

neue AKZENTE

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

Aus der Praxis
ADHS



ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

- Erziehung - Coaching - Lern- und Verhaltenstherapie
- ADHS und Emotionen
- Azofarbstoffe in Lebensmitteln

Zeitschrift



Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

in den letzten Wochen sorgte ein Thema immer wieder für Verwirrung:

Die Verschreibung von Methylphenidat für Kinder und Jugendliche, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind!

Seit dem 01.04.2010 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Festbetragsregelung nicht mehr für alle retardierten MPH-Präparate die Kosten ohne Zuzahlung! Nach weiteren Preisanpassungen der Pharmaunternehmen sind derzeit allerdings nur noch die Retard-Präparate eines einzigen Herstellers zuzahlungspflichtig.

Bitte Sie daher die Ärztin oder den Arzt, die Ihnen oder Ihren Kindern Medikamente mit Methylphenidat als Wirkstoff verschreiben, Sie zu jeder Zeit darauf aufmerksam zu machen, ob für das verschriebene Präparat aktuell eine Zuzahlung erforderlich ist. Entscheiden Sie dann gemeinsam mit Ärztin oder Arzt, ob die besonderen Eigenschaften eines zuzahlungspflichtigen Präparates in Ihrem Fall die Zuzahlung rechtfertigen oder die indizierte Behandlung ggf. auch mit einem anderen Präparat bei gleichem Erfolg fortgesetzt werden kann.

Mehrere Verbände der ADHS-Selbsthilfe haben sich in den vergangenen Wochen an die Verantwortlichen in Politik und Industrie gewandt, um eine sachgerechte medizinische und psychotherapeutische Versorgung aller ADHS-Patienten im Rahmen der Kassenleistungen zu ermöglichen.

Wir freuen uns Ihnen außerdem mitzuteilen, dass wir jetzt drei neue Mitglieder in unserem Wissenschaftlichen Beirat begrüßen dürfen.

Dr. Myriam Menter

neue AKZENTE

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

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

Redaktion

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

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e.V.
Poschingerstr. 16
12157 Berlin
Telefon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung ADHS Deutschland e.V.

Hannoversche Volksbank
Konto-Nr. 0 221 438 500
BLZ 251 900 01

Auslandsüberweisungen

IBAN DE36251900010221438500
BIC VOHADE2H

Gesamtgestaltung und DesktopPublishing

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

Druck

BUD, Potsdam

Erscheinungsweise: 3 - 4x jährlich
Auflage: 4000 Exemplare

Bezug

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

Copyright

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

Redaktionsschluss für nächste Ausgabe
30. Juni 2010

Fotonachweis

Cover : nullacht-15 - Fotolia.com
Michaela Steininger, Rebel - Fotolia.com
sowie Aktive der Landes- und Regionalgruppen.

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

Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem 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.

„Es hängt von dir selbst ab, ob du das neue Jahr als Bremse oder als Motor benutzen willst.“

Henry Ford (Ingenieur und Gründer von Ford, 1863-1947)

FACHBEITRÄGE

Wissenschaft

Dr. Helga Simchen

04 Erziehung – Coaching – Lernen und Verhaltenstherapie

Silke Groß-Lesch

09 ADHS und Emotionen

17 Sie fragen, Experten antworten AD(H)S und Fieberkrämpfe, AD(H)S und Bettnässen

Aus der Praxis

Angela Clausen

18 Azofarbstoffe in Lebensmitteln Demnächst gibt es Warnhinweise

21 Fördergelder der Landesgruppen

AKTUELLES

Dr. Johannes Streif

22 Ritalin – leichter Lernen mit Methylphenidat?

Uwe Metz

23 Facetten des ADHS

Mitgliedernetz

Sabine Nicolei

25 Zugang zum Mitgliedernetz

BERICHTE

Familie

Petra Kurz

26 Konzentration Fortsetzungsroman, Teil 2

ADHS Deutschland e.V

Uwe Metz

28 Medizinmesse, Stuttgart 2010

Patrik Boerner

29 „ADHS im Wandel“ 5. Berliner Psychiatrietage, Berliner Charité

31 ADHS – Selbsthilfeverbände appellieren an die Politik

32 Regionalgruppenberichte in alphabetischer Reihenfolge

BEGLEITSTÖRUNGEN

Michael Kortländer, LegaKids e.V.

38 Spielerische Förderung mit LegaKids

MEDIEN REZENSIONEN

Dr. Johannes Streif

40 Leslie Iversen: Speed, Ecstasy, Ritalin – Amphetamine, Theorie und Praxis

Uwe Metz

42 Karin Windt: ADD Hidden Obstac- les

Karin Straußberger-Christoph

43 Neuhaus/Trott/Berger-Eckert/ Schwab/Townson: Neuropsycho- therapie der ADHS

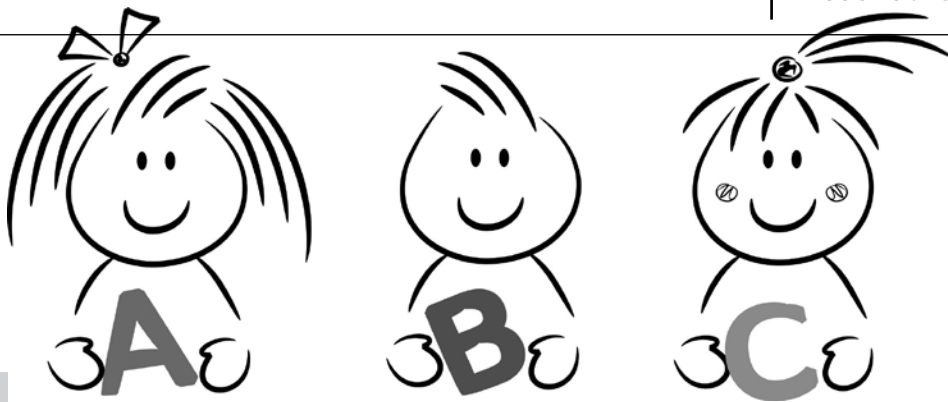
TERMINE

44 Termine Weiterbildung Telefonberatung

VERBANDSDATEN

46 Geschäftsführender Vorstand Weitere Vorstandsmitglieder Unterstützung des Verbandes Wissenschaftlicher Beirat Landesgruppenleiter

48 Telefonberatung



Erziehung – Coaching – Lern- und Verhaltenstherapie

eine wichtige Einheit in der Therapie von Kindern mit AD(H)S



*Kinderärztin / Kinderneurologin / Kinder- und Jugend-
psychiaterin / ADS-Spezialistin
Psychotherapie / Verhaltenstherapie / Familientherapie /
Neurobiologische Lerntherapie*



Dr. Helga Simchen

Beim Kind mit einem ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom steht sein auffälliges, nicht selten störendes und von der Norm abweichendes Verhalten oft im Mittelpunkt der Behandlung. Ursache dafür ist eine angeborene besondere Art der Verarbeitung von Informationen und Wahrnehmungen mit Auswirkung auf die Verhaltensbildung. Unter ihren Schwierigkeiten im Leistungs- und Verhaltensbereich leiden diese Kinder bei zunehmender Anforderung. Sie klagen häufig darüber, dass sie sich unverstanden und falsch beurteilt fühlen und sie können ihr Wissen und ihr Verhalten nicht zu ihrer Zufriedenheit einsetzen. Unbehandelt hat das eine bleibende und zunehmende innere Verunsicherung zur Folge, die wiederum zu multiplen Ängsten, Zwängen, Aggressionen, Selbstwertkrisen, sozialem Reiferückstand mit reaktivem Fehlverhalten führen kann.

Dabei hat der Ausprägungsgrad des AD(H)S eine große Bedeutung und er wird bestimmt:

- Durch die individuellen neurobiologischen Besonderheiten
- Vom Ausmaß der Überforderung
- Von den vorhandenen Ressourcen
- **und ganz wesentlich** vom Verhalten des sozialen Umfeldes, wobei Eltern, Lehrer und Geschwister einen ganz großen Einfluss haben

Was beeinflusst die Entwicklung des Verhaltens? *)

- Die genetische Voraussetzung mit den verschiedensten angeborenen Fähigkeiten und manchmal auch Defiziten.
- Ein intaktes Zentralnervensystem, als Voraussetzung für eine gute Qualität der Wahrnehmung und deren unbeeinträchtigte und realitätsgerechte Verarbeitung. Verhalten entsteht im Kopf und wird von dort gesteuert. Ein intaktes Nervensystem ermöglicht eine angemessene und schnelle Reaktion auf Reize, weil Lernen und Verhalten sich automatisieren kann.
- Die Vorbildwirkung der Bezugspersonen, die zum Kind eine warme tragfähige Beziehung aufbauen, soziale Normen vermitteln und Grenzen setzen.
- Erziehung erfolgt durch Beziehungsaufbau und Vorbildwirkung!
- Förderung und Anerkennung durch das soziale Umfeld, um Motivationen zum Lernen zu wecken und Selbstvertrauen aufzubauen.
- Die Erziehung, das heißt die Vermittlung von sozialen Normen und erwarteten Verhaltensweisen, was Setzen fester Grenzen voraussetzt. Erziehen heißt aber auch lernen, sein Verhalten von selbst zu steuern und seine Reaktionen bremsen können, Eigenverantwortung zu übernehmen.
- Auf die Körpersprache der anderen achten, sie erfassen und richtig deuten.
- Über ausreichende sprachliche Fähigkeiten verfügen, um sich verständigen zu können.

Ein manifestes Bild des AD(H)S umfasst immer die folgenden drei Ebenen, die in die Behandlung mit einbezogen werden müssen:

Die kognitive Ebene (Konzentration- und Merkfähigkeit)

Die motorische Ebene (Fein-, Grob-, Visuo-, Grapho-, Augen- und Sprachmotorik)

Die Verhaltensebene

Das Fundament für jede AD(H)S-Therapie sind liebe- und verständnisvolle Eltern mit konsequentem Erziehungsstil. Denn jede noch so gute Verhaltenstherapie kann Erziehung nicht ersetzen. Beide müssen sich ergänzen und die Eltern sind als Vermittler und Kontrolleur in das Verhaltenstherapieprogramm mit einzubeziehen.

Eine Therapie bei Kindern, egal welcher Art, sollte die Eltern immer mit einbeziehen. Noch viel zu oft erwarten Eltern, wenn sie einmal in der Woche ihr Kind zur Therapie bringen, dass das reicht und sie haben ihre Pflicht getan, der Therapeut wird es schon richten.

Die Eltern sind und bleiben die wichtigsten Therapeuten ihres AD(H)S-Kindes und sind durch niemanden zu ersetzen. Sie müssen seine therapeutischen Hinweise im alltäglichen Leben umsetzen.

