensauffälligen Kindern zum Gegenstand einer ideologischen Politik macht. Einer Politik, die nicht nur die Bemühungen von gemeinnützigen Betroffenenverbänden wie dem unseren um eine sachliche Aufklärung und Hilfe erschwert, sondern – schlimmer noch – Eltern, Lehrer, Erzieher und Therapeuten dazu verleitet, mit untauglichen Methoden das Elend zu verlängern und vielfach auch zu verschärfen.

Was ist denn so falsch daran, auffälligem Verhalten einen Namen sowie seiner Behandlung ein Gerüst zu geben, das alle hilfreichen Maßnahmen von der Erziehung bis zur Medikation miteinander verbindet? Wir als Kinder und Eltern, Betroffene und Familienangehörige, Schüler und Lehrer, Patienten und Fachleute haben durch unser Engagement – nicht zuletzt im ADHS Deutschland e.V., einem der großen Selbsthilfeverbände in Deutschland – den Nachweis erbracht, dass wir Familien mit verhaltensauffälligen Kindern helfen wollen und können. Welche Hilfe dürfen diese Familien von Ihnen erwarten?

*Dr. Johannes Streif
ADHS Deutschland e.V.*

ADHS-Präferenzstudie abgeschlossen

Liebe Leserinnen und Leser, Patientenpräferenzen als Indikatoren der Lebensqualität der Betroffenen sollten bei einer Bewertung des Nutzens von alternativen Therapieangeboten adäquat berücksichtigt werden. Die Sicht der Patienten selbst spielt in der politischen Diskussion jedoch nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Wir haben daher eine Pilot-Studie der Gesellschaft für Empirische Beratung (GEB mbH; Professor Mühlbacher, Dr. Nübling) in Zusammenarbeit mit der Janssen-Cilag GmbH in Neuss zur Erfassung der Patientenpräferenzen bei der Behandlung der ADHS unterstützt.

Neben der Gewinnung wichtiger Erkenntnisse über die Behandlung

der ADHS aus Betroffenen Sicht und der Schaffung von Aufmerksamkeit für die Belange der Patienten, können solche Projekte eine zielgerichtete Optimierung von Therapieangeboten und somit eine Verbesserung der Versorgung ermöglichen. Die Studie ist nun abgeschlossen und insgesamt 213 Patienten und Angehörige haben an der aufwändigen Befragung teilgenommen. **An dieser Stelle möchten wir uns auch im Namen der GEB mbH und von Janssen-Cilag ganz herzlich für Ihre Unterstützung bedanken!**

Die Ergebnisse werden in den kommenden Monaten publiziert und dem Verband im Anschluss zur Verfügung gestellt. Wir werden weiter berichten. *Der Vorstand*

Große Hilfe für Familien

ADHS Deutschland e.V. feiert seinen ersten Geburtstag – Symposium im Forum Friedrichsdorf

Manche „Kinder“ sind schon an ihrem ersten Geburtstag groß. **ADHS Deutschland e.V.**, der als gemeinnützig anerkannter Bundesverband zahlreicher Eltern- und Betroffeneninitiativen in Deutschland, welche Hilfen für Einzelpersonen und Familien mit ADHS anbieten, wird **ein Jahr alt**. Ein Grund zum Feiern für die mehreren Tausend Mitglieder des Vereins, der aus dem Zusammenschluss des „Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.“ mit dem „Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung / Hyperaktivität e.V.“ hervorgegangen ist. Diese deutschlandweit tätigen Verbände gab es vor der Hochzeit freilich schon über zwanzig Jahre. Gut, dass das Kind dieser Beziehung so rasch stärker geworden ist als seine Eltern. Gut für die ehrenamtliche Arbeit des ADHS Deutschland e.V., gut vor allem aber für die Betroffenen und ihre Familien!

ADHS, das ist die mittlerweile auch vielen Laien bekannte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, früher gleichermaßen vom Zappelphilipp wie dem Hans-guck-in-die-Luft verkörpert. Rund 5 Prozent der Menschen in allen Kulturen dieser Erde haben größere Schwierigkeiten als ihre Umwelt, die eigenen Impulse im Zaum zu halten, in Schule und Arbeit aufmerksam zu sein sowie die eigene Unruhe zu kontrollieren. Heute gibt es in Pädagogik, Psychologie und Medizin ein wachsendes Wissen über die erbliche Verursachung des Störungsbildes. Dass diese Kenntnisse aus den Forschungsstätten in die Medien, Arztpraxen und Schulen, nicht zuletzt aber auch in die Familien selbst vorgedrungen sind, ist in großem Maße auch der Arbeit des ADHS Deutschland e.V. zu verdanken.

Dabei ist der Verband mehr als nur eine Plattform zur Weitergabe von Wissen an seine Mitglieder sowie die interessierte Öffentlichkeit. Selbst-

verständlich unterstützte er in der Vergangenheit über seine Landes- und Ortsgruppen viele Tausende von betroffenen Einzelpersonen und Familien mit dem Zugang zu Fachleuten und einem breiten Beratungsangebot. Die Gemeinschaft profitierte dabei umgekehrt auch von den Erfahrungen ihrer engagierten Mitglieder. Zwischen dem konkreten Schicksal von Einzelnen, deren Leben in immer schwieriger zu durchschauenden Gesellschaftsstrukturen an der mangelnden eigenen Selbststrukturierung zu scheitern droht, und der medialen Perspektive auf verhaltensauffällige Kinder im Allgemeinen besteht ein großer Unterschied. Das erlebte Leid, aber auch die Erfolge der Vereinsmitglieder können anderen helfen, ihre Schwierigkeiten in Familie, Schule, Arbeit und Freizeit zu bewältigen. Sie können der Öffentlichkeit beweisen, dass die ADHS etwas grundlegend anderes ist als eine Folge sozialer Umstände oder ungenügender Erziehung. Aber auch, dass es möglich ist, aus schwierigen Kindern anständige Erwachsene zu machen.

Vor diesem Hintergrund ist es nur konsequent, dass der ADHS Deutschland e.V. seinen ersten Geburtstag nicht nur mit einer großen Mitgliederversammlung begeht, sondern auch einem wissenschaftlichen Begleitsymposium zur ADHS im Jugend- und Erwachsenenalter. Nicht nur der Verband und die in ihm verschmolzenen Initiativen sind älter geworden. Aus den hyperaktiven Kindern der Gründerzeit sind Erwachsene geworden, die nun ihrerseits in Arbeit und Familie meist erfolgreich und zufrieden sind. Dennoch kämpft manch ehemals ablenkbares und unruhiges Kind noch in seiner Erwachsenenrolle mit dem eigenen Temperament, mit Impulsivität und einer meist selbst als belastend erlebten Achterbahnfahrt der Gefühle. Dabei kommt es inzwi-

schen häufig vor, dass Mutter und/oder Vater in den Verhaltensproblemen des Nachwuchses das Elend der eigenen Kindheit wiederentdecken. Völlig zu Recht suchen sie Abhilfe gegen das Chaos, das die Kinder durch die genetische Erblast in ihren Familien nicht selten schaffen, auch im Blick auf die eigene Person und das eigene Verhalten. Auf diese Weise hilft die Behandlung der ADHS manch Elternteils nicht nur der Familie – auch Nachbarn und Arbeitskollegen freuen sich, dass aus einem reizbaren Genossen ein verträglicher Freund und teamfähiger Kamerad wird.

Das diesjährige Symposium unseres Verbandes im Forum Friedrichsdorf hat nicht nur Informationen zur „AD(H)S im Erwachsenenalter“ (Dr. Neuy-Bartmann) sowie zu „Diagnostik und Training bei Erwachsenen mit ADHS“ (Prof. Dr. Lauth), sondern auch zu „ADHS und Straffälligkeit“ (Dr. Müller-Monning) und einem „Kommunikations- und Selbstwert-Training für Heranwachsende mit ADHS“ (Dipl. Psych. Neuhaus) angeboten. Im Mittelpunkt aller Vorträge stand das geschärfte Bewusstsein einer neurologischen Besonderheit, welche die Willkürsteuerung der Aufmerksamkeit erschwert sowie die emotionale Selbstkontrolle noch im Erwachsenenalter nachhaltig behindert. Dennoch boten die Referenten zugleich einen ressourcenorientierten Blick auf sinnvolle Hilfsangebote für die oft impulsiv-launischen, meist aber auch humorvoll-kreativen Menschen mit ADHS, deren Leidenschaft es zu kanalisieren und deren Fähigkeiten es für die Gemeinschaft nutzbar zu machen gilt.

*Über die Vereinsveranstaltungen in Friedrichsdorf werden wir ausführlich in der nächsten Ausgabe von **neue AKZENTE** berichten.*

Im Fall der ADHS trifft nicht minder zu, was wir aus anderen Lebensbereichen kennen: Für ein Umdenken und einen Neuanfang ist es nie zu spät! Auch dann nicht, wenn manch Elternteil, aber auch der eine oder andere erwachsene ADHS-Betroffene sich rückblickend wünscht, sie oder er hätten sich bereits im ersten Lebensjahr so gut entwickelt wie der ADHS Deutschland e.V.!

