

neue AKZENTE

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



ADHS

Leben in Extremen

- ADHS – Yoga und Meditation
- Erwachsenwerden mit ADHS
- Kognitive Leistungstestung für AD(H)S-Erwachsene
- 20 Jahre ADHS-Beratung

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschrift



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

ADHS als Störung im Kindes- und Jugendalter ist mittlerweile akzeptiert, dies gilt leider nach wie vor nicht bezüglich der Persistenz im Erwachsenenalter.

Langsam setzt sich aber auch das Wissen hierzu durch – die Öffentlichkeit beschäftigt sich immer mehr damit. Studien belegen, dass sich das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom nicht mit dem Alter auswächst. Neue Therapiekonzepte für Erwachsene werden vorgestellt. In unserem neuen Heft haben wir dem Rechnung getragen und einige Aspekte der Erwachsenen-ADHS aufgegriffen.

Darüber hinaus hat sich aber auch wieder sehr viel in unseren Regional- und Landesgruppen ereignet. Besonders freut es uns, dass unsere jugendlichen Mitglieder die angebotenen Veranstaltungen zahlreich wahrnehmen.

Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Frühling.

Ihre

Dr. Myriam Menter

Impressum neue AKZENTE

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

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

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

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

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

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

Auslandsüberweisungen:
IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

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

Druck
BUD, Potsdam.

Erscheinungsweise
3x jährlich
Auflage: 4000 Exemplare

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

Copyright

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

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:
15. Juli 2013

Fotonachweis

Titelbild: Dr. Johannes Streif
Herzlichen Dank der Familie von Calvin Marczinke
für das Titelbild
Aktive der Landes- und Regionalgruppen

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

FACHBEITRÄGE

Dr. Roy Murphy

- 04 ADHS – das Leben in Extremen:
Wenn die inneren Sturmschäden
nicht behoben werden**

Dr. Helga Simchen

- 06 Erwachsenwerden mit AD(H)S**

Dr. Hans-Jörg L. Weber

- 11 Yoga und Meditation als neuer
Therapieansatz bei ADHS**

Ronald Herb-Hassler

- 14 Kognitive Leistungstestung für
AD(H)S-Erwachsene**

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

ADHS Deutschland e. V.

- 20 Spenden und
Fördergelder 2012**

ADHS Deutschland e. V.

- 21 Internetseite des
ADHS Deutschland e. V.
– jetzt mit Miniwebseiten**

ALLGEMEINES

Rudolf Abrams

- 21 20 Jahre Erfahrung mit ADHS-
Förderung in Hamburger Schulen**

Sie fragen – Experten antworten

- 26 Mögliche Ursache einer AD(H)S –
eine Stoffwechselstörung?**

Prof. Dr. Rainer Blank

- 27 DAMP or not DAMP –
das ist hier die Frage!**

Gerhild Drüe

- 28 Schreiben oder Schreiben lassen –
das ist hier die Frage**

Brita Wagner

- 29 Geliebt trotz ADHS**

BERICHTE

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

Eva Maria Kohlhardt

- 30 Keine Castingshow**

Doninic Mühr

- 31 Jugendveranstaltung in Springe**

Julian Mühr

- 31 ADS-Symposium im Museum**

David Lenneper

- 32 ADHS Deutschland e. V. auf der
didacta in Köln**

Karin-Gisela Seegers

- 34 Rechenschaftsbericht 2012
der Landesgruppe Berlin**

Christiane Eich

- 35 Im hohen Norden tut sich was!!
Neue Landesgruppenleitung**

Kirsten Riedelbauch, Sabine Kolb

- 36 Einladung zum Symposium mit
Jugendveranstaltung und Mitglie-
derversammlung der LG BW 2013**

- 37 Regionalgruppenberichte**

In alphabetischer Reihenfolge

MEDIEN REZENSIONEN

Uwe Metz

- 40 Oliver M. Heck**
„Näher am Limit –
Ein Leben mit AD(H)S“

Dr. Astrid Neuy-Bartmann

- 41 Martin Ohlmeier, Mandy Roy (Hrsg.):**
„ADHS bei Erwachsenen –
ein Leben in Extremen“

Dr. Johannes Streif

- 42 Christoph Türcke:**
„Hyperaktiv! – Kritik der Aufmerk-
samkeitsdefizit-Kultur“

Uwe Metz

- 47 Anja Freudiger:**
„Mein großer Bruder Matti –
Kindern ADHS erklären“

Marcel

- 47 Jürgen Lehrich:**
„Punker Peter“

TERMINE

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

VERBANDSDATEN

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

- 52 Telefonberatung**

ADHS – das Leben in Extremen: Wenn die inneren Sturmschäden nicht behoben werden

Wer als Psychotherapeut mit erwachsenen Menschen mit einer ADHS arbeitet, wird sehr schnell feststellen, dass es hinter der vordergründig so markanten Symptomtrias von Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität eine Reihe von oftmals erheblichen Leidensdruck verursachenden Aspekten gibt, die lebens- und entwicklungsbegleitend waren und in charakteristischer Weise das Selbstbild, Selbstkonzept und oft auch den Selbstwert dieses Menschen prägten. Wer als Kind bereits als Regulationsgestört, trotzig und irritierbar galt, nachfolgend in der Jugend als stimmungslabil, provokativ oder emotional hyperreagibel eingeschätzt wurde und wer schließlich im Erwachsenenalter als an sich selbst zweifelnd, nicht in die Gesellschaft integrierbar, unzuverlässig und chaotisch dargestellt wird, dessen Sozialisationsbedingungen und damit auch Beziehungserfahrungen unterliegen erheblichen Vulnerabilitäten.

Neben den meist zitierten komorbiden psychischen Störungen im Bereich der affektiven Störungen, Angststörungen und substanzbezogenen Störungen ist die ADHS in nicht wenigen Fällen ein Wegbereiter für chronische Interaktions- und Selbstregulationsstörungen. Kennzeichnend für diese in den gebräuchlichen Diagnosesystemen psychischer Störungen als Persönlichkeitsstörungen klassifizierten Auffälligkeiten ist ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das von den Erwartungen der Umgebung abweicht und sich auf die Bereiche Denken, Fühlen, Beziehungsgestaltung und Impulskontrolle bezieht. Das sich bereits im frühen Erwachsenenalter als charakteristisch für eine Person abzeichnende normabweichende Verhaltensmuster ist über alle Alltags- und Lebenssituationen stabil, zeitlich lang andauernd und gestattet es dem Betroffenen nicht, im Alltag flexibel zu handeln und zu reagieren. Biedermann konnte in einer 2006 publizierten Übersicht zeigen, dass über 50% der erwachsenen ADHSler eine komorbide Persönlichkeitsstörung (PS) aufweisen, wobei die Borderline Persönlichkeitsstörung, die dissoziale PS, die zwanghafte PS und die selbstunsicher-vermeidende PS die größten Prävalenzzahlen aufweisen.

Berücksichtigt man die überzufällige Häufung von Borderline PS bei Menschen mit einer ADHS, wundert es nicht, dass vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch dialektisch-behaviorale Therapieansätze mittlerweile gut untersucht und in ihrer Wirksamkeit belegt sind (z.B. Bramham et al., 2009; Philipsen et al., 2007; Matthies et al., 2008).



Dr. phil. Roy Murphy

Doch dieser streng nach Therapieschulen unterscheidende Ansatz ist einem Wandel unterworfen, mittlerweile lassen sich Wirkfaktoren der Psychotherapie extrahieren, die wir in ganz unterschiedlichen, oft einen gesellschaftlichen Zeitgeist abbildenden, Psychotherapieansätzen finden: Arbeit an und mit nicht-zielführenden und irrationalen Kognitionen, emotions- und erlebnisaktivierende Techniken, Berücksichtigung bindungstheoretischer und entwicklungspsycho(patho)logischer Theorien.

Einen solchen integrativen Behandlungsansatz stellt die Schematherapie dar, welche in den 1990er Jahren von Jeffrey Young in den USA entwickelt wurde und die mittlerweile auch von vielen europäischen Autoren und Therapeuten als „Dritte Welle der Verhaltenstherapie“ verbreitet und angewendet wird.

Schemata sind breite, die Lebensführung durchdringende Muster und Annahmen über uns selbst, über andere Menschen und über die Regeln und Gesetze der Welt im Allgemeinen. Sie entstehen durch die Frustration oder durch schädigende Nichterfüllung von Kernbedürfnissen in der Kindheit und Jugend und entwickeln sich in der weiteren Lebensspanne fort. Schemata bestehen aus Erinnerungen, Körperreaktionen, Gefühlen und Gedanken. Young (2005) beschreibt vier Grundbedürfnisse jedes Menschen, deren Nichterfüllung oder konditionale (an Bedingungen geknüpfte) Erfüllung sogenannte maladaptive Schemata ausformen.

1. Sichere Bindung

Das Bedürfnis, eine vertrauensvolle und verlässliche Beziehung zu einer Bezugsperson zu führen. Dieses Bedürfnis ist

insofern relevant, als dass späteres positives Beziehungserleben und die Fähigkeit im Erwachsenenalter zu vertrauen, wesentlich von dem Ausmaß erlebter sicherer Bindung im Kindesalter abhängt.

2. Kontrolle (Sicherheit) und Orientierung

Gesellschaftliche Regeln und Abläufe, die das alltägliche soziale Miteinander ausgestalten, sind transparent und für das Individuum in gewissem Ausmaß vorhersehbar. Wer ein Script im Sinne eines verinnerlichten Drehbuchs für einen Großteil zu erfahrender und sich wiederholender Situationen im Kopf abgespeichert hat, erlebt eine – nicht im negativen Kontext gemeinte – Kontrolle und Orientierung in der Welt.

3. Selbstwerterhöhung

Das Bedürfnis, sich in der Interaktion, in Leistungssituationen, in Situationen mit Bindungscharakter als selbstwirksam und nicht an seinem ICH zweifelnd zu erleben.

4. Lust (bzw. Unlustvermeidung)

Das Bedürfnis nach emotionaler Stimulation, nach dem es-sich-gut-gehen-lassen, nach purer Bedürfnisorientierung und dem Vermeiden von Leere und Langeweile.

Es sind diese Bedürfnisse, deren Erfüllung oder eben auch Nicht-Erfüllung in entscheidendem Maße die langfristige psychische Gesundheit prägen.

Die bedeutendsten Schemata, die aus der Frustration dieser Grundbedürfnisse resultieren, heißen:

- **Emotionale Vernachlässigung** („die meiste Zeit hatte ich niemanden, der sich um mich kümmerte, sich mir gegenüber öffnete oder sich wirklich um alles, was mit mir passierte, sorgte“)
- **Verlassenheit und Instabilität** („ich kann mich nicht wirklich auf andere einlassen, weil ich nicht sicher sein kann, dass sie immer da sein werden“)
- **Misstrauen** („in meinem Leben wurde ich oft von mir nahe stehenden Menschen ausgenutzt oder für ihre eigenen Zwecke benutzt“)
- **Unzulänglichkeit/Scham** („ich kann nicht verstehen, wie irgendjemand mich lieben könnte“)
- **Abhängigkeit und Inkompetenz** („ich fühle mich nicht fähig, meinen Alltag selbständig zu bestehen“)
- **Unzureichende Selbstkontrolle** („ich kann mich nicht dazu zwingen, Dinge zu tun, die mir keinen Spaß machen, selbst wenn ich weiß, dass es zu meinem Besten wäre“)
- **Überhöhte Standards** („fast nichts, was ich mache, ist gut genug. Ich könnte es immer noch besser machen“)

Insgesamt formulierte Young 18 Schemata, die nicht empirisch ermittelt, sondern aus jahrzehntelanger klinischer Erfahrung mit psychiatrisch schwer erkrankten PatientIn-

nen abgeleitet wurden.

In der Schematherapie sollen nun die für das Individuum relevanten Schemata (und damit die unerfüllten Grundbedürfnisse) identifiziert und ihre Bedeutung in der Gegenwart, im Hier und Jetzt, herausgestellt werden. Dies ist die notwendige Grundlage dafür, dass zukünftiges schema-assoziiertes Erleben und Verhalten über spezifische therapeutische Interventionen verändert werden kann.

Von Beginn an kommt der „begrenzten elterlichen Fürsorge“ eine gewichtige Rolle zu. Der Therapeut bietet dem Patienten eine bedingungslos akzeptierende, achtsame, warmherzige und würdevolle Beziehung an, damit der Patient in seiner Beziehung zum Therapeuten korrigierende emotionale und Bindungserfahrungen machen kann. Im Gegensatz zu anderen Psychotherapieschulen verhält sich der Therapeut in der Schematherapie eben nicht abstinente, zurückhaltend, unantastbar und unpersönlich. Er muss sich jedoch zu jedem Moment in der Therapie darüber gewahr werden, welche Form der Beziehungsgestaltung der Patient in genau diesem Moment braucht – Unterstützung, Konfrontation, Grenzsetzungen, Validierungen emotionalen Empfindens etc.

Für Patienten mit vielen stark ausgeprägten Schemata wurde das Konzept der Schemamodi entwickelt – ein akuter Zustand, eine akute Bewältigungsreaktion eines Individuums als Reaktion auf die gleichzeitige Aktivierung diverser Schemata.

Dieses „Modusmodell“ unterscheidet mehrere Kind-Modi (verlassenes / missbrauchtes / wütendes / impulsives Kind), zwei dysfunktionale Eltern-Modi (strafend / fordernd) und den Modus des gesunden Erwachsenen, den es in der Therapie aufzubauen oder zu stärken gilt.

Neben psychoedukativen und kognitiven Therapieelementen kommen in besonderem Maße Imaginationsübungen und sogenannte „Stuhl-Dialoge“ in der Schematherapie zum Einsatz. Bei letzterem werden in ein und derselben Person existente Anteile (verlassenes Kind, fordernder Elternmodus, gesunder Erwachsener) auf drei Stühle im Raum verteilt, der Patient einzeln zu jedem Anteil exploriert und im Verlauf eine Interaktion dieser Anteile veranlasst – mit dem Ziel der Klärung und Bewältigung eines Konflikts und damit der impliziten Stärkung des gesunden Erwachsenen!

Für Psychologische Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt „Verhaltenstherapie“ liegt durch die Verbreitung und Kenntnis der Schematherapie ein überaus umfassender, definierter therapeutischer Rahmen vor, innerhalb dessen die emotionalen und beziehungsrelevanten Sturmschäden so mancher ADHSler in einen erklärenden und damit für

das Individuum Sinn stiftenden (Lebens-)Zusammenhang gebracht werden können – ein Aspekt, auf dessen Wichtigkeit jeder psychotherapeutisch mit ADHSlern Tätige bereits gestoßen ist oder es – nach Lektüre dieses Beitrags – demnächst wird.

Wenn wir als wichtiges Therapieziel in der Arbeit mit erwachsenen ADHS-Patienten die Verbesserung der Selbststeuerung und die Erhöhung der Verantwortungsübernahme über eigenes Verhalten verfolgen, so arbeiten wir implizit immer am Aufbau eines gesunden und damit funktionalen Selbstwertkonzepts. Wir sollten nicht den Fehler begehen und diese Elemente, quasi der Abwesenheit in psychiatrischen Klassifikationssystemen geschuldet, in der Arbeit mit ADHSlern vernachlässigen. Und diejenigen unter

uns, die mit ADHS in Kindheit und Jugend arbeiten, können in Kenntnis und Achtung kindlicher Grundbedürfnisse einen Beitrag dazu leisten, dass diese Menschen schon frühzeitig Fähigkeiten erwerben, um den *circulus vitiosus* aus Misserfolg, Ausgrenzung und dysfunktionaler Kompensation frühestmöglich zu durchbrechen – damit blieben so manche Sturmschäden überschaubar.

■ Dr. phil. Roy Murphy

Leitender Psychologe der Schön Klinik Bad Bramstedt
(www.schoen-kliniken.de)

Leitung des Behandlungsschwerpunkts
„ADHS im Erwachsenenalter“

Literaturangaben beim Autor anzufordern
(rmurphy@schoen-kliniken.de)

Erwachsenwerden mit AD(H)S

Jugendliche mit AD(H)S haben besondere Fähigkeiten außergewöhnliche Wege zu gehen. Sie brauchen dazu ein Ziel, das sie motiviert, und einen Coach.



Dr. Helga Simchen

Den Start in die Selbständigkeit erfolgreich meistern

In meiner praktischen Tätigkeit als Kinder- und Jugendpsychiaterin, Neuropädiaterin, Verhaltenstherapeutin und neurobiologisch fundierter Lerntherapeutin habe ich sehr viele Jugendliche über Jahre von der Kindheit über die Pubertät bis in das Erwachsenenalter begleitet. Dabei habe ich viel gelernt und wichtige Erfahrungen gesammelt, die ich vermitteln möchte.

Erfahrungen, wie man die Jugendlichen erreicht und sie immer wieder motiviert, die Therapie erfolgreich zu Ende zu bringen. Denn die Therapie des AD(H)S basiert auf einer intensiven Mitarbeit der Jugendlichen und auf dem Vertrau-

en in die eigenen Fähigkeiten, über die sie bis jetzt nicht uneingeschränkt verfügen konnten.

All den vielen Jugendlichen und Erwachsenen, die nach einem Therapeuten suchen oder sehr lange auf einen Termin zur Diagnostik und Therapie warten, möchte ich helfen, die Zeit bis dahin nicht nutzlos verstreichen zu lassen. Sie sollten sich informieren über die Symptome des AD(H)S, deren Ursache und Behandlung. Denn eine erfolgreiche Behandlung setzt voraus, dass sie ursachenorientiert erfolgt und der Betroffene darüber informiert ist, warum er so ist und wie er das ändern kann. Er muss ein Stück weit selbst zu seinem eigenen Therapeuten werden.

Was erwarten Jugendliche mit AD(H)S von einer Therapie?

Die meisten Jugendlichen mit AD(H)S kommen erst sehr spät zur Behandlung und mussten in der Vergangenheit viele negative Erfahrungen machen, auch mit Therapien, die nicht hielten, was sie versprochen. Deshalb begegnen sie jedem neuen Therapeuten erst einmal skeptisch und distanziert.

Sie erwarten vom Therapeuten wirksame Hilfen beim Lösen ihrer Probleme. Sie wollen keine Ratschläge, sondern verstanden werden und begreifen, warum sie so sind und gerade diese Probleme haben, die sie trotz Anstren-

gung nicht allein lösen können. Sie durchschauen sehr schnell, ob der Therapeut diesen ihren Anforderungen gewachsen ist, sonst reagieren sie mit „Nie wieder gehe ich dorthin!“ Pubertierende Jugendliche mit AD(H)S nehmen sich und ihre Umwelt besonders unter Stress anders wahr. Sie pochen auf ihre gefühlte Selbständigkeit und ignorieren Ratschläge grundsätzlich. Sie glauben alles besser zu wissen und zu können, protestieren gern und lieben Machtkämpfe. Ihre soziale Unreife nehmen sie nicht wahr. Sie erreichen erst etwa 3-4 Jahre später die soziale Reife eines Erwachsenen, manchmal aber auch nie. Deshalb brauchen diese Jugendlichen weiterhin Hilfen, aber keine Abhängigkeit von Seiten ihrer Eltern, auch wenn sie manchmal weit über 20 Jahre alt sind. Ihre Eltern haben es dabei oft sehr schwer und brauchen meist selbst Unterstützung, um die Rolle des Coachs ausführen zu können. Denn es wäre fatal, ihre Kinder zu früh in die Selbständigkeit zu entlassen. Das könnte nicht wieder gutzumachende Folgen haben.

Deshalb ist von Therapiebeginn an vom Therapeuten eine vertrauensvolle Basis zu schaffen, den Jugendlichen genau zuzuhören, ihre aktuellen Probleme zu erfassen, ein ehrlich gemeintes Verständnis zu vermitteln und das Gespräch in Richtung Anamneseerhebung bis in die Kindergartenzeit zu führen. Weitere Aufgabe des Therapeuten ist es, einige wichtige Tests zur Diagnosefindung durchzuführen und deren Ergebnisse mit den Jugendlichen zu besprechen. Wenn die Eltern dabei sind, sollte der Therapeut immer erst mit dem Jugendlichen allein sprechen und keine Abwertung durch die Eltern zulassen.

Der Therapeut sollte den Jugendlichen aufschreiben lassen, was ihn besonders stört und was er unbedingt ändern möchte. Dann sollte die Anamnese und Diagnostik vertieft werden und nach der Familie, den Freunden, den Zeugnissen und nach seinen Perspektiven gefragt werden. Spätestens jetzt – besser noch gleich beim ersten Kontakt – ist es sinnvoll, dem Jugendlichen mit verständlichen Worten zu erklären, was AD(H)S bedeutet und welche positiven Fähigkeiten alle Betroffenen haben.

Was bedeutet es, AD(H)S zu haben?

AD(H)S haben bedeutet nicht, dass man krank oder unfähig ist; trotzdem kann man sehr darunter leiden und krank werden, wenn man nichts dagegen unternimmt.

Ursache ist eine angeborene Unterfunktion einiger Gehirnbereiche mit Botenstoffmangel in den Verbindungsstellen der Nerven (Synapsen).

Durch diese Unterfunktion kommt es zur Reizüberflutung des Gehirns, wodurch die Ausbildung von festen Lernbahnen beeinträchtigt wird. Die neuronale Vernetzung ist somit beim AD(H)S-Gehirn eine andere, sie ist viel feiner und gleicht einem Netz von Umgehungsstraßen. Durch das Fehlen dicker Nervenbahnen, die den Autobahnen gleichen, kann sich Lernen und Verhalten nicht automatisieren und wird dadurch erschwert.

Warum sind dichte Lernbahnen (neuronale Kolumnen = Säulen) im Gehirn so wichtig?

- Sie gleichen den Autobahnen und ermöglichen eine Automatisierung von Lernen im Leistungs- und Verhaltensbereich.
- Sie ermöglichen einen schnellen Transport des Gelernten vom Arbeitsgedächtnis (Zwischenspeicher) zum Langzeitgedächtnis, wo alles Wissen abgespeichert wird. Von dort kann es bei Bedarf über diese Bahnen wieder schnell und ohne Umwege abgerufen werden.
- Sie ermöglichen bessere Lernerfolge mit weniger Aufwand.
- Störreize werden ausgeblendet, was wiederum Konzentration und Daueraufmerksamkeit verbessert.
- Ein schnelles und sozial angepasstes Reagieren, aber nur, wenn es vorher auch geübt und abgespeichert wurde, ist dadurch möglich.

Die Ausbildung dieser Lernbahnen ist Bestandteil der AD(H)S-Therapie. Durch Wiederholen und Üben verbinden sich immer mehr Nervenzellen miteinander und bilden schließlich eine feste neuronale Leitungsbahn. **Die durch Stirnhirnunterfunktion bedingte Reizüberflutung beeinträchtigt die Bildung dieser Lernbahnen.**

Die wichtigsten Aufgaben des Stirnhirns sind:

- Ausblenden unwichtiger Informationen als Grundlage der selektiven Aufmerksamkeit
- Folgen abschätzen können
- Prioritäten setzen
- Angefangenes auch beenden
- Impulse steuern und unterdrücken können
- Abwarten können
- Ein Zeitgefühl entwickeln

Durch die Unterfunktion dieses Gehirnbereiches fällt den Jugendlichen mit AD(H)S – je nachdem, wie stark sie betroffen sind – von Kindheit an das Lernen schwerer. Sie leiden darunter, dass ihnen trotz Anstrengung alles schlechter als erwartet gelingt. Ihr Selbstwertgefühl gerät immer mehr in eine Negativspirale, ihre soziale Kompetenz entwickelt sich nicht altersgerecht. Die immer wieder diskutierten Stimulanzen gleichen gerade diese Unterfunktion aus, weil sie unter anderem besonders das Stirnhirn aktivieren.

Was bewirken die Stimulanzen?

Wenn die Diagnose AD(H)S gesichert ist und intensives Üben im Leistungs- und/oder im Verhaltensbereich ohne den erwarteten Erfolg bleibt, sind Stimulanzen indiziert. Jeder Arzt wird vor ihrer Verordnung prüfen, ob keine Gegenindikationen bestehen und dann die individuelle Dosierung ermitteln, damit sich in Kombination mit intensiver Mitarbeit Folgendes verbessern kann:

- Konzentration, Daueraufmerksamkeit und Impulssteuerung.
- Der Botenstoffmangel wird ausgeglichen.
- Lernbahnen können sich besser entwickeln, Lernen und Verhalten kann sich automatisieren.
- Gedanken können aufgabenorientiert ausgerichtet werden.
- Gelerntes kann schneller abgerufen werden.
- Lernen ist erfolgreicher und erzeugt Motivation.
- Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz verbessern sich im Laufe der Therapie spürbar.

Ich habe mit der Verordnung von Stimulanzien in der AD(H)S-Therapie sehr gute Erfahrungen gemacht und konnte Hinweise geben, wie Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden können.

Folgende Auffälligkeiten sind für Jugendliche mit AD(H)S typisch und werden damit zu Schwerpunkten für deren individuellen Behandlungsplan:

- Ihre Pubertät ist intensiver und heftiger, aber etwas später
- Hohe Ablenkbarkeit, Mangel an Konzentration und Daueraufmerksamkeit mit Schwierigkeiten beim Lernen (Berufsschule, Fahrerlaubnis)
- Mangelhafte Selbstkontrolle der Gefühlssteuerung bei zu starker Empfindlichkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl infolge gespürter Probleme im Leistungs- und Verhaltensbereich
- Erhebliche Schwierigkeiten im Ablösungsprozess von den Eltern bei schnell eskalierendem Streit und geringer Einsicht
- Das Gefühl ständiger innerer und äußerer Unruhe
- Unzureichende Fähigkeit, den Tagesablauf zu strukturieren
- „Null- Bock“ -Mentalität, sie können schwer etwas anfangen, dranbleiben und es auch beenden
- Unter Stress Leistungsabfall und schneller Verlust der Selbstkontrolle
- Starker Stimmungswechsel zwischen Impulsivität und depressiven Abstürzen, die aber schnell vorübergehen
- Rückfall in kindliche Verhaltensweisen
- Ständig zu viele Ideen und Pläne im Kopf
- Selbstgefährdung und riskantes Verhalten, um sich zu beweisen
- Einschlafschwierigkeiten durch anhaltendes Grübeln
- Gefahr der Einnahme von legalen und illegalen Drogen
- Freude an Geschwindigkeit und Computerspielen
- Suchtgefahr, da Computerspiele das Gehirn stimulieren und die Unterfunktion des körpereigenen Belohnungssystems ausgleichen
- Zu spontanes Handeln, ohne an die Folgen zu denken
- Leiden sehr bei Trennungproblematik, Suizidgefahr!
- Berufswahl wird zum Problem, wenn kein entsprechendes Hobby ausgeübt wird

Die Notwendigkeit der Behandlung des AD(H)S beim Jugendlichen

Beim unbehandelten AD(H)S mit ausgeprägter Symptomatik nehmen gerade in der Zeit der Pubertät und danach psychische Beeinträchtigungen bis hin zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stark zu. Das hängt ab von der Schwere der Belastung und dem bisher erreichten Entwicklungsstand von Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz. Beides sind die Grundpfeiler für psychische Stabilität. Deshalb sollte eine möglichst frühe Diagnostik und Behandlung erfolgen, denn die Symptome des AD(H)S nehmen mit der Stärke der kognitiven und sozialen Belastungen zu. Pubertät und Erwachsenenalter sind anspruchsvolle neue Herausforderungen. Was bis jetzt gut kompensiert werden konnte, kann nun dekompensieren.

Schwerpunkte jeder AD(H)S-Therapie sind deshalb, Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz zu verbessern.

Das sind langfristige Ziele einer erfolgreichen Therapie, die ohne aktive Mitarbeit nicht zu erreichen sind. Mit kleinen Schritten muss man Erfolge erarbeiten, denn nur diese motivieren zur Mitarbeit und zur Weiterführung der Therapie. Dazu muss man die Ressourcen herausfinden, einen schriftlichen Therapieplan erstellen, damit sich der Jugendliche mit täglich positiven *Reflexionen* loben lernt und seinem Ziel täglich etwas näher kommt.