Wie können die Eltern nun der Ausbildung von Verhaltensstörungen entgegen wirken? *)

Zwischen Eltern und Kind soll eine emotional warme und tragfähige Beziehung bestehen, die sich auf ein Vertrauen gründet.

- Das Kind sollte stets spüren, dass es sich bei Bedarf immer auf seine Eltern verlassen kann (die ihm auch glauben!).
- Die Eltern sollten das Vertrauen des Kindes nicht enttäuschen und bei gemachten Fehlern sich bei ihrem Kind entschuldigen.
- Kinder dürfen an ihren Eltern selbstverständlich angemessen Kritik üben.
- Eltern sollten früh mögliche Defizite in der Entwicklung erkennen.
- Beide Eltern sollten im Erziehungsstil möglichst übereinstimmen.
- Sie sollten sich ständig informieren, was ihre Kinder tun und wer ihre Freunde sind.
- Es muss in der Familie Regeln geben, die von allen Mitgliedern eingehalten werden.
- Die Eltern sollten die Interessen ihrer Kinder fördern und angemessen auch Forderungen stellen.
- Das Arbeiten nach dem Lustprinzip sollte weder vorgelebt noch toleriert werden.

- Verlangen sie als Eltern nichts von ihrem Kind, was sie selbst nicht einhalten.
- Erziehung erfolgt in erster Linie durch Vorbildwirkung und erst in zweiter Linie durch Reden in kurzen, verständlichen Sätzen.
- Probleme der Kinder sollen taktvoll und nicht abwertend thematisiert werden, damit gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten gesucht werden kann.
- Gute Leistungen sollen gelobt und anerkannt werden, Fehlverhalten zunächst nicht beachten, aber später besprechen.
- Keine körperlichen Strafen, sie machen ängstlich, wütend und zerstören Vertrauen.

Daraus geht hervor, dass Verhaltenstherapie keine Erziehung ersetzen kann, **sondern** Verhaltenstherapie setzt Erziehung voraus.

Denn in der Verhaltenstherapie soll den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern Kompetenzen vermittelt werden, die ihnen im Umgang mit ihren Problemen helfen. Nach der Ursache der Problematik suchen und den Betroffenen erklären, um ihnen Möglichkeiten zu deren Beseitigung aufzeigen. Die Verhaltenstherapie will den Betroffenen helfen, ihre Selbstkontrolle, ihre Eigensteuerung und ihre Alltagsbewältigung zu verbessern und vorhandene seelische Narben zu beseitigen.

Ziel jeder Behandlung eines AD(H)S ist immer das Selbstwertgefühl und die soziale Kompetenz in möglichst kurzer Zeit spürbar zu verbessern.

Der Behandlungserfolg einer AD(H)S-Therapie hängt ab von:

- der Schwere der Beeinträchtigung
- der Belastbarkeit der Betroffenen und seiner Familie
- den derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten, Bezug nehmend auf die aktuellen Ergebnisse der neurobiologischen Forschung
- den Fähigkeiten und Erfahrungen des Therapeuten
- der Motivation und Fähigkeit zur Mitarbeit der Betroffenen und seiner Familie

Schwerpunkte einer AD(H)S-Therapie sind immer:

1. Die Arbeit in der Familie mit Praktizieren einer liebevollen- und verständnisvollen, aber konsequenten und strukturierten Erziehung
2. Den Tagesablauf ordnen, Zeiteinteilung üben, damit ein Zeitgefühl entwickelt werden kann
3. Die Arbeit zu planen Prioritäten setzen, Wichtiges erkennen, Unwichtiges weglassen können, sich entscheiden lernen
4. Durch Vorbildwirkung der Eltern soziale Normen vermitteln, unerwünschtes Verhalten nicht beachten, es wird durch Beachtung aufgewertet!

5. Selbstinstruktion praktizieren und Verstärkerpläne erstellen zum Abbau von Schwächen und Defiziten.
6. Verhaltensbeobachtung mit dem Ziel einer realitäts-gerechten Selbst- und Fremdwahrnehmung.
7. Seine Stärken erkennen und Schwächen erfolgreich beseitigen, sich loben lernen!
8. Konzentration und Daueraufmerksamkeit verbessern und halten können.
9. Besser mit sich und seiner Umgebung umgehen lernen, sozial angepasste Strategien für die Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse einüben.
10. Die soziale Kompetenz verbessern, zu anderen Kontakte knüpfen und diese auch halten können, die Gefühle anderer nachempfinden können.
11. Erlernen von Stressabbau und -vermeidung, mittels Entspannungstechniken.
12. Entwicklungsrückstände und Lerndefizite systematisch aufarbeiten.
13. Konfliktvermeidung durch Problemlösetraining.
14. Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz altersgerecht entwickeln mit dem Ziel, mit sich und seinem sozialen Umfeld zufrieden zu sein, Anerkennung und Lob genießen können, sich von Selbstzweifeln und negativen Gedanken distanzieren zu können.

Da das AD(H)S vererbt wird und somit angeboren ist, bleibt es mindestens in seiner Veranlagung lebenslang erhalten. Die meisten Betroffenen lernen mit „ihrem AD(H)S“ umzugehen und von dessen vielen Vorteilen zu profitieren. Das bedeutet aber auch, dass bei schwerer AD(H)S Symptomatik, wenn die Entwicklung des Kindes und die Lebensqualität seiner Familie wesentlich beeinträchtigt sind, niemals eine zeitlich begrenzte professionelle Therapie ausreichen wird. Ein Kind mit AD(H)S benötigt je nach Schwere seiner Problematik einschließlich seiner Begleit- und Folgeerkrankungen bei zu spätem Behandlungsbeginn oft über viele Jahre eine therapeutische Begleitung. Diese ist meist nicht kontinuierlich erforderlich, sondern konzentriert sich auf Krisenzeiten. Hierbei möglichst angemessen, rechtzeitig und richtig zu reagieren, darauf müssen die Eltern frühzeitig vorbereitet und befähigt werden. Ein AD(H)S- Kind braucht nicht für jedes Problem gleich einen professionellen Therapeuten, denn viele Therapeuten verunsichern nur das Kind.

Die wichtigsten Therapeuten des Kindes oder Jugendlichen mit AD(H)S sind und bleiben seinen Eltern.

Vater und Mutter sollten möglichst den gleichen Erziehungsstil haben, liebe- und verständnisvoll reagieren, Absprachen mit dem Kind treffen, sich auf keine langen Diskussionen einlassen und möglichst viel über AD(H)S wissen. Ihrem Kind stets ein Vorbild sein und nur das von ihm verlangen, was sie selber ihm vorleben.

In den meisten Fällen übernimmt ja die Mutter den Hauptteil der Erziehung. Sie sollte dann befähigt sein, der Co-Therapeut und Coach ihres Kindes zu sein. In dieser Funktion wird sie zur Brücke zwischen ihrem Kind und dem AD(H)S-Spezialisten während einer therapeutischen Phase. Sie fungiert als dessen verlängerter Arm außerhalb seiner Praxis. Gemeinsam mit dem Kinder- oder Hausarzt vermittelt und kontrolliert sie getroffene Absprachen und Maßnahmen.

Wichtige Absprachen immer schriftlich machen und mit beidseitiger Unterschrift aufwerten.

Als Coach sind Mutter und Vater Manager, Lern- und Verhaltenstrainer und Vertrauter des Kindes in einer Person und das meist bis in das Erwachsenenalter hinein. Nicht selten werden die Eltern zum Berater auf Lebenszeit. Auf diese wichtige Rolle müssen die Eltern vorbereitet sein und deshalb die vielfältigsten Möglichkeiten der Weiterbildung zum „AD(H)S-Sachverständigen ihres Kindes“ nutzen. Frühzeitig müssen sie deshalb aber auch darauf achten, ihre Kräfte einzuteilen, sich Auszeiten zu gönnen und aufpassen, dass sie selbst, der Ehepartner und die Geschwister nicht zu kurz kommen.

Beispiel eines häuslichen Coachingprogrammes im Rahmen einer multimodalen Behandlung von AD(H)S-Kindern:

1. Der Therapiebeginn sollte mit einer intensiven Motivierung aller Beteiligten einhergehen.
2. Therapieziele vereinbaren und ein Arbeitsbündnis schaffen.
3. Dabei die Eigenheiten der Familie und ihre bisherigen Bewältigungsversuche berücksichtigen und vor allem Verständnis für die AD(H)S-Problematik wecken.
4. Kontinuierliche, behutsame, aber konsequente Führung und Unterstützung des Kindes beim Erreichen seiner sich täglich gestellten Ziele.
5. Feste Grenzen setzen, die von allen eingehalten werden sollten. Dabei in Kleinigkeiten großzügig sein, die gesetzten Grenzen aber strikt einhalten, bewusste Grenzüberschreitungen sollten Konsequenzen haben. Das Kind muss lernen ein „Nein“ zu akzeptieren, Grenzen geben dem Kind Sicherheit, wenn es das im Moment nicht so sieht.
6. Durchführung regelmäßiger Familienkonferenzen mit Auswertung und Anerkennung von Leistungen durch Zuwendung und gewähren von Privilegien, evtl. materielle Belohnung im Rahmen von Trainingsprogrammen.
7. Verbesserung der Fremd- und Selbstwahrnehmung und des Sozialverhaltens.
8. Gemeinsame Aktivitäten in der Familie zum Aufbau positiver emotionaler Beziehungen, wie sportliche Tätigkeit oder Gesellschaftsspiele, gemeinsam kochen oder backen, den Garten pflegen usw.

9. Übernahme kleiner Pflichten im familiären Rahmen, die selbstständig und ohne ständig ermahnt zu werden zu erledigen sind, dient zur Entwicklung eines Pflichtbewusstseins und der sozialen Reife.

Einen besonderen Schwerpunkt der verhaltenstherapeutischen Begleitung ist die Vermittlung von Strategien zum sozial angepassten Umgang mit Wut und Enttäuschung, was durch die für AD(H)S typische Impulssteuerschwäche erschwert wird. Folgende Strategien haben sich hierbei in der Praxis bewährt:

Therapeutische Strategien zum Aggressionsabbau

1. Einüben motorischer Ruhe, Ruhesuggestion und Entspannungstechniken erlernen.
2. Bei Erregung eine Auszeit nehmen um sich zu beruhigen. Dazu den Raum kurzzeitig verlassen dürfen, um seine Gefühle differenzierter wahrnehmen zu können, sich zu beruhigen, Empfindungen zu hinterfragen und auf Realität überprüfen.
3. Feste Absprachen in der Familie dazu treffen und es am besten den Kindern vorleben. Sich bei Erregung zurückziehen, z. B. in sein Zimmer gehen zu dürfen. Das ist kein Ausweichen, sondern bei AD(H)S-Betroffenen ein wichtiger Maßnahme.
4. Wut und Aggressionen abreagieren, nicht in sich hineinfressen oder verdrängen, sondern mit Alternativerhalten sozial angepasst, nach vorher besprochenem Schema abreagieren dürfen, z. B. Trampolin springen, auf ein Kissen schlagen, gegen eine eingerollte Matratze treten, in den Garten gehen, Musik hören usw.
5. Verbal sein Gefühl der Verletzung besprechen lernen, was hat mich gestört? Wie kann das geändert werden?
6. Sich selbst befehlen: „Ruhig bleiben, nicht aufregen, genau anhören, Konflikte vermeiden.“
7. Angemessene Reaktion der Umgebung, keine Moralpredigten oder Abwertungen, nichts schon lange Vergangenes immer wieder vorholen. Unter Stress gerät der im Stirnhirn gelegene Supervisor (Kontrolleur) unseres Verhaltens bei AD(H)S-Betroffenen außer Kontrolle. Streit abrechnen, auseinander gehen, später darüber sprechen.

