

neue AKZENTE

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

Aus der Praxis

ADHS und Therapie

- HTA-Bericht
- Essstörungen bei Jugendlichen
- „In den Ohren liegen und aufs Auge drücken?“

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



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)
Karin Knudsen
Renate Meyer
Karin-Gisela Seegers
Dr. Johannes Streif
Vera-Ines Schüpferling
Dr. Andreas Lüdke

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 DesktopPublishing

nanu!GRUPPE, Agentur für neue Medien
www.nanugruppe.de

Druck

BUD, Potsdam

Erscheinungsweise: 3 - 4x jährlich
Auflage: 4000 Exemplare

Bezug

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

Copyright

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

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe
15. Februar 2011

Fotonachweis

Cover : Alexander Yakovlev - Fotolia.com
Rolf Richter, Nina Hoff, govicinity -
Fotolia.com
sowie Aktive der Landes- und Regional-
gruppen.

Die Redaktion freut sich über die Einsen-
dung von Manuskripten. Sie behält sich nach
Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung
von Beiträgen vor.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte
kann keine Haftung übernommen werden.
Die mit dem Verfasseramen gekennzeichneten
Beiträge und Leserbriefe geben die
Auffassung der Autoren wieder und nicht un-
bedingt die Meinung des Verbandes. Alle An-
gaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch
ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise
Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbil-
dung dienen.

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr ist nun schon fast wieder vorüber und erneut hat sich im Bereich ADHS vieles ereignet:

Da gibt es die „Windmühlen“, gegen die man wohl immer ankämpfen muss – in Form von schlecht recherchierter oder bewusst populistischer Berichterstattung. Dann die ebenfalls andauernden Bemühungen um die Zulassung von Methylphenidat für Erwachsene.

So besteht immer wieder Anlass aktiv zu werden durch Stellungnahmen, Leserbriefe und anderer Öffentlichkeitsarbeit. Allen, die uns hierbei so tatkräftig unterstützen, gilt mein ganz herzlicher Dank! Besonders freut mich, dass sich seit diesem Jahr einige Jugendliche in verschiedenen Bereichen wie E-Mail-Beratung und Verbandszeitschrift engagieren.

Ich wünsche Ihnen ein möglichst ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr. Hoffentlich sehen wir uns im Mai 2011 anlässlich unserer Mitgliederversammlung in Berlin – ich würde mich freuen.

Ihre

Dr. Myriam Menter

FACHBEITRÄGE

Wissenschaft

Prof. Dr. Klaus-Henning Krause

- 04 HTA-Bericht zur medikamentösen Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter**

Aus der Praxis

Dr. Helga Simchen

- 07 Essstörungen bei Jugendlichen**

Dr. Johannes Streif

- 11 Anmerkungen zu etablierten und alternativen Therapieverfahren**

Dr. Dorothea Böhm

- 11 Emoflex - ein innovativer neuropsychotherapeutischer Ansatz aus Sicht einer Anwenderin**

Gabriele Werdehausen,

Mandy Brose

- 20 Bewegungsangebote**

in einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis

AKTUELLES

Jugend

Marie-Luise Bach

- 23 In den Ohren liegen und aufs Auge drücken**

- 24 Der Wissenschaftliche Beirat stellt sich vor**

Dr. Helga Simchen

Prof. Dr. Trott

BERICHTE

Familie

Petra Kurz

- 26 Konzentration**

Fortsetzungsroman, Teil 4

ADHS Deutschland e.V - bundesweit, landesweit, regional

Andrea Wohlers

- 32 Bericht zur Veranstaltung der Thüringer Landesgruppe**

Frank Häusler

- 33 Gut besuchtes Symposium und Landesgruppenjahrestreffen im niedersächsischen Hankenbüttel**

15 Jahre ADHS-Selbsthilfegruppe

JoJo

Frank Häusler

- 35 Zweites ADHS-Jugendtreffen kommt gut an**

Gerhild Drüe/Doris Morszeck-Groten

- 35 Was hat das *nifbe* mit ADHS und Selbsthilfe zu tun**

Uwe Metz

- 37 Fundierte Reflexion von Erfahrung**

Fortbildung über ADHS für Pädagoginnen und Pädagogen in Stuttgart

Frank Häusler

- 38 Traditioneller September-Vortrag der Regionalgruppe „AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg“**

Patrik Boerner

- 39 „Sehr unterschiedliche Perspektiven“**

Interdisziplinäre Fachtagung der Humboldt Universität zu Berlin

- 40 Regionalgruppenberichte**

in alphabetischer Reihenfolge

MEDIEN REZENSIONEN

Dr. Johanna Krause

- 43 Sören Schmidt und Franz Petermann:**
„ADHS-E. ADHS-Screening für Erwachsene“

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

- 44 Tanja Bresner, Wafaa Moussa, Konrad Reschke:**
„Emotionsregulation von Erwachsenen mit ADHS“

Dr. Johannes Streif

- 45 Adam S. Gawlik**
„Diagnose ADS/ADHS - Sind unsere Kinder noch zu retten?“

Uwe Mühlig

- 47 Alfred, Eiden, Heuschen, Neuy-Bartmann:**
„MY ADHS.COM“

Vera-Ines Schüpferling

- 47 Helga Simchen**
„Essstörungen und Persönlichkeit“

TERMINE

- 48 Termine Weiterbildung**
Telefonberatung
E-Mail-Beratung
Junges Beraternetz

VERBANDSDATEN

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

HTA-Bericht

zur medikamentösen Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter



Prof. Dr. Krause ist Neurologe
an der Universität München



Prof. Dr. Klaus-Hennig Krause

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde 1969 als eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gegründet. Zu seinen Aufgaben gehört es, der fachlich interessierten Öffentlichkeit Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zugänglich zu machen. Im Jahr 2000 richtete das DIMDI die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) ein. Der Begriff Health Technology Assessment (HTA) bezeichnet einen Prozess, mit dem gesundheitsrelevante Verfahren und Technologien systematisch bewertet werden, die einen Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung haben. HTA beurteilt dabei die Aspekte Sicherheit, Wirksamkeit und Kosten im Vergleich zum Nutzen sowie epidemiologische Fragestellungen. Außerdem werden soziale, rechtliche und ethische Effekte berücksichtigt. Im HTA sollen vorhandene Forschungserkenntnisse und Informationen beschafft und gewertet, in einem Bericht zusammengefasst, Schlussfolgerungen abgeleitet sowie Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsversorgung gegeben werden.

Entscheidungen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik müssen auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen getroffen werden, d.h. evidenzbasiert sein. Hier setzt das HTA-Verfahren an: Vorhandene medizinische, ökonomische, ethische, juristische sowie sozi-

ale Informationen werden systematisch aufbereitet und mit Handlungsempfehlungen in einem HTA-Bericht dargestellt. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und stehen gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern als übersichtliche und evidenzbasierte Arbeitsgrundlage zur Verfügung.

Gemäß Aussage des DIMDI hilft HTA somit, die unkontrollierte Verbreitung unzureichender Technologien im deutschen Gesundheitssystem zu verhindern, die damit verbundene finanzielle Belastung zu mindern und die Qualität medizinischer Versorgung zu steigern.

HTA soll durch eine frühzeitige umfassende Bewertung dazu beitragen, innovative Verfahren schnell ins Gesundheitssystem zu integrieren und unnötige Verfahren zu entfernen.

Inzwischen liegen über 100 HTA-Berichte vor. Erfreulicherweise befasst sich der neueste Bericht zum ersten Mal mit der ADHS, und zwar speziell der medikamentösen Therapie bei betroffenen Erwachsenen.

Im Folgenden soll die Zusammenfassung dieses 242 Seiten umfassenden Berichtes wiedergegeben werden:

HINTERGRUND: Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) handelt es sich um eine psychische Störung. Die betroffenen Personen sind in der Regel überaktiv, unachtsam und leichtfertig. Diese Erkrankung beginnt immer im Kindesalter, kann aber bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben. Sie wirkt sich für die Betroffenen in nahezu allen Lebensbereichen aus. Die Lebensqualität ist häufig infolge der typischen Symptome und der hohen Rate an Begleiterkrankungen eingeschränkt. Eine bewährte Form der Therapie ist die Behandlung mit anregend wirkenden Arzneimitteln. In erster Linie wird der Wirkstoff Methylphenidat eingesetzt. Er ist für die Behand-

lung der ADHS im Erwachsenenalter in Deutschland nicht zugelassen. Das führt dazu, dass viele betroffene Erwachsene keine entsprechende Medikation erhalten.

FORSCHUNGSFRAGE: In dem vorliegenden Bericht (Health Technology Assessment [HTA]) werden die gewünschte Wirkung (Effektivität), die Wirkung in Zusammenhang mit den Kosten (Kosten-Effektivität) sowie ethische, soziale und rechtliche Gesichtspunkte bei der medikamentösen Behandlung von Erwachsenen mit einer ADHS betrachtet. **METHODIK:** In wissenschaftlichen Datenbanken wird im August 2009 eine systematische Literatursuche durchgeführt. Gefundene Literaturstellen müssen vorab definierten Kriterien entsprechen. Die Daten der Literaturstellen werden gezielt herausgesucht, bewertet und zusammenfassend beurteilt. Ergänzend wird eine Handsuche durchgeführt.

ERGEBNISSE: Insgesamt erfüllen 19 Studien, davon neun kontrollierte Studien, mit zufälliger Verteilung der Versuchspersonen bezüglich der Behandlung, fünf Metaanalysen (Untersuchung von zusammengefassten Einzelstudien), drei Studien zu wirtschaftlichen und zwei zu rechtlichen Gesichtspunkten die vorgegebenen Einschlusskriterien. Alle bewerteten randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) zeigen, dass unter medikamentöser Behandlung vor allem mit Arzneimitteln mit anregender Wirkung (Methylphenidat und Amphetaminen) und Atomoxetin eine Verbesserung der ADHS-Symptome bei Erwachsenen im Vergleich zu einer Placebobehandlung auftritt. Die Ansprechraten belaufen sich in den Kontrollgruppen zwischen 7 % und 42 %, in den Behandlungsgruppen zwischen 17 % und 59,6 %. In den Metaanalysen werden die Ergebnisse aus den RCT bestätigt. Insgesamt lassen sich für Patienten mit ADHS hohe jährliche direkte (z. B. für Medikamente) und indirekte (z. B. für Verdienstausschlag) Kosten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe feststellen. Die durchschnittlichen Medikamentenkosten für Erwachsene mit ADHS betragen zwischen 1.262 US-Dollar im Jahr 1998 und 1.673 US-Dollar im Jahr 2001 (Währung und Inflation berücksichtigt: für 2009 zwischen 1.270 und 1.619 Euro). Im Zusammenhang mit der Einnahme von Arzneimitteln mit stimulierender Wirkung können Betroffene in den Bereichen Straßenverkehr, Reisen und Sport eingeschränkt sein. Für ethische und soziale sowie für rechtliche Aspekte in Bezug zur medikamentösen Therapie bei Erwachsenen mit einer ADHS werden keine entsprechenden Studien gefunden.

DISKUSSION/SCHLUSSFOLGERUNG: Insbesondere bei Methylphenidat und Atomoxetin sind positive Effekte der medikamentösen Therapie nachweisbar. Dabei muss eine Doseinstellung abgestimmt auf die jeweilige betroffene Person erfolgen, um ein optimales Ansprechen der Medikamente zu erreichen. Um genauere Aussagen über

die Kosten-Wirkung der medikamentösen Therapie bei Erwachsenen mit einer ADHS zu treffen, sind weitere gesundheitsökonomische Studien erforderlich. Abgesehen vom zweifelsfrei psychiatrischen Krankheitsbild wird allein schon aus gesundheitsökonomischen Gründen empfohlen, die Voraussetzungen für eine angemessene Versorgung mit diesen Medikamenten auch für Erwachsene zu schaffen.

Mit diesem Bericht werden nun endgültig den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen klare Maßgaben vermittelt. Es ist zu hoffen, dass der unerträgliche Zustand, wonach eine adäquate Behandlung der ADHS bei Erwachsenen in vielen Fällen vom Geldbeutel der Betroffenen abhängig ist, sehr bald beendet sein wird.

In einem entsprechenden Tenor ist auch die aktuelle Pressemitteilung des DIMDI vom 7.9.2010 abgefasst:

HTA-Bericht: Medikamente bei ADHS im Erwachsenenalter? (07.09.2010)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann die Lebensqualität von Betroffenen stark einschränken. Medikamente, die die Symptome verringern können, sind aktuell nur für Kinder und Jugendliche zugelassen und erstattungspflichtig.

ADHS ist eine psychische Störung. Die Erkrankung beginnt immer im Kindesalter, kann aber bis ins Erwachsenenalter fortbestehen. Betroffene sind unaufmerksam, impulsiv, hyperaktiv und schlecht organisiert. Sie leiden häufig unter weiteren psychischen Störungen und sind in Stresssituationen schnell überfordert.

Ergebnisse des Berichts

Die für den Bericht bewerteten klinischen Studien zeigen, dass bei Erwachsenen gegenüber Placebo vor allem Arzneimittel mit zentral-nervös stimulierender Wirkung (Methylphenidat und Amphetamine) und Atomoxetin die ADHS-Symptome verringern. Dabei muss die Dosis für einzelne Betroffene individuell angepasst werden, damit die Medikamente optimal wirken.

Aus Studien aus dem Ausland schließen die Autoren auf hohe jährliche direkte (z.B. für Medikamente) und indirekte Kosten (z.B. Zeit) für die Behandlung der ADHS. Die durchschnittlichen Kosten für die medikamentöse Behandlung eines Erwachsenen betragen demnach im Jahr 2009 zwischen 1.270 und 1.619 Euro.

Empfehlung der Autoren

Die Autoren empfehlen, Voraussetzungen für eine angemessene Versorgung mit ADHS-Medikamenten auch für Erwachsene zu schaffen. Weitere klinische Studien sollten durchgeführt werden, um die Substanzen direkt miteinander zu vergleichen und Langzeiteffekte zu erfassen. Auch für genauere Aussagen zur Kosten-Effektivität der

medikamentösen Behandlung, speziell für Deutschland, sind Studien erforderlich.

Diagnose ADHS

ADHS wird nach den internationalen Klassifikationssystemen psychischer Störungen diagnostiziert. Für eine Diagnose im Erwachsenenalter muss die Kernsymptomatik bereits im Kindesalter vorgelegen haben. Dazu gehören unter anderem gestörte Aufmerksamkeit, impulsives Handeln oder ständiger Bewegungsdrang. Von Erwachsenen sind etwa 2 bis 4 % betroffen, wobei statistisch mehr Männer als Frauen an ADHS leiden. Die Störung wirkt sich für Betroffene in nahezu allen Lebensbereichen aus. Unter anderem steigt das Risiko, schwere Verkehrsunfälle zu verursachen oder straffällig zu werden. Zudem werden zahlreiche andere psychische Beeinträchtigungen gefördert, etwa Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen.

Therapie heute

Ob eine Therapie erforderlich ist, hängt vom Ausprägungsgrad der Krankheit sowie von den psychischen und sozialen Beeinträchtigungen der Betroffenen ab. Wissenschaftliche Leitlinien, z.B. der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), zur Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter empfehlen im Rahmen eines multimodalen Konzeptes neben psychotherapeutischen Interventionen und Schulungen auch - mit unterschiedlicher Evidenzlage - die Behandlung mit speziellen, verschreibungspflichtigen Medikamenten:

- Stimulanzien: Methylphenidat, Amphetaminsulfat
- Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer: Atomoxetin
- spezielle Antidepressiva: z. B. Bupropion

Als Therapie erster Wahl bei ADHS im Erwachsenenalter empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde den Wirkstoff Methylphenidat. Allerdings sind ADHS-Medikamente in Deutschland zurzeit nur für Kinder und Jugendliche zugelassen und durch gesetzliche Krankenkassen erstattungspflichtig, bei Erwachsenen werden die Arzneimittel im Einzelfall erstattet.

Medikamentöse Behandlung der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung) im Erwachsenenalter in Deutschland

Autoren: Diana Benkert, Klaus-Henning Krause, Jürgen Wasem, Pamela Aidelsburger

Der vorliegende HTA-Bericht wurde von der Janssen-Cilag GmbH beauftragt und finanziert. Wie alle durch die DAHTA beauftragten Berichte wurde er in einem standardisierten, anonymisierten Verfahren erstellt, um die Unabhängigkeit der Autoren zu gewährleisten.

Der Volltext des HTA-Berichtes ist unter www.dimdi.de im Internet abrufbar.

■ Prof.Dr. Klaus-Henning Krause

VORANKÜNDIGUNG

Mitgliederversammlung/ Symposium 2011

Unsere Mitgliederveranstaltungen werden im kommenden Jahr am letzten Mai-Wochenende vom 28.-29.05.2011 in Berlin stattfinden.

In dieser Woche wird auch ab dem 26.05.2011 der 3. Internationale ADHD Kongress im ICC-Berlin tagen (s. Link: <http://www.adhd-congress.org/>). Im Rahmen dieses Kongresses wird von den Organisatoren Professor Warnke und Professor Gerlach immer ein „Patiententag“ angeboten, der dieses Mal am Samstagnachmittag stattfinden wird. Wir haben beschlossen, dies zu nutzen und statt des jährlich stattfindenden eigenen Symposiums diese Veranstaltung zu besuchen. Es werden als Referenten namhafte Kapazitäten aus dem In- und Ausland dort sein.

Unsere Veranstaltungen sind wie folgt geplant:

28.05.2011 vormittags Mitgliederversammlung im St.-Michaels-Heim, Bismarckallee 23, 14193 Berlin-Grunewald, anschließend Mittagessen.

Kostenloser Bustransfer zum **Besuch des Patiententages von 14.00 -18.00 Uhr**, der im Campus Virchow Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin-Wedding stattfindet

Kostenloser Bustransfer zum **Abendessen im St.-Michaels-Heim.**

Parallel findet **ganztägig** am **28.05.2011** eine **Jugendveranstaltung** statt - weitere Informationen in Kürze auf dem Internet

29.05.2011 vormittags Workshops für Mitglieder in Räumlichkeiten in der Nähe des St.-Michaels-Heim.

Der Besuch des Patiententages und der Workshops werden als Gruppenleiterschulung anerkannt.

Essstörungen bei Jugendlichen

In diesem Artikel möchte ich auf den Zusammenhang von AD(H)S und Essstörungen aufmerksam machen und auf die große Bedeutung von negativem Dauerstress als Bindeglied zwischen beiden, weil das in der Praxis der AD(H)S-Therapie noch viel zu wenig Beachtung findet. Ein besseres Verständnis dieses Zusammenhanges könnte helfen, manche Essstörung zu verhindern oder deren Therapie wesentlich erfolgreicher zu gestalten. Allerdings setzt das ein Umdenken und eine interdisziplinäre Herangehensweise voraus. Deshalb kann dieser Artikel nur einen kurzen Einblick in die umfassende Thematik geben. Er soll (was ich mir im Interesse der Betroffenen wünsche) bei den Betroffenen und ihren Therapeuten Interesse wecken, diesen Zusammenhang zwischen Essstörungen und AD(H)S zu verstehen. Eine ausführliche Bearbeitung dieser Thematik, mit der ich mich seit über zehn Jahren intensiv befasste, erfolgt in meinem Buch „Essstörungen und Persönlichkeit“, das im Kohlhammer-Verlag erschienen ist.

Essstörungen umfassen Magersucht, Bulimie und Übergewicht durch stressbedingtes Frustessen, denn Betroffene mit ausgeprägter AD(H)S-Symptomatik leiden sehr häufig und sehr lange unter negativen Dauerstress. Erschwerend hinzu kommt die für AD(H)S typische angeborene Reizüberflutung des zentralen Nervensystems mit emotionaler Steuerungsschwäche und Überempfindlichkeit besonders gegenüber Stress.

Beobachtungen aus meiner Praxis, die auf diesen Zusammenhang hinweisen:

1. Etwa jede dritte Frau, die sich wegen einer ADS-Problematik in ärztliche Behandlung gibt, berichtet, dass sie in der Jugend an einer Essstörung gelitten habe, die in ihrer Tendenz manchmal noch immer besteht.
2. Jugendliche und Erwachsene mit einer AD(H)S-Problematik klagen alle über eine zu große Empfindlichkeit - besonders gegenüber Stress, den sie sich oft selbst machen, da sie ständig zu viele Gedanken im Kopf haben, vieles vergessen und darüber, dass sie ihre Gefühle schlecht steuern können, viel zu empfindlich

*Dr. Helga Simchen
Kinderärztin / Kinderneurologin / Kinder- und
Jugendpsychiaterin / ADS-Spezialistin
Psychotherapie / Verhaltenstherapie / Familientherapie / Neurobiologische Lerntherapie*



Dr. Helga Simchen

sind und sehr lange brauchen, bis sie nach Aufregung wieder psychisch ins Gleichgewicht kommen.

3. Häufig entwickeln weibliche Jugendliche mit einem ausgeprägten AD(H)S eine Essstörung, wobei Gymnasiastinnen und Studentinnen besonders davon betroffen sind. Besteht bei ihnen ein ADS ohne Hyperaktivität, dann neigen sie zur restriktiven Essstörung (mit dem Ziel der Gewichtsabnahme). Ganz vereinzelt entwickeln auch männliche Jugendliche mit einem ADS eine Essstörung. Weibliche Jugendliche mit einem ausgeprägt hyperaktiven ADHS (in der Kindheit) neigen mehr zum frustbedingten Übergewicht.

Soweit die von mir in der Praxis gemachten Beobachtungen vom Zusammentreffen von AD(H)S und Essstörungen, was bisher noch viel zu wenig beachtet und beschrieben wurde. Deshalb sollte das Essverhalten bei Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S mehr Beachtung finden, um Essstörungen im Beginn zu erfassen oder durch eine frühzeitige Therapie gezielt zu verhindern. Denn eine einmal bestehende ausgeprägte Essstörung hinterlässt psychisch und körperlich meist lebenslang Spuren. Essstörungen nehmen, wie viele andere psychische Erkrankungen, an Häufigkeit und Schwere zu.

Mehrere, in der Praxis erfahrene AD(H)S-Therapeuten machten die gleichen Beobachtungen über einen Zusammenhang von AD(H)S und Essstörungen und konnten dadurch manche Essstörung erfolgreicher

behandeln. Voraussetzung sind Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADS ohne Hyperaktivität mit Selbstwertproblematik und nicht altersentsprechend entwickelter sozialer Kompetenz. Denn aus dieser Gruppe von Jugendlichen rekrutiert sich das Gros der Essstörungen im Jugendalter.

Warum und wann kommt es unter ganz bestimmten Voraussetzungen zu Essstörungen im Rahmen eines AD(H)S?

Essstörungen entstehen in Verbindung mit einem AD(H)S, als sog. Komorbidität vorwiegend in jenem zeitlich umschriebenen Lebensabschnitt der Pubertät, der entwicklungsbedingt sehr belastend ist. Belastend für diejenigen, die den pubertätsbedingten Anforderungen infolge ihres Reiferückstandes in der Persönlichkeitsentwicklung nicht gewachsen sind und schon jahrelang unter Selbstwertproblematik verbunden mit dem Gefühl „anders zu sein“ leiden. Diesen Jugendlichen dient die Essstörung zur Selbstbehandlung einer ständig zunehmenden psychischen Destabilisierung mit quälenden Insuffizienzgefühlen, was negativen Dauerstress verursacht. Denn sie haben alle ein schlechtes Selbstwertgefühl und ihre soziale Kompetenz ist nicht altersentsprechend entwickelt, diese Defizite spüren sie täglich. Deshalb klagen die Betroffenen nicht primär über ihre Essstörung. Sie wird verschwiegen oder verleugnet, weil sie dieses Essverhalten brauchen zur Aufrechterhaltung ihres psychischen Gleichgewichtes, zur Selbstbestätigung und zur Aktivierung ihres körpereigenen Belohnungssystems. Deshalb lehnen sie meist jede Therapie ab, die ihr Essverhalten betrifft. Stattdessen erwarten sie vom Therapeuten eine spürbare Hilfe bei der Verbesserung ihres Selbstwertgefühls und ihrer sozialen Kompetenz. Das ist das Besondere bei Essstörungen, die sich im Rahmen eines stressbedingten AD(H)S-Spektrums entwickeln!

Damit es zur Essstörung kommt, müssen zu den Symptomen aus dem AD(H)S-Spektrum noch ganz bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, soziale Belastungen, ganz bestimmte Umwelteinflüsse und familiäre Bedingungen hinzukommen.

Aus dem AD(H)S-Spektrum sind es folgende anlagebedingte Persönlichkeitsmerkmale, die in ihrer Summe die Entwicklung von Essstörungen begünstigen:

Dazu gehören vor allem persönliche Ansprüche, die einen dauerhaften Konflikt zwischen Wollen und Können unterhalten und ständig Enttäuschungen und Hilflosigkeit verursachen, wie:

- Der Wunsch, von anderen respektiert und anerkannt zu werden in Bezug auf Aussehen und Erfolg
- Ein schlechtes Selbstwertgefühl mit starker Abhängigkeit vom externen Feedback
- Sein Äußeres für Misserfolge verantwortlich zu machen

- Eine anlagebedingte zu große Empfindlichkeit mit emotionaler Steuerungsschwäche
- Stressintoleranz mit Kontrollverlust unter Stress
- Mangelnde Konzentration und Daueraufmerksamkeit mit Beeinträchtigung in der Leistungs- und Verhaltensebene
- Schwierigkeiten, schnell und angemessen reagieren zu können
- Hoher Selbstanspruch bei meist sehr guter Intelligenz bis zur Hochbegabung, über die bei Bedarf und unter Stress nicht ausreichend verfügt werden kann
- Unvermögen, seine Interessen anderen gegenüber sozial angepasst durchzusetzen
- Hilflosigkeit, durch ständiges Misslingen geplanter Änderungsversuche, da kein Lernen aus Fehlern gelingt
- Großes Harmoniebedürfnis mit stetem Gefühl, nicht verstanden zu werden
- Soziale Überangepasstheit mit Rückzugstendenz
- Geringe soziale Anerkennung und dem Gefühl der sozialen Ausgrenztheit
- Hoher Anspruch an andere mit Schwarz-Weiß-Denken
- Wiederholte Enttäuschungen im Sozial- und Leistungsbereich trotz Anstrengung.

Diese Frühsymptome haben ihre Ursache in einer besonderen Art der Informationsverarbeitung, die eine altersentsprechende Hirnreifung mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Infolge anlage- und erziehungsbedingter, sowie geschlechtsspezifischer Einflüsse sind davon besonders Mädchen, weibliche Jugendliche und junge Frauen betroffen. Sie reagieren meist introvertiert, geben sich häufiger die Schuld, sie resignieren schneller und sind empfindlicher. Angehörige des männlichen Geschlechts mit einem ADHS verhalten sich extrovertiert, reagieren sich schneller und aggressiver nach außen hin ab. Sie sind durchsetzungsstärker, weisen meist alle Schuld erst einmal von sich und bringen sich so psychisch schnell wieder ins Gleichgewicht.

Folgende Symptome sind in den Biografien von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Essstörungen immer wieder zu finden (das kann kein Zufall sein!) und sollten Anlass sein, nach einem AD(H)S zu fahnden:

- Sie haben zu viele Gedanken im Kopf, die sie nur schlecht kontrollieren können (Reizüberflutung).
- Sie haben nur eine niedrige Stresstoleranz, unter Stress ist ihre Handlungsfähigkeit eingeschränkt und unangepasst.
- Sie machen anhaltende negative Erfahrungen infolge von Defiziten in der Informationsverarbeitung, was ihr Selbstvertrauen schwächt.
- Sie hatten Auffälligkeiten in der Kindheit in verschiedenen motorischen Bereichen, wie

Fein-, Grapho-, Sprach- oder Augenmotorik, manchmal auch in der Koordination.