Wider das Stigma

ADHS, Tic und Zwang im Spiegel von Gesellschaft und Forschung
Gemeinsamer Kongress in Hannover 9. bis 11. Oktober 2008

Der ADHS Deutschland e.V. freut sich, seinen Mitgliedern, Betroffenen, Ärzten, Wissenschaftlern und Therapeuten eine Veranstaltung ankündigen zu dürfen, die in mehrfacher Hinsicht als einzigartig bezeichnet werden kann. Dieser Kongress befasst sich mit den drei wichtigen und häufigen Erkrankungen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), Zwangsstörungen und Tourette-Syndrom. Die Veranstaltung wird gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. und der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. durchgeführt. Besonders erfreulich ist die Zusage unserer Familienministerin Dr. Ursula von der Leyen, die Schirmherrschaft über den Kongress zu übernehmen.

Intention und Ziel des Kongresses beschreibt die Tagungspräsidentin, Dr. Kirsten Müller-Vahl:

„Bis heute ist es ungeklärt, wie es bei zahlreichen Patienten zu einer Kombination dieser drei Symptomkomplexe kommt. Während bei ADHS- und Zwangspatienten in hoher Zahl zusätzlich leichte Tics zu beobachten sind, bestehen bei Patienten mit Tourette-Syndrom neben motorischen und vokalen Tics häufig Zwänge und eine ADHS.“

Ziel dieses Kongresses ist es, erstmals in Deutschland einen umfassenden Überblick über aktuelle Erkenntnisse zu Klinik, Pathologie und Therapie aller drei Erkrankungen zu geben, und gleichzeitig im Besonderen auf die häufige Assoziation der Symptome, Gemeinsamkeiten und Unterschiede einzugehen. Um dies in idealer Weise realisieren zu können, haben wir zahlreiche führende Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie der Neurologie und Psychiatrie, Psychologen, Sozialarbeiter und Betroffene als Referenten gewinnen können.

„Wir hoffen durch das überaus vielseitige und umfassende Programm sowohl einen Expertenaustausch zu ermöglichen, als auch für Betroffene und Angehörige Informationen und ein Forum für einen intensiven Austausch zu bieten.“

Das überaus vielseitige und umfassende Programm soll sowohl einen Expertenaustausch ermöglichen, als auch für Betroffene und Angehörige Informationen und ein Forum für einen intensiven Austausch bieten. Für Regionalgruppenleiter des ADHS Deutschland e.V. ist die Veranstaltung auch eine ideale Gelegenheit zur Fortbildung.

Die Veranstaltung ist für Mitglieder des ADHS Deutschland e.V. (Beitritt bis 29.02.08) kostenlos und für betroffene ADHSler und ihre Angehö-

rigen stark vergünstigt. Aufgrund der großen Besucherzahl ist eine frühzeitige Anmeldung zu empfehlen.

Der Kongress beginnt am **Donnerstag**, den 9. Oktober 2008 um 14:00 Uhr nach der Begrüßung mit einer Einführung zur Klinik und Diagnostik der ADHS, des Tourette-Syndroms und der Zwangsstörung. **Freitagvormittag** werden dann die Ursachen und am **Samstagvormittag** die Therapie der drei Erkrankungen beleuchtet.

Freitag- und Samstagnachmittag stehen dann Symposien in einer einzigartigen und spannenden umfangreichen Themenvielfalt auf dem Programm. **Freitagabend** bietet sich allen Teilnehmern auf dem gemeinsam veranstalteten Gesellschaftsabend die Gelegenheit zu einem regen Erfahrungsaustausch.

Aktuelle Informationen erhalten Sie im Internet unter der Adresse www.tagung-mhh.de und auf unserer Homepage www.adhs-deutschland.de.

Der ADHS Deutschland e.V. freut sich auf eine Veranstaltung, die auch dazu beitragen wird, den aktuellen Stand der Forschung der breiten Öffentlichkeit vorzustellen und die teilweise kontroverse Diskussion in Deutschland ein wenig zu entemotionalisieren.

Hartmut Gartzke
Schriftführer ADHS Deutschland e.V.

ADHS und Beruf

Die Redaktion wurde schon mehrfach angefragt, Beiträge zum Thema „Berufswahl“ aufzugreifen. Welche Berufe sind für ADHS-Betroffene am besten geeignet? Für unsere Leser interessant sind insbesondere auch Erfahrungen von ADHSlern in ihren Berufen.

Uns allen ist bewusst, dass ADHS und ihre eventuellen Begleitstörungen sich individuell sehr unterschiedlich auf den einzelnen Menschen auswirken können. Trotzdem sind immer wieder Übereinstimmungen zu finden. Aus Erfahrungen anderer kann auch ein ADHSler lernen.

Also schreiben Sie Ihre Tipps, Erfahrungen usw. einfach an die Geschäftsstelle Berlin oder an die Redaktion: eMail: info@adhs-deutschland.de oder adhsde.buerschgens@gmx.de

Rieke Onken
Wörthstraße 86
49082 Osnabrück

Fon: 0541 – 600 2494
Fax: 0541 – 600 2493
eMail: anmeldung@tagung-mhh.de

Teilnehmerregistrierung

Anrede:	Titel:
Vorname:	Name:
Einrichtung:	
Straße/Nr.:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefax:
Email:	

Ich nehme an folgenden Tagen teil:

- Donnerstag, 09.10.2008 Freitag, 10.10.2008 Samstag, 11.10.2008

Teilnehmergebühr (*Die Vergünstigung gilt für Anmeldungen bis zum 31.07.2008!):

<input type="checkbox"/>	Mitglieder eines teilnehmenden Vereins, welche bis zum 29.02.2008 beigetreten sind, Referenten, Angehörige der MHH	kostenfrei
<input type="checkbox"/>	Nichtmitglieder	85,- €* / 110,- €, Tageskarte 30,- €* / 40,- €
<input type="checkbox"/>	Ermäßigungsberechtigte Personen (Betroffene, Angehörige, Studenten, Schüler, Arbeitslose, PiA, Mitglieder eines teilnehmenden Vereins, welche nach dem 01.03.2008 beigetreten sind)	40,- €* / 50,- €, Tageskarte 15,- €* / 20,- €
<input type="checkbox"/>	Teilnahme am Gesellschaftsabend	auf eigene Kosten
<input type="checkbox"/>	Ich habe die Teilnehmergebühr auf das Tagungskonto überwiesen. (Inh. Medizinische Hochschule Hannover; Bank: Sparkasse Hannover; KTO: 370 371; BLZ: 250 501 80; Verwendungszweck: 19561092, bitte unbedingt angeben!)	

- Ich bin Mitglied von ADHS-Deutschland e.V.
 Ich bin Mitglied der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
 Ich bin Mitglied der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.
 Ich bin Angehörige/r der Medizinischen Hochschule Hannover

Ort, Datum

Unterschrift und ggf. Stempel

Veranstalter:

Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, gemeinsam mit ADHS-Deutschland e.V., der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. und der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.



Bundesverdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für Herta Bürschgens

Seit mehr als zwei Jahrzehnten widmet sie sich mit ganzer Kraft der Hilfe für Menschen mit ADHS. Im Bundesverband AÜK seit 1987 tätig übernahm sie ab 1989 die Leitung einer Selbsthilfegruppe in Aachen. Inzwischen betreut sie mehrere Selbsthilfegruppen in der Region Aachen und leitet seit vielen Jahren die Landesgruppe NRW.

Durch aktive und wegweisende Tätigkeit als erste Vorsitzende des BV AÜK und seit 2007 im Vorstand des ADHS Deutschland e. V., der aus der Verschmelzung der beiden Verbände BV-AH und BV AÜK hervorging, hat Herta Bürschgens mit ihrem Engagement und vor allem mit der ihr eigenen pragmatischen Beharrlichkeit Fachwissen vermittelt und Vorbildfunktion weit über ihre heimatliche Region hinaus übernommen.

In einer Feierstunde im Aachener Kreishaus würdigten nicht nur Landrat C. Meulenberg und Bürgermeister R. Bertram, Eschweiler, die Verdienste für ihren ehrenamtlichen Einsatz, sondern auch ehema-



FOTO: PRIVAT (H.G. BÜRSCHGENS)

lige Kollegen, ein Vertreter des Uniklinikums Aachen, des Kreisjugendamtes und zwei Vertreterinnen des ADHS-Deutschland e.V.

Hier noch einmal unseren herzlichen Glückwunsch!

Der Vorstand

Glückwünsche: Landrat Carl Meulenberg (l.) und Bürgermeister Rudi Bertram waren die ersten Gratulanten

Gütersloh, den 04. 03. 2008

Liebe Herta,

als Dir am 21.02.2008 im Aachener Kreishaus Landrat Meulenberg die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an die Jacke heftete – bei Frauen eine Handbreit unterhalb des Schlüsselbeins, wie er humorvoll anmerkte – da schoss es mir durch den Kopf: Endlich! wird das Engagement dieser Frau auch von hochoffizieller Seite anerkannt. Ich möchte hier nicht noch einmal alle Deine Aktivitäten erwähnen, das hat der Landrat in einer würdigen Feierstunde schon getan. Es soll diese Ehrung ein Anlass sein, etwas ganz anderes herauszustellen, und zwar die Art und Weise, wie Du gearbeitet hast. Bescheidenheit ist eine Eigenschaft, die in

unserer Zeit nichts mehr gilt. Man muss sich heute produzieren und in den Vordergrund schieben, um wahrgenommen zu werden. Aber genau das hast Du nie gewollt. Dir ging es immer nur um die Sache der ADHS und um nichts anderes. Dabei hast Du, was die Fülle der Arbeit und die Intensität ihrer Ausführung betrifft, sehr strenge Maßstäbe an Dich gelegt. Du hast aber auch von denen, die Dir zuarbeiteten, erwartet, dass sie sich ebenso engagierten. Das führte dann hin und wieder zu Irritationen, dass man erstmal schlucken musste, bevor man kleinlaut zurückfragte, wie denn wohl dieses oder jenes gemeint sei. Aber nur mit diesem hohen Arbeitsethos hast Du es geschafft, so manches Mal den festgefahrenen alten BV AÜK-Karren ideologisch und finanziell aus dem Dreck zu ziehen. Dabei kam Dir sicherlich auch die Erfah-

rung aus Deinem erlernten Beruf als Diplom-Verwaltungswirtin zu Hilfe.