Kinder mit AD(H)S brauchen „action“, sie provozieren gern um zu streiten. Denn beim Streit und beim Diskutieren können sie ihre Gedanken ausrichten, was sie als angenehm empfinden, sie selbst leiden bei Streit weniger als die anderen.

Auch bei Vorschulkindern mit einem ADHS empfiehlt sich oft schon vor der Einschulung die Durchführung eines Verhaltens- und Lerntherapieprogramms, um sie schulfähig zu machen, damit die Schule nicht zum Trauma wird.

Schulfähig sein, bedeutet gruppenfähig zu sein, was einen entsprechenden Entwicklungsstand sowohl in der Motorik, im Sozialverhalten als auch in der Lernfähigkeit voraussetzt.

Beispiel eines Therapieprogramms für Vorschulkinder mit ausgeprägtem AD(H)S:

1. Anforderungen an das häusliche Milieu: fest strukturierter Tagesablauf, ruhige Gelassenheit der Eltern, Reize reduzieren, Radio und Fernseher nicht stundenlang laufen lassen. Nicht herum schreien, keine unüberlegten spontanen Beschimpfungen oder Strafen. Konsequenter, aber liebevoller und verständnisvoller Erziehungsstil mit festen Grenzen und Großzügigkeit bei Kleinigkeiten. Dem Kind immer wieder sagen und es ihm spüren lassen: „Ich helfe Dir, wir schaffen das, Du kannst das, ich bin stolz auf dich.“ Das sind Sätze, die jedem Kind gut tun, wenn sie nicht nur Worte sind. Aber trotzdem hat Mama zu bestimmen: „Was Mama sagt, wird gemacht und wenn erforderlich gleich!“
2. Von Anfang an auf Ordnung und Selbständigkeit achten. Frühzeitig lebenspraktische Fähigkeiten vermitteln und einfordern, wie Selbständigkeit, Ordnung, sich allein anzuziehen, regelmäßig seine Zähne putzen, sein Zimmer in Ordnung halten. Auch angepasstes Sozialverhalten lehren, auf Kinder zugehen können und sich angemessen wehren lernen. Einhalten von Absprachen und Übernahme kleiner Pflichten. Verwöhnen verzögert die Entwicklung zur Selbständigkeit und bahnt den Weg für die Entwicklung eines egoistischen Tyrannen, der ohne eigene Anstrengung alles fordert.
3. Freies und gelenktes Spielen mit Training der Wahrnehmung, der emotionalen Steuerung, angepasstes Reagieren und Abwarten lernen. Wichtig sind Rollenspiele, wie Schule, Arztbesuch, Kaufladen, Kaspertheater, sich verkleiden. Zur Vermeidung von Reizüberflutung bauen sich Kinder gern in der Wohnung mit Decken und Möbelstücke Höhlen.
4. Regelmäßige Spielstunde am Nachmittag allein mit der Mutter oder dem Vater mit gelenkter und befristeter Beschäftigung zum Training der Konzentration, der Fein-, Grob- und Visuomotorik. Das dient der spielerischen Vorbereitung auf die späteren Schulaufgaben, dabei sollte ein angefangenes Spiel immer beendet werden.
5. Leistungsanforderungen mit steigenden Schwierigkeiten und Zeitbegrenzung zum Erlangen altersentsprechender Fähigkeiten, wenn nötig auch Sprachtraining. Alles unter Berücksichtigung individueller Leistungsgrenzen, damit das Kind Erfolge hat und spürt, dass anstrengen sich lohnt und dafür Lob ertet.

6. Anleitung der Eltern zum kreativen Spielen mit ihren Kindern mit reichlich Bewegung, sportlichen Elementen und sozialen Kontakten, denn Liebe allein reicht nicht.

Eine große Bedeutung hat die Frühdiagnostik als Voraussetzung für eine gezielte Frühförderung bei allen Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung und bei motorischen Defiziten

Warum sind Erziehung, Coaching, Lern- und Verhaltenstherapie beim Kind mit einem AD(H)S so wichtig?

- Um den Kindern die Entwicklung eines guten Selbstwertgefühls zu ermöglichen. Denn die beste Förderung und eine noch so professionelle Verhaltenstherapie reichen nicht aus, wenn das Kind in seinen Leistungen und in seinem Verhalten unter seinen von ihm selbst gespürten Möglichkeiten bleibt und das Kind immer wieder erleben muss, dass alles was es tut trotz Anstrengung schlechter als erwartet ausfällt.
- Damit die Kinder altersgerechte Aufgaben zu ihrer eigenen Zufriedenheit lösen können und eine gute soziale Kompetenz entwickeln.
- Anstrengungen dürfen nicht erfolglos bleiben. Ein gleichwertiges Gruppenmitglied sein können, dass seine Wünsche sozial angepasst durchsetzen kann und mit sich und seiner Umwelt zufrieden ist.
- Zur Vermeidung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Nur Kinder, die sich psychisch stabil entwickeln können, sind es auch im Erwachsenenalter und damit den Aufgaben des Lebens besser gewachsen.

- Zur Prophylaxe einer Selbstbehandlung mit legalen und illegalen Drogen.

Bei ausgeprägter AD(H)S-Symptomatik reichen jedoch die beste Erziehung, die beste Förderung und die beste Verhaltenstherapie allein nicht aus. Dann müssen erst durch Gabe von Medikamenten, wie Methylphenidat oder Atomoxetin die neurobiologisch bedingten Defizite ausgeglichen und beseitigt werden, damit Erziehung, Förderung und Therapie greifen können. Denn der Entwicklungsverlauf in der Kindheit entscheidet nicht nur beim AD(H)S darüber, ob man im Erwachsenenalter psychisch stabil und somit psychisch belastbar ist.

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation bedeutet gesund sein „ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten.“

Da sich das AD(H)S in jedem Fall vererbt, können die Eltern oder Geschwister auch betroffen sein, was Erziehung, Coaching, Lern- und Verhaltenstherapie wesentlich erschweren oder gar erfolglos machen kann. Oft müssen Eltern und Geschwister mitbehandelt werden, damit die Therapie des Kindes erfolgreich ist und es nicht ein Leben lang unter seiner AD(H)S-Problematik leidet, sondern von den positiven Seiten des AD(H)S profitieren kann. ■

**) aus Helga Simchen, „Verunsichert, ängstlich, aggressiv“, Verlag Kohlhammer, 2008*

In eigener Sache

10 Argumente für eine ADHS-Deutschland-Mitgliedschaft

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



ADHS und Emotionen

Aktuelle Forschungsergebnisse deuten auf einen direkten Zusammenhang zwischen den ADHS-Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sowie Problemen mit der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung. Diese Befunde unterstützen die Erfahrung sowohl von Therapeuten als auch der Betroffenen selbst. Aus diesem Grunde fokussieren neuere Therapieansätze auch die Verbesserung des Umgangs mit Emotionen.

Es ist interessant, dass dieser Zusammenhang von ADHS und Emotionen noch 1971 von Wender in seiner Beschreibung der damals sogenannten minimalen cerebralen Dysfunktion mit Problemen des Verhaltens, der Persönlichkeit und emotionalen Symptomen durchaus bekannt war. Trotzdem beschränkte sich das amerikanische Diagnosesystem DSM III 1980 auf die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Die Wender-Utah-Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter (1981) beschreiben neben Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität/Ruhelosigkeit, Desorganisation und Impulsivität drei Bereiche, die mit Gefühlen im weitesten Sinne zusammenhängen: Temperament, Affektlabilität und emotionale Überreagibilität. Wie bekannt, hat sich auch in den späteren Diagnosesystemen ICD 10 und DSM IV nichts daran geändert, nur die Kernsymptome des ADHS für die Diagnosestellung zu werten.

Die Behandlung mit Stimulantien verbessert häufig die Emotionswahrnehmung und -verarbeitung. Dieses Problemfeld ist aber auch sehr gut einer psychotherapeutischen Intervention zugänglich, und davon soll dieser Artikel handeln. Der erste Teil stellt den theoretischen Überbau des Themas Emotionen mit Schwerpunkt auf die Besonderheiten bei ADHS vor, während der zweite Teil des Artikels eine kurze Einführung in das praktische Vorgehen zum besseren Umgang mit diesen Emotionen ist.

Silke Groß-Lesch, Ärztin, ADHS-Ambulanz, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universität Würzburg, Mutter von vier ADHS-Kindern

Gross_S1@klinik.uni-wuerzburg.de



Silke Groß-Lesch

Was sind Emotionen?

Diese Frage ist nicht so einfach wie sie klingt. Eine Definition beschreibt eine Emotion als „Erlebenszustand, der aus bestimmten Bewertungen resultiert und dem bestimmte Handlungen folgen“ (Bernard Weiner). Diese Definition geht über den Begriff eines „Gefühls“, wie z.B. Angst, Wut, Trauer etc. hinaus, indem sie die Emotion in einen größeren Kontext menschlichen Verhaltens einordnet. Es gibt zahlreiche mehr oder weniger ähnliche Definitionen, ich verwende in diesem Artikel die beiden Begriffe synonym. Emotionen sind im Laufe der Evolution entstanden, um uns Menschen zu helfen, unsere Grundbedürfnisse zu schützen und unsere Ziele zu erreichen. In diesem Sinne sind sie automatisierte oder erlernte Reaktionen auf innere und äußere Reize. Emotionen haben immer ein Ziel, eine Aufgabe. Sie kommen und gehen meist rasch, besonders im Vergleich zu Stimmungen, die meist länger anhalten. Sie führen dazu, dass wir uns lebendig fühlen. Sie geben uns Informationen über andere und anderen Informationen über uns. Und - ganz wichtig - Emotionen drängen uns zu bestimmten, automatisierten oder erlernten Handlungen.

