

# neue AKZENTE

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



## ADHS Wir helfen mit

- Medikamentöse Behandlung von Erwachsenen
- ADHS und Emotion
- Verbesserung von Leistung und Verhalten

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

*Zeitschmerz*



Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

unsere aktuelle Ausgabe der *neue AKZENTE* ist diesmal so bunt, wie die Facetten der AD(H)S.

Wir haben drei Fachartikel, die sich neben „der medikamentösen Behandlung Erwachsener“ mit „ADHS und Emotionen“ sowie „die Möglichkeiten, sein eigener Therapeut zu sein“, befassen.

Doch ebenso wichtig sind die verschiedenen Aktivitäten der Selbsthilfe an der Basis, denen wir diesmal wieder einen größeren Platz eingeräumt haben.

Wir freuen uns, dass zunehmend mehr Mitglieder sich aktiv an der Verbandszeitschrift beteiligen und interessante, informative und auch unterhaltsame Beiträge liefern.

Bitte, machen Sie weiter so! Wir freuen uns auch über Zuschriften und Feedback, positiv wie negativ.

Jetzt wünsche ich Ihnen erstmal einen schönen – ebenso bunten – Frühling.

Ihre

Dr. Myriam Menter

## Impressum *neue AKZENTE*

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

**Herausgeber und Verleger**  
ADHS Deutschland e. V.  
Postfach 410724, 12117 Berlin  
Telefon: 030/85 60 59 02  
Fax: 030/85 60 59 70  
info@adhs-deutschland.de  
www.adhs-deutschland.de

**Redaktion**  
Dr. Myriam Menter (Leitung)  
Jürgen Gehrmann  
Renate Meyer  
Karin-Gisela Seegers  
Dr. Johannes Streif  
Vera-Ines Schüpferling  
Dr. Ira Zauner

**Redaktionsanschrift**  
Bundesgeschäftsstelle  
ADHS Deutschland e. V.  
Poschingerstr. 16  
12157 Berlin

Telefon: 030/85 60 59 02  
Fax: 030/85 60 59 70  
akzente@adhs-deutschland.de

**Bankverbindung ADHS Deutschland e. V.**  
Hannoversche Volksbank  
Konto-Nr. 0 221 438 500  
BLZ 251 900 01

**Auslandsüberweisungen:**  
IBAN DE36251900010221438500  
BIC VOHADE2H

**Gesamtgestaltung und Desktop-Publishing**  
Heiko Assmann, Fotograf  
freiberufl. Fotojournalist u. Computergrafiker  
www.heiko-assmann.de, foto@heiko-assmann.de

**Druck**  
BUD, Potsdam.

**Erscheinungsweise**  
3x jährlich  
Auflage: 4000 Exemplare

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

## Copyright

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

**Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:**  
15. Juli 2014

## Fotonachweis

Titelbild: Renate E. Meyer  
Aktive der Landes- und Regionalgruppen

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

## FACHBEITRÄGE

*Dr. Johanna Krause  
Prof. Klaus-Henning Krause*

- 04 „Viel hilft viel“ gilt nicht für die medikamentöse Behandlung von Erwachsenen mit ADHS**

*Dipl. Psych, Dipl. Heilpäd.  
Cordula Neuhaus*

- 09 „Ich denke, wenn ich fühle und fühle, wenn ich denke“ (ADHS und Emotion)**

*Dr. Helga Simchen*

- 13 Leistung und Verhalten verbessern, sein eigener Therapeut zu sein**

## ALLGEMEINES

*Renate Meyer*

- 17 Glutensensitivität und mögliche ADHS-Symptome**

*Sie fragen – Experten antworten*

- 19 ADHS und Fettsäuren**

*Uwe Metz*

- 21 Nachrichten aus einer absurden Parallelwelt**

*Patricia Ödell*

- 21 App art**

*Von einer Leserin*

- 22 So wie ich bin**

*Uwe Metz*

- 23 Von der Notwendigkeit, chaotisch zu sein**

## AKTUELLES AUS DEM VERBAND

*ADHS Deutschland e. V.*

- 25 Spenden und Fördergelder 2013**

## BERICHTE

- ADHS Deutschland e. V. – bundesweit, landesweit, regional**

*Dr. Myriam Menter*

- 26 Mitgliederversammlung des ADHD Europe aisbl**

*Herta Bürschgens*

- 27 NRW-Fachtagung „ADHS – ein medizinisches oder ein gesellschaftliches Problem?“**

*Fabian*

- 27 Eine dieser ADHS-Veranstaltungen auf dem Feldberg ...**

*Von einer Mutter*

*(Fortsetzung aus Heft 95 – 2/2013)*

- 28 Einige Tage mit meinem Sohn Max\* – nur Achterbahn fahren ist aufregender**

*Bärbel Becker-Ahrens*

*Dorit Frebel*

- 29 ADHS – ein Familienthema: Eltern & Kind Training MaX**

*Patricia Ödell*

- 31 Messe Medizin vom 24.01.14-26.01.14**

*Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr*

- 32 Informationsveranstaltung – Fortbildung – Workshop**

*Kirsten Riedelbauch, Sabine Kolb*

- 33 Einladung zum Symposium mit Jugendveranstaltung und Landesgruppentreffen BW 2014**

- 34 Regionalgruppenberichte**  
In alphabetischer Reihenfolge

## MEDIEN REZENSIONEN

*Dr. Werner T. Fuchs*

- 41 Johanna und Klaus-Henning Krause „ADHS im Erwachsenenalter“ (inkl. Vorwort der 4. Auflage)**

*Dr. Astrid Neuy-Bartmann*

- 43 Kai G. Kahl et al. „Praxishandbuch ADHS, Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen“**

*Dr. Johannes Streif*

- 44 Arno Backhaus, Just Lauer, Visnja Lauer „Ach Du Schreck! Vom Chaoskind zum Lebenskünstler“**

*Dr. Astrid Neuy-Bartmann*

- 45 Peter Fiedler „Persönlichkeitsstörungen“**

*Claudia Friebe*

- 48 Thomas Bergner „Burnout-Prävention Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm“**

## TERMINE

- 49 Weiterbildung**  
Telefonberatung  
Junges Beraternetz  
E-Mail-Beratung

## VERBANDSDATEN

- 50 Geschäftsführender Vorstand**  
Weitere Vorstandsmitglieder  
Unterstützung des Verbandes  
Wissenschaftlicher Beirat  
Landesgruppenleiter  
Jugendteam

- 52 Telefonberatung**

## „Viel hilft viel“ gilt nicht für die medikamentöse Behandlung von Erwachsenen mit ADHS – Wie Stimulanzien wirken und warum die optimale Stimulanzien-Dosis bei Erwachsenen niedriger ist als bei Kindern und in jedem Fall individuell angepasst werden muss.\*



Prof. Dr. K-H Krause



Dr. Johanna Krause

Wie bei Kindern und Jugendlichen ist auch im Erwachsenenalter die Behandlung mit Stimulanzien die medikamentöse Therapie der ersten Wahl bei der ADHS. Es konnte gezeigt werden, dass Methylphenidat sowohl beim kombinierten als auch beim unaufmerksamen Typ der ADHS bei Erwachsenen eine sehr gute Wirksamkeit besitzt.

### Wirkmechanismus der Stimulanzien

**Methylphenidat** enthält wie die anderen Stimulanzien als Kern Phenylethylamin, das sich auch in den Botenstoffen Dopamin und Noradrenalin findet. Gemäß den bisher vorliegenden, im Wesentlichen tierexperimentellen Befunden greift Methylphenidat in das Dopaminsystem ein, indem es die Wiederaufnahme des Botenstoffs Dopamin am synaptischen Spalt durch eine Blockade der Dopamintransporter verhindert, zusätzlich Dopamin aus dem Zellinneren freisetzt und die Monoaminoxidase-Aktivität hemmt. Eine Erhöhung der Dopamin-Konzentration im synaptischen Spalt durch Methylphenidat ist inzwischen nicht nur tierexperimentell, sondern auch klinisch gut belegt: Mittels radioaktiv markierter Substanzen konnte bei Positronenemissionstomographie (PET) und Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) zunächst bei einem Normalkollektiv (Volkow et al. 1998), später bei Patienten mit ADHS (Krause et al. 2000) eindeutig nachgewiesen werden, dass Methylphenidat Bindungsstellen am Dopamintransporter besetzt und diesen somit blockiert.

Eine interessante Frage ist, inwiefern Stimulanzien auch in den für die ADHS bedeutsamen frontalen Hirnregionen wirksam werden, in denen so gut wie keine Dopamintransporter zu finden sind. Reichlich vertreten im präfrontalen Kortex ist dagegen der Noradrenalintransporter, der wie der Dopamintransporter zur Familie der Natrium-abhängigen Neurotransmitter-Symporter gehört. Experimentell konnte an mit Hilfe von Darmzellen kultivierten menschlichen und

tierischen Transportern gezeigt werden, dass Methylphenidat den Noradrenalintransporter ebenso effektiv blockiert wie den Dopamintransporter (Han und Gu 2006). Schon länger wird vermutet, dass der in der Hirnrinde lokalisierte Noradrenalintransporter nicht nur die Wiederaufnahme von Noradrenalin, sondern auch die von Dopamin hemmt. In diesem Fall würde sowohl die Gabe eines selektiven Noradrenalinwiederaufnahmehemmers wie Atomoxetin als auch die Gabe von Methylphenidat zu erhöhten Konzentrationen von Noradrenalin und Dopamin in den synaptischen Spalten der betreffenden Hirnregion führen. Genau dies bestätigte sich bei tierexperimentellen Untersuchungen, die mit Hilfe von Mikrodialyse bei Ratten durchgeführt wurden (Berridge et al. 2006); diese Arbeitsgruppe fand, dass bereits bei niedrigen Dosierungen von Methylphenidat (0,25 – 1 mg/kg Körpergewicht), die den bei der ADHS-Therapie verwendeten entsprechen, in der präfrontalen Hirnrinde sowohl die Noradrenalin- als auch die Dopamin-Konzentrationen anstiegen (um 115 – 280 % für Noradrenalin bzw. 75 – 130 % für Dopamin). In einer tierexperimentellen Studie fand sich bei Ratten unter Methylphenidat ein eindeutiger Anstieg der Noradrenalin-Konzentration im synaptischen Spalt im primären somatosensorischen Hirnrindenaerial (Drouin et al. 2006); dies interpretierten die Autoren als möglichen Mechanismus zur Unterdrückung von irrelevanten sensorischen Stimuli durch Methylphenidat. In einer weiteren tierexperimentellen Arbeit fand sich bei Mäusen sowohl unter Methylphenidat als auch unter Atomoxetin eine Erhöhung der Dopamin- und Noradrenalin-Konzentrationen; bei chronischer Gabe sanken die Noradrenalin-Spiegel interessanterweise unter Atomoxetin wieder ab, nicht dagegen unter Methylphenidat (Koda et al. 2010). Auf die Serotoninspiegel hatten beide Substanzen in dieser Studie keinen Einfluss.

Neuerdings besteht die Möglichkeit, den Noradrenalintransporter beim Menschen in vivo mittels PET zu messen. In einer entsprechenden PET-Studie fand sich eine dosisabhängige deutliche Reduktion der Verfügbarkeit des Noradrenalintransporters unter üblichen Methylphenidat-Dosen bei gesunden Versuchspersonen (Hannestad et al. 2010). Bereits bei Dosierungen zwischen 0,35 und 0,55 mg/kg Körpergewicht waren die Noradrenalintransporter zu 70 bis 80 % blockiert; insgesamt war die Affinität von Methylphenidat zu den Noradrenalintransportern sogar stärker als die zum Dopamintransporter, was für eine erhebliche Bedeutung der Noradrenalintransporter-Blockierung bei der therapeutischen Wirkung von Methylphenidat sprechen dürfte.

\*Dieser Artikel enthält Auszüge aus dem 2014 in neu bearbeiteter 4. Auflage im Schattauer-Verlag, Stuttgart, erschienenen Buch „ADHS im Erwachsenenalter“ von J. u. K.-H. Krause; in ähnlicher Form wird er

in der Zeitschrift „Elpost“ der schweizerischen ADHS-Selbsthilfeorganisation Elpos erscheinen.

Weitere Untersuchungen zeigten eine Beeinflussung von Acetylcholin und Histamin durch Methylphenidat (Krause u. Krause 2010).

**Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Methylphenidat nach neuen Erkenntnissen keineswegs nur den Dopaminstoffwechsel beeinflusst, sondern in komplexer Weise auch auf andere Neurotransmitter zu wirken scheint.**

Ähnlich wie Methylphenidat wirkt **Amphetamin**, das ebenfalls einen Phenylethylamin-Kern hat. Der Wirkmechanismus von Amphetaminen erscheint komplexer als der von Methylphenidat. Tierexperimentelle Untersuchungen zeigten, dass Amphetamin nicht nur dopaminerg und noradrenerg über eine erhöhte Katecholaminproduktion und -freisetzung im Zytosol der Nervenendigung sowie eine Blockierung der präsynaptischen Transporter wirkt, sondern auch serotonerg (John u. Jones 2007). Im Gegensatz zu Amphetamin und Methamphetamin hat Methylphenidat gemäß den Untersuchungen von Han und Gu (2006) keinen nennenswerten Einfluss auf den menschlichen Serotonintransporter. Interessant war in dieser Studie weiterhin, dass die blockierende Wirkung auf den Dopamintransporter bei Amphetamin signifikant geringer war als bei Methylphenidat. In diesem Zusammenhang sollen Befunde erwähnt werden, die von Kuczenski und Segal bereits 1997 im Tierversuch erhoben wurden; diese Autoren konnten zeigen, dass die Dopaminkonzentration im Striatum sowie die NoradrenalinKonzentration im Hippocampus sowohl unter Methylphenidat als auch unter Amphetamin deutlich anstiegen, dagegen stieg Serotonin in den Basalganglien nur unter Amphetamin, nicht unter Methylphenidat an – ein Hinweis auf die im Detail durchaus unterschiedlichen Wirkungsweisen dieser Substanzen.

### Allgemeine Behandlungsgrundsätze bei Gabe von Stimulanzien

Die Auswahl des geeigneten Medikaments ist bei Erwachsenen mit ADHS besonders schwierig und die Einstellung auf eine individuell erforderliche Dosis problematisch, weil die Verstoffwechslung größeren Einflüssen, z. B. durch Hormone, unterliegt. Die auf das Körpergewicht bezogenen Dosierungsempfehlungen für eine Stimulanzienbehandlung im Kindesalter gelten nicht für Erwachsene, bei denen es nach unseren Erfahrungen keine feste Relation zwischen Körpergewicht und Dosis gibt. Aufgrund der erheblichen interindividuellen Unterschiede muss die endgültige Titration nicht nach Gewicht, sondern nach dem therapeutischen Ansprechen erfolgen. Möglicherweise benötigen Frauen höhere Methylphenidat-Dosen bezogen auf das Körpergewicht als Männer, um gleiche Plasmakonzentrationen zu erreichen (Markowitz et al. 2003). Das Ansprechen auf die Therapie erfolgt bei vielen Erwachsenen nicht so rasch wie im Kindesalter, in vielen Fällen zeigt sich nach unserer Erfahrung der Erfolg der medikamentösen Therapie – beispiels-

weise in einer Verbesserung der kognitiven Funktionen – in einem Zeitraum von bis zu drei Monaten.

Bei Erwachsenen wurden teilweise bereits bei niedrigen Dosen ausgezeichnete klinische Effekte beschrieben; wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang, dass bei SPECT-Studien mit TRODAT-1 die initial erhöhte Dopamintransporter-Dichte bei Erwachsenen mit ADHS bereits unter einer Dosis von dreimal 5 mg Methylphenidat pro Tag unter das Niveau eines Kontrollkollektivs absank (Krause et al. 2000). Ein möglicher Grund dafür, dass bei Erwachsenen im Vergleich zu Kindern niedrigere Dosismengen bezogen auf das Körpergewicht gute therapeutische Effekte haben, ist die im Lauf des Lebens deutlich abnehmende Dopamintransporter-Dichte im Striatum. Volkow et al. (1996) beschrieben bei Gesunden eine Abnahme dieser Dichte um etwa 7 % pro Dekade; Mozley et al. (1999) untersuchten 55 gesunde Erwachsene mittels TRODAT-1-SPECT und fanden bei den unter 40-Jährigen eine Abnahme der striatären Dopamintransporter-Dichte von 12,1 % pro Dekade, während bei den über 40-Jährigen nur noch eine Reduktion von 2,4 % zu verzeichnen war. Eine Forschergruppe führte sowohl bei gesunden Kindern als auch Erwachsenen mit der gleichen Methodik ([<sup>123</sup>I]IPT-SPECT) Messungen der striatären Dopamintransporter durch (Cheon et al. 2003; Kim et al. 2003); dabei lagen die Dichtewerte bei sechs Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren um 28 % höher als bei 19 Erwachsenen mit einem mittleren Alter von 30,5 Jahren.

**Fasst man diese Befunde zusammen, weist ein 10-Jähriger eine fast doppelt so hohe Dopamintransporter-Dichte wie ein 50-Jähriger auf. Da Methylphenidat maßgeblich über eine Blockierung der Dopamintransporter wirkt, wäre damit erklärt, warum bei Erwachsenen niedrigere Dosierungen als bei Kindern ausreichend wirksam sind.**

Es kann vermutet werden, dass bei Dosissteigerungen über 30–40 mg hinaus ein zusätzlicher Effekt von Methylphenidat durch andere Mechanismen, wie z. B. die Blockierung von Noradrenalintransportern oder eine vermehrte Dopaminausschüttung, vermittelt wird, da die Wirkung auf die Dopamintransporter bei diesen Dosierungen bereits weitgehend ausgeschöpft sein dürfte. Interessanterweise fand sich in einer PET-Studie eine eindeutige Reduktion mit zunehmendem Alter auch für die Noradrenalintransporter (Ding et al. 2010), ein weiteres Argument dafür, dass bei Erwachsenen mit ADHS im Vergleich zu Kindern deutlich niedrigere Dosierungen bezogen auf das Körpergewicht benötigt werden.

Stimulanzien werden generell **oral** gegeben, die Resorption im Gastrointestinaltrakt und die Passage der Blut-Hirnschranke erfolgen rasch, der maximale Plasmaspiegel wird bei Methylphenidat 1,5–2,5 Stunden nach Einnahme und somit rascher als beim D-Amphetamin (2–3 Stunden) erreicht, die Plasmahalbwertszeit ist beim Methylphenidat mit 2–3 Stunden entsprechend kürzer als beim D-Amph-

tamin (4–6 Stunden). Man geht davon aus, dass Methylphenidat und D-Amphetamin die ersten Effekte innerhalb von 30–60 Minuten nach Einnahme zeigen, mit maximaler Wirkung nach 1–3 Stunden und Ende der Wirkung nach spätestens 6 Stunden, wobei erhebliche interindividuelle Unterschiede zu beobachten sind. Es ist wichtig, mit niedrigen Dosen (z. B. 5 mg Methylphenidat morgens über 3–4 Tage) zu beginnen, auch damit gastrointestinale Beschwerden oder Missemphindungen in Form von Herzsensationen nicht zum Abbruch der Therapie führen. Im Erwachsenenalter kann eine Dosis von dreimal 5 mg täglich häufig schon genügen. Erst wenn sich nach 2–3 Wochen zeigt, dass diese Dosis nicht ausreichend ist, kann eine weitere vorsichtige Anhebung der Dosierung erfolgen.

Der therapeutische Effekt hält aufgrund der kurzen Halbwertszeit von Methylphenidat nur 3–4 Stunden, teilweise auch nur 1,5 Stunden an; daher benötigen manche Patienten 4–6 Gaben über den Tag verteilt. Eine Lösung bei schnellem Wirkungsverlust stellt die Gabe von Langzeitpräparaten dar.

### Dosisfindung

Nach bisherigen Untersuchungen lassen sich aus der Höhe der Blutspiegel von Stimulanzien keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit im Einzelfall ziehen, so dass derzeit keine Empfehlung für ein Monitoring einer Stimulanzientherapie mit Hilfe der Plasmaspiegel gegeben werden kann. In einer kontrollierten Studie, bei der der Effekt unterschiedlicher Dosierungen von Methylphenidat auf das Arbeitsgedächtnis bei Erwachsenen mit ADHS getestet wurde, waren 12 % Nonresponder. Von den Respondern zeigten 41 % die beste Wirkung unter 5 mg, 12 % unter 10 mg und 35 % unter 20 mg Methylphenidat (Kinsbourne et al. 2001). Wie individuell unterschiedlich die Wirkung einer bestimmten Dosis Methylphenidat (15 mg täglich) auf die Dopamintransporter war, konnten wir im Rahmen unserer TRODAT-Studie zeigen (Krause 2003). Behandlungen mit Dosierungen von bis zu 1 mg Methylphenidat pro Kilogramm Körpergewicht führen bei empfindlichen Patienten rasch zu Überdosierungsercheinungen in Form von erneut auftretender vermehrter Unruhe, Verstärkung der Konzentrationsstörungen und zunehmender agitierter Depression. Diese Patienten brechen auch nach initialer kurzfristiger Besserung in der Phase der Auftitrierung die Behandlung deshalb ab, weil sie den Eindruck haben, dass diese Medikation für sie ungeeignet ist. Entsprechende Beobachtungen gibt es auch bei Kindern. In ihrer placebokontrollierten Crossover-Studie mit hohen Methylphenidat-Dosen bis 1 mg/kg Körpergewicht bei 45 Erwachsenen mit ADHS fanden Kooij et al. (2004) signifikant erhöhte Scores für Angststörungen und Depression in der Hamilton-Skala unter Methylphenidat im Vergleich zu Placebo.

Amerikanische Autoren vermuten eine Beziehung zwischen Dosishöhe und klinischer Besserung, nachdem Spencer et al. (1995) beobachtet hatten, dass sich die Symptome ihrer

Patienten, die sie in der ersten Woche mit 30, in der zweiten mit 60 und in der dritten mit 100 mg (entsprechend ca. 1 mg pro kg Körpergewicht) Methylphenidat täglich behandelt hatten, mit der Dauer der Einnahme besserten. Da sich aber nach unseren Erfahrungen ein deutlicher Effekt der Stimulanzien häufig ohnehin erst nach einigen Wochen zeigt, erscheint diese Studie als Beleg für eine dosisabhängige Wirkung beim Erwachsenen wenig geeignet. In einer Vergleichsstudie mit Crossover-Design, bei der die Wirkung von 30 und 45 mg Methylphenidat täglich über je zwei Wochen überprüft wurde, ließ sich eine Überlegenheit der höheren Dosis nicht sichern (Bouffard et al. 2003). Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Resultate einer über fünf Wochen angelegten doppelblinden vierarmigen Parallelstudie (Spencer et al. 2007), bei der die Wirksamkeit von 20, 30 und 40 mg einer retardierten D-Methylphenidat-Zubereitung mit der von Placebo verglichen wurde. Die Schwere der Störung, bestimmt mit dem CGI-S-Score, nahm bei der Gruppe mit der niedrigsten Tagesdosis mit 68,4 % deutlicher ab als bei den Gruppen mit höherer Dosis (61,1 % bei 30 mg und 64,8 % bei 40 mg). In der großen Parallelstudie von Medori et al. (2008) brachen unter der hohen Dosis (72 mg Concerta) 8 von 102 Patienten die Studie wegen Nebenwirkungen ab, während im Arm mit der niedrigen Dosis von 18 mg nur einer von 101 Patienten abbrach; dabei unterschied sich die Wirkung der beiden Dosierungen bezüglich der ADHS-Symptome nicht signifikant. In einer Metaanalyse fanden Koesters et al. (2009) keinen Einfluss der mittleren Tagesdosis auf die Effektstärke der Behandlung mit Methylphenidat. Adler et al. (2009) untersuchten in einer randomisierten placebokontrollierten doppelblinden Dosis-Eskalationsstudie (wöchentliche Steigerung der Dosis) mit OROS-Methylphenidat im Paralleldesign 226 erwachsene Patienten mit ADHS. Die Behandlung in der Verumgruppe wurde mit 36 mg pro Tag begonnen; unter dieser hohen Initialdosis brachen von den 113 Patienten in der Verumgruppe 35, also 31 %, die Studie wegen Nebenwirkungen ab. Wenn man bedenkt, dass in der großen Multicenter-Studie von Medori et al. (2008) mit fixierten Dosismengen die Dosis von 18 mg OROS-Methylphenidat pro Tag wirkungsvoller war als die Dosis von 36 mg, dürfte ein erheblicher Anteil der Patienten in der Studie von Adler et al. bereits mit der Anfangsdosis überdosiert gewesen sein. Bemerkenswert ist auch, dass in dieser Eskalationsstudie mit Möglichkeit einer Dosissteigerung entsprechend den Bedürfnissen der Patienten in 16 mg-Schritten bis 108 mg täglich die größte Gruppe (33 %) bei Studienende die niedrigste Dosis, also 36 mg, einnahm. Generell war Methylphenidat in dieser Studie mit einer Responderrate von 37 % gegenüber 21 % unter Placebo statistisch signifikant wirksam. Möglicherweise wäre aber der positive Effekt deutlicher gewesen, wenn nicht die hohe Initialdosis von 36 mg pro Tag gewählt worden wäre. Eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang auch die hohe Dropout-Rate von 37 % bei den mit Methylphenidat behandelten Patienten.

Aktuell zeigen die Resultate einer großen multizentrischen europäischen Doppelblindstudie zur Wirksamkeit von Ritalin LA® bei 725 Erwachsenen mit ADHS für alle drei untersuchten Dosierungen (40, 60 und 80 mg/d) im Vergleich zu Placebo hochsignifikante Verbesserungen der ADHS-Symptomatik, wobei die höheren Dosierungen im Vergleich zur niedrigsten keinen besseren Effekt erbrachten. Nebenwirkungen, die zum Abbruch der Medikation zwangen, traten in der Gruppe mit 40 mg/d bei 13 von 181 Patienten (7,2 %) auf, in der Gruppe mit 80 mg/d bei 26 von 181 Patienten (14,4 %) (Huss et al., im Druck).

Eigene Erfahrungen bestätigen, dass in vielen Fällen mit niedrigen Dosierungen bei Erwachsenen mit ADHS sehr gute Erfolge zu erzielen sind und dass bei höheren Dosierungen unerwünschte Nebenwirkungen häufiger auftreten. Tierexperimentelle Befunde zeigten, dass sich die kognitive Funktion von Ratten bei oralen Methylphenidat-Dosen zwischen 1 bis 2 mg/kg signifikant verbesserte, unter Dosierungen von 2 bis 3 mg/kg aber eindeutig verschlechterte (Arnsten u. Dudley 2005). Es erscheint zunächst sinnvoll, bei schwerer ausgeprägter Symptomatik eine höhere Dosis anzustreben; eigene Erfahrungen belegen jedoch, dass auch schwer betroffene Patienten keineswegs immer hohe Dosierungen benötigen. Immer wieder konnte beobachtet werden, dass die Überschreitung der individuell notwendigen Dosis zu einer Verschlechterung des Behandlungsergebnisses führte. Bereits beschrieben 1999 Swanson et al. bei Kindern mit ADHS eine akute Verschlechterung der Symptomatik unmittelbar nach der Gabe von zu hohen Methylphenidat-Dosen als „acute tolerance“. Dies deckt sich mit der Theorie der „inverted U-shaped dose-response curve“ (Cools et al. 2011), die davon ausgeht, dass es beim Überschreiten einer bestimmten Konzentration von Hirnbotenstoffen wie Dopamin zu einer paradox anmutenden Verschlechterung des Leistungsvermögens kommt (s. Abb. 1). Die optimale Dosis der ADHS-Medikation hängt danach also davon ab, wie hoch beim einzelnen Patienten zum Beispiel die primäre Dopamin-Konzentration im synaptischen Spalt ist. Bei sehr niedrigem Wert benötigt ein Patient höhere Dosierungen als ein anderer, der primär schon höhere Dopamin-Konzentrationen hat. In Abbildung 1 hat Patient A einen niedrigen Ausgangswert hinsichtlich der Dopamin-Konzentration im synaptischen Spalt (Kreis);

durch Gabe von Stimulanzien kommt es zu einem Anstieg von Dopamin (Sechseck), die Leistungsfähigkeit ist deutlich gebessert. Erhält Patient B, der primär einen höheren Dopaminspiegel aufweist (Kreis), eine ähnlich hohe Stimulanzien-Dosis wie Patient A, kommt es infolge einer zu starken Erhöhung der Dopaminkonzentration (Sechseck) bei ihm zu einem Leistungsabfall. Vermutet wird als Ursache hierfür, dass durch zu hohe Dosierungen infolge des zusätzlich anflutenden Dopamins das System blockiert wird und/oder Selbstregulationssysteme eine Verschlechterung des Leistungsvermögens bedingen.