Es ließe sich sicher noch eine Menge über Dich sagen, z. B. dass Du die „neue AKZENTE“ so bruchlos und inhaltlich hervorragend auf den Weg gebracht hast.

Und auch darüber – Herta, es muss mal gesagt werden – wie Du all die Jahre trotz Deiner starken gesundheitlichen Einschränkung durchgehalten hast, ohne jemals Rücksicht einzuklagen. Du warst auch ganz schön hart gegen Dich selber. Das ehrt Dich!!

Im Namen all' derer, mit denen Du in mehr als zwei Jahrzehnten zusammen gekämpft, für die Sache gestritten, gelitten und Dich auch über Erfolge gefreut hast, sage ich: Danke, Herta, und für einen neuen Lebensabschnitt: **Tue etwas für Dich, und nur für Dich!**

Deine Margarete Gatzen



Manfred Döpfner, Jan Frölich,
Tanja Wolff Metternich

Ratgeber ADHS - Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen

Hogrefe Verlag (Göttingen) 2007
2. aktualisierte Aufl.. 49 Seiten
ISBN 978-3-8017-2104-6, EUR 6,95

Autoren

Prof. Dr. sc. hum., Dipl.-Psych. Manfred Döpfner, geb. 1955. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Döpfner ist vielzitiertes Verfasser zahlreicher Publikationen u.a. zum Thema ADHS.

PD Dr. med. Dr. päd. Jan Frölich, geb. 1963. Seit 2003 als niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Stuttgart tätig. Frölich war Mitarbeiter und Co-Autor Döpfners und verschiedener anderer Autoren kinder- und jugendpsychiatrischer Werke.

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Tanja Wolff Metternich, geb. 1968. Seit 1995 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

Thema

ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gilt unter ADHS-Experten als die häufigste psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter. Vorläuferbegriffe waren MCD (Minimale Cerebrale Dysfunktion; mit noch wenig Erkenntnissen zur Neurobiologie) und HKS (Hyperkinetisches Syndrom bzw. Hyperkinetische Störungen). Während die motorische Hyperaktivität lange Zeit im Vordergrund der Wahrnehmung des Syndroms stand und deren Verminderung in der Jugendzeit zur falschen Annahme führte, es wachse sich mit der Zeit aus, steht seit geraumer Zeit fest, dass ADHS zu einem erheblichen Teil im Erwachsenenalter in veränderter Form und Ausprägung bestehen bleibt. Zudem führte das am meisten auffallende Symptom zum gebräuchli-

chen Synonym „Hyperaktivität“. Die nicht als motorisch besonders unruhig erlebten Menschen mit ADHS, die eine Zeit lang als „hypoaktiv“, heute zunehmend als verträumte ADHS-Betroffene („Träumer“) bezeichnet werden, blieben infolgedessen in der Vergangenheit meist und bleiben derzeit noch oft unerkannt. Klischeehaft steht hier das überangepasste verträumte Mädchen, oft depressiv und Opfer von Mobbing, als Prototyp, obwohl auch Jungen, vermutlich seltener, unter dieser Form von ADHS leiden.

Die seit Jahren anhaltende Kontroverse um ADHS, ihre Verursachung und ihre medikamentöse Therapie, bildet, unabhängig von der Profession, eine Kluft hauptsächlich zwischen jenen, die mit ADHS-Betroffenen leben und/oder intensiv therapeutisch arbeiten einerseits und denen, die ADHS aus anderen Gründen und theoretischem Interesse zu ihrem Thema machen. Die ablehnende Haltung gegenüber dem Problem ADHS bzw. der als „etikettierend“ bezeichneten Diagnose ADHS entspringt oft einer Grundeinstellung zur Kindesentwicklung, die stark psychoanalytisch, tiefenpsychologisch, bindungstheoretisch oder systemisch-familientherapeutisch geprägt ist. Nicht selten führt eine esoterisch gefärbte Weltanschauung zu Annahmen, die mit Sachinformation nur schwer zu verändern sind. Die Rolle der Scientology Organisation, die nachprüfbar mit fachlich erscheinenden Beiträgen zur ADHS in seriös wirkenden populärwissenschaftlichen „Fachzeitschriften“ Desinformation betreibt, ist selbst vielen ADHS-Praktikern wenig geläufig.

Entstehungshintergrund

Der „Ratgeber ADHS“ ist die Nachfolgeausgabe des „Ratgebers Hyperkinetische Störungen“ (Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G.) aus dem Jahr 2000 und wird daher auch auf die Aktualisierung des in den vergangenen Jahren gestiegenen Wissens zur ADHS hin zu prüfen sein.

Zielgruppen

Das kleine Werk richtet sich wie sein Vorgänger an Eltern, Erzieher und Lehrer, aber jetzt auch an betroffene

Jugendliche. Im Vorwort wird es als Ergänzung zum Leitfaden über hyperkinetische Störungen (Döpfner et al. 2000) vorgestellt, der für Ärzte und Psychotherapeuten gedacht und mit dem aktuell gebräuchlichen Kürzel „ADHS“ zur Neuauflage in Vorbereitung ist.

Aufbau und Inhalt

Bis auf die Ersetzung des Begriffes „Hyperkinetische Störungen“ durch den Terminus „ADHS“ stimmt das Inhaltsverzeichnis, bestehend aus 17 Gliederungspunkten und einem teils veränderten Anhang, mit dem der Erstausgabe überein:

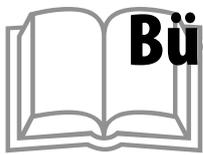
- 1 Kennen Sie das?**
- 2 Woran erkenne ich Kinder mit ADHS-Symptomen?**
- 3 In welchen Situationen treten diese Probleme auf?**
- 4 Wann werden diese Auffälligkeiten als ADHS bezeichnet?**

Die ersten Kapitel führen den Leser mit Illustrationen auf vier Seiten Text mit der Schilderung mehrerer syndromtypischer Alltagsschwierigkeiten kurz in das Thema ein. Neben den Kernmerkmalen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche, impulsives Verhalten und Körperliche Unruhe wird das situationsübergreifende und je nach Betroffenheit stärkere oder schwächere Auftreten dargestellt.

- 5 Müssen in allen drei Kernbereichen Probleme auftreten?**
- 6 Können diese Probleme auch Hinweise auf andere Störungen sein?**
- 7 Welche weiteren Probleme treten häufig noch auf?**

8 Wie ist die weitere Entwicklung?
Die Abgrenzung einer ADHS bzw. ihrer Subtypen von anderen Störungen, die zum Teil als komorbide Störungen oft mit ADHS vergesellschaftet sein können, bildet den Schwerpunkt dieser Kapitel auf gut fünf Seiten. Insbesondere die Probleme im Verhalten, beim Lernen, in der Persönlichkeitsentwicklung und auf der Beziehungsebene werden dargestellt und im Entwicklungsverlauf kurz erläutert.

9 Was sind die Ursachen?
Den Kern der anhaltenden öffentlichen Diskussion um die ADHS bildet der Streit um die Verursachung,



Bücher, Bücher ...

zu dem sich der Leser eine Klärung erhofft: „Bis heute gibt es keine eindeutige und allumfassende Erklärung für die Entstehung dieser Auffälligkeiten. Allerdings sind sich die meisten Wissenschaftler einig, dass die Hauptursachen dieser Problematik in Veränderungen in der Funktionsweise des Gehirns zu suchen sind. (...) Allerdings beeinflussen die Bedingungen, unter denen die Kinder in der Familie, im Kindergarten und in der Schule aufwachsen, die Ausprägung und den Verlauf dieser Auffälligkeiten erheblich. (...) Neue Studien weisen darauf hin, dass erbliche Faktoren bei der Entwicklung dieser Störungen eine bedeutende Rolle spielen. Vermutlich sind sie sogar der wichtigste Faktor. Diese erblichen Faktoren lösen vermutlich die Störungen der Hirnfunktionen aus.“ (S. 18f). Vermutungen auf Verursachung auffälligen Verhaltens durch gewisse Nahrungsbestandteile werden thematisiert; in die Auflage neu aufgenommen ist das Thema ungesättigte Fettsäuren.