In diesem Zusammenhang muss man sich verdeutlichen, dass wir Menschen uns biologisch gesehen seit Jahrtau-

senden kaum mehr verändert haben. Die Emotionen als Reaktionsmuster haben sich in einer Zeit entwickelt, als der Mensch im wahrsten Sinne des Wortes um das Überleben kämpfen musste, als das Grundbedürfnis Stilling von Hunger und die Sicherung der Aufzucht des Nachwuchses war. Diese Sicht impliziert, dass die Emotionen in unserer heutigen Zeit nicht immer Verhaltensprogramme in Gang setzen, die unseren heutigen Bedürfnissen entsprechen. Dies kann man sich gut verdeutlichen, wenn man sich die Situation eines Steinzeitmenschen vorstellt, der plötzlich einem Tiger gegenübersteht. Das Gefühl, das dabei entsteht, ist Angst, und dieses Gefühl setzt dann das Verhaltensmuster „Flucht“ in Gang.

Emotionen werden in einem entwicklungsgeschichtlich älteren Teil unseres Gehirns, im sogenannten limbischen System, wahrgenommen. Besonders wichtig ist hier der sogenannte Mandelkern, die Amygdala. Dieser Mandelkern „scannt“ ununterbrochen, ob eine Situation primär „gefährlich“ oder „emotional“ ist. Wenn die Antwort „ja“ lautet, werden sofort Signale an andere Hirnbereiche weitergeleitet, die dann entsprechend eine Kaskade von Reaktionen in Gang setzen. Diese Bewertung erfolgt blitzschnell. Das kennen ADHS-Betroffene nur zu gut: Das schlagartige „Kippen“ der Gefühle, das sich der bewussten Wahrnehmung und noch viel mehr der willentlichen Steuerung völlig entzieht. Es ist im Gesamtbild der Funktion der Emotionen verständlich, dass dieser Bewertungsprozess so schnell stattfinden muss, geht es dabei - wie bei den Tieren - ums pure Überleben. Genauso rasend schnell wird auch das Verhaltensprogramm in Gang gesetzt. Der Gehirnbereich, in dem das abläuft, heißt vereinfacht auch Reptiliengehirn.

Wir sind aber keine Lurche mehr: Wir Menschen unterscheiden uns durch die Größe des Gehirns sogar von den nicht-menschlichen Primaten. Ein Bereich des Großhirns kann helfen, die Verhaltenssteuerung bewusst zu beeinflussen. Hier ist die Rede vom Präfrontalkortex, der u.a. für die sogenannten exekutiven Funktionen zuständig ist. Selbstverständlich wissen wir alle, dass bei von ADHS-Betroffenen dieser Steuerungsbereich anders arbeitet als bei Nichtbetroffenen. Aus dieser „Fehlfunktion“ entstehen einige der typischen ADHS-spezifischen Probleme. Trotzdem können ADHS-Betroffene lernen, ihren Verhaltenssteuerungsbereich besser, effektiver einzusetzen.

Therapeutische Ansätze

Die (kognitiv gestützte) Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Verhalten in einem gewissen Ausmaß erlernt wurde und ungünstiges Verhalten verändert oder umprogrammiert werden kann. Deshalb setzt die Verhaltenstherapie auf der Seite der Verhaltensänderung an. Viele Patienten haben gute Erfahrungen mit verhaltenstherapeutischen Methoden gemacht. Häufig gibt es aber Pro-

bleme, das veränderte, „bessere“ Verhalten über einen längeren Zeitraum durchzuführen. In der Therapiestunde klappt es, das Umsetzen zu Hause ist schwierig. Der Erfolg stellt sich nicht so schnell ein, so gibt es Probleme mit dem Durchhalten. Der Kopf weiß schon, was man machen sollte, aber irgendwie funkt etwas dazwischen, das es einem unmöglich macht, das Neu-Erlernte umzusetzen. Die Eltern von ADHS-Kindern machen immer wieder die Erfahrung, dass die Kinder in einer entspannten Situation genau erklären können, wie sie sich verhalten sollten, sie bekommen es aber im entscheidenden Moment nicht hin. Dasselbe berichten die Erwachsenen, die „vom Kopf her“ wissen, was jetzt richtig wäre, aber dieses Wissen nicht anwenden können. Dieser Artikel handelt vom Umgang mit Gefühlen. Gibt es da vielleicht Ansätze, die dauerhaft helfen können, das Verhalten und daraus folgend das Befinden verbessern zu können?

Besonderheiten bei ADHS

Viele ADHS-Betroffene berichten, sie hätten gar keine Gefühle, während andere deutlich darunter leiden, zu viele Gefühle zu haben. Beiden Gruppen gemeinsam ist, dass sie immer wieder in Situationen geraten, in denen ihnen die Fähigkeit, über diese Situation selbst zu bestimmen, also „kopfgesteuert“ zu handeln, mehr oder weniger abhanden kommt. Man könnte überspitzt sagen, das „Reptiliengehirn“ als Sitz der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung des ADHS-Betroffenen hat die Übermacht. Bei dem ausgeprägten Bedürfnis nach Selbstbestimmung des ADHS-Betroffenen ist nachzuvollziehen, dass dies eine Situation ist, die auf jeden Fall zu vermeiden wäre, wenn man nur wüsste, wie.

Bei beiden Gruppen kann man erkennen, dass Verhaltensmuster vorhanden sind, die von ihnen selbst oder der Umgebung als schwierig und unvorteilhaft wahrgenommen werden. Häufig bekommen die Betroffenen nur durch die (aus ihrer persönlichen Sicht) unverständliche Reaktion der Umwelt eine Rückmeldung, dass hier irgendetwas schief läuft. Oder die Betroffenen merken plötzlich, dass sie „an der Decke hängen“, haben aber keinen persönlichen Zugang, was jetzt mit ihnen passiert ist. Viele berichten auch, dass sie alle Kraft auf sich nehmen, um die vorhandenen Gefühle unter Kontrolle zu halten, was die Verhaltenssteuerung deutlich beeinträchtigt und auf Dauer bis zur völligen Erschöpfung führen kann.

Aus dem bisher Dargelegten lässt sich ableiten, warum ein therapeutischer Ansatz, der seinen Schwerpunkt auf die Verhaltensänderung legt, zu kurz greifen muss. Der therapeutische Zugang über die Emotionswahrnehmung ermöglicht dagegen, deutlich flexiblere Verhaltensweisen zur Verfügung zu haben und dann gezielt aus diesen auszuwählen. Es ist sehr wichtig, ADHS nicht nur unter dem Begriff einer „Störung“ zu verstehen. ADHS-typisches Verhalten kann durchaus überlebenswichtig sein. Hier

verweise ich gerne auf das Modell von Thom Hartmann vom Jäger und den Bauern. ADHS-spezifisches Verhalten hat der Menschheit das Überleben erst ermöglicht! Ohne ADHS wären wir vom Tiger gefressen worden, wir wären verhungert, weil wir beim durch die Steppe laufen nicht schnell genug reagiert hätten, wenn das Beutetier vor uns zu hören war, und wir hätten uns nie aufgemacht, die Gegend um uns herum zu erkunden. Die oben beschriebene sehr schnelle, im Wortsinn impulsive Verhaltensreaktion auf eine emotionale Wahrnehmung kann durchaus auch sehr positiv bewertet werden. Aus diesem Verhalten heraus entsteht dann das Engagement, das sehr viele ADHS-Betroffene auszeichnet, und von dem nicht zuletzt Selbsthilfegruppen leben!

Mein therapeutischer Ansatz beginnt bei der Emotionswahrnehmung, und es wird erst viel später - wenn überhaupt - um Veränderung, sei es von Emotionen oder von Verhalten, gehen. Es fällt vielen Patienten schwer, sich dem Thema „Gefühle“ zu nähern, noch dazu in einer Therapiestunde. Häufig bekomme ich zu hören, „ich habe keine Gefühle, ich kann das gar nicht“. Bei den meisten steht unausgesprochen eine Art Sorge im Raum, dass es „gefährlich“ sei, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, man traue sich nicht aus Angst, die Situation nicht mehr kontrollieren zu können. Vielleicht steht auch ein überholtes Konzept hinter dieser Sorge, dass man Gefühle unterdrücken muss, häufig mit dem psychodynamischen Begriff „Verdrängung“ beschrieben.

Man entwickelt selbstverständlich im Leben Strategien, Gefühle wegzuschieben, sich nicht damit zu beschäftigen. Dies kann durchaus eine sinnvolle Strategie sein, und ich halte es für sehr wichtig, dass jeder frei für sich entscheiden darf, ob er sich mit dem Thema Emotion beschäftigen will oder nicht. Auch die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt ist sinnvoll, und auch hier sollte jeder für sich feststellen, ob der jetzige Zeitpunkt stimmt. Alternative Konzepte fordern das völlige Ausagieren von Gefühlen, man soll ihnen freien Lauf lassen. Auch dies entspricht nicht meinem Ansatz. Im zweiten Teil des Artikels, beim Umgang mit Emotionen, werde ich näher darauf eingehen. Die Ängste, sich dem Thema Emotionen zu nähern, beruhen häufig darauf, dass es sich meist um unangenehme Gefühle, also negative Emotionen dreht. Wenn jemand glücklich, froh, voller Liebe ist, wird er kaum therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Der Umgang mit Gefühlen ist bei ADHS-Betroffenen nicht prinzipiell anders als bei Nicht-Betroffenen, er ist nur durch das spezifische strukturelle und funktionelle Anderssein des Gehirns möglicherweise erschwert. Trotzdem bin ich der Meinung, dass durch die ADHS-Symptome bestimmte Verhaltensmuster bevorzugt werden, und auch bestimmte Gefühle von ADHS-Betroffenen als besonders

unangenehm erlebt werden. Bevor ich einzelne Gefühle in Bezug auf ADHS näher erläutern will, folgt erst eine Darstellung dieser **speziellen Verhaltensmuster**. Wichtig ist mir hierbei die Feststellung, dass dieses Verhalten nicht grundsätzlich falsch oder schlecht ist. Den ADHS-Betroffenen fehlen nur häufig Verhaltensalternativen, um in verschiedenen Situationen flexibler zu handeln.

Wenn man Gefühle bemerkt, und dies gilt besonders bei negativen, unangenehmen Gefühlen, will man, dass dieses Gefühl so schnell wie irgendwie möglich verschwindet. In dem Bild vom Steinzeitmenschen und dem Tiger: Das Gefühl der Angst verschwindet, wenn ich weglaufe. Dieses „Weglaufen“ ist eine aktive, selbstbestimmte Handlung. Diese Methode „aktiv an die Sache herangehen“ haben viele ADHS-Betroffene über lange Jahre perfektioniert. Sie versuchen, die Situation, in der dieses Gefühl auftritt, zu verändern. Das ist oft die Triebfeder, sich für eine Sache einzusetzen. ADHS-Betroffene sind häufig sehr sensibel in der Wahrnehmung insbesondere von Ungerechtigkeiten, auch und gerade anderen gegenüber. Die bekannte motorische Hyperaktivität und die erhöhte Impulsivität unterstützen geradezu das Verhalten, sich einzusetzen, die als unangenehm bewertete Situation zu verbessern. Dieses Verhalten wird dann häufig dadurch verstärkt, dass man vom Gegenüber für das „ich mach' das schon“ eine positive Rückmeldung erfährt. Bestenfalls wird man angelächelt oder sogar gelobt - die vorher als unangenehm wahrgenommene Situation hat sich in eine angenehme verwandelt. Man erlebt demnach, dass ein Verhalten, das durch die Veranlagung ADHS verstärkt wird, positive Konsequenzen hat, und deshalb wird man immer wieder dieses Verhalten anwenden.

