

neue AKZENTE

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



- **Rollenspielsucht, Onlinesucht ...**
- **Kommunikations- und Selbstwerttraining**
- **ADHS: Die Schule ist das Nadelöhr!**
- **ADHS bei Adoptiv- und Pflegekindern**
- **Studie zur Gehirnaktivität bei Kindern mit ADHS**
- **Bedeutung der Selbststörungen bei ADHSlern**
- **Mobbing bei Jugendlichen mit ADHS**

O komm,

Gewalt der Stille

Wir sind so sehr verraten,
von jedem Trost entblößt,
in all den wirren Taten
ist nichts, das uns erlöst.

Wir sind des Fingerzeigens,
der plumpen Worte satt,
wir woll'n den Klang des Schweigens,
das uns erschaffen hat.

Gewalt und Gier und Wille
der Lärmenden zerschellt.

O komm, Gewalt der Stille,
und wandle du die Welt.

du die Welt.

Werner Bergengruen

Liebe Mitglieder,
 liebe Leserinnen und Leser,
 wieder ein Vereinsjahr geht dem Ende zu und nach meinem Gefühl noch schneller als in den Vorjahren. Die Zeit vergeht nicht nur, sie ändert sich auch ständig. Immer, wenn sich das Jahr neigt, wird dies ganz besonders spürbar.

Und auch für mich ändern sich die Zeiten. Mit dieser Ausgabe verabschiede ich mich bei Ihnen aus der Redaktionsarbeit. Dr. Myriam Menter wird die Redaktionsleitung übernehmen. Ich



bin sicher, die bisherige Arbeit wird genau so gut fortgesetzt, damit Sie auch weiterhin fachlich und aktuell zum Thema ADHS und Begleitstörungen informiert werden.

Hatten wir doch die Herausgabe unserer Mitgliederzeitschrift auf drei Zeitschriften im Jahr reduziert, erhalten Sie nun mit dieser

umfangreichen Ausgabe quasi als Weihnachtsgeschenk eine „vierte Ausgabe“.

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit und Unterstützung in dreieinhalb Jahren Redaktionsarbeit und wünsche Ihnen nicht zu hektische Feiertage und alles Gute für das Neue Jahr Ihre

Herta Bürschgens
 Redaktionsleitung

Aus dem Inhalt

Wissenschaft/Medizin/Therapie

Rollenspielsucht, WoW-Sucht, Onlinesucht, Medienverwahrlosung und ADHS	2
<i>Martin Winkler</i>	
Studie zur Gehirnaktivität bei Kindern mit ADHS	5
<i>Timo D. Vloet</i>	
Die Bedeutung der Selbststörungen bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS	6
<i>Georg Wolff</i>	
Kinder- und Jugendliche mit ADHS gesucht	11
ADHS-Report der Gmünder Ersatzkasse vorgestellt	12
Analyse der Patientenpräferenzen hinsichtlich der Therapie von ADHS im Kindes- und Jugendalter	14
Die Therapie der ADHS bei Erwachsenen – Studie zu Patientenpräferenzen	15
Blickkontrolle bei ADHS	17
<i>Burkhard Fischer</i>	
Supplementation mit Omega 3- (und Omega 6-) Fettsäuren	21
<i>Eveline Breidenstein</i>	
Kongress in der MH Hannover	23
<i>Hartmut Gartzke</i>	

Familie/Erziehung/Gesellschaft

Kommunikations- und Selbstwerttraining	28
<i>Cordula Neuhaus</i>	
ADHS: Die Schule ist das Nadelöhr!	37
<i>Hans Biegert</i>	
Mobbing bei Jugendlichen mit ADHS	41
<i>Thomas Barth</i>	
Aufruf an Eltern u. Schüler aus Niedersachsen und Bremen	44
<i>pm/red</i>	
Bildungsgipfel – weiterhin Absturzgefahr für Schüler mit Handicap	45
<i>pm/bvl</i>	

ADHS – auch Dein Lebensschicksal?!	46
<i>Brita Wagner</i>	
ADHS bei Adoptiv- und Pflegekindern –	48
<i>Gerhild Drüe</i>	
Gemeinsame Erklärung zur Versorgung und Betreuung von Patienten mit ADHS, Tics und Zwängen	52
<i>pm/red.</i>	
Da bleibt mir nur noch Kabarett	53
<i>Oli Kube</i>	

Aus den Regionen

Herbstseminar in Mainz	54
<i>Christiane Schmüser</i>	
12. ADHS-Kongress in Sindelfingen	55
<i>Petra Ipek</i>	
„ADS transparent – Die Einsamkeit in unserer Mitte“	56
<i>Margit Tütje-Schlicker</i>	

ADHS DE intern

Frohe Weihnachten und guten Rutsch...	57
<i>Myriam Menter</i>	
Gruppenleiterfortbildung und Symposium in Hirschaid	58
<i>Sabine Nicolei</i>	
Verleihung des ADHS-Förderpreises 2007	60
Danke	61
<i>Gerhild Gehrman</i>	
Infostand der Regionalgruppe Osnabrück-Süd	62
<i>Barbara Niehenke</i>	
Dank für Spenden und Fördergelder im Jahre 2008	62
Landesgruppe Niedersachsen-Bremen jetzt mit neuem Leitungsteam	63
<i>Gerhild Drüe</i>	
Brief an die Politiker	64
Symposium der JoJo-Selbsthilfegruppe	66
<i>Margit Tütje-Schlicker</i>	
Jahresbericht Regionalgruppe Ahlen	67
<i>Carola Paulmichl</i>	

Bücher, Bücher

Noch immer lesenswert und aktuell	67
<i>Johannes Streif</i>	
Die Hellsicht des Zwiespaltes	68
<i>Ralf Weimer</i>	
Bewährtes Konzept weiterentwickelt	69
<i>Detlef Träbert</i>	
Familientherapeutisches Universalspezifikum	69
<i>Johannes Streif</i>	
Handlich und flexibel	72
<i>Angelika Schröder</i>	

Forum

Zum Artikel „AD(H)S und Allergie ...“	74
<i>Eveline Breidenstein</i>	
Leserbrief zum Beitrag AD(H)S-bedingte Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche (3/2007)	75
Unreflektiert, reißerisch und wenig hilfreich	76
<i>Johannes Streif</i>	
Neuer FSA-Kodex	77
Balancieren für eine bessere Rechtschreibung	78
Die Telefonberatungsstellen	79
Impressum	80

Das Titelbild „Chaos in meinem Kopf“ aus unserer Sonderedition „ADHS Impressionen“, Bilder und Skulpturen von Dr. Rainer Frenzel

Rollenspielsucht, WoW-Sucht, Onlinesucht, Medienverwahrlosung und ADHS

Martin Winkler



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

WoW (World-of-Warcraft) Rollenspielsucht und Mediensucht im Internet, Fernsehen oder Spielkonsolen stellen ein besonderes Risiko für Jugendliche und Erwachsene mit ADHS/Hyperaktivität bzw. einer generellen Überempfindlichkeit für Reize (z.B. bei Hypersensitivität/Hochbegabung) dar. Häufig geben die Betroffenen an, dass sie überwiegend „aus Langeweile zocken“. Doch die Besonderheiten der Informationsverarbeitung bei Vorliegen einer ADHS-Konstitution mit den Besonderheiten der Reizfilterchwäche und Problemen der Impulskontrolle macht es in der Folge weit schwerer, mit der Medienüberflutung durch virtuelle Welten umzugehen bzw. den „Ausschalter“ zu nutzen. Vielmehr wird der Computer oder die Spielekonsole zum allseits präsenten Lebensersatz, wobei für viele Betroffenen überhaupt nicht mehr bewusst wird, dass es alternative Entscheidungsmöglichkeiten und Herausforderungen außerhalb der Rollenspielwelten geben könnte.

ADHS als Störung der Regulationsdynamik

Der Begriff ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung mit oder ohne Hyperaktivität wird fast zwangsläufig mit dem „Zappelphilipp“ bzw. Kindern mit einem hyperkinetischen Syndrom (HKS) gleichgesetzt. Häufig ist es aber so, dass mit der Pubertät die Symptomatik sich eher wandelt und leichte Ablenkbarkeit, hohe emotionale Empfindlichkeit bzw. rasche Stimmungswechsel, Intoleranz von Langeweile und Monotonie sowie eine verminderte Impulskontrolle bzw. geringe Frustrationstoleranz auffällt. Die klassischen Diagnosekriterien haben sicherlich ihre Berechtigung, helfen aber zum funktionellen Verständnis der Problematik bzw. der häufigen Folgeprobleme kaum weiter.

Ein regulationsdynamischer Ansatz erlaubt statt der klassischen Außensicht (deskriptive Psychopathologie) eher eine Innensicht bzw. eine funktionale Betrachtung der Besonderheiten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Besonderheiten in der Steuerung von Aufmerksamkeit, Gefühlen bzw. Selbstorganisationsfertigkeiten. Die nachfolgenden Hypothesen zu einem funktionellen Verständnis von Medienverwahrlosung und Rollenspielsucht/Onlineabhängigkeit gelten sicher nicht nur für Jugendliche und Erwachsene mit ADHS, bei ihnen sind die Merkmale aber häufig besonders ausgeprägt.

Regulationsdynamik kann man vielleicht am ehesten mit einem Mischpult mit Reglern und Knöpfen vergleichen. Menschen mit einer ADHS-Konstitution weisen eine andere Art der Regulation von Aufmerksamkeit und Konzentration, Emotionen aber auch vielen anderen Körper- und Hirnfunktionen auf. Vereinfacht gesagt: Ihre Regler schlagen viel stärker aus bzw. lassen sich weit weniger leicht regulieren, da seltener eine „Neutral-Null-Stellung“ besteht. Vielmehr reichen schon Kleinigkeiten, um heftige Gefühlsauschläge oder aber einen Einbruch der Aufmerksamkeit auszulösen.

Andererseits kann es – gerade bei Jugendlichen und Erwachsenen – dazu kommen, dass die Regler „klemmen“. Das bedeutet, dass z.B. die Stimmung oder die Motivation scheinbar plötzlich total fehlt oder aber bestimmte Verhaltensmuster immer und immer wieder ablaufen, ohne dass eine wirkliche Kontrolle und bewusste Einflussnahme des Gehirns stattfindet. Dies ist besonders bei ADHS-Betroffenen relevant, weil man heute davon ausgeht, dass die bewusste Handlungsplanung und Kontrolle von Aktivitäten im Frontalhirn (quasi der Systemadministrator des Gehirns, der die Aufgaben

und Handlungen koordiniert) gestört (quasi unteraktiv) ist.

Wenn das Gehirn ein Computer wäre ...

Aufgrund der häufig eher fehlenden Eigenmotivation für Veränderung (d.h. Aufgaben der Computerspielsucht) und der geringen Aufmerksamkeitsspanne habe ich es bei Vorgesprächen in der Klinik auf unserem ADHS-Schwerpunkt nicht immer ganz leicht die Aufmerksamkeit für das Problem zu „fangen“. In einem Thema sind die Betroffenen aber natürlich „Experten“ und das sind alle Themen rund um den Computer und das Internet bzw. die virtuellen Welten der Spiele.

Das einfache ADHS vergleiche ich dabei gerne mit einem Bildschirm-schoner auf meinem PC. Nur bei neuen, spannenden (z.B. Wettkampf oder Herausforderungen), schnell wechselnden Situationen, bei Einfordern von Hilfsbereitschaft oder unter Torschlusspanik ist der Bildschirm hell. Dann können häufig sogar Konzentrationsleistungen bzw. Wahrnehmungsfertigkeiten abgerufen werden, die denen der „StiNos“ (den „Stinknormalen“) weit überlegen sind.

Bei Monotonie und Langeweile, wiederkehrenden Aufgaben bis zur Routine, fremdbestimmten Aufgaben ohne Anreizcharakter und bei einer Negativstimmung durch Vorwürfe oder eher hilflose Aufforderungen der Änderung um sie herum, bleibt der Bildschirm „dunkel“. Nur wenn im Vorfeld eine Sache (oder Person) als positiv bewertet wird, kann überhaupt ein aktiver Aufmerksamkeitsprozess (= Einschalten des Gehirns) erfolgen.

Das mag ein wenig erklären, warum Ermahnungen und Moralisieren über die ständige Computer-Spielerei durch Eltern, Pädagogen oder Psychotherapeuten eher „abprallen“ und vermutlich sogar letztlich das

Problem nur noch verschärfen. Diese Botschaften kommen nicht „an“ und sind dem „Erfahrungslernen“ der Betroffenen nicht wirklich zugänglich. Wenn sie nicht schon vorher innerlich auf „Durchzug“ geschaltet haben, kann allein das Vornehmen einer Änderung noch lange nicht die Aufmerksamkeits- und Handlungsprozesse verändern.

Je länger das Problem besteht, desto mehr „Fenster“ im Gehirn werden unerledigt offen bleiben. Das werden häufig negative Themen sein, die in der Wertigkeit von nicht zurückgestelltem Geschirr unter dem Bett bis zum Abbruch der Schule oder Ausbildung reichen können. Häufig sind aber hunderte, ja tausende negativ besetzte Themen zu finden, die sich häufig ähneln. Da viele ADHSler eben stark in Bildern wahrnehmen und denken, laufen in ihrem Kopf dann immer wieder „Kopfkino-Vorstellungen“ mit sehr negativen Themen ab. Davon haben sie (mehr oder weniger ja durchaus verständlich) dann irgendwann „genug“ und sie suchen sich Stimulationen, die diesem Grübeln bzw. Negativbildern einen Kontrast bieten können. Gerade bei Vorliegen von schweren Formen der verhaltensbezogenen Süchte sehen wir Klienten, die komplexe Angststörungen, Zwänge, immer stärker werdende Stimmungsschwankungen mit depressiven Phasen bis zu komplexen dissoziativen Symptomen aufweisen. Diese Probleme verlaufen für die Außenwelt lange unerkannt bzw. erscheinen angesichts der Spielsuchtproblematik mit der Aufgabe von normalen Tagesaktivitäten der Selbstversorgung, Schule / Studium oder Aufgabe und soziale Kontakte eher sekundär. Doch häufig genug verstärken sich eben gerade die negativen Bilder bzw. immer wieder scheinbar unkontrollierbar ablaufenden Gedanken und Handlungsmuster und die extremen Bilder der Spiele eher gegenseitig.

Einen PC muss man von Zeit zu Zeit runterfahren bzw. abschalten. Auch wenn dies bei vielen „Zockern“ natürlich kaum passiert, so verstehen sie doch: Wenn zu viele Dateifragmente auf der Festplatte bzw. zu viele Fenster gleichzeitig auf sind,

dann wird der Rechner langsamer, stürzt häufiger ab.

Das kann man sich in den Spielen nicht erlauben. Beim Herunterfahren bzw. Neustart räumt der Rechner auf. Dieser Sortierprozess für „Müll“ auf der Festplatte bzw. im Dateiverwaltungssystem klärt auch den Prozessor, da nicht immer Verwaltungs- und Sortieraufgaben erfolgen müssen. Ganz analog zu diesem Vergleich läuft auch im Gehirn des Menschen ein entsprechendes „Sortier- und Defragmentierungsprogramm“. Und zwar im Schlaf, genauer in der REM-Schlafphase, in der man träumt.

Je früher und intensiver die Medienberieselung normale Verhaltensmuster und Aktivitäten mit anderen Kindern und Jugendlichen, sportliche Aktivitäten und Naturerlebnisse etc. ersetzt, desto problematischer wird die Verarbeitung dieser Medienflut. Unser Gehirn ist schlicht überfordert, die mediale Bilderflut in der Nacht zu sortieren. Nicht selten mit desolaten Verkennungen zwischen Realität und Fiktion.

Was ist Aufmerksamkeit auf „neurobiologisch“?

Aufmerksamkeit ist ein aktiver Prozess, der auch Energie kostet und mehr oder weniger zielgerichtet sein muss. Das Gehirn wird zwar bei einer neuen, interessanten Sache den Fokus (= quasi ein innerer Such-Scheinwerfer) auf die neue Sache lenken. Das Problem liegt bei ADHS eher darin, dass dieser Aufmerksamkeitsprozess auf eine Tätigkeit immer wieder neu verstärkt werden muss bzw. das Ablenken verhindert werden muss. ADHSler haben das Problem, dass die Verstärkerfunktion der Aufmerksamkeit rascher nachlässt, dafür aber die Reizfilterung für Lärm, Licht oder andere Aktivitäten um sie herum viel schlechter verläuft. Das gilt übrigens auch für die Wahrnehmung von eigenen Erfolgen. Gerade zu Beginn der Schulzeit sind viele ADHSler noch extrem interessiert und haben auch Erfolge. Nur können sie sich darüber nicht (lange genug) freuen, werten es rasch ab oder springen gerade beim Erreichen eines Ziels zu einer völlig anderen Ak-

tivität. Sie haben also häufig auch ein „Belohnungs-Defizit-Syndrom“. Wirklich stolz über ein erreichtes Ziel sind sie selten lange (z.B. auch über einen Schulabschluss), immer wieder muss eine neue Sache bzw. eine neue Herausforderung zur Stimulation gesucht werden.

Der „Motor“ der Aufmerksamkeitssteuerung ist der Botenstoff Dopamin. Dopamin ist eine Art „Stimulator“, da es immer dann in bestimmten Filterregionen des Gehirns ausgeschüttet wird, wenn etwas „besser als erwartet“ verläuft. Bei ADHS wird nun dieser Botenstoff zwar gebildet, durch eine Art „Dopamin-Staubsauger“, dem Dopamin-Transportsystem DAT, aber sofort nach der Ausschüttung wieder in die Nervenzelle zurück transportiert, so dass das Signal nicht wirklich gut ankommt (bei einigen Klienten liegen vermutlich dann auch noch Veränderungen der Dopamin-Rezeptoren bzw. Veränderungen in Folge von langjährigem Drogenkonsum vor).

Dazu kommt, dass das Gehirn „wichtige“ und „unwichtige“ Informationen nicht wirklich unterscheiden kann und Ambivalenz bzw. Spannungen schlecht toleriert. Im Zweifel wird sich also bei Vorliegen der ADHS-Konstitution das Gehirn für sehr starke, schnell wechselnde Reizsituationen entscheiden – eben die virtuellen Welten bevorzugen...

Rollenspielsucht Onlinesucht und Schlafprobleme

Mit der Pubertät verändert sich bei vielen Jugendlichen auch das Schlafmuster. Vereinfacht dargestellt, wird das körpereigene Signal zum „Schlafen“ (Ausschüttung des Schlafhormons Melatonin) immer später erfolgen. Wenn man aber sich erst gegen 2 oder 4 Uhr nachts „müde“ fühlt, abends aber sein „Leistungshoch“ hat, verschiebt sich auch der normale Tag-Nacht-Rhythmus. Zu Zeiten des „normalen“ Aufstehens befinden sich viele ADHS-Jugendliche gerade in einer Tiefschlafphase. Dementsprechend schwierig ist das Aufstehen, zumal ein „nicht erholsamer Schlaf“ besteht. Schule / Studium oder Ausbildung sind aber mit einem „schlafenden Gehirn“ schlecht zu schaffen.

Diese schon ganz normale Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann bei einigen ADHS-Kindern und Jugendlichen als „Schlafphasenverlagerungs-Syndrom“ krankheitswertige Ausmaße annehmen. Häufig bleibt eine solche Problematik aber lange unerkannt. Wenn dann eine Psychostimulantientherapie erfolgt, werden nicht selten (auch durch ärztliche Verordnung) diese Medikamente als Weckamine missbraucht, d.h. dienen schon gar nicht mehr wirklich als ADHS-Medikamente sondern können lediglich das Einschlafen am Tag verhindern. Zu Recht werden sie dann irgendwann als „nutzlos“ empfunden, da sie nicht mehr wirklich ADHS-spezifische Wirkungen auf die Aufmerksamkeitssteuerung und Ablenkbarkeit zeigen können.

Umso problematischer muss eine solche Situation sein, wenn die natürlichen Phasen von Tagesbewusstsein und Schlaferholung durch die virtuellen Zeiten bzw. Zeitlosigkeit der Computerwelten ersetzt wird. Die innere Uhr der Tagesrhythmik wird neben den Signalen der Dämmerung maßgeblich auch durch regelmäßige Mahlzeiten eingestellt. Da ja aber auch eine geregelte Nahrungsaufnahme bei den Jugendlichen mit ADHS und Spielsucht eher die Ausnahme darstellen sollte, wird die innere Chronobiologie immer weiter verstellt bzw. durch die „Zeiten“ der virtuellen Welt ersetzt. Dabei fehlt ein Zeitgefühl für die Abläufe während eines Computerspiels völlig, da die suchterzeugenden Spiele gerade auf eine Zeitlosigkeit bzw. immer neue Level und Herausforderungen angelegt sind. Spieldauern von mehr als 10 Stunden sind für viele Zocker schon die Regel, um die immer neuen „Missionen“ zu bewältigen. Für das normale Leben bleibt da schlicht keine Zeit.

Zudem gelten in den Medienwelten keine normalen 24 h Abläufe, so dass die Phasen von Wach- und Schlafbewusstsein sich immer weiter verschieben. Je weniger erholsam (tief?) aber die Schlafphasen sind, desto „flacher“ wird auch das Tagesbewusstsein sein. Die Betroffenen werden überhaupt nicht mehr richtig wach bzw. aktiv und benötigen immer stärkere oder „eingeschränk-

te“ Reize, um ihr Gehirn zu einer Tätigkeit zu bewegen. Die eigentlichen kognitiven Leistungsfähigkeiten liegen brach und das Gehirn arbeitet letztlich nur noch in einer Art „Notfallmodus“.

Erzeugen Rollenspiele oder Medienüberflutung ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom?

Es erscheint zunächst naheliegend, die mediale Überflutung der Kinder bereits im Kleinkindesalter für die scheinbar zunehmende Zahl von verhaltensauffälligen Kindern mit hyperaktivem oder aufmerksamkeitsgestörten Verhalten verantwortlich zu machen, wie es durch scheinbar wissenschaftliche – eigentlich aber doch eher populärwissenschaftliche – Buchpublikationen u. a. von Prof. Spitzer nahegelegt wird. Zweifellos besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer von Fernsehen, Video, Computerspiel und ungezügelter Internetnutzung bei Kindern und dem späteren Schulerfolg bzw. dem Auftreten von psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten. Dies legen u. a. Studien von Prof. Pfeiffer nahe, der Verlaufuntersuchungen zum Einfluss von Medienverwahrlosung bei Schulkindern durchführte und einen klaren Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Fernsehern bzw. Videospielekonsolen im Kinderzimmer und Bildungserfolg aufzeigte.

Doch: Das ist nicht gleichzusetzen mit dem neurobiologisch definierten Krankheitsbild der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Vielmehr müssen wir davon ausgehen, dass es eine „erworbene“ Aufmerksamkeitsstörung durch Medienverwahrlosung gibt, die im englischsprachigen Bereich auch „acquired ADHD“ genannt wird. Kinder mit einer neurobiologisch (d.h. genetisch vorgegebenen) ADHS-Konstitution werden aber durch ihre erhöhte Reizempfindlichkeit halt eher als erste auf diese Problematik „anspringen“ bzw. wie ein „Katalysator“ für das grundsätzliche Problem der fehlenden Medienkompetenz in unserer Gesellschaft und der zunehmenden Reizüberflutung bzw. Wegfall von

äußeren Strukturen und Ritualen, Zusammenhalt in der Großfamilie, Sport- und Vereinen hinweisen.

Es ist also zunächst einmal deutlich zu differenzieren, ob eine seit der frühesten Kindheit mit den Leitsymptomen der ADHS-Symptomatik vorliegende Problematik (häufig mit weiteren Geschwistern bzw. Familienangehörigen mit ADHS-Konstitution) vorliegt, oder aber die Problematik erst im der Adoleszenz bzw. frühen Erwachsenenalter bzw. der verstärkten Mediensucht auffällig wird.

Welche Therapie greift wirklich?

Die naheliegende Forderung, das Medienverhalten zu begrenzen bzw. Computer oder Spielkonsole abzugeben oder durch technische Begrenzungen einer Zeituhr bzw. eines USB-Sticks mit Zeitbegrenzung zu limitieren, wird nur selten den Kern des Problems erfassen und eine grundlegende Änderung erzielen. Aber sie ist natürlich eine Möglichkeit, ja wahrscheinlich erstmal Grundbedingung für Veränderung.

Bei Mädchen wird Autismus häufig nicht erkannt

pm/red. Bei Mädchen werden leichter ausgeprägte autistische Störungen seltener erkannt als bei Jungen. Wie die der Berufsverband der Neurologen berichtet, kommt eine Studie, die auf der Jahrestagung des Royal College Of Psychiatrists in Großbritannien vorgestellt wurde, zu diesem Ergebnis. Daran nahmen 493 Jungen und 100 Mädchen teil.

Die Forscher fanden heraus, dass die Mädchen deutlich weniger stereotypen Verhalten und Wiederholungen von Handlungen zeigten als die Jungen. Autistische Kinder haben oftmals ein extrem ausgeprägtes Interesse für ein bestimmtes, eng umgrenztes Thema, wie etwa für Ritter im Mittelalter. Bei den Mädchen aus der Studie war jedoch eher ein ausgeprägtes Interesse für Menschen und Beziehungen verbreitet. Solche Interessen erscheinen Eltern oftmals weniger ungewöhnlich, so dass sie auch beispielsweise bei einem Gespräch mit einem Arzt unerwähnt bleiben.

Studie zur Gehirnaktivität bei Kindern mit ADHS

Timo D. Vloet

In den letzten Jahren hat die rasante Weiterentwicklung im Bereich bildgebender Verfahren dazu geführt, dass heute auch die Gehirne von Kindern ohne das Einwirken schädlicher Strahlungen oder invasive Eingriffe untersucht werden können. Insbesondere die Magnetresonanztomographie (MRT) macht es heute möglich, nicht nur Größe und Struktur des gesamten Gehirns darzustellen, sondern auch die Aktivität einzelner Hirnareale darzustellen.

Vor diesem Hintergrund wurde kürzlich an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum in Aachen eine MRT-Studie zur Untersuchung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum in Jülich sollte dabei geklärt werden, wie sich die Aktivität des Gehirns bei der Bearbeitung bestimmter Aufgaben bei Kindern mit ADHS von denen gesunder Kinder unterscheiden. Diese entsprechenden Aufgaben (auch „Paradigmen“ genannt) werden den Kindern dazu auf einem Bildschirm gezeigt. Gleichzeitig wird eine sogenannte „funktionelle“ MRT-Untersuchung durchgeführt, die darstellt, welche Bereiche des Gehirns während eines bestimmten Zeitpunkts vermehrt aktiviert werden.

Die Aufgabe bestand zunächst darin, in Abhängigkeit zweier unterschiedlicher, kurz aufleuchtender Symbole eine von zwei möglichen Antworttasten zu drücken. Die Entscheidung, welche Taste richtiger Weise zu drücken ist, sollten die Kinder möglichst schnell fällen. Da Kinder mit ADHS häufig impulsives Verhalten zeigen und zudem Schwierigkeiten bei der Planung von Aufgaben haben können, erhoffte man sich, durch das gestellte Paradigma auch Unterschiede bei der Gehirnaktivierung im Vergleich zu gesun-

den Kindern während dieser Aufgabe zu finden.

In der Studie wurde dieses Paradigma noch um eine weitere Aufgabe erweitert. Dazu wurden die gleichen Symbole wie im ersten Paradigma verwandt, nun war jedoch von den Kindern und Jugendlichen zu entscheiden, welches der dargestellten Symbole länger auf dem Bildschirm zu sehen war. Entsprechend sollte wiederum einer der beiden Antwortknöpfe gedrückt werden. Hintergrund dieser Aufgabe war, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS häufig scheinbar Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von Zeitspannen haben. So können Kinder mit ADHS zum Teil schlecht abwarten, und bringen sich unter Umständen in gefährliche Situationen, wenn sie z. B. nicht einschätzen können, wie lange es dauert, eine Straße zu überqueren.

Insgesamt wurden 13 Kinder und Jugendliche von 8 bis 15 Jahren mit ADHS untersucht und mit einer entsprechenden Anzahl gesunder Kinder und Jugendlicher verglichen. Beide Versuchsgruppen unterschieden sich nicht im Hinblick auf Intelligenzquotient, Alter oder Schulbildung. Diese Vergleichbarkeit beider Gruppen ist besonders bedeutsam, weil daraus zurück geschlossen werden kann, dass die später gefundenen Unterschiede eng im Zusammenhang mit dem ADHS stehen und nicht durch andere Faktoren bedingt sind.

Es zeigte sich, dass erwartungsgemäß Kinder und Jugendliche mit ADHS mehr Fehler bei der Durchführung der Aufgaben machten als die gesunden Probanden. Dieses zeigte sich besonders bei der ersten Aufgabe, wo schnell entschieden werden musste. Bei der Unterscheidung der Zeitintervalle machten gesunde Kinder und Jugendliche und solche mit ADHS fast gleich viele Fehler.

Die Auswertung der funktionel-

len MRT-Daten ergab, dass bei beiden Aufgaben große, sich teilweise überlappende Netzwerke im Gehirn aktiviert waren. Sowohl bei der Gruppe mit ADHS als auch bei den gesunden Kontrollen umfassten diese unter anderem den Bereich des Gehirns hinter der Stirn (Frontalkortex) sowie Areale im Bereich der Schläfe (Parietalkortex) und das Kleinhirn. Vergleich man die Aktivierung dieser Netzwerke zwischen den Kindern und Jugendlichen mit ADHS und den gesunden Kontrollkindern, zeigte sich, dass bestimmte Areale (u. a. Bereiche des Frontalkortex und des Kleinhirns) bei Kindern mit ADHS während der Bearbeitung der Paradigmen weniger aktiv waren als bei gesunden Kindern.

Während diese verminderte Gehirnaktivierung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS auch schon in früheren Studien gefunden worden waren, zeigte eine zusätzliche Auswertung der Daten einen besonders interessanten neuen Befund. So konnten wir zeigen, dass auch das zeitliche Zusammenspiel der Aktivierung der Netzwerke im Gehirn während der Durchführung der untersuchten Aufgaben bei Kindern mit ADHS im Vergleich zu den gesunden Kindern verändert war. Danach bestünde beim ADHS nicht nur eine in seiner Ausprägung veränderte Gehirnaktivität, sondern auch eine gestörte Interaktion zwischen den betroffenen Arealen.

Letztlich versuchen solche Studien zu erklären, wie das Verhalten der Kinder mit ADHS durch die Gehirnaktivität begründet ist. Sie sollen klären helfen, welche Funktionen im Gehirn speziell beim ADHS gestört sind. Dies kann zum einen helfen, die Symptomatik des ADHS besser zu verstehen und könnte in der Zukunft dazu beitragen, bestehende Therapiemaßnahmen gezielter einzusetzen bzw. neue Therapien zu entwickeln. ←



Dr. Timo D. Vloet
Oberarzt
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Universitätsklinikum
Aachen
e-mail:
tvloet@ukaachen.de

Die Bedeutung der Selbststörungen bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS

Georg Wolff



Dr. Georg Wolff
Dipl.-Psychologe
Hannover

Auf die Frage, wie es sich anfühle, ein „Zappelphilipp“ zu sein, antwortete Martin (9 J.): „Ich versuche, dass ich höre; ich gebe mein Bestes; aber es gelingt mir nicht. Ich sage es zu mir immer wieder, immer morgens vor der Schule und im Bus, dass ich hören soll und lieb bin. – Ich weiß nicht, warum ich so bin (Tränen fließen). Jetzt werde ich überall ausgeschlossen, und dadurch werde ich noch böser. Dann bin ich später ein brutaler Mann. Ich stelle mir eine ganz schlimme Zukunft vor.“

In den letzten Jahren stellte sich mir immer deutlicher dar, dass sich mit der Einbeziehung des subjektiven Erlebens bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS viele der **scheinbaren** Widersprüchlichkeiten und Inkohärenzen ihres Verhaltens leichter erklären lassen.

Ausgangspunkt meiner Überlegungen waren die Mitteilungen der Erwachsenen mit ADHS über die Beeinträchtigungen ihres Selbstbefindens und Selbstkonzeptes (s. Tab. 1):

Die meisten Klienten erinnern solche Befindlichkeiten bis weit in die früheren Jahre, oft bis in die Kindheit zurück.

Diese Befunde ließen mich fragen, ob auch Kinder mit vergleichbaren Beeinträchtigungen ihres Selbstbefindens und Selbstkonzeptes belastet sein könnten. Welche Rolle könnten Selbstbefinden und sich entwickelndes Selbstkonzept bei der Ausprägung des ADHS-Verhaltens spielen? Könnte sich deren Berücksichtigung auf die Diagnostik und auf die Art der psychologischen Behandlung auswirken? Ergäben sich gar präventive Möglichkeiten?

Diesen Fragen wird z.Zt. noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Die offizielle ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen

Wollte sich ein junger Erwachsener über ADHS informieren, fände er fundierte Information auf der Homepage der Bundesärztekammer (www.baek.de). Dort würde er erfahren, dass ADHS u.a. einhergeht mit

„Aufmerksamkeitsstörung, Vergesslichkeit, Nervosität, Affekt-labilität und desorganisiertem Verhalten“. Er wird lesen, ADHS sei eine „Störung“ („Hyperkinetische **Störungen**“/Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-**Störung**“), und er wird sich vielleicht fragen, „bin **ich** gestört“? Oder: „fühlt sich **jemand Anderes** gestört“? „Oder alle“? „Oder was“?

„Naja“, könnte er sagen: „Einiges mag ja vielleicht stimmen! – Aber meine Kumpel bei der Freiwilligen Feuerwehr, die mögen mich doch! Und neulich, beim letzten Einsatz hat sogar unser Chef gestaunt, wie schnell ich die alte Dame aus dem Haus kriegte. – Und meine Freundin findet mich echt witzig; und sie findet das toll, wenn ich immer so gute Ideen für Unternehmungen habe. Nur aufs Motorrad will sie nicht so gern – komisch – versteh´ ich nicht! Dabei macht das doch so viel Spaß! – Und mein Vater meckert immer nur, meistens, wenn ich für die Berufsschule lernen soll. – Ich bin ganz verwirrt!!“

Recht hat er! Die meisten Erwachsenen mit ADHS, die sich zu einer Untersuchung entscheiden oder durchringen oder von ihren PartnerInnen dazu gedrängt werden, schwanken in ihrem Selbstbefinden zwischen Irritiertheit, einem ungeklärten Gefühl von „(wie auch immer) Gestörtsein“, zwischen Selbstverurteilung und Rätseln bis hin zu: „es sind die Anderen, die Probleme haben!“ Sie haben längst eigene Interpretationen entwickelt, warum sie sich so und manchmal auch ganz anders verhalten oder befinden. Sie lasen Verhaltenssymptomlisten im Internet, kreuzten sie an, und meinen nun sicher, ein ADHS zu „haben“ – und sind doch unsicher, wollen schon gar nicht „krank“ geschrieben werden. Sie haben sich irgendwie arrangiert und hadern doch oder leiden an unerklärlichen Schwierigkeiten in ihren Beziehungen oder bei ih-

Tab. 1: Beeinträchtigungen des Selbstbefindens und des Selbstkonzeptes bei Erwachsenen mit ADHS

- | ein Gefühl „innerer Unruhe“ oder des „Getriebenseins“
- | ein diffuses Gefühl von „Irgendwie-nicht-richtig-Sein“ (Ryffel-Rawak, 2003) oder „Anderssein“ (Hesslinger et al., 2004)
- | erlebte Irritationen durch zu heftige Stimmungsschwankungen
- | Unsicherheiten und zu geringer Prägnanz des eigenen körperlich emotionalen Befindens (Winkler, 2007)
- | Frustrationen durch rasche Motivations- und Wachheitsverluste beim Lernen, Lesen, Zuhören und anderen Beschäftigungen
- | Irritationen durch plötzliche Leistungseinbrüche trotz großer Anstrengung
- | Frustration durch nachhaltige Schwierigkeiten bei der Arbeitsorganisation
- | depressiv getönte Selbst-Verurteilungen und Selbst-Beschuldigungen
- | (aber auch!): phasenweise und situationsabhängig ein Gefühl von „doch auch irgendwie richtig sein“; ... und das verwirrt noch mehr!!“

Tab. 2: Übersicht über Ursachen- und Verstärkervorstellungen bei ADHS

1. Organisch-neurobiologische Faktoren

- | Genetische Übertragung
- | Hirnfunktionsabweichungen
- | Abweichungen bzgl. der Neurotransmission

2. Psychosoziale, gesellschaftliche Faktoren

- | Beschleunigung, Hektik, Stress, Überforderungen
- | Ungünstige psychosoziale Bedingungen
- | Sog. „Frühkindliche Regulationsstörungen“

3. Faktoren aus dem biographischen Lernverlauf

- | Die Entwicklung der ADHS-Symptomatik und die damit verbundene Entwicklung des Selbstbefindens.

Tab. 3: Erlebens- und Verhaltensweisen bei Dopaminmangel (Brown, 2005; Grawe, 2004; Krause/Krause, 2005; Spitzer, 2004; 2007)

- | Aufmerksamkeitschwäche und mangelnde Konzentration
- | Unwohlsein, Interesse- und Lustlosigkeit
- | Erschwerte Auseinandersetzung mit der Umwelt
- | Lernbeeinträchtigungen
- | Müdigkeit sowie Mangel an Motivation und Antrieb bis hin zu Lethargie
- | Beeinträchtigungen der Feinmotorik und Schwächen in der motorischen Kontrolle
- | Depressive Verstimmungen und Gefühle von Sinnlosigkeit und Desintegration
- | Sozialer Rückzug
- | Probleme in der Regulierung von Stimmungsschwankungen
- | Schwierigkeiten in der Impulskontrolle
- | Suchtverlangen

Tab. 4: Verhaltensmöglichkeiten zur Erhöhung des Dopamins (Brown, 2005; Grawe, 2004; Krause/Krause, 2005; Spitzer, 2004; 2007)

- | Körperliche Aktivität und motorische Bewegung
- | Neugierverhalten: Reizoffenheit und unmittelbares Zuwenden zu Neuem besonders, wenn es Wohlbefinden oder Spannung verspricht.
- | Suche nach Tätigkeiten, die schon früher positives Befinden oder Erfolg vermittelten
- | Freundliches Angelächeltwerden; die Suche nach dem Lachen Anderer und deren freudiger Anerkennung
- | „Action-Seeking“: „Hypies“ nennen dies „Spasmachen“; Eltern und Lehrer klagen über „Provokationen“, „Stören“, „Ablenken“
- | „Risiko-Verhalten“: „Hypies“ toben, rasen und gefährden unbedacht sich und Andere; bei ADHS-Erwachsenen sind dies Bungie-Jumping, Leichtsinnigkeiten, „Verkehrs-Rowdytum“, Schuldenmachen
- | Vermeidung von Monotonie oder anhaltend Gleichem (z.B. Üben)
- | Konsum von Kaffee, Nikotin, Drogen und Alkohol

rer Berufstätigkeit.

Erleichterungen und Klärungen stellen sich erst ein, wenn die Verunsicherungen und die **scheinbaren** Widersprüchlichkeiten des ADHS-Verhaltens aufgelöst werden. Dazu braucht es weitergehende Klärungen der bisher bei weitem noch nicht abschließend geklärten Ursachen der ADHS-Symptomatik.

Zu den aktuell diskutierten „Ursachen“ bzw. „Verstärkern“ der ADHS-Symptomatik

Aktuell werden vor allem zwei Gruppen von Ursachenvorstellungen diskutiert, und zwar die bisher am besten untersuchten genetischen bzw. organisch-neurobiologischen Faktoren einerseits und psychosoziale bzw. gesellschaftliche Faktoren andererseits (s. Tab. 2). Man geht davon aus, dass psychosoziale bzw. gesellschaftliche Faktoren die ADHS-Symptomatik nicht direkt verursachen, aber wohl verstärken können (www.baek.de):

Zu den ersten beiden Ursachen-/ bzw. Verstärkungsfaktoren füge ich einen dritten Komplex hinzu, der sich ergibt, wenn man das Selbstbefinden der betroffenen Kinder einbezieht. Denn zu den einleitenden Fragen ist m.E. weiterhin zu fragen, ob vielleicht auch die Entwicklung des Selbstbefindens bei Kindern mit ADHS ergänzend eine wichtige Rolle bei der Verstärkung oder sogar bei der Fundierung der ADHS-Symptomatik spielen könnte.

Zusammenhang zwischen Neurotransmittern und Erleben bzw. Verhalten

Um dieser Frage nachzugehen, braucht es einige Ausführungen zu dem Zusammenhang zwischen Neurotransmittern, insbesondere dem Dopamin einerseits, und dem Erleben und Verhalten andererseits. Wenn ich mich hier auf das Dopamin konzentriere, so ist mir klar, dass damit die Ingesamtkomplexität natürlich sehr vereinfacht wird. Aber der empirisch nachgewiesene enge Zusammenhang zwischen Dopaminverfügbarkeit und ADHS-Symptomen ist doch so bemerkenswert, dass eine Konzentration darauf gerechtfertigt erscheint, um zu be-

gründen, warum die Einführung des dritten Ursachen- bzw. Verstärkungsspektes sinnvoll sein könnte. Denn darüber ließen sich eine Reihe von Erlebens- und Verhaltensweisen der Kinder und Erwachsenen mit ADHS über den Lebensverlauf verständlicher machen.

baek.de) ebenso wie auch den von Erwachsenen mit ADHS geklagten Beeinträchtigungen ihres Selbstbefindens (Tab. 1).

Auch Menschen, die gar nichts mit ADHS zu tun haben, erleben gelegentlich dieses „diffuse Unwohlsein“. Dann nämlich, wenn sie sich sehr

Wirkungen von Dopamin auf Erleben und Verhalten (s. Tab. 5).

Diese Wirkungen des Dopamins entsprechen i.w. den von den Klienten berichteten positiven Effekten der Stimulanzienmedikation. So ist dann auch wahrscheinlich, dass die Verhaltensweisen zur Dopaminerhöhung zu Verbesserungen im Befinden der Klienten mit ADHS führen. Denn es gibt wahrscheinlich wenig Zweifel, dass Klienten mit ADHS einen spürbaren Unterschied in ihrem Selbstbefinden feststellen können, je nachdem, ob sie zu wenig, ein (für sie) „richtiges“ Maß an Dopamin haben oder zu viel. Diese Unterschiede müssen zwar primär nicht bewusst sein. Dass sie aber spürbar und bewusst werden **können** und oft signifikant sind, erfahren wir täglich durch die Mitteilungen der Klienten über die Wirkungen der Medikation. Auch werden diese berichteten Befindensunterschiede zur Feineinstellung der Medikation genutzt.

Tab. 5: Dopaminwirkungen auf Erleben und Verhalten

(Brown,2005; Grawe,2004; Krause/Krause,2005; Spitzer, 2004; 2007)

- | Dopamin erhöht Wohlbefinden, Leistungsbereitschaft, Wachheit, Konzentration und eigene Zuversicht
- | Wohlbefinden und Leistungsbereitschaft halten nur solange an, wie die Neurotransmitter fließen
- | Dopamin wird je nach aktueller subjektiver Bewertung einer Situation bzw. Handlungsintention produziert, z.B., wenn etwas spannend und interessant ist
- | Das Dopaminsystem ist die Grundlage intrinsischer Motivation und Leistungsbereitschaft / -möglichkeit
- | Das Gehirn benutzt Dopamin, um subjektiv wichtige Reize hervorzuheben
- | Alle Erfahrungen, die der Betreffende unter Dopamineinwirkung macht, werden besonders gut gelernt werden
- | Dopamin hält Lerninhalte länger im Arbeitsspeicher; so können sie besser ins Langzeitgedächtnis überführt werden
- | „Ohne Aktivierung des Dopaminsystems wird kein langfristiges Lernen stattfinden“ (Spitzer, 2007).

Mangel an Dopamin

Eine der zentralen Schlussfolgerungen der neurobiologischen Forschung besagt, dass die ADHS-Symptomatik **u.a.** mit Dopaminmangel einhergeht (Krause/Krause, 2005). Dies wird z.B. durch die Beobachtung gestützt, dass Stimulanzien die Dopaminverfügbarkeit zeitbegrenzt erhöhen und entsprechend zu signifikanter Verringerung der ADHS-Symptomatik führen.

Mit dem Mangel an Dopamin gehen bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen einher. Diese sind mit einem vielfältig begründeten Gefühl von „diffusem Unwohlsein“ verbunden, und sie weisen vor allem auch eine bemerkenswerte Ähnlichkeit mit zentralen ADHS-Symptomen (*www.baek.de*) auf, bei Erwachsenen wie auch bei Kindern (s. Tab. 3).

Der Dopaminmangel geht, wie die Tabelle zeigt, mit einem „diffusen Unwohlsein“ einher, und die Folgen des Dopaminmangels ähneln auf bemerkenswerte Weise den zentralen ADHS-Merkmalen (*www.*

baek.de) übermüdet fühlen, wenn sie zu lange am Schreibtisch arbeiteten oder bei einer (zunehmend langweiligen) Party gesessen haben. Erleichterung von diesem „diffusen Unwohlsein“ schafft in der Regel und rasch wirksam körperliche Aktivität!

Aus den empirisch belegten Beeinträchtigungen des Befindens und Erlebens durch Dopaminmangel schlussfolgerte Grawe: „deshalb scheint es einen angeborenen Regulationsmechanismus zu geben, der darauf ausgerichtet ist, den Dopaminspiegel zu erhöhen, wenn er zu niedrig ist“ (Grawe, 2004, S. 294).

Und tatsächlich zeigte die neurobiologische Forschung, dass Menschen über Verhaltensweisen zur Erhöhung der Dopaminverfügbarkeit verfügen. Auch diese Verhaltensweisen (Tab. 4, S. 7) sind wiederum in hohem Maße deckungsgleich mit zentralen ADHS-Merkmalen.

Wie attraktiv diese Verhaltensweisen zur Dopaminförderung für Kinder und Erwachsene mit ADHS sein können, verdeutlichen die belegten

Eine erste Schlussfolgerung:

ADHS geht mit Dopaminmangel und einem „diffusen Unwohlsein“ einher; dieses ist nur schwer aushaltbar. Deshalb gehe ich von der Annahme aus, dass schon Kinder mit ADHS die Verhaltensmöglichkeiten zur Dopaminerhöhung nutzen, um dieses Unwohlsein zu verringern, ihr Wohlbefinden zu erhöhen und den Frustrationen durch ihre unzureichende Verhaltensregulation zu entkommen.

Dies würde bedeuten, dass Kinder mit ADHS von früh auf die Erfahrung machen, dass sie sich deutlich wohler und auch wacher fühlen, **wenn** sie sich hyperkinetisch verhalten, weil gerade dieses Verhalten zu mehr Dopamin und zu mehr Wohlbefinden führt. Dabei sind die intuitiven Impulse zu hyperkinetischem Verhalten primär kein bewusstes oder gezieltes Verhalten. Sie resultieren vielmehr aus intuitivem Spüren und führen über das tagtägliche Erlernen zu der Erfahrung, dass hyperkinetisches Verhalten, u.a. vermittelt über Dopamin und damit verstärkt produzierte endogene Opiode, primär Spaß (!) macht (Spitzer, 2007).

All dies gilt generell wahrscheinlich auch für Kinder **ohne** ADHS, al-

lerdings mit dem Unterschied, dass die Kinder ohne ADHS nicht in ähnlich hohem Maße wie die Kinder mit ADHS von dem diffusen Unwohlsein des Dopaminmangels betroffen sind.

In dem dargestellten Lernprozess „erfüllen sich“ die Kinder mit ADHS in gleicher Weise wie andere Kinder noch weitere Grundbedürfnisse. Denn natürlich gibt es auch für Kinder mit ADHS weitere verhaltenssteuernde Motive, z.B. das Motiv, der Erfüllung der sog. „vier Grundbedürfnisse des Menschen“ möglichst nahe zu kommen (Tab. 6).

Die Einbeziehung der Grundbedürfnisse verdeutlicht, dass Unwohlseinsbefinden aus vielerlei Ursachen resultiert, und dass Verhalten natürlich nicht allein durch Dopamin bzw. Dopaminmangel gesteuert wird. Aber dennoch scheint das sich früh entwickelnde ADHS-Verhalten auch eine Rolle zu spielen bei dem Versuch der betroffenen Kinder, ihre emotional-soziale Integration zu verfolgen, einem Versuch, aus dem sie ihre grundlegendere Motivation für ihr Verhalten generieren.

Beispielsweise wird ein freudiges und an Neuem interessiertes Kind eher die Mutter zum Lächeln bringen und sich dann wertgeschätzt fühlen, was dann wieder die Wahrscheinlichkeit für hyperkinetisches Verhalten erhöht. Und tatsächlich beschreiben die meisten Eltern hyperkinetischer Kinder, dass sie sich über das (von ihnen so interpretierte) „lebendige, aktive, neugierige und durchsetzungsbereite“ Verhalten ihrer Kinder zumindest in den ersten Jahren oft freuen.

So entsteht durch das tagtägliche „Einüben“ der ADHS-Symptomatik schon sehr früh das, was LeDoux (2002) das „implizite Selbst“ nennt. Dieses „implizite Selbst“ ist die unbewusste und zentrale, hirnebene Basis der ADHS-Symptomatik, die auch noch im Erwachsenenalter wirksam ist. Das frühe Erlernen macht die ADHS-Symptomatik u.a. so zeitstabil.

Zwar spreche ich bzgl. der ersten Schlussfolgerung für das Kindesalter noch von einer „Annahme“. Aber sie beruht doch schon auf sehr, sehr vielen Mitteilungen von Kindern und

auch von Erwachsenen mit ADHS, die das „diffuse Unwohlsein“ als schwer aushaltbar beschreiben, das nur durch ADHS-Verhalten bzw. vorübergehend durch Medikation zu mildern sei.

Für das Kindesalter bedarf dieser Zusammenhang noch der empiri-

tives, fröhliches und an Neuem interessiertes Verhalten oft noch von den Eltern positiv interpretiert und verstärkt wird, sofern es sie oder Andere (noch) nicht allzu sehr stört. Die Kinder bekommen lächelnde Zuwendung, auch Anerkennung für ihr Verhalten. Und all dies erhöht die Wahr-

Tab. 6: Die Grundbedürfnisse des Menschen (nach S. Epstein 1990; zit. n. Grawe, 2004)

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

- I nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- I nach Bindung
- I nach Selbstwerterhöhung

schen Belege. Ein Zugang dafür eröffnet sich nach meinen bisherigen Erfahrungen über die Fragen, wie sich die Kinder vor, während und nach dem hyperkinetischen Verhalten fühlen. Dazu liegen bereits eine größere Zahl an Beobachtungen und Mitteilungen vor, die die hier dargestellten Zusammenhänge deutlich unterstützen.

Weitere Beispiele für den Lernprozess hyperkinetischen Verhaltens

Viele Kinder mit frühkindlichen Regulationsstörungen sind in einem erhöhten Risiko für ADHS (Wurmser, 2005; Laucht, 2005). Deren sehr frühe Symptomatik spricht für erhebliche Störungen ihres Selbstbefindens. Ihre Versuche nach Orientierung und Kontrolle sind durch Ablenkbarkeit sowie Aktivitäts- und Stimmungsschwankungen beeinträchtigt; Unlust scheint zu dominieren; ruhevoll-beruhigende und schützende Bindungsangebote sind durch elterliche Irritationen und Ratlosigkeit oft sehr begrenzt. D.h., möglicherweise sind nur das sehr unruhige Bewegungsverhalten, ihre Ablenkungen und ihr rasch wechselndes „novelty seeking“ die einzigen den Kindern verfügbaren Möglichkeiten, sich momentweise besser oder wohler zu fühlen.

Nicht alle Kinder mit ADHS hatten anfänglich „frühkindliche Regulationsstörungen“ (Wurmser et al., 2005). Die Mehrzahl der „Hypies“ wird früh erfahren, dass ihr ADHS-ak-

scheinlichkeit für ADHS-Verhalten, das ja durch die Neurotransmitter-imbalance ohnehin und zusätzlich generiert wird.

Ruhig sitzen, sich anhaltend beschäftigen, zuhören oder sich den Anweisungen zu entsprechendem Verhalten anpassen, all das wird in den ersten Lebensjahren weniger geübt, gelingt auch weniger oder nur **dann** kurzfristig, **wenn** die Beschäftigung das eigene Interesse intensiv anspricht. So wird im Zusammenhang mit Frustrations- und Konditionierungsschwäche nachhaltig gelernt, dass Selbstbestimmen „besser ist“ und als positiver erlebt wird als das Fremdbestimmtwerden. „Spaß machen“ wird als besser erlebt als Schularbeiten machen; selbst reden ist besser als Zuhören; das Spiel selbst zu bestimmen ist besser als sich (ohne hinreichende Motivation) einzufügen und warten müssen.

Die Dominanz des Selbstbestimmens über das Fremdbestimmen zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten ADHS-Lebensverlauf. Auch die sog. „Schwererziehbarkeit“ findet sich bei Erwachsenen in der Form wieder, dass sie für ganz Vieles immer ihre eigenen „Erklärungen“ haben und „sich nichts sagen lassen wollen“.

Wenn man das Selbstbefinden der Kinder (und auch der Erwachsenen) mit ADHS einbezieht, werden die vielfältigen Formen des **nur scheinbar** widersprüchlichen Verhaltens leichter nachvollziehbar.

Z.B., die regelhaft besseren Leistungen der „Hypies“ in den für sie „interessanten“ Schulfächern im Vergleich zu den schlechteren Leistungen in den als „langweilig“, weil uninteressant erlebten Fächern. Oder, die deutlich bessere und nachhaltigere Aufmerksamkeitsfokussierung bei den als „interessant“ erlebten Beschäftigungen.

Die fragwürdige „Weichenstellung“ zu dem vermeintlichen „Gestörtsein“ bei Schulbeginn

Zu dem „impliziten ADHS-Selbst“ gehört also u.a. auch das sehr früh etablierte Muster, dass Selbstbestimmen besser ist als Fremdbestimmtwerden. Diese implizite und stabil gelernte Überzeugtheit muss naheliegenderweise zu Kollisionen führen mit den Anforderungen zu Selbstregulation und Verhaltensanpassung im Kindergarten und vor allem in der Schule, wenn die dafür notwendigen und nur unzureichend erlernten Fähigkeiten verlangt werden (Brown, 2005).

Nun erfahren die Kinder spätestens im Schulalter, dass ihr (nachhaltig gelerntes und zu Wohlbefinden führendes) Verhalten von den Erwachsenen als eine „Störung“ interpretiert wird. D.h. während die Kinder ihr eigenes ADHS-Verhalten in den ersten Jahren i.w. positiv bewerteten, werden sie nun verwirrt, weil die Erwachsenen meinen, dies sei eine „Störung“. Und da die Kinder im frühen Schulalter noch zu abhängig sind, müssen sie neben ihrer zunehmenden Irritation doch auch glauben, die Erwachsenen hätten wohl Recht, was aber ja diesbezüglich nicht stimmt und die Verwirrung erhöht.