10 In welchen Teufelskreis geraten Eltern und andere Bezugspersonen häufig?

Eine allgemein gehaltene Schilderung der ADHS-bedingt schwierigen Eltern-Kind- und Kind-Eltern-Interaktionen versucht, die „Unmöglichkeit“ eines normalen Miteinanders in der ADHS-Familie zu erklären. Eltern stehen hier für Bezugspersonen allgemein, also auch Erzieher und Lehrer, die fiktiven Situationen jedoch sind im häuslichen Umfeld angesiedelt. Deutlich wird, dass die ungünstigen Erfahrungen, die das ADHS-betroffene Kind macht, zur Zwangsläufigkeit werden kann, wobei die Überforderung der Bezugsperson unausweichlich scheint.

11 Was kann man tun?

Eine kurze Vorschau auf die folgenden sechs Kapitel.

12 Was können Eltern tun?

Mit dem Hinweis auf das Elternbuch „Wackelpeter und Trotzkopf“ (Döpfner, Schürmann & Lehmkuhl, 2006) werden Eltern auf gut vier Seiten mit acht Grundprinzipien Tipps an die Hand gegeben, von denen bereits die Autoren sagen, dass sie leichter gesagt seien als getan.

13 Was können Lehrer tun?

Die besonderen Schwierigkeiten

der Lehrkräfte mit ADHS-betroffenen Schülern in (zu) großen Klassen zu arbeiten werden betont und auf den Seiten 29 bis 34 in elf Punkten anleitend ausformuliert

14 Was können Kinder und Jugendliche selbst tun?

Kleine Cartoons beleben diese drei Seiten, die für Kinder und Jugendliche ab zehn Jahre gedacht sind, wobei sich die Frage stellt, welcher betroffene Jugendliche überhaupt aus Einsicht gewillt und in der Lage ist, die Vorschläge zu lesen, sie zu akzeptieren und dann in planvolles Handeln umzusetzen. Mit Hilfe des Therapeuten kann das Kapitel eher eine Realisierung finden.

15 Was können Psychotherapeuten tun?

Ein kleiner Führer für Eltern zum organisatorischen Ablauf von Psychotherapie.

16 Können Medikamente helfen?

Als „wirkungsvolle und notwendige Therapie“ stellen die Autoren hier die teilweise neuen Möglichkeiten der medikamentösen Therapie vor, vorrangig mit Psychostimulanzien, auch heute noch Mittel der ersten Wahl in der medikamentösen ADHS-Therapie.

17 Gibt es noch weitere Hilfen?

Die Nennung der Selbsthilfe als erste Adresse weiterer Hilfen und dann der nichtpsychologischen therapeutischen Anlaufstellen und Lernförderstellen kann als Anerkennung der fachlichen Qualifikation der Elternselbsthilfe durch die ADHS-Experten um Döpfner verstanden werden. Neu aufgenommen in die vorliegende Ausgabe wurden Bewertungen von Nahrungsmittelergänzung, Neurofeedback und Homöopathie.

Der Anhang weist als Literatur vier Werke von Döpfner und Mitarbeitern aus und gibt eine Übersicht über das Elternbuch „Wackelpeter und Trotzkopf“.

Wichtige Adressen wurden im vorliegenden Heft reduziert auf das von Döpfner initiierte ADHS-Netz und den größten Selbsthilfeverband.

Eine 20-Punkte-Checkliste für ADHS-Symptome bildet den Schluss des Ratgebers.

Diskussion

Eine Veröffentlichung Döpfners

und Mitautoren zu rezensieren und dabei nicht in uneingeschränktes Lob zu verfallen mutet an wie ein Sakrileg, gilt Döpfner doch vielen als einer „der Päpste – oder der Papst“ – in „Sachen“ ADHS. Zugute zu halten ist dem Werk das eigentlich nicht aufzulösende Problem, auf 40 DIN-A5-Textseiten in angenehm lesbarem Schriftgrad ein hochkomplexes Syndrom in leicht verständlicher Form an eine Leserschaft zu bringen, die sich nicht mit einem der mittlerweile vielen verfügbaren „richtigen“ Bücher zum Großthema ADHS befassen will – oder kann.

Als insgesamt hilfreich können die Kapitel unter „Was kann man tun?“ gelten. Detaillierte Aufklärung zur medikamentösen Therapie obliegt dem behandelnden Arzt, so dass hier auf eine ausführliche Darstellung verzichtet werden konnte. Positiv zu vermerken sind die Hinweise zu Psychostimulanzien (z.B. als Ritalin® selbst vielen Außenstehenden bekannt), auch zu den neuen Präparaten. Fragen zu Nebenwirkungen, Langzeitfolgen und Abhängigmachung werden kurz abgehandelt, wobei zur Abwägung für die sich sorgenden Eltern etwas Ausführlichkeit hilfreich wäre.

Ein meist sehr gut verständlicher, mitunter auch zu anspruchsvoller (Kap. 10) gehaltener Stil, als wolle man „schlichte“ Leser – Eltern? – ansprechen, lässt ein „Überfliegen“ des Heftes zu. Möglicherweise ist dies dem Wissen der Experten um den lückenhaften Wahrnehmungsstil selbst ADHS-betroffener Leser geschuldet.

Ob die etwas seelenlos anmutende Sachlichkeit in der Beschreibung des ADHS-bedingten Teufelskreises lesenden Eltern das gibt, was ein Ratgeber auch zu geben hat, mögen die Leser entscheiden, die mit den Seelennöten von Eltern schwer betroffener Kinder vertraut sind.

Schwerer wiegt jedoch, dass sieben Jahre nach der Erstauflage dieses Ratgebers die in bildgebenden Verfahren und molekulargenetischen Studien gewonnenen Beweise zur Genetik und zur Erbllichkeit hier vorenthalten werden. Als meist diffuse Andeutungen bleibt wie auch im



Vorläuferheft das stehen, was doch bereits seit Jahrzehnten Zwillings- und Adoptionsstudien immer wieder ein Ergebnis „pro Genetik“ erbracht. Nicht nur wünschenswert, sondern unabdingbar ist eine klare Offenlegung dieser Fakten, solange die vielfältige ADHS-Gegnerschaft nicht ruht, vorrangig die Umwelteinflüsse für ADHS verantwortlich zu machen und damit die Eltern, besonders die Mütter angreift und ihnen Unfähigkeit unterstellt, dem Kind eine ADHS „vorbeugende“ gesunde Gehirnentwicklung zu ermöglichen. Ob sich die derzeitigen Erkenntnisse zum Anteil der Genetik an der Verursachung bei 60 bis 80 oder vielleicht 90 Prozent eingependelt haben, ist durchaus auch für Eltern von Interesse.

Hilfreich wären weiter Aussagen zur Nützlichkeit von analytischen Therapieformen wie Spieltherapie und zu anderen „alternativen“ Therapien außer der Homöopathie, mit denen Eltern und Fachleute oft und (noch oft zu) lange Zeit die Probleme erfolglos zu lindern versuchen.

Fazit

Zu empfehlen ist der Ratgeber ADHS dem im Thema noch unkundigen Leser als eine ADHS-Fibel für erste Einblicke in ein nicht leicht zu ergründendes Problem.

Den Autoren und dem Verlag kann nur empfohlen werden, den großen Zugewinn an wissenschaftlichen Erkenntnissen zur genetischen Verursachung der ADHS bald in einer überarbeiteten, gerne ein paar Seiten stärkeren Neuauflage an die Leser weiterzugeben, denn für Lehrer, Erzieher und ebenso für Eltern und interessierte Jugendliche sind diese wissenschaftlichen Fakten bedeutsam. Ein 18. Kapitel mit einem kurzen Hinweis auf Kritiker bzw. Gegner von ADHS-Diagnose und medikamentöser Therapie könnte zu mehr Sicherheit der ADHS-Betroffenen und ihrer Familien selbst führen, sowie der Profis, die mit ihnen arbeiten.

Gerhild Drüe



Cordula Neuhaus

ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung

Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2007, 175 Seiten, EUR 17,00

In einer Gesellschaft, in der nichts so beständig ist wie der Wandel, muss es nicht verwundern, dass sich auch Fachbuchautoren diesem modernen Diktat unterwerfen und nach mehreren umfassenden Werken noch mal wieder ein neues auf den Markt bringen. Hätte es nicht auch eine Neuauflage getan mit inhaltlichen Korrekturen? Wer hat hier die Sagen: Der Verleger oder der Autor?

Nun also auch Cordula Neuhaus: „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“. Rat und Hilfe verspricht das Buch. Auf 175 Seiten wird zusammengefasst, was sie vorher in etlichen Büchern ausführlich dargelegt hatte: Das hyperaktive Kind und seine Probleme (1996), Hyperaktive Jugendliche (2000), Das hyperaktive Baby und Kleinkind (2003) – und 'Lass mich, doch verlass mich nicht', ADHS und Partnerschaft (2005). Dazu kommen zahlreiche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften zu Themen wie ADHS im Erwachsenenalter u.a.m.

War das Neue nötig? Was ist daran so fundamental anders?