Es gibt aber leider auch eine andere Seite dieses Verhaltensmusters. Zum einen kann dies zu einer chronischen Überforderung führen, und viele ADHS-Betroffene kennen die Schwierigkeiten, „nein“ zu sagen nur zu gut. Leider werden auch ADHS-Betroffene nicht jünger, und mit der Zunahme der Anforderungen, z.B. durch eine Familie und Beruf, können die vielen kleinen und größeren Gefälligkeiten, Zusatzjobs und sozialen Engagements nicht mehr in dem Maße wie früher erledigt werden. Viele ADHS-Betroffene haben einen sehr hohen Anspruch an sich selbst, und setzen sich deshalb über einen langen Zeitraum bis zur völligen Erschöpfung selbst unter Druck. So entsteht ein negativer Teufelskreis, der mit sehr negativen Gefühlen einhergeht.

Und dann gibt es im Leben Situationen, in denen die Gefühle so stark im Vordergrund stehen, dass diese Strategie „ich handele, damit das Gefühl weggeht“ nicht (mehr) funktioniert. Manche Situationen kann man nicht, noch dazu möglichst schnell und möglichst perfekt, ver-

bessern. Da aber der ADHS-Betroffene vor allem über die Strategie verfügt, zu versuchen, die Situation zu verändern, ist nachzuvollziehen, dass dieses vergebliche Bemühen dazu führt, dass immer mehr negative Gefühle entstehen, häufig auch im Umfeld.

Wahrnehmung von Emotionen

Die oben genannte Definition von Emotion hat diese als „Erlebenszustand“ beschrieben, der auf bestimmten Bewertungen beruht. Dieser „Erlebenszustand“ entspricht der **subjektiven Ebene** des Gefühls, während die Bewertungen die zweite, **kognitive Ebene** eines Gefühls darstellt. Auf der dritten, **physiologischen Ebene** werden körperliche Vorgänge und Stoffwechselreaktionen beschrieben. Die vierte, **motorische Ebene** bezieht sich auf die in der Definition erwähnten Handlungen und zeigt sich in dem auf eine Emotion folgenden motorischen Verhalten. Die Darstellung dieser vier Ebenen einer Emotion ermöglicht es, sich diesem erstmal so schwer zu fassenden Thema zu nähern.

Beginnen möchte ich die Darstellung mit der **subjektiven Ebene** der Emotionen. Dazu ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass Gefühle subjektiv im wahrsten Sinne des Wortes sind und sein dürfen. Es gibt auf dieser Ebene kein „richtig“ oder „falsch“, niemand kann mir vorschreiben, wie und was ich fühlen darf. Gefühle sind wahr, und ich muss mich nicht rechtfertigen, ein bestimmtes Gefühl zu haben.

Viele ADHS-Betroffene haben erhebliche Schwierigkeiten, Gefühle differenziert wahrzunehmen. Oft bemerken sie schon, dass da „auf der emotionalen Seite etwas passiert“, es ist aber sehr unbestimmt, nicht fassbar. Auch in der Literatur wird die genaue Unterscheidung Emotion/ Gefühl nicht einheitlich gehandhabt, und ich verwende die Begriffe synonym. Übereinstimmung herrscht zumindest dahingehend, dass Gefühle auf der ganzen Welt und in jeder Kultur vorkommen. Dazu gibt es dann verschiedene Einteilungen von Grundemotionen. Diese kann man weiter unterteilen, um sie so noch genauer, differenzierter wahrzunehmen. Die folgende Liste kann dabei helfen.

- Panik - Angst - Schiss - Bammel - Besorgnis
- Trauer - Kummer - Mitleid - Enttäuschung - Bedauern
- Scham - Geniertheit
- Glück - Freude - Zufriedenheit
- Liebe - Zuneigung - Sympathie
- Verzweiflung - Niedergeschlagenheit - Bedrücktheit
- Hass - Antipathie - Abneigung
- Wut - Ärger - Genervtheit - Unzufriedenheit

Auf der linken Seite steht jeweils das „Maximalgefühl“, je weiter man nach rechts geht, desto weniger stark dürfte das Gefühl wahrgenommen werden. Schon diese eher for-

male, vom Kopf gesteuerte Beschäftigung mit der Sortierung und Intensität, welches Gefühl das jetzt gerade ist, das ich spüre, kann schon dazu führen, dass man sich als kompetent und handlungsfähiger erlebt.

Gibt es „**spezifische ADHS-Gefühle**“? Ich würde diese Frage mit Ja beantworten. Viele ADHS-Betroffene erleben „Langeweile“ als sehr unangenehmes Gefühl, oder ist Langeweile die Abwesenheit von Gefühlen? Manche Betroffene beschreiben auch eine Art von unspezifischem „Druckgefühl“. Ich würde auch Hunger als Gefühl zulassen, und zwar sowohl Hunger nach Nahrung als auch als Suche nach etwas Spannenden, einem „Kick“. In dieser Liste fehlt auch das Gefühl der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins im Sinne eines Kontrollverlustes, und das ist meines Erachtens das Wichtigste aller Gefühle, das ein ADHS-Betroffener vermeiden möchte.

Das Gefühl der **Enttäuschung** eignet sich als Einstieg in das subjektive Empfinden von Gefühlen sehr gut. Es ist für viele ADHS-Betroffene sehr überraschend und oft erschreckend, wie häufig sie diese Enttäuschung im Alltag erleben, ohne sich dessen bewusst zu sein. Gerade die Enttäuschung führt zu diesem extrem raschen Kippen der Stimmung- eben war doch alles noch gut, und jetzt ist irgendetwas passiert und die Stimmung ist im Keller. Für viele ADHS-Betroffene ist das der Super-GAU - „etwas“ passiert und sie haben keinen Zugang dazu, sie können es nicht beeinflussen, sind hilflos ausgeliefert. Dieses Gefühl der chronischen Enttäuschung kann sich schon in der frühen Kindheit entwickeln. ADHS-Kinder erleben leider immer noch zu häufig, dass sie scheitern. Trotz Anstrengung, obwohl sie fleißig gelernt haben, klappt die Probearbeit nicht wie gewünscht. Sie sind schusselig, ecken an, Dinge gehen zu Bruch, obwohl sie sich doch so große Mühe geben. Die Umwelt reagiert gleichgültig- herablassend bis vorwurfsvoll. Auf diese Weise entsteht eine Art von situativem Gefühlsgedächtnis, das immer wieder reaktiviert wird.

Manche Menschen können eine Art bildliche Vorstellung eines Gefühls spüren - sich mit diesem Bild zu beschäftigen, es z.B. zu beschreiben, wäre eine andere Möglichkeit der Emotionswahrnehmung. Die Angst vor einer Prüfung fühlt sich an wie ein Strick um den Hals, der sich immer mehr zuzieht. Der Stress des vergangenen Jahres im Referendariat ist wie eine große, schwere Kugel, die auf dem Schreibtisch zuviel Platz einnimmt.

Dieses Gefühl der Enttäuschung ermöglicht, die **zweite, kognitive Ebene** der Emotionen, die Ebene der **Gedanken und Bewertungen** zu erläutern. Um enttäuscht zu werden, muss ich vorher eine gedankliche Vorstellung, wie etwas sein sollte, haben. Diese Vorstellung wurde aber aus Gründen, die ich nicht weiß und leider auch nicht beeinflussen konnte, nicht erfüllt, und das daraus folgende Gefühl ist dann dieser emotionale Absturz, die Enttäu-

schung. Meines Erachtens gibt es Gründe, warum gerade ADHS-Betroffene auch als Erwachsene dieses Gefühl der Enttäuschung so übermäßig oft erleben. Bedingt durch die ADHS -Kernsymptome erleben viele die Umwelt als chaotisch, ungeordnet, schwer zu verstehen. Viele Betroffene entwickeln deshalb eine Strategie, um das Chaos in den Griff zu bekommen - sie versuchen, alles um sich herum zu kontrollieren, zu bestimmen, im Griff zu haben. Es gibt durchaus gut strukturierte ADHS-Betroffene, die sowohl im Alltag als auch im Beruf problemlos zurechtkommen. Diese Menschen versuchen, alles perfekt durchzuplanen. Problematisch kann dieses Verhalten werden, wenn unvorhergesehene Dinge passieren, die den sorgfältig ausgearbeiteten Plan durcheinander wirbeln, oder wenn sich die Umgebung - absichtlich oder aus Versehen - nicht an den Plan hält. Die ADHS-Betroffenen haben Erwartungen an ihre Umgebung - das Problem ist nur, dass Erwartungen, im Gegensatz z.B. zu Bitten oder Forderungen, gerade nicht ausgesprochen, kommuniziert werden. Leider können die Gegenüber eines ADHS-Betroffenen nicht Gedankenlesen, und sie müssen es auch nicht.

Auf der kognitiven Ebene werden Bewertungen vorgenommen, wie man eine Situation einschätzt. Hier geht es um die Fragen „gut oder schlecht“, „richtig oder falsch“. Bewertungen sind im Laufe eines Lebens entstanden, sie wurden erlernt. Eltern vermitteln ihren Kindern bestimmte Wertvorstellungen, Menschen machen Erfahrungen. Einen ganz wesentlichen Anteil an diesen Bewertungen haben Erinnerungen an frühere Situationen, die häufig negativ erlebt wurden. Viele ADHS-Betroffene sind in der Lage, ihre ganz spezifischen Auslöser solcher Alterinnerungen zu benennen, die dann blitzschnell zu genau dem gleichen, schrecklichen, alten Gefühl führen. Diese spezifischen Auslöser können sehr unterschiedlich sein. Häufig handelt es sich um Gerüche, und es gibt mittlerweile Untersuchungen, dass ADHS-Kinder deutlich besser riechen können als Kinder ohne ADHS. Die Verarbeitung von Gerüchen im Gehirn geht sehr schnell und direkt und findet auch in Bereichen statt, die mit Emotionsverarbeitung zu tun haben.