Wie entwickelt sich ein positives Selbstwertgefühl?

Es entwickelt sich

- aus den Erfahrungen, die täglich gemacht werden und deren positiver Bewertung
- durch Anerkennung und Akzeptanz von Seiten des sozialen Umfeldes, besonders der Peergruppe und den Autoritätspersonen (Lehrausbilder, Trainer)
- aus der gespürten Fähigkeit, Denken und Handeln anderer beeinflussen zu können
- aus dem Gefühl, von anderen akzeptiert, geschätzt und gebraucht zu werden
- aus der Gewissheit, Anforderungen bewältigen und Aufgaben erfolgreich lösen zu können

Die Therapie des AD(H)S habe ich immer mit der Verbesserung der kognitiven Leistungen begonnen, die stets beeinträchtigt waren und sich bei guter Mitarbeit und normaler Intelligenz am schnellsten verbessern ließen. Diese Erfolge führten zu einer spürbaren Verbesserung des Selbstwertgefühls in kurzer Zeit.

Dazu wurde die folgende neurobiologisch fundierte Lerntechnik empfohlen, um die Dichte der Lernbahnen zu erhöhen und somit das Lernen zu erleichtern:

- Langsames und schrittweise Vorgehen nach Lernplan
- Tägliches mehrmaliges konzentriertes Lernen bei Vermeidung aller Außenreize
- Lautes Sprechen und Umhergehen beim Lernen
- Sich selbst abfragen

- Dann sich abfragen lassen
- Visuelle Fähigkeiten nutzen
- Ausreichend Pausen mit körperlicher Betätigung, aber ohne Bildschirm, denn der Lernstoff braucht ca. 30 Min. bis zu seiner festen Verankerung im Langzeitgedächtnis
- Anfangen können, sich überwinden und disziplinieren mittels eigener Strategien
- Das Gelernte vor dem Schlafengehen noch einmal durchlesen, damit es als erstes im Schlaf abgespeichert wird
- Fehlerhafte Verhaltensweisen gedanklich und durch wiederholtes Üben korrigieren, um sozial angepasst und schnell reagieren zu können

Problem: Außenreize reduzieren!

Sie werden von Jugendlichen kaum noch wahrgenommen und gehören zu deren Alltag (z. B. das ständige Warten auf Handysignale, eine Geräuschkulisse, ständiges Unterbrechen des Lernens). Sie verhindern konzentriertes Arbeiten.

Wenn intensives Lernen nicht erfolgreich ist, spricht das beim AD(H)S für die Notwendigkeit, zusätzlich Stimulanzien zu verabreichen. Das wird untermauert, wenn im Intelligenztest eine große Differenz zwischen dem Verbalteil (Wissensteil) und dem Handlungsteil besteht. Diese große Differenz verspürt der Betroffene und leidet darunter, da er das Wissen hat, es aber nicht jederzeit schnell und korrekt abrufen kann. Diese Differenz sollte sich unter der Therapie verkleinern, was die Praxis immer wieder zeigte.

Therapieziel: Verbesserung der sozialen Kompetenz

Was beinhaltet der Begriff soziale Kompetenz?

Soziale Kompetenz bedeutet die Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen, sich in ihr Denken und Fühlen hinein versetzen zu können und über die Fähigkeit einer realistischen Selbstreflexion zu verfügen, um sein Verhalten richtig beurteilen zu können; sozial angepasst zu handeln und seine Fähigkeiten für sich erfolgreich zu nutzen.

Welche Beeinträchtigungen der sozialen Kompetenz sind beim Jugendlichen mit AD(H)S häufig vorhanden und sollten deshalb Bestandteil des individuellen Behandlungsplanes sein?

- Jugendliche mit AD(H)S reagieren anders und können das ohne fremde Hilfe meist nicht ändern.
- Sie fühlen sich schnell überfordert, ausgegrenzt und reagieren dann mit Rückzug.
- Innerlich verunsichert wirken sie auf andere schwach und werden deshalb oft gemobbt.
- Sie geraten schnell in Stress, der ihr Denken und Handeln blockiert.

Sie spüren diese Hilflosigkeit und reagieren darauf aggressiv oder ängstlich, oft auch mit Tränen, die sie nicht unter-

drücken können. Ohne professionelle Hilfe können sie zum hilflosen Außenseiter werden.

Beispiele für soziales Kompetenztraining

Folgende Punkte sind in den individuellen Therapieplan je nach Wichtigkeit aufzunehmen:

- Wichtig und unwichtig unterscheiden, Prioritäten setzen
- Selbst Entscheidungen treffen und sich nicht gleich unterordnen
- Eine eigene Meinung bilden, sie äußern und sich abgrenzen können
- Eingeschliffene Denkweisen überprüfen, Schwarz-Weiß-Denken vermeiden
- Kompromissfähig sein
- Konflikten nicht aus dem Weg gehen, sondern sie sozial angepasst und zur eigenen Zufriedenheit lösen
- Soziale Reize und Signale richtig deuten, scheinbare Provokationen anders deuten und hinterfragen
- Personen beobachten, deren Verhalten beurteilen mit Begründung
- Sich in die Rolle eines anderen Menschen versetzen können, seine Bedürfnisse erkennen
- Das eigene Verhalten beurteilen in Hinblick auf mögliche Folgen
- Sich loben lernen
- Blockierende Ängste abbauen
- Gewolltes Verhalten wiederholt einüben, auch mit Rollenspiel
- Keine Abwertung zulassen, lernen, innerlich auf Distanz zu gehen, berechnete Kritik annehmen können, sie aber auch nicht überbewerten
- Sich aber auch sozial angemessen wehren lernen
- Problem- und Konfliktlösetraining
- Affekt- und Ärgerkontrolle
- Kommunikationstraining
- Keine Flucht in die Medien zulassen
- Kontakte zur Peergruppe pflegen, Freunde gewinnen, sie einladen und gemeinsam etwas unternehmen
- Über seine Gefühle sprechen können

Dazu ist zu Beginn der Therapie eine Bestandsaufnahme wichtig: Was kann ich gut, was müsste noch verbessert werden? Wichtig sind ein geeigneter Coach und regelmäßiges schriftliches Reflektieren: Wie war ich mit mir zufrieden, was lief gut, was muss noch besser werden und wie könnte ich das erreichen?

Man muss bei der Behandlung des AD(H)S vor allem sein eigener Coach werden! Große Unterstützung leisten hierbei die Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder über reichlich eigene Erfahrungen verfügen und Adressen von bewährten AD(H)S-Therapeuten nennen können. Ihr Wissen ist von unschätzbarem Wert für alle, die sich mit dem Problem AD(H)S beschäftigen.

Was bewirkt Stress?

Stress blockiert das Arbeitsgedächtnis und AD(H)S geht mit einer Überempfindlichkeit gegenüber Stress einher und verursacht häufig negativen Dauerstress.

Deshalb ist ein weiteres wichtiges Therapieziel, den Umgang mit Stress zu erlernen oder besser noch, Stress möglichst zu vermeiden. Dazu dienen schon einfache Entspannungsübungen, wie z. B. ruhiges bewusstes, langsames Atmen in den Bauch mit Blick nach „Innen“ und Abschalten der Gedanken (Meditieren).

Auch diese Kurzentspannung kann man lernen: Dreimal bewusst langsam atmen, sich leise sagen: „Ich bin ganz ruhig“, diese Ruhe spüren lernen und genießen, dann tief Luft holen und sich befehlen: „So, jetzt muss ich mich konzentrieren“.

Wenn das regelmäßig geübt wird, automatisiert es sich und kann erfolgreich bei Bedarf angewendet werden.

Eine weitere Übung, den Umgang mit Stress zu verbessern, ist die Tagtraumtechnik: Sich auf das Sofa legen, ruhig atmen, Augen schließen, Hände auf den Bauch und das Heben und Senken der Hände beobachten. Wenn der Körper zur Ruhe gekommen ist, sich die stressbesetzte Situation bildlich vorstellen, in Gedanken konkret visuell durchspielen und sie bewusst, aber positiv durchleben. Richtig gekonnt reduziert sie den Stress dann in dieser aktuellen Situation.

Wenn man autogenes Training oder muskuläre Entspannung nach Jacobsen beherrscht, gelingen diese Übungen noch besser und sie sind noch effektiver.

Ganz wichtig ist Sport zum Abreagieren von Stress. Es kann auch Spaziergehen oder Radfahren sein. Sport oder Bewegung mit körperlicher Belastung ist ein wichtiger Bestandteil der AD(H)S-Therapie.

Computerspiele oder Actionfilme zum Stressabbau benutzen ist eine gängige Methode nicht nur bei Jugendlichen, aber sie können viele negative Folgen haben.

Die negative Seite der Computerspiele:

- Sie blockieren die Abspeicherung von Gelerntem.
- Sie machen süchtig.
- Sie erzeugen eine Scheinwelt mit irrealem positiven Selbstwertgefühl und irrealer sozialer Kompetenz.
- Sie verbessern weder das Selbstwertgefühl noch die soziale Kompetenz im Alltag.
- Sie reduzieren die Hemmschwelle gegenüber Gewalt.

Ich hoffe, dass ich mit diesem Beitrag viele Informationen und konkreten Hilfen liefern konnte, um den Jugendlichen das Erwachsenwerden zu erleichtern. Es sollte auch eine Anleitung zur Selbsthilfe sein und immer wieder gestellte Fragen beantworten. Trotzdem bleiben noch viele Fragen offen, aber es gibt überall so gute Selbsthilfegruppen mit ausgebildeten Gruppenleitern, die individuell beraten, Therapeuten empfehlen und Literaturhinweise geben können.

■ Dr. Helga Simchen

Liebes Universum,
bis jetzt geht's mir heute gut!

Ich habe noch nicht getratscht und auch
noch nicht meine Beherrschung verloren.

Ich war noch nicht gehässig, fies oder egoistisch oder zügellos.

Ich hab noch nicht gejammert, geklagt,
geflucht oder Schokolade gegessen.

Geld habe ich auch noch nicht sinnlos ausgegeben.

Aber in ungefähr einer Minute werde ich aus dem Bett
aufstehen und dann brauche ich wirklich deine Hilfe!

Yoga und Meditation als neuer Therapieansatz bei ADHS



Dr. Hans-Jörg Weber

Dr. Hans-Jörg Weber (Stv. Geschäftsführer des BDY (Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e. V.) hat in einer Fachmitteilung über Ergebnisse von Studien berichtet, die sich auf Effekte von Yoga auf spezifische Erkrankungen, u. a. auch auf ADHS, beziehen.

1. Positive Effekte von Yoga bei neuropsychiatrischen Erkrankungen

Das Team um Meera Balasubramaniam, Shirley Telles und P. Murali Doraiswamy haben im Zeitraum zwischen 2011 bis Ende 2012 einen systematic review (engl.)¹ von publizierten Studien über die Effekte von Yoga auf spezifische Erkrankungen durchgeführt. Dabei wurde anhand von Datenbanken wie Medline, Embase, and PsycINFO eine genau definierte Suchsyntax angewendet². Die Zielsetzung dabei war, randomisierte kontrollierte Studien³ zu identifizieren, welche die Effekte von Yoga auf neuropsychiatrische Erkrankungen untersucht haben. Insgesamt konnten 124 Studien identifiziert werden, wobei 16 Studien den Kriterien einer tiefergehenden Analyse entsprachen. Diese 16 Studien wurden anhand der international akzeptierten Evidenzklassen der Empfehlungsgrade⁴ von Grad A (Soll-Empfehlung) bis zum Grad Grad C (Kann-Empfehlung) zugeordnet. Grad B⁵, also eine direkte Empfehlung zur Anwendung als Therapie oder als Ergänzung zu einer Therapie, kann für folgende Erkrankungen ausgesprochen werden: Depressionen (vier RCT Studien), Schizophrenie (drei RCT Studien) sowie bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (zwei RCT Studien).

2. Yogastudien über ADHS

In zwei RCT Studien wurde der Effekt von Yoga bei ADHS-Kindern untersucht. Die dabei verwendete Klassifikation ist die ICD-10⁶, auf deren Grundlage Yoga hier bei medikamentös behandelten Kindern eingesetzt und anhand von standardisierten Tests (Dartmond Attention Test (DAT) etc., Einschätzungen durch Lehrpersonal und von Eltern) über-

prüft wurde. Dabei konnte statistisch nachgewiesen werden, dass Yoga gegenüber anderen Therapieformen sehr gute Effekte erreichen kann:

„Haffner et al. compared the effects of yoga with conventional motor exercises, comprising of well known active games as adjuncts to pharmacotherapy for 34 weeks. The authors report superior efficacy of yoga with effect sizes of 0.77, 0.71, 0.60, and 0.97 in the total scale, attention-deficit sub-scale, hyperactivity sub-scale, and impulsiveness sub-scale, respectively, of a German ADHD rating scale for parents and teachers.“ (Balasubramaniam 2013, 9)

Weitere RCT Studien stützen die oben genannten Ergebnisse, dass Yoga bei ADHS-Kindern eine positive Auswirkung hat, welche auch anhand verschiedener Indizes erfasst und statistisch bestätigt werden konnte⁷. Die bis zu 20 Wochen andauernde Yoga-Praxis im Rahmen der Studie konnte folgende statistisch nachweisbare Verbesserung bei folgenden Symptomen bei ADHS-Kindern erreichen (Balasubramaniam 2013, 9):

- oppositionelles Verhalten
- emotionale Labilität
- Ruhelosigkeit
- Impulsivität
- Perfektionismus

und somit eine Verbesserung des Gesamtzustandes erreichen.

Die durchgeführten Studien zeigen deutlich, dass Yoga-Praxis bei ADHS diagnostizierten Kindern statistisch aussagekräftige Effekte auslöst und gegenüber von Kontrollgruppen Unterschiede beobachtet wurden. Auch in diesem Fall weisen die Yoga-Studien eine Grad-B-Klassifizierung auf. Somit eignet sich Yoga als eine ideale Unterstützung bei medikamentösen ADHS Therapien.

“Based on our assessment of the available literature according to the RAND/UCLA Appropriateness method, Grade B evidence supporting a potential benefit for yoga as an adjunct to pharmacotherapy in ADHD in children.” (Balasubramaniam 2013, 9)

3. Experteninterview zum Thema Yoga und ADHS

Zum Thema „Therapieansatz Yoga und Meditation bei ADHS“ hat Herr Dr. Weber außerdem bei dem erfahrenen Yogalehrer und Coach Joachim Pfahl, Bsc. of Science nachgefragt und ihn gebeten, über seine Erfahrung mit ADHS-betroffenen Menschen zu sprechen. Als weitere Gesprächspartner konnten Prof. Dr. med. Andreas Michalsen von der Charité Berlin zum Thema ADHS und Yoga gewonnen werden.



Prof. Dr. med. Andreas Michalsen

Zur Person:

Prof. Dr. med. Andreas Michalsen ist Inhaber der Stiftungsprofessur für klinische Naturheilkunde am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Er ist Chefarzt der Abteilung für Naturheilkunde am Immanuel Krankenhaus Berlin, praktiziert seit vielen Jahren Yoga und ist Leiter von Studien zum Thema medizinische Wirksamkeit von Yoga.

Joachim Pfahl, Bsc. of Science, Yogalehrer, Meditationslehrer und Coach mit **40-jähriger** Praxis und internationaler Lehrerfahrung in NGOs und GOs unter anderem in Indien, Thailand und Europa. Er leitet vier eigene Yoga-Schulen im Raum Nordrhein-Westfalen.



Joachim Pfahl, Bsc. of Science

Weber: Wie nehmen Sie die aktuelle Entwicklung der zunehmenden ADHS-Diagnosstellungen im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?

Pfahl: Ob wir es wahrhaben wollen oder nicht: Wir müssen das Thema im jetzigen gesellschaftlichen Rahmen sehen. Stress und Spannungen von Erwachsenen, Erziehern, Lehrern und deren Erwartungen übertragen sich auf die Kinder, deren Nervensystem noch nicht voll ausgebildet ist. Der Zappelphilipp oder Wirbelwind hatte vielleicht noch einen besonders starken unerfüllten Bewegungsdrang – ADHS Kinder sind ein sich häufendes und wachsendes unruhigendes Phänomen einer psychischen Störung.

Michalsen: Beides trägt zur jetzt alarmierenden Häufigkeit von ADHS bei. Kinder, die in sich unruhig sind und früher als „Zappelphilipp“ benannt wurden, werden heute medikamentiert und als ADHS-krank bezeichnet. Eine Übermedikation in unserer Gesellschaft wurde in diesem Zusammenhang bereits vielfach kritisiert. Zum anderen tragen unsere modernen Lebensbedingungen mit zunehmender Beschleunigung, Zeitknappheit, überlasteten Eltern und immer umfangreicheren Zeitplänen dazu bei, dass Kinder

selbst keine Ruhe mehr finden können und mit zunehmender Nervosität und Konzentrationsstörungen reagieren.

Weber: Hat sich Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren ein bewährtes Instrumentarium zur Diagnose und zur therapeutischen Intervention im Rahmen Ihrer klinischen Tätigkeit herauskristallisiert?

Michalsen: Die Therapie des ADHS sollte in der Regel multimethodal sein. Vor Einleitung einer medikamentösen Therapie sollten alle Möglichkeiten der nichtpharmakologischen Therapie einschließlich psychotherapeutischer Verfahren, familientherapeutischer Verfahren, aber auch einfacher Maßnahmen der Ordnungstherapie ausgeschöpft werden.

Weber: Sehen Sie einen Trend, im Bereich der Therapieformen zunehmend Ansätze wie Yoga und Meditation einzusetzen, wie dies von Ihrem Kollegen Johann Haffner 2006 in seiner Pilotstudie an der Universität Heidelberg geschehen ist?

Michalsen: Ein klarer Trend zu Therapieformen wie Yoga, Meditation oder so genannter Mind-Body Medizin in der Behandlung des ADHS lässt sich in Deutschland meines Erachtens noch nicht erkennen. Präliminäre Daten aus den USA sind aber vielversprechend und eine zunehmende Implementierung dieser Verfahren in einem ganzheitlichen Therapieansatz des ADHS ist wünschenswert.

Weber: Im Rahmen Ihrer Yoga-Lehrtätigkeit haben Sie internationale Erfahrung zu diesem Thema sammeln können. Welche Möglichkeiten bestehen für Sie als Yogalehrer im Umgang mit Menschen, denen eine ADHS-Diagnose ausgestellt wurde? Welche Interventionsmaßnahmen mit Yoga haben sich bei Ihnen im Rahmen Ihrer Tätigkeit herauskristallisiert?

Pfahl: Heutzutage machen wir nach außen fast alles professionell. Unsere Arbeit und selbst das Kochen versuchen wir heute professionell zu lösen. Nur mit uns selbst gehen wir komplett unprofessionell um. Wenn es um unsere inneren Belange geht, fehlt uns das Wissen innerer Navigation. Wir haben es nicht gelernt – weder in der Schule noch an der Uni oder im Rahmen einer Berufsausbildung. Yoga und Meditation geben uns das Wissen innerer Navigation. Es ist eine Möglichkeit, sich ein Wissen anzueignen, mit Hilfe dessen ein Aussteigen aus dem nicht endenden Hamster-rad unserer Gedanken möglich wird, indem wir uns mit den tieferen ruhigeren Schichten in uns wieder zu verbinden lernen und damit tief in uns ankern.

Weber: Sie betreiben seit 1973 aktiv Yoga und haben mit verschiedenen Regierungsorganisationen auf internationaler Ebene Yoga als Interventionsmaßnahme erfolgreich eingesetzt. Worin sehen Sie Stärke von Yoga im Einsatz bei Menschen mit der Diagnose ADHS?

Pfahl: Menschen mit der Diagnose ADHS fehlt dieser ruhende Anker in sich selbst – Yoga und Meditation stellen genau diesen Anker, wieder in sich Ruhe und Frieden zu finden, her.

Weber: Das bedeutet, Sie sehen in erster Linie nicht die Diagnose ADHS sondern ein spezifisches Verhaltensmuster, welches Sie auf wenige mentale Parameter zurückführen? Worin sehen Sie den optimalen Hebel, um als Yogalehrer den Menschen zu erreichen?

Pfahl: Das ist richtig – es ist wie auf einer Skala von höchster Unruhe bis tiefster Stille. Wo befinde ich mich auf der Skala? Es gibt klare Prinzipien, die zu Stress, Unruhe und Anspannung führen. Es gibt klare Prinzipien, die uns wieder mit ruhigeren Schichten in uns verbinden und sie uns bewusst machen. Der erste Schritt ist ein klarer Kontakt zum Körper, ein deutliches Spüren des Körpers. Nach meiner Erfahrung ist bei Menschen aus westlichen Kulturen der Kontakt zum Körper gestört. Primär ist die eigene Wahrnehmung und Ich-Wahrnehmung rein auf den Verstand und Gedanken reduziert.

Weber: Können Sie Eltern Yoga als eine sinnvolle Option empfehlen, dem Kind die Möglichkeit zu geben, sich selbst zur Ruhe zu bringen?

Michalsen: Yoga kann durch seine Kombination aus entspannenden meditativen und andererseits körperbetonten und durchaus anstrengenden Elementen eine äußerst sinnvolle Option sein, um Kinder zur Ruhe zu bringen. Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang, auch den sehr oft überlasteten und erschöpften Eltern von ADHS-Kindern zu Yoga zu raten.

Pfahl: Für Kinder gibt es einen eigenen kindgerechten Ansatz im Kinder-Yoga. Spielerisch wird, dass sichspüren durch die Yoga-Übungen und kindgerechte Techniken für Atem und Entspannung erlernt.

Weber: Können Sie betroffenen Menschen konkret Übungen aus dem Bereich Yoga und Meditation empfehlen, die Sie aufgrund Ihrer Expertise als hilfreich empfinden?

Pfahl: Im Yoga gibt es ganze Übungsreihen, die ein erfahrener Lehrer an die Hand geben kann, um auch zu Hause eine sonst angeleitete Einzel-/Gruppenpraxis zu ergänzen. Atemübungen und Meditation werden dabei eine zentrale Rolle spielen. Yoga-Nidra, eine Entspannungstechnik im Liegen, ist ebenfalls empfehlenswert.

Michalsen: Konkrete Übungen möchte ich an dieser Stelle nicht empfehlen.

Weber: Viele Betroffene, die diesen Beitrag lesen, suchen konkrete Unterstützung. Was können Sie als Yogalehrer aus Ihrer langjährigen Praxis als Impuls mitgeben?

Pfahl: Der Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. (BDY) hat eine nach Postleitzahlen aufgeschlüsselte Liste von Yogalehrenden in ganz Deutschland. Für den ADHS-Themenkreis braucht es gut ausgebildete und erfahrene Lehrende. Wenn Betroffene jemanden finden, sollten sie durch ein Vorgespräch und eine Probestunde herausfinden, ob auch untereinander die Chemie stimmt.

Weber: Wenn betroffene Eltern mit Ihren Kindern zum Yogalehrer gehen – sozusagen als Hilfe zur Selbsthilfe – könnte dies bestehende Therapieansätze und pharmazeutische Interventionen positiv unterstützen oder gar überflüssig machen?

Michalsen: Aufgrund der bisherigen Datenlage, der langen Tradition von Yoga und den belegten psycho-physischen Wirkungen von Yoga, sollte ein Therapieversuch von Kindern und betroffenen Eltern bei ADHS durchaus erwogen werden.

■ Dr. Hans-Jörg L. Weber, stellv. Geschäftsführer
BDY - Berufsverband der Yogalehrenden
in Deutschland e. V.

Der Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. (BDY) vertritt als traditionsübergreifender Verband seit 1967 hohe Maßstäbe im Bereich der Aus- und Weiterbildung im Yoga. Weitere Informationen unter www.yoga.de.

¹Systematische Übersichtsarbeiten von RCTs (randomisierte kontrollierte Studie) haben die höchste Beweiskraft, wenn es um den Nachweis einer therapeutischen Wirksamkeit geht.

²Die verwendeten Suchbegriffe in den Datenbanken lauten: yoga AND psychiatry OR depression OR anxiety OR schizophrenia OR cognition OR memory OR attention AND randomized controlled trial (RCT).

³RCT (engl.: randomized controlled trial) ist die Abkürzung für das innerhalb der Medizin anerkannteste Studiendesign. Es ermöglicht, bei einer eindeutigen Fragestellung als Ergebnis eine eindeutige Aussage mit der damit verbundenen Kausalität zu erhalten.

⁴Evidenzklassen ermöglichen die Einordnung klinischer Studien aufgrund ihrer wissenschaftlichen Aussagefähigkeit. Auf der Basis der Evidenzklassen können Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden.

⁵Definition von Grad B: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung.

⁶ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem in der Medizin.

⁷Verbesserung des Zustandes bei ADHS Kindern konnte anhand folgender Skalen nachgewiesen werden: Conners' Parent Rating Scales (CPRS), Global Index, ADHS Index, siehe Balasubramaniam (2013, 9).

Wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema ADHS und Yoga:

- BALASUBRAMANIAM, MEERA; TELLES, SHIRLEY; DORAISWAMY, P. MURALI (2012): Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. In: Front Psychiatry 3, S. 117. Online verfügbar unter http://www.frontiersin.org/Journal/DownloadFile/1/1577/36135/1/21/fpsyt-03-00117_pdf.

- HAFFNER, JOHANN; ROOS, JEANETTE; GOLDSTEIN, NICOLE; PARZER, PETER; RESCH, FRANZ (2006): The effectiveness of body-oriented methods of therapy in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): results of a controlled pilot study. In: Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 34 (1), S. 37-47.

- HARRISON, L. J. (2004): Sahaja Yoga Meditation as a Family Treatment Programme for Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. In: Clinical Child Psychology and Psychiatry 9 (4), S. 479-497.

- OORD, SASKIA; BÖGELS, SUSAN M.; PEIJNENBURG, DORREKE (2012): The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. In: J Child Fam Stud 21 (1), S. 139-147.

- RAMSAY, J. RUSSELL (2010): Nonmedication treatments for adult ADHD. Evaluating impact on daily functioning and well-being. 1. Aufl. Washington, DC: American Psychological Association. Online verfügbar unter <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07448481.2010.483717>.

- WEIJER-BERGSMA, EVA; FORMSMA, ANNE R.; BRUIN, ESTHER I.; BÖGELS, SUSAN M. (2012): The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. In: J Child Fam Stud 21 (5), S. 775-787. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438398/#CR33>.

Kognitive Leistungstestung für AD(H)S-Erwachsene

Grundtestung

Vergleichstestung ohne und mit medikamentöser Unterstützung



Ronald Herb-Hassler (Ergotherapeut)

Vorgeschichte

Als Mitinhaber von mittlerweile drei ergotherapeutischen Praxen in Karlsruhe lag mein Arbeitsschwerpunkt von Anfang an auf der Behandlung neurologischer Patienten. Vor 20 Jahren war das keine Selbstverständlichkeit, da sich fast alle Mitbewerber mehr oder weniger ausschließlich der Pädiatrie widmeten. Bundesweit lag der Anteil der neurologischen ergotherapeutischen Behandlungen bei 25%, der Anteil der pädiatrischen Behandlungen dagegen bei 65%¹.

Mittlerweile hat sich diese Verteilung deutlich geändert. Den Vorsprung auf dem Gebiet der Neurologie (Ergotherapie) konnten wir jedoch für weitere Spezialisierungen nutzen. Zuerst nur für eine große neurologisch-ärztliche Praxis im Haus, mittlerweile für mehr als die Hälfte der niedergelassenen Neurologen und Psychiater in Karlsruhe, führen wir eine kognitive Leistungstestung bei Erwachsenen mit Verdacht auf AD(H)S durch. Auf Wunsch und grundsätzlich auf ärztliche Verordnung handelt es sich um eine Grundtestung zur Erhärtung oder dem Ausschluss der Diagnose AD(H)S. In den meisten Fällen, bei denen die Diagnose schon gesichert ist, führen wir eine Vergleichstestung durch, um die einschlägige Wirksamkeit von Medikamenten gegen die bekannten Symptome zu beweisen und/oder die Dosierung zu optimieren.