Es ist sozusagen alles unter einem Dach. Wer sich die Mühe und das Geld sparen will, in ihren früheren Werken nachzuschauen, der findet, was er braucht. ADHS wird in der ihr eigenen Art sehr plastisch beschrieben. Kaum einer anderen Autorin gelingt eine genauere Beschreibung dieses Störungsbildes mit allen Facetten, verschiedensten Charakteren und unterschiedlichsten Verhaltensweisen. Die Symptomatik vom Säugling bis zum Erwachsenenalter kann man dann an Tabellen ablesen, bei denen die Entwicklungsschritte von normalen Kindern denen von ADHS-Kindern gegenübergestellt werden. Zwei weitere Kapitel verdienen Beachtung:

1. Was funktioniert anders bei ADHS? Hier wird noch einmal ausführlich die neurobiologische Ursache erklärt und wie der ständig „hochdrehende“

Dank an Margarete Gätzen

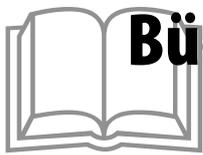
für die vielen Jahre ehrenamtlicher Redaktionsarbeit. In dieser Ausgabe finden Sie, liebe Leser, die letzte Rezension eines langjährigen Verbandsmitgliedes. In ihrem 71. Lebensjahr will Margarete sich der Familienchronik widmen und diese neben der Enkelbetreuung endlich aufarbeiten.

Wir sagen danke, wünschen ihr „eine gute Feder“, Gesundheit und ein langes zufriedenes Leben.

Motor im Gehirn „überschießt“. Speziell für Lehrer wäre dieses Thema zu empfehlen, weil klar wird, warum ein ADHS-Kind die 8 bis 18fache Zeit benötigt, um Basiswissen und Regeln zu verautomatisieren.

2. Lehrer, Erzieherinnen und auch Eltern sollten sich aus dem Kapitel „ADHS und weitere Störungen“ das Thema „Angst“ zu Herzen nehmen. Hier erfahren sie, unter welchen Ängsten die hochsensiblen ADHS-Kinder – auch schon betroffene Kleinkinder – leiden und welches die Angst auslösenden Faktoren sind. Wir alle, die wir in der Sozialisation dieser Kinder eine Rolle spielen, tragen unwillentlich und ziemlich gedankenlos zur Entstehung dieser Ängste bei. Doch all das, wenn man von dem Angstkapitel einmal absieht, hat C.N. in ihren früheren Büchern detailliert beschrieben. Das betrifft übrigens auch die anderen Themen des Buches wie Diagnose, Möglichkeiten der Behandlung, medikamentöse Therapie u.ä..

Nichts Neues also, aber sie übt zum ersten Mal scharfe Kritik an den Leugnern der neurobiologischen Ursachen. Deren Zahl nimmt in der letzten Zeit wieder zu, und alarmierend sei, so Neuhaus, dass in der Ausbil-



Bücher, Bücher ...

derung der Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Heilpädagogen entweder ein sehr veraltetes oder sehr merkwürdiges „Wissen“ vermittelt werde. Sie nimmt hier besonders die analytische Spieltherapie und die systemische Familientherapie ins Visier. Dort wird ADHS als ein „in Wirklichkeit nichts erklärendes Erklärungsprinzip“ gesehen. Ähnliche Leerformeln spießt sie auch an anderer Stelle mit spitzer Feder auf. Sie nennt keine Namen, aber wer die Szene kennt, weiß, wer gemeint ist.

Am Ende jedes Kapitels wird auf weiterführende Fachliteratur hingewiesen. Das ist hilfreich, weil es Interessenten, die sich ins Thema erst mal einarbeiten wollen, das lange Suchen erspart. Für diese, also Neulinge, ist das Buch am ehesten geeignet. Doch nach dieser „Grundausstattung“ sollte man sich schleunigst ihre anderen Werke vornehmen, wobei „Das hyperaktive Baby und Kleinkind“ und „Das hyperaktive Kind“ besonders hervorgehoben werden müssen.

Gemessen an diesen beiden Büchern ist das neue kein großer Wurf. Man braucht also nur Neuhaus mit Neuhaus zu vergleichen und die Antwort ist klar. Natürlich geht die starke Zusammenfassung auf Kosten der Anschaulichkeit in Wort und Bild. Gerade das aber zeichnet die o.g. Bücher aus. Und dann fehlen wieder mal Register und Glossar. Beides gehört zu einem guten Ratgeber. Bei der Lektüre wird man außerdem den Verdacht nicht los, dass das Buch unter großem Zeitdruck fertiggestellt werden musste. Das geht sicherlich nicht zu Lasten der Autorin. Der Fehlerteufel hat gute Arbeit geleistet und es gibt so manche ungeschickte und daher missverständliche Formulierung. Bastian Sick lässt grüßen.

Doch trotz dieser Einschränkungen kann man das Buch als Einstieg in das Thema ADHS empfehlen.

Margarete Gatzert



Ulrike Schäfer

Tim Zippelzappel und Philipp Wippelwappel

Verlag Hans Huber, 2003, ISBN 3-456-83880-8

Ich persönlich finde das Buch gut, weil die beiden Kinder sich gegenseitig schreiben. Mit E-Mails und Bildern erklären sie sich gegenseitig, wer sie sind, wie sie sind und wie es ihnen geht. Sie erklären sich auch, was ADHS ist. Besser gesagt: Sie kennen sich nur durch die E-Mails. Am Ende des Buches steht, dass sie sich treffen würden. Beide sind froh, dass ihnen mit ihrem ADHS geholfen wird. Ich empfehle das Buch für 5-12 Jahre alte Kinder.

Linus Menter, 9 Jahre alt

Ich finde das Buch gut, weil darin erklärt wird, was ADHS ist. Ich hab' es auch. Am Anfang, als ich hörte, dass ich ADHS habe, wusste ich nicht genau, was das ist. Dank des Buches weiß ich es jetzt besser. Die Eltern der beiden Kinder wussten es ja auch nicht, darum waren sie über das Verhalten der Kinder enttäuscht. Also ein kleiner Tipp: Wenn ihr in der Schule nicht gut zuhören könnt oder immer Sachen, die ihr machen wollt, vergesst, sag es deinen Eltern oder dem Arzt. Ich empfehle das Buch für alle ADHS oder ADS betroffene Kinder.

Marcel Menter, 12 Jahre alt



Gehorsam setzt Vertrauen voraus

Wolfgang Bergmann

Disziplin ohne Angst

Wie wir den Respekt unserer Kinder gewinnen und ihr Vertrauen nicht verlieren

Weinheim u. Basel (Beltz) 2007, 184 S., EUR 17,90

Über Disziplin wird seit ungefähr zwei Jahren besonders viel veröffentlicht und diskutiert. Dabei steht häufig die Frage im Mittelpunkt, wie man sie denn am effektivsten „erzeugen“ könne. „Gehorsamspädagogen“ möchten sie gerne mit Nachdruck erzwingen; andere schlagen subtilere Techniken vor,

die dennoch nichts anderes sind als Manipulation. Die Haltung von Wolfgang Bergmann ist eine völlig andere: „Gehorsam setzt immer Vertrauen voraus“ heißt sein erster Satz in „Disziplin ohne Angst“ (S. 8). Gehorsam folgt nach seinem Konzept aus Vertrauen und Stärke. Kinder, die starke Eltern haben, können auf deren Stärke vertrauen und hören darum auf sie, ist Bergmanns leicht nachzuvollziehende Psychologik. Er will Disziplin nicht erzeugen, sondern Eltern zu jener Stärke verhelfen, die kindliche Disziplin natürlicherweise wachsen lässt.

Im ersten, dem Grundlagenkapitel, beschreibt der erfahrene Kinder- und Familientherapeut, wie sich Bindungen zwischen Eltern und Kind entwickeln. Je nach erzieherischer Grundhaltung kann die elterliche Autorität vom Kind als eine schützende oder ängstigende erlebt werden. Letztere lebt von permanenter Kontrolle – so kann kein Vertrauen wachsen, und solche Disziplin macht dumm statt intelligent. Aber es gibt natürlich Entwicklungsphasen in Kindheit und Jugend, in denen Ungehorsam ganz normal ist: Trotzalter (Kap. 2) und Pubertät (Kap. 4). Ersteres ist die Phase des erwachenden Ich-Bewusstseins: „Das erste Ich-Gefühl – es ist von einer verzweifelt und überschwänglichen Radikalität“ (S. 66). In dieser Zeit braucht das Kind die Obhut seiner Eltern ganz besonders, während die Super-Nanny oder andere Gehorsamspädagogen den Willen des Kindes auf der „stillen Treppe“ oder an ähnlichen Orten zu brechen versuchen. Der so erzwungene Gehorsam geht mit Resignation und Vertrauensverlust einher und schürt langfristig Rachegefühle. Ob in Bezug auf kindliches Spielen, sein Essverhalten, Liebe oder Gehorsam: „Seien wir auf der Hut, wenn wir in der Erziehung irgendetwas ‚erzwingen‘ wollen. Seien wir ganz besonders auf der Hut, wenn wir dabei das beste Gewissen der Welt haben – gerade dann unterdrücken wir unser Mitgefühl, von den Narben der eigenen Kindheit überwältigt“ (S. 95).