Auslöser können bestimmte Worte oder auch Tonlagen sein. Besonders ADHS-Jugendliche wissen genau, welche Wörter und Stimmhöhen der Mütter oder Väter überhaupt „nicht gehen“. Auch Geräusche oder bildliche Vorstellungen werden in diesem Zusammenhang erwähnt. Es ist hilfreich, sich mit seinen persönlichen Auslösern, einer „Negativliste“, zu beschäftigen. Dadurch schlägt man zwei Fliegen mit einer Klappe: Man lernt sich selbst besser kennen und bekommt dadurch einen Zugang, warum die Stimmung so schlagartig abgekippt ist. Das eröffnet im nächsten Schritt die Möglichkeit, in Zukunft flexibler, bestimmter mit dieser Situation umzugehen. Es ist nicht „die Stimmung, die kippt“, sondern es hat etwas mit mir persönlich, mit meinen Wahrnehmungen und Bewertungen zu tun. Dieses Bewusstsein verändert das Gefühl der

Hilflosigkeit, das sich ganz häufig sekundär aus dem Gefühl der Enttäuschung entwickelt.

Ein weiterer spezifischer Auslöser für das Kippen der Emotionen ist häufig die Mimik des Gegenübers. Eine hochgezogene Augenbraue, ein Naserümpfen oder ein schiefer Blick können schon reichen, um bei einem ADHS-Betroffenen einen Gefühlsabsturz zu bewirken. Gerade Kinder sind hier oft besonders empfindsam, und innerhalb einer Zehntelsekunde wird darüber entschieden, ob ein Gegenüber akzeptiert wird oder eine Situation zu eskalieren droht. Die „Gefühlsereinerungen“ aus der Kindheit gehören in diese Kategorie der Auslöser und erklären die besondere Sensitivität vieler erwachsener ADHS-Betroffener in Situationen, die für einen außen stehenden Betrachter nicht „emotional“ sind.

Auf der **kognitiven Ebene** werden auch **Denkschwierigkeiten**, z.B. erhöhte Ablenkbarkeit und Konzentrationschwierigkeiten, Verlust von Objektivität oder der Kontrolle über die eigenen Gedanken beschrieben. Auch die Wahrnehmung kann sich verändern, Objekte erscheinen unscharf, unwirklich, die Aufmerksamkeit ist nur auf sich selbst gerichtet oder man nimmt alles übergenau wahr. Das Denken wird insgesamt als eingeeengt, verändert, schwerfällig erlebt. Viele ADHS-Betroffene beschreiben aus einem simplen, aber unangenehmen Gedanken heraus eine sich selbst entwickelnde Spirale katastrophisierender Gedanken, aus der es kein Entrinnen mehr gibt, man kommt von einem Gedanken in den nächsten, bis am Ende alles ganz schwarz und furchtbar ist. Häufig wird dieses Verhalten als Panikattacke missinterpretiert. Die Betroffenen können bei genauem Fragen sehr differenziert dieses „sich hineinsteigern“ beschreiben, während eine Panikattacke urplötzlich mit schwerer Angst beginnt. Unterstützt wird dieses Verhalten durch die Neigung zahlreicher ADHS-Betroffener, alle Dinge nur nach absoluten Schwarz-Weiß-Maßstäben zu bewerten, schon die bloße Vorstellung von Grau-Tönen zwischen den Extremen wird sehr negativ und unangenehm erlebt.

Häufig wechseln sich Gefühle miteinander ab oder überlagern sich oder es gibt zwei Gegengefühle, die im Wettstreit miteinander stehen. Es ist sehr wichtig, diese einzelnen Gefühle getrennt wahrzunehmen! Das Gefühl Wut/Ärger ist häufig mit Angst oder auch Trauer verbunden, oder das Schuld- oder Schamgefühl sitzt „über“ einem tieferen Gefühl. Speziell bei ADHS-Betroffenen ist das Zweitgefühl sehr häufig das der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins, und das vorausgegangene Gefühl, z.B. das Gefühl der Enttäuschung, des Kippens oder Absturzes, wird in diesem Moment leider nicht bewusst wahrgenommen. Aus der getrennten Wahrnehmung heraus ergeben sich verschiedene Ansätze, besser mit den Gefühlen umzugehen.

Auf der **dritten, physiologischen Ebene** findet die körperliche Wahrnehmung der Gefühle statt. Vermittelt werden diese körperlichen Vorgänge durch verschiedene Transmitter, z.B. Adrenalin als dem Stresshormon. Dies werde ich nicht weiter ausführen, sondern mich auf die körperlichen Symptome beschränken.

Unsere Sprache kennt zahlreiche, sehr treffende Beschreibungen von Emotionswahrnehmungen: Das Herz rutscht einem in die Hose. Etwas schlägt einem auf den Magen, oder man hat Schmetterlinge im Bauch.

Bei manchen Menschen wird bei Angst der Hals eng, sie bekommen schlecht Luft, die Hände werden feucht oder kalt.

Angst kann körperlich als Anspannung, Zittern und Beben, als Ruhelosigkeit gespürt werden, bei anderen als Müdigkeit, Erschöpfung oder Konzentrationsstörung. Bei einigen Menschen führt Angst zu Herzklopfen, einem Kloß im Hals, Harndrang, Schwitzen oder Frieren oder auch zu Magen-Darm-Beschwerden. Angst fühlt sich anders an als Trauer, Ekel als Scham, Freude als Wut.

Diese körperlichen Symptome der Emotionen stehen in einem engen Zusammenhang zur **vierten, motorischen Ebene**. Bei der Definition von Emotion wurde eine aus dem Gefühl kommende Handlung mitbeschrieben. Das bedeutet, dass ein Gefühl einen individuellen, aber durchaus spezifischen Handlungsimpuls nach sich zieht. Viele beschreiben den Handlungsimpuls von Angst als eine Art Lähmung oder Starre, man möchte sich im nächsten Mauselloch verkriechen, die Decke über den Kopf ziehen. Wut oder Ärger lösen einen ganz anderen Handlungsimpuls aus. Viele beschreiben eine Art Kraft, die nach außen gerichtet ist, man wird aktiv, will auf den Tisch hauen, schreit das Gegenüber an. Anhand des unterschiedlichen Handlungsimpulses kann der Unterschied zwischen Wut und Ärger gut verdeutlicht werden. Evolutionsbiologisch führt die Emotion Wut dazu, in einer lebensbedrohlichen Situation gegen einen übermächtigen Gegner letzte Ressourcen zu mobilisieren. Das führt zu einer massiven Steigerung der körperlichen Kraft, einer Reduktion der Schmerzempfindlichkeit und von Angst, Schutzreflexe fallen aus. Hier geht es um alles oder nichts. Im Gegensatz dazu ist Ärger ein Gefühl, das auf eine konstruktive Veränderung hin arbeitet. Man versucht, seine Bemühungen zu intensivieren und Problemlösestrategien anzuwenden. Gerade diese Unterscheidung Wut/Ärger fällt vielen ADHS-Betroffenen sehr schwer. Viele erleben diese Emotion als extrem stark, kaum zu steuern, man ist „blind vor Wut“ oder „sieht rot“. Hieraus wird deutlich, wie wichtig eine frühe Wahrnehmung der Emotion ist, um noch einen kleinen Handlungsspielraum zu bewahren. Auch die genaue Differenzierung der einzelnen Emotionen ist extrem notwendig, da die zeitgleiche Überlagerung von Wut/Ärger und Angst/Trauer zu diametral entgegengesetzten Handlungsimpulsen führen kann. Diese Über-

lagerung wird als besonders unangenehm beschrieben, häufig als Handlungsblockade, als ein Gefühl massiver innerer Anspannung und Unruhe, eine Art Druck, sich zu bewegen, und gleichzeitig ein Gefühl der Lähmung oder Starre. Es versteht sich von selbst, dass dieser Zustand das (sekundäre) Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins verstärkt. Auf der anderen Seite wird Ärger/Wut manchmal als ein bisschen „angenehmer“, leichter zu ertragen erlebt im Vergleich zur „reinen“ Angst, weil es Energie freisetzt, es ist nach außen gerichtet, während die Angst sich gegen einen selbst wendet. Man kann das Gefühl von Ärger/Wut dann schon fast als eine Art von „Strategie“ beschreiben, das noch viel unangenehmere Gefühl der Angst oder Trauer nicht mehr spüren zu müssen. Meiner Meinung nach besteht hier ein direkter Zusammenhang zum impulsiven ADHS-Verhalten, das bei anlagebedingter „kurzer Reizleine“ sehr schnell zur unüberlegten Ausführung einer Handlung direkt aus der Emotion beiträgt. Wenn ich wütend reagiere, vermeide ich, ein anderes, noch unangenehmeres Gefühl zu spüren. Diese Strategie kann kurzfristig angenehmer sein, während sie als langfristige Strategie im Umgang mit anderen Personen auch zu negativen Emotionen führt.

Umgang mit Emotionen

Nach der ausführlichen Übersicht über die Wahrnehmung von Emotionen steht die Frage im Raum, was man mit diesem Wissen jetzt anfangen soll? Zu Beginn des Artikels habe ich dargestellt, dass der therapeutische Ansatz „Veränderung“ speziell bei ADHS nicht immer sinnvoll ist. Mein Ansatz lässt sich mit dem Begriff der „**Akzeptanz**“ beschreiben, und erst aus dieser Akzeptanz einer Situation heraus erfolgt danach die Arbeit an der Veränderung. Der Begriff der Akzeptanz bedeutet auf keinen Fall, dass ich die Situation, so wie sie sich darstellt, für „gut“ befinde. Es geht bei diesem Begriff um eine durchaus schonungslose Beschreibung einer Situation wie sie ist. Schon das Wort Beschreibung impliziert eine **nicht bewertende Darstellung**. Es geht nicht um gut oder schlecht, sondern um das Bemühen um eine neutrale Sicht auf die Dinge, die passieren. Dorthin zu kommen ist eine Herausforderung, und es gibt Strategien, die dabei helfen können.

