

# neue AKZENTE

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

# ADHS

# Kaleidoskop des Lebens



- ADHS – lächelnd einsam – verspielt, verträumt, verloren
- ADHS – wird ein gesellschaftliches Problem medikalisiert?

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

*Zeitschrift*



Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten eine neue Ausgabe unserer Vereinszeitschrift *neue AKZENTE* in Händen. Das Heft ist diesmal sehr bunt geworden – sowohl das Cover, als auch thematisch – passend zur ADHS und den Menschen, die es betrifft. Ich möchte mich ganz herzlich bei allen bedanken, die dazu beigetragen haben.

Bei der Gelegenheit möchte ich Sie auch noch auf zwei Dinge hinweisen:

Unser neuestes Angebot, der **Online-Elterntainer „ElternCoach“**, ist „online“ gegangen. Über dieses Projekt erfahren Sie mehr ab Seite 26 in diesem Heft.

Außerdem eine Bitte unserer Schatzmeisterin: Bitte achten Sie darauf, dass uns Ihre korrekte, **SEPA-fähige Bankverbindung** vorliegt. Immer wieder verursachen Rückbuchungen oder fehlende IBAN/BIC Kosten und unnötigen Verwaltungsaufwand.

Nun bleibt mir nur noch Ihnen ebenso bunte Sommer- und Urlaubstage zu wünschen.

Ihre

Dr. Myriam Menter

## Impressum *neue AKZENTE*

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

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

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

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

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

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

**Auslandsüberweisungen:**  
IBAN DE36251900010221438500  
BIC VOHADE2H

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

**Druck**  
BUD, Potsdam.

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

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

## Copyright

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

**Redaktionsschluss für nächste Ausgabe:**  
01. November 2014

## Fotonachweis

Titelbild: Renate Meyer  
Aktive der Landes- und Regionalgruppen  
Kreis Düren

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

## FACHBEITRÄGE

*Dr. Karsten Dietrich*

- 04 ADHS – lächelnd einsam – verspielt, verträumt, verloren**

*Dr. Kirsten Stollhoff*

- 11 ADHS – wird ein gesellschaftliches Problem medikalisiert?**

## ALLGEMEINES

*Sie fragen – Experten antworten*

- 14 Erbrechen – Nebenwirkung von Methylphenidat?**

*Von einer Leserin*

- 15 Die Unterschiede zwischen einem Leben mit Methylphenidat und ohne Methylphenidat**

*Erfahrungsbericht einer Mutter*

- 16 AD(H)S-Symptomatik durch Nährstoffmangel**

*Julian*

- 18 Universitätsklinikum Heidelberg – unterwegs im „Auftrag“ der Forschung Forschungsprojekt AMseL II**

*Uni Heidelberg, AMseL II*

- 20 Teilnehmer gesucht! Forschungsprojekt**

*Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr*

- 21 Osterferienprojekt „Forschen mit Erde“**

*Von einer Mutter*

- 22 Wenn einer eine Reise tut – Sommerferien mit Max\***

*Margit Tütje-Schlicker.*

- 26 Online-Elternteraining „ElternCoach“**

*MediClin Deister Weser Kliniken*

- 27 ADHS – eine Kinderkrankheit wird „erwachsen“**

- 28 Kriterien zur Bewertung von Kliniken**

## AKTUELLES AUS DEM VERBAND

*ADHS Deutschland e. V.*

- 30 Nachruf Reinhard Wissing**

- 30 Der Beirat des ADHS Deutschland e. V. stellt sich vor:**  
Prof. Dr. med. Martin D. Ohlmeier  
Prof. Dr. med. Klaus-Peter Lesch  
Dipl.-Psych. Dr. phil. Roy Murphy  
Dipl.-Psych. Erika Tittmann

## BERICHTE

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

*Petra Bayer*

- 33 Symposium des ADHS Deutschland e. V. in Hamburg**

*Frank Häusler*

- 35 Frühlingserwachen beim Bundes-symposium mit Mitgliederver-sammlung in Hamburg**

*Nicole Rebitzki*

- 37 Bericht zur Jugendveranstaltung im Rahmen des ADHS-Symposium**

*Patricia Ödell*

- 39 Heeeeereinspaziert, heeeeerein-spaziert! Didacta 25.03.-29.03.2014**

*Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr*

- 40 Schwalm-Eder-Schau 04.- 06. April 2014**

*Kreis Düren – Regionales Bildungsbüro*

- 41 ADHS/ADS und gelingende (schulische) Bildung**

*Heike Seewald-Blunert*

- 42 Zwei auf einen Streich: Erst Messe – dann Fachtag und keineswegs gleich!**

- 43 Regionalgruppenbericht Tätigkeitsbericht RG Helmstedt**

## MEDIEN REZENSIONEN

*Dr. Astrid Neuy-Bartmann*

- 44 Reinhard Haller „Die Narzissmusfalle: Anleitung zur Menschen- und Selbstkenntnis“**

*Uwe Metz*

- 46 Elisabeth Nyberg, Maria Hofecker-Fallahpour, Rolf Dieter-Stieglitz „Ratgeber ADHS bei Erwachsenen“**

*Elke Klug*

- 47 Dorothee Mecklenfeld „Spürend leben lernen – Somatische Wege für die Körper-Seele“**

*Vera-Ines Schüpferling*

- 48 Vera F. Birkenbihl „Stroh im Kopf? Vom Gehirn-Besitzer zum Gehirn-Benutzer“**

## TERMINE

- 49 Fortbildung**  
Telefonberatung  
Landesgruppen  
Regionalgruppen  
Junges Beraternetz  
E-Mail-Beratung

## VERBANDSDATEN

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

- 52 Telefonberatung**

# ADHS – lächelnd einsam – verspielt, verträumt, verloren

**Umsetzung des Vortrags vom Symposium ADHS Deutschland e. V. 2014 am 22.03. in Hamburg.**

Weshalb treffen sich so viele Menschen auf einem Symposium über ADHS?

Weil sie Sorge haben, dass die Hyperaktivität der Kinder zu einem verfrühten Gelenkverschleiß führt? Weil sie das „Genervte“ der Kinder nicht mehr aushalten?

Nein – weil sie sich Sorgen machen um das Bestehen der Kinder in der Gesellschaft, in der Schule und im Leben! Weil am Ende der „Karriere“ häufig Sucht, Depression, Suizid, Scheitern, Kriminalität usw. stehen. Sie haben Angst, dass ihre Kinder unter die Räder kommen! Diese Angst ist häufig unerträglich. Eltern haben die uralte Verpflichtung, ihre Kinder fähig zu machen. Fähig, das Leben in allen Ausprägungen zu bewältigen. Bei Kindern mit einer ADHS ist der Aufwand dieser Befähigung häufig riesig und genauso häufig ist fast kein Erfolg zu sehen.

Wie kommen zu wenig oder zu viel Aktivität (stille oder hyperaktive Variante) oder eine gestörte Aufmerksamkeit zu einem solch fatalen Ende? Nicht, weil das Eine eine Folge des Anderen ist. Die klassischen Symptome (Kernkriterien) beschreiben nicht das Grundproblem aus dem die vielen fatalen Folgen entstehen. So ist es äußerst kurz gesprungen, wenn man eine Neigung ADHS-Betroffener zum Drogenkonsum mit dem Hang zum Ausprobieren infolge gesteigerter Impulsivität erklärt. Die „Kernkriterien“ sind Zeichen eines zugrundeliegenden Problems, tragen aber nur bedingt zum Verständnis der Erkrankung bei.

Im Laufe der letzten Jahre war es mir möglich, eine Theorie zu entwickeln, die Theorie der fehlangepassten Sicherheitsreaktion (TFAS), die seit 2007 auf Kongressen und Ende 2010 als Buch „Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom – ADHS – Die Einsamkeit in unserer Mitte“ veröffentlicht ist. Sie bietet eine Erklärung dafür, dass Kinder hyperaktiv oder zu still sind und Erwachsene an einer Depression oder einer Angststörung leiden. Auch hilft sie verstehen, warum „still“ und „hyperaktiv“ tatsächlich dieselbe Erkrankung bedeuten und bei beiden dasselbe Medikament hilft.

Dazu ein kleines „Experiment“, das ich bereits bei einigen Vorträgen vorgestellt habe: Fühlen sich die Besucher einer Vortragsveranstaltung sicher? Haben sie daran schon einen Gedanken verschwendet? Sie befinden sich bei einem Vortrag in einem ihnen im Wesentlichen fremden Raum. Einige sind sogar zum ersten Mal hier.



*Dr. Karsten Dietrich*

In einer Sackgasse! Die Ausgänge sind schnell verbarriadiert! Bislang sind den Zuhörern solche Gedanken nicht gekommen. Warum eigentlich nicht? Ohne ihr Zutun hat ihr Hirn alles analysiert!

Würde nun diese Veranstaltung nicht ruhig und friedlich ablaufen, sondern es käme zu einem Terror-Anschlag mit Bewaffneten an allen Ein- und Ausgängen. Wären die Zuhörer noch ruhig? Könnten sie sich auf meinen Vortrag konzentrieren und wären nicht abgelenkt? Wie lange würden sie warten und sitzen bleiben, wenn sie den Eindruck gewinnen, es würde brenzlich werden oder würden sie impulsiv durch ein unüberwachtes offenes Fenster in ihrer Nähe zu fliehen versuchen? Oder, andersherum: Wenn sie ein Versteck gefunden hätten, würden sie rufen, würden sie irgendeine Aktivität zeigen oder wären sie still?

Eine wesentliche Erkenntnis der Theorie ist, wie im Gehirn die Einstellung des Menschen auf derartige Gefahrenlagen erfolgt. Sie setzt voraus, dass der Mensch, vergleichbar mit dem Gleichgewichtssinn, einen Sicherheitssinn besitzt. Während der Gleichgewichtssinn bei Störung des Gleichgewichts die Muskulatur so beeinflusst, dass das Gleichgewicht wieder erreicht wird, legt der Sicherheitssinn fest, aus welcher Hirnregion das Gehirn gesteuert wird. Wird vom Sicherheitssinn viel Sicherheit wahrgenommen, erfolgt die Steuerung aus dem Stirnhirn. Je weniger Sicherheit wahrgenommen wird, umso weiter verlagert sich die Sicherheit im Kopf nach hinten. Ist die Sicherheit extrem gering, verlagert der Sicherheitssinn die Steuerung des Gehirns bis in das Reflexzentrum. Dazwischen liegt das limbische System. Die meisten Situationen mit deutlich verminderter Sicherheit werden mit einer Steuerung aus dem limbischen System bewältigt. Eine wichtige Grundkenntnis ist, dass die Steuerung nicht „springt“, sondern gleichmäßig vom

Stirnhirn zum limbischen System und im Bedarfsfall weiter nach hinten zum Reflexzentrum verschoben wird. Wird die Sicherheit nach der Gefahrensituation wieder als hoch wahrgenommen, hat der Sicherheitssinn noch eine Übergangszeit der gesteigerten Empfindlichkeit und erst an deren Ende geht die Gehirnsteuerung wieder endgültig zum Stirnhirn zurück.

Solange das Gehirn vom Stirnhirn aus gesteuert ist, hat der Mensch seine Kulturbefähigung zur Verfügung. Er kann auch komplizierte Probleme erkennen, dazu Lösungen finden und mit dem vorhandenen Zeitgefühl einen Plan entwerfen. Einen derartigen Plan dann zu verfolgen, bedeutet, Willen auf sich selbst konsequent anzuwenden und quasi zweigeteilt zu sein in eine Person, die beobachtet und kontrolliert, die antreibt oder bremst, und eine, die ausführt. So kommt der Mensch zu Strategie. Er verfolgt ständig verschiedene Pläne parallel und bringt sie in der Regel zu einem guten Ende. Er richtet sein Verhalten nach den geltenden Grundsätzen und Regeln aus und erreicht seine Ziele, selbst, wenn ihn zwischendurch die Lust verlässt. Er hat quasi einen Videorecorder mitlaufen, der eine zusammenhängende Erinnerung an Abläufe und Entscheidungen ermöglicht. Von diesen Aufzeichnungen kann er berichten, weil er seine Muttersprache beherrscht und ebenso von den Emotionen, die mit dem Gelingen oder auch Scheitern der Pläne verbunden sind. Gerade das Sprechen über Emotionen führt zur Gemeinschaft mit nahestehenden Menschen. Wenn die Sicherheit zu gering ist, ist der große Nachteil dieser grandiosen Kulturfähigkeit ihre Langsamkeit. Der Mensch im Kulturmodus ist sehr leistungsfähig und vernetzt, aber er ist langsam.

In einer Gefahrensituation, wie z. B. dem eingangs geschilderten Überfall rettet nur Schnelligkeit. Die Verschiebung der Hirnsteuerung hin zum limbischen System sorgt für Schnelligkeit, weil damit das Zeitgefühl verschwindet. Sämtliche bewusste Wahrnehmung von Gefühlen ist dann eingeschränkt, ebenso das Denken darüber. Vor allem aber, die Beeinflussung der Gefühle ist unmöglich. Genau dadurch werden die Gefühle Lust und Unlust für das Verhalten entscheidend. Keine Analyse, kein Plan regelt mehr das Verhalten, nur Mögen und Ablehnen. Das ist perfekt für die Gefahrensituation. Überleben fühlt sich wunderbar an, sterben unerträglich. So wird alle Energie in das Überleben gesteckt.

Dann wird auch die sonst so notwendige Strategie, die Ausrichtung der Handlung an Plänen, durch Taktik abgelöst. Nur die nächsten Minuten sind wichtig, was in einigen Wochen ist, egal.

Die Videoaufzeichnung ist von einer Fotofunktion abgelöst. Einzelaufnahmen werden besonders von Gefahreninformationen gemacht, ergeben jedoch keine zusammenhängende Erinnerung an das Erlebte. Lernen ist somit nur noch auswendig. Ursachen, Abläufe, Zusammenhänge werden

nicht gelernt. Der Mensch lebt im Moment, nicht durch sich selbst bestimmt, sondern durch die Umstände.

Ist die Sicherheit noch geringer, wird die Steuerung zum Reflexzentrum verschoben. Ohne jegliche Bewusstheit oder Erinnerung kämpft der Mensch, stellt sich tot oder läuft weg.

Jeder Mensch hat diesen Sicherheitssinn und jeder kann durch von Sicherheitssinn erfasste Unsicherheit in eine Kulturunfähigkeit versetzt werden, die für die Gefahrenlage optimal, für das tägliche Leben sehr beeinträchtigend ist.

Das Wesen der ADHS besteht darin, dass der Sicherheitssinn überempfindlich ist. Je überempfindlicher der Sicherheitssinn ist, desto stärker ist die Ausprägung der ADHS. ADHS ist dimensional. Es gibt leichte Fälle, mittlere Fälle, bei denen die Entscheidung zur Behandlung zu treffen ist, und starke, die kaum in der Lage sind, sich als Kind zu entwickeln und als Erwachsener zu bestehen. Je ausgeprägter die ADHS ist, desto weniger Kulturfähigkeit steht in der Kultursituation zur Verfügung.

Worauf reagiert der Sicherheitssinn? Auf Trauma. Definition Trauma: Eine Verletzung, die nicht verhindert werden kann. Je wahrscheinlicher ein Trauma wird, desto geringer ist die Sicherheit.

Über Jahrhunderttausende der Menschheitsgeschichte standen die „klassischen“ Risiken im Vordergrund: Naturkatastrophen, Fressfeinde, z. B. Bären oder körperliche Angriffe mit massiver Verletzungs- oder Tötungsabsicht durch andere Menschen.

In der modernen Welt ist die Sicherheit vor allem in sozialer Hinsicht gefährdet:

Ausgrenzung, Aggression, auch geringerwertige körperliche Angriffe und Abwertung, zusammengefasst als Mobbing, früher Rufmord genannt, aktivieren den Sicherheitssinn stark. Hierin besteht die entscheidende Unsicherheitswahrnehmung bei ADHS.

Die Notwendigkeit wird offensichtlich, wenn man sich die Mechanismen dieses sozialen Stresses ansieht: Der Mensch bildet zu seiner Sicherheit Gruppen. Früher bestanden diese in der Familie, in der Sippe, in der man umherzog und mit der Sesshaftwerdung im Dorf. Es gab immer ein Innen und ein Außen, ein Mensch konnte innerhalb und außerhalb der Gruppengrenze stehen. Jede Gruppe schützte ihre Mitglieder durch Anstandsregeln. „So etwas tut man nicht“. Im Umkehrschluss bedeutet es, und das gilt in unseren heutigen Gruppen genauso, dass Schutz durch die Regeln nur derjenige hat, der vollwertig zur Gruppe gehört. Wer nun in einer Gruppe abgewertet wird, verliert diesen Schutz, ihn schützen die Regeln nicht mehr. Das schlimmste Beispiel dafür ist das Schicksal der Juden im Dritten Reich. Das bürgerliche Gesetzbuch galt in der Weimarer Republik und im Dritten Reich nahezu unverändert. Und auch heute gilt es mit seinen Grundsätzen ohne wesentlichen Unterschied. Der Schutz des Einzelnen ist genau geregelt. Im Text. Die Anwendung auf die Deut-

schen jüdischen Glaubens und zugeordneter jüdischer Abstammung fand nicht statt. Der einzige Grund dafür ist die Abwertung der als schlicht „Juden“ bezeichneten und damit schon ausgegrenzten Mitmenschen. Sie wurden jahrelang über die Medien unentwegt mit Ungeziefer gleichgesetzt. Abwertung führt zum Verlust des gesellschaftlichen Schutzes und damit im übelsten Fall zu Lebensgefahr. Das war schon immer so und deshalb muss der Sicherheitssinn sehr sensibel Abwertung wahrnehmen. Mobbing ist vorsätzliche Abwertung und damit ein extrem intensives Signal von Unsicherheit, da der Sicherheitssinn nicht vorhersagen kann, ob am Ende tatsächlich der Tod steht. Mobbing ist eine indirekte Todesdrohung.

Auf Abwertung, die im Leben jedem in Einzelfällen widerfährt, gibt es eine besonders erfolgreiche Reaktion: sich zusammenreißen und kontrolliert reagieren. Sehr günstig ist, unmittelbar nach der Abwertung zu lächeln und am besten mit einem lockeren Spruch über das gerade Erlebte hinwegzugehen. Damit ist ein Großteil des Schadens neutralisiert. Hilfreich ist weiterhin, die eigene Leistung zu steigern und sich für die Gruppe einzusetzen. Die Gruppe hält an notwendigen Mitgliedern länger fest. Und ohne Frage ist es sehr wertvoll, seine Freunde um sich zu scharen, die dokumentieren, dass man dazu gehört und sich vor und hinter einen stellen.

Diese erfolgreiche Reaktion gelingt nur dann, wenn die Steuerung aus dem Stirnhirn erhalten bleibt. Genau das ist gleichzusetzen mit dem, was der Mensch mit „sich Zusammenreißen“ meint. Es gibt aber zwei typische Bedingungen, unter denen das sich Zusammenreißen nicht gelingt. Die eine besteht, wenn die Abwertung zu heftig, d. h. dass das Mobbing zu krass ist. Die andere besteht in der ADHS. Ist sie deutlicher ausgeprägt, wird die Hirnsteuerung auch bei geringeren Infragestellungen zum limbischen System verschoben. Was passiert dann? Zuerst wird der Sicherheitssinn schlagartig überempfindlicher. Nur so ist sichergestellt, dass er keine Gefahr übersieht. Bei Aktivierung muss sich sofort die Empfindlichkeit des Sicherheitssinns erhöhen, sonst ist die Gefahr des Versagens zu groß. Damit ist jedoch ausgeschlossen, dass die abwertende Äußerung lächelnd ignoriert wird. Jedes Wort wird nun plötzlich auf die Goldwaage gelegt, jede noch so geringe Verletzung wird erfasst. Leistung kann nicht mehr gezeigt werden. Ohne Frontalhirnsteuerung keine Leistung. Und Freunde? Gab es je welche? Jeder aus der Gruppe könnte auch ein Mitläufer oder Täter sein. In einer solchen Situation fällt es jedem extrem schwer zu vertrauen, sich zu öffnen, Positives zu erwarten. Der aktivierte Sicherheitssinn sorgt für Einsamkeit, niemand eilt zur Unterstützung. Damit ist der unerbittliche Erfolg von Mobbing beschrieben. Das Opfer ist überempfindlich, leistungsunfähig und einsam. Es kommt aus eigener Kraft aus diesem unerträglichen Zustand nicht heraus. Genauso der Dauerzustand für einen Menschen mit ADHS. Er gilt als hochsensibel. Kritik ist für ihn immer Angriff, ein

guter Rat Bevormundung. Auch ist alles ungerecht. Der Gerechtigkeitssinn, der Menschen mit ADHS zugesprochen wird, ist eigentlich ein Ungerechtigkeitssinn. Hochsensibel werden alle Informationen auf Ungerechtigkeit abgetastet. Leistung ist immer weit unter Niveau. Menschen mit einer ADHS liegen leistungsmäßig in der Regel weit unter ihren Möglichkeiten. Selbstbeobachtung, konstruktives Nachdenken über sich selbst, insbesondere auch über die eigenen Gefühle, Anwendung von Willen auf sich selbst, Motivation bei Unlust, strategische Lebensausrichtung, Erkennen von komplizierten Problemen, aktives Erlernen von Wissen als Werkzeug und alle anderen Hirnleistungsaspekte, die den Menschen auszeichnen, gelingen nicht. Und auch das soziale Miteinander ist ein riesiges Problem. Freunde zu finden klappt zum Teil noch, Freunde zu halten nicht. Vertrauen geht prinzipiell nicht. Enttäuschung ist zu schnell zu groß. Streit ist Kampf.

Wer mit Menschen mit einer ADHS zu tun hat, wird ihnen nur gerecht, wenn er andauernd realisiert, dass sie sich im Dauerzustand des Mobbings befinden, auch wenn objektiv kein Mobbing gegeben ist. So wird vieles der typischen Verhaltensweisen deutlich, wichtiger ist aber noch, dass ein Verständnis für die Dauerbelastung, das ewig Unangenehme und Einschränkung viel verständlicher wird.

Der zweite soziale Aktivierungsgrund für den Sicherheitssinn ist folgender: Wenn der Sicherheitssinn aktiviert ist, sorgt jede Einschränkung der Kontrolle über die Situation für eine weitere Aktivierung. Jedes Lebewesen in Gefahr ist nicht bereit, die Kontrolle der Situation abzugeben. Nichts und niemand darf die Handlungs- und Entscheidungsfreiheit begrenzen. Einflussnahme anderer wird abgeschüttelt oder ignoriert. Damit ist für die Eltern Erziehung häufig unmöglich. Das Kind hat seinen Empfänger taub gestellt. Auch die Neigung, Regeln und Gesetze eher großzügig zu interpretieren und im Bedarfsfall auch zu ignorieren, erklärt sich hierdurch.

Als drittes führt Ohnmacht zur Aktivierung des Sicherheitssinns. Jeder kennt Situationen aus seinem Leben, in denen Überforderung ihn gelähmt und unfähig gemacht hat. Es passiert dann, wenn eine Herausforderung zur Überforderung wird. Wie bei der ersten Fahrstunde für den Autoführerschein. Menschen mit einer ADHS haben viele erste Fahrstunden, das ganze Leben lang. Je stärker die Kulturbefähigung beeinträchtigt ist, desto mehr sind die Kulturanforderungen des täglichen Lebens Überforderung. Bedeutend hierbei ist auch, dass die ADHS sich dadurch selbst verstärkt. Wenn nach dem Wochenende die Symptomatik etwas geringer ist, so führen die Überforderungen zur Verstärkung der ADHS und die stärkere ADHS zu vermehrter Überforderung.

Wie erfolgt nun das Handeln aus dem limbischen System bei Unsicherheit heraus? Es folgt sehr strikten Vorgaben. Anhand der Klärung von fünf Fragen wird die Sicherheitslage eingeschätzt und eine angemessene Reaktion gefunden.

Beispielhaft dafür kann man sich anschauen, wie eine Katze auf Gefahreninformationen reagiert. Zuerst schläft sie im Sommer auf dem Rasen. Hört sie ein lautes Geräusch, springt sie auf und klärt die erste Frage: Ist eine Veränderung vorhanden oder nicht? Hat ein Windstoß das Geräusch verursacht, dann ist keine Veränderung mehr erkennbar. Wenn eine Veränderung erkennbar ist, folgt die zweite Frage: Ist sie interessant oder nicht. Eine Birne, die vom Baum gefallen ist und Lärm verursacht hat, ist uninteressant, ein Tier ist interessant. Wenn es nun ein Tier ist, folgt die dritte Frage: Ist das Tier gefährlich oder nicht. Eine Amsel ist laut und gegebenenfalls zu verspeisen, ein Hund wäre gefährlich. Die vierte Frage lautet: lebensgefährlich oder nicht. Ein Schoßhund ist lästig, aber durch eine Katze gut zu kontrollieren, ein ausgebildeter Jagdhund ist lebensgefährlich. Wenn es der Jagdhund ist, bleibt die letzte Frage: Wird die Katze aktiv oder nicht. Um diese Frage richtig zu beantworten und ihre Haut zu retten, braucht sie zeitgleich sämtliche Informationen aus ihrer Umgebung. Die Wahrnehmung muss ungefiltert in alle Richtungen weit offen sein. Wenn sie alle nötigen Informationen hat, kommt die Entscheidung:

1. Die Katze ist fit, der Birnbaum gut erreichbar und der Hund hinreichend entfernt: Die Katze wartet keine Sekunde und nutzt alle Muskeln. Nach einer Phase der verstreuten Aufmerksamkeit (1. Kernkriterium) ist die Katze impulsiv (2. Kernkriterium) und hyperaktiv (3. Kernkriterium). Diejenigen, die sich in der Auseinandersetzung für fit halten, versuchen die Situation zu gestalten, sind hyperaktiv. Das sind meistens die Jungen.
2. Die Katze ist nicht fit, der Baum schlecht erreichbar und der Hund zu nah: Dann hilft der Katze nur eins: TARNUNG. Auch wenn wir die Mädchen noch so emanzipiert erziehen, sie werden immer weniger Muskelkraft haben und offene Aggression eher vermeiden. Also sind es eher die Mädchen, die sich tarnen und „still“ sind. Sie richten ihr Verhalten ganz darauf aus, nicht wahrgenommen zu werden. Die mögliche Gefahr für eine Person mit ADHS ist sozialer Natur. Entsprechend tarnt sie sich sozial. Entweder dadurch, dass sie gar nicht auffällt oder dadurch, dass sie positiv auffällt.

Während der Rückverlagerung der Hirnsteuerung zum limbischen System kommt es zu folgendem Vorgang im Gehirn: Die frontolimbische Verbindung wird abgeriegelt. Die sogenannte Top-Down-Regelung, bei der das übrige Gehirn dem Stirnhirn und damit den kulturellen Notwendigkeiten untergeordnet ist, wird zur Bottom-Up-Steuerung, bei der die vom Stirnhirn vorgehaltenen Leistungen dem limbischen System untergeordnet wird. Die Stirnhirnfähigkeiten, wie z. B. das Sprechen, sind vorhanden, werden jedoch nicht konstruktiv genutzt. Je weiter die Steuerung zum limbischen System verschoben ist, je mehr also Top-Down-Steuerung vorliegt, desto mehr ist das Sprechen wie vor Gericht. Die gesamte Intelligenz wird genutzt, um sich

selbst abzusichern. Zur Not wird z. B. mit unsinnigen Äußerungen, gewagten Argumentationen oder Lügen die Situation im Unterricht gewonnen, die mündliche Note ist aber eine fünf.

Welcher Informationsfluss mit welchem Ziel geht über die frontolimbische Verbindung?

Zum einen gewährleistet die Funktion der frontolimbischen Verbindung das schon erwähnte ZUSAMMENREISSEN. Sie ermöglicht, das kulturelle Ziel im Auge zu behalten, z. B. den schulischen Erfolg, auch wenn reizvolle Verleitangebote auftauchen. Jeder Schüler will in der Schule nicht scheitern. Wenn zu dem dafür Notwendigen, z. B. dem Erledigen der Hausaufgaben, reizvolle Alternativen auftauchen, wie z. B. Fernsehen, ist das kulturelle Ziel in Gefahr und wird nur dann erreicht, wenn der Fußball sich nicht durchsetzt. Das gelingt nur, wenn der Fußball abgewertet wird. Das Stirnhirn kann ihn über die frontolimbische Verbindung umbewerten und das Interesse an den Hausaufgaben kann sich durchsetzen. Andersherum funktioniert die frontolimbische Verbindung auch. Wenn kulturelle Aufgaben sich unangenehm anfühlen, kann das Stirnhirn sie aufwerten. Ein sehr eindrückliches Beispiel ist eine Situation, in der man sich entschuldigen muss. Niemandem fällt das leicht, für die Bereinigung des Verhältnisses mit dem Anderen ist es aber sehr wertvoll. Das Stirnhirn kann über die frontolimbische Verbindung aus dem Belohnungszentrum im limbischen System positives Gefühl für die anstehende Maßnahme anfordern und diese damit angenehmer machen. Nur dann entschuldigt der Mensch sich.