- Sie haben wenig Freunde, sie haben meist nur eine(n) feste(n) Freund(in) und können sich schwer und nicht dauerhaft in Gruppen integrieren.
 - Sie beschäftigen sich gern allein und ziehen sich häufig zurück.
 - Auf Gelerntes und bereits gemachte Erfahrungen, die im Gehirn abgespeichert sind, können sie im Bedarfsfall nicht schnell genug zurückgreifen.
 - Entscheidungen fallen ihnen schwer.
 - Sie können sich bei Konflikten nicht angemessen verbal verteidigen.
 - Sie reagieren auf alles viel zu empfindlich und kommen schnell aus dem psychischen Gleichgewicht; ihre Gefühle folgen einer Achterbahn.
 - Sie haben Probleme in der Konzentration und Dauer- aufmerksamkeit.
 - Ihr Sozialverhalten ist nicht altersgerecht und wird von den anderen oft als zu kindisch, überangepasst und nicht verstanden interpretiert.
 - Sie merken selbst, dass sie anders reagieren, viel zu langsam und unüberlegt.
 - Unter psychischem Druck handeln sie ängstlich, blockiert und unangepasst, ärgern sich selbst später darüber, ohne es wirksam ändern zu können.
 - Sie haben einen hohen Anspruch an sich und andere bei meist überdurchschnittlicher Intelligenz, über die sie nicht immer sofort verfügen können.
 - Werden sie ihrem Selbstanspruch trotz Anstrengung nicht gerecht, begibt sich ihr Selbstwertgefühl in die Negativspirale; sie beginnen, ihre Umwelt als gegen sich gerichtet zu empfinden.
 - Sie reagieren mit noch mehr Fleiß und noch mehr Streben nach Anerkennung.
 - Ihr nicht zu befriedigender Selbstanspruch führt anhaltend zu Enttäuschungen, die reaktiv ihre Wahrnehmung negativ verändert.
 - Sie fühlen sich isoliert, denn alle Versuche, sich in die Peergruppe zu integrieren, sind nicht von Dauer.
 - Sie haben meist nur zu einer Person eine enge Bindung, geht die verloren, gleicht das einer Katastrophe.
 - Um ihr großes Harmoniebedürfnis zu befriedigen, klammern sie sich an diesen einzigen Freund oder einzige Freundin.
 - In der Schule kann es zu Teilleistungsstörungen (Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche) kommen, durch unzureichende Entwicklung der neuronalen Lernbahnen.
 - Die Mitarbeit ist erschwert durch verlangsamtes Bearbeiten der gestellten Fragen.
 - Das zunehmend negative Selbstwertgefühl führt zur inneren Verunsicherung mit Versagensängsten, Resignation und Rückzug.
- Diese psychische Überforderung führt schließlich zum Dauerstress mit Antriebsschwäche, mangelnder

Motivation und Versagensängsten. Der Frustabbau erfolgt dann über Aggressionen, Essen, Rauchen, Alkohol oder sich ritzen und er begünstigt die Ausbildung von perfektionistischen Verhaltensweisen und Zwängen. Schlafprobleme nehmen zu, das Einschlafen ist durch ständiges Grübeln und das Aufstehen durch Kraftlosigkeit und Müdigkeit erschwert.

Jedes einzelne Symptom entspricht einem Puzzleteil, das erst in der Summe und mit der Zeit negativen Dauerstress erzeugt und die Ausbildung einer Essstörung begünstigt.

Negativer Stress kann das Essverhalten beeinflussen:

Die Menschen reagieren mit ihrem Essverhalten unterschiedlich auf Stress. Den einen schnürt Stress den Hals zu, sie bringen keinen Bissen herunter und verspüren überhaupt kein Hungergefühl. Sie können erfolgreicher und leichter abnehmen, um damit Aufmerksamkeit und Anerkennung zu erreichen, was ihnen bisher nicht gelang. Wird das Kalorienzählen dann zwanghaft, besteht die Gefahr einer Magersucht.

Während Stress bei anderen ein starkes Hungergefühl auslöst und sie trotz reichlichem Essen kein Sättigungsgefühl verspüren, sondern sie das Essen brauchen, um ihre innere Unruhe zu reduzieren, um sich dann weniger gestresst zu fühlen. Damit sie nicht an Gewicht zunehmen, erbrechen einige die Nahrung wieder. Wird dieser zunächst aktiv ausgelöste Mechanismus öfter wiederholt, kann er sich verselbständigen und automatisieren. Erbrechen nach dem Essen wird schließlich zum Zwang, was dieser Essstörung den Namen „Essbrech-Sucht“ oder Bulimie gibt. Sie kann in eine Magersucht übergehen, zur Mangelernährung führen und viele Komplikationen auslösen.

Wieso ist das so?

Beim Stress läuft der Stoffwechsel auf Hochtouren, der Blutzuckerspiegel ist hoch, Insulin wird in die Blutbahn ausgeschüttet, was zum Abfall des Blutzuckerspiegels führt, das wiederum löst über eine Schaltstelle im Gehirn sofort Hungergefühl aus. Reagiert der Körper bei anhaltendem Stress mit Heißhungerattacken und besteht gleichzeitig eine AD(H)S-bedingte Impulssteuerungsschwäche, kann das regelrecht zu „Fressanfällen“ führen.

Negativer Stress wird zum Bindeglied zwischen psychischer Störung und körperlichen Beschwerden, eine angeborene Überempfindlichkeit gegenüber Stress und eine Impulssteuerungsschwäche sind Wegbereiter für eine AD(H)S-bedingte Essstörung.

Pubertät und junges Erwachsenenalter stehen dabei am Ende einer Entwicklungsperiode. Von nun an werden Selbständigkeit, Pflichtbewusstsein, soziale Reife und

Eigenverantwortung gefordert, bereits vorhandene Defizite zeigen sich jetzt am deutlichsten.

Jugendliche mit erheblichen Defiziten in der sozialen Kompetenz und in der Persönlichkeitsreife bekommen das in der Pubertät ganz krass zu spüren. Ein ganz bestimmter Teil dieser Jugendlichen reagiert dann mit einer Essstörung.

Magersucht dient der psychischen Stabilisierung selbstunsicherer Persönlichkeiten, die infolge einer genetisch bedingten veränderten Wahrnehmungsverarbeitung ständig unter Dauerstress leiden. Es gelingt ihnen nicht, durch Verhalten oder Leistung die erwartete Anerkennung der anderen zu erlangen. So benutzen sie ihren Körper zum Objekt der Selbstbestätigung, denn sie können schneller und erfolgreicher abnehmen als die anderen. Dieses Verhalten kann zwanghaft und zur Sucht werden und damit außer Kontrolle geraten.

Deshalb müssen in der Therapie Denken und Handeln bei der AD(H)S-bedingten Magersucht anders als bisher umprogrammiert werden, nämlich zu allererst durch Verbesserung des Selbstwertgefühls, der sozialen Kompetenz und im Umgang mit Stress. Das erfordert einen anderen therapeutischen Ansatz, der in kurzer Zeit Konfliktvermeidung, individuelle Problemlösungs- und erfolgreiche Lernstrategien nachvollziehbar vermittelt. Erst danach sind die Betroffenen bereit und in der Lage, ihr Essverhalten zu verändern.

Außer Magersucht und Bulimie kann auch die Esssucht Folge einer anlagebedingten stressassoziierten AD(H)S-Spektrumsstörung sein

Wenn Essen beim AD(H)S dem Stressabbau dient, die ständig gespürte innere Unruhe vorübergehend mindert

und das körpereigene Belohnungssystem aktiviert, kann Essen süchtig machen.

Forscherteams aus Australien, USA und der Slowakei haben unabhängig voneinander aufgedeckt, warum negativer Dauerstress zum Übergewicht führen kann:

Ein Neuropeptid, ein spezieller Eiweißstoff, wird bei Stress in die Blutbahn gegeben, der im Körper die Bildung von neuen Fettzellen bewirkt. Dieses Neuropeptid heftet sich an bestimmte Rezeptoren (Empfangsstellen) der Fettzellen und regt diese zur Volumenzunahme an. Die Forschung bemüht sich nun, einen Wirkstoff zu finden, der dieses Andocken blockiert, um diese schwerwiegenden Folgen von Stress verhindern zu können.

Ein aktueller und heute schon praktikabler Therapieansatz ist, die Entstehung von negativem Dauerstress zu vermeiden, die Stressempfindlichkeit zu reduzieren durch ein an den neurobiologischen Ursachen ansetzendes individuelles und multimodales Therapieprogramm. Das ist bei einer großen Gruppe von Menschen mit ausgeprägter AD(H)S-Symptomatik möglich, was die Praxis beweist. Denn diese Betroffenen leiden unter einer anlagebedingten zu großen Empfindlichkeit infolge Reizfilterschwäche mit veränderter Informationsverarbeitung und negativem Dauerstress. Ihnen könnte erfolgreich geholfen werden, wenn der Zusammenhang von AD(H)S und stressassoziiertem Essstörung mehr bekannt wäre.

■ Dr. Helga Simchen



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

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

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

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule

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



Anmerkung zu etablierten und alternativen Therapieverfahren

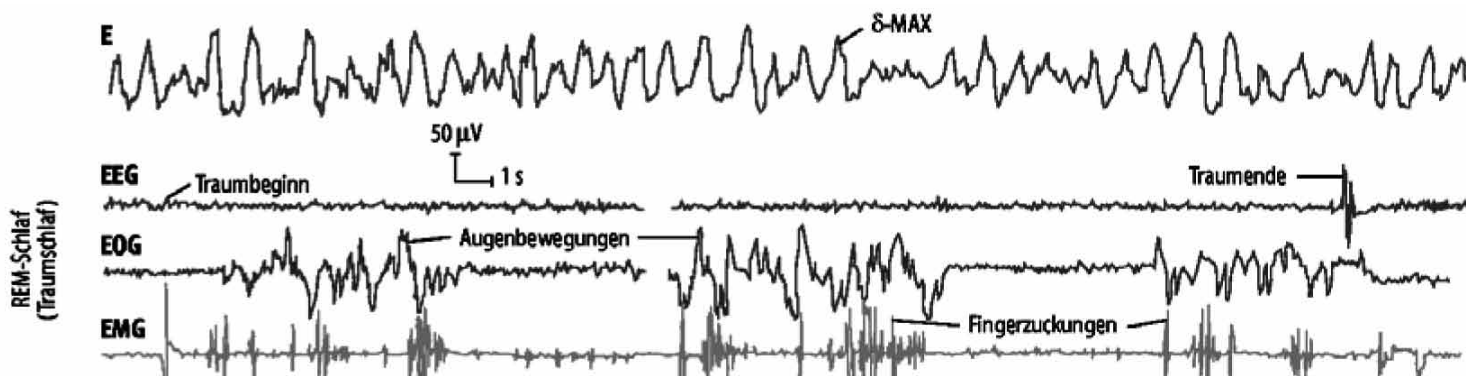
Die moderne Medizin und Psychologie kennt eine Vielzahl von Therapieverfahren. Aus wissenschaftlichen, aber auch historischen Gründen sind manche Verfahren bekannter als andere. Immer wieder werden einzelne Verfahren in die Kostenerstattung der Krankenkassen aufgenommen. Dennoch verbleiben viele Therapieformen außerhalb des Gesundheitssystems, da sie ihre Wirksamkeit nicht oder noch nicht nachweisen konnten, bisweilen auch aufgrund der bislang geringen Anzahl behandelter Patienten sowie der fehlenden Standardisierung und Erforschung.

Als Selbsthilfverband vertreten wir die Anwendung etablierter Therapieverfahren, von welchen die Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit tatsächliche Hilfe erwarten dürfen. Dennoch wollen wir Ihnen neue therapeutische Ansätze nicht vorenthalten, die Erfolg versprechen, nicht

zuletzt, da wir von Mitgliedern positive Rückmeldung dazu erhielten. Bitte beachten Sie jedoch, dass diese Verfahren i.d.R. weder umfangreich wissenschaftlich auf Wirkungen und Nebenwirkungen überprüft wurden noch ihre Kosten insbesondere bei ambulanter Behandlung – abgesehen von Ausnahmefällen - von der Krankenkasse übernommen werden.

Positive Erfahrungsberichte mögen Sie dazu anregen, die entsprechenden Verfahren selbst zu erproben. Besprechen Sie sich dazu ggf. mit den Sie behandelten Fachleuten und beenden Sie keine laufenden Therapien vorzeitig, von welchen Sie in der Vergangenheit profitiert haben.

Dr. Johannes Streif



Emoflex

ein innovativer neuropsychotherapeutischer Ansatz
aus Sicht einer Anwenderin

Vorbemerkung

Vor dem thematischen Einstieg möchte ich kurz erläutern, wie und warum ich an das Thema Emoflex gekommen bin. Als Ärztin bin ich seit einigen Jahren neben meiner Vollzeitfamilien Erziehungsarbeit als AD(H)S-Beraterin und -Coach tätig. Gleichzeitig bin ich Mutter eines ADS-Teens und selbst ADHS-Betroffene. Den Zustand defizienter automatischer Selbstregulation kenne ich gewissermaßen von außen wie von innen, was mir in meiner Rolle als professionelle Begleiterin Betroffener sehr nützt. (Zu meinem Glück habe ich ärztliche und andere Kollegen gefun-

den, die mich in der „Dreifachrolle“ ernst nehmen und mir weder Kompetenz absprechen noch meine bekundeten Schwächen für Koketterie halten). Ich berate die hiesige Elternselbsthilfegruppe als Expertin und nehme als Therapeutin an einem lokalen AD(H)S-Qualitätszirkel teil. Für die Einschätzung des folgenden Artikels möchte ich betonen, dass ich bei der Auswahl therapeutischer Optionen wissenschaftlich orientiert bin und für Qualitätsprüfungen und gesicherte Wirknachweise eintrete.

Für meine Klienten wie für mich selbst ist es wichtig, die durch AD(H)S entstehenden Probleme (Zeiteinteilung, Impulskontrolle, Konzentrationsausdauer, Handlungsplanung und -steuerung) bewältigen zu können. Daher bin ich fortwährend auf der Suche nach neuen effektiven therapeutischen Wegen. Dazu stehe ich im Kontakt mit weiteren Fachleuten, z.B. dem Kollegen Dr. Martin Winkler, ein langjähriger und überregional bekannter Experte für AD(H)S in der Klinik Lüneburger Heide. Ihm verdanke ich, mit Emoflex in Kontakt gekommen zu sein. Martin Winkler lernte ich vor mehr als 10 Jahren aufgrund seiner Administratorentätigkeit (www.adhs.ch) kennen, und ich habe ihn von jeher dafür geschätzt, dass er wie ich wissenschaftsbasiert an das Thema AD(H)S herangeht.

Im Herbst 2008 lud er mich ein, an einem Emoflex-Grundkurs von Johannes Drischel teilzunehmen. Er, Winkler, würde seit mehr als einem Jahr Emoflex bei diversen AD(H)S-Patienten mit zum Teil verblüffend schnellen und anhaltenden Erfolgen in der Klinik zum Einsatz bringen. Seiner Meinung nach verdiene diese neue Methode die Aufmerksamkeit aller, die im Bereich von AD(H)S therapeutisch oder beratend tätig sind.

Der besagte Grundkurs präsentierte sich mir als ein selbsthilfezentriertes Gruppenseminar mit den typischen kleineren organisatorischen Mängeln eines Pionierprojekts und ausgesprochen interessanten, radikal neuen und überzeugenden Inhalten. Auch die Selbsterfahrung mit Emoflex in Paarübungen war positiv, man konnte sich nach der Einführung in die grundlegende Technik sofort selbst vor Ort von der Wirkung der speziellen Arbeitsweise überzeugen. Dabei stellte dieser völlig neue Ansatz die Grundkursteilnehmer vor verständnistheoretische Herausforderungen, hatten doch zumindest wir „Profis“ uns bisher ganz andere Konzeptionen von psychischen Blockaden und ihrer Bearbeitung angeeignet. Nach dem Grundkurs habe ich mich zur Teilnahme am allerersten Profi-Ausbildungskurs, dem sog. SRD-Kurs (SRD - Synchronisation der Regulationsdynamik nach Drischel) entschlossen und die entsprechenden Wochenendseminare über den Zeitraum von Dezember 2008 bis Juni 2009 belegt. Seit dem Programmabschluss wende ich Emoflex in meiner Arbeit als AD(H)S-Coach immer wieder erfolgreich an. Vor der Beschreibung der Methodik soll Emoflex zunächst mit bereits etablierten Verfahren verglichen werden.

Emoflex im Kontext psychotherapeutischer Konzepte

Emoflex ist ein neuropsychotherapeutisches Verfahren, verwandt z.B. mit der Mitte der Neunziger Jahre von Francine Shapiro entwickelten traumapsychotherapeutischen Methode EMDR (1). Emoflex steht damit am bisherigen Ende der Entwicklung neuropsychotherapeutischer Konzepte und wird laufend weiter entwickelt. Die Vorstellung vom Zustandekommen psychischer Störungen

und Erkrankungen hat sich mit den Jahrzehnten mehrfach gewandelt. Standen um den Beginn des 20. Jahrhunderts die psychoanalytischen (2), ab 1960 dann eher die psychologischen (3) Erklärungsmodelle im Vordergrund, so wechselte in den 80er Jahren die Perspektive zu einem überwiegend genetischen (4) und damit biologischen Ansatz. Heutzutage besteht Übereinstimmung, dass das Zusammenwirken von Körper und Geist komplex ist und eine interdisziplinäre und multidimensionale Betrachtungsweise verdient. Seit etwa 10 Jahren tragen die neuropsychotherapeutischen Ansätze nennenswert zur Erweiterung von Verständnis und Behandlungsoptionen bei. Ihre gemeinsame Grundlage besteht in den wissenschaftlichen Ergebnissen der Entwicklungspsychologie-, Traumaverarbeitungs- und hirnmorphologischen Forschung. Ein zentraler Begriff der genannten Ansätze ist das „psychologische Trauma“.

Trauma, Traumabewältigungsstörungen, emotionales Gedächtnis

Unter einem psychologischen Trauma versteht man ein Ereignis, das die Integrität der Psyche bedroht. Nach der American Psychiatric Association (1987) wird ein Trauma definiert als „Stressauslösendes Ereignis außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung, welches Angst, Hilflosigkeitsgefühle, Entsetzen und Verzweiflung“ hervorruft (5). Akut stellen diese Phänomene die posttraumatische Reaktion dar, sie ist als Teil des normalen Bewältigungsgeschehens anzusehen. Die Einordnung einer Erfahrung als „traumatisch“ verläuft unbewusst und oft auch unvorhersehbar und ist individuell sehr variabel (6). Ein und dasselbe Ereignis kann von manchen Menschen als wenig belastend, von anderen aber als eine die Integrität der inneren Ordnung des Gehirns (und des Körpers) bedrohende, mit einer überschießenden Aktivierung emotionaler, stresssensitiver Regelkreise einhergehende, Erfahrung erlebt werden. Man spricht auch von individuell verschieden ausgeprägter Vulnerabilität (= Verletzlichkeit) (7), welche sowohl genetisch angelegt als auch entwicklungsbedingt erworben sein kann. Wenn es einem Individuum nicht gelingt, die Traumabewältigung erfolgreich abzuschließen, kann eine sog. PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) entstehen. Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS ist abhängig von der individuellen Empfindsamkeit eines Menschen aber auch vom Trauma selbst. So liegt sie z.B. für Verkehrsunfallbeteiligung bei etwa 15%, bei Vergewaltigung aber bei mehr als 50% (8).

Das Störungsbild der PTBS ist geprägt durch

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (*Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie*),

- Übererregungssymptome (*Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen*)
- Vermeidungsverhalten (*Vermeidung traumaassoziierter Stimuli*) und
- emotionale Taubheit (*allgemeiner Rückzug, Interessesverlust, innere Teilnahmslosigkeit*)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptome (*z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z. T. aggressive Verhaltensmuster*).

Eine PTBS kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (lateonset PTSD) (8), damit die Biographie eines Betroffenen schwer in Mitleidenschaft ziehen und Persönlichkeitsveränderungen oder Krankheiten zur Folge haben.

Der österreichische Psychiater Kampfhammer beschreibt es so: *„Die zum Teil extremen autonomen Reaktionen auch noch Jahre nach dem ursprünglichen Trauma belegen eine hohe Intensität und mitunter eine Zeitlosigkeit der niedergelegten Erinnerungen und deren anhaltenden Einfluss auf aktuelle Erfahrungen (Pitman et al, 2000). Emotional aufgeladene Erinnerungsbilder werden in „assoziativen Netzwerken“ gespeichert, die aus den sensorischen Elementen der traumatischen Erfahrung bestehen und von einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems begleitet sind. Wird eine ausreichende Anzahl dieser Elemente in einer Wahrnehmungskonfrontation aktiviert, dann wird die gesamte gespeicherte Traumareinbarung getriggert“ (9)*, das heißt: in Gang gesetzt.

Dissoziation (Lat. „Trennung“ oder „Zerfall“)

In der Psychologie versteht man unter Dissoziation, dass zusammengehörige Informationen, Wahrnehmungen, Gedanken etc. nicht miteinander in Verbindung gebracht werden können. Zwei oder mehrere mentale Prozesse, die normalerweise miteinander in Verbindung stehen (z.B. Bilder eines Erlebnisses, die dazugehörigen Gefühle, und im Gedächtnis gespeicherte Erfahrungen aus früheren Situationen), werden unter traumatisierenden Bedingungen gleichsam aufgespalten, also dissoziiert, und dadurch nicht in Bewusstsein, Gedächtnis und/oder Selbstbild integriert. Hiervon können Sinneseindrücke, Gedanken, Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, Handlungsimpulse und sogar Bewegungsabläufe betroffen sein.

Dissoziationen sind ein Versuch des Gehirns, sich vor der Verletzung durch traumatische Affekte zu schützen. Klinisch besonders bedeutsam sind die dissoziative Amnesie, dissoziative Depersonalisation und dissoziative Derealisation (10). Bis vor kurzem ging man davon aus, dass ein linearkausaler Zusammenhang zwischen auslösendem Trauma und Dissoziation besteht, aber seit einigen Jahren

weiß man, dass der Zusammenhang zwischen Trauma, Erinnerung und Dissoziation sehr komplex ist. So konnte man nachweisen, dass zu Verträumtheit neigende Menschen nicht nur stärker dazu neigen, Dissoziationen zu entwickeln, sondern auch rückblickend Traumatisierungen angeben, die biografisch widerlegbar sind (11). Zu dieser Personengruppe zählen auch AD(H)S-Menschen.

AD(H)S ist häufig – und trotzdem häufig unverstanden

AD(H)S ist ein mit ca. 5-7% verbreiteter Persönlichkeitszustand, dessen Stärkeseite zu besonderem Engagement und Leistungen befähigt, dessen Schwächenseite aber unter den heute üblichen Alltagsanforderungen (Erziehung, Schule, Ausbildung, Beruf, Elternschaft) zu ernstesten Problemen Anlass geben und schlimmstenfalls die Gesundheit kompromittieren und das Leben zum Scheitern bringen kann. Das moderne Leben in den westlichen Industrienationen verlangt AD(H)S-Menschen vieles ab, was für sie erschwert, genauer gesagt *widernatürlich*, ist, wie z.B. längeres Stillsitzen und Zuhören (fremdbestimmte Inhalte), flexible Handlungssteuerung oder auch Geduld und diskretvornehme Zurückhaltung.

Neben der erhöhten Impulsivität, der evtl. vorhandenen Hyperaktivität und ganz besonders der verminderten Aufmerksamkeitslenkungs-fähigkeit, die in den offiziellen Diagnosekriterien Eingang fanden, ist bei den meisten AD(H)S-Menschen die Emotionsregulation fragil und instabil. Ihre Gefühle springen schnell und stark an. Dies bewirkt, dass sie schon durch alltägliche Situationen wie kleinere Missliebigkeiten traumatisierbar sind. Umgekehrt bewirken Traumatisierungen eine Steigerung der emotionalen Instabilität. Dieser sich aufschaukelnde Zusammenhang trägt zu der erhöhten Gefahr der Dissoziationsbildung und damit auch der Probleme bei AD(H)S bei. Dem wird in den international üblichen Diagnosekriterien für AD(H)S allerdings kaum Rechnung getragen.

Das Verständnis für den Zusammenhang zwischen Gefühlen, Traumata, Dissoziationen und Gehirnfunktionen steht erst in den Anfängen und wurde in den letzten 10 Jahren durch die Fortentwicklung der bildgebenden Verfahren stark erweitert. Die christlich-abendländische Trennung in den Leib (Wahrnehmen, Fühlen) einerseits und den Geist (Denken, Erinnern, Lernen) andererseits hat für das Verständnis psychischer Störungen Schaden angerichtet, indem man uns fälschlicherweise vermittelte, Fühlen und Denken würden unabhängig voneinander funktionieren. Wie man heute weiß, ist das Gegenteil zutreffend: Es besteht ein unlösbarer Zusammenhang zwischen Sinneswahrnehmungen, Emotionen, Denken, Erinnern, Lernen und den organischen Hirnstrukturen. Zusammengefasst kann man sagen: Negative Erfahrungen (und dabei ist die subjektive Einschätzung entscheidend!) verändern insbesondere in der frühen Kindheit nicht nur das Verhalten sondern auch das Gehirn. Dies

gilt umso mehr, je empfindsamer ein Mensch ist und je heftiger die Gefühlsauschläge sind.

Modellvorstellung „Regulationsdynamik“

Alle Eindrücke und Erfahrungen erreichen unser Gehirn über die Sinnesorgane. Sie sind die Eingangskanäle für Information. Jede Erfahrung wird als erstes nach ihrer Bedeutung gefiltert, also emotional bewertet: gut oder schlecht für uns, bemerkenswert oder vernachlässigbar, erinnerungs- oder löschwürdig. Diese Bewertung („Labelling“) findet vor allem im Mandelkern (Amygdala) statt. Von da aus werden - in Abhängigkeit von der Bewertung - verschiedenste Mechanismen und Handlungen in Gang gesetzt: Interesse bekunden, ignorieren, wegrennen oder kämpfen. Insbesondere die Flucht- und Kampfsituationen mussten vormals blitzschnell in Gang gesetzt werden können, weil ein Umweg über das Großhirn (Nachdenken, Abwägen, Entscheiden) lebensbedrohlich gewesen wäre. Wenn man sich die zahllosen und größtenteils noch unverstandenen Vorgänge im Gehirn modellhaft als eine Art „Regler-Mischpult“ vorstellt, stünden innerpsychische Prozesse als Vielzahl von Reglern miteinander in dynamischer Verbindung. Unter normalen und gesunden Bedingungen können sie sich stufenlos und mit einem leichten Widerstand hin und her bewegen, so dass z. B. ein schwacher Reiz eine geringfügige innere „Reglerbewegung“ bewirkt, ein stärkerer Reiz dagegen für größere Ausschläge sorgt. Ein solches Regulationssystem im Zustand von Gesundheit und Wohlbefinden bezeichnen wir als *synchronisiert*.