Die erste Antwort auf die Frage „was soll ich tun mit meinem Gefühl, das ich jetzt ein bisschen spüre“ lautet: **Innehalten!** Diese Antwort wird einen Menschen mit ADHS zum Widerspruch reizen. Vielleicht ist es hilfreich, sich das Bild der Zündschnur vorzustellen, die bei ADHS Betroffenen sehr kurz ist. Das Innehalten im Sinne von „erst einmal nichts tun“ verlängert diese Zündschnur um die entscheidenden Sekunden, die ich brauche, um selbstbestimmt zu handeln. Das Innehalten ermöglicht mir, für einen Moment die Situation mit allen Sinnen zu spüren. Dadurch verschaffe ich mir einen individuellen und persönlichen Zeit- und Steuerungsvorteil, damit ich dann

im zweiten Schritt auch Dinge verändern kann- wenn ich es will. Das „Nichtstun“ bezieht sich auf den allerersten Moment nach der Emotionswahrnehmung - das Ziel ist eine bewusste Entscheidung für eine Handlung, ein Versuch, das automatisierte Verhalten direkt aus der Emotion heraus aktiv zu beeinflussen, die Verlängerung der Zündschnur. Ich habe bis jetzt noch keinen ADHS-Betroffenen gesprochen, der nicht die Situation gekannt hat, dass der Kopf völlig abgeschaltet war aufgrund einer heftigen Gefühlswahrnehmung, das Denken als völlig blockiert beschrieben wurde. Viele ADHS-Betroffene erleben sich ganz stark im Gefühl, und beschreiben ein völliges Losgelöstsein von jeglichen rationalen Erwägungen. Auch die Eltern von ADHS-Kindern kennen das nur zu gut - im emotionalen Erregungszustand ist das Kind nicht zugänglich, die Eltern könnten genauso gut gegen die Wand sprechen. Aus dieser Beschreibung heraus leitet sich mein therapeutischer Ansatz ab. Ziel ist, die Ebene des „Denkens“ und damit rationalen Handelns so schnell wie möglich wieder mit der Ebene des Gefühls zu verbinden. Beide Bereiche zusammen ermöglichen ein besonders **„weises Handeln“**, ich bin flexibler, habe verschiedene Strategien, aus denen ich situationsadäquat auswählen kann. Diese Strategie erlaubt mir auch, auf mein Erfahrungswissen zurückzugreifen. Mir ist wichtig zu betonen, dass nicht die Ebene des Gefühls besser ist als die kognitive Ebene oder umgekehrt. Je genauer ich mich auf beiden Ebenen auskenne, desto handlungsfähiger bin ich. Für welche Ebene ich mich in einer bestimmten Situation entscheide, kann durchaus wechseln - manchmal muss ich eine „Kopfentscheidung“ treffen, obwohl das Gefühl etwas anderes möchte, manchmal muss ich die Konsequenzen einer „Gefühlsentscheidung“ auf der „Kopfebene“ mittragen. Der Satz „ich bin nicht ein Gefühl - ich habe ein Gefühl“ kann eine Hilfe sein bei dieser Arbeit an einer Veränderung meines bisherigen Umganges mit meinen Emotionen.

Die Aufteilung in die vier Ebenen ermöglicht auf jeder einzelnen Ebene, an **Veränderungen** zu arbeiten. Beginnen möchte ich mit der **motorischen Ebene**, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass dies zu Beginn am schnellsten zu sichtbaren kleinen Erfolgen führt. Dazu kommt noch, dass die ADHS-Kernsymptome der Hyperaktivität und Impulsivität ein „Innehalten“ im Sinne von „nichts tun“ sofort unterlaufen. Das bedeutet, dass ich versuchen kann, anders zu handeln als bisher. Es ist für einen impulsiven ADHS-Betroffenen praktisch nicht möglich, in einer emotional aufgeladenen Situation nicht zu widersprechen, es können Gegenstände durch die Gegend fliegen oder die Hand „rutscht aus“. Der Impuls der Emotion drängt zur körperlichen Handlung, die als massiver „Druck“ wahrgenommen wird. Deshalb empfehle ich als erstes, zu versuchen, die kritische Situation zu verlassen. Damit schlägt man zwei Fliegen mit einer Klappe: Man nimmt sich die

Möglichkeit, dem Gegenüber verbal oder direkt etwas an den Kopf zu werfen. Laufen ist eine körperliche Handlung, die den emotionalen Handlungsimpuls abschwächt. Es ist nicht sinnvoll, was früher häufig propagiert wurde, sich z.B. durch Schlagen auf ein Kissen abzureagieren. Dagegen ist es sehr hilfreich, eine durchaus banale, eher mechanische Handlung zu machen, z.B. ein Glas Wasser zu trinken oder eine Treppe hoch oder herunter zu gehen. Da der Handlungsspielraum zu Beginn so klein ist, macht es Sinn, sich vorher in einer ruhigen Minute ein paar Gedanken zu machen, was in einer spezifischen Situation einem helfen könnte. Das bedeutet Arbeit auf der **zweiten, kognitiven Ebene**. In der Situation selbst bleibt nicht viel Zeit zum Überlegen. Wenn ich aber eine Erinnerung oder Idee habe, was mir jetzt helfen könnte, erhöht es meine Chance, dies umzusetzen. Eine Art Liste mit möglichen Strategien erweitert meinen Handlungsspielraum enorm- und das ist das Ziel! Statt wie bisher wie eine Maschine nur in eine, vorbestimmte Richtung zu handeln, kann ich Alternativen ausprobieren - und verwerfen, wenn sie sich nicht als hilfreich herausstellen. Dadurch mache ich neue und vor allem bewusste, selbstbestimmte Erfahrungen.

In der Auseinandersetzung mit Kindern oder Partnern rate ich dringend, möglichst vorab zu klären, dass mein „Weglaufen“ nicht bedeutet, ich mag das Gegenüber nicht mehr oder ich laufe vor einer Auseinandersetzung davon. Kinder sind deutlich entlastet, wenn eine Mutter erklärt, dass eine Situation für beide als schwierig wahrgenommen wird und sie deshalb jetzt versuchen will, mit dieser Situation besser klarzukommen, und dass sie deshalb kurzfristig aus dem Raum geht, und dabei das frühere, für beide belastende Verhalten wertfrei benennt.

Eine weitere Möglichkeit, auf der **kognitiven Ebene** an Veränderungen zu arbeiten, ist die Auseinandersetzung mit meinen **Erwartungen und Bewertungen**. Sehr viele ADHS-Betroffene sind ständig am Bewerten, wie ein Etikettierautomat, der jede Situation auf gut/schlecht oder angenehm/unangenehm scannt und dadurch das entsprechende Gefühl auslöst. Schon das sich bewusst machen dieses Prozesses der Bewertung ist ein erster Schritt zur Veränderung, weil es dann eben nicht mehr automatisch passiert, d.h. nicht von mir beeinflusst, sondern ich entscheide, ob und wie ich bewerte oder eben auch damit aufhöre - ich werde wieder handlungsfähiger und bin nicht hilflos ausgeliefert. Bewertungen haben viel mit Lerngeschichte zu tun, mit Erfahrungen aus der Kindheit, z.B. bestimmten Verhaltenstilen und Gebräuchen in der Familie. Es geht nicht darum, Bewertungen abzulehnen. Ich darf durchaus einen Standpunkt vertreten - aber je genauer ich diesen Standpunkt kenne und als meinen eigenen vertrete und mir über die Gefühle, die dadurch ausgelöst werden, bewusst bin - umso selbstbestimmter bin ich und auch besser vorbereitet, mit den

möglichen Konsequenzen meines Verhaltens umzugehen. Es macht einen großen Unterschied, ob ich versuche, eine Situation wie ein Außenstehender neutral zu beschreiben oder ob ich eine emotional gefärbte Bewertung vornehme. Ein neutrales Beschreiben ist kein Beschönigen, und eine Situation wird dadurch nicht besser oder schlechter. Hier kommt der zuvor genannte Begriff der **Akzeptanz** ins Spiel. Es geht um ein Akzeptieren so wie es ist, nicht um ein gut bzw. schlecht bewerten. Manche Situationen oder Ereignisse im Leben sind definitiv nicht gut oder angenehm, sondern traurig oder sorgenvoll. Häufig kommt zu dieser emotionalen Wahrnehmung als „Zweitgefühl“ dann Ärger dazu, oder Schuld- oder Schamgefühle, und das macht den Umgang mit einer sowieso schon schwierigen oder unangenehmen Situation definitiv nicht einfacher, sondern führt noch mehr zu einer Blockade des Denkens. Zu Beginn kann es schwierig sein, den Unterschied zwischen Bewerten und Beschreiben zu verstehen - man kann versuchen, wie ein Journalist sich ein Bild zu machen, was da gerade passiert. Ich kann mich als **neutraler Beobachter** in Gedanken auf eine höhere Position begeben, z.B. einen Stuhl, um mir einen besseren Überblick zu verschaffen. Ich kann versuchen, „in die Schuhe des Gegenübers zu steigen“, um seine Perspektive einzunehmen. Diese unterschiedlichen Strategien führen direkt zu einer **inneren Distanzierung** des eigenen Gefühls, und durch den aktiven Vorgang des neutralen Beschreibens wird automatisch mein Frontalhirn, das Steuerungszentrum, aktiviert.

Es sind häufig immer wieder die gleichen Situationen, in denen ein ADHS-Betroffener emotional „über“-reagiert. Das eröffnet eine Strategie auf der **ersten, subjektiven Ebene** für den Umgang mit einer Emotion: Ich kann versuchen, mich auf diese Emotion, die in einer speziellen, gut bekannten Situation ausgelöst wird, im Voraus einzustellen. Wenn ich das unaufgeräumte Zimmer meines pubertierenden ADS-Sohnes betrete, ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass ich genervt bin, Ärger oder Enttäuschung verspüre, weil er doch versprochen hatte, heute ganz bestimmt aufzuräumen. Diese gedankliche **„Vorwegnahme der Emotion“** ermöglicht mir ein selbstbestimmteres Handeln. Die emotionale Wahrnehmung wird bei weitem nicht als so heftig und unvorhergesehen erlebt, da ich darauf vorbereitet bin. Dadurch reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sekundär das Gefühl des Ausgeliefertseins ausgelöst wird. Zum zweiten kann ich vorher überlegen, welche **Strategien** mir helfen können, mit dem Gefühl besser klarzukommen. Im Bild des „Absturzes der Enttäuschung“ gesprochen - in diese tiefe Grube kann ich z.B. vorher eine Leiter stellen, um wieder herausklettern zu können. Oder ich baue Sicherheitsnetze ein, um nicht so tief zu stürzen. Ich kann Flügel mitnehmen, ein Seil, Luftballons - hier können der Humor und die Kreativität des ADHS-Betroffenen sehr gute Unterstützung leisten.

Auch diese Strategie benötigt und benützt das Frontalhirn.

Auf der **Ebene des Handelns** kann ich auch Vorbereitungen treffen. Ich kann mir vorher überlegen, wie ich auf das unaufgeräumte Zimmer meines Sohnes reagieren will. Warum betrete ich eigentlich das Zimmer? Wie schätze ich die Wahrscheinlichkeit ein, dass er auf mein abfälliges Kritisieren des Zustandes des Zimmers in die Gänge kommt? Was ist mein eigentliches Anliegen, und wie kann oder will ich mich verhalten, um meine Chance zu erhöhen, dieses Anliegen erfüllt zu bekommen? Je genauer ich mir vorher eine **Strategie zurechtlege**, desto besser ist meine Chance, erfolgreich in Bezug auf mein Handeln zu sein. Allerdings gibt es bei dieser Strategie auch einen kleinen Pferdefuß. Mein Gegenüber hat grundsätzlich das Recht, eine Bitte oder Aufforderung von mir abzulehnen. Es ist deshalb sinnvoll, für diesen Fall einen **„Plan B“** in der Tasche zu haben. Das kann ein richtiger „Plan“ sein im Sinne einer alternativen Vorgehensweise, häufig reicht auch schon, sich bewusst zu machen, dass es „anders kommen könnte“ als man es gerne hätte. Und in ADHS-Familien kommt es sicher häufiger „anders“...es ist eine Frage der Wahrscheinlichkeit, des Ungewissens - aber dadurch bleibt das Leben spannend!