Bekanntermaßen werden diese Testungen in ähnlicher oder gänzlich anderer Form auch in Kliniken durchgeführt. Worin besteht jedoch der Vorteil eines Testverfahrens ambulant in einer ergotherapeutischen Praxis im Allgemeinen und unserem halb-standardisierten Testverfahren im Speziellen?

Vorteile des Testverfahrens

Das unten beschriebene Verfahren ist vor allem ökonomisch, schnell und preiswert.

Ökonomisch: Das gesamte Verfahren ist für Patienten ohne großen Zeit- und Mobilitätsaufwand durchführbar, da es ambulant und wohnortnah angeboten wird. Durch den zunehmenden Bekanntheitsgrad hat sich das Einzugsgebiet allerdings deutlich vergrößert (Nordschwarzwald, Pforzheim, Heilbronn, Rheinland-Pfalz) und liegt bei einem Radius von 50 bis 70 Kilometern. Mit flexiblen Öffnungszeiten lassen sich Termine von 7:00 Uhr am frühen Morgen bis 20:00 Uhr am Abend realisieren, in Ausnahmefällen auch samstags. Suchtgefährdete Patienten können sogar, um ihnen die Medikamente nicht in die Hand geben zu müssen, diese unter Aufsicht in der Arztpraxis einnehmen und dann die Testung bei uns durchführen.

Schnell: Die längste Wartezeit entsteht bei neuen Patienten zunächst beim Arzt. Diese kann bis zu drei Monate betragen. Wir machen nach der Verordnung Ergotherapie innerhalb von 14 Tagen einen ersten Testtermin. Findet nur die Grundtestung statt, kann sie in diesem Zeitrahmen abgeschlossen werden. Wird zur Vergleichstestung ein Methylphenidatpräparat verabreicht, kann diese schon an den folgenden Tagen gemacht werden. Wird beispielsweise Nortrilen zur Antriebssteigerung verordnet, muss eine Einnahmezeit von mindestens drei, besser vier Wochen abgewartet werden, bis die Vergleichstestung stattfinden kann. Ohne Wartezeit beim Arzt dauert der gesamte Vorgang zwischen einer und fünf Wochen, um zu einem aussagefähigen Ergebnis zu kommen.

In den uns bekannten Kliniken, die ebenfalls Leistungstestungen durchführen, beträgt die Wartezeit bis zu zwei Jahren oder mehr und ist mit einem deutlich größeren Aufwand für die Patienten verbunden. Insbesondere gibt es keine „Wunschtermine“.

Preiswert: Selbstverständlich steht es den Ärzten frei, wie viel Einheiten Hirnleistungstraining oder psychisch-funktionelle Behandlung sie verordnen. Die Mindestverordnungszahl für die Grundtestung sind vier Einheiten Hirnleistungstraining bzw. bei der Vergleichstestung sechs Einheiten. Dabei werden den gesetzlichen Kassen ca. 140 bzw. 200 Euro in Rechnung gestellt minus dem Eigenanteil der Patienten, wenn sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht von den Gebühren befreit sind.

Pro Jahr kommen ca. 200 erwachsene Patienten mit der Diagnose AD(H)S zu uns und haben den Auftrag, das hier beschriebene Verfahren zu durchlaufen. Dazu kommen noch diejenigen, die eine ergotherapeutische Behandlung erhalten.

Definition kognitive Leistungstestung

Obligatorisch getestet werden Leistungen bezüglich der *Konzentration/Aufmerksamkeit* und des Gedächtnisses. Auf Wunsch des verordnenden Arztes oder bei Auffälligkeiten erweitern wir den Bereich auf die Überprüfung der *Reakti-*

onsfähigkeit, des logischen Denkens, der exekutiven Funktionen, der Interferenzneigung und/oder der Ausdauer.

Konzentration/Aufmerksamkeit

Konzentration (lat. concentra, „zusammen zum Mittelpunkt“) ist die willentliche Fokussierung der Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Tätigkeit, das Erreichen eines kurzfristig erreichbaren Ziels oder das Lösen einer gestellten Aufgabe (Definition Wikipedia).

Zentraler Test ist das Frankfurter-Aufmerksamkeits-Inventar FAIR, mittlerweile in der zweiten Auflage als FAIR-2 erhältlich und bei uns seit Dezember 2012 im Einsatz.² (Vorher verwendeten wir das FAIR-1). Der Vorteil des FAIR-2 gegenüber dem FAIR-1 ist die aktualisierte und erweiterte Normierung.

Es handelt sich dabei um einen sogenannten Papier-Bleistift-Test, der gegenüber dem „d-2-Test“ einige Vorteile hat. Er ist kulturunabhängig, da die Items aus visuellen Zeichen wie Kreisen und Quadraten bestehen. Außerdem lässt er sich schnell und sicher durchführen (Bearbeitungszeit 2x3 Minuten, Gesamtzeit 10 Minuten), mittels Auswertungsschablonen korrekt prüfen und mit einer speziellen Software zuverlässig auswerten.

Gemessen wird im M-Wert das *Instruktionsverständnis*. Dies ist wichtig, um speziell bei Kindern (ab 9 Jahren) und Erwachsenen mit dem Verdacht der Einschränkung im Verstehen von Instruktionen ein Aufmerksamkeitsproblem von einem Verständnisproblem abzugrenzen. Mit dem *Leistungswert L* wird (fehlerkorrigiert) die Arbeitsleistung, also das Tempo gemessen und im *Qualitätswert Q* „der Anteil der konzentrierten Urteile an allen abgegebenen Urteilen“, sprich: die Sorgfalt und Fehlerfreiheit des Probanden gemessen. Der *Kontinuitätswert K* gibt an, wie kontinuierlich die Konzentration aufrecht erhalten werden kann. Er ist, vereinfacht gesprochen, der errechnete Gesamtwert.

Die Normierung erfolgt in Bezug auf Altersgruppen und gibt an, wie sich der getestete Patient im Vergleich zu seiner Altersgruppe einordnet.

Durch Beobachtung und Auswertung vergleichen wir die Arbeitsleistung beider Testhälften und bekommen so Hinweise auf nachlassende Leistungen bei gleichförmigen Aufgaben.



FAIR 2

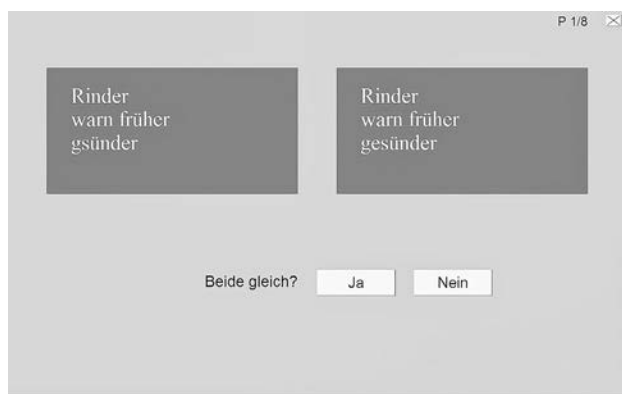
Ein einzelner Test reicht zur Beurteilung der Aufmerksamkeit und des Arbeitsverhaltens nicht aus. Aus zeitökonomischen Gründen machen wir noch zwei weitere kurze Tests am Computer. Das vor allem in Ergotherapiekreisen bekannte Trainingsprogramm Cogpack³ bietet dafür geeignete Aufgaben.

Bei der ersten Aufgabe (Cogpack/Vergleiche/1.Set) muss die Testperson den einzeiligen Inhalt zweier rechteckiger Kästchen auf dem Monitor vergleichen und rasch und fehlerfrei beurteilen, ob der Inhalt gleich oder verschieden ist. Die Eingabe des Urteils (ja/nein) erfolgt wahlweise mit einem Mausklick oder den Tasten „j/n“. Diese Aufgabe ist extrem einfach. Ausgewertet wird nach den Vergleichswerten des Softwareherstellers (n-Datei) einschließlich der Vergleichswerte erste und zweite Hälfte.



Cogpack/Vergleiche/1.Set

Die zweite Aufgabe (Cogpack/Vergleiche/mehrzeilig) hat das gleiche Design, allerdings ist der Inhalt der Kästchen deutlich umfangreicher, nämlich mehrzeilig. Sie ist also schwerer und stellt vor allem die ungeduldigen, schnellen und ungenauen Patienten vor eine schwierige Probe. Die Auswertung geschieht auf die gleiche Weise.



Cogpack/Vergleiche/mehrzeilig

Als nächstes löst der Proband eine Aufgabe, die ein gutes Maß an Konzentration verlangt, aber auch die Kenntnis der Grundregeln des logischen Denkens voraussetzt. Erschwerend kommt hinzu, dass es 20 Durchläufe gibt und die Aufgabenstellung sich 20 Mal ändert. Es müssen die Verkehrszeichen angeklickt werden, auf die die untenstehende Bedingung zutrifft.



Logik

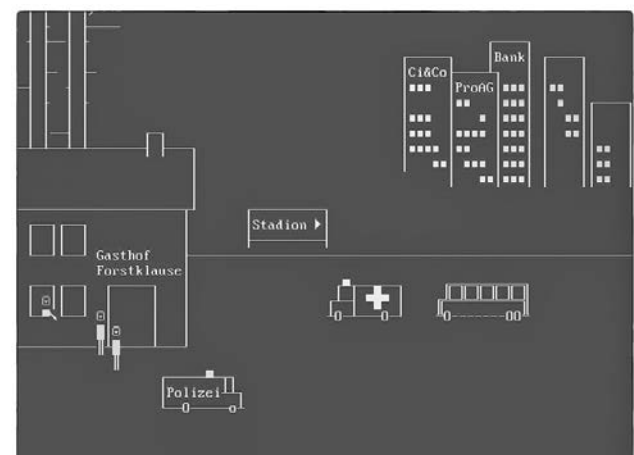
Gedächtnis/Merkfähigkeit

Unter Gedächtnis oder Mnestik (von „Mnese“ = Gedächtnis, Erinnerung) im neurologischen Sinne versteht man die Fähigkeit des Nervensystems von Lebewesen, aufgenommene Informationen zu behalten, zu ordnen und wieder abzurufen (Definition Wikipedia).

Auch bei ausgeprägten Aufmerksamkeitsstörungen muss keine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit vorhanden sein. Viele Patienten sind erstaunlich gleich in ihrer Gedächtnisleistung, auch wenn sie stimulierende Medikamente bekommen. Dennoch machen wir ein Bild des Arbeitsgedächtnisses und weiterer Gedächtnisleistungen.

Arbeitsgedächtnis: Bei der Testung des Arbeitsgedächtnisses nehmen wir die Aufgabe Merken/Worte. Es erscheinen nacheinander 10 Begriffe für jeweils fünf Sekunden auf dem Monitor. Nach Ablauf der Darbietung müssen die Begriffe in beliebiger Reihenfolge eingegeben werden. Die durchschnittliche Erinnerungsrate liegt bei ca. 68 %. Rechtschreibfehler werden eliminiert und nicht gewertet.

Komplexer Merkttest: Dabei wird eine Straßenszene dargestellt mit fahrenden Fahrzeugen, Leuchtreklamen, Laufschriften und Tönen.



Augenzeuge

Nach Ablauf der Szene beantwortet der Proband 10 Auswahlfragen mit zwei bis sechs Antwortmöglichkeiten. Gewertet wird neben der absoluten Erinnerungsrate vor allem wieder der Unterschied zwischen der ersten und zweiten Aufgabenhälfte.

Damit ist der erste Teil, die sogenannte „Pflichtübung“ vorüber. Der Zeitrahmen von 60 Minuten sollte dafür ausreichend sein. Wenn nicht, lassen sich manche Aufgaben auch kürzen oder können weggelassen werden.

Grundtestung

Wird nur die Grundtestung verlangt, führen wir in der zweiten Zeitstunde (Therapieeinheit 3 und 4) weitere Aufgaben durch. Diese hängen davon ab, unter welchen Symptomen der Patient besonders leidet oder welche Auffälligkeiten bei der Grundtestung auftraten. Manchmal verlangt auch der Arzt eine genauere Auskunft über das Arbeitsverhalten in bestimmten kognitiven Bereichen.

Jeder Mensch hat eine bestimmte, ihm eigene Arbeitsgeschwindigkeit und sollte diese an veränderte Bedingungen anpassen können. Bei verlangsamten Patienten ist ein Test über das *Reaktionsvermögen* hilfreich, um festzustellen, ob er „schneller kann, wenn er muss“ oder nicht. Er wäre dann bei Arbeiten mit hohem Zeitdruck überfordert. Dies kann auch bei Schülern ein Problem sein. Neben zwei einfachen, sich steigernden Aufgaben lässt sich auch testen, ob der Proband in der Lage ist, nicht nur auf einen vorgegebenen Reiz, sondern auch auf einen Folgereiz zu reagieren. Dies erfordert eine deutlich größere Aufmerksamkeit unter Einsatz des Arbeitsgedächtnisses als eine reine Reaktionsaufgabe. Ein geniales und weltweit anerkanntes Trainingsprogramm nennt sich „dual n-back“⁴ und ist kostenlos im Internet erhältlich.⁵

Schwierigere *Logikaufgaben* kommen dann zum Einsatz, wenn Testpersonen bei anderen Aufgaben deutlich unterfordert sind und/oder wenn ein Hinweis auf eine Hochbegabung vorliegt.

Bei der Aufgabenart *Exekutive Funktionen* wird festgestellt, inwieweit der Proband in der Lage ist, selbständig eine Regel zu erkennen und eine Lösungsstrategie zu entwickeln. Dies geht weit über das Erkennen logischer Zusammenhänge hinaus. Dazu kommt, dass er sich die Lösungsstrategie merken muss und mit zunehmendem Tempo nachfolgende Aufgaben durchführt. Es gibt einen teuren, nur für Amerika normierten Test, den sogenannten Wisconsin-Card-Sorting-Test, kurz WCST. Als Anhaltspunkt für die Fähigkeit eines Menschen, solche Aufgaben zu bewältigen, was im Berufsleben und im Alltag (schlechte Gebrauchsanweisungen, neue technische Geräte mit unzureichender Funktionsklärung) immer wichtiger wird. Auch hier behelfen wir uns aus ökonomischen Gründen mit einer Cogpackaufgabe (Wirrarr).

Menschen mit einer Aufmerksamkeitsproblematik haben in den meisten Fällen keine Probleme mit Interferenzaufgaben, außer sie sind extrem verlangsamt. Dabei geht es darum, einen dominanten Reiz zu unterdrücken und einen nicht dominanten Reiz zu bearbeiten. Konkret heißt dies beim von uns verwendeten Farb-Wort-Interferenztest nach Stroop⁶ (international bekannt auch als Stroop-Test), dass im Interferenzteil die Worte blau, rot, gelb und grün in den

Farben blau, rot, gelb und grün geschrieben sind, allerdings immer abweichend vom Inhalt. Die Testperson liest so schnell es geht die Farbe, aber nicht das Wort vor. Mit diesem Test wird unter anderem gemessen, wie stark eine innere Ablenkung vorhanden ist, die ein gutes Testergebnis verhindert. Manche Ärzte verlangen diesen Test zur Differenzialdiagnose bei eventuell vorhandenen psychischen Erkrankungen. Für unsere Zwecke interessant ist, dass es neben einer allgemeinen Normierung auch Altersnormierungen gibt und berufsbezogene Normierungen für Angestellte und Akademiker (allerdings ohne Altersnormierung). Die letzte, von uns verwendete Testmöglichkeit ist die Ausdauer bzw. Dauerbelastung. Hierfür bietet sich eine Cogpack-Aufgabe an, die aus drei Teilen besteht.

Der Proband muss sich zuerst eine Adresse merken mit fünf Items: Vorname, Nachname, Straße, Hausnummer und Stadt. Dafür hat er beliebig lange Zeit. Danach erscheint für 10 Sekunden eine Zeile aus Ziffern, Buchstaben oder Computerzeichen. Danach löst er drei Minuten einfache Rechenaufgaben. Dies sind sogenannte Distraktoren, also reine Ablenker und haben mit den Merkteilen nichts zu tun, werden also nicht gewertet. Nach Ablauf der drei Minuten wird die richtige Zeile aus einer Auswahl von fünf bis sechs Bildern ausgewählt. Dieser Vorgang findet 12 mal statt. Danach, also nach ca. 45 Minuten, wird die Adresse, die am Anfang gezeigt wurde, als freie Erinnerung abgefragt. Diese Aufgabe ist trotz der Komplexität verhältnismäßig leicht und wird von den meisten Menschen fast fehlerfrei durchgeführt. Wir protokollieren die Ergebnisse, um in erster Linie festzustellen, ob ein signifikanter Leistungsabfall in der zweiten Hälfte als Hinweis für ein Konzentrationsproblem zu verzeichnen ist. Darüber hinaus beobachten wir das Arbeitsverhalten. Besonders Berufstätige, die über eine große Arbeitsbelastung klagen, neigen dazu, gleichförmig und mit hohem Einsatz zu arbeiten. Es gelingt ihnen schlecht, sich so zu steuern dass sie bei wichtigen Tätigkeiten aktiver, bei unwichtigen entspannter arbeiten. Das Fehlen dieser Modulationsmöglichkeit führt zu unökonomischem Arbeiten und kann u. a. für eine Burn-Out-Symptomatik verantwortlich sein. Liegt ein entsprechender Hinweis vor, machen wir mittels eines Neurofeedback-Gerätes eine sogenannte Standardableitung, um die Reaktion und Anpassung an verschiedene Aufgabenstellungen zu messen.

Auswertung:

Entscheidend für unseren Bericht sind natürlich Abweichungen von den Normwerten, unterschieden zwischen der Arbeitsgeschwindigkeit und der Qualität. Ein weiteres wichtiges Kriterium sind regelmäßiges Nachlassen der Leistung in der zweiten Aufgabenhälfte bzw. eine gute Arbeitskonstanz.

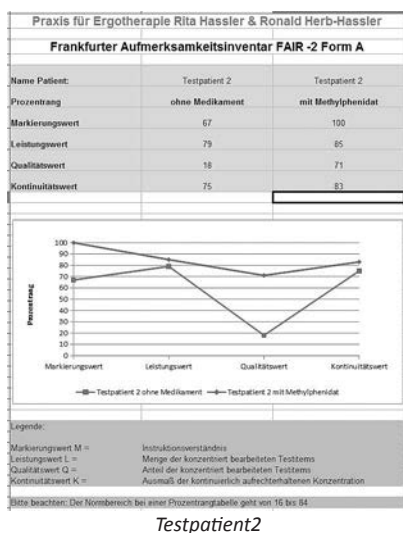
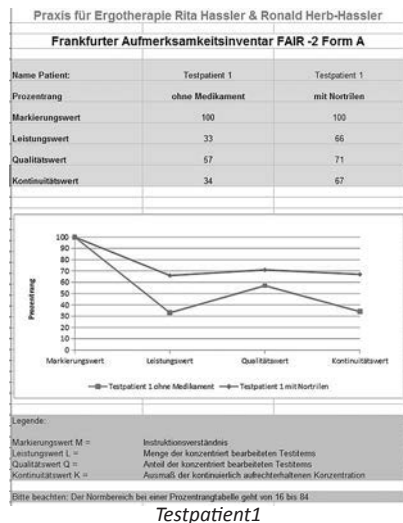
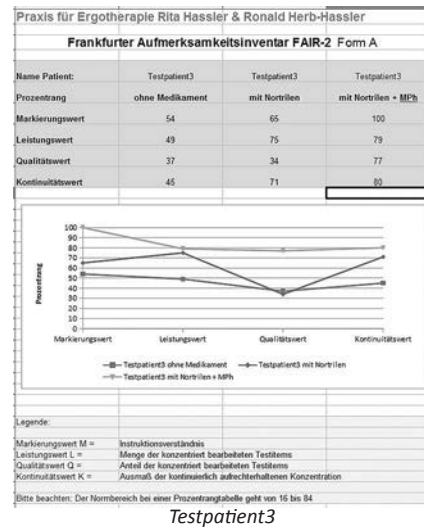
In den Bericht an den Arzt fließen diese objektiven Ergebnisse ein, genauso wie unsere Beobachtungen in Bezug auf das Arbeitsverhalten (Ruhe, Aufgeregtheit, Pünktlichkeit, ungenaues Zuhören usw.). Sache des Arztes ist es dann,

seine Diagnose bestätigt zu sehen und ein entsprechendes Therapieangebot zu machen oder die vorläufige Diagnose AD(H)S fallen zu lassen.

Vergleichstestung

Wird von vorne herein eine Vergleichstestung gewünscht, sieht die Vorgehensweise folgendermaßen aus. Nach der Grundtestung nimmt der Proband das verschriebene Medikament ein. Handelt es sich um ein Methylphenidatpräparat, könnte schon am nächsten Tag mit der Vergleichstestung weiter gemacht werden. In vielen Fällen wird jedoch Nortrilen verabreicht. Dies ist zwar ein Antidepressivum, hat aber als Nebeneffekt eine antriebssteigernde Wirkung. Da sich die volle Wirkung erst nach einiger Zeit entfaltet, warten wir für den nächsten Termin ca. vier Wochen ab. Die erste Zeitstunde Vergleichstestung ist mit der Grundtestung identisch. Beide Ergebnisse werden kritisch miteinander verglichen. Gibt es einen deutlichen Leistungszuwachs, hat also das Medikament eine gute Wirkung, wird damit zugleich auch die Diagnose AD(H)S erhärtet.

Arzt, der dann die Verordnung entsprechend abändert. Es gibt natürlich auch Fälle, bei denen das Medikament hilft, die Wirkung dennoch nicht ausreicht. Dann kann selbstverständlich auch mit der Dosis solange probiert werden, bis eine optimale Wirkung erzielt wird.



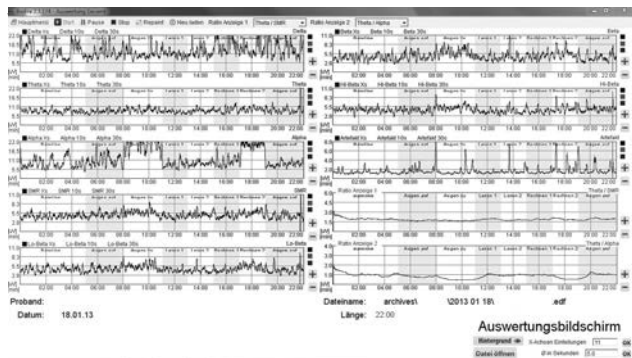
In einem Fall wurde ein schon älteres Kind insgesamt fünf Mal ohne und mit verschiedenen Dosierungen getestet, bis die beste Wirkung bei geringster Einnahmemenge ermittelt war.

Neurofeedback-Standardsituation

Im Prinzip ist die kognitive Leistungstestung mit den oben beschriebenen Schritten abgeschlossen. Dennoch müssen damit nicht alle offenen Fragen beantwortet sein. Immer wieder kommt es vor, dass Probanden trotz der positiven Wirkung einschlägiger Medikamente immer noch Probleme beim Arbeiten haben. Manche sind in der Testsituation gut, benötigen keine Unterstützung und klagen doch über eine zu hohe Belastung. Selbstverständlich kann dafür auch die Arbeitsmenge selbst verantwortlich sein. Lässt sich diese Situation nicht ändern oder sucht der Patient die Lösung bei sich, hilft in diesen Fällen oft die Standardableitung-Neurofeedback⁷ weiter. Mittels eines Neurofeedback-EEGs wird zentral das Rohsignal abgeleitet und in die verschiedenen Qualitätsbereiche aufgetrennt. Der Testdurchlauf dauert 22 Minuten und besteht aus folgenden Aufgaben: fünf Minuten ruhig sitzen, drei Minuten ein Kreuz auf dem Monitor fixieren, drei Minuten die Augen schließen, zwei Minuten lesen (leicht), zwei Minuten lesen (schwer), zwei Minuten rechnen, zwei Minuten weiter rechnen mit geschlossenen Augen und noch drei Minuten ruhig sitzen. Dies alles geschieht schweigend und möglichst ohne Bewegung.

So lässt sich feststellen, ob die Testperson muskulär entspannt ist oder unruhig, auch zunehmend im Verlauf, ob sie Stress hat, bei geschlossenen Augen schnell und ausreichend entspannen kann und mit den Gedanken bei der Sache ist. Mit dieser Echtzeitaufzeichnung kann eine genaue Analyse gemacht, möglicherweise ein Therapieansatz gefunden und ein entsprechendes Therapieangebot gemacht

Die dritte Stunde Vergleichstestung wird dann wieder wie die zweite Stunde Grundtestung durchgeführt. Nur dann, wenn die Wirkung des verordneten Medikaments unzureichend ist, geben wir einen Zwischenbericht an den



NFB-Standard

Im obigen Beispiel zeigt die Testperson zu viel Beta-Aktivität, also zu viel geistige Anstrengung und kann diese nicht gezielt aktivieren. Außerdem wird sie trotz des kurzen Zeitraums zusehends unruhiger.

Fazit

Aufgrund der großen Angebotspalette kann je nach Anforderung, das heißt vom Hauptschulabrecher bis zum Akademiker, ein individuelles Angebot gemacht werden und aufgrund der großen Erfahrungswerte eine objektive Beurteilung erfolgen.

Diese ermöglicht dem behandelnden Arzt seine Diagnose zu erhärten (bzw. zu verwerfen) und ein gezieltes Therapieangebot zu machen, sei es, dass die Dosis der Medikation angepasst wird, Training mit Neurofeedback verordnet oder auch ein ergänzendes Angebot wie Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie gemacht wird.

Nicht jeder Testpatient hat ein Problem mit AD(H)S. Mancher will nur eine Diagnose für sich selbst, ohne dass er seine Lebens- und Arbeitssituation ändern will oder muss. Mancher ist verunsichert wegen seiner Kinder, weil diese die gleichen Symptome zeigen und die gleichen Probleme in der Schule haben wie er selbst früher.

Die Fähigkeit der gezielten Fokussierung ist nicht immer erwünscht und notwendig. Menschen in kreativen Berufen sind mit einer breiten Aufmerksamkeit oft besser dran. Manchmal ist schnelles Umschalten zwischen Fokussierung und breiter Aufmerksamkeit berufsbedingt nötig und kann auch ohne Behandlung gelernt werden.

■ Ronald Herb-Hassler

¹Arbeitsschwerpunkte in Praxen / Arbeitsschwerpunkte und Altersstrukturen in ergotherapeutischen Praxen

„Praxis Ergotherapie Heft 4 August 2010“ Ronald Herb-Hassler

²FAIR-2 Frankfurter Aufmerksamkeits-Inventar 2 von H. Moosbrugger, J. Oehlschlägel, M. Steinwascher, Verlag Hans Huber Zürich. Erhältlich über Testzentrale Göttingen

³Cogpack Marker Software Klaus Marker 68522 Ladenburg

⁴Dual n-back / Ein Programm zum Trainieren des Arbeitsgedächtnisses; Rezension in "Praxis Ergotherapie Heft 5 Oktober 2011" Ronald Herb-Hassler

⁵Brain Workshop – a Dual N-Back game brainworkshop.sourceforge.net/

⁶Farb-Wort-Interferenztest FWIT G. Bäumler. Erhältlich über Testzentrale Göttingen

⁷Mindfield Biosystems Mindfield BioEra Modul Clinical Performance 1.25

Ergänzung zu *neue AKZENTE* Nr. 93, 3/2012

Der Beitrag „Die Durchführung der Intelligence and Development Scales (IDS) bei Kindern mit ADHS“ von Dr. Priska Hagmann-von Arx, Prof. Dr. Alexander Grob wurde uns freundlicherweise von der Schweizerischen Fachgesellschaft ADHS (SFG-ADHS) zur Verfügung gestellt. Er ist erschienen in ADHS-AKTUELL Nr. 31/2011.