In dieser Modellvorstellung entspräche AD(H)S einem hochgradig empfindlich eingestellten Regulationssystem, wo schon ein schwacher Reiz eine starke Reglerverschiebung auslösen kann. Schlimmstenfalls kommt es zur „Verklemmung“ dieser Regler. Für diese Modellvorstellung kann man im Tierversuch (z. B. bei Strauchratten) hirnanorganische Entsprechungen nachweisen: Selbst nur 10 Minuten dauernde, an drei aufeinander folgenden Tagen wiederholte Trennungen zwischen Muttertieren und Neugeborenen führen zu einem akuten Anstieg des Stresshormons Cortisol und tagelang erhöhten Spiegeln des Neurotransmitters Dopamin. Bei der späteren histologischen (Gewebe-) Untersuchung wird deutlich, dass selbst so kurzzeitige emotionale Verlassenssituationen das Gehirn der Jungtiere strukturell verändern. So war z. B. die Zahl der Synapsen gegenüber den Vergleichstieren deutlich erhöht. Auswirkungen hat dies auch für das Verhalten: Als spätere Adulte laufen die Versuchstiere hektischer und desorganisierter in einer unbekanntem Umgebung umher als die Kontrollgruppe (11). Mit anderen Worten, sie sind durch erstaunlich kurze emotionale Deprivationssituationen manifest hyperaktiv geworden, und zwar lebenslang. Im Model der Regulationsdynamik ist ihr System hyperreagibel geworden. Vermutlich sind die meisten Fälle von

AD(H)S Kombinationen aus einer genetisch angelegten störungsanfälligen Grundstruktur und ungünstigen Faktoren in der frühen Kindheit, zu denen z.B. Frühgeburtlichkeit oder Zwillingsstatus gehören und unter Umständen auch die Gruppentagesbetreuung im Säuglings- und Kleinkindalter. Diesbezügliche Verdachtsmomente ergeben sich durch die 2006 veröffentlichten Zwischenergebnisse der größten laufenden Krippenstudie der Welt, die sog. NICHD-Studie (12).

Jeder Mensch ist bestrebt, sein inneres Regulationssystem so lange wie möglich in einem „stabilen“ Zustand zu halten. Allerdings ist genau das für AD(H)S-Menschen erschwert, denn sie machen die Erfahrung, dass negative Gefühle schnell und stark anspringen und von fataler Haltbarkeit sein können. Während positive Gefühle zwar ebenfalls intensiv aber hinterher auch flüchtig wie Seifenblasen sind, zeichnen sich Scham- und Schuldgefühl, Wut oder Angst neben ihrer Intensität dadurch aus, dass sie - im oben beschriebenen Reglermodell gesprochen - erst weite Ausschläge machen und dann „hakeln“ oder gar „festklemmen“ können, so dass sie traumatisierend wirken und einer angemessenen Verarbeitung und Integration in den Erfahrungsschatz oft nicht zugänglich werden. Dies könnte einer der Gründe sein, warum AD(H)S-Menschen in erhöhtem Maß dazu neigen, oppositionell zu reagieren (13) und schlecht aus ihren Fehlern lernen, obgleich sie unter negativen Erfahrungen stärker als andere leiden, was einen für die erzieherische Umgebung kaum zu verstehenden Widerspruch darstellt. Diese fast tragische Tendenz zur Wiederholung potentiell traumatischer Erfahrungen könnte erklären, warum zwischen AD(H)S und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) eine in Bezug auf die Richtung der Kausalität noch unklare Beziehung besteht (14).

Im verhaltenstherapeutischen Spektrum der Therapien haben sich verschiedene teils durchaus wirksame Behandlungskonzepte entwickelt, angefangen vom Selbstinstruktionstraining (15) bis zu Elternerziehungskursen (16). In diesen Ansätzen werden ungünstige Verhaltensweisen kognitiv bewusst gemacht, ein alternatives Verhalten vermittelt und nachfolgend durch Wiederholung trainiert. Dies ist zwar durchaus erfolgreich aber in hohem Maße abhängig von Selbstdisziplin, Ausdauer und Geduld. Dummerweise sind AD(H)S-Menschen genau darin keine Naturtalente, das heißt, das angestrebte Verhalten umzusetzen, kostet sie deutlich mehr Energie als Normstrukturierten. Außerdem „verglimpflicht“ sich im Falle des Erfolgs der verhaltenstherapeutischen Ansätze zwar das äußere Verhalten, aber die Gefühlsregulationskompetenz wird kaum oder (im Sinne eines sekundären Lerneffekts) mit großer zeitlicher Verzögerung verbessert. Analoges gilt für die derzeit übliche Medikation mit Stimulanzien. Sie sind effektiv gegen die Aufmerksamkeitslenkungsschwäche und erhöhte Impulsivität, in Bezug auf die Regulation der Emotionen sind sie jedoch kaum von Wir-

kung, sondern können im Gegenteil emotionale Ausbrüche noch verschärfen. Diese therapeutische Lücke kann Emoflex füllen.

Die Anfänge der Neuropsychotherapien

Die oben beschriebene (und nicht nur in Bezug auf AD(H)S sondern auch auf andere psychische Störungen) therapeutisch teils unbefriedigende Situation war in den Jahren 2000 - 2008 für Johannes F. W. Drischel (damals Arbeits-erzieher in einer Jugendhilfeeinrichtung) Anlass, sich intensiv mit neuropsychologischen Konzepten bei der Verarbeitung emotionaler Belastungssituationen zu beschäftigen. Damit steht er in der Tradition einiger bekannter Wissenschaftler, z.B. Hubert Rohracher (17), der sich schon in den Fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts mit den physiologischen Grundlagen psychischer Prozesse beschäftigte, oder auch Klaus Grawe (18), der 2005 mit seinem Buch „Neuropsychotherapie“ ein wegweisendes Werk veröffentlicht hat, in welchem er die Ergebnisse der Neurowissenschaften sowie die modernen psychotherapeutischen Verfahren zusammenbringt. Weitere von Drischel eingearbeitete Konzeptionen entstammen dem neurolinguistischen Programmieren (NLP) (19) und, anteilig bedeutsamer, dem EMDR.

REM-Verarbeitungsmechanismus

Das von Johannes Drischel entwickelte Konzept **Emoflex** ist verblüffend in der Einfachheit seiner Basisprinzipien. Es lässt sich am ehesten mit dem nächtlichen Traumschlaf also REM-Schlaf (REM - rapid eye movement) vergleichen. Emoflex ist ein therapeutisch-aktiv eingesetzter REM-Mechanismus. Die Entdeckung der Besonderheit der Traumschlafphasen liegt etwa 50 Jahre zurück. Eugen Aserinsky, Mitglied im Team des Schlafforschers Nathaniel Kleitmann, entdeckte 1953 in einem Schlaflabor in Chicago, dass sich währenddessen die Augen unter den geschlossenen Lidern hin- und herbewegen (20). Die genaue Wirkweise der Rechts-Links-Augenbewegungen auf Hirnebene ist bis heute unverstanden aber wird bei Emoflex gezielt eingesetzt und im Folgenden als R-L-Stimulation bezeichnet. Emoflex besteht aus der Kombination angeleiteter synästhetischer Imaginationen kombiniert mit R-L-Stimulation. Die Anleitung mittelschnelle (ca. 1 Hz) horizontaler Augenbewegungen bildet die klassische Methode, es ist jedoch auch möglich, rhythmisch-alternierend leicht auf rechtes und linkes Knie, Schulter oder Handrücken zu klopfen. Was auf Hirnfunktionsebene in den REM-Phasen passiert, ist bisher nicht bekannt, unstrittig ist jedoch die enorme, sogar existentielle Bedeutung. Jeder Mensch durchläuft nachts 3-5 Traumschlafphasen. Soweit man heute weiß, träumen alle Säugetiere. In den REM-Phasen ist das Gehirn ähnlich aktiv, wie im Wachzustand, allerdings bei gleichzeitig

deaktivierter Motorik. Säuglinge und Kleinkinder, deren Gehirn sich noch in der Entwicklung befindet, träumen besonders viel, mehr als 50% ihrer Schlafzeit. Isolierter Traumschlafentzug (Wecken während der REM-Phasen) hat schon nach wenigen Nächten Auswirkungen im Sinne erhöhter Reizbarkeit, gesteigerter Impulsivität (21) und Absinken der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung (22). Auch Störungen des Arbeitsgedächtnisses treten auf. Wieder ist hier eine Parallele mit AD(H)S zu erkennen. Nach Abschluss des Experiments wird der fehlende REM-Schlaf nachgeholt (23), indem während der nächsten Nacht häufigere und längere Traumschlafphasen eintreten.

Die REM-Phasen, die bei Erwachsenen etwa 20% der Gesamtschlafdauer ausmachen, stellen einen angeborenen und lebensnotwendigen Verarbeitungsmechanismus dar, von dem man vermutet, dass er in bisher ebenfalls unverstandener Weise die (emotionalen) Erlebnisse des Tages in den Fundus der Erfahrungen überführt (24) (25), da vor wenigen Jahren der Bildnachweis gelang, dass in REM-Schlafphasen ein besonderes Netzwerk zwischen Hirnrinde (Cortex) und limbischem System aktiviert wird (26), welches auch in der Verarbeitung von Emotionen aktiv ist.

Störungen in der REM-Verarbeitung

Emotionale Belastungen, die den REM-Verarbeitungsmechanismus aus irgendeinem Grund nicht plangemäß durchlaufen, bleiben evtl. gewissermaßen unverarbeitet. Möglicherweise werden sie isoliert (→ dissoziiert) abgelegt und leisten ungünstigen Mechanismen Vorschub. Ein typisches Beispiel hierfür stellt z.B. die Entwicklung einer Phobie dar, denn sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie durch korrigierende Erfahrungen nicht beeinflussbar ist: Bei einer Spinnenphobie tritt die Angst auch dann auf, wenn es längst schon der Erfahrung entsprechen könnte, dass Spinnen ungefährlich sind, weil es hierzulande keine giftigen oder beißenden Spinnen gibt. Im Emoflex-Vokabular wird hier in Anlehnung an die Wortschöpfung der amerikanischen Psychotherapeutin M. Katherine Hudgins von „Traumablasen“ oder kurz „Blasen“ (27) gesprochen, die die dissoziativ-verdrängten Inhalte traumatischer Erfahrungen gleichsam langfristig konservieren. In Zeiten von emotionalen Belastungen können sie gewissermaßen an die Oberfläche steigen und fast ohne Anlass „getriggert“ werden. Wie aus dem Nichts heraus, erlebt der Betreffende dann einen Angstanfall.

Hochsensible AD(H)S-Kinder erleben auch schon alltäglich übliche Formen von Kritik in Schule und Familie als traumatisch. Gleichzeitig leiden sie oft an Schlafstörungen. Es ist statthaft zu vermuten, dass der REM-Verarbeitungsmechanismus bei ihnen überlastet ist, wenn nicht gar rundheraus gestört. AD(H)S könnte daher theoretisch auch eine Folge der Hochsensibilität (und nicht deren Ursache) sein.

Möglicherweise sind die in den gültigen Diagnoseschlüsseln aufgeführten Primärsymptome (Aufmerksamkeitslenkungsproblematik, mangelnde Konzentrationsausdauer) sowie die Gefühlsregulationsstörung, also nicht primär strukturell angelegt, sondern auf die Grundproblematik unzureichender REM-Verarbeitung bei gleichzeitiger Hochsensibilität zurückzuführen (28). Wenn das zuträfe, wäre Emoflex eine ausgesprochen sinnvolle, weil ursächlich wirksame, Therapie. Der Ansatz verdient daher, in den kommenden Jahren weiter angewendet, empirisch dokumentiert und mit wissenschaftlichen Methoden untersucht zu werden.

Emoflex ist einfach anzuwenden und wirkt intuitiv

Die Basisformate von Emoflex sind so einfach, dass sie sowohl für Therapie als auch zur Selbsthilfe durchführbar sind. Besonders diese Doppelfunktion ist für mich als AD(H)S-Mensch und Anbieterin von Coachings ein Umstand, der die Attraktivität des Verfahrens ausmacht. Die eigentlich herausragend vorteilhafte Eigenschaft von Emoflex ist allerdings vor allem die Intuitivität des Wirkmechanismus: Anders als die behavioristischen Verfahren ist Emoflex unabhängig von Anstrengung, Selbstdisziplinierung und Beharrlichkeit, es wirkt „von selbst“ und auf unbewusster Ebene, ähnlich wie uns das nächtliche Träumen zur Verarbeitungen emotionaler Erfahrungen hilft, ohne dass wir unsere Traumphasen aktiv einsetzen und bewusst beeinflussen könnten.

SRD - Synchronisation der Regulationsdynamik nach Drischel

Im Modell von Johannes Drischel sind die Verhaltensprobleme bei AD(H)S ein Ausdruck der *Asynchronizität der Regulationsdynamik*. Asynchron deshalb, weil zwischen dem eingehenden Reiz (äußere Situation) und der emotionalen Bewertung (samt nachfolgendem Verhalten) eine störende oder gar krankhafte Diskrepanz entsteht, indem die Emotionsverarbeitung nicht mehr flexibel bzw. unbewusst verläuft, sondern in Form von Blockaden, Impulskontrollverlusten, Weinanfällen, Zornimpulsen o.ä. abläuft und damit die flexible und angemessene Verhaltensanpassung erschwert. Dieses Modell der Asynchronizität kann nicht nur für AD(H)S sondern auch für viele andere psychische Störungen angewendet werden. Emoflex führt im Idealfall zum Wiedererlangen der Synchronizität. Anders ausgedrückt, es kann Erlebnisse, Bewertungen, Gefühle und Verhalten wieder in Einklang bringen (synchronisieren). Deswegen wird das aus Emoflex abgeleitete Therapieverfahren auch als SRD (Synchronisierung der Regulationsdynamik nach Drischel) bezeichnet.

Beschreibung des Basisformats von Emoflex

Der Klient ruft sich die Erinnerung an eine (negative oder positive) Emotion wach und wird anschließend dazu angeleitet, das Gefühl in *sensorische Entsprechungen* zu „übersetzen“. Gefragt wird entsprechend unserer Sinnesorgan-Kategorien nach Farb-Entsprechung („Welche Farbe könnte zu diesem Gefühl passen?“), Form, Größe, Entfernung, Oberflächenbeschaffenheit, Temperatur, Gewichtseindruck, Bewegung, Geräusch, Geruch, etc..

Es war für mich im Grundkurs eine eindruckliche Erfahrung, dass die Beantwortung dieser Fragen unerwartet leicht war, denn vorher konnte ich mir nicht vorstellen, wie ich ein Gefühl sensorisch „übersetzen“ soll. Gleichzeitig war erstaunlich, dass schon mit dem Beginn der Übersetzung der Druck eines negativen Gefühls sehr deutlich nachließ. Dieser Effekt intensivierte sich dann mit der R-L-Stimulation. Das negative Gefühl war hinterher erinnerbar, aber als Gefühl nicht mehr ins Bewusstsein zu rufen.

Es ist für den Erfolg nicht entscheidend, wenn nicht alle Sinnesqualitäten für eine Übersetzung abgefragt werden bzw. genannt werden können. Ziel ist, möglichst mehrere sensorische Eigenschaften zu finden, die zusammen ein schilderbares Bild ergeben. Dieses muss übrigens keineswegs einem physikalisch möglichen Gegenstand entsprechen, es dient lediglich als synästhetisch-konstruierte Imagination zur Weiterverarbeitung mit dem REM-Mechanismus. Johannes Drischel spricht daher von der Erstellung einer „interaktiven Metapher“. Sie fasst imaginativ-sensorisch die Qualitäten des Gefühls zusammen, bzw. repräsentiert die Emotion. Diese ist mittels R-L-Stimulation veränderbar, ähnlich, wie dies auch im Traumschlaf geschieht. Die Veränderungen können oft wiederum imaginiert, sensorisch übersetzt und verbalisiert werden. Die Veränderung der interaktiven Metapher entspricht der Veränderung des Gefühls. Diesen Ablauf kann man ein- oder zweimal wiederholen, bis ein negatives Gefühl genügend gemildert ist.

Ziel ist, vormals unbewältigte Gefühle und Erfahrungen angemessen in die emotionale Verarbeitung zu integrieren. Gelingt dies, hat es oft erstaunliche Auswirkungen (siehe unten: Fallbeispiel). Blockaden lösen sich auf, Stress und Anspannung verbessern sich nachhaltig. Aber auch positive Gefühle können mit Emoflex stabilisiert und generalisiert werden. Die Abfolge aus angeleiteter synästhetischer Imagination und R-L-Stimulation ist das Basisformat von Emoflex und wird in den Grundkursen als Konzept der Selbsthilfe vermittelt. Emoflex wirkt primär entstressend und entängstigend.

Da Ängste meist wiederholt im Leben auftreten, ist es häufig sinnvoll, die Dimension der Zeit in das Behandlungskonzept zu integrieren. Durch die Kombination mit einem Zeitstrahl (Time-Line) als visuell-räumliche Repräsentation der Zeit (29) kann die biografische Einordnung

verbessert und der Erfolg von Emoflex mit mehr Nachhaltigkeit versehen werden. Die Indikationen für Emoflex reichen von einfachem Stress (klassische Selbsthilfe-Indikation), über Ängste und Blockaden bis hin zu teils dissoziativ bedingten körperlichen Symptomen, wie Migräneattacken und psychosomatischen Schmerzen. Die Palette der Anwendungen erweitert sich zunehmend, weil Johannes Drischel das Verfahren weiterentwickelt und neue Formate erstellt. Neueste Schwerpunkte sind Berufsstress und Burnout. Anlässlich der besorgniserregenden Zunahmen von stressbedingten Zusammenbrüchen spezialisiert sich Johannes Drischel momentan auf deren Behandlung mit Emoflex. Zur spürbaren Verbesserung von Überstressungssymptomen sind oft nur wenige Sitzungen nötig, manchmal reicht eine einzige.

Zu den Inhalten des SRD-Ausbildungskurses

Im SRD-Ausbildungskurs für professionelle Anbieter werden erweiterte und differenziertere Formate des Einsatzes von Emoflex vermittelt, mit denen das Verfahren sowohl analytisch-diagnostisch als auch erweitert therapeutisch einsetzbar ist. Die komplexen Emoflex-Formate sind Bestandteil der an 4 - 5 Wochenenden stattfindenden SRD-Ausbildung zum Emoflex-Anbieter. Im Folgenden seien einige ausgewählte Formate beschrieben, als erstes z. B. die sog. „Video-Timeline“, eine Technik, mit der man Abläufe als „Filmabschnitt“ beschreibt, sich einzelne Punkte herausgreift, indem man gewissermaßen „Standbilder“ anfertigt, die dazugehörigen Gefühle mit der Emoflex-Arbeitsweise integriert und letztlich einen „neuen“ Filmabschnitt generiert mit dazu passender neuer emotionaler Beurteilung der Situation. Die interaktive Metapher eines Filmabschnitts verhilft nicht nur zu der Standbildoption sondern auch zur Möglichkeit eines langsamen oder schnellen Vor- oder Rückspulens, sowie zum Filmschneiden mit neuer Zusammenfügung, jeweils mit der Möglichkeit, die dadurch evtl. entstehenden Irritationen wiederum per Emoflex zu modifizieren und integrieren.

Im sogenannten „Format Gold“ geht man mit Hilfe von Emoflex auf die Suche nach echten, wirksamen und haltbaren Ressourcen. Interessanterweise sind echte Ressourcen sehr selten spektakuläre und singuläre Gefühle sondern verbergen sich viel eher in alltäglichen und äußerlich wenig auffälligen Gefühlen wie z. B. einer guten vertrauensvollen Partner- oder Freundschaft. Der Name „Format Gold“ entstand aus der Erfahrung, dass derlei Ressourcen auffällig häufig die Form einer goldenen oder gelbleuchtenden (schwebenden) Kugel annehmen. Als aktiv einsetzbare Gegenmittel können sie wirksam helfen, Belastungen gleichsam aufzulösen (siehe dazu ebenfalls das „Beispiel aus der Praxis“, nächste Spalte).

In anderen Formaten wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Zeit nicht linear sondern räumlich zu repräsentieren.

Im „Fehlfarben-Flug“ z.B. leitet man einen Klienten mit Angst vor engen Räumen an, sich vorzustellen, er flöge mit einem Hubschrauber (oder Fesselballon) über die Landschaft seiner Erinnerungen und könne mit Hilfe einer Spezialbrille alle die Strukturen rot aufleuchten lassen, die er mit dieser Angst in Verbindung bringe. Sofern diese Imagination gelingt, kann man anschließend den roten Bereichen Aufmerksamkeit schenken, und versuchen zu ermitteln, ob es viele oder wenige sind, ob es „Cluster“ gibt, also Häufungen an einem Ort, was bedeutet, dass es in einem bestimmten Lebensabschnitt besonders viele belastende Situationen gegeben hat, ob es im Verlauf der Flugbahn eher mehr oder weniger rote Bereiche gibt, oder ähnliches. Man kann einzelne rote Gebiete umfliegen und die dazugehörigen Gefühle einzeln per Emoflex verarbeiten. Am Ende kann man versuchen zu ermitteln, ob sich die roten Bereiche in Ausdehnung oder Zahl verändert haben.

Auch die Funktionsweise der Sinnesorgane ist einer Analyse und Bearbeitung mit einem komplexen Emoflex-Format zugänglich, wobei z.B. das Sehen oder auch Hören in Form gerichteter Linien oder Pfeile imaginiert werden, die wir als „Vektoren“ bezeichnen. Stabilität, Ausmaß und Verlauf der Vektoren verrät viel über die unterbewussten Konzeptionen des Seh- oder Hörsinns bzw. der visuellen und auditiven Verarbeitung. Einseitige Hör- oder Sehschwächen drücken sich z. B. klassischer Weise als Asymmetrien der Vektoren aus. In dieses Format eingearbeitet sind bildlich-imaginative Repräsentationen von Phänomenen wie Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, Fokus und Hyperfokus. Diese Formate aus dem SRD-Kurs bilden nur eine kleine Auswahl der bisher entwickelten Emoflex-Formate, sie haben bemerkenswerte Neuerungen in die Psychotherapie eingebracht und befinden sich weiterhin im Prozess, ihr Potential zu entwickeln.

Ein Beispiel aus der Praxis

Ein 22-jähriger Mann, der im Rahmen seiner Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann ein Praktikum in einem Getränkegroßmarkt absolvierte, drohte diese Stelle zu verlieren, da er sehr langsam arbeitete. Subjektiv litt er unter der Angst, die Getränkekistenstapel könnten einstürzen. Dadurch arbeitete er sehr langsam, sorgfältig und unter großer innerer Anspannung. Es ist ihm niemals ein Kistenstapel umgefallen, er schaffte jedoch nicht annähernd das geforderte Pensum. Er kam als Klient zur Bearbeitung dieser Angst, da das Praktikum für ihn obligat war, er es also erfolgreich absolvieren musste.

Die erste Übersetzung dieser Angst war ein blauer, kalter, 3 cm dicker Eispanzer mit nasser Oberfläche, der ihn vollständig einhüllt und drückend auf ihm lastet. Auf die ersten Augenbewegungen eskalierte die interaktive Metapher noch, indem der Eispanzer noch kälter, enger, dicker und blauer wurde. In einem zweiten Schritt wurde

als Ressourcenaktivierung ein positives Gefühl bearbeitet. Der junge Mann hatte mit 15 Jahren zwei Kaninchen besessen, deren Fütterung und Streicheln ihm ein ausgesprochenes Wohlgefühl im Sinne von Behaglichkeit vermittelt hatte. Dieses Gefühl war in der Übersetzung eine hellbraune, große (> 1 m Durchmesser), warme, leichte, schwebende Fellkugel mit samtweicher Oberfläche, die sich nach der R-L-Stimulation aufhellte zu einem fast weißen Hellbraun, die anderen Parameter blieben unverändert.

Der junge Mann wurde dann gebeten, Eispanzer und Fellkugel gemeinsam zu imaginieren, in etwa so, als ob man zwei Dias auf dieselbe Fläche blendet. Als er angab, diese doppelte Metapher sehen zu können, wurden wiederum Rechts-Links-Augenbewegungen angeleitet.

Gefragt, was er nun sehe, gab er an, die Fellkugel sei unverändert, aber der Eispanzer sei eine Wasserpfütze geworden. Nach einem weiteren Durchgang der Augenbewegungen war die Fellkugel wiederum unverändert und die Wasserpfütze verschwunden. Der Klient gab an, sich sehr wohl zu fühlen, und wurde verabschiedet.

Bei der Wiedervorstellung nach 14 Tagen gefragt, wie es um das Praktikum im Getränkemarkt stünde, sagte er, alles lief prima, seine Angst sei schon am Tag nach der Behandlung verschwunden gewesen und bis jetzt nicht wieder gekommen. Er hätte das nie gedacht. Weitere acht Wochen später war sein Praktikum erfolgreich beendet, sein Zustand war stabil geblieben, und die eingangs beschriebene Angst war nicht wieder aufgetreten.

Dieses Beispiel ist das pointierteste meiner bisherigen Erfahrung und damit besonders präsentabel. So spektakulär geht es nicht immer zu. Manchmal bemerken die Klienten nur diskrete oder keine Effekte. Typischerweise ahnt man dies oft voraus, denn manchmal verändern sich die interaktiven Metaphern mit den Augenbewegungen nur wenig. Das Verfahren scheint nicht für jeden Klienten gleich effektiv, insgesamt jedoch recht sicher zu sein, negative Auswirkungen sind bisher in keinem Fall aufgetreten, und fast alle Klienten fühlten sich unmittelbar nach dem Einsatz von Emoflex subjektiv wohl, manche geradezu beschwingt und glücklich.

Bewertung

Emoflex hat das Spektrum der neuropsychotherapeutischen Verfahren erweitert und z.B. gegenüber EMDR den entscheidenden Vorteil, dass die Gefahr der Re-Traumatisierung viel geringer ist. In EMDR wird die traumatisierende Situation bewusst erinnert, das ist je nach Ausprägungsgrad der Traumatisierung recht heikel, mindestens aber unangenehm. In Emoflex wird ein Negativgefühl in eine sensorisch-synästhetische interaktive Metapher übersetzt, die auf der Ebene des Bewusstseins prompte Distanz zur bearbeiteten Emotion schafft, weil diese nur

noch gleichsam als Spur im Hintergrund mitläuft. Von diesem erstaunlich prompt eintretenden Effekt kann sich jeder Interessierte auch schon im Rahmen eines Grundkurses selbst überzeugen.

Emoflex kann meinen bisherigen Erfahrungen nach durch die Arbeit mit inneren Bildern, bestehend aus den zur Emotion passenden Sinnesqualitäten, als Selbstanwendung zum Lösen von Blockaden aber auch Aktivieren von Ressourcen eingesetzt werden. Weiter entwickelte Anwendungsmöglichkeiten zielen auf die Stabilisierung der Reizfilter, z. B. in Bezug auf die Überempfindsamkeit gegenüber den Gefühlen anderer Personen oder auch die positive Beeinflussung der Aufmerksamkeitssteuerung. Hier ergeben sich neue therapeutische Ansatzmöglichkeiten, insbesondere für die Arbeit mit AD(H)S-Kindern, die für jedes Selbstinstruktionstraining zu jung, und für die ein solches intuitives Verfahren speziell geeignet ist. Emoflex lässt sich mit anderen Therapie- und Selbsthilfensätzen kombinieren sowie zur eigenen Psychohygiene im Sinne einer „Entstressung“ verwenden. Eine wissenschaftliche Beschreibung des Verfahrens und seine unabhängige Evaluation wären wünschenswert und lohnend.

Danksagung

Johannes Drischel gebührt großer Dank für eine innovativ-kreative Leistung, ein revolutionär neues Konzept des Verständnisses und der Behandlung psychischer Störungen entwickelt zu haben. Ohne Dr. Martin Winkler hätte ich Emoflex nicht kennengelernt, daher bedanke ich mich hiermit bei ihm für seine Ermutigung, einen neuen Ansatz kennen zu lernen. Dr. Susanne Lehmkuhl-Eichhorn stand mir in der Paararbeit für zahlreiche Emoflex-Selbsterfahrungen sowie als fachkundige Diskussionspartnerin zur Verfügung. Alle drei Genannten haben mich bei der Erstellung des Artikels beraten und hilfreiche Ergänzungen eingefügt.