Eine zweite Schlussfolgerung:

Neben dem dargestellten „diffusen Unwohlsein“ lassen sich m.E. aus diesen Kollisionen weitere Ursachen für die Störungen von Selbstbefinden und Selbstkonzept ableiten, durch die die Erwachsenen mit ADHS noch belastet sind (vgl. Tab. 1) und mit denen ab dem Schulalter zunehmend auch die Kinder mit ADHS zu kämpfen haben. Deren Entstehung und Verlauf im Kindes- und Jugendalter und deren fatale Folgen werde

ich in einer nachfolgenden Arbeit darstellen.

Zusammenfassung:

Das ADHS wird m.E. bereits zu lange und zu ausschließlich auf eine sehr fragwürdige Weise mit einem „Störungs“-Konzept verknüpft. Diese Verknüpfung entstand primär aus der Beobachtung mit **Schul**kindern mit ADHS; sie muss aber nicht auch für Vorschulkinder gelten. Diese Verknüpfung verstärkt jedoch, wie ich in den vergangenen 18 Jahren von Erwachsenen mit ADHS lernte, in erheblichem Maße die Beeinträchtigungen und Irritationen ihres Selbstbefindens und der resultierenden Selbstkonzepte. So stellte sich die Frage, wie sich Kinder und Jugendliche mit ADHS selbst im Entwicklungsverlauf fühlen; eine Frage, der bisher zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die neurobiologische Forschung erbrachte wichtige Erkenntnisse dazu. Dopaminmangel geht mit bestimmten Erlebens- und Verhaltensweisen einher, die mit einem vielfältig begründeten Gefühl von „diffusem Unwohlsein“ verbunden sind. Auch weisen diese in der Arbeit dargestellten Erlebens- und Verhaltensweisen eine hohe Ähnlichkeit mit zentralen ADHS-Symptomen auf. Andererseits konnte die Forschung nachweisen, dass Menschen über verschiedene Verhaltensmöglichkeiten verfügen, über die sie den Dopaminmangel ausgleichen und ihr Wohlbefinden erhöhen können. Und diese Verhaltensmöglichkeiten nun wiederum sind mit zentralen Elementen des ADHS-Verhaltens i.W. deckungsgleich.

Aus diesen Befunden leitet die vorliegende Arbeit die Annahme ab, dass die ADHS-Symptomatik neben der zugrunde liegenden genetischen Disposition zugleich auch bereits seit dem frühen Kindesalter nachhaltig erlernt wird. So als würden die Kinder intuitiv „versuchen“, sich quasi wohl-er zu fühlen und „richtig“ zu machen. Zudem werde das von Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen als „lebendig“, „mutig“, „durchsetzungsbereit“ und „interessiert“ interpretierte ADHS-Verhalten der Vorschulkinder nachhaltig verstärkt.

Mit Schulbeginn kommt es dann

zu einer „Kollision“ dieses primär als „richtig“ empfundenen Verhaltensmusters mit den schulischen Anforderungen zu Selbst- und Anstrengungsregulierung. Die daraus resultierende tiefgehende Selbstirritation und die fatalen Missverständnisse werden, so die Annahme, zum Ausgangspunkt des „Störungs“-Konzeptes, das mit dem ADHS-Verhalten verknüpft ist. ↩

Literatur

Brown TE (2005) Attention Deficit Disorder - The unfocused mind in children and adults. Yale University Press, New Haven London

Bundesärztekammer (2006) Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)- Langfassung (www.baek.de)

Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto

Hesslinger B, Philipsen A, Richter H (2004) Psychotherapie der AD/HS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto

Krause J., Krause KH (2005) ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart, New York

Laucht M (2005) Haben Kinder mit frühkindlichen Regulationsproblemen ein erhöhtes ADHS-Risiko? Kinderärztliche Praxis, Sonderheft „ADHS“, Nr 3:9-11

LeDoux JE (2002) Synaptic Self: How our brains become who we are. Viking Penguin, New York

Ryffel-Rawak D (2003) Wir fühlen uns anders! Hans Huber, Bern

Spitzer M (2004) Selbstbestimmen. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg Spitzer M (2007) Lernen. Spektrum, Akademischer Verlag, Heidelberg

Winkler M (2007) AD/HS- und Bulimie. Vortrag Minden

Wurmser H (2005) Frühe Prädiktoren für die Entstehung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Kinderärztliche Praxis, Sonderheft ADHS, Nr. 3:4-8

Gib jedem Tag
die Chance,
der schönste
deines Lebens
zu werden.

Mark Twain

Kinder- und Jugendliche mit ADHS gesucht

Universitätsklinikum sucht Teilnehmer für placebo-kontrollierte Studie mit pflanzlichem Heilmittel

pm/red. Mainz – Rund 4,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter ADHS, der so genannten Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. Für die Behandlung der Störung werden den Patienten häufig Stimulanzien verschrieben, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Aufgrund der damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen haben viele Eltern oft Vorbehalte und suchen nach Alternativen. Eine Wirksamkeit, beispielsweise von pflanzlichen Präparaten, möchte nun die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, unter der Leitung von Prof. Dr. Michael Huss, mit einer wissenschaftlichen Studie belegen. Hierbei setzen die Mediziner ein Kombinationspräparat aus Johanniskraut- und Baldrianextrakt placebo-kontrolliert ein.

Eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Impulsivität und ein verstärkter Bewegungsdrang sind die charakteristischen Anzeichen für die so genannte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), welche verstärkt im frühen Kindesalter auftritt. Aber auch Lern- und Leistungsprobleme sowie ein vermindertes Selbstbewusstsein können Anzeichen der Krankheit sein. Um die Krankheit jedoch eindeutig zu diagnostizieren, sollten die Symptome mehr als sechs Monate vorliegen und erstmals vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten sein.

Nach aktuellen Studien sind in Deutschland derzeit etwa 4,8 Prozent aller Schulkinder von ADHS be-

troffen. Dies bedeutet, dass fast in jeder Klasse mindestens ein Kind unter der Krankheit leidet. Bei Jungen wird die Diagnose doppelt so häufig gestellt wie bei Mädchen. Aber auch Erwachsene können unter ADHS leiden.

Die Ursache für die Erkrankung sehen die Forscher dabei in dem Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Um die Diagnose „ADHS“ zu stellen, sollte ein Psychologe oder ein Arzt aufgesucht werden.

Eine gute Behandlung der ADHS bezieht sich individuell auf den einzelnen Patienten, den Schweregrad der Krankheit und umfasst ein breites Spektrum an Therapieinstrumenten. So kann beispielsweise nach einer ersten Aufklärung und Beratung, ein Training der Eltern und des Umfeldes, eine Verhaltenstherapie sowie, je nach Schwere der Krankheit, auch eine medikamentöse Therapie erfolgen. Ziel dabei ist es, die Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Selbststeuerungsfähigkeit zu verbessern, sowie den Leidensdruck der Betroffenen zu mindern. Dabei werden bislang in erster Linie Stimulanzien und Atomoxetin eingesetzt, welche den Dopamin- bzw. Noradrenalinstoffwechsel im Gehirn beeinflussen. Dazu gehören u.a. Methylphenidat und Amphetaminderivate, auf die etwa 70 Prozent der Betroffenen ansprechen.

Eine alternative Behandlung, beispielsweise durch pflanzliche Präparate, ziehen allerdings nur die wenigsten Therapeuten in Betracht, da bislang keine wissenschaftlichen

Studien deren Wirksamkeit belegen können.

Es ist nun aktuell gelungen, eine multizentrische, placebo-kontrollierte Studie unter Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Prof. Huss) zu einem Kombinationspräparat aus Johanniskraut und Baldrian zu etablieren.

Dabei soll Kindern mit ADHS keineswegs eine wirksame Behandlung mit Stimulanzien vorenthalten werden. Es geht vielmehr um den Nachweis einer wirksamen Methode, die greifen soll, bevor Stimulanzien erforderlich sind.

„Mit der Studie möchten wir zum Einen natürlich die Wirksamkeit dieses pflanzlichen Präparates belegen und zum anderen möchten wir den Betroffenen eine weitere Möglichkeit in der Therapie ihrer Erkrankung anbieten können“, erläutert Prof. Dr. Michael Huss, der Leiter der Studie und gleichzeitig Leiter der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Mainzer Universitätsklinikums. „Aus diesem Grund suchen wir Patienten, die dieses alternative Mittel innerhalb der Studie testen möchten.“

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Weitere Informationen zur Studie und zur Teilnahme
Frau Cynthia Dönges (Sekretariat)
Tel. 06131/17-3281
Homepage: www.klinik.uni-mainz.de

Je materialistischer die Wissenschaft wird,
desto mehr Engel male ich.

*Sir Edward Coley Burne-Jones,
englischer Maler (1833 – 1893)*

ADHS Report der Gmünder ErsatzKasse vorgestellt

pm/red.

Die ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden, sollte Eltern und Lehrer bei der Behandlung stärker integrieren. Dies ist der Tenor des neuen ADHS Reports, den die Gmünder ErsatzKasse GEK im Oktober diesen Jahres vorlegte. Ihr liegen Ergebnisse einer Eltern- und Behördenbefragung sowie Verordnungsanalysen der Universität Bremen zugrunde.

Wichtige Erkenntnisse der Studie sind u. a.: Obwohl weitgehend Einigkeit über die angemessene Arzneimittelversorgung von Kindern mit ADHS besteht und viel versprechende Behandlungsansätze vorliegen, werden oft zu früh oder zum falschen Zeitpunkt Medikamente verschrieben.

Anlässlich der Pressekonferenz gab Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, folgendes Statement ab:

Die Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinetischem Syndrom (ADHS) ist nach wie vor eine „Domäne“ der Arzneimitteltherapie. Auf der Basis der Arzneimittel- und Diagnosedaten der Gmünder Ersatzkasse GEK aus den Jahren 2005 und 2006 konnten folgende Ergebnisse festgestellt werden:

1. Die Häufigkeit der Verordnungen von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Methylphenidat (z.B. Concerta, Medikinet, Ritalin u.a.) oder Atomoxetin (Strattera) nimmt auch im Jahr 2006 weiter zu, insgesamt werden 31% Dosierungen mehr gegenüber dem Jahr 2005 verordnet. Die Anzahl der behandelten Versicherten nahm um 17% zu. Der Hauptanteil entfällt auf Jungen im Alter von 6 bis 18, aber auch bei den über 18-Jährigen steigt die Anzahl der Behandelten deutlich an. Bei diesen Altersgruppen wie bei den wenigen

Versicherten, die bereits im Alter von unter 6 Jahren behandelt werden, sind die Mittel nicht zugelassen, es handelt sich also um einen off-label-use.

Die Steigerungsraten bei der GEK sind auch bundesweit zu beobachten. Seit 1990 ist die Menge der verordneten Tagesdosierung um das 150fache angestiegen, bezogen auf die Gesamtmenge machen die Verordnungen von Strattera etwa 10% aus.

2. Die Behandlungsprävalenz beträgt im Durchschnitt 1,8%, allerdings mit deutlichen Varianzen im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Region. Die höchste Prävalenz entfällt auf Jungen im Alter von 10 bis 12 mit 6,2% und im Alter von 13 bis 15 mit 4,5%. Bei den Mädchen liegen die Prävalenzen deutlich niedriger, nämlich bei 1,5% resp. 1,0%. Insgesamt kann festgestellt werden, dass es sich bei ADHS um die bei Jungen am häufigsten diagnostizierte psychische Krankheit handelt und bei Jungen etwa 4-mal häufiger als bei Mädchen vorkommt. Die Prävalenz ist aber auch abhängig von der Region, was u.U. mit dem Angebot von Kinder- und Jugendpsychiatern, mit regional spezialisierten Kinderärzten oder auch mit dem „Angebot“ bekannt williger Verordnerinnen und Verordner zu tun haben kann (Originalaussage einer Ärztin: „Ich weiß in drei Minuten, ob ein Kind unter ADHS leidet.“). In der regionalen Verteilung liegen die Postleitzahlbereiche 29 (Oldenburg), 41 (Mönchengladbach), 52 (Aachen), 54 (Trier), 56 (Koblenz), 90 (Nürnberg) und 91 (Ansbach) mit durchschnittlich 3–4% deutlich über dem Schnitt, die Postleitzahlbereiche 67 (Kaiserlautern), 68 (Mannheim), 95 (Hof), 96 (Bamberg) und 97 (Würzburg) liegen mit 4–5% bei den GEK-Kindern an der Spitze.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat in seinem Kinder- und Jugendsurvey

eine Prävalenz von 4–5% angegeben, ein Wert, der allerdings auf den Angaben von Ärzten und Eltern beruht. Dabei fällt auf, dass Kinder aus Ein- oder Stiefelternfamilien häufiger unter ADHS leiden als Kinder aus sog. Kernfamilien. ADHS kommt häufiger in Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status vor. Kinder mit Migrationshintergrund erkranken seltener als Kinder ohne Migrationshintergrund.

3. Obwohl immer wieder eine multimodale Therapie bei ADHS-Kindern empfohlen wird, also eine Kombination z.B. von Ergotherapie, Psychotherapie und Arzneimitteltherapie, werden in 79% aller Behandlungen ausschließlich Arzneimittel verordnet. Daneben werden Kombinationen mit Ergotherapie (in etwa 15% der Fälle) und Logopädie (in etwa 3% der Fälle) angewendet. Hinweise auf Psychotherapien wurden nicht gefunden. Interessant ist, dass die Kombinationen mit Ergotherapie und Logopädie zwar die Behandlungskosten erhöhen, dass aber Kombinationen mit Ergotherapie die Menge der Arzneimitteldosierungen im Schnitt deutlich verringern, z.B. bei den 13- bis 15-jährigen Jungen von 190 Tagesdosierungen auf 86 Tagesdosierungen. Die Ergotherapie „spart“ offenbar Arzneimittel ein. Die durchschnittlichen Ausgaben für die 13- bis 15-Jährigen mit Arzneimitteln liegen bei 560 Euro, die Kosten für die kombinierte Therapie bei 1.270 Euro.

4. Auffällig ist, dass die Anzahl der ADHS-diagnostizierten Versicherten niedriger (!) liegt als die Anzahl der mit Psychostimulanzien behandelten (6.589 zu 5.776, 87,6% der Versichertenanzahl). Dies könnte darauf hindeuten, dass die betreffenden Arzneimittel auch immer wieder „probatorisch“, wahrscheinlich ohne adäquate Diagnostik verordnet werden, möglicherweise auf Wunsch der Eltern.

Die Referenten der Pressekonferenz:

ADHS Report der GEK am 14. Oktober 2008

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der Gmünder ErsatzKasse GEK

Prof. Petra Kolip, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen www.svr-gesundheit.de

5. Bei den Kindern und Jugendlichen sind vor allem Kinderärzte und „Nervenärzte“ (PsychiaterInnen) an der Verordnung beteiligt (jede Gruppe mit knapp über 40%). Bei den über 18-Jährigen sind es vor allem die Allgemeinmediziner und „Nervenärzte“, die Psychostimulanzien verordnen (jeweils zu einem Drittel). In den wenigsten Fällen wird bei den Kindern und Jugendlichen die Erstdiagnose in alleine von oder in Kooperation mit einem Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinder- und Jugendarzt gestellt.

6. Auffällig sind auch die unterschiedlichen Anstiege der Ausgaben, der Packungsmengen und der Dosierungsmengen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Steigerungsraten reichen bei den Kosten von + 67% in Sachsen-Anhalt bei relativ niedrigem Ausgangsniveau bis + 24% in der

KV Bayerns, die ohnehin schon das höchste Ausgabenniveau hatte. Bei den Dosierungsmengen ein ähnliches Bild: Hier liegen mit Baden-Württemberg und Bayern wiederum zwei KVen vorne, die ohnehin bereits ein hohes Ausgangsniveau hatten und in denen die Mengen dennoch um weitere 42% bzw. 26% „zulegen“. Es sollten dringend nähere Analysen durchgeführt werden, um die richtige Versorgung oder auch bestehende Unterversorgung identifizieren und von Über- und Fehlversorgung differenzieren zu können.

7. Vor einer Entwicklung, die sich noch nicht in den GEK-Daten widerspiegelt, soll nachdrücklich gewarnt werden: Offensichtlich werden immer mehr ADHS-Kinder auch mit Neuroleptika wie Risperidon (in Risperdal) behandelt, auch in Kombination mit Ritalin. Dieser Irrweg, der in den USA auch von Pharmafirmen

beworben wird, möglicherweise, um für ihre atypischen Neuroleptika neue Indikationen beim Patentauslauf vorzubereiten („Disease Mongering“), sollte gar nicht erst beschritten werden: Es geht am ehesten um eine nachhaltige Sedierung der Kinder, legitimiert über die Diagnose „Impulskontrollstörungen“. Neuroleptika sind in der ADHS-Indikation nicht ausreichend untersucht. Von einer Anwendung in diesem off-label-Bereich wird daher dringend abgeraten.

Insgesamt bleibt die Forderung bestehen, dass Kinder ausreichend kompetent und im Rahmen einer familiären Gesamtbetrachtung diagnostiziert werden sollten, um das ADHS feststellen und eine wirksame und angemessene Behandlung einleiten zu können. ←

Quelle: GEK

Die Entdeckung der Langsamkeit

Der Abbau von Nervenhäuten dämpft die Reaktionsgeschwindigkeit schon bei Menschen im mittleren Alter

pm/red. Nimmt im Lauf des Alterwerdens die Isolierung der Nerven im Gehirn ab, verlangsamt sich auch die Bewegung, haben Forscher beobachtet. Dieser Abbau der Nervenhäuten kann schon im mittleren Alter vom Körper nicht mehr aufgehalten werden und führt zu Einbußen in der Reaktionsgeschwindigkeit, meist bevor Arthritis ihren Teil dazu beiträgt, erklärt George Bartzokis von der Universität von Kalifornien in Los Angeles.

Nerven im Gehirn sind von einer sogenannten Myelinscheide umgeben, die der Isolationsschicht um ein Kabel gleicht und eine schnelle Reizweiterleitung ermöglicht. Bis etwa zum vierzigsten Lebensjahr schafft es der Körper, Schädigungen dieser fetthaltigen Substanz zu

reparieren. Mit zunehmendem Alter lässt aber die Regenerationsfähigkeit nach, so dass die Myelinscheide immer dünner wird. Dementsprechend verringern sich auch die Leistungen, die von den betroffenen Nerven abhängen. Dieser Abbau beeinträchtigt das Denken, die Wahrnehmung und die Bewegung, vermuten Forscher schon seit längerem.

Um diesen Zusammenhang zwischen der Verarbeitungsgeschwindigkeit des Nervensystems und dem Zustand der Nervenhäuten zu testen, untersuchten die Wissenschaftler 72 gesunde Männer zwischen 23 und 80 Jahren. Die Forscher erfassten die Geschwindigkeit, mit der ein Proband mit dem Zeigefinger tippen konnte und verglichen das Ergebnis mit

Aufnahmen der Myelinscheiden im Gehirn. Es zeigte sich, dass die Myelinscheide bei den meisten Versuchspersonen ab einem Alter von 39 Jahren dünner wurde. Ab diesem Alter ließ auch die Reaktionsgeschwindigkeit der Probanden nach.

Das sei der Grund, warum sich ältere Menschen langsamer bewegen, auch wenn sie noch keine schmerzenden Gelenke oder Arthritis haben, erklärt Bartzokis. Auch wenn in dieser Studie nur die Bewegungsgeschwindigkeit untersucht wurde, könnten die Ergebnisse auch auf anderen Gehirnfunktionen übertragen werden, bei denen eine schnelle Reizweiterleitung nötig ist, wie zum Beispiel das Gedächtnis.

○ wünsche nichts vorbei und wünsche nichts zurück!
Nur ruhiges Gefühl der Gegenwart ist Glück.

Friedrich Rückert

Analyse der Patientenpräferenzen

hinsichtlich der Therapie von ADHS im Kindes- und Jugendalter

Axel C. Mühlbacher^{1,2}, Hans-Joachim Lincke, Matthias Nübling²

Im Herbst 2007 untersuchte eine Arbeitsgruppe der GEB mbH mit Unterstützung von ADHS Deutschland e.V. die Präferenzen und Wünsche jugendlicher Betroffene bzw. der Angehörigen von Kindern mit ADHS hinsichtlich einer Therapie der ADHS. Gerade vor dem Hintergrund von Stichworten wie „Patientenbeteiligung“ und „Shared decision making“ gewinnt die Sicht der Betroffenen bei der Bewertung von Therapien eine immer größere Bedeutung. Bisher aber konzentriert sich die gängige Bewertung des Nutzens von Therapiealternativen auf die Ermittlung der klinischen Wirksamkeit aus randomisierten Studien und die Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen spielt nur eine untergeordnete Rolle. Dabei können der Patientennutzen und hier vor allem die Frage „Was zeichnet eine Therapie aus Sicht des Patienten aus?“ mittels etablierter Analyseverfahren erhoben werden: im Discrete Choice-Ansatz (Discrete Choice-Experiment) werden auf Grundlage individueller Auswahlentscheidungen die entscheidenden Merkmale einer Therapie aus Sicht der Betroffenen gemessen.

Die durchgeführte Untersuchung beinhaltete ein solches Discrete Choice-Experiment (DCE). Dazu wurden 219 jugendliche Betroffene (ab 14 Jahre) bzw. Angehörige von jüngeren Kindern mit ADHS mit verschiedenen Messinstrumenten zu ihren Präferenzen hinsichtlich der Therapie bei einer ADHS befragt. Der Fokus lag auf der Arzneimitteltherapie. Die Befragung erfolgte anhand eines online-Fragebogens oder als Printversion. Zur ersten, direkten Präferenzmessung lagen den Testpersonen insgesamt 23 Qualitätsaspekte zur Wahl vor. Hierbei erreichten Parameter wie „Steigerung der Konzentrationsfähigkeit“ und „Verbesserung der emotionalen Lage des Kindes und der Familie“ – zentrale Problembereiche der Verhaltensstörung

– eine hohe Priorität. Darüber hinaus wurden auch Aspekte wie „lange Wirkungsdauer“, „geringe Nebenwirkungen“, „Verbesserung der sozialen Kontaktmöglichkeiten“, „Flexibilität der Medikation“ und „Diskretion bei der Einnahme“ als besonders wichtig eingestuft.

Anschließend gab die Aufgabenstellung vor, dass die Testpersonen acht Mal jeweils die von ihnen präferierte Alternative aus zwei fiktiven „Medikamenten“ auswählen, die sich in sechs Eigenschaften unterscheiden: Wirkungsdauer (Item 1), Nebenwirkungen (Item 2), Dosisflexibilität (Item 3), Diskretion (Item 4), Verbesserung der emotionalen Lage (Item 5), Beeinträchtigung sozialer Kontaktmöglichkeiten (Item 6). Die Medikamentenpaare zeichneten sich durch spiegelbildlich angeordnete Ausprägung (negative und positive Ausprägung) dieser sechs Eigenschaften aus. Dieser Untersuchungsteil ist das Discrete Choice-Experiment (DCE), mit dem indirekt die Präferenz gemessen wird. Die Auswertung der so gewonnenen Ergebnisse mit Hilfe eines speziellen Analysemodells zeigen, welche Medikamenteneigenschaften die Wahl in welchem

Maß beeinflussten (s. Abb.1).

Die höchste Entscheidungsrelevanz hatte dabei die „Möglichkeit, sozialen Kontakten (Freundschaften, Hobbies) nachzugehen“ (Item 6). Danach folgten „die Vermeidung von Stimmungsschwankungen (seelisch-emotionale Lebensqualität)“ und die Medikamenteneigenschaft einer „langen (ganztägigen) Wirkungsdauer“ (Item 5 und 1). Lagen die positiven Ausprägungen einer dieser Eigenschaften vor, so wurde die entsprechende Alternative gewählt. Nachgeordnet waren die Parameter „diskrete Einnahme“, „Flexibilität in Dosierung“ und „Kombination mit anderen Präparaten“ sowie „Reduktion von Nebenwirkungen“ (Item 4, 3, 2).

Diese Ergebnisse können, bei einer vorsichtigen Interpretation, auch miteinander ins Verhältnis gesetzt werden: So würde die Mehrzahl der Befragten Item 5 (Verbesserung der emotionalen Lage) gegen Item 4 (Diskretion) eintauschen, während als Ausgleich für Item 6 (Beeinträchtigung sozialer Kontaktmöglichkeiten) eine ganze Reihe von positiven Parametern nötig wären, z.B. Item 5 (emotionale Lage), Item 4 (diskre-

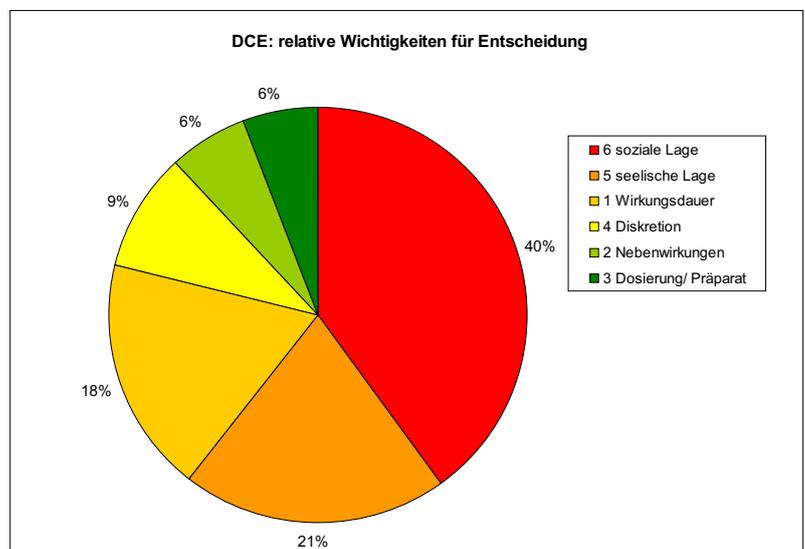


Abb1.:

Quelle: Eigene Darstellung

gibts da noch was besseres?

te Einnahme) und Item 3 (Dosisflexibilität).

Die Studie konnte zeigen, dass Betroffene mit ADHS bzw. deren Angehörige eine klare Vorstellung hinsichtlich der ihnen wichtigen Therapieeigenschaften haben und den Nutzen unterschiedlicher Therapiealternativen bewerten können. Besondere Bedeutung messen sie dabei einer Verbesserung der sozialen und emotionalen Lage bei. Zudem steht der Wunsch nach einer langen Wirkdauer der Medikation über den Tag im Mittelpunkt, während ande-

re Bereiche, wie Diskretion und Flexibilität, ihnen weniger wichtig erscheinen.

Diese neuen Informationen können wichtige Anhaltspunkte liefern und sollten bei Therapieentscheidungen zunehmend berücksichtigt werden. Sie können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Therapieangebote zielgerichtet zu optimieren und zu mehr Lebensqualität bei den Betroffenen beizutragen, zum anderen können sie wesentliche Impulse und neue Aspekte für die gesundheitspolitische Diskussion liefern und dabei

helfen, eine neue und bessere Gesundheitsversorgung im Sinne der Betroffenen zu konzipieren. 

1.) Hochschule Neubrandenburg,
IGM Institut Gesundheitsökonomie und
Medizinmanagement
2.) GEB Gesellschaft für empirische
Beratung mbH

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt mit Unterstützung der Janssen-Cilag GmbH.

Die Therapie der ADHS bei Erwachsenen – Studie zu den Patientenpräferenzen

Was zeichnet eine optimale Therapie aus Sicht Erwachsener mit ADHS aus?

Axel C. Mühlbacher

Seit Herbst 2008 untersucht die **Gesellschaft für empirische Beratung mbH** mit Unterstützung von ADHS Deutschland e.V. die Bedürfnisse und Präferenzen von Erwachsenen mit ADHS hinsichtlich der Behandlung der ADHS und fokussiert dabei auf die Fragestellung „Was zeichnet eine optimale Therapie aus Sicht der Betroffenen aus?“.

Wann wird diese Studie durchgeführt?

Im Erhebungszeitraum (wird noch bekannt gegeben) stellen wir für drei Wochen auf der Homepage des ADHS Deutschland e.V. (www.adhs-deutschland.de) einen internetbasierten Fragebogen zur Verfügung. Bei Interesse können Sie die Fragebögen auch als Papierversion unter der Adresse der GEBmbH angefordert werden.

Warum spielen die Patientenpräferenzen eine Rolle?

Bei der Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode für ei-

nen Patienten müssen alle relevanten Informationen über die möglichen Alternativen, deren Effekte und Risiken für den Patienten zuvor genau bekannt sein. Seine Gesundheit soll durch die Behandlung erhalten oder verbessert werden. Patientenpräferenzen beschreiben dabei den vom Patienten wahrgenommenen Wert einer Gesundheitsleistung; eine Perspektive, die im Zuge der politischen Diskussion um die Patientenbeteiligung bei Entscheidungen über Therapieabläufe zunehmend an Bedeutung gewinnt. Bei fehlender Patientensouveränität und mangelhafter Transparenz aber wird bei der Bewertung zwangsläufig auf ein Expertenurteil zurückgegriffen.

So werden im Gesundheitssystem sowohl die Sammlung, Analyse und Synthese von Daten als auch darauf basierende Schlussfolgerungen und Entscheidungen von Experten durchgeführt. In Deutschland ist für die erste Phase das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge-

sundheitswesen (IQWiG) und für die zweite Phase der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig. Hierbei berücksichtigte Studien konzentrierten sich bisher auf die Dokumentation der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit von Therapiealternativen, während die Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen nur eine untergeordnete Rolle spielte. Ferner sind Dritte, auch wenn diese Expertenstatus innehaben, kaum in der Lage, sich nicht in die Bedürfnisse der Patienten hineinzuversetzen oder die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse von Patienten abzubilden.

Schließlich ist die viel zitierte und oft gewünschte Patientenorientierung im Gesundheitswesen („Patientenpartizipation“) erst durch die Dokumentation der Patientenpräferenzen erreichbar. Wer den Präferenzen von Patienten mehr Gewicht geben möchte, muss deren Bedürfnisse kennen und zudem auf verlässliche Daten zurückgreifen



können. Um dieses Ziel zu erreichen, möchte die GEBmbH in dieser Studie die wichtigsten Patientenpräferenzen von Erwachsenen mit ADHS in anonymisierter Form erheben.

Warum ist es wichtig, dass Sie teilnehmen?

Wenn Patientenbedürfnisse in der gesundheitspolitischen Diskussion um von Betroffenen gewünschte Therapieformen Gehör finden sollen, müssen sie auch zum Ausdruck gebracht werden. Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie geben Sie der Forderung nach einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung mehr Gewicht. Darüber hinaus bietet Ihnen die Teilnahme an dieser Studie die Chance, Ihre ganz persönlichen Wünsche und Vorstellungen in die Ausgestaltung von Versorgungsprozessen einfließen zu lassen.

Wie läuft die Studie ab?

1. Schritt -

Qualitative Studienphase:

Im November 2008 sprachen erwachsene Betroffene unter Anleitung eines Moderators in Fokusgruppen von je 6-8 Personen über ihren täglichen Umgang mit der ADHS. Hierbei konnten subjektive Bewertungskriterien, Handlungsmotivationen und Wünsche für Therapien zutage treten. Dieser Schritt war wichtig, um ein Bild von der Spannbreite der individuellen Bedürfnisse und Erwartungen an eine Behandlung der ADHS zu erhalten. Die Fokusgruppen wurden durch Einzelinterviews ergänzt.

2. Schritt -

Quantitative Studienphase:

Als Erwachsener mit ADHS können Sie demnächst über das In-

ternet (www.adhs-deutschland.de) an einer kurzen standardisierten Befragung teilnehmen. Dabei werden Sie gebeten, Merkmale, die aus Fokusgruppen hervorgegangen sind, aufgrund deren Bedeutung für Sie persönlich zu gewichten. Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und erfolgt anonym. Eine möglichst große Teilnehmerzahl würde erlauben, das typische Bedürfnisprofile von Erwachsenen mit ADHS in einer statistischen Methode zur Nutzenmessung zu erheben.

Wer ist an der Studie beteiligt?

Durchführung:

Gesellschaft für empirische Beratung mbH,
Prof. Dr. Axel Mühlbacher,
Dr. Matthias Nübling, Freiburg

Beratende Selbsthilfeorganisationen:

ADHS Deutschland e.V.

Teilnehmer:

Erwachsene
Betroffene

Finanziert durch:

Janssen-Cilag GmbH, Neuss

Die Unabhängigkeit des Forschungsinstitutes (Gesellschaft für empirische Beratung mbH) in der Wahl der Methode und der Interpretation der Ergebnisse wird durch die Janssen-Cilag GmbH vertraglich zugesichert. Die Ergebnisse der Studie sollen in einer wissenschaftlichen Publikation zugänglich gemacht werden.

Welche Rolle spielt der ADHS Deutschland e.V.?

Die ADHS Deutschland e.V. berät das durchführende Forschungsinstitut auf der Grundlage ihrer Erfahrung mit ADHS im Erwach-

senalter. Zudem hilft sie dabei, Betroffene über die Möglichkeit der Teilnahme an der Studie zu informieren. So kämen z.B. die Fokusgruppen im ersten Studienabschnitt ohne ihre vermittelnde Tätigkeit nicht zustande.

Welchen Vorteil haben Sie dadurch?

Die Durchführung dieser Studie ermöglicht der Selbsthilfeorganisation, einen Teil des Wissens- und Erfahrungsschatzes ihrer Mitglieder systematisch zu dokumentieren und in ihrer Vertreterfunktion zu nutzen, indem sie mehr über die Bedürfnisse und Erwartungen der Erwachsenen mit ADHS erfährt. Dies ist für eine Selbsthilfeorganisation von entscheidender Bedeutung: Je mehr sie über die Präferenzen derer weiß, die sie vertritt, umso besser kann sie sich an deren Wünschen orientieren und ihre Anliegen in der Öffentlichkeit artikulieren und vertreten („Wissen was die Betroffenen wollen“). Auf diese Weise können verstärkt Kriterien, die unmittelbar für die Betroffenen von Belang sind, in spätere politische Entscheidungsprozesse eingehen. Neben den medizinischen Beurteilungsdimensionen bei der Behandlung der ADHS kämen damit auch solche Dimensionen zum Zuge, die im alltäglichen Leben als Betroffener für Sie selbst von Bedeutung sind.

Weil wir mit dieser Studie den Interessen und Präferenzen von Patienten mehr Gewicht verleihen wollen, möchten wir Sie besonders herzlich um Ihre Mithilfe bitten!



Blickkontrolle bei ADHS

Diagnostik – Training – Medikation

Burkhard Fischer

Der nachfolgende Artikel ist ein weiterer Beitrag zum Thema „Alternative bzw. neuartige diagnostische/therapeutische Verfahren bei ADHS“.

In dieser Rubrik möchten wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, neuartige oder alternative Angebote der Diagnostik und Therapie im Rahmen der ADHS-Symptomatik vorstellen.

Es stellt sich bei jedem medizinischen Verfahren die Frage, ob und inwieweit es wirksam ist. Die höchsten Ansprüche stellt dabei die sogenannte evidenzbasierte Medizin (EbM, von englisch evidence-based medicine, „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“), wonach der Arzt nur die Behandlung

durchführt, die nachgewiesen wirksam ist. Der Wirksamkeitsnachweis erfolgt dabei durch statistische Verfahren, in der Regel durch große randomisierte kontrollierte Studien (RCT). Die evidenzbasierte Medizin steht damit im Gegensatz zu Behandlungsformen, bei denen kein solcher Wirksamkeitsnachweis vorliegt.

Die EbM unterscheidet 5 Level (Stufen). (Siehe hierzu S. 14 in *neue AKZEN* Nr. 79)

Der nachfolgende Artikel entspricht Level 4b: Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

Zusammenfassung

Die Kontrolle der Blickrichtung ist eine fundamentale Funktion des Gehirns, ohne die wir nur wenig sehen würden. Der Blick muss immer dort sein, wo wir etwas genau sehen und erkennen wollen. Von den 3 Komponenten der Blicksteuerung beruht eine auf einer Funktion des frontalen Gehirns: mit der willentlichen Komponente können wir unseren Blick bewusst dorthin lenken und festhalten, wo er gerade gebraucht wird. Dies ist in aller Regel eine Stelle, auf der unsere Aufmerksamkeit liegen sollte. Es lag daher nahe, im Fall von ADHS die Blicksteuerung zu prüfen. Die Resultate solcher Untersuchungen werden hier besprochen. Dazu gehören auch die Wirkungen eines oft benutzten Medikaments mit dem Wirkstoff Methylphenidat (z.B. Ritalin®) und die Wirkung eines gezielten Trainings, sei es mit oder ohne Medikament. Es stellt sich heraus, dass tatsächlich die frontale Komponente betroffen ist, dass Methylphenidat (Mph) diese Komponente verbessert, dass ein tägliches Training in etwa das Gleiche leistet und dass es für den Trainingseffekt unwesentlich ist, ob das Medikament beim Training benutzt wird.

Einführung

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bezeichnet eine komplexe Störung von

Verhaltensmerkmalen, die die Forschung immer noch vor große Probleme stellt. Dies betrifft nicht nur die meist schwierige Diagnose, sondern auch die therapeutischen Maßnahmen. Einigkeit besteht noch am ehesten darin, dass es sich um ein Defizit handelt, welches im frontalen Gehirn zu lokalisieren ist. Allerdings hat das frontale Gehirn sehr viele verschiedene Funktionen, die meistens in irgendeiner Form bremsend auf reflexartige Reaktionen einwirken und so eine Verhaltenskontrolle ermöglichen.

Wenn es um Aufmerksamkeit geht, muss man immer auch an die Blickkontrolle denken, denn natürlicherweise wird der Blick auf das gerichtet, was gerade Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Wenn diese „Lenkung“ immer automatisch erfolgt und nicht durch

eine willentliche Entscheidung verhindert werden kann, gibt es Probleme bei der absichtlichen der Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf eine Sache, die man gerade tut.

Da man weiß, dass die willentliche Blickkontrolle eine der Funktionen des frontalen Gehirns ist (*Guitton et al. 1985*), liegt es nahe, genau diese Funktion bei ADHS-Kindern zu untersuchen. Dabei muss aber auch daran gedacht werden, dass die Blickkontrolle selbst über einen Reflex verfügt, der nichts unmittelbar mit dem frontalen Gehirn zu tun hat, und dessen Stärke man auch diagnostisch erfassen sollte.

Die Abb. 1 zeigt das Schema des optomotorischen Zyklus und macht klar, das es im wesentlichen um 3 Komponenten geht: Die Fixierung der Augen auf einen Punkt, den Reflex, der die Blickrichtung zu einem neuen Reiz führen möchte, und die willentliche Komponente, die vom frontalen Gehirn gesteuert wird (*Fischer 2006*).

Um diese 3 Komponenten quantitativ zu erfassen, benötigt man 2 Blick-Aufgaben, während deren Ausführung die Bewegungen der Augen gemessen werden müssen. Durch eine geeignete Analyse können bestimmte Messwerte ermittelt und den Komponenten zugeordnet werden. Durch Vergleich mit einer jeweils gleichaltrigen Gruppe von „normalen“ Kindern ist dann festzustellen



Abb. 1 Der optomotorische Zyklus ist ein Schema zur Darstellung der 3 Komponenten, die die Blickkontrolle beinhaltet: Fixation, Reflex, frontale Steuerung

len, ob die Werte im Normbereich liegen oder nicht.

Dieses Vorgehen ist in der Vergangenheit auch schon bei Legasthenie eingesetzt worden und hat gezeigt, dass tatsächlich die eine oder andere Komponente der Blicksteuerung betroffen sein kann, während andere im Normbereich bleiben können (Biscaldi et al. 2000). Mit einem gezielten täglichen Training konnten die Defizite der Legastheniker in bis zu 85% der Fälle behoben werden (Fischer and Hartnegg 2000), mit der Folge von Erleichterungen beim Lesen, bzw. Lesenlernen (Fischer and Hartnegg 2008).

Dieser Beitrag fasst verschiedene Studien zur Bedeutung der Blickkontrolle bei ADHS zusammen. Die Wirkung des Medikaments Methylphenidat „Ritalin“ (Klein et al. 2002), die Möglichkeiten eines Trainings der Blickkontrolle und die Bedeutung von Ritalin für Trainingserfolge werden dargestellt (A. Mokler, 2002, www.freidok.uni-freiburg.de).

Methoden

Teilnehmer: Die Studien haben verschieden viele Teilnehmer je nach Fragestellung

Diagnostik: Für die diagnostischen Daten wurden von 182 Kontrollpersonen und von 641 ADHS-Kindern im Alter von 7 bis 22 Jahren die Augenbewegungen gemessen. Unter den ADHS-Kindern waren keine Kinder mit einer vollständigen Legasthenie-Diagnose. Aber nicht alle hatten eine vollständige ADHS-Diagnose, sondern es lag von ärztlicher Seite ein entsprechender Verdacht vor.

Methylphenidat (Mph): Um die Wirkung von Mph zu studieren wurden 57 ADHS-Kinder (Alter 7 bis 15 Jahre) mit einer vollständigen Diagnose vor und nach der Einnahme ihrer Tagesdosis gemessen. Diese Kinder konnten also dieses Medikament erfolgreich für sich einsetzen.

Training und Mph: Für diese Studie konnten von 20 Teilnehmern im Alter von 7 bis 14 Jahren vollständige Datensätze gewonnen werden.

Augenbewegungen: Um den Entwicklungsstand der Blickkontrolle eines Kindes festzustellen benötigt man die Augenbewegungen von 2 Aufgaben. Die erste verlangt rasche

Blicksprünge (Fachausdruck: Sakkaden) von einem Fixationspunkt zu einem neuen Reiz (Prosakkaden). Die zweite verlangt Sakkaden in die dem neuen Reiz entgegengesetzte Richtung (Antisakkaden). Die Methodik ist ausführlich beschrieben (Fischer et al. 1997). In der zweiten Aufgabe wurde außerdem der Fixationspunkt ausgeschaltet, ehe 200ms später der neue Reiz erschien. In dieser Situation ist das optomotorische System besonders anfällig für reflexhafte Prosakkaden (Express Sakkaden) und erschwert die korrekte Ausführung der Anti-Aufgabe.

Training: Für das Training wurden die schon bei Legasthenie eingesetzten Methoden benutzt (Fischer and Hartnegg 2000). Es besteht aus 3 verschiedenen Aufgaben entsprechend den 3 Komponenten der Blicksteuerung: Fixation, Sprung, Anti. In Kürze: In allen 3 Aufgaben wird derselbe „Trick“ verwendet, der von der trainierende Person verlangt, die Orientierung eines kleinen Sehzeichens (der große Buchstabe T) zu erkennen, wenn dieses Zeichen in schneller Folge zwischen den 4 Hauptorientierungen (oben, unten, rechts, links) wechselt. Am Ende einer solchen Serie muss diejenige der 4 Pfeiltasten am Trainingsgerät gedrückt werden, die der letzten Orientierung in dieser Serie entspricht. Bei der Fixationsaufgabe bleibt das sich drehende Zeichen in der Mitte des kleinen LCD-Schirms, bei der Sprungaufgabe springt es nach kurzer Zeit zufällig nach rechts oder links. Bei der Anti-Aufgabe wird nach kurzer Zeit ein sehr großer und deutlicher Reiz auf einer der beiden Seite sichtbar, aber das zu erkennende Zeichen erscheint auf der jeweils anderen Seite.

Der Trainingsplan wird für jedes Kind individuell erstellt. Das Training dauert zwischen 7 und 12 Minuten täglich und erstreckt sich über 4 bis 6 Wochen. Details können nachgelesen werden (Fischer and Hartnegg 2000).

Auswertung: Für die Auswertung wurden die jeweiligen Gruppen in 3 bzw. 4 Altersgruppen geteilt. Für jede dieser Untergruppen wurden die Mittelwerte und die Vertrauensgrenzen berechnet. Diese wurden dann in Alterskurven grafisch darge-

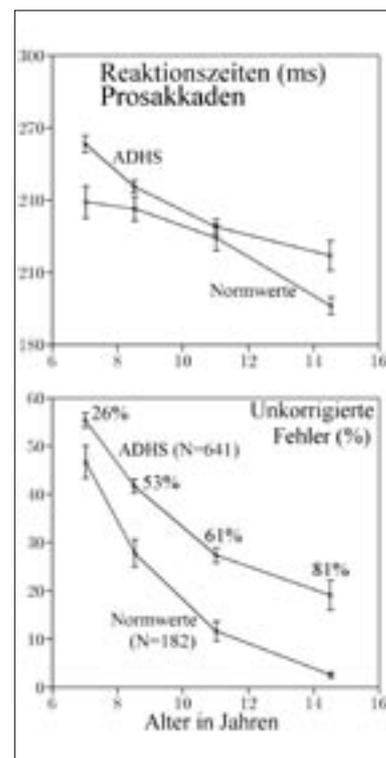


Abb. 2 Die Paare von Alterskurven zeigen den Unterschied der beiden Gruppen.

stellt, die direkt miteinander verglichen werden können. Angesichts der Klarheit der Unterschiede zwischen den Gruppen wurde an dieser Stelle auf eine Darstellung der statistischen Auswertung verzichtet.

Ergebnisse Diagnostik der Augenbewegungen

Die Aufzeichnungen der Bewegungen der Augen aus den beiden Aufgaben wurden ausgewertet, die Ergebnisse der Altersgruppen wurden gemittelt und als Funktion des Alters aufgezeichnet. Die Abb. 2 zeigt zwei Paare von Alterskurven. In der oberen Grafik sind die Reaktionszeiten aus der Pro-Aufgabe dargestellt. Man erkennt eine deutliche Altersabhängigkeit in beiden Gruppen, aber die Gruppen-Unterschiede sind nicht sehr groß und – zumindest für die beiden mittleren Altersgruppen – auch nicht signifikant. Für die beiden anderen Altersgruppen sind die ADHS-Kinder langsamer als die Kontrollkinder.

Ganz anders stellen sich die Kurven der unkorrigierten Fehler aus der Anti-Aufgabe dar (unterer Teil

der Abb. 2). Die Kurven klaffen auseinander, mit ansteigendem Alter immer mehr. Die Zahlen an den Kurven bedeuten die Auffälligkeitsquoten in den 4 Altersgruppen, wobei der Prozentrang 16 als Grenze diente. Nicht alle ADHS-Kinder sind betroffen, sondern ein mit dem Alter wachsender Anteil. Diese Beobachtung wurde schon früher gemacht (Klein et al. 2002); (Munoz et al. 2003) und trifft auch auf Erwachsene mit ADHS zu (Feifel D et al. 2004); (Karatekin C 2006).

Ganz ähnlich verlaufen die Alterskurven für die anderen Variablen, die aus den Daten der Anti-Aufgabe gewonnen werden können. Dabei sind die Abweichungen der Zeitvariablen zwar auch vorhanden, aber sie sind nicht so groß, wie die der Fehler- und der Korrekturquoten.

Das Problem der ADHS-Kinder ist also in erster Linie ein Problem des frontalen Gehirns und seiner Verbindung zum Striatum und nicht so sehr ein Problem der Augenbewegungen selbst. Die Verbindung des Striatums mit der Sakkadensteuerung benutzt die obere Vierhügelplatte (Colliculus superior), sodass das Defizit auch mit dieser subkortikalen Struktur zu tun haben kann.

Diagnostik der Fixation

Die Binokulare Instabilität war auch bei den Kontrollen relativ hoch: In knapp 30% der Durchläufe überstieg die relative Geschwindigkeit eine Schwelle von 15⁰/s, unabhängig vom Alter. Bei den ADHS-Kindern schwankte dieser Wert zwischen 37 und 40% und war damit kaum höher als der Kontrollwert. Mit 22% und 27% überstieg die Auffälligkeitsquote in den beiden mittleren Altersgruppen nur wenig den kritischen Wert von 16%. In der Praxis wird man natürlich jede auffällige Instabilität versuchen zu beheben und man muss daher mit den größeren Auffälligkeitsquoten rechnen.

Die einfache Instabilität wird gemessen mit der Anzahl unerwünschter Sakkaden pro Durchlauf. Der Kontrollwert der einfachen Instabilität fiel mit steigendem Alter von 0.3 kontinuierlich auf 0.16 ab. Die Werte der ADHS-Kinder dagegen waren in etwa

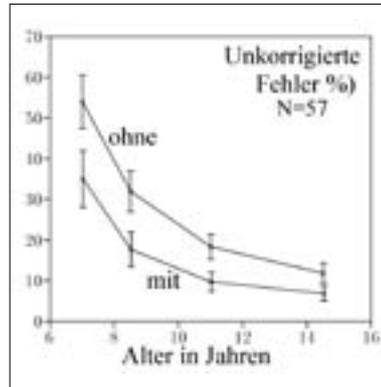


Abb. 3 Die Alterskurve der unkorrigierten Fehler wird durch Ritalin deutlich zu kleineren Werten verschoben

konstant bei 0.3. Nur der Wert in der jüngsten Altersgruppe entsprach dem Kontrollwert. In den 3 weiteren Altersgruppen stieg die Auffälligkeitsquote mit dem Alter auf 23, 39 und 47%. Dieser Befund bestätigt frühere Messungen (Gould T D et al. 2001), bei denen ebenfalls eine zu große Zahl an „intrusive saccades“ beobachtet wurde.

Insgesamt muss man damit rechnen, dass ein ADHS-Kind seinen Blick nicht so gut ruhig halten kann wie die gesunden Kinder gleichen Alters.

Wirkung von Methylphenidat

Die Wirkung des oft eingesetzten Medikaments (Methylphenidat) ist in dem Kurvenpaar der Abb. 3 zu sehen. Die Messungen wurden vor der täglichen Einnahme durchgeführt und dann mindestens 1 Stunde nach der Einnahme am selben Tag wiederholt. In Bezug auf die Blickkontrolle wirkt das Medikament so, wie man es erwartet. Die unkorrigierten Fehler nahmen deutlich ab. Eine Abnahme der Fehler selbst wurde auch schon früher beschrieben (O'Driscoll G A et al. 2005). Allerdings sind hier nur Kinder untersucht worden, die das Medikament überhaupt vertragen und die auch mit dessen Wirkungen auf die gesamte Symptomatik von ADHS zufrieden sind. Dementsprechend war die positive Wirkung auf die Blickkontrolle auch nach 5 bis 6 Stunden wieder abgeklungen. Mph wirkt nicht nur auf die Variablen der Anti-Aufgabe, sondern auch auf Variable, die aus der Pro-Aufgabe gewonnen werden können. Das sind

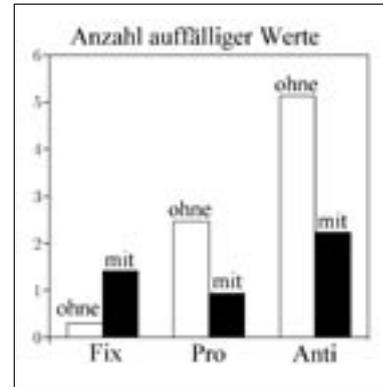


Abb. 4 Die Schwächen der Fixation nehmen unter Methylphenidat zu (ein unerwünschter Effekt), während die Anzahl in den beiden anderen Bereichen abnimmt, was eine Verbesserung bedeutet.

die Prozentzahl der Reflexe, die eine schwache Fixation bedeuten können (Fix), sowie die Reaktionszeiten der Prosakkaden und deren Streuung. Zählt man die Anzahl auffälliger Werte in den 3 Bereichen, so ergibt sich die Grafik der Abb. 4.

Die Prosakkaden werden in ihrer Reaktionszeit meist gekürzt, bedingt durch eine Zunahme von Express Sakkaden (höhere Reflexanfälligkeit). Die auffälligen Variablen der Anti-Aufgabe werden durch Mph reduziert. D. h. Auffälligkeiten, die die Fixation beschreiben, nehmen etwas zu (ein unerwünschter Nebeneffekt), die Auffälligkeiten, die die frontale Kontrolle betreffen, nehmen deutlich ab (Klein et al. 2002). Dieser Befund zeigt, dass die beiden Blickfunktionen durch verschiedene Hirnprozesse kontrolliert werden.

Bei einer ganzen Reihe von ADHS-Kindern wurde auch die auditive Differenzierung gemessen. Auf diese hatte Mph keinen nachweisbaren Effekt (Mokler A, 2001, Dissertation, Fakultät für Biologie, Universität Freiburg).

Weder für die einfache noch für die binokulare Instabilität gibt es derzeit Daten, die den Effekt von Ritalin beschreiben.

Wirkung: Training und Methylphenidat

Ein spezifisches Training der Blickkontrolle, das bei Kindern mit einer Legasthenie erfolgreich eingesetzt werden konnte (Fischer and Hartnegg 2000), muss nicht auch bei ADHS-Kin-

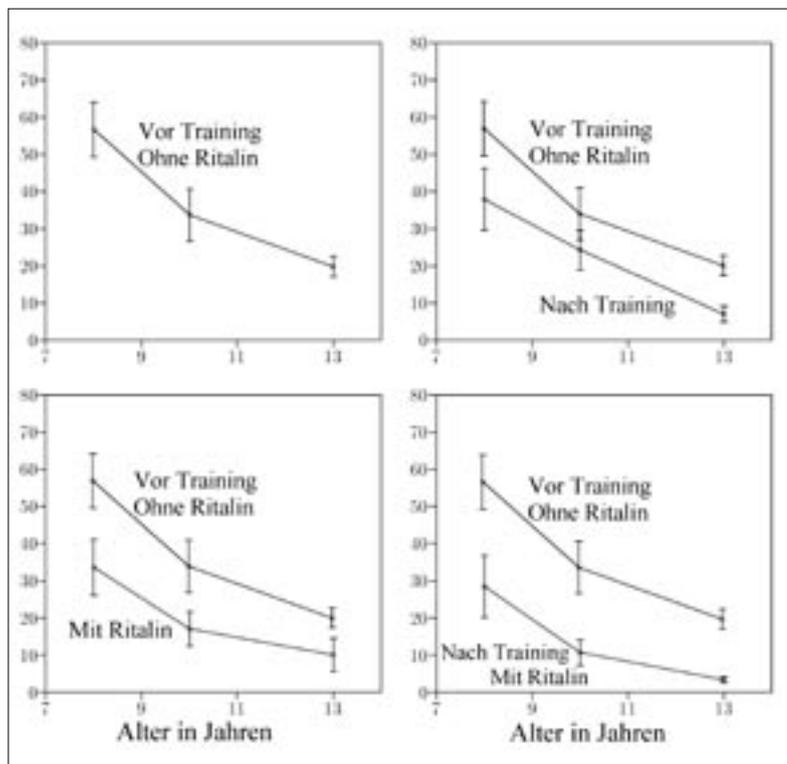


Abb. 5 Die Alterskurven zeigen die Abnahme der nicht korrigierten Fehler unter den 3 Bedingungen. Training (rechts oben) und Mph (links unten) verringern die Zahl der unkorrigierten Fehler. Am stärksten ist dieser Effekt, wenn beide Maßnahmen durchgeführt werden.

dern funktionieren, denn schließlich müssen die Kinder sich wenigstens für die Zeit des täglichen Trainings auf die Aufgaben konzentrieren. Außerdem kann es sein, dass genau die Funktionen des Frontalhirns, die Defizite aufweisen, einen Erfolg des Trainings verhindern.