***Für die Praxis der medikamentösen Behandlung von Patienten mit ADHS ist zu folgern, dass mit niedrigen Dosierungen zu beginnen ist, nur eine langsame allmähliche Steigerung erfolgen sollte und sehr darauf geachtet werden muss, ob sich bei Dosissteigerungen das klinische Bild wieder verschlechtert.***

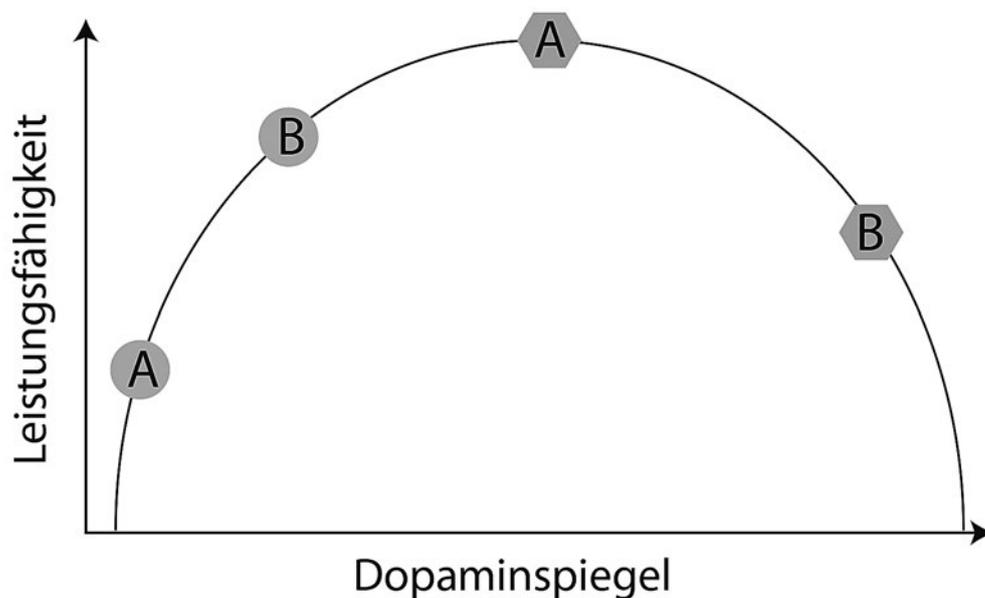
In der Phase der Auftitrierung ist Geduld erforderlich, um entscheiden zu können, ob Methylphenidat als Monotherapie ausreicht, um die gesamte Symptomatik günstig zu beeinflussen, oder ob eine Kombinationsbehandlung erforderlich ist. Es erscheint sinnvoller, bei nicht ausreichendem Ansprechen der Patienten auf Methylphenidat nicht die Dosis immer weiter zu steigern bis auf Tagesdosen von über 1 mg/kg Körpergewicht, sondern in diesen Fällen Substanzen mit anderen Wirkmechanismen zu kombinieren. Bedacht werden muss weiterhin, dass nach Studienlage und eigenen Erfahrungen ohnehin nur etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Erwachsenen mit ADHS auf Methylphenidat positiv reagieren; bei den verbleibenden Nonrespondern ist die Gabe von anderen Stimulanzien bzw. Antidepressiva angezeigt. Erste eigene Resultate zeigten, dass die Methylphenidat-Nonresponder vor der Therapie im Gegensatz zu den Respondern keine erhöhte Dopamintransporter-Dichte im Striatum aufwiesen (Krause et al. 2005). Da der wesentliche Wirkmechanismus von Methylphenidat in einer Blockade der Dopamintransporter gesehen wird, leuchtet ein, warum Methylphenidat bei Patienten, die von vornherein eine niedrige Dopamintransporter-Dichte aufweisen, nicht wirkungsvoll ist.

- Dr. Johanna Krause
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause

#### Literatur

- Adler LA, Zimmerman B, Starr HL et al. Efficacy and safety of OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel group, dose-escalation study. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29: 239-247.
- Arnsten AF, Dudley AG. Methylphenidate improves prefrontal cortical cognitive function through alpha2 adrenoceptor and dopamine D1 receptor actions: Relevance to therapeutic effects in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behav Brain Funct* 2005; 1: 2.
- Berridge CW, Devilbiss DM, Andrzejewski ME et al. Methylphenidate preferentially increases catecholamine neurotransmission within the prefrontal cortex at low doses that enhance cognitive function. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 1111-1120.
- Cheon KA, Ryu YH, Kim YK et al. Dopamine transporter density in the basal ganglia assessed with [123I]IPT SPET in child

- ren with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2003; 30: 306–311.
- Cools R, Aarts E, Mehta MA. Paradoxal effects of drugs on cognitive function: the neuropsychopharmacology of the dopamine and other neurotransmitter systems. In: Narinder A, Sacks O, Pascual-Leone A, Ramachandran V (Eds.). *The paradoxical brain*. Cambridge, New York: Cambridge University Press 2011; 397–417.
- Ding YS, Singhal T, Planeta-Wilson B et al. PET imaging of the effects of age and cocaine on the norepinephrine transporter in the human brain using (S,S)-[<sup>11</sup>C]O-methylreboxetine and HRRT. *Synapse* 2010; 64: 30–38.
- Drouin C, Page M, Waterhouse B. Methylphenidate enhances noradrenergic transmission and suppresses mid- and long-latency sensory responses in the primary somatosensory cortex of awake rats. *J Neurophysiol* 2006; 96: 622–632.
- Han DD, Gu HH. Comparison of the monoamine transporters from human and mouse in their sensitivities to psychostimulant drugs. *BMC Pharmacol* 2006; 6: 6.
- Hannestad J, Gallezot JD, Planeta-Wilson B et al. Clinically relevant doses of methylphenidate significantly occupy norepinephrine transporters in humans in vivo. *Biol Psychiatry* 2010; 68: 854–860.
- Huss M, Ginsberg Y, Tvedten T et al. Methylphenidate hydrochloride modified release in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Adv Ther*: im Druck.
- John CE, Jones SR. Voltammetric characterization of the effect of monoamine uptake inhibitors and releasers on dopamine and serotonin uptake in mouse caudate-putamen and substantia nigra slices. *Neuropharmacology* 2007; 52: 1596–1605.
- Kim CH, Koo MS, Cheon KA et al. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [<sup>123</sup>I]IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2003; 30: 1637–1643.
- Kinsbourne M, De Quiros GB, Tocci RD. Adult ADHD. Controlled medication assessment. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931: 287–296.
- Koda K, Ago Y, Cong Y et al. Effects of acute and chronic administration of atomoxetine and methylphenidate on extracellular levels of noradrenaline, dopamine and serotonin in the prefrontal cortex and striatum of mice. *J Neurochem* 2010; 114: 259–270.
- Koesters M, Becker T, Kilian R et al. Limits of meta-analysis: methylphenidate in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol* 2009; 23: 733–44.
- Kooij JJ, Burger H, Boonstra AM et al. Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychol Med* 2004; 34: 973–982.
- Krause J. ADHS im Erwachsenenalter. Das muss bei der Behandlung von ADHS-Patienten beachtet werden. *NeuroTransmitter* 2003; 14 (3): 66–69.
- Krause J, la Fougere C, Krause KH et al. Influence of striatal dopamine transporter availability on the response to methylphenidate in adult patients with ADHD. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 428–431.
- Krause KH, Dresel SH, Krause J et al. Increased striatal dopamine transporter in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: Effects of methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. *Neurosci Lett* 2000; 285: 107–110.
- Kuczenski R, Segal DS. Effects of methylphenidate on extracellular dopamine, serotonin, and norepinephrine: comparison with amphetamine. *J Neurochem* 1997; 68: 2032–2037.
- Markowitz JS, Straughn AB, Patrick KS. Advances in the pharmacotherapy of attention-deficit-hyperactivity disorder: focus on methylphenidate formulations. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 1281–1299.
- Medori R, Ramos-Quiroga JA, Casas M et al. A randomized, placebo-controlled trial of three fixed dosages of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2008; 63: 981–989.
- Mozley PD, Acton PD, Barraclough ED et al. Effects of age on dopamine transporters in healthy humans. *J Nucl Med* 1999; 40: 1812–1817.
- Spencer T, Wilens T, Biederman J et al. A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 434–443.
- Spencer TJ, Adler LA, McGough JJ et al. Adult ADHD Research Group. Efficacy and safety of dexamethylphenidate extended-release capsules in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 1380–1387.
- Swanson J, Gupta S, Guinta D et al. Acute tolerance to methylphenidate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Clin Pharmacol Ther* 1999; 66: 295–305.
- Volkow ND, Ding YS, Fowler JS et al. Dopamine transporters decrease with age. *J Nucl Med* 1996; 37: 554–559.
- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS et al. Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1325–1331.



**Abb. 1:** Beziehungen zwischen Dopaminspiegel und Leistungsfähigkeit bei zwei Patienten mit ADHS (A und B) vor (Kreis) und nach (Sechseck) Gabe einer ähnlich hohen Stimulanzdosis (inverse U-förmige Dosiswirkungskurve, s. Text), modifiziert nach Cools et al. (2011)

## „Ich denke, wenn ich fühle und fühle, wenn ich denke“ (ADHS und Emotion)

Paul Wender beschrieb bereits 1995 die Affektlabilität bei Kindern mit ADHS, v. a., wenn sie am Ende eines Tages „überreizt“ erscheinen.

Das rasche „Umkippen“ der Stimmung der Kinder, die von ihren Eltern als an sich sehr einfühlsam und spontan hilfsbereit beschrieben werden, wenn sie nicht bekommen, was sie gerade wollen, sie sich zurückgesetzt oder ungerecht behandelt fühlen, wird in den Familien als sehr belastend erlebt.

Bei Geschwistern reicht manchmal schon ein Blick oder eine Geste aus, und es wird aggressiv „überreagiert“.

Bei den Befragungen zur Vorgeschichte schieben sich seit vielen Jahren bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS vor allem Symptome der Affektlabilität, der Gefühlsschwankungen bis hin zum „Gefühlschaos“ in den Vordergrund – mit entsprechender Hilflosigkeit bezüglich des Umgangs damit (vor allem, wenn man als Elternteil selbst „nicht mehr kann“).

Wender beschrieb auch bei Erwachsenen mit ADHS chronische Irritabilität, wobei manche über ihre situativ auftretenden Ausbrüche (bis hin zum Kontrollverlust) erschrecken,



Cordula Neuhaus

andere dies ganz schnell vergessen und nicht bemerken, wie sie dadurch die Beziehung zum Gegenüber belasten. Die „Ärgerausbrüche“ bei ADHS unterscheiden sich, so Wender, deutlich von den „kontinuierlich verärgerten“ Befindlichkeiten der Borderline-Patienten oder dem chronischen Verstimmungszustand Depressiver.

Die jahrelange Erfahrung in der ausführlichen testdiagnostischen Untersuchung der Befindlichkeit von Kindern mit ADHS bestätigt Wenders Schilderung, dass sie sich schon früh schnell hilflos und ineffektiv fühlen, ein gerin-

ges Selbstwertgefühl entwickeln – leider anhaltend bis ins Erwachsenenalter.

In welchem Alter auch immer fühlen sich Betroffene mit ADHS „irgendwie sofort blockiert“ oder „überwältigt“, wenn sie sich fremdbestimmt und ohne vorherige Ankündigung (!) rasch/sofort umstellen oder auf eine subjektiv nicht erwünschte/uninteressante Aufgabe einlassen **müssen**.

Entsprechend wird im Kindes- und Jugendalter fast automatisch „gleich“ oder „nachher“ oder Ähnliches geäußert – was regelmäßig zu Unmut im Umfeld führt, oft beim selbstbetroffenen Elternteil emotional impulsives Überreagieren regelrecht „triggert“. Dies vor allem, wenn es bei diesen Aufgaben um kleine Routinen des Alltags geht, die man eigentlich nicht immer wieder anmahnen möchte (Jacke aufhängen, Schuhe ordentlich hinstellen, etc.).

Werden dabei die typischen „Unwörter“ benutzt, wie „müssen, sollen, sich anstrengen, sich Mühe geben, sich zusammenreißen, nie, immer, ständig, aufräumen, lernen, üben, etc.“ oder „Unsätze“ formuliert wie „Wie oft muss ich Dir noch sagen ...?“, „Wann lernst Du endlich ...?“, eventuell auch noch in gereiztem Ton oder ergänzt durch „Hast Du gehört?!“ oder „Schau‘ mich an, wenn ich mit Dir spreche!“ ist der Gefühlsabsturz sozusagen programmiert.

Eltern und Lehrer beklagen die Kritikempfindlichkeit der Kinder und Jugendlichen mit ADHS mit der Tendenz, sich schon zu rechtfertigen, bevor eine Äußerung zu Ende ausgesprochen werden konnte.

Bei Verärgerung (bis hin zur Wut), aber auch Furcht/Angst oder Verzweiflung/abgrundtiefe Traurigkeit steigern sich Betroffene mit ADHS beobachtbar und evident, ohne dies bemerken und stoppen zu können, in diese Emotionen hinein – werden bei Beschwichtigungsversuchen noch erregter.

Es scheint so, als ob Betroffene mit ADHS, die ja auch sehr schnell sehr begeistert sein können, regelrecht auf ihren Gefühlen „ausrutschen“.

In der seriösen internationalen wissenschaftlichen Erkenntnis wird schon seit über 10 Jahren immer deutlicher, dass Betroffene mit ADHS genetisch bedingt ein nichtadäquates Niveau der Selbstregulation entwickeln, was eine mehr oder minder ausgeprägte Beeinträchtigung mit sich bringt, natürlich auch die emotionale Selbstregulation betreffend. Entsprechend entwickelt sich auch die Selbstkontrollfähigkeit defizitär, was zur Definition von ADHS als „Anpassungsstörung“ führt, z. B. bezüglich der Fähigkeit,

- für sich selbst angemessen sorgen zu können
- für sich selbst angemessen verantwortlich sein zu können
- nicht zu viel und nicht zu wenig sagen zu müssen.

Nach einer Langzeitbeobachtung von Kindern mit ADHS bis in ihr 21. - 27. Lebensjahr resümierten Russell Barkley und Mariellen Fischer 2010, dass die emotionale Impulsivität (v.a. das impulsive Entscheiden und die niedrige Frustrati-

onstoleranz) wahrscheinlich die Hauptbeeinträchtigung der Lebensaktivitäten junger Erwachsener ist bezüglich der Selbstorganisation, aber auch die berufliche Entwicklung, die Beziehungsgestaltung, das Finanzmanagement, das Verhalten im Straßenverkehr und die Gesetzeskonformität betreffend (Journal of Academic Children and Adolescent Psychiatry, 2010, 5, 49, 503 – 513).

### Was sind Emotionen und wofür sind sie da?

Primäre oder grundlegende Emotionen sind Furcht, Wut, Ekel, Überraschung, Traurigkeit und Glück, die sich gemischt bei Menschen aller Kulturen gleich äußern.

Der Emotionsforscher Antonio Damasio unterscheidet Hintergrundemotionen von Stimmungen (im Sinn einer Fortdauer einer gegebenen Emotion über einen längeren Zeitraum oder der Wiederholung einer Stimmung). Unter Hintergrundemotion versteht er den zusammengesetzten Ausdruck von regulativen Reaktionen des Körpers bei grundlegenden lebenserhaltenden Prozessen, aber auch Schmerz, Verlustverhalten sowie Triebe. Daneben unterscheidet er soziale Emotionen wie Mitgefühl, Verlegenheit, Scham, Schuldgefühle, Stolz, Eifersucht, Neid, Dankbarkeit, Bewunderung, Entrüstung und Verachtung.

Allgemein im Sprachgebrauch werden Emotionen auch Gefühle genannt, sind mit dem Denken/der Kognition eng verbunden.

Gefühle helfen dem Menschen z. B. um emotionsbezogene Objekte und Situationen zu verarbeiten, sind Grundlage, um unterscheiden zu können, was gut oder böse ist, wobei die den Gefühlen zugrundeliegenden neuronalen Mechanismen (einschließlich der Ausschüttung von Stresshormonen und Anpassung der Körperfunktionen an erhöhte Belastung) sich ganz offensichtlich im Verlauf der Evolution durchgesetzt haben. Die Stressforschung zeigte, dass sich der Körper rasch auf Extremsituationen einstellen kann.

Die „normale“ emotionale Selbstregulationsfähigkeit bezieht sich auf Auftreten, Dauer und Intensität einer Emotion und bewirkt, dass jemand in der Lage ist, mit der auslösenden Situation oder dem eigenen Erleben umgehen zu können. Er kann dann z. B. eine verärgrende Szene verlassen, bei einer Gewaltszene aktiv wegschauen, sich bei belastenden Gedanken aktiv ablenken, die Bedeutung einer negativen Kommunikation kognitiv verändern („Wahrscheinlich hat er das gar nicht so gemeint, hatte nur einen schlechten Tag“). Die Emotion ist u. U. in die gewünschte Richtung lenkbar, um z. B. sozial angepasst reagieren zu können, auch wenn man z. B. provoziert wird.

Beobachtbar ist bei Nichtbetroffenen mit emotionaler Selbstregulationsfähigkeit die Kontrollfähigkeit ihres Verhaltens, man sieht ihnen meist auch gar nicht an, wie sie sich fühlen.

Bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS (oft auch noch Erwachsenen) hingegen erkennt man sofort ihre aktuelle Stimmung in der Mimik. Sie sind leider sofort durch minimale Auslöser provozierbar, im Wiederholungsfall „triggerbar“, leider auch traumatisierbar. Leider können sie sich nicht so schnell „umstellen“, wenn z. B. der Lehrer kommt – und werden dann oft als Anstifter, Übeltäter tatsächlich ungerecht bestraft! Andere machen auch Blödsinn, ADHS kann leider nicht so schnell aufhören!

Man wird schon in früher Kinderzeit als hoch- oder übersensibel bezeichnet, später heißt es, man nehme sich zu wichtig, sei so schnell „himmelhochjauchzend“ und dann plötzlich durch eine winzige Kleinigkeit „zu Tode betrübt“.

Jeder, der solche Kinder und Jugendlichen kennt, weiß darüber hinaus: Stimmt die Chemie mit dem Lehrer, klappt alles – wenn nicht, dann klappt gar nichts (die extreme Personenbezogenheit bei ADHS).

ADHS ist bekanntermaßen ein „spezieller Wahrnehmungs- und Reaktionsstil“ bei Reizoffenheit bei Reizfilterschwäche und der damit verbundenen Hypersensibilität bezüglich jeglicher Wahrnehmung – sowie der Impulsivität (im Sinn des sofortigen rein gefühlsmäßigen Bewertens eben dieser Wahrnehmung).

Eine junge Erwachsene äußerte spontan, dass sie immer wieder merke, dass ihr Kopf keinen Unterschied mache zwischen Denken und Fühlen. Sie fühle immer, wenn sie denke und denke immer, wenn sie fühle, andere verstünden das nicht (wie Doris Ryffel-Rawak von Frauen mit ADHS beschrieb, dass sie ihren Gefühlen ausgeliefert sind).

Es erscheint merkwürdig, dass im neuen amerikanischen Manual psychischer Störungen in der 5. Revisionsform jetzt neu eine „Dysruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)“ beschrieben wird bei Kindern, die reizbar sind, zu Wutausbrüchen neigen, depressiv, traurig sein können bei heftigen Stimmungsschwankungen.

Dies scheint nur eine heftige Ausprägung der bei ADHS grundsätzlich bestehenden Affektlabilität zu sein mit der Tendenz, rasch „auf dem Gefühl auszurutschen“, sich „reinzusteigern“, ohne es merken und stoppen zu können, da die „Gefühlsbremse“ im Cingulum stumm bleibt.

Bei ADHS wird selbst das „Fühlen“ bei der Reizoffenheit offensichtlich intensiver erlebt.

Wird man z. B. berührt, ohne darauf eingestellt zu sein, wird dies meist aversiv erlebt. Es gibt Betroffene mit ADHS, die eine so feine Geruchsempfindung haben, dass für sie manche Gerüche regelrecht belästigend oder unerträglich sind, die andere so gar nicht wahrnehmen. Unangekündigter, medizinisch applizierter Schmerz wird oft sofort traumatisierend erlebt bis hin zu phobischen Ängsten. Es ist bisher

nicht möglich gewesen zu erklären, warum besonders begabte Menschen mit ADHS meist sehr geräusch- und lichtempfindlich sind.

Viel zu wenig wird bisher allgemein in die therapeutischen Ansätze miteinbezogen, dass die beiden Mandelkerne im tiefen Temporalhirn als der erste emotionale „Bewerter“ nicht nur auf negative Wortwahl, Mimik, Tonfall, Gestik und Körperhaltung bei ADHS-Betroffenen ganz offensichtlich das „Abschalten“ des hinteren Aufmerksamkeitssystems bewirken, sondern auch belastende Rückmeldungen aus dem Körper z. B. über Immunantworten, Fehlsteuerung des Stoffwechsels, Verkrampfungen, Schmerzempfindung jeglicher Art zum selben Effekt führen.

Eine Mutter hatte formuliert „Dieses emotionale Bewerten und nicht filtern können geschieht ohne mein Einverständnis. Bei negativ Bewertetem wie Schmerzen, lauten Geräuschen und Gestank schaltet meine Denkmaschine regelrecht ab“.

Ein selbstbetroffenes Elternpaar konnte trotz großem Leidensdruck, sehr guter Störungsbildakzeptanz, Mitarbeitsbereitschaft und Umsetzungswilligkeit die sie überzeugenden Erkenntnisse aus dem Elterntrainingsprogramm nicht umsetzen – auch nicht in einer relativ spannungsfreien Zeit während der Sommerferien, da beide durch chronische Schmerzen sozusagen immer wieder „ausgeschaltet“ waren.

Man bekommt so schnell etwas in den „falschen Hals“: Eine junge Mutter von drei Kindern hört per Zufall im Vorübergehen durch die Türe, dass über eine Mutter von drei Kindern negativ geredet wird – bezieht dies sofort auf sich, überlegt fieberhaft, was sie denn „verbrochen“ haben könnte, spricht die aus dem Raum kommende Person dann sofort an, man solle ihr bitte direkt sagen, wenn etwas nicht „passe“.

Dieses schnelle, rein emotionale Bewerten einer Situation, ist gepaart mit rascher „Hyperfokussierung“. Man möchte sich z. B. „wappnen“ gegen das, was man neu negativ erleben könnte, kreierte worst-case-Szenarien, meint allerdings, dass man doch nur „realistisch“ sei, mit der Auswirkung einer impulsiv-aggressiven Überreaktionstendenz.

Es ist sinnvoll, sich zwar darauf einzustellen, dass immer wieder etwas unerwartet negativ Neues passieren kann, aber dann sozusagen mit „Galgenhumor“ als erstes „cool“, „ok“ oder „na super“ zu sagen/zu denken (damit die „Denkmaschine“ eingeschaltet bleibt).

Auch Erwachsene mit ADHS haben Schwierigkeiten mit fremdbestimmten Umstellungen – durch „Umstrukturierungen“, ständig wechselnden Vorgaben bei wachsendem Zeitdruck, zunehmender Arbeitsmenge, u. a. durch mehr

Kontrollvorgänge. Wenn dann noch die Angst hinzukommt, den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein, den Job zu verlieren, man zeitgleich immer müder und erschöpfter wird, vor lauter Grübeln nachts nicht mehr richtig schlafen kann, ist es nicht mehr weit bis zum Burnout.

Natürlich ist es wichtig, einer Person des Vertrauens über das eigene Empfinden zu berichten. Entgleist dies jedoch ins wiederholte Klagen, schaltet man sich regelrecht aus, wird dabei immer antriebsloser und erschöpfter. Antidepressiva helfen bei ADHS leider kaum, wirken v. a. antriebsmindernd, machen müde.

Entspannungstrainings bringen selten Erfolg, autogenes Training führt zu sofortiger Absenkung der Vigilanz (nur zum Einschlafen geeignet!).

Es macht wenig Sinn, in der Therapie bei Erwachsenen mit „Achtsamkeitsübungen“ die Emotion regulierbar machen zu wollen. Emotionale Selbstregulation ist bei ADHS weder vorhanden noch erlernbar.

Eine gute visualisierte Erläuterung der neurobiologischen Hintergründe zum Verstehen der „anderen“ Regulierungsdynamik mit störungsspezifischem Skilltraining und ggf. Medikation bringen wirkliche Verbesserung.

Zielführende Hilfestellung wird für viele immer nötiger, weil sie sich in ihrer Arbeitsumgebung unwohl fühlen durch unklare oder nicht nachvollziehbare Vorgaben, die eingehalten werden müssen, ohne dass nachgefragt wird, wie man das bewältigen soll, respektive jegliche Wertschätzung ausbleibt, der Ton rüder wird. Für viele Erwachsene mit ADHS ist es wirklich unerträglich, Dinge tun zu sollen, hinter denen sie nicht stehen können. Wenn ein an sich kognitiv gut kompensierender 50-Jähriger (der zusätzlich hintergründig etwas ängstlich und sehr perfektionistisch ist) Verantwortung für seine Arbeit und seine Mitarbeiter nicht nur übernehmen will, sondern dies auch entsprechend umsetzt, vom neuen Vorgesetzten gesagt bekommt, er solle die eine oder andere gesetzliche Vorgabe „nicht so ernst nehmen“ oder gar übergehen, fühlt er sich sofort unbehaglich, schuldig (mit sofortigem Motivations- und Antriebsverlust).

Gravierend einschränkend bei ADHS ist, dass man sich und die eigene Leistungsfähigkeit nicht gut einschätzen kann, nicht ausreichend aus Erfahrung lernen kann, eigentlich ständig auf Feedback anderer angewiesen ist. Das Selbstwirksamkeitsempfinden und das Selbstwertgefühl entwickeln sich meist defizitär bei den vielen kleinen und kleinsten Misserfolgen, dem Grundempfinden nicht „dazugehören“, sich „anders“ zu fühlen. Man sieht alles aus seiner Perspektive, ein „automatischer“ Perspektivwechsel entsteht nicht. Die Ablehnungssensibilität, die ab der Pubertät einsetzt, wird nie abgelegt, bei spontan großer Empathiefähigkeit – ohne Ausreifung der sozialen Empathiefähigkeit (mit der Möglichkeit, sich wie Nichtbetroffene

vorstellen zu können, dass jemand nur seinerseits z. B. „genervt“ ist).

Im Kontext der wachsenden hintergründigen Unsicherheit in der pubertären Entwicklung, die sich als „desinteressiert, besserwisserisch, arrogant oder bullenbeißerisch“ wirkend in der Mimik niederschlägt und natürlich zu Fehlinterpretation und entsprechender Reaktion im Umfeld führt, werden häufig eigene Erwartungen, die man hat, nicht klar genug formuliert (vor allem, wenn hintergründig auch noch Ver lust- und Existenzängste bestehen). Dies ist Betroffenen mit ADHS meist nicht „bewusst“ – bei Nichterfüllung einer Erwartung entsteht allerdings rasch abgrundtiefe Enttäuschung, in welchem Kontext auch immer.

In der Interaktion mit anderen kann es besonders schwierig werden, wenn man ja eigentlich nur helfen will, mit einem Vorschlag oder Ratschlag, weil man es ja so gut meint – aus der eigenen Sicht und „Überzeugung“, was für das Gegenüber aber eventuell gerade überhaupt nicht „passt“. Beim Betroffenen mit ADHS entsteht dann ganz rasch das Gefühl der Enttäuschung, des Abgelehntwerdens, wenn das Gegenüber nicht sofort freudig reagiert. Impulsiv wird dann reagiert. „Also gut, dann nicht!“, „Dann macht doch, was ihr wollt...!“, „Dann zieh´ ich eben aus!“, etc.

Im verhaltenstherapeutisch neuropsychotherapeutischen Behandlungsalltag hat sich als erfolgreich erwiesen, wiederholt visualisiert sehr genau die Neurobiologie und das „andere“ Funktionieren zu erklären. Bei den typischen plötzlich oder schleichend einsetzenden Krisen im Kontext vom Strategieerwerb beim Management der Gegenstände, der Zeit und der Finanzen ist zuvor gut zu erforschen, was ein Betroffener als „eklig“ in der Kommunikation empfindet, welche Lerngeschichte er hat, welche Erwartungen und Überzeugungen bei ihm vorliegen, wie er seine Umgebung „interpretiert“, woran er denkt, wenn er meint, er sei „schuld“, um dysfunktionale Kontrollüberzeugungen wirksam bearbeiten zu können. Dies gelingt ganz sicher nicht mit Ratschlägen, die an die Einsicht appellieren oder der Empfehlung, das Gefühl einfach nur „abebben zu lassen“ oder sich ein Hilfs-Ich vorstellen zu sollen.

Betroffene mit ADHS (in jedem Alter) können nur lernen, was ihnen nachvollziehbar, plausibel und alltagstauglich erscheint, besonders gut, wenn sie selbstbestimmt und wertgeschätzt Kommunikations-, Lern- und Selbstorganisationsstrategien erlernen dürfen, und ihnen vermittelt wird, dass sie dies anwenden/umsetzen dürfen in ihrem Tempo, zu dem Zeitpunkt, den sie für geeignet halten, wie dies die langjährige Erfahrung mit dem Elterntaining ETKJ, den Kommunikations- und Selbstwerttrainings und den Paartherapien belegt.

■ Dipl. Psych, Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus  
Beitrag erschienen in „elpost“, Ausgabe 50, 2013

# Leistung und Verhalten verbessern, sein eigener Therapeut zu sein



Dr. Helga Simchen

Menschen mit AD(H)S haben besondere Fähigkeiten außer-gewöhnliche Wege zu gehen. Sie brauchen dafür immer wieder neue Ziele, viel Motivation und vor allem das Wissen, wie sie selbst aktiv mitarbeiten können, ihre eigenen Probleme zu lösen. Es reicht nicht, seine Symptome aufzählen zu können, erst das Verstehen deren Zusammenhänge erleichtert das Verstehen von therapeutischen Maßnahmen zur Verbesserung von Leistung und Sozialverhalten. Der gezielte Einsatz AD(H)S-typischer Lernstrategien beschleunigt den Therapieerfolg, der Voraussetzung ist für die immer wieder und jeden Tag neu abverlangte Motivation. Sie ist der Motor für den Erfolg und der wiederum motiviert, ein Kreislauf, der möglichst nicht unterbrochen werden sollte. Voraussetzung dafür ist immer ein erfolgreiches Lernen, egal ob mit oder ohne Medikamenteneinnahme. Da das Gehirn bei AD(H)S etwas anders funktioniert, sollte man diese Besonderheiten beim Lernprozess beachten und kennen. Sie erfordern nämlich individuell abgestimmte gehirngerechte Lernstrategien, damit die Therapie möglichst schnell und auf Dauer erfolgreich ist.