Der Newsletter der SFG-ADHS kann von allen Interessierten gratis abonniert werden (<http://www.sfg-adhs.ch/?lang=de&pid=126>).

Wir bedanken uns herzlich für die Spenden und Fördergelder im Jahre 2012

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

Förderstelle	Fördert	Bundesverband €	LG Berlin €	LG BW €	LG Bayern €	LG Bremen €	LG Hamburg €	LG Hessen €	LG Niedersachsen €	LG NRW €	LG S-H €	LG Thüringen €
GKV Gemeinschaftsförderung	Pauschalförderung	30.000,00	5.000,00	4.250,00	3.500,00	0,00	1.000,00	2.000,00	4.100,00	6.165,00	4.380,00	0,00
Krankenkassen Individuelle Förderung	Projektförderung	0,00	0,00	660,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.500,00	0,00	0,00	0,00
KKH-Allianz												
AOK	Internet	10.000,00										
BEK				3.000,00								
BKK	Internet	10.000,00										
IKK Classic												
BEK-GEK	Förderung Telefon- u. E-Mailberatung	10.000,00										
TK												
Summe KK		60.000,00	5.000,00	7.910,00	3.500,00	0,00	1.000,00	2.000,00	9.600,00	6.165,00	4.380,00	0,00
BAG	Broschüren Lesezeichen	2.000,00 1.360,00										
Pharmafirmen	Projektspenden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Janssen-Cialag	Telefonberatung	500,00										
Medice	Telefonberatung	500,00										
Shire	Telefonberatung	3.000,00										
Verschiedene	Freie Spenden für Regionalgruppenarbeit	2.635,00					380,00					
Verschiedene	Freie Spenden	3.980,40										
Insgesamt		73.975,40	5.000,00	7.910,00	3.500,00	0,00	1.380,00	2.000,00	9.600,00	6.165,00	4.380,00	0,00

Internetseite des AHDS Deutschland e. V. – jetzt mit Miniwebseiten

Wir können ab sofort auf unserer Internetseite eine neue Funktion anbieten, die sogenannten „Miniwebseiten“. Diese ermöglichen – über unsere Homepage www.adhs-deutschland.de – mehr Informationen über die einzelnen Regionalgruppen zu veröffentlichen.

Bevor wir mit vielen Worten versuchen zu vermitteln, was es damit auf sich hat, geben Sie einfach hier <http://www.adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-84/> z. B. Burgwedel, Nürnberg oder Sassenburg ein (diese Regionalgruppen haben u. a. bereits ihre Seite eingerichtet).

Wenn Sie am Ende des Kästchens auf „mehr“ klicken, öffnen sich die Miniwebseiten.

Die Regionalgruppenleiter können sich diese Seite ganz einfach selbst einrichten, indem Sie sich im Mitgliederbereich einloggen und den Button „Miniwebseiten“ wählen; ab da ist alles selbsterklärend.

Sollten sich trotzdem Fragen ergeben, helfen wir gerne weiter.

■ ADHS Deutschland e. V.

20 Jahre Erfahrung mit ADHS-Förderung in Hamburger Schulen

Entwicklungsstränge integrativer schulischer Förderung in Hamburg

Spätestens seit etwa 1982 entwickelten sich in Hamburg verschiedene Ansätze integrativer Beschulung von Schülern, denen zuvor als Förderangebot i.d.R. nur der Wechsel in eine Sonderschule angeboten werden konnte – wenn denn ein Platz frei war.

Die zwei Hauptsäulen integrativer Förderung waren:

- **Integrative Regelklassen**, ausgestattet mit zusätzlichen Förderressourcen, in denen jeweils einige Schüler mit definiertem sonderpädagogischem Förderbedarf integrativ beschult werden.
- **Präventionslehrer** (Sonderschullehrer, Volks/Realschullehrer, die z. T. zusätzlich auch Diplompsychologen sind), die durch unmittelbare *Unterstützung* einzelner gemeldeter Schüler oder ganzer Schulklassen und durch *Beratung* von Eltern und Lehrern dazu beitragen, dass diese Schüler weiterhin oder wieder sinnvoll in ihrem bisherigen oder einem anderen regulären Klassenverband beschult werden können.

Ich gehörte zur Gruppe der *Präventionslehrer*. Wir arbeiteten verteilt in ganz Hamburg. Jeder von uns Präventionlehrern war zuständig für „nur“ eine Schule oder aber auch für mehrere Schulen eines Bezirks. Von mir durchgeführte Videointerviews mit den Initiatoren dieses ersten Schritts ambulant-integrativer Förderung verhaltensauffälliger Schüler in Hamburg liegen vor.

Ich selbst war zuständig für die Schulen in Hamburg-Har-

burg und gehörte zum Kollegium der Sonderschule für Verhaltensgestörte in Harburg. Vor dem Rechnungshof führte ich offiziell dort eine Klasse mit 12 nicht namentlich festgelegten Schülern. So konnte die Stelle finanziert werden. Ich hatte nun aber „den Rücken frei“, um im Außendienst im Bezirk flexibel und ohne sonderpädagogische Einordnung/Festlegung der Schüler beratend und unterstützend tätig zu sein. Auf Fachtagungen des VDS (Verband Deutscher Sonderschullehrer) und des BDP (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen) konnte ich mit Hilfe eines über diese meine Arbeit gedrehten Videofilmes diesen ambulanten Förderansatz vor- und zur Diskussion stellen.

Im Hintergrund meiner beratenden und unterstützenden Tätigkeit hatte ich „meine“ Institution: Die Sonderschule für Verhaltensgestörte (SfV) Harburg. Es gab durchaus Beratungs- und Unterstützungsverläufe, in denen ich in der gegebenen Situation eine Umschulung in die SfV empfahl. I.d.R. konnten in die SfV aufgenommene Grundschulkinder nach zwei Jahren deutlich stabilisiert wieder in die Regelschule integriert werden. Die SfV-Harburg wurde mit dem Doppelangebot der integrativen ambulanten Förderung als 1. Schritt und der Möglichkeit der Umschulung als 2. Schritt von den Schulen des Einzugsgebietes sehr akzeptiert.

Zurück zur Gruppe der Hamburger *Präventionslehrer*: Wir hielten untereinander Kontakt in regelmäßigen Treffen, abwechselnd bei den einzelnen Präventionslehrern, verteilt in ganz Hamburg. Dazu lud unser gewählter Sprecher *Ingo Wuertl* jeweils humorvoll schriftlich ein.

In der Einladung zum 26.11.1992 heißt es u.a.:
Herr Doktor W. Oelkers, der niedergelassener Kinderarzt in Hamburg ist, hat sich freundlicherweise bereit erklärt, uns von seinen Behandlungserfahrungen mit RITALIN und der damit verbundene Problematik zu erzählen. Die beiliegende Kopie eines Aufsatzes von Dr. W. Eichelseder empfehle ich als vorbereitende Lektüre.

Ich ahnte nicht, welche Bedeutung die Thematik dieses Treffens für mich und für die Hamburger Sonderpädagogik bekommen würde. Bei mir wurde bei diesem Treffen eine Art Paradigma-Wechsel vorbereitet: Bewertete ich bisher den Einsatz von Tabletten und Medizin zur Lösung „natürlich primär psychologischer und evtl. noch sensorischer Probleme“ wie eine Sünde, die wie der Teufel zu meiden ist, begann an diesem Abend – zumindest für mich – eine neue Phase, in der der Mediziner/die Tablette nicht mehr als Gegner angesehen wurde, sondern ich mehr und mehr die Grenzen pädagogisch-psychologischer Tätigkeit wahrnahm und vor diesem Hintergrund eine konstruktive Zusammenarbeit mit Ärzten nicht nur als Chance, sondern als Notwendigkeit umzusetzen versuchte.

Ab 1997 begann Hamburg damit, alle bestehenden *Sonderschulen für Verhaltensgestörte*, den zentralen *Schulpsychologischen Dienst* und die *Schulische Erziehungshilfe* aufzulösen und in 16 dezentrale *Regionale Beratungs- und Unterstützungszentren* (REBUS) umzuwandeln. Drei Grundideen dieser Veränderung:

1. Nur eine Beratungsstelle ist im Bezirk bei Schulproblemen zuständig und nicht wie bisher: drei
2. Multiprofessionelle Teamarbeit unter einem (Beratungs- und Unterstützungs-)Dach.
3. Sondergruppen wie z. B. die Sonderklassen für Verhaltensgestörte werden nicht mehr vorgehalten.

Generelle Zustimmung an den Schulen für Grundidee eins und zwei. Die dritte Grundidee blieb umstritten.

Rebus-Harburg begann seine Arbeit im Jahr 2000. Die SFV-Harburg wurde „abgewickelt“.

Ich skizziere nun zwei Stränge meiner weiteren schulpsychologischen ADHS-Tätigkeit in Hamburg-Harburg – zuerst im Rahmen meiner ambulanten Tätigkeit an der SFV Harburg, dann ab 2000 als Sonderschullehrer (zu 50%) und Psychologe (zu den anderen 50%) im Team von Rebus-Harburg:

Der Vernetzungsstrang – ADHS betreffend:

Fachheterogene Vernetzung.

Seit gut einem Jahrzehnt trifft sich – koordiniert vom Kinderschutzzentrum Harburg – der regionale *Harburger Arbeitskreis (AK) ADHS* – die ersten Jahre 3-4x/Jahr, gegenwärtig 1-2x/Jahr: Ein sich im Laufe der Jahre immer wieder modifizierender Kreis mit einem festen Kern von insgesamt etwa 15 fachzuständigen Kolleginnen und Kollegen aus Kindergarten, Schule, Schulberatungsstelle „REBUS“, Jugendhilfeeinrichtungen, Amt für Soziale Dienste, Ergo-Praxen,

Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, psychotherapeutische Praxen, Arztpraxen, Kinder/Jugendpsychiatrischer Klinik Harburg, Elternselbsthilfegruppe, Familienberatungsstelle. Die ersten Jahre nutzten wir zum gegenseitigen gründlicheren Kennenlernen der Institutionen, deren Vertreter am AK teilnehmen. Das Wissen um die jeweils spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen und „sich persönlich zu kennen, miteinander vertraut sein“ (ganz besonders!) professionalisierte und beschleunigte die Kooperation wesentlich. Auf dieser Grundlage werden nun in den letzten Jahren bei den Treffen immer auch fachliche Themen vorgestellt, die von Mitgliedern des AK oder eingeladenen Referenten angeboten werden. Weiterhin finden auch Fallbesprechungen statt bzw. werden Fallverläufe, in denen mehrere zum AK gehörende Institutionen beteiligt waren oder sind, exemplarisch dargestellt und zur Diskussion gestellt. Wir haben uns Regelungen zum Umgang mit Schweigepflicht geschaffen.

Frau Christiane Eich aus unserem informellen Harburger Arbeitskreis ist auch die 2. Vorsitzende im *Harburger Arbeitskreis (HAK)ADS/ADHS e. V.* Dieser fungiert als ein Gremium, das die einzelnen regionalen Hamburger Netzwerke zusammenführt und fachlicher Ansprechpartner für Hamburger Bildungspolitiker ist, wenn es um Belange von ADHS geht. Dieser Arbeitskreis startet auch eigene Initiativen und veröffentlichte 2002 einen interdisziplinär erarbeiteten *Leitfaden ads/adhs* mit einer Ergänzung *ads/adhs im Alltag – Praktische Tipps für Eltern und Lehrer von ADS/ADHS-Kindern*. Außerdem vertritt der HAK die Interessen Hamburgs im Beirat des *zentralen-adhs-netzes* auf Bundesebene und sorgt für den Informationsaustausch besonders hinsichtlich überregionaler Entwicklungen.

Fachhomogene Vernetzung:

An jeder der 16 *Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren* wurden AnsprechpartnerInnen einzelnen Beratungsbereichen zugeordnet. So auch dem Beratungsbereich „ADHS“. Ich war der zuständige „ADHS-Fritze“ in Rebus-Harburg. Etwa 2-3x/Jahr trafen sich die ADHS-Ansprechpartner und -partnerinnen, organisiert und geleitet von Dr. Marlies Rossbach – zum fachlichen Austausch und zur Entwicklung von Leitlinien unserer Arbeit. Hieraus entstand unter der Federführung von Frau Rossbach ein die Schulberatung betreffender ADHS-Leitfaden, der diagnostische Standards für die Rebus-Dienststellen und für die schulinterne Beratung durch Beratungslehrkräfte nannte.

Der Strang meiner persönlichen schulpsychologischen Beratungs- und Unterstützungsarbeit in Harburg

Ich vernachlässige in diesem Bericht die Beschreibung des *Beratungsanteils* meiner schulpsychologischen Tätigkeit – Lehrerberatung, Elternberatung, Organisation interner Fortbildung unserer Beratungsstelle, Fortbildung der Beratungslehrerinnen/-lehrer unseres Schulkreises – und

schildere, wie sich aus der Praxis heraus der psychologisch-pädagogische *Interventionsanteil* entwickelte. Mit der Formulierung dieses Artikels konnte ich viele implizite Handlungsregeln meines Tuns ins Bewusstsein zurückbuchstabieren.

- Erste Erfahrungen machte ich mit dem klassischen verhaltenstherapeutisch orientierten Trainingsansatz: Zuerst Einzeltraining (mit bestehenden und von mir auf die jeweilige Situation angepassten Programmen) mit dem betroffenen Schüler, dann Erweiterung dieses Einzeltrainings zu einem Gruppentraining – Annäherung an die Klassensituation, aber immer noch vorwiegend „Trainingslaboratmosphäre“. Grundlage waren bestehende Trainingsprogramme, die ich an die konkrete Intervention anpasste. In einem 3. Schritt begleitete ich den Schüler in realen Unterrichtsstunden: Er wird unterstützt, das in der „Laborsituation“ Trainierte nun im Unterricht auch umzusetzen und zur (neuen) Gewohnheit werden zu lassen. Etwas „Labor“ bestand auch in den Unterrichtsstunden immer noch: die erinnernde, helfende oder verstärkende Funktion von mir als sein Trainer im Unterricht. Das Verhältnis von Aufwand und Erfolg dieses Ansatzes blieb unbefriedigend: Die Nachhaltigkeit des Transfers auf Unterricht „ohne Trainer“ nach allmählicher Ausblendung meiner Anwesenheit schätzten Lehrer und ich als mangelhaft ein.
- Der aktuelle Stand 5-2012 (Zeitpunkt meiner Pensionierung): Ich verzichtete nun in der nächsten Generation der zu unterstützenden Schüler – nennen wir sie mal „Max“ – auf den Einzel/Gruppentrainingsteil außerhalb der Klasse und startete gleich mit der Trainingsunterstützung in der Realsituation „Unterricht“ – evtl. beginnend mit Fächern, in denen es Max auch bisher schon relativ gut geschafft hat. Es ist selbstverständlich, dass bei allen unmittelbaren personenbezogenen Unterstützungen erst einmal ein Arbeitsbündnis zwischen dem Schüler und mir hergestellt wurde. „Sich mögen“ ist die „*Conditio sine qua non*“ für die Arbeit mit von ADHS betroffenen Schülern. Dabei kommt mir zugute, dass ich humorvoll fühle und dieses wohl auch ausstrahle. „Arbeitsbündnis herstellen“ in den 2-3 Einzelstunden zu Beginn bedeutet vor allem: Freiwilligkeit. Ich biete meine Unterstützung im Unterricht „nur“ an: *„Ich komme nur mit in die Unterrichtsstunden, wenn du damit einverstanden bist“*. Ich kann mich nicht erinnern, dass dieses Angebot von Max mal abgelehnt wurde. Subjekt der Intervention sein: Die einzelnen Entscheidungen/Schritte werden mit Max gemeinsam geplant, z. B.:
 - *„Wie und mit welcher Funktion stelle ich mich der Klasse vor?“*
 - *„Soll ich erst mal auf alles achten und notieren, was mir auffällt, dass du es schon gut schaffst, z. T. schaffst, **noch (!)** nicht so gut schaffst, oder ...“*
 - ... einigen wir uns auf einige (4-6) feste Schwerpunktbereiche, auf die ich mich in allen hospitierten Stunden besonders konzentriere und in denen ich meine

Einschätzung in folgender Art notiere: *„Wie weit hat Max die definierten Verhaltensweisen in dieser Stunde schon geschafft? Woran habe ich das gemerkt?“*

- ... um dann nach Beendigung der Stunde etwa 10 Minuten zusammen mit der Lehrerin/dem Lehrer unsere drei Einschätzungen (aus der Sicht des Beobachters, des betroffenen Schülers und des Lehrers) in den Schwerpunktbereichen zu besprechen. Das bedeutet allerdings: *„Reduzierte Pause oder gar keine Pause für dich nach solchen Stunden. Einverstanden?“*
- *„In welchen Stunden (Fach, Lehrperson, Uhrzeit) sollen wir anfangen?“* Ich empfehle Max, erst einmal mit den Stunden anzufangen, in denen ihm es bisher noch am besten gelungen ist, das erwünschte Zielverhalten zu zeigen. Oft möchte Max am liebsten gleich mit dem Schwersten anfangen...!
- *Wäre das nicht prima, wenn dein KL, du und ich nach (eingeschätzten) Stunden deine Mutter (Vater, Eltern) einladen und sie dann hier mit den Aufzeichnungen überraschen, wie gut du in den Stunden warst? Also vorher gegenüber deinen Eltern: Geheimhaltung!!* (dies bezieht sich darauf, dass ich mit in den Unterricht gehe und wir Einschätzungen sammeln. Dass „jemand von Rebus“ mit Max arbeitet – darüber müssen die Eltern natürlich informiert sein und ihr Einverständnis geben). Es entsteht ein kribbelndes Gefühl von Planspiel, auf das wir uns gemeinsam freuen – mit der Pointe der Elternüberraschung.

Nach der Planung mit Max schlagen wir zusammen „unser Programm“ dem Klassenlehrer (KL) vor. Nach einer evtl. Modifikation durch den KL wird es nun das Programm „von uns dreien“. Evtl. ergibt sich in dieser Ziel- und Durchführungs-Entscheidungsrunde, dass sich auch der KL etwas gegenüber Max vornimmt – zumindest: sich die Zeit zu nehmen für die gemeinsame Stundenauswertung.

Wie so ein für alle Interventionsstunden zu nutzendes Einschätzungsblatt aussehen könnte, wenn Max, KL und ich uns auf Schwerpunktbereiche geeinigt haben, ist aus dem Anhang zu ersehen: Fünf Ziele, sowohl knapp verbalisiert wie durch je ein Bild symbolisiert, daneben Notizen, wieweit Ziele dieser Stunde erreicht, an welcher Verhaltensweise des Schülers habe ich das ersehen können.

Durch den Verzicht auf Einzel-/Gruppentraining konnten die zur Verfügung stehenden Stundenressourcen für eine deutliche Schwerpunktsetzung des Trainings in der Klassensituation mit einer längeren Ausblendphase umgewidmet werden. Meine Einschätzung: Ein spürbar besseres Verhältnis von Aufwand und Ergebnis als bei der ersten Generation der von mir unterstützten Schüler (bewusst nur männliche Form: fast immer Jungs). Für eine objektiv-empirische Auswertung gab es in meinem Berufsalltag keine zeitlichen Reserven.

Reflexionen, Fragen:

- Nachdenken, Klärung, Dialog:
Die gemeinsame Vorbereitung der offiziellen Intervention in den Unterrichtsstunden ist selbst schon eine (heimliche) Intervention, evtl. noch wirksamer als der offizielle offene Interventionsteil: Max – und auch die KL – **bedenkt** differenzierend sein Verhalten, bekommt **Klarheit** über seine erwünschten Ziele und erste Schritte, KL und Max erleben nun wieder, dass sie konstruktiv miteinander in einen **Dialog** treten können – wie oft bestand „resignierende „Sackgasse“ in der Kommunikation zwischen KL und Max zum Zeitpunkt der Meldung!
- Zielorientiert fühlen und denken.
Max erlebt eine Sprache und Vorgehensweise, die möglichst 100% zielorientiert und 0% defizitbetont ist. Also z. B. nicht „*Ich soll nicht reinreden*“ sondern „*Wenn ich was sagen will, dann melde ich mich und warte, ob ich drankomme*“.
- „In Skalen denken“ anstatt „In Dichotomie denken“
Anstatt „*Max redet immer rein/kann nie stillsitzen*“ ist es nützlicher, KL und auch Max zu fragen: *Zu wie viel Prozent (wo zwischen 1 und 100 oder 1 und 10) schafft er es (....schaffst du es....) i.d.R. jetzt schon, im Unterricht ausreichend ruhig an seinem (deinem) Platz zu sitzen?* Sollte mal ausgedrückt werden, dass etwas nicht gereicht hat und hier mehr erwartet wird: Nicht „*Du hast es nicht geschafft*“ sondern „*Diesmal hast du es noch nicht geschafft.*“ (s. auch: M. Prior, 2002, 2012)
- Bilder/Symbole helfen.
Vorsätze emotional und kognitiv auf den Punkt zu bringen und zu verankern. Ich habe gute Erfahrungen gemacht mit Bildern aus dem Sportbereich oder mit der Comicfigur "Donald": Sie beinhaltet einerseits Witz, Vertrautheit, eine Art „Augenzwinkern“, Entdramatisierung des Problemverhaltens, gleichzeitig bleibt aber auch die hartnäckige und nicht zu diskutierende Penetranz, sich um die Annäherung an die Zielmarke in den besprochenen Bereichen zu bemühen. Wie oft scheitert Donald und steht wieder auf! (s. auch: Kossak 1999)
- Ermutigende „Goldgräber-Hospitation“.

Ich hatte die Doppelausbildung zum Diplompsychologen und zum Lehrer abgeschlossen und habe danach auch eigene Unterrichtserfahrungen als Fach- und Klassenlehrer gemacht. Das unterstützte mich, sehr sensibel im Unterricht die von Max gezeigten Stärken aufzuspüren. So konnte ich immer wieder viele gelungene „Selbstverständlichkeiten“ – für Max gar nicht selbstverständlich, – die als solche vom vielseitig beanspruchten KL „da vorne“ und auch von Max selbst gar nicht registriert wurden, im Stunden-Auswertungsgespräch wieder ins Bewusstsein rufen und zum Ausgangspunkt weiterer Bemühungen von Max machen. Eine weitere „Goldquelle“: Sowohl die Lehrerin wie auch Max erleben von einer im Unterricht gezeigten Verhaltensweise automatisch eindimensional bewertend nur die Kehr-

seite, nicht dagegen die Medallenseite. Oftmals hat das gleiche Verhalten gleichzeitig sowohl einen problematischen Anteil wie einen konstruktiven Anteil (Reframing). Ein Beispiel: Max ist wütend geworden und rennt aus der Klasse. Natürlich ist die „schnelle Wut“ ein Problem und das unerfragte Verlassen der Klasse stresst die Lehrerin und soll kein Modell für die Mitschüler sein. Jedoch: „... *dass Max sich in dieser Situation von selbst eine Auszeit genommen hat, sich im Klo aufgehalten hat und sich dort wieder beruhigt hat – das ist meiner Einschätzung nach (auch) „prima!“ gewesen.*“ Das inzwischen so herabziehende Selbstbild von Max (... *ich mache das alles falsch, kann es nicht*) und *Fremdbild des Lehrers (Max macht mir die Klasse kaputt) bekommt Aufbaupräparate. Max erlebt und erkennt: Ich bin ja schon viel weiter als ich bisher dachte, ich werde gelobt – auch von meiner Lehrerin!* Die Lehrerin erlebt und erkennt neu die konstruktiven Bemühungen und generellen Stärken von Max und wird dabei von mir behutsam unterstützt, dieses auch wertschätzend mit Komplimenten auszudrücken. Letzteres kann Klassenlehrerinnen und Lehrern extrem schwer fallen – bestehen doch oftmals noch psychische Verletzungen als Folge der bisherigen Interaktionsgeschichte. Oftmals hilft es der/dem KL, wenn ich relativierend erwähne: „*Klar doch, es soll nun nicht der Mantel der Nächstenliebe über die Probleme gedeckt werden – auch die sollen weiter angegangen werden – doch genau so wollen wir Max wertschätzend zur Kenntnis geben, wie viel er jetzt schon geschafft hat und was so bleiben soll!*“ So kann allmählich in der Kommunikation zwischen Max und KL und später auch in der Kommunikation zwischen Max und seinen Eltern wieder der Same der Hoffnung gewässert werden. Sollten die Wunden zu tief sitzen und der/die KL nicht mehr die Kraft haben für einen Wechsel der Haltung zueinander empfehle ich allen Beteiligten einen Klassenwechsel ohne Schuldzuweisung.

Zu den aufgeführten 5 Punkten: s. auch Steve de Shazer/ Yvonne Dolan, 2008).

Aus dem zeitlichen Abstand heraus meine ich im Nachhinein im oben geschilderten Vorgehen auch Prinzipien zu erkennen, die in der Psychotherapieforschung Klaus Grawes als schulübergreifende Wirkfaktoren zusammengefasst worden sind: Beziehungsgestaltung – Klärung – Ressourcenaktivierung – Problemaktualisierung. Letzteres ist nur dann nützlich, wenn gleichzeitig eine gute Beziehung zu mir und bestehende Ressourcen aktiviert werden. (E. Smith, D.Regli&K.Grawe: 1999; Grawe, Itten, Tröskel 2004, D. Schultze 2007)

- Und wo bleibt die Diagnostik?
Bei manchen Meldungen liegt eine medizinisch/psychologische ADHS-Diagnose schon vor, bei einigen Meldungen steht die Hypothese/Fragestellung „*Ist es eine ADHS?*“ im Vordergrund, bei einigen Meldungen entwickelte sich diese Hypothese/Fragestellung erst nach Beginn der erst

einmal nur beratenden Tätigkeit. Klar doch: In jedem Fall werden zumindest erst einmal grob folgende Bereiche erfragt: Ernährung, Bewegung, Freizeitbereich, Krankheiten, das häusliche Zusammenleben (Wohnung, familiäre Kommunikation). Einen Intelligenztest habe ich eher selten durchgeführt – nur dann, wenn vorher klar war, dass das Ergebnis das weitere Vorgehen signifikant beeinflusst. Wichtiger war mir, Eltern, Kind und Lehrer zu beraten und damit evtl. auch neu oder erneut folgende Fragestellung ins Bewusstsein zu heben: Sollte zu einer ADHS-Facharztpraxis Kontakt aufgenommen werden um abzuklären, ob die psychologisch-pädagogischen Hilfen durch eine medizinische Begleitung unterstützt werden sollten oder gar müssten? Dies natürlich nur dann, wenn ein solcher Kontakt noch nicht bestand.

– „... nur Max soll sich ändern – und der Lehrer nicht?“

Der gründliche Umgang mit dieser Frage füllt nicht nur einen langen weiteren Extra-Artikel, sondern ein Seminar! Hier nur einige Gedankensplitter: Dass ich überhaupt bereitwillig-erwünscht in den Unterricht mit hineingelassen werde, das ist keine Selbstverständlichkeit! Die Akzeptanz meiner Rolle und meiner Person seitens des (Klassen)-Lehrers schätze ich im Rahmen der Schulberatung als mindestens ebenso wichtig ein wie zwischen dem Schüler und mir. Dabei hilft oder behindert der Ruf, den sich die Dienststelle bzw. ich als Vertreter dieser Beratungseinrichtung an den Schulen im Laufe der Jahre erarbeitet hat/habe. Dann kann sich ein „Engelskreis“ ergeben: In einer sich gegenseitig persönlich und in seiner unterschiedlichen professionellen Rolle akzeptierenden Zusammenarbeit gelingt dann eher, dass gemeinsam auch weiteres hilfreiches Lehrerverhalten überlegt und die Einstellung des Lehrers zum ADHS-Kind bedacht wird. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass – aus Sicht der meldenden Schule – die Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle „etwas gebracht hat“, was sich dann wiederum in einen Vertrauensvorschuss beim nächsten Mal umsetzen kann. Dies alles zum Wohl des gemeldeten (ADHS)-Kindes. In meinem Fall besonders unterstützend für die Zusammenarbeit mit den Lehrerinnen und Lehrern war es, dass ich selbst auch ein ausgebildeter Lehrer mit Erfahrungen im Unterrichten war – also einer „der Ihren“ (nicht der Irren!), der die Herausforderungen, die (nicht nur) ADHS-Schüler im Unterricht bedeuten, von innen heraus kennt.