Aber: Die ADHS-Kinder können ein Blicktraining durchführen und hat es die erhoffte Wirkung? Genau wie Gabe von Ritalin werden die Fehler-

quoten kleiner. Beides zusammen reduziert die Fehlerzahl am meisten. Die Effekte des Trainings und des Medikaments gehen in die gleiche Richtung und „summieren“ sich in etwa.

Die Abb. 5 (Seite 20) zeigt die 4 Alterskurven jeweils mit der Ausgangskurve. Ein Vergleich mit den Kontrollwerten zeigt, dass beide Maßnahmen, jeweils alleine die Werte bereits ganz in die Nähe der Kontrollwerte bringen. Mit beiden Maßnahmen werden die ADS-Kinder deutlich besser als die Mitglieder der Kontrollgruppe.

Schließlich wurde noch die Frage untersucht, ob ein Training unter der Wirkung von Mph im Vergleich zu einem Training jeweils vor der

Einnahme einen Unterschied ausmacht. Die Antwort ist: Es macht keinen großen Unterschied. Mit anderen Worten: Man kann Mph in diesem Zusammenhang nicht als Lernverstärker einsetzen. Diese Studie ergab als letztes auch noch, dass der Trainingseffekt erhalten blieb, auch wenn ohne die Wirkung von Mph geprüft wurde.

Im Gegensatz zu Mph hatte das Training keine Erhöhung der Reflexzahlen zur Folge.

Aber in dieser Gruppe wurden von vorneherein erhöhte Reflexzahlen durch das Training auch nicht systematisch reduziert. Wünschenswert wäre aber, dass man die Reflexbereitschaft generell klein hielt und, wenn nötig, reduziert. Dazu gibt es zwar noch keine gezielte Studie, aber anhand von einigen sehr deutlichen Einzelfällen konnte man sehen, dass eine solche Reduktion durch ein gegebenenfalls längeres Training möglich ist.

Dazu muss man das Fixationssystem stärken, sodass die unwillkürlichen Sakkaden zu einem neuen Reiz unterdrückt werden können. Es hilft dann auch in der Anti-Aufgabe diejenigen Fehler zu vermeiden, die auf einer erhöhten Reflexanfälligkeit beruhen. Dieses Training kann dann auch gleichzeitig die Stabilität der Fixation verbessern, wenn es mit nur einem Auge durchgeführt wird.

Diskussion

Tatsächlich ist es die frontale Komponente der Blicksteuerung, die bei ADHS hauptsächlich und systematisch betroffen ist. Die Prosakkaden sind in ihrer Reaktionszeit nur wenig

Literatur

1. Biscaldi M, Fischer B, Hartnegg K (2000) Voluntary saccade control in dyslexia. *Perception* 29:509-521
2. Feifel D, Farber R, Clementz B, Perry W, Anillo-Vento L (2004) Inhibitory deficits in ocular motor behavior in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 56:333-339
3. Fischer B (2003) Frontal lobe functions in reading: Evidence from dyslexic children performing non-reading tasks. *Behavioral and Brain Sciences* 26:484-486
4. Fischer B (2006) *Looking for Learning*. Nova Science Publishers, New York
5. Fischer B, Gezeck S, Hartnegg K (1997) The analysis of saccadic eye movements from gap and overlap paradigms. *Brain Research Protocols* 2:47-52
6. Fischer B, Hartnegg K (2008) Saccade Control in Dyslexia: Development - Deficits - Training - Transfer to Reading. *Optom Vis Dev* 40:197-205
7. Fischer B, Hartnegg K (2000) Effects of visual training on saccade control in dyslexia. *Perception* 29:531-542
8. Gould T D, Bastain T M, Isreal M E, Hommer D W, Castellanos F X (2001) Altered performance on an ocular fixation task in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 50:633-635
9. Guitton D, Buchtel HA, Douglas RM (1985) Frontal lobe lesions in man cause difficulties in suppressing reflexive glances and in generating goal-directed saccades. *Exp-Brain-Res* 58:455-472
10. Karatekin C (2006) Improving antisaccade performance in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Exp Brain Res* 174:324-341
11. Klein C, Fischer Jr B, Fischer B, Hartnegg K (2002) Effects of methylphenidate on saccadic responses in patients with ADHD. *Exp Brain Res* 145:121-125
12. Munoz DP, Armstrong IT, Hampton KA, Moore KD (2003) Altered control of visual fixation and saccadic eye movements in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Neurophysiol* 90:503-514
13. O'Driscoll G A, Depatie L, Holahan A V, Savion-Lemieux T, Barr R G (2005) Executive functions and methylphenidate responses in subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57:1452-1460

und seltener betroffen. Die Prozentzahl der Express Sakkaden sind bei einigen ADHS-Kindern allerdings erhöht, das Fixationssystem also zu schwach. Die Tatsache, dass Ritalin die frontale Komponente verbessert, die Fixation eher verschlechtert, weist darauf hin, dass es zwei voneinander unabhängige Funktionen sind. Das bestätigt sich auch dadurch, dass man mit dem Training die eine Funktion verbessern kann, während die andere gleich bleibt.

Und in der Praxis bedeutet dies, dass man sehr auf die Dosierung des Medikaments achten muss, um die unerwünschten Nebeneffekte möglichst klein zu halten. Wenn nötig muss ein Training der Fixation durch-

geführt bzw. verlängert werden.

Die Tatsache, dass ein relativ kurzes Training (einige Wochen, täglich rund 10 Minuten) die Schwäche wenn nicht ganz, so doch deutlich beheben kann, ist dem Umstand zu verdanken, dass das Gehirn lernfähig ist. Je genauer man die Schwäche eingrenzen und identifizieren kann, je schneller und besser stellt sich der Erfolg eines gezielten Trainings ein.

Den ADHS-Kindern kann also geholfen werden, ihre willentliche Blickkontrolle zu stabilisieren und – wenn nötig - Reflexe besser zu bremsen. Das wird nicht die gesamte Problematik eines ADHS-Kindes verschwinden lassen, aber immerhin können diese Kinder sich nun bes-

ser auf eine Sache konzentrieren, soweit dies eben beinhaltet, dass man mit seinem Blick (im wahrsten Sinne des Wortes) bei der Sache bleibt. Das ist zum Beispiel beim Lesen eine sehr wichtige Fähigkeit (Fischer 2003); (Fischer and Hartnegg 2008), die aber natürlich auch bei allen anderen Aufgaben, bei denen man zum Beispiel auf ein Heft oder an die Tafel schauen muss, gebraucht wird.

Ob die Stabilisierung einer einzelnen frontalen Funktion – der Blicksteuerung – sich in der Folge auch auf andere frontale Funktionen auswirkt, ist allerdings nicht untersucht. ←

Prof. Dr.
Burkhard Fischer
Freiburger Blicklabor
bfischer@blicklabor.de
www.blicklabor.de

Supplementation mit Omega 3- (und Omega 6-) Fettsäuren bei ADHS

Eveline Breidenstein

Anmerkung:

Für alle publizierten Studien (besonders für die intensiv von einigen Herstellern beworbenen) gilt für mich die kritische Frage: Sind diese Studien wirklich placebokontrolliert? Da bei diesen nirgends deklariert wurde, dass Verum und Placebo gleich schmeckten beim Zerbeißen (nicht nur gleich aussahen!) und ob die untersuchten Gruppen ihre Gruppenzugehörigkeit errieten.

Grundsätzlich kann nämlich jedes vierjährige Kind Fischölrülpser von anderen Ölrülpsern unterscheiden. Dann ist die ganze Placebokontrolle hinfällig. Dies gilt insbesondere für diejenigen Studien, in denen nur jene Beurteilungen zu einem guten Effekt führten, die von jenen Erwachsenen beobachtet wurden, die auch die Medikamente abgaben.

Von denjenigen Studien, die zum Thema ADHS publiziert wurden, sticht keine durch eine wirklich durchschlagende Wirkung (d.h. Effekt in der Schule und zu Hause) der Omega3-Fettsäuren heraus. Einzelne ADHS-Bereiche scheinen aber von Supplementen zu profitieren.

Einzelne Studien:

Voigt et al. (2001) und Hirayama et al. (2004) konnten gar keinen Unterschied in objektiven oder subjektiven Symptomen zwischen der Fischöl- (345mg DHA-Kps/Tag für 4 Monate bzw. 3600mg DHA/ Woche in Lebensmitteln für 2 Monate) und der Placebogruppe feststellen, obwohl sich bei Voigt der DHA-Spiegel klar verbesserte. Bei Brue et al. (2001) verbesserte sich die Aufmerksamkeit unter 12 wöchiger Behandlung mit 2 g Leinöl/Tag (plus Phytotherapeutika) gar nicht im Vergleich zu Phytotherapeutika allein, die Hyperaktivität/Impulsivität verhielt sich widersprüchlich je nach Einschätzung von Lehrern bzw. Eltern.

Richardson und Puri (2002) supplementierten Kinder mit Dyslexie und ADHS-artigen Verhaltensproblemen während drei Monaten mit Omega3- und Omega6-Fettsäuren (480mg DHA, 186mg EPA, 42mg Arachidonsäure, 96mg γ -Linolensäure, / d, 864mg *cis*-Linolensäure, 60 IU Vitamin E, 8mg Thymianöl). Einige der untersuchten Parameter besserten im Elternrating (knapp) signifikant

(z.B. Global Conners-ADHD-Score, Aufmerksamkeit, psychosomatische Symptome, $p = 0.03, 0.05, \text{ bzw. } 0.05$) im Vergleich zur Placebogruppe mit Olivenöl. Weitere Effekte erreichten wegen der kleinen Gruppengröße (total 41 Kinder) keine statistische Signifikanz. Eine Beurteilung durch die Lehrer fand nicht statt. Über Veränderungen bzgl. Dyslexie wird keine Aussage gemacht. Die verabreichten Kapseln (aktiv und Placebo) sahen gleich aus.

Die Studie von Stevens et al. (2003) führte bei Kindern mit Verhaltensproblemen eine viermonatige Supplementation mit Omega3- und Omega6-Fettsäuren (480 mg DHA, 80mg EPA, 40mg Arachidonsäure, 96mg γ -Linolensäure, 24mg Vitamin E; Efalex®) nur in 2 von 16 untersuchten Bereichen (Verhaltensprobleme zu Hause ($p=0.05$) und durch die Lehrer beurteilte Unaufmerksamkeit ($P=0.03$)) zu signifikanten Unterschieden im Vergleich zu Placebo (Olivenöl); die Effektgröße schien mit der Konzentration des EPA, DHA bzw. Vitamin E in den Erythrocyten zu korrelieren.



Dr. Eveline Breidenstein

Bei Richardson und Montgomery („Oxford-Durham-Studie“, 2005) zeigten in einer dreimonatigen doppelblind-placebokontrollierten Studie bei Kindern mit entwicklungsbedingten Koordinationsstörungen, dass durch die Supplementation mit Omega3- und Omega6-Fettsäuren (558mg EPA, 174mg DHA, 60mg γ -Linolensäure, 9.6mg Vit E; Präparat eye q®, Equazen) die Lese- und Rechtschreibfähigkeit ($p=0.04$ bzw. <0.01), der Conners-Index (CTRS-L; $P<0.0001$), nicht jedoch die motorischen Funktionen verbessert wurden. Die Verabreichung der Kapseln fand an Werktagen durch die Lehrer statt, an Wochenenden durch die Eltern. Die Beurteilung der Connersscale fand nur durch die Lehrer statt. Als Placebo fungierte Olivenöl; die Kapseln seien bzgl. Aussehen und Geschmack dem Verum angeglichen worden. Darüber, ob die Probanden ihre Gruppenzugehörigkeit erraten haben, wird nichts ausgesagt.

In der breit beworbenen doppelblinden Studie von Sinn und Bryan (2007) fällt auf, dass die signifikanten Verbesserungen nur nach Ansicht der Eltern (Conners Parent Rating Scale: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität, Global score, oppositionelles Verhalten) und nicht in der Schule (Conners Teacher Rating Scale) wahrnehmbar sind. Dabei ist zu beachten, dass außer über

den Inhalt keine Angaben über Geschmack und Aussehen des Placebos (Palmöl) gemacht, die täglich 6 Kapseln zu Hause verabreicht wurden und die Angabe fehlt, inwieweit die Eltern die Gruppenzugehörigkeit errieten. Die Supplementation erfolgte mit einem Kombinationsprodukt von Omega 3- und Omega 6-Fettsäuren (eye q®, Equazen) in einer Tagesdosis von 558mg EPA, 174mg DHA, 60mg Gamma-Linolensäure und 10mg Vitamin E. Blutspiegelmessungen wurden nicht durchgeführt.

Im Schuljahr 2006 / 2007 wurde übrigens in Durham eine groß angelegte Studie (die aber im Nachhinein offenbar doch nicht als Studie gedacht war (?)) durchgeführt, indem 3000 Schulkindern im 11. Schuljahr (ca. 16-jährig) über 8 Monate täglich 6 Kapseln Fischöl gegeben wurde (Eye q®, Equazen). Nur gerade 832 Kinder hatten eine 80% Compliance. Im Vergleich zu den Nicht-compliants (die im Nachhinein gematched wurden) hatten die Complianten eine bessere Leistung beim Semesterexamen (keine Intention to treat-Analyse, keine Kontrollgruppe!). Der Vergleich stützte sich auf die anzunehmende Leistung im Vergleich zur effektiv erbrachten Leistung. Die Studie wurde nicht öffentlich publiziert; die Kontroversen um die ganze Studienführung sind nachzulesen bei www.badscience.net bzw.

über Kommentare unter untenstehendem Link.

Zusammenfassung:

Es scheint, dass durch die hochdosierte Supplementation mit Omega3- und Omega6-Fettsäuren (Tagesdosierung: ca. 500mg EPA und 100-200mg DHA bzw. vice versa, plus 60mg Gamma-Linolensäure und 10mg Vitamin E) gewisse Verbesserungen der ADHS-Symptomatik möglich sind. Allerdings bleibt die Frage der Verblindung und damit die Placebokontrolle in den zitierten Studien offen und die ganze Werbeaktion der Pharmaindustrie lässt ein schales Gefühl zurück. ←

Links zu Übersichtsarbeiten zu Omega3-Fettsäuren und ADHS:

Ältere deutsche Übersichtsarbeit: M. Döpfner, ADS-Report 24; unter http://209.85.135.104/search?q=cache:8QkjNkpfTO0J:www.kranich-pharma.de/download/fachliteratur/ADHS%2520Report%252024_Mai%25202006.pdf

Umfassende englische Arbeit zu Omega-3 Fettsäuren und psychischer Gesundheit von H.M.Schachter et al. Effects of Omega3 fatty acids on mental health; AHRQ-Publikation, 2005: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/o3mental/o3mental.pdf>

eveline.breidenstein@bluewin.ch

Neue Therapie bei Allergie erfolgreich erprobt

Impfung gegen Heuschnupfen wirkt bereits nach zwei Monaten
Schweizer Forscher haben eine neue Methode zur Behandlung von Heuschnupfen erfolgreich an Patienten getestet, berichtet der Wissenschaftsdienst von ddp.

Sie spritzten allergieauslösende Substanzen direkt in die Lymphknoten der Patienten und konnten so innerhalb von zwei Monaten mit nur acht Injektionen die gleichen Erfolge wie eine konventionelle Behandlung erzielen. Bisher bestand diese klassische Hyposensibilisierung bei Überempfindlichkeit gegenüber Gräserpollen häufig aus über fünfzig

Impfungen in einem Zeitraum von drei Jahren.

In der klinischen Untersuchung verglichen die Forscher die neu entwickelte Therapie mit der klassischen Allergieimpfung. Über 100 freiwillige Allergiker wurden zufällig in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Hälfte davon behandelten die Mediziner mit der neuen Therapie, die andere Gruppe hingegen mit der herkömmlichen Methode zur Hyposensibilisierung. Beide Probandengruppen wurden während des Zeitraumes der Studie regelmäßig untersucht.

Die Therapie der Schweizer war nicht nur in kürzerer Zeit ebenso erfolgreich wie die konventionelle Behandlung nach drei Jahren, es traten auch weniger Nebenwirkungen

und Beschwerden auf. In den ersten vier Monaten der Therapien kam es bei der konventionell behandelten Gruppe zu 20 leichten bis schweren Abwehrreaktionen. In der der Gruppe der nach dem neuen Verfahren behandelten gab es jedoch nur sechs leichte Fälle von Überreaktionen.

Die Impfung selbst wird von den Patienten als weniger schmerzhaft beschrieben. Zudem führt die verkürzte Behandlungsdauer zu einer höheren Erfolgsquote. Während 22 von 54 Patienten der Hyposensibilisierungsgruppe die Therapie abgebrochen hatten, beendete kein Teilnehmer aus der Gruppe der Lymphknotenimpfungen die Behandlung. ←

Kongress in der Medizinischen Hochschule Hannover

„Wider das Stigma – ADHS, Tics und Zwänge im Spiegel der Gesellschaft“

Hartmut Gartzke

700 Teilnehmer, 88 namhafte Referenten, eine Schirmherrschaft durch Bundesministerin Dr. von der Leyen und aus den Nähten platzende Hörsäle – das waren die Faktoren eines überaus erfolgreichen Kongresses in Hannover. Die Vorträge boten Wissenschaftlern, Ärzten, Therapeuten, Betroffenen und Interessierten ein Informationsspektrum, das keine Wünsche offen ließ.

An dieser Stelle möchte ich der Tagungspräsidentin Frau Prof. Dr. Müller-Vahl einen besonderen Dank aussprechen. Durch ihren unermüdlichen Einsatz in der Vorbereitung und während des Kongresses hat sie die Veranstaltung zu solch einem Erfolg werden lassen.

Darüber hinaus informierte sie die Besucher über ihren Forschungsschwerpunkt, das Tourette-Syndrom. Besonders interessant waren ihre Ausführungen zu den Gemeinsamkeiten bei der Entstehung des Tourette Syndroms, ADHS und Zwangsstörung.

Ganz besonders gilt der Dank des ADHS Deutschland e.V. PD Dr. Martin Ohlmeier, der für unsere Wünsche und Vorstellungen immer ein offenes Ohr hatte, die Diskussionen dazu mit ihm waren spannend und lehrreich zugleich. Sein Einsatz für das Thema ADHS und seine Vernetzung mit anderen Experten haben mich persönlich sehr beeindruckt. Er hielt Vorträge zu den Themenbereichen „Klinik und Diagnostik der ADHS“ und „ADHS und Sucht“ mit vielen praktischen Beispielen aus der von ihm geleiteten Sucht-Station und ADHS-Ambulanz.

Darum freue ich mich über seine Zusage, im April 2009 bei unserem Symposium/MV in Frankenberg dabei zu sein und über seine spezifischen Erfahrungen zu berichten.

Mein persönliches Fazit: ADHS wird umfassend erforscht. Es ist beeindruckend mit welcher Geschwindigkeit Erkenntnisse gewonnen wer-

den und mit welcher Dynamik das Thema „ADHS bei Erwachsenen“ vorschreitet. Andererseits zeigte sich, dass die Forschung an vielen Stellen noch am Anfang steht und die Versorgungssituation für die betroffenen Erwachsenen unannehmbar schlecht ist. Hoffen wir, dass in der Zukunft die Erkenntnis über die soziale und auch ökonomische Bedeutung der ADHS bei den richtigen Entscheidern wächst.

Die Referenten haben es während des Kongresses verstanden, die teilweise sehr wissenschaftlichen Themen verständlich zu vermitteln. Und gab es dennoch an der einen oder anderen Stelle zu viele Fachwörter, wurden die folgenden Fragen geduldig und ausführlich beantwortet.

Während und auch nach dem Kongress haben wir viele positive Rückmeldungen von allen Seiten erhalten. Neben der guten Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) haben mich zwei Dinge besonders gefreut: Zum Einen das überaus einfühlsame Grußwort unserer Familienministerin (*nachzulesen in der letzten neuen*

AKZENTE oder im Intranet) und zum Anderen die Dankensworte von Betroffenen, denen mit den Informationen aus den Vorträgen oder durch einzelne Gespräche am Rande des Kongresses geholfen wurde.

Wir alle, die wir in Hannover dabei waren, hoffen auf eine Wiederholung!

Zusammenfassung einzelner Vorträge (Teil 1:)

ADHS/Tourette-Syndrom/ Zwangsstörung – Unterschiede in Klinik und Diagnostik

Hans-Christian Steinhausen

In der Psychiatrie hat sich der Begriff der Komorbidität eingebürgert, der unterschiedlich definiert und verstanden werden kann. Von besonderem Interesse ist die Frage, ob komorbide Störungen lediglich eine Summe der Einzelstörungen (additives Modell) oder aber ein separates Störungsbild (Subtyp) bilden. Für die klinische Versorgung sind vor allem ihre Folgen bedeutsam. Komorbide



Hartmut Gartzke

Während des Kongresses in der MHH: v.li.: Dr. Veit Roessner, PD Dr. Martin Ohlmeier, Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl, Prof. Dr. med. Aribert Rothenberger



Störungen treten häufiger als isolierte Störungen auf, die betroffenen Patienten sind stärker in ihren Funktionen beeinträchtigt und die Verläufe sind komplizierter.

Bei ADHS+TIC stützen diese weitgehend das additive Modell, wobei ADHS eher als Tics für den Schweregrad der Symptome und Beeinträchtigung verantwortlich ist. Zwischen Tic- und Zwangsstörungen gibt es Unterschiede und Übergänge in der Symptomatik. Unterschiede müssen vor allem bei der Behandlung mit Medikamenten und in der Verhaltenstherapie berücksichtigt werden. Die Komorbidität von ADHS und

Zwangsstörungen ist klinisch selten zu beobachten und entsprechend ungenügend erforscht.

Therapie der ADHS

Johanna Krause

Bei der ADHS handelt es sich um eine im Kindesalter auftretende Erkrankung, betroffene Erwachsene leiden daher schon mindestens ein Jahrzehnt unter entsprechenden Symptomen; dies bedeutet, dass sie inzwischen Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Symptomatik entwickelt haben und deshalb, verglichen mit der Symptomatik des Kindesalters, „atypisch“ geworden sind. Besonders die Symptome Hyperaktivität und Impulsivität nehmen mit zunehmendem Alter ab. Bei in der Kindheit stark hyperaktiven Jungen kann nach der Pubertät die äußere motorische Unruhe in ein inneres Getriebensein ohne Zeichen körperlicher Überaktivität umschlagen. Bei der ADHS handelt es sich um eine Störung mit dimensionalem Charakter, der Schweregrad der Symptome weist erhebliche Unterschiede auf. Die Kernsymptome der ADHS, – wie Konzentrationsstö-

rungen, mangelnde Organisation des Alltagsablaufs, Ablenkbarkeit und ineffizienter Arbeitsstil – sind bei den betroffenen Erwachsenen in wechselnd deutlicher Ausprägung vorhanden, wegen der gehäuften Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (bis zu 80%) wird die ADHS als solche jedoch häufig nicht diagnostiziert.

Die Behandlung Erwachsener erfolgt mit Arzneimitteln und Psychotherapie. Anders als bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch in Deutschland bisher kein Arzneimittel uneingeschränkt für die Indikation ADHS im Erwachsenenalter zugelassen, obwohl positive Behandlungsergebnisse aus placebo-kontrollierten Studien vorliegen. Wegen der erheblichen Beeinträchtigungen durch die komorbiden Störungen muss meist eine Kombinationsbehandlung erfolgen; sie ist in Form einer Medikation, die den verschiedenen Diagnosen gerecht wird, und Psychotherapie erforderlich, die über einen längeren Zeitraum durchzuführen ist. Psychoedukation und ein verhaltenstherapeutischer Ansatz können helfen, Strukturen bei chaotischer Lebensweise zu entwickeln. Ein tiefenpsychologisch-analytischer An-

Dr. Johanna Krause während ihres Vortrages in der MHH



FOTO: GARTZKE

Referenten und Vorträge des Kongresses:

Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski:

Ursachen der ADHS / Diagnostik im Kindes- und Jugendalter

Dr. Michael Colla:

MR-Spektroskopie bei ADHS

Dr. Wolfgang Dillo:

Funktionelle Bildgebung (fMRT) und ADHS

Dr. Marc-Andreas Edel:

ADHS und manisch-depressive Erkrankungen

Dipl.-Oec. troph. Susann Friedel:

Genetische Grundlagen der ADHS

Dr. Heinrich Goossens-Merk:

XXY-Syndrom - eine wichtige ADHS-Differentialdiagnose bei großen Männern

Dr. Andreas Kordon:

Behandlung bei Komorbidität von ADHS, Tic und Zwang

Dr. Johanna Krause:

Therapie der ADHS

Dr. Rainer Laufkötter & M.A. Vera Marth:

Lichtenberg und ADHS?

Dr. Myriam Menter:

ADHS und Versorgung – Wunsch und Realität

Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl:

Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Entstehung von Tourette-Syndrom, ADHS und Zwangsstörung

PD Dr. Martin Ohlmeier:

Klinik und Diagnostik der ADHS / ADHS und Sucht

Dr. Thomas Peschel:

Strukturelle Bildgebung bei ADHS

Dr. Alexandra Philipsen:

Psychotherapie der ADHS

Prof. Dr. Wolfgang Retz:

ADHS und Forensik

Prof. Dr. Michael Rösler:

Diagnostik im Erwachsenenalter

Dr. Mandy Roy:

ADHS und Asperger-Syndrom

Prof. Dr. Hans-Christian Steinhausen:

ADHS/Tourette-Syndrom/Zwangsstörung – Unter-

schiede in Klinik und Diagnostik

Dipl.-Psych. Dr. Johannes Streif:

„Nicht für das Leben, für die Schule lernen wir“

Dr. Helga Simchen:

Hilfen für das hypoaktive Kind

Dr. Klaus Skrodzki:

Therapie der ADHS - fragwürdige Alternativen!

Dipl.-Psych. Kirsten Stritt:

ADHS und Verhaltenstherapie

Dipl.-Psych. Dr. Peter Stroheck-Kühner:

Fahrtüchtigkeit und Fahreignung bei ADHS

Dr. Bert T. te Wildt:

ADHS und Mediennutzung

Prof. Dr. Andreas Warnke:

Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS

Dr. Martin Winkler:

ADHS und psychogene Essstörungen

Dipl.-Psych. Dr. Georg Wolff:

ADHS und Coaching

Von einzelnen Vorträgen des Kongresses finden Sie in dieser **neue Akzente** Zusammenfassungen. Außerdem stehen wir mit einigen Referenten im Gespräch, zu „ihren“ Themen einen Bericht für unsere Leser zu verfassen.

satz muss bei Traumatisierung und schweren Selbstwertstörungen in Betracht gezogen werden.

Psychotherapie der ADHS

Alexandra Philippen

Die bisher evaluierten Psychotherapiekonzepte bei ADHS im Erwachsenenalter basieren auf verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen und zeigen eine gute Wirksamkeit. Sowohl kognitiv- als auch dialektisch-behaviorale Einzel- und Gruppentherapieansätze wurden angewandt. Ziel der verschiedenen Konzepte sind einerseits der Umgang der Betroffenen mit der Kernsymptomatik der Erkrankung, andererseits aber auch assoziierte bzw. Rest- und Folgeprobleme wie z. B. Komorbiditäten, Selbstwert- und interaktionelle Probleme. Von den bisher evaluierten Konzepten profitierten sowohl Patienten ohne Medikation als auch Patienten, die nach einer ADHS-spezifischen medikamentösen Behandlung noch Restsymptome aufwiesen, sowohl hinsichtlich der Schwere der ADHS-Symptomatik als auch der Ausprägung assoziierter Symptome (z.B. Depressivität, Angst, Selbstwert).

Es existieren auch erste Hinweise darauf, dass eine Kombinationsbehandlung aus Medikation und Psychotherapie einer alleinigen Medikation überlegen sein kann, wobei bisher randomisierte kontrollierte Studien zum Vergleich der Wirksamkeit von Psychotherapie und Medikation bzw. deren Kombination noch nicht veröffentlicht wurden. Daher unterstützt das BMBF gegenwärtig eine Multicenterstudie zur Wirksamkeit des Freiburger Gruppentherapiekonzeptes im Vergleich zu „clinical management“ jeweils in Kombination mit Methylphenidat oder Placebo.

Fahrtüchtigkeit und Fahreignung bei ADHS

Peter Stroheck-Kühner

ADHS im Erwachsenenalter wird erst in jüngerer Zeit verstärkt diskutiert und hat unter dem Aspekt der Fahrtüchtigkeit und der Fahreignung bis-

her noch keine größere Beachtung gefunden. Aufgrund epidemiologischer Untersuchungen, die zeigen, dass die Prävalenz der ADHS in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung bei 3-4% liegt, muss deshalb auch von einer nicht unerheblichen Anzahl von Kraftfahrern, die unter ADHS leiden, ausgegangen werden.

Eine verkehrsmedizinische Relevanz von ADHS lässt sich alleine dadurch ableiten, dass bei diesen Personen erhebliche Aufmerksamkeitsdefizite und/oder eine ausgeprägte Hyperaktivität und Impulsivität bestehen. So erzielen Erwach-

sen den Betroffenen in strafrechtlicher Hinsicht drohen, beispielsweise wenn sie einen Unfall verursachen. Insbesondere soll dabei auf die Medikation und die möglichen juristischen Konsequenzen eingegangen werden.

Auch wenn ADHS bisher in den „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung“ noch nicht in der Liste der Erkrankungen aufgeführt ist, die Bedenken an der generellen Fahreignung begründen, ist davon auszugehen, dass sich dieser Personenkreis wegen der vermehrten Auffälligkeiten im Straßenverkehr in verstärktem Maße medizinisch-



sene mit ADHS schlechtere Ergebnisse bei der Überprüfung verkehrsrelevanter Leistungsfunktionen, wie z.B. bei Aufmerksamkeits- und Reaktionstests. ADHS-Patienten verursachen auch häufiger Verkehrsunfälle, sie fallen öfters durch überhöhte Geschwindigkeit auf und ihnen wird auch öfters die Fahrerlaubnis entzogen. Im Hinblick auf die Teilnahme am Straßenverkehr kommt zudem der hohen Komorbidität mit Alkohol- und Drogenmissbrauch Bedeutung zu.

Der Vortrag will aufzeigen, welche Auswirkungen eine ADHS auf die Teilnahme am Straßenverkehr hat und welche möglichen Konsequen-

psychologischen Eignungsuntersuchungen (MPU) unterziehen muss. Es soll deshalb auch dargestellt werden, was die Betroffenen hierbei beachten müssen und welche Maßnahmen schon im Vorfeld der Begutachtung sinnvoll sind.

„Nicht für das Leben, für die Schule lernen wir“

Johannes Streif

Seneca, der große Stoiker, meinte es als ironischen Vorwurf: „Nicht für das Leben, für die Schule lernen wir!“ So schrieb er in seinen Briefen an Lucilius und beklagte, dass die Römer

Wie immer umlagert: Der Tisch mit Büchern und Infos. Dank an die aktiven Helferinnen und Helfer

zu sehr der Gelehrsamkeit als dem gesunden Menschenverstand anhängen. Die neuzeitliche Rezeption verkehrte das Zitat in einen pädagogischen Imperativ: „Nicht für die Schule, für das Leben lernen wir!“ Hat man das schulische Lernen im Blick, ist das freilich blanker Unsinn. Nicht so sehr, weil die Schule ihren vermeintlichen Auftrag, auf das Leben vorzubereiten, nicht zu erfüllen vermag. Vielmehr kann, was vom Alltag der Gesellschaft abgehoben ist, diesen Alltag und diese Gesellschaft nicht vorwegnehmen. Was bleibt, ist eine Schule um ihrer selbst willen: zum Zwecke der Gemeinschaft, des Lernens, der Bildung. Das zu üben ist allerdings wichtiger denn je.

Dr. Streif will eine Lanze für die Schule brechen, so wie sie ist: Für Lehrer und Leistung, für Noten und hin und wieder auch scheinbar nutzloses Wissen. Gerade verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche können von einer solchen Schule der festen Rituale und eingeübter, berechenbarer Gewohnheiten profitieren.

Hilfen für das hypoaktive Kind

Helga Simchen

Kinder und Jugendliche mit einem ADS ohne Hyperaktivität sind wenig auffällig. Sie sind eher ruhig, verträumt, überangepasst und können dem Schulunterricht nur schwer folgen. Zu Hause sitzen sie stundenlang an den Hausaufgaben. Was sie zu Hause gelernt haben, ist am nächsten Tag in der Schule meist nicht mehr abrufbar. Trotz guter Intelligenz und fleißigen Übens haben viele von ihnen Probleme im Rechnen, in der Rechtschreibung oder beim Lesen. Wird ihnen nicht erfolgreich geholfen, neigen die Kinder zu Versagensängsten, psychosomatischen Beschwerden, Alpträumen und Selbstwertkrisen. Dieses Kind spricht kaum über seine Probleme, denn es macht sich selbst für alles verantwortlich und leidet still vor sich hin. Nicht nur Mädchen, auch Jungen sind von diesem Subtyp betroffen. Neben der Therapie der spezifischen Lernstörungen ist es wichtig, die psychische Situation

dieser Kinder zu verbessern. Ihren Eltern und Lehrern ist klar zu machen, dass sie weder faul noch minderbegabt sind. Vor allem sollte frühzeitig die Diagnose gestellt werden, damit diese Kinder sich nicht in der Schule oder sogar schon im Kindergarten als Versager erleben müssen. Sie sind fast alle gut bis sehr gut intellektuell befähigt, haben aber Probleme mit ihrem Arbeitstempo, ihrer Konzentration und ihrer Feinmotorik.

Was sind die Ursachen dafür, wie wird dieser Subtyp des ADS diagnostiziert und wie kann diesen Kindern geholfen werden?

ADHS und psychogene Essstörungen

Martin Winkler

Obwohl Störungen im Essverhalten bereits im Struwwelpeter als typische Symptomatik im ADHS-Spektrum beschrieben sind, wird die ADHS-Konstitution bisher in der klinischen Arbeit mit essgestörten Patientinnen nur selten speziell berücksichtigt. Aus der klinischen Arbeit in einer Fachklinik für Essstörungen ergeben sich jedoch Hinweise auf das häufige gemeinsame Auftreten von ADHS-Symptomatik und Essstörungen, so dass essgestörtes Verhalten und emotionale Regulationsstörungen auch vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der ADHS-Spektrumstörungen untersucht werden sollte, wobei Überschneidungen zu Zwangsstörungen, weiteren Impulskontrollstörungen und Persönlichkeitsstörungen oder dissoziativen Störungen häufig anzutreffen sind. Die diagnostische Abgrenzung ist dabei aufgrund der bisherigen unzulänglichen geschlechtsspezifischen diagnostischen Kriterien bei ADHS bzw. dem Alterskriterium nur schwer zu treffen, zumal insbesondere Mädchen vom unaufmerksamen Subtyp der ADHS betroffen sein werden. Bis zu einem Drittel von Patientinnen mit Essstörungen weisen demnach nach einer Stichprobenerhebung in unserer Klinik deutliche Hinweise auf eine entsprechende neuropsychiatrische Disposition mit Beginn im frühen Kindesalter auf. Psychogene Essstörungen (Anorexia ner-

vosa, Bulimia nervosa oder Binge Eating Störung bzw. Adipositas) können auch als Fehlübersetzung eines vielschichtigen asynchronen emotionalen Zustandes interpretiert werden. Ausgehend von einem neuen regulationsdynamischen Störungsmodell, das sich u.a. aus der Arbeit mit Patienten mit Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen und traumatischen Störungen entwickelt hat, wurden neue Behandlungsansätze (Emoflex) vorgestellt, die auf der Synchronisation der Regulationsdynamik nach J.F.W. Drischel beruhen. Hierbei erfolgt die Übersetzung von Gefühls- und Wahrnehmungsbildern in eine mehrdimensionale Bildersprache einer hohen Abstraktionsebene („interaktive Metaphern“), die dann u.a. über Augenbewegungen („wache REM-Phasen“) verändert werden können.

Strukturelle Bildgebung bei ADHS

Thomas Peschel

Hintergrund: Verschiedene bildgebende Studien deuten darauf hin, dass bei ADHS frontostriatale Verbindungswege bei der Pathophysiologie dieser Erkrankung eine Rolle spielen. Allerdings haben sich hier teilweise widersprüchliche Ergebnisse bezüglich des Ausmaßes der strukturellen Änderungen gezeigt, welche u.a. auf heterogene Studienpopulationen zurückgeführt werden können. Besonders unterschiedliche Komorbiditäten und Medikationseffekte sind hier zu nennen. Ziel der hier vorgestellten Studie war es, die hirnmorphologischen Veränderungen bei einer homogenen männlichen Patientengruppe zu untersuchen.

Methoden: 25 erwachsene, männliche, unmedizierte Patienten ohne Komorbiditäten wurden mit 25 altersgleichen Kontrollpersonen verglichen. Drei verschiedene bildgebende Verfahren wurden angewendet: voxel-based morphometry (VBM), magnetization transfer imaging (MTI) und diffusion tensor imaging (DTI). Diese wurden auf Voxelenebene mit SPM2 analysiert.

Ergebnisse: Im Vergleich zu den Kontrollpersonen zeigten sich bei

den Patienten Veränderungen im Bereich des anterioren Cingulums, des Thalamus, des Neostriatums, des orbitofrontalen und des dorsolateralen präfrontalen Kortex.

Schlussfolgerungen: Unsere Ergebnisse sprechen für eine Beteiligung spezifischer frontostriatärer Schleifensysteme sowie des mesolimbischen Systems in der Pathophysiologie des ADHS. Aufgrund des Studiendesigns können Einflüsse von Komorbiditäten, Geschlecht, Medikation und Alter auf die Ergebnisse ausgeschlossen werden. Die Implikationen dieser Befunde für die Pathophysiologie des ADHS wurden im Vortrag diskutiert.

Lichtenberg und ADHS?

Rainer Laufkötter,
Vera Marth

In den letzten Jahren wurden die psychoedukativen Qualitäten von Schriftstellern (neu) entdeckt: „Mit Goethe der Leidenschaft des Herzens folgen“, „Hesse für Gestresste“ oder „mit Tucholsky die Frauen verstehen“. Doch an wen wenden sich ADHS-Betroffene und ihre Therapeuten? Unser Vorschlag wäre: Georg Christoph Lichtenberg (1742-1799).

Der Göttinger Physik-Professor pflegte unkonventionelle Ansichten, sprühte vor Ideen und kommentierte seine Mitmenschen und sich selbst samt Schrullen akribisch in seinen posthum veröffentlichten Sudelbüchern, einer unsystemati-

schen Sammlung von Gedanken und Gedankensprüngen.

Wir wollen im Vortrag die verführerische Frage, ob Lichtenberg von ADHS betroffen war, nicht beantworten. Anzunehmen ist allerdings: er hätte etwas davon verstanden! Wir berichten, was das „Sonntagskind in Einfällen“ zum Umgang mit Reizofenheit („Meine Phantasie scheute und lief fort mit mir“), Zerstreutheit („Wenn ich doch Kanäle in meinem Kopfe ziehen könnte“) und zwanghaften Gewohnheiten lehrt („Fertigkeit aus jedem Vorfall des Lebens ... die größtmögliche Quantität Gift zu eigenem Gebrauch auszusaugen“). Lichtenbergs Fußstapfen folgend liefern wir keine systematische Analyse, sondern nähern uns dem Thema über seine Aphorismen.

„Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser werden wird, wenn es anders wird; aber so viel kann ich sagen, es muss anders werden, wenn es gut werden soll“.- ein möglicher therapeutischer Imperativ?

Genetische Grundlagen der ADHS

Susann Friedel,
Benno G. Schimmelmann,
Johannes Hebebrand (Klinik f. KJPP
Uni Essen)

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einer Prävalenz von 3-7% eine häufige kinder- und jugendpsychiatrische Störung. Auf der Basis formalgenetischer Studien ergibt sich

eine Heritabilitätsschätzung von 60-80% für ADHS mit einem ca. 5-fach erhöhten Risiko für erstgradige Verwandte von Betroffenen. Bislang liefern fünf Genomscans Hinweise auf potentiell relevante chromosomale Regionen, wobei ein mehrfach replizierter Kopplungsbefund auf Chromosom 5p13 die höchste Evidenz aufweist.

Aus einer Vielzahl von Assoziationsstudien zu Kandidatengenen weisen Metaanalysen auf die Relevanz der Gene des dopaminergen sowie des serotonergen Systems (z.B. DRD4, DRD5, DAT1 bzw. HTR1B und SNAP25) hin. In Tiermodellen liegen vorwiegend Paradigmen für Hyperaktivität vor; diese sind in Knockout- und Quantitative Trait Loci (QTL) Designs mit viel versprechenden Ergebnissen zum dopaminergen System untersucht worden. Es ist davon auszugehen, dass erst das Zusammenwirken verschiedener Gen-Varianten mit jeweils moderatem bis hin zu kleinem Effekt den Phänotyp ADHS bedingen (Oligo-/ Polygenie) und bei verschiedenen Betroffenen unterschiedliche Kombinationen von prädisponierenden Genvarianten zu ADHS führen können. Entsprechend sind für molekulargenetische Studien große Fallzahlen notwendig und die bisherigen Befunde als vorläufig zu interpretieren. Zukunftsweisend für die molekulargenetische Aufklärung von ADHS sind genomweite Assoziationsstudien, bei denen bis zu 1.000.000 Polymorphismen (SNPs) gleichzeitig untersucht werden können. ←

Die Bundesregierung will die Kennzeichnung allergener Stoffe in unverpackten Lebensmitteln verbessern.

dpa/red Mehr als 30 Prozent der Bundesbürger leiden an einer allergischen Erkrankung und rund 40 Prozent der Drei- bis Siebenjährigen sind von Allergien betroffen. Wie der Parlamentarische Verbraucherstaatssekretär Gerd Müller kürzlich in Berlin feststellte, habe die Lebensmittelwirtschaft Ansätze für eine bessere Kennzeichnung loser Ware zum Bei-

spiel auf dem Kassenbon vorgelegt, das Fleischerhandwerk entwickle ein Informationssystem. Die Verbreitung brauche aber noch einige Zeit.

Müller zog eine Zwischenbilanz des Nationalen Aktionsplans gegen Allergien. Vorgesehen ist nach Angaben aus dem Ministerium auch die Prüfung von Schwellenwerten und Textilsiegel für allergene Stoffe

in Kleidung. Die Forschung soll verstärkt werden. Allergien würden oft nicht erkannt und häufig falsch therapiert, sagte Müller. Verbraucherminister Horst Seehofer (CSU) hatte den Aktionsplan im vergangenen Jahr vorgestellt. Nach seinen Plänen sollten Kunden bereits ab Herbst 2007 beim Fleischer oder Bäcker mehr Informationen über Stoffe bekommen, die Allergien auslösen können. Er wollte zudem bis Herbst erreichen, dass die zwölf wichtigsten allergenen Stoffe auch bei unverpackter Ware gekennzeichnet werden. ←

Kommunikations- und Selbstwerttraining bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS – der Umgang mit den entwicklungspsychopathologischen Aspekten

Cordula Neuhaus

In den letzten Jahren der intensiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und auch Erwachsenen mit ADHS wird immer klarer, dass erwünschtes Verhalten vor allen Dingen dann von Betroffenen mit ADHS produziert wird, wenn man mit ihnen freundlich, wertschätzend, dabei einschätzbar und klar vorgeht.

Es wurde aber auch deutlich, dass vor allen Dingen die Kinder und Jugendlichen Sprache irgendwie „anders“ verstehen – wörtlich – mit metasprachlichen Formulierungen eigentlich nichts anfangen können.

Sie reagieren „schwierig“, wenn man nicht wirklich meint, was man sagt, z. B. „Warte kurz!“ (- und länger weiterredet...).

Es wird nicht verstanden, dass „Komme gleich!“ unter Umständen bedeuten kann, dass jemand zeitnah, aber eben nicht sofort kommt,

„wahrgekommen und eingefordert.“

Sagt eine Mutter „Wenn heute Nachmittag die Hausaufgaben klappten, wir Papa´s Auto bekommen und die Sonne weiterhin scheint, gehen wir vielleicht schwimmen“, dann hört das Kind/der junge Jugendliche nur „schwimmen“. Braucht der Vater leider das Auto, ist die Mutter sofort „gemein“, da sie „versprochen“ hat, dass man schwimmen geht.

Im Mathematikunterricht in der 4. Klasse fragt ein Mädchen nach, was die Wandstärke ist – und bekommt leider eine barsche Antwort der Lehrerin, dass sie das in ihrem Alter wissen müsste. Sie kommt aber mit der Maßeinheit der Zentimeter nicht zu recht, denn für sie bedeutet Wandstärke, mit wie viel Druck sie sich an eine Wand anlehnen kann.

Man versteht dann in einem Vortrag über die Medikation bei ADHS einfach nicht, was gemeint ist. Wie soll etwas ausgeglichen sein, das zugleich „nervös“ ist? (Es hatte gelautet, man habe eine ausgeglichene zentralnervöse Bilanz zwischen Hemmung und Erregung – im Gehirn -, wenn man kein ADHS hat).

Kinder und Jugendliche mit ADHS sind unglücklich über ihre Misserfolge, z. B. auch beim Malen oder Anmalen – nicht nur, weil sie entsprechenden Kommentare dafür bekommen.

Der 9-jährige Pascal möchte ein Bild für die Mutter als Weihnachtsgeschenk malen. Nach zwei misslungenen Abpausversuchen und zwei weiteren misslungenen Abmalversuchen, zerfetzt er alles und wirft die Teile durch das Zimmer.

Unter Tränen schreibt er dann den Satz „Ich bin eine Missgeburt oder ein Adoptivkind“ mit der Begründung „Alle können malen und schreiben, nur ich nicht, ich kann nur kaputt machen!“

Es ist wenig nachvollziehbar, wenn als Basis von ADHS immer nur eine „biologische Vulnerabilität“ gesehen wird im Kontext mit der sozialen Umwelt, der mangelnden Anleitung und der ungünstigen Attributierung, die dann zu Performance- und Kompetenzdefiziten führen sollen bei der hintergründigen Annahme, dass die Irritation über sich selbst, das Aufschieben, das nach Unterbrechen einer Aufgabe nicht an sie zurückfinden Können, das nicht anfangen Können, eigentlich eine Frage des mangelnden „Willens“ ist.

Barkleys Milwaukee-Studie (eine Langzeitstudie über 30 Jahre) zeigte nun, dass sich bei ADHS eine unzureichende „exekutive Kontrollfunktion“ entwickelt mit mangelnder sozialer Anpassungsfähigkeit und Schwierigkeiten, soziale Rollen angemessen auszufüllen. Daneben gibt es oft unzureichende Schul- und Ausbildungsabschlüsse, gesundheitli-



FOTOS: D. BOHNE

Cordula Neuhaus bei ihrem temperament- und humorvollen Vortrag über Kommunikations- und Selbstwerttraining für ADHS-Heranzwachsende in Friedrichsdorf

dass „eine Sekunde“ eben Minuten dauern kann.

Es ist für sie unverständlich, vor allen Dingen im Kindesalter, wenn es heißt „Tragt den Konflikt friedlich aus!“, denn „Tragen“ und „Austragen“ wird wörtlich verstanden, im Sinne von Austragen von Werbezetteln.

Wenn jemand in seiner Sichtweise etwas „anders“ erlebt bedeutet dies Unverständnis, denn „erlebt“ werden kann nur ein Abenteuer.

Das Wort „vielleicht“ ist „inhaltsleer“. Ist irgendetwas Positives im Satz, dann wird nur dies als „verspro-

Wenn man mit drei Aufträgen in den Keller geschickt wird, können die Eltern froh sein, wenn man mit einem Gegenstand zurückkommt

Leider ist ADHS bei der geringen Arbeitsspeicherkapazität auch eine serielle Verarbeitungsstörung – wenn man mit drei Aufträgen in den Keller geschickt wird, können die Eltern froh sein, wenn man mit einem Gegenstand zurückkommt.

Wird unpräzise formuliert „Räum´ Dein Zimmer auf!“, ist eigentlich meistens der Konflikt „programmiert“. Besser ist die Formulierung „Räum´ rück!“ mit Aufforderungen hintereinander wie „Erst die Klamotten in den Wäschekorb“. Danach: „Alle Flaschen und das Geschirr in die Küche, danke!“

Manchmal haben aber auch Erwachsene ihre Not, wenn ein Wort ganz fest mit einer spezifischen Begrifflichkeit verbunden ist!

che Probleme, komorbide Störungen, die dann langjährige Behandlungen nötig machen.

Castellanos und Tannock schlugen 2002 als innovativen Forschungsansatz vor, die Gen- und Umweltinteraktionen mit den daraus resultierenden veränderten Gehirnfunktionen als „Endophänotypen“ zu benennen, die den spezifischen Defiziten z. B. in der Zeitwahrnehmung, den Defiziten der Aufmerksamkeit, der exekutiven Funktionen und der Verzögerungsaversion zugrunde liegen (mit unterschiedlichen Schwerpunktbeeinträchtigungen).

So greift es entsprechend schon in der Elternschulung zu kurz, wenn man rät, die Eltern sollten „einfach nur konsequent sein“, einen geregelten Tagesablauf einhalten, Punktepläne zum Aufbau von erwünschtem Verhalten durchführen, etc.

Es greift in Coachings und Gruppentherapien mit jungen Erwachsenen aber auch zu kurz, ihnen zu raten, „einfach“ früher aufzustehen, damit mit der Arbeit oder dem Studieren begonnen werden kann, Smalltalk lernen zu sollen, in einem Gespräch das Gegenüber fragen zu sollen, „Interessiert Dich das?“.

Es greift zu kurz, zur Verbesserung des Textverständnisses einfach nur „Erwartungen“ benennen zu wollen. Und dies vor allen Dingen, wenn jungen Erwachsenen unterstellt wird, keine Empathiefähigkeit zu haben und lediglich „egozentrisch“ zu sein...

Die andere Netzwerknutzung des Gehirns bei ADHS scheint vielmehr einer Dysregulation der autonomen Selbststeuerung zu entsprechen. Ist jemand nicht betroffen von ADHS, kann er sein Leben automatisch immer besser anpassen und damit bewältigen. Dafür ist eine sogenannte „Selbstregulationsfähigkeit“ nötig, die sich im Laufe einer normalen Kinderentwicklung ganz von alleine so darstellt: zwei noch sehr kleine Kinder (drei und vier Jahre) bekommen eine Süßigkeit, können aber, bevor sie sie in den Mund stecken, der Mama noch zuhören, bis sie fertig gesprochen hat (und ihren Vorschlag unterbreitet hat, diese bis nach dem Abendessen aufzubewahren) – um die Süßigkeiten dann der

Mutter auszuhändigen!

Ein Kind mit ADHS kann das nicht, auch nicht mit 12 oder 15 Jahren, wenn es die Süßigkeit mag – es hat sie sofort im Mund.

Selbstregulation bedeutet, dass man abstoppen kann und abwarten kann, wenn man ungefähr 6 Jahre alt ist – spätestens – und eine kleine Frustration aushalten.

Im Verlauf des Grundschulalters kann man immer besser Denken, Erfahrung von Reaktion und Reaktionswunsch trennen.

Mit spätestens 12 Jahren ist es Kindern, die kein ADHS haben, möglich, völlig automatisch die Perspektive wechseln zu können unter Einbezug der Erfahrungen.

Die andere Netzwerknutzung des Gehirns bei ADHS scheint vielmehr einer Dysregulation der autonomen Selbststeuerung zu entsprechen

Das heißt, dass sie, ohne sich anstrengen zu müssen, wissen, wenn sie dieses oder jenes sagen oder tun, wie erfahrungsgemäß Mama, Papa, das Geschwisterkind, die bekannte Bezugsperson, also auch der Lehrer, dies so oder so „sehen“, bewerten und wie er darauf reagieren wird.

Schon im Grundschulalter und dann im jungen Jugendlichenalter werden „automatisch“ normalerweise Alternativen in Betracht gezogen, ist es möglich, Verhalten verbal und nonverbal auswählen zu können, um z. B. auf ein Ziel hinarbeiten zu können.

Verhalten kann auch verbal und nonverbal immer dann erinnert werden, wenn neue Aspekte hinzukommen.

Auch ein älterer Jugendlicher mit ADHS, der jetzt nicht mehr „dazwischenplatzen“ muss, bringt aber zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch genau das noch ein, was er zuvor sagen wollte, auch wenn es gar nicht mehr in den Gesprächsfluss passt. Dies wirkt naiv, situationsunangepasst.

Schon jungen Kindern, die nicht betroffen sind mit ADHS, gelingt es

leicht, Signal- oder Hinweisreize zu entdecken, die kurz eingeübt worden sind, um darauf einen Gedankenablauf und einen Handlungsablauf sozusagen automatisch produzieren zu können – der Hinweis- oder Signalreiz bei ADHS hingegen muss sehr stark sein.

ADHS zu haben bedeutet, dass man

- | zu schnell etwas sagt,
- | zu schnell etwas bewertet,
- | einseitig, rein emotional – damit polarisiert und polarisierend
- | begeistert viel zu schnell zu viel erzählt

verbunden mit:

- | großem Wunsch nach Selbstbestimmung,
- | Schwierigkeiten, spontan auf Abfrage etwas abrufen zu können,
- | größten Schwierigkeiten, etwas sagen zu sollen, einfach um etwas zu sagen (Smalltalk)

ADHS folgt der „Spontanidee“ des Gehirns, äußert damit sehr klar benennend einen Sachverhalt – aus seiner Sicht „ehrlich“.

Die Spontanäußerung kann aber auch so spontan kommen, dass eigentlich erst hinterher darüber nachgedacht werden kann, was eigentlich gesagt wurde.

Dies passiert vor allen Dingen, wenn ein Betroffener mit ADHS kritisiert wird und sich rechtfertigt, bevor die Kritik zu Ende gesprochen ist.

Wenn man nach Analyse eines Gedankens diesen nicht mehr am Thema bleibend zusammenbauen kann, vom Einen ins Nächste, vom Nächsten ins Übernächste kommt – und somit nicht auf den Punkt, ist das nicht unproblematisch.