Wie entsteht die ADHS? Sie entsteht aus der Kombination von Erbe und Prägung. Der Mensch hat eine Prägungsphase während der ersten sieben Lebensjahre. Wenn die Prägungsphase endet, wird das bis dahin erreichte Ergebnis fixiert. Diese Prägung mit abschließender Fixierung hat es ihm über hunderttausende von Jahren ermöglicht, als Nichtsesshafter Lebensräume neu zu erobern, in denen seine Kinder schon viel besser als er zurechtkamen, weil sie über die Prägung bereits auf die neuen Lebensumstände eingestellt waren. Wenn das ganze Gehirn in diesem Lebensabschnitt auf die aktuellen Lebensumstände eingestellt wird, dann natürlich auch der Sicherheitssinn. Wird er in diesen ersten Jahren des Lebens wiederholt aktiviert, so wird er empfindlicher, wie es bereits bei dem Phänomen Mobbing beschrieben wurde. Wird der Sicherheitssinn andauernd aktiviert, nimmt seine Empfindlichkeit kontinuierlich zu und er wird am Ende der Prägungsphase deutlich überempfindlich fixiert. Das genetische Erbe wirkt sich im Wesentlichen auf die Empfindlichkeit des Sicherheitssinns bei Geburt aus. Wer ein Elternteil mit ADHS hat, dessen Sicherheitssinn ist bei Geburt deutlich überempfindlich. Das hat zur Folge, dass viel geringere Reize ausreichen, um den Sicherheitssinn zu aktivieren. Damit ist die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht, dass der Sicherheitssinn

so überempfindlich fixiert wird und dass man dann von behandlungsbedürftiger ADHS sprechen muss.

Dazu kommen die Teilleistungsstörungen. Während der Prägungsphase entwickelt sich das kindliche Gehirn zuerst in der Reflexphase von null bis ungefähr drei Monate: Die Steuerung erfolgt aus dem Mittelhirn mit Ja-Nein-Reaktionen. Darauf folgt die Impulsphase zwischen vier und ca. 17 Monaten: Die Hirnfunktion wird vom limbischen System mit emotional gesteuerten Reaktionen vorgegeben. Lernen ist nur auswendig und das Handeln geschieht ausschließlich nach Lust und Laune.

Die daran anschließende Trotzphase ist ein elementar wichtiger Vorgang für die kindliche Entwicklung.

Es findet die erste große Ablösung statt. Bis zum Beginn der Trotzphase hat das Kind keine eigene Identität. Soweit es sich wahrnimmt, ist es eins mit der Mutter. Ca. 18 Monate länger als die körperliche Einheit besteht die Einheit der Identität und entsprechend der körperlichen Geburt wird in der Trotzphase die eigene Identität des Kindes geboren. Das geht nicht ohne Reibungsverluste und fordert dem Kind ab, sich aus dem unmittelbaren Überwachungs- und Schutzbereich zu entfernen und damit ein erhebliches Maß an Sicherheit aufzugeben.

Mit der Trotzphase geht die Hirnsteuerung an das Frontalhirn über. Die frontolimbische Verbindung wird in Betrieb genommen, das Kind zeigt zunehmend kulturelle Reaktionen, je mehr es die kulturellen Grundfähigkeiten erlernt. Zwischen eineinhalb und drei Jahren liegt der Schwerpunkt des Lernens in der Muttersprache. Anders als in der Impulsphase davor, in der das Kind nur auswendig lernt, analysiert das kindliche Hirn nun selbstständig aus den Sprechversuchen mit den Bezugspersonen die Regeln, Abhängigkeiten und Gesetzmäßigkeiten der Muttersprache und lernt sie anwendbar. Dieser Vorgang ist beispielhaft für kulturelles Lernen, das nicht nur zu Auswendigkönnen sondern dazu führt, dass Erlerntes als Werkzeug zur Verfügung steht. Von drei bis dreieinhalb Jahren wird Zeitgefühl als Voraussetzung für das Haushalten mit Vorräten gelernt. Zeit oder auch z. B. Geld oder die eigene Kraft sind nur dann dauerhaft erfolgreich zu nutzen, wenn man ihre Begrenztheit realisiert und sie sich einteilt. Von dreieinhalb bis viereinhalb Jahren lernt das Kind die eigenen Gefühle kennen und realisiert die Gefühle auch in Anderen. Es beginnt, darüber zu sprechen und erste, zaghafte Freundschaften zu knüpfen. Das Erlernen von Freundschaften und des erfüllenden Austauschs über Gefühle muss von diesem Alter bis in die Pubertät möglichst kontinuierlich und umfassend gelernt werden. Dann ist hinreichend sicher, dass von der Ablösung aus der eigenen Mutter nicht eine große gefühlsmäßige Einsamkeit entsteht, weil Freunde an die Stelle der Mutter als Gesprächspartner über wichtige Gefühle treten können. Von viereinhalb bis sechseinhalb ist der Hauptlerninhalt Selbständigkeit, Selbstorganisation, Selbstbeherrschung.

Werden mit ca. sechseinhalb Jahren all diese Lerninhalte beherrscht und fixiert, verfügt das Kind sehr stabil über die kulturelle Grundausstattung und kann sehr schnell selbstständig in der Schule zurechtkommen.

Die Überempfindlichkeit des Sicherheitssinns bei ADHS führt bei jedem Betroffenen individuell dazu, dass diese Grundlernvorgänge gestört werden. Sobald sie zur Rückverlagerung der Hirnsteuerung führt, steht das Stirnhirn nur noch eingeschränkt zur Verfügung und das Kulturlernen ist beeinträchtigt. Je länger und ausgeprägter dieses über die Zeit erfolgt, desto löchriger ist die Kulturgrundausstattung. Damit kommt zu der Überempfindlichkeit des Sicherheitssinns auch noch die Einschränkung in den Kulturgrundfähigkeiten als erhebliche Einschränkung auf dem Weg ins Erwachsenwerden hinzu.

Wenden wir uns noch einmal der Trotzphase zu. Bei Kindern mit einer ADHS ist die Trotzphase häufig sehr gegensätzlich und das Verständnis der Störung über die Sicherheit bietet eine offensichtliche Erklärung. Hyperaktive Kinder, die von der Veranlagung her erwarten, ihre Sicherheit selbst gewährleisten zu können, kämpfen in der Trotzphase, häufig übermäßig und auf Augenhöhe. Überwiegend unaufmerksame, sich tarnende Kinder riskieren die Auseinandersetzung nicht und sehen sich umso mehr weiterhin in der Abhängigkeit von der Mutter. In dieser intensiv weiter gelebten Abhängigkeit und der sich daraus nicht entwickelnden Zuständigkeit entsteht ein massives Entwicklungsproblem, das typisch für die ADHS ist. Überwiegend hyperaktive Kinder nehmen zwar das Heft der Situation häufig in die Hand, entwickeln jedoch auch keine für die Entwicklung notwendige Zuständigkeit, weil sie in der Trotzphase viel zu selten ausreichend aus dem Stirnhirn gesteuert sind, um Zuständigkeit im Sinne des sich entwickelnden Kulturwesens Mensch zu verinnerlichen. Sie versuchen ständig ihre Unabhängigkeit zu verbessern, machen das aber nur im Sinne eines Davonlaufens und lernen derweil nicht, was für ein tatsächlich selbstbestimmtes Leben notwendig ist. Also bleiben auch sie in zu starker Abhängigkeit von der Mutter. Je mehr sie die Mutter in den nächsten Jahren wieder und wieder unterstützen muss, weil ihnen selbst die Kompetenzen fehlen, desto mehr verfestigt sich die Abhängigkeit und desto weniger wird die notwendige Ablösung und damit die Trotzphase realisiert.

Bei der stillen Variante ist die Abhängigkeit meistens wesentlich größer und erkennbarer. Auch mit vier, sieben oder zehn Jahren leben diese Kinder so, als seien sie für nichts zuständig und Mutter würde alles regeln. Wie ein Kind vor der Trotzphase senden sie bei jeder Herausforderung Signale der eigenen Unfähigkeit an die Mutter, mit denen die Mutter gezwungen wird, dem Kind die Herausforderung zu ersparen. Das ist offensichtlich das Gegenteil von Zuständigkeit, Eigenverantwortung und Selbstständigkeit. Damit erlebt ein so großwerdendes Kind nahezu nie

Momente des Respekts und der Würde. Um unkompliziert zu wirken, lächelt es häufig andauernd, ist aber nicht selten trotzdem eher depressiv gestimmt.

Bereits im dritten Lebensjahr fährt also sozusagen ein Zug ab, der es den Betroffenen auf besondere Weise schwer macht, das Leben selbst in die Hand zu bekommen und damit letzten Endes erwachsen zu werden. Vor allem Mädchen versuchen diesen Mangel an eigenständiger Lebensführung durch genaues Kopieren des mütterlichen Verhaltens auszugleichen. Das kann lange Zeit sogar kompetent aussehen, weil erwachsenes Verhalten kopiert wird. In diesen Fällen kommt es regelmäßig in der Pubertät zum Scheitern, weil in der Pubertät nur die Person zum selbstbestimmten Erwachsenen werden kann, die Kompetenzen, d. h. Wissen als Werkzeug und nicht als auswendige Kopie erlernt hat.

Emotional und sozial sind die Auswirkungen der ADHS gerade auch bei der stillen Variante sehr beeinträchtigend. Unentwegt besteht der Zustand der existenziellen Bedrohung, der andauernden Mobbingssituation. Die daraus resultierende ständige Erwartung von Angriffen macht konstruktive Kritik unmöglich, aus Fehler lernen und damit insbesondere soziales Lernen interbleibt. Die stattdessen dauerhaft empfundene persönliche Infragestellung lässt Selbstwertgefühl gar nicht aufkommen. Vielmehr ist das Gefühl der Peinlichkeit andauernd, weil täglich Anforderungen nicht altersentsprechend bewältigt werden. So wird aus dem Gefühl, sich peinlich zu verhalten, das Gefühl, peinlich zu sein.

Gerade mit Eintritt in die Schule beginnt die lange Zeit des Lebens, in der die Leistungsergebnisse unter dem möglichen Niveau berechnet und aufgeschrieben werden. Im Vergleich mit der Familie steht die betroffene Person wesentlich schwächer da. Das ist offensichtlich und bekannt. Weniger deutlich ist der Konflikt mit dem inneren Maßstab. Aus Tätigkeiten, die Spaß machen, ist die ziemlich sichere Erkenntnis abzuleiten, dass die betroffene Person vieles kann und damit vieles können müsste. Bei Anforderungen des Lebens klappt es nicht und wieder nicht und noch mal nicht. Das Scheitern ist regelmäßig und die Dauerfrustration unabwendbar.

Die Einsamkeit ist auch sozusagen besonders innenseitig. Es mag soziale Kontakte geben und auch Freundschaften. Unbewusst werden sie aber sehr häufig auf Distanz gehalten. Niemand darf so nahe kommen, dass es versehentlich zu Verletzungen kommen könnte. Das, wie auch die Funktionseinschränkung bei mangelnder Stirnhirnsteuerung, schränkt das Nachdenken über sich und seine Gefühle und den Austausch darüber sehr ein! So sind auch traurige Erfahrungen nur sehr schwer zu verarbeiten. Ohne darüber nachdenken zu können, ohne darüber sprechen zu können und ohne sich jemand Anderem anzuvertrauen, bleiben die traurigen Erfahrungen und neue kommen hinzu. Mit zu wenig Zeitgefühl gibt es nur das Hier und Jetzt, jedoch

keine Geschichte. Damit verheilen Verletzungen nicht, wird Schuld nicht vergeben und werden Fehler nicht vergessen. Nichts wird vergessen. Das verursacht viel Schmerz und in der Folge häufig Depressionen.

### **Verspielt?**

Wenn das tarnende Verhalten im Vordergrund steht, gibt es eine Gruppe von Betroffenen, die ganz besonders schwer zu behandeln ist. Es sind diejenigen, die quasi aktiv die Aufgabe des Paradieses verweigern. Sie erinnern sehr an das Kind Oskar Mazerath in Günther Grass' Blechtrommel. Das Leben des Kleinkindes ist nur spaßorientiert, es darf alles unerbittlich einfordern, Verantwortung und Schuld liegen aber nur bei der Mutter. Man könnte auch vom Nirwana der Nichtzuständigkeit sprechen. Diese Menschen weigern sich mit viel Energie, jedoch völlig unbewusst, bis über die Pubertät hinaus, zuständig und verantwortlicher zu werden und entziehen sich täglich rauschhaft im Spiel den Anforderungen des Lebens. Sobald sie sprachfähig sind, formulieren sie ein Recht auf Spielen und fordern es ein. Z. B. kommen sie später dann zu spät zur Schule, weil sie vorher noch spielen müssen. Damit schützen sie sich vor Entwicklungsanforderung, sie können gar nicht scheitern. Sie signalisieren Sorglosigkeit und neutralisieren eine Absicht der Eltern, sich zu kümmern und Einfluss zu nehmen. Sie lächeln, Eltern und andere Verantwortungspersonen sind nicht selten begeistert von dem so zufrieden spielenden Kind und belasten es nicht mit Konflikten. Wer so verspielt ist, kann nicht verantwortlich sein. Damit leben diese Kinder nahezu beziehungslos innerhalb der Familie und erreichen das taktische Ziel der Unabhängigkeit nahezu vollständig, sind jedoch von strategischen Ziel des Erwachsenwerdens so weit entfernen wie niemand sonst. Die besondere Bereitschaft, von den Spielen des Kindesalters auf Computerspiel überzuwechseln, ist offensichtlich.

Diese Extremfälle sind nahezu nicht erfolgreich zu behandeln. Mit jeder erfolgreichen Behandlung werden sie aus dem Spieleparadies vertrieben, dagegen wehren sie sich aktiv. Sie sind nicht allzu häufig, geschätzt ein Prozent der Betroffenen, in geringerer Ausprägung ist dieses Phänomen aber bei vielen zur Tarnung neigenden ein großes Behandlungshindernis.

### **Verträumt?**

Wir müssen uns noch einmal genau anschauen, ob still oder verträumt tatsächlich die richtige Bezeichnung für diejenigen ist, deren ADHS sie aktionsarm macht. Nach meiner Einschätzung ist die Trennung von ADS und ADHS unsinnig. Die Auffassung ist bei den letzten Entscheidungen über die Bezeichnung des Krankheitsbildes als „Mischtyp“ oder „überwiegend unaufmerksam“ oder „überwiegend hyperaktiv“ deutlich geworden. Jeder hat Anteile von beidem in unterschiedlicher Ausprägung. Wichtig ist vielmehr, wie der Betroffene mit sich oder den anderen umgeht: eher

hyperaktiv bedeutet eher Beeinflussung der Situation, im psychologischen Sprachgebrauch auch externalisierend genannt, eher nur unaufmerksam bedeutet die Beeinflussung von sich selbst, entsprechend als internalisierend bezeichnet. Letztere sind die, denen der Vortrag galt. Sie beeinflussen sich, um möglichst jeder Unsicherheit zu entgehen. Also zeigen sie ein Verhalten, mit dem sie gar nicht oder positiv wahrgenommen werden. Gar nicht wahrgenommen werden sie z. B. im Unterricht. Da bekommen sie die Noten derer, mit denen sie verwechselt werden oder ihre Eltern müssen ein Foto von ihnen mit zum Elternabend nehmen, um sicherzustellen, dass nicht über eine andere Schülerin gesprochen wird. Auch werden sie dann bei Abschlussfeiern vergessen. Es ist aber nicht so, dass sie von irgend etwas träumen, sich in eine Traumwelt retten. Sie verschwinden durch ein aktives aber unbewusstes Verhalten, indem sie z. B. die ganze Zeit einen aufmerksamen Gesichtsausdruck zeigen, ohne je aufmerksam zu sein. Nur dann gelingt die Tarnung, sonst würden sie wegen offensichtlicher Unaufmerksamkeit angesprochen werden. So sind sie dann nicht da, ohne dass es jemand mitbekommt. Eine andere sehr erfolgreiche soziale Tarnung ist, wie bereits erwähnt, die positive Wahrnehmung und deren beredtestes Beispiel: das Nicht-Nein-Sagen-Können. Es ist auch ein gutes Beispiel dafür, wie wenig das Verhalten von Absicht geprägt ist. Viele Betroffene würden gerne nein sagen, weil sie für die Konsequenzen des Ja nicht die Zeit haben, weil sie wiederholt mit erheblichem Schaden ausgenutzt wurden oder weil das Nicht-nein-Sagen so peinlich ist, dass sie versuchen sich das Leben zu nehmen. Beides macht viel von dem Leid aus, das die tarnende Form der ADHS bedeutet. Besonders fatal ist dabei, dass mit der Tarnung sich die Betroffenen um jegliche Hilfe bringen. Den Eltern wird das Bild der problemlosen freundlichen, fröhlichen Person vorgespielt, anderen Verantwortlichen wie Lehrern oder Trainern und Ärzten und Therapeuten auch. Dadurch verlagert sich das Alter der Erstdiagnose weit nach hinten, häufig bis in die Pubertät hinein. Damit beginnt Therapie häufig so spät, dass viele krankhafte Folgen sich schon entwickeln und verfestigen konnten. Und auch in den Statistiken gehen sie unter, weil sie nicht erfasst werden. Das Geschlechterverhältnis von angeblich dreimal mehr Jungen als Mädchen ist eine Folge der Tarnung. Ob das Verhalten eher aktiv oder eher tarnend ist, ist abhängig von der Veranlagung der betroffenen Person und von den Umfeldeinflüssen. Letztere führen teilweise zu sehr unterschiedlichem Verhalten:

Aus einer Schule kann man rausgeworfen werden, in ihr kann man scheitern. Damit ist das Verhalten hier überaus angepasst, in vielen Fällen von Angst bestimmt und durch Versagensangst nicht selten auch durchaus erfolgreich.

Erfolg ist dann nicht zum Feiern, sondern nur zum Überleben. Die Person zeigt sich leistungsfähig und überangepasst. Zuhause stellt sich ein anderes Verhalten ein. Hier gilt der biologische Vertrag der Familie. Niemand wird, abgesehen von extremen Fällen, bei Fehlverhalten aus der Familie rausgeworfen und bei Scheitern bekommt man Tröstung. Das ist einer der Gründe, weshalb es wichtig wäre, die diagnostischen Vorgaben zu ändern. Es darf nicht sein, dass die Forderung nach Auffälligkeiten in zwei Lebensbereichen bedeutet, dass grundsätzlich die Auffälligkeiten identisch sein müssen. Es sind eher die Ausnahmen, dass betroffene Kinder in allen Lebensumfeldern ein identisches Verhalten zeigen. Das ergibt sich schon zwangsläufig daraus, dass Menschen mit ADHS stets reagieren und nicht in der Lage sind, unabhängig von der Umgebung ein gleichmäßiges Verhalten zu zeigen. Das Verhalten kann sehr unterschiedlich sein und wenn ein Kind in der Schule sich vorbildlich zeigen kann, kann Zuhause die Aggression überhand nehmen. Dann führt die Unterstellung, alles sei nur Ausdruck der Erziehungsunfähigkeit der Eltern, in die Irre.

#### **VERLOREN!**

Viele gehen verloren, weil sie gar nicht erkannt werden. Sie erfahren keinen Respekt von anderen, weil sie häufig weniger leisten als erwartet und sie sich nicht abgrenzen. Wie sie keine Kompetenz oder Perspektive in der Pubertät haben, das Erwachsenwerden unerreichbar ist, sie das Leben nicht in die Hand bekommen und depressiv werden. Was widerfährt einem, wenn es unmöglich ist, nein zu sagen? Schwangerschaft? Suizid? Wer ist man, wenn man nichts ist? Wenn man sich so tarnt, dass nichts übrig bleibt? Sie haben nicht selten keine oder wenig nahestehende Freunde, zu dem Selbstwertdefizit kommt die Einsamkeit. Die Schwierigkeit, sich zusammenzureißen, das den Gefühlen ausgeliefert sein führt bei vielen dazu, dass die Angst bestimmt, dass aus der Angststeuerung eine Angststörung wird.

Die Aufzählung ließe sich seitenlang fortsetzen. Sie macht deutlich, dass die tarnende Ausprägung der ADHS die gefährlichere ist. Wer aktiv ist und seinem Umfeld vor das Schienbein tritt, hat vordergründig mehr Probleme. Seine Probleme sind aber offensichtlich und veranlassen das Umfeld, nach Lösungen zu suchen und ihn einer Therapie zuzuführen.

Wer sich tarnt und sozial kompetent wirkt, kommt unter die Räder, ohne dass es jemand mitbekommt und weil es niemand mitbekommt.

■ Dr. Karsten Dietrich

# ADHS – wird ein gesellschaftliches Problem medikalisiert?



Dr. Kirsten Stollhoff

## Gibt es ADHS überhaupt?

ADHS ist doch gar keine Krankheit, es handelt sich um handlungsbereite und wahrnehmungsstarke Kinder, deren Mütter zu viel stimulieren, so äußert sich der Psychoanalytiker Bonney.<sup>1</sup> Und die Laienpresse betet es ihm nach. Erneut wird den ohnehin schon schwer belasteten Eltern die Schuld gegeben. Ähnliches ereignete sich in den 1960er Jahren, in denen Eltern mit autistischen Kindern als „Kühlschränkeltern“ von analytisch orientierten Kollegen bezeichnet wurden oder in den 1980er Jahren, als Müttern, die den Schock eines plötzlichen Kindstods bewältigen mussten, unterstellt wurde, sie seien an dem Tod des Kindes schuld, da sie es innerlich abgelehnt hätten.

Die Familien- und Eigenanamnesen der meisten Kinder mit ADHS, die ich sehe, bestätigen jedoch nicht die Hypothese einer primären Mutter-Kind-Beziehungsstörung als Ursache der ADHS.

Ole wurde mir mit neun Jahren erstmals vorgestellt. Mit 10 Monaten lief er und von da an nur noch weg. Die Mutter gab sich die Schuld an seinen vielen Verletzungen und wurde darin noch von ihrem Umfeld bestätigt, inzwischen auch von dem Arzt aus der Notaufnahme, der Oles Nikotintoxikation, seine Verbrennungen durch heißes Wasser, diverse Kopfwunden incl. Comotio und einen Armbruch diagnostizierte. Die Erzieher riefen die Mutter wiederholt an mit der Aufforderung, ihren Sohn abzuholen, da er andere Kinder verletzt habe. Er wurde schließlich aus dem Kindergarten ausgeschlossen, obwohl er ihn gerne besuchte. In der Schule fiel den Lehrern neben einem erheblichen Störpotential auf, dass Ole schnell abgelenkt war, seine Aufgaben selten beendete, langsam im Beginnen war und immer wieder seine Tätigkeit unterbrach, um Mitschülern

zu helfen. „Er könne viel mehr, als er zeige“ bescheinigten sie der Mutter, aber mit dem jetzt erreichten Wissensstand sei fraglich, ob er die Anforderungen einer Hauptschule erfüllen würde. Es fiel ihnen auch auf, dass Ole kaum Freunde in der Klasse habe und in der Pause oft alleine spielte. In den Ferien fand Ole schnell Kontakt zu anderen Kindern, auf Grund seines sehr dominanten und spielbestimmenden Verhaltens hielten die Kontakte aber nicht lange.

Diverse therapeutische Maßnahmen wie Ergotherapie, Erziehungsberatung erbrachten keine Veränderung seines Verhaltens. Eine Psychotherapie wurde von der Therapeutin beendet, nachdem Ole in einem Wutanfall ihr Puppenhaus zerlegt und sie am Auge verletzt hatte.

Die Lehrer legten der Mutter nahe, die Verhaltensauffälligkeiten ihres Sohnes medizinisch untersuchen zu lassen.

Die Abklärung gemäß den Leitlinien ADHS<sup>2</sup> ergaben die Diagnose einer ADHS (Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörung) mit Störung des Sozialverhaltens bei Normintelligenz. Es bestanden keine familiären Störungen bis auf eine reaktive depressive Störung der Mutter, die sich damit überfordert fühlte, auf der einen Seite viel Zeit und Kraft in die Strukturierung des Alltags ihres Sohnes zu investieren und auf der anderen Seite „wohlmeinenden Schwiegereltern, Nachbarn und Bekannten“ standzuhalten.

Eine multimodale Therapie, bestehend aus Psychoedukation und medikamentöser Therapie, minderten innerhalb weniger Monate deutlich und dauerhaft die Kernsymptomatik der ADHS: die Unfallhäufigkeit sank rapide, Ole beteiligte sich positiv am Unterricht, erzielte Erfolgserlebnisse durch gute Klassenarbeiten und fand zunehmend Anschluss an seine Mitschüler und wurde erstmals auch zu Geburtstagen eingeladen. Affektdurchbrüche traten nur noch selten auf. Bei der letzten Vorstellung bei mir, inzwischen 16 Jahre, berichtete er zufrieden von seinem Realschulabschluss und von der bevorstehenden Lehre.

Während über Jahrhunderte die ADHS als ein pädagogisches und dann als ein psychodynamisches Phänomen interpretiert wurde, ist nach heutigem Kenntnisstand davon auszugehen, dass ADHS eine neurobiologische Störung darstellt, die zu einer Dysfunktion von neuronalen Netzwerken führt. Das klinische Äquivalent besteht aus Störungen in der Impulskontrolle, der Motivation sowie der Aufmerksamkeit. Unbehandelt besteht ein hohes Risiko für eine gestörte psychosoziale Entwicklung. Folgen davon

können eine fehlende soziale Integration, Schulabbruch, Arbeitslosigkeit und Depressionen sein. Studienbelegt kommt es überdurchschnittlich häufig zu Unfällen, Sucht, Kriminalität und Suizid.<sup>3,4</sup>

ADHS sollte also weder als Modediagnose verharmlost noch als Ursache den bereits schwer belasteten Eltern die Schuld gegeben werden.