## Was ist beim AD(H)S-Gehirn anders?

*A. Es besteht eine Unterfunktion im Stirnhirnbereich.*

Dadurch besteht eine Filterschwäche für Informationen, so dass das Gehirn von Anfang an von viel zu vielen Wahrnehmungen überflutet wird, was die Art der Vernetzung der Nervenbahnen im Gehirn verändert. Da störende Nebengeräusche beispielsweise nicht ausgeblendet werden können, vernetzen sich die Nervenbahnen bei ständiger Reizüberflutung feinmaschiger miteinander und die Ausbildung fester Lernbahnen wird erschwert.

Das Nicht-Ausblenden-Können von Nebengeräuschen überlastet den Arbeitsspeicher, wodurch dieser nur einen Teil der aufgenommenen Informationen abspeichert, um sie dann zum Langzeitgedächtnis weiter zu leiten. Somit kann ein Teil von ihnen verloren gehen.

Wegen des für AD(H)S typischen fein verzweigten neuronalen Netzes können die im Langzeitgedächtnis schon abgespeicherten Informationen nur langsamer abgerufen werden. Deshalb kann vorhandenes Wissen oft nur zu langsam und zu ungenau abgerufen werden, eine Erfahrung, die viele AD(H)S-Betroffene kennen.

*B. Es besteht ein Mangel an Transport- oder Botenstoffen in den Verbindungsstellen der Nervenfasern.*

Bei AD(H)S werden in den Nervenverbindungsstellen die Botenstoffe, wie Dopamin, Noradrenalin und Serotonin zu schnell wieder aufgenommen, so dass sie für den dort stattfindenden Transport von Informationen fehlen. Dieser Botenstoffmangel ist bei AD(H)S genetisch bedingt. Er beeinträchtigt zusätzlich die Weiterleitung von Informationen und somit die Lernfähigkeit.

Diese Transporterstörung ist eine der wichtigsten Ursachen für AD(H)S und kann mit bildgebenden Verfahren nachgewiesen werden.

Wenn wiederholtes, intensives Üben bei nachgewiesenem AD(H)S und ausreichender intellektueller Ausstattung nicht erfolgreich ist, sollte die Gabe von Stimulanzien, Strattera oder Amphetaminen erwogen werden. Denn alle drei Medikamentengruppen erhöhen die Botenstoffmenge in den Nervenverbindungsstellen, so dass dort mehr Botenstoffe für den Transport von Informationen zu Verfügung stehen. Daraus ergibt sich, dass manchmal die medikamentöse Therapie erst erfolgreiches Lernen bei AD(H)S möglich macht. Aber sie allein reicht nicht! Ohne aktive Mitarbeit gibt es keinen dauerhaften Therapieerfolg.

## Wie funktioniert gehirngerechtes Lernen bei AD(H)S?

Eine wichtige Voraussetzung für gehirngerechtes Lernen ist das Vermeiden von Reizüberflutung, die sich in den letzten Jahrzehnten durch die Zunahme des Mediengebrauchs und der lauten Kommunikationstechnik vervielfacht hat. Unter dieser Zunahme von optischen, akustischen und auch emotionalen Informationen leiden besonders Menschen mit einer angeborenen und genetisch bedingten Reizfilterschwäche. Aber auch Nichtbetroffene profitieren von der Anwendung der Strategien für gehirngerechtes Lernen. Voraussetzungen dafür sind Konzentration, Ruhe und Unterbinden aller Störreize. Wie funktioniert gehirngerechtes Lernen und warum ist es erforderlich?

Strukturiert lernen:

Sich einen Lernplan machen, seine Zeit einteilen und ein Zeitlimit festlegen für schriftliche und mündliche Hausaufgaben, für Pausen und für Freizeit. Lernpausen sind wichtig! In ihnen erfolgt im Gehirn ein wichtiger Transfer

des gerade Gelernten zum Langzeitgedächtnis, der Arbeitsspeicher wird geleert, um wieder aufnahmefähig zu sein. Am besten, die Pausen aktiv gestalten, den Kopf frei machen, sich aktiv körperlich bewegen und wenn möglich, den Arbeitsplatz oder besser noch, das Zimmer für kurze Zeit verlassen.

1. Gehirngerecht lernen macht sich zum Ziel, dass sich mit der Zeit beanspruchte Teile des fein verzweigten neuronalen Netzes zu dichten Lernbahnen umstrukturieren. Dadurch können aufgenommene Informationen schneller, mit weniger Verlust und Anstrengung vom Arbeitgedächtnis zum Langzeitgedächtnis gelangen. Denn intensives Lernen baut das Gehirn um, es müssen nur die entsprechenden Informationen mit möglichst viel Motivation immer wieder mehrmals hin und hergeschickt werden. Erst nach wiederholtem Üben und Abfragen wird allmählich ein schnellerer Abruf des Gelernten möglich. Nur wiederholtes Üben verstärkt die Lernbahnen und kann so ein entwicklungsbedingtes Defizit ausgleichen. Das zu Lernende also oft wiederholen, vor sich hin sprechen, im Zimmer dabei umhergehen, wenn möglich, sich den Lerninhalt bildlich vorstellen, das Gelernte wiederholen und wenn nötig mehrfach abfragen lassen, bis es sicher beherrscht wird.

2. Sich Vorsätze geben, d. h. seinem Gehirn gedanklich vermitteln, womit man sich nun beschäftigen will und sich dann immer wieder befehlen: "Jetzt muss ich mich konzentrieren!" Denn schon das Planen einer konkreten Tätigkeit aktiviert den im Gehirn dafür zuständigen Bereich. Zum Beispiel: Durch das Denken an eine Rechenaufgabe oder durch das Aufschlagen des Rechenheftes wird das Rechenzentrum aktiviert. Auch das konnte neurobiologisch nachgewiesen werden und betrifft alle geistigen Tätigkeiten, auf die sich das Gehirn so vorbereitet. Sich gezielt entsprechende Vorsätze geben, begünstigt auch die Bildung fester Lernbahnen, die beim AD(H)S nicht stabil genug vorhanden sind. Diese Vorsatzbildung ist hierbei über mehrere Monate erforderlich und sollte zur lebenslangen Gewohnheit werden.

3. Teile des Stirnhirns kontrollieren auch unser Verhalten, sie warnen uns z. B. vor den Folgen ungünstiger und unüberlegter Handlungen und vor Fehlern. Auch Vorsätze zur Verhaltensänderung, die man sich gibt und deren Umsetzung man anschließend bewertet, unterstützen die Nachreifung dieser Stirnhirnfunktion zum wirksamen Supervisor unseres Verhaltens. Denn auch Verhalten kann man mit der gleichen Lerntechnik verändern, die bei AD(H)S das Aneignen von Wissen erleichtert.

4. Die Entwicklung fester Lernbahnen schafft die Voraussetzung für erfolgreiches Lernen und für angestrebte erforderliche Verhaltensänderungen. Sozial

angepasstes Verhalten kann erlernt werden, man muss nur die erwünschten neuen Verhaltensweisen immer wieder gedanklich durchspielen und ausprobieren, bis sie sich schließlich durch ständiges Wiederholen automatisieren und störendes Verhalten ersetzen.

5. Damit Lernen erfolgreich ist, ist bei ausgeprägter AD(H)S-Symptomatik mit Stirnhirnunterfunktion und Botenstoffmangel oft die Gabe von Stimulanzien erforderlich. Steht eine Verhaltensänderung im Vordergrund oder besteht eine ausgeprägte AD(H)S-Problematik mit Leidensdruck, sollte die Gabe von Medikamenten unbedingt auch an den Wochenenden und in den Ferien erfolgen. Denn vorhandene Lern- und Verhaltensdefizite werden durch eine kontinuierliche vielschichtige (multimodale) Therapie schneller und weniger beschwerlich beseitigt. So können auch Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz in kürzerer Zeit spürbar und das auf Dauer verbessert werden. Das bedeutet auch, dass die Therapie lange genug erfolgen muss, im Allgemeinen über mehrere Jahre, nicht selten über Jahrzehnte oder sogar lebenslang. Das sind ganz individuelle Entscheidungen, die vom Arzt in Absprache mit den Betroffenen in gemeinsamer Verantwortung zu treffen sind. Denn die Mitarbeit der Betroffenen, bei Kindern und Jugendlichen die Zusammenarbeit mit deren Eltern, ist eine weitere wichtige Grundlage jeder AD(H)S-Therapie.

#### **Konkrete Maßnahmen für erfolgreiches Lernen bei AD(H)S**

1. Eine Reizüberflutung des Gehirns vermeiden! Handy und Medien ausschalten, um sich konzentrieren zu können. Actionfilme überlasten das Arbeitgedächtnis, das gerade dort aufgenommene Gelernte wird rausgeworfen oder wegen „Überfüllung“ gar nicht erst aufgenommen. Ca. 30 Minuten braucht ein Gehirn, um nach solchen Filmen mit massiver Reizüberflutung wieder aufnahme- und damit lernbereit zu sein. Actionfilme entspannen nicht, sie stimulieren zwar das Gehirn, aber blockieren den Arbeitsspeicher.

2. Vorsätze formulieren, um immer wieder neue Ziele zu erreichen.

Täglich mit Vorsätzen arbeiten, mit deren Hilfe die sich selbst gestellten Ziele in kleinen Schritten versuchen zu erreichen und sie dann auch als Erfolge für sich registrieren und genießen. Unterstützen und ergänzen kann man das durch eine regelmäßige, möglichst schriftlich fixierte positive Abendreflexion, bei der man sich folgende Fragen stellen sollte: "Was habe ich heute alles erreicht und wie war ich mit mir zufrieden?" Das positive Wahrnehmen von Erfolgen verbessert Selbstvertrauen und Motivation. Bei Erfolgen sich loben, sie positiv für sich registrieren und nicht als Zufall abtun! Denn nur gespürte Erfolge in häufiger Wiederholung

verbessern das Selbstwertgefühl und das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit. Das muss sich jeder selbst erarbeiten.

3. Stress vermeiden, denn der blockiert das Arbeitsgedächtnis. Stress verändert die Wahrnehmung. Sie wird bei Stress auf Abwehr gerichtet, alles andere wird ausgeblendet. Dabei Gelerntes abrufen ist deutlich erschwert, manchmal sogar unmöglich, so dass es zum Blackout kommen kann. Dieser hinterlässt Angst vor Wiederholung, was wiederum Stress erzeugt und den schon vorhandenen noch zusätzlich verstärkt. Nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen wird unter Stress außer dem Stresshormon Adrenalin vermehrt Glutamat gebildet, ein Botenstoff, der die Konzentration und auf Dauer auch die Vernetzung der Nervenbahnen negativ beeinträchtigt.
4. Für regelmäßigen und ausreichenden Schlaf sorgen. Seinen individuellen Schlafrhythmus („Eule oder Lerche“) beachten, denn im Schlaf wird Gelerntes abgespeichert und das besonders in der ersten Tiefschlafphase. Wer ständig zu wenig schläft, kann sich nicht ausreichend konzentrieren. Da helfen auch keine Medikamente. Möglichst einen festen Tagesablauf einhalten mit fester Zu-Bett-Geh-Zeit und einem Einschlafritual.
5. Ausreichend essen und trinken, möglichst zu festgelegten Zeiten in Abstimmung mit der Medikamenteneinnahme. Methylphenidat und Amphetamine stimulieren das Gehirn, es arbeitet viel aktiver und verbraucht somit viel mehr Zucker. Dieser wird dem Blut entzogen, so dass der Blutzuckerspiegel sinkt, wenn keine Nahrungsaufnahme vorausging. Ist der Blutzuckerspiegel zu niedrig, kann es zur Unterzuckerung mit Schwächegefühl, Zittern in den Händen, Schwindel und Kopfschmerzen kommen. Deshalb sollten die Stimulanzien immer nach dem Essen eingenommen werden.
6. Die medikamentöse Therapie erfordert eine individuelle Dosierung.  
Medikamente allein reichen aber nicht, sie erleichtern und unterstützen sowohl den Abbau von Defiziten, als auch das Erreichen geplanter Ziele. Sie verbessert die Erfolgchancen und damit wesentlich die Motivation zum Weiterführen der Therapie. Dabei spielen Dosis und Wirkdauer der Medikamente eine entscheidende Rolle, die individuell sehr verschieden in ihrer Wirkung in Bezug auf ihre Stärke und Dauer sein können. Das betrifft sowohl die kurzwirksamen als auch die Retardpräparate. Deren Anwendung erfordert Erfahrung von Seiten des Arztes und Mitarbeit von Seiten der Betroffenen, bzw. deren Eltern. Auch der Umgang mit den Nebenwirkungen muss ausführlich besprochen werden, denn viele von ihnen lassen sich vermeiden, einige deutlich verringern. Das

größte Problem waren für mich immer die sehr mageren, stark hyperaktiven Jungen, die unter der Therapie so gut wie nichts aßen. Sie sind für jeden Therapeuten eine große Herausforderung. Diese schlechten Esser mit Stimulanzien zu behandeln ist trotz Einsatz eines breiten therapeutischen Spektrums nicht immer möglich. Denn auch für sie gilt: erst Essen, dann das Stimulans oder die Gabe von Strattera. Der Weg zum therapeutischen Erfolg ist immer sehr vielfältig und nicht weniger mühsam.

#### 7. Die Eltern als Coach.

Die AD(H)S-Therapie ist kein Selbstläufer, das bemerken aufmerksame Eltern recht bald. Je besser sie die AD(H)S-Problematik verstanden und gelernt haben, wie sie am erfolgreichsten damit umgehen können, umso mehr profitieren sie und ihre Kinder davon. Den Eltern obliegt die Rolle der häuslichen Hilfstherapeuten, die ihr Kind im Umgang mit seinem AD(H)S anleiten. Dazu brauchen sie Informationen und immer wieder aktuell und individuell ausgerichtete Anleitungen. Dieser wichtige Teil der Therapie wurde in seiner Notwendigkeit jetzt erkannt, aber die notwendige Anleitung der Eltern könnte manchmal noch besser sein. Die Eltern müssen weiterhin selbst aktiv werden und sich ständig über Vorträge, Bücher, Artikel im Internet oder in den Selbsthilfegruppen informieren. Leider gibt es noch immer auf dem Gebiet des AD(H)S so viele Fehlinformationen, Irrtümer und Spekulationen, die vielen, aber besonders den Eltern den Durchblick erschweren. Deshalb muss man immer wieder alles, was man über AD(H)S hört oder liest, hinterfragen und sich nicht so schnell verunsichern lassen.

#### 8. Selbstmanagement frühzeitig erlernen und lebenslang praktizieren.

Für alle chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen werden zur Behandlung aktive Mitarbeit, Kenntnisse über das Krankheitsgeschehen, Verständnis der therapeutischen Maßnahmen, Kenntnisse über Langzeitfolgen und deren Vermeidung von den Betroffenen erwartet. Für viele chronische Erkrankungen finden deshalb regelmäßige Schulungen der Patienten und ihrer Angehörigen statt. Diese Schulungen als Hilfe zur Selbsthilfe im Umgang mit ihrer krankheitsbedingten Problematik wurden inzwischen zum festen Bestandteil der Therapie einiger chronischer Erkrankungen und sie werden teilweise schon von den Krankenkassen finanziert. Ein gutes Selbstmanagement wurde zur tragenden Säule der Therapie chronischer Erkrankungen. Bei AD(H)S sind die Bereitschaft zum Selbstmanagement und die Möglichkeit, eine entsprechende Anleitung zu erhalten, noch in den Anfängen. Die Notwendigkeit wird zunehmend erkannt, aber noch sind die Möglichkeiten zur Weiterbildung begrenzt und von persönlicher Initiative abhängig. Da AD(H)S nicht ausheilt, aber sein Verlauf umso günstiger ist, je zeitiger eine professionelle Behandlung beginnt, wird die

Bedeutung der aktiven Mitarbeit, die über Jahre bis Jahrzehnte erforderlich ist, immer dringlicher. Bisher geben nur wenige Kliniken und Praxen dazu eine entsprechende Anleitung, die meisten Betroffenen bekommen sie von den Selbsthilfegruppen für AD(H)S. Sie leisten eine hervorragende Arbeit, ihre Tätigkeit ist aber auf Beratung begrenzt, was eine Behandlung aber nicht ersetzen kann.

### **Was könnte von Seiten des Schulsystems und der Lehrer getan werden, um den Kindern mit einer AD(H)S-Problematik die Schullaufbahn zu erleichtern?**

Damit für Kinder und Jugendliche mit AD(H)S die Schule nicht zur stressbesetzten Institution wird, kann viel getan werden, was nicht nur den Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S zu Gute kommt, sondern allen Schülern nützt, ohne die Lehrer wesentlich mehr zu belasten. Die Bedeutung der Lehrer und die Rolle der Schule im Umgang mit der AD(H)S-bedingten Problematik einiger ihrer Schüler wird immer mehr hervorgehoben. Ihre Zusammenarbeit mit den Eltern wird entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Richtlinien bei der Diagnostik und Therapie des AD(H)S im Interesse der Betroffenen sogar erwartet.

Aus meiner praktischen Erfahrung im Umgang mit den Betroffenen und deren Therapeuten möchte ich an dieser Stelle wiedergeben, was sich diese von der Schule und ihren Lehrern wünschen:

Wünschenswerte AD(H)S-Hilfen von Seiten der Pädagogik:

- Information der Lehrer über AD(H)S mit und ohne Hyperaktivität und seine neurobiologischen Ursachen
- Favorisierung des Frontalunterrichts und der Autorität des Lehrers, damit Ruhe im Klassenraum herrscht
- Gute Schulbücher: in der ersten und zweiten Klasse möglichst nur ein Lehrbuch für das Fach Deutsch. Zuviel angebotenes Lernmaterial irritiert
- Weniger Lernstoff anbieten, der sollte aber sicher beherrscht werden
- Täglich Hausaufgaben aufgeben und die auch kontrollieren
- Die Notwendigkeit von Nachhilfeunterricht reduzieren
- Erprobte und wissenschaftlich fundierte Lehrkonzepte, weniger methodische Experimente
- Eine feste Sitzordnung, viel Augenkontakt und Ermunterung der Schüler zur Mitarbeit
- Von Anfang an richtiges Schreiben vermitteln, nicht erst die Kinder so schreiben lassen, wie sie es hören
- Den Klassenraum nicht mit zu viel Material überladen, das lenkt ab
- Vor Unterrichtsbeginn für Ruhe sorgen

Wünsche an den AD(H)S-freundlichen Lehrer:

- Konsequente Grundhaltung und Achten auf Ruhe im Unterricht
- Strukturierten, lebhaften und interessanten Unterricht
- Hausaufgaben, sowohl mündliche als auch schriftliche in das Hausaufgaben- oder Arbeitsheft eintragen lassen und am nächsten Tag auch kontrollieren
- Mehr mündliches Arbeiten, Lernstoff als Hausaufgabe laut und deutlich ansagen
- Viel schreiben blockiert die Motivation
- Nacherzählen üben, Lerninhalte müssen sich abspeichern und abrufbar sein
- Treffen von individuellen Vereinbarungen zur Verhaltenssteuerung
- Wichtigen Stoff öfter wiederholen
- Viel loben, auch schon das Bemühen
- Ausgrenzungen von Seiten der Schüler von Anfang an nicht dulden
- Einsetzen von Strukturhilfen, mit Problemschülern unter vier Augen sprechen und mit ihnen gemeinsam nach Lösungen suchen
- Schulische Probleme zuerst mit dem Kind besprechen und dann erst mit seinen Eltern

Das alles würde den Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S helfen, damit sie über ihre vorhandenen Fähigkeiten zunehmend mehr, sicherer und schneller verfügen könnten. Ihre Fähigkeiten sollten nicht ungenutzt verkümmern. Denn Menschen mit AD(H)S können durch ihre unerschöpfbare Kreativität ganz besondere Leistung vollbringen, wenn man ihnen den Weg dazu aufzeigt. Dabei ist das Erlernen der Selbsthilfe und deren dauerhaftes erfolgreiches Praktizieren ein entscheidender Faktor, ob man von seinem AD(H)S profitiert oder es als Krankheit erlebt.

Je intensiver man sich mit dem AD(H)S beschäftigt, umso mehr ist man fasziniert von der Vielfalt seines Erscheinungsbildes, den interessanten Lebensläufen der Betroffenen, den Ergebnissen einer erfolgreichen Therapie und jenen Fähigkeiten, über die Menschen mit AD(H)S verfügen.

Die für sie notwendigen und wichtigen therapeutischen Möglichkeiten zur Verbesserung von Leistung und Verhalten wollte ich mit diesem Artikel aufzeigen. Ich wollte mit diesem kurzen Überblick den Betroffenen und allen an AD(H)S-Interessierten Zusammenhänge von Ursache und Wirkung näher bringen und verständlich machen, wie man durch eigene Mitarbeit die Therapie erfolgreicher gestalten kann. Ausführlicher behandle ich diese Thematik in meinem 6. Buch: „Erfolgreich mit AD(H)S - für Schüler, Jugendliche und Erwachsene – Lernstrategien zur Verbesserung von Leistung und Verhalten“, das im Frühjahr 2014 im Kohlhammer Verlag erscheinen wird.

■ Dr. Helga Simchen

# Glutensensivität und mögliche ADHS-Symptome

Seit Jahrzehnten wird darüber diskutiert, ob und in welchem Maße Nahrungsmittel und/oder Zusatzstoffe zu einer AD(H)S-Symptomatik führen können.

Mit den zu Beginn der 90er Jahre vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Studien zur „Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen“ (Prof. Schmidt et al und Prof. Egger et al) konnte nachgewiesen werden, dass eine Ernährungsumstellung bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil von Kindern und Jugendlichen eine wirksame ergänzende Behandlungsmethode darstellt, für einige wenige sogar ein Ersatz zur medikamentösen Therapie. Die Studien haben zudem ergeben, dass ca. 70 % der Probanden mit nahrungsmittelinduziertem AD(H)S an rezidivierenden Bauchschmerzen und/oder Blähungen und/oder Durchfällen litten.

Eine in den Niederlanden durchgeführte und in 2011 veröffentlichte Studie bestätigte die seinerzeitigen Ergebnisse: Pelsser LM, Frankena K, Toorman J, et al. Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 377: 494-503.

Im Internet nachzulesen unter:

<http://www.adhdenvoeding.nl/cms/wp-content/uploads/2011/02/Pelsser-The-Lancet-2011-Publication-INCA-study.pdf>  
*Food as a trigger for ADHD symptoms: time for a paradigm shift?*  
Lidy MJ Pelsser PhD, Centre, Eindhoven, the Netherlands

Im Internet nachzulesen unter:

<http://www.adhdenvoeding.nl/cms/wp-content/uploads/2012/12/ADHD-in-Practice-download-24.pdf>

Die nach Prof. Egger modifizierte oligoantigene Diät ist u. a. glutenfrei und so konnte im Rahmen der Wiedereinführungsphase bei ca. der Hälfte der Probanden eine Unverträglichkeit von Weizen nachgewiesen werden. Das Vorliegen von Zöliakie wie auch der IGE-vermittelten Weizenallergie wurde in den Studien ausgeschlossen, womit die der Weizenunverträglichkeit zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen ungeklärt blieben.

Jetzt beschäftigt sich die Wissenschaft zunehmend mit einer Form der Getreideunverträglichkeit, der Glutensensivität, aber auch hierzu steckt die Forschung noch immer in den Kinderschuhen:

## **Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification**

Anna Sapone, Julio C Bai, Carolina Ciacci, Jernej Dolinsek, Peter HR Green, Marios Hadjivassiliou, Katri Kaukinen, Kamran Rostami, David S Sanders, Michael Schumann, Reiner Ullrich, Danilo Villalta, Umberto Volta, Carlo Catassi, and Alessio Fasano

Das durch die Expertengruppe erstellte Konsensuspapier ist im Internet nachzulesen unter:

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-10-13.pdf>

Hiernach weist die Glutensensivität eine ähnliche Symptomatik auf, wie die Zöliakie, jedoch mit einer Prävalenz extraintestinaler Symptome (außerhalb des Darmtraktes auftretender Symptome), wie Verhaltensänderungen, Knochen- oder Gelenkschmerzen, Muskelkrämpfen, Taubheitsgefühlen im Bein, Gewichtsverlust, chronischer Müdigkeit, „foggy mind“ (umnebelt sein) und Kopfschmerzen.

So beschreibt das „Center for Celiac Research & Treatment“ in Boston, USA auf seiner Homepage, dessen Direktor, Dr. Alessio Fasano ein weltweit führender Forscher auf diesem Gebiet ist, dass die bei einer Glutensensivität auftretenden Verhaltensänderungen u. a. ADHS-Symptome beinhalten können und geht davon aus, dass ca. 6 % der Bevölkerung von einer Glutensensivität betroffen ist.

Im Internet nachzulesen unter:

<http://www.massgeneral.org/children/services/ceciac-disease/gluten-sensitivity-faq.aspx>  
<http://www.massgeneral.org/children/services/treatment-programs.aspx?id=1723>

sowie

**A preliminary investigation of ADHD symptoms in persons with celiac disease.** Niederhofer H, Pittschieler K, J Atten Disord. 2006 Nov; 10(2):200-4.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17085630>

**Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and celiac disease: a brief report.** Niederhofer H, Prim Care Companion CNS Disord 2011; 13(3). pii: PCC. 10br01104. doi: 10.4088/PCC.10br01104.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184556/>

**Neurologic and Psychiatric Manifestations of Celiac Disease and Gluten Sensitivity,** Jackson JR, Eaton WW,

Cascella NG, Fasano A, Kelly DL, *Psychiatr. Q.* 2012 Mar;83(1):91-102. doi: 10.1007/s11126-011-9186-y.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641836/>

Bei der Glutensensitivität handelt sich weder um eine Autoimmun- noch um eine allergische Reaktion, die pathogenetischen Ursachen sind noch nicht vollständig geklärt, womöglich handelt es sich um eine angeborene Immunität gegen glutenassoziierte Substanzen, die Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATI). Die höchste ATI-Aktivität ist in glutenhaltigen Getreiden zu finden (Bindung an Omega-Gliadine). ATIs sind Enzymhemmer des Getreides zur Schädlingskontrolle, deren Anteil sich durch die moderne Züchtung auf hohen Ertrag und Schädlingsresistenz im Getreide erheblich erhöht hat, so enthält der heutige Weizen z. B. doppelt so viel an ATIs wie das Urgetreide Dinkel. Nicht glutenhaltige Getreide enthalten auch ATIs, aber nicht mit immunstimulatorischer Aktivität von Relevanz.

Gem. Prof. Dr. Dr. Detlef Schuppan, Leiter der Zöliakie-Ambulanz, Universitätsklinik Mainz, der u. a. über ATIs forscht, werden ATIs zudem als wesentliche Promoter entzündlicher Prozesse vermutet. Für geplante Studien im Zusammenhang mit ATIs und Autoimmunerkrankungen wird davon ausgegangen, dass nicht unbedingt gastrointestinale Symptome vorliegen müssen:  
<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=49689>

Im nachfolgenden Link ist ein Video von Prof. Schuppan zur nicht-Zöliakie-Glutensensitivität (ab ca. 47. Minute) zu finden:  
[http://www.ganzimmun.de/seiten/videos.php?video\\_type\\_id=10&video\\_id=2854](http://www.ganzimmun.de/seiten/videos.php?video_type_id=10&video_id=2854)

Ausführungen zur Differenzialdiagnostik der Zöliakie in „Diagnostik und Therapie der Zöliakie“ Detlef Schuppan, KlausPeter Zimmer, *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 49, 06.12.2013:  
<http://www.aerzteblatt.de/pdf/110/49/m835.pdf>

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Forscher in einer neuen Autismus-Studie keinen Zusammenhang zwischen Autismus und Zöliakie fanden, allerdings bestätigte die Studie auch eine starke Assoziation zwischen Autismus und dem Vorhandensein von Antikörpern gegen Gluten, einer signifikanten Immunreaktion gegen das Protein, welches am häufigsten in Weizen zu finden ist.

Im Internet abrufbar unter:

<http://www.autismspeaks.org/science/science-news/autism-study-finds-no-link-celiac-disease-gluten-reactivity-real>

**Rezidivierende Magen-Darm-Symptome, wie Bauchschmerzen, Krämpfe, Blähungen, Durchfälle und Verstopfung, welche im Rahmen eines AD(H)S auftreten, sollten daher differentialdiagnostisch durch einen Gastroenterologen (im Kindes- und Jugendalter durch einen kinder- und jugendärztlich tätigen Gastroenterologen) abgeklärt werden.**

Im Übrigen sind dringend weitere Studien notwendig, um vorgenannte mögliche Zusammenhänge mit AD(H)S zu überprüfen, so wie es bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten mit den Studien zur Wirksamkeit einer oligoantigenen Diät bei Kindern mit expansiven Verhaltensstörungen gefordert wurde.

Haben Sie in Ihrer Familie mit AD(H)S auch Angehörige mit Autoimmunerkrankungen oder selbst schon Erfahrungen mit Glutensensitivität im Zusammenhang mit AD(H)S gemacht, so teilen Sie uns bitte mit, um welche Autoimmunerkrankungen es sich handelt oder wie sich die gluten-(ATI-) freie oder auch -reduzierte (z. B. enthält Dinkel nur etwa halb so viel Amylase Trypsin Inhibitoren wie der Weizen) Diät auf die AD(H)S-Symptome ausgewirkt hat.