Im dritten Kapitel („Schöne Kindheit, ohne Angst“) geht es um die



Ermütigung des Kindes, seinen Weg zu finden und die Person zu werden, die in ihm steckt. Es ist für Eltern häufig nicht einfach, von den eigenen Träumen über die Zukunft ihres Kindes abzusehen, wenn seine Neigungen und Interessen sich ganz anders entwickeln. Es ist für sie auch nicht leicht, mit kindlichen Klauereien und nervtötendem Verhalten umzugehen. Bergmann stellt einfühlsam dar, wie Eltern kritische Situationen mit Einfühlungsvermögen und emotionaler Aufrichtigkeit meistern und damit gleichzeitig die Wissensbildung fördern können. Starke Eltern brauchen Kinder auch in der Pubertät (4. Kap.: „Pubertät müsste verboten werden“). In dieser Zeit helfen Gelassenheit, das Bewusstsein, dass diese kritische Entwicklungsphase natürlicherweise vorübergeht, sowie eine gute Beziehung der Eltern zueinander. Die Balance zwischen Distanz zur pubertären Aufgeregtheit und Klarheit in – mit Entschiedenheit vertretenen – Positionen ist naturgemäß nicht einfach. Bergmann stärkt auch hier die Eltern mit Hilfestellungen für Verständnis und konfliktüberwindende Kommunikation.

Wie im ganzen Buch, so kommt Bergmanns humanistische Grundhaltung auch im fünften und letzten Kapitel („Moderne Familien und was zum Gehorsam fehlt“) zum Tragen. Hier geht es zunächst an konkreten Beispielen um verhaltenstherapeutische Prinzipien im Zusammenhang mit dem Aufräumen oder mit hyperaktiven Kindern. Er warnt davor, dass Belohnungen die Motivation eher schädigen als stärken können, und plädiert auch hier wieder für Vertrauen und Stärkung der Bindungen in der Familie. Auf den restlichen Seiten thematisiert der Autor die Kinderfeindlichkeit unserer Gesellschaft, den Umgang mit Pornografie im Medienalltag und schließlich die Chat-Geheimnisse von Jugendlichen.

Das Buch macht es Eltern, die konkreten Rat hinsichtlich der Disziplinförderung ihrer Kinder suchen, zwar nicht gerade einfach. Aber im Unterschied zu vielen Ratgebern mit wohlfeilen Rezepten nimmt es seine Leserinnen und Leser ernst,

stärkt sie in einer positiven Grundhaltung und ihrer Liebe zum Kind und vermittelt in verständlicher Sprache zentrale, hilfreiche pädagogische und entwicklungspsychologische Einsichten. Mit dem Nachwort wird deutlich, was Bergmann an die Stelle von „Disziplin“ setzt: Es geht ihm um Ordnung – um die Ordnung der Dinge und die der Beziehungen, weil Menschen eben soziale Wesen sind.

Detlef Träbert

A u f r u f

Wer von Ihnen liebe Leser Interesse hat, zukünftig ehrenamtlich für uns neue Literatur zu rezensieren, meldet sich bitte in der Bundesgeschäftsstelle bei Frau Festini. Danke

Gedankenaustausch

Hallo ..., ich habe folgende Frage an Dich, natürlich auch aus eigener Betroffenheit. Offensichtlich ist es ja so, dass „manche“ mit 40 Jahren oder um die 40 herum „platt“ sind, sprich regelrechte Invalidität aufgrund der ganzen Erschöpfungsproblematik etc. und des ständigen „aufs und abs“. „Manche“ jedoch sind in dem besagten Alter noch nicht platt und können ganz gut ihren Stand halten, z. B. als Jurist o. ä. Jetzt weiß man ja, dass Betroffene aufgrund der hohen Empfindlichkeit in erhöhtem Maße, auch vor allem in der Kindheit, traumatisierbar sind. Ist da vielleicht ein Zusammenhang? D. h. je mehr Traumatisierung, desto höher die Wahrscheinlichkeit der Invalidität? Wenn diese Frage bejaht wird: wäre dann z. B. „EMDR“ ein lohnender Ansatz-

punkt, um für Linderung zu sorgen? Gibt es da Erfahrungen? Vielen Dank im Voraus für Dein Statement dazu. Beste Grüße ...

Antwort: ..., meine persönliche leidvolle Erfahrung spricht dafür, dass eine bis dahin entdeckte posttraumatische Belastungsstörung um die 40 wirksam werden kann und dann eine Invalidisierung beschleunigt. Ob in solchen Fällen EMDR als therapeutische Maßnahme hilft? Vermutlich wenig, weil das Geschehen über Jahrzehnte zu fest eingeebnet ist. Sicher hilft es aber um zu verstehen, was einen umtreibt. EMDR ist eine wertvolle diagnostische Methode. Nutzeffekt: Man kann belastenden Situationen besser aus dem Wege gehen. *Gruß W.*

Anm.: Die Namen der Verfasser sind der Redaktion bekannt

Mögen wir noch so viele gute Eigenschaften haben, die Welt achtet vor allem auf unsere schlechten.

*Jean Baptiste Molière (1622 - 1673),
französischer Komödiendichter*



Veranstaltungen der Regionalgruppe Helmstedt

ADHS und (Jugend) Kriminalität, Forschung und Behandlungsansätze

Termin: 20.05. 08, 19.00 Uhr

Referent: Dr. Daniela Hosser, Kriminologisches Forschungsinstitut Hannover

Multimodale Therapie des AD(H)S bei Erwachsenen, psychologische bzw. psychoedukative Behandlungsmöglichkeiten

Termin: 17.06. 08, 19.00 Uhr

Referent: Dr. phil. Georg Wolff, Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Hannover

Neurobiologie des Lernens, über Lernen an sich und bei ADHS im Besonderen

Termin: 09.09. 08, 19.00 Uhr

Referent: Hans Biegert, Schuldirektor der HEBO Privatschule, Bonn

Alle Veranstaltungen finden im Kloster St. Ludgerus, Am Ludgerihof 1, 38350 Helmstedt statt.

Veranstaltung des Pädagogischen Forums Berlin-Mitte (PIZ)

Zum Thema „Die Komorbiditäten (Begleiterkrankung) beim ADS Ängste, Zwänge, Depressionen, Asperger, Allergien“

bietet das Pädagogische Forum Mitte in Zusammenarbeit mit unserer Landesgruppe Berlin wieder eine Veranstaltung an:

Termin: 18. Juni 2008

Ort: Parochialstr. 3, 13353 Berlin, (U-Bahnhof Klosterstraße)

Genauere Uhrzeit zu erfragen bei:

PIZ Pädagogisches Forum Mitte, Frau Schmitt, Ellerbeker Str. 7-8, 13357 Berlin

Weitere Informationen auch unter: www.adhs-deutschland.de

13. Deutscher Kinder- und Jugendhilfetag in Essen

ADHS DE mit Informationsstand vertreten

pm/red. Vom 18. bis 20. Juni 2008

findet in Essen der 13. Deutsche Kinder- und Jugendhilfetag statt. Dieser größte Fachkongress Europas dem auch eine Fachmesse im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe angeschlossen ist steht unter dem Motto:

„Gerechtes Aufwachsen ermöglichen! Bildung, Integration, Teilhabe“ Angesprochen werden mit dem 13. Deutschen Kinder- und Jugendhilfetag haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Trägern der freien und öffentlichen Jugendhilfe sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und die interessierte Öffentlichkeit.

Geboten wird ein vielfältiges Programm mit über 300 Ausstellerrinnen und Ausstellern. Im Rahmen des Fachkongresses sind über 200 Fachveranstaltungen geplant. Eröffnet wird der 13. Kinder- und Jugendhilfetag von Bundespräsident Dr. Horst Köhler. Geplant ist auch ein repräsentatives Rahmenprogramm. So tritt zum Beispiel der bekannte Kabarettist Georg Schramm mit einem Solo-Programm auf.

Der Abend der Begegnung findet im Weltkulturerbe Zeche Zollverein (Halle 12) statt, die als eine der schönsten Zechen der Welt gilt. Dort verbinden sich hautnah erlebbare Vergangenheit und der Geist neuer Visionen auf einzigartige Weise.

Die Veranstalter des Abends der Begegnung, die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ und die Stadt Essen, bieten den Besucherinnen und Besuchern dem Ambiente entsprechend eine besondere Atmosphäre und ein buntes Kulturprogramm.

Auch ADHS DE wird beim 13. Kinder- und Jugendhilfetag mit einem Informationsstand vertreten sein.

Statements von Politikerinnen und Politikern sowie Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens zu diesem Ereignis und weitere umfassende Informationen finden sie unter: www.jugendhilfetag.de



neue AKLENTE

Nr. 79

erscheint im August 2008

Der Redaktionsschluss ist bereits der 14. Juni 2008

Bitte vormerken:

Demnächst Gruppenleiterschulung NRW

7. und 8. Juni 2008 in Münster

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!

Sie haben Interesse am NRW-Newsletter?