### Steht uns eine ADHS-Generation bevor?

Anfang des Jahres wurden in der Laienpresse Daten aus dem Barmer/GEK-Arztreportes 2013<sup>5</sup> veröffentlicht. Der stellvertretende Vorsitzende äußerte sich in der Presse: **Der Anstieg der ADHS-Diagnostik und Therapie steigt inflationsan. Wir müssen aufpassen, dass die ADHS-Diagnostik nicht aus dem Ruder läuft und wir eine ADHS-Generation fabrizieren. Pillen gegen Erziehungsprobleme sind der falsche Weg..., es sind die überforderten Mütter mit wenig Erziehungskompetenz, deren Kinder überdurchschnittlich häufig die Diagnose ADHS erhalten.**

Was war geschehen: Mit Blick auf die stark ansteigenden ADHS-Diagnosen und -Therapien in der USA,<sup>6</sup> ebenso auf die Kosten von 10 Billionen Dollar/Jahr<sup>7</sup> hatte die Barmer GEK in aufwendiger Kleinarbeit Krankenscheindaten und Kassenrezepte ausgewertet. Sie beobachtete einen relativen Anstieg der Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen von 0-19 Jahren um 42 %, bei 20-24 Jährigen sogar um 204 % von 2006 auf 2011. Regionale Unterschiede sind signifikant: Bayern und Rheinland-Pfalz liegen mit 1,1 % gesicherter ADHS-Diagnosen an der Spitze, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern mit 0,67 % bilden das Schlusslicht. Die Verordnungshäufigkeiten liegen zwischen 0,24 % (Mecklenburg-Vorpommern) und 5,45 % (Rheinland-Pfalz). Häufiger erhalten Kinder allein erziehender und junger Mütter sowie Kinder aus unterprivilegierten sozialen Schichten die Diagnose ADHS.<sup>5</sup> Die Prävalenzen der Diagnosen für ADHS steigen zwar an bis 6,1 % für männliche und 2 % für weibliche Kinder und Jugendliche im Jahre 2011. Sie übersteigen aber nicht die in der internationalen Literatur angegebenen Prävalenzen für ADHS von 5-7 %.<sup>8</sup>

Auch wenn die Methodik der Erhebung und Auswertung der Barmer GEK-Daten viele Fragen aufwirft, so ist von einem Anstieg der Diagnosen und parallel dazu der medikamentösen Therapie in den letzten 10 Jahren auszugehen. Vergleicht man die Diagnoseraten mit internationalen europäischen Daten, so ist nicht von einer Überdiagnostik auszugehen, wohl aber von einer Unterdiagnostik in Mecklenburg-Vorpommern (8,9). Laut Barmer GEK-Daten werden 1,5 % aller Jungen mit ADHS im Alter von 0-17 Jahren und 0,3 % aller Mädchen mit ADHS mit Stimulantien behandelt. Damit erhalten weniger als 50 % der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS eine medikamentöse Therapie, wie es in den Leitlinien empfohlen wird. In der Presse nicht

erwähnt wurde, dass es ab 2010 zu einem Stillstand der medikamentösen Verordnungszunahme kam und dann sogar zu einem Rückgang.<sup>5</sup>

Die Frage stellt sich, warum es zu einer Zunahme von immerhin 42 % der Diagnosen in den Jahren 2006-2011 kam. Es ist davon auszugehen, dass mehrere Faktoren eine Rolle spielten.<sup>10</sup>

- Diagnostiziert und therapiert werden kann nur etwas, was bekannt ist, der Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Diagnose unter Ärzten aber auch in der Bevölkerung nimmt zu. Als studienbelegt wirksamstes und sofort einsetzbares Mittel stehen dem Arzt die Stimulantien zur Verfügung. Eine Metaanalyse zeigte hingegen das Fehlen einer Wirksamkeit auf die ADHS-Kernsymptomatik durch zentrierte Trainingsprogramme.<sup>11</sup>
- Frühere Arbeitshypothesen, die ADHS als gesellschaftliches Konstrukt bzw. als Normvariante sehen oder von einer psychodynamischen Ursache ausgehen, schwächen sich mangels nachweisbarer Belege ab. Für eine genetisch bedingte neurobiologische Ursache sprechen hingegen Daten aus der Molekulargenetik, der Neurophysiologie und der Neuroanatomie.<sup>4</sup> Prof. Steinhausen, inzwischen emeritierter Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, fasst seine Erfahrungen mit Kindern mit ADHS zusammen in den Worten: „diese Kinder sind von Beginn an anders und bleiben anders.“
- Es ist nicht auszuschließen, dass die Inzidenz von ADHS leicht zunimmt, da studienbelegt selbst betroffene Erwachsene mit ADHS mehr Kinder haben als nicht von ADHS betroffenen.<sup>12</sup> Auch die Beobachtung, dass ADHS gehäuft bei Kindern aus unterprivilegierten Schichten diagnostiziert wird, kann zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass Eltern mit ADHS häufig einen sozialen Abstieg erleben bis hin zu den unterprivilegierten Schichten. Die pauschale Aussage, schlechte soziale Verhältnisse würden zu einer ADHS führen, erscheint wenig differenziert.
- Resilienzfaktoren können sowohl bei organischen wie auch psychiatrischen Erkrankungen die Symptomatik abschwächen. Umgekehrt können Risikofaktoren dazu führen, dass die Symptomatik verstärkt wird und damit erst störungsrelevant wird.<sup>13</sup> So wird auch bei ADHS beobachtet, dass ungünstige soziale Verhältnisse die Kernsymptomatik verstärken und zu Folgestörungen wie oppositionelles Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens führen können. Früher extensiver visueller Medienkonsum kann zu ADHS-Symptomatik führen.<sup>14</sup> Eine ungünstige Schulsituation kann eine ADHS verstärken. Kinder mit ADHS benötigen auf Grund ihrer erhöhten Ablenkbarkeit ein ruhiges Umfeld mit wenig Störfaktoren. Dies ist in der heutigen Schulumwelt vor allem in den ersten vier Klassen nur noch

selten anzutreffen. Sie benötigen weiterhin externe Strukturen und Unterstützung im Handlungsplanen und –durchführen. Auch dies ist mit dem Schultrend zum „selbstverantwortlichen Lernen“ und der Gruppenarbeit schwer zu vereinbaren. Prof. Biegert, Leiter der HEBO-Privatschule in Bonn, weist auf die Bedeutung wirksamer Begleitkonzepte bei der Behandlung von ADHS hin und unterstreicht dabei vor allem die Rolle des Lehrers. **„Lehrerinnen und Lehrer, die die spezifischen Verhaltensmuster, aber auch die wirksamen Entlastungskonzepte bei ADHS nicht erkennen oder sich ihnen verschließen, reagieren oft falsch und damit erfolglos und tragen zu einer Verstärkung des ADHS-Problemverhaltens bei. Nicht ADHS ist das Problem, sondern wie wir gegenüber betroffenen Kindern damit umgehen“.** Im praktischen Alltag haben nur wenige Kinder mit ADHS die Chance mit einem verständnisvollen Umgang ihrer Problematik in der Schule, aber auch im weiteren Umfeld. Wir sehen eine deutliche Zunahme des Leidendruckes mit Einschulung.

#### Besteht eine Überdiagnostik bzw. Therapie

Die bisherigen Daten über ADHS-Diagnosen und auch die der Barmer GEK-Daten bestätigen diese Hypothese nicht. Die jetzige Diagnosehäufigkeit entspricht den europäischen Prävalenzen für ADHS. Ob allerdings die „Richtigen“ diagnostiziert und therapiert werden, darüber wissen wir wenig. Ein wichtiger Schritt hin zu einer qualitativ ausreichenden ADHS-Diagnostik wäre der flächendeckende Einsatz des ADHS-KBV-Vertrags. Dieser wurde multidisziplinär erstellt und regelt eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Therapie der ADHS bei dem Zeitaufwand angemessener Hono-

rierung. Leider weigern sich die meisten Krankenkassen ihn zu implementieren.

#### Behandeln wir bei Kindern mit ADHS ein gesellschaftliches Phänomen?

Nein, wir behandeln bei ADHS eine neurobiologische Störung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Und erfreulicherweise ermöglicht uns unser gesellschaftliches System und die damit einhergehenden Fortschritte in der Medizin, Kinder mit einer ADHS mit einer wirksamen Therapie zu behandeln. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass auch in anderen Gesellschaftssystemen eine vergleichbare Prävalenz an ADHS-Diagnosen beschrieben ist.<sup>15</sup> Zu diskutieren ist daher, ob eine Änderung des Gesellschaftssystems zu einer Minderung der Störungsrelevanz der Kinder mit ADHS führen könnte und damit evtl. weniger medikamentös therapiert werden müssten. Sicher gibt es nicht eine für jedes Kind mit ADHS zutreffende Lösung, es gilt, individuell für jedes Kind den besten Weg zu finden.

Dem Kind mit ADHS geht es jetzt schlecht – jetzt muss ihm geholfen werden. Die Gesellschaft verändern zu Gunsten von ADHS – gerne – aber bis dahin sind die Betroffenen in Rente bzw nicht in Rente, da sie gar keine Arbeit finden konnten. Ich will das Beste für meine Patienten mit ADHS – jetzt. Und ich stelle fest, dass viele Kinder und Jugendliche, die unter einer ADHS leiden, mit Hilfe von Psychoedukation und Medikamenten ihr Leben besser bewältigen – und zwar dauerhaft. Ich medikamentiere nicht ein gesellschaftliches Problem, sondern ein Kind mit ADHS, das erheblich unter seiner ADHS ebenso wie seine Familie leidet.

■ Dr. Kirsten Stollhoff

#### Literatur

1. Bonney, H. 2012 Gehirn und Geist 9 S.37-39
2. www.ag-adhs.de
3. Stollhoff, K et al 2004 Hochrisiko ADHS Schmidt-Römhild Verlag
4. Stollhoff, K 2011 Neuropädiatrie 4. Auflage Unimedscience 705-724
5. Barmer GEK Arztreport 2013 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18
6. Centers for Disease Control and Prevention 2010: Increasing prevalence of ADHD. MMWR 59:1439-1443
7. Leibson CL et al 2003 Economic implications of ADHD. Pharmacoeconomics 21:1239-1262
8. Huss M. et al 2008: How often are German children and adolescents diagnosed with ADHS. Eur child Adolesc Psychiatry Supp 1 17:52-58
9. KIGGS 2012 Knopf h. et al BMJopen.bmj.com
10. Rapoport J. 2013 Pediatric psychopharmacology: too much or too little. World psychiatry 12:18- 23
11. D. Karch et al. 2013 Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme im Kindes- und Jugendalter Deutsches Ärzteblatt Jg. 110 Heft 39:643-652
12. Barkley RA 1997: ADHD, selfregulation and time. J Dev Behav Pediatr 18(4): 271-279,
13. Thyen U. 2009 Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Sozialpädiatrie Hrsg. Schlack, Thyen, von Kries, Springer Verl.: 12-22
14. Christiakis DA. Et al. 2004 Early television exposure and subsequent attentional problems in children. Pediatrics 113:708-713
15. Polanczyk G. et al 2007 The worldwide prevalence of ADHD Am J Psychiatry 164:942-94

# Sie fragen – Experten antworten

## Erbrechen – Nebenwirkung von Methylphenidat?

### Frage:

Kann Ritalin als Nebenwirkung auch Erbrechen zur Folge haben?

Unser Sohn hat wahrscheinlich Migräne und damit einhergehend Erbrechen. Er hat das schon länger, im letzten Jahr gehäuft und seit kurzem mehrfach im Monat. Er muss dann Vomex bekommen, um das Erbrechen (sogenanntes acetnämisches Erbrechen) zu stoppen.

Da er wenig Appetit hat bzw. weniger isst unter Medikamenteneinwirkung, wird ihm natürlich auch schneller schlecht und er bekommt die beschriebenen Symptome.

Als Auslöser für sein Schlechtfühlen kommen Wetterlage, Aufregung, Reisen im Flugzeug oder Auto etc. in Frage - also sehr vielfältig. Zurzeit macht ihm auch die Allergie gegen Gräser zu schaffen. Wir wissen dann nicht, was von was kommt. Er scheint tagsüber regelrecht geplättet zu sein, leicht weinerlich oft und hat abends oft heftige Rebounds (Equasym Retard, 30 mg). Er ist auch nicht jeden Tag instabil, aber sehr viel öfter als früher.

Ich bin gerade sehr verunsichert, ob er überdosiert ist oder ob er sich unter Ritalin „heftiger“ an körperlichen Symptomen, die er vorher auch hatte, stört und stärker reagiert. Er ist damit wenig belastbar und ich muss ständig auf Essen und Trinken achten, damit ihm nicht schlecht wird. Fühlt er sich komisch, hat er gar keinen Appetit und das „Migräne-Erbrechen“ kommt postwendend. Das Erbrechen kann nur durch Vomex gestoppt werden, schwächt ihn natürlich auch wieder, weil er bis zu zwei Tagen braucht, um wieder fit zu sein und halbwegs normal zu essen.

Ansonsten kommt er mit Equasym gut zurecht, aber es gibt halt die gewissen Tage, an denen er sich schwach fühlt und wir uns fragen, was jetzt los ist. Bei einer Überdosierung wäre er ständig weinerlich, oder gibt es das nur an ein paar Tagen?

### Antwort:

Das Erbrechen kommt sicherlich nicht vom Methylphenidat (Equasym), sondern ist eher typisch für eine Migräne.

Es gibt sehr viele Auslöser für Migräne, daher ist die genaue Ursache schwer zu ermitteln.

Stress, sehr lange morgens im Bett liegen, zu wenig trinken, ein unregelmäßiger Tagesablauf, sehr unregelmäßiges Essen, manchmal aber auch Schokolade, Kakao oder andere bestimmte Nahrungsmittel gehören immer dazu.

Es ist sinnvoll frühzeitig Schmerzmittel und Vomex (oder Motilium Tr.) zu geben.

Versuchen Sie außerdem einen genauen Migränekalender anzulegen: Wann (Uhrzeit), wie lange, was war vorher und das über wenigstens vier Wochen. Oft findet sich dann ein Auslöser. Nur dann kann man auch entscheiden, ob ein Zusammenhang mit der Dosierung besteht (z. B. Ende der Wirkung).

In Ihrem Fall klingt es jedoch überhaupt nicht nach einer Überdosierung!

Wie alt und wie schwer ist ihr Sohn?

Vielleicht zuerst mal mit dem Migränetagebuch beginnen und dann ein Gespräch mit Ihrem betreuenden Arzt vereinbaren.

Sollten Sie dann trotzdem noch Fragen haben, evtl. noch einmal Rücksprache mit mir.

Mit freundlichen Grüßen

■ Dr. Klaus Skrodzki

# Die Unterschiede zwischen einem Leben mit Methylphenidat und einem Leben ohne Methylphenidat

In den Medien wird viel über das Für und Wider einer medikamentösen Therapie mit Methylphenidat (kurz MPH) berichtet, doch auf diese Diskussionen will ich nicht eingehen. Ich möchte nur darüber berichten, wie sich MPH auf mein Leben auswirkt und was es für mich persönlich bedeutet, ein Leben ohne MPH zu führen.

Vor über zehn Jahren stellte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bei mir die Diagnose ADHS und empfahl eine medikamentöse Therapie mit MPH, mit der ich nach anfänglichem Zögern ein  $\frac{3}{4}$  Jahr später begann. Damals war ich Anfang 40.

Dank des MPH fühlte ich mich zum ersten Mal in meinem Leben innerlich ruhig und ausgeglichen.

Hatte ich meine Gefühle und Stimmungen bisher immer als einen reißenden Fluss erlebt, so kehrten zum ersten Mal Ruhe, Übersicht und Frieden ein.

## Emotionale Stabilität statt Achterbahn der Gefühle

Mit Hilfe von MPH und Therapien (u. a. einem ADHS-Training mit Elementen aus der kognitiven Verhaltenstherapie) lernte ich mich zu strukturieren, planvoll zu handeln und das Erlernte auch im Alltag anzuwenden. Mein Gerüst aus Organisation und Plänen gab mir Halt und Sicherheit.

Langer Rede kurzer Sinn, ich verstand zum ersten Mal, was das Wort „Lebensqualität“ bedeutet und mein Leben fand nicht mehr hinter einer Wand aus Panzerglas statt. So empfand ich die Jahre zuvor, das wirkliche Leben konnte ich nicht erreichen und ich fühlte mich nur als Zuschauer.

Nachdem ich neun Jahre lang mit dem Wirkstoff Methylphenidat behandelt wurde, musste ich vor einigen Monaten für zwei Monate die medikamentöse Therapie mit MPH unterbrechen.

Grund dafür waren die schlechten Ergebnisse einer Kontrolluntersuchung, die nicht mit meiner ADHS in Zusammenhang steht.

Für mich bestand aber kein Anlass zu verzweifeln, warum auch.

Endlich hatte ich durchblickt, wie das Leben funktioniert, und Dank meiner To-Do-Liste, den erlernten Strategien sowie meinen Aufzeichnungen aus dem ADHS-Training sollte nichts aus dem Ruder laufen. Zumindest glaubte ich es noch zu diesem Zeitpunkt.

Die ersten drei Tage verliefen wie üblich, meine To-Do-Liste lag am gewohnten Platz und ich erledigte alle Aufgaben.

Doch dann tappte ich in die ersten kleinen Fallen, bald in die nächsten und nach weiteren Tagen kämpfte ich wieder mit Chaos, innerer Unruhe und Impulsivität, die dicke Wand aus Panzerglas kehrte zurück.

Während dieser Zeit habe ich versucht, meine subjektiven Eindrücke und meine Gefühle schriftlich festzuhalten.

Es fällt mir schwer, einen Plan für den Tag aufzustellen bzw. für den darauf folgenden Tag und es fällt mir schwer, mich an die To-Do-Liste zu halten, ich übersehe die Liste und ich vergesse sie. Aus den Augen, aus dem Sinn.

Ich laufe unstrukturiert durch den Tag, manchmal irre ich auch durch den Tag und viele erlernte Strukturen gehen verloren, die Defizite werden von Tag zu Tag größer. Die erforderliche Konzentration aufzubringen ist extrem anstrengend und kostet viele Energien, aber ich schaffe nur das Allernötigste.

Es ist schwer den Tag zu planen und es bereitet mir große Schwierigkeiten mit einem Vorhaben überhaupt anzufangen.

Und regelmäßig kläfft der innere Schweinehund.

Mir fehlt meine innere Mitte, die Leichtigkeit im Leben verschwindet immer mehr, ich bin nicht mehr ausgeglichen. Meine Stimmung wechselt fast stündlich und manchmal noch öfter. Meine „Temperamentsausbrüche“ kann ich nur schwer runterschlucken. Ich verhalte mich unfair und ich habe meiner Familie gegenüber ein schlechtes Gewissen.

Meine Konzentration und Aufmerksamkeit halten nie lang an und ich kann nur noch mit Hilfe der Eieruhr bei der Sache bleiben. Es ist ein Kampf, „Nein“ zu sagen.

Impulsives Handeln und die damit verbundene Unfallneigung nehmen auffallend zu.

Längeres Zuhören überfordert mich, ich schalte ab und meine Gedanken sind sehr sprunghaft. Das erschwert die Gesprächsführung und ich stelle fest, dass ich beginne, Gesprächen aus dem Weg zu gehen.

Mit MPH konnte ich Ordnung schaffen und sie auch behalten, ohne MPH herrscht immer mehr Chaos in der Wohnung und die Unordnung wächst. Um alle Aufgaben zu erledigen bin ich immer beschäftigt, es gibt für mich keinen

Feierabend mehr, keinen Sonntag.

Um nicht die Übersicht zu verlieren, zwinge ich mich alles in Makroschritten zu erledigen, mein Sicherheitsgerüst (Organisation und Pläne) zerbricht.

### ICH WILL MEIN LEBEN WIEDERHABEN !!!

Jede noch so kleine Aktion, jeden kleinen Handlungsablauf muss ich schriftlich festhalten.

Es ist ermüdend und kräftezehrend, für jede komplexere Tätigkeit einen Ablaufplan zu erstellen oder andere Gedächtnisstützen zu finden.

Z. B. führe ich zu Hause häufig Selbstgespräche und ich gebe mir laut! Anweisungen, was ich als nächstes tun muss. Ist das noch normal? Was passiert mit mir? Ich habe Angst die Kontrolle zu verlieren.

Ich vergesse die Lebensmittelvorräte etc. zu kontrollieren und das Ergebnis der Einkäufe ist entsprechend katastrophal. Entweder die Hälfte vergessen oder ganz falsche Sachen eingekauft. Wir haben noch nie so viele Fertiggerichte gegessen wie in diesen Wochen.

Mein Mann macht mir immer wieder Mut und versucht mich zum Lachen zu bringen, aber trotzdem fühle ich mich als eine totale Versagerin.

Ich kann mich kaum noch selbst motivieren.

Wie motiviere ich mich jeden Tag neu? Ich muss jeden Abend etwas Neues finden, worauf ich mich freue und was spannend ist. Aber irgendwann gehen die Ideen aus und mir fällt fast nichts mehr ein.

Die Vorfreude auf eine aufgeräumte Schublade hält sich in

engen Grenzen.

Es ist mühsam, Texte schriftlich zu formulieren. Wenn ich Texte lese, die ich mit MPH geschrieben habe, erscheint es mir, als habe sie eine fremde Person geschrieben.

Zwei Monate ohne MPH waren eine lange und schmerzhaft Zeit, aber ich habe ganz viele Erfahrungen gesammelt.

Die zuvor erlernten Strukturen konnte ich nur zum Teil mit in das „ohne MPH-Leben“ nehmen.

Auch wenn ich das Erlernte in den zwei Monaten kaum umsetzen konnte, ich wusste aber zu jeder Zeit, dass ich eigentlich in der Lage bin, mich zu strukturieren und zu organisieren.

Doch nur mit Hilfe von Methylphenidat.

Mein Mann empfand mich während dieser Zeit als „belastend planlos“...

Trotz etlicher negativer Erfahrungen habe ich doch eine positive Erkenntnis gewinnen können: Die Unterschiede zwischen „mit MPH“ und „ohne MPH“ kenne ich jetzt sehr genau und ich kann sie auch in Worte fassen.

Inzwischen nehme ich Methylphenidat in einer wesentlich niedrigeren Dosierung als zu Beginn, aber es reicht aus, morgens den Tag zu planen und so einen großen Teil des Stresses und der Schwierigkeiten abzumildern und auch zu vermeiden.

■ Von einer Leserin

## AD(H)S-Symptomatik durch Nährstoffmangel

Im Sommer 2012 ist unser zweiter Sohn\* (damals gerade sechs Jahre alt) eingeschult worden.

Schon nach kurzer Zeit fiel er durch seine Unkonzentriertheit auf. Er war während des Unterrichts sehr abwesend und musste ständig ermutigt werden seine Aufgaben zu erledigen. Die Hausaufgaben waren für unseren Sohn und alle Helfer unglaublich anstrengend. Normalerweise sollte er sie in der Ganztagsbetreuung erledigen. Dies war aus organisatorischen Gründen kaum möglich, da praktisch die ganze Zeit jemand neben dem Jungen sitzen musste, um ihn zu motivieren. Sein Verhalten war so auffällig, dass die erfahrene Lehrerin den Schulpsychologen zu Rate zog. Dieser gab allen Beteiligten in mehreren Treffen sehr gute Tipps. Das Verhalten unseres Sohnes änderte sich etwas,

dennoch hatten wir den Eindruck die Problematik nicht vollständig erfasst zu haben.

Aufgrund dieser Schwierigkeiten beschlossen wir Anfang 2013 unseren Sohn in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis testen zu lassen. Es wurde ein umfangreicher Test durchgeführt, zu dem das Kind an mehreren Tagen in der Praxis erscheinen musste.

Das Testergebnis deutete darauf hin, dass eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung im Sinne eines AD(H)S vorliegen könnte. Daraufhin wurde uns eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat empfohlen.

Die Diagnose war für uns Eltern ein Schock!

Nachdem wir uns umfangreich informiert hatten, kamen wir aus den unterschiedlichsten Gründen zu dem Schluss, eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat abzulehnen. Der Hauptgrund war die bereits angeschlagene Gesundheit unsers Sohnes. Als Säugling hatte er eine schwere Lungenentzündung, die stationär im Krankenhaus behandelt werden musste. Bis zum vierten Lebensjahr litt das Kind dann an einer chronischen Bronchitis und bis heute leidet unser Sohn an einer Nahrungsmittelintoleranz. Trotz einer Ernährungsberatung (mehrere Termine über mehrere Wochen) und damit einhergehend einer speziellen Diät hatten wir die Nahrungsmittelintoleranz nicht richtig unter Kontrolle. Unser Sohn hatte nahezu immer sehr breite Stuhlgänge. Zu diesem Zeitpunkt wurde uns dann die Medikation mit Methylphenidat vorgeschlagen.

Uns konnte niemand sagen, ob die Nahrungsmittelintoleranz und das AD(H)S in einem Zusammenhang stehen könnten. Diese Frage ließ mich nicht los.

Bei einer Internetrecherche zu dieser Thematik stieß ich auf die Seite des Vereins ADHS Deutschland e. V. Dort war von einem möglichen Zusammenhang beider Erkrankungen zu lesen. Nachdem ich eine Mail an den Verein geschrieben hatte, in der ich kurz unsere Problematik schilderte, hat sich einige Tage später eine „Expertin“ auf diesem Gebiet bei mir gemeldet. Als Expertin möchte ich sie hier bezeichnen, da ihr bereits erwachsener Sohn ein ähnliches Krankheitsbild hatte wie unser Sohn. Sie gab mir aufgrund der Vorerkrankungen meines Sohnes die Empfehlung, Nährstoffdefizite ausschließen zu lassen. Und so kamen wir auf eine Stoffwechselerkrankung.

Seitdem bekommt unser Sohn einige Nahrungsergänzungsmittel. Schon nach drei Tagen berichtete unser Sohn, dass er keine Bauchschmerzen mehr habe. Zudem hat sich sein Stuhlgang in Form und Farbe normalisiert. In den folgenden Wochen hat er einen Wachstumsschub gemacht und ist nach außen hin offener geworden.

Seit Beginn der Behandlung mit Nahrungsergänzungsmitteln sind etwa drei Monate vergangen.

Zusätzlich bekommt unser Sohn wöchentlich Ergotherapie. Zudem wird er nach Bedarf osteopathisch und homöopathisch (klassische Methode) behandelt.

Mittlerweile arbeitet eine Psychologin mit unserem Sohn und teilweise mit der ganzen Familie. In dieser Therapie geht es (hier nur kurz angeschnitten) um folgende Fragen: Woher kommt das auffällige Verhalten, was steckt wirklich dahinter? Ist es die Angst Fehler zu machen? Vergleicht der Junge sich mit seinem großen Bruder, der aus Sicht des „Kleinere“ eh alles besser kann? Sind wir als Eltern in eine „Verwöhnfalle“ geraten, als das Kind lange krank war? Es ist nicht immer angenehm sich mit solchen Fragen zu beschäftigen, doch bieten sie uns die Chance, den Ursa-

chen auf den Grund zu gehen und unser Verhalten und auch dadurch das Verhalten unseres Sohnes zu verändern.

Wir haben auf Seiten der Lehrer eine sehr große Unterstützung erfahren.

In kurzen Abständen bespricht sich der Lehrer mit uns über die Entwicklung unseres Sohnes und die weitere Vorgehensweise. Unsere Meinung wird in der Schule akzeptiert und den Jungen finden wir dort richtig gut aufgehoben.

Auf Wunsch von uns Eltern nimmt unser Sohn seit Anfang des Jahres wieder am Unterricht des ersten Schuljahres teil.

Nach allem, was wir bisher unternommen haben, können wir heute sagen, dass sich unser Sohn gut weiterentwickelt hat und sich heute deutlich besser konzentrieren kann als noch vor einigen Monaten! Unabhängig voneinander bestätigen uns dies auch der Lehrer, die Psychologin und die Ergotherapeutin!

Wir sind der Ansicht, dass die Behandlung der Stoffwechselerkrankung einen erheblichen Einfluss darauf hatte, dass die anderen Maßnahmen greifen konnten.

Da jedes AD(H)S-Kind anders ist und sich die Symptome unterscheiden, kann ich nicht für andere Eltern sprechen, was für ihr Kind der richtige Weg ist.

Ich möchte nur allen betroffenen Eltern Mut machen und ans Herz legen in „alle Richtungen“ nach den Ursachen der Symptome zu suchen.

Im Rückblick fällt mir auf, wieviel Hilfe wir doch aus den unterschiedlichsten Bereichen bekommen haben.

Die Hilfe der Ehrenamtlichen des Vereins ADHS Deutschland e. V. oder die Hilfe der Hauptberuflichen, die uns auch teilweise über ihre eigentlichen Tätigkeiten hinaus zur Seite standen und stehen.

So manches Mal war uns auch ein offenes Gespräch mit ehrlichen Ansichten von Freunden und Bekannten sehr hilfreich. Für die Hilfe aus so vielen Bereichen sind wir wirklich dankbar.

Im Anschluss noch zwei Bücher, die uns weitergeholfen haben:

„Leben mit KPU – Kryptopyrrolurie“ von Dr. med. Joachim Strienz, ISBN 978-3-86371-115-3

„Jetzt reden wir! Diagnose AD(H)S und was die Kinder wirklich fühlen“ von Udo Baer und Waltraut Barnowski-Geiser, ISBN 978-3-407-85881-8

■ Erfahrungsbericht einer Mutter\*

(\* Namen der Redaktion bekannt)

# Universitätsklinikum Heidelberg – unterwegs im „Auftrag“ der Forschung

## Forschungsprojekt AMseL II

### **Einfluss des Musizierens auf das Hörvermögen und die außermusikalischen Fähigkeiten bei Kindern/Jugendlichen mit ADS und ADHS.**

Welchen Einfluss hat das regelmäßige Musizieren auf das Hörvermögen? Hat das Auswirkungen auf Kreativität, Intelligenz, Aufmerksamkeit, Rechtschreibung ...? Lässt sich im Gehirn nachweisen, dass wir täglich singen, trommeln, Instrumente spielen?

Haben wir eine bessere Ton- und Klangwahrnehmung als andere Kinder?

Musik hat immer „nur“ Spaß gemacht – jetzt steht da eine große Idee dahinter, die neugierig macht mitzuforschen. Eine tolle Einladung, Aussicht auf „Teilnahme-Taschengeld“ – das klingt gut.