Bitte richten Sie dies an die Bundesgeschäftsstelle: ADHS Deutschland e. V., Redaktion *neue AKZENTE*, Poschingerstr. 16, 12157 Berlin, [akzente@adhs-deutschland.de](mailto:akzente@adhs-deutschland.de)

■ Renate Meyer

„Ein Kind ist normalerweise durch gestörte Verhältnisse stöbar und wird dadurch in seinem Verhalten in störender Weise gestört („verhaltensgestört“), Verhaltensgestörtheit ist somit Ausdruck von Normalität. Ein Kind, das durch gestörte Verhältnisse in seinem Verhalten nicht (mehr) gestört wird, erscheint abnormal, Verhaltenskonformität ist somit Ausdruck von Normopathie. In störender Gestörtheit zum Ausdruck gelangende Stöbarkeit ist ein positives Zeichen von Wandelbarkeit“

Emil Kobi über Verhaltensstörung

# Sie fragen – Experten antworten

## ADHS und Fettsäuren

### Frage:

Ich habe in einem Zeitungsartikel gelesen, dass Lipamin PS die Freisetzung von Nervenbotenstoffen unterstützen und somit bei ADHS helfen soll. Wie ist Ihre Einschätzung?

### Antwort:

**Phosphatidylserin** (auch: Phosphatidyl-Serin, engl. Phosphatidylserine, kurz PS) ist ein natürlich vorkommendes Phospholipid, das eine wichtige Rolle in den Zellmembranen und in kognitiven Prozessen spielt. Es kommt in besonders hohen Konzentrationen im Gehirn vor. Es sind Bestandteile der Zellmembranen bei Bakterien und höheren Organismen und setzen sich wie alle Phospholipide aus einem hydrophilen Kopf und zwei hydrophoben Kohlenwasserstoffresten zusammen.

Insgesamt gehört die Substanz zu den Fettsäuren.

Langkettige, ungesättigte Fettsäuren (kurz: Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren - LCPUFA) haben Bedeutung für eine normale Hirnstruktur und -funktion. Omega-3-Fettsäuren (EPA = Eicosapentaensäure, DHA = Docosahexaensäure, als Vorstufe: ALA = Alpha-Linolensäure), haben anti-entzündliche Eigenschaften und können die Durchlässigkeit von Zellmembranen im ZNS und die Zusammensetzung von Phospholipiden verändern und damit die Transmission von Serotonin und Dopamin – speziell im Frontalhirn. In mehreren Arbeiten wurden bei ADHS-Patienten gegenüber Gesunden geringere Mengen von Omega-3-FS und Omega-6-FS im Plasma und den Erythrocytenmembranen gefunden. Unsere Nahrung enthält deutlich mehr Omega-6-FS als Omega-3-FS. In mehreren Arbeiten wird eine positive Wirkung der Supplementation von LCPUFA auf ADHS (und andere psychiatrische Krankheiten) beschrieben. Trotz vielfältiger hypothetischer Wirkmöglichkeiten ist bislang nicht geklärt, wie LCPUFA auf ADHS-Symptome wirken könnten. Auch über die „optimale“ Zusammensetzung eines LCPUFA-Gemisches zur Behandlung wird diskutiert.

Eine Metaanalyse von Bloch und Qawasmi [1] fasst in einem systematischen Review die vorliegenden Arbeiten zur Wirksamkeit der Therapie mit Omega-3 FS bei ADHS zusammen. Aus 22 Arbeiten konnten schließlich 10 Studien [2-11], die den Anforderungen – randomisiert, placebo-kontrolliert – genügten, mit insgesamt 699 Patienten eingeschlossen werden, bei denen ADHS oder ADHS-Symptome vorlagen. Aber auch diese Arbeiten waren von schwacher Qualität hinsichtlich Randomisierung und Verblindung. Nur zwei Studien zeigten einen signifikanten Benefit von Omega-3-FS-Supplementation, sechs keinen Benefit, zwei einen Benefit nur auf einigen der ADHS-Skalen.

Die zur Behandlung eingesetzten LCPUFA-Zusammensetzungen und Dosierungen waren unterschiedlich. In dieser Übersichtsarbeit wurde nur die Supplementation mit Omega-3-FS bewertet. Die Dauer der Supplementation (zwischen vier Wochen und vier Monaten) hatte keinen Einfluss auf die Wirksamkeit.

**Insgesamt zeigte sich eine kleine, aber signifikante Verbesserung der ADHS-Symptomatik.** Die besten Ergebnisse bezüglich einer Besserung der bei ADHS vorkommenden Symptome fanden sich bei der Behandlung mit höherem Anteil von EPA. Es bleibt dabei unklar, wieso EPA ADHS-Symptome verringert, DHA nicht.

Das Ausmaß des Behandlungseffekts – „effect size“ – von Omega-3-FS betrug 0,31.

Dieser Benefit ist gering gegenüber der Wirksamkeit einer Pharmakotherapie (MPH: ES ca 1,0, ATX: ES ca 0,7, Guanfacin ca 0,6 u.a.).

Für **Phosphatidylserin** findet sich in der Arbeit von Hirayama et al [13] ebenfalls eine kleine nicht signifikante Verbesserung der ADHS-Symptomatik. Eine Kontrolle oder Überprüfung der Studie hat nicht stattgefunden.

Insgesamt lässt sich aus den vorliegenden Studien zur Behandlung von ADHS mit LCPUFA keine Behandlungsempfehlung ableiten. An dieser Einschätzung hat sich seit 2006, als schon einmal in der pädiatrischen Praxis zur Therapie mit Fettsäuren bei ADHS Stellung genommen wurde [12], nichts geändert, trotz einiger neuer Studien und der statistisch ausgeklügelten Metaanalyse.

Auch die Autoren der Metaanalyse schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass die Gabe von LCPUFA an Stelle der üblichen pharmakologischen Behandlung der ADHS nicht zu empfehlen ist. **Allerdings meinen sie, dass eine Supplementation mit Omega-3-FS in Anbetracht des günstigen Nebenwirkungsprofils und bei Evidenz für eine mäßige Wirksamkeit eingesetzt werden kann zur Steigerung der Wirkung der Pharmakotherapie oder bei Familien, die eine Pharmakotherapie ablehnen.**

Es dürfte schwierig sein, zu einer sichereren Aussage zur Therapierrelevanz von LCPUFA zu gelangen. Bloch und Qawasmi haben ausgerechnet, dass dazu Studien mit wenigstens 330 ADHS-Patienten nötig wären.

■ Dr. Klaus Skrodzki, Kinder- und Jugendarzt,  
Gleiwitzerstr. 15, 91301 Forchheim

**Literatur [Angaben zu 2-11 abgeleitet aus Figure 2 der Arbeit von Bloch]**

1. Bloch M, Qawasmi A: Omega-3 Fatty Acid Supplementantation for the Treatment of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptomatology: Systematic Review and Meta-analysis. *JAACAP* Vol 50 2011:10: 991-1000
2. Voigt RG, Llorente AM, Jensen CL, Fraley JK, Berretta MC, Heird WC. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of docosahexaenoic acid supplementation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr.* 2001;139:189-196.
3. Richardson AJ, Puri BK. A randomized double-blind, placebocontrolledstudy of the effects of supplementation with highly unsaturated fatty acids on ADHD-related symptoms in children with specific learning difficulties. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2002;26:233-239.
4. Stevens L, Zhang W, Peck L et al. EFA supplementation in children with inattention, hyperactivity, and other disruptive behaviors. *Lipids.* 2003;38:1007-1021.
5. Richardson AJ, Montgomery P. The Oxford-Durham study: a randomized, controlled trial of dietary supplementation with fatty acids in children with developmental coordination disorder. *Pediatrics.* 2005;115:1360-1366.
6. Sinn N, Bryan J. Effect of supplementation with polyunsaturated fatty acids and micronutrients on learning and behavior problems associated with child ADHD. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28:82-91.
7. Vaisman N, Kaysar N, Zaruk-Adasha Y et al. Correlation between changes in blood fatty acid composition and visual sustained attention performance in children with inattention: effect of dietary n-3 fatty acids containing phospholipids. *Am J Clin Nutr.* 2008;87:1170-1180.
8. Johnson M, Ostlund S, Fransson G, Kadesjo B, Gillberg C. Omega-3/omega-6 fatty acids for attention deficit hyperactivity disorder: a randomized placebo-controlled trial in children and adolescents. *J Atten Disord.* 2009;12:394-401.
9. Raz R, Carasso RL, Yehuda S. The influence of short-chain essential fatty acids on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a double-blind placebo-controlled study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19:167-177.
10. Gustafsson PA, Birberg-Thornberg U, Duchon K et al. EPA supplementation improves teacher-rated behaviour and oppositional symptoms in children with ADHD. *Acta Paediatr.* 2010;99: 1540-1549.
11. Belanger SA, Vanasse M, Spahis S et al. Omega-3 fatty acid treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Paediatr Child Health.* 2009;14:89-98.
12. Grosse K-P: Therapie mit Fettsäuren bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung? *pädiat. prax.* 68, 264-269 (2006)
13. Hirayama S1, Terasawa K, Rabeler R, Hirayama T, Inoue T, Tatsumi Y, Purpura M, Jäger RJ.: The effect of phosphatidylserine administration on memory and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Hum Nutr Diet.* 2013 Mar 17. doi: 10.1111/jhn.12090

# Nachrichten aus einer absurden Parallelwelt

## Journalisten und ADHS

Es gibt viele goldene Regeln im Journalismus, aber die goldigste unter ihnen lautet: Wer nichts zu sagen hat, spricht über den Papst oder über ADHS. Und zwar kritisch und ohne Sinn und Verstand; diese Bedingungen sind Voraussetzung. Nihilisten werden mit einem Mal zu Kennern der Kurie und Volontäre zu Fachleuten für Ritalin. Was dabei herauskommt ist ein reißerisches Brainstorming jenseits jeglicher Sorgfalt oder Recherche. Es gilt, sich noch weit unterhalb des Wissenstandes der breiten Bevölkerung zu bewegen.

Ein Beispiel: In einem renommierten deutschsprachigen Magazin verbreitet sich unter der Rubrik „Medizin“ eine zur Mutter gewordene Journalistin über ihre Erziehungserfahrung, die sie auf den Weg des ADHS brachte; eine Sackgasse versteht sich. Larmoyant beschreibt sie sich in der Opferrolle der ratlosen Mutter eines irgendwie auffälligen Kindes. Sie gerät, beunruhigt von überspannten Erzieherinnen, in die Hände eines Pädiaters, der ihrem Sprössling – husch, husch – das Ruhigstellungsmittel Ritalin verschreibt. Aber die Sache geht in die Buxe, dem Knirps geht's schlecht, sie hatte es schon geahnt. Irgendwann hat Mutter Courage die Faxen dicke und beschließt eigenmächtig, das Präparat des Teufels abzusetzen. Jetzt ist er nervös, der Bub, aber glücklich. Fazit dieses medizinischen Beitrages: Mütter aller Welt, glaubt den Koryphäen nicht, liebt eure Kinder! Denn die Liebe ist größer als alle Wissenschaft. Sie ist es

durchaus. Aber selbst das lebhafteste Muttergefühl ersetzt die Wissenschaft nicht. Oder die Recherche.

Freilich kann man es auch damit übertreiben: So verordnete sich ein beherzter Medienmensch selbst Methylphenidat, um mal zu schauen, was die Droge mit ihm treibt. Das ist wie Hundekuchen-Testessen oder eine Do-it-Yourself-OP. Und, liebe Leser, das war ernstgemeint, kein bizarrer Aprilscherz. Ein – zumindest in körperlicher Hinsicht – gesunder Mensch, verabreicht sich selbst ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Das sind Nachrichten aus einer absurden Parallelwelt. Gefährlicher Blödsinn im Namen von Quote und Auflage. Aber es klappt, das ist das Erschütternde.

Lieber Leser, seien Sie also klug und lesen Sie nicht, wenn mal wieder die Redaktionen von Zeitungen, Magazinen und Sendern das Thema ADHS aus der untersten Schublade hervorkramen. Den Schmerz dieses Unfugs können Sie sich ersparen. Wenn Sie stattdessen etwas Gutes tun wollen, gehen sie in die nächste katholische Kirche, entzünden eine Kerze und sprechen Sie eine Fürbitte für den deutschen Journalismus. In diesem Fall hilft nämlich wirklich nur noch beten.

■ Uwe Metz

## App art

### Hiermit oute ich mich: „Ich liebe Schuhe!“

In meinen stärksten Zeiten (ich war Single und frei wie ein Vogel) nannte ich über 40 Paar Schuhe mein eigen.

Ein Vierteljahrhundert ist vergangen und heute im gesetzten Alter und Haushaltsvorstand hat diese Liebe einen anderen Stellenwert bekommen.

Das Geld für die Schuhe sitzt in einem Familienhaushalt, nicht mehr so locker und wenn jemand neue Schuhe bekommt, dann sind es die Kinder. Ihre Füße wachsen oftmals zu Zeiten, an denen die Haushaltskasse besonders angespannt ist.

Der Umgang mit Geld ist mir (auch wegen der Schuhe) nie leicht gefallen, aber dank Smartphone ist es für mich heute leichter, mehr Überblick über die Finanzen zu behalten.

### VSB Haushaltsplaner

Mit Hilfe eines Freundes (er ist Prof. für Cyber- und Infor-

mationssicherheit) habe ich eine App gesucht, die mit meinen Daten, soweit ersichtlich, vertrauenswürdig umgeht. Es gibt inzwischen sehr viele Apps im Bereich der Haushaltsplanung, aber bei vielen ist die Sicherheit der Daten nicht immer gewährleistet. Es gilt: „Holzauge, sei wachsam!“

### Wozu dient die App und wie funktioniert sie?

Der VSB Haushaltsplaner ist eine sehr einfach zu führende Haushaltskasse. Für Kids gibt es auch einen Taschengeldplaner.

Die Eingabe der einzelnen Buchungen ist innerhalb weniger Sekunden erledigt und kommt somit einem Finanzchaoten wie mir sehr entgegen. Raus aus dem Laden ... rein in die App. Es gibt ein PC-Programm mit gleichem Namen und die Synchronisation ging bis jetzt immer reibungslos. Da die App keine Daten ins Internet überträgt, ist sie vergleichsweise sicher.

Wenn man die Buchung doch mal verschwitzt, dann kann diese jederzeit nachgeholt werden. Diese Funktion war mir schon oft von Nutzen, denn ich verwalte über die App mein Girokonto und da werden eben Sachen abgebucht und nicht immer bekomme ich das mit.

Die gesammelten Buchungen können ausgewertet werden und geben einen erstaunlichen Einblick in das Ausgabeverhalten. Von manchen der Kategorien hätte ich nicht gedacht, dass sie einen solchen Umfang haben.

Wer mehr als ein Konto mit der App überwachen will, hat im Moment leider noch nicht die Möglichkeit dazu. Für mich ist das nicht so sehr wichtig, denn es geht für mich einfach nur um die Überwachung meines Ausgabeverhaltens und dazu ist sie wie geschaffen. Ein Konto und fertig!

#### **Was mir gefällt:**

Die App ist einfach und klar zu handhaben und reicht für meine Bedürfnisse vollkommen.

#### **Was mir nicht gefällt:**

Leider kann man den Haushaltplaner nicht über einen Code schützen.

#### **Hier noch ein Tipp von meinem Freund:**

Sichern Sie ihr Smartphone mit einem Password, denn ohne dieses ist der sofortige Zugriff auf Ihr „Leben“ mit allen Daten möglich!

#### **Darüber habe ich geschmunzelt:**

Das interessanteste Aha-Erlebnis hatte ich im Bezug auf Bücher (ich hätte hier mit Schuhen gerechnet) und werde jetzt wohl wieder öfter in die Bücherei gehen.

#### **Und für AD(H)Sler:**

Die leichte Handhabung setzt die Hemmschwelle recht niedrig an und schon nach kurzer Zeit findet man sich sehr gut im Programm zurecht. Das macht die dauernde Führung des Haushaltsbuches wahrscheinlicher und somit das Ziel, den Überblick über seine Finanzen zu haben. Da Gadgets mehr Spaß machen und Schreibchaoten nur ein paar Klicks zur Eingabe brauchen, könnte es sein, dass es in Zukunft ein bisschen übersichtlicher in ihren Finanzen zugeht.

Da ist dann das eine oder andere Paar Schuhe doch im Budget drin ;-) ... oder soll ich mir vielleicht doch ein Buch kaufen?

■ Patricia Ödell

## So wie ich bin

Guten Tag,

heute schicke ich Ihnen etwas, das ich immer in meiner Tasche mit mir herumtrage. Ich habe es als Postkarte mal auf einem Ständer entdeckt.

Es hat mich an meinen Sohn erinnert, der erst mit 26 Jahren diagnostiziert wurde und bis dahin einen endlosen Leidensweg hinter sich bringen musste.

Nachweislich hat er ADS seit Geburt und somit wurden wertvolle Jahre vertan bis endlich jemand die Ursache gefunden hat.

Heute geht es ihm dank „Concerta“ sehr gut, aber alle relevanten Symptome kommen gelegentlich doch durch und wenn es dann anstrengend für mich wird, lese ich immer wieder diese Karte.

Ich habe sie mehrfach kopiert und hoffe, Sie können den Spruch vielleicht im nächsten Heft abdrucken.

Viele Grüße  
Eine Mutter

#### SO WIE ICH BIN

ICH TRÄUME DAVON, DASS JEMAND MICH ANNÄHME  
EINFACH SO WIE ICH BIN,  
MIT MEINEN UNGEREIMTEN WÜNSCHEN,  
UNFERTIGEM CHARAKTER  
UND ALTEN ÄNGSTEN.  
ICH TRÄUME DAVON, DASS JEMAND MICH GELTEN LÄSST  
OHNE MICH ZU ERZIEHEN,  
MIT MIR ÜBEREINSTIMMT,  
OHNE SICH ANZUSTRENGEN.  
ICH TRÄUME DAVON,  
DASS ICH MICH NICHT VERTEIDIGEN MUSS,  
NICHT ERKLÄREN UND KÄMPFEN MUSS,  
DASS EINER MICH LIEBT.

Otti Pfeiffer

# Von der Notwendigkeit, chaotisch zu sein

Als Betroffene von ADHS empfinden wir unser Unvermögen, die Dinge in Reihenfolgen zu bringen, als Belastung. Stattdessen stürzen wir nach kürzester Zeit in Diffusion. Sämtliche Eindrücke strömen gleichzeitig und unmittelbar auf uns ein wie eine Phalanx der Reize, der wir nicht Herr werden. Uns droht beständig ein Chaos. Einfache, scheinbar selbstverständliche Abläufe anzugehen misslingen uns, was bei anderen Unverständnis und Ärger auslöst, unglücklicherweise auch bei uns selbst. Und wie könnten wir uns verständlich machen, wenn uns selbst kaum klar ist, was in uns vorgeht? Selbst wenn wir die neurobiologische Verdrahtung des ADHS-Gehirns kennen, hilft diese Erklärung nur eingeschränkt oder gar nicht in einer schwierigen Situation in der Schule, zu Hause oder am Arbeitsplatz. Am Ende Ratlosigkeit, der Rest ist Schweigen.



„Chaotische Notizen“

Ist das tatsächlich so? Lassen Sie mich einen anderen Blick auf das ADHS werfen und zwar vom Standpunkt der Kreativität aus. Als Schriftsteller bin ich – zumindest zeitweise – auf jene Einflüsse angewiesen, die im Alltagsleben solche Schwierigkeiten bereiten, jenes „kreative Chaos“, von dem Walter Beerwerth in seinem gleichnamigen Buch spricht.<sup>1</sup> Grundlage meiner Gedanken aber ist ein Zitat, das aus dem ADHS-Standardwerk Edgar Hallowells und John Rateys, „Zwanghaft zerstreut“ stammt: „Um schöpferische Leistungen vollbringen zu können, muß man sich eine Weile mit der Unordnung häuslich einrichten können. Man muß in der Lage sein, mit dem Unvertrauten zu leben.“<sup>2</sup>

Dies Sich-häuslich-in-der-Unordnung-Einrichten ist in der Tat ein wesentlicher Bestandteil beim Entstehen einer Geschichte. Denn eine Geschichte zu entwickeln, ist wie jeder kreative Prozess zunächst etwas Unvertrautes. Um sie sich vertraut zu machen, muss ich mich auf die fließenden Gedanken, Worte und Bilder einlassen, die die Geschichte, zunächst ungefügt und ungeordnet, hervorbringt. In meiner Tätigkeit als Schriftsteller schlägt sich dies dergestalt nieder, dass ich den ersten Entwurf zu einem Buch grundsätzlich handschriftlich verfasse. Dabei achte

ich weder auf leserliche Schrift, noch fülle ich nacheinander Seite um Seite, sondern schreibe Einfälle und Ideen auf Zettel. Ich gehe bewusst konzeptionslos vor, um herauszufinden, wie sich eine Geschichte entwickelt. Würde ich dies nicht tun, versuchte ich zu früh regelnd Einfluss auf sie zu nehmen, verlöre sie ihre innere Dynamik und damit ihren Reiz. Denn eine Geschichte erzählt sich selbst. Ich folge ihr, aufmerksam Ausschau haltend nach Details, Wendungen oder Formulierungen. Bei diesem Ausschauhalten greife ich auf eben jene Reizoffenheit zurück, die im Alltag so häufig Probleme bereitet. Was mich sonst behindert, hier ist es erwünscht. Entsprechend sehen meine Manuskripte aus: Fahrige Schrift, Worte und Sätze durchstrichen und mit kaum leserlichen Umformulierungen versehen. Glossen und Randbemerkungen presse ich an den Rand der Seite. Von Rechtschreibfehlern ganz zu schweigen. Beim Lesen meiner Notizen stelle ich häufig fest, dass ich Worte ausgelassen habe, weil die Gedanken schneller kamen als ich sie niederschreiben konnte. Gelegentlich wiederhole ich auch unwissentlich Passagen, weil ich vergaß, dass ich sie bereits niedergeschrieben hatte. So entstehen unwillkürlich Textvariationen. Der Grundgedanke beim ersten Entwurf ist, nicht lesbar, stilistisch und orthographisch korrekt zu schreiben, sondern den Eindrücken und Ideen größtmöglichen Raum zu gewähren. Ich nehme die Perspektive des Beobachtenden und Lauschenden ein, der den Spuren seiner Geschichte folgt. Mein ADHS-Sein hilft mir nicht nur dabei, sondern bedingt dieses Vorgehen ganz offenbar: Es bestätigt sich die These Thom Hartmanns, dass Menschen mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten in der Lage sind ... trotz (oder vielleicht gerade deswegen) ihrer Unfähigkeit, normale Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, ... große Mengen von relativ verstreuten Informationen zu verarbeiten und anzuwenden.<sup>3</sup>

Ähnlich sehen es auch Hallowell und Ratey: „Die Neigung, durcheinanderzugeraten oder Dinge durcheinanderzubringen – so häufig als das Hauptmanko des ADD-Gehirns angesehen – steigert unter Umständen die Kreativität in höchst vorteilhafter Weise.“<sup>4</sup>

Mein Arbeitsplatz spiegelt dieses kreative Durcheinander recht deutlich: Papier, Stift, Bücher, Laptop, Teller mit belegten Broten, noch mehr Bücher, Teetasse(n), Orangenschalen häufen sich auf meinem Schreibtisch. Dazwischen ich, auf der Pirsch nach Ideen, Charakteren und Dialogen. Eine Eigenart von mir ist übrigens, dass ich mich während des Schreibens immer wieder bewegen und etwas mit den Händen tun muss. Ich lasse diesen Bewegungsimpulsen ebenfalls freien Lauf. Sie erweisen sich recht nützlich, nicht nur, was den Schreibfluss betrifft. So unterbreche ich meine kreative Tätigkeit, um Blumen zu gießen, das Geschirr zu

spülen oder eine Fensterbank abzuwischen. Während ich Fenster putzte entstand beispielsweise der nicht geringe Teil eines Buchkapitels. Hausarbeit nimmt unter diesen Bedingungen recht poetische Züge an.



„Chaotischer Schreibtisch“

Für mich ist, wie man sehen kann, jenes zeitweilige Sich-häuslich-in-der-Unordnung-Einrichten eine Notwendigkeit, ohne die ich nicht schreiben könnte. Wobei der Akzent auf „zeitweilig“ liegt. Die Einfälle und Ideen für eine Geschichte zu sichten, zu strukturieren, aneinanderzufügen, fallenzulassen und voranzutreiben, gehört ebenfalls zur kreativen Arbeit. Ohne diesen zweiten Schritt blieben großartige, aber eben nur begonnene, nie fertig gestellte Geschichten übrig.<sup>5</sup>

Es hat lange gebraucht, bis ich diesen wichtigen zweiten Schritt gelernt habe und ich erinnere mich, dass ich oft von mir enttäuscht war, dass er mir nicht gelang. Aber die tiefe Freude am Geschichtenerzählen und der feste Glaube, dass es mir doch einmal gelänge, wenn ich nur nicht aufgeben würde, haben mich bei der Stange gehalten.

Mir scheint, dass es dies ist, was Menschen mit ADHS besonders brauchen: Die Gewissheit, dass etwas in uns ist, dem wir vertrauen können. Eine einzigartige Fähigkeit – und jeder hat eine solche – die nicht in Frage gestellt werden kann durch Erfahrungen des Scheiterns. Wir halten sehr danach Ausschau, diejenigen Eigenschaften zu bezeichnen, die uns anfechten und die uns im Alltagsleben so oft Niederlagen beibringen. Aber es gibt auch die anderen. Und die bringen uns voran.

■ Uwe Metz

„Man muss den Dingen die eigene, stille, ungestörte Entwicklung lassen,  
die tief von Innen kommt,  
und durch nichts gedrängt oder beschleunigt werden kann;  
alles ist austragen- und dann gebären ... Reifen wie der Baum, der seine Säfte  
nicht drängt und getrost in den Stürmen des Frühlings steht, ohne Angst, dass  
dahinter kein Sommer kommen könnte. Er kommt doch!  
Aber er kommt nur zu den Geduldigen, die da sind, als ob die Ewigkeit vor  
ihnen läge, so sorglos still und weit ...

Man muss Geduld haben, gegen das Ungelöste im Herzen; und versuchen, die  
Fragen selber lieb zu haben,  
wie verschlossene Stuben,  
und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind.  
Es handelt sich darum, alles zu leben. Wenn man die Fragen lebt, lebt man  
vielleicht allmählich, ohne es zu merken,  
eines fremden Tages in die Antwort hinein.“

(Rainer Maria Rilke, 1903)  
in „Briefe an einen jungen Dichter“  
erschienen Insel Verlag zu Leipzig

## Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2013

Wir erhielten auf Bundes- sowie auf Landesebene folgende Spenden (kein Sponsoring) und Fördermittel nach § 20c SGB V seitens der Krankenkassen, der Industrie und Privatpersonen zur Unterstützung unserer Selbsthilfearbeit:

Förderstelle	Fördart	Bundes- verband €	LG Berlin €	LG BW €	LG Bayern €	LG Bremen €	LG Hamburg €	LG Hessen €	LG Nie- dersachen €	LG NRW €	LG S-A €	LG S-H €	LG Thü- ringen €
<b>GKV Gemeinschaftsförderung</b>	<b>Pauschalförderung</b>	30.000,00	4.000,00	4.000,00		0,00	2.000,00	2.016,18	4.200,00	4.375,00	0,00	4.971,00	0,00
<b>Krankenkassen Individuelle Förderung</b>	<b>Projektförderung</b>									5.487,00 „didacta“		0,00	0,00
KKH -Allianz		41.860,00											
KKH -Knappschaft							116,32 302,88						
AOK							1.160,65			750,62 880,11			
BEK		12.722,00								773,67			
BKK				600,00			450,00		2.500,00	905,90			
IKK Classic				2.000,00			777,44		1.785,44	536,63			
Landwirtsch. KK										38,97			
VdEK (einschl. TK)					4.000,00					762,69			
<b>Summe KK</b>		<b>84.582,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>6.600,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4.388,09</b>	<b>2.016,18</b>	<b>8.485,44</b>	<b>9.862,90</b>	<b>0,00</b>	<b>4.971,00</b>	<b>0,00</b>
<b>BAG</b>		12.360,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Pharmafirmen</b>				0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medice				1.000,00									
Shire				6.000,00									
<b>Verschiedene</b>	<b>Freie Spenden für RG</b>	<b>11.308,00</b>				<b>0,00</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Verschiedene</b>	<b>Freie Spenden</b>	<b>4.465,00</b>	<b>900,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>205,65</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Insgesamt</b>		<b>119.715,00</b>	<b>4.900,00</b>	<b>6.600,00</b>		<b>0,00</b>	<b>4.388,09</b>	<b>2.016,18</b>	<b>8.485,44</b>	<b>10.068,55</b>	<b>0,00</b>	<b>4.971,00</b>	<b>0,00</b>

# Mitgliederversammlung des ADHD Europe aisbl

Am Wochenende 2./3. März 2013 fand in Istanbul das jährliche Treffen des ADHD Europe statt. Samstags wurde ein Symposium mit bekannten Fachleuten aus ganz Europa angeboten.

Dr. Özlem Sürücü referierte zu „Parent Training in ADHD in Turkey“, Dr. Kristina Szabo aus Ungarn zu „ADHD Diagnosis & Treatment of Children and Adolescents“, Agnes Hellström zu „Parent Education and School Interventions for Children with ADHD“, Prof. Dr. Michael Fitzgerald, Irland zu „ADHD in Adulthood“, Prof. Dr. Michael Schlander, Deutschland zu „ADHD and Costs – an economic view“ und Truls Vaa, Norwegen zu „ADHD and driving“.

Am Sonntag fand die Mitgliederversammlung des Dachverbandes statt.

Nach einer Begrüßung durch die Präsidentin wurde das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung 2012 in Barcelona ohne Änderung verabschiedet. Es folgte der Finanzreport. Anschließend berichtete Stephanie Clark über die Entwicklung der europäischen „Disability Discussion“ sowie der ICD-11.

Des Weiteren wurde die Webseite weiter bearbeitet und vervollständigt, s.a. [www.adhdeurope.eu](http://www.adhdeurope.eu), weitere Informationen können auf Anfrage gerne von der Bundesgeschäftsstelle in Berlin versendet werden.