■ Dr. Dorothea Böhm

*Autorin: Dr. Dorothea Böhm, (*4.4.1962), verheiratet, 2 Kinder, Ärztin, AD(H)S-Coachings, Emoflex, Adresse: Am Alten Dreisch 32b, 33605 Bielefeld, Tel: 0521 9201444*

Literatur:

1. Shapiro F (1989): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies* 2: 199-233.
2. Mertens W (2004): *Psychoanalyse. Geschichte und Methoden*. C. H. Beck, München, ISBN 3-406-41861-9.
3. Holzkamp K (2006): *Wissenschaft als Handlung. Versuch einer neuen Grundlegung der Wissenschaftslehre*. de Gruyter, Berlin 1968; erneut in *Schriften Bd. 3. Argument*, Hamburg, ISBN 3-88619-399-3.
4. Von Schilcher F (1988): *Vererbung des Verhaltens: eine Einführung für Biologen, Psychologen und Mediziner*. Stuttgart: Thieme, ISBN 3-13-705601-2.
5. Mitchell JT u. Everly GS (1998): *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen*, Hrgs. A. Igl und J. Müller-Lange. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
6. Cicchetti D u. Toth SL (1997): *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (Preface). In: D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (Vol. 8, pp. XIII-XVII). Rochester, NY: University of Rochester Press.
7. McEwen BS (1999): *Stress and hippocampal plasticity*. *Annual Reviews of Neuroscience*, 22, 105-122.
8. Flatten G, et al (2004): *Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext*. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York.
9. Kampfhammer HP (2000): www.ikttp.de/ikttp2000/dokumente/manu-kapfhammer.doc
10. Cima M et al (2003): *Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation – Eine kritische Betrachtung*. *Fortschr. Neurol Psychiatr*; 71: 600-608
11. Braun AK (2002): Interview in: *DIE ZEIT* Nr. 45, 31.10.2002, S.30.
12. Belsky J (2006). *Early child care and early child development: Major findings from the NICHD Study of Early Child Care*. *European Journal of Developmental Psychology*, 3, 95-110.
13. Christiansen H (2009).: *Komorbid Störungen bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung unter Berücksichtigung des Einflusses von Expressed Emotion*. *Journal of Neural Transmission*, 115: 163-175.
14. Famularo R et al (1996): *Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder*. *Child Abuse Negl.* Oct; 20(10):953-61.
15. Meichenbaum DH u. Goodman J (1971): *Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing selfcontrol*. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
16. Bor W et al (2002): *The effects of the Triple P – Positive Parenting Program on Preschool Children with cooccurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 30, Issue 6, pp. 571-587.
17. Rohracher H (1953): *Die Arbeitsweise des Gehirns und die psychischen Vorgänge*. Barth, München
18. Grawe K (2004): *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen, ISBN 3801718042.
19. Dilts R et al (1980): *Neuro-Linguistic Programming: Volume I - The Study of the Structure of Subjective Experience*. Cupertino: Meta Publications, deutsche Übersetzung: *Strukturen subjektiver Erfahrung - Ihre Erforschung und Veränderung durch NLP*. Paderborn: Junfermann 1994.
20. Siegel JM (2001): *A tribute to Nathaniel Kleitman*. *Archives Italiennes de Biologie*; 139(1-2):3-10
21. Hudgins MK: *Experiential Treatment for PTSD*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2003
22. Daniela T et al (2010): *Lack of sleep affects the evaluation of emotional stimuli*. *Brain Res Bull.* Feb 1. [Epub ahead of print].
23. Lim J (2010): *Sleep deprivation impairs objectselective attention: a view from the ventral visual cortex*. *PLoS One.* Feb 5;5(2):e9087.
24. Dement W et al: *The effect of partial REM sleep deprivation and delayed recovery*. *J Psychiatr Res.* 1966 Dec;4(3):141-52.
25. Cai DJ, et al (2009): *REM, not incubation, improves creativity by priming associative networks*. *Proc Natl Acad Sci U S A.* Jun 23;106(25):10130-4. Epub 2009 Jun 8.
26. Diekelmann S et al (2009): *The whats and whens of sleepdependent memory consolidation*. *Sleep Med Rev.* Oct;13(5):309-21. Epub 2009 Feb 28.
27. Wehrle R et al (2007): *Functional microstates within human REM sleep: First evidence from fMRI of a thalamocortical network specific for phasic REM periods*. *Eur J Neurosci* 25:863-871.
28. Gruber R et al (2009): *Sleep disturbances in prepubertal children with attention deficit hyperactivity disorder: a home polysomnography study*. *Sleep.* Mar 1;32(3):343-50.
29. James, T (2006): *Time Line: NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit*. Junfermannsche Verlagsbuchhandlung GmbH & Co. KG; Auflage: 6. Aufl.

Bewegungsangebote

in einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis



“Klagen über Bewegungsarmut bei Kindern und Jugendlichen sind keineswegs neu. Der gesundheitliche und körperliche Zustand heutiger Kinder, ob mit oder ohne Behinderung, gibt insgesamt Anlass zu großer Sorge. An diesem Zustand haben bereits angelegte Kampagnen, Ernährungs- und Sportprogramme bislang kaum etwas geändert. Adipositas und Diabetes bei Kindern nehmen zu und allein aus volkswirtschaftlichen Gründen ergeben sich hier gewichtige Argumente für Bewegung, Spiel und Sport “von Anfang an” und “für alle”.

Zwischen den heutigen Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen und mit Begriffen wie Urbanisierung, Technisierung, Mediatisierung, Verhäuslichung, Verinselung u.s.w. beschrieben werden, und dem defizitären motorisch-körperlichen Entwicklungsstand werden kausale Beziehungen angenommen.

Der Mangel an frühen und freundvollen Sinnes-, Bewegungs-, Spiel-, Sozial- und Selbsterfahrungen hat dabei nicht nur weitreichende Folgen für die körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit, er erhöht vielmehr auch die Wahrscheinlichkeit, dass aus dem “Nicht-Können” ein andauerndes “Nicht-Mehr-Wollen” wird.”

In unseren Gruppengebieten kommt deshalb das Zusammenwirken von Wahrnehmung, Bewegung und Konzentration zum Tragen.

Die Gruppenangebote bieten den Kindern und Jugendlichen eine Hilfestellung, an ihren sozialen Kompetenzen zu arbeiten. Denn nicht selten werden durch die motorische Unsicherheit und das geringe Selbstbewusstsein die sozialen Fertigkeiten in Mitleidenschaft gezogen.

Die Voraussetzung für den angemessenen Umgang mit anderen ist es zunächst, sich selbst bewusst wahrzunehmen. Unter dem Begriff der Wahrnehmung verstehen wir die „sinnvolle Verarbeitung von Reizen“. In unseren Angeboten legen wir daher Wert auf die sensomotorische

Wahrnehmungsförderung im visuellen, auditiven, taktil-kinästetischen und vestibulären Bereich. Die Wahrnehmung bildet die Grundlage für eine gelingende Motorik, welche u. a. die Koordination, Haltung und Ausdauer beinhaltet.

Das regelmäßige Üben dieser Grundlagen ermöglicht es den Kindern und Jugendlichen in der Gruppe Sicherheit in ihrer Bewegungssteuerung zu erlangen. Dadurch gewinnen sie an Selbstvertrauen, werden selbstbewusster, was wiederum den sozialen Umgang erleichtert.

Wenn ein Kind in der Schule beim Spielen vom Ball getroffen wird, nimmt es zunächst die Berührung wahr. Die Wahrnehmung eines Menschen filtert sofort die Berührungsmodalität heraus, wo trifft der Ball auf den Körper, wie fest trifft er auf, etc..

Außerdem wird die Ursache der Ballberührung blitzschnell ermittelt, ob sich dies aus der Spielsituation heraus ergab oder ob es sich um einen Angriff oder ein Versehen handelt. Liegt ein Wahrnehmungsproblem vor, kann die Ballberührung in der Spielsituation falsch interpretiert und z.Bsp. als Handlung mit negativer Absicht empfunden werden. Eine solche Schlussfolgerung verhindert dann eine angemessene Handlungsreaktion.

Sind die taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsfähigkeiten beeinträchtigt, empfindet das Kind die Ballberührung als zu fest, kommt es z.Bsp. zu einer aggressiven Gegenreaktion oder einem Rückzug aus dem Spielgeschehen.

Statt hier eine situationsentsprechende Hilfestellung zu bekommen, reagiert das Umfeld seinerseits mit Hilflosigkeit oder Unverständnis. Diese beidseitige Fehleinschätzung führt dazu, dass das Kind emotional überreagiert. Dadurch kommt es zu wiederkehrenden Konflikten gegenüber dem Umfeld. Aus dieser Spirale findet das Kind von alleine keinen Ausweg mehr. Es fällt ihm schwer, eine eigenständige Lösungsstrategie zu entwickeln und Gefühle, Meinungen und Bewertungen auszudrücken.

Deshalb wird es schwierig, Streitigkeiten und konfliktbeladene Situationen zu ertragen und Toleranz aufzubauen.

Der Schwerpunkt unseres Konzeptes liegt in der spielerischen Auseinandersetzung mit der Bewegung.

„Kinder sind ständig auf der Suche nach ihren Grenzen, wenn sie die Welt entdecken und erobern. Die Motorik ist ein wesentlicher Schlüssel zu dieser Weltaneignung und hilft Kindern und Jugendlichen altersgerechte Erfahrungen zu machen.

Wenn Kinder eine Tätigkeit sicher beherrschen, z.Bsp. für eine bestimmte Zeitspanne an einer Stange oder einem Ast zu hängen, werden sie schon bald versuchen, die Schwierigkeit zu steigern.

Jede Erfahrung lässt sie gestärkt nach neuen Zielen suchen, die ihnen zwar vorerst neue Grenzen aufzeigen, die aber früher oder später überwunden werden sollen.

Immer wieder wird die eigene Person gefordert: eine ständige Kraftprobe mit positiven Folgen für die Entwicklung.

Durch eigene Erfolge motiviert, sind die Kinder in der Regel sehr leistungsbereit und lassen sich gern von anderen zu weiteren Leistungen anregen.

Wenn Kinder häufig erleben, dass die eigene Anstrengung den Spiel- und Erlebniswert erhöhen kann, (Selbstwirksamkeit) ist das - auch über die motorischen Aktivität hinaus - ein wichtiger Schutz vor Passivität und Trägheit.“

Zudem soll das Spiel die sensomotorische Wahrnehmung und die Interaktion innerhalb der Gruppe fördern und den Zugang zur eigenen Gefühlswelt öffnen. Die Kinder lernen die räumliche Umgebung wahrzunehmen und den sachgerechten Umgang mit den Materialien. Gleichzeitig erfahren und üben sie Teamfähigkeit, Rücksichtnahme, Hilfsbereitschaft und Toleranz. Bei Konflikten wird zusammen mit den Kindern in der Gruppe nach Lösungsstrategien gesucht.

Durch das wiederholte Anwenden der eingeübten Lösungsstrategien lernen die Kinder, auch zu Hause und in der Schule sozial kompetent zu reagieren.

Basiselemente einer Stunde bei den Gruppenangeboten:

Das Angebot: „Soziales & Sport und Koordinationstraining (& Soziales)“

Gesprächskreis

Die kommunikative Kompetenz und die emotionale Entwicklung wird in den Angeboten durch das Erzählen „lernen“ der eigenen Befindlichkeit gefördert. Kinder lernen dabei, sich auszudrücken und zu sagen, wie es ihnen geht. Fällt ihnen dies schwer, ist es die Aufgabe der Therapeutinnen die Gefühle des Kindes/Jugendlichen in Worte zu fassen.

Nur so lernt es, sich mit der Umwelt auszutauschen. Dies erweitert auch die Kommunikationsfähigkeit sowie die Sprach- und Sprechfähigkeit.

Bewegungsangebote

Z.Bsp. Bewegungsbaustellen, Fangspiele und allgemeine Bewegungsspiele

Die spielerischen Angebote innerhalb der Gruppe bieten Möglichkeiten zur motorischen Förderung, wie der Kraft, Ausdauer, Gleichgewicht, Geschicklichkeit, Rhythmus, Beweglichkeit, Reaktion und üben sozialer Interaktion. Die Kinder lernen sich mit ihrem Körper, den unterschiedlichen Materialien, und der Umwelt auseinanderzusetzen und erlangen so Handlungskompetenz.

Förderung der sozialen Kompetenz

Soziale Kompetenz heißt angemessen Kontakt aufzunehmen, kooperieren zu können, sich einzufühlen und Konflikte zu lösen.

Kommt es bei den Bewegungsangeboten zu einem Konflikt, kann sich ein Kind häufig nicht ausdrücken und erklären. Es fällt ihm folglich auch schwer, mit den Folgen seines Handelns umzugehen. In der Gruppe werden Lösungsansätze entwickelt, die das Kind im weiteren Geschehen dann ausprobieren kann.

Feedback während der Stunde und beim Abschlusskreis

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die sofortige positive Rückmeldung innerhalb der Gruppe - das so genannte „Feedback“, für jedes Kind. Es schult die Selbst- und Fremdwahrnehmung. Durch die Vorbildfunktion und Unterstützung der Therapeutinnen lernen die Kinder und Jugendlichen nach und nach, Verhalten von sich und anderen zu beschreiben und zu überdenken. Eigenes Verhalten und Empfinden kann so reflektiert und kritisch beurteilt werden. Die neu erworbenen sozialen Kompetenzen werden wiederholt geübt und erhöhen so die Chancen, die Schwierigkeiten in der Schule und zu Hause selbst zu bewältigen.

Das Angebot „Bewegtes Konzentrationstraining“

Wahrnehmung und Bewegung stehen im engen Zusammenhang und haben somit Auswirkung auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung und natürlich auch auf die Konzentration. Durch Verbesserung der Wahrnehmung, Grobmotorik, Feinmotorik und der Koordination verbessert sich die Konzentration. Die spielerischen Angebote und die bewegte Auseinandersetzung mit den Aufgaben soll die Motivation erhöhen, sich mit den konzentrativen Inhalten zu beschäftigen. Das „Bewegte Konzentrationstraining“ ist ein Angebot für Kinder und Jugendliche, die an ein konzentriertes, genaues und strukturiertes Vorgehen über Bewegungsfreude, verknüpft mit positiven

Emotionen herangeführt werden sollen. Positive Emotionen erhöhen die Erfolgchancen, dass die erworbenen Fertigkeiten gefestigt und übertragen werden können.

Das Konzentrationstraining setzt folgende Schwerpunkte:

- Ganzheitliche Beobachtung und Schulung der Wahrnehmung, Motorik und sozialer Kompetenzen
- Herausfinden der eigenen Stärken und Schwächen (u.a. auch den Lerntyp)
- Einüben verbaler Selbstinstruktion
- Training von Strategien zum Umgang mit Ablenkung und Fehlern
- Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion

Pädagogisch/methodisch, didaktische Aspekte für alle Angebote:

• Beziehung

Wichtig ist die vertrauensvolle und angenehme Atmosphäre, in der sich die Kinder und Jugendlichen angenommen und geschätzt fühlen, sowie von den Therapeutinnen als auch von den Mitgliedern in der Gruppe.

Nicht Tadeln sondern LOBEN ohne Wenn und Aber ist das Fundament unserer Arbeit.

Durch Lob und Verständnis wird Beziehung zu den Traineerinnen möglich und z.B. die Verunsicherung, die die Kinder mitbringen, gesenkt. Dies wiederum erhöht die Motivation der Kinder und Jugendlichen, aktiv an den Stunden teilzunehmen.

Um die Eigeninitiative zu erhöhen, dürfen die Kinder bei Inhalten der Stunden mitbestimmen.

• Langfristigkeit

Die Gruppenangebote werden bei uns in einem langfristigen Prozess angewandt, d. h. dass die Betreuung der Kinder mindestens ein ganzes Jahr in Anspruch nimmt. Der Grund dafür ist, dass ein Lernprozess sein eigenes Tempo braucht. Nicht umsonst drücken wir lange die Schulbank, brauchen drei Jahre, um die Grundlagen für einen Beruf zu erlernen oder üben jahrelang, um ein Instrument zu beherrschen.

Die Angebote „Soziales und Sport“ und „Bewegtes Konzentrationstraining“ sind für Kinder von 6 – 14 Jahren konzipiert. Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren können am „Koordinationstraining & Soziales“ teilnehmen.

Kinder, die zuvor in den Gruppen für Soziales und Sport teilnahmen, können hier zudem ihre erworbenen Kompetenzen in einer (fremden) neuen Gruppe erneut unter Beweis stellen und festigen. Auch Jugendlichen, die erneut in eine Krise rutschen, bieten wir die Teilnahme am „Koordinationstraining & Soziales“ an. Da die Jugendlichen oft viele Termine haben, bieten wir Therapieblöcke

mit je 10 Stunden an. Unsere Erfahrungen zeigen, dass es ca ½ bis 1 Jahr oder mehrere Blöcke dauert, bis die Kinder und Jugendlichen aufkommende Schwierigkeiten selbstständig bewältigen.

–“Lernen braucht Zeit“– Wir haben das Ziel für Kinder und Jugendliche Angebote zu machen, die langfristig zur Stabilisierung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit führen.

• Integration

Die Angebote richten sich an behinderte, als auch an nicht-behinderte Kinder gleichermaßen, um den Integrationsgedanken in den Lernprozess mit einzubauen. In der integrativen Arbeit gelingt es gut, Rücksichtnahme und Toleranz zu lernen.

• Elternarbeit

Die Eltern werden über regelmäßige Gespräche mit eingebunden, um ihre Erwartungen mit den Bedürfnissen und Wünschen der Kinder abzustimmen.

Insgesamt steht für alle Angebote in unserer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, sie so anzunehmen wie sie sind und mit ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Deshalb bieten wir in allen Gruppen Eltern-/Familiengespräche an oder laden zu Elternabenden ein.

Die Kinder und Jugendlichen und deren Eltern werden in der Praxis individuell betreut.

Nach dem Erstgespräch bei Dr. med. R. Albert, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, erfolgt zunächst eine diagnostische Abklärung und dann die individuelle Beratung für das weitere Vorgehen.

Im Anschluss an die Angebote findet immer ein Abschlussgespräch statt, in dem wir zusammen mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern neue Freizeitangebote, Sportgruppen oder andere soziale Betätigungen suchen.

■ Gabriele Werdehausen, Mandy Brose

Literatur:

- Peter Gaschler, Sandra Klimek, Christa Lauenstein "Kinder fördern durch Bewegung und Sport"
- Yvonne Dörken, Antje Witting "Bewegte Konzentrationsförderung" Psychomotorik Ausgabe Mai 2010
- Wolfgang Beudels "Bewegung, Spiel und Sport" Psychomotorik Ausgabe August 2010
- Gert Jugert, Anke Reheder, Peter Notz, Franz Petermann "Soziales Kompetenztraining für Jugendliche"
- Hermann Städler, Dr.Dieter Breithecker /Wehrfritz Kinder Turnwelt



PRIVATE ENTRANCE
KEEP CLEAR

In den Ohren liegen und aufs Auge drücken?

Auswege aus der Ausnutzung

Sätze, die anfangen mit „Ist es okay, wenn...“, „Du, ich hab da ein Problem...“ oder „Es müsste mal einer...“ anfangen, kennt wohl jeder und jeder weiß in etwa, was sie bedeuten: Jemand anderes will, dass man etwas für ihn erledigt, dass man ihm zuhört, dass man einen Kompromiss eingeht - kurzum: Man wird überredet, etwas zu tun, zu dem man vielleicht weder Zeit noch Lust hat und/oder zu dem man sich von alleine nie bereit erklären würde.

Obwohl man bei einem solchen Satz genau weiß oder spürt, was er im Schlepptau hat, antwortet man häufig mit Ja oder bietet sogar von sich aus eine noch größere Hilfestellung an.

So kommt es, dass man bei Gruppenarbeiten in der Schule viel mehr als die anderen macht (irgendjemand muss ja schließlich...), dass man ohne die geringste Lust stundenlange Tröst-Telefonate mit irgendwelchen, stets schwer vom Leben gebeutelten FreundInnen führt, dass man Sachen verleiht, die man selber braucht, dass man sich im Bus nicht traut, mitteilungsbedürftigen Mitmenschen zu sagen, dass man eigentlich seinen eigenen Gedanken nachgehen will, dass man große Mühen auf sich nimmt, um für jemanden etwas zu besorgen oder zu reparieren, obwohl man gar keine Zeit dafür hat...

Natürlich: Menschliche Beziehungen leben davon, dass man sich gegenseitig hilft, dass einer dem anderen auch mal unter die Arme greifen kann, wenn es eben nötig ist. Nur sind „Gegenseitigkeit“ oder „Notfall“ dehnbare Begriffe, und spätestens dann, wenn man das Gefühl hat, mehr für andere als für sich selber zu tun oder wenn man

sich in den oben beschriebenen Situationen wiederfindet, kann es gut sein, dass man in seiner Hilfsbereitschaft ausgenutzt wird:

Gerade als JugendlicheR kennt man oft seine Bedürfnisse und seine Belastbarkeitsgrenzen noch nicht gut genug und kann sie im Voraus nicht richtig einschätzen und mit einem ADHS wird alles noch komplizierter.

Aber woran liegt es, dass man gerade ADHSlerInnen so prima in den Ohren liegen oder ihnen so schnell mal was aufs Auge drücken kann?

Ein paar mögliche Gründe:

- Menschen mit ADHS sind hochempfindlich. Das Leid anderer geht ihnen besonders nahe und sie wollen ihm besonders schnell ein Ende setzen.
- Durch ihr schlechtes Selbstwertgefühl nehmen viele ADHSlerInnen ihre Wünsche nicht so wichtig, wie es andere bei sich tun. Sie erklären sich so zum

Max, 21: Bei mir ist es so, dadurch, dass ich Anerkennung haben will, bin ich bereit, sehr viel auf andere einzugehen und stecke dadurch sehr viel zurück.

Joana, 19: Ich hab das Problem so nicht, weil ich eigentlich immer weiß, was ich will.

Jannis, 14: Ich beschwer mich, wenn es mir zu viel wird. Ich breche den Kontakt ab bei Leuten oder Gruppen, die immer nur wollen, dass ich etwas für sie mache, das habe ich grade vor kurzem

Tania, 16: Ich verwende sehr viel Zeit für meinen Freund, auch um ihm zu helfen, das tut mir einerseits gut, andererseits ist es anstrengend.

Beispiel bereit, Dinge zu tun, für die sich andere zu schade sind.

- Sieht man bei jemand anderem ein Problem, das man von sich selber kennt und mit dem man selbst einmal im Stich gelassen wurde, empfindet man es als eine Pflicht, demjenigen zu helfen. Gerade Menschen, wie viele ADHSlerInnen, die einiges Unschöne erlebt haben, überfordern sich hierdurch unwillkürlich selber oder werden von anderen in Beschlag genommen.
- Durch ihre Schusseligkeit, das Zu-Spät-Kommen und Dinge-Vergessen, haben viele ADHSlerInnen ständig ein schlechtes Gewissen gegenüber anderen und

sehen kleine Gefallen gerne als eine Chance, dies wieder „auszubügeln“.

Eine ausweglose Lage? Auf keinen Fall! Hier ein paar Strategien zum Gegenlenken, die man noch beliebig ergänzen kann:

- Sich mit Bitten nicht überrumpeln lassen. Dem Gegenüber sagen, dass er zu einem anderen Zeitpunkt (am nächsten Tag) noch einmal nachfragen soll. Dann im Kopf überschlagen, wie viel Zeit die Tätigkeit in Anspruch nehmen würde. Eine Zusage nur dann

Der Wissenschaftliche Beirat stellt sich vor



Dr. Helga Simchen

Leiter des Kompetenz-Zentrums AD(H)S Mainz mit den Schwerpunkten AD(H)S im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Lern- und Verhaltensstörungen, Begleit- und Folgeerkrankungen des AD(H)S, wie Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche, Tics und Tourette-Syndrom, Zwangs- und Essstörungen

Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Subspezialisierung für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neuropädiater, abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologischer Psychotherapie und Systemischer Familientherapie

Studium der Medizin in Berlin (Charité)
Oberarzt der Kinderklinik Staßfurt

Seit 1986 stellvertretender Abteilungsleiter der Klinik für Neurologie und Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter an der Medizinischen Akademie Magdeburg mit Ausbildungsermächtigung und dortigem Lehrauftrag und

im Fach Rehabilitationspädagogik an der Pädagogischen Hochschule Magdeburg

Forschungsschwerpunkte: Verhaltenssteuerung, Hyperkinetisches Syndrom und Allergie

Wahrnehmungsverarbeitung und Frühdiagnostik von Lernstörungen, wie Lese-Rechtschreibschwäche; Tics und Tourette-Syndrom

Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Rehabilitation der DDR, zuständig für Schädigungen im Kindes- und Jugendalter

Viele Veröffentlichungen in der Fachliteratur der DDR

1993 Leitung der Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Weiterbildung als Balintgruppenleiter und im Katathymen Bilderleben

1995 Kassenärztliche Praxis in Mainz mit den Schwerpunkten Lern- und Verhaltensstörungen, AD(H)S, Entwicklungsdiagnostik, AD(H)S und seine Begleit- und Folgeerkrankungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

7 Jahre Qualitätszirkel für AD(H)S im Erwachsenenalter geleitet

Autorin von 5 Büchern über AD(H)S-Problematik (Kohlhammer-Verlag)

2 Kinder: Sohn Zahnarzt, Tochter Professorin an der Charité

ein Enkel Jugendweltmeister 2010 im Rudern

geben, wenn das, was man sich (für einen bestimmten Zeitraum) vorgenommen hatte, schon erledigt ist.

- Bei Anrufen gleich zu Anfang sagen, dass man nur bis zu einer bestimmten Uhrzeit telefonieren kann und das immer einhalten (Eieruhr stellen).
- Sich viele Ruhepausen gönnen, „Verabredungen mit sich selber“ einplanen, im Kalender markieren und höher priorisieren als alles andere.

■ Marie-Luise Bach



Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott

geboren 1952, seit 1982 in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig.

1986 Anerkennung als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 1988 als Psychotherapeut.

1993 Ernennung zum Universitätsprofessor an der Bayerischen Julius Maximilians-Universität Würzburg, 1997 Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seit 1998 in Aschaffenburg.

Verkehrsmedizinische Qualifikation gemäß den Richtlinien der Bayerischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer. Qualifikation für Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Als Delegate im Pediatric Committee PDCO der European Medicines Agency (EMA), die für die wissenschaftliche Entwicklung und Anwendung von Medikamenten und deren europäische Gesamtzulassung verantwortlich ist.

Fachvertreter für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Europa. Mitglied der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Mitglied zahlreicher deutscher und internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Wissenschaftlicher Beirat bei einigen wissenschaftlichen Zeitschriften. Gründungsmitglied des Psychotherapeutischen Kolleg Würzburg und der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde.

KONZENTRATION

Leben mit ADS

Fortsetzung:

„Schätzungsweise 5% der Kinder haben ADS. Unser Sohn kann nicht der einzige Schüler an Ihrer Schule gewesen sein!“

(Ende letztes Heft, 86 | 3/2010)

Zwei Jahre später kam ich zufällig mit einer Ergotherapeutin unserer Stadt zu diesem Thema ins Gespräch.

Sie bekämen jetzt immer mehr Kinder mit ADS, erzählte sie mir. Besonders eine Lehrerin schicke ihr immer wieder Kinder zum Test. Sie habe einmal ein Kind mit ADS nicht erkannt. Das solle ihr nie wieder passieren, sei ihre Begründung. Die Therapeutin kannte auch ihren Namen. Es war die ehemalige Klassenlehrerin unseres Sohnes! Zum Abschluss der 4. Klasse hatte diese uns noch eine Überraschung beschert.

Sie habe mehrmals gerechnet, erzählte sie uns. Unser Sohn hatte nicht nur zum Abschluss doch noch eine Zwei in Mathematik geschafft, er durfte auch zum Forstfest einen Leistungsstab tragen!

Bei diesem Fest handelt es sich um eine traditionell begründete Heimatveranstaltung, zu der alle Schulkinder weiß gekleidet und festlich geschmückt mit Blumen, Kränzen und Fahnen durch die Stadt ziehen.