*Julian mit Bruder Dominic*

Am Freitag, den 14.02.2014 fuhren wir dann für die Studie und als „Teilnehmer von Forschung“ nach Heidelberg. Ich hatte meine Gitarre samt dem Verstärker mit in den Zug genommen. Mein Bruder Dominic hatte kein eigenes Instrument dabei. Optimistisch: „wird schon ein Instrument da sein, was ich spielen kann; es gibt immer was, womit man notfalls trommeln kann“. Wir hetzten also zum Bahnhof, um noch den Zug zu bekommen. Wir hatten eine lange Zugfahrt mit Umsteigen vor uns. Im ersten Zug saß eine ältere Frau auf unsrem reservierten Platz. Sie sagte dann unfreundlich „Ich habe nicht den falschen Platz“. Der Schaffner sagte: „Der Platz ist richtig, aber der Zug ist falsch“.

Auf der Rückfahrt habe ich dann einer Frau den Laptop hinterhergetragen, den sie vergessen hatte. So waren schon die Zugfahrten eine Reise wert, wir hatten viel Spaß. Um 11:30 Uhr mittags kamen wir dann endlich in Heidelberg an. Gepäck schleppen, Buslinie suchen. Zum Glück

hatte uns die Klinik alle Daten und Wege geschickt. Auch in der Jugendherberge waren wir schon angemeldet. (Tolle Zimmer, prima Essen – wie sich in den drei Tagen herausstellte).

Uns blieb nicht viel Zeit, da wir um 12 Uhr schon mit den Leitern des Forschungsprojektes verabredet waren. Wir bemühten uns, pünktlich zu sein, denn wir wussten – trotz Plan – nicht genau, wo das Treffen war bzw. wo die Kopfklinik war. Es ergab sich dann aber, dass es nur ein paar Meter um die Ecke waren. Und so waren wir etwas früher dran. Es kamen noch andere Kinder dazu. Wir wurden von den Mitarbeitern begrüßt, Organisatorisches und die Zeit- und Reihenfolgen wurden erklärt. Dominic und ich sollten zu einem kleinen Test, wo wir immer zwei Töne hörten und am PC anklicken mussten, welcher lauter von den beiden war. Dann haben wir kurz Pause gehabt und Kekse gegessen. Danach sind wir in die Röhre gegangen, wo unser Gehirn angeschaut wurde. Dann hat uns eine Frau gezeigt, wie stark der Magnet des MRT ist, indem sie einen in ein Betttuch gehüllten Keksdeckel mir in die Hand gab und ich mich langsam dem MRT näherte. Sofort konnte ich den Keksdeckel nicht mehr halten und er flog mir aus den Händen und schoss durch das MRT und blieb so fest an der Wand kleben, dass ich ihn nur schwer abbekam.

Danach kamen noch einmal ein paar Tests am PC, wo man Rhythmen oder wieder Tonlagen unterscheiden musste. Es waren doch einige Tests, aber da alles hoch interessant war, verging die Zeit sehr schnell. Viele Mitarbeiter waren da, um das Projekt zu unterstützen. Alle waren wohl gut eingearbeitet, denn die Kinder wechselten Testräume, einzelne Arbeitsplätze und sogar Kleidung sehr schnell. Manche Räume durfte man nur in Kitteln betreten. Natürlich war man aufgeregt, aber auch neugierig. Herr Schneider erklärte alles und unsere Fragen wurden beantwortet. Wir durften hinter die Kulissen schauen und unsere Mutter, die uns begleitete, durfte sogar fotografieren. Nicht in allen Bereichen, wegen der empfindlichen Technik, aber in vielen. Wahrscheinlich muss man in dieser Abteilung eher Physiker sein als Arzt. Es war alles sehr beeindruckend.

Zurück in der Jugendherberge gingen wir Abendessen. Das Essen schmeckte erstaunlich gut, so wie man es von einer Jugendherberge nicht gewohnt war. Wir wollten unbedingt noch etwas unternehmen und haben im Internet nach Möglichkeiten gesucht. Schlussendlich gingen wir in die zwei Kilometer entfernte Altstadt, um dort ins Kino zu

gehen. In den Film: „Twelve Years a Slave“. Der Film war sehr spannend. Wir kamen dann etwa so gegen 12 Uhr nachts in der Jugendherberge an. Wir konnten nicht so gut einschlafen, weil irgendwelche Jugendlichen auf den Gängen rumgerannt sind.

Am nächsten Morgen sind wir in den benachbarten Zoo gegangen, da wir noch viel Zeit hatten, bis wir uns in der Klinik trafen. Wir sahen viele tolle Tiere. Der Zoo ist sehr gepflegt und hat große Areale für seine „Bewohner“, damit sie sich wohlfühlen. Das ist ja nicht immer der Fall. Die Seehunde haben ihre Show sicher doch gerne vorgeführt, denn es gab Unmengen Fisch. Danach sind wir in die Kopfklinik gelaufen zum „MEG Test“. Dort konnten wir uns einen Film aussuchen, während unser Kopf gemessen wurde. Der Film war jedoch ohne Ton. Wir durften dabei auch nicht lachen, aber ich war trotzdem so mutig, mir Mr. Bean anzugucken, was sich manch andere nicht trauten. Erst sollten wir eine Viertelstunde den Film gucken, dann kamen eine Viertelstunde viele verschiedene Töne und Geräusche. Wir sollten uns dann alle Alltagsgeräusche merken und dann aufzählen. Ich habe alle gewusst. Während jemand im MEG saß, haben die anderen Rhythmen nachgeklatscht oder wieder einen Hör-Test am PC gemacht. Am Ende sollte ich dann noch ein bisschen Gitarre spielen und mein Bruder sang netterweise dazu. Die letzten Stunden waren nur noch wir da, so hatte es die Einteilung ergeben. Das gab uns Raum noch mehr Fragen zu stellen und unsere Mutter konnte sich sogar über andere Themen unterhalten wie Verband, Schule, Tiertherapie. Die Zeit verging sehr schnell. Dann gingen wir zurück zur Jugendherberge. Wir haben uns die Zeit mit Tischtennis und Kickern vertrieben.



Julian im Labor



Julian im Labor

Am Sonntag waren die Tests vorbei und wir liefen zur alten Burg. Wir hatten es uns nicht so weit vorgestellt, aber aufgeben ging nicht. Wahrscheinlich lag es am Gepäck. Aber das Wetter war prima und Fluss und Altstadt kann man am besten zu Fuß erkunden. Auf dem Weg dahin sperrten wir unser Gepäck in ein Bahnhofschießfach, damit wir es nicht mit zur Burg nehmen mussten. Der Weg zur Burg war sehr anstrengend. Eigentlich wollten wir immer wieder zur nächsten Haltestelle laufen und von dort an zur Burg mit dem Bus fahren, aber irgendwie sind wir immer weitergelaufen, bis wir dann einfach da waren. Die Burg war sehr groß und in der Burg war auch „Das große Fass“. Es war das größte Weinfass der ganzen Welt. Erst sahen wir im Eingang ein Riesenfass, wo wir dachten, oh mein Gott, ist das groß. Aber dann kamen wir in den Raum, wo wirklich das größte Fass stand. Es hat einen Füll-Wert von 157.000 Liter. Nach dieser Attraktion sahen wir uns noch ein bisschen die Burg an, das Museum mit den alten Apotheken. Wir haben dann noch einen Kräuterriechtest gemacht. Dann fuhren wir mit der Bergbahn in die Altstadt zurück, gingen zum Bahnhof und fuhren nach Hause.

Mein Fazit ist, dass die Tests eine Menge Spaß gemacht haben und es auch mal gut war mit anderen „Getesteten“ zu plaudern. Beim nächsten Mal würde ich diese Tests für eine Studie sehr gerne wiederholen. Es war auch klasse, mal Einblicke in die Neurologie und in die Klinik selbst zu bekommen. Auch die Jugendherberge war sehr gut. Das Essen, der Service, alles war gut. Ich freue mich auf das nächste Mal. Ein großes Dankeschön an das Klinikteam.

■ Julian

# Teilnehmer gesucht!

## Forschungsprojekt:

### Einfluss des Musizierens auf das Hörvermögen und die außermusikalischen Fähigkeiten bei Kindern/Jugendlichen mit ADS oder ADHS

Mit unserem Forschungsprojekt wollen wir untersuchen, ob und wie sich regelmäßiges Musizieren auf das Hörvermögen und auf außermusikalische Fähigkeiten (z. B. Aufmerksamkeit und Konzentration) auswirkt, in welchem Ausmaß Kinder und Jugendliche davon profitieren und ob sich solche Lerneffekte im Gehirn nachweisen lassen.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wird insbesondere auch die Auswirkung des Musizierens auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die ein Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) oder ein Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom (AD(H)S) aufweisen, untersucht. Hierfür suchen wir Kinder/Jugendliche im Alter von 8-15 Jahren, die ein ADS oder ADHS aufweisen und musizieren (im Rahmen einer schulmusikalischen Förderung oder privat).

Die Untersuchungen finden an der Heidelberger Universitätsklinik begleitend zur kulturellen Bildungsinitiative „JeKi“ („Jedem Kind ein Instrument“, „jedemkind.de“) statt. In einem spielerischen Parkour werden die Aufmerksamkeit, das Hörvermögen, die individuelle Klangwahrnehmung und Fähigkeiten, die für das Verstehen von Sprache und Musik wichtig sind, getestet. Anschließend werden zwei bildgebende Messungen vorgenommen. Beide Messungen werden ohne jegliche Röntgenstrahlung und medikamentöse Beeinflussung durchgeführt und sind medizinisch absolut unbedenklich.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und trägt den Titel „Audio- und Neuroplastizität des musikalischen Lernens II“ (AMseL II).

Die Kinder/Jugendlichen besuchen zusammen mit einem begleitenden Elternteil für zwei Tage unser Forschungslabor im Heidelberger Universitätsklinikum im Neuenheimer Feld. Als Aufwandsentschädigung gibt es 100 Euro bei Teilnahme an allen Messungen. Die Übernachtungskosten, Fahrtkosten und Parkgebühren werden erstattet. Die Teilnehmer erhalten eine detaillierte Rückmeldung über die individuellen Messergebnisse.

#### KONTAKT

Bei Interesse oder Fragen melden Sie sich bitte unter:

Email: [amsel@uni-heidelberg.de](mailto:amsel@uni-heidelberg.de)

Tel.: +49 176 62408735 (Studienanrufbeantworter, wird regelmäßig abgehört)

Weitere Informationen gibt es unter: [www.am-sel.org](http://www.am-sel.org)

Es ist das Schicksal  
jeder Generation,  
in einer Welt  
unter Bedingungen  
leben zu müssen,  
die sie nicht geschaffen hat.

J. F. Kennedy

# Osterferienprojekt „Forschen mit Erde“

Ein Projektauftrag unsrer Akademie; aber auch eine lohnende Idee für aktive Kinder und – wie sich herausgestellt hat – motivierte Eltern. Man nehme einen Osterferientag, interessierte, neugierige Kinder und Jugendliche, einen angrenzenden Acker und genügend Sonne. Mit wenig Aufwand ein gelungener Tag, der uns in seinem Ergebnis staunen ließ und alle Beteiligten auf Ideen brachte und auf Wege führte, die sich alleine aus dem Tun ergaben, vorab nicht vorstellbar waren und frei von Vorgaben und Aufgabenstellungen von jedem in unterschiedlicher Weise angegangen und umgesetzt wurden. Vorgegeben waren nur das „Territorium“ der Ackerfläche und eine Auswahl an Handwerkszeug.

„Schwer bewaffnet“ zog man nun zum Feld, um an verschiedenen Stellen die Qualität der tonhaltigen Erde zu prüfen. Rege Diskussionen entfachten, ob der Anteil an Lehm ausreichend wäre. Gleichwohl Fragen, wie lange es wohl früher dauerte, bis man sich einen Essteller oder ein Trinkgefäß gebaut hatte, und dass sich der Einkauf bei IKEA heute wohl sicher einfacher gestaltet. Geschichtliche Überlegungen, welches Volk und wann man die ersten Krüge geformt hatte.

Übereinstimmend entschied man sich für zwei „Grabungsstellen“. Unterschiedliche Schaufeln und Spaten wurden ausprobiert. Das Graben und die Handhabung der Geräte gestalteten sich schwierig. Der Boden war hart, Gras stand im Weg und eine gewisse Tiefe musste erreicht werden. Schnell teilte sich die Gruppe in aktiv Tätige, Ansager und Zuschauer. In verschiedenen Ansätzen von Fähigkeiten und Fertigkeiten Einzelner begann die eigentliche Umsetzung des Projektes. Mit unterschiedlich wasserhaltigen „Ton-sorten“ ging es an das Werk. Ideen waren gefragt, Eigenorganisation, Mut für Neues, handwerkliches Geschick, vorausschauendes Handeln. Auf dem Weg zwischen Versuch und Irrtum, Zerstörung des „Kunstwerks“ und Neuanfang, Veränderung und Wechsel von Zielsetzung.

Rege Diskussionen brachten den Nachbarn auf neue Ideen, lieferten Motivation und Durchhaltevermögen. Unterschiedliche Sichtweisen, was erkannte wer in welcher Form, Gestaltungsmöglichkeiten, Auseinandersetzung mit dem Material. Nicht nur die Jüngsten fanden Gefallen an matschen, formen und ausprobieren. In unterschiedlichster Weise wurde experimentiert. Auch die Erwachsenen hielten nicht lange durch, auf neue Erfahrungen und Spaß zu verzichten. So wurde Wasser hinzugefügt und



*Selbsthergestellte Lehmfigur*

ausgequetscht, Naturmaterialien als Ergänzung gesucht und in höchster Gewandtheit von Feinmotorik und Einsatz von Fantasie, Kreativität und Detailgenauigkeit entwickelt. Altersentsprechend von Lehmmurmeln (mit denen man auch spielen konnte), verschiedenen Tierfiguren (Vogel, Schwein, Krokodil, Schildkröte), Gefäßen, einem „Matschmann aus Hawaii“ und – in der heutigen Zeit unentbehrlich – einem Playstation Controller und einem Kebab mit Löwenzahnfüllung, entstanden naturgetreue und kuriose Machwerke.

Natürlich war auch für Essen und Trinken gesorgt, um das Durchhaltevermögen der Akteure zu erhalten und den Künstlern eine schöpferische Pause zu geben. Einige nutzten die Gelegenheit sich mit den Pferden zu beschäftigen oder mit den Hunden zu spielen, die im Laufe des Tages auf die Jüngsten aufgepasst hatten. Mit matschigen Händen, schmutziger Kleidung und vielen, neuen Erkenntnissen sah man dem Ende des Tages entgegen. Natürlich zeigten wir uns auch für die Renaturierung der Landschaft verantwortlich, indem wir die „Schürfstellen“ wieder verschlossen. Weil man das grundsätzlich tut, aber auch – wie eines der Kinder meinte –, dass keines der Pferde hineinfällt.

Nach dem Motto des Künstlers *Paulus Berensohn/California*, der sich ein Leben lang mit der Formbarkeit von Ton beschäftigt:

**„To spring from the hand;  
Start a pleasure;  
Find your own style;  
First steps to freedom;  
Imagination of the earth;  
Not a way of living, it's a way of life“.**

■ Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr

# Wenn einer eine Reise tut – Sommerferien mit Max

## Freitag, im Juli 2013

**14:30 Uhr** Max\* und seine Schwester kuppeln mit uns den Wohnwagen an unser Auto an. Nun geht es los: Richtung Westen und dann immer geradeaus ...

**18:00 Uhr** Kein Stau im Ruhrgebiet, dafür geht es jetzt mit „stop and go“ rund um Antwerpen – der Ring ist dicht. Es ist heiß, aber die Kinder bleiben ruhig. Ab und zu wird gefragt, wann wir wohl ankommen. Das wissen wir im Moment natürlich auch nicht ...

**19:30 Uhr** Endlich Ankunft in Eklo, einem kleinen belgischen Ort bei Brügge. Hier gibt es einen schönen Stellplatz – mit Jachthafen, den wir uns für die Übernachtung ausgesucht haben. Max fährt noch ein wenig mit dem Rad. Nach der langen Fahrt meldet sich sein Bewegungsdrang.

## Samstag, im Juli 2013

**7:30 Uhr** Aufstehen! Der Urlaub kann beginnen. Alle haben gut geschlafen. Doch dann der Schock: Wir haben einen Nutella-Notstand. Jeder hat gedacht, der andere hätte dieses Grundnahrungsmittel für Max eingepackt. Wie schön, dass wir in diesem Jahr gemeinsam mit unseren Freunden in den Urlaub fahren. Sie helfen uns in unserer Not.

**09:00 Uhr** Abfahrt und Tanken.

**12:45 Uhr** Mittagessen auf französischem Boden bei Rouen. Der Rastplatz ist nicht schön, dafür aber sehr voll. Als wir uns umsehen, entdecken wir einen Wagen und aus dem Anhänger heraus beobachtet uns mit großen, neugierigen Augen ein Pferd! Max kann sich gar nicht statt sehen: „Da steht ein Pferd auf der Autobahn ...!“

**17:30 Uhr** Ankunft auf dem Campingplatz „Utah beach“ – nahe der Landungsstelle, wo am 06.06.1945 die Alliierten im 2. Weltkrieg von England aus an Land gingen und von dort aus die deutschen Nazi-Truppen zurückschlugen. Das war der Anfang der Befreiung – auch für Deutschland.

**18:00 Uhr** Wir haben eingechekkt und alles klar gemacht. Max ist schon weg. Er hat entdeckt, dass es auf dem Platz ein großes Trampolin gibt. Wie selbstverständlich bewegt er sich unter den französischen Kindern. Dabei beschränken sich seine französischen Sprachkenntnisse auf nur einen Satz: „Je ne parle pas francais. – Ich spreche kein Französisch“. Er kommt klar.

**18:15 Uhr** Max hat einen Freund gefunden. Ganz überrascht ist er, dass das Englisch seines Freundes viel besser ist als seins. Nun will er sich im Unterricht mehr bemühen, damit er irgendwann einmal auch so gut sprechen kann. Jetzt können wir eigentlich nach Hause fahren: Lernziel erreicht!

**18:30 Uhr** Endlich geht es zum Strand. Die Wellen und Strömung sind so stark, so dass die Mädchen mit ihren Body-

boards viel Spaß haben. Max hält sich etwas abseits und wird nach und nach von der Strömung immer weiter von uns abgetrieben. Wir rufen, aber er kann uns nicht mehr hören. Ich bekomme Panik. Schließlich kämpft sich sein Vater zu ihm durch und „rettet“ ihn. Ich nehme mir vor, von nun an mehr als ein Auge für Max zu haben.

**20:00 Uhr** Alle haben das Salzwasser abgeduscht. Nur noch schnell das Abendessen – dann sind sie wieder weg. Max isst bei uns und meine Tochter lädt sich bei unseren Freunden ein. Als wir hören, dass noch Nudeln übrig sind, meldet sich Max freiwillig zum Resteessen – und das bei unserem schlechtesten Esser. Der Urlaub hat doch seine eigenen Gesetze ...

Danach ist Max wieder auf dem Trampolin und wir schauen den Kindern bei ihren Sprüngen zu:

„Un – deux – trois“. Urlaub ist schön!



*Klippenweg in Dinard bei Flut*

## Sonntag, im Juli 2013 Utah Beach

**10:00 Uhr** Ganz in der Nähe ist ein Museum (nur ca. 500 m), das wir gut zu Fuß erreichen können. Hier können wir genau nachvollziehen, wie die Invasion der Alliierten 1945 ablief. Es gibt Karten, Ausstellungsstücke und Filme, die alles sehr genau und hautnah beschreiben. Ein Angestellter fragt, wo wir herkommen. Als ich antworte „Allemagne“, meint er nur: „Auch Sie sind bei uns willkommen“ ...

**18:30 Uhr** Es ist wieder Flut und alle gehen mit Bodyboards zum Strand. Nur Max nicht, er spielt lieber mit seinem Freund. Morgen wollen wir ja schließlich schon weiterfahren ...

## Montag, im Juli 2013 Fahrt nach Dinard in der Bretagne

**08:00 Uhr** Abfahrt.

**11:30 Uhr** Ankunft in Dinard. Wir bekommen unseren (gebuchten) Platz – nicht weit vom Strand entfernt – und bauen

erst einmal unser Equipment auf. Als wir merken, dass wir hungrig sind, kaufen wir einige Stangen Baguettes und essen die „Franzosen-Brote“ mit Wurst und Käse. Jetzt sind wir in Frankreich angekommen. Auch Max isst sein Baguette – allerdings mit Nutella.

**14:30 Uhr** Nach unserer Mittagspause und weiteren Aufbau-Aktionen machen wir uns auf den Weg über einen Klippenweg, der zum Hauptstrand des aus mehreren Teilen bestehenden Ortes führt. Max hat zunächst wenig Lust, kommt dann aber doch mit. Immer wieder fragt er, wie weit er noch laufen muss. Ich halte ihn bei Laune mit dem Versprechen, dass es viel zu Klettern geben wird – und das gibt es dann auch!

Nach ca. 30 Min ist Max müde und durstig. Mit der Aussicht, in Dinard an einem Kiosk etwas zu trinken zu kaufen, kann ich ihn irgendwann nicht mehr weiterlocken. Er streikt, will eine Pause, will keinen Schritt mehr gehen und am liebsten sofort wieder umkehren. Ich weiß nicht mehr weiter und die anderen haben auch kein Verständnis für diesen geballten Unwillen.

Wir gehen weiter – Max bleibt auf einer Bank sitzen. Ich schaue mich um – Max ist nicht zu sehen. Ein kurzes Stück später sehe ich, dass Max uns doch noch folgt, allerdings sehr langsam und mit großem Abstand. Die anderen gehen weiter und ich warte auf Max. Als er mich endlich eingeholt hat, nehme ich ihn an die Hand und verspreche, dass es jetzt nicht mehr weit sein kann. Irgendwie schaffen wir das letzte Stück „Klippenweg“ und kommen zu einer Felsausbuchtung, in der mitten auf einem Felsblock ein Fuchs sitzt und zu uns herübersieht. Jetzt ist Max hellwach und interessiert. „Was macht der Fuchs?“ und „Können wir ihn füttern?“, ist jetzt überall in den unterschiedlichsten Sprachen zu hören, denn es sind auch einige andere Spaziergänger dort stehengeblieben. Den Fuchs kümmert es wenig. Er sitzt auf seinem Felsen und zeigt sich von seiner besten Schokoladenseite, so, als wolle er für seine vielen Fotografen stillhalten. Er bekommt auch die volle Aufmerksamkeit und so manchen leckeren Brocken. Alle sind vom Fuchs fasziniert.

**15:30 Uhr** Ankunft in Dinard und Max bekommt nun endlich sein Getränk.

An der Strandpromenade bleiben wir an den Auslagen eines Souvenir-Shops hängen. Max will jetzt keinen Schritt mehr gehen und setzt sich auf den Gehweg. Ich kapituliere und lasse ihn dort sitzen, was auch kein Problem ist, da wir ihn nach unserer Erkundungs-Runde dort wieder abholen können ... Als wir uns auf den Rückweg machen, ist Max zum Glück noch da, wo wir ihn zurückgelassen haben.

**19:00 Uhr** Max hat einen neuen Freund gefunden. Er ist auch erst vor kurzem auf dem Campingplatz eingetroffen. Gemeinsam erkunden die beiden den Platz und buddeln den ganzen Abend Löcher in den Strand. Schließlich verabreden sie sich für den nächsten Tag. Max ist glücklich.

**21:00 Uhr** Wir genießen den ersten richtigen Urlaubstag mit einer Flasche Rotwein auf der Kaimauer. Hier sitzen

wir, sehen uns das Meer, die Boote und die vielen Spaziergänger an, die jetzt noch über den Klippenweg gehen wollen. Als die Flut immer höher steigt, ist der Weg nicht mehr begehbar. Der Weg ist überspült und die Wellen brechen sich an den Felsen. Tolles Schauspiel – aber was machen die Leute, die jetzt noch nicht zurück sind? Egal. Wir sitzen hier, trinken unseren Wein, essen Käse und Baguettes und sind so richtig im Urlaub angekommen. Morgen müssen wir unbedingt mehr von diesen Köstlichkeiten kaufen!



*St. Malo Meerwasser-Schwimmbecken*

#### **Dienstag, im Juli 2013 St. Malo**

**09:00 Uhr** Wir frühstücken gemeinsam mit unseren Freunden und es gibt Baguettes, Croissants und (immer noch geliehenes) Nutella.

**10:30 Uhr** Das Wetter ist schön und wir wollen uns die ehemalige Piratenstadt „St. Malo“ ansehen. Wir entdecken ein „Meerwasser-Schwimmbecken“, das einfach aus Betonmauern besteht, die einen Strandbereich Becken einfassen, der bei Flut voll läuft und bei Ebbe das Wasser hält. Genial einfach! Luxuriöserweise gibt es sogar einen 3-m-Sprungturm und eine Badeaufsicht.

**12:30 Uhr** Am Strand vor der Stadtmauer, der bereits gut besucht ist, finden wir einen schönen Platz für unser Picknick. Hier lassen wir uns von der Sonne verwöhnen, essen, trinken und legen uns satt und zufrieden auf unsere Handtücher. Max hüpfert und klettert zwischen den Tümpeln herum, die die Flut zwischen den Felsen am Strand zurückgelassen hat. Das Wasser ist erstaunlich warm und es gibt viel zu entdecken: Krebse, Muscheln, sogar kleine Fische! Max hat nach einiger Zeit alles erkundet und fragt nun: „Können wir jetzt gehen? Ich möchte zu meinem Freund. Wir haben uns doch zum Spielen verabredet.“ Doch wir haben noch nicht genug von diesem schönen Strand.

**15:00 Uhr** Wären nicht die ständigen Fragen von Max, ob und wann wir endlich zurückfahren könnten, dann hätten wir den Tag so richtig genießen können. Schließlich fasst er einen Entschluss: Er macht sich allein auf den Rückweg zum Parkplatz und schickt uns eine SMS: „Ich gehe schon mal. Wir treffen uns am Karussell.“ Ach ja – das war ja ganz in der Nähe von unserem Parkplatz. Was jetzt?



*Felsenküste in der Normandie*

Seine Schwester ist mit ihren Freundinnen noch beim Baden, aber ich bin absolut unruhig und frage mich, ob Max sich in der fremden Stadt und mit Null Sprachkenntnissen zwischen hunderten von fremden Menschen zurechtfindet? Schließlich ist sein Vater bereit, hinter Max herzulaufen und ihn beim Karussell zu suchen. Nach gefühlten Stunden erfahre ich per SMS, dass er Max gefunden hat. Mir fällt ein Stein vom Herzen. Wie gut, dass es diese Mobiltelefone gibt! Obwohl ich eigentlich sauer bin über diese Extra-Tour, staune ich innerlich über unseren Sohn: Er hat es tatsächlich geschafft, quer durch diese verwinkelte Stadt zurück zu unserem Parkplatz zu finden – und das ganz allein!

**19:30 Uhr** Abendessen – sogar Max ist pünktlich! Das ist wirklich ein dickes Lob wert!

#### **Mittwoch, im Juli 2013**

**09:00 Uhr** Frühstück. Max ist unruhig. Er will heute den ganzen Tag mit seinem Freund spielen.

**18:30 Uhr** Wir machen noch einen Abendspaziergang – den Klippenweg nach Dinard. Max „klinkt sich“ für dieses Mal aus und bleibt bei seinem Freund. Na, dann werde ich den Weg dieses Mal hoffentlich ganz entspannt genießen können ...?

**19:05 Uhr** Wir sind wirklich sehr zügig unterwegs und genießen die Abendstimmung an der Promenade. Straßenmusikanten spielen mit Gitarre, Harfe und Gesang. Dazu schlecken wir ein Eis und fühlen uns wie „Gott in Frankreich“. Dennoch dürfen wir nicht zu lange bleiben, da ja bald die Flut uns den Rückweg versperren könnte.

**19:30 Uhr** Wir haben ungefähr die Hälfte des Weges hinter uns, stehen vor unserem Klippenweg und kommen nicht weiter. Der Weg ist überschwemmt und wir wissen ja, dass auch das Ende am Campingplatz bei Flut nicht passierbar ist. Nun folgen wir also Plan B: Immer der Straße entlang – langweilig! – aber Schuhe und Füße bleiben trocken. Zurück am Campingplatz werden wir von Max begrüßt: „Ach, seid ihr schon wieder da?“

**22:00 Uhr** Auch der schönste Tag geht einmal zu Ende. Leider müssen wir, als wir zu Bett gehen wollen, feststellen, dass eine Ameisenarmee durch unseren Wohnwagen

zieht. Unsere Tochter ekelt sich und will auf gar keinen Fall im Wagen schlafen. Es ist warm, so dass sie sich mit ihrer Freundin einen Schlafplatz unter den Sternen „bauen“ kann. Na dann – gute Nacht.