Es wurde beschlossen, auf dem Vierten World Congress on ADHD in Mailand einen gemeinsamen Infostand mit der italienischen Selbsthilfe sowie einen Patiententag auf Italienisch zu organisieren.

Danach folgten Kurzberichte zu den Themenbereichen „The Recognition of ADHD Medication for Adults in Europe“, „The Schweizer Ethikrat Article & Response of the Scientific Board of ADHD-Europe“ sowie „Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Childhood (DMDD) New Diagnosis DSM-V“.

Der Vorstand des ADHD Europe besuchte diverse Veranstaltungen, neben Veranstaltungen von GAMIAN u.a.:

- 6th March 2012: Genetic Discrimination Seminar European Parliament
- Insurance Discrimination (health, life, funeral etc.)
- 12th May: Breaking the Link between Mental Health and Labour Exclusion in Europe: Towards an EU-Wide Action Plan, Brussels Banas, Mental Health Europe
- 1st June: Expert Roundtable on Depression in the Workplace

<http://www.stephenhughesmep.org/depression-in-the-workplace-agenda>

Zum Schluss wurden die Ziele für 2013 festgelegt, die nächste Mitgliederversammlung wird voraussichtlich in Holland stattfinden.

■ Dr. Myriam Mentzer



Die Mitglieder des Europe aisbl

# NRW-Fachtagung „ADHS – ein medizinisches oder ein gesellschaftliches Problem?“



Herta Bürschgens

Auf Einladung der Ärztekammer Westfalen-Lippe beteiligte sich unsere Landesgruppe NRW mit einem Infostand am 8.4.2014 an der Fachtagung „ADHS – ein medizinisches oder ein gesellschaftliches Problem?“ in Hamm.

Unser Infomaterial als auch die Interventionstabellen und unser Maßnahmenkatalog waren bei den Teilnehmern sehr gefragt.

Erstaunt waren wir, dass sogar ein HNO-Arzt sich für das Thema interessierte, weil er oft mit diesen Patienten und ihren Problemen in der Praxis konfrontiert werde.

In der Podiumsdiskussion wurde ausdrücklich auf die Einbeziehung der Selbsthilfe in Rahmen eines Behandlungskonzeptes hingewiesen.

■ Herta Bürschgens

## Eine dieser ADHS-Veranstaltungen auf dem Feldberg ...

Es stand schon lang im Kalender, doch eigentlich hatte ich keinen Bock drauf. Doch meine Mutter wollte, dass ich auf jeden Fall mitkommen sollte. Also blieb mir nichts anderes übrig, als mitzugehen. Es war eine ADHS-Veranstaltung auf dem Feldberg. Dort angekommen ging es erst mal gemütlich los. Das Programm begann erst am Samstag. So hatten wir noch ein bisschen Zeit zum Ankommen.

Am nächsten Morgen ging es dann endlich los. Es war Samstagmorgen 10:00 Uhr als die Jugendveranstaltung losging. Diese Veranstaltung machten vier Leute, nämlich Daniela, Johannes, Frederick und Jakob. Als es dann endlich losging mit der Jugendveranstaltung war ich gespannt, was wir alles machen werden. Als erstes sind wir in die Turnhalle des Caritas-Hauses gegangen und haben Kennlernspiele gespielt. Das erste Kennlernspiel war, dass jeder sich eine typische Bewegung ausdenken sollte und dann sie vormachen sollte und dabei seinen Namen sagen. Dazu haben wir uns in einem Kreis aufgestellt und der Reihe nach sollte man dann seine Bewegung vormachen. Jedoch mussten wir alle die Bewegungen vormachen, die wir bisher vorher gemacht haben. Danach sind wir im Kreis stehen geblieben und haben einen Ball genommen, den wir dann einem Anderen zuwerfen sollten und von ihm den Namen sagen sollten und mit dem dann den Platz tauschen sollten. Danach sind wir rausgegangen und die meisten haben Fußball gespielt. Danach war der Vormittag auch schon vorbei. Am Nachmittag stand eine GPS-Rallye auf dem Programm.

Diese startete jedoch nicht direkt am Caritas-Haus, sondern ein paar Kilometer entfernt. Die GPS-Rallye startete auf einem Parkplatz. Wir gingen dann mit den GPS-Geräten Richtung Station 1. Jedoch sind wir nicht ganz zum ersten Ziel gelaufen, sondern sind an einem Schild, das noch einen Kilometer vom Ziel entfernt war, stehengeblieben. Dieses Schild war jedoch schon etwas verwittert. Das eigentliche Ziel war daselbe, Schild nur einen Kilometer weiter und mit ein paar Informationen mehr. Mehr als die erste Station schafften wir jedoch nicht. Es gab zwei Gründe dafür. Der erste war, dass die Zeit nicht gereicht hatte und der andere war, dass auf dem weiteren Weg der Weg gesperrt war wegen Baumfällarbeiten. Also mussten wir zurückgehen. Als wir dann beim Caritas-Haus waren, war es auch schon zu Ende.

Am nächsten Tag war geplant ins Schwimmbad zu gehen. Dies machten jedoch nur Daniela und Jakob. Anfangs durften wir uns noch frei im Becken bewegen, bis wir mit dem Spiel Schwarzer Mann anfangen. Danach machten wir noch einige andere Spiele. Die Zeit im Schwimmbad ging relativ schnell zu Ende. Danach war der Tag schon zu Ende.

Im Großen und Ganzen fand ich die Tage auf dem Feldberg ganz gut und ich glaube, es hat jedem, der dabei war, Spaß gemacht. Ich freue mich bereits auf das nächste Jahr und hoffe, dass es da genauso viel Spaß macht wie dieses Jahr.

■ Fabian

# Einige Tage mit meinem Sohn Max\* – nur Achterbahn fahren ist aufregender

Oder: Auch als Mutter muss ich noch vieles lernen

(Fortsetzung aus Heft 95 – 2/2013)

## Donnerstag, 16.05.2013

**10:00 Uhr** Gespräch mit der Klassenlehrerin von Max. Sie berichtet, dass mehreren Kolleg/innen aufgefallen ist, dass Max von sich aus die Kontaktangebote von anderen Kindern aus der Klasse abblockt. Das ist ungefähr auch das, was die Englischlehrerin beobachtet hat. Sie hätten sich sogar die Broschüre über ADHS der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesehen, die ich dem Deutschlehrer (und stellvertretenden Schulleiter) gegeben hatte und festgestellt, dass vieles, was dort beschrieben wird, gar nicht auf Max zutrifft. Im Unterricht sei er ruhig, aufmerksam und konzentriert bei der Sache. Daher ihre Frage: „Wie sicher ist die Diagnose und wer hat die Diagnose erstellt?“

**17:30 Uhr** Treffen mit meiner Bekannten aus der SHG, das wir vor kurzem verabredet hatten. Ihr Sohn Luis hat auch ADHS und geht mit Max in eine Klasse. Außerdem ist sie in unserer SHG aktiv. Wir tauschen uns angeregt aus und es tut mir gut, mit ihr zu sprechen, da wir uns gut verstehen und ähnliche Probleme haben.

## Freitag, 17.05.2013

**17:15 Uhr** Treffen mit Petra und Laura, während Max beim Tischtennis-Training ist. Sie erzählen, dass auch ihre Kinder große Probleme mit dem Sozialverhalten gehabt hätten, dies aber jetzt mehr oder weniger besser läuft, da sie schon sehr früh mit den Kindern bei der Frühförderstelle oder bei Therapeuten gewesen waren. Es sei eine harte und schwere Zeit gewesen und auch heute sei noch nicht alles gut, doch es ist wohl nicht so, dass das Sozialverhalten das zentrale Problem sei. Ihr Tipp für mich: Dran bleiben, weiter machen – es lohnt sich.

## Samstag, 18.05.2013

**14:45 Uhr** Max hat wieder Rudern; er organisiert selbst einen Platz im Boot.

## Sonntag, 19.5.2013

**13:30 Uhr** Schützenfest: Max ist Kinderschützenkönig und geht mit im Festzug. Vorher holt er seine Klassenkameradin ab, die Kinderschützenkönigin ist. Als Überraschung und zur Erinnerung habe ich eine Kette gekauft, die er ihr nun überreichen möchte. Er ist sehr unsicher, wie sie reagiert und traut sich nicht. Doch dann gibt er sich einen Ruck – wir packen die Kette in Geschenkpapier und seine Klassenkameradin freut sich sehr über das Geschenk.

## Dienstag, 22.05.2013

**15:00 Uhr** Max trifft sich mit seinem Klassenkameraden wegen einer Projektarbeit für Politik. Der Arbeitsauftrag lautet: Was gefällt euch in eurem Ort, was ist nicht so schön? Die beiden laufen durch die Straßen und fotografieren. Nach einer Stunde sind sie wieder da, die Fotos werden von der Mutter des Klassenkameraden ausgedruckt und die Kinder gestalten ein Plakat. Es wird sehr schön und vor lauter Freude und Übermut laufen sie noch eine Weile „Fangen spielend“ im Garten herum. Könnte es nicht jeden Tag so schön sein für Max?!

## Mittwoch, 22.05.2013

**14:15 Uhr** Ergo-Therapie. Sie stellt fest, dass Max sich sehr schlecht entspannen kann und rät zu einer osteopathischen Behandlung seiner Energieblockaden. Diese Behandlung habe ich auch schon bekommen und bin gern bereit, einen Termin für Max zu vereinbaren.

## Donnerstag, 23.05.2013

**6:45 Uhr** Geburtstag meines Mannes. Am Frühstück werden Glückwünsche und Geschenke überreicht.

**10:00 Uhr** Heute endlich habe ich einen Schrank für die Klasse 5A in einem Sozialkaufhaus ausgesucht und reservieren lassen. Damit sollen mehrere „Klappen“ geschlagen werden. Einmal soll Max (als Schlüsselverwalter) ein wichtiges Amt in der Klasse erhalten, damit er von seinen Mitschülern besser wahrgenommen wird und dann kann Max endlich seine schweren Bücher in diesen Schrank einschließen.

**16:45 Uhr** Termin bei Dr. Müller, unserem Arzt. Wieder ist Max überhaupt nicht dazu bereit, sich mit Dr. Müller zu unterhalten, obwohl ich im Vorfeld mit ihm abgesprochen hatte, dass er sich an der Unterhaltung beteiligt. Dr. Müller ist nicht erfreut, dass Max nichts erzählt, obwohl er ihn mehrfach und mit viel Geduld dazu auffordert. So erzähle ich wieder fast ausschließlich ... Wir vereinbaren, dass Ritalin morgens bei 20mg und mittags bei Bedarf bei 10mg bleibt. Ich erzähle von den ersten Erfolgen mit der Ergotherapie und wie gut es Max damit geht. Auch seine Probleme mit den Mitschülern sprechen wir an und Dr. Müller erzählt Max, dass auch er unter einem Spitznamen zu leiden hatte und zwar so lange, bis er sich offensichtlich nicht mehr darüber ärgerte. Danach war es für die Freunde uninteressant und sie ließen davon ab. Max glaubt schon, dass es so gehen könne, aber in seinem Fall wäre es doch etwas anderes ...

**Freitag, 24.5.2013**

**14:30 Uhr** PSE (Psychosomatische Energetik)-Behandlung bei unserer Bekannten. Sie führt die geplante osteopathische Behandlung bei Max durch und stellt verschiedene Blockaden bei ihm fest. Wir vereinbaren eine weitere Behandlung in ca. vier Wochen.

**Samstag, 25.5.2013**

**14:00 Uhr** Max geht zum Spielen auf den Bolzplatz. Als ich ihn suche, um ihn zum Rudertraining abzuholen, ist er nicht zu finden. Die Mutter eines anderen Kindes, die in der Nähe wohnt, erzählt, dass die Kinder ein „Geheimversteck“ hätten und sich dort wohl gern aufhalten und verstecken würden. Ich lasse es gut sein und bin überzeugt, dass Max heute hier sehr viel mehr Spaß hat als er beim Rudern haben könnte.

**Montag, 27.5.2013**

**15:00 Uhr** Max hat sich mit seinen Klassenkameraden verabredet, um die Projektarbeit für Politik noch etwas zu überarbeiten. Ich bin sehr überrascht und freue mich: Es geht also doch, dass Max eigene Initiative entwickelt!!! Ich nutze die Zeit und fahre mit meiner Tochter nach Brilon zu einem Musikgeschäft.

**18:00 Uhr** Wie vereinbart hole ich Max – der ausgesprochen gut gelaunt ist – bei seinem Klassenkameraden ab. Das Projekt ist fertig und die Kinder hatten einen sehr schönen Nachmittag.

**Dienstag, 28.05.2013**

**8:00 Uhr** Klassenfahrt nach Bochum – alles läuft gut!

**15:00 Uhr** Termin an der Beratungsstelle für Eltern, Familien und Jugendliche des Sozialdienstes kath. Frauen mit der

Therapeutin. Max kennt die Beratungsstelle sehr gut, da er vor einem Jahr an einer verhaltenstherapeutischen Gruppe teilgenommen hatte. Hier hatte er die Möglichkeit, sein Sozialverhalten zu trainieren, ging sehr gern „zum Spielen“ und er machte große Fortschritte. Leider konnte die Therapeutin die Gruppe nach einiger Zeit nicht mehr weiterführen, da für sie noch weitere dringende Problemfälle auf der Warteliste standen. Wieder will Max nicht über seine Probleme reden. Es ist ihm unangenehm und er hat dabei so ein schlechtes Gefühl. Daher beginne ich – wie gewohnt – lang und breit über die letzten Tage zu berichten, in denen Max sich von seinen Klassenkameraden ausgeschlossen und sogar bedroht gefühlt hat. Die Therapeutin möchte nun von Max wissen, was er erlebt hat. Wieder mische ich mich ein und werde von ihr aufgefordert, mich zurückzuhalten. Tatsächlich erzählt Max nun Einzelheiten und seine Sicht der Dinge.

Ich bin überrascht und freue mich, dass ich wieder etwas gelernt habe:

Max muss lernen, sein Leben zu leben, für sich Verantwortung zu übernehmen und das zu tun, was ihm wichtig ist. Daher ist es dringend an der Zeit, dass ich ihn auch diese Dinge tun lasse und mich nicht mehr für alles verantwortlich fühle.

Er kann ja nur wachsen, wenn er ausprobieren kann, selbst auf Lösungen kommt und seine Erfolge sich selbst zuschreiben kann.

Von einer Mutter  
(\*Namen von Redaktion geändert)

## ADHS – ein Familienthema: Eltern & Kind Training MaX

### Bericht der RG Mönchengladbach ADHS-Selbsthilfegruppe Lichtblicke

In der „neue AKZENTE“ 2/2013 haben wir Ihnen unser Projekt Eltern & Kind Training MaX vorgestellt. Heute möchten wir daran anknüpfen und von dem durchgeführten Training berichten. Um einen persönlichen Eindruck vermitteln zu können, lassen wir vorwiegend die Teilnehmer zu Wort kommen.

Da die Informationen aus allen fünf Workshops einfach zu umfangreich ausfallen würden, beschränken wir uns auf das erste Wochenende mit „Klare Regeln – liebevoll und konsequent“ und auf die Stressreduktion – „Wieder zur

Ruhe kommen.“ Wer gerne noch nähere Informationen zu den anderen drei Workshops haben möchte, kann sich direkt mit uns in Verbindung setzen.

**Der Samstag aus Sicht der Trainer**

Am Rande eines herrlich gelegenen Vulkansees begann nach einer Vorstellungsrunde und Absprachen über Verhaltensregeln, Proviant und Ausrüstung, die Wanderung. Eltern und Kinder trennten sich kurz darauf für die erste Hälfte des Tages.

In Begleitung von Alina, der jungen Therapiehündin in Ausbildung, die von den Kindern sofort ins Herz geschlossen wurde, gingen Mirko Graf als Wanderführer mit erlebnispädagogischer Ausrüstung im Rucksack und Andrea Heyny als pädagogische und beratende Co-Trainerin mit der Kindergruppe voraus und markierten den Weg für die Eltern mit Botschaften.

In der Zwischenzeit beschäftigte sich die Elterngruppe unter der therapeutischen Leitung von Dorit Frebel mit der lösungsorientierten Erarbeitung von klaren durchführbaren Regeln und deren Wirkungen im Alltag.

In praktisch erfahrbaren Übungen wurde schnell spürbar, wie familiäre Interaktionsmuster wirken und wie Klarheit und Konsequenz, Orientierung, Halt und Sicherheit bieten, und welche inneren Haltungen dazu notwendig sind.

Der erlebnisreiche Weg führte an einem Vulkankrater entlang zu einem geologischen Aufschluss, an dem die Kinder zunächst alleine und später beim Zusammentreffen der beiden Gruppen mit ihren Eltern Steine sammelten.

Nach einer kräftigenden Mittagspause konnten wertvolle Erkenntnisse aus beiden Gruppen transportiert werden.

Nach dem Motto: der Workshop darf auch Spaß machen, wurden gemeinsam im Team Familie mit Hilfe von spielerischen Elementen weitere Themen angeschaut und bearbeitet.

Der Sonntag mit dem zweiten Modul stand dann ganz im Zeichen der Stressreduktion, des zur-Ruhe-Kommens und der Gelassenheit im Umgang mit den Situationen des Alltags. Bei den Kindern wurde darüber hinaus auch noch im Bereich der Selbstregulierung gearbeitet.

### Der Sonntag aus Sicht der Trainer

Ausgeruht ging es wieder in die faszinierende Vulkanlandschaft der Eifel. Mit den Materialien, die der Wald zu bieten hatte und der Wurzel einer umgestürzten Lärche als Rückwand, bauten die Kinder einen Unterschlupf und erwarteten dort ihre Eltern, die währenddessen ausgiebig an ihren Grenzen und Ressourcen gearbeitet und sich in der Kunst des Nein-Sagens geübt hatten.

Bei der Wiederbegegnung stellte sich rasch heraus, dass die stressverursachenden Themen der Eltern sehr ähnlichen der Kinder waren. Wen wundert's, sind doch beide Teile desselben Systems.

Ängste der Kinder und belastende Situationen aus dem Familienalltag konnten sich zeigen und neue Umgangsformen und Lösungen aus dem Teufelskreis heraus gefunden werden.

Rechtschaffen müde, doch gestärkt und bereichert durch viele kostbare Momente und lohnende Erlebnisse im Erfahrungsfeld Natur endeten die beiden spannenden Tage der mehrtägigen Workshop-Reihe.

### Feedback der Teilnehmer

*Das von Dorit Frebel geleitete Seminar „Klare Regeln – liebevoll und konsequent“ war sowohl für meine Tochter als auch für mich eine Bereicherung.*

*Es hat viele Denkprozesse in Gang gesetzt, aber auch ganz konkrete Tipps für den alltäglichen Umgang mit unseren Kindern gegeben.*

*Ich selbst fühlte mich wieder auf „festem Boden“ und sowohl für uns Erwachsene als erst recht für die Kinder war die Natur der beste Lehrmeister.*

*Sandra B.*

*Es war für Marlene, Jan und mich ein ganz tolles Wochenende, fernab von Zuhause mit ganz netten Menschen, die wir kennenlernen durften.*

*Wenn es nach Jan gegangen wäre, wären wir am kommenden Wochenende mit Euch allen wieder auf Tour. Aber man merkt, uns hat das Wochenende wirklich einiges gebracht, und wir versuchen schon direkt, das Gelernte mit ins „alltägliche“ Leben zu nehmen und einzusetzen.*

*Waren in 2 bis 3 Momenten sogar schon erfolgreich ;-) ... die nächsten Tage und Wochen werden dann Klarheit bringen.*

*Stefan*

*Wir freuen uns schon riesig auf die kommenden Workshops!*

*Übrigens, seit drei Wochen stört Jan deutlich weniger in der Schule, ob das nur an Mirko und Alina liegt, weiß ich nicht, aber ich denke, dass es stark dazu beiträgt. Und dass Marlene und ich zu Hause anders an die Sache herangehen, dank Dir, hilft ebenso.*

*Stefan*

*Das Training „Klare Regeln – liebevoll und konsequent“ hat uns als Familie mit zwei Kindern viel gebracht. Interessant gestaltet und gut strukturiert wurde uns dargestellt, wo wir als Eltern die Richtung vorgeben bzw. ändern müssen.*

*Die Rollenspiele in der Gruppe spiegelten meines Erachtens sehr gut die Realität wider. In Gruppen- und Einzelgesprächen sowie Übungen wurden die Probleme erarbeitet und Rat- und Vorschläge individuell besprochen.*

*Die Aufteilung in Eltern- und Kindergruppen in der ersten Tageshälfte unterstützte mich dabei, die angesprochenen Themen besser umzusetzen. Insbesondere die Übung „Mein Raum“, welche auch am zweiten Tag ein zentrales Thema war, hat einen bleibenden Eindruck hinterlassen. Es ist bemerkenswert, was man eigentlich weiß und verdrängt.*

*Der zweite Tag mit dem Thema „Stressreduktion – wieder zur Ruhe kommen“ half dabei, sich auf sich selbst zu konzentrieren und den Alltagsstress nicht nur auszublenden, sondern abzubauen. Im Nachhinein ist es schon erstaunlich, wie „einfach“ man diese Stressbewältigung auch im normalen Umfeld nachvollziehen kann und so in der Freizeit entspannter ist. Die ganze Familie profitiert davon.*

*Wir sind von dieser Art der Selbsthilfe so begeistert, dass wir uns bereits für ein weiteres Trainingsmodul angemeldet haben. Es wird nicht unser letztes sein.*

*Für Annette war noch wichtig, dass sie den Kindern mehr zutrauen soll.*

*Arnd, Annette, Nadja und Nils*

*Vor dem nächsten Workshopwochenende erreichte uns folgende Email:*

*... die Stimmung steigt, das Wochenende naht. Wir sehen uns dann am Samstag. juhuhu ...*

Im November fand in den Räumen des Zentrums für Körperbehinderte ein Nachbereitungsabend statt, an dem die Eltern die Gelegenheit nutzten, von ihren Erfahrungen mit

der Umsetzung im Alltag zu erzählen und noch offen gebliebene Fragen zu besprechen. Hierbei konnten wir die Eltern in einer überwiegend sehr positiven Stimmung erleben.

Ab Februar 2014 werden wir zusätzlich zum Training jeden Monat einen Informations- und Vertieferabend anbieten, um den Teilnehmern eine zusätzliche Möglichkeit zur Nachbereitung der einzelnen Kursabschnitte zu geben und an dem interessierte Eltern sich über das Training informieren können.

■ Dorit Frebel  
www.ektmax.de

■ Bärbel Becker-Ahrens  
www.ads-lichtblicke.de

*Anmerkung zum Beitrag der Regionalgruppe Mönchengladbach, ADHS-Selbsthilfegruppe Lichtblicke ADHS – ein Familienthema: Eltern & Kind Training „MAX“, Heft 95, 2/2013, Seite 41: Hier war fälschlicherweise von „Sponsoring“ die Rede, gemeint war jedoch eine „zweckgebundene Spende“.*

*Die MaX-Redaktion*

## Messe Medizin vom 24.01.14-26.01.14

### Oder: Stamm der Schmerzfußindianer

Drei Tage standen sieben wackere Krieger auf der Messe Medizin in Stuttgart.

Diese ist, im Vergleich zum letzten Jahr, größer geworden und hat augenscheinlich mehr Fachpublikum angezogen. Dies war das Resümee nach einem langen und turbulenten Samstag beim gemeinschaftlichen Ausfüllen des Messefragebogens.

Gefühlte zwei Zentner Infomaterial zum Thema AD(H)S wurden an den drei Messetagen an das geneigte Fachpublikum verteilt und viele gute Gespräche wurden mit sehr offenen Besuchern geführt. Das Thema AD(H)S ist in den Praxen angekommen und nimmt dort immer mehr Raum ein.

Dies zeigte sich auch an der Zuhörerschaft des kurzen Fachvortrages von Dipl. Psych. Anke Schäfer-Kaupp.

Eine weitere Beobachtung war leider nicht so positiv und es gilt, ein waches Auge zu haben: AD(H)S ist ein Markt, der mehr und mehr auch von heilversprechenden Gurus entdeckt wird.

So kam es auch zu skurrilen Begegnungen, die in der Aussage gipfelten, AD(H)S in zwei Sitzungen Akupunktur heilen zu können.

Adlerauge sei wachsam!

Die Indianer waren:

Bärbel Sonnenmoser (Bundesverband)  
Kirsten Riedelbauch (Landesverband BW)  
Uwe Metz (Landesverband BW)  
Regina Lamparter  
Ralf Beisswenger (RG Böblingen)  
Susanne Gröpel  
Patricia Ödell (Landesverband BW)

■ Patricia Ödell



*Kirsten Riedelbauch*

# Informationsveranstaltung – Fortbildung – Workshop

## Lehrer und Eltern im Gesprächskreis

Im November 2013 fand in Schlüchtern in Zusammenarbeit mit den Förderschulen und dem BFZ ein reger Austausch zwischen Lehrern und Eltern statt. Eingeladen hatte die ADHS Landesgruppe Hessen. Für Vortrag und Moderation des Tages konnte Herr Dr. Rainer Eckert gewonnen werden. Umfangreiches Wissen zu ADHS und gleichzeitig lebenslange Erfahrung in der Arbeit als Pädagoge boten hier eine breitgefächerte Sichtweise und ein hohes Informationsangebot. Herr Georg Müller, Schulleiter der Förderschulen und des BFZ beteiligte sich nicht nur an der Organisation, sondern stand den ganzen Tag Rede und Antwort zu schulrelevanten Fragen von Eltern und Kollegen. Dies in einem breiten Spektrum von ADHS über Förderschulbedarf bis hin zu Inklusion und hessischen Schulgesetzen. Mitglieder der ADHS Regionalgruppe Schlüchtern bemühten sich aktiv an der Gestaltung des Tages mitzuwirken und trugen somit auf vielfältige Weise zum Gelingen der Veranstaltung bei.

Der Programmablauf war in unterschiedliche Sequenzen geteilt. Nach der Begrüßung durch die Vertreter der Landesgruppe Hessen und Herrn Georg Müller als Leiter der veranstaltenden Schule, gab es Informationen zum ADHS-Verband im Allgemeinen, zur Situation der Landesgruppe Hessen, den angegliederten Regionalgruppen und zur Tätigkeit des Verbandes in der Zusammenarbeit mit Schulen, Einrichtungen und anderen Verbänden. Herr Müller stellte die Arbeit und die unterschiedlichen Aufgaben der Förderschulen und des BFZ vor. Anschließend gab Herr Dr. Eckert einen Einblick in seine vielfältige Arbeit als Naturwissenschaftler, Berater und Mentaltrainer – dies hauptsächlich zu Aspekten der Fortbildungen von Eltern und Lehrern in Sachen ADHS. Der Einstieg in das Thema begann mit dem Vortrag *„Kinder, die uns mächtig fordern – zum angemessenen Umgang mit Kindern mit ADHS“*.

Inhaltlich war der Vortrag unterteilt in Informationen über ADHS, Folgen für betroffene Kinder und Möglichkeiten im Umgang mit den Kindern in Schule, Kindergarten und Familie. Anschließend gab es verschiedene Workshops für Eltern und Lehrer. Hier nicht nur der Versuch Eltern und Lehrer gemeinsam in Gruppen einzuteilen, sondern auch die Herausforderung für beide Seiten, gemeinsam Ideen zu entwickeln und Lösungswege auszuarbeiten. Aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen und Ausgangslagen gab es immer wieder rege Diskussionen. Recht vorteilhaft führte dies dazu, dass die Position der einzelnen Gruppenmitglieder einmal in einer ganz anderen Perspektive wahrgenommen werden konnte und Aufgabenstellungen und Zielsetzungen mit all ihren

Facetten und den daraus entstehenden Problematiken sichtbar wurden.



*Dr. Eckert und Herr Georg Müller*

Die erste Aufgabe lautete anhand der eigenen Kinder und Schüler eine Sammlung positiver Eigenschaften der ADHS betroffenen Schüler zu erstellen. In einer weiteren Runde *Walk and Talk* liefen alle im Raum umher und sprachen mit anderen Teilnehmern (ungeplant und wertfrei). Niemand musste sich rechtfertigen. Austausch war angesagt.

Immer wieder die gleichen Probleme – Unruhe, undeutliche Schrift, Regeln einhalten, Standards standhalten, Verzweiflung der Eltern. Aber auch Einigkeit, dass man jedes Kind so nehmen muss, wie es ist. Wichtig sind die psychosozialen Beziehungen und Umgebungen. Das eingeschränkte Verhalten des Kindes ist schwieriger zu verändern, als der Anspruch des Erwachsenen. Sowohl Eltern als auch Lehrer bringen hier Höchstleistungen. Die Bereitschaft zur Weiterbildung ist sehr unterschiedlich und durch Schulgesetze und Kultusministerium nicht wirklich geregelt. Lehrer, die sich bemüht mit ADHS auseinandersetzen, finden ihre Arbeit oft nicht bestätigt oder geraten in Diskussionen im Kollegium. Gesellschaftliche Faktoren und fehlende Richtlinien schaffen Überbelastung und überfordern Lehrer und Eltern gleichermaßen. Strittige Meinungen in der Runde fordern eine Pause, die Gelegenheit zu einzelnen Gesprächen gibt.

Am Nachmittag lautet das Thema *Ideenwerkstatt*. Gemeinsam wird gesammelt, was Eltern und Lehrern Erleichterung im Umgang mit ADHS Kindern im Schulalltag bringen kann. Hier wurden Themen bearbeitet wie Leistungsanforderungen, akute Eskalation im Unterricht, Umgang mit Ängsten, wie trete ich an Lehrer heran, wie kann präventiv gearbeitet werden, Ansprüche an die Zusammenarbeit im Kollegenkreis, sinnvolle Elterngespräche, Umfang des

Lehrplans und Anforderungen der Schule. Zum Abschluss des offiziellen Teiles der Veranstaltung erteilte Dr. Eckert zur „Belohnung für fleißige Mitarbeit“ und zur Wiedererlangung der Konzentration und Beruhigung aller Gemüter eine Lektion aus seinem Mentaltraining.