Dann melden Sie sich per eMail bei der Landesgruppenleitung unter adhsde.buerschgens@gmx.de

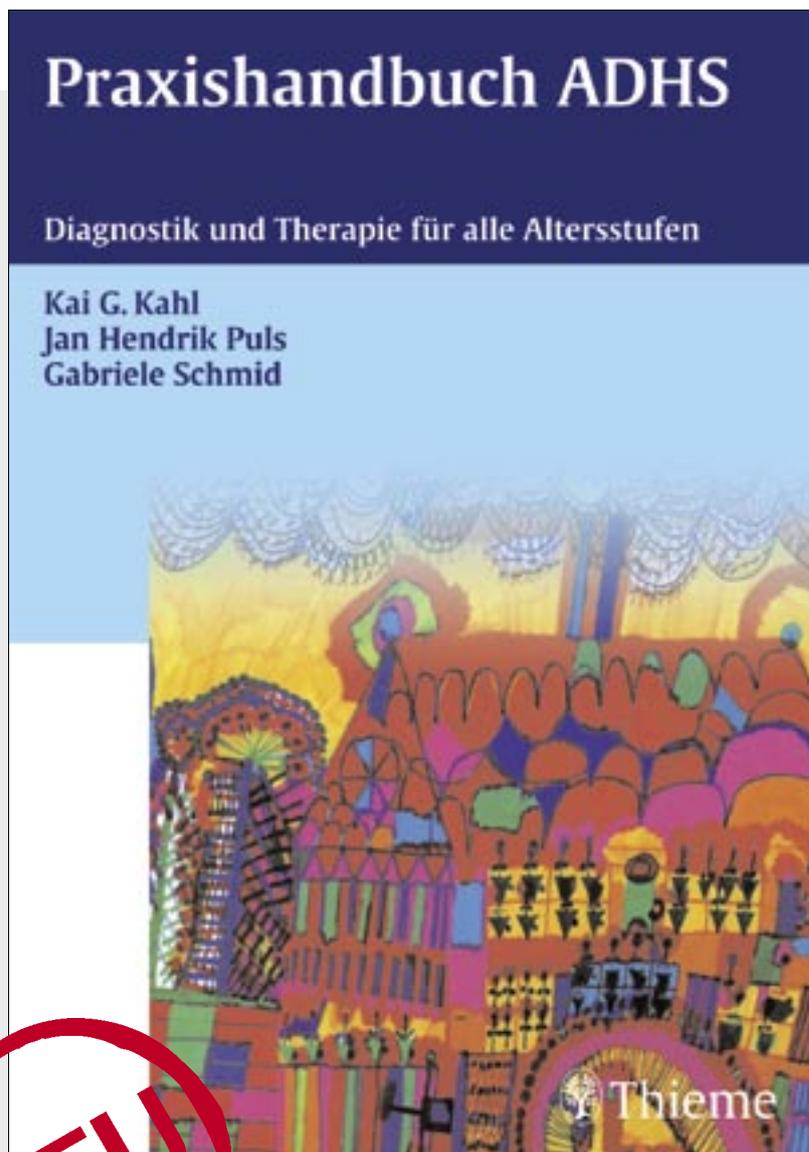
Mitgliederinfo

Besuchen Sie uns im Internet

Unser Internetauftritt wird laufend aktualisiert und ständig erweitert. So finden Sie nun auch online nicht nur die Telefonberaterliste, sondern auch das Verzeichnis aller Selbsthilfe-/Regionalgruppen von ADHS DE. Die Regionalgruppe in Ihrer Nähe ist über eine Suchfunktion mittels Ihrer PLZ schnell zu finden.

Schau'n Sie doch einmal wieder rein. www.adhs-deutschland.de

Endlich praxisrelevante Informationen



Antworten auf alle Fragen zu ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

- Praxisnahe Darstellung des komplexen Krankheitsbildes
- Klare Handlungsanleitungen und hilfreiche Tipps
- Beschreibung des klinischen Vorgehens getrennt nach Altersstufen

Praxishandbuch ADHS
Alles über
Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörungen

Kahl/Puls/Schmid

2007, 176 S., 10 Abb.
ISBN 978 3 13 143021 2

€ [D] 29,95

€ [A] 30,80/CHF 50,90

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in D betragen diese 3,95 € pro Bestellung. In 20 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen aus dem Ausland (D) sind die üblichen Versandkosten zu zahlen. Vertriebsstellen: Georg Thieme Verlag KG, Sitz u. Handelsregister: Stuttgart, HRB 34693, pHC-Dr. A. Hauff, V439

Ihre Bestellmöglichkeiten:

☎ Telefonbestellung:
07 11 / 89 31-906

FAX Faxbestellung:
07 11 / 89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de

 **Thieme**

Legasthenie und Dyskalkulie:

Wissenschaftskongress sorgt für Aufklärung

2.-5. Oktober 2008

an der Freien Universität Berlin

pm/bvl Der Bundeskongress des BVL – Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, steht unter dem Thema: „Chancengleichheit – Legasthenie und Dyskalkulie im Spannungsfeld zwischen Medizin, Bildung und Gesellschaft“.

Der Kongress soll erneut aufzeigen, dass die Störungsbilder Legasthenie (Lese-/Rechtschreibstörung) und Dyskalkulie (Rechenstörung) mehr Beachtung finden müssen, da ca. 5 Prozent aller Menschen von einer Legasthenie und ebenso viele von einer Dyskalkulie betroffen sind. In Deutschland werden die betroffenen Menschen aufgrund der mangelnden Aufklärung der Gesellschaft häufig diskriminiert.

Massive Einschnitte müssen insbesondere Schülerinnen und Schüler

mit einer Legasthenie oder Dyskalkulie hinnehmen, weil ihre Beeinträchtigung schulisch nicht ausreichend aufgefangen wird, obwohl sie über eine gute Begabung verfügen.

„Wir sehen es als eine der wichtigsten Aufgaben an, intensive Aufklärungsarbeit zu leisten, damit die betroffenen Menschen eine Chancengleichheit in Schule, Ausbildung und Beruf erhalten. Das Spannungsfeld zwischen Medizin, Bildung und Gesellschaft soll über den Kongress weiter abgebaut werden. Beide Störungsbilder

werden mit standardisierten Verfahren diagnostiziert und sind international anerkannt. Unabhängig davon, ob die Störungsbilder wissenschaftlich abschließend geklärt sind, ist es notwendig, für die betroffenen Menschen Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sie sich begabungsgerecht entwickeln können“, fordert Schulte-Körne. „Der Kongress soll mit dazu beitragen, den Austausch zwischen den Verantwortlichen zu intensivieren und neue Wege im Umgang mit Legasthenie und Dyskalkulie aufzuzeigen.“

Der Bundeskongress des BVL findet vom 2.-5. Oktober 2008 an der Freien Universität Berlin statt und

wird gemeinsam mit Prof. Dr. Arthur Jacobs, Allgemeine Psychologie, durchgeführt. In mehr als 50 Symposien und 30 Workshops werden von anerkannten WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen aktuelle Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen präsentiert. Bis zum 15.4.2008 können noch Vorschläge für Beiträge in Form von Abstracts online über die Homepage des BVL eingereicht werden. Wie zu jedem Kongress hat der BVL einen Wissenschaftspreis ausgeschrieben.

„Wir erwarten dieses Jahr ca. 1200 TeilnehmerInnen in Berlin. Das rege Interesse von Wissenschaftlern, Pädagogen, Therapeuten und Eltern zeigt uns erneut die Wichtigkeit dieses Kongresses. Als Elternselbsthilfverband werden wir dieses Jahr erstmalig einen speziell für Eltern gestalteten Fortbildungstag anbieten und praktische Informationen zur Diagnose, Therapie, Schule und Hilfen zuhause bereitstellen“, informiert Christine Sczygiel, Bundesvorsitzende des BVL.

Bewerbungsschluss ist der 30.7.2008.

Weitere Informationen zum Kongress und zur Anmeldung finden Sie unter www.bvl-legasthenie.de

Liebes Tagebuch ...

Es soll Menschen geben, die sich an die Schreibmaschine oder vor den Computer setzen, einen Text runtertippen – und es ist kein einziger Fehler drin. Unglaublich! Wie machen die das? Ich meine – diese Tasten, die sind ja nicht breiter als eine Fingerspitze. Und sie liegen dicht an dicht. Wenn es nach mir ginge, wären Tastaturen doppelt so groß und jede Taste hätte einen schönen breiten Rand. Früher hatten unsere Schulhefte ja auch einen schönen breiten Rand. Da haben sich die Lehrer sicher etwas bei gedacht! Stattdessen sollen meine Finger Tastenzielanflü-

ge können, als wären sie Kolibris auf der Suche nach einer winzigen Nektarblüte.

Also ich kann mir Mühe geben so viel ich will – bei mir kommt immer erst einmal ein bunter Buchstabensalat zusammen. Nehmen wir nur einmal den ersten Satz hier. Da steht bis jetzt noch „Schreibmaachime“. Und „runtertüppün“. Ja, ich mache es gleich ...

Nachdem das nun schon so das eine oder andere Jahrzehnt geht, habe ich mich mit meiner Grobmotorik abgefunden. Und starte bei jedem Text eine

zweite Runde. Nur zum Entfernen der Tippfehler.

Das hat nicht nur den Vorteil, dass die Leser auch verstehen, was ich schreibe, sondern oft auch Heiterkeitserfolge bei Kollegen. Wenn sie lesen, was ich noch nicht korrigiert habe. Und ich gebe zu – manchmal komme ich in Versuchung, meine Tippfehler einfach stehen zu lassen. Vorhin zum Beispiel, als ich über das Orchester der Freiwilligen Feuerwehr schrieb. Beziehungsweise über das „Irrchestre der freiwilligen Feuerwehr“.