Morgen sollten wir wirklich zum Einkaufszentrum fahren, das wir bei unserer Ankunft am Ortseingang entdeckt hatten: Vorräte auffüllen und Ameisenköder besorgen.

#### **Donnerstag, im Juli 2013**

**08:30 Uhr** Frühstück. Die Mädchen haben ihre Nacht im Freien gut überstanden.

**14:00 Uhr** Wir gehen alle zum Strand, liegen in der Sonne, baden, genießen den warmen Sand oder lesen – Urlaub ist schön!

Irgendwann ist es dunkel. Auch Max muss nun ins Bett – er hat bis jetzt mit seinen Freunden gespielt.

#### **Freitag, im Juli 2013 Fahrt nach Dinan**

**10:00 Uhr** Fahrt nach Dinan. Die Stadt hat einen wunderschönen mittelalterlichen Stadtkern. Man fühlt sich sofort in die Vergangenheit zurückversetzt. An vielen Ecken kann man Straßenmusikern zuhören, die mittelalterlich gekleidet sind. Ein wunderbares Ambiente!

**14:00 Uhr** Gut gelaunt (wir haben wirklich viel gelacht) und müde machen wir uns auf den Rückweg. Auf einmal ist Max weg. Gerade war er doch noch da. Wo mag er in diesem Touri-Gewimmel bloß stecken? Kurze Panik – dann die Erleichterung: Er war vorausgelaufen (und ich habe ihn immer hinter mir gesucht). Nun beschließe ich, dass Max eine Aufgabe bekommen muss: Er ist ab sofort unser Pfadfinder, mit der Mission, seine Gruppe durch unbekanntes Terrain zum Auto zurück zuführen. Er macht seine Sache sehr gut und wir sind in kürzester Zeit bei unserem Auto auf dem Parkplatz angekommen. Schon wieder so eine faszinierende Demonstration seiner hervorragenden Orientierungsfähigkeit.

#### **Samstag, im Juli 2013 Weiterfahrt nach Plougrescant**

**10:30 Uhr** Weiter geht es auf unserer Frankreich-Tour durch die Bretagne in Richtung Westen nach Plougrescant an der Cote D'Armor – der roten Granitküste. Hier gibt es eine bekannte Attraktion: Häuser, die zwischen Felsen errichtet wurden.

**12:15 Uhr** Ankunft auf dem Campingplatz, der sehr ländlich gelegen ist. Max erkundet den Platz mit dem Rad und findet ihn ziemlich langweilig. Es beruhigt ihn, als er erfährt, dass wir nur für eine Übernachtung bleiben wollen. Ich selbst finde es ganz nett hier – muss aber Max zustimmen. Etwas viel Gegend ...

Am Abend fahren wir Erwachsenen noch einmal los und erleben eine sonnendurchflutete, farbenfrohe Küstenlandschaft – die beim Sonnenuntergang in allen Rottönen leuchtet. Wir sind ganz begeistert von den Farben und dem Licht. Alle schwärmen: „Hier möchten wir auf jeden Fall noch einmal hin.“

**Sonntag, im Juli 2013 St. Pierre auf Quiberon**

**13:30 Uhr** Ankunft in „St. Pierre“ auf Quiberon – im strömenden Regen.

**18:50 Uhr** Für den Abend haben Max und sein Vater das Vorzelt aufgebaut. Der Wind ist nun so stark geworden, dass unser leichtes Sonnensegel einfach nicht der Belastung standhält.

Heute Abend bleiben wir unter dem Zelt bei unserem Glas Wein sitzen und genießen das „Nichts-Tun“.

**Montag, im Juli 2013 Wir erkunden die Insel**

**09:00 Uhr** Frühstück unter dem Vorzelt. Es ist immer noch sehr windig und kühl. Für heute ist außerdem auch noch (wieder) Regen angekündigt.

**10:30 Uhr** Aufbruch zur Radtour. Wir nehmen uns Brote mit und wollen heute die Halbinsel Quiberon erkunden.

**11:30 Uhr** Die Radfahrt macht Spaß und der Weg ist gut ausgeschildert.

**14:30 Uhr** Dunkle Wolken scheuchen uns auf. Nun aber schnell auf die Räder und zurück zu unserer Unterkunft.

**16:30 Uhr** In Rekordzeit, immer mit den Regenwolken „im Nacken“, radeln wir mit Höchstgeschwindigkeit an der Cote Savage – der „wilden Küste“ entlang, auf einem Radweg mit herrlichen Aussichten auf die westliche Steilküste des Atlantik – mit schäumenden Wellen und herrlicher Brandung. Alle sind nun ganz schön geschafft, aber ich bin stolz auf die Kinder, die so gut mitgehalten haben. Die Mädchen sind in unseren Wohnwagen gezogen, liegen nun auf den Polstern und sind nach kurzer Zeit eingeschlafen. Auch Max ist ganz schön geschafft und braucht eine Pause.

**Donnerstag im August 2013 Umsiedlung zum „Platz in der Sonne“**

**08:30 Uhr** Nach unserem französischen Frühstück mit Baguettes, Croissants und Kaffee machen wir uns auf den Weg.

**08:50 Uhr** Wir sind da. Die Schranke ist zu und die Rezeption nicht besetzt – was nun? Max findet heraus, dass man per Knopfdruck die Schranke öffnen kann und wir fahren auf den Platz und suchen uns Stellplätze aus, die (fast) nebeneinander liegen.

**09:30 Uhr** Frühstück im Sonnenschein. Endlich sehen wir die Sonne, haben Meeresblick und hören das Rauschen der Wellen: Herrlich! „Alles ist gut ...“, stellen wir fest.

**20:00 Uhr** Alle Erwachsenen sitzen am Grill und ganz ungewollt macht sich eine gewisse Katerstimmung breit. Schade, dass unser Urlaub schon so bald zu Ende ist. Übermorgen müssen wir schon abreisen ...

**Freitag, im August 2013 In der Wellenreiter-Bucht**

**10:30 Uhr** Wir fahren mit dem Rad zur „Wellenreiterbucht“. Jeder ist fasziniert von der schäumenden Brandung und den hohen Wellen, die ungebremst „aus Amerika“ hierhin heranrollen. Etwa acht bis 10 Wellenreiter sind im Wasser.

Auch Max geht schwimmen und alle schwärmen von dem tollen Sand und den Wellen.

**12:00 Uhr** Irgendetwas ist bei Max an den Zeh gekommen, oder hat ihn gestochen. Er humpelt und kämpft mit den Tränen. Tut echt weh! Wir Erwachsenen kümmern uns um ihn. Seine Panik und der Schmerz verschwinden langsam und nach kurzer Auszeit können wir den Rückweg antreten.

**19:00 Uhr** Max geht zu einer nahe gelegenen Bungee-Jumping-Anlage. Auf dem Trampolin wird er von einem Betreuer in die Luft katapultiert. Es sieht spektakulär aus und ist wohl auch ein ziemlich heftiges Gefühl. Besonders stolz ist er darauf, dass er heute zum ersten Mal (mit Hilfe des Betreuers) einen Salto geschafft hat.



*Quiberon: Campingplatz an der Sonne*

**Samstag, im August 2013 Rückreise**

**09:00 Uhr** Wir sind zur Abfahrt bereit und könnten den Campingplatz verlassen. Da die Kinder ganz routiniert mitgeholfen haben, konnten wir in Rekordzeit packen.

**18:30 Uhr** Ankunft auf unserem letzten Rastplatz, dem Campingplatz „Camping des Dunes“ bei Boulogne sur Mer.

**Sonntag im August 2013 Wir kommen nach Hause**

**09:30 Uhr** Abfahrt.

**10:30 Uhr** Auf unserer Strecke entlang der A 16 in Richtung Calais, sehen wir – bei herrlich klarem Wetter – nach kurzer Zeit die Küste, den Kanal und die weißen Kreidefelsen von Dover vor uns. Was ist es doch für ein kleiner „Hüpfen“ bis nach England. Groß und übersichtlich ist die Zufahrt zum „Tunnel“ beschrieben und wir sind überzeugt, dass wir mit unserem Wagen auf jeden Fall auch einmal nach England reisen wollen.

**17:30 Uhr** Zuhause ... Alle sind erleichtert, aber auch ganz schön erschöpft von der Fahrt.

**18:00 Uhr** Nach einer kurzen Pause beginnen wir mit dem Ausräumen, Wäsche sortieren, Post sichten ... Der Alltag hat uns wieder.

■ Von einer Mutter

(\*Namen von der Redaktion geändert)

# Online-Elterntaining „ElternCoach“

## Eine einseitige Entwicklungsgeschichte

Während einer Klausurtagung des Bundesvorstands mit zusätzlichen Teilnehmerinnen aus verschiedenen Tätigkeitsbereichen unseres Verbandes erzählte Dr. Myriam Menter uns von der Idee, ein Elterntaining zu entwickeln, das Eltern zu Haus vom eigenen PC aus absolvieren können. Unterstützt würde dieses Online-Elterntaining von der KKH, der Kaufmännischen Krankenkasse. Dazu suchte sie Mitstreiter, die die einzelnen Entwicklungsschritte dieses Angebotes begleiteten und kontrollierten. Ich habe mich gemeldet, zum einen aus Neugier, zum anderen aber aus Skepsis. Wie sollte so ein Elterntaining, in dem man sich nicht gegenübersteht, funktionieren?

Ja, so fing es an.

Ich hatte keine Vorstellung, wie meine Mitarbeit aussehen würde. Das änderte sich schon recht bald, denn im August 2013 flatterten die ersten Informationen ins Haus. Darin ging es zunächst um die Vorgehensweise der Absprachen unter allen Teilnehmern. Kurze Zeit später folgte ein Konzept zum Ablauf des Trainings mit den sechs Themenschwerpunkten. Dem folgten Mails mit Inhalten wie Ideenskizze, Flowchart, Feinkonzept, Meilenstein ...

Tja, und dann kamen die Drehbücher mit zum Teil über 20 Seiten, die gelesen und zurückgemeldet und, nach Korrektur, erneut gelesen werden sollten, ein Titel musste her, die Namen der Filmdarsteller durften wir mitentscheiden und einiges mehr. Ich gebe zu, dass ich mir vorher nicht habe träumen lassen, dass unsere Beteiligung derart umfangreich ausfallen würde.

Nachdem das alles bewältigt wurde, durften wir testen: Die „Beta-Version“ war startklar. Das bedeutete für uns, dass wir das Elterntaining in allen Punkten testen durften. Die Themen (Zubettgehen, Klauen und Lügen, Medienkonsum, Zerstörung fremden Eigentums, Hausaufgaben und Geschwisterstreit), zu denen es in den Familien häufig zu Auseinandersetzungen kommt, konnten von uns bearbeitet

werden. Also arbeiteten wir an den jeweiligen einleitenden Übungen, schauten uns den Hauptfilm an, wählten eine uns angenehme Elternreaktion, die ebenfalls filmisch dargestellt wird, lasen die Tipps und absolvierten den Abschluss-test.

Nun ist der ElternCoach fertig, bei Erscheinen der *neue AKZENTE* online nutzbar.

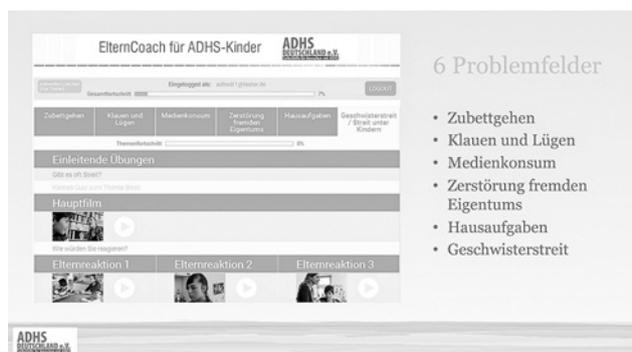
Mitglieder unseres ADHS Deutschland e. V., aber auch Mitglieder der KKH, können sich dazu im Internet mit einem persönlichen Kennwort anmelden und teilnehmen.

Dort finden sie Informationen und Übungen zu sechs alltäglichen Erziehungsproblemen, Filme zur Veranschaulichung des Problems und verschiedener Handlungsalternativen. Die einzelnen Schritte des ElternCoach bieten einen Wechsel zwischen Information, Übung und Reflexion mit der Möglichkeit eigener Angaben, wobei der Trainingsstand zur späteren Wiederaufnahme gespeichert wird. Die enthaltenen Tipps können ausgedruckt werden, zudem gibt es die Möglichkeit, sich die Texte anzuhören. Die eingegebenen Daten werden für max. drei Monate gespeichert, dann aber gelöscht. Damit auch alle Punkte bearbeitet werden, gibt es Erinnerungs-E-Mails.

Auch wenn ich anfangs zweifelte, so kann ich nun sagen, dass mir diese Art des Elterntainings sehr gut gefällt, zumal die Filme alle hervorragend gelungen sind. Sicher ist auch, dass das Angebot nicht nur für Eltern von ADHS-Kindern interessant sein dürfte, weil mit den behandelten Themen auf verbreitete Alltagskonflikte eingegangen wird, die die meisten Eltern kennen.

Ich denke, es ist ein guter Einstieg, das eigene Erziehungsverhalten zu reflektieren und sich mit der eigenen Situation auseinanderzusetzen.

■ Margit Tütje-Schlicker



ElternCoach-Folien

# ADHS – eine Kinderkrankheit wird „erwachsen“

Das therapeutische Team der MediClin Deister Weser Kliniken weist seit über 10 Jahren breite Erfahrungen und Fachwissen in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter auf.

Bei der ADHS handelt es sich um eine häufige, zumeist vererbte Krankheit, die mit Auffälligkeiten im Hirnstoffwechsel einhergeht und die weltweit 2–4 % der Erwachsenen betrifft. Die Erkrankung, die bereits in der Kindheit entsteht, betrifft weltweit etwa 5 % der Kinder und Jugendlichen. Mittlerweile konnten Studien zeigen, dass krankheitswertige Symptome aus der Kindheit, bei 40–60 % der Betroffenen, auch im Erwachsenenalter nachweisbar bleiben.

## Kernsymptome nach der ICD 10/DSM V sind:

- verminderte Aufmerksamkeit
- motorische Hyperaktivität
- erhöhte Impulsivität

Der Beginn der Symptomatik liegt vor dem 7. bzw. 12. Lebensjahr.

Patienten mit diesem Krankheitsbild sind auf der einen Seite **ideenreich, einfühlsam, kreativ, spontan, neugierig** und **begeisterungsfähig**, auf der anderen Seite zeigen sie jedoch auch ein **hitziges Temperament, reagieren affekt-labil, weisen eine verminderte Stressintoleranz auf, sind desorganisiert, unruhig, nervös, ablenkbar und unaufmerksam**.

Zudem liegen im Erwachsenenalter bei 2/3 der Patienten auch Begleiterkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Zwänge, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen etc. vor, die das Krankheitsbild begleiten und den Verlauf komplizierend beeinflussen können. Aktuell erhält nur etwa jeder 10. Patient mit einer gesicherten ADHS-Diagnose auch eine entsprechende fachspezifische Therapie!

In den MediClin Deister Weser Kliniken haben wir uns seit über 10 Jahren auf dieses Erkrankungsbild spezialisiert. Das gesamte therapeutische Team ist im Umgang mit den Krankheitssymptomen vertraut und somit in der Lage, den Patienten bei der Bewältigung ihrer Alltagsschwierigkeiten bezüglich sozialer Interaktion, Impulsivität, Organisation etc. hilfreich und unterstützend zur Seite zu stehen.

Die ADHS ist eine klinische Diagnose und wird durch unser erfahrenes Therapeutenteam gestellt, wenn die diagnostischen Kriterien nach DSM V/ICD 10 nachweisbar sind. Zur Diagnoseerhebung setzen wir auch unterstützend Rating-skalen, Fremd- oder Selbstbeurteilungsfragebögen ein.



MediClin Deister Weser Kliniken

Wir bieten unseren Patienten eine multimodale therapiezielorientierte Behandlung an.

Unser **Spezialprogramm ADHS** beinhaltet folgende Bausteine:

- ADHS-Gruppentherapie
- Therapeutische Einzelgespräche
- Funktionstraining in der Ergotherapie (Priorisierung von Aufgaben, praktische Hilfen bei der Arbeitsorganisation, reizarme Umgebung aktiv herstellen etc.)
- Soziales Kompetenztraining
- Training von Problemlösefertigkeiten
- Körperwahrnehmung, Tanz- und Sporttherapie
- Genuss-therapie, Musik- und Kreativtherapie
- Soziotherapie

Wir ermöglichen unseren Patienten, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und unter Anleitung erfahrener Therapeuten Verhaltensänderungen anhand individueller Therapieziele einzuüben.

Des Weiteren führen wir eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie der ADHS mit Stimulanzien (Methylphenidat) durch.

Auch andere medikamentöse Behandlungsoptionen gelangen je nach vorliegender Symptomatik und begleitender Erkrankung zum Einsatz.

Im Rahmen dieser multimodalen Therapien können bei vielen Patienten die Symptome erheblich gebessert werden, so dass Fähigkeiten zur Lebensgestaltung, Alltagsführung und das Leistungsvermögen im Beruf hiervon deutlich profitieren.

## Für weitere Fragen stehen wir Ihnen sehr gerne telefonisch zur Verfügung!

Chefärztin Dr. med. Sigrid R.-M. Krause  
Sekretariat, Frau Kerstin Schulte, Telefon: 05042/ 600-212  
MediClin Deister Weser Kliniken  
Lug ins Land 5  
31848 Bad Münster

# Kriterien zur Bewertung von Kliniken zur vollstationären Behandlung der ADHS

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen sind möglich

Name und Adresse der Klinik: MediClin Deister Weser Kliniken, Lug ins Land 5, 31848 Bad Münder

## Kostenträger

Krankenkasse     Rentenversicherung     Berufsgenossenschaft     anderer: priv. Krankenvers.

## 1. Um welchen Klinik-Typ handelt es sich:

### Klinik für Erwachsene

- Psychiatrische Klinik bzw. -Abteilung
- Psychosomatische Klinik bzw. -Abteilung
- Fachklinik für Suchterkrankungen
- Reha-Klinik bzw. medizinische und psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtung
- Fach- oder Kur-Klinik für Erwachsene, in welche Kinder mit aufgenommen werden (als „Begleitperson“)

### Klinik für Kinder bzw. Familien

- Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -Abteilung
- Psychosomatische Klinik bzw. -Abteilung
- Kinderklinik bzw. -Abteilung
- Kur-Klinik für Kinder ohne Begleitung von Erwachsenen
- Kur-Klinik für Kinder in Begleitung von Erwachsenen bzw. Mutter/Eltern-Kind-Klinik

## 2. Welche therapeutische Verfahren kommen in der Klinik zur Anwendung bzw. werden angeleitet?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie                      | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologische Verfahren                     | <input type="checkbox"/> einzeln            | <input type="checkbox"/> in der Gruppe            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gesprächstherapeutische Verfahren       | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Psychomotorische Verfahren                         | <input type="checkbox"/> einzeln            | <input type="checkbox"/> in der Gruppe            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Entspannungsverfahren                   | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ergo- und Kunsttherapeutische Verfahren | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alltagsnahes Coaching                   | <input checked="" type="checkbox"/> einzeln | <input checked="" type="checkbox"/> in der Gruppe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Partnerschaftstherapie/Familientherapie |   |   |

## 3. Über welche spezifischen Kompetenzen in der Behandlung der ADHS verfügt die Klinik bzw. verfügen ihre Mitarbeiter?

### a) Multiprofessionelles Team aus

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  Facharzt für Psychosomatische Medizin,
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  Facharzt für Pädiatrie,  Psychologe,
- Psychologischer Psychotherapeut,  approbierter Psychotherapeut,  Therapeuten in drei oder mehr der unter Punkt 2 genannten therapeutischen Disziplinen,  Sozialdienst für Erwachsene mit Kenntnissen in Nachbetreuung, Gesetzeslage, Arbeitsmarkt,  Sozialdienst für Kinder mit Kenntnissen in Nachbetreuung, SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), Schule und Berufsbildung

### b) Nachweis spezifischer Fortbildungen der Mitarbeiter im Bereich der ADHS

- Ausbildung in Klinikabteilungen oder Facharztpraxen mit wissenschaftlichem Renommee in der Behandlung der ADHS,  Fortbildungen zum Thema ADHS,  Zusammenarbeit mit Kliniken und/oder Universitätsambulanzen mit Erfahrung im Bereich der ADHS,  Mitgliedschaft der behandelnden Ärzte und Therapeuten in ADHS-spezifischen Fach- und Betroffenenverbänden,  Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik oder Abteilung an Forschungsprojekten zum Thema ADHS

- c) Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes zur Behandlung der ADHS für
  - Patienten,  Fachleute,  Krankenkassen; seit welchem Jahr liegt das Konzept vor? **2003**
  - Wann wurde das Konzept zum letzten Mal aktualisiert? **2011**
- d) Vorliegen eines schriftlichen Behandlungsplans für die Dauer des Aufenthaltes mit Aussagen zu
  - Therapiebausteinen,  Häufigkeit und Dauer der Therapiebausteine,  Zusammenhang des therapeutischen Angebots mit der ADHS-Symptomatik (Angaben zum spezifischen Nutzen),  Nachsorgeangeboten,
  - Hinweise auf Selbsthilfegruppen
- e) Kompetenzen in der Behandlung häufiger komorbider Erkrankungen
  - Depression,  Angststörung,  Zwangsstörung,  Tic-Störung (u.a. Tourette),  Störung aus dem autistischen Formenkreis,  Ess-Störung,  Psychosomatische Erkrankung,  Persönlichkeitsstörung (u.a. Borderline) oder Störung des Sozialverhaltens, (auch Dissoziale Persönlichkeitsstörung)  Lern- und Leistungsstörung,  Sucht-Störung (Rauchen, Alkohol, illegale Substanzen)

**4. ADHS-spezifische Elemente in der Behandlung:**

- a)  Aufklärung über das Störungsbild (Ursache, Symptome, individuelle und soziale Folgen)
- b) Aufklärung über nachweislich zur Behandlung der ADHS geeignete therapeutische Verfahren
  - Medikation,  Psychotherapeutische Verfahren,  Familientherapeutische Verfahren,
  - andere therapeutische Verfahren,  Coaching,  Sport,  Erziehungsberatung und Elterntaining
- c) Medikation mit  Stimulanzien,  Antidepressiva,  Neuroleptika,  Beruhigungsmitteln,  Schlafmittel,  Homöopathischen Mitteln und/oder Naturheilmitteln
- d) ADHS-spezifisches Coaching u.a. mit den folgenden Themen
  - Begabungen und Ressourcen,  Selbstorganisation im Alltag,  Ordnung im Haushalt und am Arbeitsplatz bzw. Schule,  Freundschaft und Beziehung,  finanzielle Belange einschließlich Schuldner-Beratung,  Zeitmanagement,  Förderung von Alltagsfertigkeiten,
  - Kenntnisse von Gesetzeslage und Leistungen von Krankenkassen, Arbeits- und Sozialamt

**5. Einbezug von externen Personen und Institutionen in die Behandlung:**

- a)  Einbezug von Familienangehörigen, Partnern und/oder nahestehenden Freunden in die stationäre Behandlung
- b)  Einbezug von vor- und nachbehandelnden Ärzten und/oder Therapeuten in die stationäre Behandlung
- c) Einbezug von Institutionen/Einrichtungen in die stationäre Behandlung
  - Schule bzw. Arbeitgeber,  Jugendamt,  Sozialamt,  Arbeitsamt,  Private Anbieter von ADHS-spezifischem Coaching,  Partnerschafts- und Familienberatung,  Erziehungsberatung und Elterntaining
- d)  Einbezug von Vereinen (u.a. Sportvereinen) und/oder organisierten Freizeitangeboten
- e)  Einbezug von ADHS-Selbsthilfegruppen

**6. Angebote und Hinweise zur Nachbehandlung:**

- a) Die Klinik bzw. die Abteilung bietet eine ambulante Nachsorge für Patienten an
  - Ambulante ärztliche Betreuung durch Klinikärzte,  Ambulante (psycho-)therapeutische Behandlung durch Kliniktherapeuten,  Verschreibung von Medikation nach Entlassung aus der stationären Behandlung,
  - Notfallkontakt zu durch die stationäre Behandlung vertrauten Klinikmitarbeitern,  Unterstützung durch den Klinik-Sozialdienst nach dem Ende der stationären Behandlung
- b)  Die Klinik bzw. Abteilung verfügt über ein Behandlungskonzept, das eine erneute stationäre Aufnahme zur Fortsetzung der Therapie nach Ablauf einer bestimmten Zeit vorsieht
- c) Die Klinik stellt die im Verlauf der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse, nachbehandelnden Fachleuten (F) und/oder dem Patienten (P) zur Verfügung in Form von  (P) Kurzarztbrief bei Entlassung dem Patienten mitgeben,  (F) zeitnaher Arztbrief an nachbehandelnde Fachleute (innerhalb von 4 Wochen)
  - (P)  (F) Arztbrief Testbefunden,  (P)  (F) mündlicher Beratung bzw. kollegialer Rücksprache,
  - (P)  (F) telefonischer Verfügbarkeit für Nachfragen
- d)  Einladung zu Nachtreffen von Patienten einer Therapie-Gruppe
- e)  Einladung zu Fortbildungsveranstaltungen
- f)  Einladung zur Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. zur Erforschung der Wirksamkeit von Therapieverfahren bei ADHS)
- g)  Verweis an lokale Selbsthilfegruppen

## Nachruf



Gott ist auch in der Finsternis der Verzweiflung bei uns.  
Er gibt uns die Kraft und den Mut trotz allem vorwärts zu gehen.  
(Martin Luther King.)

### Reinhard Wissing

Rechtsanwalt

\* 8. Januar 1952 † 5. Juni 2014

**Bamberg** Es trauern um ihn:  
Ruth, Tamara, Bernd und Dillon

Urnenaussegnung am Freitag, den 20. Juni 2014, um 13.30 Uhr in der großen Aussegnungshalle an der Hallstadter Straße in Bamberg.  
Für erwiesene und zuge dachte Anteilnahme herzlichen Dank.

Wir trauern um unser Vorstandsmitglied Reinhard Wissing. Geboren 1952, seit 1980 verheiratet, selbständiger Rechtsanwalt in Bamberg.

Herr Wissing hat als Vater zweier betroffener Kinder 25 Jahre lang die ADHS-Selbsthilfe mit seinem fachlichen Rat unterstützt und in Prozessen vertreten. Sein großes Engagement galt dabei nicht nur den Belangen des Verbandes, sondern auch seinen Mitgliedern, die sich bei juristischen Fragestellungen rund um die ADHS jederzeit an ihn wenden konnten.

Wir haben in ihm einen guten Freund und wichtigen Mitstreiter verloren. Unser Dank und Beileid gelten seiner Familie, ohne die sein hilfreiches Wirken für die ADHS-Selbsthilfe nicht möglich gewesen wäre.

Hartmut Gartzke im Namen des Vorstandes

## Der Beirat des ADHS Deutschland e. V. stellt sich vor

### Wissenschaftlicher und Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

Der ADHS Deutschland e. V. hat laut § 11 der Satzung einen wissenschaftlichen Beirat, der den Vorstand in wissenschaftlichen Fragen, insbesondere im medizinischen Bereich, aber auch in anderen Disziplinen berät und unterstützt. In den letzten Jahren hat der Vorstand festgestellt, dass es neben den wissenschaftlichen Fragestellungen, die für unsere evidenzbasierten Positionen von besonderer

Bedeutung sind, auch sehr viele Fragen gibt, die in die Kompetenz von erfahrenen Praktikern fallen.

Daher wurde die Satzung mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22.03.2014 dahingehend erweitert, dass zusätzlich zum wissenschaftlichen Beirat ein therapeutisch-pädagogischer Beirat analog zu § 11 eingerichtet wurde.

Wir stellen Ihnen nach und nach in den folgenden Ausgaben unserer **neue AKZENTE** unseren wissenschaftlichen und therapeutisch-pädagogischen Beirat vor:

Jahrgang 1965.

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Studium der Medizin an der Georg-August-Universität in Göttingen.