– „... und die Mitschüler?“

Aus dem Gespräch mit dem KL, mit Max oder aus meinen Hospitationen kann sich auch ergeben, dass ein Interventionsansatz in der Gesamtklasse oder bei einzelnen Mitschülern liegt. Beispiel: Verbreitung von Petzen, Auslachen, sich gegenseitig helfen in dieser Klasse. Für mich der spannendste und dynamischste Anteil im Gesamtspektrum schulpsychologischer Arbeit.

– „und die Kosten?“

Einzelstunden, unterstützende Hospitationen, Lehrergespräch(e), Elterngespräch, Runde Tische, eigene Vorbereitungen, Fahrzeiten: Etwa 20 Zeitstunden beanspruchen diese Tätigkeiten schon! Dazu kämen noch weitere Zeitressourcen, wenn das Schülerumfeld von Max – die Klassendynamik oder gezielt einzelne Mitschüler – in die Intervention einbezogen wird. Kann das eine schulpsychologische Beratungsstelle leisten? Müsste sie das leisten? Wenn Meldedruck besteht: Könnte man ohne wesentlichen Qualitätsverlust etwas weglassen oder reduzieren? Was? Ab welchem Punkt sollte trotz Meldedruck die Beratung und Intervention nicht noch weiter ausgedünnt werden, was mit der gleichzeitigen Entscheidung verbunden ist, dass es auf der Warteliste mehr und mehr Schüler gibt, die gar keine oder sehr/zu spät Unterstützung durch die Beratungsstelle bekommen. Bei einem Missverhältnis von eingehenden Meldungen und zur Verfügung stehenden Personalressourcen stellt sich diese Frage immer mal wieder.

■ Rudolf Abrams

Schüler: Max Fach: Deutsch Datum: 20.9., 3. Std.

Mündliche Unterrichtsphase:
Ich höre hin, ich schaue hin

Die ersten 10 Min. 😊
Die folgenden 5 Min. 😊

Erst melden, dann reden (wenn dran genommen)

Lehreranweisungen befolgt: 😊

-Papier aufheben; -mit dem Klopfen aufhören; Leise und ohne Störung zurückkommen nach Clo-Gang.

Du hast die 10 Minuten Auszeit am Ende der mdl. Phase genutzt. Super! 😊

Auszeit als Hilfe akzeptieren oder

sogar von selbst in den Ruheraum gehen

Anlage Stundenauswertung

Genannte Literatur:

Emma Smith, Daniel Regli & Klaus Grawe: Wenn Therapie wehtut. Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? In: Mitteilungen der DGVT „Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis“ 2/99.

Grawe, Klaus/Itten, Simon/Trösken, Anne: Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel; in: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 1/2004, Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT.

Schulte, Dietmar: Klaus Grawe: Auf dem Weg zu einer psychologischen Therapie – eine Würdigung in: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2/2007.

Kossak, Hans-Christian: Hypnose und die Kunst des Comics; Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 1999.

Prior, M.: MiniMax-Interventionen; 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung; Carl-Auer-Verlag 2002.

Prior, M./Winkler, H.: MiniMax für Lehrer. 16 Kommunikationsstrategien; Carl-Auer Verlag 2012 (3. Auflage).

Sie fragen – Experten antworten

Mögliche Ursache einer AD(H)S – eine Stoffwechselstörung?

Frage: Können Sie sich vorstellen, dass eine mögliche Ursache für AD(H)S eine Stoffwechselstörung mit dem Namen Pyrrolurie ist?

Wir haben unseren Sohn (als Autist eingestuft, weil die Ärzte überfordert waren) untersuchen lassen und einen Volltreffer erzielt. Auch ein 8-jähriges Mädchen aus unserem Bekanntenkreis (ADS) wurde untersucht und diagnostiziert. Die Kinder haben einen Mangel an dem wichtigen Vitamin B6 sowie Zink und Mangan, die dann im Gehirn fehlen. Seitdem unser Junge das spezielle Medikament bekommt, hat sich viel verändert.

Antwort: **Kryptopyrrolurie** (KPU), in den Niederlanden **Hämopyrrolaktamurie** (HPU) und im angloamerikanischen Sprachraum **Pyrrolurie** (HPL), **Malvurie**, **Malvarie** oder **Malvaria** wird von der orthomolekularen Medizin als so genannte physiologische Gesundheitsstörung beschrieben und mit vielen Symptomen in Verbindung gebracht, deren Krankheitswert aber sehr fragwürdig und nicht allgemein anerkannt ist (<http://de.wikipedia.org/wiki/Kryptopyrrolurie>).

Es soll sich dabei um eine genetisch bedingte Stoffwechselstörung handeln, die durch die Ausscheidung von Pyrrolen im Urin zu einem Mangel an Vitamin B6 und Zink führt. Zur Behandlung werden Nahrungsergänzungsmittel mit hohen Dosen von Vitamin B und Zink zugeführt. C. Pfeiffer veröffentlichte vor mehr als zwanzig Jahren in seinem "Golden Pamphlet" (Nährstoff-Therapie bei psychischen Störungen) seine *Erkenntnisse* (1986 in deutscher Sprache im Haug Verlag). Paul.L. Gendler et al fanden weder im Urin von Schizophrenen noch von Gesunden Kryptopyrrole (Paul.L. Gendler, Harold A. Duhan und Henry Rapoport: Hemopyrrols and Kryptopyrrole are absent from the Urine of Schizophrenics and normal persons. Clin. Chem 24/2, 230-233, 1978). Van der Meer et al (van der Meer JW, van de Kerkhof R, The GK, Boers GH in *Ned Tijdschr Ned Tijdschr Geneesk.* 2003

Sep 6;147(36):1717-20: Hemopyrrolactamuria (HPU); from spots to pseudo-disease) schrieben 2003: Bei Betrachtung aller verfügbarer Daten *meinen wir, dass* KPU als Pseudoerkrankung zu bezeichnen ist. Auch die Niederländische Vereinigung gegen die Quacksalberei äußert sich sehr kritisch (<http://www.kwakzalverij.nl/php/display/ap/271/76>).

RKI, Bundesgesundheitsblatt 2007, 50: 1324-1330: Die (Krypto-)Pyrrolurie in der Umweltmedizin: eine valide Diagnose?

Irvine beschrieb 1961 im Urin psychisch Kranker Substanzen, die mit Ehrlichs Reagenz rot reagieren (Mauve Faktor). Krankheit „Malvaria“, später (1978 Irvine) nicht Kryptopyrrol, sondern Hämopyrrolaktam. Andere Autoren geben keinen Hinweis auf derartige Pyrrole.

C.C.Pfeiffer („Nutrition and Mental Illness; An Orthomolekular Approach to Balancing Body Chemistry“): biochemisches Modell Pyrrol Bindung mit Vitamin B6, bindet Zink und zeigt Störung des Häm Stoffwechsels und Hinweis auf Zink und Pyridoxal-Verlust (nie laborchemisch nachgewiesen). Weitere Forschungen zeigen keinen Nachweis für diese Zusammenhänge.

Ein Zusammenhang zwischen Pyrrolen im Urin und verschiedenen Krankheiten wird nicht bestätigt. Neuere wissenschaftliche Literatur fehlt. Eine darauf aufbauende Diagnose oder gar Therapieform entbehrt jeder Grundlage. Die Pyrrolurie kann nach wissenschaftlichen Kriterien keiner Krankheit zugeordnet werden. RKI-Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“: **Eine Maßnahme kann nicht empfohlen werden ... , da keine ausreichenden Untersuchungsergebnisse vorliegen und theoretische Überlegungen gegen eine Anwendung sprechen“.**

Da es auch in der Zwischenzeit keine weiteren Untersuchungen dazu gibt, kann man sagen:

Einen wissenschaftlichen Nachweis des Störungsbildes und der Wirksamkeit der vorgeschlagenen Therapie gibt es nicht!

DAMP or not DAMP - das ist die Frage!

In einem Beitrag beschreibt Frau Stollhoff das DAMP – Konzept von Gillberg und dessen Gruppe und scheint diesem Konzept Positives abzugewinnen.

Als Koordinator der europäischen Empfehlungen für die Definition, Diagnostik und Therapie von Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF) bzw. der deutsch-schweizerischen S3-Leitlinie zu UEMF möchte ich gerne dazu Stellung beziehen:

Das Konzept von "Defiziten in Aufmerksamkeit, motorischer Kontrolle und Wahrnehmung" („Deficits in Attention, Motor control and Perception“ (DAMP)) (Gillberg 2003a und 2003b) beschreibt, dass es offensichtlich eine einheitliche Subgruppe von Kindern gebe, bei denen eine solches Syndrom vorliegt. Es umfasst im wesentlichen Kinder mit komorbidem ADHS und UEMF (Umschriebene Entwicklungsstörung Motorischer Funktionen), teilweise auch Kinder mit autistischen Störungen. Das DAMP wird nur von einigen Untersuchern um Gillberg bzw. aus Schweden propagiert und ist bis heute nicht als eigenständiges Syndrom wissenschaftlich bestätigt worden (Publikationen von Gillberg, Landgren und Christianssen). Dieses Konzept ist außerhalb Schwedens nie anerkannt worden. Eine international zusammengestellte Leitliniengruppe (EACD) publizierte 2011/12 in der renommierten Zeitschrift *Developmental Medicine and Child Neurology* und sprach sich dabei gegen das DAMP-Konzept aus. Die internationale Expertengruppe befürwortet vielmehr für die getrennte Diagnostik von UEMF und ADHS bzw. Autismus auf der Basis eines Konsensus sowie verschiedener Studien.

Beispielhaft sei eine genetische Studie an einer großen Gruppe von Zwillingen mit ADHS genannt (Martin et al. 2006). Hier wurde eine durchgehende Komorbidität nur in schweren Fällen bestätigt. In dieser Zwillingsstudie konnte gezeigt werden, dass die motorischen Symptome einer UEMF bei den meisten Kindern getrennt von Verhaltensmerkmalen wie Verhaltensstörungen und ADHS auftraten. Lediglich in schweren Fällen lag häufig eine Komorbidität vor (latente Klassen fünf bis sieben, Tabelle 1). Eine Gruppe Kinder litt an schweren Lesestörungen und Problemen mit der Feinmotorik wie auch beim Schreiben mit der Hand, eine weitere Gruppe hatte Probleme bei der Bewegungskontrolle und der grobmotorischen Planung.

Trotz vielfacher Komorbiditäten bei Kindern mit UEMF liegen insgesamt Hinweise vor, dass die UEMF als eigenständige Störung existiert, zumindest ebenso wie ADHS, Autismus-Spektrum-Störung sowie andere Entwicklungs- und Lernstörungen. UEMF scheint kritisch für die Prognose, etwa bei ADHS und weiteren sozioemotionalen Problemen zu sein und sie scheint den Erfolg bei einigen schulischen Fähigkeiten zu prognostizieren.

Sicherlich ist wichtig zu erkennen, dass das gemeinsame Auftreten von ADHS und UEMF möglicherweise die psychosozialen Langzeitprognose, wie spätere gehäufte Schulabbrüche, Suchterkrankungen, Kriminalität und weitere psychische Störungen verschlechtert.

Die Zusammenfassung der verschiedenen Morbiditäten zu einem Syndrom wie DAMP bringt eher Unklarheit als Vorteile. Beispielsweise sind bereits jeweils UEMF und ADHS relativ breit gefächerten Störungsbilder mit sehr unterschiedlichen Symptomen, die relativ differenzierter Interventionen bedürfen. Das DAMP-Konzept bringt hier keine Vorteile für beispielsweise unterschiedliche diagnostische Vorgehensweisen oder Interventionen. Besser scheint, wenn man ADHS und UEMF wie auch häufig assoziierte Lernstörungen (Lesestörungen) sorgfältig getrennt diagnostiziert und dann wie es in der S3-Leitlinie angegeben ist, klientenzentriert und jeweils leitlinienbasiert behandelt. Hier sei weiterhin auf die Patientenleitlinie "Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (UEMF)" sowie die Pocketversion der Leitlinie unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-017.html> verwiesen.

Die neu gegründete UEMF-Gesellschaft e. V. will interdisziplinär gemeinsam mit den Eltern und Betroffenen dazu beitragen, dass die Leitlinie in der Praxis umgesetzt wird und dass Menschen mit UEMF ernster als bisher mit ihren Schul- und Alltagsproblemen genommen werden. (Interessenten für Mitgliedschaften melden unter e-mail: uemf.gesellschaft@yahoo.de sowie www.uemf-gesellschaft.net).

Für die Zukunft werden Studien benötigt, die möglicherweise vorliegende Subgruppen von UEMF und ADHS belegen und möglicherweise auch spezifische Interventionen für diese Subgruppen erarbeiten.

■ Prof. Dr. Rainer Blank

Tabelle 1: Komorbiditäten der UEMF mit Lern- und Verhaltensstörungen: Clusteranalyse einer groß angelegten Zwillingsstudie (Martin et al. 2006)

Klassen*	Klinisches Bild	Häufigkeit*	Prozent*
1	Unauffällig	1957	62
2	Mäßig unaufmerksam-impulsiv, mit oppositionellem Verhalten	440	14
3	Schwere Leseprobleme, mäßiggradige feinmotorische Probleme, motorische Schreibstörungen	267	9
4	Bewegungskontrolle mit mäßiger Störung der grobmotorischen Planung	201	6
5	Unaufmerksam-impulsiv mit Leseproblemen, oppositionellem Verhalten, feinmotorische und allgemeine motorische Steuerung	140	4
6	Unaufmerksam-impulsiv mit oppositionellem Verhalten	114	4
7	Mäßige bis schwere Störung mit Kombination von ADHS, Lesestörung, oppositionelles Verhalten, UEMF, Störung des Sozialverhaltens	29	1
Total		3148	100

* Häufigkeiten und Prozentsätze für 7-Klassenlösung bezüglich verschiedenen Symptommustern nach Analyse von 1304 Familien mit Zwillingen (3148 Individuen) aus der Australischen Zwillingsstudie ADHS-Projekt (ATAP) ¹⁰⁶

Literatur:

- Gillberg C. ADHD and DAMP: A General Health Perspective. *Child and Adolescent Mental Health*. 2003;8(3):106-13.
- Gillberg C. Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Archives of Disease in Childhood*. 2003;88(10):904-10.
- Landgren M, Kjellman, B. and Gillberg, C. Deficits in attention, motor control and perception (DAMP): A simplified school entry examination. *Acta Paediatrica*. 2000;89(3):302-9.
- Christiansen AS. Persisting motor control problems in 11- to 12-year-old boys previously diagnosed with deficits in attention, motor control and perception (DAMP). *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2000;42(1):4-7.
- Martin, N. C., J. P. Piek, et al. (2006). "DCD and ADHD: a genetic study of their shared aetiology." *Hum Mov Sci* 25(1): 110-124.

Schreiben oder schreiben lassen – das ist hier die Frage.... Eine kleine Synopse aus zwei ersten Seiten

Aus:

Hartmut Amft: Die ADS-Problematik aus der Perspektive einer kritischen Medizin

In: Amft, Gerspach, Mattner: Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit (2002) S. 37

„Im Internet fand ich beim Suchwort 'Ritalin' über 60 Seiten. (...)

Im Internet spiegelt sich der gegenwärtige Zustand der ADS-Diskussion in der Bevölkerung.

Auf der einen Seite finden wir die rat- und hilfeschuchenden Betroffenen, insbesondere Eltern und Lehrer, und auf der anderen Seite diejenigen, die sich als problemlösende Experten anbieten. Dabei spielen kommerzielle Interessen eine große Rolle. Nicht nur auf Seiten des Pharmaherstellers, sondern auch bei diversen Dienstleistungsanbietern, sei es bei Ärzten und Psychotherapeuten, sei es bei Heilgewerbetreibenden oder anderen, die Beratung und Hilfe verkaufen.

Daneben gibt es jene Betroffenenengruppen, die mit quasi-religiösem Sendungsbewusstsein die Botschaft von Heil einer psychopharmakologischen Behandlung verbreiten, während andere dieselbe geradezu verteuflern.“

Aus:

**Gerald Hüther / Helmut Bonney:
Neues vom Zappelphilipp (2002) S. 7**

„Im Internet (auch hier findet man mindestens 60 Seiten zum Thema 'ADHS') spiegelt sich der gegenwärtige Zustand der Diskussion in der Öffentlichkeit wider. Auf der einen Seite gibt es die rat- und hilfeschuchenden Betroffenen, insbesondere Eltern und Lehrer, und auf der anderen Seite diejenigen, die sich als problemlösende Experten anbieten. Nicht zuletzt gibt es auch noch kommerzielle Interessen, nicht nur auf Seiten der Pharmahersteller, sondern auch bei diversen Dienstleistungsanbietern. Und schließlich sind da noch jene unterschiedlichen Gruppierungen von Betroffenen, die mit quasi-religiösem Sendungsbewusstsein die Botschaft vom Heil einer psychopharmakologischen Behandlung verbreiten, während andere dieselbe geradezu verteuflern.“

■ Gerhild Drüe

Geliebt trotz ADHS

Hier ein Bild, das ich für meinen lieben Mann gestaltet habe, der meine ADHS bedingten Handicaps seit über vierzig Jahren geduldig mitträgt. Was wohl ohne seinen verständnisvollen Beistand aus mir geworden wäre?

Beruflich hatte ich als Krankenschwester trotz hingebungsvollen Bemühens massenweise Misserfolge und Kündigungen. Das Arbeitsamt führte mich eine Zeit lang als schwer vermittelbar. 1995 gab ich meinen Beruf schweren Herzens schließlich ganz auf. Obwohl mein Mann und ich in den ersten dreiunddreißig Jahren unserer inzwischen vierzigjährigen Ehe keine Ahnung hatten, was die Ursache für meine Handicaps sein könnte, behandelte er mich mit bewundernswerter Fairness. Dazu gehörte u. a., dass er mich nie bloßstellte, weder vor Bekannten und Freunden, noch vor unseren Kindern. Und dass er mir keine Vorwürfe machte, wenn wieder etwas komplett daneben ging. Es wunderte ihn nur, denn er konnte keine Erklärung dafür finden.

Dank seines bedingungslosen Zu-mir-Haltens entwickelten sich unsere beiden Töchter zu vielseitig engagierten Powerfrauen, die beruflich sehr erfolgreich und allseits geachtet sind. Beide arbeiten vollberuflich im Blaulicht-Milieu: als Feuerwehrfrau/Rettungsassistentin in USA bzw.

als Polizeibeamtin in München. Ihre Kindheit in Obhut einer ADHS-betroffenen Mutter haben sie, Gott sei Dank, ohne persönlich Schaden zu nehmen, überstanden, weil mein Mann stets um Ausgleich meiner Defizite bemüht war. Seit Sommer vorigen Jahres sind mein Mann und ich regulär Rentner.

Meine Neurologin, die schon seit Jahren vermutet, dass ich ADHSler bin, überwies mich vorigen Sommer an die Psychiatrische Institutsambulanz der städt. Kliniken Wiesbaden. Dort hatte ich dann mehrere Termine; ich wurde gründlich untersucht; dann gab es hoch interessante Tests auf verschiedenen Ebenen. Vor wenigen Tagen hatte ich das Arztgespräch (auf meinen Wunsch im Beisein meines Mannes). Jetzt ist es also amtlich: Ich bin ein klassischer Fall von ADHS, allerdings ungewöhnlich positiv gestimmt.

Nach dem dreiviertelstündigen Arztgespräch gestaltete ich daheim das anhängende Bild. Ich kann nur wünschen, dass möglichst viele Leidensgefährten auch solch einen großartigen, verständnisvollen Coach in der Familie haben wie ich.

■ Brita Wagner



Eine ganz persönliche Liebeserklärung

Keine Castingshow!

Wie wir Hamburger auf dem lebhaften Workshop in Hirschaid zum Thema „Neue Wege beschreiten“ bemerkt haben, gab es ein reges Interesse an dem Konzept, das unsere Selbsthilfegruppen (SHG) für Erwachsene ins Leben gerufen haben.

Deshalb nachfolgend eine Zusammenfassung dessen, was wir uns überlegt haben:

Mitte 2010 machte sich eine Unzufriedenheit der langjährigen Gruppen-Teilnehmer darüber breit, dass von den „Neuen“, die in die Gruppe kamen, wiederkehrend immer die gleichen, dringenden Fragen gestellt wurden. Diese Themen nahmen häufig sowohl Raum und Zeit ein, dass oft ein Besprechen von anderen Themen nicht mehr möglich war. Wir wollten den Neuen helfen, aber eigentlich ja auch an „unseren“ Themen arbeiten. Es wurde zunehmend anstrengend und aufreibend, und nach dem Gruppentreffen waren die Teilnehmer eher erschöpft als gestärkt.

Deshalb bat ich zwei andere „alte Hasen“ aus meiner Gruppe zusammen mit der Leiterin um ein gesondertes Treffen. Wir wollten gemeinsam überlegen, ob es nicht andere Wege geben könnte, dieses Problem anzugehen.

So entstand die Idee, einen gesonderten Info-Abend für Betroffene, Interessierte und Fachpersonal zu installieren. Wunderbarerweise kam aus der Gruppe Hamburg-Mitte zeitgleich ein ähnlicher Gedanke. So taten wir uns zusammen und erarbeiteten ein gemeinsames Konzept.

Einmal im Monat findet in einem Seniorenbüro in der Hamburger Innenstadt um 18:30 Uhr ein einstündiger Informations-Abend statt. Bewusst haben wir diese Veranstaltung „Info-Abend“ genannt, um die Hemmschwelle, die viele Menschen anfangs bei dem Wort „Selbsthilfe“ haben, zu reduzieren. Wir wünschen uns, dass dadurch noch mehr Interessierte den Weg zu uns finden.

Mindestens ein Teilnehmer aus den beiden zur Zeit an diesem Konzept beteiligten Gruppen ist an diesem Abend anwesend, um Fragen nach kompetenten Ärzten, Medikation und weiteren Hilfsangeboten zu beantworten.

Und natürlich stellen wir hier ebenfalls uns selbst und die (ganz unterschiedlichen) Arbeitsweisen unserer Selbsthilfegruppen vor. Kurz beschreiben wir den Ablauf in den Gruppen, die Art des Umgangs miteinander und laden jeden ein, an den laufenden Treffen teilzunehmen. Auch diese Möglichkeit, uns als Gruppenmitglieder schon einmal persönlich kennenzulernen, reduziert die Ängste der Menschen, eine SHG aufzusuchen. Bei dem ersten Besuch in der Gruppe ist so immer schon mindestens ein bekanntes Gesicht dabei, das dem neuen Teilnehmer ein wenig die Scheu nehmen kann.

Wir weisen auch auf unsere befreundete Gruppe vom AdSe.V. in Kalkenkirchen (30 km nördlich vom Hamburger Stadtrand) hin, mit der wir ebenfalls schon lange Jahre eng und freundschaftlich, auch an überregionalen Projekten, zusammenarbeiten.

Ort und Datum der laufenden Gruppentreffen, die an anderen Abenden stattfinden, geben wir grundsätzlich erst bei unserer Informationsveranstaltung bekannt.

Es findet unsererseits keine Selektion statt – **jeder**, der sich hier einfindet, bekommt konkrete Informationen über unsere Selbsthilfegruppen.

Wir legen jedoch großen Wert darauf, dass wirklich jeder Interessierte zuerst an dem Info-Abend teilnimmt und weichen von dieser Vorgabe auch nicht ausnahmsweise ab. Wir glauben, dass ernsthaft an diesem Thema interessierte Menschen den (einmaligen!) Weg zu dieser Veranstaltung finden werden.

Geplant ist noch, Visitenkarten (portemonnaie- und/oder hoesentaschentauglich) mit den Daten der Gruppen an die Besucher zu verteilen. Dieser kleine Reminder soll die Wahrscheinlichkeit reduzieren, dass die Menschen die Daten „verdaddeln“.

Ebenfalls lassen wir uns, sofern weitere Informationen gewünscht werden, die E-Mail-Adressen von den Teilnehmern nennen mit dem eindeutigen Hinweis darauf, dass wir mit allen Daten vertraulich umgehen.

Mittlerweile ist mehr als ein Jahr „Info-Abend“ vergangen. Im Laufe der Zeit haben wir das Konzept immer weiter verfeinert und überarbeitet. Die Abstimmung unter den Gruppen funktioniert harmonisch und lebt durch gegenseitige Vorschläge und immer neue Ideen.

Und unsere Mühe hat sich gelohnt! Die vorgeschalteten Treffen haben sich sehr positiv auf die Arbeit in den Gruppen ausgewirkt. Das Vertrauen der Gruppenmitglieder untereinander ist immens gewachsen, einzelne Themen (persönliche oder auch allgemeine) können erstmals intensiv und abschließend besprochen werden. Auch Teilnehmer, die zum Teil jahrelang eher nur zugehört haben, tauen auf und beginnen, über ihre Geschichte, ihre Probleme und natürlich auch über ihre Lösungen zu berichten. Die Stimmung in der Gruppe ist dadurch noch zuwendender und freundschaftlicher geworden.

Auch wenn es sich für uns um zusätzlichen Aufwand handelt, so haben wir dadurch unser Ziel erreicht: den Schutz der Teilnehmer unserer Selbsthilfegruppen.

■ Eva Maria Kohlhardt

Jugendveranstaltung in Springe

Freitagnachmittag war Anreise und wir trafen uns zum Abendessen in der Jugendherberge in Springe. Einige der älteren Jugendlichen waren schon auf mehreren Veranstaltungen, die der Verband für die Jugendarbeit anbietet. Frau Dr. Menter leitete die Veranstaltung.

Gleich nach dem Essen startete die erste Besprechung mit Vorstellungsrunde und der Frage, was wir uns für das Wochenende erhoffen und vorstellen. Abends gab es einen gemütlichen Ausgang, denn viele kannten sich ja schon.

Am Samstag fand die erste Gruppenrunde statt. Hier gab es Themen zur Umsetzung der Jugendberatung und der E-Mail-Beratung. Ideen und Vorschläge für Verbesserungen wurden gesammelt.

Am Samstagnachmittag hielt Dr. Phil. Roy Murphy einen sehr interessanten Vortrag über Suchtverhalten am PC (Pathologische Internetnutzung). Hier ging es um die

Gefährdung an sich und im Zusammenhang mit ADHS. Außerdem wurde die Umgestaltung des Jugendflyers besprochen. Er soll ein wenig peppiger und für die Jugend ansprechender werden. Verschiedene neue Texte und Entwürfe wurden angefertigt. Es gab rege Diskussionen und viele Meinungen. Alle Ideen sind nicht umsetzbar, aber einige Punkte können geändert werden.

Am Abend gab es nach viel Arbeit entsprechend Freizeit; ein spannendes Kickerturnier, bei dem Frau Menter und Herr Murphy mitspielten.

Am Sonntagvormittag wurden dann noch die Veranstaltungen des Verbandes in 2013 besprochen. Hierzu gehören die Veranstaltungen in Kassel und Wiesbaden. Nach einem guten Mittagessen und einem gelungenen Wochenende ging es dann auf die Heimreise.

■ Dominic Mühr

ADS-Symposium im Museum Workshop für Jugendliche

Im Februar fand eine Veranstaltung zu ADHS in Wiesbaden statt. Das Thema war: „Probleme treffen auf Lösungen“. Wir haben versucht, das im Jugendworkshop umzusetzen; mit Informationen und einem Austausch für die Jugend.