Im Anschluss trafen sich die Mitglieder der Landesgruppe Hessen zum Austausch. Thema war hier die Veranstaltung der Regionalgruppe Großkrotzenburg, die für Juli 2014 vorgesehen ist. Herr Schaack referierte über die bereits getroffenen organisatorischen Belange und über einzelne Punkte, die noch entschieden werden müssen. Angedacht wurde für 2014 außerdem ein Wochenendworkshop für Regionalgruppenleiter. Ebenso wurde über die Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium und anderen Verbänden (Sonderpädagogik, Autismus, Legasthenie) gesprochen. Immer wieder Thema: die Nichterreichbarkeit einzelner Regionalgruppenleiter und die daraus resultierenden fehlenden Rückmeldungen und teilweise eingehenden Anfra-

gen, ob vor Ort keiner zuständig sei.

Insgesamt eine recht gelungene Veranstaltung mit dem Reiz der Herausforderung. Letztendlich bringt nur Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrern Schulpolitik weiter. Selbst wenn man zeitweise Meinungsverschiedenheiten in Kauf nehmen muss. Das chinesische Zeichen für „Konflikt“ besteht aus zwei Schriftzeichen „Risiko“ und „Chance“. Betrachten wir somit unsere Konfliktfähigkeit als Herausforderung allen Schülern und Lehrern Aussicht auf Erfolg und adäquaten Unterricht zu geben und damit ein spannendes Zuhause. Interessant war, dass trotz unterschiedlicher Blickpunkte Dinge doch in einem anderen Licht erschienen und der ein oder andere Gedanke geboren wurde alltägliche Situationen einmal anders anzugehen.

■ Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr

## Einladung zum Symposium mit Jugendveranstaltung und Landesgruppentreffen BW 2014

Zum Symposium am Samstag, dem 04. Oktober 2014, und Sonntag, dem 05. Oktober 2014, laden wir alle Interessierten in das Caritas-Haus Feldberg ein. Wir freuen uns auf ein interessantes Programm mit renommierten Referenten. Am Samstag wird **Prof. Dr. h.c. Hans Biegert**, Schulleiter der HEBO-Privatschule Bonn bei uns auf dem Feldberg sein. Thema : ADHS und Schule. Am Sonntag wird **Matthias Luderer** aus dem ZI Mannheim referieren mit dem Thema: ADHS und Sucht.

An beiden Tagen findet parallel hierzu eine Jugendveranstaltung statt. Diese wird von Dr. Johannes Streif und Daniela Könen geleitet. Es wird dieses Mal ein „Mini-Jägerlager“ geben.

Wir stecken momentan in der Vorplanung für das Symposium. Den genauen Ablauf können wir leider noch nicht bekannt geben. In den nächsten Wochen werden wir weitere Einzelheiten zu der gesamten Veranstaltung auf der Homepage des ADHS Deutschland e. V. veröffentlichen.

**Vom 04. – 05. Oktober 2014  
in der Klinik auf dem Feldberg**



*ITZ Caritas-Haus Feldberg gGmbH  
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen  
Mutter-Kind und Rehabilitation  
Kinder und Jugendliche*

Dort werden Sie dann auch den Flyer mit dem Anmeldeformular zum Downloaden finden.

Wir freuen uns, Sie zahlreich in der schönen Feldberg-Region im Schwarzwald begrüßen zu dürfen.

Herzliche Grüße von der Landesgruppenleitung der Landesgruppe Baden-Württemberg des ADHS Deutschland e.V.

■ Kirsten Riedelbauch, Sabine Kolb

# Tätigkeitsbericht der Regionalgruppe Helmstedt für das Jahr 2012

Unsere Regionalgruppe ist auch im Jahr 2012 dabeigebieben, neun Bildungsabende zu veranstalten. Durch unser 15-jähriges Bestehen haben wir noch einen zusätzlichen Vortrag für Fachleute am Vormittag angeboten. Dieser war mit 90 Personen sehr gut besucht, ansonsten lag die Teilnehmerzahl im Durchschnitt bei 30 Personen. Die Bildungsabende sind, neben persönlichen Beratungsgesprächen, der Hauptteil unserer Arbeit. Unter anderem haben wir das Ziel, die Betroffenen selbst als auch die Öffentlichkeit über das Thema ADHS und angrenzende Bereiche zu informieren. Wir verschicken unser Jahresprogramm jedes Jahr an ca. 250 Interessierte. Außerdem verschicken wir zu jeder Veranstaltung eine gesonderte Einladung mit Email.

Unsere Themenabende im vergangenen Jahr:

In lockerer Runde wurde im Januar das neue Jahresprogramm besprochen. Persönliche Kontakte wurden hierbei aufgebaut bzw. gestärkt.

„ADHS und Schule“ ist auch in diesem Jahr wieder ein gut besuchtes Thema gewesen. Die sehr emotionalen Beiträge der Eltern zeigen uns immer wieder, wie wichtig das Thema – gerade bei Pädagogen – ist. Gemeinsam wurde überlegt, wie beispielsweise mehr Lehrer für die weiteren Veranstaltungen gewonnen werden können.

„ADHS, Autismus, Asperger ... was ist das eigentlich?“ Der Referent erläuterte die von ihm selbst entwickelte Therapie „Emoflex“, die den Umgang mit diesen Krankheiten verbessert.

Im April hatten wir das Thema: „Einschulung – diese Fähigkeiten braucht Ihr Kind!“ Aus der Sicht einer Logopädin und zugleich auch vierfachen Mutter hörten wir wertvolle Tipps. Gerade für „ADHS-Eltern“ sind diese wichtig, um zum Beispiel auch eine Entscheidung über frühere oder spätere Einschulung zu treffen.

„Diagnose und Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS“. Eine ortsansässige Therapeutin stellte ihre neu eröffnete Praxis vor. Die Zuhörer waren über das große und vielfältige Therapie-Angebot der Praxis sehr erstaunt.

Im Juni begingen wir das 15-jährige Bestehen unserer Regionalgruppe. Mit dem Festvortrag „ADHS – eine Herausforderung für die Gesellschaft“ konnten wir bei einer Abend- sowie auch einer Vormittagsveranstaltung rund 150 Teilnehmer informieren. Besonders das große Interesse von jungen Therapeuten und Erziehern hat uns und den

Referenten Dr. Murphy sehr gefreut.

Eine langjährig erfahrene Lerntherapeutin hat uns das Thema Legasthenie nahe gebracht. Sie hat das Verständnis für die Probleme der Kinder gefördert und aufgezeigt, wie man Abhilfe schaffen kann.

„Computerspielsucht – Gefahren der virtuellen Welten“, zu diesem Motto kamen viele „nicht ADHS-betroffene“ Zuhörer. Auf eindrucksvolle Weise nahm uns die Diplompsychologin in virtuelle Welten mit und nahm vielen Eltern die Angst vor der Sucht. Solange unsere Kinder noch reale Freunde und andere Hobbys (z. B. Sport) haben, ist die oft lange „Computerzeit“ nicht so beängstigend.

„Cybermobbing – Gefahren und Möglichkeiten des Internets“ war ein gut besuchter Informationsabend. Auf sehr praktische Weise erläuterten uns zwei Sozialpädagogen, wofür Kinder und Jugendliche das Internet nutzen, welche Probleme es geben kann und wie man sich davor schützt.

Im letzten Bildungsabend des Jahres ging es um „Stressmanagement, Burnout erkennen und vorbeugen.“ Der Referent ermunterte uns, die Signale, die der Körper bei einer Überbelastung aussendet, ernst zu nehmen und rechtzeitig entgegenzuwirken.

Zusätzlich hatten wir bei anderen Veranstaltungen die Möglichkeit, uns und unsere Arbeit vorzustellen, zum Beispiel mit einem Informationstisch bei einer Lehrerfortbildung zum Thema ADHS. Selbstverständlich waren wir auch bei der gemeinsamen Vorstellung aller Selbsthilfegruppen des Landkreises im Krankenhaus vertreten.

Auch in diesem Jahr haben die aktiven Mitarbeiter unserer Regionalgruppe Fortbildungen besucht. Vorträge in Braunschweig, Wolfsburg und Hirschaid waren sehr informativ und trugen dazu bei, dass unsere Arbeit vor Ort auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand bleibt.

Nach dem Erstellen des Jahresprogrammes werden alle Bildungsabende frühzeitig im Internet beworben. Zusätzlich werden Plakate, Flyer und Presseartikel erstellt, um die Öffentlichkeit vor Ort zu informieren.

Neben dem Erfahrungsaustausch der Betroffenen untereinander ist die fachliche Information durch regionale und überregionale Referenten besonders wichtig.

Die Bildungsabende sind durch die finanzielle und prakti-

sche Unterstützung der Krankenkassen und der Katholischen Erwachsenenbildung (KEB) auch weiterhin für die Teilnehmer kostenfrei. Gerade im Sinne der KEB möchten wir dies in Zukunft beibehalten, damit Bildung für jedermann zugänglich ist.

Wir bedanken uns ganz herzlich für die Unterstützung unserer Regionalgruppe des ADHS Deutschland e. V.

Zu folgenden Institutionen konnte Kontakt aufgebaut und intensiviert werden:

- Autismuszentrum Helmstedt
- Lukas-Werk, Suchtberatungsstelle, Helmstedt
- Katholische Erwachsenenbildung, Helmstedt-Braunschweig

- IML, Institut für Mathematisches Lernen, Braunschweig
- ZiL, Zentrum für integrative Lerntherapie, Braunschweig
- Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Helmstedt
- KVHS, Kreisvolkshochschule, Helmstedt
- Studienseminar St. Marienberg, Helmstedt
- viele Ärzte in und um Helmstedt
- einige Schulen in und um Helmstedt
- ADS-Regionalgruppe für Erwachsene, Schöningen

Durch die kontinuierliche und seriöse Arbeit ist die Regionalgruppe zu einer festen Größe in Helmstedt geworden. Darüber freuen wir uns und wollen diesen Erwartungen auch im Jahr 2013 gerecht werden.

■ Monika Lehmann, Erzieherin, RG Leiterin

## Arbeitskreis ADS/ADHS der Interessengemeinschaft Ingolstädter Eltern e. V.

### Jahresbericht 2012

Unsere Gruppentreffen sind jeden dritten Donnerstag im Monat. Viele neue Interessierte kamen zu den Treffen.

Unsere Gruppe ist sowohl für Eltern betroffener Kinder als auch für betroffene Erwachsene oder Jugendliche offen. Auch unsere Bücherei mit Fachliteratur, die wir immer wieder aktualisieren, wird weiterhin gut genutzt. Viele Eltern möchten aber oft erst telefonisch Hilfe und Rat oder abklären, ob sie den Mut haben, in einer größeren Gruppe über ihre Situation zu sprechen.

### Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen und Fortbildungen

23.01.2012

Wir nahmen an der Sitzung der Vertreter der Ingolstädter Selbsthilfegruppen auf Einladung des Gesundheitsamtes teil.

16.02.2012

Berta Bleicher nahm am Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie für den Landkreis Eichstätt teil.

26.02.2012

Die Interessengemeinschaft Ingolstädter Eltern veranstaltete ein Winterfest im Spielpark Fort Peyerl. Wir nutzten die Gelegenheit und informierten über den Arbeitskreis ADS/ADHS.

20.06.2012

Iris Fuchs besuchte den Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ingolstadt.

03.07.2012

Stefanie Mayer-Hess, unsere neue Mitarbeiterin im Arbeitskreis, besuchte den Vortrag „Öffentliche Informationsveranstaltung AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom von Herrn Dr. Frank Beer, leitender Oberarzt im Heckscher-Klinikum Ingolstadt und gab in der Gruppe einen Überblick über den Inhalt des Vortrags. Frau Mayer-Hess konnte in diesem Rahmen auch unsere Gruppe vorstellen und Flyer verteilen.

07.07.2012

Wir nahmen wieder am Ingolstädter Gesundheitstag mit einem Informationsstand teil. Sowohl durch Informationsmaterial als auch durch persönliche Gespräche, konnten sich Interessierte über die AD(H)S-Problematik informieren.

05.10.2012

Stefanie Mayer-Hess nahm an der Sicherheitsunterweisung für Versammlungsstättenleiter teil.

11.10.2012

Stefanie Mayer-Hess besuchte den Vortrag „Wenn die Seele weint, Depression bei Kindern und Jugendlichen“ von

Dr. med. Ventrella, Oberärztin, Heckscher-Klinik, Ambulanz.

17.10.2012

Berta Bleicher hielt in der Schule für Erziehungshilfe/Kinderdorf in Eichstätt einen Vortrag (PowerPoint) für Eltern. Neben der Aufklärung über Symptomatik, Ursachen und Therapiemöglichkeiten war den Eltern vor allem an konkreten Handlungshilfen für den Alltag gelegen. Berta Bleicher erstellte einen Leitfaden mit 43 Punkten für den Umgang mit AD(H)S-Kindern. Ebenso waren die Eltern auch an einer Aufstellung weiterer Symptome neben den Leitsymptomen interessiert.

10./11.11.2012

Frau Fuchs und Frau Mayer-Hess nahmen am Gruppenleitertreffen in Hirschaid teil.

04.12.2012

Berta Bleicher nahm am Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie in Eichstätt teil.

■ Berta Bleicher, Iris Fuchs, Stefanie Mayer-Hess

## Regionalgruppe Osnabrück-Süd

### Jahresbericht 2012

Anfang des Jahres 2012 konnten wir auf ein besonderes Jahr zurückblicken.

In 2011 feierten wir im Frühjahr zehnjähriges Jubiläum und veranstalteten im Herbst ein großes Symposium in Osnabrück gemeinsam mit den in unserer Region ansässigen AD(H)S-Selbsthilfegruppen.

Am ersten Abend im Januar haben wir Ideen und Vorschläge für Themen bzw. Veranstaltungen gesammelt, einige davon konnten wir im Laufe des Jahres umsetzen.

Im Februar fand außer der Reihe ein Abschlusstreffen im Anschluss an unser Symposium für alle ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen statt, um uns bei allen für den tollen Einsatz bei einem gemütlichen Beisammensein bedanken zu können.

Im März gestalteten wir den Gruppenabend mal ganz anders: Wir schauten uns den Film „Adam“ an, der die Geschichte eines Asperger-Autisten erzählt. Da wir in unserer Gruppe auch einige Teilnehmer/-innen haben, deren Kinder bzw. Jugendliche eine Doppeldiagnose haben, war es auch für uns sehr interessant. Anschließend haben wir darüber gemeinsam diskutiert; es war für die Angehörigen sehr eindrucksvoll und auch die Sichtweise der Betroffenen wurde in dem Film sehr gut dargestellt. Dennoch war es einfach ein lockerer Abend!

Unser Gruppenabend im Mai konnte nicht im Christophorusheim stattfinden, da die Cafeteria, die uns unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird, ausnahmsweise anders belegt war. So haben wir das Treffen spontan in eine ortsansässige

Pizzeria verlegt.

Am Sonntag, dem 01. Juli, fand in der Ameos-Klinik in Osnabrück ein "Publikumstag" statt, an dem wir drei Regionalgruppen aus der Region einen gemeinsamen Infostand organisierten. Dazu fanden sich wieder mutige, nette Leute aus unseren Gruppen, die sich dort engagierten und den Fragen von interessierten Besuchern gestellt haben.

Im September hatten wir im Rahmen unserer Gruppentreffen Herrn Michael Weinmann, Ergotherapeut aus Osnabrück, zu Gast. Das Thema des Abends war: „ADHS: Automatisierung – Struktur – Erwartungen“; das sind Begriffe, die uns im Alltag immer wieder begegnen. Zusammen mit Herrn Weinmann haben wir uns über diese Begriffe und ihre Bedeutung für ADHS-Betroffene und ihre Familien ausgetauscht. Es war ein spannender und informativer Abend, an dem auch „alte Hasen und Häsinnen“ neue Impulse mit nach Hause nehmen konnten.

Die Treffen unserer Regionalgruppe finden monatlich in Bad Iburg in der gemütlichen Cafeteria des Christophorusheimes statt. Grundsätzlich veranstalten wir offene Abende, zu denen zwischen vier und 20 Personen, viele davon häufig kommen. Die Gruppenleiterinnen nehmen regelmäßig an Weiterbildungen von z.B. dem Bundesverband ADHS Deutschland e. V., dem regionalen ADHS-Forum und auch den Gesamttreffen der Selbsthilfegruppen des Landkreises Osnabrück teil.

■ Barbara Niehenke, Regionalgruppenleiterin  
 ■ Britta Kemper, Co-Regionalgruppenleiterin

# Regionalgruppe Saarlouis

## Jahresbericht 2012

Im vergangenen Jahr mussten auch wir die Erfahrung machen, dass nach 10 Jahren intensiver Treffen die Aufmerksamkeit vieler Interessenten unserer Gruppe sich verändert hat. Es kommen weniger Leute und oft genug bleiben sie nach einem- oder zwei Treffen wieder weg. Vielleicht erwarten sie ein Patentrezept oder ähnliches und sind enttäuscht zu hören, dass es dies nicht gibt. Vielleicht ist es aber auch ein Schreck zu erfahren, dass ein ADHS-betroffenes Kind mit Sicherheit die Kraft und Hilfe seiner Familie bis ins Erwachsenenalter benötigt. So genau war es nicht in Erfahrung zu bringen. Eine große Stütze unserer Gruppe sind diejenigen Eltern, die unserer Gruppe seit Anfang an treu sind und deren Kinder mittlerweile vom Kind zum jungen Erwachsenen geworden sind. Auch bei Ihnen ist oft noch Rat und Tat gefragt.

Etwas traurig stimmt mich die Tatsache, dass Eltern sich jahrelang abmühen und plötzlich feststellen, dass mit dem Stichtag 18. Geburtstag die Eltern außen vor bleiben. Betreuende Einrichtungen oder Institutionen verweisen auf das Recht des Kindes eigene Regelungen zu treffen, und die

Abstimmung mit den Eltern bleibt gegebenenfalls auf der Strecke. Oft genug werden jahrelange Bemühungen damit zunichte gemacht. Den Draht zu den Jugendlichen nicht zu verlieren, bleibt eine schwierige Aufgabe, der wir uns nach Kräften widmen.

Unverändert bleibt deshalb unsere Zusammenarbeit mit allen Institutionen, bei denen Jugendliche in der Ausbildung Unterstützung finden. Daneben sind wir weiterhin in unseren Arbeitskreisen bemüht, dass Kindergärten und Schulen sich auch in Zukunft mit dem Thema ADHS auseinandersetzen. Dazu gehörte auch wieder eine Tagesveranstaltung mit Frau Dr. Simchen als Referentin, die mit 200 Besuchern gut angenommen wurde.

Für Grundschulkinder wurde ein Kurs auf die Beine gestellt, die den Kindern in einer psychomotorischen Bewegungsgruppe das Miteinander in der Gruppe und im Sport nahebringt. Es gibt noch viel zu tun, packen wir es an.

- Petra Gerten, Regionalgruppenleiterin
- Dorothea Drewitz

# Chronik des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg

## 2012

Unser erstes Treffen in diesem Jahr fand am 09. Januar statt. Hierzu hatte sich die Leiterin der neu eingerichteten Gifhorner Selbsthilfekontaktstelle der AWO, Frau Constanze Wellbrock, angemeldet.

Sie besucht derzeit alle Selbsthilfegruppen im Gifhorner Raum, um sich ein Bild zu machen, welche es gibt und wie diese arbeiten. An diesem Abend war unser Gesprächskreis eher klein, aber so war Frau Wellbrock zumindest nicht nur ZuhörerIn, sondern wir konnten uns auch mit ihr austauschen.

Mit der Erwachsenengruppe kamen wir am 19. Januar zusammen. Zwei der drei Neuen vom Dezember-Treffen waren trotz der relativ weiten Anreise wieder dabei, der dritte hatte sich für diesen Abend abgemeldet. Wieder mal wurde uns aus den Gesprächen deutlich, wie wichtig eigentlich Selbsthilfe ist und wieviel „Ballast“ so mancher mit sich schleppt. Allerdings ist auch stets darauf zu achten, dass Gesprächsregeln eingehalten werden. Gerade

in dieser Runde wurde deutlich, dass der eine gebremst, ein anderer animiert werden musste. In der Abschlussrunde stellten alle einhellig fest, dass so ein Austausch unter Gleichgesinnten sehr gut tut.

Am 6. Februar stand das nächste Treffen der Elterngruppe auf dem Programm. Diesmal war auch in dieser Runde jemand Neues dabei. Es hatte Zeugnisse gegeben und das ist für viele Eltern betroffener Kinder oft kein Grund zur Freude, sei es wegen der Noten oder wegen der Rückmeldung aus den Lehrergesprächen bei den Elternsprechtagen. Auch die Frau, die nun bei uns saß, hatte Probleme mit der Lehrerin ihres Kindes. Oft ist ja das Thema ADHS nicht hinreichend bekannt und eher unbeliebt. Ich hoffe, sie konnte aus unseren Gesprächen einiges mit nach Hause nehmen und für sich verwenden.

In der Zeit vom 14. bis 18. Februar waren vier Mitglieder unserer Gruppe an der Standbesetzung der Bildungsmesse didacta beteiligt, zwei von uns gar die ganzen fünf Tage.

Diese Messe fand in diesem Jahr wieder in Hannover statt. Bereits vor drei Jahren waren wir dabei und stellten fest, dass der Informationsbedarf der Standbesucher nun eher auf spezielle Probleme abzielte, während in 2009 noch grundsätzliche Info gefragt war.

Beim Erwachsenentreffen am 23. Februar waren alle drei Männer vom Dezember wieder dabei. Das freut mich umso mehr, weil ja Männer eher seltener eine Selbsthilfegruppe aufsuchen und diesen dreien der Austausch in dieser Runde anscheinend sehr gut tut. Das zeigten auch die offeneren Gespräche. Eines unserer Mitglieder hatte zudem Besuch mitgebracht. Es handelte sich um zwei Freunde von ihm, die ebenfalls ADHS-betroffen waren bzw. wo die Vermutung dahin geht. Die beiden wollten sich ein Bild von unserer Gruppenarbeit machen. Ob sie wohl beim nächsten Mal wieder dabei sind? Wir werden sehen.

Im März hatte ich zum Jubiläumstreffen eingeladen, weil unser Gesprächskreis in diesem Monat 10 Jahre besteht. Leider war die Resonanz eher gering, obwohl auch die örtliche Presse meine Einladung veröffentlicht hatte. Dennoch hatten wir einen angenehmen Abend und konnten uns ganz den Anliegen der Anwesenden widmen.

Zu unserem Erwachsenentreffen, am 22. März, erschien etwas verspätet und sehr aufgewühlt eine Frau, deren Sohn betroffen ist und die wohl eher in die Elterngruppe gehört. Dennoch haben wir sie bei uns aufgenommen und uns ihrer Probleme angenommen. Sie brauchte dringend jemanden zum Reden, da sie mit ihrem Sohn und seinem ADHS zu diesem Zeitpunkt völlig überfordert schien. In solchen Fällen ist es einerlei, ob Kind, Partner oder selbst betroffen. Die Hauptsache ist, wir können helfen.

Im April gab es wegen der Osterferien kein Treffen der Elterngruppe. Die Erwachsenengruppe traf am 19. April zusammen. Wieder bekamen wir männliche Verstärkung, diesmal gar aus dem Wolfenbütteler Raum. Der Mann erzählte uns von seinem Leben mit ADHS und berichtete u. a. über seinen wenig ausgeprägten Eigenantrieb. Dass er dennoch zu uns gefunden hat, ist darum recht bemerkenswert.

Am letzten April-Wochenende fand die bundesweite Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e. V. in Böblingen statt. Neben einem Erfahrungsaustausch und einigen Vorträgen waren auch Workshops für die Regionalgruppenleiter/innen vorgesehen. Wir reisten zu zweit dorthin, um unsere Gruppe zu vertreten und den Kontakt mit den anderen Gruppenleiter/innen herzustellen bzw. zu vertiefen.

Unser Mai-Treffen der Elterngruppe fand am 7. d. M. statt. Diesmal war auch die Mutter aus dem Märztreffen der



*Margit Tütje-Schlicker und Freya Franke*

Erwachsenengruppe dabei sowie zwei weitere Interessierte. Eine von Ihnen wollte sich grundsätzlich einmal informieren, ob denn bei ihrer Tochter möglicherweise ein ADHS vorliegen könnte. Die andere Frau kam nach vorheriger telefonischer Kontaktaufnahme und Rücksprache mit mir in die Gruppe. Anders als bei uns anderen Anwesenden, war ihre Tochter von einer Zwangsstörung betroffen. Da es für dieses Krankheitsbild in unserer Umgebung keine Eltern-Selbsthilfegruppe gibt, habe ich sie nach Rücksprache mit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS) Wolfsburg kurzerhand zu uns eingeladen. Der Mutter hat es gut getan, sich einmal auszusprechen und durchaus Parallelen festzustellen. Für uns waren ihre Schilderungen sehr interessant, da wir von einer derart ausgeprägten Zwangsstörung bisher noch nie etwas gehört hatten.

Zum Erwachsenentreffen am 24. Mai kamen acht Männer, sie waren damit in der Überzahl. Einer von ihnen war erheblich jünger als alle anderen Anwesenden und zum ersten Mal dabei. Dieser Abend war geprägt von düsteren Gesprächen, wo es sonst bei uns eher humorvoller zugeht. Wir „alten Hasen“ waren uns einig, dass das durchaus auch vorkommen kann, wir aber dafür sorgen wollen, dass die Anwesenden wenigstens mit positiven Gedanken nach Hause gehen. Den „Neuen“ hat dieser Abend möglicherweise vergrault, ob wegen der um einiges älteren Teilnehmer oder wegen der z. T. negativen Stimmung, ist uns nicht bekannt. Wir haben ihn jedenfalls nicht wiedergesehen.

Am 4. Juni traf die Elterngruppe zusammen, wieder mit zwei neuen Teilnehmerinnen und der Mutter der zwangsgestörten Tochter. Eine der beiden Neuen hatte ich auf der didacta kennen gelernt. Wir hatten einen interessanten Abend mit u. a. recht aufwühlenden Gesprächen.

Beim Erwachsenentreffen am 21. Juni waren diesmal die Frauen in der Überzahl. Eine der Neuen aus der Elterngruppe, ebenfalls selbst betroffen, war auch in diese Gesprächsrunde gekommen. Eine weitere Frau begleitete ihren Partner, der im Dezember erstmalig bei uns

gewesen war und seither regelmäßig erschien. Ferner war eine Betroffene gekommen, die schon einmal auf einem unserer Vortragsabende war und seit der Zeit vorhatte, zu uns zu kommen. Nun hatte sie es geschafft. Wir führten intensive Gespräche und setzten auch unseren beim letzten Erwachsenentreffen beschlossenen Vorsatz um, den Abend mit etwas Positivem abzuschließen.

Am Vormittag des 22. Juni waren wir auf Einladung der VHS zu dritt in Wolfsburg, um eine Gruppe junger Frauen näher über das Thema ADHS zu informieren. Diese wurden auf Einsätze als pädagogische Mitarbeiterinnen in Schulen und Kindertagesstätten etc. vorbereitet.

Die Elterngruppe im Juli fand am 2. d. M. statt. Zu diesem Gruppentreffen kam ein Mann neu dazu, dessen Partnerin einen betroffenen Sohn hat. Da beide noch nicht so lange zusammen sind und er sich mit der ADHS-Symptomatik wenig auskannte, wollte er sich einmal bei uns informieren. Wir haben es sehr begrüßt, dass er sich damit auseinandersetzen will.

In der Erwachsenengruppe, diesmal am 19. Juli, gab es ein weiteres Mal lange und intensive Gesprächsrunden, die allen Beteiligten meist recht gut tun. Mich freut dabei besonders, dass in diese Gruppe verhältnismäßig viele Männer kommen und die z. T. von weit her.

Im August 2012 fanden wegen der Sommerferien keine Gruppentreffen statt.

Der erste Schultag nach den Ferien, der 3. September, war auch der erste Montag des Monats, Zeit für unseren Gesprächsabend. Einer der Teilnehmer war nach mehrmonatiger Pause wieder einmal dabei und berichtete von seiner derzeitigen Beschäftigung. Dabei schaukelte sich das Gespräch mit einem weiteren Teilnehmer derart hoch, dass das Ganze den Rahmen der Selbsthilfe sprengte. Dieser Abend hat mir wieder mal gezeigt, dass eine Gesprächsleitung, ggf. auch mit Unterbrechung, bei Menschen mit ADHS oft unerlässlich ist.

Am Wochenende des 14./15. September fand dann unser lange vorbereitetes Symposium in Kooperation mit der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen des ADHS DE in Wolfsburg statt. Dazu hatten wir uns beinahe monatlich zu sechst zusammengesetzt, ich ja gleichzeitig auch als Leiterin der Landesgruppe. Da dieses Wochenende unsere erste Veranstaltung dieses Umfangs war, erforderte es so einiges an Organisation und Planung. Wir haben aber alles gut gemeistert und bekamen viele positive Rückmeldungen.

Am 20. September trafen wir uns in nur kleiner Runde zum Gesprächskreis der Erwachsenengruppe. Die meisten Teilnehmer/innen aus der üblichen Gruppe waren auch beim Symposium am Samstag zuvor dabei gewesen, aber nicht

zum regulären Gruppenabend gekommen.

So bekamen wir nur wenige Rückmeldungen „unserer“ Leute, die uns aber umso mehr interessierten.