Ab 1994 Ausbildung zum Facharzt für Neurologie an der Universitätsklinik Frankfurt am Main.

Ab 1999 tätig an der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Begleitende Ausbildung in psychoanalytisch-interaktioneller Gruppenpsychotherapie nach Heigl-Evers in Göttingen/Tiefenbrunn.

1999 Etablierung einer Spezialambulanz für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter.

2008 Habilitation an der MHH mit dem Thema: „ADHS im Erwachsenenalter – unter besonderer Berücksichtigung neurophysiologischer und bildgebender Befunde sowie komorbider Depression und Substanzabhängigkeit“.

Weitere Forschungsschwerpunkte bestehen auf neurokognitivem, suchtmmedizinischem und psychotherapeutisch/anthropologischem Gebiet.



*Prof. Dr. med. Martin D. Ohlmeier*

Bis August 2008 Oberarzt der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH, seit dem 01.09.2008 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Ludwig-Noll-Krankenhaus) des Klinikums Kassel.

Seit Juni 2011 außerplanmäßiger Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH).

Seit 1985 bin ich als Psychiater und Verhaltenswissenschaftler an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Würzburg, tätig. 2010 wurde ich auf den Lehrstuhl für Molekulare Psychiatrie der Universität Würzburg berufen. Im Rahmen der Klinischen Forschergruppe ADHS betreue ich mit meinen Mitarbeitern insbesondere Erwachsene mit ADHS. Unser Ziel ist es, in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Arbeitsgruppen, die Ursachen und den Verlauf von ADHS über die gesamte Lebensspanne zu erforschen (siehe auch EU-gefördertes Projekt Aggrosstyp: [www.aggrosstyp.eu/](http://www.aggrosstyp.eu/)). Weitere Informationen zu den wissenschaftlichen Aktivitäten der Klinischen Forschergruppe ADHS sind unter [www.molecularpsychiatry.uni-wuerzburg.de](http://www.molecularpsychiatry.uni-wuerzburg.de) zu finden.

Ich bin mit Silke Gross-Lesch verheiratet, die ebenfalls als Psychiaterin tätig ist; wir haben 4 Kinder.



*Prof. Dr. med. Klaus-Peter Lesch*

Jahrgang 1970, verheiratet, eine Tochter

1999 Diplom in Psychologie (Schwerpunkte: Klinische Psychologie, Psychopathologie, Neuropsychologie)

Seit 1999 Klinische und wissenschaftliche Tätigkeiten in der Schön Klinik Bad Bramstedt

Bis 2003 Forschungs koordinator und Projektleitung des Forschungsschwerpunkts „Verhaltensneurobiologie der Anorexia nervosa“

2002 Promotion zum Dr. phil. an der Martin-Luther-Universität Halle

Nationale und internationale Kongressbeiträge und Publikationen zu Essstörungen / Zwangsspektrumsstörungen

2005 Aufbau und Konzeptentwicklung des Behandlungsschwerpunkts „ADHS im Erwachsenenalter“

2008 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten, Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Seit 2012 Leitender Psychologe und Qualitätsbeauftragter in der Schön-Klinik Bad Bramstedt

Therapieausbildungen:

- Verhaltenstherapie
- Schematherapie

Aktuelle Tätigkeiten:

- Leitender Psychologe in der Schön Klinik Bad Bramstedt und Leitung des Behandlungsschwerpunkts „ADHS im Erwachsenenalter“
- Qualitätsbeauftragter
- Dozent in der Ausbildung psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten sowie in der Facharztweiterbildung am IVPM (Bad Bramstedt) und IFT (Kiel)



Dipl.-Psych. Dr. phil. Roy Murphy

Supervisor in der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten am IVPM (Bad Bramstedt)

- Nationale und internationale Vorträge und Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen „ADHS“ und „Neurowissenschaftliche Aspekte psychischer Störungen“
- Mitglied des ADHS-Qualitätszirkels Schleswig-Holsteins
- Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des ADHS-Coaching-Netzwerk e. V.

*Mich fasziniert und interessiert in der Arbeit mit Menschen mit ADHS vor allem der ressourcenorientierte Ansatz. Ich finde es immer wieder berührend, wie Menschen sich verändern können, wenn ihnen der geeignete therapeutische Rahmen hierfür geboten wird und sie die erforderliche (Lebens-)Nische für sich gefunden haben.*

*Mir ist es wichtig, dem Thema „ADHS im Erwachsenenalter“ über Öffentlichkeitsarbeit, Therapie, Fortbildungen und Supervisionen einen größeren Bekanntheitsgrad zu geben und im Rahmen meiner Möglichkeiten über evidenzbasierte Diagnostik- und Behandlungsansätze aufzuklären.*

Jahrgang 1964, studierte an der Universität Tübingen und Basel evangelische Theologie und an der Universität Tübingen und Freiburg Psychologie. Nach den Abschlüssen in beiden Studiengängen begann sie 1993 die therapeutische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Zuerst arbeitete sie mehrere Jahre mit dem Schwerpunkt ADS/ADHS und unterschiedlichsten Komorbiditäten in der Praxis von Dipl.-Psych. Dipl.-Heilpäd. Cordula Neuhaus in Esslingen.

1996 wechselte Erika Tittmann an das Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Klingenmünster/Pfalz, um Erfahrungen im stationären Bereich mit ADS/ADHS und Essstörungen zu sammeln. Durch staatlich anerkannte Aus- und Weiterbildungen zur Psychologischen Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Klinischen Verhaltenstherapeutin, Klinischen Hypnosetherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie hat sie ihre fachliche Qualifikation in den vergangenen Jahren konsequent weiterentwickelt.

Seit 1997 arbeitet Erika Tittmann niedergelassen in eigener Praxis in Lörrach. Praxisschwerpunkt ist ADS/ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.



*Dipl.-Psych. Erika Tittmann*

Neben der therapeutischen Arbeit ist Erika Tittmann aktiv in der Weiterbildung von Lehrern, Erziehern und Therapeuten tätig.

Sie hält Vorträge und Seminare zu ADS-Themen und ist Dozentin am Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie (IFKV) in Bad Dürkheim.

## Symposium des ADHS Deutschland e. V. in Hamburg 22.-23.03.14 „Schwierigkeiten meistern, Stärken leben!“

Am Freitagmorgen, dem 21.03.14, machten wir uns auf den Weg nach Hamburg in der Hoffnung, nicht in einen Stau zu geraten. Ca. acht Stunden Fahrt vom Süden in den hohen Norden Deutschlands waren veranschlagt.

Um 12:30 Uhr war eine Mittagspause mit Essen und Kaffee notwendig. Windiges, aber sonniges Wetter und gute Stimmung hielten uns bei Laune. Ab Soltau kam dann doch der vorhergesagte Regen und beim Eintreffen an Hamburgs Stadtrand der Stau. Mit kurzer Verspätung kamen wir an unserem gebuchten Hotel Eggert an. Ein sehr schönes, gut geführtes Hotel, bei dem die Benotung „sehr gut“ wirklich stimmt.

Am Freitag, abends um 19.30 Uhr, trafen wir uns mit anderen Teilnehmern in der Hasselbrook-Factory. Dies ist ein ehemaliges Bahnhofsgebäude mit viel Jugendstilelementen. Dort gab es hausgebrautes Bier und das stadtbekanntes Factory-Schnitzel.

Die Jugendlichen nutzten nach dem Essen die Gelegenheit, den in dieser Zeit stattfindenden Dom und natürlich die Reeperbahn zu besuchen. Was anscheinend ein aufregendes Erlebnis war. Die Nacht fiel dementsprechend kurz aus.

Am Samstag waren wir um 8.00 Uhr zum Frühstück verabredet und genossen dieses ausgiebig. Unser Hotel lag im Nachbarstadtteil des Berufsförderungswerkes HH, so dass wir nach nur kurzer Autofahrt dort ankamen und ab 10:00 Uhr die Mitgliederversammlung besuchten. Nach dem üblichen Gewusel beim Einchecken (Verteilung der Namensschilder und Essensmarken), konnte die eigentliche Veranstaltung losgehen.

Die Jugendlichen versammelten sich zum Workshop mit dem Titel: „Aktiviere Deine Stärken für Alltag und Beruf“. Die Referentin Frau Kristina Meyer-Estorf vermittelte viele gute Strategien für den Alltag.

Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde dann über den Zusammenschluss mit dem AdS e. V. berichtet. Des Weiteren wurden die aktuellen Zahlen des Verbandes benannt, u. a. dass bei der Telefonberatung im Jahr 2013 über 2.000 Anrufe eingegangen sind. Die Internetseite wird sehr häufig aufgerufen, deutlich zu sehen sind Peaks nach Ausstrahlung einer Reportage über AD(H)S. Es wird daran gearbeitet in der Öffentlichkeit noch bekannter zu werden, z. B. durch Teilnahme an Kongressen und Messen wie die didacta.

Frau Dr. Just wurde eine Auszeichnung zum Ehrenmitglied überreicht. Weitere Einzelheiten kann man dem Bericht der Mitgliederversammlung entnehmen, der in der Geschäftsstelle Berlin abgerufen werden kann.

### **Das Symposium 2015 findet am 18./19. April in Hambrücken bei Bruchsal statt.**

Herr Dr. Streif stellte den neuen Elterncoach vor. Ein Programm zum Download für Mitglieder. Die Mitgliederversammlung wurde geschlossen und anschließend gab es in der Mensa Mittagessen. Danach trafen sich die Jugendlichen wieder zu einer sehr gut vorbereiteten, "coolen" Schnitzeljagd durch Hamburg.

Pünktlich um 13:00 Uhr begann dann der Mittagsblock mit einer Begrüßung von Herrn Gartzke, der vor allem den Mitarbeitern aus Hamburg und dem Gastgeber, das Berufsförderungswerk HH, dankte. Die Veranstaltung war mit 380 Gästen ausgebucht. Nach einer Abstimmung wurde dem Fernsehteam des NDR während des gesamten Nachmittags eine Dreherlaubnis erteilt.

Um 13:30 Uhr begann der Festvortrag von Dr. Kirsten Stollhoff und Dr. Klaus Skrodzki mit dem Thema: „AD(H)S – gestern und heute, Informationen zum Störungsbild AD(H)S“. Dr. Skrodzki ist Kinder- u. Jugendarzt, er stellte die Erkrankung, die schon Hippokrates beschrieben hat, bis heute dar, einschließlich der Entwicklung der Diagnostik und der Therapie. Dr. Stollhoff beschrieb die Situation AD(H)S heute. Was wird der Laienpresse berichtet, welche Kritik gibt es? AD(H)S ist eine klinische Diagnose und keine Modediagnose. Es gibt viele verschiedene Formen des AD(H)S. Die Stimmung im Auditorium war trotz der sehr vielen Zuhörer sehr gut. Gelassen und leise.

Um 14.15 Uhr traten die TUN-Fische von Frau Dipl.-Psych. Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus in Aktion. Das Thema war: „Schwierigkeiten meistern, Stärken leben. Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen“. Problemszenen aus dem Alltag von Endjugendlichen und deren Lösungsmöglichkeit wurden virtuos nachgespielt. In der Zuhörerschaft fühlten sich viele angesprochen und konnten neue Erkenntnisse mitnehmen.



*V. l. n. rechts: Kirsten Riedelbauch, Sabine Kolb, Franziska Bayer*

In der Pause konnten wir uns mit Kaffee, Getränken und leckerem Kuchen stärken.

Danach sprach Dr. Fritz Jansen über das Thema: „Positive Verhaltensautomatismen als zentrales Ziel der AD(H)S-Behandlung“. Er erklärte uns das Fünf-Stufenmodell der Lerntiefe. Sein Konzept heißt „Intra Act Plus“. Das wichtigste daran sind häufige Wiederholungen, so dass das Erlernte vom Kurzzeitspeicher in den Arbeitsspeicher gelangen kann. Dann kann das Erlernte ohne Aufmerksamkeit abgerufen werden. Dazu bedarf es jedoch unbedingt Bezugspersonen, die zu Wiederholungen anhalten. Der stärkste Motivator für Lernen ist Erfolg.

Dr. Karsten Dietrich referierte im Anschluss über: „ADS lächelnd einsam, verspielt, verträumt, verloren“. Dr. Dietrich erklärte uns unter anderem: Still sein oder träumen der ADSler ist Tarnung, soziale Tarnung. Sie wollen nicht wahrgenommen werden, denn ADS-Betroffene können nicht nein sagen. Dies kann bis zur Suizidgefährdung gehen.

„AD(H)S und Verhaltenssuchte – die Suche nach dem Kick“ war das spannende letzte Referat von Dr. phil. Roy Murphy. Ein relativ neues Thema. Was bewegt einen Menschen dazu, z. B. Skysurfing, Apnoediving oder Downhillbiking zu betreiben? Ist es der Zeitgeist? Ein beschriebenes Persönlichkeitsmerkmal ist die aktive Suche nach neuen, interessanten und komplexen (Sinnes)-Erfahrungen. AD(H)S-Betroffene suchen nach Abwechslung, sie sind anfällig für Langeweile. Sie haben nicht die normale Mischung der notwendigen Erregungstoffe, wie z. B. Dopamin und ACTH. Sie suchen dann nach dem Kick. Aus Leidenschaft kann Sucht werden. Leidenschaft wird dann zum Leiden. Süchte treiben zu Handlungen und es gibt keinerlei Willen, dagegen zu steuern. Dies macht unfrei. Sehr gut untersucht sind z. B. die Computer-, Internetabhängigkeit oder das pathologische Glücksspiel. Dies führt zu Folgeproblemen: Schwierigkeiten im sozialen Bereich, Defizite im Berufsleben. Der Leidensdruck wird stärker. Ein sehr interessanter Vortrag.

Wir verabschiedeten uns mit einem dick gefüllten Kopf zum anschließenden Abendessen.

Das Abendessen war, ähnlich wie letztes Jahr, eine Geduldssprobe. Plötzlich waren 20 Personen mehr anwesend als angemeldet. Der Restaurantbetreiber des Fürstenhus stand vor einer großen Herausforderung. Wir ließen uns jedoch die gute Laune nicht verderben und genossen mit Verspätung das Essen vom Buffet.

Am So., dem 23.03. ging es nach einem früheren Frühstück und dem Auschecken wieder zum BFW Hamburg. Die Jugendlichen versammelten sich zu einem Trommelworkshop und wir Erwachsenen trafen uns zur Fortbildung der Regional- und Landesgruppenleiter.

Frau Dr. Evelin Reich-Schulze verschaffte uns ab 9:30 Uhr einen Überblick über Rehabilitationsträger und deren Aufgaben, z. B. Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften u. v. m. Mit welchen Schwierigkeiten haben Betroffene zu kämpfen? Welche Möglichkeiten gezielter, beruflicher Förderung sind im Sozialrecht verankert? Für die Aufklärungsarbeit von Regional- und Landesgruppenleitern ein wichtiges Thema.

Dr. Johannes Streif führte uns um 11:30 Uhr einige Filmsequenzen aus guten und schlechten bzw. sehr schlechten Reportagen vor. Er erzählte von verschiedenen Filmen aus verschiedenen Perspektiven und der Entwicklung von Filmen gestern und heute. Dr. Streif hatte mal wieder einige Lacher auf seiner Seite. Er forderte die Regionalleiter dazu auf, die Fernsehfragen an den Verband weiterzuleiten.

Oft werden Reportagen so umgeschnitten, dass nichts Positives übrigbleibt. Sein Fazit: „Medien lieben Gestörte.“

Wir schafften es gerade noch rechtzeitig um 13:00 Uhr zur Aufführung des Trommelworkshops. Dies war eine, für die Kürze der Zeit zum Üben, phantastische, richtig mitreißende Vorstellung.

Leider gab es im Nachhinein für alle Beteiligten eine praktische Erfahrung mit den Medien, wie sie Dr. Streif bereits ausführte.

Die Reportage, die der NDR erstellt hat, entsprach in keiner Weise dem, was im Vorfeld besprochen war. Wer sie nicht gesehen hat, kann sich unter „[http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama\\_3/panoramadrei1227.html](http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama_3/panoramadrei1227.html)“ den Bericht anschauen. Der NDR hat das Material genau so zusammengeschnitten, dass die Meinung des NDR vermittelt wurde. Insbesondere der Vorwurf der Einflussnahme von Pharmaunternehmen, der immer sehr schnell geäußert wird, hat unser Symposium in ein ganz anderes Licht gerückt.

Wir müssen zukünftig viel bewusster mit der Presse umgehen und nur von uns freigegebene Beiträge veröffentlichen lassen. Mit Drehgenehmigungen werden wir in Zukunft auch kritischer umgehen müssen.

Wir sind sehr froh in Hamburg dabei gewesen zu sein und freuen uns auf ein Wiedersehen 2015 in Hambrücken.

■ Petra Bayer

## Frühlingserwachen beim Bundessymposium mit Mitgliederversammlung in Hamburg

### Waschechter Kalifornier lässt ADHS-Jugend vor Rekordkulisse trommeln

Wenn das mal keine erfreuliche Schlagzahl war. „Acht von unseren neun bestehenden Selbsthilfegruppen“, verriet Hamburgs Landeschefin Helga Meyer, „haben an der Organisation dieses Symposiums mitgewirkt.“ Etwas erschöpft und stolz zugleich klang ihre Stimme an diesem Sonntagnachmittag. Schließlich brillierte die Hansestadt an der Elbe als ein prächtiger Gastgeber für ein Bundessymposium, das bereits am vorletzten März-Wochenende stattfand, von rekordverdächtig 386 Mitgliedern besucht, die erstmals so ungewohnt früh im Jahr zusammentrafen.

Aus aktuellem Anlass hätte der frühe Termin kaum besser gewählt sein können. Frühlingserwachen nicht nur unter



Ein „volles Haus“ bei der Mitgliederversammlung

ADHS-Kennern, die ohnehin in ihrem Thema drin sind und mit vielen Fakten bestens vertraut. In den Monaten Februar und März schien aber auch die Presse, darunter namhafte

überregionale Zeitungs- und Medienhäuser, dem Thema mit dem nicht enden wollenden Namen Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung sehr wohlgesonnen zu sein. Gut recherchierte Berichte in Deutschlands Zeitungswald machten Hoffnung. Für jeden Betroffenen eine Hoffnung, mit seinem ADHS bei Journalisten und daraus resultierend in einer breiteren Öffentlichkeit besser verstanden zu werden. Zu Symposiums-Beginn griff der erste Vorsitzende des ADHS Deutschland e. V., der Hannoveraner Hartmut Gartzke (Isernhagen), das Thema auf. Er erinnerte an einen nur wenige Wochen vor dem Hamburger Symposium erschienenen Fernsehbeitrag. „Seriös“, betonte er, „man sieht, wir sind auf einem guten Weg.“ Ob Zeitung oder Fernsehen, die Recherche führten die Medienvertreter meist an der Basis, den Selbsthilfegruppen. Deshalb sei es immens wichtig, so Gartzke, „seitens des Verbandes die Selbsthilfegruppen zu unterstützen.“ Eine alljährliche Mitgliederversammlung, die seit dem Bestehen des ADHS Deutschland immer in ein großes Bundessymposium eingebettet ist und – wie jüngst in Hamburg geschehen – mittlerweile drei Tage in Anspruch nimmt, gehöre da selbstverständlich als eine Variante der Unterstützung dazu. Vorträge, viel Fachsimpelei am Rande, nochmals Vorträge, zu guter Letzt ein Workshop-Update an alle Regionalgruppenleiter und obendrein eine aktive Jugendgruppe, die am Schlußtag wahrhaftig Trommeln wirbeln ließ. ADHS-Herz, was willst du mehr. Hyperaktiv kontrolliert pulsierend, mittendrin in Norddeutschlands Millionenstadt. Das passte den Mitgliedern wie angegossen.

Was aber die vielen fleißigen Hamburger Organisatoren zu diesem Zeitpunkt keinesfalls wissen konnten, war die Tatsache, wie ein leider grottenschlecht recherchierter TV-Bericht eine derart gut gegebene Steilvorlage an zuletzt „guter Presse“ und einem rundum gut gelungenen Bundessymposium mit ein paar Minuten Sendezeit zunichte machen konnte. Ausgestrahlt von einem bekannten TV-Sender, mit Sitz in Hamburg sogar. Der Fernsehbericht lief erst viele Tage nach dem Symposium, sorgte aber gerade bei deren fachkundigen Besuchern für verständnisloses Kopfschütteln. Zur Recherche standen Fernsehkameras nämlich am vorletzten März-Wochenende dort vor Ort. Suggestierten: Weiter so! Beim später Gesendeten sahen sich die Symposiums-Anwesenden jedoch sprichwörtlich im falschen Film. Schade eigentlich. Chance vertan, liebes Fernsehen. Aufgrund der Tatsache, dass die TV-Kameras präsent waren, gehören diese gezwungenermaßen rückblickend zu diesem Symposium dazu. Glücklicherweise haben sie mit dem Hamburger Dreitages-Event ansonsten nichts gemein gehabt. Das große März-Symposium verlief wie am Schnürchen, trotz des Massenandrangs.

„Soviel ich weiß, waren noch nie so viele bei einem Symposium und deshalb ist unsere Sitzordnung auch ein bisschen unkonventionell – aber das passt ja zu ADHS“, sagte Helga



Der 1. Vorsitzende mit dem gesamten Vorstand

desgruppen-Chefin und der kurzen Ansprache des Bundesvorsitzenden Hartmut Gartzke kam Dr. Klaus Skrodzki (Forchheim) zu Wort, ebenso Dr. Eveline Reich-Schulze, die als Leiterin des Hamburger Berufsförderungswerkes die Räumlichkeiten zur Verfügung stellte. „ADHS hat eine hohe Bedeutung für den Erfolg oder Misserfolg“, sagte sie. Wer im Publikum derweil von seinem Sitzplatz keinen direkten Sichtkontakt hatte, konnte die Vorträge zumindest auf einem von immerhin drei Großbildleinwänden verfolgen. Neben Skrodzki etwa auch Referate von Dr. Kirsten Stollhoff (Hamburg), Dr. Fritz Jansen (Neuried), Dr. Roy Murphy (Bad Bevensen), Dr. Karsten Dietrich (Uelzen) und – seit vielen Jahren bei einem Bundessymposium erstmals wieder – von Cordula Neuhaus. „Ich versuche heute hier vor Ihnen“, erläuterte die Diplom-Psychologin und Diplom-Heilpädagogin aus Esslingen, „mit den Patienten zu reden – statt über sie zu reden.“ Ein schauspielerischer Versuch mit ihrem Team namens „TUN-Fische“ ADHS an typischen Szenarien des Alltags zu verdeutlichen, der beim Publikum gut ankam. „Eine sehr anschauliche Darstellung“, bescheinigte ADHS Deutschland e. V. Geschäftsführerin Dr. Myriam Menter. „Man muss wissen“, sagte Neuhaus, die beruflich seit immerhin 36 Jahren mit der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung zu tun hat, „dass es bei ADHS nicht nur um Worte, sondern auch um Körperhaltung und Mimik geht.“ Kinderarzt Dr. Karsten Dietrich, der in seiner Uelzener Praxis ADHS vor neun Jahren zum Schwerpunktthema erklärte, sprach von „wunderbaren Theatersequenzen“.

Dass das Hamburger Bundessymposium mit seinen fast 400 Besuchern im Vergleich zur letztjährigen Veranstaltung im nordhessischen Kassel etwa um das Doppelte zulegen konnte, ist teilweise auf einen weiteren Grund zurückzuführen. Denn im November vorigen Jahres besiegelten in Hirschaid (Bayern) der ADHS Deutschland e. V., selbst erst 2007 im niedersächsischen Helmstedt aus den früheren Bundesverbänden BV-AH und BV-AÜK entstanden, und der kleinere BV-AdS e.V. bei einer gemeinsamen außerordentlichen Hauptversammlung einstimmig ihren Zusammenschluss. Hamburg bot somit den Schauplatz der ersten offiziellen Mitgliederversammlung eines Bundesverbandes, der

an diesen ersten Frühlingstagen an der Elbe von sich behaupten konnte, seit nun vier Monaten quasi allein auf dem deutschen „ADHS-Markt“ vertreten zu sein. Bundesweit jetzt ungefähr 3500 Mitglieder zählend, darunter logischerweise zahlreiche Familienmitgliedschaften. Mit betroffenen Kindern und Jugendlichen in den Familien, die von Jahr zu Jahr nun ins junge Erwachsenenalter hineinwachsen. Mit ihrem ADHS im Gepäck. In Hamburg verdeutlichte das eine Jugendveranstaltung, die im Rahmen des Bundessymposiums mit angeboten wurde und auf reges Interesse stieß. So bot die Hamburgerin Kristina Meyer-Estorf, die für die 24 Jugendlichen an allen Tagen erste Ansprechpartnerin war, selbst den Workshop „Aktiviere Deine Stärken für Alltag und Beruf“ an. Einen wahrlichen Paukenschlag landeten die Hamburger mit dem US-Amerikaner Jonathan Dexter, der gemeinsam mit Birgit Wolf (Hamburg) einen Trommel-Workshop anbot. Inklusiv eines gelungenen Trommel-Auftritts, den die jungen Laien-Trommler in nur wenigen Stunden einstudierten und damit zugleich am Finaltag den Schlusspunkt auf der Bühne setzten.



Helga Meyer, Dr. Myriam Menter

„Wir hatten eigentlich kaum Zeit Struktur zu finden, aber das Trommeln geht schnell ins Blut“, meinte Dexter, ein waschechter Kalifornier der seine Brötchen an der International School Hamburg e. V. verdient. Für einen Jonathan Dexter ist ADHS längst kein Fremdwort mehr. Was speziell aus Hamburger Sicht schlichtweg der ständigen Aufklärungsarbeit von vier ADHS-Elternselbsthilfegruppen, vier ADHS-Erwachsenenselbsthilfegruppen und einer ADHS-Angehörigenselbsthilfegruppe zu verdanken ist. „Aus einer Gruppe sind in 20 Jahren in Hamburg neun Gruppen geworden“, berichtete Helga Meyer, die im Sommer 2013 den Landesvorsitz von Christiane Eich (Umzug nach Darmstadt/Hessen) übernommen hatte. Einen wichtigen Appell richtete Hamburgs Landeschefin an die bundesweit angeordneten Mitglieder zum Schluss aber noch. Zukünftig sollte bei solch großen Symposien, 386 Personen waren es in Hamburg insgesamt, unbedingt auch eine entsprechend korrekte Anmeldung für Workshops oder Regionalgruppenfortbildungen erfolgen. „In einigen Bereichen lagen uns nur 60 Anmeldungen vor, 170 Anwesende waren wir dann aber tatsächlich“, verdeutlichte Helga Meyer und fügte mit einem Augenzwinkern hinzu, „zum nächsten Symposium in Berlin kommen wir auch mal einfach so.“ Mit Berlin sprach sie den dort vom 12. bis 14. September 2014 stattfindenden Fortbildungstermin an, den die Landesgruppen Hamburg, Niedersachsen/Bremen, Schleswig-Holstein und Berlin gemeinsam nutzen. Für das nächste Bundessymposium mit Mitgliederversammlung geht's kommandes Jahr in den Südwesten Deutschlands. Nach Hamburg steuern die ADHS Deutschland-Mitglieder dann Bruchsal-Hambrücken (18.-19.04.2015) vor den Toren von Karlsruhe in Baden-Württemberg als Gastgeber-Ort an.

■ Frank Häusler

## Bericht zur Jugendveranstaltung im Rahmen des ADHS-Symposium in Hamburg am 22.03.2014 aus Sicht der Betreuer

Die Jugendlichen im Alter von 12-24 Jahren erlebten vor dem Mittagessen einen motivierenden Workshop mit dem Thema „**Aktiviere deine Stärken in Alltag und Beruf**“. Geleitet von Frau Kristina Meyer-Estorf und Herrn David Tiemann von der Regionalgruppe Hamburg Altona.

Nach dem Mittagessen im BfW Hamburg ging es mit den 17 Jugendlichen auf Hamburg-Entdeckungstour. Vom Bahnhof Farmsen ging die Fahrt in die Innenstadt, zum Bahnhof Jungfernstieg, wo es übrigens keine Jungfern (mehr) gibt. In der dort liegenden Europapassage teilten wir uns, gestärkt durch leckeres Eis, in Interessengruppen auf.

Die Technikfreaks gingen mit Lukas und David, die Shoppingqueens mit Tina und die Unentschlossenen „Mal schauen“ mit Nicole. Die vier Shoppingqueens und Tina rauschten quatschend und lachend durch die Boutiquen und fanden sogar noch feine Sachen für ihre Garderobe. Hier einmal mit einem 500 € Budget von Guido Kretschmar shoppen zu können. Ach ja, ein Träumchen.