Friedhelm Ebbecke-Bückendorf

KKH bietet Eltern mehr Vorsorge für ihre Kinder an

Ab 1. Januar 2008 drei neue Früherkennungsuntersuchungen

pm/kkh - Während die Politik über eine Pflicht für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen diskutiert, haben sich die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche BKK für einen zeitgemäßen Ausbau der Früherkennung bei Kindern stark gemacht und ihr Vorhaben bereits in die Tat umgesetzt. Ab 1. Januar 2008 können bundesweit rund 130.000 Kinder von drei zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen profitieren. Dies ist in Deutschland bisher einmalig.

Die Zusatz-Untersuchungen sollen die großen Lücken in der Vorsorge von Kindern zwischen dem 2. bis 4. sowie dem 5. bis 12. Lebensjahr schließen. Zudem zielen sie auch auf moderne Krankheitsbilder wie Allergien, Übergewicht, Sozialisationsstörungen, Sprachentwicklung und die Aufklärung über die Gefahren von Suchtmitteln ab. „Wir möchten daher alle Eltern aufrufen, mit ihren Kindern unbedingt die bestehenden und die neuen Vorsorge-Untersuchungen wahrzunehmen. Nur so können Gesundheitsgefahren rechtzeitig erkannt und aus dem Weg geräumt werden“, betont Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH.

Noch immer nutzen längst nicht alle Eltern die Früherkennung zum Wohle ihrer Kinder. „Unsere Statistiken zeigen, dass nur die ersten beiden Früherkennungsuntersuchungen im Krankenhaus direkt nach der Geburt flächendeckend erfolgen“, erklärt Kailuweit weiter. Bereits bei den Vorsorgeuntersuchungen U3 (4.-6. Lebenswoche), U4 (3.-4. Lebensmonat), U5 (6.-7. Lebensmonat) und U6 (10.-12. Lebensmonat) kommen nur durchschnittlich 80 Prozent der Eltern mit ihren Kindern zum Arzt. Bei der U7 (21.-24. Lebensmonat) sind es nur noch 75 Prozent. „Je größer die Kinder werden, um so mehr nimmt die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ab: Bei den Kindern zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr

liegt die Quote sogar nur noch bei 66 Prozent.“ Dies seien erschreckende Zahlen, so der KKH-Vorstandschef. Und das, obwohl viele Krankenkassen wie auch die KKH mit einem Erinnerungsservice ihre Versicherten auf die anstehenden Vorsorgetermine aufmerksam machen. „Mit ihrem Auto gehen die Deutschen regelmäßig zur Durchsicht. Wieso funktioniert das nicht auch beim eigenen Nachwuchs?“, so Kailuweit. Neben der Eigenverantwortung der Menschen ist auch die Politik gefragt, hier eine optimale Lösung zu finden.

Die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sollen angesichts der aktuellen Diskussion neben den medizinischen Aspekten auch zu einem besseren Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Gewalt beitragen.

Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Erwachsenenalter sind ein wichtiger Baustein im deutschen Gesundheitssystem. „Und daher sind sie auch eine zentrale Leistung der gesetzlichen Krankenkassen“, sagt Kailuweit.

Hintergrund:

Die U-Untersuchungen im Überblick

- U1 (direkt nach der Geburt): Untersuchung von Herz, Lunge, Hautfarbe, Sauerstoffgehalt des Blutes, Muskelspannung und Reflexen
- U2 (3. bis 10. Lebensstag): erste Grunduntersuchung von Kopf bis Fuß – u. a. Organe, Geschlechtsteile, Haut, Knochen, Nervensystem, Hüftgelenk, Stoffwechsel
- U3 (4. bis 6. Lebenswoche): Untersuchung von Körperfunktionen, Hörvermögen, Bewegungsverhalten, Ernährungszustand, Gewicht, Impfungen
- U4 (3. bis 4. Lebensmonat): gründliche Untersuchung – u. a. von Organen, Geschlechtsteilen, Hör- und Sehvermögen, Fontanelle, allgemeiner Beweglichkeit, Reaktionsvermögen, Impfungen
- U5 (6. bis 7. Lebensmonat): Überprüfung u. a. der Beweglichkeit und Körperbeherrschung, des Hör- und Sehvermögens, ggf. Wiederholungsimpfungen

U6 (10. bis 12. Lebensmonat): Untersuchung u. a. der Körperfunktion, der Beweglichkeit, der Körperbeherrschung, Hinweis auf Zahnpflege, Impfungen – ggf. Wiederholungsimpfungen

U7 (21. bis 24. Lebensmonat): Zweijahresuntersuchung – u. a. Überprüfung der geistigen Entwicklung, Wiederholungsimpfungen

U7a (33. bis 39. Lebensmonat): Allergien, Sozialisationsstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklung, Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit

U8 (3,5 bis 4 Jahre): Kontrolle der Funktionstüchtigkeit der Organe, des Hör- und Sehvermögens, der Sprachentwicklung und Körperbeherrschung

U9 (5 Jahre): umfangreiche Überprüfung von Kopf bis Fuß – Organfunktionen, Seh- und Hörvermögen, grob- und feinmotorische Entwicklung, Körperhaltung, geistige, seelische und soziale Entwicklung, Sprachvermögen, Kontrolle des Impfpasses auf Vollständigkeit

U10 (7 bis 8 Jahre): Lese- und Rechtschreibvermögen, motorische Entwicklung, Verhaltensstörung, ADHS

U11 (9 bis 10 Jahre): Bewegungs- und Sportförderung, Medienverhalten, Aufklärung über die Gefahren von Suchtmitteln

E-Mail: presse@kkh.de

Internet: www.kkh.de

BRANDNEU
Gerade erschienen!

Unser neues Fachbuch

**Aktuelle
ADHS-Themen**

Besuchen Sie
unseren Shop unter
www.adhs-deutschland.de

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**
91056 Erlangen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**
50933 Köln
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
schatzmeister@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de
- Beisitzerin: **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Beisitzer: **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim

- Europäische Kontakte **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
gugkehrmann@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
- ADHS und Psycho-
therapien im Kindes-
und Jugendalter **Dr. Johannes Streif**
streif@therapaed.de
- Rechtliche
Angelegenheiten **Reinhard Wissing**
96049 Bamberg

- Huss, Prof. Dr.med. Dipl.-Psych. Michael**, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
Krause, Dr. med. Johanna, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,
Ottobrunn
Krause, Prof. Dr. Klaus-Henning, Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
Lauth, Prof. Dr. Gerhard W., Universität Würzburg
Lesch, Prof. Klaus-Peter, Universität Würzburg
Ludwig, Prof. Dr. Gudrun, Fachhochschule Fulda
Opp, Prof. Dr. Günther, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Simchen, Dr. Helga, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz

Bundesgeschäftsstelle
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 e.V.
ISSN 0948—4507

Herausgeber und Verleger

Für ADHS Deutschland 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 Katzen
Magdalene Geisler
Karin Knudsen
Renate Meyer
Dr. Klaus Skrodzki

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr.16
12157 Berlin
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 e.V.
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-Liebknecht-Str.24-25
14476 Potsdam (OT Golm)

Erscheinungsweise: 3x jährlich

Auflage: 4000 Exemplare

Bezug:

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

Copyright

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

Redaktionsschluss

14. Juni 2008
1. November 2008

Die Telefonberatungsstellen

In den Schulferien der jeweiligen Bundesländer sind die Telefone nicht besetzt

Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann
0911 – 9 56 63 51
Kornelia Schneidt
08171 – 48 14 01
Karin Straußberger-Christoph
0911 - 7 66 53 30

Baden – Württemberg

Bernd Kaspar
07957 – 9 26 96 91

Berlin

Karin-Gisela Seegers
030 – 3 01 97 14

Brandenburg

Kerstin Maschke
03561 – 68 58 90
Ulrike Vogel
03378 – 80 30 90

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau
04793 – 93 10 21 und
0170 – 2 46 27 44

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrmann
04121 – 80 72 72
Pitt Lau
040 – 76 97 75 10
Birgit Weigel
040 - 68 91 50 23

Hessen

Regina Schubert
069 – 98 55 68 23

Mecklenburg-Vorpommern

Ricarda Mafille
03883 – 72 77 18
Karin Heynen
0381 – 70 07 59 25



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 e.V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Tel. 030-85605902

Niedersachsen

Sabine Hinkel
05304 – 90 12 98
Erika Rien
05551 – 5 27 45
Angela Schwager
05554 – 99 56 46

NRW

Karin Knudsen
0221 – 3 56 17 81
Ulrike Vlk
02161 – 53 17 39
Helene Eberle
05254 – 93 35 90

Sachsen

Susanne Albrecht
037341 – 4 98 30
Steffi Pretzsch
03722 – 8 88 25
Helene Wagner
0351 – 4 71 15 79

Sachsen-Anhalt

Heike Markovski
039451 – 4 20 24

Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrmann
04121 – 80 72 72
Angelika Lüthmann
04121 – 9 28 21
Gisela Tampe
04661 – 60 09 88
Barbara Bargelé
0451 – 2 03 61 60

Saarland

Sabine Debusmann
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage
03691 – 87 22 22

Was Kinder betrifft,

betrifft die Menschheit!

Es ist einer der böartigsten Fehler anzunehmen,
die Pädagogik sei die Wissenschaft vom Kind –
und nicht zuerst die Wissenschaft vom Menschen.

*Janusz Korczak (1878-1942). polnischer Arzt,
Kinderbuchautor und Pädagoge,
in seinem Buch: „Wie man ein Kind lieben soll“.*

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