Jemand, der nicht betroffen ist von ADHS, kann sich etwa zu 70 % nur durch seinen Willensimpuls aktivieren, um etwas zu tun, etwas zu beginnen, zu lernen, etc.

Kommen noch 30 % Motivation hinzu, ist eine 100 %ige Gesamtkonzentration vorhanden mit optimaler Leistungsfähigkeit bezüglich Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Kognitionsfähigkeit, etc.

Fehlt bei jemanden, der nicht betroffen ist von ADHS, die Motivation,

beträgt die Gesamtaktivierung des Gehirns aber noch 70 % und Umsetzung, Anfangen, etc., gelingt durchaus noch.

Bei ADHS scheint es so zu sein, dass eine Schwankungsbreite der Aktivierung sehr von Motivation abhängt. Es scheint nicht möglich zu sein, sich einfach an etwas heranzumachen, was subjektiv schwierig oder langweilig erscheint, d.h. eine Aktivierung durch den Willensimpuls gelingt stabil nur etwa zu 30 %. Kommt die Motivation hinzu, macht etwas Spaß, geht etwas sehr gut – wenn nicht, dann aber auch nicht.

Seit Jahren führen viele engagierte Therapeuten Selbstinstruktions- trainings durch mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS, was z. B. in der 1:1-Situation in einem klaren Setting unter Anleitung auch gut gelingt. Seit vielen Jahren sind aber die allermeisten der noch so engagierteren Therapeuten sehr frustriert – der Transfer in den Alltag mag den Kindern und Jugendlichen nicht so recht gelingen.

Sie setzen sich durchaus an den Tisch, schlagen ihr Buch auf oder ihr Heft – sind aber sofort völlig „überwältigt“ von dem, was sie da sehen. Es ist „zu viel“, sie haben es nicht richtig verstanden – das hintere Aufmerksamkeitssystem schaltet zeitgleich mit der absinkenden Stimmung ab – das Hirn „hat Bildschirm-schoner an“.

Nichtbetroffene mit ADHS bekommen viel mit, können Emotion und Aufmerksamkeit regulieren bis zu einem Niveau, wo sie noch erreichbar sind für ein Stopp-Signal oder eine Kritik.

Betroffene mit ADHS kennen nur zwei Einstellungen – und ihre z. B. selbstbetroffenen Eltern auch: sie bekommen bei subjektivem Interesse mehr mit als andere, sind bei ihrer Reizoffenheit und Reizfilterschwäche in der Lage, sozusagen mit Teleskop- und Periskopaugen- und -ohren alles sehen und hören zu müssen, was subjektiv interessant, neu und spannend ist. Aber auch nur alles, was neu, interessant und spannend ist, können sie sehen und hören.

Sie geraten schnell in den Hyperfokus, sind dann überkonzentriert, nicht erreichbar für eine Kritik oder ein

Stopp-Signal – und können Aufmerksamkeit nur langsam verschieben.

Da offensichtlich keine Dämpfung für die spontan ausgelösten Gefühle und Affekte entsteht, steigern sie sich rasch in einer für sie kritische Situation (ohne dass sie es merken und ohne dass sie es stoppen können) schnell in ein extremes Gefühl hinein – in typisch egozentrischer Wahrnehmung und sich schnell „superlativisch“ transportierend, wie „Alle hasen mich!“.

Ist etwas schwierig oder das Gegenüber kritisch – (was in der Mimik transportiert wird) – gelingt Spontanabruf nicht. Dies passiert auch während einer Klassenarbeit, wenn man nicht sofort weiß, um was es geht, wenn einem nicht sofort etwas zu einem Thema einfällt.

Die Worte „Einsicht“, „Übersicht“, „Rücksicht“, „Nachsicht“, „Vorsicht“, „Voraussicht“, etc., sind bei ADHS wenig sinnvoll im erzieherischen Kontext, da die Fähigkeit zu allen diesen Worten mit „Sicht“ nicht entsteht, da einfach nicht gleichmäßig Zugriff zum Erfahrungswissen besteht.

Wenn durch das Abschalten des hinteren Aufmerksamkeitssystems im Negativaffekt nicht ständig verglichen werden kann zwischen aktuell Erlebtem und Erfahrung, entsteht auch kein Gefühl für Zeit und Zeitverlauf – entsprechend ist „unerwartet plötzlich Jetzt“.

Die Worte „Einsicht“, „Übersicht“, „Rücksicht“, „Nachsicht“, „Vorsicht“, „Voraussicht“, etc., sind bei ADHS wenig sinnvoll im erzieherischen Kontext, da die Fähigkeit zu allen diesen Worten mit „Sicht“ nicht entsteht, da einfach nicht gleichmäßig Zugriff zum Erfahrungswissen besteht.

Hat ein Kind mit ADHS eine subjektive Erwartung, formuliert es diese u.U. viel zu heftig, wenn das Gegenüber nicht sofort „versteht“.

Die Mutter kommt gerade vom

Einkaufen, das Kind möchte in die Stadt gefahren werden – was die Mutter nicht versteht. Sie meint, das Wetter sei herrlich und wozu man Füße habe – das Kind kann unter Umständen nun hochimpulsiv antworten „Um auf´s Gas zu treten!“ Seine „Erwartung“ war, dass die Mutter sofort mit ihm in die Stadt fährt – und ist nun so enttäuscht!

In der Lerngeschichte erscheint allerdings für die Mutter und andere Beteiligte eine solche Äußerung provokant, oppositionell, fordernd, etc., mit entsprechenden erzieherischen „Auswirkungen“ der Vorhaltung, verärgerten Abwehr, Enttäuschung über derartige „Rücksichtslosigkeit“, etc.

Ältere Jugendliche und junge Erwachsene, auch reife Erwachsene, haben daher oft größte Schwierigkeiten, ihre tatsächlichen Erwartungen konkret zu formulieren (aus Angst vor einem Konflikt ...).

Menschen mit ADHS haben einen ausgeprägten Gerechtigkeitsinn – nicht nur für sich, sondern auch für andere – setzen sich gerne für andere ein, wollen aber in ihrer Lerngeschichte nicht spontan immer „Schuld“ bekommen.

Tatsächlich haben sie oft nicht „angefangen“, haben nur oft auf eine kleine Provokation reagiert – tragen immer sofort ihre Stimmung in der Mimik – was andere dazu bewegt, sich einen Heidenspaß daraus zu machen, ein Kind mit ADHS „hochzulassen“.

Durch die Schwierigkeit, sich nicht schnell bezüglich der Aufmerksamkeit umstellen zu können, wird das Kind mit ADHS häufig zu Unrecht verdächtigt, „ertappt“ und entsprechend gestraft. Dies bedingt während der Lerngeschichte den dringenden Wunsch, in einer strittigen Situation, in einer Auseinandersetzung, Gerechtigkeit für sich „zu wollen“ – mit der Rechtfertigung der Rechtfertigung und mit dem immer „letzten“ Wort.

Die niedrige Frustrationstoleranz löst rasche Verärgerung, impulsives Wütendwerden oder Beleidigtsein aus – oft unangepasst.

Ein bisher zu wenig beachteter Aspekt bei ADHS ist die Regulationsstörung der Emotion im Sinne von „dri-

ven by emotion“.

Castellanos wies im Juni 2007 auf dem Danube-Kongress in Würzburg distinkt darauf hin, dass es wohl die „hot executive function“ die Emotion ist – die „Ausführungsfunktion“, die für Betroffene die verheerendsten Auswirkungen hat. Es besteht eine Hypersensibilität des Mandelkerns, der bei jedem Menschen vorbewusst jegliche Wahrnehmung sofort emotional – und dem Willen und Verstand nicht zugänglich – bewertet. Jeder Mensch hat dann entweder Lust oder nicht – bei ADHS hat diese Bewertung Auswirkungen auf die Aktivierung der Aufmerksamkeit, die Vigilanz. Entsprechend ist das Gehirn an „wie ein Weihnachtsbaum am Heiligen Abend“ oder hat eben „Bildschirmschoner“ an.

In einem Kommunikations- und Selbstwerttraining für ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS ist nach einer Vorstellungsrunde und nach einer Sammlung all dessen, was „eklig“ in der Kommunikation ist, ein ausführliches Darstellen der neurobiologischen Hintergründe zum funktionellen Verstehen essentiell. Diese „Psychoedukation“ ist eher „Fortbildung in eigener Sache“.

Es hat sich in den vielen Jahren der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen, jungen Erwachsenen und reifen Erwachsenen gezeigt, dass umso besser umgesetzt wird, je besser man den eigenen Wahrnehmungs- und Reaktionsstil versteht.

ADHS läuft in den Familien – und Betroffene mit ADHS bleiben meistens „unter sich“ – im Syndrom der Extreme, das leider immer wieder jeden Tag aufs Neue aus den geringsten Anlässen heraus zu Missverständnissen, Konflikten, Eskalationen führt.

In diesem Zusammenhang zeigt sich vor allen Dingen an der deutlich beobachtbaren Betroffenheit der 18-35-Jährigen, wie wichtig es ist, eine Erklärung dafür zu haben, warum ein Gefühl so schnell ausgelöst wird, so schnell kippt, offensichtlich eigentlich ständige kognitive Kontrolle nötig wäre ...

Das Belohnungs- und Motivationsystem, im Nucleus accumbens, scheint dauernd „Hunger“ zu haben, wobei noch lange nicht ausreichend

belegt ist, welche Auswirkungen auch andere Neurotransmitter wie Glutamat, Gammaaminobuttersäure und Acetylcholinesterase auf dieses System haben.

Der Mandelkern reagiert hypersensibel, der Altspeicherkoordinator Hypocampus, das Tor zum Gehirn, scheint nach den jüngsten Daten der seriösen wissenschaftlichen Forschung deutlich größer zu sein – nachvollziehbar, wenn man Denken von Fühlen und Fühlen von Denken nicht unterscheiden kann.

Alles, was mit Gefühlen unterlegt ist, wird über diese „Datenautobahn“ in irgendeinem Netzwerk des Gehirns abgelegt und ist bei entsprechenden, daran erinnernden Signalreizen schnell wieder abrufbar – bei ADHS scheinen die „Kanalratten der Alterinnerung“ sehr schnell durch ähnliche Formulierungen, Mimik, Gestik, Tonfall auslösbar zu sein. Dadurch wird dann die Stimmung regelrecht von innen negativiert und das hintere Aufmerksamkeitssystem mit dem Erfahrungs- und Altwissen „abgeschaltet“.

Entsprechend ist das Gehirn an „wie ein Weihnachtsbaum am Heiligen Abend“ oder hat eben „Bildschirmschoner“ an.

Man rutscht auf dem Gefühl aus, hat keinen Zugriff zu dem, was man eigentlich weiß.

Barkley formulierte in Düsseldorf 2007 auf einer Veranstaltung, dass Kinder und Jugendliche und oft auch Erwachsene mit ADHS durchaus wissen, wie man sich verhält – im Konflikt beim ausgelösten Affekt jedoch keinen Zugriff dazu haben.

Die Erklärungen der Neurobiologie und der Funktionssteuerung mit dem funktionellen Verstehen der Symptomatik ist für die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen oft mühsam. Es werden so viele Erinnerungen wachgerufen – man muss sie trösten: den Eltern geht es im Elterstraining nicht anders.

Barkleys Langzeitstudie brachte zu Tage, dass eine realistische Selbsteinschätzung offensichtlich einem Be-

troffenen mit ADHS erst ab ca. dem 30. Lebensjahr gelingt.

Die bisher durchgeführten Selbstwert- und Kommunikationstrainingskurse für ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS bestätigen dies.

Die 26-jährige Linda nimmt sich als schwitzend, angestrengt, anstrengend, unruhig, nervös, mit schwieriger Ausstrahlung wahr – die Feedbackrunde zeigt ihr ein völlig anderes Bild von sich. Sie ist verblüfft, entspannt sich durch die erfreuliche Rückmeldung, kann besser aufnehmen, arbeitet aktiv mit und stellt verwundert nach einem Wochenende des Trainings fest, dass sie sich noch nie in einer Gruppe so wohl gefühlt hat.

Bei der Darlegung der neurobiologischen Hintergründe macht die jungen Erwachsenen sichtlich betroffen, dass 40 % der sogenannten Intelligenzleistungen Leistungen der „executive functions“ sind.

Allerdings erleichtert das Erfahren, dass man sich zwar in vielen Situationen aktiv kognitiv kontrollieren muss – aber nie in Situationen, in denen es „richtig“ darauf ankommt!

Dann sind Betroffene mit ADHS jeglichen Alters völlig „eingeschaltet“, cool, haben Zugriff zu ihrem ganzen Wissen, sind reaktionsschneller und sicherer als andere und werden daher im Noteinsatz von anderen bewundert.

Leider besteht das Leben aber auch aus ganz vielen anderen Situationen.

Häufig gebrauchte Worte werden zu „Unworten“ wie „immer“, „nie“, „ständig“, „müssen“, „sollen“.

Wenn man bezüglich der Häufigkeitsangaben die „Unsätze“ (vor allen Dingen Satzanfänge, die sofort negativ besetzt werden) auflistet, dann ist das Allerschlimmste, was man hören kann „Du bist wie deine Mutter!“ oder „Du bist wie dein Vater!“

Schwierig sind Vorhaltungen mit „Wenn, dann ...“ oder emotional erpressende Formulierungen wie „Ich würde es begrüßen, wenn Du Dich für etwas begeistern könntest“ oder „Könntest Du Dich wenigstens einmal mir zuliebe anstrengen?“

Weiter regelrecht „negativ allergisierend“ wirken Formulierungen wie

„Stell' Dich nicht so an!“ oder „Ich erwarte, dass Du...!“ oder „Könntest Du nicht endlich mal...?“ oder „Warum hast Du nicht...?“ oder „Warum hast Du schon wieder...?“ oder „Hättest Du doch...!“

Verletzend und lähmend sind Äußerungen wie „Typisch...“ oder „War ja klar, dass Du ...“ oder „Bei anderen geht es doch auch!“

Diese neben typischen Formulierungen wie „Du könntest, wenn Du wolltest!“ oder „Sei doch nicht so faul!“ oder „Ich habe das früher auch gekonnt ... (oder gemusst!)“.

Ständige Negativformulierungen können in Kindertagen schon ein Schreiben wie das Folgende auslösen: „Ich werde euch bestimmt eine große Last abnehmen, wenn ich weg bin und ihr eure Lieblinge behalten könnt. Ich bin ja nur das schwarze Schaf, und wenn ich fehle, werdet ihr nur den Verlust der Sachen betrauern. Ich gehöre ja nicht mehr zu dieser Familie, also, das schwarze Schaf, auf nimmer Wiedersehen. Gezeichnet Fabian.“

Ein zerbrochenes Herz ist darunter gemalt mit dem Kommentar, dass es so in seinem Herzen aussehe und der schwarze Fingerabdruck von seinen Tränen komme.

Der Brief endet mit „Tschüss“ (Fabian, 11 Jahre).

Nicht nur Worte „schlagen“!

Auch die nonverbale Kommunikation spielt eine leider entscheidende einschüchternde, oft auch traumatisierende Rolle.

Es kann der erhobene Zeigefinger sein, Wegschauen, wenn man begrüßt wird, der gestresste Blick, die gerunzelte Stirn, das Rollen der Augen, das Hochziehen der Augenbrauen. Das Mustern des Gegenübers oder auch ein sich Aufbauen vor dem Gegenüber, das Ziehen eines schmerzverzerrten Gesichtes oder der Anblick eines stets betrübt, traurigen, vorwurfsvollen Blicks löst immer wieder Erinnerungen diffuser Art an frühere Missetaten aus mit spätestens ab der Pubertät sich entwickelnden zunehmenden Rückzugstendenzen.

Diese nonverbalen Signale lösen Unsicherheit, Gereiztheit, allgemein „Stress“ aus bei hintergründig im-

mer heftiger werdendem schlechtem Gewissen.

Es muss wohl zur Kenntnis genommen werden, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS in ihrer Entwicklung Phänomene in Kompensation der noch nicht ausgereiften „executive functions“ des Stirnhirns im Kleinkindalter noch lange mit sich herumtragen.

Dies ist einmal der „Animismus“ des frühen Kindesalters, das sogenannte „Riesenphänomen“, mit der Wahrnehmung des Modells und dem ungebremsten frühkindlichen Impuls, entsprechend alles nachmachen zu wollen.

Kinder, die nicht betroffen sind von ADHS, können durch Reifung, unterstützt durch Erziehung, etwa ab dem 6. Lebensjahr für sich klären, womit sie umgehen können, womit nicht, um z. B. vor Benutzung bestimmter Gegenstände erst zu fragen (wenn diese im Besitz des Gegenübers sind).

Auf die Frage
„Hast Du schon
wieder ...von mir
benutzt?“ kommt
dann prompt
die Antwort
„Immer ich ...!“

Kinder und Jugendliche mit ADHS nehmen sich langanhaltend spontan, was sie brauchen. Bei ihrer Reizoffenheit und ihrem sehr guten Gedächtnis für subjektiv Interessantes kennen sie oft den Haushalt ihrer Eltern besser als diese selbst, „finden dann etwas weg“ wie Bindfaden und Schere aus der Schublade in der Küche, den Pullover aus Muters Schrank, als Jugendliche den gerade passenden Gürtel vom großen Bruder, etc...

Dieser „Edelkommunismus“ ist lästig, wenn etwas benutzt wird, vor allem nicht mehr an den Platz zurückfindet und das Kind oder der Jugendliche sich dann subjektiv völlig zu Unrecht beschuldigt fühlt „weil er es schon längst vergessen hat“, dass der Gegenstand wirklich im eigenen Zimmer gelandet war. Nur „das ist ja schon Jahre her“ und irgendetwas anderes wurde aus Versehen darüber gelegt oder -geworfen. Auf die

Frage „Hast Du schon wieder ...von mir benutzt?“ kommt dann prompt die Antwort „Immer ich...!“

Ein zweites Phänomen ist der Artifizialismus – mit der implizierten Annahme, dass man nicht etwa selbst z. B. falsch mit einem Gegenstand umgeht, sondern der Gegenstand Schuld ist, dass die Benutzung nicht klappt.

Mit dem typischen oberflächlich abtastend, überhüpfenden Wahrnehmungsstil ist sinnerfassendes, bedeutungstiftendes Erfassen von Texten, die nicht besonders spannend sind, subjektiv, mühsam, dies gilt für Gebrauchsanweisungen, etc.

Dies kann aber auch für Skizzen zum Zusammenbauen von Möbeln gelten. Und wenn man die nicht richtig anschaut und abarbeitet ist das Möbelstück dann eben ein „Sch...“.

Konkretes und anschauliches Denken mit einfachen Operationen bezüglich Klassen und Relationen bleibt lange bestehen, ein zukunftsorientiertes und räumlich-zeitliches Denken, das eigentlich im frühen Jugendalter entstehen sollte, entsteht deutlich verzögert.

Nachdenken über Hypothesen und Aussagen, losgelöst von konkreten oder aktuellen Feststellungen, gelingt eigentlich nur bei Interesse bei ADHS – dann aber oft verblüffend früh einsetzend, zum Teil schon im Vorschulalter.

Eine kognitive Fähigkeit zur Introspektion, bei Nichtbetroffenen entstehend im frühen Jugendalter, ist bei ADHS nur rein egozentrisch möglich, eine angemessene Selbstreflexion erst ab dem 30. Lebensjahr. Eine Selbstevaluation, die einigermaßen realistisch ist, entwickelt sich oft nie.

Wenn man alles nur aus einer Perspektive sehen und eben nicht vorwegnehmen kann, wie das das Gegenüber bewertet, erlebt, was man jetzt so im Verhalten oder in der Sprache produziert mit entsprechender Mimik, Gestik, Körperhaltung und im Tonfall, sich schnell in etwas hineinsteigernd, ohne es zu merken und ohne es stoppen zu können, wird es umso schwieriger, wenn dann auch noch in der Pubertät der typische Adoleszenten-Egozentrismus“ hin-

zukommt (mit der Wahrnehmung, dass ein Jeder Jedem eigentlich nur an den „Kragen“ will). Alles wird auf sich bezogen – und Jugendliche mit ADHS entwickeln eben leider keine „internale Kontrollüberzeugung“ nach dem Motto „Ich habe aus der Erfahrung gelernt, komme nun besser mit meiner Umwelt zurecht“.

Jugendliche mit ADHS bleiben in einer „externalen Kontrollüberzeugung“ hängen. Sie empfinden viele Anforderungen oder Herausforderungen rasch als subjektive Überforderung – es sei denn, es besteht subjektives Eigeninteresse – geraten schnell in Stress und sind somit wenig stresstolerant.

In der Lerngeschichte der vielen Misserfolge bei appellierendem Moralisieren, Verhaltensverschreibungen, Beschwichtigungen, Strafandrohungen, etc., haben sie oft schon seit der frühen Kinderzeit das Empfinden, ausgegrenzt, anders zu sein, von Gleichaltrigen nicht akzeptiert, nicht erwünscht.

Die externale Kontrollüberzeugung führt vor allen Dingen bei Mädchen mit ADHS sehr schnell zur Wahrnehmung, dass sie nicht so ankommen, wie sie gerne wollen, weil sie „schlecht“ aussehen – mit entsprechenden Hyperfokussierungen eines Pickels, einer zu dicken Taille, etc.

Für sie gilt entsprechend nur Aussehen, aber nicht Ausstrahlung, da nun in der Pubertät immer deutlicher wahrgenommen wird, dass man einfach nicht weiß, woran die anderen merken, dass man den Mund aufmachen soll oder zu. Bei der Überbewertung von Kommentaren und Blicken anderer entsteht immer mehr Unsicherheit, die noch verstärkt wird durch die syndromtypische Entscheidungsschwäche. Immer wieder verblüfft alle (auch Wissenschaftler ...), dass man aber spontan sehr empathisch und hilfsbereit andere sehr gut beraten kann, für andere sehr gut auswählen kann, für andere sehr gut entscheiden kann, etc.

Dann transportiert man sich als Betroffener mit ADHS auch in Mimik, Tonfall, Körperhaltung, Gestik plötzlich völlig aktiviert, engagiert, präsent – was sofort wieder zusammenfällt, wenn es um eine Entscheidung

geht, die man für sich selber treffen muss, wenn man ein Anschreiben für eine Bewerbung formulieren muss, in der man z. B. seine positiven Eigenschaften formulieren soll, wie „Zuverlässigkeit“, „Teamfähigkeit“, „Pünktlichkeit“...

Im Gefühlsabsturz werden Dinge geäußert, für die hinterher eine regelrechte retrograde Amnesie besteht. Hinterher kann man sich eigentlich gar nicht vorstellen, was man geäußert haben soll. Kaum ist die (eigene!) Erregung abgeflaut, besteht bei ADHS sofort wieder der dringende Wunsch nach Zuwendung, Empathie, Geborgenheit, Wärme, etc.

Ob das Gegenüber aber sofort wieder einlenken kann, ist ungewiss...

Ein ständiges „Wachbewusstsein“ mit bewusster Autorenschaft der Gedanken und Worte, mit bewusster Handlungsplanung, bewusstem Realitätsabgleich und bewusster Existenz Erfahrung mit ausreichend gleichmäßiger Aufmerksamkeitsleistung und der Fähigkeit zur immer besser gelingenden Selbstreflexion entsteht definitiv (frei nach G. Roth 1999) bei ADHS nicht. Das Selbstwertgefühl ist oft schon früh angeschlagen.

Auch selbstbetroffene Elternteile haben dies häufig erfahren – verfü-

Im Gefühlsabsturz werden Dinge geäußert, für die hinterher eine regelrechte retrograde Amnesie besteht.

gen ihrerseits leider aber über Kommunikationsstrategien, die sie häufigst in ihrer eigenen Kinder- und Jugendzeit gehasst haben.

Wenn sie aber auch kein ausreichendes, gleichmäßiges biographisches Bewusstsein haben, wissen sie dies oft wirklich nicht – viele erkennen ihr eigenes Leiden und ihre eigene Lerngeschichte erst wieder z. B. bei der Darstellung der neurobiologischen Hintergründe und dem funktionellen Verstehen z. B. beim Elternt raining.

Bei dem ihrerseits egozentrischen

Wahrnehmen und einseitigen, sehr rasch emotional bewertenden und polarisierten und somit polarisierenden Umgang mit Aktionen und Reaktionen ihres Nachwuchses neigen sie sehr schnell dazu, zu monologisieren, in einem schulmeisterlichen Ton zu belehren, zu unterbrechen, zu etikettieren, vom einen ins nächste zu kommen bei dem Wunsch, selbst immer das letzte Wort haben zu wollen. Häufig erfolgt auch ihrerseits impulsives Dagegenhalten und bei Zurückweisung eines Ratschlags ein beleidigtes Äußern, dass man es doch nur gut meine. Spontan kann aber auch ein Rückzug angemeldet werden. Viele behaupten von sich, die Ruhe selbst zu sein, transportieren dann aber plötzlich durch genervtes Schnaufen oder eine abfällige Handbewegung, das gelangweilte oder genervte Abwenden des Blicks ihrer Bewertung. Leider kommt sehr häufig vor allen Dingen im Dialog mit einem Jugendlichen angesichts seiner „Probemeinung“ ein Kommentar wie „Wie kommst Du denn auf so was?“ oder „Das kann nicht sein, dass ...!“

Wenn bei einer Aufforderung rasch und verärgert der Satz beginnt mit „Du solltest wohl wissen, wie man... macht!“ sind der Gefühlsabsturz und das oppositionelle Dagegenhalten sozusagen programmiert. So wird der Jugendliche, der junge Erwachsene immer noch erzogen, Ratschläge werden gegeben, Tipps gegeben, man versucht zu belehren, eigene Geschichten einzubringen, ständig zu verbessern oder aber auch wortreich zu beschwichtigen, ironisch zu bemitleiden, etc.

In der oft nicht einfachen Kinder- und Jugendzeit lassen aber auch Geschwisterkinder, Gleichaltrige oft nichts aus, um aufzuzeigen, dass man nicht richtig tickt.

Trotz an sich sehr viel Wissens über ADHS und die neurobiologischen Hintergründe, das etwas andere Funktionieren wird immer noch verblüffend viel von der (auch universitären) Beratung mit „Sie müssen...“, „Sie sollten...“, etc., gearbeitet.

In Trainingsprogrammen/Coachings soll möglichst kurz, lösungsorientiert und effektiv gearbeitet werden – wobei nicht selten die Studien entstehen anhand von Betroffene-

nen, deren Symptomatik gering ausgeprägt ist oder die einen akademischen Hintergrund haben. Die Wirksamkeit wird berechnet unmittelbar nach einem Training – nicht v.a. dahingehend, wie es im Langzeittransfer aussieht.

Immer noch werden Eltern bezichtigt, „schuld“ zu sein am situationsunangepassten Verhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – ungeachtet der Tatsache, dass auch für selbstbetroffene Elternteile, und nicht nur für die Kinder und Jugendlichen, das bundesrepublikanische Schulsystem von Jahr zu Jahr katastrophaler wird, was inzwischen auch Lehrer wissen.

Je älter man wird mit ADHS, desto besser kann man über seine Gefühle sprechen und erfassen, was es für Anlässe für schwierige oder negativ geratende Kommunikation gibt.

- ▮ Es ist schwierig, vieles anzusprechen oder Probleme zu formulieren.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man über einen Misserfolg reden muss, sich entschuldigen muss.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man von jemand anderem etwas möchte im Sinne einer Bittstellung oder dem Wunsch nach einer Unterstützung.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man eingestehen muss, etwas vergessen zu haben.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man kritisiert wird, wenn man gegängelt wird.
- ▮ Es ist schwierig, mit einem Vorurteil umzugehen, es ist vor allen Dingen sehr schwierig, wenn man mit jemandem auskommen muss, den man nicht leiden kann.
- ▮ Es ist sehr schwierig, sich mit jemandem zu unterhalten, wenn man eigentlich an der Thematik kein Interesse hat.
- ▮ Es ist schwierig, sich für jemanden, den man irgendwie nicht mag, zu interessieren und dann nach seiner Meinung fragen zu sollen.
- ▮ Es ist schwierig anzusprechen, was einem am Gegenüber stört.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man eigentlich nur seine eigene Meinung richtig findet.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man eine andere Zeitvorstellung hat, eine andere

re Bewertung einer Sache hat.

- ▮ Es ist schwierig, auch in der Partnerschaft direkt nach einer Situation etwas erzählen zu sollen, was man erlebt hat.
- ▮ Es ist schwierig, mit dem Gegenüber Monologe zu führen, ihm ausreichend zugewandt zuhören zu sollen, vor allen Dingen wenn das Gegenüber nicht beim Thema bleibt, vom einen ins nächste kommt, jedes Detail berichtet.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man selbst in Gedanken ist, das Gegenüber, auch wenn es noch so geliebt ist, Dinge erzählt, die gerade einfach nicht „passen“, auf die man sich gerade nicht einlassen kann.
- ▮ Es ist schwierig, wenn man per Telefon mitten in einer Situation, die sehr wichtig ist, vom Gegenüber überfallen wird.
- ▮ Es ist schwierig bei einem bestimmten Tonfall oder bestimmten Formulierungen, gegen die man regelrecht allergisch ist, auseinanderhalten zu sollen, dass dies eben nicht die Mutter, sondern die Partnerin ist, die gerade mit einem spricht.
- ▮ Es ist schwierig, klarkriegen zu sollen, dass man auch beim positiven Empfinden für ein Gegenüber akzeptieren muss, dass dieses Gegenüber genauso geworden ist, wie es ist, weil es eben mit bestimmten unterschiedlichen Personen zusammen war, noch ist oder bleiben möchte und man diesen geliebten „Rohdiamanten“ nicht völlig für sich alleine haben kann.
- ▮ Es ist schwierig, bei subjektiv nicht erwartetem Verhalten des Gegenübers nicht sofort einen „Hintergedanken“ zu haben, eine Vermutung mit Entstehen von Misstrauen, Eifersucht, etc.

Die große Gefahr bei ADHS ist, sich im Konflikt im Blick/in der Mimik des Gegenübers regelrecht „aufzuhängen“, wenn das Gegenüber z. B. kritisch, steinern, traurig, etc., guckt – bis hin zum Empfinden, gelähmt zu sein.

Die Lerngeschichte bei ADHS macht oft, dass

- ▮ man keinen Mut hat, ein Thema anzusprechen,

- ▮ man keinen Mut hat, eine Erwartung klar auszudrücken,
- ▮ man keinen Mut hat, etwas subjektiv Schwieriges rechtzeitig anzupacken,
- ▮ man sich nicht angemessen abgrenzen kann,
- ▮ man bei Konflikten regelrecht abschaltet,
- ▮ man u.U. aus geringsten Anlässen heraus regelrecht ausrastet,
- ▮ man eine Abwehr gegen Fremdbestimmung hat,
- ▮ man ständig das Gefühl hat, irgendwie ungerecht behandelt/benachteiligt zu werden,
- ▮ man bei steigender Erregung einfach keine Argumente mehr hat,
- ▮ man beim Grübeln in eine Art Endlosschleife des Grübelns oder in regelrechtes Gehirnchaos verfällt,
- ▮ man ein ewiges und ausgeprägtes Schuldgefühl hat.

Bei diesen Erörterungen wird im Selbstwert- und Kommunikationstraining für ältere Jugendliche und junge Erwachsene sehr schnell deutlich, dass ständige Schuldzuweisungen regelrechte Selbstwertkiller sind. Dies gilt allerdings auch, wenn man ständig mit jemandem verglichen wird, wenn man häufig an ähnliche Situationen erinnert wird, wenn immer wieder „olle Kamellen“ aufgewärmt werden, wenn man beleidigt wird, nicht wertgeschätzt.

Schnell ist identifiziert, dass jemand mit einem „ADHS-Kopf“ gern mit jemandem kommuniziert, der sich freundlich transportiert, ruhig reagiert, klar, sachlich, verständlich formuliert, menschlich ist, dabei geradlinig, offen, wertschätzend. Man kommuniziert gerne mit jemandem, der einen ernst nimmt, der nachfragt, ohne zu bewerten, zuhört, ohne zu bewerten, das Gegenüber respektiert und selbst respektabel ist.

Dies führt unmittelbar dazu, dass Verhaltensänderungen offensichtlich nur gelingen, wenn der Trainer/Therapeut Abläufe mit den älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen konkretisiert, indem er regelrecht die Vorlaufanalyse „ermittelt“ und bei Konflikten genau wissen will, wer zugegen war, wo die Situation stattfand, was genau abgelaufen ist, wie und wann.

Je besser man sich „ein Bild machen kann“ und die Technik der Verhaltensanalyse beherrscht, schnell gezielte kurze Erklärungen wiederholend zur so verbesserten Lernfunktion beim Entstehen des Konfliktes beiziehen kann und im sokratischen Dialog mit straffer Gesprächsführungstechnik auch Widerstände wertschätzend und freundlich auffangen kann, desto besser gelingt die Etablierung von alternativen Verhaltensweisen.

Menschen mit ADHS setzen nur um, was für sie nachvollziehbar, plausibel, tatsächlich auch machbar erscheint.

Es ist abzuklären im Vorlauf, ob ein wirklicher Leidensdruck besteht, eine tatsächliche Störungsbildakzeptanz sowie eine Mitarbeitsbereitschaft und Umsetzungswilligkeit.

Das Kommunikations- und Selbstwerttraining für ältere Jugendliche und junge Erwachsene ist nur möglich, wenn kein Substanzgebrauch oder -missbrauch besteht und eine ausreichende Kognitionsfähigkeit vorhanden ist.

In der konkreten Umsetzung wird im Selbstwert- und Kommunikationstraining erläutert, welche große Rolle die „silent messengers“ spielen wie Körperhaltung, Mimik, Gestik und der Tonfall. In der Kommunikationsforschung wurde klar, dass diese Faktoren 93 % der Kommunikation ausmachen, die das Gegenüber auch erreicht. Inhalt der Kommunikation, die Worte, betragen etwa 7 %.

Nun haben Betroffene mit ADHS aber häufig Schwierigkeiten, ihre Körperspannung zu halten. Sie stützen sich ab, lehnen sich an, wippen, wechseln die Sitzposition.

Dies passiert umso schneller, wenn sie sich unsicher fühlen – was nicht selten auch mit dem „Outfit“ zu tun hat, der gerade diese Altersgruppe oft „einhüllt“ oder verkleidet, wenn sie sich einer Gruppe zugehörig fühlen, bei Älteren auch mal die Körperlichkeit zu stark betonend.

Aus dem Training der sozialen Kompetenz nach Copeland und Walker 1995 (überarbeitet und modifiziert durch C. Neuhaus 2004) wird am Ignorierenlernen verletzender Interaktionsmuster gearbeitet. Dies gelingt am besten, wenn man eine

Mimik einübt, die man automatisch produziert, wenn man auf etwas stolz war, einem etwas gelungen ist. Man kann das vor dem Badezimmer Spiegel einüben mit der entsprechenden „Ausstrahlung“, die dann tatsächlich wirkt, wenn man in einer kritischen Situation das Gegenüber anschaut mit diesem Gesicht ohne etwas zu sagen, um sich danach abzuwenden. Damit kann man Unsicherheiten verbergen, weil man sonst gelangweilt, gleichgültig, müffig, desinteressiert wirkt.

Für die ganz konkrete Kommunikationsverbesserung gilt – was gut mit einer konkreten Verhaltensanalyse zu erarbeiten ist – sich nicht immer und ewig zu rechtfertigen (vgl. „Die Neuropsychotherapie der ADHS – ETJ“ – im Druck).

Ein kurzes Statement ist sinnvoller, da man sich sonst „um Kopf und Kragen“ redet.

Es ist auch nicht nötig, immer wieder zu begründen, warum etwas so oder so gelaufen ist oder nicht gelaufen ist. Man benennt, was Fakt ist – mit dem Effekt, dass das Gegenüber erkennt, dass man dazu steht, da die

Für manche ist es wichtig, mit ihnen zu erarbeiten, dass es nicht schlimm ist, Fehler zu machen, aber eine Katastrophe, nicht dazu zu stehen.

Entschuldigung der Entschuldigung einfach nur nervt und auch nichts an der Tatsache ändert, dass eben einfach etwas vergessen worden ist.

Wenn man seine Meinung vertreten will, ist es wenig sinnvoll, immer noch ein „Hilfs-Ich“ oder mehrere heranziehen zu wollen. Es kann zwar sein, dass auch andere der gleichen Meinung sind wie man selbst, aber das Gegenüber spürt schnell, dass man offensichtlich nur eine Argumentationshilfe braucht, um die eigene Meinung zu vertreten – was eben nur Schwäche belegt.

Eine Ausrede der anderen folgen zu lassen ist nichts als Selbstsabotage. Irgendwann kommt heraus, dass man etwas nicht angefangen oder nicht beendet hat, rein nach dem Motto „Wer etwas will, sucht Wege,

wer nicht, sucht Gründe“.

Dabei ist es für Betroffene mit ADHS in diesem Alter sehr wichtig, dass ein „Nein“ von einem Gegenüber keinesfalls sofort bedeuten muss „Ich habe Dich nicht gern“.

Verletzende, allergisierende, ständig benutzte Wörter werden bezüglich ihrer tatsächlichen Bedeutung untersucht und einem „Reframing“ unterzogen.

Jedes Wort, das immer wieder benutzt wird, erzeugt in irgendeiner Form und immer wieder andersartig „Stress“. So wird es immer zunächst bewertet als Vorwurf mit subjektiv emotional negativer Bewertung. Tritt es aber weiterhin auf, wird es zwar nervig, in der Bedeutung aber flacher und führt schließlich zu der hintergründigen Überlegung, wozu es eigentlich verwendet wird. Schlussendlich wird gemeinsam identifiziert, dass dieser Vorhalt kommt, wenn man z. B. viel gerne selbstbestimmt machen möchte und nicht unerwartet fremdbestimmt werden möchte.

Wenn man z. B. vorgeworfen bekommt „nie Zeit zu haben für das Gegenüber“ muss unter Umständen klar werden, dass man weder selbst noch das Gegenüber immer in dem Moment, in dem man dies subjektiv wünscht, Interesse, Zuwendung oder Ähnliches mobilisieren kann.

Schwierig ist auch das Wort „ehrlich“. Ehrlich zu sein heißt ja eben nicht, sofort und immer die eigene Meinung äußern zu müssen in der Annahme, dass diese die 100 % Richtige ist – was nur mit Störungsbildteaching in wiederholender Form gelingt.

Gerade bei stark betroffenen älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS ist die Diskussion darum eine mühsame, auch in der Hinsicht, sich sofort erklären zu wollen oder auch dem anderen helfen zu wollen.

Kritik ist nicht sofort die Totalzerstörung meiner Person! Es wirkt sehr schwierig in diesem Selbstwert- und Kommunikationstraining für junge Erwachsene mit ADHS eine Sensibilität der Aufnahmebereitschaft für die kognitiv kompensierte soziale Empathiefähigkeit herzustellen. Sie reift definitiv nicht aus, d.h. dass es für Menschen mit ADHS in

diesem Alter (oft auch noch später!) nicht möglich ist, sich vorzustellen, dass jemand im Kontakt barsch, unfreundlich, etc., ist, vielleicht, weil er selbst Bauchweh hat, Kopfschmerzen, eine schlechte Nachricht erhalten hat, etc.

Es wird sofort angenommen, dass man selbst abgelehnt werde, nicht gemocht werde, unwillkommen sei, etc.

Die Technik mit dem spontan freundlich, gewinnenden Gesicht, das man einübt in Kombination mit der kognitiv kompensierten Überzeugung, dass Menschen aus den unterschiedlichsten Gruppen in einer schlechten Stimmung sein können, wird zwar verstanden, aber nur mühsam in den Transfer gebracht.

Bei vielen ist wichtig zu implementieren, dass man zwar versuchen kann, sein Bestes zu geben, aber es wenig sinnvoll ist, immer der oder die Beste sein zu wollen.

Was leichter geht ist, die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu ermutigen, bei Nichtverstehen nochmals nachzufragen oder zuzugeben, etwas vergessen zu haben.

Für manche ist es wichtig, mit ihnen zu erarbeiten, dass es nicht schlimm ist, Fehler zu machen, aber eine Katastrophe, nicht dazu zu stehen.

Bei der Tendenz, vorschnell einseitig zu bewerten, rein emotional polarisierend und polarisiert ist es erst einmal wichtig nachzufragen, in welchem Metarahmen diese Kontrollüberzeugung steht. Es kommt z. B. die Aussage „Ich bin eben ehrlich, weil ich mich nicht verstellen will“.

So muss man fragen, wie es möglich sein kann, dass er oder sie das glaubt – allerdings glauben viele in diesem Alter fest daran, auf diese Art und Weise Ehrlichkeit zeigen zu können, da ihnen Diplomatie, „ein vorsichtiges Herantasten mit abwägenden Worten“ (immer kognitiv kompensiert!) als ein unehrliches, „Schleimen“, Manipulieren, etc., vorkommt.

Danach ist abzuklären, wie der Realitätsabgleich dabei tatsächlich gelingt. Sich nicht verstellen zu wollen (möglicherweise in der bestimmten Situation X sehr konfliktreich) macht die Frage nötig, was an dieser „Ehr-

lichkeit“ tatsächlich richtig/sinnvoll ist. Dies geht nur mit Visualisierung, mit einer Plus/Minus-Liste und Abchecken, was dafür spricht und was dagegen.

Danach wird in der Gruppe erarbeitet, dass nun eben für jeden Mitmenschen wichtig ist, welches Modell er hatte als Kind und wie man selbst als Modell wirken will. Danach folgt die Untersuchung des Selbstbezugs mit Störungsbildteaching, in dem man hinterfragt, ob jemand „unehrlich“ ist, wenn er nicht sofort direkt sagt, was er „ganz spontan“ als erste Idee hatte (zumindest mal rein theoretisch!).

Danach wird die Rahmengröße eingengt mit Hinterfragen, was passieren würde, wenn alle auf diese Art und Weise „ehrlich“ wären.

Bezüglich der Konversationstechnik wird dann eine Werteskala erarbeitet zusammen in der Gruppe um zu überlegen, ob es nun sinnvoll ist, sofort den „Kropf“ zu leeren oder ob es noch andere Optionen geben könnte. Kognitiv kompensiert erfolgt dann ein Ausblick, was passiert, wenn man sich weiter so verhält wie bisher und was, wenn nicht (wieder im sokratischen Dialog).

Es ist hier flankierend oft sehr erleichternd für die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wenn sie merken, dass sie sich deutlich weniger durch die Mimik des Gegenübers stressen lassen, wenn sie gezielt, aber kurz das Gegenüber anschauen, den Blickkontakt dann wegnehmen, die Stimme senken, um so mehr „bei sich“ bleiben können, gezielter auswählen können, wie sie vorgehen wollen.

Angesichts der in der Lerngeschichte entstandenen vielen verzerrten Denkmuster und dysfunktionaler Kontrollüberzeugungen wird dargestellt und korrigierend eingeübt, was eigentlich eine neutrale Vorrannahme ist und was ein regelrecht interpretierendes Gedankenlesen.

Betroffene mit ADHS neigen sehr dazu, Gedanken zu lesen. Wenn jemand schroff oder laut wird, ist gleich „klar“, dass jemand das Gegenüber nicht mag – man selbst schreit aber durchaus auch mal jemanden an, den man sogar vorgibt zu lieben! Das ganz konkrete Vorgehen bleibt

einem Manual vorbehalten, an dem die Autorin derzeit arbeitet.

In zwei Aufbaukursen des Basis-kurses wird an ganz konkreten Beispielen darauf eingegangen, wie man vielleicht etwas anders bewerten kann, um dann zu einem „Reframing“ zu gelangen.

Ziel ist, dass sich die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht immer wieder wie „der letzte Dreck“ vorkommen, sie sich etwas aussöhnen können mit ihren Eltern und deren Kommunikationsfehlern.

Nicht selten scheint die Arbeit aber so schwierig, dass die Gruppe, respektive einzelne Teilnehmer, immer wieder in ein regelrechtes Loch fallen, wie z.B. „Muss ich mich nun ständig kontrollieren und hart an mir arbeiten?“

Der Trainer muss nun von der Unmöglichkeit ausgehen, dass man sich da je damit abfinden könnte. über die Unwahrscheinlichkeit und die Nicht-Notwendigkeit des Aufbaus einer Verbalisierungs- oder Handlungs-alternative. ((Das verstehe ich nicht-gei. Ich auch nicht, habe daher etwas gestrichen - Bü)) Er wird danach die Gruppe zu der Einsicht „hinüberführen“, dass es unter Umständen an der Zeit sein könnte, mal etwas Neues auszuprobieren, natürlich intensiv unter Einbezug der gemachten Erfahrungen zur Eröffnung einer Möglichkeit, mit anderen vielleicht wesentlich erfolgreicher zu sein im Umgang.

Erst dann gelingt es erfahrungsgemäß, mit der Gruppe wirklich einmal zu versuchen, nicht sofort die Stimme zu erheben im Konflikt, nicht sofort rückzufragen, warum jemand etwas nicht gemacht hat, sich und andere nicht ständig zu vergleichen, nicht immer „ausdiskutieren“, was man machen muss oder was nicht.

Es gelingt dann auch (mit Störungsbildwissen) einmal zu überlegen, wie berechtigt es ist, zu äußern, dass man etwas nicht gesagt bekom-

men hat – wovon das Gegenüber allerdings sehr überzeugt ist (vgl. u.a. Neuhaus, C., 2005, „Laß´ mich, doch verlaß´ mich nicht – ADHS und Partnerschaft“).

Mit Visualisierungshilfen, die das Gedächtnis stützen, mit Zeiterfassung, um dann ein Zeitmanagement aufbauen zu können mit formulierter schriftlicher Fixierung von Absprachen, die getroffen wurden, mit klarer Festlegung von Routinen, die z. B. in der Paarbeziehung von jedem durchgeführt werden, zumindest eine zeitlang, gelingt zusätzlich eine Verbesserung der Kommunikation oft rasch und ausdauernd.

Schwierige Situationen können im Rollenspiel nachgestellt werden, wobei der Trainer in der Gesprächsführung

freundlich, wertschätzend und straff sein muss, darauf achtend, dass immer nur einer redet. Es darf kein Interpretieren oder das Erteilen von Ratschlägen möglich werden, bevor nicht eine Situation bezüglich ihrer Störungsbedingungen analysiert worden ist und hinterfragt wurde, inwieweit die Symptomatik mit der anderen Funktionssteuerung von ADHS zum Konflikt „beiträgt“.

Ziel ist, dass sich die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht immer wieder wie „der letzte Dreck“ vorkommen, sie sich etwas aussöhnen können mit ihren Eltern und deren Kommunikationsfehlern. Ziel ist, dass sie Interesse am Gegenüber entwickeln können, sich aber auch besser abgrenzen können, sich

nicht ausnutzen lassen müssen, ihre Konflikte angemessen transportieren können – allerdings mit der Maßgabe, auf das Gegenüber – vor allen Dingen, wenn es selbst betroffen ist – immer wieder aufs Neue zuzugehen (ohne „olle Kamellen“ immer und immer wieder hochzuholen - nach dem Motto, dass man mit ADHS eben nur einen „Vorwärtsgang“ hat!).

Der Einsatz von Humor hilft sehr beim Lernen. Spaß miteinander haben beim Lernen mit dem Wissen, dass alle im gleichen Boot sitzen, ein gemeinsames Lachen über „Syndromtypisches“ hilft sehr dabei, selbstwertgestärkt in den Alltag zu treten, in einer Beziehungskiste erfolgreicher zu sein mit sicherer Option auf einen „Schmusegutschein“.

Cordula Neuhaus
Dipl.-Psychologin,
Dipl.-Heilpädagogin,
Dozentin
73730 Esslingen

Literatur:
Neuhaus, C., „Laß´ mich, doch verlaß´ mich nicht – ADHS und Partnerschaft“, 2005, dtv.
Neuhaus, C., „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung“, 2007, Kohlhammer-Verlag Stgt.

ADHS: Die Schule ist das Nadelöhr! Wirksame pädagogische Hilfen für Lehrer (und Eltern !)

Hans Biegert

ADHS: Modediagnose, Erziehungsunfähigkeit, psychische Störung ...? Kinder mit ADHS-Problemverhalten stellen eine extreme Herausforderung an Erziehung und Pädagogik dar, das Nadelöhr der Entwicklungsperspektiven des ADHS-Kindes ist hierbei regelmäßig die Schule. Eine Approbation wissenschaftlicher Erkenntnisse über ADHS im Hinblick auf wirksame schulpädagogische Förderung (nicht nur!) von ADHS-Kindern in der Schule verspricht Entlastung!

Symptomatik

Das ADHS (*Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom*) ist das in den westlichen Ländern seit einigen Jahren am häufigsten diagnostizierte kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbild. Epidemiologische Studien belegen eine Prävalenz von 4-6% im Kindes- und Jugendalter, heißt: ca. 650.000 Schulkinder in Deutschland imponieren durch Problemverhaltensweisen in den drei Kernsymptomen *Aufmerksamkeitsdefizit* (=unkonzentriert, Ablenkbarkeit, kurze Aufmerksamkeitsdauer,

scheint nicht zuzuhören, übersieht Details, vergisst Dinge, bricht Aufträge ab, keine Ausdauer...), *Impulsivität* (handelt unüberlegt, platzt rein, kann nicht abwarten, schnell frustriert, unterbricht andere, unorganisiert, unordentlich, stimmungswechselhaft, nicht gründlich, reagiert übermäßig, fühlt sich schnell provoziert,...) *Hyperaktivität* (zappelt ständig, motorisch exzessiv, rastlos, kann sich nur schwer ruhig verhalten, ...).

Konsequente Störungen (Komorbiditäten)

Vergleichsstudien belegen, dass ADHS nicht mit Mangelbegabung assoziiert ist (statistisch ist die Gaußsche IQ-Verteilungskurve sogar um 5,6 Punkte nach rechts = in den Hochbegabungsbereich verschoben), dennoch verbleiben 90% ADHS-betroffener Kinder in ihrer schulischen Entwicklung unter ihren intellektuellen Möglichkeiten: 80% (versus 27% Nicht-ADHS) wiederholen im Laufe ihrer Schullaufbahn mindestens einmal eine Klasse, ca. 30% (versus 3%) „landen“ schon sehr bald auf ei-

ner Sonderschule, 40% (versus 10%) verlassen die Schule ohne Schulabschluss, 30% (versus 6%) entwickeln bereits in den ersten Schuljahren massivste Schulprobleme. Wie Interaktionsstudien belegen, erfahren ADHS-Kinder selten Akzeptanz, in der Beliebtheitsskala unter Gleichaltrigen „landen sie ganz unten“. Die häusliche Situation ist geprägt von Strukturlosigkeit, stressiger und unwirksamer Interaktion und am Ende von kaum beeinflussbarem oppositionellem Problemverhalten, was regelmäßig zu elterlicher Überforderungssymptomatik führt. Derart jahrelange von ständiger Ausgrenzung geprägte Sozialerfahrungen und trotz immer wiederkehrender Bemühungen ausbleibende schulische Erfolge sowie überwiegend negative Rückmeldung erwachsener Bezugspersonen (in Schule, Freizeit und Familie) führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstbildes, dann zu mangelndem Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, darauf zu Motivationslosigkeit und Misserfolgserwartung, am Ende in eine opposi-



Dr. h.c. Hans Biegert
Leitender Schuldirektor
der HEBO-Privatschule
Bonn

tionelle Verweigerungshaltung oder in depressiven Rückzug, in jedem Fall zu schweren Sozialintegrationsstörungsrisiken.

Neurobiologische Ursachen

Die Dysfunktionalität der bioelektrischen Signaltransduktion in den neuronalen Netzwerken (u.a. aber besonders) im Frontalhirn steht verursachend für die Ausprägung des ADHS-Problemverhaltens, da das Frontalhirn maßgeblich die Funktionen Selbstregulation, Aufmerksamkeitslenkung, Impulskontrolle, Emotionsmanagement verantwortet (Frontalhirnverletzungen führen zur Ausbildung von ADHS-typischen Problemverhaltensweisen). Neurobiologisch begründet sich das Impulsübertragungsdefizit der frontocorticalen Neuronetzwerke in einer Minderverfügbarkeit (u.a. aber schwerpunktmäßig) des Neurotransmitters Dopamin, der dort regulär an den neuronalen Kontaktstellen den bioelektrischen Impulsübergang zwischen Neuronen gewährleistet. Dies hat wegen der präfrontalen Funktionszuständigkeiten folglich Auswirkungen auf alle Bereiche – kognitiv, sozial, emotional – des Lernens, Kompetenzerwerbs und der Erfahrungsimplementierung in den vorgenannten Kompetenzbereichen. Während üblicherweise (bei Nicht-ADHS-Betroffenen) das Prinzip *Übung = Stärkung* gilt, heißt: wenn eine Neuronetzwerkspur benutzt wird (durch Stimulation mittels Lernen, Erfahrung, Sozialisation...) steigt deren Leitungs- und Leistungsfähigkeit und damit deren künftiger verbesserter Zugang (= Kompetenzerwerb, Lernleistung, Erfahrungsimplementierung...) führt Stimulation mittels Lernen und Erfahrung somit bei ADHS (besonders) in den dopaminwirksamen frontocorticalen Bereichen folglich nicht zu nutzungs-/erfahrungsadäquater Verbesserung der Leitfähigkeit, nicht zu künftig verbesserter Zugänglichkeit. Folge ist die eingeschränkte Erfahrungs-, Lernwirksamkeit und Kompetenzimplementierung in den dopamingestützten Cortex-Bereichen (Frontalhirn) mit den von ihnen vertretenen Funktionen (Aufmerksamkeitslenkung, Selbstregulation,

Impulskontrolle, Emotionsmanagement,...).

Betroffen sind *alle* neuronalen Netzwerkfunktionen, die schwerpunktmäßig dopamingestützt organisiert sind. Hierunter fallen u.a. so wichtige Funktionen wie das neuronale Belohnungssystem (ventrales - Tegmentum > Nucleus Accumbens + Frontalhirn), welches für das Lernen aus/über Erfolg, den Aufbau der intrinsischen Motivation, die konstruktive Überwindung von Problemlösungsprozessen steht. Betroffen sind ferner Neuronetzwerke, die für das Lernen am Modell / aus Vorbildern stehen – die sogenannten Spiegelneuronen. Die ansonsten (bei Nicht-ADHS) spiegelneuronalen Netzwerke unterstützen in den dopamingesteuerten Netzwerken somit bei ADHS nicht adäquat vorbildgestützte Lernwirksamkeit.

Diese dopaminerg-frontocorticalen Funktionseinschränkung ist zum einen nicht unerheblich genetisch bedingt. Familienlangzeitanamnesen, sowie Zwillings- und Adoptionsstudien belegen eine höhere statistische ADHS-Konkordanz zwischen eineiigen (ca. 75%) versus zweieiigen Zwillingen (30%) versus Nicht-Zwillingsgeschwister-kindern (20%) und sogar bei eineiigen getrennt aufgewachsenen Zwillingen (ca. 60%) (Rowe 1997); insgesamt kann von einer ca. 70%igen (Banaschewski 2005) genetischen ADHS-Disposition ausgegangen werden.