Ganz anders ging es bei den Technikfreaks zu. Die Technikfreaks enterten mit Lukas den Media Markt im Untergeschoss und waren nicht mehr gesehen, während die Mini-Gruppe mit David bei ihrem einen kurzen Ausflug durch die

Passage und zum Karstadt auf dem Vorplatz über eine coole Breakdancertruppe stolperten.



*Die Unentschlossenen*

Wir Unentschlossenen schlenderten Etage für Etage ab, betrachteten die Schaufenster und Auslagen bei Thalia, unterhielten uns über dies und das, trafen zwischendurch die fünf Shoppingqueens, schnappten frische Luft an der Binnenalster und trafen uns pünktlich am vereinbarten Ort mit den anderen.

Ein weiter Programmpunkt war das Fotoshooting auf dem Rathausplatz.

Weiter ging es zum Hamburger Hafen mit den Landungsbrücken. Nach einem kurzen Besuch im Hardrock Cafe-Shop schlenderten wir zum Anleger Fischmarkt. Leider wollte hier das Wetter nicht so wie wir und es fing an zu nieseln.

Die Mädels und auch Tina waren so durchgefroren, dass sie die Fähre stürmten. Doch da kamen die restlichen Schlenkerer nicht rechtzeitig zur Abfahrt an der Fähre an. Doch kein Problem. Wozu haben wir unsere Handys und unsere kreativen Köpfe: Wir verständigten uns darauf, uns an den Landungsbrücken wieder zu treffen.

Als kurz darauf die nächste Fähre kam, ging es los zur (fast) kostenlosen Elbrundfahrt. Vorbei an den Fischauktionshallen, dem Museumshafen Oevelgönne, nach Finkenwerder und wieder zurück zu den Landungsbrücken. Hier trafen wir uns bei Fischbrötchen, Pommes und Limo wieder, wärmten uns auf und bemerkten, dass wir leider schon zurück zum BfW mussten. Also auf zur S-Bahn.

Auf halben Weg hörten wir eine sehr laute Schiffssirene, drehten uns um und bemerkten die AIDA, die gerade den Hamburger Hafen verließ. Na, da mussten doch alle noch mal fotografieren oder filmen. Aber dann mussten wir uns sputen, ab auf den Bahnhof und rein in die Bahn. Mit einer Verspätung von nur 20 Minuten später als geplant, trafen wir im BfW wieder ein.

Mein persönliches Fazit:

Nachdem ich die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ja recht früh an den Nagel gehängt habe, um in Gastronomie und Hotellerie, mit Kellnern, Köchen und Ungelernten zu arbeiten – was sich, nebenbei bemerkt, gar nicht so sehr von der Arbeit mit Kindern unterschied – war es für mich als Betreuer ein tolles Erlebnis.

Zum einen, weil es für mich eine super Erfahrung war, mit einem professionellen Team, nach langer Zeit wieder im pädagogischen Bereich zu arbeiten.

Zum anderen, weil es entgegen aller Bedenken reibungslos klappte, gemeinsam in die HVV ein- und wieder auszusteigen, keiner vergessen wurde oder verloren ging, wir viel Spaß miteinander hatten, Hamburg gesehen haben und die Jugendlichen sehr diszipliniert, umgänglich und aufmerksam waren.

UND wir nur 20 Minuten nach der vereinbarten Zeit zurück waren. Wer sagt da noch, wir wären verpeilt und könnten unsere Zeiten nicht einhalten? Doch, können wir und das haben wir heute bewiesen.

Ich werde bei passender Gelegenheit gerne wieder mit Euch unterwegs sein.

Es grüßt aus Hamburg

■ Nicole Rebitzki

Und weil es so schön war, gleich noch mal!



*Ein fast vollständiges Gruppenfoto*

Das Betreuer Team bestand aus:

Kristina Meyer-Estorf, Regionalgruppenleitung ADHS-Altona, befasst sich beruflich und privat seit 15 Jahren mit ADHS im Erwachsenenalter.

Nicole Rebitzki, Regionalgruppe ADHS-Altona, langjährige Erfahrung in der Jugend- und Erwachsenenbildung.

David Tiemann, Regionalgruppe Hamburg Altona.

Lukas, freiwilliger Helfer aus dem Jugendsportbereich.



Die AIDA beim Verlassen des Hafens



Die Elbe 3 vor dem Museumshafen Ovelgönne

## Heeeeereinspaziert, heeeeereinspaziert! Didacta 25.03. – 29.03.2014

Mehr als 900 Aussteller gaben sich in diesem Jahre die Ehre einen Stand auf der Didacta zu haben. 900 Stände, die die Messehallen in Stuttgart zu einem gigantischen Jahrmarkt rund um das Thema Bildung machten.

Bildung scheint sich zu lohnen – zumindest bekommt man auf so einer Messe den Eindruck. Was unter dem Label Bildung sich allerdings versteckt, das hat manchmal schon eher zweifelhafte Züge.

In der Halle rund um das Kindergartenkind trällerte Rolf Zuckowski und in der Halle 4 war „der Minister“. Lebensmittelkonzerne versuchen von ihrer Art der Ernährung zu überzeugen und die Bundeswehr präsentiert sich schick in Uniform, um für die Ausbildung dort zu werben. Manchen Lehrern war schon von weitem ihre Fachrichtung anzusehen und wenn eine Gruppe Benediktinermönche am Stand vorbeiläuft, dann sorgt das für Abwechslung.

Vor drei Jahren war der ADHS Deutschland e. V. auch mit einem Stand auf der Messe vertreten, und es hat sich sehr viel geändert. Das Thema ist in den Schulen angekommen und es bestand auf der diesjährigen Messe ein großer Bedarf an Beratung und Information. 2011 waren wir noch in der Position die „Modediagnose“ zu erklären, dies war nicht mehr der Fall. Die Lehrer, die auf uns zukamen, waren oftmals mit der Situation überfordert und wünschten sich durchweg bessere Information zum Thema.

Informationen hatten wir zentnerweise. Zumindest waren es drei Kofferraumladungen voll an Informationsmaterial,

die Kirsten Riedelbauch in ihrem Auto auf die Didacta brachte. Bei einem Volumen von insgesamt ca. 5.000 Litern eine sehr beachtliche Menge. Damit das Material bis zur Neige verteilt wurde, dafür sorgten die fleißigen Hände von Kirsten, Bärbel Sonnenmoser, Petra Ipek, Martina Wößner, Regina Lamparter, Myriam Menter, Monika Spieß, Susanne Gröpel, Claudia Pauly, Ralph Beißwenger und meine Wenigkeit. Nicht zu vergessen Petra Peilert, die eigens aus Berlin angereist war und unser Team verstärkt hat.



Kirsten Riedelbauch, Bärbel Sonnenmeier

Die Vorträge der beiden Dozenten Dipl.-Psychologin Anke Schäfer-Kaup und Dr. Johannes Streif waren gut platziert. Alles in allem war die Didacta ein erfolgreicher Event und sie hat sehr deutlich gezeigt, wie wichtig die Arbeit des Verbandes und der einzelnen Selbsthilfegruppen sind.

Ein besonderer Dank geht an die IKK classic für die sehr gute Zusammenarbeit!

■ Patricia Ödell

# Schwalm-Eder-Schau 04.– 06. April 2014

Anfang April fand in Schwalmstadt-Treysa die Schwalm-Eder-Schau statt. Eingeladen hatte das Messteam Bauhaus zur größten regionalen Informations- und Verkaufsausstellung. Die Veranstaltung präsentierte Oberthemen wie Leben, Wohnen, Arbeiten, Schule, Ausbildung, Kultur, Freizeit, Soziales, Gesundheit, Senioren und Mobilität. Viele Aussteller, große Hallen – eine echte Herausforderung. Eine großzügige Standfläche wurde uns zur Verfügung gestellt. Das Nebeneinander mit dem Informationsstand der *Hephata Diakonie* brachte nicht nur von Publikum und Themenschwerpunkten Gemeinsamkeiten, sondern auch in der Zusammenarbeit und der gegenseitigen Hilfestellung in Aufbau und regem Austausch. Die Veranstaltung ging über drei Tage.

Die Größe unseres Informationsstandes bot an in Zusammenarbeit mit anderen Gruppen der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen Schwalm-Eder die Messe zu bestreiten. So herrschte bereits am Donnerstag ein reges Treiben beim Aufbau. Bücher, Flyer, Plakate sollten ihren Platz finden. Zusammen und doch getrennt übersichtlich wurden Tische, Zelt- und Stellwände mit Materialien

bestückt. Bastelmaterial für die Kinder und ein Fußball-Kicker luden zum längeren Verbleiben ein. Wir teilten uns die Dienste mit der Gruppe *Antrieb* (psychische und psychosomatische Probleme), der Parkinson-Selbsthilfegruppe, der Rheuma Liga Hessen und dem PSZ/KISS Schwalm-Eder. Weiterhin wurde Informationsmaterial von Autismus Nordhessen und zu Legasthenie/Dyskalkulie (BVL und DVLD) zur Verfügung gestellt.

Mancher Besucher geriet aus Zufall an den Stand; hatte auf einer Verkaufsschau nicht unbedingt mit Informationen zu ADHS gerechnet. So ergab sich das ein oder andere spontane Gespräch und einige Besucher haben inzwischen Kontakt aufgenommen oder sind bereits zu Gruppentreffen gekommen. Ein langes, aber lohnendes Wochenende. Immer wieder die Feststellung, dass man auf unterschiedlichen Messen immer wieder eine Vielzahl an Besuchern erreichen kann. Ein großes Dankeschön an alle Helfer, die mit großem Eifer und Durchhaltevermögen für ein gutes Gelingen gesorgt haben.

■ Dipl. Des. Astrid Bojko-Mühr, LG Hessen

Mama ich muss Dir sagen,  
dass Du Dich für uns Plagen,  
die Du musst ertragen,  
noch kannst ganz gut schlagen.

Und nachträglich zum Geburtstag wünsche ich Dir alles Gute

Und da Du Dir nichts machst aus Sachen wie Schuhen  
Wünsch ich Dir viel Zeit zum Ruhem.

von Calvin

(Der Junge war am Geburtstag seiner Mutter nicht zu Hause und hat ihr dann am kommenden Wochenende dieses Gedicht geschenkt. – Seine Mutter liebt Schuhe über alles!)

# ADHS/ADS und gelingende (schulische) Bildung

## Betroffene, Pädagogen und Experten kommen ins Gespräch!

„Offenheit führt zum Ziel!“, „Noch mehr Vernetzung und Austausch ist nötig.“ – Das ist das Fazit der Veranstaltung „ADHS und Inklusion“, zu der das Regionale Bildungsbüro Kreis Düren in Kooperation mit dem Arbeitskreis ADHS über 80 Teilnehmende am 10. April 2014 im Kreishaus begrüßen konnte.



*Teamtische für die Kleingruppenarbeit*

An diesem Tag kamen Menschen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit bzw. ohne Hyperaktivität) oder deren Angehörige, Fachkräfte aus Kita und Schule sowie Fachkräfte aus Medizin, Therapie, Beratung und Begleitung ins Gespräch.

In drei Austauschrunden nahmen sie gemeinsam die eigene Perspektive, aber auch die Perspektive der anderen Teilnehmenden auf das Thema in den Blick.

An sechs Tischen wurden die „bunten“ Gruppen von Tischmoderatorinnen und Tischmoderatoren begrüßt: Zu ihnen gehörten die Landesvorsitzenden NRW von ADHS Deutschland e. V., Mitglieder des Kompetenzteams für Lehrerfortbildung sowie Vertretungen aus psychologischen, therapeutischen und beratenden Einrichtungen im Kreis Düren.

Einige Teilnehmende zeigten sich überrascht über die Widerstände, Reaktionen und Vorurteile, mit denen Menschen mit ADHS und deren Familien klarkommen müssen, „nur weil man eine ‚unsichtbare‘, nicht körperliche Erkrankung hat“. „Eine Selbsthilfegruppe für Düren wäre gut!“ war ein großer Wunsch von Betroffenen. Fachkräfte aus Kita und Schule erkannten, wie wichtig es ist, die Eltern bei einem Verdacht auf ADHS darauf hinzuweisen. Sie zeigten sich positiv überrascht über „das breite Angebot der Fortbildung und des Wissens um die Problematik“. So können im Kreis Düren die Moderatorin Birgit Faber-Freyaldenhoven und der Moderator Wolfgang Verhaaren für

schulinterne Fortbildungsveranstaltungen gebucht werden. Eine weitere Möglichkeit der Qualifizierung bietet der Lehrer-Arbeitskreis „ADHS und Schule“, der sich mehrmals im Jahr in Jülich zusammensetzt. Ebenso wurde von Eltern und Pädagogen der Austausch mit Fachkräften aus Beratungsstellen und Medizin sowie Therapie als sehr hilfreich empfunden.

Vor dem Austausch in Gruppen hatten Margret Sieben und Andrea Rokuß, Mitarbeiterinnen des Regionalen Bildungsbüros, Experten auf dem Podium mit immer wieder in den Medien zu hörenden oder zu lesenden Behauptungen konfrontiert. Viele dieser Behauptungen wurden im Gespräch mit Dr. Bodo Müller, Chefarzt der KJP am St. Marien-Hospital Birkesdorf, Herta Bürschgens, ADHS Deutschland e. V., und Thomas Martin, Lehrer und Datenschutzbeauftragter für Schulen im Rhein-Erft-Kreis, widerlegt oder entkräftet: „ADHS wächst sich nicht aus!“, „Es ist keine Modekrankheit“, „In manchen Fällen ist Medikation unverzichtbar und verantwortbar“ sind nur einige der Erkenntnisse, die gewonnen wurden. Die Frage, ob und wer in der Schule über die Störung eines Kindes informiert werden soll, lässt sich nur im Einzelfall beantworten.



*Blick in die Teilnehmerrunde*

In kurzen Interviews gaben zwei betroffene Erwachsene Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen. Der Vater eines sechsjährigen ADHSlers sieht die frühzeitige Diagnose und medizinisch-therapeutische Begleitung sowie eigene beruflich bedingte Kompetenzen aus dem Pflegebereich als wichtige Säulen. Auch im engeren Umfeld einer Familie wird ADHS aufgrund der Symptomatik (Zappeligkeit und Unkonzentriertheit) oft negativ gesehen, der Blick für die positiven Besonderheiten wie z. B. Kreativität und Hilfsbereitschaft geht verloren. Ein Ergotherapeut schilderte eindrucksvoll seinen schulischen Werdegang als ADHSler: zweimal eine Klasse übersprungen, zweimal eine Klasse wiederholt und dann doch ein gutes Abitur gemacht. Er mahnte an dieser Stelle, die eher verträumt wirkenden

„Hypos“, Menschen mit Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität, nicht zu übersehen. Für die offenen und erfrischenden Statements der Betroffenen gab es großen Dank aus dem Plenum.

Erstrebenswert ist eine bessere Vernetzung von allen Beteiligten. „Man muss nicht immer so groß denken. Auf die Kleinigkeiten kommt es an: das Kind verstehen – wertschätzen – Zuwendung“, war eine weitere Rückmeldung am Ende der Veranstaltung. Alle Rückmeldungen werden als Grundlage einfließen in die weitere Arbeit für und mit jungen Menschen mit ADHS/ADS im Kreis Düren.

■ Kreis Düren – Regionales Bildungsbüro

Fotos: Kreis Düren



v. l. n. r.: Margret Sieben, David Lenneper, Andrea Rokuß, H. Heimlich, Dr. B. Müller, Thomas Martin, Herta Bürschgens

#### Informationen zu ADHS:

Vielfältige Informationen findet man unter [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de).

Erreichbar sind die Fortbildungskräfte für Schulen über die Internetseite <https://www.kompetenzteams.schulministerium.nrw.de> (unter „Kreis Düren“ – „Team“).

Weitere Informationen zu zahlreichen Angeboten in Stadt und Kreis Düren sind nachzulesen in der Informationsbrochure des Arbeitskreises AD(H)S, die unter [www.dn.rbn.nrw.de](http://www.dn.rbn.nrw.de) (Rubrik: Materialien) zum download zur Verfügung steht.

## Zwei auf einen Streich: Erst Messe, dann Fachtag – und keineswegs gleich!

### 1. AD(H)S Messe in Frankenberg/Sachsen und 2. Sächsischer AD(H)S-Tag

Unter der Schirmherrschaft des Vizepräsidenten des sächsischen Landtages, Herrn Wehner, wurde die **erste AD(H)S-Messe in Frankenberg/Sachsen** am 17.05.2014 angekündigt. Der Veranstalter Landesverband AD(H)S-Sachsen e. V. (Mitglied im ADHS Deutschland e. V.) und deren Geschäftsführerin Frau Behring-Mothes wählten das Bildungszentrum der Stadt als zentralen Veranstaltungsort, der sowohl Angehörigen der Selbsthilfegruppen als auch wissenschaftlichen und fachspezifischen Referenten, einen gelungenen Weiterbildungstag ermöglichte.

Ein Auszug von Ausstellern und Organisationen unterstützte nicht nur das Anliegen, das aktuelle Bild von AD(H)S in Sachsen abzubilden, sondern steht auch weiterhin als Unterstützungsangebot bereit. Teilnehmende berichteten, dass sie durch die Gesellschaft in allen Lebensbereichen immer stärker unter Druck geraten, denn Eltern und Betroffene selbst fallen oftmals im negativen Sinne auf.

Ziel der Messe war damit auch, durch Information und Reflektion Vorurteile abzubauen und den Weg in ein selbstbestimmtes Leben zu ebnet.

Dem Veranstaltungsteam um Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Prager vom EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH und Diplom-Psychologin Walter vom DRK KV Annaberg-Buchholz und der Vorsitzenden des Sächsischen Ergotherapeuten-Verbandes, Frau Kathleen Bauch, lag am **2. Sächsischen AD(H)S-Tag** der Dialog besonders am Herzen, weshalb die Gäste und Referenten eingangs angeregt wurden, über verschiedenste Perspektiven auf das Thema nachzudenken.

Der Eröffnungsvortrag sowie das Schlusswort wiesen auf die Bedeutsamkeit der multiprofessionellen Hilfen in multimodalen Handlungskonzepten hin und forderten noch stärker dazu auf, alle Ebenen in der Gesellschaft zu beteiligen. Erwachsene sollen hartnäckig bleiben und Nachteilsausgleich einfordern, Helfende müssen starke Partner bleiben, um die emotionalen Belastungen auszugleichen.

Dass dies leichter gesagt als getan wird ist vor allem den Workshop-Leitern im fünfstündigen Rahmenprogramm bewusst gewesen, weshalb sie appellierten, das breite Spektrum an Ansprechpartnern sachsenweit zu nutzen.

Das erfreuliche Resümee nach zwei Samstagen voller Resonanz ist auf verschiedenen Ebenen zu sehen:

Zum einen bekannten sich anwesende Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu ihren Symptomen und gaben Interviews, was dem Anliegen der Selbsthilfe für Menschen mit ADHS Rechnung trägt. Zum anderen diskutieren Fachleute mit Privatpersonen und Kollegen die Auswirkungen, aber vor allem die Umgangsmöglichkeiten mit den spezifischen Problemen derer, die nicht lernen und leben können, wie

sie es sich wünschen. Ein ausgezeichnetes Spektrum an medizinischen, psychotherapeutischen und lerntherapeutischen Hilfen wurde vorgestellt, bereichert mit ausgelegten Materialien, Literaturempfehlungen und Messeauftritten, so dass am Ende nur noch zu wünschen bleibt, dass den vielen Vorsätzen nun Taten folgen.

Ich freue mich schon auf die Wiederholung in weiteren Jahren. Wie die Resonanz der Veranstalter zeigt, lohnt sich die öffentliche Präsenz für Gastgeber und Gäste als Motivation und Kontaktbörse.

Auf ein Wiedersehen

■ Heike Seewald-Blunert

## Tätigkeitsbericht der RG Helmstedt für das Jahr 2013

Das Thema ADHS wird in den letzten Jahren stark kontrovers diskutiert. Die Positionen sind, sogar unter „Fachleuten“, oft gegensätzlich. Daher bietet unsere Regionalgruppe Fachvorträge, die sich stets nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand richten. Mit neun Bildungsabenden im Jahr wollen wir den Betroffenen selbst, aber insbesondere auch die Öffentlichkeit über die Krankheit informieren. Erst wenn die Fakten klar sind, kann eine Verhaltensänderung eintreten. Zu den Bildungsabenden kommen im Schnitt 30 Teilnehmer. Unser Jahresprogramm verschicken wir an ca. 280 Interessenten. Zusätzlich versenden wir zu jeder Veranstaltung eine gesonderte Einladung per Email. Selbstverständlich stehen wir auch für eine persönliche und telefonische Beratung zur Verfügung.

Die Themen der Bildungsabende in diesem Jahr waren: Zur Tradition ist unser Januar Termin geworden. In einem schönen Restaurant wurde das neue Jahresprogramm besprochen. Persönliche Kontakte wurden hierbei aufgebaut bzw. gestärkt.

Zur Zeit der Halbjahreszeugnisse im Februar hatten wir das Thema „ADHS und Schule“. Obwohl wir das Thema bereits einige Jahre im Programm haben, kommen immer wieder neue interessierte Eltern und Pädagogen.

„Ordnung statt Unordnung – mit Strategien durch den Alltag“ lautete unser nächstes Thema. Viele Tipps und Anregungen (unterstützt durch die Filme aus dem Buch „ADHS Spots“) gaben uns das notwendige Handwerkszeug zum Überleben.

Beim folgenden Bildungsabend lernten wir „Methoden eines guten Gespräches – Konfliktfreie Kommunikation“. Durch das Einhalten bestimmter Regeln und Verhaltensweisen können Gespräche positiv beeinflusst werden.

„ADHS-Verhalten bei Erwachsenen zwischen Störung und Bewältigung“ lautete unser Thema im Mai. Durch Beispiele aus der Kindheit und den daraus resultierenden Folgen erklärte Dr. Georg Wolff das oft sonderbare Verhalten vieler ADHS betroffener Erwachsener.

ADHS in der Partnerschaft, stellt die Beziehung oft auf eine harte Zerreißprobe. Zusammenleben mit „The Beauty and the Beast“ lautete unser Thema im Juni. Viele Teilnehmer fühlten sich emotional stark angesprochen und berührt, da die Referentin sehr authentisch berichtete.

Eine Ärztin aus dem großen Psychiatriezentrum der AWO vor Ort erläuterte den Ablauf der Behandlung durch Einweisung und die folgende Diagnostik und Therapie.

„ADHS und Medikamente – Altes und Neues“, ist ein sehr detaillierter Vortrag gewesen. Speziell die Zusammensetzung und Wirkweise der verschiedenen Medikamente wurde von Bernhard Otto erläutert. Gerade für Betroffene ein sehr wichtiges Thema.

Zur Fortbildung der Regionalgruppenleiter aus Niedersachsen und Bremen (wobei aber auch Hamburg und Schleswig-Holstein vertreten waren) hat im September ein großes Symposium „ADHS – von Anfang an anders“ in Helmstedt stattgefunden.

Durch die beiden Spitzen-Referenten, Dr. Klaus Skrodzki und Dr. Martin Winkler, sind etliche positive Presseartikel erschienen.

Zusätzlich hatten wir bei anderen Veranstaltungen die Möglichkeit, uns und unsere Arbeit vorzustellen, zum Beispiel veranstalteten wir für das Helmstedter Jugendamt eine Fortbildung für Tagespflegepersonen und unterstützten die Volkshochschule bei der Organisation einer Lehrerfortbildung.

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

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

Neben dem Erfahrungsaustausch der Betroffenen untereinander ist die fachliche Information durch regionale und überregionale Referenten besonders wichtig. Die Bildungsabende sind durch die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen und der Katholischen Erwachsenenbildung (KEB) auch weiterhin für die Teilnehmer kostenfrei. Gerade im Sinne der KEB möchten wir dies in Zukunft beibehalten, damit Bildung für jedermann zugänglich ist.

Wir bedanken uns bei allen, die unsere Regionalgruppe des

ADHS Deutschlands tatkräftig sowie auch finanziell unterstützen.

Zu folgenden Institutionen konnte Kontakt aufgebaut bzw. intensiviert werden:

- Autismuszentrum Helmstedt
- Lukas-Werk, Suchtberatungsstelle, Helmstedt
- Katholische Erwachsenenbildung, Helmstedt-Braunschweig
- Ländliche Erwachsenenbildung in Niedersachsen
- IML, Institut für Mathematisches Lernen, Braunschweig
- ZiL, Zentrum für integrative Lerntherapie, Braunschweig
- Selbsthilfekontaktstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Helmstedt
- KVHS, Kreisvolkshochschule, Helmstedt
- Studienseminar St. Marienberg, Helmstedt
- Reversi, Verein zur Unterstützung psychisch kranker Menschen
- Viele Ärzte und Therapeuten in und um Helmstedt
- Einige Schulen in und um Helmstedt
- Einige Kindertagesstätten in und um Helmstedt

Durch die kontinuierliche und seriöse Arbeit ist die Regionalgruppe zu einer festen Größe in Helmstedt und Umgebung geworden. Darüber freuen wir uns und wollen diesen Erwartungen auch im Jahr 2014 gerecht werden.

■ Monika Lehmann, Erzieherin, RG Leiterin  
Dezember 2013

## Reinhard Haller Die Narzissmusfalle: Anleitung zur Menschen- und Selbstkenntnis



**Reinhard Haller**  
**„Die Narzissmusfalle:**  
**Anleitung zur Menschen- und**  
**Selbstkenntnis**  
ISBN-13: 978-3711000378  
Verlag: Ecowin Verlag,  
1. Auflage (18. April 2013)  
Preis: € 21,90

Dieses Buch beschäftigt sich mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, die bei ADHS gehäuft auftritt. Das Erkennen von narzisstischen Verhaltensweisen ist für Angehörige und Partner sehr hilfreich, weil sie sich Beziehungskonflikte, Kränkungen und Erschöpfung in einer Beziehung mit einem Narzissten besser erklären können. Der Narzisst braucht Bewunderung und Unterwerfung. Er möchte immer Recht haben und seine Großartigkeit bestätigt wissen. Bleibt diese aus, reagiert er darauf mit

Kränkung, Unverzeihlichkeit und es können sich exzessive Rachegefühle einstellen. Wenn er infrage gestellt wird, verbreitet er ständige Schuldgefühle und er verfügt über enorme manipulative Kräfte. Mit großer Sensibilität nutzt er die Schwächen seiner Mitmenschen aus und vermittelt anderen das Gefühl der Unzulänglichkeit, der Schuld, des schlechten Gewissens. Sein Ziel ist der Sieg, Triumph und Unterwerfung seiner Mitmenschen um seine eigene Großartigkeit noch zu erhöhen. Er ist in einem ständigen Kampf

nach Macht, Ansehen und Unterwerfung, wobei der Unterworfenen verachtet und gedemütigt wird. Unterwirft er sich immer noch nicht, dann folgen weitere Attacken und seine Kritiker werden mit unerbittlichem Hass verfolgt.

Der Narzisst hat eine hohe Anspruchshaltung und gleichzeitig eine niedrige Frustrationstoleranz.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch die vier E's aus **Egozentrik, Empfindlichkeit, Empathiemangel, Entwertung**.

#### **Egozentrik:**

So sieht der Narzisst nur sich, denn er hat immer Recht ohne jeden Selbstzweifel. Dabei fühlt er sich immer zu kurz gekommen, kennt kein Mitleid für andere, aber tiefes Selbstmitleid. Er ist gierig, maßlos, neidisch, hat nie genug, wobei die Gier mit dem Zuwachs von Ruhm und Reichtum zunimmt. Letztlich bleibt der Narzisst unersättlich, grenzenlos, denn Gier ist ein Teil der Persönlichkeit und er fordert immer mehr als er zu geben bereit ist.

Narzissten sehen andere Menschen als Erfüllungsgehilfen ihrer eigenen Bedürfnisse. Sie sind Vampire, die andere ausnutzen.