Dabei sind sie nicht nur nach Klassenverbänden, sondern innerhalb derer auch nach ihren schulischen Leistungen, d.h. dem Zensuredurchschnitt geordnet. Die Besten dürfen Leistungsstäbe tragen, die mit einer goldenen Kugel versehen und mit einem großen Blumenkranz geschmückt sind.

Da ich zugezogen war, waren meine beiden älteren Söhne jahrelang mit ihren Kränzen durch die Stadt gezogen, ohne dass wir um deren Bedeutung gewusst hatten. Erst jetzt, als uns die Klassenlehrerin unseres Jüngsten, selbst überrascht, extra darüber informierte, wurde uns klar, dass es sich um eine Auszeichnung handelte.

Und so beendete er seine Grundschulzeit doch noch mit Bravour.

Die Sommerferien nutzten wir zur gründlichen Erholung. Da ich auch beruflich ein problematisches Umfeld hatte, war ich am Ende meiner psychischen Kräfte.

Sehr stolz und hoch motiviert ging das Kind danach den neuen Schulabschnitt an.

Doch auch wir hatten uns darauf vorbereitet. Nichts sollte dem Zufall überlassen bleiben. Beim vorbereitenden Elternabend hatte sich herausgestellt, dass die neue Klassenleiterin bereits informiert war und noch zwei weitere ADS-Kinder in der Klasse hatte. Allerdings gab sie auch freimütig zu, bisher noch nie damit konfrontiert gewesen zu sein und war dankbar für jede Unterstützung. So nahm sich mein Mann frei und begleitete sie und die Klasse zur Kennenlernwoche ins Landschulheim. Auf

diese Weise konnte er nicht nur die Tabletteneinnahme unseres Sohnes überwachen, sondern auch sein soziales Verhalten und die Lehrerin nebenbei mit der speziellen Problematik der drei Kinder vertraut machen.

Als der reguläre Unterricht begann, stellte sich bald heraus, dass die Prognose der Psychologin richtig gewesen war. Unser Sohn stürzte sich mit Feuereifer auf die neuen interessanten Fächer und da es nun generell sehr straff im Unterrichtstoff vorwärts ging, wurde er auch nicht mehr von endlosen Wiederholungen gelangweilt.

Begeistert nahm er jede Herausforderung an. Dass der Unterrichtsstoff nun stark strukturiert dargeboten wurde, kam ihm dabei sehr entgegen. Auch das Arbeitsblattwesen hatte ein Ende. Stattdessen mussten die Schüler die Lerninhalte jetzt selbstständig gegliedert in Hefter übertragen und gestalten. Dadurch waren sie automatisch schon so gefestigt, dass gar nicht mehr viel Lernarbeit notwendig war. Arbeitsblätter wurden nur noch selten als sinnvolle Ergänzung genutzt.

Trotzdem war die Umstellung von der „Grundschulspielerei“ auf Gymnasiumbetrieb auch für uns Eltern eine Herausforderung, zumal das ADS auch noch einige zusätzliche Maßnahmen notwendig machte.

So hatten wir von Anfang an für straffe „Leitplanken“ gesorgt. Für jedes Fach gab es eine farbige, beschriftete Stapelbox, die alle Materialien aufnahm, so dass nichts vergessen werden konnte. Mit einem Mitschüler war verabredet, dass unser Sohn jeden Nachmittag telefonisch die Vollständigkeit der eingetragenen Hausaufgaben überprüfte. Diese wurden am Esstisch erledigt, der keine Ablenkung bot, während ich an meinem Schreibtisch mit im Zimmer saß, um jegliche Unruhe zu vermeiden. Ich brachte ihm bei, wie man Hefter gliedert und durch systematisches Hervorheben der Überschriften übersichtlich gestaltet und duldet von Anfang an keine Schludrigkeiten. Auch das Ausarbeiten von Präsentationen und die Gestaltung der meist dazu geforderten Plakate musste erst gelernt werden. Nicht immer sah er alle Maßnahmen sofort ein. Es gab langwierige Diskussionen und auch Tränen. Den Abschluss eines jeden Tages bildete die Ranzenkontrolle. Das alles kostete sehr viel Zeit und auch Nerven. Da das Medikament nur etwa 8 Stunden wirkte, fiel die Anfertigung der Hausaufgaben meist in die Zeit, in der die Wirkung bereits nachließ. Die Erledigung der eigentlichen Aufgaben beeinträchtigte das nicht, da diese meist als Herausforderung betrachtet wurden und in der Regel auch interessant waren. Aber alle langweiligen Routinearbeiten darum herum brauchten ständigen Anstoß. Jede noch so kleine Ablenkung musste entfernt werden.

Da ich das Kind permanent „in Gang halten“ und nicht selten auch aufspringen musste, um es an seinen Arbeitsplatz zurückzuholen, kam ich selbst eigentlich zu gar nichts und konnte meine eigene Büroarbeit oft erst dann erledigen, wenn es seine beendet hatte. Doch als allmählich die ersten Zensuren kamen, zeigte sich, dass sich der

ganze Aufwand lohnte.

Gespannt sahen wir der ersten Elternsprechstunde entgegen. Alles in Ordnung, hörten wir dort zu unserer großen Erleichterung von der Klassenlehrerin. Unser Sohn sei ein völlig unauffälliger, normaler guter Schüler. Die Grundschulprobleme in Mathematik könne sie überhaupt nicht nachvollziehen. Im Gegenteil, sie würde ihn demnächst zum Begabtenförderunterricht delegieren!

Auch bei den Fachlehrern, mit denen ich einige Monate später zum „Tag der offenen Tür“ ins Gespräch kam, gab es keine Probleme. Nicht einmal bei dem von mir gefürchteten freien „Stationsarbeiten“ hatte es Schwierigkeiten gegeben. Die Kinder waren dabei in kleine Gruppen eingeteilt gewesen und diese hatten offenbar genügend stabilisierende Wirkung gehabt. Wir erzählten unserem Sohn, dass seine Lehrer zufrieden mit ihm seien und wie sehr wir uns darüber freuten. Er war glücklich.

Nachdem wir sicher sein konnten, dass sich die schulische Situation stabil positiv entwickelte, waren wir dazu übergegangen, an Wochenenden und in den Ferien das Medikament nicht mehr zu nutzen.

Abgesehen von dem ersten klärenden Gespräch, hatten wir unserem Sohn gegenüber das Thema ADS nicht mehr erwähnt, da es ihm unangenehm zu sein schien, darüber zu sprechen. Jedenfalls hatte er alle weiterführenden Gespräche so energisch abgeblockt, dass wir es akzeptiert hatten. So ließen wir dieses Thema einfach „unter den Tisch“ fallen. Er sollte sich weder „krank“ oder „behindert“ fühlen, noch es womöglich als Ausrede benutzen können. Am Anfang hatte er des Öfteren versucht, die Medikamenteneinnahme zu „vergessen“ und beim Saubermachen hatte ich nach Monaten einmal eine ganze Handvoll Kapseln in einer Ecke gefunden. Doch inzwischen hatten wir einen so guten Überblick über die speziellen ADS-Symptome bei unserem Kind, dass wir beim Nachhausekommen sofort merkten, wenn es sie nicht genommen hatte und mit zunehmendem schulischen Erfolg war seine Akzeptanz gewachsen.

Nun galt es Strategien für die Bewältigung der außerschulischen Probleme zu entwickeln. Diese bestanden ja nach wie vor, zumal die Zeit der besonders problematischen, langweiligen häuslichen Routineabläufe morgens und abends ohnehin in die Spanne außerhalb der Medikamenteneinwirkung fiel. Mit zunehmendem Alter und Selbstständigkeit hatte sich dabei keine Besserung, sondern eher eine dramatische Verschlechterung gezeigt. Traditionell hatte sich ergeben, dass ich für diese Dinge zuständig war.

Doch nachdem mit Beginn des Gymnasiumbesuchs schon die schulischen Anforderungen am Nachmittage jede Menge Zeit und Nerven beanspruchten, brachte mich das meist daran anschließende stundenlange abendliche Drama schnell an meine Grenzen.

Dazu kam, dass ich immer mehr in die Rolle des „bösen Antreibers und Kontrolleurs“ rutschte und sehr darunter

litt. Schon hatte das Kind kaum noch ein gutes Wort für mich übrig, während es sehnsüchtig auf das Nachhausekommen des lieben Papis wartete. Kein Wunder, verlor ich doch bei allem Wissen um die Problematik des ADS unter dem Dauerstress immer öfter die Nerven.

In der Fachliteratur ist beschrieben, dass ein Elternteil die Rolle des Supervisors übernehmen muss und auch, dass meist die Mutter diese Rolle des „Bösen“ übernimmt. Doch dagegen wehrte ich mich.

Schließlich hatte ich das Kerlchen genauso lieb, wie sein Vati und wenn es ohne ein liebes Wort abends endlich grollend in seinem Bett lag, saß ich oft heulend in der Sofaecke. Dass mir mein Mann einen großen Teil der Hausarbeit abnahm, half mir in solchen Momenten auch nicht weiter. Das ADS wog deutlich schwerer und beruflich auch noch psychisch stark belastet, forderte ich - am Ende meiner Kräfte - schließlich geteilte Verantwortung ein. So übernahm nun der Vati in seiner Frühschichtwoche und an den Wochenenden die leitende Rolle und merkte schnell, dass das nicht von einem festen Platz ausging, sondern man im wahrsten Sinne des Wortes permanent „dahinter stehen“ musste. Besonders die dafür notwendige eiserne Konsequenz fiel ihm nicht ganz leicht und anfangs musste ich noch häufig „soufflieren“. Doch schließlich konnte ich mich an den „Vatertagen“ fast vollständig zurückziehen und nun auch einmal meine eigenen Arbeiten konzentriert und ohne ständige Unterbrechungen erledigen.

Nachdem das Kind auf diese Weise doppelte Leitplanken erhalten hatte, erzielten wir die weiteren Verbesserungen deutlich schneller.

Gemeinsam versuchten wir für alle problematischen Abläufe Schemata zu entwickeln, in der Hoffnung, dass diese sich dann automatisieren ließen.

Außerdem sollte der Junge lernen, sich mit Hilfsmitteln, wie Merktzetteln und Kurzzeitwecker selbst zu organisieren. All das erwies sich als sehr, sehr mühsam, aber schließlich funktionierte es doch.

Mussten zunächst die früh und abends zu erledigenden Dinge trotz festgelegter Zeiten und täglich derselben Reihenfolge monatelang noch immer wieder mehrfach einzeln angemahnt und kontrolliert werden, konnten sie schließlich doch in „Morgenaufgaben“ und „Abendaufgaben“ zusammengefasst werden.

Das besonders stressbelastete Abendprogramm mussten wir mehrfach umbauen, bis endlich eine akzeptable Lösung gefunden war. Mochte sie auch familienpädagogisch nicht einwandfrei sein - in unserer Familie brachte sie die für alle Beteiligten dringend notwendige Entlastung. Nun hatte der Junge zunächst seine „Abendaufgaben“ zu erledigen, die im Einzelnen nicht mehr aufgezählt wurden. Hatte das geklappt und waren auch die wechselnden „Nachmittagsaufgaben“, die auf einem Zettel standen, zufrieden stellend erledigt gewesen, durfte er sich gewaschen und im Schlafanzug ab 19.00 Uhr mit

seinem Abendbrotteller in die Sofaecke kuscheln und bis 20.00 Uhr fernsehen. Obwohl damit eine für ihn sehr attraktive Lösung gefunden war, die außerdem auch noch entspannend wirkte, dauerte es doch über ein Jahr, bis sie endlich klappte und unsere Tage stressfrei enden konnten. Ein weiteres halbes Jahr später war es dann so weit, dass er ohne jede Aufforderung selbst pünktlich mit seinen Abendaufgaben begann, um die gesamte Stunde Freizeit richtig ausnutzen zu können. Allerdings hatte dieser Erfolg auch eiserne Konsequenz von uns Eltern verlangt. Hatte etwas nicht geklappt, blieb der Fernseher aus.

Immer auf der Suche nach Lösungen, nutzten wir dieses System schließlich auch zur Organisation der Wochenenden. Da diese zeitlich nicht so klar strukturiert waren und von unterschiedlichen Aufgaben und Unternehmungen geprägt, blieben sie längere Zeit problematisch. Schließlich bekam das Kind jeweils am Abend vorher die mündliche Ansage für den nächsten Tag und fand die Aufgaben dann noch einmal schriftlich in Augenhöhe an die Tür geheftet vor. Waren sie bis zum Abend erledigt, durfte es am Sonnabend abends sogar etwas länger fernsehen. Erschwerend war dabei, dass wir am Tag immer etwas gemeinsam unternahmen, also die verbleibende Zeit klug eingeteilt werden musste.

Immer wieder bot ich ihm dazu den Kurzzeitwecker an, den es spielerisch auch manchmal nutzte.

Um auch diese Mechanismen möglichst zu automatisieren, gab es auch in den Ferien an jedem Tag eine, mal größere - mal ganz kleine „Tagesaufgabe“, ebenfalls schriftlich, die auf dem Zettel abgehakt werden musste.

Immer deutlicher wurde, dass sich akustische Reizüberflutung besonders negativ auswirkte.

Je ruhiger der Tag ablief, umso ausgeglichener und aufnahmefähiger war das Kind.

In der Schule war das ganz sicher ein Problem der Klassenatmosphäre. Zu Hause bedeutete das, dass der Fernseher nicht nur für das Kind, sondern auch für den Vater ausgeschaltet bleiben musste und auch das Radio nur sehr bewusst dosiert genutzt werden konnte. Da unser Sohn sehr musikalisch war, nahm er jede Art von Musik sofort so aktiv auf, dass daneben keine andere Tätigkeit mehr möglich war, sondern er am Ende singend oder tanzend im Raum stand.

Ein anderes ADS-typisches Problem betraf das soziale Verhalten und die Distanzlosigkeit, die sofort auffällig wurde, wenn er sein Medikament nicht bekam. Charakteristisch dafür war, dass er anderen Leuten, gleich ob Kind oder Erwachsener, regelrecht „auf die Pelle“ rückte, sich in fremde Gespräche hängte und sehr viel und laut sprach. Was bei dem Kleinkind noch als niedlich toleriert worden war, wirkte mit zunehmendem Alter aufdringlich und natürlich schlecht erzogen. Auch hier nutzten wir Wochenenden und Ferienzeit, um immer wieder regulierend einzugreifen und ihm vorsichtig klarzumachen, dass bestimmte Verhaltensweisen abstoßend auf andere Men-

schen wirken. Doch das war sehr schwierig.

Es war ihm sichtlich unangenehm, das zu hören und er versuchte, solche Gespräche immer wieder abzuweigen. Ich vermute, dass er sehr wohl um sein Fehlverhalten wusste und auch darunter litt, es aber eben nicht ändern KONNTE.

Es war schon sehr verblüffend zu beobachten, dass sich tatsächlich alle seine Probleme innerhalb von einer halben Stunde nach Medikamenteneinnahme förmlich in Luft auflösten und sich das sprunghafte, verträumte, unkonzentrierte, laute und oft eben auch „unerzogen“ wirkende Wesen in ein ruhiges, zülig und überlegt handelndes, gesittetes Kind verwandelte.

Es ist für uns Eltern und erst recht für unbeteiligte Personen einfach nur sehr schwer zu verstehen, dass die Kinder eben nicht „nicht hören wollen“, sondern offenbar ohne die Hilfe dieses Medikaments nicht anders handeln KÖNNEN.

So richtig habe ich das erst anhand seiner Nebenwirkung begriffen, übrigens die einzige, die wir beobachtet haben. Es ist bekannt, dass das Präparat in seiner Wirkphase Appetit zügelnd wirkt. Für uns war das nicht so problematisch, da unser Sohn seit jeher in der ersten Tageshälfte nicht sehr viel gegessen hatte und wir unsere Hauptmahlzeit ohnehin erst am frühen Abend einnahmen.

Erst als er anlässlich einer Einladung, bei der er ein sehr leckeres Essen erwartete, darum bat, das Medikament nicht nehmen zu müssen, weil er gern essen wollte, wurde mir klar, dass er unter seinem Einfluss tatsächlich nicht essen KONNTE.

Genauso KANN er offenbar, unabhängig von Wollen und Fähigkeiten, ohne die Medizin bestimmte Erwartungen nicht erfüllen.

An den Wochenenden und Ferientagen versuchten wir nun, uns allmählich an die Grenzen heranzutasten und Mittel und Wege zu finden sie zu überwinden. Für spezielle Gelegenheiten hatten wir zur Ergänzung noch eine kurz wirksame Variante des Präparates bekommen, die wir zunächst auch für abendliche Auftritte oder ähnliches nutzten. Schon bald zeigte sich jedoch, dass das Kind bei solchen Anlässen sehr wohl in der Lage war, sich zu konzentrieren. Schließlich verwendeten wir sie nur noch vor solchen Veranstaltungen, die aufgrund ihrer besonderen Langwierigkeit und ereignisloser Phasen problematisch werden konnten und stellten ihm die Einnahme ansonsten frei, worauf er sie meist ablehnte.

Besuche von Museen, Spielparks, interaktiven Experimentierzentren usw. waren ganz spezielle Herausforderungen für uns, besonders, wenn es dabei zu größeren Ansammlungen von Kindern mit entsprechender Geräuschkulisse kam und die einzelnen Stationen nicht klar abgegrenzt waren.

Wie Hütehunde umkreisten wir dann unseren Sohn, um ihn räumlich und gedanklich in der Bahn und am Objekt zu halten. Denn sein Interesse war ja grundsätzlich vorhan-

den und sein Auffassungsvermögen sehr gut.

Der schönste Lohn für solche, für uns sehr anstrengenden Tage war, wenn sich nach Tagen oder Wochen erwies, dass alles Wesentliche auch ohne Medikament tatsächlich hängen geblieben war.

Die meisten seiner in der Grundschule begonnenen Freizeitaktivitäten hatten wir beibehalten, da sie nach Meinung des Arztes zusätzliche Therapien unnötig machten. Im Judotraining waren körperliche Ausarbeitung mit notwendiger Konzentration perfekt verbunden. Da die sehr guten, ehrenamtlichen Trainer zudem auf eiserne Disziplin achteten und bei Notwendigkeit auch individuell arbeiteten, war es geradezu ideal für ADS-Kinder. Auch in der musikalischen Ausbildung hatten wir das Glück immer Lehrerinnen zu haben, die sehr individuell auf das Kind eingingen und es immer so förderten und forderten, dass ihm die Freude am Musizieren erhalten blieb.

Die Kinderspielbühne hatten wir allerdings verlassen, da diese mit zwei Wochenstunden Probe für drei Sätze, für unsere Zwecke nicht effektiv war und unser Sohn aus Langeweile gleich die ganzen Theaterstücke auswendig gelernt hatte.

Stattdessen war er in die HipHop-Gruppe unseres Tanzvereins gewechselt. Das Einstudieren und Merken der langen Schrittfolgen erwies sich durch das Zusammenspiel von körperlicher Ausarbeitung und Musik als ideales Konzentrationstraining und bereitete ihm nicht die geringsten Schwierigkeiten.

Dazu kamen hier ebenfalls die sozialen Aspekte der Gruppendisziplin und des Vereinslebens.

Schach hatte er auf eigenen Wunsch aufgegeben, obwohl auch hier Talent und Interesse vorhanden gewesen waren. Aber mit der geringen Dynamik dieser Denksportart ist ein ADS-Patient wahrscheinlich grundsätzlich überfordert, zumal die Trainingszeit auch noch in den Abendstunden lag.

Auch das Reiten, das sich für ihn eigentlich eher nebenbei ergeben hatte, hatten wir zunächst stark eingeschränkt, da es für ADS-Kinder mit ihrem gering ausgeprägten Gefühl für Risiko ohnehin nicht die ideale Sportart ist. Bei unserem Sohn schien es, als könne er die für das perfekte Zusammenspiel zwischen Reiter und Pferd notwendige Ruhe und feinste Konzentration auf Dauer ohne Medikament nicht durchhalten. Da er sich zunehmend geweigert hatte, am Training teilzunehmen, hatten wir seine Aktivitäten längere Zeit auf gemeinsame Ausritte am Wochenende und im Urlaub beschränkt.

Bei solchen Anlässen hatte er von erfahrenen Reitlehrern meist ein ihm ähnlich gelagertes Pferd bekommen und die beiden trotteten dann in schöner Einigkeit einfach nur verträumt mit uns mit.

Erst als er durch Zufall in einem fremden Reiterhof einige Reitstunden bekommen hatte und plötzlich begeistert darum bettelte, wieder dort reiten zu dürfen, wurde mir das eigentliche Problem klar. Wie schon früher in der

Grundschule war er bei seiner bisherigen „Reitausbildung“, die wir absichtlich in keiner Weise forciert hatten, einfach unterfordert gewesen. Sobald dies der Fall ist, kann er sich nicht mehr konzentrieren.

Auf seinen Wunsch hin wechselten wir mit ihm nun zu diesem anderen Reiterhof und es war verblüffend zu beobachten, wie konzentriert er unter klaren Ansagen und deutlicher Kritik die anspruchsvolleren Aufgaben meisterte, welche Fortschritte er in kürzester Zeit machte und mit welchem Stolz und Selbstbewusstsein ihn das erfüllte.

Abgesehen davon, dass sich auch hier wieder die Notwendigkeit enger Leitplanken gezeigt hatte, hatten wir eine weitere ganz entscheidende Erkenntnis über ADS gewonnen, die zwar eine enorme Herausforderung für uns bedeutet, aber unserem Sohn auch in der Zukunft entscheidend helfen könnte:

Immer wenn sich Anforderungen und Leistungsvermögen die Waage hielten, konnte das ADS offenbar weitgehend ausgeschaltet werden.

Im Gymnasium schien dieses Gleichgewicht zu bestehen. Als am Ende der 5. Klasse in einer Lehrerkonferenz alle Kinder, die „auf Elternwunsch“ zum Gymnasium gekommen waren, gesondert beurteilt wurden, konnte keiner der Lehrer bei unserem Sohn die Probleme der Grundschule nachvollziehen. Zum Halbjahr der 6. Klasse erhielt er das beste Zeugnis seiner bisherigen Schullaufbahn. Nun hatten sich auch die zeitaufwendigen Investitionen im 5. Schuljahr bewährt. Er konnte seine schulischen Aufgaben immer selbstständiger erledigen. Kontrolle war immer noch täglich notwendig, ging aber nun doch etwas schneller.

Dafür bekamen wir es jedoch nun massiv mit einem anderen ADS-typischen Problem zu tun, das wiederum das Familienleben erheblich belastete und uns vor neue Herausforderungen stellte.

Es ist bekannt, wenn auch wissenschaftlich nicht erklärbar, dass ADS-Kindern eine gewisse „Regelresistenz“ zu eigen ist.

Das war es, was mich neben der „Trödelei“ schon seit den Kleinkindjahren unseres Sohnes an den Rand der Verzweiflung gebracht und der Missbilligung von Verwandten und Bekannten ausgesetzt hatte.

Es war umso schwerer zu verstehen, als es sich dabei keineswegs um komplizierte Anforderungen, sondern selbstverständlichste Dinge, wie z.B. das richtige Halten einer Gabel oder das regelmäßige Betätigen der Toilettenspülung handelte. Es hatte Jahre (!) und unendlich viel Nerven und Frieden gekostet, bis solche Dinge endlich klappten.

Doch nun, mit zunehmendem Alter unseres Sohnes äußerten sich die Symptome schwerwiegender und ergaben in Summe eine Unzuverlässigkeit, die sehr belastend war und schließlich auch gefährlich werden konnte.

Noch war nichts passiert, doch wir trauten uns kaum noch ihn allein zu lassen. Hatten wir ihn vor unserem Weggehen noch einmal ausführlich belehrt, was er zu tun und, vor allem, zu lassen hatte, mussten wir feststellen, dass er fast unmittelbar nach unserem Weggang fast jedes Mal genau das Gegenteil tat.

Es braucht schon sehr viel Toleranz, darin keine Bösartigkeit, sondern ein Krankheitssymptom zu sehen und nicht immer konnten wir die aufbringen.

Schließlich bat ich den Arzt um Hilfe. Er riet uns einen Regelvertrag abzuschließen und von dem Kind unterschreiben zu lassen. Zunächst zögerte ich noch - fingen wir das falsch an, hatten wir das Pulver verschossen. Doch nach einem besonders eklatanten Vertrauensbruch, platzte uns schließlich der Kragen.

Zudem drängte die Zeit – der Beginn der Pubertät stand unmittelbar bevor.

Ich erklärte dem Kind, dass es unser Vertrauen endgültig verspielt habe. Deshalb müsse unser Zusammenleben nun mit einem Vertrag geregelt werden. Normalerweise braucht man Verträge nur zwischen fremden Menschen, die sich nicht so gut kennen und deshalb nicht vertrauen. Da sich die Menschen in einer Familie ja lieb haben, ist so etwas da eigentlich nicht nötig. Doch da unser Vertrauensvorsprung nun verbraucht sei, müssten wir jetzt einen Vertrag miteinander machen.

Zunächst erhielt es den Auftrag alle relevanten Regeln aufzuschreiben, um die es sich handelte. Das ging mühe-los.

Es kannte sie alle!

Dann zeigte ich ihm verschiedene Verträge und erklärte, was zu einem Vertrag gehört.

So arbeitet unser Sohn schließlich am Computer seinen eigenen Vertrag aus, den er auch unterschrieb.

Von nun an fragte ich ihn nur noch: „Du kennst die Regeln?“ Nicken. „Muss ich dir noch einmal den Vertrag zeigen?“ Kopfschütteln. Und es klappte!!! Ehrlich gesagt, das hatten wir nicht erwartet!

Wir hatten ihm erklärt, dass er mit unserem Vertrauen auch alle Vergünstigungen verloren habe. Von nun an müsse er in Vorleistung gehen, um sie wiederzugewinnen. Wenn wir das Haus verließen, blieb die Tür zu den Wohnräumen und damit auch zu Fernseher und Computer von nun an verschlossen. Doch auch wenn wir zu Hause waren, blieben alle Vergnügungen und Freiheiten zunächst empfindlich eingeschränkt. Damit musste er eine ganze Weile leben und er hielt sie auch nur sehr allmählich zurück.

Am Ende der 6. Klasse musste ich in der Spätschichtwoche meines Mannes länger arbeiten. Bisher hatten wir den Jungen bei solchen Gelegenheiten immer zu Freunden im Nachbarhaus geschickt. Doch nach reiflicher Überlegung wollten wir einen Versuch diesmal wagen. Alle Türen blieben unverschlossen.

Unser Sohn erhielt einen Zettel mit Aufgaben für den Nachmittag. Wenn er alle erledigt hätte, sollte er fernsehen oder Computer spielen dürfen.

Wider Erwarten konnte ich meine Arbeit früher beenden und war auf alles gefasst, als ich nach Hause kam.

Doch was ich da sah, konnte ich kaum glauben. Alle Aufgaben waren erledigt, das Zimmer aufgeräumt und der Fernseher noch gar nicht eingeschaltet gewesen!

Und ein superstolzes Kind flog mir an den Hals: „Mein ADS hat ja eigentlich gesagt, ich soll meine Aufgaben nicht machen und lieber fernsehen. Aber ich habe es besiegt!“

Es war das erste Mal, dass der Junge dieses Thema von sich aus ansprach.

Ich nahm ihn in den Arm: „Siehst du, nun weißt du, wie du es schaffen kannst, es zu besiegen. Von nun an wirst du es immer öfter schaffen!“

Am Abend fragte er, ob er einen Film im Fernsehen sehen dürfe. Darauf hatte er nun schon längere Zeit verzichten müssen. Glücklicherweise hüpfte er mit der Erlaubnis los, wobei er mit einem tiefen Aufatmen etwas pathetisch rief: „Ja, es lohnt sich eben, wenn das Vertrauen wieder hergestellt ist!“

Kurz danach erlebte er am Schuljahresende noch einen weiteren Triumph.