Molekulargenetische Forschungen stützen die Ergebnisse der Verhaltensforschung. Studien bestätigen (Krause et. al 2005) die Beteiligung von mehr als 12 Genorten; etwa jene, mit Zuständigkeit für die Genexpression zur Bildung der sogenannten präsynaptischen „Dopamintransporter“, Proteine, deren Funktion in der Dopaminrückführung nach erfolgter synaptischer Signaltransduktion besteht; der Gendefekt liegt hier in der Ausbildung von zu vielen Dopamintransportern, was eine zu schnelle und intensive Dopaminrückführung, somit eine zu geringe Dopaminverfügbarkeit im synaptischen Spalt, folglich eine Beeinträchtigung des synaptischen Impulsübergangs verursacht. Die Intensität dieser genotypischen Gendefektausprägung

einer graduell erhöhten Dopamintransporterdichte kennzeichnet die phänotypisch korrespondierende graduelle Stärke der ADHS-Symptomatik (siehe Abs. 1). Diese korrespondiert wiederum mit einer Störungsbild ausprägungsadäquaten Intensität der erforderlichen Intervention mittels Neurostimulation durch Lernen, Erfahrung, Sozialisation... und entscheidet am Ende darüber mit, welche Intensitätsstufen eine ADHS-störungsbildadäquate Interventionswirksamkeit zeigen:

Die Intensität der präfrontalen Stoffwechselstörung, nämlich die Wiederaufnahmedysfunktion des (u.a.) Dopaminsystems in seiner Dopamintransporterdichte, die die Ausprägungsstärke des ADHS definiert und zur Folge hat, kann folglich reduziert werden durch stufenweise intensivere ADHS-störungsbildorientiertere Intervention

a) mittels besserer Informiertheit von Eltern, Lehrern und Erziehern über die ADHS-Störungsbildsymptomatik und einer sich daraus einstellenden intensivierten Edukation

und wenn dies nicht ausreicht zusätzlich

b) auf der Ebene einer spezifischeren, ADHS-orientierteren Psycho-Edukation (Schule-Elternhaus-Setting)

und wenn dies nicht ausreicht, zusätzlich

c) auf psychotherapeutischer Ebene i.d.R. ADHS-Verhaltenstherapie

und wenn das nicht ausreicht, zusätzlich

d) auf pharmakotherapeutischer Ebene (i.d.R. mittels Methylphenidat et. al. – Handelsnamen u.a. Medikinet ©, Ritalin ©, Equasium ©, Concerta© etc.)

Der Wirkmechanismus der Pharmakotherapie mit Methylphenidat (MPH) besteht „trivialerweise“ darin, dass die MPH-Moleküle elektrostatisch vorübergehend (bei kurzwirksamen Präparaten Wirkdauer ca. 3 Std.) den Verschluss der o.g. Dopamintransporterproteine herbeiführen und in der Konsequenz damit die Verfügbarkeit des Neurotrans-

mitters Dopamin innerhalb des synaptischen Spaltes erhöhen und dadurch die Impulstransduktion zwischen den dopaminergen Neuronen innerhalb des MPH-Wirksamkeitszeitfensters so ermöglicht wird, wie üblicherweise in nicht ADHS-geschädigten Neuronnetzwerken.

Medikamentöse Therapie mit MPH an sich und allein führt in der Folge nicht automatisch zu einer vollständigen Aufhebung der ADHS-bedingten corticalen dopaminabhängigen Dysfunktionen in Selbstregulation, Impulskontrolle, Aufmerksamkeitslenkung und Emotionsmanagement etc.. Pharmakotherapie (MPH) bei ADHS „legt nicht automatisch den Hebel um“, sondern bringt i. d. R. Entlastung im Sinne verbesserter interventionaler Zugänglichkeit und „öffnet damit die Tür“ zu verbessertem und nachhaltigem Kompetenzerwerb in o. g. Kompetenzbereichen.

Schulpädagogisch orientierte Approbation der Erkenntnisse über ADHS

ADHS „ist bis zu 70% genetisch disponiert“; heißt, bis zu ca. 70% des ADHS-Ursachenmusters ist genetischen Faktoren, folglich *mindestens* 30% der ADHS-Ausprägung sozialisationsbedingten Einflussfaktoren wie Schulpädagogik, Elternhausentwicklung, Peer- und Medieneinflüsse etc. zuzuschreiben: Kein Lehrer kann folglich das ADHS-Problemverhalten eines Schülers reduktionistisch allein auf elterliche Erziehungsdefizite verkürzen! Kein Elternteil kann das ADHS-Problemverhalten allein mit Vererbung „entschuldigen“. Erst die Gesamtheit aus ererbten Anteilen *und* Sozialisation in Schule – Elternhaus – Freizeit etc. kann die Ausprägung als ADHS-Problemverhalten im Einzelfall erklären. Eine Feststellung, die mit der neuropsychologischen Bedingungsbeschreibung korrespondiert:

Wenn allen psychologischen Prozessen neuronale Strukturen und Funktionen zu Grunde liegen, und wenn psychologische Prozesse durch die Art und Weise einer pädagogischen Intervention verändert werden können, dann verursachen veränderte pädagogische Prozes-

se veränderte neuronale Strukturen und Funktionen. Psychologisch-pädagogische Prozesse durch Schulpädagogik, Schulklima und Unterrichtsführung etc. können daher (genau wie ADHS-orientierte Psychotherapie) wirksam und dauerhaft neuronale Prozesse und corticale Strukturen verändern. Schule – schulisches Sozialklima - Schulpädagogik – Unterricht – Unterrichtsführung – didaktisch / methodische / schulsozialpädagogische Wirklichkeit an und in Schule trägt damit *immer* zu einer ADHS-Problemverhaltensverstärkung oder -reduzierung bei! Welche pädagogischen Interventionen haben sich als wirksam erwiesen, die neuropsychologischen Prozesse der dopaminerg-frontocorticalen Dysfunktionen wirksam und nachhaltig zu reduzieren?

Was wir über ADHS wissen und was wir für einen ADHS-wirksamen Unterricht daraus ableiten können:

1. ADHS ist eine Selbstregulationsstörung
ADHS-Kinder brauchen im Unterricht Fremdregulation d.h. Strukturen-Rituale-regulierende Rahmenbedingungen.
2. ADHS ist eine Anpassungsstörung
ADHS-Kinder brauchen auf allen unterrichtlichen Ebenen (kognitiv, didaktisch-methodisch, emotional, sozial) Adaptivität.
3. ADHS führt zu Selbstbild- und Selbstwirksamkeitsstörungen
ADHS-Kinder benötigen selbstbild- und selbstwirksamkeitsfördernde unterrichtliche Rahmenbedingungen.

Bei der Formulierung ADHS-wirksamer unterrichtlicher Interventionsbausteine habe ich mich von meinen Erfahrungen aus einer Vielzahl von durchgeführten Lehrerfortbildungen zum Thema „ADHS und Schule“ leiten lassen:

Lehrerinnen und Lehrer ringen und suchen nach ganz konkreten „handfesten“, in der täglichen Unterrichtspraxis umsetzbaren Modulen, die sie im Umgang mit ADHS-Kindern im Hinblick auf zielführenden Unterricht entlasten.

1. Selbstregulationsfähigkeit fördern:

Verbesserung von Aufmerksamkeitslenkung und Selbststrukturierung durch wirksame pädagogische Führung

- ▮ eindeutige Regeln einführen; besser 5 und die konsequent, als 15, an die sich nur wenige halten. Regeln täglich in Erinnerung bringen. Neue Regel erst einführen, wenn die vorherige von allen angenommen ist.
- ▮ Umsicht zeigen, Übersicht behalten. Die gesamte Klassendynamik zu *jedem* Zeitpunkt im Auge haben, vorausschauendes Wahrnehmen der Problemverhaltensweisen.
- ▮ Störungen, Ablenkungen im Ansatz erkennen, sofort niederschwellig regulierend eingreifen und produktiv umlenken (kurz, sachbezogen, vorwurfsfrei ansprechen).
- ▮ Eindeutige Anweisungen (kurz, knapp, nicht vorwurfsvoll), verhaltensregelnde Symbole / Handzeichen / Gestik-Mimik „vereinbaren“.
- ▮ Regelverstöße nicht dramatisieren aber sofort einschreiten ohne fulminante Grundsatzdiskussion (nichts laufen lassen, auf den Schüler zubewegen, ggf. Hand auf die Schulter/den Arm legen).
- ▮ Einen Normen- und Sanktionskatalog für Fehlverhalten festlegen, eindeutig beschreiben.
- ▮ Standhaft sein ohne zu herrschen, konsequent sein ohne zu drohen. Wirksamkeit durch Klarheit und Körpersprache, kollegiale Konsequenz, *alle* Lehrer halten sich an Vereinbartes.
- ▮ Räumliche Nähe zum Schüler, sich neben das Kind stellen, immer wieder Blickkontakt.
- ▮ Fester, nicht ständig wechselnder Sitzplan, nicht an Einzeltisch in die letzte Reihe.
- ▮ Gezielte überschaubare Aufträge und Besorgungen erteilen (Tafeldienst, Karten holen, Geräte aufstellen...).

2. Anpassungsfähigkeit fördern:

Förderung von Lernerfolgen durch möglichst hohe aber adaptive, kognitive und methodische Anforderungen

- ▮ Ruhe in der Klasse gewährleisten, kein Unterrichtsbeginn ohne absolute Ruhe.
- ▮ Alles Überflüssige vom Tisch, immer zu Stundenbeginn prüfen und durchsetzen.
- ▮ ADHS-Kinder nicht an Gruppentische, lehrerzentrierte Sitzordnung.
- ▮ Mit offenen Unterrichtsformen nicht überfordern, Freiarbeit, Wochenplanarbeit nur mit helfendem, strukturierendem Begleiten.
- ▮ Kleinschrittig strukturierend vorgehen, immer wieder rückfragen und Erarbeitetes sichern.
- ▮ Ergebnisse in Merksätzen und Regeln festhalten,
- ▮ lernen lassen, abfragen.
- ▮ Regelmäßige Überprüfung der Heftführung. Arbeitsblätter werden noch in der Stunde unter Lehreraufsicht abgeheftet / eingeklebt.
- ▮ Häufige kleine schriftliche wie mündliche Überprüfungen mit Lernerfolgsmöglichkeiten.
- ▮ Vermeidung von Monotonie im Unterricht, Abwechslung in der Gestaltung, neues Material einführen.
- ▮ Aufgaben mit positivem Anreizwert. Anpassung an die Lernvoraussetzungen.
- ▮ Isolierung von Schwierigkeiten, Überwindung von Problemzonen durch regelmäßiges und umfassendes vertiefendes Wiederholen.
- ▮ Nicht „lahm“ und hölzern unterrichten, sondern expressiv, d.h. enthusiastisch, engagiert, lebhaft und mit Sinn für Humor.
- ▮ Individuelle Gestaltung von Überprüfungssituationen.
- ▮ Erteilte Aufgaben sehr zeitnah nachsehen – immer! Möglichst mit ermutigenden schriftlichen Kurzkomentaren versehen.
- ▮ Unterrichtsroutinen pflegen, erteilte Hausaufgaben immer und bei jedem kontrollieren (loben!). Die Übernahme der kompletten Hausaufgabenstellung ins Aufgabenheft prüfen / abzeichnen.
- ▮ Selbststrukturierung fördern (Stopp – schau/hör/lies genau – plane sorgfältig – konzentriere Dich – überprüfe Dein Ergebnis in Ruhe – gut gemacht !)

3. Selbstbild und Selbstwirksamkeit fördern:

Aufbau eines positiven Sozialklimas durch emotionalen Rückhalt, positive Erfolgserwartung und Positiv-Feedback

- ▮ Umfassende Aufklärung und Beratung von Eltern und Schülern (Ursachen, Perspektiven, Konsequenzen) Vermittlung professioneller Kontaktadressen (Ärzte, Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Fachliteratur).
- ▮ Kooperation Schule – Elternhaus – Therapeut fördern. Schuldzuweisungen sind kontraindiziert. Akzeptieren, dass die Eltern nicht das Problem sind, sondern ein Baustein im Lösungskonzept des Problems.
- ▮ Positive Rückmeldung, Lob, nicht nur gute Ergebnisse sondern auch individuelle Anstrengung und individuelle Fortschritte anerkennen (positive Anmerkungen ins Heft).
- ▮ Die Individualität der persönlichen Lern dispositionen anerkennen und achten (Wer würde von einem Stotterer flüssiges Vorlesen erwarten?) Es kommt auf Beziehung zum Schüler an (nicht auf die der Erziehung).
- ▮ Ermutigen statt entmutigen; Schwächen, Rückstände und Sorglosigkeit benennen aber zugleich Hilfen aufzeigen und Zuversicht vermitteln. Selbstvertrauen stärken durch individualisierte Hilfestellung.
- ▮ Angstfreie Lernatmosphäre, Fehler und Nichtkönnen nicht diffamieren, nicht bloßstellen, das Kind als Persönlichkeit achten, Zeit lassen – nicht drängen.
- ▮ Einfühlungsvermögen und Geduld vermitteln, zuhören können, mit- und einführend verstehen, störendes Verhalten nicht persönlich nehmen (nicht beleidigt sein), Misstrauen / Vorurteile ablegen.
- ▮ Ständige Gesprächsbereitschaft anbieten, Kritik nur im 4-Augen-Gespräch.
- ▮ Positive Einstellung zum Kind suchen – täglich neu !

Dieses schulpädagogische Konzept aus Selbstregulationsförderung – Anpassungskompetenzerwerb

– Selbstbildverbesserung durch pädagogische Führung – Adaptivität – positives Sozialklima wurde in mehreren wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert, so etwa in „Biegert, Döpfner, Frölich – Praxis des pädagogischen Umganges von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeits-gestörten Kindern im Schulunterricht“ in Praxis der Kinder- und Jugendpsychologie, Jugendpsychiatrie, Vanderhoeck & Ruprecht 2002, sowie im Rahmen mehrfacher wissenschaftlicher Untersuchungen im Hinblick auf Praxiswirksamkeit evaluiert. Dabei hat sich auch hier der bewährte pädagogische Leitsatz bestätigt:

„Nicht das ADHS ist das Problem, sondern wie wir damit umgehen!“

Quellen:

- Barkley, Russel: Attention - Deficit Hyperactivitydisorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2. Auflage. New York, 1998.
- Biegert, Hans: Individuelle Förderung und persönliche Betreuung. In: Hyperaktive Kinder, 1996.
- Biegert, Hans: Damit Schule nicht zum Alptraum wird. In: Fitner, T. & Stark, W. (Hrsg.): ADS: verstehen - akzeptieren- helfen. Weinheim: Beltz, 2000, S. 26-33
- Biegert, Hans: Impulsiv und Unaufmerksam - Hyperkinetische Kinder in der Schule. In: Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörungen, Uni-Med, 2001
- Biegert, Hans: Praxis des pädagogischen Umganges von Lehrern mit hyperkinetisch - aufmerksamkeits-gestörten Kindern im Schulunterricht. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Vandenhoeck + Ruprecht, 2002.
- Biegert, Hans: Teilleistungsschwächen - ADS. Ludwigshafen, 2001.
- Doepfner, Manfred/Schürmann, Stephanie /Frölich, Jan: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Beltz, 1997.
- Doepfner, Manfred/Schürmann, Stephanie, Lehmkuhl, Gert/ Wackelpeter und Trotzkopf, Beltz, Weinheim, 1999
- Eliot, Lisa: Was geht da drinnen vor? Die Gehirnentwicklung in den ersten 5 Lebensjahren. Berlin Verlag, 2002
- Guthke, J.: Intelligenz im Test - Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996.
- Plomin, Robert/DeFries, John: Gene, Umwelt und Verhalten. Bern: Verlag Hans Huber, 1999.
- Rowe, David: Genetik und Sozialisation. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union, 1997.
- Schmidt, Martin: Die Funktionen des Frontalhirns unter Verlauf psychischer Störungen. Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften, 2000.
- Spitzer, Manfred: Lernen. Spektrum, 2002
- Weber, H./Westmeyer, H.: Die Inflation der Intelligenzen. In: Perspektiven der Intelligenzforschung Längeric: Papst, 2001.

Mobbing bei Jugendlichen mit ADHS

Bericht aus der Praxis eines Kinder- und Jugendpsychologen

Thomas Barth

In meiner psychologischen Praxis in Bern arbeite ich vorwiegend mit Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Leistungsfähigkeit und ihrem Sozialverhalten von einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität AD(H)S beeinträchtigt werden. Bei dieser KlientInnengruppe besteht meines Erachtens ein erhöhtes Risiko, dass sie in der Schule oder bei der Arbeit Mobbing-Opfer werden können. Betroffen sind davon sowohl Kinder und Jugendliche mit als auch solche ohne Symptome der Hyperaktivität. Beide Gruppen können aufgrund ihres Verhaltens zu „dankbaren Opfern“ einer Mobbing-Dynamik werden. So wurde einer meiner Klienten zum Aussen-seiter der Klasse, weil er auf Provokationen seiner MitschülerInnen mit Wutausbrüchen und Tätlichkeiten reagierte, währenddem ein anderer aufgrund seiner Zurückgezogenheit und sozialen Hilflosigkeit gehänselt und ausgestossen wurde. Einzelne ihrer spezifischen AD(H)S-Symptome führten bei beiden Betroffenen dazu, dass sie als „aggressive Opfer“ die Mobbing-Dynamik immer wieder auslösten und über längere Zeit aufrechterhielten.

In diesem Artikel werde ich die erwähnten Begriffe des Mobbing und den Begriff des „aggressiven Opfers“ genauer umschreiben. Zudem gehe ich näher auf die Symptome ein, die das Risiko einer Mobbing-Dynamik erhöhen. In einem Schlusskapitel versuche ich einzelne Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die destruktive Dynamik des Mobbing unterbrochen bzw. nachhaltig gestoppt werden kann.

Begriffsklärung

Der Begriff Mobbing umschreibt definitionsgemäß negative kommunikative Handlungen, die von einer oder mehreren Personen gegen eine Person gerichtet sind. Von Mobbing wird nur dann gesprochen,

wenn Beleidigungen, Gehässigkeiten oder Ignorieren über einen längeren Zeitraum andauern. In der Fachliteratur werden 45 mögliche Mobbinghandlungen unterschieden, die in fünf Kategorien zusammengefasst werden:

- Angriffe auf die Möglichkeit, sich mitzuteilen
- Angriffe auf die sozialen Beziehungen
- Angriffe auf das soziale Ansehen
- Angriffe auf die Qualität der Berufs- (bzw. Schul-) und Lebenssituation
- Angriffe auf die Gesundheit

An einem Mobbingprozess sind immer mehrere Jugendliche aktiv beteiligt, wobei einzelne Jugendliche eine Führungs- bzw. Machtposition einnehmen, mit welcher sie MitschülerInnen zum Mitmachen veranlassen können.

Unter aggressiven Opfern verstehe ich in diesem Zusammenhang Kinder und Jugendliche, die über einen niedrigen Selbstwert verfügen und daher äusserst sensibel auf Kritik oder Provokationen von aussen reagieren. Ihre Reaktionen wirken gegen aussen meist unverhältnismässig heftig, wenig zielgerichtet und daher ineffizient. Aggressive Opfer sind in einer Mobbing-Dynamik deshalb sowohl Opfer als auch Täter und tragen mit ihrem Verhalten dazu bei, die destruktive Dynamik über längere Zeit aufrechtzuerhalten oder gar zu verschärfen. Oft sind aggressive Opfer schon vor Beginn des Mobbing gar nicht oder nur teilweise in die Klasse integriert.

ADHS-Symptome, die das Mobbing-Risiko erhöhen

Die unten beschriebenen Symptome einer AD(H)S können einzeln oder in einer individuell unterschiedlichen Kombination eine Mobbing-Dynamik auslösen, verschärfen und aufrechterhalten. Es ist wichtig, diese Symptome bei der Beurteilung ei-

ner Mobbing-Situation mit zu berücksichtigen, weil sie konkrete Anhaltspunkte zur Planung von Interventionen liefern können:

■ **Hyperfokussierung:** Einige AD(H)S-Betroffene haben die Tendenz, an gewissen Verhaltensweisen oder Einstellungen „stur“ festzuhalten und können kaum davon abgebracht werden. So nahm z.B. einer meiner Klienten seine MitschülerInnen primär als ihm negativ gesinnte, feindselige Menschen wahr, gegen die er sich täglich verteidigen musste. Rache für tatsächlich oder vermeintlich erlebte Angriffe der anderen Kinder stand im Zentrum seines Verhaltens. Zudem schien es ihm ein wichtiges Anliegen zu sein, den anderen Kindern täglich zu beweisen, dass er sich von niemandem etwas gefallen lässt.

■ **Selbstwertproblematik:** Bekanntlich verfügen AD(H)S-Betroffene über ein niedriges Selbstwertgefühl, weil sie durch Fehlleistungen, Missgeschicke, Teilleistungsschwächen etc. im Alltag immer wieder frustriert werden. Dadurch sind sie in außerordentlichem Ausmass sensibel und verletzlich gegenüber den Reaktionen anderer Kinder, Jugendlicher und Erwachsener, die sie als Kritik oder In-Frage-Stellung empfinden. Sie weichen direkten Konfrontationen aus oder wehren sie heftig ab.

■ **Erschwerter Perspektivenwechsel:** Die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, wie eine andere Person denkt und fühlt d.h. die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel ist bei AD(H)S-Betroffenen beeinträchtigt. Diese Fähigkeit entwickelt sich bei allen Kindern und Jugendlichen erst mit zunehmendem Alter und kann in der Erziehung, Zuhause und in der Schule gefördert werden. Es ist bekannt, dass die physische, emotionale, soziale



Thomas Barth,
lic. phil., Fachpsychologe für Kinder und Jugendpsychologie und Psychotherapie FSP

Entwicklung bei AD(H)S-Betroffenen verzögert verläuft d.h. dass ihr Lebensalter und das Entwicklungsalter oft mehr als zwei Jahre auseinander liegen. Demnach sind viele AD(H)S-Kinder und Jugendliche –bedingt durch ihre Defizite – auf eine kindlich anmutende Art und Weise auf sich selber fixiert und kaum in der Lage, sich in andere einzufühlen oder zumindest kurzfristig ihren Blickwinkel einzunehmen.

- **Impulsivität:** Viele meiner Klienten haben Mühe, sich Ziele zu setzen und diese innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens zu erreichen. Zudem fällt es ihnen schwer, sich im Voraus zu überlegen, was sie mit ihren Verhaltensweisen oder Äußerungen bei anderen auslösen.

So hatte z.B. einer meiner Klienten die Gewohnheit, anderen Kindern „zum Spaß“ von hinten die Mütze vom Kopf zu reißen, sie an den Haaren zu ziehen oder zu kitzeln, was regelmäßig zu tätlichen Auseinandersetzungen führte, weil sich die anderen Kinder gegen diese „hinterhältigen Angriffe“ zur Wehr setzten.

- **Schwierigkeiten beim Erkennen und richtigen Interpretieren von sozialen Signalen:** Im Alltag von AD(H)S-Betroffenen kommt es häufig zu Streitigkeiten, die auf Missverständnissen basieren. Verursacht werden diese meist durch Fehlinterpretationen von Äußerungen, Mimik, Gestik und Verhaltensweisen anderer. So werden z.B. Blicke oder Äußerungen als feindselig, aggressiv etc. gerichtet interpretiert, auch wenn diese gar nicht so gemeint waren.

- **Distanzregulationsschwäche:** Im Kontakt mit anderen Kindern und Jugendlichen haben viele AD(H)S-Betroffene Mühe, ihre körperliche Nähe zu anderen so zu steuern, dass sich ihr Gegenüber nicht bedrängt fühlt oder ihre Körperkraft z.B. in einem Spiel mit jüngeren oder schwächeren Kindern zu dosieren.

- **Überreaktivität:** Zur AD(H)S-Symptomatik gehört bei den meisten Betroffenen auch eine hohe Sensibilität und Verletzlichkeit in Kon-

fliktsituationen. So reagieren sie auf Kritik, Provokationen oder Druck von außen ausgesprochen emotional d.h. mit Blockierung, Rückzug, Wutausbrüchen, Trauer etc.

Mögliche Auswege aus der Mobbing-Dynamik

Es existiert eine Fülle von Literatur und Interventionsprogrammen zum Umgang mit Gewalt und Mobbing an Schulen. Ich verweise diesbezüglich auf die Literatur und die Webseiten am Ende dieses Artikels. Hier möchte ich einzelne spezifische Interventionen und Strategien zusammenfassen, die mir in der Arbeit mit AD(H)S-Betroffenen wichtig erscheinen.

Langfristiger Prozess statt Krisenintervention

Bei der Betreuung von AD(H)S-Klienten gehe ich meistens von einer langfristigen Betreuung über Monate bis Jahre aus. AD(H)S-Betroffene erleben während ihrer Schulzeit und der Berufsausbildung in unterschiedlichen Leistungs- und Lebensbereichen immer wieder Belastungen, die eine Unterstützung von außen notwendig machen können. Sie müssen lernen, mit ihren Beeinträchtigungen zu leben und damit umgehen zu können. Aufgrund dieser Ausgangslage gehe ich davon aus, dass ein Mobbing eines AD(H)S-Betroffenen nicht mit einer kurzfristigen Krisenintervention gestoppt werden kann, sondern ein mittel- bis langfristiges Engagement aller Beteiligten erfordert.

Zusammenarbeit der Bezugspersonen/ HelferInnennetz

In einem meiner laufenden Fälle eines Buben, der aufgrund seiner heftigen Reaktionen in Konfliktsituationen innerhalb der Klasse stigmatisiert und relativ isoliert war, treffe ich mich in regelmäßigen Abständen von ca. zwei Monaten mit den zuständigen Lehrkräften, einer Heilpädagogin, einem Erziehungsberater und den Eltern des betroffenen Kindes. Die Sitzungen dienen der Koordination unserer Bemühungen und der Aufgabenverteilung innerhalb des HelferInnennetzes. Die Heilpä-

dagogin setzte im direkten Kontakt mit der Klasse ein Peacemakerprogramm um, in welchem einzelne SchülerInnen darin geschult wurden, in Konfliktsituationen schlichtend einzugreifen.

Als Psychotherapeut des betroffenen Buben geht es mir darum, alle beteiligten Erwachsenen über dessen spezifische Symptome, sein Erleben und seine Erfahrungen zu orientieren, um damit zu erreichen, dass seine Reaktionen und Verhaltensweisen im Alltag richtig beurteilt und allfällige Konsequenzen der Situation angepasst werden können. Auch Hinweise auf Ressourcen des betroffenen Kindes sollen u.a. dazu dienen, den Umgang mit ihm im schulischen Alltag allenfalls anzupassen. So schien es mir z.B. wichtig das HelferInnennetz darüber zu informieren, dass der Junge Ängste hat, die in seinem aggressiven Auftreten im Alltag kaum zur Kenntnis genommen wurden. Andererseits diskutierten wir auch die Möglichkeit, dem Buben im Sinne eines Time-Out zur emotionalen „Abkühlung“ innerhalb der Schule handwerkliche Aufträge zu erteilen, denen er sich für kurze Zeit widmen konnte. Wichtig ist auch die Koordination mit den Eltern, um eine gegenseitige Unterstützung und Zusammenarbeit zu erreichen statt einer Spaltung und gegenseitiger Schuldzuweisung. So wurde z.B. auch beschlossen, dass der Junge im schlimmsten Fall – der bisher nicht mehr eingetreten ist – nach telefonischer Rücksprache der Lehrpersonen mit seinen Eltern kurzfristig nach Hause geschickt werden kann.

Gemeinsamkeiten erkennen

Oft bilden irrationale Überzeugungen, Feindseligkeiten oder Äußerlichkeiten wie eine „unangepasste Kleidung“ unter den Kindern Ausgangspunkte für eine Mobbing-Dynamik. Es werden Eigenschaften betont, die zur Distanzierung vom Mobbing-Opfer führen.

Es kann deshalb sinnvoll sein, innerhalb der Klasse oder in der Einzeltherapie mit dem Mobbing-Betroffenen gemeinsame Interessen wieder zu entdecken und gemeinsame konstruktive Aktivitäten zu fördern. Der oben erwähnte Knabe ver-

bringt aktuell einen Teil seiner Freizeit mit einem seiner früheren Freunde mit Mountainbike fahren und der Pflege von Kaninchen.

Psychotherapie im Einzelsetting

Ein wichtiger Teil meiner Arbeit besteht in der Bearbeitung der Selbstwertproblematik der AD(H)S-Betroffenen. Dies geschieht u.a. darin, dass mir meine Klienten ausführlich darüber berichten, was ihnen in ihrem Leben wichtig ist und worin sie sich kompetent und effizient fühlen. Zu mehr Selbstvertrauen kann auch beitragen, wenn wir gemeinsam Strategien diskutieren, wie sie mit ihren Schwächen umgehen bzw. wo und wie sie sich Hilfe organisieren können.

Die sogenannte kognitive Neustrukturierung kann ebenfalls ein wichtiger Teil einer Psychotherapie mit Mobbing-Opfern bilden. Dabei geht es um die Einstellungen und Überzeugungen bezüglich MitschülerInnen, die Auseinandersetzungen begünstigen. Dem Mobbing-Opfer sollen dabei nicht „falsche Überzeugungen“ ausgedreht werden, sondern durch die detaillierte Besprechung von Alltagssituationen und den damit verbundenen Einstellungen und Gefühlen soll sich allmählich eine Differenzierung der Wahrnehmung und damit eine Veränderung der Grundhaltung und der Verhaltensweisen gegenüber den MitschülerInnen entwickeln.

Zu möglichen Interventionen in der Einzeltherapie gehört auch das Erkennen von Körpersignalen (Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Hyperventilieren etc.), die auf eine drohende Eskalation einer Situation hinweisen und als Zeichen für einen Rückzug oder der Anforderung von Hilfe durch MitschülerInnen und Lehrpersonen ernst genommen werden sollten.

Zudem können mit einem betroffenen Kind oder Jugendlichen Rahmenbedingungen besprochen werden, die das Risiko einer Eskalation reduzieren: Beispiele dafür sind, dass sich das Mobbing-Opfer in der Pause im Blickfeld der Pausenaufsicht aufhält; strukturierte, im Voraus geplante Pausenaktivitäten; Verlassen der Situation und/oder Hilfe anfordern bei den Lehrpersonen oder Mit-

schülerInnen.

Im Zusammenhang mit den oben erwähnten Missverständnissen können Betroffene dazu aufgefordert werden, Rückfragen an andere Kinder zu stellen, um sich Klarheit über deren Absichten zu verschaffen („wie meinst du das...?“). Es kann auch sinnvoll sein, ihnen Interpretationsalternativen und neue Sichtweisen für die von den Betroffenen beschriebenen Alltagssituationen vorzuschlagen und mit ihnen zu diskutieren.

Bei außerordentlich aggressiven Mobbing-Opfern kann es zudem sinnvoll sein, deren Verhaltensweisen genauer anzuschauen und gemeinsam Verhaltensweisen zu identifizieren, die von anderen Kindern anders oder negativer interpretiert werden als vom AD(H)S-Betroffenen selber.

Häufig beschreiben mir AD(H)S-Klienten, dass sie in Alltagssituationen nicht mehr in der Lage sind, vernünftige Strategien umzusetzen, weil sie z.B. außer sich sind vor Wut. In diesen Fällen ist es sinnvoll, gemeinsam mit den Bezugspersonen zu diskutieren, in welcher Form Cool-Down- oder Time-Out-Sequenzen umgesetzt werden könnten, die vom AD(H)S-Betroffenen nicht als Strafe, sondern als Hilfestellung empfunden werden. Einer meiner hyperaktivsten Klienten erhielt innerhalb des Schulheimes, in dem er betreut wird, die Möglichkeit, in solchen Phasen gemeinsam mit dem Schulhausabwart handwerkliche Arbeiten im Schulhaus zu erledigen.

Medikation

Die meisten AD(H)S-Betroffenen profitieren von einer medikamentösen Behandlung mit einem Stimulans, welche eine wichtige Grundlage für Lern- und Veränderungsprozesse im Rahmen von Interventionen bildet. Falls ein AD(H)S-Betroffener Opfer einer Mobbing-Dynamik geworden ist und nicht mehr medikamentös behandelt wird, sollte meiner Meinung nach eine (Wieder-)Aufnahme dieser Behandlung diskutiert werden.

Schulwechsel

Meiner Meinung nach ist ein Schul- oder Klassenwechsel kein Patentrezept für Mobbing-Opfer. Die

AD(H)S-Kinder und -Jugendlichen nehmen sich selber und ihre Symptomatik mit in eine neue Schule oder eine Parallelklasse, und es hat sich gezeigt, dass sich innerhalb kürzerer Zeit auch am neuen Ort eine ähnliche Dynamik entwickeln kann.

Bei zwei von mir betreuten Mobbing-Opfern entschieden sich die Eltern trotzdem für einen Wechsel an eine Privatschule. Dieser Schritt scheint sich in beiden Fällen bewährt zu haben. Ausschlaggebend für den Entschluss der Eltern war die Tatsache, dass an diesen Schulen die strukturellen und ideellen Bedingungen den Bedürfnissen der beiden Jugendlichen zu entsprechen scheinen: Die SchülerInnen werden aufgrund ihrer eigenen Ressourcen d.h. ihrer vorhandenen Fähigkeiten und ihrem aktuellen Bildungs- und Entwicklungsstand individuell gefördert. Zudem sind die Lernphasen im Klassenverband relativ kurz und das Schwergewicht liegt auf dem selbständigen Arbeiten in Kleingruppen oder allein. Oft sind es Tagesschulen, an welchen ein großer Teil der Hausaufgaben in der Schule erledigt wird, was sowohl die Eltern als auch die AD(H)S-Betroffenen entlastet.

Ein Schulwechsel muss demnach gut überlegt sein und das Schulprogramm sollte den individuellen Bedürfnissen der AD(H)S-Betroffenen entsprechen. Ein Klassen- oder Schulhauswechsel allein dürfte meiner Meinung nach als Lösungsstrategie kaum ausreichen.

Engagement der Lehrkräfte

Häufig werden Lehrkräfte direkt oder indirekt beschuldigt, durch fehlendes Engagement eine Mobbing-Dynamik mit zu verursachen. Dieser Vorwurf ist meiner Meinung nach Ausdruck einer Hilflosigkeit vieler Betroffener angesichts der Komplexität eines Mobbing-Prozesses. Wie ich oben beschrieben habe, ist eine Zusammenarbeit aller Beteiligten zur Erarbeitung einer gemeinsamen Haltung von großer Bedeutung. Die Dynamik der gegenseitigen Distanzierung, Stigmatisierung und Schuldzuweisung liegt in der Natur der Sache und sollte sich nicht von den Kindern auf die Erwachsenen übertragen!

Schlussbemerkung

Mit meinen Ausführungen zum Thema Mobbing erhebe ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ich will damit aufzeigen, welche spezifischen Faktoren es bei einer Mobbing-Dynamik bei AD(H)S-Betroffenen zu berücksichtigen gilt und wie wichtig die Zusammenarbeit aller Betroffenen bei der Entwicklung von Lösungsstrategien ist. Für spezifische Informationen zu Interventionsprogrammen und Therapiestrategien verweise ich auf die unten aufgeführte Literatur und die Webseiten.

Anmerkung:

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion ELPOS, dem Selbsthilfeverband in der Schweiz - www.elpos.ch

Webseiten zum Thema:

www.praevention-alsaker.unibe.ch
www.z-proso.unizh/projekt/projekt.de.html

Programm zur Förderung alternativer Denkstrategien PFAD

Funktionale Familientherapie FFT
www.ikm.ch

Programm „Fit gegen Mobbing“ von Prof. Dr. Allan Guggenbühl, Zürich/Bern

www.ncbi.ch

Peacemaker auf dem Pausenplatz

www.triplep.ch

Triple P - Positive Parenting Program

www.ik-s.ch

Institut für konfrontative Pädagogik Schweiz, Basel: Antiaggressivitäts-Training, Coolnesstraining für Schulen
www.chili-srk.ch

Schweiz. Rotes Kreuz: Konstruktiver Umgang mit Konflikten

Literatur:

- Beelmann A., Raabe T. (2007): Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Entwicklung, Prävention und Intervention. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Eisner M., Ribeaud D. et. al. (2007): Frühprävention von Gewalt und Aggression. Ergebnisse des Zürcher Präventions- und Interventionsprojektes an Schulen. Zürich/Chur: Rüegger Verlag.
- Gollwitzer et al. (2007): Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Erkenntnisse aus Forschung und Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Jugert G., Rehder A., Notz P. & Petermann F. (2002): Fit for Life. Module und Arbeitsblätter zum Training sozialer Kompetenz für Jugendliche. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Krowatschek D. (2003): ADS und ADHS. Diagnose und Training. Materialien für Schule und Therapie. Dortmund: Verlag modernes Lernen Borgmann.
- Olweus D. (2002): Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können. Bern: Verlag Hans Huber.
- Omer H., von Schlippe A. (2004): Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. „Elterliche Präsenz“ als systemisches Konzept. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachs J. (2006): Checkliste Jugendgewalt. Ein Wegweiser für Eltern, soziale und juristische Berufe. Zürich: Orell Füssli Verlag.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) (Hrsg.): Krisensituationen – Ein Leitfaden für kompetentes Handeln und Vorbeugen in der Schule. (Download unter www.educa.ch/dyn/123192.asp)
- Welter-Enderlin R. & Hildenbrand B. (2006): Resilienz. Gedeihen trotz widrigen Umständen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Aufruf an Eltern und Schüler aus Niedersachsen und Bremen

Das Leitungsteam der Landesgruppe Niedersachsen / Bremen ruft die Mitglieder und andere interessierte Eltern ADHS-betroffener Kinder und betroffene Schüler zur Mitarbeit auf:

Liebe Eltern, liebe Schüler mit ADHS,

die Schule ist für viele Schüler mit ADHS eine sehr schwierige Hürde. Um unsere Arbeit als neugewählter Vorstand für die Bundesländer Niedersachsen und Bremen zu beginnen, sammeln wir Berichte darüber, wie die Probleme der ADHS-betroffenen Kinder und Jugendlichen in den vergangenen Jahren von Lehrkräften und Ausbildern in der Schule und in der Berufsausbildung gesehen werden.

Ihre / Eure guten und schlechten Erfahrungen der letzten Zeit mit Lehrkräften und anderen Personen im Schul- und Ausbildungsbereich sind gefragt, beispielsweise:

- Gab oder gibt es positive Entwicklungen, Verständnis und

Hilfe von Seiten der Lehrerinnen und Lehrer in der Schule oder in der Berufsausbildung?

- Gab oder gibt es Hilfeverweigerung, Schikanen, Bloßstellung, Ungerechtigkeit, Mobbing?
- Wurde mit Förderschulüberweisung (Sonderschule) oder mit Schulverweis gedroht?
- Gab oder gibt es Leugnung der ADHS?
- Haben sich Lehrkräfte weitergebildet, nachdem Sie / Ihr über die ADHS-Probleme gesprochen haben / habt?
- Gab es Hilfen zur pünktlichen Medikamenteneinnahme?
- Wurde gegen ADHS-Medikamente geredet?

Die Berichte brauchen nicht in einer bestimmten Form verfasst zu werden. Es kommt auch nicht auf den sprachlich perfekten Ausdruck und auf die akkurate Rechtschreibung an, sondern es geht um die Fakten und um die Erlebnisse und Gefühle der ADHS-Betroffenen und ihrer Eltern.

Alle Berichte werden nur anonymisiert verwendet oder weitergeleitet. In einer der nächsten neue AKZENTE werden wir dann über die Ergebnisse berichten.

Die Adressen:
Per E-Mail an info@adhs-deutschland.de

Per Brief an die

Geschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.,
Postfach 410 724,
12117 Berlin.

Für die Mithilfe herzlichen Dank!

Hartmut Gartzke
Dr. Uta Ringeling
Gerhild Drüe

Kritik an Bildungsgipfel

Weiterhin Absturzgefahr für Schüler mit Handicap

pm/bvl Aufstieg durch Bildung – für Schülerinnen und Schüler mit einer Teilleistungsstörung bleibt es eine Illusion.

Der BVL – Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V. fordert die Kultusministerkonferenz (KMK) und die Länderregierungen erneut auf, für eine Chancengleichheit für Legastheniker und Dyskalkuliker im Bildungssystem zu sorgen. Es ist dringend erforderlich, dass einheitliche schulrechtliche Regelungen für die betroffenen Kinder geschaffen werden. Die schulrechtlichen Regelungen in den Ländern verstoßen gegen das Grundgesetz, da insbesondere Schülerinnen und Schüler mit Teilleistungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie keinen begabungsgerechten Schulabschluss erreichen, weil auf ihr Handicap keine Rücksicht genommen wird.

„Die Länder sind rechtlich dazu verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass eine Chancengleichheit im Bildungssystem gewährleistet wird“, fordert Dr. Johannes Mierau, Rechts-

anwalt aus Würzburg. „Die Erlasse oder Verwaltungsvorschriften in den Ländern für Schüler mit den Teilleistungsstörungen Legasthenie und Dyskalkulie bedürfen dringend einer Überarbeitung, um den Rechtsanspruch auf Chancengleichheit und freie Berufswahl zu erfüllen. Ohne finanziellen Aufwand und mit sofortiger Wirkung könnten für die betroffenen Schüler Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ihr Handicap ausgleichen und ihnen einen begabungsgerechten Schulabschluss ermöglichen“, so Dr. Mierau.

Auf dem 16. Bundeskongress des BVL Anfang Oktober in Berlin hat Dr. Mierau eine Musterverordnung über die Gewährung eines Nachteilsausgleichs und Notenschutzes für Schülerinnen und Schüler mit einer anerkannten Teilleistungsstörung vorgestellt und ist dabei auf sehr positive Resonanz gestoßen. Diese Verordnung könnte sofort – ohne den Staat finanziell zu belasten – bundesweit umgesetzt werden. „Wir haben kein Verständnis mehr dafür,

dass man erst einen Bildungsgipfel einberufen muss, um zu klären, was zu tun ist. Sachverhalte, die klar auf der Hand liegen und ohne großen Aufwand umgesetzt werden können, werden nicht aufgegriffen. Wie lange will man in der Bildungspolitik noch tatenlos zuschauen, wenn jährlich über 10% aller Schüler in unserem Schulsystem scheitern. Müssen erst Rechtsanwälte Wege aufzeigen, wie unseren Kindern einfach und zielgerichtet geholfen werden kann“, beklagt die BVL- Bundesvorsitzende Christine Sczygiel.

Auf der Homepage des BVL www.bvl-legasthenie.de erfahren Sie mehr über die Rechte von Legasthenikern und Dyskalkulikern sowie über die Musterverordnung.

Anzeige



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

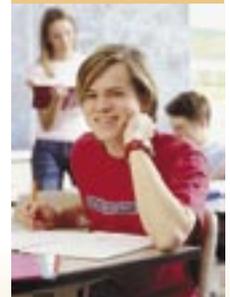
HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

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

ADHS – auch dein Lebensschicksal?

Brita Wagner

Warst du auch solch ein unmögliches Kind:
Schwer lenkbar, impulsiv, ungestüm, laut?
Eins, das oft – unvermittelt – geschwind
andere kratzt, beißt, schubst oder haut?
Obwohl du es bestimmt nicht wolltest,
wurdest du deinen Eltern zur Last?
Du tatest meist nicht, was du solltest,
versäumtest, was du versprochen hast?

Als Kind schon spürtest du intuitiv:
„Ach, irgendwie funktionier' ich nicht recht...“
Trotz Anstrengung ging fast alles schief,
und oft fühltest du dich unsagbar schlecht.
Den andern Kindern gelang so viel,
doch dein Mühen schien umsonst zu sein.
Sie hänselten ständig dich beim Spiel,
luden dich nicht zum Geburtstag ein.

Dann in der Schule für einige Zeit
warst du als Pfiffikus die Attraktion -
doch selten spontan zum Lernen bereit,
weil permanent irgendwie in Aktion.
Als kreative Bastlernatur
erlebten dich Lehrer und Kinder.
Du kamst manchem Rätsel auf die Spur
und wurdest ein kleiner Erfinder.

Oft standest du nur still-verträumt
von deinen Pflichten weit entfernt,
hast Aktuelles ganz versäumt,
aus deinen Fehlern nicht gelernt.
Dein Wahrnehmen von Anfang an
den unscheinbarsten Wundern galt.
„Schau dieses zarte Pflänzchen an,
es wächst emporg aus dem Asphalt!“

Du lebstest in deiner eigenen Welt
neugierig und fantasievoll zugleich,
voller Ideen, ein heimlicher Held,
echtes Naturtalent, innerlich reich.
Ausprobieren war für dich Gewinn,
Erfolg und Triumph am Ende dein.
Mit rührendem Gerechtigkeitssinn
setzttest du dich für Schwächere ein.

Dein Schulerfolg blieb eingeschränkt,
fast täglich kriegtest du Rügen.
Zu schnell warst du stets abgelenkt;
du konntest nur schwer dich fügen.
Schusseligkeit war dein Problem,
auch mangelndes Zeitempfinden;
dich nervte Monotonie extrem,
die konntest du schlecht überwinden.

Verloren dies...! Vergessen das...!
Nicht pünktlich zur Schule gekommen!
Im Heft geschmiert! Zerbrochen das Glas!
Das machte dich richtig beklommen.
Denn unwillig warst du gewöhnlich nicht,
und deutlich überdurchschnittlich begabt.
Mit neun schon schriebst du ein langes Gedicht,
hast aufrichtige Bewunderer gehabt.

Du spürtest dein inneres Potential
angesichts prickelnder Faszination.
Prompt zeigte es sich: du bist genial!
Da klappte es mit der Konzentration!
Doch leider war dein Höhenflug
immer nur von kurzer Dauer.
Erneut saßt du im falschen Zug;
du selbst fühltest dich viel schlauer.

Halsbrecherische Klettertouren
übten immensen Reiz auf dich aus.
Gäb' es doch dafür auch Zensuren,
dann wärest du jedenfalls fein heraus!
Mit deiner Abenteuerlust
stieg die Unfallkarriere.
Ach, die empfandest du als Frust
und als lästige Barriere.

Heikel verlief deine Pubertät,
immer ganz nah am Abgrund entlang.
Deiner Gefühle Intensität
machte dir selber manches Mal bang.
Die Lehrer hatten viel Stress wegen dir,
der Chaosprinzessin, dem Störenfried.
Als Zeugnisdurchschnitt nur eine Vier!
War Schulabbruch das Ende vom Lied?

Du wiederholtest tapfer das Jahr,
wild entschlossen, ganz durchzuhalten.
Die überaus quälende Frage war:
Wie soll ich mal mein Leben gestalten?
Gelassenheit fehlte dir nach wie vor.
Deine bisherige Zappeligkeit
mutierte nämlich (ein Schlag ins Kontor!)
zu permanent innerer Rastlosigkeit.

Gefühle unter Kontrolle zu bringen
gelang dir trotz all deiner Willenskraft kaum.
Du musstest um Beherrschung ringen;
oft ranntest du höchst erregt aus dem Raum.
Dein Selbstwertgefühl blieb sehr gering,
du traustest dir nur ganz wenig zu.
Zeitmanagement war gar nicht dein Ding,
an zehn „Baustellen“ zugleich warst du.

Auch als AZUBI gelang es dir nicht,
die Dinge geregelt zu kriegen.
Zwar kanntest du bald schon jede Pflicht,
doch unerledigt blieb vieles liegen.
Du hast dann mal hier und mal da gejobbt
und gehofft, es würd' dir gelingen.
Man hat dich ausgenutzt und gemobbt,
das ließ dir nur noch mehr misslingen.

Niemand zeigte Verständnis für dich,
zum Verzweifeln war deine Lage.
Kollegen – die distanzierten sich;
dir wurde der Alltag zur Plage.
Du fühltest dich so allein gelassen,
auch von Freunden, von Gott und der Welt.
Da fingst du an, dein Leben zu hassen,
nichts hat dir die Schwermut erhellt.

Selbst die Mutter schien dich zu meiden.
Gereizt fragte schließlich dein Vater:
„Wie lange willst du weiter leiden?
Geh endlich zu einem Psychiater!“
Der schickte dich gleich in die Therapie,
doch diese hat dir rein gar nichts gebracht.
Du dachtest mutlos: ich schaffe es nie,
zu viel hab ich lebenslang falsch gemacht.

Jahre vergingen. Nichts änderte sich.
Du zogst dich immer noch weiter zurück,
konntest kaum schlafen und grämtest dich.
Warum nur hattest du niemals Glück?
Monatelang warst du ohne Job
und ohne ein Fünkchen Lebensmut.
Eines Tages dachtest du: Stopp!
Vielleicht wird doch noch alles gut?

Du hast nämlich ein Fachbuch gelesen:
„Hochrisiko ADHS“ Potzblitz!
Schlagartig ist dir klar gewesen:
mein Lebensschicksal ist das! (Kein Witz!)
Die Hirnstoffwechselstörung hat dir
all die Probleme von klein auf gemacht.
Erinnerst du dich? Schon damals mit vier
wurdest du häufig ausgelacht.

Eine gründliche Anamnese.
Kriterienabgleich. Neuro-Test.
(ADHS ist nicht bloß 'ne These!)
Na endlich: die Diagnose steht fest.
Gut klärt dich dein Psychiater auf,
schreibt ein Rezept für Ritalin®
Bald bist du wirklich besser drauf.
Jetzt hat dein Leben einen Sinn.

Du befasst dich nun konstruktiv
mit Fachbüchern zu ADHS.
Das Wissen nutzt du intensiv,
dadurch verändert sich einiges.
Bei jedem ADHS-Referat
bist du gespannt als Hörer zugegen.
Inzwischen verbringst du keinen Tag
ohne Kontakte zu pflegen.

Der Selbsthilfegruppe gehörst du an
und ermutigst die noch Verzagten.
Du fingst mit dem Publizieren an,
was bisher nur wenige wagten.
Heut kommst du deutlich besser zurecht
hast richtige Freude am Leben.
Geht's einem Leidensgefährten schlecht,
dem kannst du nun Zuversicht geben.

ADHS bei Adoptiv- und Pflegekindern – (k)ein Problem für die Vermittler?

Gerhild Drüe



Gerhild Drüe

ADHS-Beratungsgespräche am Telefon sind nicht immer ganz einfach zu führen. Den Eltern, meist sind es Mütter, geduldig zuzuhören und sie über ADHS aufzuklären, ihnen Literaturtipps zu geben und auf die Möglichkeiten der Selbsthilfe im Verband hinzuweisen, kann man lernen. Schließlich gibt es ja Fortbildungsmöglichkeiten. Mit der Zeit vermittelt die dankbaren Worte der meist unbekanntenen Personen am anderen Ende der Leitung ein zusätzliches Gefühl von Bestätigung, und man gewinnt eine gewisse Sicherheit.

In einen Beratungskonflikt geriet ich beim Anruf einer Frau, die mir erzählte, dass sie mit ihrem Mann gerne ein Kind adoptieren möchte, aber gehört habe, dass Adoptivkinder gar nicht selten ADHS hätten. In den vorbereitenden Gesprächen im Jugendamt habe das Thema ADHS bisher gar keine Rolle gespielt, und Wissen über ADHS habe sie auch noch nicht. Sie habe aber meine Telefonnummer in der Zeitungsmeldung zum Selbsthilfetreffen gelesen.

Ich frage ich sie, ob sie bereits Kinder habe.

Nein, aber sie wünschen sich ein Kind, weil Kinder doch zum Leben dazugehören, Kinder bedeuten doch Zukunft und sie bereichern das Leben.

Im Verlauf des Gesprächs informiere ich die Anruferin über ADHS, rede von leichter und schwerer Ausprägung, nenne die Schwierigkeiten im Lernen und im Verhalten, in der Selbstmotivierung und Selbststeuerung, erwähne die häufigen komorbiden Störungen und sage auch, dass neben ADHS oft eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert würde.

In das Gespräch bringe ich meine Erfahrungen ein und die Berichte von Adoptiv- und Pflegemüttern in der Selbsthilfegruppe. Ich räume ein, dass ich früher niemals geglaubt hätte, dass es sinnvoll sein

kann, zu sehen, aus welcher Familie ein Kind stammt, wie seine leiblichen Eltern sind.

Wenn man ein Kind liebevoll und gut erzieht, dann wird das schon werden – so dachten ja früher viele, die heute wie ich in der „ADHS-Szene“ über Genetik reden und schreiben...

Adoptionsbewerber sind lange „guter Hoffnung“

Wer ein Kind adoptieren will, verbindet damit sicher den Gedanken an eine relativ harmonische Zukunft, geteilte Freuden, geteilte Probleme. Wer ein Kind annehmen möchte, will in das Leben des Kindes Liebe, Arbeit und auch Materielles „investieren“, denkt vielleicht daran, dem Kind später alles zu vererben: das Eigenheim oder sogar mehr; denkt vielleicht auch daran, dass das Kind sich später vielleicht um sie, seine (Adoptiv-)Eltern kümmert, wenn ihnen die Möglichkeiten dazu einmal selbst abhandeln kommen sollte. Eine gewisse Dankbarkeit für ihre elterlichen Bemühungen erhoffen, erwarten vielleicht auch manche, eben wie Eltern leiblicher Kinder auch.

Adoptionsbewerber stehen auf langen Wartelisten, die viel länger sind als die Listen zukünftiger Adoptivkinder. Mit zehn zu eins macht in Deutschland das Verhältnis von Adoptionsbewerbern zu Minderjährigen, die zur Adoption vorgemerkt sind, nicht viel Hoffnung, überhaupt ein Kind in Adoptionspflege zu bekommen.

Was haben die Adoptionsbewerber zu erwarten, falls sie zu den Glücklichen gehören, die den ersehnten Anruf der Vermittlerin vom Jugendamt oder von einer anderen Organisation mit Adoptiv- und Pflegekinderdienst erhalten?

Durchaus mit ehrlicher Offenheit wird den potentiellen oder wirklichen zukünftigen Eltern eines Kindes in Adoptionspflege oder Dau-

erpflege vermittelt, dass die Kinder, die ein neues Zuhause benötigen, unter Problemen leiden und besonders viel Opferbereitschaft und Liebe brauchen. Auch werden psychische Erkrankungen wie Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit und ein fürs Kind schädlicher Lebenswandel der leiblichen Eltern bzw. der Mutter thematisiert. Vermutlich oft wird in diesem Zusammenhang auf die schädigenden (früh-)kindlichen Erfahrungen in diesem ungünstigen Umfeld und auf wirkliche oder vermutete Traumatisierung hingewiesen. Die dennoch erwartungsfrohen zukünftigen Pflege- und Adoptiveltern lernen in den vorbereitenden Kursen, dass diese Kinder ihren neuen Eltern viel abverlangen können. Die Eltern werden auf Enttäuschungen vorbereitet.