Am 22. September fand in Gifhorn der 2. Tag der Selbsthilfe statt, an dem ich mit Dagmar Fuchs-Pfeifer von der JoJo-Selbsthilfegruppe Hankensbüttel einen gemeinsamen Infostand besetzte. Trotz der eher stürmischen und grauen Witterung kamen doch so einige Interessierte zu uns, um sich mit uns zu unterhalten. Für uns durchaus wiederholenswert.

Zur Elterngruppe am 1. Oktober gesellte sich eine junge Frau, die ebenfalls beim Wolfsburger Symposium dabei gewesen und nun wegen ihres betroffenen Sohnes zu uns in die Gruppe gekommen war. Seinetwegen gab es Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Mann und dessen Mutter.

Darüber war sie recht verzweifelt und es tat ihr gut, auf offene Ohren zu treffen und sich bei uns auszusprechen. Ich denke, sie hat den einen oder anderen Tipp aufgenommen. Wir werden sehen, ob sie wiederkommt und was sie dann zu berichten hat.

Die Erwachsenengruppe kam in gewohnter Besetzung am 18. d. M. zusammen. Es ist wohlthuend zu erleben, wie sich die Perspektive so mancher Menschen zum Positiven wendet und welche Entwicklung sie durchmachen. Das wurde an diesem Abend in wenigstens einem Fall wieder deutlich. Da kommt Freude auf.

Zu zweit waren wir einer Veranstaltungsankündigung der AWO-Beratungsstelle mit dem Titel „Allergien und ADHS im Kleinkindalter behandeln“ gefolgt. Wir waren die einzigen Gäste, hörten uns die Ausführungen der Referentin an und kamen darüber hinaus mit ihr und der Beratungsstellenleiterin ins Gespräch. Beide hatten noch nicht von unserer seit mehr als 10 Jahren bestehenden Selbsthilfegruppe gehört. Vielleicht ergibt sich aus diesem Zusammentreffen eine weitere Kooperationsmöglichkeit.

Am 5. November war ich zusammen mit der Hankensbütteler Gruppenleiterin Dagmar Fuchs-Pfeifer auf Einladung der Kita Wesendorf zu einem Vortrag vor Ort. Die Leiterin der Kita hatte sich an die JoJo-Gruppe Hankensbüttel gewandt und um eine Vortrags-/Informationsveranstaltung gebeten. Am selben Abend fand unser Gesprächskreis für Eltern wieder einmal in kleiner Runde statt.

Zu viert machten wir uns am 9. November mit eigenem Pkw auf nach Hirschaid zur traditionellen Gruppeleiterfortbildung unseres Bundesverbandes. Diesmal erwarteten uns dort verschiedene Workshops, die uns Ehrenamtlichen einmal auch direkt zugutekamen, wie z. B. „Troll-Treatment – Umgang mit massiv störenden Gruppenbesuchern“ oder „Coaching für Kümmerer – Schutz vor Burnout“.

Viele der angereisten Gruppleiter/innen und Co-Leiter/innen fanden besonders das Thema „Coaching“ sehr interessant, zumal wir mit diesem Workshop nur einen kurzen Einblick in diese Form der Burnout-Prävention bekamen.

Am 15. November fand auf Einladung der KISS Wolfsburg ein Vortrag zu „Social Media“, der Nutzung der beliebten sozialen Netzwerke, statt. Herr Willius von smiley e. V. Hannover bot uns einen kurzen Einblick, wie diese Netzwerke den Selbsthilfegruppen nützlich sein können, wies aber auch auf die damit verbunden Gefahren hin.

Das Treffen der Erwachsenenengruppe fand am 22. November statt. Über diese Gruppe sind wir sehr froh, denn es gibt immer sehr tiefgründige und bewegende Gespräche, aber meist auch den einen oder anderen Grund zum befreienden Lachen.

Am 3. Dezember fand unser Treffen der Elterngruppe im vorweihnachtlichen Rahmen statt. Wie in den Jahren zuvor auch, mit mitgebrachten Naschereien und Kerzenbeleuchtung. Diesmal war jemand Neues gekommen. Bei ihr, wie bei vielen anderen auch, drehten sich die meisten Probleme

um Schule und Hausaufgaben und Differenzen mit Lehrer/innen. Bei uns gab es für sie nun die Möglichkeit des „Ballast-Abwerfens“ ohne umfangreiche weitere Erklärungen.

Einen Workshop mit dem Titel „Humor in der Selbsthilfe“ mit Götz Liefert aus Berlin ermöglichte uns die KISS in Wolfsburg am 6. Dezember. Aus unserer Gruppe nahmen wir zu zweit daran teil. Es war für uns sehr interessant, einmal wahrzunehmen, wie sich Humor eigentlich zeigt und wie wir ihn in der Selbsthilfe auch nutzen (können).

Die Erwachsenenengruppe kam am 13. Dezember zusammen, ebenfalls im weihnachtlichen Kerzenschein und mit allerlei Naschereien. Eine Gruppenteilnehmerin hatte Schwester und Schwager mitgebracht, von denen der Mann seit kurzem die Diagnose ADHS hatte. Darüber hinaus war er aber oft in sehr depressiver Stimmung und dadurch seit einiger Zeit nicht arbeitsfähig. Ihm tat es sehr gut, einmal mit Gleichbetroffenen reden zu können und deren Bewältigungsstrategien zu erfahren. An seinem Wohnort gibt es derzeit keine Selbsthilfegruppe.

■ Margit Tütje-Schlicker

## Selbsthilfegruppe „Sausebraus“ Lüdenscheid

### Jahresbericht 2012

Das Jahr 2012 war für unsere SHG „Sausebraus“ ein besonderes Jahr! Wir konnten in diesem Jahr auf erfolgreiche 10 Jahre unseres Bestehens zurückblicken.

Im Jahre 2002 wurde die Selbsthilfegruppe „Sausebraus“ für Eltern mit betroffenen Kindern von Angelika Nyberg, Angelika Wagner und Herbert Engel gegründet. Seitdem trifft sich diese Gruppe regelmäßig an jedem ersten Dienstag im Monat zum gemeinsamen Austausch in den Räumen einer Ergotherapie-Praxis in Lüdenscheid.

Im Februar 2012 haben wir als SHG ein Informations-Wochenende für Erzieher und Pädagogen aus den AWO-Einrichtungen angeboten. Hierzu wurden wir von der örtlichen AWO unterstützt, die uns freundlicherweise ihre Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt hat.

In gemeinsamen Vorträgen, Erfahrungsberichten und im direkten Austausch haben wir (Angelika Nyberg, Nadine Schmidt-Grégoire und Stephanie Hager) mit ca. 20 interessierten Erziehern und Pädagogen der AWO-Einrichtungen praktische Workshops erarbeitet und konnten viele offene Fragen zum Thema AD(H)S beantworten. Hier kam insbesondere die Problematik aus Elternsicht sehr gut an.

Dieses Jubiläum haben wir zum Anlass genommen, un-

seren Teilnehmern ein spezielles Elterntaining zum Umgang mit ihren AD(H)S-Kindern anzubieten. Die Leitung dieses Elterntainings übernahm Angelika Nyberg und mit viel Erfahrung aus den vergangenen 10 Jahren konnte sie an insgesamt acht Trainingsabenden in einem vertrauten Kreis auf die ganz speziellen Probleme und Sorgen der teilnehmenden Eltern eingehen und ihnen hilfreiche Tipps für den Alltag mitgeben. Erfreulicherweise haben die örtlichen Krankenkassen dieses Elterntaining mit einem Teilkostenbeitrag bezuschusst und so war es für die Mitglieder der SHG ein kostengünstiges und hilfreiches Angebot.

Zusätzlich zu den Gruppenabenden der SHG „Sausebraus“ findet an jedem 3. Donnerstag im Monat das Gruppentreffen der seit 2007 bestehenden SHG „Wellenreiter“ statt. Diese Gruppe richtet sich an die AD(H)S-betroffenen Erwachsenen in unserem Kreis und auch hier ist seit vielen Jahren eine vertraute Runde entstanden, die sich gerne zum gemeinsamen Austausch trifft.

Selbstverständlich haben wir auch mit großem Interesse an der Gruppenleiter-Schulung des ADHS-Deutschland e.V. in Münster teilgenommen. Hier haben Frau Nyberg und Frau Hager wieder an vielen interessanten Vorträgen und Gesprächen teilgenommen und finden auch dort immer wieder die Motivation und den Ansporn, sich weiterhin für die Selbsthilfegruppen zu engagieren!

Der traditionelle „Selbsthilfetag der Stadt Lüdenscheid“ im Herbst 2012 ist auch für uns wieder ein wichtiger Termin im Kalender gewesen. Regelmäßig sind wir als Selbsthilfegruppe hier vertreten und informieren interessierte Bürger und Institutionen der Stadt über unsere Arbeit in der SHG. Unsere ehrenamtliche Arbeit als Gruppenleiter der SHG „Sausebraus“ und SHG „Wellenreiter“ wurde von der Stadt Lüdenscheid im Jahr 2011 sogar mit einer Urkunde für Frau Nyberg, Frau Hager und Frau Schmidt-Grégoire honoriert.

Diese wurde uns in einer feierlichen Runde vom Bürgermeister der Stadt Lüdenscheid persönlich überreicht!

Unser SHG-Jahr beschließen wir immer gemeinsam mit unseren Gruppenmitgliedern bei einem gemütlichen Weihnachtsessen in Lüdenscheid. Hier wird geplaudert, gelacht und mit viel Elan das neue SHG-Jahr in Angriff genommen!

■ Angelika Nyberg

## Johanna und Klaus-Henning Krause „ADHS im Erwachsenenalter“

### Die Geschichte vom Zappelphilipp für Erwachsene

Als der Arzt Heinrich Hoffmann seinem dreijährigen Sohn zu Weihnachten ein Heft mit 14 einseitig beschriebenen und aquarellierten Zeichnungen schenkte, ahnte er sicher nicht, dass ihn die gedruckte Ausgabe von 1845 weltberühmt machen würde. Die zweite Auflage enthielt auch die Geschichte vom Zappelphilipp und wurde unter dem Titel „Struwelpeter“ publiziert. Sein Autoren pseudonym „Reimerich Kinderlieb“ legte er allerdings erst ein Jahr später ab.

Was Heinrich Hoffmann aufgrund von Beobachtungen in seiner Familie beschrieb, trägt heute den Namen ADHS. Aber was in Deutschland bis Ende der 1990er Jahre ausschließlich als Verhaltensstörung von Kindern und Jugendlichen galt, findet sich eben auch bei Erwachsenen. Dass bis zu sechs Prozent davon betroffen sind, drang nicht zuletzt durch einen Artikel im Magazin „Time“ ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit. Denn der Autor mutmaßte, dass auch Benjamin Franklin, Winston Churchill, Albert Einstein und Bill Clinton zu den Erwachsenen mit ADHS gehören. Die Erwähnung solch prominenter Namen sorgte nicht nur für Aufmerksamkeit, sondern trug wesentlich zu Korrektur des Krankheitsbildes bei.

Es ist nicht nur Ignoranz, wenn jemand ADHS noch immer für eine Erfindung der Psychiater und Psychologen hält. Zu dummen Sprüchen gegenüber Betroffenen tragen die Medien ebenso bei wie die Diskussionen über die oft fahrlässige Abgabe von Ritalin oder ähnlichen Medikamenten. Es ist daher nur logisch, dass die Autoren dieses Standardwerks ausführlich auf die medikamentöse Behandlung der ADHS eingehen.

Eine vierte Auflage drängte sich nicht nur wegen der großen Resonanz auf. Da die offizielle Zulassung einer Stimulanzien-Behandlung bei Erwachsenen mit ADHS endlich erfolgte, erhält ein wissenschaftliches Werk wie dieses automatisch mehr Gewicht. Zudem wurde erstmals ein

Johanna und Klaus-Henning Krause  
„ADHS im Erwachsenenalter“  
ISBN 978-3-7945-2782-3  
Verlag: Schattauer Verlag,  
4. Auflage 2014  
Preis: € 39,99



spezielles Kapitel über Frauen mit ADHS aufgenommen. Und in der neusten Auflage gehen die Autoren auch auf das Messie-Syndrom, die Computerspielsucht und gutachtliche Fragen ein. Und natürlich werden dem Leser alle neuen Erkenntnisse präsentiert, was sich auch im überarbeiteten und über 70 Seiten umfassenden Literaturverzeichnis zeigt.

Was dieses Buch besonders auszeichnet, ist die gelungene Gratwanderung zwischen Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Verständlichkeit. Gerade weil die beiden Autoren zu den führenden Köpfen auf dem Gebiet der Forschung und Behandlung von ADHS bei Erwachsenen gehören, halten sie sich mit Spekulationen und populärwissenschaftlichen Verkürzungen zurück. Man darf sich als Leser also nicht daran stören, wenn nicht alle Fragen beantwortet werden. Wo die empirische Datenlage keine gesicherten Aussagen zulässt, werden auch keine gemacht. Und so muss er damit leben können, dass über das Sexualleben, die Kriminalitätsrate oder Prognostizierbarkeit von Lebensläufen nur das geschrieben steht, was einer empirischen Überprüfbarkeit standhält.

Mein Fazit: Von all den Büchern, die ich über ADHS bei Erwachsenen gelesen habe, hat mir das von Johanna und Klaus-Henning Krause mit Abstand am meisten gebracht. Die beiden Autoren gehören nicht nur zu den Pionieren auf diesem Gebiet, sondern verstehen es auch ausgezeichnet, ihren immensen Wissensschatz anschaulich zu vermitteln. Obwohl sich dieses Referenzwerk mit vielen Fallbeispielen in erster Linie an Fachleute richtet, bietet es auch Betroffenen ohne medizinische Fachkenntnisse viele wertvolle Informationen. Sich nur im Internet schlau zu machen, reicht eben oft nicht aus.

■ Dr. Werner T. Fuchs

Das Buch „ADHS im Erwachsenenalter“ ist nunmehr in der vierten Auflage erhältlich.

Neben dieser Rezension, die für Leser gedacht ist, die dieses Buch nicht kennen (s.a. Rezensionen der Voraufgaben auf unserer Internetseite), drucken wir nachfolgend das Vorwort für alle jene ab, die das Buch bereits kennen – mit freundlicher Genehmigung des Schattauer-Verlages:

### **Vorwort zur vierten Auflage**

Es freut uns, dass die weiterhin sehr positive Resonanz auf unser ADHS-Buch nun eine Neuauflage erforderlich machte. Die in den ersten drei Auflagen so vermisste offizielle Zulassung einer Stimulanzien-Behandlung bei Erwachsenen mit ADHS durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist in der Zwischenzeit endlich erfolgt, was in der Praxis für die betroffenen gesetzlich versicherten Patienten einen enormen Fortschritt bedeutet. Mit einigem Stolz erinnern wir uns, dass Deutschland vor 10 Jahren das erste Land weltweit war, das durch eine von der Autorin dieses Buches im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums initiierte Expertenkommission mit Unterstützung der DGPPN offizielle Leitlinien für die ADHS des Erwachsenenalters geschaffen hat. Dass die Zulassung der adäquaten Therapie danach noch derart lange dauerte, ist ein gesundheitspolitischer Skandal.

2010 bestätigte ein für das Bundesgesundheitsministerium im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verfasster HTA (Health Technology Assessment)-Bericht die positive Wirkung einer Medikation bei Erwachsenen mit ADHS; auch das European Network Adult ADHD äußerte sich im gleichen Jahr in einem Konsensuspapier entsprechend. Sandra Kooij, die Leiterin dieses europäischen Netzwerks, hat ein kostenlos im Internet herunter zu ladendes Fragebogeninstrument (DIVA) für die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter entwickelt, das inzwischen in mehreren Sprachen, darunter auch in Deutsch, vorliegt.

In die Neuauflage wurde erstmals ein spezielles Kapitel über Frauen mit ADHS aufgenommen, deren besondere Problematik uns in der Praxis immer wieder beschäftigt. Neu sind auch ein Kapitel zur Geschichte der ADHS sowie Abschnitte über das Hoarding (Messie-Syndrom), die Computerspielsucht und gutachtliche Fragen im Zusammenhang mit der ADHS bei Erwachsenen. Die 4. Auflage enthält außerdem einige neue Fallgeschichten. Die von uns immer wieder ausgesprochenen Warnungen vor einem negativen Effekt zu hoher Stimulanziosen finden sich bestätigt in dem 2011 erschienenen Buch „The paradoxical Brain“ (Narinder et al.), in dem anhand einer inversen U-förmigen Dosiswirkungskurve eindrucksvoll gezeigt wird, wie eine zu starke Erhöhung der Dopamin-Konzentration die Leistungsfähigkeit verschlechtert. Dies wird neben den neuen Entwicklungen auf dem Medikamenten-Sektor im Therapie-Kapitel diskutiert. Das Literaturverzeichnis wurde um über 300 aktuelle Zitate erweitert, wobei die Flut von Publikationen zum Thema zunehmend unüberschaubar wird. Gab man im Jahr 2000 ins Pubmed-Suchsystem „ADHD“ und „adult“ ein, wurden etwa 1000 Literaturstellen angezeigt; aktuell sind es über 5500.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Buches war das DSM-5 noch nicht erschienen; die im Vorfeld bekannt gewordenen Neuerungen sind aber in die jeweiligen Kapitel integriert worden. Wesentliche Änderungen werden sein, dass der Beginn der ADHS-Symptomatik nun nicht mehr vor dem Alter von sieben Jahren, sondern erst vor dem zwölften Lebensjahr gefordert wird, und dass für die Diagnose einer Persistenz im Erwachsenenalter nicht mehr jeweils mindestens 6, sondern nur noch 5 von 9 Symptomen ausreichen.

Der amerikanische Psychiater Allen Frances, der an der Entwicklung von DSM-III und DSM-IV maßgeblich beteiligt war, warnt in seinem aktuellen Buch „Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“ eindringlich vor einer Überdiagnostizierung von ADHS aufgrund unzureichender psychiatrischer Befunderhebung:

„Niemals sollte ein Aufmerksamkeitsdefizit bei Erwachsenen diagnostiziert, geschweige denn behandelt werden, solange nicht alle anderen möglichen Primärursachen ausgeschlossen wurden“ (Frances 2013, S. 264). Andererseits betont der Autor: „Stimulanzien zählen zu den wirksamsten und nebenwirkungsärmsten Arzneimitteln in der Psychiatrie, sofern sie unter fachgemäßer Beaufsichtigung und bei Vorliegen einer akkuraten Diagnose verabreicht werden.“ (Frances 2013, S. 265). Zu einer solchen fachgerechten Diagnostik und Behandlung der ADHS bei Erwachsenen soll das vorliegende Buch weiterhin seinen Beitrag leisten.

Unser Dank gilt dem Schattauer Verlag, speziell Frau Dr. Hardt, Frau Dr. Fiedler und Herrn Dr. Bertram, für die wiederum optimale Zusammenarbeit.

Ottobrunn, im Oktober 2013

Johanna und Klaus-Henning Krause

Kai G. Kahl et al.

# Praxishandbuch ADHS

## Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen

Es handelt sich um ein sehr übersichtliches und gut gegliedertes Buch, das ADHS über die gesamte Lebensspanne beschreibt und das ausführlich auf die Krankheitsentstehung, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten eingeht.

Dabei gelingt es den Autoren zum einen auch für Laien sehr verständlich zu bleiben, zum anderen aber auch die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse profund aufzuarbeiten und auch dem professionellen Leser einen tiefen Einblick in das Krankheitsbild der ADHS zu geben, mit der daraus resultierenden Problematik für Betroffene und Angehörige.

Außerordentlich hilfreich für den Leser ist die klare Strukturierung mit einer guten Zusammenfassung, die im Text blau unterlegt ist. Die konsequente Gliederung nach Lebensalter erlaubt, auch nur Teilaspekte des Buches zu lesen, ohne dass dabei Abschnitte nicht verständlich sind. Im Übrigen ist trotz dieses Aufbaus wenig Redundanz beim Lesen des gesamten Buches erkennbar.

Sehr übersichtlich sind in Tabellen z. B. Tests, Elterntermin, komplementäre Therapien und Medikation aufgearbeitet.

Prägnant sind die Krankheitsbilder dargestellt, bei denen ADHS häufiger vorkommt, ohne dass bisher die Ursachen genau erforscht werden konnten: wie kindliche Epilepsie (hier besonders Absenzen), fragiles X-Syndrom, Neurofibromatose, fetales Alkoholsyndrom, Frühgeburten und Deletion 22q11. Bei diesen Krankheitsbildern treten ADHS-Symptome auf, obwohl diese Erkrankungen ganz andere Krankheitsentstehungsmechanismen haben.

Es ist nicht von einem eindimensionalen neuropsychologischen Störungsbild auszugehen. Das Gemeinsame ist, dass sich ADHS-Symptome besonders in Einschränkungen im Arbeitsgedächtnis und der Daueraufmerksamkeit zeigen.

Leider ist das wichtige Thema „ADHS und Autismus“ nur am Rande erwähnt, obwohl es immer deutlicher wird, dass

**Kai G. Kahl et al.**  
**Praxishandbuch ADHS, Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen**

ISBN: 978-3131430229

Verlag: Thieme, 2. Auflage 2011

Preis: € 39,99



diese Kombination eine besondere therapeutische Herausforderung darstellt und viel häufiger ist als bisher angenommen.

Die dargestellten Therapiemaßnahmen orientieren sich an den Leitlinien und darüber hinaus werden hilfreiche Strategien für Betroffene aufgezeigt, die sie im Alltag berücksichtigen sollten.

Die Bewertung alternativer Behandlungsmethoden hilft dem Leser sich ein Bild über evidenzbasierte Medizin zu machen.

Hilfreich ist auch das Kapitel „Sozialtherapeutische Maßnahmen“ wie die Möglichkeit der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises sowie der Hinweis auf § 35 a SGB VIII, der einen Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe vorsieht, wenn die seelische Gesundheit der von ADHS-Betroffenen mehr als sechs Monate von dem des für das Lebensalter typischen abweicht, und so die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist; ebenso der Hinweis, wo diese Wiedereingliederungshilfe bei Kindern bzw. bei Erwachsenen beantragt werden kann.

Wertvoll für den Leser ist auch die Liste Troubleshooter, wo er eine Übersicht erhält, wie er mit ADHS-Notfall-Themen wie Polizeikontakten, Schule schwänzen, Suizidalität etc. umgehen kann und welche Hilfen noch zusätzlich eingeschaltet werden müssen.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Arno Backhaus, Just Lauer, Visnja Lauer

# Ach du Schreck! Vom Chaoskind zum Lebenskünstler

## Ein gutes Buch

Die Zahl an Büchern zur ADHS ist inzwischen unüberschaubar. Gibt man bei Amazon „ADHS“ ein, werden nicht weniger als 30.835 Fundstellen angeführt. Darunter sind allerdings nicht nur Bücher, sondern auch Alltagshelfer wie Uhren, Pillenboxen, „Energie-Anhänger“ (das sind übrigens keine PKW-Anhänger mit Eigenantrieb) und sogar Klöppel für Klangschalen. Bisweilen ist der Zusammenhang mit der ADHS nur schwer auszumachen, doch scheinen Störungsbild und Therapie zu bekannt und lukrativ, als dass mancher auf den werbewirksamen Begriff verzichten wollte.

Lag der Verdacht daher nicht nahe, ein weiterer Autor von Lebenshilfe-Büchern habe sich des ADHS-Themas bemächtigt, als Arno Backhaus, ein christlicher Liedermacher und Vortragsreisender, 2009 das Buch „Ach du Schreck! AD(H)S. Vom Chaoskind zum Lebenskünstler“ auf den Markt brachte? Vielleicht war es ja an der Zeit, dass nach Allergie und Algen, Homöopathie und Holismus, fieser, frustrierender und festhaltender Therapie auch die Vertreter des Glaubens ihre Heilsversprechen zur ADHS verkündeten. So dachte ich und war gleichermaßen gespannt wie gewarnt, als ich die Lektüre des übersichtlich aufgemachten und gut strukturierten Buches begann.

Das einleitende Kapitel „AD(H)S: Kein Schreckgespenst“ ist gut zu lesen und fasst den Stand des Wissens zu Störung und Behandlung verständlich zusammen. Im Hinblick auf die medikamentöse Therapie im Erwachsenenalter (vgl. S. 25) hätte spätestens die vierte Auflage von 2012 ein kleines Update gebraucht, doch sind ansonsten weder die Inhalte noch ihre Darstellung zu kritisieren. Was das Buch von anderen Veröffentlichungen zur ADHS unterscheidet, sind hingegen die autobiographischen Kapitel eins bis drei, die sowohl die Kindheit und Jugend des Autors in den 1950er und 1960er Jahren als auch die Entwicklung seines Sohnes Fabian beschreiben. Ein vergleichbar persönlich berührender und dennoch in vielen Details exemplarischer Bericht über ein Leben mit ADHS ist mir nicht bekannt. Allenfalls „Wonderland Avenue“, die Autobiographie Danny Sugermans, der als hyperaktives Kind in Beverly Hills aufwuchs, später Jim Morrison und die Doors kennenlernte, schließlich mit der Band und ihrer Entourage fast im Drogensumpf unterging, ist in ihren Schilderungen ähnlich eindrücklich, mutet jedoch im Vergleich zu Backhaus Kindheit im Nachkriegsdeutschland ungleich surrealer an.

Arno Backhaus, Just Lauer, Visnja Lauer  
Ach du Schreck! Vom Chaoskind zum  
Lebenskünstler

ISBN: 978-3-86506-286-4

Verlag: Brendow & Sohn Verlag GmbH

4. Auflage 2012

Preis: € 16,00



Arno Backhaus größtes Verdienst ist es dabei, die Balance von Emotionalität einerseits und Reflexion andererseits zu halten. Auf diese Weise entsteht eine Anteilnahme nicht nur am Schicksal des Autors und seiner Familie, sondern dem Leben mit ADHS im Allgemeinen, bar jeder Weinerlichkeit und jeden Selbstmitleids. Wer die Existenz der ADHS leugnet oder ihre Symptomatik auf eine Traumafolge reduziert, kann anhand von Backhaus Geschichte lernen, wie eng, bisweilen tragisch das Temperament eines Kindes mit den Reaktionen der Umwelt verbunden ist. Dass der Autor und seine Frau, die neben dem Arzt- und Therapeutenepaar Visnja und Just Lauer einzelne Passagen von „Ach du Schreck! AD(H)S“ schrieb, ihre Kinder bewusst ganz anders erzogen, als Arno Backhaus selbst aufgewachsen war, ist offensichtlich. Dennoch haben sie mit Fabian einen Sohn, der seinem Vater im Verhalten in vielem ähnelt. Im Unterschied der Kindheit Fabians von der des Vaters wird sichtbar, wie viel Einfluss die Eltern auf die Lebensfreude und auch den Lebenserfolg ihres ADHS-Kindes haben, ohne die ADHS selbst ändern zu können.

Kapitel 4 „Leben mit ADHS“ berichtet im Weiteren über die an der Beobachtung des eigenen Kindes gewonnene Erkenntnis des Autors, selbst von der ADHS betroffen zu sein. Einem Interview mit dem Ehepaar Backhaus über den Ehe- und Familienalltag folgt die christliche Perspektive auf ein Leben voller impulsiver Entscheidungen, Reizoffenheit und Getriebenheit. Man kann diese Passagen aus religiöser Sicht als Folie des Erweckungserlebnisses lesen, das dem Leben von Arno Backhaus im frühen Erwachsenenalter eine rettende Wendung gab, ganz unabhängig von einer Diagnose und Therapie der ADHS. Ist man weder Christ noch sonst gläubig, bleibt die illustrative Referenz auf Geschichten, die aus einem einzigen Grund in der Bibel versammelt wurden: um Beispiel zu geben für ein bewusstes und eigenverantwortliches, kurzum ein gutes Leben als Mensch.

„Ach du Schreck! AD(H)S“ endet mit einem Kapitel über „ADHS: Die eigene Funktionsweise verstehen“. Es ist solide wie die einleitende Zusammenfassung des Wissensstands zur ADHS, bietet hilfreiche Hinweise und Tipps zum Leben mit der ADHS. Hat man das Buch zuende gelesen, bleibt

vor allem anderen die Erinnerung an die Lebensgeschichte von Arno Backhaus. Als 14-Jähriger stiehlt er entfernten Verwandten aus Argentinien, die aufgrund einer mutmaßlichen Erbschaft nach Deutschland gekommen und Gäste der Familie waren, fast 2.000 DM aus dem Koffer. Der jugendliche Arno hat materielle Bedürfnisse, die seine Eltern weder erfüllen können noch wollen. Doch er kann warten. Statt das Geld sogleich auszugeben, was Verdacht erweckt hätte, bringt er es in einem alten Geldbeutel zum Fundbüro. Nach einem Jahr darf er es behalten, da niemand den Verlust meldet.

Als Erwachsener schreibt Backhaus dem inzwischen alten Ehepaar. Er gesteht den Diebstahl und erstattet ihnen das damals geklaute Vermögen. „Die Verwandte schrieb, dass sie wusste, dass ich der Dieb war, und sie nur zum Schutz meiner Mutter nichts verraten hatte. Sie wusste, meine Mutter wäre Amok gelaufen. Sie schrieb weiter, dass sie nie reich waren, sich viel Geld ansparen mussten, um überhaupt mit dem Schiff nach Deutschland kommen zu können. Ihre erste Erfahrung in Sachen Geld war mein Diebstahl; dann erfuhren sie in einer der entsprechenden Behörden, dass ihnen keine Erbschaft zustand (was bedeutete, dass sie die Fahrt nach Deutschland umsonst gemacht hatten). Als sie zurückreisten, stahl ihnen jemand auf dem Schiff auch noch das restliche Geld.