Ich war schon auf vielen Veranstaltungen dabei und habe versucht, Jugendlichen Fragen zu beantworten. Den ersten Teil des Workshops hat Frau Dr. Menter mit begleitet. Wir begannen mit einer Vorstellungsrunde, wo jeder Name und Alter nannte und Dinge zur Schule und Familie erzählen konnte.

Die erste Frage war: „Wie findet ihr das, wenn man ADHS hat?“ Alle fanden es schwierig – vor allem in der Schule mit meist schlechten Noten. Wie kann man damit umgehen und wer hat schon Therapien gemacht? Viele waren schon bei Ärzten. Manche bekommen Medikamente, weil sie damit die Schule besser schaffen. Besondere Therapien gab es nicht. Frau Menter informierte alle über verschiedene Möglichkeiten. Wie man den Tagesablauf besser meistern kann und was hierfür nützlich ist. Auch Medikamente wurden erklärt und alles, was man wissen sollte.



Interessierte Besucher im Museum

Im zweiten Teil des Workshops ging es um tiergestützte Therapien. Davon hatte ich natürlich mehr Ahnung, weil meine Mutter von unseren Pferden und Hunden erzählte, dem Zeltlager und wie man Tiere dafür ausbildet und wie man sie unterschiedlich einsetzt. Es gab auch lustige Fragen: „Kann ein Hund auch ADHS haben und weiß der, ob Samstag ist und wann er wen Zuhause wecken muss? Was kann man den Tieren alles beibringen und was hat es mit ADS zu tun?“

Wir haben eine Liste erstellt mit den Daten von allen Teilnehmern. Viele wünschen sich mehr Kontakt untereinander, ab und zu ein Treffen und vielleicht eine Jugendveranstaltung in Hessen. Nach dem Workshop haben sich viele noch unterhalten, auch über Hobbys und Interessen. So konnte ich einige Erfahrung über die Fischerprüfung weitergeben, die ich schon bestanden habe. Wenn man das gleiche Hobby hat und sich erst mal kennengelernt hat, ist ADHS nicht mehr wichtig.

■ Julian Mühr



Interessierte Besucher des ADS-Symposium im Museum

ADHS Deutschland e. V. auf der *didacta* in Köln

Nach drei Jahren Abstinenz in NRW war es endlich wieder soweit, die *didacta*, Deutschlands größte Bildungsmesse, machte vom 19.02.-23.02.2013 wieder Station in Köln. Und selbstverständlich war auch ADHS Deutschland e. V. wieder mit einem eigenen Infostand der Landesgruppe NRW sowie einem attraktiven Rahmenprogramm vertreten. War man vor drei Jahren noch in der Halle für Fortbildungen in der hintersten Ecke, so fand man sich diesmal in Halle 6, der Halle für Schule und Hochschule, wieder. Ein wirklich toller Eckstand war Anlaufpunkt für viele interessante Gespräche, die in den nächsten Tagen folgen sollten.



v. l.n.r.: Monika Hillmann, Karin Knudsen, Herta Bürschgens

Voller Elan und mit viel Liebe zum Detail wurde der Stand schon sonntags vor Messebeginn dekoriert. Verantwortlich dafür zeigten sich Herta Bürschgens, Mitglied im Bundesvorstand und Landesgruppenleiterin NRW sowie Karin Knudsen von der RG Köln, die unseren Stand mit ihren vielen Ideen zum Leben erweckten.

Dienstagmorgen ging es um 9 Uhr dann auch schon los. Nach und nach fanden sich immer mehr interessierte Pädagogen, Erzieher, Therapeuten und Eltern ein, die sich mit Infomaterialien eindeckten und das persönliche Gespräch suchten. Hier und da „outete“ sich der eine oder andere sogar, was zusätzlich für positiven Gesprächsstoff sorgte.

Um 11:30 Uhr durfte ich (**David Lenneper**, beruflich tätig als Ergotherapeut und verhaltenstherapeutischer Trainer in Düren) das Rahmenprogramm für ADHS Deutschland e. V., das aus vier Fachvorträgen bestand, eröffnen. Im gut besuchten Konferenzraum des CC Nord hielt ich den Vortrag „**ADHS - Förderung sozialer Kompetenzen**“. Hierbei wurde gezeigt, welche wichtige Bedeutung das Erlangen von sozialen Kompetenzen, in Bezug auf ADHS, hat. Unterlegt mit Videobeispielen aus der eigenen Praxis ergab dies einen – nicht nur für mich – durchweg gelungenen Einstieg in die ADHS-Woche, für die ich mir zur Unterstützung der Selbsthilfearbeit unseres Verbandes freigenommen hatte.



David Lenneper

Am Mittwoch durften wir dann **Dr. Rosemarie Berthold**, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin aus Köln, begrüßen. Sie hielt den Vortrag „**ADHS bei Kindern – medizinische und therapeutische Hilfe zum Schulerfolg**“. Wieder ein sehr interessanter Vortrag, der neben tiefgründigen Infos zum Thema auch viele praktische Ideen für den Schulalltag bot. Im Anschluss daran ergab sich eine wirklich tolle Diskussion, in der diese Ideen hinreichend überprüft und diskutiert wurden.



Dr. Rosemarie Berthold

Angenehm lebendig wurde der Vortrag dann am Donnerstag. Hier war **Kathrin Hoberg**, Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeutin und Buchautorin aus Aachen, für uns aktiv. Ihr Thema lautete „**ADHS und Schule – praktikable und wirksame Strategien für Lehrkräfte**“. Alleine ihre begeisternde Art für das Thema fesselte die Zuhörer quasi an ihre Stühle. Gebannt erfuhr man wirklich praktikable Dinge direkt aus dem Klassenzimmer. Gepaart mit viel Lebendigkeit konnte man sich so schnell für dieses Thema begeistern. So erlebten es auch die Zuhörer, die Frau Hoberg im Anschluss mit Fragen „löcherten“.

Den Abschluss der Vorträge besorgte am Freitag **Andrea Hauschild-Hersch**, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie leitende Oberärztin im Alexianer Krankenhaus in Aachen. Ihr Vortrag „**Junge Erwachsene mit ADHS – und jenseits der 18 ist plötzlich alles gut?**“ brachte einen guten Überblick, dass sich ADHS in der Pubertät eben nicht auswächst, sondern eine Vielzahl betroffener Jugendliche auch im Erwachsenenalter unter ihrer "Besonderheit" leiden. Interessant war auch zu erfahren, wie sehr unbehandelte ADHS-Erwachsene zum Drogenmissbrauch neigen. Ein interessanter Einblick direkt in die Praxis.

Die gut besuchten Fachvorträge bildeten somit das Rahmenprogramm zu einer tollen und intensiven Woche, in der viele interessante Bekanntschaften und Kontakte geknüpft werden konnten. Von sachlicher Aufklärungsarbeit bis hin zu emotionalen Gesprächen war alles vertreten. Dies lag aber auch an einer toll gemischten und hoch engagierten Helferguppe, die ADHS eine Woche lang mit Leidenschaft vertreten und vorgelebt hat.



Dr. Myriam Menter, Herta Bürschgens

Ein besonderer Dank gilt Herta Bürschgens, Karin Knudsen und allen fleißigen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern aus den Regionalgruppen in NRW und dem zweitägigen unterstützenden Besuch unserer Geschäftsführerin Dr. Myriam Menter, die sich alle rührend für die Interessen unseres Verbandes und der Ratsuchenden eingesetzt haben – so sehr, dass sogar mehrfach neues Infomaterial nachgeordert werden musste. Auf ein Neues in drei Jahren in Köln.

■ David Lennep
stellv. Landesgruppenleiter NRW



Dipl.-Psych. Kathrin Hoberg

Rechenschaftsbericht 2012

der Landesgruppe Berlin im ADHS Deutschland e. V.

Die Landesgruppe Berlin ist ein nicht-selbständiger Teil des ADHS Deutschland e. V. Aufgabe der Landesverbände ist die Unterstützung der Regionalgruppen und ihrer regionalgruppenübergreifenden Veranstaltungen sowie die Gewährleistung einer effektiven Kommunikation mit dem Vorstand und der sonstigen Bundesebene, d. h. den Mitgliedern, die sich für bundesweit relevante Themen engagieren.

Betreuung der Regionalgruppen

In Berlin wurden insbesondere fünf Regionalgruppen betreut, die in Charlottenburg, Prenzlauer Berg und Neukölln angesiedelt sind. Dazu zählen z. B. die Beratung zu organisatorischen, pädagogischen und gesundheitlichen Themen, die Fortbildung, die Anschaffung und Aufbewahrung von Arbeitsmaterialien (Infomaterial, Banner, Fachliteratur etc.), die Vernetzung mit diversen Partnern, die Unterstützung der Verwaltung und die Erstattung von Auslagen, z. B. für Fahrgelder, Fortbildung etc.

Außerdem wurde auch mit der Regionalgruppe im brandenburgischen Stahnsdorf kooperiert, da Brandenburg noch keine eigene Landesgruppenstruktur hat.

Landesveranstaltungen

Auf Landesebene fand unter dem Titel „Therapie und Selbsthilfe bei ADHS“ am 01.09.2012 in den Räumen des „Alte Feuerwache e. V.“ ein von uns veranstaltetes Symposium statt. Anders als in den vorherigen Jahren wurden vier Themen von vier Referentinnen und Referenten an einem Tag bearbeitet.

Nach der Begrüßung um 10:00 Uhr wurde zunächst eine etwa halbstündige Einleitung in Form eines Vortrages zu jedem Thema gegeben, um nach einer Mittagspause in getrennten Workshops die Themen zu vertiefen. Den Abschluss bildete eine Podiumsdiskussion, an der wieder alle gemeinsam teilnahmen. Um 16:00 Uhr endete die Veranstaltung.

Folgende Themen wurden behandelt:

- Dr. Christoph Meinecke (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Familienforum Havenhöhe):
„Alternative Behandlungsformen bei ADHS“
- Dr. Ute Mendes (Fachärztin für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie und Verhaltenstherapeutin sowie Oberärztin im SPZ Friedrichshain):
„Medikamente bei ADHS – wann sind sie nötig und wie wirken sie?“
- Frau Michaela Graf (Fachstelle für Suchtprävention):
„Suchtgefahren und familiäre Präventionsmöglichkeiten bei Nutzung von Bildschirm- und Online-Medien“

- Herr Patrik Boerner (Dipl.-Päd., Compass Psychosoziale Praxis gGmbH): **„Elternttraining bei ADHS“**

Damit waren genau die Themen Gegenstand des Symposiums, die von unseren Mitgliedern und anderen Nutzer(innen) der Selbsthilfeangebote gegenwärtig am meisten nachgefragt werden, soweit es Kinder und Jugendliche betrifft.

Die Referent(innen) kamen alle aus dem Berliner Raum, so dass auch die spezifisch regionalen Fragen (z. B. zur Versorgungslage, Verwaltungsabläufen und Anlaufstellen) beantwortet werden konnten.

Die TeilnehmerInnen setzten sich aus folgenden Gruppen zusammen:

- Kita-ErzieherInnen, Soz.-Päd. etc. (ca. 50 %)
- Eltern von Kindern mit ADHS (ca. 35 %)
- Lehrer(innen) (überwiegend Grundschule) (ca. 5 %)
- Sonstige Interessierte (ca. 10 %)

Die zurückerhaltenen Evaluationsbögen ergaben, dass sowohl die Themen als auch die Form der Darbietung (einschließlich der Podiumsdiskussion) große Zustimmung fanden, dieses Symposium oder ähnliche Veranstaltungen jedoch häufiger stattfinden sollten.

Bei den Referent(innen) haben wir keine schriftliche Evaluation durchgeführt, erhielten gleichwohl die Rückmeldung, dass die Arbeit mit dem interessierten Publikum mit seiner engagierten Mitarbeit und der überraschend hohen Vorbildung „richtig Spaß gemacht“ hätte.

Ebenfalls auf Landesebene ist die Telefon- und Email-Beratung angesiedelt, wobei wiederum eng mit den Aktiven in den verschiedenen Regionalgruppen kooperiert wird. Ein weiterer Schwerpunkt waren mehrere Informationsstände auf Messen, z. B. beim DGPPN, dem Kinder- und Jugendpsychiatrie-Kongress, Infoveranstaltungen bei den Krankenkassen etc.

Auf Landesebene fallen auch Tätigkeiten an, die zur Lobbyarbeit zu rechnen sind, z. B. die Teilnahme an gesundheitspolitischen Veranstaltungen der Parteien und die Vertretung der Interessen von unseren Mitgliedern in persönlichen Gespräch mit politischen Entscheidungsträgern.

Eigene Verwaltung

Schließlich wurde die eigne Verwaltung der Landesebene betrieben, zu der wiederum Fortbildungen, Fachliteratur, Öffentlichkeitsarbeit und Büroarbeiten gehörten.

- Karin-Gisela Seegers
ADHS Deutschland e. V., (Landesgruppenleiterin)

Im hohen Norden tut sich was!!

Neue Landesgruppenleitung in Schleswig-Holstein

Seit dem 17. November 2012 hat das nördlichste Bundesland nun eine selbständige Landesleitung. Beim Landestreffen der Regionalgruppen in Tellingstedt fanden Neuwahlen statt, bei denen Harald Linke, Leiter der Regionalgruppe Dithmarschen, zum neuen Landesleiter für Schleswig-Holstein gewählt wurde.

Im Jahr 2008 hatte Christiane Eich neben der Landesleitung für Hamburg auch die Leitung der Landesgruppe Schleswig-Holstein übernommen. Zunächst galt es, die bestehenden Aktivitäten zwischen Nord- und Ostsee zu sichten, zusammenzuführen und neuen Gruppen Starthilfe zu leisten. Hierbei wirkten alle Hamburger Gruppenleiter tatkräftig mit und konnten so die bestehenden Erfahrungen weitergeben. Bei den regelmäßigen Treffen der Regionalgruppenleiter wurde ein gemeinsamer Flyer entwickelt, Fragen und Probleme erörtert und Veranstaltungen geplant. Inzwischen gibt es Regionalgruppen in Dithmarschen, Elmshorn, Flensburg, Kiel und Lübeck, die teilweise neben den Gruppen für Eltern betroffener Kinder auch eigene Erwachsenengruppen anbieten.

Ein erstes Symposium zum Thema „ADHS und Schule – Wege zum erfolgreichen Lernen“ fand dann 12.11.2011 in Kiel statt – weitere folgten – auch in anderen Orten. Im Juni 2012 präsentierten die Gruppen ihre Arbeit anlässlich des Schleswig-Holstein Tages in Norderstedt einer breiten Öffentlichkeit. Auch eine erste Gruppenleiterschulung für Hamburg und Schleswig-Holstein stand im Frühjahr 2012 auf dem Programm mit den Themen „ADS-Coaching für Erwachsene“ und „Aspekte der Gruppendynamik in Selbsthilfegruppen“.

Der Anfang ist gemacht und die gute Zusammenarbeit der Regionalgruppenleiter ist für alle ein Gewinn. Dem Wunsch der „Schleswig-Holsteiner“, nun eine eigene Landesleitung aus ihren Reihen zu wählen, kam die bisherige Landesleiterin Christiane Eich deshalb gerne nach. Sie freut sich mit Harald Linke, einen tatkräftigen und engagierten Nachfolger zu haben und wünscht ihm für seine Aufgaben und Herausforderungen viel Kraft und Erfolg!

■ Christiane Eich



Treffen der RegionalgruppenleiterInnen Schleswig-Holstein



Landesgruppenleiterin Hamburg Christiane Eich mit dem neu gewählten Landesgruppenleiter SH Harald Linke

Die Geschichte braucht mehr Menschen,
die etwas tun,
als Leute, die vorschlagen,
was getan werden könnte.

Karel Capek

Einladung zum Symposium mit Jugendveranstaltung und Mitgliederversammlung 2013 der Landesgruppe Baden-Württemberg

Zum Symposium am Samstag dem 12. Oktober 2013 und Sonntag dem 13. Oktober 2013 laden wir alle Interessierten in das Caritas-Haus Feldberg ein. Wir freuen uns auf ein interessantes Programm mit renommierten Referenten.

An beiden Tagen findet parallel hierzu eine Jugendveranstaltung (ab 11 Jahren) statt. Für Kinder bis 10 Jahren wird in dieser Zeit eine Kinderbetreuung angeboten.

Weitere Einzelheiten zu der gesamten Veranstaltung entnehmen Sie bitte dem Flyer, den Sie sich auf der Homepage des ADHS Deutschland e. V. herunterladen können, oder den Sie anfordern können bei der **ADHS Elterngruppe RG Bruchsal/Hambrücken**, Kirsten Riedelbauch, E-Mail: Kirsten.Riedelbauch@googlemail.com

**Vom 12. – 13. Oktober 2013
in der Klinik auf dem Feldberg**



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

Anmeldeschluss ist der 10. September 2013!

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

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

10 Argumente für eine ADHS-Deutschland-Mitgliedschaft

1. Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V. – denn nur wer mitmacht, kann mitreden!
2. ADHS – **Auf Deine Hilfe Setzen wir!** Werden Sie Mitglied!
3. ADHS Deutschland e.V. braucht *Ihre* Hilfe, weil andere unsere Hilfe brauchen! Werden Sie Mitglied!
4. Kanalisieren Sie Ihre Hyperaktivität – machen Sie bei uns mit: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e. V.!
5. Haben Sie nicht etwas vergessen? Mit Ihrer Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e. V. helfen Sie mit, an die Betroffenen zu denken!
6. Aufgepasst: Die ADHS verdient Ihre Aufmerksamkeit – und ADHS Deutschland e. V. Ihre Mitgliedschaft!
7. Geben Sie Ihrem Impuls nach: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e. V.!
8. Leiden Sie an einem Aufmerksamkeitsdefizit? ADHS Deutschland e. V. schenkt seinen Mitgliedern die ganze Aufmerksamkeit. Werden Sie Mitglied!
9. Warum Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V. werden sollen? Dafür gibt es zehn gute Gründe – an wie viele können Sie sich erinnern?
10. Sind Sie schon Mitglied im ADHS Deutschland e.V.? Wenn Sie es nicht wissen, sollten Sie eintreten! Dann wissen Sie alles!

Regionalgruppe München-Mitte ADHS in der Familie

Unsere Regionalgruppe hat eine lange Tradition. Seit Januar 2009 treffen wir uns in den Räumen des Selbsthilfencentrums in der Westendstr. 68, immer am letzten Montag des Monats (außer Ferienzeiten) ab 20:00 Uhr.

Wir wechseln zwischen Abenden, die dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Gespräch dienen und Abenden mit festgelegten Themen. Ein feststehender Teilnehmerkreis besteht nicht, zu den Gesprächsabenden kommen zwischen 5-10 Personen, an den Themenabenden sind es deutlich mehr.

Am Jahresanfang versuchen wir miteinander ein unseren Interessen und Bedürfnissen entsprechendes Programm auf die Beine zu stellen. Zu den Themenabenden laden wir gerne Referenten ein.

Im letzten Jahr sprach Frau Dr. Sabine Dörning über „ADHS und Medikation“, Frau Dr. Krause über „Neue Erkenntnisse rund um ADHS“ und der Psychologe Florian Heinrich über

„Arbeit und Umgang mit ADHS in der heilpädagogischen Tagesstätte“. Hieraus entstand auch das Angebot für Eltern aus der Selbsthilfegruppe an einem Elterntraining teilzunehmen. Die Abende sind offen für alle Interessierten, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Für 2011 waren im ersten Halbjahr folgende Veranstaltungen geplant: Frau Bettina Kinn referiert zum Thema „Legasthenie und Lernen mit ADHS“ und Frau Karin Hirsch stellt uns die „Video-Interventionstherapie mit ADHS-Familien“ vor. Ferner unterstützen wir den Bayerischen ADHS-Tag im KVB-Haus München am 09. April 2011.

Unsere Selbsthilfegruppe hat eine eigene kleine Bücherei, die Bücher können gerne gegen Leihgebühr ausgeliehen werden. Bei Bedarf treffen wir uns auch außerhalb der Montagstermine. Über aktive Eltern freuen wir uns sehr.

■ Andrea Thierer, Adele Cordes, Theo Kornder

Selbsthilfegruppe „Eltern hyperkinetischer Kinder“ Zeitz Deutschland e. V.

Jahresbericht 2011

Sehr geehrte Frau Dr. Menter,

die SHG „Eltern hyperkinetischer Kinder“ Zeitz Deutschland e. V. führte auch im Jahr 2011 im 4-wöchigen Rhythmus die Treffen der Selbsthilfegruppe durch.

Diese Treffen fanden wieder regelmäßig im Gemeinderaum der evangelischen Kirche statt, worüber wir nach wie vor sehr dankbar sind.

Unsere Gruppe besteht schon über viele Jahre hinweg aus bis zu 11 Mitgliedern.

Durch die jahrelange feste, gleichbleibende Zusammensetzung unserer Gruppe ist die Möglichkeit der stetigen Begleitung und des aktiven Austausches gegeben.

Die Probleme unserer Kinder und Jugendlichen werden leider nicht schlagartig weniger, sie verändern sich aber.

Zunehmend wird bei uns das Thema Asperger Autismus / Abgrenzung zum AD(H)S bzw. autistische Züge bei AD(H)S von Bedeutung.

Es ist sehr schön, dass die Muttis mit erwachsenen Kindern in der Gruppe verbleiben. Dadurch liegen auch Erfahrungen mit den Erwachsenen vor, welches die Ängste vor dem weiteren Weg nimmt. Auch haben wir schon erste Erfahrungen mit unseren Gruppenenkeln sammeln dürfen. Das Leben bleibt spannend.

Die Gruppe ist eine offene für neue Mitglieder. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

■ E. Müller, Regionalgruppenleiterin Zeitz

Regionalgruppe Osnabrück-Süd

Jahresbericht 2011

Das Jahr 2011 war ein besonderes Jahr für unsere Selbsthilfegruppe.

Wir konnten Anfang des Jahres auf zehn erfolgreiche Jahre zurückblicken.

Dieses Jubiläum wurde mit einem Seminar der acht langjährigen Mitglieder im Februar gefeiert, um diese lange Zeit zu würdigen, innezuhalten und einen Ausblick miteinander zu wagen. Fast alle sind Gruppenmitglieder „der ersten Stunde“ und seit der Gründungsphase aktiv dabei. Wir verbrachten einen wunderschönen gemeinsamen Tag in Bad Iburg unter dem Titel „Alles unter einen Hut bekommen“, als Moderatorin unterstützte uns Frau Claudia Rottmann, Büro für Selbsthilfe und Ehrenamt des Landkreises Osnabrück. Es wurden neue Ziele gesetzt, um die Selbsthilfearbeit weiter auszubauen. Die Struktur der Gruppentreffen wurde geändert und neue Sichtweisen wurden aufgezeigt, die ein lebendiges und bereicherndes Gruppenleben ermöglichen.

Im Juni hatten wir im Rahmen unserer Gruppentreffen Frau Sabine Frank aus Osnabrück, ADHS-Coachin und -Beraterin, zu Gast. Sie referierte zu dem von uns gewählten Thema „Möglichkeiten und Grenzen im täglichen Leben mit ADHS-betroffenen Jugendlichen“. Praxisnah vermittelte sie uns dazu Tipps und Hilfen und ging kompetent auf die zum Teil „brennenden“ Fragestellungen der anwesenden Gruppenmitglieder ein.

Großen Raum nahm in diesem Jahr das Gemeinschaftsprojekt der drei Osnabrücker Regionalgruppen (RG OS-Erwachsene, RG OS-Nord und RG OS-Süd) ein: Das Symposium mit dem Titel: „Im Chaos der Gefühle – ADHS und mehr ...“ im

September 2011, kombiniert mit einer Regionalgruppenleiter-Fortbildung der Landesgruppe Niedersachsen-Bremen unseres Bundesverbandes ADHS-Deutschland e. V.! Die intensive und arbeitsreiche Vorbereitung und anschließende Durchführung dieser Veranstaltung hat sich gelohnt, insbesondere auch für die Region Osnabrück.

Fast 200 Teilnehmer, viele davon professionell Tätige aus Berufs- und Fachwelt waren anwesend und gaben im Anschluss ein überaus positives Feedback unserer Fortbildung. Es konnten viele neue Kontakte geknüpft werden. Besonders eindrucksvoll war für uns das Erleben der großen ehrenamtlichen Unterstützung vieler Gruppenmitglieder, die durch diese Teamarbeit das besondere Gemeinschaftsgefühl, das unsere Gruppe begleitet, bestätigten.

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

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

Kinder können sich noch wundern über jedes Ding,
und sei es auch gering.
Wir nennen sie naiv und halten uns für klug,
dabei sehen wir nicht mehr genug.

Unbekannt

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

Jahresbericht 2011

Auch im Jahr 2011 fand, außer im August, jeden dritten Donnerstag im Monat ein Treffen statt. Unsere umfangreiche Bücherei mit Fachliteratur wird weiterhin sehr gut genutzt. Wir begrüßen sehr, dass nicht nur Eltern zu uns kommen, sondern auch Interessierte, wie heilpädagogische Fachkräfte, Ergotherapeuten, Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, Psychologen und Psychotherapeuten.

Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen

06.02.2011

Die Interessengemeinschaft Ingolstädter Eltern e. V. veranstaltet ein Winterfest im Spielpark Fort Peyerl. Wir nutzen die Gelegenheit und informieren über den Arbeitskreis ADS/ADHS.

15.03.2011

Iris Fuchs folgt der Einladung vom Landratsamt Eichstätt und nimmt am Jahrestisch und an der Ausstellung der Selbsthilfegruppen mit dem Thema Teilleistungsstörungen teil.

16.03.2011

Berta Bleicher nimmt am Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie im Landkreis Eichstätt teil. Dieser setzt sich zum Ziel, den Ist-Zustand und Bedarf der Versorgung im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich zu analysieren und die Transparenz über bestehende Institutionen zu fördern. Möglicherweise können die bestehenden Lücken über Projektarbeit gefüllt werden. Da im ganzen Landkreis kein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie niedergelassen ist, wird weiterhin versucht, diesen Umstand zu ändern.

02.07.2011

Wir nahmen wieder am Ingolstädter Gesundheitstag mit einem Informationsstand teil. Sowohl durch Informationsma-

terial, als auch durch persönliche Gespräche konnten sich Interessierte über die AD(H)S-Problematik informieren.

14.07.2011

Bei der Jahreshauptversammlung des Vereins Interessengemeinschaft Ingolstädter Eltern e.V. informierten wir die Mitglieder über die Situation und Aktivitäten des Arbeitskreises.

16.09.2011

Mit Plakat und Flyer informierten wir bei einer Wanderausstellung der Selbsthilfegruppen, initiiert durch das Gesundheitsamt, über unseren Arbeitskreis. Die Eröffnungsveranstaltung fand in den Räumen der AOK statt. Die nächsten Stationen waren das Bürgerhaus „Alte Post“ und das Klinikum Ingolstadt.

05.10.2011

Frau Dr. Astrid Neuy-Bartmann referierte im Bürgerhaus „Neuburger Kasten“ in Ingolstadt zum Thema „ADS im Erwachsenenalter“. Die ca. 60 Zuhörer des kurzweiligen Vortrags und der anschließenden Diskussion nahmen viele Informationen mit nach Hause. Die Leiterin der Selbsthilfekontaktstelle, Frau Steger, unterstützte uns bei der Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung.

10.11.2011

Das Gesundheitswesen des Landratsamtes Eichstätt lädt die Leiter der Selbsthilfegruppen in den Spiegelsaal der Residenz zu einem „Dankeschön“ für das ehrenamtliche Engagement ein.

12.-13.11.2011

Landesgruppenleitertreffen und Fortbildung in Hirschaid

■ Berta Bleicher, Iris Fuchs

Jedermann kann für die Leiden eines Freundes
Mitgefühl aufbringen.
Es bedarf aber eines wirklich edlen Charakters,
um sich über die Erfolge eines Freundes zu freuen.