Deren Erwartung ist aber von Hoffnung geleitet, und wenn sie bisher keine dramatischen Entwicklungen von Kindern in ihrem Bekanntenkreis kennen gelernt haben, werden sie sich die Zukunft mit Kind kaum düster ausmalen. Denn nicht selten wird mit der Aufklärung über bereits erkennbare Entwicklungsprobleme oder Defizite des zukünftigen Adoptivkindes auch suggeriert, dass ihre elterliche Liebe und ihr besonderer erzieherischer Einsatz das Kind von seinen seelischen Traumata wird „heilen“ können. Erkennbare motorische Entwicklungsrückstände, die der sozialen Mangelsituation in der Herkunftsfamilie angelastet werden, hoffen die neuen Eltern zuversichtlich mit besonderer, eben besserer Zuwendung wettmachen zu können. Dass ihr adoptiertes Kind sehr lange auf verschiedene und professionelle Fördermaßnahmen verschiedener Art angewiesen sein könnte, kalkulieren sie nicht ein, denn ihr Kind ist ja an und für sich gesund. Mit seiner erkennbaren Neurodermitis oder schlaffen Muskelaktivität und Schlafstörungen wird man zurecht kommen, denn die gute sozi-

ale Umwelt, die man ihm bietet, wird ihre Kraft entfalten ...

Wer ein Kind adoptieren will, glaubt vermutlich sowieso eher nicht daran, dass eine genetische „Disposition“ mehr ist als eine Hürde, die es mit Vorbeugung und „Nacharbeit“ zu überwinden gilt.

Wie steht es aber mit der Ansicht der Profis in den Adoptionsvermittlungsstellen zu genetisch bedingten, also auch geerbten chronisch psychischen Störungen von Adoptiv- und Pflegekindern? Spielt ADHS als erwiesenermaßen häufigste kinderpsychiatrische Störung im meist systemisch bzw. tiefenpsychologisch geprägten sozialen Weltbild der Vermittlungspersonen eine Rolle? Kennen diese die Bedeutung der ADHS begleitenden Störungsvielfalt? Ist ihnen bekannt, dass mit ADHS nachweislich ein erhöhtes Risiko zu späteren Folgeproblemen wie Substanzmissbrauch und anderen Süchten, Unfällen und Delinquenz verbunden sein kann? Dass auch die Selbstorganisation, die Organisation des alltäglichen Lebens, des Haushalts, der Umgang mit Geld statistisch erwiesen ein chronisches Problem darstellen können?

Ein Adoptivkind anzunehmen heißt ja, seine Zukunft mit ihm verbringen zu wollen, auch nach Erreichen der Volljährigkeit mit 18, es dann aber allmählich loslassen zu können (s. Drüe, S. 33 ff.). Süchte, Schulabbruch, Lehrstellenabbruch, Delinquenz, starke und andauernde Beziehungsschwierigkeiten aufgrund einer komorbiden ADHS-Belastung sind nicht in der Zukunftsvorstellung Adoptionswilliger – wie sie es auch nicht in der Vorstellung zukünftiger leiblicher Eltern sind.

ADHS und die Adoptionsstatistik

In der ADHS-Forschung spielt das Stichwort „Adoption“ durchaus eine große Rolle. Bekanntlich ist lange vor den molekulargenetischen Befunden aufgrund von Adoptions- und Zwillingsstudien die hohe Erblichkeit der ADHS mehrmals eindeutig belegt worden (s. Krause & Krause, S. 28 ff.).

Doch auch ganz anders bestehen eindeutige Zusammenhänge zwischen ADHS und Adoption bzw. In-

pfliegenahme:

Die bekannten amerikanischen Autoren Hallowell und Ratey geben an, dass Adoptivkinder häufiger betroffen seien: „Wenn Sie adoptiert sind, ist das allein ein signifikanter Befund, da die ADD bei Adoptierten viel häufiger auftritt als bei der Bevölkerung im Allgemeinen.“ (Hallowell & Ratey, S. 297). Die Frage der Autoren mit der Nummer 87 im Fragebogen zur „Selbstdiagnose“ lautet darum auch: „Sind Sie ein Adoptivkind?“ (Hallowell & Ratey, S. 322).

Bestätigt wird dieser statistisch deutliche Zusammenhang in der Praxis durch die Tatsache, dass Adoptiv- und Pflegeeltern in so mancher ADHS-Selbsthilfegruppe eine nicht geringe „Minderheit“ bilden.

Adoption ist also ein Risikofaktor für ADHS, was natürlich nicht bedeutet, dass ADHS wegen der Adoption entsteht. Es sagt viel mehr: Menschen, die als Kind adoptiert, also von der leiblichen („abgebenden“) Mutter (bzw. von den Eltern) zuvor weggegeben oder vom Jugendamt der Mutter (den Eltern) aus Kinderschutzgründen weggenommen wurden, haben häufiger ADHS. Ob diese Kinder auch häufiger von stärkerer ADHS-Ausprägung und schwereren komorbiden Störungen betroffen sind als Kinder mit ADHS, die in ihrer Herkunftsfamilie leben, könnten Studien klären.

Als einen relativ seltenen Grund für Adoptionen gibt das Statistische Bundesamt den Tod der Eltern mit 1,7 Prozent an. Also sind andere familiäre Gründe bzw. ungünstige Lebensumstände und vermutlich nicht selten mangelnde fürsorgliche Fähigkeiten der leiblichen Eltern zu vermuten. Die Statistik des Jahres 2007 berichtet nur die formalen Familienverhältnisse der Eltern bzw. Mütter der 4509 adoptierten Kinder: ledige: 47,9 %; verheiratet zusammen lebende: 6,7 %; verheiratet getrennt lebende: 2,1 %; geschiedene: 29,1 %; verwitwete Eltern: 3,7 % und: Familienstand unbekannt: 8,8 % (Statistisches Bundesamt). Frühe und ungewollte Schwangerschaften, die bei ADHS-betroffenen Mädchen / Frauen relativ häufig auftreten (s. Ryffel-Rawak, S. 20 ff.), verzeichnet das Statistische Bundesamt nicht als Grund

für die Freigabe zur Adoption. Sie verbergen sich jedoch naturgemäß häufig unter dem großen Anteil des Familienstandes: „ledig“.

Adoptions- und Pflegekinderdienste suchen in erster Linie gute Eltern für Kinder, die keine kompetenten Eltern haben. Sie sehen vielleicht in zweiter Linie die Bedürfnisse der Menschen, die Kinder annehmen wollen, prüfen allerdings deren Interessen und Fähigkeiten, denn die neuen Familienmitglieder sollen zueinander passen. Ist das Adoptivkind noch sehr jung, vielleicht ein Baby (1,9%) oder Kleinkind (27,6%), dann erwarten Adoptiveltern zu Recht viele Veränderungen im Lauf der Entwicklung des Kindes, und wohl auch eine Entwicklung in eine Richtung, die ihr elterlicher Umweltraum vorgibt. Ähnlichkeiten sollen entstehen: Umgangsformen, Moralvorstellungen, Bildungserfolg und vielleicht vieles mehr.

Adoptivkinder sind leiblichen Kindern rechtlich gleichgestellt. Die Adoptiveltern sind mit der Beurkundung der „Annahme an Kindes statt“ rechtlich selbstständig handelnde Eltern mit allen Pflichten, Rechten und auch Problemen. Oft verliert sich jetzt der Besuchskontakt zwischen Adoptiveltern und Vermittlerin, dem die Eltern zuvor in der Probezeit vielleicht nicht ganz ohne Befürchtungen entgegensahen. Die damalige kontrollierende Funktion der Vermittlerin war ihnen ja bekannt, obwohl auch Beratung als ein Ziel der Besuche gilt. In dem später gern gepflegten Austausch von Kartengrüßen zu Weihnachten erschöpft sich später mitunter der Dialog zwischen Eltern und Vermittlerin.

Wie sich das Kind und das Familienleben langfristig entwickeln, wird vermutlich statistisch nicht erfasst – jedenfalls nicht vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht. Was von den späteren besonderen Schwierigkeiten den vermittelnden Stellen bekannt wird, lässt sich nur vermuten. Also bleibt auch unklar, ob ADHS dort dabei zu einem Thema geworden ist, von dem man meint, sich mit ihm intensiv befassen zu müssen.

Würde aber die statistische Häufung von ADHS-Betroffenheiten und die negativen sekundären Fol-

gen für die mitbetroffenen Adoptiv- und Pflegefamilien offen thematisiert, wäre zweifellos mit Folgen für die später noch zu vermittelnden Kinder und für die betreuenden Jugendämter, die „öffentliche Hand“, zu rechnen, denn der frühe Verdacht auf ADHS, der am ehesten bei schwerer Betroffenheit möglich ist, könnte nicht mehr allein mit ungünstigen Erlebnissen, Traumata oder Bindungsstörungen erklärt werden:

- So ehrlich aufgeklärt würden viele Adoptionsbewerber ihren Kinderwunsch zurückstellen. Mehr Kinder verblieben in Pflegefamilien und in Heimen.
- Die hohen Kosten für die häufigere Unterbringung der Kinder in Heimen belasteten den Jugendhilfe-Etat noch mehr. Pflegeeltern oder Profipflegeeltern würden ein erhöhtes Pflegegeld für ADHS-betroffene Kinder benötigen, insbesondere dann, wenn viele und schwere Defizite und evtl. zugleich eine oppositionell-aggressive Störung des Sozialverhaltens festzustellen sind.
- Da ADHS nicht plötzlich mit der Volljährigkeit seine Problematik reduziert oder verliert, müssten stark betroffene Jugendliche noch lange in ganz neu zu erfindenden betreuenden Einrichtungen untergebracht werden, die die individuellen besonderen Fähigkeiten und (ADHS-typischen) Defizite der Betroffenen berücksichtigen, um eine neue Form der coachenden Betreuung zu entwickeln.

- ADHS mit starker Ausprägung und Komorbidität würde notwendigerweise als eine Form seelischer Behinderung anerkannt werden müssen, um die Möglichkeiten der staatlichen Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz für Pflegekinder mit entsprechender ADHS-Ausprägung in Anspruch nehmen zu können. Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz allein sind anscheinend bereits jetzt die finanziellen Mittel zur Hilfe und Förderung weitgehend erschöpft.

Die Darstellung weiterer möglicher Szenarien soll hier ausgespart und der Einschätzung der Leserschaft überlassen werden. Eine öffentliche Diskussion des gesellschaftlichen Randthemas „Adoption“ in Verbindung mit realitätsnaher Vorstellung von ADHS kann Entwicklungen nach sich ziehen, die nicht im (wirtschaftlichen) Interesse der Jugendhilfe sind. Es stellt sich aber zugleich die Frage nach der Fairness den zukünftigen Adoptiv- und Pflegeeltern gegenüber.

Verschwiegene Wahrheiten – enttäuschte Hoffnungen

Ob die Gepflogenheit, ADHS als Handicap von künftigen Pflege- und Adoptivkindern nicht zu thematisieren, nur dem Nichtwissen entspringt oder auch der Befürchtung dieser (un-)kalkulierbaren Folgen, kann hier nicht geklärt werden.

Es darf angenommen werden, dass dieses Ausklammern von ADHS nicht auf der Absicht beruht, Adoptionsbewerbern wie auch Pflegeeltern ein krankes Kind „anzudrehen“. Vielmehr scheint es, dass ADHS nicht verstanden und nicht als möglicherweise schwerwiegende Störung akzeptiert wird. Denn andere (körperliche) schwerwiegende Erkrankungen und Behinderungen von Kindern, für die Eltern gesucht werden, stellen kein Tabuthema dar. Offenheit und Ehrlichkeit ist geübte Praxis – eigentlich.

In der ADHS-Selbsthilfe und in der entsprechenden Fachliteratur berichtete früh sich zeigende Störungen und negative, ja dramatische Lebensverläufe von Adoptiv- und Pflegekindern, die ihren liebevollen neuen Eltern sehr früh die „Grenzen der Erziehung“ (Drüe, S. 65 ff.) sichtbar machen, stützen den Verdacht, dass sich die zuständigen Stellen mit ADHS nicht wirklich fachgerecht befassen wollen.

Ein Grund für das Aussparen der Thematik mag darin liegen, dass die Fortbildungsbemühungen der vermittelnden Sozialpädagoginnen sich immer wieder gerne den Weiterbildungsangeboten solcher Referenten zuwenden, von denen sie in ihrem gewohnten Erklärungsmuster bestärkt werden: systemisch, tiefenpsy-

chologisch, psychoanalytisch – vielleicht sogar esoterisch? Womöglich in bestem „Glauben“ und zugleich in tiefer Abneigung gegenüber den wissenschaftlichen, auch molekulargenetischen Befunden zu ADHS bleibt es dann bei der anscheinend häufigen, auf einen kurzen Nenner gebrachten Ansicht: „Sind die Eltern gut, ist die Ehe gut, dann werden auch die Kinder gut“.

Diese Haltung lässt verstehen, warum man die Verursachung großer kindlicher Verhaltensschwierigkeiten, wie sie bei ADHS mit oder ohne Hyperaktivität beschrieben werden, noch immer gerne den Eltern – hier den Adoptiveltern, „am liebsten“ der Mutter, zuschreibt, denn ironisch formuliert: „Wer glaubt schon einer Mutter...“ (Drüe, S. 19 ff.) oder einer Adoptivmutter, wenn sie dort Hilfe sucht, wo ADHS kein wirkliches Thema ist.

Ähnlich wie viele in der pädagogischen Fachwelt gehen auch Adoptivbewerber und „Laienpflegeeltern“ davon aus, dass ihre Liebe und ihre erzieherischen Fähigkeiten das Leben des Kindes in gute und sinnvolle Bahnen lenken können wird. Relative Harmonie im Alltag, Trotzalter und Pubertät einbegriffen, schulisch (wenigstens) durchschnittliche Leistungen und Abschlüsse, das spätere Streben des erwachsenen Kindes hin zu beruflichem Erfolg, damit sie ihr Kind wieder loslassen können – solche Träume träumen Adoptiv- und Pflegeeltern genauso wie leibliche Eltern.

Und nun haben sie ein Adoptiv- oder Pflegekind, das trotz Zuwendung und Liebe, trotz guter Erziehung und verschiedener Fördermaßnahmen sich nicht so entwickelt, wie sie es bei anderen Familien erlebt haben. Hin- und hergerissen zwischen dem unerklärlichen, vielleicht falsch erklärten, aber oft schmerzenden Verhaltens-Handicap ihres Kindes und dem mit elterlicher Liebe geförderten Zusammenwachsen im Alltag fragen sie sich im Stillen selbst, vielleicht jeder für sich, ob ihre Entscheidung zur Adoption richtig war. Denn es mehren sich bei manchem Elternpaar irgendwann die Zweifel daran, dass ein späteres eigenständiges und sinnvolles Leben des er-

Literatur:

Drüe, G.: „ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit“ (Verlag W. Kohlhammer, 2007)
 Hallowell, E. M., Ratey, J.: „Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein“ (Rowohlt-Verlag 1998)
 Krause, J., Krause, K.-H.: „ADHS im Erwachsenenalter“ (Schattauer, 2005)
 Ryffel-Rawak, D.: „ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert“ (Verlag Hans Huber, 2004)
 Statistisches Bundesamt: „Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Adaptionen 2007“ (www.destatis.de, 2008; download als PDF-Datei)

wachsenen Kindes wahrscheinlich ist. Zurückgeben könnten sie ihr Kind aber auch nicht, denn ihr Kind ist für sie doch keine Mangelware ...

Erst viel später sprechen die Eltern vielleicht ihre unbeschreiblichen familiären „Zustände“ der Vermittlerin gegenüber deutlicher aus, denn das Risiko, dass das Kind einem anderen Paar anvertraut werden könnte, ist ja seit der Beurkundung der Adoption vorbei.

So richtet sich der Blick einer Adoptivmutter auf die Frage der freundlichen Vermittlerin, ob sie die Annahme des Kindes denn bereue, in die ferne Zukunft: „Wenn wir es gut groß gekriegt haben, dann war es richtig“.

Die Bereitschaft zu Verzicht, Nachsicht und täglichem Einsatz für ihr Kind ist vermutlich bei den meisten Adoptiveltern so groß wie bei den meisten leiblichen Eltern. Dass sie ihr Kind weniger lieben würden

als leibliche Eltern und die Störung namens ADHS beim Kindes deshalb entstanden sei, vermuten sowieso nur die, die es nicht selbst erlebt haben. Mit zuweilen geäußerten derartigen Vorwürfen müssen Adoptiveltern leben lernen.

Kommt ihnen dann irgendwann später der ADHS-Verdacht oder ein Profi stellt die Diagnosen „stark ausgeprägte ADHS“ und „emotionale Defizite“, eventuell „autistische Züge“, „Störung des Sozialverhaltens“ oder „Dissozialität mit Aggressivität“, dann begreifen die Eltern verstandesmäßig, warum die Tage der vergangenen Jahre mit dem angenommen Kind so oft so schwierig, ja freudlos verlaufen sind. Ihr Gefühl wird es vielleicht nie akzeptieren können. Sie wissen aber jetzt: Wir haben ein seelisch behindertes Kind angenommen ohne es zu ahnen. Es fehlt uns eigentlich ein Kind zum Freuen... Noch eines adoptieren? ←

Linkshänder halten sich eher zurück

Händigkeit und typisches Verhalten hängen zusammen, sagen Psychologen

ddp/red. Vergleich zu Rechtshändern sind Linkshänder eher ängstlich und zurückhaltend. Diesen Trend haben britische Verhaltensforscher bei einem Persönlichkeitstest festgestellt. Abgesehen von der Händigkeit spielte auch das Geschlecht der Versuchspersonen eine Rolle – dabei zeigten sich Frauen zurückhaltender als Männer.

An der Studie der Wissenschaftler nahmen insgesamt 112 Probanden teil. Mit Hilfe eines Fragebogens bestimmten die Forscher die dominante Hand jedes Teilnehmers. Auf diese Weise identifizierten sie 46 Linkshänder und 66 Rechtshänder, die dann einen Persönlichkeitsfragebogen ausfüllen sollten. Dieser Fragebogen, der unter Psychologen als BIS/BAS-Skala bekannt ist, soll erfassen, ob die getestete Person ein eher näherndes oder vermeidendes Verhalten zeigt.

Bei der Beurteilung von Aussagen wie: „ich handle oft impulsiv“ oder: „ich sehne mich nach Nervenzitell und neuen Eindrücken“ gab es keinen Unterschied in der Antworttendenz der Probanden. Im Vergleich zu Rechtshändern identifizierten sich Linkshänder und Frauen aber eher mit Aussagen wie: „ich mache mir Sorgen, Fehler zu machen“ oder: „Kritik oder Beschimpfungen verletzen mich sehr“.

Verhaltensforscher vermuten, dass die Tendenz, eher zögerlich oder impulsiv zu handeln, unterschiedlichen Hirnhälften zugeordnet ist. Während bei Rechtshändern eher die linke Hirnhälfte dominant ist, ist es bei Linkshändern eher die rechte, die negative Gefühle zu verarbeiten scheint. ←

Vorankündigung

Wir möchten Sie schon heute herzlich zu unserem nächsten Symposium

„ADHS – ganz konkret“

und anschließender Mitgliederversammlung

am 25. April 2009

nachFrankenberg

bei Chemnitz

einladen.

Unsere Referenten:

Dr. Dieter Claus

„Neuropsychologische Besonderheiten“

Evelyn Küpper, Krefeld

1. Ansprüche von Kindern und Jugendlichen

SGB XIII – Kinder- und Jugendhilfe

2. Ansprüche von Erwachsenen

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Dr. Martin Ohlmeier

Vortrag zum Themenkomplex **„ADHS und Sucht“**

Bundesweite Gruppenleiterfortbildungen

26. April 2009 (Frankenberg)

und

26./27. September 2009 (Hirschaid)

Gemeinsame Erklärung zur Versorgung und Betreuung von Patienten mit ADHS, Tics und Zwängen

Wolf Hartmann, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

pm. Im Rahmen des Kongresses „Wider das Stigma – ADHS, TIC und ZWANG im Spiegel von Gesellschaft und Forschung“ in Hannover haben die Vorsitzenden von ADHS Deutschland, Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen und Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. am 10. Oktober 2008 eine gemeinsame Erklärung zur flächendeckenden Ver-

sorgung und Betreuung betroffener Patienten beschlossen.

Darin treten sie für eine flächendeckende Versorgung und Betreuung der betroffenen Patienten und ihrer Familien durch qualifizierte Ärzte und Therapeuten ein. Defizite sehen die Verbände insbesondere in der Aufnahme neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche und

psychotherapeutische Praxis.

Zugleich bedingt die noch immer unzureichende Zusammenarbeit von Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen erhebliche Verzögerung bei der Identifikation pathologischer Beeinträchtigungen und die Überweisung der betroffenen Patienten zu Experten. Auch ergeben sich im Alltag häufig lange Wartezeiten bei Kliniken, Ambulanzen, niedergelassenen Ärzten und Therapeuten. Durch den Kostendruck im Gesundheitswesen bleibt zudem immer weniger Zeit zu einer an den Leitlinien der Fachgesellschaften orientierten Diagnostik und Therapie. Demgegenüber hat sich der Austausch zwischen Selbsthilfeverbänden und Fachleuten in den letzten Jahren deutlich verbessert. Wissenschaft und ärztlich-therapeutische Praxis profitieren dabei in gleichem Maße von den Erfahrungen der Betroffenen wie diese vom wachsenden Wissen der Experten.

Hannover, 10. Oktober 2008

v.l.: Dr. Myriam Menter, Vorsitzende ADHS-Deutschland e.V.
Antonia Peters, Vorsitzende Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
Michaela Flecken, Vorsitzende Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.



FOTO: GARTZKE

Weitere Informationen:
http://www.zwaenge.de/aktuelles/framset_aktuelles.htm

ADHS Deutschland – bundesweit aktiv

Myriam Menter



FOTO: MENTER

Unter dem Motto „40 Jahre Facharzt – 30 Jahre Berufsverband – Kinder- und Jugendpsychiatrie heute: Methodenvielfalt in Diagnostik und Therapie“ fand vom 6. bis 8. November 2008 in **Bad Homburg** die diesjährige Jahrestagung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. statt.

Bei dieser Veranstaltung waren wir mit einem Infostand vertreten.

Renate Meyer (li.) und
Regina Schubert im
Einsatz

Da bleibt mir nur noch Kabarett!

Seit gut einem Jahr mache ich politisches Kabarett. Da ich mir noch nie den Mund habe verbieten lassen, war es nicht sehr schwer, mich auf die Bühne zu trauen. Meine Motivation dafür? Kurz auf den Punkt gebracht könnte man es so ausdrücken: Als Schüler werde ich in der Schule für meine kritische Denkweise und freie Meinungsäußerung bestraft - einer der Missstände in der gegenwärtigen Schulkultur, beim Kabarett ernte ich dafür Anerkennung und Zustimmung. Ich bin noch sehr nahe an der Materie, weshalb sich die Bildungspolitik als Thema sehr gut eignet. Es ist ein wichtiges Thema, denn die Bildung wirkt sich auf die gesamte Gesellschaft aus, sei es das Aufklappen der Arm-Reich-Schere durch die soziale Auslese des mehrgliedrigen Schulsystems, oder sei es die fortschreitende Verblödung und Entpolitisierung, die - nicht nur, aber unter anderem - darauf zurückzuführen ist, dass politisches und kritisches Denken an der Schule nicht gefördert, sondern unterdrückt wird. Als Schüler darf ich nicht kritisch sein, als Nachwuchskabarettist schon. Auch an der Schule. Seit es sich herumgesprochen hat, dass ich Kabarett mache, wird meine Aufmüpfigkeit von vielen Lehrern plötzlich als positiv angesehen. Auch das häufig angeführte Argument des längeren Hebels zieht nicht mehr, Es gibt drei Arten, mit dem derzeit katastrophalen Schulsystem und der Antibildungspolitik umzugehen. Man kann versuchen, die Missstände auszublenden oder zu akzeptieren und so schnell wie möglich ohne Ärger durchzukommen. Die zweite Möglichkeit wäre, daran zu verzwei-

feltn. Oder aber man versucht, sie mit Humor zu nehmen, ohne dass die Ernsthaftigkeit verloren geht. Ich nehme die Schule schon lange nicht mehr ernst. Sie erscheint mir viel eher wie eine große Aktion von Frank Elsner, der wohl nach dem Abitur hinter der Tafel hervorgekrabbeln kommt: „Herzlich willkommen in der Fernsehsendung Verstehen Sie Spaß“.

Ein Beispiel aus meinem Schulalltag: Einem Kumpel von mir wurde Schulausschluss angedroht, weil er zu oft unentschuldigt gefehlt hat. Das muss man sich einmal überlegen: Schulausschluss wegen Schwänzen! Das ist wie wenn man einen Ladendieb dazu verurteilen würde, eine Woche lang täglich zum Stehlen zu erscheinen. In der Fachsprache heißt das Homöopathie. Gleiches mit Gleichem heilen. Das funktioniert bei Vielem, bei Blödheit allerdings nicht. Auch am Gymnasium gibt es geistige Verwahrlosung - und zwar nicht nur im Lehrerzimmer. Leider heilt sich das nicht gegenseitig Die Bildungsoffer der letzten Generation scheinen heute zum Beispiel im Kultusministerium zu sitzen. Der baden-württembergische Kultusminister Helmut Rau geht sogar so weit, die Probleme schlicht und einfach wegzuleugnen. Er behauptet auch, dass kein Unterricht ausfalle. Viele Menschen in Baden-Württemberg fragen sich, was bei Helmut Rau schon alles ausgefallen ist.

Was noch getan wird, außer Probleme wegzuleugnen, ist sparen. Es ist zugegebenermaßen gar kein Geld da für Bildung, denn das hat man ja schon ausgegeben. Für sinnlose Bauprojekte (z.B. Stuttgart 21) gibt

man mehrere Milliarden Euro aus. Das kann man sich leisten. Aber Klopapier an Schulen ist zu teuer. Es soll Schulen geben, an welchen die Schüler aufgefordert werden, Klopapier von zu Hause mitzubringen, weil die Schule sich das nicht leisten kann. Wenn man das nun zu spät merkt, dass kein Klopapier da ist... - dann liegt der Erfolg auf der Hand. Man wird den Erfolg auch nicht mehr los, weil es keine Seife gibt. Und dann sollen wir in der Mensa zu Mittag essen.

Die Qualität der Schulbücher ist laut Stiftung Warentest auch schlecht. Sie hat sogar inhaltliche Fehler z. B. in Geschichtsbüchern festgestellt, was sich negativ auf gewisse Grabreden auswirken könnte. Ich schlage vor, wir benutzen die Bücher als Klopapier. Dadurch erhielte der Satz: „Die Bildung ist am Arsch“ eine völlig neue Bedeutung.

Die Frage, wie eine wirklich gute Schule aussähe, kann ich selbstverständlich nicht vollständig beantworten. Nur ein paar Stichworte dazu: Chancengleichheit, Förderung kritischen Denkens und politischen Bewusst-Seins, mehr individuelle Selbstbestimmung, ... Aber bis das soweit ist, müssen wir uns wohl mit dem Titel „PISA-Sieger der Herzen“ zufrieden geben.

Oli Kube, Jahrgang 1990
Infos auf www.oli-kube.de

*Anmerkung:
Dieser Beitrag wurde mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift „Humane Schule“, Ausg. Okt. 2008, des BVAHS entnommen.*

Eine gute Schwäche ist besser als eine schlechte Stärke.

*Charles Aznavour,
französischer Schauspieler
und Chanconnier*

Gelungene Veranstaltung – vielfältige Themen Herbstseminar in Mainz

Christiane Schmüser

19. September 2008, 18:00 Uhr, endlich, nach Wochen intensiver Organisation werden die allerletzten Vorbereitungen für unser 6. Herbstseminar abgeschlossen. Der Saal, bestuhlt mit 200 Plätzen, wartet auf die Teilnehmer, die jetzt nach und nach eintreffen.

de an – die trotz einer Vielzahl noch offener Fragen angesichts der fortgeschrittenen Zeit leider von uns beendet werden muss.

Am nächsten Morgen geht es pünktlich!! um 9:00 Uhr weiter, vier Workshops stehen parallel zur Auswahl:

tern, Lehrer und Erzieher (Dipl. Päd. U. Endres)) sollte für viele Interessierte etwas dabei sein.

12:30 Uhr Mittagspause, und als weiteres Highlight des Tages ist inzwischen der angekündigte Besuch zweier Mitglieder vom Vorstand des ADS Deutschland eingetroffen. Wir freuen uns sehr, Dr. Myriam Menter und Gerhild Gehrman begrüßen zu dürfen, die auf der Rückfahrt von der Preisverleihung in Saarbrücken eine Stippvisite in Mainz eingelegt haben.

In einer kurzen Ansprache informiert Dr. Menter über den ADS Deutschland, dem der ADS Mainz e.V. seit kurzem als Mitglied beigetreten ist. Die mit dieser Mitgliedschaft verbundenen Vorteile für unseren Verein und auch die brandaktuellen Neuigkeiten finden viele offene Ohren.

Nun geht es in die letzte Runde – noch einmal 4 parallele Workshops am Nachmittag, auch hier wieder Themenvielfalt:

Dr. A. Neuy-Bartmann – ADS in der Partnerschaft; Dipl. Päd. H. Bach – ADHS im Alltag der Familien; Dipl. Päd. M. Stöcking – ADHS im Berufsleben und noch einmal Stärken fördern im Umgang mit ADHS Kindern.

Wie in jedem Jahr beenden wir das Seminar mit einem Abschlussplenum – und bekommen viele positive Rückmeldungen für die Ausgestaltung des Seminars sowie zahlreiche konstruktive Hinweise für zukünftige Veranstaltungen. Harsche Kritik wird mit Recht an den Seminarräumen geäußert, glücklicherweise ist hier Abhilfe in Sicht.

Einen ganz herzlichen Dank an unsere Seminarteilnehmer und Referenten, die das Ganze einmal mehr zu einer gelungenen Veranstaltung werden ließen!



v.l.n.r.: Dr. Myriam Menter, Dr. Astrid Neuy-Bartmann, Christiane Schmüser, Vorstand ADS Mainz, und Gerhild Gehrman

Die zweitägige Veranstaltung beginnt mit einem Vortrag von Herrn Dr. phil. G. Wolff aus Hannover, der heute Abend erwachsene ADSler über die multimodale Therapie und über psychologische Behandlungsmöglichkeiten informieren wird. An den fast zweistündigen Vortrag schließt sich die obligate Fragerun-

Vom Umgang mit ADS Symptomen im privaten und beruflichen Umfeld (Dr. phil. G. Wolff) über ADHS bei Jugendlichen – Coachingstrategien (Dr. med. R. Marx-Mollière), ADHS und Schule – Lernstörungen, Dyskalkulie und LRS (Dipl. Psych. A. Bartecki) bis zu Stärken fördern im Umgang mit ADHS Kindern – für EL-

Ehe man anfängt, seine Feinde zu lieben,
sollte man seine Freunde besser behandeln.

Mark Twain

Publikumsnah, informativ und kurzweilig

12. ADHS-Kongress in Sindelfingen

Petra Ipek

Am 4. Oktober 2008 fand in der Stadthalle in Sindelfingen der 12. ADHS-Kongress, organisiert von den Volkshochschulen der Umgebung gemeinsam mit den Selbsthilfverbänden ADHS Deutschland e.V. und AdS e.V. statt.

Die Organisatoren hatten sich wieder mal bemüht ein hochkarätiges Team von ReferentInnen zusammenzustellen.

Nach den Begrüßungs- und Eröffnungsreden durch den Leiter der VHS Sindelfingen, Dr. Fiebig und der *Leiterin des Amtes für Schule und Bildung im Landratsamt Böblingen* Angela Huber, durfte Dr. Schaff als Vorsitzende des Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) e. V. den Vortragsreigen eröffnen.

Symptome, Diagnose und die verschiedenen Formen der Therapie vor dem Hintergrund neuester Erkenntnisse und der täglichen Praxis einer Kinder- und Jugendpsychiatrie waren ihr Thema. Abwechslungsreich, aber für manche mit dem Thema ADHS neu Befassten, etwas zu stark mit Fachausdrücken vorgetragen, war Frau Schaff immer wieder bemüht auf die Schwierigkeiten einer eindeutigen Diagnose hinzuweisen und die Notwendigkeit der Einzelfallbetrachtung zu verdeutlichen. Die Schwierigkeit, auch für den Mediziner, zwischen dem Möglichen und dem Nötigen für den Patienten die richtige Therapieentscheidung zu treffen, gepaart mit dem was kassenärztlich erlaubt ist wurde den Zuhörern verdeutlicht.

Nach dieser allgemeinen Einführung in das Thema ADHS wurde das Kernsymptom Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörung thematisiert. Nachdem die grundlegende Fähigkeit zur Wahrnehmung und Konzentration für die psychosoziale und schulische Entwicklung erläutert wurde, stellte Dr. Aust-Claus Trai-

ningsmöglichkeiten vor, evtl. Defizite in diesen zentralen Bereich kindlicher Entwicklung zu korrigieren.

Gemeinsam mit Dr. Petra-Marina Hammer hat Dr. Elisabeth Aust-Claus ein Trainingskonzept entwickelt und ständig ausgebaut, modernisiert, welches unter dem Opti-Mind-Konzept bekannt ist. Den grundsätzlichen Aufbau der Trainingseinheiten für betroffene Kinder und deren Eltern stellt Dr. Aust-Claus an einigen Beispielen vor. Sie verdeutlicht die Wichtigkeit der Elternmitarbeit bei der erfolgreichen Umsetzung der Trainingsstunden und bietet daher innerhalb des Konzeptes auch Trainingseinheiten für Eltern an. Das Konzept ist auf Multiplikatorenbasis angelegt, daher sind alle Unterlagen in Buch und DVD-Form zu erwerben und das Optimind-Institut bildet auch ADS-Elterncoachs aus. Auch Dr. Aust-Claus weist für weitere Informationen auf die entsprechende Internetseite hin (www.opti-mind.de).

In der Pause haben alle Teilnehmer Gelegenheit die Informations- und Bücherstände aufzusuchen und Kontakte zu knüpfen. Dies wird auch rege angenommen.

Der Programmablauf am Nachmittag musste spontan geändert werden, da Cordula Neuhaus und Sabine Townson (AdS e.V.) erkrankt waren, aber Dr. Schaff und Dr. Myriam Menter erklärten sich spontan bereit die Lücken zu füllen.

Doch zuerst vertrieb Dr. Johannes Streif mit seinem sehr lebendigen und oftmals erheiternden Vortrag die evtl. vorhandene Müdigkeit nach dem guten Mittagessen. Die zentrale Rolle der Eltern und ihre vielen Möglichkeiten, ein ADHS-Kind innerhalb der Familie zu fördern, war sein Thema. Dies brachte er der Zuhörerschaft mittels vieler Vergleiche und erlebter Anekdoten aus dem Alltag z.B. der Jägerburg nah. So führte er den Eltern vor Augen, dass ein klares, eindeutiges Verhalten, eher

entsprechend den „guten alten Zeiten“ unserer Großeltern, den Kindern sinnvollere Verhaltensmaßstäbe liefert, als das Kumpelverhalten der heutigen Zeit.

Im Anschluss an diesen Vortrag folgten die einzelnen Workshops.

- 1) Weitere Beispiele zu Elterncoaching von Dr. Streif (auf Grund des obigen Vortrags sehr gut besucht und damit überfüllt, aber noch kurzweiliger als der Vortrag)
- 2) Lehrercoaching von Frau Raible
- 3) Dr. Menter: Versorgungswunsch und -realität in Deutschland
- 4) Dr. Schaff, ADHS bei Jugendlichen und Erwachsenen

Der Kongress war mit über 300 Teilnehmern gut besucht, davon waren ca. 40% Eltern und 17% Lehrer. In der Befragung am Ende wurden die Referenten insgesamt als sehr fachkompetent gelobt und die Vorträge allgemein als publikumsnah, informativ, kurzweilig und ansprechend aufgemacht eingestuft.

Die abwechslungsreichen Vorträge waren für die breite Masse interessant, jedoch teilweise zu oberflächlich, insbesondere, wenn man sich mit dem Thema schon beschäftigt hatte.

Für die Zukunft wurde um mehrere unterschiedliche und besonders fachspezifische Workshops mit praktischen Anregungen und Tipps zum alltäglichen Umgang gebeten, die auch etwas tiefer in das jeweilige Gebiet eintauchen.

Sollten diese Wünsche umgesetzt werden, so ist auch beim 13. ADHS-Kongress wieder mit einer informativen, anregenden Veranstaltung zu rechnen.



Vortragsabend des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg am 18. September 2008

„ADS transparent – Die Einsamkeit in unserer Mitte“

Margit Tütje-Schlicker



Unter diesem Titel eröffnete Dr. Karsten Dietrich seinen Zuhörerinnen und auch Zuhörern neue Sichtweisen auf das Störungsbild des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms.

Der Vortrag von Herrn Dr. Dietrich startete, nach Beseitigung der Kommunikationsstörung zwischen Notebook und Beamer, mit einiger Verspätung. Trotzdem waren alle Interessenten auf ihren Plätzen geblieben.

Wohlweislich, wie der anschließende Vortrag bestätigte!

Bei seinen Betrachtungen stellt der Uelzener Kinder- und Jugendarzt die betroffenen Kinder in den Mittelpunkt. Legen sie tatsächlich einen Mangel an Aufmerksamkeit (z.B. bei Hausaufgaben) an den Tag oder möglicherweise sogar ein Zuviel davon (bei Interesse = Hyperfokussierung)? In der Regel bestehe mangelnde Aufmerksamkeit bei fremdbestimmten, kulturellen Aufgaben und gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber jeglicher Veränderung im Umfeld. Auf keinen Fall, so Dietrich, seien diese Kinder ungezogen oder gar desinteressiert.

Er betonte, dass das ADS ein Problem des Kindes und für das Kind ist, NICHT des Umfeldes und für das Umfeld und beschreibt das ADS als eine mögliche Ausprägung eines Daseinszustands, in den JEDER gelangen kann. Zum einen von Geburt an (ADS), dann aber auch durch Mobbing, Traumata oder Schlafmangel. Bei all diesen Rahmenbedingungen gibt es vergleichbare Beeinträchtigungen und auch vergleichbare Befunde in bildgebenden Verfahren, in denen die Aktivierung der verschiedenen Hirnanteile sichtbar gemacht werden können, erklärte Dr. Dietrich.

Menschen mit ADS leben in 100prozentiger Alarmbereitschaft, die hyperaktiven drehen auf „hoher Drehzahl“, die stillen, hypoaktiven

hingegen sind, „heruntergetaktet, um das Ausharren ertragen zu können“. Demzufolge wird, je nach Grundveranlagung des Betroffenen und der damit verbundenen Erfolgserwartung, das gesamte Leben danach ausgerichtet. (Hyper-)aktiv gestaltend bei denjenigen, die sich stark fühlen, also häufig bei den Jungen, still erdulnd dagegen bei den sich eher schwach fühlenden, dies sind häufiger die Mädchen.

Eine ständige Verteidigungshaltung macht die Störung so problematisch, zeigt sich z. B. in provozierendem Verhalten, in der Unerträglichkeit von eigener Schuld oder aber, beim stillen Typ, in sozialer Überanpassung. Motivation zu langweiligen Tätigkeiten kommt bei ADS-Betroffenen nicht von innen, sondern *nur* von außen. Kinder mit ADS erleben emotionale Einsamkeit, haben kaum Freundschaften, sind verzögert selbständig. Aus der Sicht der Betroffenen bedeutet das:

- Immer in unsicherer Umgebung
- Immer abgelehnt sein (Menschen 2. Klasse)
- Immer zu unreif, nicht selbständig genug
- Immer emotional einsam
- Immer zu erfolglos

Für viele trafen alle 5 Punkte in gravierender Ausprägung zu, manche hätten das Glück, in einzelnen Bereichen nicht so sehr zu leiden.

Wahrgenommene Unsicherheit

Laut Dr. Karsten Dietrich geht es beim ADS ursächlich um die wahrgenommene Unsicherheit. Die Grundempfindlichkeit des Sicherheitssinns (sog. 7. Sinn) des Betroffenen ist deutlich erhöht. Die Grundeinstellung zur Geburt ist genetisch bestimmt. In der Prägungsphase des Kindes bis ca. zum 7. Geburtstag wird sie, abhängig von der Unsicherheitsempfindung des Kindes, verändert und dann fixiert. In der Pubertät

wird sie nachjustiert.

Die Eltern, Erzieher und Lehrer eines ADSlers sind gefordert, diese Unsicherheit wahrzunehmen. Ihre Aufgabe ist es, dem Kind Sicherheit zu vermitteln, seine Not zu erkennen, sich selbst niemals angegriffen zu fühlen und vor allem, das Kind nicht alleine zu lassen. Dr. Dietrich empfiehlt den Eltern, sich frühzeitig Hilfe für ihr Kind zu holen. Das bedeutet den Einsatz von Ergotherapie oder/und Verhaltenstherapie bereits mit 2 Jahren sowie eine Medikation, wenn dann noch nötig, bereits vor der Einschulung. Nicht erst, wenn das Kind sich schon 3 Schuljahre an die Einsamkeit und das Scheitern gewöhnt hat.

Alles in allem ein interessanter und sehr bewegender Vortrag. Einige der Anwesenden waren tief betroffen, brachten das auch in den anschließenden Fragen zum Ausdruck, die Herr Dr. Dietrich trotz der inzwischen fortgeschrittenen Zeit zum Teil sehr ausführlich beantworten konnte.

Wir freuen uns schon auf das Buch mit dem gleichen Titel, das im kommenden Jahr erscheinen wird.

AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg
des ADHS Deutschland e. V.
Telefon 05371-63329
E-Mail: mtuetje-schlicker@web.de



Wer allzu lange
auf einen Punkt starrt,
nimmt nichts
mehr wahr.

Walter Jens,
deutscher Kritiker
und Schriftsteller

Liebe Mitglieder,

alle Jahre wieder...viel zu schnell ist auch dieses Jahr wieder vergangen und es ist erneut Zeit für einen Rückblick auf das Jahr 2008.

Neben den regulären Terminen wie Veranstaltungen, Vorstandssitzungen und Fortbildungen, war der tägliche Arbeitsaufwand zu bewältigen, Anfragen zu beantworten, Infomaterial zu erstellen, aktuell zu halten und zu verteilen, etc.

An dieser Stelle möchte ich mich sowohl bei unseren Mitarbeiterinnen Frau Lugert, Frau Matthes, Frau Festini, Frau Schüpferling, Frau Weiß und Herrn Lüdke als auch bei allen Vorstandskolleginnen und -kollegen für ihr Engagement sehr herzlich bedanken.

Leider ist das Thema „Zulassung von Medikamenten für Erwachsene“ dieses Jahr nicht weiter vorangekommen. Inzwischen haben zwei Firmen die Zulassung ihrer Medikamente für den deutschen Markt beantragt und eine weitere plant dies für das nächste Jahr.

Realistisch gesehen wird eine Zulassung nicht vor Ende nächsten Jahres, wenn überhaupt, erfolgen.

Zunehmend werden Ärzte für die Verschreibung von Methylphenidat und anderen Medikamenten in Regress genommen, dazu kommt, dass die seit zehn Jahren existierende Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (die bisher für einen Teil der Kinder- und Jugendpsychiatern gilt) gekündigt wurde und bis zum heutigen Tag noch nicht abschließend geklärt ist, wie es zukünftig aussehen wird. Diese Vereinbarung ermöglichte es Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Heil- und Sozialpädagogen in ihren Praxen anzustellen. Deren Aufgabe ist es, das soziale und familiäre Umfeld psychiatrisch kranker Kinder zu beraten und zu betreuen.

Diese rechtliche Situation sowie die inadäquate Bezahlung sind m. E. auch dafür verantwortlich, dass nur wenige Ärzte bereit sind, die von einer ADHS betroffenen Erwachsenen zu diagnostizieren und im Rahmen der empfohlenen multimodalen Therapie medikamentös zu therapieren.

Positiv zu vermerken ist, dass das Konzept der Vertragswerkstatt der KBV, welches ge-

meinsam vom Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/> unter Einbeziehung unseres Verbandes erarbeitet und Ende Mai offiziell vorgestellt wurde. Bereits eine bundesweit tätige Krankenkasse hat Interesse bekundet, diesen Vertrag umzusetzen.

Bundesverband, Landesgruppen und Regionalgruppen haben sowohl eigene Veranstaltungen durchgeführt als auch bei vielen Veranstaltungen zum Thema ADHS in Deutschland einen Infostand besetzt, allen Aktiven herzlichen Dank für ihre tatkräftige Unterstützung!

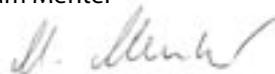
Es würde zu weit führen, alle Veranstaltungen hier erneut aufzuführen, Sie finden aber in dieser „neue AKZENTE“ ebenso wie in den letzten Ausgaben Berichte dazu (s. Hannover, Sindelfingen, etc.).

Der Bundesverband hat dieses Jahr zwei Gruppenleiterfortbildungen durchgeführt, auf Landesebene gab es entsprechende Veranstaltungen in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Baden-Württemberg. Daneben fanden vier Fortbildungen für die Telefonberater statt. Das Angebot für das kommende Jahr finden Sie auf unserer Webseite oder können es in der Geschäftsstelle erfragen.

Die nächste Mitgliederversammlung, verbunden mit einem Symposium und einer bundesweiten Gruppenleiterfortbildung findet am 25./26. April 2009 in Frankenberg bei Chemnitz statt. Als Referenten haben wir Dr. Dieter Claus, Frau Evelyn Küpper und Dr. Martin Ohlmeier gewinnen können.

Im Namen des gesamten Vorstandes und der Mitarbeiter wünsche ich Ihnen Frohe Weihnachten und einen guten Rutsch ins Neue Jahr!

Ihre Myriam Menter




Dr. Myriam Menter

ADHS = Anders Denken Höchst Sympatisch Gruppenleiterfortbildung und Symposium im Oktober 2008 in Hirschaid

Sabine Nicoletti

Bei der diesjährigen Fortbildung in Hirschaid und Forchheim haben wir mit 85 Gruppenleiter/innen einen neuen Rekord aufgestellt. Die Betten im Hotel Göller reichten nicht aus, so dass die letzten Anmeldungen in Forchheim untergebracht werden mussten.

Am **Samstagvormittag** begrüßte uns Dr. Myriam Menter und stellte etliche Neuerungen im Verband vor: z. B. ein neuer Bücher-Flyer, ein Telefonberater-Flyer, im Intranet ein Power-Point-Vortrag zum Herunterladen als Vorlage und Anregung, neues Briefpapier in den Ver-

bandsfarben und eine neue Postkarte „ADHS – Anders Denken Höchst Sympatisch“ usw.. Dass dabei ein syndromtypischer Druckfehler passiert sei, habe schon bei einigen Fachleuten für Erheiterung gesorgt, berichtete sie.

Sie informierte über Tagungen und Veranstaltungen der vergangenen Monate (s. hierzu auch die Berichte in dieser Ausgabe), so z. B. am Wochenende zuvor der Kongress in Hannover („Wider das Stigma – ADHS, Tic und Zwang“), der sehr gut besucht gewesen sei. Ein besonderer Dank gebühre der Familie Gartzke, die bei der Vorbereitung dieser Tagung stark eingebunden war und entscheidende Impulse gegeben habe.

Im September bekam unsere Projektleiterin Gerhild Gehrman in Saarbrücken den UCB-Preis, der mit 5.000 Euro dotiert war. Dieser Betrag kommt der Telefonberatung zu Gute

Das angekündigte Coaching-Projekt von Dr. Astrid Neuy-Bartmann und Karin Knudsen benötigt eine Terminverlängerung, weil es doch aufwändiger ist, als ursprünglich angenommen. Im kommenden Frühjahr soll es dann aber soweit sein. Rechtzeitig zur Mitgliederversammlung in Frankenberg soll es fertig werden und dort den Regionalgruppenleiter/innen vorgestellt werden.

Unsere Gruppenleiterin Christiane Eich aus Hamburg, Teilnehmerin am zentralen-adhs-netz (zan), berichtete, dass man dort jetzt Empfehlungen für die Kultusministerkonferenz (KMK) vorbereite, damit die Förderung betroffener ADHS-Kinder möglichst bundesweit einheitlich geregelt wird.

Ärztelisten gibt es aus mehreren Gründen nicht mehr. Es ist vom Arbeitsaufwand her nicht zu schaffen, diese Listen vollständig und aktuell zu halten. Die Empfehlung bei Arztanfragen lautet, mit der örtlichen Selbsthilfegruppe Kontakt aufzu-



FOTO: KASPAR

Auch in Hirschaid gab es einen gut besuchten Info-stand.
Dr. Johanna Krause während ihres Vortrages



FOTO: KASPAR

nehmen, da man dort am besten Bescheid weiß.

Autorin Sari Solden in Forchheim

Die Vortragsveranstaltung am Nachmittag war nahezu ausgebucht. Nicht nur unsere Gruppenleiter/innen waren neugierig auf die „Chaosprinzessin“, auch aus dem Umland kamen viele interessierte Besucher. Einige gingen nach der Veranstaltung als Mitglieder unseres Verbandes heim.

Sari Solden hielt ihren Vortrag auf Englisch, eine Übersetzerin stand zur Verfügung. Es ging in dem Vortrag um die hypoaktive Variante der ADHS, die überwiegend Mädchen und Frauen betrifft. Kernaussagen waren, dass diese Form der ADHS zu selten und zu spät diagnostiziert wird, weil sie im Gegensatz zur hektischen Hyperaktivität eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz hat. Betroffene Frauen litten in der Folge von ADHS an Schuld- und Schamgefühlen und versuchten, ihre Probleme zu verstecken. Um diesen Frauen zu helfen, sei mehr nötig, als ein Training ihrer Organisationskompetenz. Es sei ganz wichtig, dass die Betroffenen lernen, sich so anzunehmen, wie sie sind.

Der zweite Vortrag von Dr. Johanna Krause imponierte durch eindrucksvolle Praxisbeispiele. Auch die anwesenden „Nichtfrauen“ waren fasziniert. Wieder ging es hier um Faktoren, die eine Diagnose erschweren. Am Beispiel der verschiedenen Persönlichkeiten im Struwelpeter zeigte sie, wie verschieden die ADHS-Symptomatik daher kommen kann.

Ein Fazit (unter vielen): Wir brauchen diagnostische Instrumente speziell für Mädchen und Frauen. Eine andere Feststellung: die Therapie Erwachsener ist noch in den Kinderschuhen, in vielerlei Hinsicht.

Workshops am Sonntag

Drei Workshops wurden angeboten, so dass eigentlich jeder etwas nach seinen Interessen und Bedürfnissen finden konnte. Für den **Computer-Workshop**, der in Forchheim stattfand, war leider die Teilnehmerzahl begrenzt (durch die Anzahl der

Übungsplätze). Dort ging es um das Einloggen ins Mitgliedernetz, Sicherheit im Internet, Mails und Büroprogramme. Für Fragen, die nicht beantwortet wurden und solche, die sich erst im Nachhinein zu Hause stellen, gibt es ein Beratungstelefon: 05304-93 91 33 (ab 18 Uhr).

Im **Workshop Kommunikation**, den Frau Gehrman hielt, ging es um Gesprächsführung in der Gruppe. Wie geht man mit Störungen um, mit Leuten, die das Gespräch an sich reißen, aber auch mit solchen, die sich nicht trauen.

Der dritte Workshop wurde von Carl Schell gehalten und dort ging es um allgemeine Themen.



FOTO: GÄRTZKE



FOTO: KASPAR

Im anschließenden Plenum stand der Vorstand den Gruppenleitungen zur Beantwortung von Fragen nochmals zur Verfügung. So wurde noch einmal erklärt, dass der Verband für 2008 weniger Fördermittel seitens der Krankenkassen erhalten habe und dass dies einer der Gründe sei, warum die Gruppenleiter sich verstärkt um die Finanzierung ihrer Fortbildung bemühen müssen, indem sie z.B. die Fördermöglichkeiten der Krankenkassen ausschöpfen. Bei Schwierigkeiten ist der Verband gerne bereit, zu helfen. Ansprechpartner sind in diesem Fall die Landesgruppenleitungen oder unsere Schatzmeisterin Karin-Gisela Seegers.

Mit der Ankündigung unserer nächsten Mitgliederversammlung in

Bild ganz oben: Sari Solden während ihres Vortrages über die hypoaktive Variante von ADHS bei Frauen

Bild oben: Autogrammstunde von Sari Solden

Frankenberg am 25./26. April 2009 in der Nähe von Chemnitz endete unsere diesjährige Fortbildung. Für das kommende Jahr dürfen wir uns wieder auf hochkarätige Referenten wie **Dr. Dieter Claus (Opti-Mind)** und **Dr. Astrid Neuy-Bartmann** freuen. Am Sonntag wird es auch wieder eine Fortbildung speziell für die RG-Leiter/innen geben. ←

Verleihung des ADHS-Förderpreises 2007

Lobenswert: UCB fördert zwei innovative Projekte in der ADHS-Betreuung

pm/signumpr.

Mit der Verleihung des UCB ADHS-Förderpreises 2007 wurden jetzt Gerhild Gehrman für das „ADHS-Telefonberatungsnetz“ des ADHS-Deutschland e.V. sowie Helga Waschkowski für das „Supported Employment Programm“ des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim ausgezeichnet. Die Laudatio hielt Prof. Dr. Michael Rösler, Universität und Institut für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie des Saarlandes, im Rahmen der 3. Saarbrücker ADHS-Tagung am 19. September 2008.

Der mit 10.000 Euro dotierte ADHS-Förderpreis wird von der UCB GmbH, Monheim, gestiftet und zeichnet in diesem Jahr zum fünften Mal innovative Modellprojekte in Deutschland aus, die zu einer verbesserten Versorgung von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beitragen.

Erstmals erhält eine Selbsthilfegruppe den ADHS-Förderpreis.

Der ADHS Deutschland e.V. ist ein auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene gemeinnützig arbeitender Selbsthilfverband, der sich ehrenamtlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS einsetzt. Nach Ansicht der Jury hat das Projekt „ADHS-Telefonberatungsnetz“ des ADHS-Deutschland e.V. eine gute Breitenwirkung, da es Betroffenen bundesweit eine erste Anlaufstelle bietet. Das Telefonat ist häufig der erste Schritt vor dem Besuch einer Selbsthilfegruppe, auf die in den Gesprächen immer hingewiesen wird. Vorteil der Telefonberatung ist die Anonymität, in der Gespräche stattfinden können. Zudem sind die Berater auf das Thema ADHS spezialisiert, sodass sie detaillierte Auskunft geben können. Beispielhaft nennt die Jury auch die Vereinbarung zwischen dem Verein und den inzwischen 34 ehrenamtlich arbeitenden Telefonberatern, dass diese sich verpflichten, an regelmäßigen Fortbildungen zu ADHS und Schulungen mit Supervision teilzunehmen.