Er hatte nun schon gelernt sich selbstständig auf Klassenarbeiten vorzubereiten und signalisierte uns, wenn er glaubte den Stoff sicher zu beherrschen, dass es genug sei mit der Abfragerei. Und tatsächlich deckte er uns in den zahlreichen Arbeiten, die vor Zensurenannahmeschluss noch jeden Tag geschrieben wurden, mit einem furiosen Wirbel von Einsen ein!

Die letzte Überraschung gab es dann am vorletzten Schultag, als die Kinder ihre Ausrüstung für das wieder bevorstehende Heimatfest erhielten. Als ich nach Hause kam, lehnte an der Tür der weiße Stab mit der goldenen Kugel! „Nanu, was ist denn das“, tat ich erstaunt. „Etwa ein Leistungsstab?“

„Ja, das ist ein Leistungsstab!“, jubelte unser Sohn stolz und schwebte noch den ganzen Tag wie auf Wolken.

Zu Recht, wie uns auch die Lehrerin bestätigte, die sich mit uns freute. Zwar nahmen aufgrund der Schulferien nicht alle Kinder an dem Umzug teil, aber da alle vier 6. Klassen zusammen berechnet worden waren, war es eine beachtliche Leistung.

Natürlich musste das dokumentiert werden.

Als ich am Tag des Festes mit der Videokamera am Straßenrand auf den Zug der Kinder wartete, entdeckte ich auf der gegenüberliegenden Straßenseite unter den Zuschauern den inzwischen pensionierten Direktor der Grundschule. Die Kinder kamen und ich filmte unseren Sohn, der stolz und fröhlich mit seinem Kranz zu den Klängen des Spielmannszuges vorbeimarschierte. Sein ehemaliger Lehrer war mit den Blicken meinem Kameraschwenk gefolgt. Deutlich war zu sehen, dass er das Kind, immer noch einen Kopf kleiner als seine Klassenkameraden,

erkannte. Sein Mund formte seinen Namen und Erstaunen malte sich in seinem Gesicht.

Als Lehrer wusste er die Position gleich hinter der Klassenfahne sehr wohl zu deuten. Dann lachte der sonst meist finster blickende Mann plötzlich anerkennend und immer noch erstaunt, wendete den Kopf und sah mich an. Doch ich konnte nicht einmal lächeln.

Die Erinnerung an all das Leiden der Grundschulzeit wurde übermächtig. Ganz plötzlich schossen mir die Tränen in die Augen. Wenn es nach diesem Lehrer gegangen wäre, würde unser Sohn jetzt hier nicht so stolz und selbstbewusst laufen.

Ich löste mich aus seinem Blick, um dem Zug der Kinder zu folgen. Unser kleiner Kämpfer hatte es diesem großen, starrsinnigen alten Mann gezeigt. Er würde auch das ADS besiegen...



Wir danken Frau Mauerer, Frau Rutenberg und Herrn Dr. Frenzel.

■ Petra Kurz

Anders gedac(h)t...

Mal saust du wie ein Wirbelwind,
oder träumst dich in ferne Welten.
Mal tobst du wie ein wildes Tier,
dann wieder willst du anderen helfen.

„Ich ändere mich, ich schaff` s bestimmt!“
das Versprechen sollte für dich gelten.
Dies fordern die ewigen Meckerer,
doch Positives gibt` s für Entdecker.

Die Menschen, die dich wirklich kennen,
können viele deiner Vorzüge nennen:
Du bist witzig, kreativ, spontan -
ob der Meckerer da mithalten kann?

Die Entdecker dagegen unterstützen dich,
auf all deinen Missionen und loben.
Sie lieben dich und dein AD(H)S
und akzeptieren dich so wie du bist.

von Tanja Wiese, November 2010

„ADHS - Von der Achterbahn auf die Zielgerade“

- über Prävention und Verständnis zur Therapie -

Bericht zur Veranstaltung der Thüringer Landesgruppe am 10.04.2010 in Heiligenstadt.

Am 10.4.2010 war es wieder mal soweit. Unser thüringenweites Symposium zu ADHS ging in die 5. Runde. Nachdem das Symposium in Eisenach 2008 von den Teilnehmern sehr gelobt wurde, wollen wir dabei bleiben, mit unserer Veranstaltung in die einzelnen Regionen Thüringens zu ziehen und damit die Gruppe vor Ort bekannter zu machen.

Nach Eisenach 2008 erklärte sich die Gruppe in Heiligenstadt um Frau Nachtwey bereit, das Symposium vor Ort mit uns zu organisieren. Diese Gruppe ist noch nicht im Bundesverband, nach der Veranstaltung denken sie aber über einen Eintritt nach.

Ziel der Veranstaltung war es, Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen, denn die Kenntnis über Inhalte und die Möglichkeiten vor Ort fehlt oft noch bei Eltern und Pädagogen.

Im Internet stieß ich auf die Seite von Dr. Georg Wolff aus Hannover: www.adhs-hilfe.de, die mich sehr fesselte. Ich merkte, er hatte eine etwas andere Sicht- und Herangehensweise, die aber meinen Empfindungen sehr nahe kommt. Auch seine Artikel in den *neue AKZENTE* 80 /2008 und Nr. 82 /2009 fand ich sehr interessant. Also Verbindung aufnehmen... Inhalte absprechen und die Zusage.

Das kirchlich geführte neue „Marcel-Callow-Haus“ empfing uns am Morgen des 10.4. sehr herzlich in einer sehr angenehmen Atmosphäre. Alles stimmte. Im unteren Bereich konnten wir die Teilnehmer empfangen, in der 1. Etage der Vortragsraum mit Technik, daneben Kaffee und Imbiss, Mittagessen im separaten Speiseraum und die Workshops in speziellen Räumen wie Kreativraum, Bibliothek u.a. Ein riesiges Dankeschön!

Vielleicht wäre dies ein ideales Haus für eine der nächsten Mitgliederversammlungen des ADHS Deutschland e. V..

Das Vortragsthema von Dr. Wolff „Ist ADHS eine Störung oder eine Kompetenz?“ weckte im Vorfeld Interesse und die Erwartungen wurden mehr als erfüllt. Die Frage „Wer stört hier wen?“ ist fast ein wenig provokativ. Es stellt sich die Frage, wie der Störungsbegriff bei ADS definiert wer-

den muss, da das Wort „**Störung**“ beim Kind ganz negative Gedanken und Empfindungen auslösen kann. Viele Eltern und Pädagogen sind mit Dr. Wolff einer Meinung, dass die derzeitigen Fragebögen für die Schulen eine dringende Überarbeitung benötigen, wie auch die diagnostischen Kriterien. Wir hoffen da alle auf DSM V.

Mit dem Vortrag von Dr. Wolff gewinnt das Wort „**Prävention**“ bei ADS eine ganz eigene Bedeutung. Es ist unumstritten, dass die Erziehung und das Verhalten der erwachsenen Bezugspersonen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung auf den Ausprägungsgrad des ADHS haben.

Die Workshopthemen fanden wir in Absprache mit der Gruppe vor Ort, genauso wie die **Workshopleiter**, die über ihre Arbeit mit den betroffenen Kindern sehr anschaulich berichteten: **Herr Sander**, ein von Eltern sehr geschätzter Ergotherapeut, kam mit viel Material zum Ausprobieren. **Frau Wedekind**, Kunsttherapeutin, zeigte wie sie die Kreativität der Kinder gezielt nutzt, die Psychologinnen **Frau Leist** und **Frau Andres** erklärten Inhalte und Ablauf der stationären Therapie in der Klinik in Mühlhausen und **Frau Bessler**, Psychologin aus Gotha, sprach mit betroffenen Erwachsenen über Ziele und Inhalte der Verhaltenstherapie. Auch **Dr. G. Wolff** selbst bot einen Workshop an, um seinen Vortrag zu vertiefen. „ADS als Bewältigungsversuch - Risiken und Handlungsmöglichkeiten“, speziell für Pädagogen.

Nach dem Vortrag von Dr. Georg Wolff hatte ich ein einprägsames Erlebnis:

In der Pause, in der ein Referent nur allzu gern belagert wird, wollte ich Dr. Wolff zum Kaffee bitten. Es bot sich mir jedoch ein überraschendes Bild. Da stand eine Frau, völlig in Tränen aufgelöst. Was war passiert? Vor dieser etwa 40-jährigen Frau, die sich aus Neugier und Interesse kurzfristig angemeldet hatte, zog während des Vortrags ihre ganze Kindheit mit allen Problemen und Schwierigkeiten vorüber. Das war zu viel für ihre Seele. Im Erwachsenenworkshop konnte sie etwas über sich erzählen und der Verdacht über die eigene Betroffenheit wird sich nun in der laufenden Diagnostik in Göttingen wohl bestätigen.

Den Tag rundete ein Vortrag von Dr. Gutsche, Kinder- und Jugendpsychotherapeut aus Suhl ab. Er ermunterte die Eltern, mehr Verständnis zu zeigen und in der Erziehung auch manche Wege einmal anders zu gehen.

Vielen Dank an mein langjähriges Organisationsteam: Silke Klefler (Gera), Silke Plaschkies (Eisenach), Birgit Gronowski (Gotha) und neu die Muttis um Anette Nachtwey aus Heiligenstadt.

■ Andrea Wohlers
Landesgruppe Thüringen

Wenn man über eure Schwäche lacht
Dürft ihr keine Zeit verlieren
Da müsst ihr euch kümmern drum
Dass alle, die schwach sind, marschieren
Dann seid ihr eine große Macht.
Worauf keiner mehr lacht.

Bertolt Brecht

Gut besuchtes Symposium und Landesgruppenjahres- treffen...

...im niedersächsischen Hankensbüttel /
15 Jahre ADHS-Selbsthilfegruppe JoJo

Drei packende Referate zum Thema Superpubertät

Die zwei Macher, das wurde in ihren Eröffnungsreden deutlich, sind mit dem Thema ADHS viele Jahre schon vertraut: Hartmut Gartzke (Isernhagen), niedersächsischer Landesgruppenleiter und Schriftführer des ADHS Deutschland e. V., sowie von den Gastgebern die pensionierte Medizinerin Uta Ringeling. Im idyllischen Hankensbütteler Ortsteil Emmen, quasi vor den Toren des weit über Niedersachsens Grenzen bekannten Otter-Zentrums, fand im September das traditionelle Symposium der JoJo-Selbsthilfegruppe statt. Ebenso das Landesgruppen-Jahrestreffen.

Die Selbsthilfgruppenleiter, die bereits häufiger die von Hartmut Gartzke organisierte Treffen besuchten, wussten längst, was zu Beginn mit dem Laser-Pointer, der durch die Reihen wanderte, zu tun war. Jeder sollte auf einer auf der Leinwand projizierten Norddeutschland-Karte vor den Versammelten seinen Wohnort ausfindig machen. Schnell kristallisierte sich heraus, dass nicht nur Norddeutsche aus der Großregion der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen des ADHS Deutschland im gut besuchten Sitzungssaal des Gasthauses Pasemann saßen. Das eigentliche Thema des Symposiums, „ADHS Superpubertät/Herausforderungen und Perspektiven“, muss gezogen haben. Darüber hinaus gilt das Hankensbüttel-Sympo-



Dr. Uta Ringeling in Hankensbüttel

sium längst als beliebter Klassiker. Denn 1995 wurde die ADHS-Selbsthilfegruppe im Nordkreis Gifhorn gegründet und deren sechstes Symposium stand jetzt auf dem Programm. „Damals war das ganz schön anspruchsvoll“, verdeutlichte Hartmut Gartzke. In der Tat, pflichtete ihm die langjährige JoJo-Leiterin Uta Ringeling bei, sei die Arbeit leichter geworden. „Mit dem Thema ADHS“, sagte sie, „kamen einem früher noch Sturmtiefs, heutzutage eher noch kräftige Böen entgegen.“ Jahrelang Aufklärung zu betreiben, Familien helfen zu können, dafür seien Selbsthilfgruppen nun mal da. „Unsere Motivation ist aber



Hartmut Gartzke, Dr. Astrid Neuy-Bartmann

auch“, sagte die Ärztin, die bis 2006 in der Landarztpraxis ihres Mannes Kinder mit ADHS behandelte, „wir haben Freude daran.“

Wie Hartmut Gartzke und Dr. Uta Ringeling ernteten im Anschluss zwei Politikerinnen einen herzlichen Applaus. Zum einen die Schirmherrin der Veranstaltung, die Landtagsabgeordnete Ingrid Klopp, spätestens als sie versprach, „bei Schwierigkeiten biete ich den kurzen Dienstweg an.“ Und zum anderen Beate Harms, die Bürgermeisterin von Hankensbüttel. Auch sie betonte, sämtliche ADHS-Anliegen über den direkten Kontakt in die politischen Gremien tragen zu wollen. In Städten und Gemeinden, in denen ADHS-Selbsthilfegruppen seit Jahren aufklärend arbeiten, scheint das Thema bei der Politik angekommen zu sein. Aber von genügend „Versorgung“, etwa bei ADHS im Erwachsenenalter, verdeutlichte Landesgruppenleiter Hartmut Gartzke, dessen Ehefrau Antje vor den Toren Hannovers seit vielen Jahren die Selbsthilfegruppe „ADHS-Elterninitiative Burgwedel“ leitet, könne noch nicht die Rede sein. Derweil stand „ADHS in der Pubertät“ in Hankensbüttel im Fokus.

Für die erste von drei Referenten des Symposiums, die Aschaffenburg Fachärztin für psychotherapeutische Medizin Dr. Astrid Neuy-Bartmann, schlichtweg „ein temporärer ADHS-Zustand“. ADHS und Pubertät ergibt für sie Superpubertät. Ganz offen sagte die Ärztin am Anfang ihres Vortrags, dass sie ebenso wie drei ihrer fünf Kinder selbst betroffen sei. Kein Wunder also, wenn die Fachkundige meinte: „ADHS zieht sich wie ein roter Faden durch das Leben.“ Zufälligerweise beschäftigt sich Dr. Neuy-Bartmann seit nunmehr 15 Jahren in Aschaffenburg, somit ebenso lange wie die JoJo-Gruppe in der südlichen Lüneburger Heide, mit ADHS-Heranzwachsenden und mit ADHS-Erwachsenen.

Im Anschluss trat der Diplom-Psychologe Dr. Peter Stroheck-Kühner vom Institut für Rechts- und Verkehrsme-

dizin der Universität Heidelberg ans Rednerpult. „Bis 2002“, eröffnete der Süddeutsche im hohen Norden sein Referat, „wusste ich über ADHS reichlich wenig, heutzutage ist ADHS ein Forschungsschwerpunkt von mir.“ Seine Studien würden ein deutlich höheres Unfallrisiko belegen. Das Thema Medikation im Erwachsenenalter, ließ daraufhin nicht lange auf sich warten. Einer der Zuhörer stellte süffisant die Zwischenfrage, ob ihm klar sei, dass es ADHS im Erwachsenenalter im Prinzip gar nicht geben würde. Der Referent wich in seinen Aussagen daraufhin eher aus und stellte klar, dass er als Nicht-Jurist keine rechtlichen Ratschläge geben dürfe. „In all meinen Studien“, verriet Stroheck-Kühner trotzdem, „wirkte sich Methylphenidat sehr positiv aus.“

Als dritter Vortrag – „Einstein oder Crashkid? Mit ADHS das Leben meistern“ – kam Dr. Johannes Streif zu Wort.



Vortrag von Dr. Johannes Streif

Viele der Zuhörer, die den Diplom-Psychologen schon häufiger gehört hatten, wussten was sie in etwa erwarteten. Typisch Streif: Er stellt Fragen und gibt provokative Antworten vor. Wenn man es mit ADHS ernst meine, dann müsse man sich bemühen, an die Stellen zu kommen, wo es verändert werden kann. Liebevoll und trotzdem konsequent, so müsse Erziehung sein. Dennoch sollte Jugendlichen Verantwortung übertragen werden. ADHS ist in Streifs Augen ein guter Grund, nicht aber eine gute Entschuldigung. „Und mit Sicherheit“, so Streif abschließend, „kein Grund im Abseits der Gesellschaft zu stehen.“

■ Frank Häusler

Zweites ADHS-Jugendtreffen kommt gut an

Konfliktberater Frank Klaukien zu Gast

Nach Nordenham ein Kennenlernen in Hankensbüttel

Am frühen Nachmittag füllte sich während des Landesgruppen-Jahrestreffens in Hankensbüttel (Kreis Gifhorn/Niedersachsen) nochmals der Saal. Anwesend waren nun auch eine ganze Reihe Jugendliche. Meist ADHS-Selbstbetroffene, die zuvor in der nahegelegenen Jugendherberge des Ortes ein eigenes Treffen auf die Beine gestellt hatten. „Für die Jugend“, sagte passenderweise Konfliktberater Frank Klaukien, „ist es wichtig Verantwortung zu übernehmen.“

Frank Klaukien war am Vormittag der angekündigte „Stargast“, doch einfach den Jugendlichen einen vorbereiteten Vortrag präsentieren? Gewiss nicht. Das passt gar nicht zu dem in der Nähe von Wolfsburg wohnenden, erfahrenen Konfliktberater. „Mir war es wichtig“, meinte er hinterher, „dass ich mit den Jugendlichen in den Dialog gekommen bin und nicht von oben herab.“ Eben passend zu dem Hankensbütteler Jugendtreffen, welches fünf Monate nach dem erstmaligen Zusammentreffen anlässlich des Bundestreffens in Nordenham, zum zweiten Mal in dieser Art stattgefunden hat. Klaukien: „Da gab es keinen erhobenen Zeigefinger der Eltern.“

Wie die Jugendlichen daheim in ihren Wohnorten, insbesondere in der Schule oder einfach nur bei Gesprächen

mit Nicht-ADHS-Betroffenen mit ihrem ADHS umgehen, darüber sei in der Jugendherberge gesprochen worden. „Wir gehen ganz offen damit um“, berichtete Bernward, „es fällt nicht auf, dass ich hyperaktiv bin.“ Ein weiterer norddeutscher Jugendlicher gab in Hankensbüttel zu Protokoll, er habe mit seinem ADHS noch nie Probleme bei seinen Freunden gehabt. Das nächste größere Treffen wird das Bundes-Symposium im Mai 2011 in Berlin sein. Dann soll, das haben sich Frederik (16), Julian (17) und sein drei Jahre älterer Bruder Fabian längst auf die Fahne geschrieben, die dritte Auflage dieses ADHS-Jugendtreffens folgen. Das oberfränkisch-niedersächsisch gemischte Trio gilt als die treibende Kraft dieser Treffen. Durchweg positiv resümierten sie über den gemeinsamen Tag in Hankensbüttel. „Nicht nur, dass die Gespräche gut liefen, wir kamen auch sehr stark ins Thema rein“, so Fabian. Welches Thema? Das spiele nur eine zweitrangige Rolle. „Viel wichtiger ist es“, verdeutlichte Frederik, „dass es zum Austausch unter uns Jugendlichen kommt.“

■ Frank Häusler

Was hat das *nifbe* mit ADHS und Selbsthilfe zu tun?

Osnabrücker Modellprojekt: „Raus aus der Krise! – ADHS-Kompetenz im Erziehungsalltag“

In Niedersachsen wurde vor drei Jahren, ausgehend von der Universität Osnabrück, das landesweit vernetzte „Niedersächsische Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung“ (*nifbe*) ins Leben gerufen und vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) mit insgesamt 5,5 Millionen Euro jährlich gefördert.

Unter dem Motto: „Auf die ersten Jahre kommt es an!“ will es dazu beitragen, die ersten Lebensjahre der Kinder möglichst optimal zu gestalten.

Nach der Institutsleiterin Frau Prof. Dr. Renate Zimmer werden in den ersten Jahren die entscheidenden Grundlagen für die zukünftigen Bildungs- und Entwicklungschancen von Kindern gelegt. Somit formuliert sie als Hauptziel „neben der Erforschung grundlegender Themen der kindlichen Entwicklung, die landesweite enge Vernetzung und

Verzahnung der Akteure im Bereich der frühkindlichen Bildung und Entwicklung – von den Hochschulen über die Aus- und Weiterbildungs-Einrichtungen bis hin zur Praxis der Jugendhilfe und Kindertagesstätten“.

Bis dahin wurde ADHS im Arbeitsbereich des nifbe nicht thematisiert. Deshalb hatte Doris Morszeck-Groten, die als Dipl.-Sozialpädagogin und ADHS-Fachfrau in der Region Osnabrück Fortbildungen und Elterntrainings zu ADHS durchführt, vor zwei Jahren die Idee, **nifbe** für die Unterstützung eines Projekts mit den wissenschaftlich fundierten Inhalten zu ADHS zu gewinnen.

In Gerhild Drüe, Mitglied des Landesvorstands Niedersachsen/Bremen von ADHS Deutschland e.V. fand sie eine Verbündete. Als Team beabsichtigten sie, in Zusammenarbeit mit einer Einrichtung der Erwachsenenbildung ein bisher neues ADHS-Projekt von nifbe fördern zu lassen. Gabriele Wosnitza, die Leiterin der Ländlichen Erwachsenenbildung e.V. (LEB) Osnabrück, stellte schließlich den Antrag für das Modellprojekt mit dem Titel: „Raus aus der Krise! – ADHS-Kompetenz für den Erziehungsalltag“.

Projektidee aus Mangel an Hilfen bei ADHS

Der hinlänglich bekannte Mangel an adäquaten professionellen Hilfen für Kinder mit ADHS und für ihre Bezugspersonen sowie die fehlende Vernetzung dieser Personengruppen bilden die Begründung für das Projekt.

Vorrangiges Ziel und zugleich innovativer Projektansatz ist, dass **alle** wichtigen Bezugspersonen eines ADHS-betroffenen Kindes dieses in enger Zusammenarbeit langfristig kompetent mit gleichem Wissenshintergrund durch die Kindheit bis zum Ende der Grundschulzeit begleiten und in ein Netzwerk eingebunden werden.

Die Beteiligten werden in die bestehenden regionalen Strukturen familienunterstützender Hilfen integriert und diese zu einem regionalen „Netzwerk Familie“ erweitert.

In der Gemeinde Wallenhorst, nördlich von Osnabrück, wurde das Modellvorhaben angesiedelt, um es dort durch die Beauftragte für Frauen, Familie und Senioren, Kornelia Böert, in die bestehenden Netzwerke nachhaltig integrieren zu lassen.

Vernetzung der Bezugspersonen des Kindes mit ADHS

Als an der Erziehung des Kindes beteiligte Personen werden verstanden: Eltern, eventuell auch Großeltern, Tagesmütter und -väter, Fachkräfte der Kindertagesstätten und Kindergärten, GrundschullehrerInnen sowie die weiteren

pädagogischen Begleitpersonen in den Institutionen.

Eltern, ErzieherInnen und Lehrkräfte erhalten jeweils eine aus vier Blöcken bestehende Fortbildung, die auf ihre spezifische Erziehungssituation zugeschnitten ist.

Alle Inhalte basieren auf den wissenschaftlich anerkannten Standards der ADHS-Experten. Im Mittelpunkt stehen hier, aufbauend auf den Fachinformationen zum Störungsbild der ADHS, die Hinführung zur Einstellungsveränderung und die Anleitung zur Alltagsstrukturierung und zur Bewältigung von Krisensituationen.

„Raus aus der Krise! – ADHS-Kompetenz für den Erziehungsalltag“

Nachdem die LEB den Finanzierungsplan mithilfe von Sponsoren absichern konnte, kam der Zuwendungsbescheid des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur: Rund 5000 € beträgt die Fördersumme dieses ersten ADHS-Modellprojekts, das zwar in der Region Osnabrück angesiedelt ist, aber für den gesamten Geltungsbereich für **nifbe** Modellcharakter besitzt.

Große Freude löste dieser Bescheid bei der Antragstellerin aus; für die Projekt-Initiatorinnen Doris Morszeck-Groten und Gerhild Drüe bedeutet er darüber hinaus ein Novum: **nifbe** ist auf diese Weise endlich mit den Fakten zu ADHS verbunden worden, die wissenschaftlich fundiert und mit den Zielen des Selbsthilfeverbandes ADHS Deutschland e.V. vereinbar sind.

Neben den direkten inhaltlichen Zielen des Modellprojekts verbinden die Verantwortlichen die Hoffnung auf eine Wirkung über Wallenhorst und die Osnabrücker Region hinaus, damit ADHS-betroffene Familien wirkungsvoller unterstützt werden und Kinder mit ADHS eine größere Chance auf eine erfolgreiche Zukunft erhalten.

Auskunft zu den Inhalten und den Strukturen der ADHS-Fortbildungen erteilt gerne Doris Morszeck-Groten unter domogro@gmx.de

■ Gerhild Drüe, Doris Morszeck-Groten

Fundierte Reflexion von Erfahrung

Fortbildung über ADHS für Pädagoginnen und Pädagogen in Stuttgart

Von wesentlicher Bedeutung ist die Kenntnis über ADHS unter Pädagoginnen und Pädagogen. Dafür setzt sich der Landesverband Baden-Württemberg ein, gemeinsam mit Patrizia Raible, der Fachberaterin für ADHS im Landeschulbeirat für Fortbildung. Seit geraumer Zeit gestaltet sie mit Bärbel Sonnenmoser und Uwe Metz vom Landesverband und der ADHS-Spezialistin Anke Schäfer-Kaupp aus Schorndorf Veranstaltungen, die das Phänomen ADHS bei verschiedenen Gelegenheiten vorstellen. Frau Schäfer-Kaupp vermittelt dabei den Teilnehmenden die medizinischen Grundlagen, d. h. Neurobiologie, Diagnose und Therapie des ADHS. Bärbel Sonnenmoser und Uwe Metz sprechen über ihre Erfahrungen als betroffene Eltern und stellen so die Verbindung zwischen Elternhaus und Schule her. Die Ausrichtung der Veranstaltung zielt auf fundierte Reflexion von Erfahrung.

Wie wichtig und unterstützenswert diese Veranstaltungen sind, zeigt das Interesse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. In Bezug auf ADHS werden sie von drei Seiten beansprucht: im Unterricht durch die Schüler, die ihm nicht folgen können oder den Ablauf stören; im Elterngespräch durch ratlose, sehr geforderte und in manchen Fällen selbst betroffene Eltern; und durch eine schulische Struktur, die wenig Möglichkeiten bietet, auf Schüler mit ADHS wirkungsvoll eingehen zu können. Kenntnis, Aufmerksamkeit und Aufklärung helfen, Spannungen herabzusetzen und den einen oder anderen Knoten zu lösen. Zu begrüßen ist es daher, dass sich die Lehrenden Zeit nehmen, an den (freiwilligen) Fortbildungsveranstaltungen im Schulamt teilzunehmen.

■ Uwe Metz



Wir
die Stromschnellen
die mitreißende Sturmflut
die Tiefe der Ozeane
in Sekunden Tag zu Nacht.

Wir
die Sonnenstrahlen
die drückende Mittagshitze
flirrende Luft über Asphalt
Zeit hält den Atem an.

Wir
sind nicht
das plätschernde Bächlein
laues Lüftchen, milder Sommer
seichtes Wasser und wohltemperierte Ferienanlage.

Mittelmaß sind wir nicht.

Luise Wormland

Traditioneller September-Vortrag

der Regionalgruppe „AD(H)S-Gesprächskreis Sassenburg“

Vortrags-Thema „Stilles ADS“ macht Zuhörer im Gifhorer „Morada“ hellwach

Als Leiterin der Sassenburg-Selbsthilfegruppe brachte Margit Tütje-Schlicker die Fakten zur Begrüßung schnell auf den Tisch, mit etwas Stolz in der Stimme beispielsweise die Tatsache, dass der zwischen Gifhorn und Wolfsburg beheimatete AD(H)S-Gesprächskreis schon vor acht Jahren gegründet wurde. Das nahm Dr. Karsten Dietrich, geladener Kinderarzt aus Uelzen, sofort zur Kenntnis. Sein mit Spannung erwarteter Vortrag hieß derweil schlichtweg „Stilles ADS“.