Als ich das las, war ich betroffen und beschämt. Umso froher war ich, dass ich es ihnen gebeichtet hatte und ihnen

das Geld und einiges mehr zurückschicken konnte.“

So ist es mit der ADHS. Sie ist weder ein Urteil über den Menschen und seine Umwelt, noch darf ihre Diagnose als falsche Erklärung und Lizenz für das Verhalten der Betroffenen missbraucht werden. Am Abend jeden Tages und im Blick auf jeden neuen Tag sind wir alle aufgefordert, Rechenschaft abzulegen für unser Handeln. Wir können unser Temperament, unsere Neigungen und Ängste ignorieren oder einbekennen, die Natur und unsere Geschichte für unser Leben verantwortlich machen oder selbst die Verantwortung übernehmen für das, was wir mit und ohne Bedacht tun. Was nützt es, die ADHS als individuelle Kondition zu leugnen und an ihre Stelle ein Konstrukt aus sozialen Erklärungen, Rechtfertigungen und Entschuldigungen zu setzen?!

Die wichtigste und wertvollste Botschaft von „Ach du Schreck! AD(H)S“ ist das unbedingte und zugleich doch vertrauensvolle Bekenntnis zum eigenen Leben mit all seinen Widrigkeiten, seinem Glück und seinen Schmerzen. Mag es Gott sein, der einem hilft, oder allein die Zuversicht, dass für jeden unter der Sonne Platz ist, solange man das Licht nicht scheut oder aus Angst und Bequemlichkeit in seiner kleinen Höhle aus Gleichgültigkeit, Mutlosigkeit, Ziellosigkeit, Engstirnigkeit, zuletzt Blindheit verharrt.

■ Dr. Johannes Streif

## Peter Fiedler „Persönlichkeitsstörungen“

In dem sehr umfangreichen und profunden Buch wird zunächst die Definition der Persönlichkeitsstörungen abgehandelt. So darf die Diagnose nur dann vergeben werden, wenn die betroffene Person leidet oder sie ein Risiko der Entwicklung einer anderen psychischen Störung beinhaltet. Weiterhin darf dann eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden, wenn auf Grund eines erheblichen eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus existentielle Verpflichtungen nicht mehr erfüllt werden bzw. Betroffene mit Ethik, Gesetz und Recht in Konflikt kommen.

Prof. Fiedler handelt ausführlich verhaltenstherapeutische und analytische Theorien zur Entstehung der Persönlichkeitsstörung historisch und auf dem neusten Stand der Forschung ab.

**Peter Fiedler**  
„Persönlichkeitsstörungen“  
ISBN: 978-3-621-27722-8  
E-Book/pdf, Verlag: Beltz PVU,  
6. Auflage 2012  
Preis: € 45,99



Keine der aufgeführten Theorien kann Anspruch auf völlige Gültigkeit erheben. Viele theoretische Ansätze sind wissenschaftlich nicht ausreichend bewiesen. Das Diathese-Stress-Konzept sieht Persönlichkeitsstörungen abhängig von der eigenen Vulnerabilität (Verletzbarkeit), mit der die besondere Empfindlichkeit und Labilität einer Person gegenüber sozialen Anforderungen und Stress gemeint ist. Hier spielen Vererbung sowie prä-, peri-, und postnatale Traumata eine Rolle. Auch psychosoziale Belastungen wie ungünstige familiäre und erzieherische Einflüsse

auf die frühkindliche Entwicklung haben eine Bedeutung bei der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung. Im Vulnerabilitäts- und Stressmodell erklärt sich die krisenhafte Zuspitzung der Persönlichkeitsstörung aus der Eskalation interpersoneller und psychosozialer gesellschaftsbedingter Konflikte und Krisen. Das bedeutet auch, dass es sehr unterschiedliche Möglichkeiten gibt, eine Persönlichkeitsstörung zu entwickeln.

Die Persönlichkeitsentwicklung setzt sich dabei im Laufe des Lebens fort und ist ein kontinuierlicher Prozess, der das ganze Leben anhält. Das betrifft auch die Möglichkeit der Veränderung und Beeinflussbarkeit der Persönlichkeitsstörung.

Genetische, biologische, psychische und soziale Bedingungen und Prozesse stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander und können einen Rahmen für die verschiedenen Perspektiven und Faktoren für die Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung bilden.

Jede noch so plausible Theorie der Persönlichkeitsstörung ist jedoch immer nur unvollkommene Orientierungshilfe, die die Entwicklung in einem Menschenleben nachzuzeichnen und zu verstehen versucht.

So bleibt die Beschreibung zur Krankheitsentstehung vorläufig und spekulativ. Beschrieben werden die folgenden Persönlichkeitsstörungen, die aktuell in den Diagnosekriterien DSM IV und ICD 10 kodiert werden:

#### **Paranoide Persönlichkeitsstörung**

Misstrauen, Feindseligkeit, hohe Empfindlichkeit gegen Kritik und Kränkung, fanatisch, querulatorisch, streitsüchtig

#### **Schizoide Persönlichkeitsstörung**

Neigung zu sozialer Isolation, Überempfindlichkeit, ausgeprägte Kühle, schroff, ablehnend, leicht verletztbar, geringe Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit, keine engen emotionalen Bindungen, Einzelgänger

#### **Schizotype Störung**

kann Vorläufer einer Schizophrenie sein, Borderline Schizophrenie, vage, umständliche Sprache, selbstbezogenes Denken, ungewohnte Wahrnehmungserfahrung, exzentrisch, soziale Ängste

#### **Antisoziale Persönlichkeitsstörung**

Missachtung und Verletzung der Rechte Anderer, Falschheit, Lügen, reizbar, aggressiv, Rücksichtslosigkeit, verantwortungslos, fehlende Reue, Empathiestörung, geringe Frustrationstoleranz, keine Schuldgefühle, Schuld bei anderen suchen, Mangel an Angst, Suche nach Reizen

#### **Narzistische Persönlichkeitsstörung**

Grandioses Gefühl von Wichtigkeit, eingenommen von Fantasien der Macht, idealer Liebe, Glanz, Schönheit, glaubt besonders zu sein, verlangt übermäßige Bewunderung, Anspruchsdenken, ausbeuterisch, neidisch, arrogant

#### **Borderline Persönlichkeitsstörung**

Geringer sozialer Erfolg, manipulative Suizidhandlungen, Affektlabilität können dezente psychotische Symptome zeigen. Gestörte zwischenmenschliche Beziehungen, Phobien, Depersonalisation, dissoziative Störungen, vermeiden alleine zu sein, Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, Impulsivität, unangemessene Affektregulation

#### **Histrionische Persönlichkeitsstörung**

Extrovertiert, ungezwungen, wollen im Mittelpunkt stehen, wenn es ihnen schlecht geht, ausgeprägtes Selbstmitleid, sex. verführerisch, provokant, rasch wechselnder oberflächlicher Gesichtsausdruck, setzt körperliche Erscheinung ein, um auf sich zu lenken, übertreiben, impressionistisch, Selbstdramatik, Theatralik

#### **Ängstlich-vermeidende, selbstunsichere Persönlichkeit**

Übergroße Empfindlichkeit gegenüber Ablehnung, tiefgehendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühle, Überempfindlichkeit auf negative Beurteilung, Angst beschämt und lächerlich gemacht zu werden. Fühlt sich minderwertig und unterlegen. Bedürfnis nach Zuneigung, aber Angst vor Ablehnung

#### **Dependente Persönlichkeitsstörung**

Übermäßige Abhängigkeit von anderen Personen, Hilflosigkeit, wenn unabhängige Entscheidungen getroffen werden müssen. Verlassen werden kann suizidale Krise auslösen. Passivität, Unterwürfigkeit, geringes Selbstvertrauen, überstarkes Bedürfnis sozial versorgt zu werden, anklammerndes Verhalten, Trennungssängste

#### **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung**

Ordentlich, ausdauernd, übertreibenes Interesse an den Details, strebsam, sorgfältig, perfektionistisch, übermäßige Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz, verlieren durch Detailbeschäftigung Wesentliches aus den Augen, Arbeit und Produktivität stehen im Vordergrund, übermäßig gewissenhaft, skrupulös, rigide, kann nichts wegwerfen, kann nicht delegieren, geizig, konventionell, eigensinnig

#### **Passiv aggressive Persönlichkeitsstörung (gibt es nur in den USA)**

Durchgängiges Muster passiven Widerstandes gegenüber Forderung nach angemessener Leistung, widersetzt sich passiv der Erfüllung sozialer und beruflicher Routineaufgaben, beklagt sich ständig, fühlt sich zu kurz gekommen, mürrisch, streitsüchtig, übt unangemessene Kritik an Autoritäten und Veränderungen, Neid, Groll, beklagt sich übertrieben über sein erlittenes Unglück, feindseliger Trotz

#### **Affektive depressive Persönlichkeitsstörung**

Hypernomie, niedergeschlagen, trübsinnig, freudlos, unzulänglich, wertlos, grübeln, negativ, pessimistisch, Schuldgefühle.

Bei der Aufzählung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen ist es schade, dass bei dem schizoiden Typ Autismus nur am Rande Erwähnung findet, wo doch ein Großteil der erwachsenen Autisten diese Diagnose erhalten. Gerade der high functioning Autismus hätte hier mehr Beachtung gebraucht.

Bei der antisozialen Persönlichkeit wird leider die Chance verpasst Gemeinsamkeiten mit ADHS darzustellen, vor allem, weil hier auch eine genetische Ätiologie nachgewiesen wurde, eine erhöhte Suchtbereitschaft und der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeit ein aggressives Verhalten in der Kindheit ist. Fehlende Angst und Risikobereitschaft, ebenso wie impulsives und aggressives Verhalten sind Leitsymptome der ADHS im Kindesalter.

Bei der Borderlinestörung fehlt leider auch hier wieder der Hinweis auf deutliche Überschneidungen mit ADHS, insbesondere bei dem impulsiven Typ. Gerade hier wird diskutiert, inwieweit es nicht ausgeprägte Überschneidungen zwischen ADHS und Borderlinestörungen gibt, da beide Störungen im Vordergrund eine unangemessene Affektregulation haben.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist leider etwas zu kurz geraten. Wie Prof. Fiedler immer wieder betont, ist die Abgrenzung der Persönlichkeitsstörungen zur Normalität schwierig. Es zeigen sich viele Kriterienüberlappungen. Es existiert außerdem eine hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen untereinander. Mindestens 80 % der Persönlichkeitsstörungen haben eine weitere Persönlichkeitsstörung!

Die Festlegungen auf bestimmte Persönlichkeitstypen bleiben willkürlich, ebenso die Frage, wieviele es überhaupt gibt. Die Diagnose kann über strukturierte Interviews, Fremdrating, Checklisten, Selbstbeurteilungsfragebögen gestellt werden. Es gibt aber immer noch keinen validen Standard.

Es zeigt sich ein Geschlechterbias, das bedeutet, dass histrionische- und Borderline Persönlichkeitsstörung bei Frauen und narzisstisch und antisozial häufiger bei Männern gestellt werden. Erwähnenswert ist auch, dass trotz der entwickelten Testinstrumente die direkte psychiatrische Untersuchung zu den validesten Ergebnissen führt.

Die Häufigkeit der Persönlichkeitsstörung ist 5-10 % der Normalbevölkerung, aber 40 % bei psychiatrischen Diagnosen. Betroffene haben eine schlechtere Schulbildung, wobei Impulsivität und Aggressivität mit dem Alter zurück-

geht, zwanghafte und introvertierte Verhaltensweisen im Alter eher schlimmer werden.

Prof. Fiedler weist auch immer wieder darauf hin, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung auch eine Stigmatisierung der Betroffenen sein kann, weshalb er den Vorschlag macht, stattdessen von Persönlichkeitsstilen zu reden oder sie als Beziehungsstörungen zu klassifizieren.

Er selbst stellt die Frage: Sind Persönlichkeitsstörungen nichts anderes als ein schwer systematisierbarer Bereich individueller Verschiedenheit? Es ist eine Sichtweise aus der Störungsperspektive mit dem Versuch, Menschen in prototypisch angelegte Klassifikationsmuster einzuordnen. Ist es nicht besser ein Kompetenzdefizit zu diagnostizieren?

Wichtig ist auch sein Hinweis, dass der Zeitgeist und die Gesellschaft bei der Kategorisierung eine bisher wenig untersuchte, aber wichtige Rolle spielen. Der Zeitgeist entscheidet zwischen der Normalität und Abweichung. Auch die gesellschaftliche Bewertung unterliegt Verzerrungen: Den Dieb auf der Strasse wird man anders bewerten, als den Börsenmakler, der Milliarden verspekuliert.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es sich bei dem vorliegenden Buch um ein äußerst komplexes Standardwerk handelt, das zu Recht in der 6. Auflage vorliegt. Die aktuellen Forschungsergebnisse sind genauso wie die historischen eingearbeitet.

Dem Laien ist dieses Buch leider nicht zu empfehlen, da es in der Ausführlichkeit und Komplexität ein fundiertes Vorwissen und eine fachliche Kompetenz voraussetzt. Für Psychologen und Fachärzte ist es aber sicherlich ein sehr wertvolles, lesenswertes Buch.

Auch die Frage nach Ressourcenorientierung, Resilienz, positiven Persönlichkeitsmerkmalen und was ein gelungenes Leben ausmacht, werden angesprochen. Wir fragen uns doch immer noch viel zu wenig, was eigentlich positive Persönlichkeitsmerkmale sind: Bewältigungskompetenz, Offenheit, Selbstwirksamkeit und so ganz am Rande wird die Liebesfähigkeit gestreift. Ist dies nicht eine ganz wichtige Kompetenz, die wir in der Psychotherapie sowieso viel zu oft außer Acht gelassen haben?

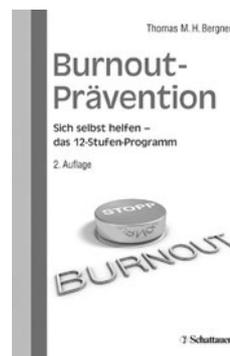
Wir sollten uns öfter Autoren wünschen wie Prof. Fiedler, die nach jahrzehntelanger Forschungsarbeit und Publikationen am Ende ihres Buches schreiben:

„Die Klassifikationssystematiken im Bereich der Persönlichkeitsstörungen sind als antiquierte Systeme im Wandel und Übergang zu bewerten“.

Hochachtung für soviel Demut und Bescheidenheit!

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

# Thomas Bergner Burnout-Prävention Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm



**Thomas Bergner**  
„Burnout-Prävention  
Sich selbst helfen – das  
12-Stufen-Programm“  
ISBN: 978-3794527885  
Verlag: Schattauer  
2. Auflage 2010  
Preis: € 29,99

Der Autor Thomas Bergner hat ein Selbsthilfeprogramm aufgestellt, mit dem der Leser sein eigenes Präventionsprogramm gegen Burnout entwickeln kann. In der 2. Auflage seines Buches wurde das Programm in 12 Stufen gegliedert. So kann sich jeder gezielt sein persönliches Selbsthilfeprogramm erarbeiten und zusammenstellen. Bergner verarbeitet in seinem Buch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und seine über fünfzehnjährige Erfahrung mit Menschen, die Burnout hatten. In verständlicher Sprache und übersichtlicher Buchgestaltung auf knappen 300 Seiten will der Autor die Einsicht und Motivation der Betroffenen/Leser für mehr Eigenprävention anregen. Alle 12 Präventionsstufen werden durch umfangreiche Übungen und Tests begleitet. Der Leser wird angeregt, sich seiner Situation zu stellen und sich neuer Möglichkeiten zu bedienen bzw. diese auszuprobieren. Durch diese Selbstbearbeitung wird sich der Leser seines Burnouts bewusst, wenn er eins hat.

Ich bin Mitte 40. Letztes Jahr haben viele in meinem gleichaltrigen Bekanntenkreis über Herzprobleme und Bandscheibenvorfälle (mögliche Komorbiditäten von Burnout) geklagt. Mir wurde schnell klar, dass viele ständig mit Burnout ringen und es nicht wahrhaben wollen. Auch ich?! Ich war letztes Jahr vergesslich, es war mir peinlich. Ich habe Schlüsse verlegt, Termine kurz davor vergessen und phasenweise nur müde. Ich habe das Buch zweimal gelesen. Beim ersten Mal habe ich den Inhalt gelesen, um überhaupt zu verstehen, was Burnout ist und wie es vermieden werden kann. Beim zweiten Lesen habe ich mich auf die

Übungen eingelassen und diese für mich ehrlich und ernsthaft bearbeitet. Manchmal bin ich gesprungen. Dies geht übrigens gut, da die Aufgaben nicht unbedingt aufeinander aufbauen. Sie sind unterschiedlich schwer und zeitintensiv. Da war z.B. eine Aufgabe, über längere Zeit hinweg den Alltag chronologisch rückwärts aufzuschreiben. Aufgabe dieser Übung war, die kleinen und großen Ziele einzuteilen und ohne Stress zu erreichen.

Nachdem ich die positive Wirkung bemerkte, bekam ich Lust noch eine weitere Stufe im Programm auszuprobieren. Es hat sich in meinem Bewusstsein einiges geändert. Ich habe Mut, wieder mehr im Leben auszuprobieren, mich mehr einzuschränken, auf mein Inneres zu hören und im Alltag mehr Raum für Selbstbestimmung zu geben. Zum Abschluss mein Lieblingssatz:

Es gibt drei zentrale Möglichkeiten, sich vor Burnout zu schützen:

### **Prävention, Prävention und nochmals Prävention.**

Fazit: Burnout-Prävention ist ein gutes Buch und es kann richtig Freude machen, mit ihm zu arbeiten. Das Werk ist dazu eine preiswerte Selbsthilfe. Das Buch ist empfehlenswert.

■ Claudia Friebe

## Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

**Freitag, 20.06.2014 – Sonntag, 22.06.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

**Freitag, 07.11.2014 – Sonntag, 09.11.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

**Freitag, 27.02.2015 – Sonntag, 01.03.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

**Freitag, 13.03.2015 – Sonntag, 15.03.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

**Landesgruppe Baden-Württemberg:**

04./05.10.2014 Caritas-Haus Feldberg

**Landesgruppe Bayern:**

19.11.2014 in Regensburg

**Landesgruppe Berlin:**

13./14.09.2014 in Berlin

**Landesgruppe Hamburg:**

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

**Landesgruppe Hessen:**

05.07.2014 in Großkrotzenburg

**Landesgruppe Niedersachsen/Bremen:**

13./14.09.2014 in Berlin

**Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:**

14./15.06.2014, JGH Münster Aasee

**Landesgruppe Schleswig-Holstein:**

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

**Landesgruppe Thüringen:**

Aufgrund der geringen Größe

keine eigene Fortbildung

## Jugendveranstaltung

**Gemeinsame Fortbildung mit  
Erwachsenen-Beratern**

**Freitag, 03.10.2014 – Sonntag, 05.10.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Fortbildungstermin der E-Mail-Berater

**Freitag, 05.09.2014 – Sonntag, 07.09.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

**Samstag, 15.11.2014 – Sonntag, 16.11.2014**

im Hotel Göller, Hirschaid

## Fortbildungstermin der Elterntrainer

**Freitag, 09.05.2014 – Sonntag, 11.05.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Mitgliederversammlung/ Symposium 2015

**18.04. – 19.04.2015**

Bruchsal-Hambrücken

## Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**  
30916 Isernhagen  
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**  
81541 München  
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**  
14055 Berlin  
seegers-berlin@t-online.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**  
boerner@p-boerner.de  
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

## Weitere Vorstandsmitglieder

- Unterstützung  
des Vorstandes: **Herta Bürschgens**  
52249 Eschweiler  
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Telefonberatungsnetz: **Gerhild Gehrman**  
25336 Elmshorn  
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- E-Mail-Beratung:  
Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**  
63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**  
38112 Braunschweig  
web.redaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und  
Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**  
91301 Forchheim
- Organisation/  
Fundraising: **Regina Lamparter**  
71069 Sindelfingen  
fundraising@adhs-deutschland.de
- Forum: **Susanne Gröpel**  
70794 Filderstatt  
forum@adhs-deutschland.de
- Schule: **Christiane Eich**  
64293 Darmstadt  
Schule@adhs-deutschland.de
- Regionalgruppen: **Bärbel Sonnenmoser**  
71032 Böblingen  
baerbel@adhs-bb.de
- Juristische  
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**  
96049 Bamberg

## Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**  
gf@adhs-deutschland.de
- Europäische Kontakte: **Detlev Boeing**  
B-3080 Tervuren  
adhs@telenet.be
- Ernährung/  
Stoffwechsel-  
besonderheiten: **Renate Meyer**  
61381 Friedrichsdorf  
meyer.koepfern@t-online.de
- Jugendteam: **jugendberatung@adhs-deutschland.de**

## Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Johanna Krause**,  
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und  
Psychotherapie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause**,  
Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
- Prof. Dr. Gerhard W. Lauth**,  
Universität Köln
- Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch**,  
Universität Würzburg
- Prof. Dr. Gudrun Ludwig**,  
Fachhochschule Fulda
- Prof. Dr. Martin Ohlmeier**,  
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Prof. Dr. Alexandra Philipsen**,  
Universitätsklinikum Freiburg
- Dr. Helga Simchen**,  
Kinder- und Jugendpsychiaterin,  
Psychotherapeutin, Mainz

## Landesgruppenleiter

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

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

Bundesgeschäftsstelle  
Postfach 41 07 24  
12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,  
Information, Versand:

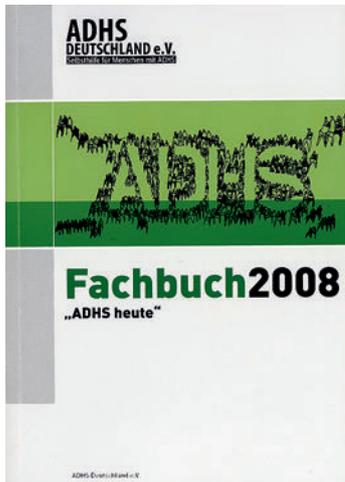
Fon 030 – 85 60 59 02  
Fax 030 – 85 60 59 70  
Montag 14:00 – 16:00 Uhr  
Di, Do, Fr 10:00 – 12:00 Uhr  
e-mail: info@adhs-deutschland.de  
Besuchen Sie uns unter  
www.adhs-deutschland.de

# ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networking
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift **neue AKZENTE**

## Aus unserem Verlag:



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)  
„ADHS heute“

ADHS Deutschland Verlag, 2008,  
ISBN 978-933067-15-9  
€ 9,50

Dieses Fachbuch behandelt drei aktuelle Themen: die Genderproblematik, d.h. inwieweit Männer anders betroffen sind als Frauen; Cognitive Enhancement, d.h. die Möglichkeit, mit Psychopharmaka, zu denen auch Methylphenidat zählt, seine geistige Leistungsfähigkeit zu steigern und die immer wiederkehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.



Regina Rusch  
„Zappelhannes“

ADHS Deutschland Verlag, 2009  
ISBN 978-3-933067-16-6  
€ 6,80

Hannes ist nicht dumm, im Gegenteil. Aber er kann nicht stillsitzen. Er kann sich nur dann konzentrieren, wenn ihn nichts ablenkt und er ganz bei der Sache bleiben darf. Und es fällt ihm auch sehr schwer, unterschiedliche Tätigkeiten aufeinander abzustimmen: Zu leicht rollt ihm dann ein Ei vom Tisch, oder er fällt mit dem Fahrrad um. Die Eltern und die anderen Erwachsenen haben es nicht leicht mit einem hyperaktiven Kind. Sie müssen viel Geduld mit Hannes haben. Und doch kann man bei aller Sorge um Hannes mit ihm über seine Mißgeschicke lachen.

## ADHS Deutschland e. V.

Poschingerstr. 16; D-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

### Spendenkonto:

Pax-Bank eG  
BLZ 370 601 93  
Konto-Nr. 6 010 115 017  
BIC : GENODED1PAX  
IBAN: DE95370601936010115017

### Beitragskonto:

Hannoverische Volksbank eG  
BLZ 251 900 01  
Konto-Nr. 221 438 500  
BIC : VOHADE2H  
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)  
„ADHS und Recht“

ADHS Deutschland Verlag, 2011  
ISBN 978-3-933067-17-3  
€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

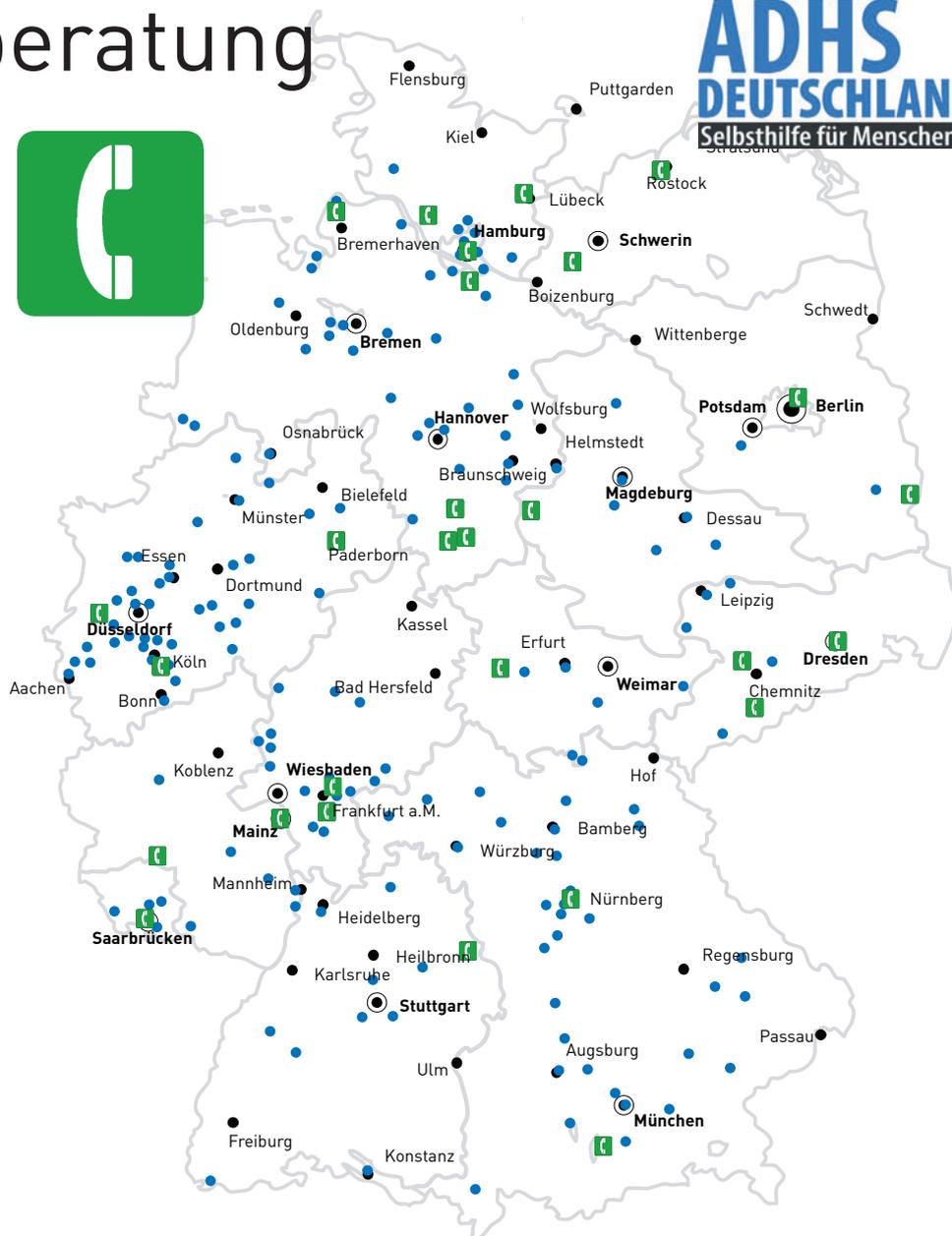
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

Leistungspflichten der Jugendämter gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit ADHS

# Telefonberatung



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



## Bayern

Adele Cordes:  
08152 - 9996499  
Ingrid Meyer-Kaufmann:  
0911 - 9 56 63 51  
Michaela Nagy:  
09180 - 90 97 16  
Ruth Wissing:  
0951 - 9 68 47 89  
Carolin Zasworka:  
09542 - 77 26 89

## Baden - Württemberg

Uwe Metz:  
07152 - 6 10 47 21

## Berlin

Karin-Gisela Seegers:  
030 - 3 01 97 14  
Petra Peilert:  
030 - 65 91 56 10

## Bremen und Umgebung

Sabine Bernau:  
04793 - 93 10 21  
0170 - 2 46 27 44  
Ellen Köster-Schmidt:  
0421 - 6 97 99 91

## Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:  
040 - 68 91 50 23

## Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:  
05684 - 16 59

## Mecklenburg- Vorpommern

Karin Heynen:  
0381 - 7 69 80 16

## Niedersachsen

Sabine Nicolei:  
0531 - 22 45 91 45  
Angela Schwager:  
05554 - 99 56 46  
Ellen Köster-Schmidt:  
0421 - 6 97 99 91  
*(Kreis Wesermarsch)*

## NRW

Karin Knudsen:  
0221 - 3 56 17 81  
Ulrike Vlk:  
02161 - 53 17 39  
Sonja Adam:  
01577 - 6434551  
(mit Rückrufoption)

## Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:  
0651 - 4 63 78 78

## Sachsen

Susanne Voigt:  
037341 - 4 98 30

## Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:  
04821 - 4 03 94 80  
Gerhild Gehrman:  
04121 - 80 72 72  
Carola Kliemek:  
0461 - 3 15 37 72

## Saarland

Sabine Berg:  
0651 - 4 63 78 78

## Thüringen

Regina Schrage:  
03691 - 87 22 22

Wir benötigen noch Verstärkung, besonders in den Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de) oder fordern Sie diese bei der Geschäftsstelle an.

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