Oscar Wilde

Oliver M. Heck

„Näher am Limit – Ein Leben mit AD(H)S“

Ein biografisch fundierter Erfahrungsbericht eines außergewöhnlichen Menschen mit der Diagnose AD(H)S

Oliver M. Heck:

„Näher am Limit – Ein Leben mit AD(H)S“

Ein biografisch fundierter Erfahrungsbericht eines außergewöhnlichen Menschen mit der Diagnose AD(H)S

ISBN: 978-3795070939

Verlag: Schmidt-Römhild, 1. Auflage (07.12.2012)

Preis: 11,80 € (Taschenbuch)



„Ein biografisch fundierter Erfahrungsbericht eines außergewöhnlichen Menschen mit der Diagnose AD(H)S“ – so beschreibt der Verlag das kleine Buch von Oliver M. Heck. Der Autor erzählt die Geschichte seiner ADHS-Betroffenheit. Die Geschichte eines Hans-Dampf-in-allen-Gassen bis zu dem Zeitpunkt, als ihm der Dampf ausging. Während eines Klinikaufenthaltes, begründet durch ein Burnout, beginnt er sein Leben auf dem Hintergrund seiner ADHS zu reflektieren. Zwischen den Anekdoten und Erfahrungsberichten eingefügt, erfährt der Leser Grundsätzliches zum Thema, vom Lernen mit ADHS bis zum Rebound-Effekt.

Mit dem Schreiben hat Heck keine Probleme. Das Buch liest sich flüssig – eine weitere Nuance seiner Vielseitigkeit, die ja in der Tat oft bei Menschen mit ADHS anzutreffen ist. Aber insgesamt empfand ich das Buch als schwierig. Zu oszillierend, mal Ratgeber, mal Biographie, mal verständnisheischend, mal belehrend. Die Idee, beides, Biographie und Ratgeber zu verbinden, ist besser durchgeführt in dem Buch „Ach du Schreck! ADS“ von Backhaus und Lauer (Moers 2009). Die Autoren teilen sich die Aufgaben der bio-

grafischen Beschreibung des ADHS und dessen Reflexion. Das ist auch sinnvoll, denn nur wenigen Autoren gelingt es, beidem angemessen Raum zu geben. Als Beispiel nenne ich „ADS im Job“ von Weiss (Moers 2009). Lynn Weiss ist als Ärztin schon viele Jahre mit dem Thema vertraut und kann beide Perspektiven, als „Fachfrau“ und als Betroffene so einnehmen, dass sie sich ergänzen.

Heck gelingt dies nur unzureichend. Als unangenehm empfand ich, dass er in seinem Buch nicht selten auch anklagend den Finger hob. Diese Klage bezog sich auf Menschen seiner unmittelbaren Umgebung. Das gehört hier nicht hin. Es gibt dem Buch einen Bettina-Wulff-Beigeschmack, der mich sehr störte, mag man sich auch „Jenseits des Protokolls“ stets „Näher am Limit“ fühlen. Hier hätte das Lektorat des Schmidt-Römhild-Verlags, dem wir durchaus bemerkenswerte ADHS-Bücher verdanken, sensibel reagieren müssen.

■ Uwe Metz

Literatur:

Arno Backhaus, Visnja und Just Lauer: Ach du Schreck! ADS, Brendow Vlg.

Lynn Weiss, ADS im Job, Brendow Vlg.

Bettina Wulff, Jenseits des Protokolls, Riva Vlg.

Thom Hartmann, AD(H)S als Chance begreifen, Vgl. Schmidt-Römhild

Ders., Eine andere Art, die Welt zu sehen, Vgl., Schmidt-Römhild

Wenn einem das Wasser bis zum Halse steht,
dann soll man den Kopf nicht hängen lassen.

Unbekannt

Martin Ohlmeier, Mandy Roy (Hrsg.) „ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen“

Martin Ohlmeier, Mandy Roy (Hrsg.)

Autoren: Uwe Blanke, Wolfgang Dillo, Hinderk M. Emrich, Johanna Krause, Klaus-Henning Krause, Martin D. Ohlmeier, Vanessa Prox-Vagedes, Helga Roy, Mandy Roy, Claudia Zigl drum

ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen

Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene

ISBN-13: 978-3170210684

Verlag: Kohlhammer, 1. Auflage (28. Juni 2012)

Preis: 19,90 €



Herr Ohlmeier hat ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene geschrieben. Für Therapeuten ist das Buch sicherlich geeignet, weil es die neusten Forschungsergebnisse berücksichtigt und auch sehr gute Quellenangaben ausweist. Aber selbst für professionelle Behandler erweist sich die Detailgenauigkeit der Forschungsergebnisse als anspruchsvoll, und so ist dieses Buch eher denjenigen zu empfehlen, die sich als Fachärzte oder Psychologen profunden in die ADHS-Thematik einarbeiten möchten. Für Betroffene ist dieses Buch viel zu wissenschaftlich, denn die Kenntnis der Gehirnanatomie, der Neurophysiologie und der Neurobiochemie gehört nicht zu dem Standardwissen der Leserschaft. Auch die detaillierten neusten Forschungsergebnisse der Genetik inklusive der Genome-wide association studies dürfte selbst eine medizinische Leserschaft sehr fordern. In weiten Teilen des Buches gibt es Überschneidungen zu dem Standardwerk der Drs. Krause ADHS im Erwachsenenalter, wobei deren Buch durch viele anschauliche Fallbeispiele Betroffenen trotz der wissenschaftlichen Ausführungen sicher zugänglicher ist.

Schade ist, dass das Leben in Extremen eigentlich nicht, wie im Titel angedeutet, ausführlich dargestellt wird. Das dichotome Erleben, Fühlen, Entscheiden von Betroffenen, die ständigen Stimmungswechsel, die heftigen Gefühlsausbrüche sind zwar immer wieder beschrieben, jedoch fehlen anschauliche Fallbeispiele, und der Bedeutung für ADHS-Betroffene und deren Angehörigen hätte man mehr Raum geben können.

Erfreulich ist das ausführliche Kapitel über ADHS und Autismus, das sowohl in der Forschung, wie auch in der Praxis zunehmend Beachtung findet.

Völlig wird der Rahmen für Betroffene verlassen in dem Kapitel: Anthropologisches Konzept der Kreativität. Bei den Ausführungen über Hermeneutik verlässt dieses Buch endgültig den Anspruch ein Praxishandbuch für Betroffene zu sein. Das ist bedauerlich, denn es ist ein interessantes, lesenswertes Kapitel für diejenigen, die sich mit Philoso-

phie, Psychiatrie und Biologie intensiv beschäftigen. Kreativität wird hier als Deutungskunst, als ein Aufspüren von Deutungspotential, als Erschließen von Unerschlossenem und dem Aufklären von Sinngehalt gesehen. Und in den weiteren Ausführungen der Filterproblematik bei ADHS kommt nun für Martin Ohlmeier die entscheidende Pointe der „hermeneutischen Kreativität“ zum Tragen, nämlich die Fähigkeit intelligenter Systeme, sich neue Deutungsmuster quasi selbst zu erschaffen und diese anhand der externen Muster auszuprobieren. Und dann weiter: „Kreativität in der Wahrnehmung kann als schöpferischer interner Prozess bezeichnet werden, in welchem neue Wirklichkeit generiert wird... Die hier angesprochene Konzeptionalisierungsleistung hängt vom Dopamintonus ab. Ohne solche dopamingetriebene Konzeptionalisierungen gibt es keine geordnete Aufmerksamkeit, kein kreatives Verstehen.“

Leider ist es nicht möglich ein Buch auf sehr hohem wissenschaftlichem Niveau zu schreiben und den Anspruch zu haben, Betroffene ebenfalls damit zu informieren. Hier muss man sich entscheiden, welche Lesergruppe man ansprechen möchte, weil sonst Erwartungen geweckt werden, die der Autor nicht einlösen kann.

Gerade bei ADHS-Betroffenen hat man nur eine Chance sie umfassend zu informieren, nämlich sie da abzuholen, wo sie stehen und was sie wissen wollen. Gerade Betroffene brauchen verständliche Informationen und Erkenntnisse, die sie umsetzen können. Leider ist gerade der psychoedukative und psychotherapeutische Ansatz in diesem Buch völlig zu kurz gekommen. Auch hier wird es dem Anspruch als Praxishandbuch nicht gerecht.

Schade, für Spezialisten ein sehr lesenswertes Buch, aber auf keinen Fall Betroffenen zu empfehlen. Schade auch, dass zwar die Ergotherapie und Coaching eine Erwähnung finden, aber nicht die Arbeit der Selbsthilfegruppen.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

Christoph Türcke

„HYPERAKTIV!**Kritik der Aufmerksamkeitsdefizit-Kultur“**

Christoph Türcke
„Hyperaktiv! – Kritik der
Aufmerksamkeitsdefizit-
Kultur“

ISBN: 978-3-406-63044-6

Verlag: C. H. Beck,

2. Auflage, 2012

Preis: 9,95 € (Broschiert)

Hyperaktiv – Kritik der fantastischen Spekulation

Der nachträglich applizierte Aufkleber auf dem Cover des Taschenbuchs begeistert: „Wie Kinder unserer Gesellschaft den Spiegel vorhalten“. Offenbar war der Buchtitel nicht plakativ genug. „HYPER-AKTIV!“ steht da in roten Majuskeln, schräg durchbrochen. Darunter eine Anspielung auf Kant: „Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur“. Drei Winke mit Zaunpfählen. Es geht um das populistische Reizthema der ADHS. Es ist ein Buch, das sich mit Kants „Kritik der reinen Vernunft“ philosophisch messen mag; vielleicht spielt der Untertitel auch mit der Idee einer wiedererstandenen allgemeinen Bedeutsamkeit des geisteswissenschaftlichen Denkens, mithin der Wiederkehr einer aufklärerischen Zeit, als Philosophen noch den gesellschaftlichen Diskurs bestimmten. Damals glaubte allerdings niemand, Kinder hielten der Gesellschaft einen Spiegel vor. Erst Freud und seine Jünger kamen auf die Idee, dass jede menschliche Regung im zentralen und peripheren Nervensystem eine Botschaft sei, die es zu entschlüsseln gelte, um den Menschen im Ganzen zu verstehen. Und doch transportiert das Konzept absichtsvoller Spiegelung sozialer Missstände im Einzelnen den alten Gedanken: Kinder und Narren sagen die Wahrheit.

Ist das so? Reflektiert die ADHS oder ihre Symptomatik die gesellschaftlichen Bedingungen unserer Tage? Oder ist sie – was einen großen Unterschied macht – eine Folge der situativen Lebensbedingungen des Einzelnen, eine Folge unter anderen und durch die sozialen Verhältnisse begünstigt, jedoch keinesfalls erklärt? Jemandem den Spiegel vorhalten, meint etwas anderes als die Selbsterkenntnis der Folgen des eigenen Handelns. Hielten die Kinder in der ADHS der Gesellschaft einen Spiegel vors Gesicht, bedeutete dies, die Kinder würden ihre Existenz reflektieren und den Erwachsenen, welche die Gesellschaft gestalten, zum Vorwurf machen. Es hieße: *Ich weiß, dass ich ein gestörtes Kind bin, und Du hast Schuld an dieser Störung! Du, Mutter und Vater, Du, Lehrer und Erzieher, ihr habt diese Welt geschaffen, in der ich als Kind nicht anders als gestört sein kann!*

Welche Kinder wandeln auf den Spuren von Adorno, zitieren dessen „Es gibt kein richtiges Leben im falschen“ aus den „Minima Moralia“, gewillt, das richtige Leben von den Erwachsenen einzufordern?! Adorno sprach in seinem Aphorismus „Asyl für Obdachlose“, dem das sprichwörtlich gewordene Zitat entstammt, von der Unmöglichkeit, in seiner Zeit noch ein privates Leben zu führen, unberührt von den

Einflüssen der den Menschen umgebenden Welt. Er macht der Welt ihr So-Sein nicht zum Vorwurf, auch wenn er sein Leiden an ihr konstatiert. Nicht anders als rund 175 Jahre früher Immanuel Kant, der mit seiner Kritik der reinen Vernunft nicht die Diskreditierung der Vernunft bezweckte, sondern sie in ihrem Urteilsvermögen vielmehr beschwor. Läse man den Türcke'schen Titel, wie der Kant'sche gemeint war, würde die Aufmerksamkeitsdefizitkultur nachgerade zur kritischen Urteilsbildung beitragen. Das hat Christoph Türcke mutmaßlich nicht gemeint, doch ist das angesichts der heterogenen Struktur des Wissens im Medienzeitalter kein abwegiger Gedanke.

So ist vom Titel bis zur Idee, ein Schulfach „Ritualkunde“ einzuführen, welche die zweite Hälfte von „Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur“ ausmacht, letztlich alles verschoben und vielfach auch schlicht falsch, was Christoph Türcke schreibt. Es beginnt mit einer eigewilligen Definition von Philosophie und Abqualifizierung der ADHS als „Hilfswort für etwas Unverstandenes“ im Vorwort, führt über anthropologisch fragwürdige Spekulationen zur menschlichen Frühgeschichte und endet bei einer plakativen Gesellschaftskritik bar jedes empirischen Befundes, dass man sich fragt, ob jemals ein Lektor des Beck-Verlags den Text gelesen hat, bevor er gedruckt wurde.

Kostprobe: „Die aktuelle Existenzkrise der menschlichen Aufmerksamkeit hat die Frage nach ihrer altsteinzeitlichen Entstehung erst dringlich gemacht.“ Unabhängig von der Frage, ob wir gegenwärtig eine „Existenzkrise der menschlichen Aufmerksamkeit“ durchleben – was Aufmerksamkeit ist, worin das Existenzielle der Aufmerksamkeit besteht und warum diese in einer Krise sein soll – sagen uns die archäologischen Funde, welche den über zwei Millionen Jahre umfassenden Zeitraum der Altsteinzeit definieren, nichts über die neurophysiologische Entwicklung des Menschen. Türckes psychoanalytisch verbrämten Ausführungen über die Entstehung und Bedeutung menschlicher Opferkultur sind bestenfalls eine Sammlung steiler Thesen zur Phylogenese des Menschen, realistisch eine die wissenschaftliche Datenlage teils spreizende, teils ignorierende Verbindung anthropologischer Erkenntnisse mit unsinnigen Aussagen über kognitive Strukturen und Prozesse, schlimmstenfalls eine esoterische Geschichte, die ein kulturphilosophischer Text sein möchte.

Es ist hier nicht der Raum, aufzuzählen, was im „Aufmerk-

samkeitsdefizitkultur“ überschriebenen ersten Kapitel des Buches alles nachweislich unsinnig ist. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Erklärung auffälligen kindlichen Verhaltens als „psychosomatischen Reflex“ und „Anarchismus“ (S.12) angeführt, was zum einen die Spontaneität menschlichen Handelns leugnet und dem Denken, zu welchem die Aufmerksamkeit zählt, die Qualität eines Epiphänomens verleiht, zum anderen – und das ist letztlich ein Widerspruch zur vorgenannten These – in der Idee der anarchischen Verweigerung der Anpassung an die Ordnung der Gesellschaft dem kindlichen Verhalten die Intention eines Protests gibt. Türcke vergleicht letzteres mit der Bedeutung des „Streiks“ in der europäischen Arbeiterbewegung, was nicht nur absurd ist, sondern ein Exempel unter zahlreichen anderen Passagen des Buches darstellt, in denen er offenbar ohne historische Kenntnisse retrospektiv umschriebene Epochen und Veränderungen in einen willkürlichen Zusammenhang mit postulierten Wandlungen in der physiologischen Disposition des Menschen an sich bringt.

Was Türcke im Abschnitt „Das opfernde Tier“ schreibt, ist Mystik in Reinform. „Jedenfalls dürften die menschlichen Kollektive, die vor etwa 30.000 Jahren in der Lage waren, die Wände der Höhlen von Chauvet so zu bemalen, dass wir heute noch sprachlos davorstehen, schon einen hochentwickelten Opferkult entwickelt haben. Nicht unwahrscheinlich, dass dessen Anfänge, je nach Weltgegend, weitere zehn, vielleicht aber auch zwanzig oder vierzig Jahrtausende zurückreichen.“ Türcke stört sich nicht daran, dass uns kaum Hinweise auf Menschenopfer im Paläolithikum überliefert sind und auf diese lediglich aus der Häufung von Skeletten junger Menschen (die mutmaßlich erst später eines natürlichen Todes gestorben wären) an bestimmten Orten und spezifischen Folgen äußerer Einwirkungen auf die Körper geschlossen werden kann. Ganz zu schweigen von grausamen Opferritualen, die nicht selten von Feinden und Eroberern anderer Kulturen diesen zur Diskreditierung zugeschrieben, zumindest aber in Zweck und Ablauf entstellend dargestellt wurden. Türcke behauptet einen Übergang vom Menschenopfer zum Großtieropfer (S.19), der historisch nicht belegt und in dem von ihm postulierten Zusammenhang rein spekulativ ist.

Die verbindende Klammer dieser fantastischen Spekulationen ist der „traumatische Wiederholungszwang“ – ein Freud'sches Konstrukt, das erklären sollte, warum der Mensch bisweilen ein Leid sucht, das er bereits kennt. Für Freud spielte sich die Wiederholung des Leidens in der Therapie ab. Türcke macht daraus ein kulturstiftendes Moment, als habe die Entwicklung des Menschen an jenem Tag begonnen, als ein bislang unreflektiertes zweibeiniges Tier entdeckte, dass es nackt ist und Angst haben muss. „Gesucht wurde Rettung, gefunden Kultur“ (S.20). Mit Ritualen habe der Mensch dieser neuen Erkenntnis und Angst begegnen wollen. Die einzige Fußnote zu diesem Abschnitt,

„Profanierung“ überschrieben, ist „Novalis 1978 [1797], 227“. Mehr ist dazu offenbar nicht zu sagen, nicht zu erklären, nicht zu begründen. Verschweigen wir daher vornehm die unsägliche Erläuterung der Sklaverei am Ende der „Profanierung“, ist sie doch so falsch wie die Aussage, dass die „erste industrielle Revolution [...] im 19. Jahrhundert von England ausging“, wie das Gefasel über die Dampfmaschine und die „Objektivierung“ der Wiederholung durch die Technik, die im nächsten Abschnitt „Maschinelle Wiederholung“ stehen (S.22ff.).

Was im Abschnitt „Bildschock“ folgt und sodann zur „Hirnstörung“ überleitet, ist eine lustige Vermengung von Wahrnehmungspsychologie und Medienwirkungsgeschichte, eine Art Feuilleton für den laienpsychologisch interessierten Filmfreund, wo ein bisschen Sergei Eisenstein, Walter Benjamin und Claude Lévi-Strauss zitiert werden. Alles unsystematisch, dürr und plakativ, bisweilen gar ein bisschen polemisch-selbstmitleidig, wenn Professor Türcke beklagt, dass Frankfurter Studenten im Jahr 2011 gefordert hätten, eineinhalbstündige Vorlesungen durch ein bis zwei Pausen zu unterbrechen, da man sich keine 90 Minuten am Stück mehr konzentrieren könne (S.30). Kein Hinweis auf die Psychophysik des 19. Jahrhunderts, die sich bereits in den 1860er Jahren – vor der Erfindung des Edison'schen Kinetoskops – mit der Messung von Wahrnehmungsschwellen befasste; kein Hinweis auf entwicklungspsychologische Erkenntnisse zu Wahrnehmung und Gedächtnis; kein Hinweis selbst auf populärwissenschaftliche Vorläufer der Medienkritik wie Neil Postmans „The Disappearance of Childhood“ (1982) und „Amusing Ourselves to Death: Public Discourse in the Age of Show Business“ (1985), die frühe Reflexionen des Fernsehzeitalters waren, während Türcke im zweiten Jahrzehnt des Internetzeitalters noch immer übers Fernsehen schreibt, als verbrächten die Kinder von heute nicht längst bereits mehr Zeit vor PC und Smartphone als vor dem Fernseher.

All das recycelt großzügig Türckes „Erregte Gesellschaft – Philosophie der Sensation“ von 2002, über das Hannelore Schläffer in der Frankfurter Rundschau schrieb, sein Autor sei ein „Dilettant unter Dilettanten“, dessen Ausführungen die Neurophysiologie simplifizierten und eine „eklektizistische Hortung von Angelesenem“ darstellten. Treffender kann man auch den Unfug nicht charakterisieren, den Türcke unter den Abschnitten „Hirnstörung“ und „ADHS-Herd“ subsumiert. Da werden Anklänge der Freud'schen Triebtheorie bemüht, wenn Kinder von „motorischer Unruhe getrieben [sind], die kein Ventil, keine Ruhestätte findet“, als ob alle biologische Regung sinnhaft wäre, alles Leben nach Ruhe strebte. Da wird das „Minimal Brain Syndrome“ der 1940er Jahre bzw. die „Minimal Brain Dysfunction“ von 1960 fälschlicherweise in die 1970er Jahre datiert. „Wie man auf diese Diagnose kam? Allein durch den Erfolg bestimmter Medikamente.“ (S.31)

Vergessen, verdrängt oder nie gewusst, dass 1932 die deutschen Ärzte Franz Kramer und Hans Pollnow in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“ einen Artikel mit dem Titel „Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter“ veröffentlichten, fünf Jahre, bevor der amerikanische Arzt Charles Bradley seinen berühmten Aufsatz „The behavior of children receiving benzedrine“ im *American Journal of Psychiatry* publizierte, zwölf Jahre vor der ersten Synthese von Methylphenidat (MPH), das Ciba ab 1954 unter dem Markennamen „Ritalin“ vermarktete – zunächst allerdings nicht für die Behandlung der ADHS.

Was Türcke dann über den Botenstoff Dopamin und das dopaminerge System des menschlichen Gehirns schreibt, ist samt und sonders falsch. Da enthält das indirekte Sympathomimetikum MPH neuerdings Dopamin; es „schlägt also zunächst eher im Kerngebiet der Nervenzellen an als an ihren synaptischen Rändern und übt damit eine gleichsam homöopathische Wirkung aus“ (S.33). Aha, das ist doch mal eine präzise Erläuterung der Funktion des Dopamin-Stoffwechsels unter dem Einfluss von Methylphenidat. Türcke versteht überhaupt nicht, worüber er schreibt, weder die Dopaminmangel-Hypothese noch die Bedeutung der Dopamin-Rücktransporter (DAT), die er zur „Theorie vom mangelhaften Dopamintransport“ (S.41) verkehrt.

Quasi als Höhepunkt des Unfugs wird Dopamin zu einer „höchst »kreativen« Substanz“ erklärt, welche synaptische Verschaltungen stimuliere, „dass sich bestimmte Nervenzellenfortsätze, die sogenannten Axone, so auswachsen, dass sie weiteren komplexeren Verschaltungen vielfältige Ansätze bieten“ (S.35). Auf diese Weise macht Türcke Dopamin vom Moderator der Hirnentwicklung zu einer ihrer Ursachen. Das klingt so, als hätte der Philosophieprofessor gerade mal den Titel von Manfred Spitzers Aufsatz „Besser als Gedacht: Lernen, Dopamin und Neuroplastizität“ in dessen populärwissenschaftlichem Sammelband „Schokolade im Gehirn“ von 2001 gelesen, allerdings weder verstanden noch sich getraut, diesen in der ohnehin dünnen Bibliographie seines Büchleins anzugeben. Vielleicht hat ihn kurz vor der Drucklegung von „Hyperaktiv!“ noch Spitzers gleichermaßen plastisch-eindrücklicher, in gewisser Hinsicht daher für das Nervensystem des Autors neuroplastisch wirksamer Titel „Dopamin und Käsekuchen“ (2011) erreicht ... Über Kaffeekränzchen-Niveau kommt Türckes Suada über das Dopamin jedenfalls nicht hinaus.

Besonders ärgerlich ist das, wenn Türcke die Brücke vom Dopamin zum ADHS schlägt – sofern hier überhaupt von einer Brücke gesprochen werden kann. So wenig seine anthropologischen Spekulationen mit der ADHS zu tun haben, so ärmlich ist die Verbindung, die der Autor zwischen der Reproduktion neurophysiologischen Laienwissens und dem, was er in Kenntnislosigkeit der medizinischen und psychologischen Forschung ADHS nennt, zustande bringt.

„Selten freilich ist eine Krankheitsdefinition so nebulös gewesen.“ Da schätzt man sich glücklich, dass Türcke nicht über Kopfschmerzen oder Magengeschwüre schreibt; wahrscheinlich hält er auch Fritz Zorns „Mars“ für ein Fachbuch über die Ätiologie von Krebserkrankungen. „Wo ein paar klare und ebenso konsequent wie teilnahmsvoll durchgehaltene Regelsetzungen vollauf genügt hätten, das Verhalten des Sprösslings einzudämmen, wurden langwierige Psychotherapien anberaumt und Psychopharmaka“ verabreicht (S.36). Die ADHS als „konstellatives, um nicht zu sagen, plastisches Phänomen [...] war in den 1970er Jahren neu. [...] Die Forschung hat es sich nicht ausgedacht. Sie hat es vielmehr nicht ausgehalten: das Missverhältnis von Wirkung und Ursachen nicht ertragen.“ (S.41) Das alles ist so albern, polemisch und vorwurfsvoll zugleich, dass es tatsächlich kaum auszuhalten ist.

Die fundamentale Ahnungslosigkeit Christoph Türckes in Hinsicht auf das Thema seines Buches, seine unreflektiert-schamlose Esoterik und gnadenlose Humorfreiheit, die im zweiten Kapitel „Ritualkunde: Skizze eines Schulfachs“ kulminiert, stellt den Leser vor eine große Belastungsprobe. Da nimmt es nicht wunder, dass die umfangreichste Fußnote des Buchs dem „Zappelphilipp“ gewidmet ist (S.40). Türcke scheint nicht zu wissen, wie der „Struwwelpeter“ entstanden ist. Er nennt den Zappelphilipp „eine Figur, die nach den Maßregeln des deutschen Obrigkeitsstaates Mitte des 19. Jahrhunderts entworfen wurde, wo Kindern, namentlich Jungen, das Zappeln so früh wie möglich zugunsten militärisch durchorganisierter Verhaltensweisen abzugewöhnen war.“ Zugegeben, wer den Beginn der Menschheit im Opferritus und der industriellen Revolution im 19. Jahrhundert verortet, der wird kaum wissen, dass Heinrich Hoffmann im Jahr 1848 einer der Abgeordneten im Frankfurter Vorparlament war und den badischen Revolutionär Friedrich Hecker in seinem Haushalt beherbergte.

1871 hat Hoffmann in der Zeitschrift „Gartenlaube“ über die Entstehung des „Struwwelpeters“ berichtet: „Gegen Weihnachten des Jahres 1844, als mein ältester Sohn drei Jahre alt war, ging ich in die Stadt, um demselben zum Festgeschenke ein Bilderbuch zu kaufen, wie es der Fassungskraft des kleinen menschlichen Wesens in solchem Alter entsprechend schien. Aber was fand ich? Lange Erzählungen oder alberne Bildersammlungen, moralische Geschichten, die mit ermahnenden Vorschriften begannen und schlossen, wie: Das brave Kind muss wahrhaft sein; oder: Brave Kinder müssen sich reinlich halten usw.“ Hoffmanns „Struwwelpeter“ war gerade kein pädagogisches Programm, sondern das bis Harry Potter erfolgreichste Kinderbuch der Welt, das Kinder aus denselben Gründen lieben wie Wilhelm Buschs „Max und Moritz“ oder die Bilderbücher von Tomi Ungerer, die auf jeder Seite ein blutiges Detail enthalten.