Vortrag von Dr. Karsten Dietrich

Stille? Die herrschte an diesem Abend im gut besuchten Sitzungssaal des Gifhorer Morada-Hotels gewiss nicht. Man konnte zwar eine Nadel zu Boden fallen hören, die Zuhörer blieben jedoch bis zum Schluss eines in der Tat packenden Vortrags hellwach. „Ihre Gruppe“, sagte der 44 Jahre alte Uelzener zu Beginn, „besteht schon drei Jahre länger als ich das Thema zum Schwerpunktthema in meiner Praxis gemacht habe.“ Dann stellte Karsten Dietrich unmissverständlich klar, dass ein Entertainment-Vortrag der Lebenssituation der Betroffenen nicht gerecht werden kann. Mit Unterhaltung, sei er sich sicher, würde Wesentliches nicht wahrgenommen werden. Stattdessen appellierte der Kinderarzt an die Ernsthaftigkeit eines wichtigen Themas. Auch die längst zum alltäglichen Sprachgebrauch oder auch in anderen (ADHS-)Vorträgen fallende Begriffe wie „ADHSler“ oder „Hypies“ benutzte er während des Vortrags nicht, weil sie, wie er nach dem Vortrag auf Nachfrage erläuterte, in manchem Zusammenhang verharmlosend wirken können. Ein Dr. Karsten Dietrich spricht lieber aus, redet häufig von „Aufmerksamkeitsgestörten“ und bringt das Thema dabei immer auf den Punkt – „es gibt eine Riesenbandbreite an Aufmerksamkeitsgestörten.“

Wer in Gifhorn aufmerksam zuhörte, der erfuhr viel über „ADHS mit/ohne Hyperaktivität“, über all die also, die zwar aufmerksam aussehen, nicht aber aufmerksam sind. Solche Aufmerksamkeitsgestörten versuchen nicht aufzufallen. Und um nicht wahrgenommen zu werden, tarnen sie sich. Das Hauptdilemma daran, so Dietrich, „sie entziehen sich der Diagnostik!“ Ein erheblicher Prozentanteil der erkrankten Bevölkerung bleibt somit unbehandelt. Was im Vortrag folgte, waren medizinische Details, eindruckliche Fallbeispiele und dazu eine für die Zuhörer verständliche Bildschirmpräsentation eines komplexen Themas. ADHS - Stille ohne „H“-eben.

■ Frank Häusler

*Unser größter Ruhm liegt nicht darin,
niemals zu fallen,
sondern jedes Mal wieder aufzustehen,
wenn wir gescheitert sind.*

Konfuzius

Sehr unterschiedliche Perspektiven

Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
zwischen Schule und Klinik“

Interdisziplinäre Fachtagung der Humboldt Universität zu Berlin

Schon aus grundsätzlichen Erwägungen halte ich es für geboten, das Thema AD(H)S aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Wie viele andere Mitglieder des ADHS Deutschland e. V., informiere ich mich sowohl bei Ärzten, Therapeuten, Betroffenen und vielen anderen Instanzen. Ich kann inzwischen gut damit umgehen, wenn z. B. in den Medien oder manchen Berufsgruppen Positionen vertreten werden, die ich nicht teile. Dachte ich.

Ich war positiv gestimmt, hatte ich doch am Vortag eine wirklich interessante Veranstaltung an der neuen „International Psychoanalytic University Berlin“ besucht, die sich dem Thema „Sucht und Delinquenz“ widmete und dabei auch die Relevanz einer ADHS-Diagnose für die Prognose von Suchtverhalten erwähnte. Ich hoffte daher, dass sich auch sonst die verschiedenen therapeutischen Disziplinen im Interesse der Patienten konstruktiv aufeinander zubewegen würden.

Bereits ein Absatz des Faltblattes zur Veranstaltung der Humboldt-Universität hätte mich jedoch die Perspektive der Veranstalter ahnen lassen können:

„Die als Standardbehandlung vorgesehene, am medizinischen Modell orientierte multimodale Therapie galt lange als ultima ratio in der Behandlung von Kindern mit einer ADHS-Diagnose. Inzwischen wird sie aufgrund des Erkenntniszuwachses ganz unterschiedlicher Disziplinen wie Kulturtheorie, Hirnforschung, Pädagogik und Psychoanalyse zunehmend kritisch betrachtet.“

Ich war gespannt, worauf der nicht namentlich genannte Autor dieser Zeilen seine meines Erachtens kühnen Behauptungen stützte.

Gespannt folgte ich dem ersten Beitrag, entgegen der geplanten Reihenfolge gehalten von Dr. Terje Neraal, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychoanalytiker und Autor des Buches „ADHS: Symptome verstehen, Beziehungen verändern“.

Dr. Neraal stellte das Skript zu seinem Vortrag den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorab schriftlich zur Verfügung, so dass ich auf dieser Grundlage sicher zitieren kann.

Ich muss zugeben, dass ich enttäuscht war, wie gering die wissenschaftliche Aussagekraft seines Vortrages war. Seine zuerst genannte Studie fand vor ca. 30 Jahren an der Psychosomatischen Uni-Klinik Giessen statt, in deren Rahmen die 55 Elternpaare unter anderem befragt wurden, welche Ursachen sie für die Unruhe und Zappeligkeit

bzw. schlechte Konzentration und Vergesslichkeit ihrer Kinder vermuten.

Diese Eltern haben vermutet (!), dass an erster Stelle „kindliche Ängste“ zweitens „innere Hemmungen des Kindes“, drittens „der Vater hat zu wenig Zeit für das Kind“ und viertens „Übertragung eigener Nervosität“ stehen könnten. Er fügt kurz darauf an:

„Diese Ergebnisse finde ich heute noch bemerkenswert, machen sie doch deutlich, dass die Eltern, die ja wohl ihre Kinder am besten kennen, von Ängsten und Unsicherheiten im Kind selbst, sowie von Problemen in den Beziehungen zu den Kindern als Gründe für die nach außen sichtbare motorische Unruhe und leichte Ablenkbarkeit annahmen.“

So wurden die Vermutungen von 55 Elternpaaren mit Studienergebnissen gleichgesetzt!

Sie wurden außerdem zur Grundlage für seine weiteren Ausführungen, die immer wieder den Boden der Wissenschaftlichkeit verließen:

„Wenn Sie nun zu dieser Fortbildung so zahlreich gekommen sind, so fasse ich das als einen Wunsch auf, Anregungen zu erhalten, die Ihnen helfen können einen Zugang zu eben dieser ‚sprachlosen Innenwelt‘ der Kinder zu finden. Vielleicht stört es auch Sie, dass Kinder mit diesen Verhaltensauffälligkeiten nach dem gängigen neuropsychologischen Erklärungsmodell auf Biologie und Verhalten reduziert werden.“

Dass er selbst auf Kontakt-, Beziehungs- und Angststörungen reduzierte, störte ihn offenbar nicht.

Auch die beiden weiteren Vorträge von Prof. Dr. Ahrbeck und Dr. Stiehler gingen davon aus, dass die Symptome des ADHS überwiegend auf Persönlichkeitsfehlern der Eltern beruhten und - so betonte Dr. Stiehler - auch dann als Fehler zu bezeichnen wären, wenn dies unbequem sei und man sich damit keine Freunde mache.

Ich verließ die Veranstaltung und dachte darüber nach, welche Auswirkungen diese „Lehrmeinung“ in der Praxis hat. Wenn davon auszugehen ist, dass überwiegend die Eltern „schuld“ an Verhaltensstörungen ihrer Kinder sind, entsteht eine Grundlage dafür, ihnen das Sorgerecht zu entziehen. In manchen Fällen mag das sinnvoll sein, in anderen hat sich die Alternative - von Kürzungsdruck geprägte „professionelle“ Betreuung - als noch weniger hilfreich erwiesen.

Den Mitgliedern des ADHS Deutschland e. V., die selbst betroffene Kinder haben, muss dies wie ein Hohn vorkommen. Ich habe unter ihnen stets überaus engagierte und fachlich sehr fundierte, liebevolle Mütter und Väter erlebt. Andererseits gibt es auch Eltern, denen ein Engagement bei einem solchen bürgerschaftlichen Verein oder ein paar Minuten Spielen mit dem eigenen Kind das vermeintlich wichtigere Fernseh-Programm verderben würde.

Ich selbst erlebe also bei meiner pädagogischen Arbeit eine breite Vielfalt möglicher Ursachen für auffälliges Verhalten. Und ich ärgere mich jedes Mal, wenn so getan wird, als komme nur eine Ursache allein dafür in Frage - nicht selten diejenige, die bei der selbst angebotenen (Heil-) Behandlung im Vordergrund steht.

Einmal mehr bin ich davon überzeugt, dass der Zusammenhang von Ursache und Verhalten so komplex ist, dass eine simplifizierende, monokausale Zuordnung nicht glaubwürdig ist. Viel wichtiger bleibt es in meinen Augen, für jeden schwer betroffenen Menschen mit den einschlägigen Symptomen eine Linderung des Leidensdrucks zu bewirken und - auf ganz individueller Basis - für eine selbstbewusste und selbstwirksame Zukunft innerhalb der Gesellschaft zu sorgen.

Die Fachkräfte ALLER Disziplinen müssen sich dabei selbstkritisch vor Augen halten, dass sie nicht perfekt und folglich auf die Kooperation und kollegiale Vernetzung mit anderen Disziplinen angewiesen sind!

■ Patrik Boerner

Der Autor arbeitet in Berlin als Pädagoge im Rahmen der „Hilfen zur Erziehung“ für Träger der Jugendhilfe und als Systemischer Coach in eigener Praxis.

Neue Selbsthilfegruppen in Berlin

Jugendämter in Berlin-Prenzlauer Berg und Berlin-Friedrichshain fördern die Selbsthilfe

Die Erziehungs- und Familienberatungsstellen (EFB) sind oft der erste Anlaufpunkt, wenn Eltern Rat suchen - z. B. nach einer frischen AD(H)S-Diagnose bei ihren Kindern. Die psychologischen und pädagogischen Fachkräfte leisten Beratung und bemühen sich, den Eltern gemäß dem multimodalen Ansatz alle verfügbaren und geeigneten Angebote zu vermitteln. Doch während Tabletten stets in schier unbegrenzter Menge zur Verfügung stehen, gibt es bei Therapien oft Wartezeiten von mehreren Monaten. Jetzt steht die Selbsthilfe auch in diesen Bezirken zur Verfügung!

RG Saarlouis

Jahresbericht 2009

Wir hatten uns für das Jahr 2009 vorgenommen, die persönlichen Weiterbildungen zurückzustecken und die finanziellen Mittel für die Organisation einer größeren Veranstaltung zu nutzen. Wie alle Gruppen, die schon lange dabei sind, mussten wir erkennen, dass aus unseren Kindern in den letzten acht Jahren Jugendliche bzw. junge Erwachsene geworden sind.

Und da uns die Eltern in all den Jahren die Treue hielten, fanden wir es nur fair, nach mehreren Veranstaltungen zum Thema „ADHS und Schule“ die neue Veranstaltung den Jugendlichen und ihren Problemen zu widmen. So fand am 4.11.2009 in der Stadthalle Dillingen eine Ganztagsveranstaltung mit dem Thema „ADHS im Jugendalter - Wege von der Schule in den Beruf“ statt.

Sie war mit ca. 160 Leuten recht ordentlich besucht. Kooperationspartner der Elterninitiative waren, wie schon in den Jahren zuvor, die Arbeitsgemeinschaft für gesundheitliche Aufklärung des Gesundheitsamtes und die Jugendpfleger der Stadt Dillingen.

Nach einem Vortrag zu Veränderungen der ADHS-Symptomatik im Jugend- und Erwachsenenalter, der vom leitenden Oberarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Homburg, Herrn Dr. A. Vogel, sehr anschaulich dargeboten wurde, kam eine Mitarbeiterin der Reha-Abteilung der Agentur für Arbeit in Saarlouis zu Wort. Sie zeigte die Möglichkeiten der Arbeitsagentur bei der beruflichen Orientierung ADHS-betroffener Jugendlicher auf. Wichtig für alle, die diesen Weg einschlagen wollen, zu wissen, welche Maßnahmen angeboten werden, wie der Weg dahin führt und welche Anlaufzeiten man berücksichtigen muss.

Der Vormittag verlief nur allzu schnell und alle Teilnehmer konnten sich in der Mittagspause unseren Büchertischen widmen. Die Elterninitiative hat viele Tipps und Vorschläge vermittelt und die Buchflyer und Bestellscheine des Bundesverbandes waren dabei eine große Hilfe. Hinzu kam auch noch eine örtliche Buchhandlung, die sich nicht zum ersten Mal beteiligte und die - nach unseren Vorschlägen - ADHS-Bücher für Jugendliche und Erwachsene zum Thema Therapie und berufliche Perspektiven anbot. Diese Angebote wurden rege genutzt.

Im zweiten Teil der Veranstaltung boten wir spezielle Workshops an, einmal für Eltern und Mitarbeiter sozialer Einrichtungen, einmal für die Betroffenen selbst.

Als Partner hatten wir das Berufsbildungswerk CJD in Homburg gewonnen. Es zeigte Eltern und Jugendlichen auf, welche berufsvorbereitenden Maßnahmen sie absolvieren können, welche Berufe angeboten werden und wie Fachkräfte vor Ort junge Menschen mit ADHS mit ganzheitlicher Förderung begleiten.

Unter der Überschrift: „Kompetenzen u. Interessen wecken“ wurde in einem weiteren Workshop den Jugendlichen gezeigt, wie man seine Stärken und Fähigkeiten erkennt als Vorbereitung zur Berufswahl. Praktische Übungen dazu wurden gerne genutzt. Angeboten wurde dieser Workshop von der „VAUS – Verbundausbildung untere Saar“ in Dillingen und der KEB Dillingen, die im Landkreis schon in den letzten Schuljahren mit den Schulen zusammenarbeiteten.

Zuletzt waren im Workshop 3 die Elterninitiativen RG Saarlouis und RG Saarbrücken mit Frau Gerten und Frau Broeren für die Fragen der Besucher zuständig. Tipps aus der praktischen Arbeit der Gruppen wurden weitergegeben und es wurde erörtert, welche Stärken man für welche Berufe nutzen kann, wie man an den Schwächen der betroffenen Jugendlichen arbeiten kann und auch, welche Hilfen junge Menschen mit ADHS zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration brauchen. Das große Interesse an dieser Veranstaltung hat uns wieder einmal gezeigt, dass wir auf unserem Weg nicht stehen bleiben dürfen und die Arbeit noch lange nicht getan ist.

RG Saarlouis

■ Petra Gerten, Dorothea Drewitz

Neugründung einer SHG des ADHS Deutschland e. V.

Unsere Gruppe gibt es schon seit 1 ½ Jahren. Aus der Not heraus und weil wir keine Gruppe in unserer Gegend fanden, haben wir uns dazu entschlossen, selbst eine zu gründen. Wir, das sind zwei Mütter, die jeweils drei Kinder haben. Jeweils zwei haben ein ADHS/ADS. Durch die Probleme, die wir hatten und die Hilflosigkeit die wir zeitweise empfanden, setzten wir uns zusammen, entwarfen Aushänge und Anzeigen und begannen, die Gruppe zum Laufen zu bringen.

Im Februar 2009 trafen wir uns zum ersten Mal. Damals noch im kleinen Rahmen. Zu fünf begannen wir unser erstes Treffen. Wir versuchten, mit den wenigen Mitteln, die uns zur Verfügung standen, so viele betroffene Eltern wie möglich zu erreichen. Im Oktober 2009 nahmen wir an dem VHS-Kongress zum Thema „ADHS“ teil. In der freien Zeit informierten wir uns in der angeschlossenen Ausstellung und wurden so auf den Stand von ADHS Deutschland e.V. aufmerksam. Mit Frau Bärbel Sonnenmoser und Frau Dr. Myriam Menter führten wir tolle Gespräche. Insgesamt war der ganze Kongress ein voller Erfolg und er hat uns - sowohl als Eltern als auch als Gruppenleiter - viel gebracht. Auf der Heimfahrt ist dann der Entschluss gefallen, beim ADHS Deutschland e.V. mit der Gruppe einzutreten.

Im November war es dann soweit. Seitdem sind wir die AD(H)S Elterngruppe des ADHS Deutschland e. V., Regionalgruppe Bruchsal/Hambrücken.

Durch viel Arbeit und Einsatz von unserer Seite haben wir schon viele Eltern erreicht. Im Januar haben wir uns das erste Mal in einem größeren Raum getroffen, da der alte etwas zu klein wurde. Zu unserem Stamm an Mitgliedern zählen wir bis heute insgesamt 30 Eltern. Ab und an sind es etwas weniger oder auch mal mehr. Wir organisieren Vorträge zu Themen rund um ADHS, helfen mit unseren Erfahrungen, geben Hilfestellung und machen gegebenenfalls Hausbesuche. Diese machen wir zur ersten Kontaktaufnahme, wenn sich Eltern an uns wenden, die Rat suchen. Im familiären Umfeld redet es sich einfach leichter. Die Eltern sind aufgeschlossener und froh, dass Sie Hilfe bekommen. Durch unser Bestreben gibt es schon verschiedene Therapieangebote in unserem Raum, die es so vorher nicht gab.

Durch die Förderung von Krankenkassen war und ist es uns möglich, an Kongressen, Symposien und Vorträgen teilzunehmen und so immer auf dem neuesten Stand zu sein, um dann unser Wissen an die Gruppenmitglieder weiterzugeben. Unser nächstes größeres Vorhaben ist die Aufklärung an den Schulen. Vor allem gilt es, die Lehrer im Umgang mit ADHS zu sensibilisieren.

Der Erfolg, den wir mit der Gruppe haben, macht uns stolz und wir sind froh, dass wir so vielen betroffenen Eltern schon helfen konnten.

■ Sabine Kolb

Co-Gruppenleiterin der AD(H)S Elterngruppe des ADHS Deutschland e.V. Regionalgruppe Bruchsal/Hambrücken

Arbeitskreis ADS/ADHS der Interessengemein- schaft Ingolstädter Eltern e. V.

Jahresbericht 2009

Auch im Jahr 2009 fand, außer im August, jeden dritten Donnerstag im Monat ein Treffen statt. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl hat sich etwas erhöht. Außerdem sind wir auch telefonisch erreichbar. Betroffene, die sofort Hilfe und Beratung brauchen, nutzen diese Möglichkeit.

Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen

03.02.2009

Das pädagogische Team der Schule für Erziehungshilfe in Eichstätt möchte sich über das Themenfeld AD(H)S informieren. Berta Bleicher versucht, Antworten und Hilfen für die Probleme mit AD(H)S-Kindern zu geben.

18.02.2009

Besuch in einem zweiten Team der Schule für Erziehungshilfe/Heimbereich in Eichstätt.

12.03.2009

Der Stadtteiltreff „Soziale Stadt“ Ingolstadt, lädt zu einer Informationsveranstaltung zum Thema AD(H)S ein. Berta Bleicher führt eine dreistündige PowerPoint-Präsentation mit anschließender Diskussion für das pädagogische Personal von Kindertageseinrichtungen und Lehrer durch.

25.03.2009

Im Klinikum Ingolstadt findet ein Symposium anlässlich der neuen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung statt. Wir werden gebeten, mit einem Infostand an dieser Veranstaltung teilzunehmen. Wir hatten Gelegenheit, uns mit Ärzten, sozialpädagogischen, heilpädagogischen, therapeutischen und logopädischen Fachkräften auszutauschen und sie über unsere Arbeit zu informieren.

26.03.2009

Der Sozialpädagoge der Hauptschule in Neuburg an der Donau lädt uns zu einem Elternabend ein. Ein Thema des Abends ist der Umgang mit AD(H)S-Kindern. Nach einer allgemeinen Information über AD(H)S (PowerPoint) können die Eltern mit uns über ihre ganz individuelle Problematik mit ihrem Kind sprechen.

25.04.2009

Iris Fuchs nimmt an der Fortbildungsveranstaltung in Frankenberg teil.

26.05.2009

Ein Team der Schule für Erziehungshilfe/Tagesstätte in

Eichstätt plant einen Workshop. Berta Bleicher sagt ihre Mitwirkung zu und nimmt an der Vorbesprechung und Planung teil.

27.06.2009

Workshop zum Thema AD(H)S. Berta Bleicher übernimmt den einstündigen allgemeinen Informationsteil.

02.07.2009

Wir nehmen an einem Vortrag in Ingolstadt/Friedrichshofen mit Dr. Johannes Wilkes, Kinder- und Jugendpsychiater in Erlangen teil. Dr. Wilkes schildert klassische problematische Alltagssituationen und gibt sofort umsetzbare Ratschläge, sowie einen Überblick über professionelle Hilfsangebote. Wir konnten anschließend Infos über unseren Arbeitskreis geben.

03.07.2009

Wir werden zu einer Lehrerfortbildung in Seeheim am Starnberger See eingeladen. In einer zweistündigen Präsentation informieren wir Studenten und Lehrer über Ursachen, Symptome, Therapiemöglichkeiten und prakti-

sche Handlungshilfen zum Thema AD(H)S.

04.07.2009

Wir sind mit einem Informationsstand beim Gesundheitstag vertreten.

26./27.09.2009

Regionalleitertreffen in Hirschaid.

08.10.2009

Teilnahme am Vortrag „ADHS – Erkrankung oder Modeerscheinung?“ im Klinikum Ingolstadt. Dr. Beer, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung, nimmt auch Bezug auf unseren Arbeitskreis.

Berta Bleicher
Iris Fuchs

Sören Schmidt und
Franz Petermann
„ADHS-E. ADHS-Screening für Erwachsene“



**Sören Schmidt und
Franz Petermann**
„ADHS-E. ADHS-Screening
für Erwachsene“
Art.Nr.: 3550.00
Verlag: Pearson Assessment & Information GmbH,
Frankfurt 2009
Preis: 110,00 Euro (zzgl. 7%
UST, zzgl. Versandkosten)

Als Resultat einer Doktorarbeit legt Sören Schmidt gemeinsam mit F. Petermann eine Skala zur Erfassung der ADHS im Erwachsenenalter vor. Hierbei wird unterschieden zwischen einer Kurzform (ADHS-E) mit 25 Fragen und einer Langform (ADHS-LE) mit 67 Fragen. Beide Fragebogen erfassen die Symptome Emotion und Affekt, Aufmerksamkeitssteuerung, Stresstoleranz, Impulskontrolle und Disinhibition, Unruhe und Überaktivität sowie einen Gesamtwert. Dies entspricht dem ADHS-Selbstbeurteilungsbogen aus den Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. In der längeren Version (ADHS-LE) sind zusätzlich Fragen bezüglich ADHS-Symptomen in der

Kindheit enthalten, die gute Korrelationen mit der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) zeigen.

Die Referenzstichprobe für die Langzeitform umfasst 1.296 Teilnehmer von Verkehrsschulungen, von denen über die Hälfte 18 bis 25 Jahre alt waren; nach Aussage der Autoren ist davon auszugehen, dass die Werte einer nicht-klinischen Gruppe weitgehend alters- und geschlechtsunabhängig sind, sodass auf eine altersmäßige Unterteilung der Standardwerte verzichtet wurde. Inwieweit ausgerechnet Teilnehmer an Verkehrsschulungen als Norm gegenüber einem ADHS-Kollektiv gel-

ten können, erscheint fraglich, wenn man bedenkt, dass gerade Patienten mit ADHS im Straßenverkehr gehäuft auffällig werden. In Frage 25 der Langform bzw. 11 der Kurzform wird als eines der invertierten Items aufgeführt: „In stressigen Momenten bewahre ich in der Regel einen kühlen Kopf.“ Entsprechend einer theoretischen Vorstellung von unstrukturiertem Leben wird hier übersehen, dass unter den Betroffenen eine ganze Reihe zu ihrer eigenen Überraschung konstatieren, wie sie in eine Hyperfokussierung geraten und gerade in Stress-Situationen im Gegensatz zur Umgebung den Überblick behalten und besonders handlungsfähig sein können.

Offen bleibt die Frage nach der Notwendigkeit eines weiteren statistischen Manuals zur Erfassung der ADHS, nachdem international mit WURS, dem Brown-ADD-Scale und den Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS) sehr erprobte Fragebogen vorliegen und in Deutschland bereits die Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene existieren. Es sei vermerkt, dass die frei zugängliche, lediglich aus sechs Fragen bestehende Kurzform der Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) der WHO eine hohe Spezifität aufweist und damit als erstes Screeninginstrument durchaus geeignet ist.

Gerade in Anbetracht der häufigen psychiatrischen Komorbiditäten bei der ADHS im Erwachsenenalter sind für die exakte Symptomerfassung und Therapieplanung sicher nicht vom Patienten ausgefüllte Fragebogen wesentlich, sondern die nur in direktem Kontakt mit dem Patienten mögliche psychiatrische Befunderhebung. So finden sich überraschenderweise hochsignifikante Korrelationen ($p < 0,01$) zwischen dem Gesamtwert in ADHS-E sowie ADHS-LE und paranoidem Denken im BSI – ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Diagnosestellung eben nicht nach Fragebogen, sondern mittels eingehender psychiatrischer Exploration durch einen erfahrenen und gut ausgebildeten Untersucher erfolgen muss. Die Autoren der vorliegenden Skalen betonen selber, dass die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter eine primär klinische ist.

■ Dr. Johanna Krause

Tanja Bresner, Wafaa Moussa,
Konrad Reschke

„Emotionsregulation von Erwachsenen mit ADHS“



Tanja Bresner, Wafaa Moussa, Konrad Reschke
„Emotionsregulation von Erwachsenen mit ADHS“
 Shaker Verlag 2009
 ISBN: 978-3832282868
 Preis: 28,50 Euro

Es handelt sich bei dem vorliegenden Buch um eine Studie der Universität Leipzig mit dem Thema Konzentration, Persönlichkeit, Stress- und Emotionsregulation von ADHS-Erwachsenen.

Das Buch ist sehr wissenschaftlich und deshalb nur geeignet für den Leserkreis, der sich professionell mit diesem Thema beschäftigt.

Zunächst werden gut verständlich die Differenzierung der Aufmerksamkeit in Vigilanz (Aufmerksamkeit bei eher monotonen Tätigkeiten), die Alertness (Aufmerksamkeit bei hoher Reizdichte) und die Daueraufmerksamkeit

beschrieben. Weiterhin wird auf die verschiedenen ätiologischen Modelle (Barkley, Döpfner, Lauth und Schlottke) bei der Entstehung der ADHS eingegangen und diese anschaulich in Graphiken dargestellt.

Die Definition der Emotionsregulation wird als Begriff erläutert. Hierunter wird eine Vielzahl von Coping-Strategien verstanden, die im weitesten Sinne durch den Begriff emotionale Intelligenz definiert werden. Dazu gehören: aus Fehlern lernen können, keine Angst vor Misserfolgen haben, ausreichende Selbstmotivation, Priorisierung, Selbstkontrolle, Aufgaben zu Ende bringen können, Selbstbestimmung, Selbstsicherheit, aktiv Entscheidungs-

gen fällen können, Kritikfähigkeit, Empathie und Selbstmanagement etc.

Die These bei dieser Studie war, dass ADHS-Betroffene in diesen Bereichen Defizite haben. Fast alle seelischen Erkrankungen zeigen allerdings Auffälligkeiten in der Selbstregulation und Emotionsregulation. So ist es auch als ein Therapieerfolg zu sehen, wenn diese Bereiche durch eine Psychotherapie verbessert werden können. Deshalb wird ja gerade auch in der Therapie das bewusste Wahrnehmen von Emotionen und deren Benennung geübt. Menschen, die ihre Emotionen bewusst wahrnehmen können und diese in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit rücken, lernen besser, ihre Emotionen angemessen zu regulieren und eine Ursachenanalyse zu machen. Je mehr eine Person fähig ist, auf belastende Gefühle mit wenig Aufwand und ohne langfristig negative Folgen positiv einzuwirken, desto gesünder ist sie. Als Alternative muss ein Mensch auch lernen, dass es gilt, bestimmte Gefühle zu akzeptieren und auszuhalten, wenn er diese nicht verändern kann. Akzeptanz und Toleranz ist ebenfalls ein Merkmal seelischer Gesundheit.