Der Ansatz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Erwachsene mit ADHS bei der beruflichen Integration zu unterstützen, wurde von der Jury insbesondere aufgrund der klaren Zielsetzung und der Möglichkeit einer Evaluation gelobt. Ziel des von der leitenden Sozialarbeiterin Helga Waschkowski initiierten Projektes ist es, für Erwachsene mit ADHS ein störungsspezifisches „Supported Employment Programm“ zu etablieren und einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit zu erbringen. Dabei wird vor allem geprüft, ob mehr Patienten in berufliche Tätigkeiten vermittelt werden, ob sich die Arbeitsfähigkeit verbessert und ob das Programm zu einem höheren beruflichen Erfolg führt. An dem Programm nehmen in der Versuchs- und in der Vergleichsgruppe jeweils 25 arbeitslose Patienten mit ADHS im Alter von 18 bis 55 Jahren teil, die stabil auf Methylphenidat oder Atomoxetin eingestellt sind und auf die Behandlung ansprechen. Für dieses im Februar 2008 begonnene Projekt

v.l.n.r.: Michael Rösler, die Preisträgerin des ADHS-Förderpreises 2007 Frau Gerhild Gehrman mit der Vorstandsvorsitzenden des ADHS-Deutschland e.V. Frau Dr. Myriam Menter sowie der zweiten Preisträgerin Frau Helga Waschkowski vom ZI Mannheim.

Daneben: Dr. Johanna Krause, die in Würdigung ihrer Leistungen in der Forschung auf dem Gebiet der ADHS den „Saarländischen ADHS-Förderpreis 2008“ erhielt und Prof. Dr. Manfred Döpfner



FOTO: SIGNUM PR

ist eine Laufzeit von etwa drei Jahren geplant.

Ausgewählt wurden die Preisträger durch das Expertengremium bestehend aus Prof. Dr. Harald Bode, Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Ulm, Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Köln, Prof. Dr. Michael Rösler, Universität und Institut für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie des Saarlandes sowie PD Dr. Dr. Jan Frölich, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Stuttgart.



Dr. Myriam Menter und Gerhild Gehrman

Danke

Zwei Preise durften wir in diesem Jahr für unser Telefonberatungsprojekt entgegennehmen, Preise, die sich ergänzen, und die ich als ebenso bestätigend wie aufbauend für unsere Arbeit erlebe.

„Startsocial“ unterstützte uns beratend in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising. Den UCB Förderpreis erhielten wir insbesondere für unsere Fortbildungen, die für die Berater verpflichtend sind und neben dem neuesten wissenschaftlichen Stand zum Thema ADHS den Schwerpunkt auf die emotionale Rahmung eines Gespräches, die „Partnerzentrierte Gesprächsführung“ und die Supervision von anonymisierten Gesprächsprotokollen legen.

Die „Partnerzentrierte Gesprächsführung“ erfordert einen Lernprozess, der auch für die BeraterInnen häufig nicht einfach ist, da hinter jedem Beratenden ein eigenes ADHS-Schicksal und eigenes Leid, aber gerade deswegen auch wertvolle Erfahrung steht. Sich auf die individuelle Problematik der Anrufenden einzulassen, diese selbst mit ihren persönlichen Schwierigkeiten zu betrachten, ohne sie mit den eigenen zu vermischen oder die Anrufenden mit Ratschlägen zu überfrachten, ist

nicht theoretisch erfahrbar zu machen und will empfunden, gelernt, geübt und verinnerlicht sein. Dabei tragen wir auch in unseren Fortbildungen der Tatsache Rechnung, dass die vordergründige Frage der Anrufenden nach Information oder anderweitiger Hilfe sehr häufig neben großer Sorge und oft auch Verzweiflung steht. Dieses Mitfühlen mit den Anrufern ist mindestens genauso wichtig wie alle Sachinformationen, ja oftmals noch viel wichtiger. Hier können wir durch Zuhören und Verständnis Entlastung geben und gemeinsam mit den Anrufenden über weitere Schritte in ihrer augenblicklichen Situation nachdenken.

So geht mein großer Dank an unsere Telefonberaterinnen und Telefonberater, den ich an dieser Stelle von ganzem Herzen für den geleisteten Einsatz und die Beständigkeit in der Beratung ausspreche. Viele der BeraterInnen haben schon mit Pioniergeist die Anfänge unserer Schulungen unter erschwerten Bedingungen erlebt, mit Selbstverpflegung und Unterbringung in Räumen, die sich außerhalb des Etap-Hotels befanden, wo wir – als günstigste Möglichkeit – übernachteten. So erinnere ich mich, neben den vielen neuen Gedanken und Erfahrungen

durch unsere Fortbildungen, an unsere äußerst geringen finanziellen Mittel und an Riesenmengen Kartoffelsalat, die ich zu Hause zubereitete oder an die Hilfe von Familie (Regina) Schubert in Offenbach, die uns an einem Wochenende mit unermüdlichem Engagement in den Räumen ihrer Kirchengemeinde versorgte. Unser Ziel, günstige Arbeitsmöglichkeiten in Häusern zu finden, in denen wir gepflegt wurden und übernachten konnten, wurde uns inzwischen durch karitative Einrichtungen (im nächsten Jahr z.B. unter Mithilfe von Prinz und Prinzessin zu Sayn-Wittgenstein) ermöglicht. Immer begleitete uns bisher Kurt Hämmerling, der seit vielen Jahren in der Ausbildung von Telefonberatern tätig ist und dem wir für das, was er uns lehrte, sowie für seine Bereitschaft, seine Ausdauer und Geduld zu besonderem Dank verpflichtet sind.

Für die Zukunft wünsche ich uns noch viele gemeinsame Möglichkeiten des Lernens und der Entwicklung, damit wir unseren Beratungszielen immer mehr gerecht werden können.

Gerhild Gehrman

Infostand der Regionalgruppe Osnabrück-Süd auf Gesundheitstagen in Bad Laer gut besucht

Barbara Niehenke



FOTO: NIEHENKE

Fragen rund um das Thema Gesundheit standen im Mittelpunkt während der zehnten Gesundheitstage vom 12.-14.09.2008 in Bad Laer. Diese überregional besuchte Veranstaltung ist ein hervorragendes Beispiel, wie Gesundheitsförderung und Prä-

vention dargestellt und einem breiten Publikum in attraktiver Weise zugänglich gemacht werden.

In diesem Jahr präsentierten über 200 Aussteller ungefähr 26.000 Besuchern ihr Leistungsprofil. Einen breiten Raum nahmen auch die regionalen Selbsthilfegruppen ein. Ein umfangreiches Unterhaltungs- und Sportprogramm rundete die zehnten Gesundheitstage ab.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten die Fachvorträge. Die Organisatoren hatten 50 Referenten gewinnen können, wobei großen Wert auf eine Mischung von Fachleuten und Mitgliedern von Selbsthilfegruppen gelegt wurde.

Auch unsere Regionalgruppe Osnabrück-Süd nutzte wieder die Gelegenheit, sich vorzustellen. Die Gruppenleiterin Barbara Niehenke und ei-

nige aktive Gruppenmitglieder standen interessierten Besuchern Rede und Antwort. Es gab zahlreiche Gespräche mit Eltern, aber auch mit Erziehern und Pädagogen. Auch viele Großeltern kontaktierten den Infostand. Besonders viele betroffene Erwachsene fragten nach Selbsthilfegruppen und Informationsmaterial. Mit der Liste der Selbsthilfegruppen des Bundesverbandes konnten wir die oft überregionalen Anfragen beantworten.

Insgesamt lässt sich sagen, dass der Infostand sehr gut frequentiert wurde. Im Vergleich zu den Vorjahren stellten wir eine viel breitere und positivere Wahrnehmung von ADHS fest; das macht uns Hoffnung für die Zukunft und ermuntert uns weiter zur Öffentlichkeitsarbeit. ←

Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2008

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

Förderstelle	Förderart	Bundesverband	LG Bayern	LG Berlin	LG BW	LG Hamburg	LG Thüringen	LG NRW
GKV Gemeinschaftsförderung	Pauschalförderung	25.000,00 €		3.400,00 €			1.000,00 €	4.535,00 €
Krankenkassen-individuelle Förderung: AOK DAK BEK	Projektförderung Projektförderung für Telefonberatung (TB)	1.700,00 € 1.000,00 € 1.500,00 €				1.400,00 €	800,00 €	1.968,00 €
Verschiedene	Freie Spenden	1.029,85 €						
Verschiedene	für Öffentlichkeitsarbeit	500,00 €						
Firma Siemens	Projektspende TB	800,00 €						
Pharmafirmen: Janssen-Cilag Lilly Deutschland Medice UCB UCB Förderpreis Shire Shire Shire	Projektspenden für die Telefonberatung	2.000,00 € 1.500,00 € 500,00 € 1.500,00 € 5.000,00 € 1.547,80 €						
	Spende Öffentlichkeitsarbeit Freie Spende	860,08 € 6.000,00 €						
Verschiedene	Freie Spenden für Regionalgruppen	739,00 €						
Insgesamt:		51.175,73 €	875,00 €	3.400,00 €	3.000,00 €	1.400,00 €	1.800,00 €	6.503,00 €

Kontakt zu den Bildungsinstitutionen hat oberste Priorität Landesgruppe Niedersachsen-Bremen jetzt mit neuem Leitungsteam

Gerhild Drüe

Einen besseren Rahmen für die Wahl der Landesgruppenleitung (LGL) Niedersachsen / Bremen hätte man sich nicht wünschen können als den dreitägigen Kongress mit dem Titel: „Wider das Stigma – ADHS, Tic und Zwang im Spiegel von Gesellschaft und Forschung“, der vom 9. bis 11. Oktober 2008 in der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) stattfand.

Ungefähr 700 Kongressteilnehmer wurden registriert, die Vorträge und Workshops von 80 Referenten (als Mitglieder der Selbsthilfverbände sogar kostenlos) besuchen konnten (s. Bericht Seiten 23 ff.)

Deutlich kleiner war da die Gruppe der RegionalgruppenleiterInnen aus den Bundesländern Niedersachsen und Bremen, die sich am Freitag vor dem Gesellschaftsabend in einem kleinen Hörsaal versammelten, um erstmals einen „Landesvorstand“ für die zwei nördlichen Bundesländer zu wählen.

Hartmut Gartzke, Schriftführer im Bundesvorstand von ADHS Deutschland e.V., war vom Bundesvorstand beauftragt worden, diese Wahl zu organisieren. Der Wirtschaftsmathematiker aus Isernhagen bei Hannover wurde dann auch mit der Medizinerin Dr. med. Uta Ringeling (Hankensbüttel bei Uelzen) und der Lehrerin und Autorin Gerhild Drüe (Nortrup im Landkreis Osnabrück) für drei Jahre gewählt.

Das neue Dreiergremium versteht sich als ein Team, das sich mit den

Möglichkeiten des größten deutschen ADHS-Selbsthilfverbandes für Niedersachsen und Bremen einsetzen will. Den Eltern und auch den selbst betroffenen Erwachsenen wissenschaftlich fundierte Informationen rund um das Thema Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Stö-

Als ein vorrangiges und drängendes Ziel seiner gemeinsamen Arbeit gibt das neu gewählte Leitungsteam an, sich an die übergeordneten Institutionen der Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen in Niedersachsen und Bremen zu wenden: „Es ist nötig, den Fortbil-



v. links: Dr. Uta Ringeling (stellv. LGL), Hartmut Gartzke (LGL), Gerhild Drüe (stellv. LGL)

AdHS) zur Verfügung zu stellen, ist bereits auf Bundes- und auf regionaler Ebene Praxis. Nun soll die Arbeit der Verbesserung des Verständnisses der ADHS und der Versorgungssituation der Betroffenen in der Politik und im Gesundheitswesen auf Landesebene dienen.

dungswillen der Fachleute, die mit ADHS-betroffenen Kindern, Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen arbeiten, auf das Thema ADHS zu lenken. Eine gute Kooperation der Bezugspersonen kann so manches Schulversagen und Lehrstellenabbrüche verhindern helfen.“

Auch 2009

finden in den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen und NRW wieder Gruppenleiterschulungen statt.

Fragen Sie bei Ihrer Landesgruppe nach den Terminen.

Beispiel der RG Sassenburg:

Bitte um Unterstützung – Brief an Politiker

Liebe Regionalgruppenleiter (nicht nur) in Niedersachsen: Wenn wir wirklich etwas in Sachen Akzeptanz und Medikamentenzulassung bei ADHS-Erwachsenen erreichen wollen, sollten wir alle die Chance, die uns der vorformulierte Brief des Bundesvorstandes – ergänzt durch die Schilderung der spezifischen Bedingungen in der Region und der Gruppenarbeit - an die Politiker bietet, nutzen! Wenn mehrere Landräte unser Anliegen unterstützen, können wir etwas erreichen! Die nachfolgende Version unserer Regionalgruppe Sassenburg soll Ihnen als gutes Beispiel dienen.
(H.Gartzke/red.)

AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg im ADHS Deutschland e. V.

„Bitte um Unterstützung

Sehr geehrte ...!
Mein Name ist Margit Tütje-Schlicker. Ich bin verheiratet mit Walter Schlicker, gemeinsam haben wir fünf Kinder im Alter von 21, 19, 15, 12 und 9 Jahren. Seit 1994 sind wir hier in Dannebüttel ansässig.

Ich leite eine regionale Selbsthilfegruppe des ADHS Deutschland e.V. in Sassenburg. Dazu gekommen bin ich durch die Betroffenheit eines meiner Kinder. Unsere Gruppe, der AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg, besteht seit mittlerweile 6 Jahren. Wir treffen uns jeden 1. Montag eines Monats im Haus Zum Guten Hirten in Westerbeck.

Die durchschnittliche Beteiligung liegt bei 10 bis 12 Personen, die aus der ganzen Sassenburg, aber auch aus anderen Gemeinden des Landkreises Gifhorn, zu uns kommen. Anfangs kamen nur Eltern, vorwiegend Mütter betroffener Kinder zu uns. Schon bald gesellten sich aber die ersten Erwachsenen dazu. Inzwi-

schen ist die Beteiligung ausgeglichen, es kommen ebenso viele Eltern wie selbst betroffene Erwachsene. Und deren Anteil steigt, wohl auch aus dem Grund, weil es wenige Anlaufstellen und Therapieangebote gibt.

Auf Wunsch der Teilnehmer haben wir deshalb zusätzlich eine eigene, geschlossene Erwachsenengruppe eingerichtet. Hier kommen z. T. tief greifende Themen zur Sprache, die in einer offenen Gruppe nicht angebracht wären.

Angesichts eines zunehmenden Versorgungsmangels der von ADHS betroffenen Menschen und der damit verbundenen Folgen – nicht zuletzt für die Wirtschaft! – bitte ich Sie, sich mit der gesellschaftlich drängenden Thematik der ADHS bei Erwachsenen auseinanderzusetzen. Bitte unterstützen Sie dabei unsere Arbeit!

Die Situation

Da ich nicht weiß, inwieweit Sie mit dem Thema ADHS vertraut sind, will ich Ihnen die gegenwärtige Situation kurz darstellen:

Die Abkürzung ADHS steht für „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Das Störungsbild kann mit oder ohne Hyperaktivität, d.h. einer überdurchschnittlich stark ausgeprägten Bewegungsunruhe auftreten. Nach heutigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand handelt es sich bei der ADHS um eine Regulationsstörung im Frontalhirn. Diese entsteht weitgehend unabhängig von den individuellen Lebensbedingungen auf genetischer Grundlage. Von ADHS betroffene Menschen kommen daher in allen Kulturen weltweit mit einer ähnlichen Häufigkeit von rund 5 Prozent der Bevölkerung vor.

Die von der ADHS betroffenen Kinder leiden meist unter starker Bewegungsunruhe sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproble-

men. Gefühle und Emotionen verändern sich beständig, im Tagesablauf kommt es nicht selten zu ausgeprägten Stimmungsschwankungen. Das bei allen Betroffenen vermehrt impulsive Handeln führt meist zu erheblichen Problemen in der Schule, aber auch in der Familie und Freizeit. Reagieren die das Kind betreuenden Personen nicht angemessen auf dessen Verhalten, kann aus dem Wechselspiel von Auffälligkeit und falscher wie auch ungenügender Erziehung eine Störung des Sozialverhaltens entstehen.

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass eine ADHS im Kindesalter das Risiko für Fehlentwicklungen in anderen Lebensbereichen deutlich erhöht. So zeigen von der ADHS betroffene Jugendliche und Erwachsene gehäuft Suchtverhalten. Auch Angst und Depression treten parallel zur ADHS deutlich vermehrt auf. Erwachsene mit ADHS weisen im Mittel weniger und schlechtere Schulabschlüsse auf, sind überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen, begehen mehr Verkehrsdelikte und neigen aufgrund ihrer Impulsivität verstärkt zu inner- und außerbürgerlicher Delinquenz.

Da mehr als die Hälfte der ADHS diagnostizierten Kinder und Jugendlichen noch im Erwachsenenalter klinisch signifikante Störungssymptome aufweist, kommt der Diagnose und Behandlung der ADHS gerade auch bei Erwachsenen große Bedeutung zu. Bislang steht die üblicherweise multimodale, d.h. in verschiedenen Bereichen parallel ablaufende Behandlung von Erwachsenen allerdings fast ausschließlich Privatpatienten offen. Dabei ist die ADHS sowohl durch psycho- und sozialtherapeutische Programme als auch eine medikamentöse Behandlung gut zu therapieren. Insbesondere Präparate mit dem bei Kindern gebräuchlichen Wirkstoff „Methylphenidat“ sind

auch bei Erwachsenen ausgesprochen wirksam.

Leider sind Medikamente mit diesem Wirkstoff bislang nur für die Behandlung der ADHS bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag zugelassen. Obwohl Methylphenidat auch eine Zulassung für Erwachsene mit Narkolepsie hat, weigern sich die zuständigen Behörden bislang, die Indikation des Wirkstoffs auf die ADHS im Erwachsenenalter auszuweiten. Und das mit gleichermaßen schwerwiegenden wie absurden Folgen. So muss beispielsweise die Behandlung eines von der ADHS betroffenen Gymnasiasten, dessen begabungsgemäße Beschulung durch die medikamentöse Behandlung erst möglich wurde, ausgerechnet in der Abiturphase beendet werden. Aber auch betroffene Auszubildende und berufstätige Erwachsene verlieren statistisch weitaus häufiger ihre Arbeitsplätze, wenn mit dem Abreißen der medikamentösen Behandlung Stimmungsschwankungen und Impulsivität an der Arbeitsstelle durchbrechen. Dies trägt zum überdurchschnittlich hohen Anteil der von ADHS betroffenen Menschen an Ausbildungs- und Studienabbrüchen sowie Arbeitslosen bei, obwohl diese in Kindheit und Jugend zunächst mit hohem finanziellem Aufwand durchaus erfolgreich behandelt und gefördert wurden.

Zwar sind einzelne gesetzlichen Krankenkassen bei Patienten, die bereits vor ihrem 18. Lebensjahr ADHS diagnostiziert und medikamen-

tös behandelt wurden, grundsätzlich bereit, die Kosten der Medikation zumindest vorübergehend weiter zu übernehmen, doch ist diese Praxis weder allgemein üblich noch von der Gesetzeslage gedeckt. Daher können verschreibende Ärzte auch bei vorab vorliegender Einzelfallgenehmigung der Krankenkasse für die medikamentöse Behandlung ihrer erwachsenen Patienten später in Regress genommen werden. Das wachsende Problembewusstsein der Krankenkassen scheint hier in Politik und Gesetzgebung noch nicht angekommen zu sein. Und dies, obwohl das Bayerische Landessozialgericht entschieden hat, dass für erwachsene ADHS-Patienten derzeit keine der Medikation mit Methylphenidat gleichwertige Therapie zur Verfügung steht.

Bislang sind nur wenige Universitätskliniken wie Aachen, Hannover (MHH), Freiburg, Würzburg oder Mannheim aktiv, ADHS-Ambulanzen für Erwachsene einzurichten. Ihnen ist es erlaubt, Methylphenidat zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zu verordnen. Die Kapazität dieser Ambulanzen, aber auch ihre Entfernung von ländlichen Regionen schließt ihre Nutzung durch die Mehrzahl der Betroffenen aus.

Dass die wirksame Behandlung eines anerkannten Störungsbildes nur den Mitgliedern von privaten Krankenkassen und Selbstzahlern zur Verfügung steht, ist in hohem Maße un-

sozial. Angesichts der Rechtslage sowie der geringen Entlohnung ärztlicher Leistungen in der Langzeitversorgung von Patienten ist dabei weder den Ärzten noch den Krankenkassen ein Vorwurf zu machen.

Im Bewusstsein der geschilderten Situation bitte ich Sie, sich in Politik und Gesellschaft für die von ADHS betroffenen Menschen einzusetzen! Helfen Sie, die sowohl für die Patienten und ihre Familien als auch die Solidargemeinschaft von Krankenkassenmitgliedern und Steuerzahlern langfristig nachteilige Rechtslage zu überwinden! Handeln Sie als Politiker, um einer therapeutischen Ungleichbehandlung und verweigerten Hilfe für Patienten entgegenzutreten! Sorgen Sie aktiv für soziale Gerechtigkeit in einem Lebensbereich, welcher für alle in der Gesellschaft von zentraler Bedeutung ist: Gesundheit als Voraussetzung von Selbstverantwortung, Verpflichtung auf die Gemeinschaft und Teilhabe am beruflichen wie sozialen Leben.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse und Ihr Engagement.

Für Rückfragen und Anregungen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung und freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Wenn Sie sich ein intensiveres Bild von den Problemen der von ADHS Betroffenen machen möchten, so dürfen Sie auch gerne, nach telefonischer Rücksprache mit mir, an einem unserer Gruppenabende dazu kommen.“

Frühling Sommer Herbst und Winter
 jeden Tag und jede Nacht flüchtet
 ihr mich und gibt mir keine Ruhe
 und gibt mir ~~keine~~ Ruhe der Schule
 ich lese schon bevor ich in der
 Schule bin den euer Leben
 ist das Buch in dem
 ich lese!

Gedicht unseres siebenjährigen Sohnes
 Calvin. Er schrieb uns dies am zweiten Tag
 der Medikation-Einnahme, was uns sehr
 bestärkte, den richtigen Weg zu gehen.

Veronica Seegers-Marczinke

Symposium der JoJo-Selbsthilfegruppe für AD(H)S-Betroffene und Angehörige Hankensbüttel am 20. September in Wittingen

Margit Tütje-Schlicker

Nach der Begrüßung durch Dagmar Fuchs-Pfeifer, die diesen Part in Vertretung für Gruppenleiterin Uta Ringeling übernahm, begann das nachmittägliche Symposium mit den Ausführungen von Dr. Walter Beerwerth. Sein Referat galt dem „ADS im Verlauf der Jahrhunderte“ und beleuchtete dessen Veränderung vom „Geschenk der Götter zur Krankheit“. Dr. Beerwerth weiß, wovon er erzählt, ist er doch selbst betroffen und so sind ihm die beschriebenen „Teil-Leistungs-Stärken“ (vernetzendes Denken, hohes Denktempo, rasche Auffassungsgabe etc.) ebenso bekannt, wie die „Teil-Leistungs-Schwächen“, z. B. die Desorganisiertheit, die Schusseligkeit, das mangelnde Zeitgefühl und das wenig ausgeprägte Kurzzeitgedächtnis. Wie angekündigt, folgte sein Vortrag nicht einem Schema, sondern war bunt gemixt. Nach Beschreibung weiterer ADS-Merkmale kam Beerwerth schließlich auf Grönland und die große Völkerwanderung zu sprechen. Er hinterfragte die Beweggründe der Auswanderer und kam zu der Erkenntnis, dass diese Menschen sich meist schwer mit ihren Zeitgenossen vertragen, Abenteuer waren, so dass die Vermutung nahe liegt, dass es sich schon damals um Menschen mit einem ADS gehandelt haben könnte. Walter Beerwerth

hatte aber noch mehr zu berichten, stellte Positivem Negatives der auch ihn selbst betreffenden Erkrankung gegenüber, machte Vorschläge zum Umgang mit den oft belastenden Symptomen. Schließlich berichtete er über das Theaterspielen, das so genannte Impro-Theater (Improvisationstheater), mit dem er gute Erfahrungen gemacht hat. Darüber fand er schließlich zum anschließenden Vortragsthema, dem Coaching, über das seine Ehefrau, Christine Beerwerth, nach der Pause berichten sollte.

„Auf Umwegen zum Ziel“ lautete der Titel des Vortrages von Frau Beerwerth, die so das „Coaching für Jugendliche und Erwachsene mit ADHS“ charakterisierte.

Christine Beerwerth begann mit einem Afrikanischen Sprechgesang und auflockernden Tanzschritten. Ihrer Aufforderung zum Mitmachen folgten einige der Anwesenden augenscheinlich gerne.

Anschließend begann sie ihren Vortrag, schilderte die Kernsymptomatik des ADS, um daran ihr Arbeitsgebiet zu beschreiben. So u. a. am Zustand des „Hyperfokus“, den ADS-Betroffene gut kennen; dann nämlich wenn sie sich für eine Sache so begeistern, dass nichts anderes mehr geht. Sie sind bis zur Erschöpfung bei der Sache und kommen ohne Hilfe nicht mehr heraus. Hier ist der Einsatz eines

Coachs gefragt, der Alternativen anbietet und den Betroffenen aus der Situation „herauszieht“. Weitere Einsatzgebiete des Coachings bei ADSlern sind deren Entschlusschwäche (Trägheit bei notwendigen Entscheidungen), die nicht selten vorkommenden Schnellschüsse (schnelle, verbindliche Zusagen ohne vorheriges Überdenken), die „emotionale Null-Linie“ (apathisch sein, in schweren Fällen auch depressiv) oder deren Schusseligkeit (mangelnde Struktur). Hierbei bietet Christine Beerwerth ihren Klienten entsprechende Hilfen, die individuell angepasst werden müssen. Die bestehen, so Frau Beerwerth, aus dem Spiegeln ihres Gegenübers für dessen Selbstbildnis und Selbstbeurteilung, aus dem „Ausleihen von Emotionen“, dem Schaffen von Strukturen, dem Anbieten von Alternativen sowie aus täglicher Routine. Ansonsten hätten Betroffene wenig Chancen, ihrer Schwächen Herr zu werden. Hier endete der Vortrag von Frau Beerwerth. Das JoJo-Team bedankte sich bei den Referenten mit Spezialitäten aus der Heide.

Im Anschluss hatten die Zuhörer Gelegenheit, Fragen an das Ehepaar Beerwerth zu stellen sowie deren Bücher zu erstehen, die von der Buchhandlung Ullrich bereitgestellt worden waren. ←

Weitere Info unter
<http://www.jojo-adhs.de>
oder unter Tel.:
05832 – 970466

Bundesweit

haben sich auch in diesem Jahr unsere Selbsthilfegruppen an den regionalen Gesundheits- und Selbsthilfetagen mit einem Infostand beteiligt, z.B. hier auf dem Gesundheitstag in Eschweiler (Bild v. re. Herta Bürschgens, Beata Schwamborn).



FOTO: EMMINGER

Jahresbericht Regionalgruppe Ahlen

Herbst 2007 – Sommer 2008

Carola Paulmichl

Im Oktober 2007 veranstalteten wir zum ersten Mal einen AD(H)S-Tag in Ahlen. 80 Eltern, Erzieher und Lehrer nahmen teil. Der Tag begann mit einem Vortrag von Frau Dr. Hameister aus Unna/Königsborn zum Thema Diagnostik. Dann teilten sich die Teilnehmer auf verschiedene Workshops mit den Themen: Möglichkeiten der Ergotherapie bei der Behandlung von AD(H)S, Psychomotorik und Tipps für den Alltag mit AD(H)S-Kindern.

Nach einer ergiebigen Mittagspause mit vielen interessanten Gesprächen ging es in eine zweite Runde mit Workshops. Einer befasste sich mit dem Thema: AD(H)S und Pubertät geleitet von Frau Dissel-Arrenberg (Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Hamm). Der zweite war eine Podiumsdiskussion zum Thema Schule und AD(H)S. Dafür konnten Herr Kruse (Leiter einer Ahlener Grundschule) und Marion Bornschier (Leiterin der örtlichen Schule für Erziehungshilfe) gewonnen werden. Für die Selbsthilfegruppe sprach Carola Paulmichl, die Diskussion leitete Detlef Kamp, Mitglied der Regionalgruppe Ahlen. Hier kam es zu einem sehr interessanten Dialog, bei dem alle Beteiligten und auch das Publikum ihre Erwartungen an Schule/Eltern einbrachten. Folge daraus sind ein sehr enger Kontakt und die Bitte der Schulen, doch in die Lehrerkollegien zu kommen und zu informieren und Arbeitsstrategien gemeinsam auszuarbeiten.

Die Veranstaltung wurde mit einem Vortrag für alle Teilnehmer mit dem Thema: Medikamentöse Behandlung von AD(H)S, gehalten von Dr. Droemann (Kinder- und Jugendpsychiater, Soest) beendet.

Da die meisten unserer betroffenen Kinder mittlerweile in der Pubertät sind, haben wir von Januar bis März gemeinsam ein Elterntermin organisiert. Es lehnt sich an das Elterntermin „Starke Eltern, starke

Kinder“ des Kinderschutzbundes an. Wir konnten Frau Marquardt, Sonderpädagogin, in einer Tagesgruppe für verhaltensauffällige Kinder in Ahlen, dafür gewinnen, dieses Konzept an AD(H)S-Jugendliche anzupassen.

Dieses Elterntermin hat uns sehr weitergeholfen.

Im April folgte dann ein Abend, zu dem Lehrer und Eltern eingeladen waren. Wie immer bei diesem brisanten Thema wurde heiß diskutiert. Mittlerweile verfügen wir aber über sehr gute Kontakte zu den Ah-

lener Schulen und viele unserer Wünsche und Tipps werden mittlerweile umgesetzt.

Ein wichtiger Bestandteil unserer Gruppenarbeit sind mittlerweile gemeinsame Unternehmungen mit den Kindern geworden. So ging es in diesem Jahr wieder einmal in die Kletterhalle, wo alle großen Spaß hatten.

Bevor die Sommerpause eingeläutet wurde gab es noch einen gemütlichen Grillabend. ←

Noch immer lesenswert und aktuell

Paul H. Wender

„Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer“

Stuttgart: Kohlhammer, 2002
ISBN-13: 978-3170170971

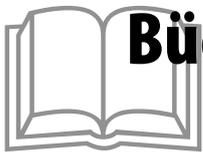
Die US-Website „MedMD“ schreibt in ihrer Würdigung Paul Wenders, er sei der „Dean of ADHD“. Übersetzt man diese Redewendung ins Deutsche, so könnte man Wender als den „Vater des ADHS“ bezeichnen. Das aber klingt eigentümlich im Fall eines Störungsbildes, zu dessen Verständnis v.a. auch seiner Ätiologie Paul Wender einen großen Beitrag geleistet hat. 1971 veröffentlichte er eine der ersten Monographien weltweit zum Thema ADHS, damals noch unter dem Begriff der „Minimalen Cerebralen Dysfunktion“ (MCD). Drei Jahre später folgte die erste Auflage des Standardwerks „The hyperactive child“, das seit 2000 in der vierten überarbeiteten Ausgabe vorliegt. Inzwischen hat es sich zu einem Ratgeber zu „Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern,

Bücher, Bücher ...



Jugendlichen und Erwachsenen“ gemauert, wie der Kohlhammer-Verlag die Übersetzung ins Deutsche betitelt hat.

Obwohl die Veröffentlichung der deutschen Ausgabe bereits sechs Jahre zurückliegt, ist das Buch noch immer lesenswert und in seiner Sichtweise auf die ADHS aktuell. Anders als die „Popstars“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie, deren Werke diesseits wie jenseits des Atlantiks auf den Wogen des medialen Interesses am gestörten Kind reiten, hat Wender sich von Beginn an in ernüchternder Gründlichkeit mit der ADHS vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter auseinandergesetzt. Sein 1995 erschienenes Hauptwerk „Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults“ (das leider nicht in deutscher Sprache vorliegt) ist ein beredtes Zeugnis der wissenschaftlichen Sachkenntnis, aber auch der klinischen Erfahrung seines Verfassers. Die Sympathie des Arztes mit seinen Patienten macht den erklärten Willen Wenders erst glaubhaft, aus einer neuropsychologischen Besonderheit kein fatales Schicksal, aus einer Verhaltensstörung keine Mo-



Bücher, Bücher ...

dekrankheit und aus dem Leiden der anderen kein Geschäftsmodell zu machen.

Auf eine Wiedergabe der Inhalte von „Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ soll an dieser Stelle verzichtet werden, denn so verdienstvoll es ist, das Buch geschrieben, ins Deutsche übersetzt und verlegt zu haben, so hilfreich ist seine unmittelbare Lektüre für all diejenigen, die sich einen soliden Überblick über die Erscheinungsformen der ADHS im Lebensverlauf verschaffen wollen. Angemerkt sei nur, dass die Medikation im Bereich der Therapien für Wender eine große Rolle spielt. Das allerdings ist nicht nur seiner Arbeit als Professor für Psychiatrie u.a. an der renommierten Harvard Medical School geschuldet, sondern der bemerkenswerten Verbindung von therapeutischer Vernunft und klinischem Verstand, wissenschaftlicher Forschung und ärztlicher Erfahrung in der Person des Autors.

Wie sehr Wender das Leben seiner Patienten im Sinne einer menschlichen Anteilnahme am Schicksal des Einzelnen interessiert, versteht der Leser insbesondere nach der Schilderung der Fallbeispiele von Erwachsenen. Hier demonstriert er den elementaren Einfluss der Störung auf das Leben eines Angestellten, einer Hausfrau, eines Sportlehrers und einer promovierten Historikerin – Menschen, die an der ADHS leiden, ohne in der Gesellschaft zu versagen. Für uns „Normalos“ hat Wender dieses Buch geschrieben, auf dass wir uns besser verstehen lernen und mit der Hilfe von (nach der Lektüre gleichfalls verständigeren) Fachleuten unseren Lebensalltag konstruktiver angehen: Freundlicher und doch entschiedener, milder und doch konsequenter, positiver und doch realistischer.

Es ist im Leben kein Vorteil, an ADHS zu leiden. Edison hätte seine großartigen Erfindungen mutmaßlich auch mit Schul- und Universitätsbildung machen können. Churchill hat während des Zweiten Weltkriegs politisch richtig gehandelt, weil er trotz seines ADHS über erheblichen Weitblick verfügte. Und Einstein,

hätte er tatsächlich an ADHS gelitten, würde 1905 nicht vier bahnbrechende Aufsätze und seine Dissertation parallel zur Arbeit fürs Schweizer Patentamt verfasst haben.

Die ADHS ist jedoch auch kein Urteil, keine biologische Verdammnis zu lebenslangem Außenseitertum, Versagen und Leid. Die erste erwachsene Patientin, der Wender in seiner professionellen Laufbahn als Psychiater die zu dieser Zeit noch Kindern vorbehaltene Diagnose gab und die er auf Stimulanzien einstellte, steht unter den Fallbeispielen des Buchs zugleich für die erfolgreichste berufliche Karriere. Jahrzehnte nach Aufnahme der Behandlung ist sie immer noch promovierte Akademikerin, immer noch seine Patientin, nimmt immer noch die gleiche Dosis an Medikamenten. Das mag im Vergleich mit manch wilder ADHS-Biographie wenig spektakulär erscheinen. Wenn man es recht bedenkt, steht das Schicksal dieser Frau jedoch für das eigentlich Wunderbare der Auseinandersetzung Wenders mit der ADHS im Kindes- wie im Erwachsenenalter: Betroffenen einen Zugang zur letztlich uns allen innewohnenden Fähigkeit zu eröffnen, glücklich sein zu können, wo und wie man ist.

Dr. Johannes Streif

Uwe Metz

Die Hellsicht des Zwiespaltes – Wie Menschen mit AD(H)S ihre Welt sehen

Verlag Shaker-Media
ISBN 9783940459-930
92 Seiten, 10,90 EUR

Schon der Buchtitel „Die Hellsicht des Zwiespaltes - Wie Menschen mit AD(H)S ihre Welt sehen“ bringt es auf den Punkt, worum es in dem gut lesbaren Werk des Autors und ev. Theologen Uwe Metz im Folgenden gehen wird: Um die Frage, wie AD(H)S - Betroffene selbst ihre Welt sehen und deuten. Das Buch entfaltet seine diesbezüglichen Gedanken in vier Kapiteln: Zunächst in einer Einführung, die sich der Frage zuwendet, was ADHS ist. Daraufhin wendet sich der Autor im zweiten Kapitel der Biographie des amerikanischen Schriftstellers Edgar A. Poe zu, der – aus heutiger Sicht – ziemlich si-

cher unter AD(H)S litt. Hierbei geht es Metz um die Frage, welche Auswirkungen das Syndrom (konkret) hat. Kapitel drei nennt zwei moderne Deutungen von ADHS. Der Journalist Thom Hartmann und die Ärztin Lynn Weiss, beide selbst betroffen, definieren das Syndrom anders als viele Autoren diverser AD(H)S – Fachbücher: Nicht einzig im Zusammenhang eines „neuro-biologischen Defektes“ und seiner Auswirkungen, sondern auch unter dem Blickwinkel von Möglichkeiten und Ressourcen – eben in einer „anderen Art, die Welt zu sehen“ (Thom Hartmann). Im vierten Kapitel erzählt ein Betroffener von seinem Leben mit ADHS, in dem er sowohl Einschränkendes als auch Positives erlebt. Auch betont der anschauliche Bericht die positive Veränderung nach fachärztlicher Diagnose und therapeutischer Begleitung.

Ein – nicht nur für Betroffene – ausgesprochen hilfreicher Anhang mit ausführlichen Literaturempfehlungen und Buchbesprechungen schließt „Die Hellsicht des Zwiespaltes“ ab.

Drei Dinge zeichnen meines Erachtens das Buch von Uwe Metz besonders aus: Der Zugang über die Biographie einer bekannten Persönlichkeit, die Einbeziehung der Innensicht Betroffener - und - die Berücksichtigung des Aspektes der Möglichkeiten, neben der des so genannten „neurobiologischen Defektes“.

Ralf Weimer

Der Rezensent ist Pädagoge und unterrichtet an einer Förderschule in Hessen.

Einfachheit gilt fast schon als Schande.

Die Psychoanalyse gibt das angenehme Gefühl, man wäre ein kompliziertes Wesen.

Unbekannt



Bewährtes Konzept weiterentwickelt

Dieter/Krowatschek,
Gita/Wingert, Gordon

Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche (MKT-J)

Dortmund (BORGMANN MEDIA) 2007

Ringordner DIN A-4, 240 S., 40,00 €

Das Marburger Konzentrationstraining des Schulpsychologen Dieter Krowatschek, 1994 veröffentlicht, gilt seit vielen Jahren als bewährtes Konzept für die Förderung von Schulkindern. Seit 2004 gibt es davon eine überarbeitete Neuauflage sowie ein eigenes Programm für den Kindergarten- und Vorschulbereich. Nun liegt endlich seit Ende 2007 auch eine Version für Jugendliche vor.

Was kann ein solches Trainingskonzept leisten? Schließlich ist die Pubertät eine schwierige Entwicklungsphase, in der Jugendliche die Hilfestellungen Erwachsener nicht gerne annehmen. Daher stellen Krowatschek und seine Mitautoren klar, dass das MKT-J auf die freiwillige Zusammenarbeit mit Jugendlichen zielt, die selbst unter ihrer schulischen Situation leiden. Ihnen kann es helfen, ungünstiges Arbeitsverhalten, Konzentrationsprobleme, mangelnde Motivation sowie geringe Selbstdisziplin zu überwinden.

Es handelt sich um ein zeitlich begrenztes Trainingsprogramm von sechs Sitzungen á 75 Minuten auf der Basis bewährter Techniken der Verhaltensmodifikation. Der Ordner umfasst allerdings genügend Materialien, um das Training mehrfach durchzuführen, ohne sich zu wiederholen.

Das MKT-J ist speziell für die Arbeit mit kleinen Gruppen entwickelt worden, kann jedoch auch im Setting eins zu eins eingesetzt werden. Dass dann allerdings die Aspekte des sozialen Lernens nicht zum Tragen kommen können, versteht sich von selbst. Für die Arbeit mit ganzen Schulklassen lassen sich die Materialien des Ordners als „Steinbruch“ für einzelne Unterrichtsphasen nutzen.

Jede Trainingssitzung soll die gleiche Struktur aufweisen: eine „dynamische Übung“ zum Einstimmen

und Warmwerden, gefolgt von einer Entspannungsübung, die konzentriert macht für die folgenden Trainingsschritte. Zwischen zwei Übungen zum Inneren Sprechen ist jeweils eine zur Förderung der Wahrnehmung und Merkfähigkeit eingebettet. Den Abschluss bildet eine freie Phase, die notfalls auch als Zeitpuffer dienen kann. Dieser kleinschrittige ritualisierte Ablauf kommt den jugendlichen Bedürfnissen sowohl nach Abwechslung als auch nach Orientierung entgegen.

Die Trainingsmaterialien sind nicht nur vom Anspruchsniveau her altersgemäß, sondern auch von der Art der Aufgaben und der zeichnerischen Darstellung. Die Interaktionsspiele und Entspannungsübungen für die ersten beiden Phasen sind so differenziert beschrieben, dass auch ungeübte Trainer sich an sie heranwagen können. Die Arbeitsblätter zum Inneren Sprechen, das dem Abbau kognitiver Impulsivität und der Förderung eines reflexiveren Denk- und Arbeitsstils dient, vermeiden eigentliche Unterrichtsinhalte. Sicher wirkt die Arbeit an Strichmustern, Stadt- und U-Bahn-Plänen sowie Logikrätseln motivierender, doch bleibt die Frage nach dem Transfer auf das Lösen mathematischer Probleme oder der Informationserschließung aus Sachtexten offen. Die Wahrnehmungs- und Merkfähigkeitsübungen in Form von KIM-Spielen beinhalten Wimmelbilder, Labyrinth,

Wortsalate und Sudokus – Aufgaben, die von Rätselseiten in Illustrierten und Kinderzeitschriften bekannt, hier aber systematisch für Trainingszwecke aufbereitet sind. Das MKT-J regt Trainer/-innen an, zusätzlich zu den Papier-Bleistift-Übungen des Ordners andere Logik- und Elektronikspiele sowie weitere Denksportaufgaben einzusetzen.

Der Erfolg solcher Trainings hängt bekanntermaßen vor allem von der Qualität der persönlichen Beziehung zwischen Trainer/-in und Teilnehmer/-innen ab. Welche Haltungen und Einstellungen dafür hilfreich sind, wird im Text explizit (S. 25) und immer wieder zwischendurch angesprochen. Das Fehlen der Darstellung exakter Evaluationsbefunde für das Training stellt insofern keinen Mangel dar, denn die im Ordner publizierten Materialien sind lediglich Werkzeuge, für deren Wirkung die Trainervariable entscheidend ist. Das Trainingskonzept ist inhaltlich schlüssig, klar strukturiert und attraktiv aufbereitet. Sein Einsatz in der innerschulischen Beratungs- und Förderarbeit, bei schulpsychologischen Interventionen sowie in der integrativen Lerntherapie ist höchst sinnvoll. Unmotivierte Jugendliche jedoch werden sich auch dem MKT-J verweigern – ein prinzipielles Problem und keines des Trainingskonzeptes.

Ärgerlich: eine hohe Zahl von kleinen Rechtschreib- und Grammatikfehlern. Schlechte Konzentration ist eben nicht nur ein Problem von Kindern und Jugendlichen...

Detlef Träbert, Niederkassel

Familientherapeutisches Universalspezifikum

Manfred Döpfner, Stephanie Schürmann, Jan Frölich

Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)

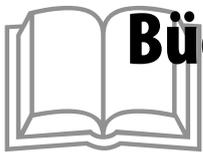
Beltz Psychologie Verlags Union, 4., vollständig überarb. Aufl. (August 2007), 490 S.,

ISBN-10: 3621276041

ISBN-13: 978-3621276047,

69,90 €

Um es vorwegzunehmen: Das Beste am „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ (THOP) ist zugleich sein größter Mangel. Es denkt an alles. Wissenschaftler nennen das die erschöpfende Behandlung eines Gegenstandes, auf dass kein Desiderat der Forschung verbleibe, keine alten Fragen offen sind und keine neuen Fragen sich eröff-



Bücher, Bücher ...

nen. Die Vertreter vermeintlich natürlicher Heilungsansätze sprechen demgegenüber von Ganzheitlichkeit, der mutigen Vorstellung umfassenden Verständnisses und seiner einfachen Erklärung. Der Volksmund betitelt solche Ideen des „Alles in einem“ respektvoll-ironisch als eierlegende Wollmilchsau.

Noah Gordon prägte in seinem 1986 erschienen Bestseller „Der Medicus“ den genialen Begriff des Universal-spezifikums. Unter diesem Namen verkauft der mittelalterliche Bader im Roman sein Heilwasser, das unverständene Krankheiten auf eine gleichermaßen unverständliche Weise zu heilen verspricht. Das Genie zeigt sich dabei in der Verbindung universeller Wirksamkeit mit der Besonderheit genau dieses Mittels, nicht anders, als wenn wir nach der Hochzeit eine vorgedruckte Dankeskarte erhalten, auf der steht, dass sich das Brautpaar nachgerade über unser Geschenk ganz besonders gefreut habe. Nur auf diese paradox anmutende Weise wird das Unmögliche möglich: an jemanden zu denken, den man nicht kennt – und dieser Person zudem zu helfen.

Das THOP ist ein gutes Universal-spezifikum. In vier Auflagen hat es sich zum Standardmanual der Therapie mit verhaltensauffälligen Kindern aufgeschwungen. Wie die Autoren Manfred Döpfner, Stephanie Schürmann und Jan Frölich schreiben, richtet es sich an Therapeuten, welche mit Familien arbeiten, in denen hyperaktive Trotzköpfe leben. Die und andere profitieren aber auch vom Programm, wenn sie vorwiegend unter Aufmerksamkeitsproblemen oder schulischer Leistungsverweigerung leiden. Das THOP verbindet dabei Information mit Instruktion, Verhaltenstherapie mit Selbstmanagement-Techniken, emotionale Würdigung mit Verstärkerplänen und Hinweisen zur Medikation. Und es kommt nicht nur auf über 500 Seiten Papier daher, sondern inklusive einer CD-Rom, welche zahlreiche Fragebögen, Arbeitsblätter und Elternleitfäden zum persönlichen Druck freigibt. Samt Druckvorlage für das Türschild F06.1 „Spaß- und Spielzeit – Bitte nicht stören!“

Nun mögen ernsthafte Leser wie

Spötter anmerken, dass rund 70 Euro für ein Buch die Messlatte hoch ansetzen, was dessen Umfang und Inhalt betrifft. Ist man jedoch weder ein Anhänger enzyklopädischer Handbücher, welche die Welt zwischen zwei Pappdeckel pressen, noch der Freund einer spontanen Beliebigkeit, die manchen Therapeuten zum Talkmaster des Supernanny-Kaffeeklatschs macht, so lässt einen die Lektüre des THOP irritiert zurück. Das Manual ist so umfangreich, dass man bisweilen das Skript einer Therapiestunde vor sich zu haben glaubt. Ist man kein Fachmann, wird das therapeutische Setting detailliert vorgezeichnet bis hin zu Argumentationslinien und der Antizipation schwieriger Therapiesituationen. Schafft der Therapeut es dennoch kaum, den Eltern zu vermitteln, warum und wie sie ihr alltägliches Erziehungsverhalten verändern sollen, überreicht er ihnen redselige „Elternleitfäden“, die in wohlgesetzten Worten verständige Mittelschichteltern von Techniken einer besseren Erziehung überzeugen wollen. Dem Kind wird sein Verhalten zugleich in den süßlich-hölzernen Geschichten des „Wackelpeter und Trotzkopf“ gespiegelt – in verdaulichen Häppchen vorformulierter Reflexion und einer künstlichen Begeisterung für die positiven Wandlungen des eigenen Problemverhaltens.

Über viele Details der dem THOP zugrunde liegenden Vorstellungen von Kindern und ihrer Erziehung kann man trefflich streiten. Beispielsweise über die Unterscheidung von Aufforderung und Bitte. Ersterer habe das Kind zu folgen, zweiter dürfe das Kind nach eigenem Belieben entsprechen oder nicht. Die Mutter hüte sich künftig davor, das THOP-erfahrene Kind morgens aufzufordern, es möge sich „bitte anziehen“, der Vater vor dem Ansinnen, den Nachwuchs um das Erledigen von Haushaltspflichten zu bitten. Interessant auch die Idee, das Kind an früher bereits mehrfach übertretene Regeln zu erinnern, bevor man es alleine lässt – quasi als konkrete Anregung zum Unfug in kontrollfreier Zeit. Demgegenüber muten die Vorschläge zur Eindämmung von kindlichem Problemverhalten in der Öff-

fentlichkeit geradezu naiv-unrealistisch an. Jeder, der schon einmal mit seinem tobenden Fünfjährigen eine neue Sonntagshose einkaufte oder vom zwölfjährigen Filius vor Freunden als „Arschloch“ bezeichnet wurde, weiß, dass in diesen Momenten weder Versprechungen noch Drohungen ins Bewusstsein des Kindes vordringen.

Die gleichermaßen direktiv-schlichten Vorgaben an Therapeuten wie an Familien machen eine grundsätzliche Einschränkung des Programms deutlich: Es richtet sich an die wachsende Gesellschaft der erzieherisch Ahnungslosen sowohl auf der Seite der beratenden und therapierenden Fachleute als auch der Familien im problemzentrierten Informationszeitalter. Diese Aussage ist weniger böse als verzweifelt. Ahnungslosigkeit meint hier keinen Mangel an Wissen, wie der Experte es aus Studien und der Laie aus den Medien bezieht, sondern der Abstand dieses Wissens zum eigenen Erleben und Handeln. Heute gibt es Ratgeber, die auf 200 Seiten erläutern, wie man die dreijährige Tochter ins Bett bringt. Nicht eine Seite davon weist den Leser darauf hin, dass alle Generationen zuvor zur Lösung dieses Problems die eigene Kindheit erinnerten, ihre Eltern fragten und die Nachbarn beobachteten. Und es gibt Therapieprogramme wie das THOP, die Eltern und Erziehern in vielen Stunden erläutern, wie man in der Spaß- und Spielzone hinter dem vordesignten „Bitte nicht stören!“-Schild dem Kind positive Aufmerksamkeit schenkt. Kaum eine Minute ihrer durch Krankenkassen und Steuergelder finanzierten Zeit widmen sie hingegen dem Gedanken, dass eine Erziehung im Alltag scheitern muss, die sich als Summe eines modular nachgebildeten Lebens begreift, deren pädagogisch wertvollen Elemente man anhand einer „Checkliste“ für die „Indikation für Therapiebausteine“ auswählt.

Die fehlende Bewusstheit der eigenen Grenzen lässt das THOP in gewisser Hinsicht kindisch wirken. Es erwartet von den Therapeuten, die es durchführen, letztlich allenfalls ein Wissen um ADHS und Sozialverhaltensstörungen, nicht aber Einsicht



in die Funktionalität von Problemverhalten. Es erläutert die Durchführung von Token-Programmen, als ob es sich um das Kundenbindungsprogramm einer Autowerkstatt handelt, damit der Motor auch in fünf Jahren noch schnurrt und die Räder geradeaus laufen. Das THOP rückt zahllose Einzelprobleme als Symptome kindlicher Psychopathologie in den Mittelpunkt der erzieherischen Aufmerksamkeit, verstellt dabei jedoch den Blick auf das lebenswerte Ganze, als das ein Kind den Eltern erscheinen muss, um all die einseitigen Zuwendungen in Kindheit und Jugend zu motivieren. Es führt Eltern und Kinder gewissermaßen durch ein Disneyland beherrschbarer Schrecken sowie besseren Willens und Könnens, das häufig weder dem Geist noch der Welt entspricht, in der die Familien leben.

Die Inszenierung der Familie als einem dysfunktionalen, aber reparablen System hat ihren konzeptionellen wie pragmatischen Preis. Die Schwäche des Ansatzes ist seine innere Logik, welche denjenigen, der ein Bild der defekten Familie entwirft, zur Aussage nötigt, was man wie besser machen kann. Steht das „Universalspezifikum“ erst einmal auf dem Prüfstand, muss sein Schöpfer erklären, warum es dem aggressiven Kindergartenkind genauso hilft wie dem ängstlich-verweigernden Schüler, der akademisch gebildeten Hausfrau genauso wie der Arbeiterin mit Migrationshintergrund, dem Lehrer in der Elternzeit des Geschwisterkindes genauso wie dem gestressten Abteilungsleiter mit Vielfliegerkarte. Was nach all diesen Erklärungen bleibt, ist eine Sammlung therapeutischer Techniken für eine Sammlung spezifischer Problemstellungen, eine Art Lexikon des Erziehungsverhaltens. Eltern und Kind sind aufgefordert, ihr Zusammenleben als Flickwerk von Versatzstücken eines schematisierten Alltags zu identifizieren: Im Fall von „Verhaltensproblemen bei den Hausaufgaben“ den entsprechenden Fragebogen D06 vorlegen, dann die Therapiebausteine F18 und K18 durchführen; die Eltern erhalten den dreiseitigen Elternleitfaden F18 „Wie Sie Probleme bei den Hausaufgaben lösen!“ So einfach ist das.

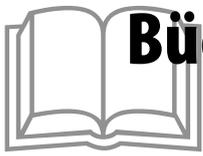
Die pragmatischen Defizite des THOP sind vor diesem Hintergrund offensichtlich. Es mag Familien mit kleinen Kindern zwischen drei und acht Jahren helfen; bereits ein gut begabter Achtjähriger erkennt hingegen, dass durch die Konditionierung seiner entmachteten Eltern im Alltag ad hoc mehr zu gewinnen ist als durch einen Punkteplan. Das THOP stärkt – wie Triple P und andere Erziehungsprogramme – Eltern den autoritätsschwachen Rücken, die durch die medial vermittelte Heterogenität der gesellschaftlichen Werthaltungen und den mit ihnen verbundenen Erziehungsstilen grundsätzlich verunsichert sind; einer Mutter, die nach zwei unauffälligen, sozial angepassten und schulisch erfolgreichen Kindern an der Impulsivität und Totalverweigerung des dritten, hyperaktiven Kindes verzweifelt, bietet das THOP nichts, was sie nicht schon weiß, kann und tut. Ein Kindergarten- und Grundschulkind mag sich an der neuen Spielinitiative seiner Eltern freuen; der Elfjährige mit kulturbedingt akzentuiertem sozialem Rollenbild, die Zwölfjährige mit ganztagig berufstätigen Eltern aus dem Glasscherbenviertel finden es einfach nur bescheuert, wenn Mami und Papi unvermittelt Präsenz im kindlichen Lebensalltag zeigen, sich für Schule und Freunde interessieren und Smileys fürs Zähneputzen verteilen.