Türcke ist ein hoffnungsloser Erwachsener, der nichts, aber auch gar nichts von Kindern versteht. Er schwadroniert über den „Anarchismus“ kindlichen Verhaltens (s.o.) und begreift doch nicht die sublimen Anarchie des Zappelphilipps. Schlimmer noch: Er entblödet sich nicht, von der „tostlosen Verlassenheit des Kindes am Esstisch“ zu schreiben und diese mit dem Tod der Mutter ein Jahr nach Hoffmanns Geburt in Verbindung zu bringen, völlig unbeleckt von dem Umstand, dass der kleine Heinrich die jüngere Schwester seiner Mutter, die der Vater drei Jahre später heiratet, liebte, wie man (s)eine Mutter nur lieben kann, und diese ihn liebte wie die jüngeren Halbgeschwister. Das ist das Grundprinzip von „Hyperaktiv!“ – es ist eine einzige verständnislose Collage von kumuliertem Halbwissen, eine programmatische Phrasen-Sammlung auf der Modewoge einer medienaffinen Vermarktung der ADHS. Und der seit einem Jahr andauernde Hype um dieses kulturphilosophische Dilettantenstück gibt ihm und seinem Verlag auf traurige Weise recht.

Man kann schier endlos fortfahren mit Zitaten aus Türckes Machwerk, das Belangloses, Beliebigen, Bedenkliches zur Konstruktion einer „Kulturstörung“ zusammenschraubt wie weiland John Chamberlain seine Kunstwerke aus Autoschrott. Forsch verspottet er die Naturwissenschaft: „Wer sich eine Störung im Gehirn lediglich in mechanisch-maschinellem Terminologie zu vergegenwärtigen vermag, sich darunter nur Gendefekte, Verletzungen, Verschleißerscheinungen und Schaltfehler vorzustellen weiß, hat selbst einen Ausfall“ (S.42). Das Konzept der „shared intention“ des amerikanischen Psychologen Michael Tomasello bezichtigt er „evolutionstheoretischer Kindlichkeiten“ (S.63), offenbart dabei jedoch selbst eine peinliche Kenntnisslosigkeit basaler wissenschaftsgeschichtlich bedeutsamer Theorien.

Seine einem besinnungslosen Götzendienst am Übervater Sigmund Freud verpflichtete Enttäuschung, dass Tomasello nicht von „traumatischem Wiederholungszwang, Ritual, Heiligung, Opfer, Kult“ spricht (S.61), korrespondiert mit einer Ausblendung sämtlicher Erkenntnisse der Evolutionsforschung seit de Lamarck. „Menschen sind Wiederholungstäter. Mehr noch: Erst dadurch, dass sie auf artspezifische Weise zur Wiederholungstätern wurden, wurden sie zu Menschen.“ (S.13) Wahrscheinlich nimmt der Mensch nur deshalb regelmäßig Nahrung zu sich, um das Trauma des Hungers zu bewältigen ... Glaubt man Türcke, so haben nicht Vererbung, nicht Mutation, nicht Anpassung den Menschen zum derzeitigen Höhepunkt evolutionärer Entwicklung gemacht, sondern der Homunculus eines kleinen Psychoanalytikers, der in unser aller Köpfen wohnt und zur permanenten redundanten Selbstreflexion antreibt.

In der obsessiven Idee des traumatischen Wiederholungszwangs ist schließlich auch die entstellende Reduktion des

Aufmerksamkeitsbegriffs grundgelegt, welche die weiteren Ausführungen Türckes zum „Multitasking“ kennzeichnet. Zwar ist es wünschenswert, dass der Autor eines Buches zum Aufmerksamkeitsdefizit wenigstens über Grundkenntnisse der Wahrnehmungs- und Gedächtnispsychologie verfügte. Dass der Philosophieprofessor allerdings nicht einmal Jean-Paul Sartres Konzept des thetischen und nicht-thetischen Bewusstseins kennt sowie nurmehr Platitüden über eine von ihm völlig kontingent gebrauchte Idee der Aufmerksamkeit absondert, ist unverständlich. „Abwaschen und Nachrichten hören, das geht. [...] Gleichzeitig Nachrichten hören und einen Text schreiben geht hingegen gar nicht; erst recht nicht abwaschen und Yoga machen.“ (S.54f.) Und einmal mehr panegyrische Freud-Verehrung: „Die multiple Aufmerksamkeit, die sich gleichzeitig mit voller Kraft auf ganz verschiedene Gegenstände richtet, ist ein Unding – und nicht zu verwechseln mit der »gleichschwebenden Aufmerksamkeit«, die Freud den Psychoanalytikern anempfahl.“ (S.55)

Aufmerksamkeit ist für Türcke schlicht die bewusste Auseinandersetzung mit einer Sache. Allenfalls mag der Psychoanalytiker ein bisschen „gleichschweben“ als vermeintlich absoluter Herrscher über die Therapiesituation. Der normale Mensch, dem es an der Erleuchtung durch die Freudsche Offenbarung und Anleitung gebricht, ist stets nur bei einem Ding in der Welt. Da ficht es den Philosophieprofessor nicht an, dass Sarte in „Das Sein und das Nichts“ darlegte, wie wir um uns selbst wissen, auch wenn ein anderer Teil unseres Bewusstseins draußen in der Welt ist. Bei Türcke gibt es keine Plausibilitätsprüfung anhand der eigenen Existenz, die beim Durchschreiten des Universitätsbüros zig sensorische Parameter gleichzeitig kontrolliert. Wie gut für den Autor, dass sein Gehirn multiple Aufmerksamkeitsbereiche hat, sonst hätte er über das Schreiben des Buches seinen Hunger vergessen, die Tasten des Computers verfehlt, das Telefon überhört, die Schmerzsignale seines Rückens ignoriert, das Gespräch mit dem Verleger versäumt. Die komplexe Steuerung der zahlreichen Aufmerksamkeitsprozesse in seinem Gehirn werden Herrn Türcke zu seinem Besten auf ewig unzugänglich bleiben. Andernfalls würde er wahnsinnig, wenn er wüsste und erlebte, wie viel multiple Aufmerksamkeit sein Gehirn aufbringen muss, um einen Bruchteil seiner Ressourcen für den singulären Gedankenstrom bereitzustellen, aus dem ein Text wie der seiner „Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur“ entsteht.

Andererseits: Vielleicht ist Türcke längst in die von ihm beschriebene „Repsychotisierung“ verfallen, denn der gleichnamige vorletzte Abschnitt des ersten Kapitels stellt einen weiteren Höhepunkt an fantastischer Spekulation dar, allerdings unter Beugung sämtlicher umgangs- wie wissenschafts-sprachlich besetzten Begriffe. Da wird eine „technische Einbildungskraft“ beschworen, welche die menschliche Einbildungskraft blass und neidisch werden

lasse, als bildeten Maschinen nicht ab, sondern ließen sich psychisch beeindrucken. Dazu passt das Bleuler-Zitat, das aus dem Egon einen „Egon“ macht (S.73) und das psychiatrische Wissen der Anfangsjahre des 20. Jahrhunderts evoziert, insofern stimmig zum Stand des psychologischen Wissens Türckes, das bei Sigmund Freud anfängt und bei Sigmund Freud aufhört. Türcke schließt sich insgeheim den Nominalisten im mittelalterlichen Universalienstreit an: „Vorstellungen haben allesamt als Halluzinationen begonnen und erst lernen müssen, sich davon zu unterscheiden.“ (S.73) Das ist, als hätte das menschliche Denken im Wahn seinen Ausgang genommen und später die Wirklichkeit entdeckt, als hätten wir erst geträumt und dann die Gegenstände unseres Träumens in der Welt vorgefunden.

Zwei Seiten später schreibt Türcke, „die wachsende Unwilligkeit und Unfähigkeit von Studierenden, einer Vorlesung zu folgen, die nicht mit Bildern unterlegt ist, sind starke Indizien dafür, dass die Anlehnungsbedürftigkeit von Vorstellungen an Wahrnehmungen dramatisch zunimmt.“ (S.75) Die Komik dieser Klage scheint Türcke nicht bewusst zu sein: Der Student von heute fordert unverfroren einen Realitätsbezug ein, anstatt in der entspannten Folie à deux dem psychodynamischen Assoziationsfluss des Dozenten zu folgen. Das ist eine Hommage an Hegel, der dem Vorwurf, seine Philosophie finde in der Wirklichkeit keine Entsprechung, einst souverän begegnete: „Desto schlimmer für die Tatsachen!“ Immerhin ordnet die Philosophiegeschichte Hegels Denken folgerichtig dem deutschen Idealismus zu. Wo Christoph Türckes Werk, das ungeachtet unseres inzwischen exorbitant gewachsenen Wissens zu kognitiven Funktionen wie Träumen oder Denkstörungen wie Psychosen auf dem Erkenntnisniveau der Freud'schen „Traumdeutung“ von 1900 verharret, einst verortet werden mag, muss an dieser Stelle offen bleiben. Vielleicht wird es in der Zukunft einer sodann sich retrospektiv abzeichnenden Schule der Psychomystik subsumiert werden. Sein zweifacher Verweis auf den französischen Oratorianer Nicolas Malebranche (S.64, S.78) würde das rechtfertigen.

Auf eine eingehende Analyse des zweiten Kapitels von „Hyperaktiv!“ soll im Folgenden verzichtet werden. „Ritualkunde: Skizze eines Schulfachs“ baut auf der „Aufmerksamkeitsdefizitkultur“ auf wie der Turm zu Babel auf dem Sand der arabischen Wüste. Türcke schlägt vor, „soziale Strukturen ritual-theoretisch zu reformulieren: als geronnene Wiederholungen“ (S.107). Man sieht bereits das Leuchten in den Augen der Lehrerinnen und Lehrer an den in vier Jahrzehnten bis zur Erschöpfung der pädagogischen Vorstellungskraft ideologisch kaputtreformierten deutschen Schulen, die sich auf die raumgreifende Gegenstandslosigkeit eines weiteren abstrakten Schulfachs freuen, das die Zeit stiehlt, die einst zum Erlernen des Lesens, Schreibens und Rechnens genutzt wurde.

Die Lernpsychologie weiß längst, dass „Lernen lernen“ so sinnvoll ist wie „Filmen filmen“ – eine selbstreferentielle Tätigkeit des Gehirns, die Inhaltsleere mit der Selbstgefälligkeit eines vermeintlichen Lebens auf der Metaebene kaschiert. Der dumme Schülerspruch, man müsse nichts wissen, nur wissen, wo es steht, verkennt, dass unser Gehirn das Wissen assoziativ speichert, weswegen Inhalte zu Strukturen führen, nicht Strukturen sich wie vorgeformte Schublade mit eingeschütteten Inhalten füllen. Der Vorschlag, „Ritualkunde“ zum eigenständigen Schulfach zu erheben, ist so geistreich, wie ein Fach „Benimmkunde“ einzuführen. Kritiker dieser vor Jahren diskutierten Idee erklärten zurecht, dass gutes Benehmen der Kinder von jedem Lehrer in jedem Schulfach, von jedem Erwachsenen zu allen Zeiten der Gemeinschaft mit Kindern eingefordert werden sollte. In gleicher Weise sollten Rituale als verlässliche Strukturen jede Umgebung prägen, in der Kinder aufwachsen, allein nur, um nicht jeden Tag aufs Neue umständlich die soziale Ordnung zu diskutieren, die für das Lernen in der Gemeinschaft notwendig ist.

Was bleibt am Ende Lehrreiches von der Lektüre des Türckeschen „Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur“? Dieses: Mit dem Thema ADHS kann man gutes Geld verdienen, nachgerade auch dann, wenn man weder Arzt noch Pharmazeut ist. Sigmund Freud ist, zumindest in Deutschland, ein Untoter wie Rudolf Steiner; für manche ist der 23. September 1939 offenbar ein Fanal wie der 21. Dezember 2012: Das Ende der Welt kommt mit dem Ende des Kalenders, das Ende der wissenschaftlichen Erkenntnis kam mit dem Tod Freuds. Es gibt kein Lektorat mehr in Verlagen: „Egon Bleuler“ ist fast so gut wie der Fehler in der ersten deutschsprachigen Ausgabe der Steve Jobs-Biographie von Walter Isaacson, als das Silicon Valley zum Tal des Silikons statt des Siliziums wurde; doch steht der Fauxpas, der übrigens in der Bibliographie korrigiert ist, prototypisch für ein Werk, das in der Sache so abstrus und fehlerhaft ist, dass ein anerkannter Wissenschaftsverlag die Veröffentlichung eigentlich hätte ablehnen müssen.

Nun mag sich an diese Rezension eine Diskussion darüber anschließen, ob die vorliegende Kritik in unzulässiger Weise eine abweichende Meinung torpediert. Nein, das tut sie nicht! Die Ausführungen Türckes über die ADHS, das Gehirn, den Neurotransmitter Dopamin, die Aufmerksamkeitssteuerung, die Frühgeschichte der Menschheit, die sozialen Transformationen von der Industrialisierung zum Internetzeitalter sind bestenfalls Spekulationen, weitenteils falsch. Die esoterische Grundtendenz dieses bemüht philosophischen Textes ist ein evidentes Faktum, das mit einer Ausblendung großer Teile der empirischen wissenschaftlichen Forschung der letzten Jahrzehnte einhergeht. Daher sind Türckes Thesen allenfalls auf der Ebene bemühter Anregung einer ohnehin anhaltenden Diskussion des Konzepts, der Ursachen und Auswirkungen der ADHS von Be-

deutung. Doch selbst bei wohlwollender Betrachtung sind diese Spekulationen sinnlos, die Hypothesen – sofern sie im feuilletonistischen Sammelsurium von Türckes Schreibfluss überhaupt an Kontur gewinnen – widerlegt. Nett, ein-

mal mehr über die ADHS gelesen zu haben; das Gelesene selbst kann man getrost vergessen.

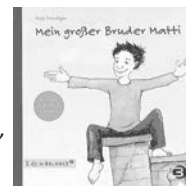
■ Dr. Johannes Streif

Anja Freudiger „Mein großer Bruder Matti – Kindern ADHS erklären“

Anja Freudigers Buch hat mich gefreut. „Mein großer Bruder Matti“ ist ein gelungenes Bilderbuch über ADHS. Erzählt wird die Geschichte von Matti, dem großen Bruder von Julius. Julius liebt seinen Bruder und ist beeindruckt von seinem Mut und seinem Erfindungsreichtum.

Matti ist in der Lage, einen wunderschönen Springbrunnen zu bauen, indem er mit Hammer und Nägel Löcher in den Gartenschlauch fabriziert. Traurig nur, dass die Erwachsenen Kummer damit haben. Kummer hat auch Matti, denn er kann so sehr aus der Haut fahren, dass es ihm hinterher sehr leid tut. Julius erzählt, dass seine Mutter mit Matti deswegen zu einem Therapeuten geht (der Therapeut mit seiner Zauselfrisur und zeitlosen Norwegerpulli ist schon ein echter Hingucker für sich). Das ist beunruhigend, aber es hilft. Denn der Therapeut erklärt ihnen in einem gut verständlichen, einleuchtenden Bild, warum Matti Schwierigkeiten hat. Und er gibt einige Hinweise, wie man mit ADHS umgehen kann. „Einige Probleme kann man mit viel Übung

Anja Freudiger
Mein großer Bruder Matti
– Kindern ADHS erklären
ISBN: 978-3867390729
Verlag: Balance Buch + Medien,
1. Auflage (4. Oktober 2012)
Preis: 12,95 € (gebunden)



in den Griff bekommen“, erzählt mein Bruder begeistert. Das Buch zeigt, dass ADHS eine bereichernde Herausforderung sein kann. Es erhebt niemals den mahnenden Finger, sondern bleibt ganz auf der Ebene, wie Matti, seine Mutter und Julius Mattis ADHS erleben; ihre Zuneigung, aber auch ihre Hilflosigkeit. Sinnvoll finde ich, dass Freudiger das Thema Medikation nicht erwähnt. Natürlich ist die Medikation zentral bei der Behandlung des ADHS, aber für das Buch wäre es ein Zuviel gewesen. Es hätte seinen Rahmen gesprengt, da die medikamentöse Therapie derzeit zu umstritten und von zu vielen Vorurteilen belastet ist.

„Mein großer Bruder Matti“ gehört in die Hände von Eltern mit betroffenen Kindern. Es gehört ins Regal jeder Lehrerfachbibliothek (bzw. jeder pädagogischen Ausbildungsstätte) und würde sich auch im Wartezimmer jedes Kinderarztes gut machen.

■ Uwe Metz

Jürgen Lehrich Punker Peter



Jürgen Lehrich
Punker Peter
ISBN: 978-3862791675
Verlag: Wagner, Gelnhausen
1. Auflage (September 2011)
Preis: 14,90 € (Broschiert)

Auf den ersten Blick ist Punker Peter eine ganz nette Gedichte-Sammlung, die sich sehr übertrieben mit den Problemen der heutigen Jugend befasst.

Rauchen, Drogen und sogar Autismus werden mit humorvollem Ausdruck beschrieben.

Anfangs kann man darüber lachen. Aber wenn man das mal genauer ansieht, will Jürgen Lehrich nicht das klassische Kinderbuch „Der Zappelphilipp“ neu schreiben, sondern etwas übertrieben die Probleme der Jugend auf verschiedene Personen übertragen.

Noch schlimmer ist, dass er nicht nur die Namen ändert (z. B. Suppenkaspar wird zum Fritten-Kaspar) sondern auch den Charakter (Zappelphilipp wird zum Autisten – und seit wann ist Philipp ein Autist?)

Deswegen meine Meinung:

Daumen leicht hoch, wenn man das Original nicht kennt – aber Daumen ganz runter, wenn man es kennt!

■ Marcel

Änderungsmitteilung

Wenn sich bei Ihrer Anschrift, Ihrem Namen oder Ihrer Bankverbindung etwas ändert, dann teilen Sie uns dies bitte im folgenden Formular mit.

Bisherige Anschrift/Name	
Anrede:	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Neue Anschrift/Name	
Anrede:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Bankverbindung	
Kontoinhaber :	
Kontonummer:	
Geldinstitut:	
Bankleitzahl:	



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

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

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

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 28.06.2013 – Sonntag, 30.06.2013

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 30.08.2013 – Sonntag, 01.09.2013

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 24.01.2014 – Sonntag, 26.01.2014

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 07.02.2014 – Sonntag, 09.02.2014

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

12./13.10.2013 Caritas-Haus Feldberg

Landesgruppe Bayern:

20.11.2013 in Würzburg

Landesgruppe Berlin:

31.08.2013

Landesgruppe Hamburg:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Niedersachsen/Bremen:

14./15. September 2013 in Helmstedt

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:

08./09. Juni 2013, JGH Münster Aasee

Landesgruppe Schleswig-Holstein:

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

Landesgruppe Thüringen:

Aufgrund der geringen Größe

keine eigene Fortbildung

Jugendveranstaltung

„ADHS kreativ – Achtung, jetzt kommen wir!“

Freitag, 27.09.2013 – Sonntag, 29.09.2013

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Freitag, 11.10.2013 – Sonntag, 13.10.2013

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Zusammen mit dem Jungen Beraternetz

Freitag, 09.05.2014 – Sonntag, 11.05.2014

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter/-innen

Samstag, 09.11.2013 – Sonntag, 10.11.2013

im Hotel Göller, Hirschaid

Freitag, 05.09.2014 – Sonntag, 07.09.2014

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Mitgliederversammlung/ Symposium 2014

Freitag 21.03.2014 – Sonntag, 23.03.2014

in Hamburg

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender: **Hartmut Gartzke**
30916 Isernhagen
vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender: **Dr. Johannes Streif**
81541 München
vorstand2@adhs-deutschland.de
- Schatzmeisterin: **Elisabeth Busch-Boeing**
52070 Aachen
schatzmeisterin@adhs-deutschland.de
- Schriftführer: **Patrik Boerner**
boerner@p-boerner.de
schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

- Unterstützung
des Vorstandes: **Herta Bürschgens**
52249 Eschweiler
adhsde.buerschgens@gmx.de
- Telefonberatungsnetz: **Gerhild Gehrman**
25336 Elmshorn
telefonberatung@adhs-deutschland.de
- E-Mail-Beratung:
Erwachsenen-ADHS: **Dr. Astrid Neuy-Bartmann**
63739 Aschaffenburg
email-beratung@adhs-deutschland.de
- Webredaktion: **Sabine Nicolei**
38112 Braunschweig
web.redaktion@adhs-deutschland.de
- Kinder und
Jugendliche mit ADHS: **Dr. Klaus Skrodzki**
91301 Forchheim
- Organisation/
Fundraising: **Karin-Gisela Seegers**
14055 Berlin
seegers-berlin@t-online.de
- Regionalgruppen: **Bärbel Sonnenmoser**
71032 Böblingen
baerbel@adhs-bb.de
- Juristische
Angelegenheiten: **Reinhard Wissing**
96049 Bamberg

Unterstützung des Verbandes

- Geschäftsführung: **Dr. Myriam Menter**
gf@adhs-deutschland.de
- Europäische Kontakte: **Detlev Boeing**
B-3080 Tervuren
adhs@telenet.be
- Ernährung/
Stoffwechsel-
besonderheiten:
Schule: **Renate Meyer**
61381 Friedrichsdorf
meyer.koeppern@t-online.de
- Christiane Eich**
64293 Darmstadt
Schule@adhs-deutschland.de
- Jugendteam: jugendberatung@adhs-deutschland.de

Wissenschaftlicher Beirat

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

Landesgruppenleiter

- | | |
|----------------------|------------------------|
| Baden-Württemberg | Bärbel Sonnenmoser |
| Bayern | Brigitte Nagler |
| Berlin | Karin-Gisela Seegers |
| Hamburg | Christiane Eich |
| Hessen | Astrid Bojko-Mühr |
| Niedersachsen/Bremen | Margit Tütje-Schlicker |
| Nordrhein-Westfalen | Herta Bürschgens |
| Schleswig-Holstein | Harald Linke |
| Thüringen | Andrea Wohlers |

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 41 07 24
12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:

Fon 030 – 85 60 59 02

Fax 030 – 85 60 59 70

Montag 14:00 – 16:00 Uhr

Di, Do, Fr 10:00 – 12:00 Uhr

e-mail: info@adhs-deutschland.de

Besuchen Sie uns unter

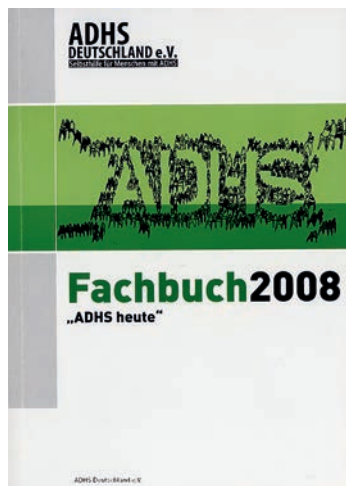
www.adhs-deutschland.de

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

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

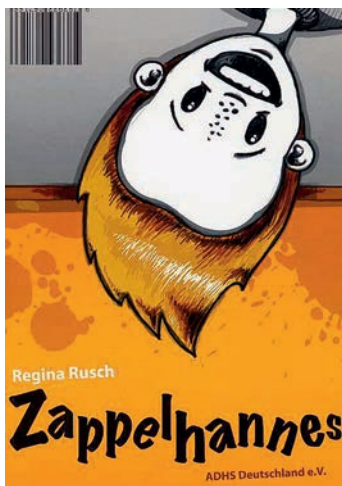
Aus unserem Verlag:



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
"ADHS heute"

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

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



Regina Rusch
"Zappelhannes"

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

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

ADHS Deutschland e. V.

Poschingerstr. 16; D-12157 Berlin
Tel.: 030 / 85 60 59 02
Fax: 030 / 85 60 59 70
E-Mail: info@adhs-deutschland.de
Internet: www.adhs-deutschland.de

Spendenkonto:

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

Beitragskonto:

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



ADHS Deutschland e.V. (Hrsg.)
"ADHS und Recht"

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

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

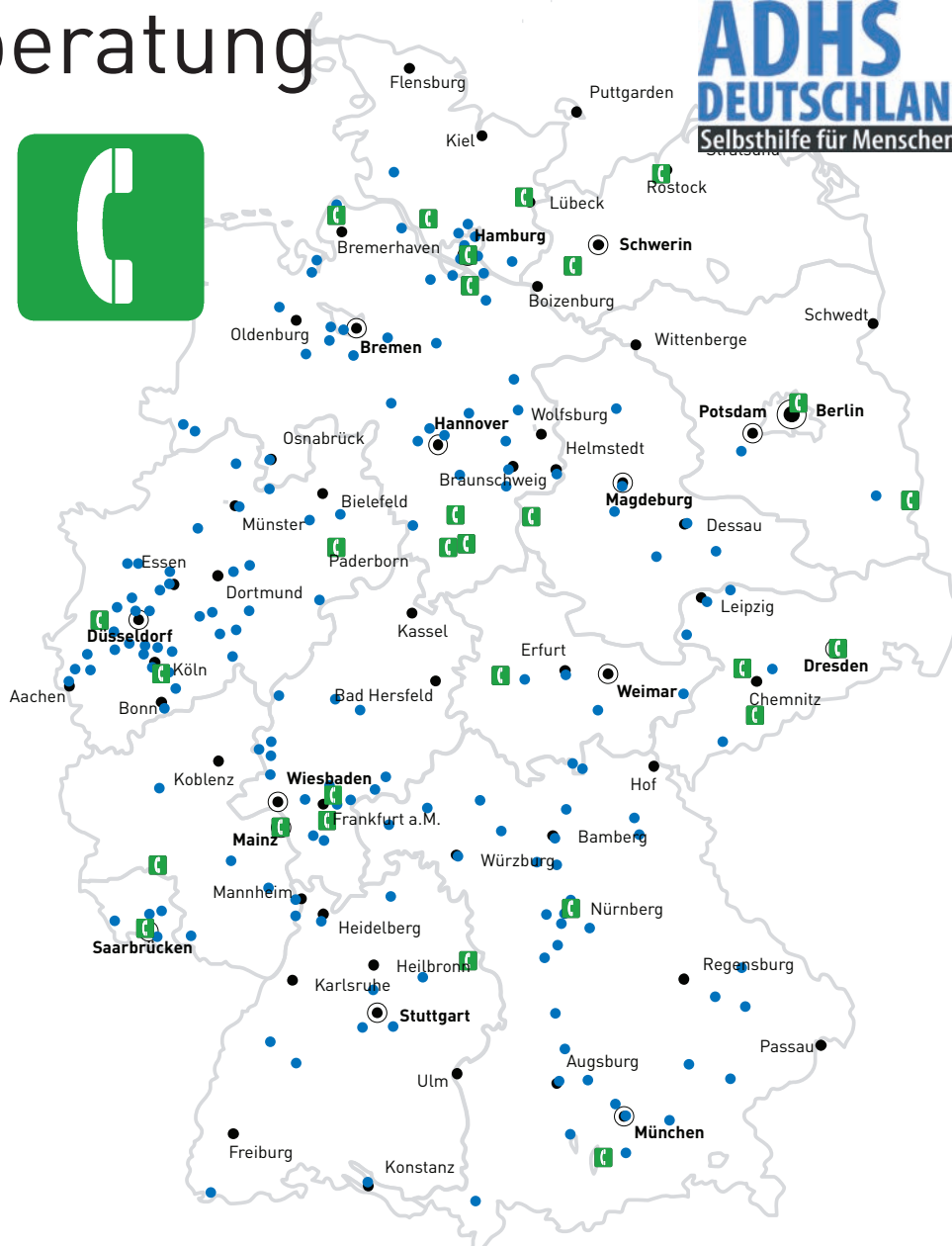
Ist ADHS eine Behinderung?

Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

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

Telefonberatung

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



Bayern

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

Baden – Württemberg

Uwe Metz:
07152 – 6 10 47 21

Berlin

Karin-Gisela Seegers:
030 – 3 01 97 14

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

Birgit Weigel:
040 – 68 91 50 23

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:
05684 – 16 59
Regina Schubert:
069 – 98 55 68 23

Mecklenburg-

Vorpommern

Ricarda Mafille:
03883 – 72 77 18
Karin Heynen:
0381 – 7 69 80 16

Niedersachsen

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

NRW

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

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:
0651 – 4 63 78 78

Sachsen

Susanne Voigt:
037341 – 4 98 30

Schleswig-Holstein

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

Saarland

Sabine Berg:
0651 – 4 63 78 78

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22

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

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