Die eigenen Gefühle müssen gezielt reguliert, akzeptiert und ausgehalten werden können. Ein Individuum benötigt ein breites Repertoire von Regulationsstrategien als Antwort unserer komplexen Interaktionen.

Bei ADHS-Betroffenen im Erwachsenenalter zeigt sich, dass diese sich häufiger ärgern, labiler sind und sie ihre Fähigkeiten, sich sozial auszudrücken als geringer einschätzen. Auch haben sie eine höhere Empfindlichkeit gegenüber Missachtung sozialer Normen. Sie verwenden weniger emotionsbezogene Worte um emotionale Situa-

tionen zu beschreiben. Ihre erlebten Emotionen stuften sie aber intensiver ein. So zeigten ADHS-Betroffene eine höhere emotionale Intensität, konnten aber ihre Gefühle schwerer benennen. Sie konnten auch insbesondere ihre negativen Gefühle schlecht regulieren. Auch hatten sie öfter das Gefühl, von ihren Emotionen überflutet zu werden. Sie neigten zum Grübeln und waren länger mit ihren Gedanken beschäftigt, wenn sie aufregend oder berührend waren. Sie neigten weiterhin zu spontanen Entscheidungen, unüberlegten Handlungen, Selbstzweifeln. Ihr seelischer Gesundheitszustand war häufiger beeinträchtigt. Frauen versuchten häufiger, ihren Ärger zu unterdrücken.

Grundsätzlich zeigten ADHS Patienten mit zunehmendem Alter eine Erhöhung ihres gesundheitsgefährdenden Verhaltens, und so ist mit einer lebenslangen Rehabilitation bei der Behandlung von ADHS Patienten auszugehen. Die Autoren folgern daraus, dass ADHS Patienten störungsspezifische Therapieangebote gemacht werden sollten, die ihre besonderen Defizite berücksichtigen. Sie entwickelten darüber hinaus 3 Cluster von ADHS Patienten, die sich in ihren Verhaltensweisen unterschieden. Eine dieser Cluster zeigten gute Bewältigungsstrategien für ADHS, während zwei Cluster ein deutliches Risiko für Verhaltensstörungen aufwiesen. Der Vorschlag der Autoren hierzu ist, ADHS bei Erwachsenen auch noch genauer zu differenzieren.

Das Buch ist lesenswert und informativ für diejenigen, die sich professionell damit beschäftigen.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Adam S. Gawlik

„Diagnose ADS/ADHS – Sind unsere Kinder noch zu retten?“

Um die rhetorische Frage des Untertitels von Gawliks Buch kurz zu beantworten: Nein, mit diesem Werk nicht! Was die Überschrift dieser Rezension zur Vermeidung von zweimal Anführungszeichen verhehlt, ist der Umstand, dass Autor und Verlag das Titel-Wort „Diagnose“ in eben-



Adam S. Gawlik:
„Diagnose ADS/ADHS – Sind unsere Kinder noch zu retten?“
 ISBN 978-3-8288-9721-2
 Marburg: Tectum Verlag, 2008
 Preis: 19,90 Euro

solche Anführungszeichen setzten, um eingangs bereits zum Ausdruck zu bringen, was der Leser nicht erst ausgangs der 136 Seiten langen Schrift bemerkt: ADHS gibt es offensichtlich nicht!

Mag sein, dass Gawlik sich seiner Sache nicht recht sicher ist, sonst hätte er das Nein zur ADHS – wie andere vor ihm – schlicht ausgesprochen und damit sich selbst und dem Leser die Mühe seiner Ausführungen erspart. Das Problem an seinem Buch ist dabei weniger, dass er sich im Verlauf seines redseligen Verdikts mit wachsender Vehemenz pauschal gegen die Diagnose, ihre Ätiologie und schließlich auch ihre Therapie stellt, sondern dass er die ADHS bekämpft wie weiland Don Quixote die Windmühlen: Ohne jede Ahnung vom Feind! Gawlik weiß wenig von der ADHS. „Diagnose ADS/ADHS“ ist kaum mehr als ein unsystematischer Grabbeltisch an oberflächlichen Darstellungen, Zitaten und kruden Schlussfolgerungen, aus denen der Leser sich selbst einen Reim machen kann. Oder auch nicht.

Adam Gawlik hat zusammengetragen, was ihm an störungs- und medikationskritischen Texten unterkam und daraus in Proseminar-Manier eine Collage fremder Sichtweisen gebildet, die weitgehend eines eigenen Bezugs zum Thema entbehrt. Schmerzhaft auffällig ist das insbesondere in seinem Anschreiben gegen die Hypothese der überwiegend genetischen Disposition der ADHS. Nicht nur, dass er seitenweise Uralt-Literatur zur „Minimalen Cerebralen Dysfunktion“ (MCD) zitiert und offenbar wenig von der Anlage-Umwelt-Interaktion in der Expression von Genen begriffen hat (vgl. S. 22 ff.). Er kennt weder den Unterschied zwischen Prävalenz (relative Krankheitshäufigkeit in einer Gruppe) und Inzidenz (Neuerkrankungen bzw. in einem bestimmten Zeitraum hinzugekommene neu diagnostizierte Patienten in einer Gruppe; vgl. S. 109) noch versteht er, was „Neuroplastizität“ bedeutet. Die Prägung dieses Begriffs schreibt er übrigens Gerald Hüthers Autorenkollegen Helmut Bonney zu (vgl. S. 121)! Gawlik argumentiert mit der Sozialisation gegen die Natur, als ob individuelles wie gesellschaftliches Leben außerhalb der Biologie, Physik und Chemie stattfindet. Offenbar ist es leichter für ihn, an massenweise vorkommende frühkindliche Traumata mit ähnlichen resultierenden Verhaltensmustern zu glauben, als einzusehen, dass unserem Denken und Handeln – ungeachtet aller Anpassungsfähigkeit des menschlichen Gehirns an seine Umwelt – ein in Jahrmillionen entstandenes komplexes Nervensystem zugrunde liegt, das die Natur nicht in jedem Menschen völlig neu konstruiert.

Fast humoristische Züge trägt seine Argumentationslinie, wenn er die Dopamin-Mangel-Hypothese der Wirksamkeit von Methylphenidat als unlogisch darstellt, da Schlafstörungen ja auch nicht auf Schlafmangel und Angstzustände nicht auf Valium-Mangel zurückzuführen seien (vgl. S. 104). Mutmaßlich ist selbst der Kropf nicht dem Jodmangel anzulasten, da aus dem Rollstuhl mangel schließlich

keine Querschnittslähmung abgeleitet werden kann... Unter Ausblendung der unverstandenen Funktionsvielfalt des Gehirns und seiner miteinander verschränkten Botenstoffsysteme entwirft Gawlik ein Zerrbild neuronaler Prozesse, in denen Neurotransmitter wie Waggons auf dem Rangierbahnhof einander anstoßen – in eine einzige Richtung, ohne Interaktion, Steuerung und Bremse. Diese Vereinfachung entspricht seiner Reduktion der Medikation auf die Symptombekämpfung sowie der Verhaltenstherapie auf das Skinner'sche operante Konditionieren. Falsch ist wiederum nicht sein Zweifeln an Hypothesen, sondern sein Ansatz: Was ich nicht (ein)sehe, das gibt es nicht.

An dieser Stelle mag man zu Recht fragen, welchen Sinn es macht, einem Buch die Reverenz einer Rezension zu erweisen, das offenbar die Zeit und den Platz nicht verdient, die seine Besprechung erfordern. Warum einen Autor kritisieren, wozu ein Werk verspotten, wenn man es schlicht ignorieren könnte? Dafür gibt es einen guten Grund: Weil Autor und Werk erfahrene Eltern und schlaue Wissenschaftler verspotten und deren Schaffen in einer ungebührlichen Weise kritisieren! Wie oft müssen wir noch lesen, das impulsive, unaufmerksame und unruhige Kind „kann anscheinend seine Gefühle, Ängste, Wünsche, Verlust- oder Trennungserfahrungen nicht verbal äußern oder wehrt sie ab“, als seien alle hyperaktiven Kinder verbal-emotionale Krüppel, Opfer ihrer unsensiblen Eltern, welche „die Sinngabung der körperlichen Unruhe“ nicht begreifen können oder wollen (S. 120)?! Wie viele Artikel und Bücher müssen noch geschrieben werden, wie viele Mütter und Väter verhaltensauffälliger Kinder pauschal verunglimpft, wie viele Ärzte und Therapeuten von naiven Laien als Stümper ihres ach so fragwürdigen Fachs verurteilt werden, bis ein Redakteur oder Lektor vor der Drucklegung einer neuen Publikation zur ADHS sich fragt: Habe ich das nicht schon einmal irgendwo gehört oder gelesen? Wurde dazu nicht bereits gedacht und geforscht, eruiert und diskutiert?

Ich empfehle Ihnen die Lektüre dieses Buchs von der ersten bis zur letzten Seite! Kosten Sie die Momente Ihrer Enttäuschung und Wut über seinen Inhalt aus! Sie werden es nicht bereuen! Spätestens auf Seite 64 werden Sie für Ihre Selbstbeherrschung belohnt, wenn Rudi Dutschkes Schicksal Ihnen Beispiel und Trost sein wird, dass ADHS nicht schlimmer sein kann als zwei Kopfschüsse. Schließlich wurde aus dem bei einem Attentat schwer verletzten Wortführer der Westberliner Studentenbewegung später noch ein promovierter Hochschuldozent – soviel Neuroplastizität kann doch jede minimale cerebrale Dysfunktion und manch unselige Verstimmung der Gene unschädlich machen. Oder?!

■ © Dr. Johannes Streif

Alfred, Eiden, Heuschen, Neuy-Bartmann: „MY ADHS.COM“

„Eigentlich für Jugendliche und junge Erwachsene mit AD(H)S gedacht, sollte das Buch Pflichtlektüre sein für Eltern, Freunde und Bekannte, Pädagogen und alle ehrlich Interessierten; und vielleicht lässt sich der eine oder andere Journalist darauf ein, zu begreifen, dass AD(H)S ein Problem ist, bei dem m ö g l i c h e r w e i s e medikamentöse Unterstützung notwendig ist, und dass es uns nicht um „Doping“ geht. Und es ist gut, wenn wir möglichst keine medikamentöse Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Das Buch ist erfrischend fröhlich-ernst geschrieben (die Verfasser garantieren die wissenschaftliche Ernsthaftigkeit). Es hat eine Menge Ansätze für einen ersten Schritt zum Selbstcoaching. Und es zeigt auf, dass „die Lage ernst, aber nicht hoffnungslos“ ist.



Adam Alfred, Stefanie Eiden, Klaus Werner Heuschen, Astrid Neuy-Bartmann:
„MY ADHS.COM“

ISBN: 978-3-9813333-0-5
Verlag: ADHS-Zentrum
München, 2010
Preis: 22,95 Euro

Wir haben AD(H)S - na und? Tun wir etwas dagegen.

Das Schöne an dem Buch ist, dass nach dem Lesen keiner mehr sagen kann, er habe das Störungsbild nicht verstanden!”

■ Uwe Mühlig

Helga Simchen: „Essstörungen und Persönlichkeit“

Magersucht, Bulimie und Übergewicht – Warum Essen und Hungern zur Sucht werden

Leider kommt man an diesem Thema in der heutigen Zeit kaum vorbei. - Frau Dr. Simchen schafft es, basierend auf den neuesten Erkenntnissen der Forschung, dieses Phänomen zu erklären und schlägt dabei immer wieder die Brücke zu AD(H)S.

Die Mischung aus praktischen Fallbeispielen – untermauert mit wissenschaftlichen Erklärungen – hilft, das Thema (und mehr noch: die Betroffenen) zu verstehen. In hervorgehobenen Kästen wird das Gelesene wiederholt und vertieft, so dass die Fülle der Informationen auch wirklich ankommt.

Zweifelsohne lohnt es sich, das Buch immer wieder zur Hand zu nehmen, da es vielschichtige Hilfestellung bie-



Helga Simchen
„Esstörungen und Persönlichkeit“, Magersucht, Bulimie und Übergewicht – Warum Essen und Hungern zur Sucht werden

ISBN: 978-3-17-020848-3
Verlag: Kohlhammer, Stuttgart
Preis: 24,00 Euro

tet: So kann man nicht nur als Betroffener, sondern auch als Angehöriger – anhand von Persönlichkeitsmerkmalen - überprüfen, ob man selbst dazu zählt, erhält dann Lösungsansätze, Lernhilfen, u.v.m.

Für mich ließ dieses Buch keine Fragen offen.

■ Vera-Ines Schüpferling

Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 18.02.2011 – Sonntag, 20.02.2011

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 01.04.2011 – Sonntag, 03.04.2011

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 17.06.2011 - Sonntag, 19.06.2011

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 16.09.2011 - Sonntag, 18.09.2011

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

voraussichtlich 24. September 2011

Landesgruppe Bayern:

09. April 2011

Landesgruppe Hamburg / Schleswig-Holstein:

aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

17./18. September 2011 in Osnabrück

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

18./19. Juni 2011

Landesgruppe Thüringen:

stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

Fortbildungstermine Junges Beraternetz

Samstag, 22.01.2011 – Sonntag, 23.01.2011

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Samstag, 02.07.2011 - Sonntag, 03.07.2011

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Freitag, 18.03.2011 – Sonntag, 20.03.2011

Christophorushaus

Am Hasselholt 1

23909 Bäk

Freitag, 30.09.2011 - Sonntag, 02.10.2011

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Serge K. D. Sulz, Siegfried Höfling (Hrsg.)

... und er entwickelt sich doch!

Entwicklung durch Psychotherapie

Erst wenn etwas da ist, kann es lernend überformt werden. Entwicklung ist ein fast durchgängig vernachlässigter Aspekt in der Psychotherapie Erwachsener. Auch wenn Therapeuten es nicht wahrhaben wollen – ihre Patienten entwickeln sich doch.

Psychotherapie beginnt mit der profunden Kenntnis der kindlichen Entwicklung und deren Störungen. Und sie endet mit der Förderung der Weiterentwicklung des Erwachsenen – durch Überwindung seiner Entwicklungsdefizite. Dieses Buch beginnt mit zwei Beiträgen zur normalen und gestörten Entwicklung im Vorschulalter und im Schulalter.

Es folgt ein Beitrag zur psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, wie sie für die Therapie sowohl von Kindern und Jugendlichen, als auch für die Erwachsenentherapie von Bedeutung ist. Es folgen Beiträge, die auf Piagets Entwicklungstheorie aufbauen und die therapeutische Änderung kognitiver und affektiver Schemata zum Ziel haben. Das Buch zeigt, wie sehr der Entwicklungsansatz als Heuristik eine wertvolle Erweiterung des therapeutischen Horizonts bringt: Mehr verstehen und dadurch mehr Entwicklung des Patienten ermöglichen.



Bibl. Nr. 20846 • € 59,-

Doris Bischof-Köhler Kognition, Motivation und Emotion in der frühen Kindheit und im Vorschulalter

Rolf Oerter Kognitive Entwicklung in der schulischen Kindheit und im Jugendalter

Alfred Walter Psychoanalytische Entwicklungspsychologie

Serge K. D. Sulz Piagets Theorie der affektiven Entwicklung des Menschen. Entwicklung affektiver, kognitiver und Interaktionsschemata

Benedikt Seidenfuß Wie der Mensch sich selbst in den Griff bekommt. Jean Piaget und Peter Fonagy als komplementäre Denker der kognitiv-emotionalen und psychosozialen Entwicklung

Günter Schiepek und Serge K. D. Sulz Selbstorganisation und psychische Entwicklung

Siegfried Höfling Entwicklung feststellen. Heuristische Ideen für eine praktische Entwicklungsdiagnostik

Serge K. D. Sulz Strategische Entwicklung. Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)

Serge K. D. Sulz Von Piaget zu McCulloughs CBASP – die Entwicklung von sozialer Kompetenz und Empathie

Peter Fonagy, University College, London • Anthony Bateman, University College, London Bindung, Mentalisierung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Gisela Röper und Hannah Schardt Der bewusste Augenblick im Schnittpunkt von Bedeutungsbildung und Lebensplanung

Michael Bachg Feeling-Seen. Einführung in eine körperorientierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern mit Transkript einer Sitzung

CIP-Medien

www.cipmedien.com | cipmedien@aol.com

Nymphenburger Str. 185 | 80634 München | Tel. 089-130793-21 | Fax 089-132133



Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzende: **Dr. Myriam Menter**
 91056 Erlangen
 vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzende: **Karin Knudsen**
 50933 Köln
 vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Karin-Gisela Seegers**
 14055 Berlin
 seegers-berlin@t-online.de
- Schriftführer: **Hartmut Gartzke**
 30916 Isernhagen
 schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

- Europäische Kontakte: **Detlev Boeing**
 B-3080 Tervuren
 adhs@telenet.be
- Unterstützung
 des Vorstandes **Herta Bürschgens**
 52249 Eschweiler
 adhsde.buerschgens@gmx.de
- Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
 63739 Aschaffenburg
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**
 38527 Meine
 web.redaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und
 Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**
 91301 Forchheim
- Öffentlichkeitsarbeit: **Dr. Johannes Streif**
 81541 München
 streif@therapaed.de
- juristische
 Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**
 96049 Bamberg

Unterstützung des Verbandes

- Telefonberatungsnetz/
 E-Mail-Beratung **Gerhild Gehrman**
 25336 Elmshorn
 telefonberatung@adhs-deutschland.de
- Ernährung/
 Stoffwechsel-
 besonderheiten **Renate Meyer**
 61381 Friedrichsdorf
 meyer.koeppern@t-online.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
- Dr. Martin Ohlmeier**
 Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Prof. Dr. Günther Opp**
 Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg
- Dr. Alexandra Philipsen**
 Universitätsklinikum Freiburg
- Dr. Helga Simchen**
 Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz
- Prof. Dr. Götz-Erik Trott**
 Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Aschaffenburg

Landesgruppenleiter

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| Baden-Württemberg | Bärbel Sonnenmoser |
| Bayern | Brigitte Nagler |
| Berlin | Karin-Gisela Seegers |
| Hamburg / Schleswig-Holstein | Christiane Eich |
| Niedersachsen / Bremen | Hartmut Gartzke |
| Nordrhein-Westfalen | Herta Bürschgens |
| Thüringen | Andrea Wohlers |

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
 Postfach 410724
 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
 Information, Versand:
 Fon 030 - 85 60 59 02
 Fax 030 - 85 60 59 70
 Mo 10.00-12.00 Uhr, 14.00-16.00 Uhr
 Di, Do, Fr 10.00-12.00 Uhr
 e-mail: info@adhs-deutschland.de
 Besuchen Sie uns unter
www.adhs-deutschland.de

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

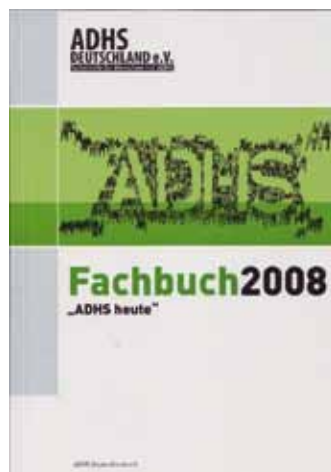
- Beratung für Betroffene und Interessierte
- Schulung und Fortbildung zum Thema ADHS
- Informations- und Öffentlichkeitsarbeit
- Networking
- Fachbücher und Infomaterial aus eigenem Verlag
- Verbandszeitschrift „NEUE AKZENTE“

Aus unserem Verlag:



Sari Solden
“Die Chaosprinzessin - Frauen zwischen Talent und Misserfolg”
ADHS Deutschland Verlag, 7. Aufl., 2008,
ISBN 978-933067-02-9
€ 15,20

Mit diesem Buch hat Sari Solden wahre Pionierarbeit auf dem Gebiet der ADS geleistet. Auf der Basis wirklicher Lebensgeschichten und ihrer neuesten klinischen Untersuchungen hat sie eine neue Screening-Liste ganz speziell für Frauen mit ADS entworfen. Sie beleuchtet die besonderen Herausforderungen, mit denen Frauen mit ADS sich auseinandersetzen müssen und beschreibt, worauf man bei der Behandlung achten muss. Sie skizziert die Schritte, die den Frauen Kraft geben, ihr Leben zu verändern.



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. in wie weit 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 wieder kehrende Diskussion, ob es sich bei ADHS nicht doch um eine „Modekrankheit“ handelt.

ADHS Deutschland e.V.

Poschingerstr. 16; 12157 Berlin
Tel.: 030 / 85 60 59 02
Fax: 030 / 85 60 59 70

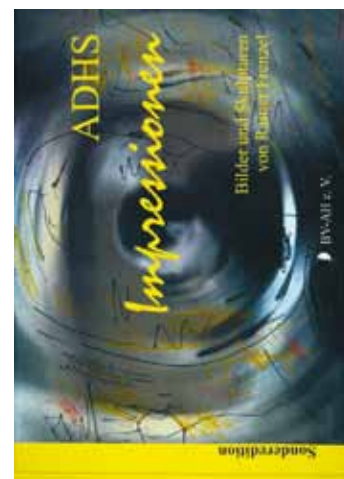
E-Mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Spendenkonto:

Berliner Volksbank eG
BLZ 100 900 00
Konto-Nr. 7 490 241 005

Beitragskonto:

Volksbank Hannover
BLZ 251 900 01
Konto-Nr. 221 438 500



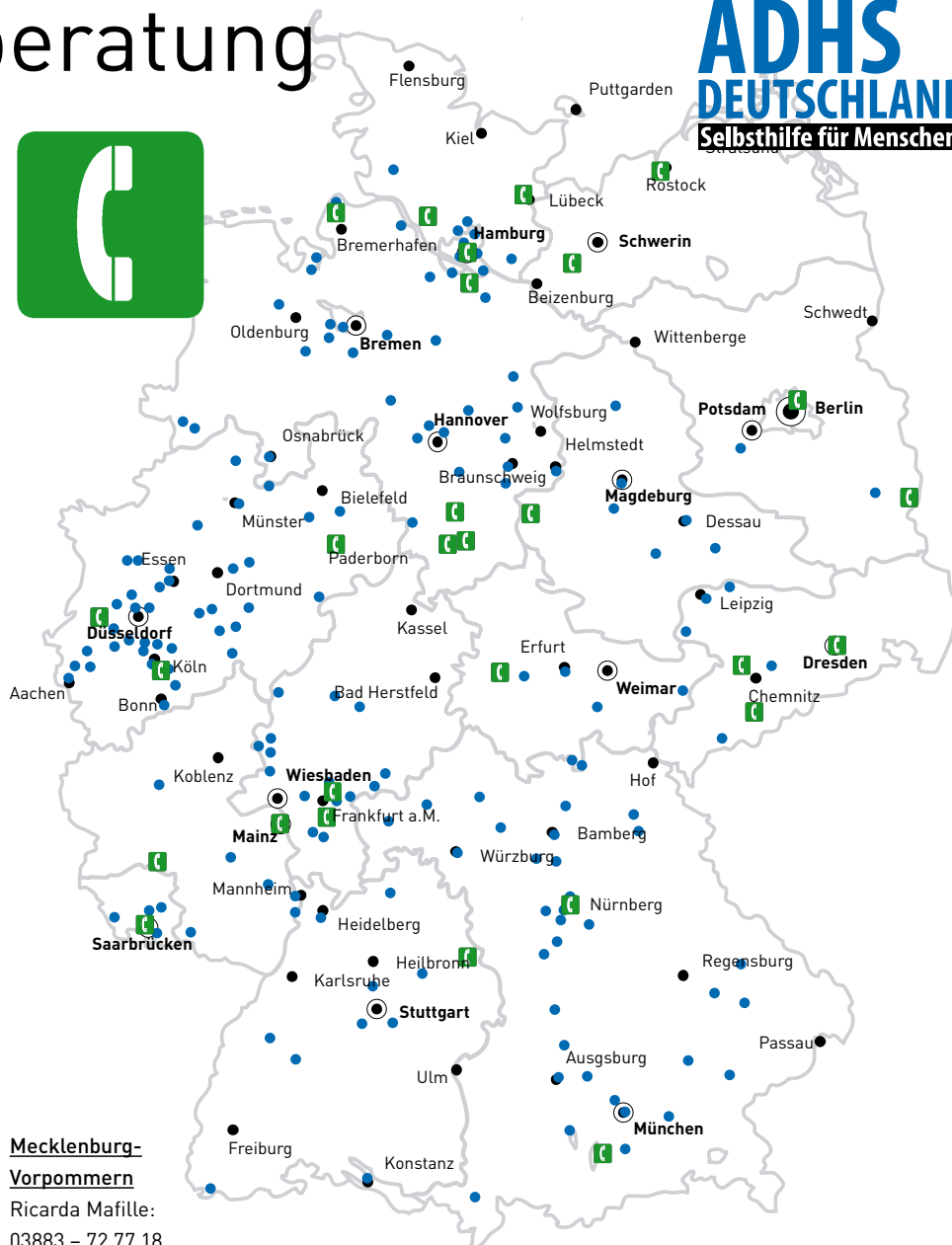
BV-AH e.V. (Hrsg.)
“ADHS Impressionen”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-13-8
€ 17,50

Dieser Sammelband zeigt Bilder und Skulpturen des Künstlers und Arztes Dr. Rainer Frenzel, der sich seit Jahren mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie ihren Komorbiditäten gestalterisch auseinandersetzt. Namhafte Fachleute sowie Betroffene und Angehörige kommen in kurzen Erzählungen, Gedichten, mit Zitaten oder fachlichen Texten zu den ausgewählten Abbildungen zu Wort.

Telefonberatung



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



Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann:
0911 – 9 56 63 51
Michaela Nagy:
09180 – 90 97 16
Karin Straußberger-Christoph:
0911 – 7 66 53 30
Kornelia Schneidt:
08171 – 48 14 01
Ruth Wissing:
0951 – 9 68 47 89
Carolin Zaswoka:
09542 – 77 26 89

Baden – Württemberg

Bernd Kaspar:
07957 – 9 26 96 91
Uwe Metz
07152 – 61 25 77

Berlin

Karin-Gisela Seegers:
030 – 3 01 97 14

Brandenburg

Kerstin Maschke:
03561 – 6 66 11

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

Pitt Lau:
040 – 43 91 06 08
Daniel Meyer
040 – 41 90 79 81
Birgit Weigel:
040 – 68 91 50 23

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg
05684 – 16 59
Regina Schubert:
069 – 98 55 68 23
Judith Prinzessin
zu Sayn-Wittgenstein:
06043 – 9 84 00 16

Mecklenburg-

Vorpommern

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

Niedersachsen

Sabine Nicolei:
05304 – 93 91 33
Angela Schwager:
05554 – 99 56 46
(Kreis Wesermarsch)
Ellen Köster-Schmidt:
0421 – 6 97 99 91

NRW

Karin Knudsen:
0221 – 3 56 17 81
Ulrike Vlk:
02161 – 53 17 39

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg
0651 – 4 63 78 78

Sachsen

Susanne Albrecht:
037341 – 4 98 30
Steffi Pretzsch:
03722 – 8 88 25

Schleswig-Holstein

Gerhild Gehrman:
04121 – 80 72 72
Barbara Bargelé:
0451 – 2 03 61 60

Saarland

Sabine Berg
0651 – 4 63 78 78
Sabine Debusmann:
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22

Obwohl alle Bundesländer besetzt sind,
benötigen wir noch Verstärkung:
Unsere Gruppenleitungen und Kontaktpersonen stehen ebenfalls für die Beratung zur Verfügung. Die aktuellen Adressen entnehmen Sie bitte unseren Internetseiten www.adhs-deutschland.de oder fordern diese bei der Geschäftsstelle an.

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