#### **Empfindlichkeit:**

Beim Narzissmus kommt es durch die ständigen Grandiositätsgefühle zu einer Ich-Inflation. Er braucht immer mehr und dreht sich nur um sich selbst. Die Verletzbarkeit und Kränkbarkeit sowie die Abhängigkeit von Bewunderung führen zu einer ausgeprägten Ich-Schwäche, weil sie nichts wegstecken, nichts aushalten und ertragen können, ohne maßlos ärgerlich oder gekränkt zu sein. Letztlich haben sie ein unreifes Ich, infantil und nur vordergründig stark, weil der Zweifel an ihrer Großartigkeit für sie nicht zu ertragen ist und sie überhaupt nicht kritikfähig sind. So sind sie labil, anfällig, launisch und herrisch. Schon eine vermeintliche Kritik ist für sie unerträglich und unverzeihlich. Sie können nicht aus Fehlern lernen, weil sie angeblich keine machen. Sie vergessen aber nie die Verfehlungen ihrer Mitmenschen und nutzen diese immer wieder für ihren eigenen Vorteil, um Schuldgefühle zu erzeugen. Sie vergessen und vergeben nicht und da sie keine Fehler machen, müssen sie sich auch nie entschuldigen.

#### **Empathiestörung:**

Narzissten haben keine echten Gefühle wie Traurigkeit, Sehnsucht, Bedauern, sondern stattdessen Wut, Empörung, Rache, wenn sie etwas nicht bekommen, was ihnen wichtig ist.

Im Grunde haben sie auch keine echte Trauer über den Verlust eines geliebten Menschen, sondern den Ärger, dass dieser ihnen nicht mehr zur Verfügung steht. Sie sind chronisch unzufrieden, mit einem deutlichen Defizit an positiven Emotionen, da sie sich immer zu kurz gekommen fühlen und der Neid sie zerfressen kann.

Dabei sind sie immer auf der zwanghaften Suche nach Macht und Reichtum, pflegen den Traum von Erfolg, Schönheit und Einzigartigkeit. Sie können anderen nichts gönnen und sich mit ihnen freuen, da sie den Erfolg anderer sofort als Gefahr und Angriff auf ihre Großartigkeit sehen. Sie zeigen ein parasitäres Verhalten und eine rachsüchtige, rücksichtslose Ausbeutung ihrer Mitmenschen. Dabei sind sie Meister im Blenden, Lügen und Betrügen und sie holen sich mit Selbstverständlichkeit und Rücksichtslosigkeit all das, was ihnen ihrer Meinung nach zusteht.

Sie können sich dabei aber verständnisvoll und loyal präsentieren mit dem Ziel andere zu täuschen (Charme der Narzissten).

#### **Entwertung:**

Narzissten haben ein hohes Aggressionspotential und bei Stress nimmt ihre Aggressivität erheblich zu. Sie setzen ihre Aggression zur Machtausübung ein und machen anderen damit Angst. Narzissten machen sich ihre eigenen Regeln und sie sind gewissenlose Menschen, die glauben, dass die Welt nur für sie da ist. Sie setzen ihren Charme, ihre Intelligenz und ihr Aussehen ein um ihre Ziele bedingungslos zu erreichen und ihre Macht auszubauen. Im Laufe einer Beziehung zeigt sich immer mehr ihre narzisstische Wut. Sie können diese eventuell auch über lange Zeit verstecken und nach außen eine unauffällige Fassade demonstrieren, um plötzlich eine erschreckende und grauenhafte Innenwelt zu zeigen. Dies wird am deutlichsten bei Amokläufern, die fast alle Narzissten sind.

Ihr Aussehen ist ihnen von zentraler Bedeutung. Sie können auch Hypochonder werden, weil sie nichts wegstecken können und jede körperliche Einschränkung für sie Majestätsbeleidigung ist. Jede Krankheit ist ein Angriff auf die Integrität ihrer Person.

Sie neigen dazu zu kritisieren, anzugreifen, den Kontakt zu verweigern, abzuwerten, oder andere lächerlich zu machen. Schweigen ist ihr Ausdruck der Macht und Arroganz. Diese Techniken sind ihnen angeboren. Sie neigen zu Mobbing, Stalking und Querulantenentum und können einen permanenten Psychoterror ausüben, der in ihren Opfern Selbstzweifel, Hilflosigkeit und Ohnmacht auslöst. Sie verschaffen sich so eine sadistische Genugtuung. Nicht Recht bekommen oder kritisiert zu werden, ist für sie ein Angriff auf den Kern ihres Ichs.

Narzissten stürzen über ihren Hochmut, denn keiner hält auf Dauer ihre Aura aus. Zunächst erzeugen sie Faszination, dann Ernüchterung und dann Distanzierung. Sie sind lange Zeit durch ihre Überheblichkeit vor Suizid geschützt, in der narzisstischen Krise, wenn ihre Überheblichkeit und Großartigkeit zusammenbricht, können sie suizidgefährdet sein. Der Partner wird als die Erweiterung des Selbst erlebt. Der Partner (Komplementärnarzisst) befriedigt sich zunächst an der Großartigkeit seines Partners, um dann den hohen Preis von Entwertung und Demontage zu zahlen. Der Narzisst braucht ständig Lob, wobei er den verachtet,

der es ihm gibt. Er kann aber selbst nicht loben, weil er damit in seiner Großartigkeit eingeschränkt wäre.

Narzissten sind durchaus erfolgreiche Menschen, die im Rampenlicht stehen. Viele von ihnen sind Manager, Börsenmakler, Politiker etc. Ein Teil von ihnen wird auch kriminell, weil sie gewissenlos und skrupellos sind und keine Schuldgefühle kennen.

Interessant dabei ist, dass Börsenprofis ein ähnliches Persönlichkeitsprofil haben wie Schwerverbrecher.

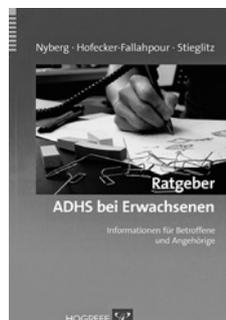
In unserer heutigen Zeit sind Narzissten oft erfolgreich. Die Persönlichkeitsstörung zeigt eine deutliche Zunahme. Jeder 4. Student weist erhöhte Narzissmuswerte auf. Und Cool sein ist in! Macht macht narzisstisch und Eltern,

die ihre Kinder nur loben, erzeugen in ihnen ein falsches Selbstwertgefühl und eine Unantastbarkeit. Interessant ist weiterhin, dass doppelt so viel Männer wie Frauen davon betroffen sind.

Ich fand dieses Buch sehr hilfreich. Es sollte eigentlich eine Lektüre für jeden sein, denn es ist ein großer Vorteil, Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen erkennen zu können. Nicht um sie zu verändern, sondern um sich einen gesunden Abstand zu schaffen, um nicht in den Dunstkreis und Sog eines Narzissten zu gelangen. Das erspart viel Leid denen, die sonst Zielscheibe der narzisstischen Ausbeutung werden können.

■ Dr. Astrid Neuy-Bartmann

## Elisabeth Nyberg, Maria Hofecker-Fallahpour, Rolf Dieter-Stieglitz Ratgeber ADHS bei Erwachsenen



**Elisabeth Nyberg, Maria Hofecker-Fallahpour, Rolf Dieter-Stieglitz**  
„Ratgeber ADHS bei Erwachsenen“

ISBN: 978-38017-22241  
Verlag: Hogrefe  
1. Auflage (Oktober 2013)  
Preis: € 12,95

Um es gleich zu sagen, dieses Buch ist hervorragend: Zugänglich geschrieben, kompakt in der Information, im Gehalt weder zu wenig, noch zu viel, so dass sich die Lektüre auch für solche Leser eignet, die nicht ausdauernd von der ersten bis zur letzten Seite am Buchstaben bleiben können.

Welche Themen werden behandelt? Einige Beispiele: Wie verändert sich ADHS im Erwachsenenalter? Wie wirkt eine Medikation? Wie wird ADHS behandelt? Wie kann man mit Impulsivität, Rastlosigkeit, Desorganisation und Unaufmerksamkeit umgehen? Welche Vorurteile gibt es über ADHS und welche Vorteile birgt es?

Sie sehen, die thematische Bandbreite ist breit angelegt. Natürlich wird man keine detailreichen, in die Tiefe gehenden Darstellungen erwarten dürfen. Das kann auch nicht das Ziel der Anderen sein. Es geht ihnen um eine fundierte,

eingängige Information. Information über das Erwachsenen-ADHS tut not, denn sowohl unter Laien wie auch Fachleuten ist es gegenwärtig noch beklemmend unbekannt. Eine profunde Einführung und ein praktischer Ratgeberanteil ist in dieser Situation genau das Richtige.

Damit ist klar, für wen das Buch geeignet ist: Für Betroffene, die Orientierung für ihr ADHS-Sein brauchen und Fachleute, die sich informieren müssen. Gerade letzteren sei der Titel nachdrücklich anbefohlen. Bitte lesen Sie dieses Buch. Es ist nach dem Erscheinen dieses Titels nicht möglich, zu behaupten, man könne sich über das Erwachsenen-ADHS nicht oder nur unzureichend informieren.

■ Uwe Metz

# Dorothee Mecklenfeld

## Spürend leben lernen – Somatische Wege für die Körper-Seele



**Dorothee Mecklenfeld**  
„Spürend leben lernen –  
Somatische Wege für  
die Körper-Seele“

ISBN: 978-3808003954  
Verlag: *Modernes Lernen*  
Preis: € 21,50

Somatisch bedeutet, was sich auf den Körper bezieht oder körperliche-psychische Faktoren, die zusammen wirken. Das Buch ist in 11 Kapitel gegliedert, in einigen Kapiteln sind Übungen aufgeführt. Die Autorin gibt einen Einblick in ihre 20-jährigen Erfahrungen mit somatischen Lebens- und Lernmöglichkeiten, beschreibt Prozesse und Methoden. Sie zeigt innere Haltungen und Annäherungsweisen. Ausgetretene Pfade sollen verlassen werden – sie gibt Anregungen statt neuer Festlegungen, zieht Schlussfolgerungen für die professionelle bewegungspädagogische Arbeit mit Menschen aller Altersgruppen (auch Kinder) und zeigt Auswirkungen auf private – soziale Systeme.

Die Autorin fragt sich seit ihrer Jugend: „Warum lernen wir nicht mehr mit dem eigenen Körper?“ Seit dieser Zeit hat sie sich als Heilpädagogin, Feldenkraislehrerin und Gestalttherapeutin (Therapie, um selbst neue Wege zu finden) ausbilden lassen. Außerdem hat sie langjährige Erfahrungen mit Yoga und Ayurveda (direkt in Indien). Frau Mecklenfeld ließ sich auch inspirieren von Elsa Gindler, Graf von Dürckheim, Heinrich Jacoby, Emma Pikler und Bonnie Bainbridge Cohen. Ihr gemeinsames Anliegen war und ist es, Menschen dabei zu begleiten, dass sie letztlich Eigenverantwortung übernehmen können.

Es geht darum, was spüre ich jedesmal, wenn ich das und das mache? Ich nehme mir Zeit zum „Verdauen“ von sinnlichen Erfahrungen und verinnerliche sie. Außerdem werden hiermit die Nervenbahnen angesprochen, neue Verknüpfungen entstehen im Gehirn. Nicht nach dem Motto: „Ja-ich-weiß-schon.“ Die Feldenkrais-Übungen gehen in diese Richtung, d. h., wenn ich z. B. langsam das rechte Bein anhebe, spüre ich genau in diese Bewegung. Es geht am Sinn vorbei, diese Übungen einfach als Gymnastik durchzuführen, weil dann das Spüren total in den Hintergrund gerät. Worte können bei somatischen Erfahrungen auch nicht so ausdrucksstark sein oder alles wiedergeben, weil man vielleicht nicht alles damit beschreiben kann. Dann gibt es auch Menschen mit chronischen Rückenschmerzen, bestimmten Formen von Tinnitus, Sehschwierigkeiten

oder mit HWS-Syndrom. Sie bekommen oftmals die Aussage von Ärzten: „Damit müssen Sie leben.“ Aber auch durch so eine Aussage kann ich mich von außen festlegen lassen. Ich bin selbst für mich verantwortlich. Durch das Spüren in den Körper werden oftmals Zusammenhänge gezeigt, wie z. B. der Zustand der Füße das Hüftgelenk beeinflussen kann.

Ich, mit ADS-Diagnose, habe schon als Kind, wenn wir einkaufen waren, einige Dinge kurz berühren müssen. Das hat sich bis heute, sehr zur Belustigung meiner Kinder, erhalten. Man kann natürlich mutmaßen, warum das so ist. Ich ließ das noch nicht therapeutisch abklären ... Zum anderen bemerkte ich durch das Lesen dieses Buches, dass ich mich doch sehr von meinem Körper entfernt habe. Ich weiß zwar, ich sitze z. B., aber welche Körperteile sind dabei betroffen? Er ist zwar da, aber im Prinzip funktioniert er nur. Ich habe keinen richtigen Zugang, obwohl ich ihn nicht ablehne. In der Jugend gab es sehr unangenehme Erlebnisse, und ich denke, dort begann es, dass ich den Körper immer mehr „zurückließ“. Ich hätte mich am liebsten unsichtbar gemacht. Zum anderen weiß ich auch, dass ADSler eine oberflächliche Wahrnehmung haben, wo das Spüren wahrscheinlich zu kurz kommt und vielleicht auch keinen Stellenwert hat. Aber der Körper gehört nun mal zu uns. Und er wird oft erst beachtet, wenn er durch eine Krankheit nicht mehr ordnungsgemäß funktioniert.

Das Buch ist verständlich geschrieben und lässt sich gut lesen. Außerdem ist es ja nicht sehr dick. Es beinhaltet auch autobiographische Elemente. Ich habe auch schon gute Erlebnisse allein dadurch, dass ich wirklich mitbekomme, wie schön glatt sich ein Türgriff anfasst. Oder wenn ich bewusst langsam (und nicht ADS-mäßig immer schnell) eine Schranktür öffne. Ich denke, es geht in dem Buch um eine neue Denkweise, wozu man nicht unbedingt einen Therapeuten benötigt.

■ Elke Klug

# Vera F. Birkenbihl

## Stroh im Kopf?

### Vom Gehirn-Besitzer zum Gehirn-Benutzer



Eigentlich hatte ich mich auf dieses Buch schon gefreut. – Ich hatte schon häufiger von Frau Birkenbihl und ihren Methoden gehört ... das Buch müsste doch schnell rezensiert sein.

Das Vorwort – ist ja nur eine Hinführung zum Thema, darauf muss man nicht so viel geben. Zumindest wusste ich danach, welche Bücher ich noch käuflicher werben kann und wie genial diese Werke alle sind ...

Nun aber endlich zu **diesem** Buch:

Blöderweise komme ich nur abends zum Lesen, wenn ich nicht mehr ganz fit bin – vielleicht war ich deshalb von der Aufmachung etwas überfordert. Doch sobald ich das Buch aufschlug, wurde ich schon nervös, obwohl ich eigentlich zur ruhigen Sorte Mensch gehöre. Es schauten mich Seiten an, übersät mit **Fettdruck** – GROSSBUCHSTABEN – **kursiver Text** – (Klammern) – \*Sterne = Fußnoten.

Doch sicher hat das seine Daseinsberechtigung; wenn man Frau Birkenbihl in einem Video erlebt hat, weiß man: das muss so sein! Mit jedem Satz, den man liest, hört man sie sprechen.

Habe ich mich mit diesem Umstand abgefunden, stehe ich vor der nächsten Hürde: Dieses Buch muss nicht fortlaufend gelesen werden – ich darf es mir in „Module“ einteilen ... doch, wo fange ich jetzt an? Lese ich wirklich nicht im nächsten Kapitel weiter, ja aber wo dann? – Ich bin zu bequem: ich lese einfach fortlaufend weiter.

Jetzt werde ich mich doch endlich dem Inhalt widmen können, dachte ich. Doch in dieser Hinsicht hält Frau Birkenbihl, was sie verspricht: sie (und ihre Ideen) sind alles andere als stromlinienförmig!

Wenn man denkt, man könnte sich in ein Eck legen und sich von dem Buch mit guten Ratschlägen berieseln lassen – kennt man Frau Birkenbihl nicht: aufstehen – Blatt holen: schreiben, zeichnen, ankreuzen! Und wehe, man hat dazu keine Lust – dann ist man selbst schuld, wenn der Ratgeber nichts bringt! ... Wahrscheinlich hat sie ja auch noch Recht.

Trotzdem widersetze ich mich allen Anweisungen, blende die verschiedenen Schreibweisen aus, springe nicht von

Seite 23 auf Seite 43, ignoriere alle Querverweise, mir ist auch egal, welches Thema nun besser zum momentanen passen würde als das folgende ... Und endlich kann ich mich auf die Inhalte konzentrieren.

Überlege mir immer wieder, das Buch auch meinen Kindern zum Lesen zu geben – sie werden Frau Birkenbihl lieben: Endlich ist da jemand, der versteht, dass man das Schulsystem nur hassen kann und Vokabeln pauken sinnlos ist.

Sie stellt gerne provozierende Thesen auf, doch ich kann sie irgendwo nachvollziehen und es macht mich neugierig, ob es auch umsetzbar ist. Zumindest findet sie für alles eine wissenschaftliche Begründung.

Gerne möchte ich glauben, dass ich „alles“ erreichen kann, durch die Vorstellung ein anderer, Besserer zu sein ...

Oh wie schön, durch die Birkenbihl-Methode kann ich: schlau werden, besser malen oder auch lernen, Vorträge halten ...

Nach der Hälfte des Buches komme ich wirklich zügig voran. Die wissenschaftlichen Zusammenhänge erklärt sie absolut so, „dass sie auch ein Dreijähriger verstehen kann“. Spätestens bei den 10 Regeln fürs Lernen bin ich mir wieder sicher, dass ich das Buch doch meinen Kindern in die Hand drücken werde. Meine Begeisterung wächst.

Es gibt fast kein Thema zu dem keine hilfreichen Tipps gegeben werden können.

Die Auszüge aus ihrem Forum decken weitere Bereiche ab ... und dann – warum auch immer (!?! – taucht auf einmal das Thema ADHS auf und stoppt die Euphorie. Hier hätte man gerne Frau Birkenbihl etwas von unseren wissenschaftlichen Erkenntnissen weitergeben, doch das geht ja leider nicht mehr. Es werden ein paar Uralt-ADHS-Mythen verbreitet ... Oh ja, na klar: wenigstens helfen die Birkenbihl-Maßnahmen gegen Aufmerksamkeitsprobleme!?

Hier schließt sich der Kreis. Welche genialen Birkenbihl-Werke wurden mir im Vorwort empfohlen? Naja, die DVDs habe ich noch zu Hause liegen. Die schaue ich mir bis zur nächsten Ausgabe der **neue AKZENTE** an ...

■ Vera-Ines Schüpferling

## Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

**Freitag, 07.11.2014 – Sonntag, 09.11.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

**Freitag, 27.02.2015 – Sonntag, 01.03.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

**Freitag, 13.03.2015 – Sonntag, 15.03.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 2)

**Freitag, 04.09.2015 – Sonntag, 06.09.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

Fortbildung/Schulung (Gruppe 1)

**Freitag, 02.10.2015 – Sonntag, 04.10.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Jugendveranstaltung

**Gemeinsame Fortbildung mit  
Erwachsenen-Beratern**

**Freitag, 03.10.2014 – Sonntag, 05.10.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

**Samstag, 15.11.2014 – Sonntag, 16.11.2014**

im Hotel Göller, Hirschaid

## Fortbildungstermine der Landesgruppen

**Landesgruppe Baden-Württemberg:**

04./05.10.2014 Caritas-Haus Feldberg

**Landesgruppe Bayern:**

19.11.2014 in Regensburg

**Landesgruppe Berlin:**

13./14.09.2014 in Berlin

**Landesgruppe Hamburg:**

Gemeinsame Fortbildung mit Niedersachsen

**Landesgruppe Hessen:**

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

**Landesgruppe Niedersachsen/Bremen:**

13./14.09.2014 in Berlin

**Landesgruppe Nordrhein-Westfalen:**

14./15.03.2015, Münster, JGA Aasee

**Landesgruppe Schleswig-Holstein:**

Aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

**Landesgruppe Thüringen:**

Aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

## Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

**Freitag, 05.09.2014 – Sonntag, 07.09.2014**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

**Freitag, 03.07.2015 – Sonntag, 05.07.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

**Freitag, 30.10.2015 – Sonntag, 01.11.2015**

Tagungsstätte Lutherheim

Jägerallee 38

31832 Springe

## Mitgliederversammlung/ Symposium 2015

**Samstag, 18.04.2015 – Sonntag, 19.04.2015**

Bruchsal-Hambrücken

## Geschäftsführender Vorstand

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

## Weitere Vorstandsmitglieder

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

## Unterstützung des Verbandes

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

## Wissenschaftlicher Beirat

- Dr. Johanna Krause**  
Fachärztin f. Neurologie, Psychiatrie u.  
Psychotherapie, Ottobrunn
- Prof. Dr. Klaus-Henning Krause**  
München
- Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch**  
Universität Würzburg
- Prof. Dr. Martin Ohlmeier**  
Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
- Prof. Dr. Alexandra Philippen**  
Universitätsklinikum Freiburg
- Prof. Dr. Marcel Romanos**  
Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugend-  
psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
- Dr. Helga Simchen**  
Kinder- und Jugendpsych., Psychotherapeutin, Mainz

## Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

- Prof. Dr. h.c. Hans Biegert**  
Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
- Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio**  
Psychologische Beratung & Psychotherapie am  
Universitätsklinikum des Saarlandes
- Dr. Fritz Jansen**  
Dipl.-Psych., physiologischer Psychotherapeut,  
Lehrtherapeut f. Verhaltenstherapie, Neuried
- Dr. med. Rudolf Kemmerich**  
Kinder- u. Jugendarzt, Weinstadt
- Dr. phil. Roy Murphy**  
Leitender Psychologe u. Qualitätsbeauftragter,  
SchönKlinik Bad Bramsted
- Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus**  
Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
- Dipl.-Psych. Erika Tittmann**  
Praxis f. Psychotherapie, Lörrach

## Landesgruppenleiter

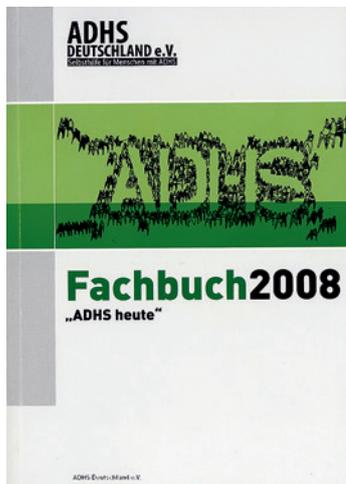
- |                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| Baden-Württemberg    | Kirsten Riedelbauch               |
| Bayern               | Brigitte Nagler                   |
| Berlin               | Karin-Gisela Seegers         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

# ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

- 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](mailto:info@adhs-deutschland.de)  
Internet: [www.adhs-deutschland.de](http://www.adhs-deutschland.de)

### Spendenkonto:

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

### Beitragskonto:

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



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

ADHS Deutschland Verlag, 2011  
ISBN 978-3-933067-17-3

€ 9,50

HKS/ADHS und rechtliche Aspekte

Versicherung und ADHS

Ist ADHS eine Behinderung?

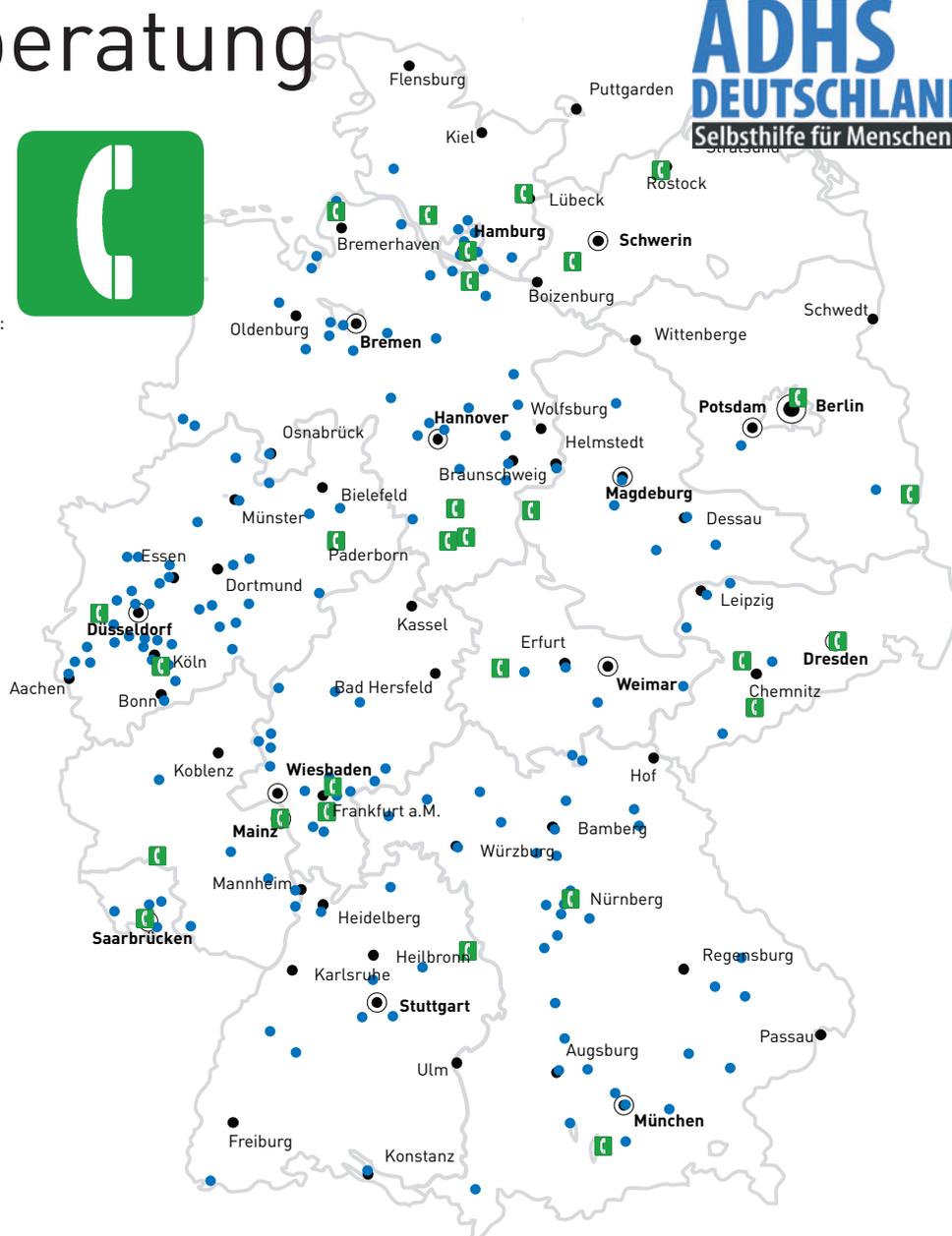
Hilfe für Menschen mit Behinderungen – spezielle Problematik bei ADHS

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

# Telefonberatung



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



## Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:

08152 - 9 99 64 99

Ingrid Meyer-Kaufmann:

0911 - 9 56 63 51

Michaela Nagy:

09180 - 90 97 16

Ruth Wissing:

0951 - 9 68 47 89

Carolin Zaswoka:

09542 - 77 26 89

## Baden - Württemberg

Regina Lamparter:

07031 - 38 00 95

## Berlin

Karin-Gisela Seegers:

030 - 3 01 97 14

Petra Peilert:

030 - 65 91 56 10

## Bremen und Umgebung

Sabine Bernau:

04793 - 93 10 21

0170 - 2 46 27 44

Ellen Köster-Schmidt:

0421 - 6 97 99 91

## Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:

040 - 68 91 50 23

## Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:

05684 - 16 59

## Mecklenburg- Vorpommern

Karin Heynen:

0381 - 7 69 80 16

## Niedersachsen

Sabine Nicolei:

0531 - 22 45 91 45

Angela Schwager:

05554 - 99 56 46

Ellen Köster-Schmidt:

0421 - 6 97 99 91

(Kreis Wesermarsch)

## NRW

Karin Knudsen:

0221 - 3 56 17 81

Ulrike Vlck:

02161 - 53 17 39

Sonja Adam:

01577 - 6 43 45 51

(mit Rückrufoption)

## Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:

0651 - 4 63 78 78

## Sachsen

Susanne Voigt:

037341 - 4 98 30

## Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:

04821 - 4 03 94 80

Gerhild Gehrman:

04121 - 80 72 72

Carola Kliemek:

0461 - 3 15 37 72

## Saarland

Sabine Berg:

0651 - 4 63 78 78

## Thüringen

Regina Schrage:

03691 - 87 22 22

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

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