Diese Kritik ist weniger polemisch, als sie zunächst anmutet. Trotz guter Absicht und akzeptabler Struktur des THOP gibt es eine Vielzahl an Erziehungsratschlägen, die bestenfalls zwiespältig, bisweilen sogar fragwürdig erscheinen, sobald sie nicht zur intendierten Verhaltensänderung beim Kind führen. Sie bergen das Risiko, das Kind die Schwachstellen elterlicher Autorität zu lehren, die es selbst noch nicht gefunden hat, indem das THOP den Eltern autoritative Erziehungstechniken nahelegt, ohne elterliche Autorität zu schaffen. So kann beispielsweise die „Auszeit“ als Sanktion nur gelingen, wenn das Kind die positive Aufmerksamkeit der Eltern wünscht. Warum sonst sollte es entgegen seiner Lust und Laune auf einem Stuhl verhar-

ren oder vom Verwüsten des Kinderzimmers absehen? Wie aber bringe ich ein Kind nach Jahren des Streits und der wechselseitigen Verletzung dazu, die friedliche Gemeinschaft mit seinen Eltern zu wollen, wie dazu, noch immer oder gar wieder in deren Wohlwollen zu vertrauen?!

Autorität ist mehr als die Macht der Eltern über das Kind. Sie erwächst vielmehr in gleichem Maße aus der Erwartung des Kindes, dass seine Eltern die Liebe, den Witz und den Verstand haben, es zu schützen und zu bewahren. Diese Form elterlicher Autorität, die auch im Unerwarteten und Unbekannten trägt, lehrt das THOP durch seine rigide Ziselierung und mechanische Adressierung des Alltags gerade nicht. Es verhehlt Therapeuten wie Familien, dass es im Leben von Gemeinschaften immer wieder Situationen gibt, die man nicht wünschen, planen, proben kann. Momente, in denen die Hilflosigkeit des Einzelnen so groß ist, dass sie nur Verzweiflung oder aber Verleugnung, selbstergebenes Weinen oder aber irrationales Lachen zulässt. Es gibt Zeiten, da erfährt ein Don Bosco fürs Zaubern und Jonglieren mehr Respekt als Eltern für ihre Stärke, als ein Therapeut für die Vernunft, als ein Jugendrichter für die Androhung von Strafe. Das THOP kennt sie nicht – diese Zeiten des Unwägbaren, des Unsinnigen, der Angst und des Selbstzweifels, aber auch des Vergessens und Neubeginnens, des Gaukelns und Sich-Durchschlagens, des Paradox der Liebe zum Lieblosen, ja der Freude auch am Kampf Don Quixotes gegen die Windmühlen. Wer diese Therapie ernst nimmt, kann nicht mehr lachen, wenn einem zum Weinen zumute ist. Um das Problem der THOP-Therapie des Problemverhaltens mit einem Wort zu charakterisieren: Sie ist humorlos.

Vielleicht ist es daher nicht wahr, was eingangs geschrieben wurde: dass das THOP an alles denke. Es hat in zwölf Kapiteln sowie einer selektiven, THOP-Autoren-lastigen und teilweise veralteten Bibliographie an vieles gedacht, das als erzieherisches Wissen über die Therapeuten an Eltern und Kinder weitergegeben werden kann. Manchen, Pro-



Bücher, Bücher ...

fi wie Laien in der Erziehung, wird es auch lehren, das eine oder andere im Umgang mit Kindern zu verändern – den Ahnungslosen zum Vorteil, den Gestörten zum Nachteil. An was das THOP nicht denkt, ist der Tag danach, wenn die inszenierte Welt der Therapiestunde vorbei, die Fragestunde der Eltern beendet ist, und dennoch die vertrauten Probleme in neuer Gestalt den Alltag der Familie bestimmen. Was wissen die Eltern dann mehr als vor der Therapie: Vom einzigartigen Denken ihres Kindes, das allem Wahrnehmen und Handeln seinen subjektiven Sinn gibt? Von den eigenen Werthaltungen und emotionalen Verstrickungen, die das Erziehungsverhalten unausweichlich bestimmen, weil sie die erkennbaren Möglichkeiten limitieren, die Erwartungen einengen und Erfolg wie Scheitern in großen Teilen vorwegnehmen? Was schließlich von der unaufkündbaren Verbindung zwischen Eltern und Kind, die jedes Aufgeben und jede Trennung auch dann noch unendlich schmerzhaft macht, wenn das Leiden an der Gemeinschaft am größten ist? Hier macht das THOP das Ungedachte zum Undenkbaren: Was tun, wenn die Therapie nicht hilft?!

Rob Cole wird im Roman vom Bader zum „Medicus“, zu einem wahren Arzt, dessen Wissen und Können die Illusion des „Universalspezifikums“ zwar nicht nutzlos, so doch bedeutungslos machen. Auch wahre Psychotherapie macht sich in ihrem Erfolg bedeutungslos, da sie ihre Klienten in die Lage versetzt, als Geheilte ihr Heil selbst zu suchen und zu finden. Sie denkt weder an alles noch für alle, sondern daran, dass letztlich jeder sein Leben für sich denken muss. Im eigenen Kopf wird unsere Existenz wahlweise zur Summe der Defizite, die wir und andere an uns sehen, oder aber zur Idee, dass unserem Willen zur Selbstbestimmung keine Grenzen gesetzt sind. Das gilt für Kinder nicht anders als für Erwachsene. Dazwischen entfaltet sich das Leben in all seinem Segen und all seinem Leid. Weder HOP noch THOP, sondern so, wie wir es zu verstehen gelernt haben.

Dr. Johannes Streif

Handlich und flexibel

Werner Eitle

„Grundwissen und Hilfen für Kindergarten, Schule, Hort und Heim“

Auer-Verlag, ISBN 978-3-403-04685

Das handliche, flexible Buch gliedert sich in 10 Kapitel und enthält sowohl ein Vorwort von Cordula Neuhaus, als auch des Autors Werner Eitle.

Einleitung

Der Autor zeigt auf, dass zunehmend von rücksichtslosen und andere Menschen bedrohenden, gefährlichen Jugendlichen berichtet wird, und dass die Ursachen dafür häufig in Elternhaus und Medien vermutet werden. Die bundesdeutsche Gesellschaft sieht für solche Kinder und Jugendliche die geschlossene Unterbringung vor, während z.B. in den USA Erziehungscamps mit militärischem Drill propagiert werden.

Eitle antwortet auf diese „Lösungen“ mit einem klaren Nein, da die Gesamtproblematik nach seiner Einschätzung häufig mit einem ADHS zusammenhängen kann. Er weist auf Zwillingsstudien hin, die eine Erbllichkeit von ADHS in ca. 80% der Fälle belegen. Anhand eines Schaubildes wird gut verständlich dargelegt, wie sich die Problematik innerhalb einer ADHS-Familie durch den gesamten Tag zieht und sich währenddessen sozusagen verselbstständigt und hochschaukelt.

Grundlagen

Hier bedient sich der Autor der Geschichte des Struwwelpeters, einer Geschichtensammlung von 1844 des Psychiaters Heinrich Hoffmann, in der alle bekannten Facetten eines AD(H)S beschrieben werden, um zu zeigen, dass ADHS keineswegs eine Mode-Erscheinung der letzten Jahre ist.

In leicht verständlichen Worten erklärt Eitle, dass es sich bei ADHS um eine komplexe, neurobiologische Störung handelt und keinesfalls auf einer falschen Erziehung oder einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung fußt. Er weist auf neue Forschungen im biochemischen, neurophysiologischen, radiologischen und mole-

kulargenetischen Bereich hin, die belegen, dass die Störung der Stoffwechselprozesse im Frontalhirn für die veränderte Impulskontrolle, Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung ursächlich ist.

Nun folgt ein Fallbeispiel aus der Grundschule, anschließend werden die verschiedenen Typen des ADHS mit ihrem jeweiligen Erscheinungsbild erklärt und auch, dass häufig ein gestörtes Sozialverhalten den Betroffenen das Leben erschwert. Anhand eines Erwachsenen-Fragebogens bekommt der Leser einen Eindruck, wie sich die Störung im Erwachsenenalter darstellen kann. Hier greift der Autor die häufigsten Begleitstörungen- und Probleme auf und weist dabei auch auf Depressionen, Suchtverhalten und Angststörungen hin.

Es folgt das Beispiel einer ADHS-Diagnose, das zeigt, wie wichtig die Anamneseerhebung durch die Eltern und die Fremdbeurteilung durch Erzieher oder Lehrer hierbei ist. Auch die positiven Seiten von ADS werden genannt, so u.a. die Spontaneität und Begeisterungsfähigkeit, der Charme und die Aktivität.

Wie wichtig Vorbeugung durch Resilienz (=innere Widerstandsfähigkeit) ist, beschreibt Eitle mit konkreten Tipps zur Umsetzung.

Therapiemöglichkeiten

Von der Psychotherapie über Verhaltenstherapie bis hin zu Heilpädagogik und Ergotherapie, Videotraining und Medikation werden alle Möglichkeiten und ihre jeweiligen Effekte mit positiven bzw. negativen Auswirkungen dargestellt. Die Beurteilung der Wirkweise erfolgt anhand von ADHS-Fachliteratur, wie z.B. dem THOP von Döpfner-Lehmkuhl.

Auch an eine Aufstellung der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung in Deutschland zugelassenen Medikamente mit der jeweiligen Wirkdauer und Darreichungsform hat Eitle hier gedacht.

Anhand der Wirksamkeitsstudie der MTA-Cooperation-Group 1999 belegt der Autor, dass der multimodalen Behandlung der Vorzug zu geben ist.



Rechtliche Grundlagen

Hier folgt ein Ausflug in das Grundgesetz, und dem Autor ist es gelungen, auch fachfremden Lesern zu erklären, welche Hilfen anhand welchen Gesetzes (mit Paragraphennennung) theoretisch möglich und welche Institutionen jeweils zuständig sind. Anhand einer Übersicht wird schnell klar, welchen Weg ein Antrag bei dem entsprechenden Träger nehmen kann.

Hilfen der Heimerziehung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit familienunterstützenden Angeboten sowie familienergänzende Hilfen bei Tag und Nacht. Tagesgruppen, Innen- und Außenwohngruppen, Inobhutnahme, etc. etc.

Erzieherische Hilfen

Es werden die unterschiedlichen Formen der erzieherischen Hilfen vorgestellt, und anhand der schulischen Leidensgeschichten von 3 genialen Wissenschaftlern (Albert Einstein, Justus Liebig und Thomas Alva Edison) wird beschrieben, dass auch in schwieriger Lage Hoffnung auf eine positive Persönlichkeitsentwicklung besteht. Eine Übersicht macht klar, welche Teufelskreisläufe sich bei Erziehern, ADHS-Betroffenen und deren Familien entwickeln, wenn keine Kenntnis des ADHS vorhanden ist – oder keine Behandlung erfolgt.

Eitle verweist immer wieder auf die folgenden 3 Bausteine:

- Prävention= Strukturen
- Intervention= Gestik, Verstärkung, klare Anforderung
- Sanktionen= aufgrund klarer Strukturen und Anforderungen

Anhand eines kurzen 25-Punkte-Planes werden mögliche Verhaltensweisen für Erzieher vorgestellt, und es folgen Strukturhilfen für den Alltag wie z.B. Punkteplan oder Verträge zwischen Kind und Eltern/Erzieher, Selbsteinschätzungsbögen, Rückmeldungsbögen und Belohnungssysteme, was in der Woche gut/schlecht gewesen ist kompletieren das Ganze.

Aufklärung

Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, wie Eltern, Kinder, Jugendliche und

deren Bezugspersonen bestmögliche Informationen rund um ADHS erhalten können.

Es werden Bücher genannt, die kindgerecht erklären, was ADHS ist, wie die Behandlung erfolgen kann, und wie Betroffene sich fühlen.

Anhand eines 70 Punkte umfassenden Elternfragebogens (erstellt von Lieselotte Eitle auf Grundlage der internationalen Diagnose-Kriterien) können Eltern/Bezugspersonen einschätzen, wie stark das Kind von ADHS betroffen ist.

Das Wissen um die unterschiedlichen Situationen und Verhaltensweisen hilft sehr bei der erzieherischen Arbeit mit den ADHS-Betroffenen.

Besondere Aspekte der Heimerziehung

An Erzieher/Betreuer in sozialpädagogischen Einrichtungen und Heimen wendet sich dieses Kapitel. Es werden Förderdiagnostik und Erziehungsplanung angesprochen und anhand eines Ablaufschemas gut nachvollziehbar dargestellt. Ebenso wird anhand eines Fallbeispiels aus dem Heimbereich aufgezeigt, wie Hilfe aussehen kann.

Anschließend folgen Ausführungen zu Erlebnispädagogik und körperorientierten Verfahren (Psychomotorik, Massage, Sport und Spiel, Musik) die auch wieder m.E. ausgezeichnet und übersichtlich dargestellt werden.

Es folgen Schaubilder (aus Döpfer et al. 1997), aus denen Anwendung und Wirkung verschiedener Therapiemöglichkeiten dargestellt werden.

ADHS und Schule

Dieses Kapitel beginnt mit einigen Statistiken und Zahlen. Es zeigt eindrücklich, wie viele ADHSler (nämlich ca. 42%) während ihrer Schullaufbahn eine Klasse wiederholen, und dass ca. 60% zeitweise vom Unterricht ausgeschlossen werden!

Besonders gut gefällt mir der Satz auf Seite 97 „Als Lehrer stellen Sie aber keine Diagnose!“

Anhand von 24 – nach meiner Auffassung wirklich realistischen und umsetzbaren – Vorschlägen versucht der Autor Lehrern zu vermitteln, dass mit recht simplen Vorgehensweisen

der Unterricht sowohl für die Lehrperson als auch für – alle – Schüler angenehmer gestaltet werden kann.

Der wichtigste Satz hierzu (nach Cordula Neuhaus): „das Bild einer Ente entwickeln, die unter Wasser strampelt, aber auf dem Wasser ruhig und gelassen ihren Weg nimmt“

Vernetzte Partner

Hierin zeigt der Autor auf, wie wichtig die Vernetzung all derer ist, die ein ADHS-Kind begleiten. Familie, Arzt, Lehrer/Erzieher und Ämter sollten ein Team bilden, das gemeinsam positiv arbeitet.

In seinem Nachwort fasst Werner Eitle noch einmal zusammen, was ihm am Wichtigsten erscheint. Nämlich, dass es kein Patentrezept gibt, aber in seinem Buch bewährte Hilfen und Anregungen zu finden sind.

Daran anschließend folgt das Literatur- und Quellenverzeichnis. Ab Seite 114 werden Adressen/Links von Vereinen, Arbeitsgemeinschaften, Verbänden, Selbsthilfegruppen, Kliniken, Elterninitiativen und weiteren Anlaufstellen genannt. Im Anschluss an jedes Kapitel folgt eine kurze Zusammenfassung des Inhaltes grau unterlegt und leicht zu finden.

Mein Fazit:

Für Eltern, die erst kurz mit dem Begriff ADHS konfrontiert worden sind, würde ich als Einstiegslektüre erst einmal andere Bücher empfehlen.

Alle Menschen aber, die im pädagogischen Bereich arbeiten, halten mit diesem Buch ein wertvolles Nachschlagewerk in den Händen. Es enthält m.E. eine Fülle gut nachvollziehbarer, leicht umsetzbarer und erprobter Vorgehensweisen in Kindergarten, Schule, Hort und Heim.

Insbesondere LehrerInnen und KindergärtnerInnen sollten dieses verständlich geschriebene und handliche Buch griffbereit haben.

Zudem empfehle ich auch den Menschen, die in Sozial- und Jugendämtern tätig sind und mit Fördermaßnahmen oder Familienhilfe-Anträgen konfrontiert werden, dieses Buch zu lesen (und als Standardlektüre zu benutzen).

Lesenswert, gut verständlich und überaus informativ!

Angelika Schröder



Diskussionsbeitrag

zum Artikel „AD(H)S und Allergie ...“

von Dr. Helga Simchen (s. *neue AKZENTE* Nr. 79)

Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin mit einem Zusatzschwerpunkt Kinderpsychiatrie und diagnostiziere und behandle in meiner Praxis viele AD(H)S-Kinder. Neben der „klassischen Behandlung“ mit problem- bzw. lösungsorientierten Gesprächen mit den betroffenen Menschen und ihrem Umfeld und Medikamenten begleite ich einzelne Familien auch zusätzlich diätetisch. Meine Dissertation habe ich zum Thema „Verhaltensauffälligkeiten und Allergien in einem alternativmedizinisch orientierten Elternverein verhaltensauffälliger Kinder“ verfasst. Ich betreue den Newsletter der Schweizer Fachgruppe ADHS im Bereich „Ernährung – Nährstoff – Supplementation“, indem ich wissenschaftliche Studien zusammenfasse und kritisch werte.

Frau Dr. Simchen beschreibt in ihrem Artikel, dass „allergische Erkrankungen über den Juckreiz auch zu motorischer Unruhe, verbunden mit Verhaltens-, Konzentrations- und Lernproblemen führen können, sich aber hierbei niemals die für ADHS typische veränderte Wahrnehmungsverarbeitung ... zeige“. Meines Erachtens geht der Zusammenhang zwischen „Allergien“ und der ADHS-Symptomatik noch viel weiter.

Ich möchte Ihnen meine Sichtweise und Erfahrungen zu ADHS, Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten darlegen.

Begriffdefinition „Allergie“

Als „Allergie“ werden fehlgeleitete immunologische Reaktionen auf körperfremde Substanzen (Allergene) verstanden, die sich in verschiedenen Organsystemen auswirken können: Im Bereich der Augen und Nase spricht man von Heuschnupfen, im Bereich der Bronchien von Asthma, im Mund und Magendarmtrakt vom oralen Allergiesyndrom, auf der Haut von Nesselfieber oder Ekzem oder bei massiver allergischer Reaktion mit Beteiligung des Kreislaufs dann vom allergischen Schock. Andererseits

können viele dieser Symptome auch nicht-allergisch bedingt oder auch durch Pseudoallergien sein. Letztere sind bedingt durch nicht-immunologische Stoffwechselvorgänge, durch die aber zum Schluss die gleichen Substanzen im Körper freigesetzt werden (z.B. Histamin, etc.) und der Patient auch dieselben Symptome spürt wie bei einer klassischen Allergie. Man spricht dann von Unverträglichkeiten oder Intoleranzen auf die auslösende Fremdstoffsubstanz.

„Psychosomatik“

Jede Allergie bzw. wohl jede körperliche Krankheit verschlechtert oder manifestiert sich durch psychische Belastungsfaktoren und Stress.

Der Mensch funktioniert aber sowohl psychosomatisch als auch somatopsychisch!¹

Dazu sei an die klinische Erfahrung erinnert, dass schwere Heuschnupfenpatienten während der Pollensaison massiv gestört sind in ihrer Konzentrations- und Leistungsfähigkeit (auch ohne eine ADS-Diagnose) und sich unter Kontrolle der allergischen Symptome auch die psychische Symptomatik verbessert.

Allergien und AD(H)S

Allergien sind häufig; bis 40% der Schulkinder zeigen positive Hauttests auf Inhalationsallergene (z.B. Pollen), 15% weisen Heuschnupfen auf, 10% ein allergisches Ekzem. Dass sich Allergien und AD(H)S kreuzen, ist deshalb nicht ungewöhnlich; offenbar gibt es aber in einigen Untersuchungen überzufällige Häufungen des gemeinsamen Auftretens und die Nervenbotenstoffveränderungen im autonomen Nervensystem unter Allergien ähneln jenen bei AD(H)S (relatives Noradrenalindefizit)^{2/3}.

Andererseits ist aber auch klar, dass es ganz ausgeprägte AD(H)S gibt, die keine Allergien zeigen. Meiner Meinung nach gibt es verschiedene Ursachen für das Auftreten einer AD(H)S-Symptomatik. Eine allergische Veranlagung oder allenfalls

Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten mag eine davon sein.

Wirksamkeit einer Eliminationsdiät auf die AD(H)S-Symptomatik

Diverse wissenschaftlichen Studien belegen die Wirksamkeit einer Eliminationsdiät bei bestimmten AD(H)S-Betroffenen⁴⁻¹⁵: Unter der Vermeidung provozierender Nahrungsmittel zeigten sich signifikante Verbesserungen der visuellen und akustischen Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses, eine signifikante Abnahme der Impulsivität, der motorischen Unruhe und der Aggressivität sowie eine signifikante Zunahme des REM-Schlafes und eine Abnahme von Einschlafstörungen.

Mittels Brain Mapping konnten in einer gekreuzten Versuchsanordnung unter Einnahme der provozierenden Lebensmittel auch EEG-Veränderungen nachgewiesen werden (signifikante Zunahme der beta1-Aktivität über dem Frontalhirn).

Die AD(H)S-Symptomatik ist übrigens mit großer Wahrscheinlichkeit nicht klassisch-allergisch, sondern – falls überhaupt – durch meist noch unbekannte Unverträglichkeitsreaktionen auf bestimmte Nahrungsmittel ausgelöst. Also bringt ein klassisches Allergie-Screening – auch nach meinen Erfahrungen – wenig. Eine Nahrungsmittelunverträglichkeit als Mitursache eines AD(H)S kann nur durch eine Testdiät festgestellt werden, indem eine Zeit lang eine Ernährung eingenommen wird, die erfahrungsgemäss selten allergische oder pseudoallergische Symptome auslöst. Meist reichen dazu zwei Wochen; je jünger und hyperaktiver der Patient ist, desto schneller sieht man eine Veränderung. Wenn sich unter der Testdiät die AD(H)S-Symptomatik (und häufig auch die körperliche „Allergie“) bessert, lohnt es sich, nach den individuellen Auslösern zu fahnden und diese dann für die nächste Zeit wegzulassen. Selbstverständlich muss die Auslass-Diät ärztlich begleitet und deren Indikation immer wieder überprüft werden.

Frau Simchen schreibt, dass eine AD(H)S nicht dauerhaft mit einer Diät behandelbar ist. Selbstverständlich gehören auch neben einer Diätbehandlung alle anderen etablier-

ten Therapien und Unterstützungen zur umfassenden Betreuung eines AD(H)S-Betroffenen dazu. Langjährige Erfahrungen zeigen aber vergleichbare Entwicklungen unter einer individuell angepassten Ernährung wie unter der längerfristigen Behandlung mit Ritalin. Auch Ritalin „heilt“ ja nicht, sondern ermöglicht dem Betroffenen während der Wirkzeit des Medikaments, sich schulisch, sozial und persönlich zu entwickeln.

Zusammenfassung

Die klassische AD(H)S-Symptomatik ist wahrscheinlich durch verschiedene Ursachen hervorgerufen. Allergien, Intoleranzen und Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten mögen eine (Mit-)ursache davon sein. Falls körperliche Allergie-Symptome vorhanden sind, lohnt es sich, die Frage nach Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu stellen und allenfalls eine Testdiät zu machen. Im günstigeren Fall bessern sich körperliche und AD(H)S-Symptome, im

schlechteren Fall hat man 2 Wochen lang vergeblich „anders gegessen“.

Ich bin mit Frau Simchen einig: Wie bei jeder sorgfältigen Behandlung lohnt es sich, den ganzen Menschen und seine weiteren Eigenheiten und Krankheiten neben dem AD(H)S anzuschauen, um ihm bestmöglichst zu helfen.

Dr. med. Eveline Breidenstein
CH-8913 Ottenbach
ebreidenstein@hin.c

- 1 Steinhausen H.-Ch. (1996) Psychosoziale Aspekte bei chron. Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Dt. Ärztebl.; 93: A-2553-5
- 2 Wüthrich B. (1975) Die Theorie der -Rezeptoren-Blockade bei der Atopie und therapeutische Versuche mit einem -Rezeptoren-Blocker; In: Wüthrich B. (Hrsg.) Zur Immunpathologie der Neurodermitis constitutionalis, Hans Huber, Bern
- 3 Szentivanyi A. (1968) The beta-adrenergic theory of atopic abnormality in bronchial asthma; J. Allerg.; 42: 203
- 4 Boris M, Mandel FS (1994) Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. Ann Allergy 72: 462-468...
- 5 Carter CM, Urbanowicz M, Hemsley R, Mantilla L, Strobel S, Graham PJ, Taylor B (1993) Effects of a few food diet in attention deficit disorder. Arch Dis Child 69: 564-568

- 6 Egger J, Carter CM, Graham PJ, Gumley D, Soothill JF (1985) A controlled trial of oligoantigenic diet treatment in the hyperkinetic syndrome. Lancet I: 940-945
- 7 Egger J, Stolla A, McEwen LM (1992) Controlled trial of hyposensitization in children with food-induced hyperkinetic syndrome. Lancet 339: 1150-1153
- 8 Kaplan BJ, McNicol J, Conte RA, Moghadam HK (1989) Dietary replacement in preschool-aged hyperactive boys. Pediatrics 83 (1): 7-17
- 9 L.M.J.Pelsser, J.K.Buitelaar (2002) Gunstige invloed van een standaardeliminatie dieet op het gedrag van jonge kinderen met aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD), een verkennend onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskde 2002, 28.dec.; 146(52):2543-2547
- 10 Pelsser, LMJ., Frankena, K, Toorman, J, Savelkoul, HFJ, Rodrigues Pereira, R, Buitelaar, JK. A randomised controlled trial into the effects of food on ADHD, European Child and Adolescent Psychiatry, 2008, Apr. 21.
- 11 Pollock I and Warner J. O.; Effect of artificial food colours on childhood behaviour. 1990 Arch Dis Child. January; 65(1): 74-77.
- 12 Schmidt MH, Mocks P, Lay B, Eisert HG, Fojkar R, Fritz-Sigmund D, Marcus A, Musaeus B (1997), Does oligoantigenic diet influence hyperactive/ conduct-disordered children – a controlled trial. Eur Child Adolesc Psychiatry: 6(2): 88-95
- 13 Schulte-Körne G, Deimel W, Gutenbrunner C, Henninghausen K, Blank R, Rieger C, Remschmid H (1996) Effect of an oligoantigenic diet on the behavior of hyperkinetic children. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. Sep; 24(3): 176-83..
- 14 Swanson JM, Kinsbourne M (1980) Food dyes impair performance of hyperactive children. A laboratory learning test. Science 207: 1485-1487..
- 15 Uhlig T, Merckenschlager A, Brandmaier R, Egger J (1997) Topographic mapping of brain electrical activity in children with food-induced attention deficit hyperkinetic disorder. Journal of Pediatrics, 156(7): 557-61..

Zum Beitrag

„AD(H)S-bedingte Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche“ von Helga Simchen in *neue AKZENTE* Nr. 77

Sehr geehrte Damen und Herrn, geehrte Eltern, ich habe in der letzten Woche das erste Mal Ihre Zeitschrift in die Hand bekommen und war und bin insgesamt sehr angetan.

Zum o.g. Beitrag von H. Simchen möchte ich jedoch anmerken: Die Autorin spricht davon, dass bei Kindern mit LRS „das Wortbildungsgedächtnis ... nicht präsent“ sei. Die Annahmen einer wie auch immer verstandenen Theorie, dass Kinder über das Speichern und Wiedergeben von Wortbildern schreiben lernten, sind sprachwissenschaftlich längst widerlegt und gehören zu den frühen Legenden ums Schriftsprachlernen (Googeln Sie mal unter „Wortbildtheorie“ im Netz ...)

Auch weitere Anmerkungen erscheinen fragwürdig. Es werde „nicht so geschrieben, wie gehört ...“ Welche Phase des Schreiblernprozesses ist da gemeint? „Einfache Wör-

ter“ würden entstellt (wier, vür, neh-mehn)“. Derartige Schreibungen habe ich so nie gesehen. Kinder mit LRS machen dort Fehler, wo andere auch häufiger Fehler machen, nur (viel) mehr und länger andauernd, meist bei Phonemen (Laute), für die es nicht nur einen Buchstaben (Graphem) gibt. Das gilt sowohl für kurze als auch für lange Wörter. Bestimmte Fehler gehören zum Schreiblernprozess einfach „dazu“. Die Fehler zeigen (dem Fachkundigen) den Grad der Annäherung an die korrekte Schreibung: daraus lassen sich weitere Lernangebote ableiten.

Aber nicht die „Therapieempfehlungen“, die die Autorin aufführt! Hier ranken sich die Hilfen um die überholte Wortbildhypothese. Mit zeitgemäßen Ansätzen zur Lese- und Rechtschreibmethodik und Behandlung von LRS hat das leider wirklich nichts zu tun – sehr schade!

Es gäbe noch weiteres anzumer-

ken. Ich wünschte, Sie würden sich der Thematik LRS/Legasthenie noch einmal annehmen und dabei die sprachwissenschaftliche Forschung nicht außen vor lassen.

Mit freundlichen Grüßen
Detlev Ohl,
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut

Redaktionelle Anmerkung:

Zusammenfassende Bewertung der Aussagen: „Der Artikel von Frau Dr. Simchen macht Aussagen zu Teilleistungsstörungen zumeist nur im Kontext ihres Auftretens bei von der AD(H)S betroffenen Menschen. Diese sind zwar sehr vereinfacht, in Teilen pauschalisierend sowie von der Terminologie der diesbezüglichen neuropsychologischen Forschung verschieden, jedoch – abgesehen von den Ausführungen zu neuronalen Funktionen und Strukturen – weder grundsätzlich falsch noch veraltet, solange sie auf das komorbide Auftreten von Lern- und Leistungsproblemen bei AD(H)S begrenzt verstanden werden. Eine Verallgemeinerung der Aussagen im Hinblick auf eine über die AD(H)S hinausgehende Ätiologie der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten im Sinne der ICD-10 ist jedoch nicht zulässig Dr. Streif

Unreflektiert, reißerisch und wenig hilfreich

Stellungnahme zu „Zu viele Pillen für den Zappelphilipp“
von Birgitta vom Lehn - Frankfurter Rundschau v. 12./13. Juli 2008, Nr. 161

Sehr geehrte Frau vom Lehn,
sehr geehrte Damen und Herren!

Mit Erstaunen haben wir Ihren in der „Frankfurter Rundschau“ vom 12. Juli 2008 veröffentlichten Artikel „Zu viele Pillen für den Zappelphilipp“ zur Kenntnis genommen. Als größte deutsche Selbsthilfeorganisation der von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffenen Einzelpersonen und Familien verfolgen wir Veröffentlichungen im Bereich der ADHS aufmerksam. Zugleich unterstützen wir die Medien mit Expertise und der Vermittlung von Kontakten zu Fachleuten im Umfeld der Medizin, Psychologie und Sozialwissenschaft.

Überrascht hat uns, dass Sie zwar unter der Rubrik „Rat und Hilfe“ den ADHS Deutschland e.V. als Ansprechpartner nennen, allerdings im Vorfeld der Veröffentlichung offenbar keinen Kontakt zu uns aufnahmen. Daher steht nun die Dankbarkeit für die Anerkennung unseres öffentlichen Wirkens für die Betroffenen und ihre Angehörigen der Enttäuschung über die erheblich tendenziöse und in Teilen falsche Berichterstattung gegenüber.

Zunächst einmal sind Titel, Bildunterschrift sowie das Fallbeispiel zu Eingang des Artikels unseriös. Die mit ihnen verbundene Unterstellung, zahllose Eltern verabreichten ihren Kindern bedenkenlos Medikamente, um eigenes erzieherisches Versagen zu kaschieren, ist unsinnig und peinlich. Sie ist beides nicht nur für die engagierten Mütter und Väter der von ADHS betroffenen Kinder, sondern auch für Eltern im Allgemeinen. Offenbar fällt es Ihnen wie anderen Journalisten bisweilen schwer, zwischen Zahlen und Menschen zu differenzieren. Anders ist nicht zu verstehen, warum allein die Zunahme der Verschreibung eines Wirkstoffes sowohl die Diagnose als auch das ethische Handeln von Ärz-

ten und Eltern in Frage stellt.

Zu den Verschreibungszahlen von Methylphenidat ist in der Vergangenheit so häufig publiziert worden, dass es müßig erscheint, erneut die Gründe für die reißerisch wiedergegebene Steigerung der letzten beiden Jahrzehnte anzuführen. Einmal mehr bleibt der Verweis auf andere Länder, die wie die skandinavischen Staaten gemeinhin als kinderfreundlicher gelten und über bessere Betreuungs- und Förderangebote verfügen. Dennoch werden in Schweden, Norwegen und Island weitaus größere Mengen an Methylphenidat pro Einwohner verschrieben als in Deutschland. Auch hat manch anderes Präparat größere Steigerungsraten bei den Verschreibungen an Kinder und Jugendliche. Diese Zahlen und ihre Bedingungen sind den Medien allerdings kaum eine Randnotiz wert, da es im Fall schizophrener, diabetischer oder krebskranker Patienten wenig Sinn zu machen scheint, Ärzte und Eltern für die Krankheiten und ihre Kosten verantwortlich zu machen.

Anders im Fall der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Hier wird in unreflektierter Weise aktualisiert, was vor 30 Jahren schon einmal die Eltern von psychisch gestörten Kindern, damals die Mütter von Autisten, in Gewissensnöte, Selbstzweifel und nutzlose Therapien trieb. Nachdem die offensichtliche neurophysiologische Disposition des Autismus schließlich auch von den letzten Anhängern der Festhaltetherapie anerkannt worden war, zog die Karawane weiter. Heute sind es die Eltern des ADHS-Nachwuchses, die ihre Kinder vermeintlich nicht lieben, ihnen die Aufmerksamkeit verweigern und keine Grenzen setzen. In empörend einfältiger Weise werden sie anhand von rudimentär geschilderten Einzelfällen in Sippenhaft genommen für die Haltung, ihrem impulsiven und unauf-

merksamen Kind durch Medikamenten das Aufwachsen in der Gemeinschaft von Gleichaltrigen zu ermöglichen. All dies in einer Gesellschaft, die in der Heterogenität ihre Lebensentwürfe, einer emotional distanzierteren pseudodemokratischen Pädagogik sowie der allgegenwärtigen Reizüberflutung wenig dazu beiträgt, gerade diese Kinder und ihre Eltern sinnvoll zu unterstützen.

Vor diesem Hintergrund nimmt es nicht Wunder, dass Sie, Frau vom Lehn, nachgerade die „Konferenz ADHS“ als Referenz und deren Mitglieder als Kronzeugen für die elternfeindliche Tendenz ihres Artikels benennen. Sie ist der Zusammenschluss einiger Protagonisten des deutschen Kampfes gegen die Existenz der ADHS und ihrer medikamentösen Behandlung. Keine der in diesem Land führenden Persönlichkeiten aus dem Feld der Erforschung und Behandlung von ADHS ist Mitglied der Gruppe. Einer ihrer Kuratoren betreibt eine Internetseite, die in der Vergangenheit v.a. durch polemischen Spott und Beleidigungen aufgefallen ist. Auch die Begründerin der umstrittenen Festhaltetherapie, Jirina Prekop, sowie die im Artikel zitierte Frau Streeck-Fischer sind Mitglieder der Konferenz.

Mancher Soziologe und Psychotherapeut der Konferenz hat in den letzten Jahren Artikel veröffentlicht, die an der gleichen diagnostischen Unschärfe leiden wie das von Frau Streeck-Fischer vermittelte Fallbeispiel des durch die Scheidung der Eltern belasteten Jungen. Die Geschichte des 15-jährigen, der seit angeblich sieben Jahren eine über die Jahre auf absurde Höhen anwachsende Dosis „Concerta“ erhalten habe, nun aber von seinen Eltern getrennt glücklich in einem Heim lebe, ist einer dieser Berichte, die hilflos machen. Hilflos, da an dem Bericht nichts zusammenpasst: Concerta gab es auf dem deutschen Markt vor sieben Jahren noch nicht; da die fragliche ADHS des Jungen über so viele Jahre behandelt wurde, müsste die aus Sicht der Ärztin für das Verhalten des Jungen ursächliche Trennung der Eltern viele Jahre ungeminderter Konflikte angedauert haben; die schließlich erreichte Höchstdosis

der Medikation mit Methylphenidat ist unrealistisch, da sie zu Nebenwirkungen geführt haben würde, aufgrund derer der Junge mehr aufgefällt wäre als durch eine ADHS.

Allerdings sind die Ausführungen Frau Streeck-Fischers auch unabhängig vom konkreten Beispiel fragwürdig. Zweifellos bringt das Leben von Millionen Familien in diesem Land auch seltene, extreme Konstellationen hervor. Einen Zusammenhang zwischen elterlicher Trennung und kindlicher ADHS gibt es aber nicht. Sozialer Stress in Familie oder Schule mag vorübergehend unruhig und unaufmerksam machen, jedoch nicht im Sinne der ADHS, deren Diagnose ein systematisches, über längere Zeit andauerndes und situationsübergreifendes Auftreten der Symptomatik verlangt. Zudem entwickeln von der ADHS betroffene Menschen bei sachgerechter Medikation keine Toleranz gegenüber dem Wirkstoff Methylphenidat, wie u.a. das erste Fallbeispiel des nach drei Jahren in eine Psychose geratenen Jungen verdeutlicht. Obschon solches substanzangeregtes psychotisches Erleben ausgesprochen selten ist, tritt es beileibe nicht nur als Folge der Einnahme von Methylphenidat auf, sondern u.a. auch bei Antibiotika oder bestimmten Medikamenten gegen Übelkeit und Erbrechen.

Mittlerweile hat sich die Front der unerbittlichen ADHS- und Medikationsgegner etwas aufgelockert. So mutet es wie eine Mischung aus bemühter Einsicht und medialem Geschick an, dass Psychologen wie der im Artikel ebenfalls zitierte Kabat vel Job der Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung der ADHS leichte Zugeständnisse machen: So könne Methylphenidat „am Anfang eine wichtige Krücke sein“, doch „der Anfangseffekt des Medikamentes verpufft rasch“ und die Kinder dächten schließlich „ich funktioniere nur, wenn ich das Medikament schlucke“. Die erste Aussage entspricht der Erfahrung vieler Psychotherapeuten, dass sie ohne medikamentöse Behandlung ihre sehr schwankend motivierten, häufig ungebärdigen Patienten überhaupt nicht erreichen. Einen „verpuffenden Anfangseffekt“ gibt es auf pharmakologischer Ebene

jedoch nicht. Die Unterstellung schließlich, über längere Zeit medikamentös behandelte Kinder und Jugendliche würden aus psychischen Gründen von der Medikation nicht mehr ablassen können, sei es aus Angst vor dem Versagen oder einer dem Doping nahen Leistungsgier, ist unredlich. Sie ist die Projektion erwachsener Ängste vor dem eigenen Hedonismus auf die nächste Generationen, deren Lernen und Leben genauso ‚natürlich‘ anstrengend und leidvoll sein soll wie das ihrer Eltern.

Was bleibt von einem Artikel wie dem Ihren, Frau vom Lehn, wenn die sachliche Unhaltbarkeit von Titel, Bildunterschrift und Fallbeispielen abgezogen wird? Worin liegt der Sinn solcher Veröffentlichungen, die eine oberflächliche sozialkritische Grundhaltung mit extremen Exempeln und falschen Schlussfolgerungen verbindet? Es wäre Ihnen ein Leichtes gewesen, von der einseitigen Perspektive der „Konferenz ADHS“ abweichende Informationen einzuholen und die Sichtweisen beider Seiten gegeneinander zu stellen.

Sie taten es nicht. Damit aber ist Ihr Artikel niemandem eine Hilfe. Er informiert nicht, er klärt nicht auf, er berät nicht und regt auch nicht zur Diskussion an. Letztlich diskreditiert er die Medikationsgegner mehr als die Befürworter, denn er zieht durchaus beachtenswerte grundsätzliche Überlegungen zur Medikation von kindlichen Verhaltensstörungen durch unsinnige Behauptungen und Beispiele ins Lächerliche.

„Zu viele Pillen für den Zappelphilipp“ ist eine ebenso bedeutungslose Feststellung wie „Zu viele Zeitungsseiten für Journalisten“. Es geht nicht um die Pillen, sondern um Kinder, die Hilfe brauchen, jedes auf seine Art. Daher sollte es Ihnen auch nicht um die Herabwürdigung von Ärzten und Eltern gehen, sondern um die Verbreitung von Wissen. Sollten Sie einen weiteren Versuch wagen, stehen wir Ihnen mit Informationen gerne zur Verfügung.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung.
ADHS Deutschland e.V. ←

Neuer FSA-Kodex regelt Zusammenarbeit von Pharmaunternehmen und Patientenorganisationen

pm/red. Der Verein „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. (FSA) hat einen „Kodex Patientenorganisation“ verabschiedet, mit dem die Zusammenarbeit der Pharmabranche mit den Organisationen der Patientenselbsthilfe geregelt wird.

Zentrales Anliegen ist es – so der FSA – die Neutralität und Unabhängigkeit der Patientenorganisationen zu wahren und eine lautere und ethische Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Der FSA sichert und überwacht die Zusammenarbeit zwischen Pharmaindustrie und den Angehörigen der Fachkreise sowie den Organisationen der Patientenselbsthilfe im Rahmen der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen und seiner Verhaltenskodizes.

Die Mitgliedsunternehmen des

FSA verpflichten sich mit dem neuen Kodex freiwillig zur Transparenz in der Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen. Dazu müssen sie künftig offen legen, welche Organisation sie unterstützen und in welcher Weise. Dies umfasst sowohl finanzielle Leistungen als auch die indirekte Förderung, beispielsweise durch zur Verfügung gestellte Serviceleistungen oder Schulungen. Die Einhaltung des Kodex wird von der Schiedsstelle des FSA kontrolliert.

In seiner Funktion als Abmahnverein überwacht die FSA darüber hinaus das Verhalten von Nichtmitgliedern und deckt somit die gesamte Branche ab.

Der „FSA-Kodex Patientenorganisationen“ kann ab sofort von der Homepage des FSA unter www.fs-arzneimittelindustrie.de kostenlos heruntergeladen werden. ←

Balancieren für eine bessere Rechtschreibung

Sinn und Unsinn in der Förderung von legasthenen Kindern

pm/bvl Lena (10 Jahre) geht gerne zum außerschulischen Förderunterricht bei ihrer Therapeutin. Dort darf sie spielen, über Balken balancieren, Funktionstrainings machen und am Computer arbeiten. Lena kommt immer aus der Förderstunde ganz entspannt nach Hause. Lenas Mutter macht sich trotzdem Sorgen, denn leider macht ihre Tochter bei der Rechtschreibung keine Fortschritte. „Bei Lena wurde bereits Anfang der 2. Klasse eine Legasthenie diagnostiziert und da es in der Schule keinen Förderunterricht gibt, weil sowieso schon so viel Unterricht ausfällt, geht Lena seit 3 Jahren in eine außerschulische Förderung“, so Lenas Mutter. In Deutschland sind 4-5 Prozent der Menschen von einer Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung) betroffen. Trotzdem gibt es kein Berufsbild eines Legasthenietherapeuten. Der Begriff Lerntherapeut oder auch andere Bezeichnungen sind frei gewählt und sagen nichts über die Qualifikation des Therapeuten aus. Lenas Mutter hat den BVL um Beratung gebeten, denn Lena soll jetzt weiter zur Hauptschule gehen, obwohl sie die Begabung für die Realschule oder das Gymnasium hätte. Im Gespräch mit der Klassenlehrerin hat Lenas Mutter den Rat erhal-

ten, mit der Tochter mehr zu üben und die außerschulische Förderung aufzugeben, weil sie Unsinn sei. Viele Eltern verzweifeln, weil sie nicht mehr wissen, wie es für ihre Kinder weiter gehen soll. „Gerne würde ich mit Lena zu Hause üben, ich weiß aber nicht wie. Wenn ich mit Lena den Unterrichtsstoff wiederhole, wird sie immer aggressiv, weil sie keine Erfolge beim Lernen hat. Selbst die Tropfen, die uns die Therapeutin zur Überwindung der Lernstörungen empfohlen hat, helfen nicht“, berichtet die Mutter. In wissenschaftlichen Langzeituntersuchungen wurde nachgewiesen, dass Legastheniker langfristig nur von Förderansätzen profitieren, die nah am Schriftspracherwerb ansetzen und individuell auf die Bedürfnisse eingehen. „Lesen lernt man nur durch Lesen und Rechtschreibung durch ein gut strukturiertes Rechtschreibtraining“, erläutert die Pädagogin Petra Dröse vom BVL-Vorstand. „Es gibt viele sinnvolle Förderansätze, die schulisch und außerschulisch eingesetzt werden können. Man muss auch offen darüber sprechen, dass einige Legastheniker eine Einzelförderung benötigen“, fordert Petra Dröse. Schulisch findet Förderung wegen fehlender Studentafeln und man-

gelnder Weiterbildung der Lehrer selten anforderungsgerecht statt. Die Bildungspolitik hat es versäumt, die Mittel für eine qualifizierte Aus- und Fortbildung der Pädagogen sowie genügend Förderstunden bereit zu stellen. So geraten Eltern oft an nicht ausreichend qualifizierte Therapeuten. Der BVL hat aus diesem Grund einen Standard formuliert, welche Ausbildung ein qualifizierter Therapeut haben sollte. „Diese Standards sollten auch für die Lehreraus- und Fortbildung Grundlage sein“, so Dröse. Lenas Mutter hat jetzt entschieden, einen qualifizierten Dyslexietherapeuten zu suchen. Leider steht der Schulwechsel schon kurz bevor und Lena wird auf die Hauptschule wechseln. „Ich bin sauer, weil wir 3 wertvolle Jahre verloren haben. Lena muss jetzt darunter leiden, dass wir uns für die falsche Therapie entschieden haben, obwohl sie durch die frühe Diagnostik sehr gute Chancen gehabt hätte. Wir alle haben versagt: Schule, Eltern und Therapeut. Schade, dass ich erst jetzt die Beratung beim BVL gesucht habe“, bedauert Lenas Mutter. Weitere Informationen zum Thema Legasthenie und Dyskalkulie finden Sie auf der Homepage des BVL www.bvl-legasthenie.de ↩

FERTIG
FERTIGER
AM UNFERTIGSTEN

Ich kann mit fertigen Menschen nichts anfangen.

Es gibt fertigere Menschen denn mich, sicherlich ungezählte.

Aber keiner ist fertig, soll je fertig sein.

Christian Morgenstern

Eil-Petition zur Versorgung

von Patienten mit ADHS und Entwicklungsstörungen in Deutschland

Mit Besorgnis beobachten wir die Entwicklung der Versorgungsqualität für ADHS-Patienten in unserem Land. Durch Unwissenheit und Sparzwang vorgenommene Kürzungen gefährden eine gesicherte Versorgung in diesem Feld. Zum einen fehlt für fachlich kompetente Ärzte der Anreiz zur Betreuung, zum anderen fehlen entsprechend qualifizierte Therapeuten.

Die Versorgungsrealität in Deutschland sieht so aus:

Einen Termin zu bekommen bei Kinder- und Jugendärzten und/oder Kinder- und Jugendpsychiatern, die sich schwerpunktmäßig mit ADHS beschäftigen, ist schwierig, und es kann über ein halbes Jahr dauern, bis die aufwändige Diagnostik abgeschlossen ist und eine wirksame Behandlung begonnen werden kann. Ein multimodales Therapiekonzept wie in den Leitlinien empfohlen - ist dabei oft nicht zu realisieren.

Dies hat folgende Gründe: Kinder- und Jugendärzte diagnostizieren leitliniengerecht. Sie therapieren und betreuen den weitaus größten Teil dieser Patienten. Für die Behandlung eines ADHS-Patienten erhalten sie, unabhängig vom Zeitaufwand bei Diagnostik und Intensität der Behandlung, maximal 40 € pro Patient und Quartal.

Die Zusammenarbeit mit Psychologen, Lehrern oder Heilpädagogen ist wichtig, weil die zunehmenden Entwicklungsstörungen einer adäquaten Betreuung bedürfen, sie werden aber nicht honoriert. So stellt die zeitaufwändige und umfassende Betreuung dieser Patienten eher einen finanziellen Schaden, denn einen Gewinn für die entsprechende Praxis dar. Immer weniger junge Ärzte sind daher willens, dieses finanzielle Risiko einzugehen und ADHS-Patienten zu betreuen. Eine entwicklungs-, bzw. sozialpädiatrische Vereinbarung ist notwendig, um die zunehmende Anzahl von Patienten an-

gemessen zu versorgen.

Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatern werden ADHS-Patienten zunehmend ein Kostenrisiko.

Die seit zehn Jahren existierende Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (die bisher für einen Teil der Kinder- und Jugendpsychiatern gilt) ermöglichte es Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Heil- und Sozialpädagogen in ihren Praxen anzustellen. Deren Aufgabe ist es, das soziale und familiäre Umfeld psychiatrisch kranker Kinder zu beraten und zu betreuen. Diese Vereinbarung wurde nunmehr gekündigt. Sollte bis Ende September 2008 keine Anschlussvereinbarung getroffen werden, wird diese bewährte Versorgung nicht weiter aufrechterhalten werden können. Einige Kinder- und Jugendpsychiatrische-Praxen haben bereits ihren Patienten mitgeteilt, dass sie künftig selbst für die Leistungen der angestellten Therapeuten aufkommen müssen.

Seit vielen Jahren wird von den Verbänden in Zusammenarbeit mit der KBV versucht, für diese zeitaufwändige Betreuung eine adäquate Honorierung zu finden - bisher leider ohne Ergebnis. Obwohl die Probleme in der Gesundheitspolitik bekannt sind, werden sie aufgrund der angespannten ökonomischen Lage nicht angegangen. Darauf zu bauen, dass Ärzte aus gutem Willen und Ethos die Behandlung im gleichen Umfang ohne entsprechende Honorierung auf Dauer durchführen werden, ist böswillig und illusorisch.

Es kann nicht angehen, dass allein aufgrund ökonomischer Gesichtspunkte die ohnehin unzureichende Versorgung von ADHS-Patienten und solchen mit Entwicklungsstörungen sich weiterhin verschlechtert. Unzureichende Diagnostik, fehlerhafte Behandlung und schlechte Betreuung wird damit nicht nur in Kauf genommen, sondern bewusst gefördert.

Ziel einer neuen Vereinbarung sollte es sein, sowohl eine sozialpsychiatrische, als auch eine entwicklungs-, bzw. sozialpädiatrische Vereinbarung zu schaffen, um die zunehmende Anzahl von Patienten einer adäquaten präventiven Versorgung zuzuführen.

Konsequenzen einer ersatzlosen Streichung der bisherigen bewährten Vereinbarung und die Nichteinführung einer sozialpädiatrischen Vereinbarung würde die Zunahme der Anzahl nicht angemessen betreuter Kinder und Jugendlicher nach sich ziehen. Das Ziel, Kosten innerhalb des Gesundheitssektors zu sparen, würde nicht nur weit verfehlt, sondern gerade ins Gegenteil gekehrt, denn die Nichtbetreuung der von ADHS und Entwicklungsstörungen betroffenen Kindern und Jugendlichen führt zu einer Massierung der von Krankenkassen und Gesellschaft aufzubringenden Folgekosten.

ADHS Deutschland e.V.

Poschingerstraße 16
12157 Berlin
Tel. 030 - 85 60 59 02
Fax 030 - 85 60 59 70
e-mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Bundesvereinigung Aufmerksamkeitsstörung Deutschland e.V.

Zeisigweg 4
53639 Königswinter
Tel.: 02244/87 33 83
Fax: 0228/368 18 10
e-mail: info@bv-ad.de
Internet: www.bv-ad.de

Kindernetzwerk e.V.

Hanauer Straße 15
63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021/12030
e-mail: info@kindernetzwerk.de
Internet: www.kindernetzwerk.de

20. August 2008

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

Weitere Vorstandsmitglieder

- Europäische Kontakte **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- neue AKZENTE* **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Erwachsenen-ADHS **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion **Sabine Nicolei**
38527 Meine
webredaktion@adhs-deutschland.de
- Regionalgruppen **Carl Schell**
91301 Forchheim
c.schell@adhs-deutschland.de
- Kinder und Jugendliche mit ADHS und Lobbyarbeit **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
- Öffentlichkeitsarbeit **Dr. Johannes Streif**
streif@therapaed.de
- juristische Angelegenheiten **Reinhard Wissing**
96049 Bamberg

Unterstützung des Vorstandes

- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- Ernährung/ Stoffwechsel- besonderheiten **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koepfer@t-online.de

Wissenschaftlicher Beirat

- 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 Köln
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

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

Herausgeber und Verleger
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
Magdalene Geisler
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.

Bankverbindung ADHS DE:
Hannoversche Volksbank
Konto-Nr. 0 221 438 500
BLZ 251 900 01

Auslandsüberweisungen:
IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

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

1. März 2009



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
Judith Prinzessin
zu Sayn-Wittgenstein
06043 -9 84 00 16

Mecklenburg-Vorpommern

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



Niedersachsen

Sabine Nicolei
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 11 544

Rheinland-Pfalz

Silvia Orth
06502 -93 19 00
Christiane Schmäuser
06131-470694

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 Lühmann
04121 – 9 28 21
Barbara Bargelé
0451 – 2 03 61 60

Saarland

Sabine Debusmann
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage
03691 – 87 22 22

Obwohl alle Bundesländer besetzt sind, benötigen wir noch in folgenden Bundesländern Verstärkung: Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Sachsen-Anhalt, Saarland und Thüringen.

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

„Was hatte ich denn getan...?“

„Gewiss hatte ich etwas dazu gelernt. Meine Weltanschauung war noch eine sehr harmlose, als ich ins Stift kam. Nun hatte ich gelernt, dass das Leben und vor allem die Menschen nicht so seien, wie ich es damals geglaubt. Es gab jetzt so vieles im Leben, was bedrückend war. Außerdem hatte ich das Gefühl, dass mir sehr Unrecht geschehn' wäre und ich jetzt noch mehr wie früher immer ungerecht, immer wie ein Stiefkind behandelt worden sei. Was hatte ich denn getan? Wenn ich vergnügt war, musste ich toben – konnten sie das nicht begreifen?! Ich war kaum fünfzehn, als ich hinkam und sollte vernünftig sein. Aber ich hatte fortwährend das Gefühl, mich auslärmen, austoben zu müssen, das mit der Einschränkung nur wuchs“.

*(Franziska Gräfin zu Reventlow,
Schriftstellerin, 1871 bis 1918)*

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