Gerade im Umgang mit Kindern hilft diese Strategie, sich vorher schon Konsequenzen zu überlegen für das Kind, wenn es einer Aufforderung nicht nachkommt. Auch (ADHS) Kinder lernen am besten über die Konsequenzen ihres Verhaltens. Mir als Mutter fällt es häufig schwer, dann in der akuten Situation eine angemessene Konsequenz zu finden, und zusätzlich muss ich auch noch in der Lage sein, diese einzufordern. Je genauer ich mir das vorher überlege, desto größer ist meine Chance, dies durchzusetzen. Auch das hilft mir, mich als kompetent wahrzunehmen und kompetent zu handeln und nicht in das Gefühl der Hilflosigkeit abzustürzen.

Im Abschnitt über die subjektive Ebene der Gefühlswahrnehmung hatte ich von den **Bildern** gesprochen, als die manche Menschen ihre Gefühle sehen. Diese Bilder eröffnen noch eine weitere Möglichkeit, mich direkt mit den Gefühlen zu beschäftigen. Wie sieht mein Ärger aus? Welche Farbe hat er, welche Form, verändert sich diese? Ich kann versuchen, ein Bild der Emotion zu malen, oder z.B. den grünen Wutkloß aus Knete zu gestalten. Manchmal hilft es, sich den Ärger oder auch die Trauer von der Seele zu schreiben, und ich kann diesem Text einen bestimmten Platz zuordnen.

Dieser kleine Artikel hat vielleicht ein paar Tipps geben können, wie man beginnen kann, mit sich, seinen Gefühlen und seinem ADHS anders umzugehen - und ich wünsche viel Erfolg auf dieser spannenden Reise! Vielleicht

helfen auf diesem Weg zwei kleine Merksätze, die man sich als Orientierungshilfe aufschreiben kann.

Ich bin nicht nur ein Gefühl - ich habe ein Gefühl!

Nicht das ADHS beherrscht mich - ich beherrsche mein ADHS!

Nachwort

Am Ende eines Artikels ist im Allgemeinen eine Liste mit Literaturvorschlägen angegeben, falls jemand sich intensiver mit dem Thema auseinandersetzen möchte. Leider gibt es meines Wissens keine spezifische Literatur, die sich aus ADHS-Sicht mit diesem Thema beschäftigt. Eine Art von speziellem Training für die Wahrnehmung der Emotion und besonders für das Bewerten ist das sogenannte Achtsamkeitstraining, z.T. auch als „mindfulness“ bezeichnet. Hier gibt es spezielle Therapieformen (z.B. Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR oder MBCT). Kurse zum Erlernen von Achtsamkeit gibt es auch an Volkshochschulen oder Einrichtungen der Erwachsenenbildung. Auch für Kinder werden manchmal Kurse angeboten, und man findet im Internet oder in Buchhandlungen Literatur dazu.

Bei dem Konzept der Achtsamkeit handelt es sich nicht um ein Entspannungs- oder Aufmerksamkeitsverfahren wie z.B. Traumreisen, PMR o.ä.

Um den sprachlichen Umgang ohne Bewertungen, der in ADHS Familien sehr häufig zu deutlichen Konflikten führt, zu verbessern, kann man sich mit dem Thema „Gewaltfreie Kommunikation“ beschäftigen. In manchen Kliniken werden im Rahmen von Psychotherapien auch Kurse zum Training emotionaler Kompetenzen angeboten.

■

Sie fragen – Experten antworten

AD(H)S und Fieberkrämpfe, AD(H)S und Bettnässen

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Sohn hatte Fieberkrämpfe, die über das Vorschulalter hinausgingen, obwohl er körperlich überdurchschnittlich entwickelt war. Zwar wird von AD(H)S im Zusammenhang mit Epilepsie gesprochen, aber Fieberkrämpfe werden nicht berücksichtigt. Gibt es hierzu denn keine Studie o.ä.?

Außerdem ist mir aufgefallen (oder war es reiner Zufall?), dass AD(H)S-Jungen zum Bettnässen neigen. Auch hierzu finde ich keine Informationen, bzw. Studie...

*Mit freundlichen Grüßen
XY*

Sehr geehrte Frau XY,

ein Zusammenhang zwischen ADHS und Fieberkrämpfen ist nicht bekannt. Fieberkrämpfe sind nichts Seltenes und ein Auftreten jenseits der ersten 3 Lebensjahre nicht ungewöhnlich. Epilepsie kommt bei ADHS etwas häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor (Literatur bei Frau Dr. Stollhoff).

Die Kombination von Enuresis mit ADHS ist deutlich häufiger. (Siehe „pädiatrie hautnah“ 1/2010, Einnässen bei ADHS - Zufallsbefund oder Komorbidität? Dr. Klaus Skrodzki). Schon 2003 wurden von Dr. Klaus Skrodzki entsprechende Hinweise an die Monatsschrift für Kinderheilkunde geschickt. Aber bis so etwas allgemeines Wissen geworden ist, dauert es lange.

Mit freundlichen Grüßen



Wenn intelligente Kinder schlechte Noten schreiben...

HEBO ...mit Freude erfolgreicher lernen
die Privatschule

ABITUR und MITTLERE REIFE

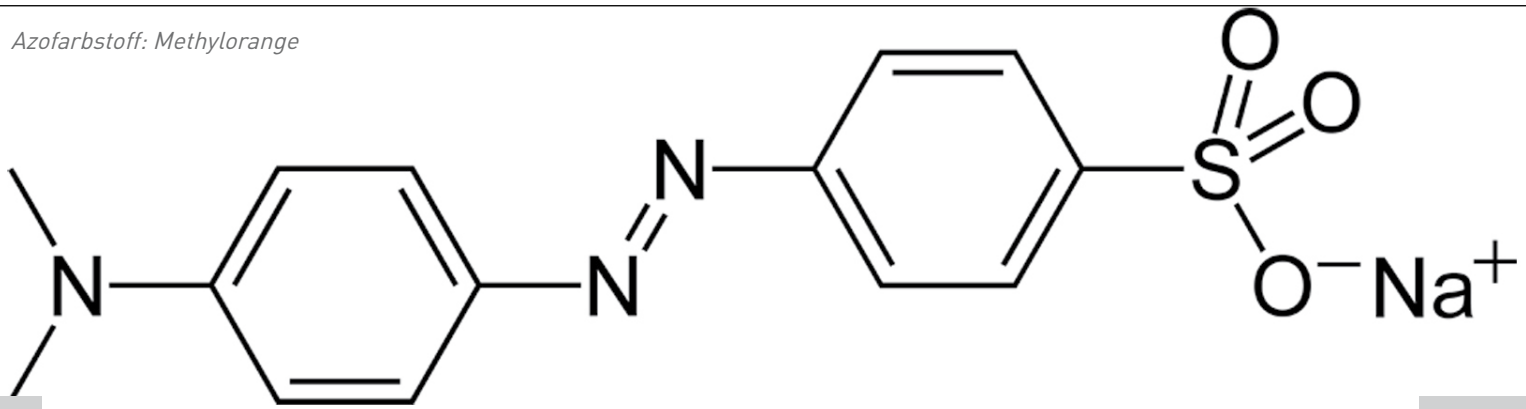
Auch bei Versetzungs- und Aufnahme Problemen an öffentlichen Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.

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

Staatlich anerkannte Ergänzungsschule



Azofarbstoff: Methylorange



Azofarbstoffe in Lebensmitteln

Demnächst gibt es Warnhinweise



Dipl. oec. troph. Angela Clausen
Verbraucherzentrale NRW
Gruppe Ernährung
Mintropstraße 27
40215 Düsseldorf



Angela Clausen

Sie sind wunderschön bunt und leuchtend, lassen sich vielfältig und effektiv in allen Lebensbereichen einsetzen - und sie sind in der Regel gesundheitsschädlich. Die synthetischen Azofarbstoffe gehören zu den am meisten diskutierten Lebensmittelzusatzstoffen.

Azofarbstoffe und ihre „Geschichte“

Ende des 19. Jahrhunderts wurden viele synthetische Farbstoffe entdeckt, mit denen man effektiver und unauffälliger färben konnte als mit den bisher verwendeten natürlichen Farbstoffen. Zu diesen synthetischen Farben gehören auch die besonders lichtechten, stabilen und gut mischbaren Azofarbstoffe, die größte Gruppe der Farbstoffe. Namensgebend sind eine oder mehrere Azobrücken (-N=N-). Hergestellt werden sie aus Anilin. Früher aus Steinkohleteer extrahiert, gewinnt man Anilin heute aus Erdöl. Azofarben gehören zu den gesundheitsschädlichsten Farbstoffgruppen überhaupt, lediglich ganz wenige dürfen für Lebensmittel verwendet werden.

Lebensmittel wurden geschönt

Ende des 19. Jahrhunderts gab es noch keine Gesetze, die das Färben von Nahrungsmitteln mit giftigen Stoffen verboten. Damals wurden beispielsweise Käse mit Quecksilbersulfid [Zinnoberrot], Zuckerwaren mit rotem oder gel-

bem Bleioxid und Wein mit Fuchsin (einem intensiv roten Teerfarbstoff) gefärbt. Zur Zeit der Gründung des Deutschen Reiches 1871 war auch das Verfälschen von Wurst stark verbreitet. Dazu wurde ein Mehl-Wasser-Kleister mit Fleischabfällen, Fett und Fuchsin vermischt.

1887 verbot das erste Lebensmittelgesetz den Einsatz von Lebensmittelzusatzstoffen mit Schwermetallen wie Quecksilber oder Blei. Es galt aber nicht für die synthetischen Farbstoffe und es gab auch keine Höchstmengen für Lebensmittel. 1914 diskutierten Chemiker, Mediziner, Hygieniker und Pharmazeuten zwar über eine „Deklarationspflicht“, diese setzte sich aber nicht durch.

Potentielle Gesundheitsgefahren

Heute werden Azofarbstoffe hauptsächlich für Fette, Holz und Papier verwendet. Nur einige wenige sind zum Färben von Lebensmitteln, Kosmetik und Textilien zugelassen. Da einige Azofarbstoffe durch Enzyme in ihre Ausgangsverbindungen aufgespalten werden, also in das kanzerogene Anilin, gelten sie selber auch als krebserregend. Aufgrund ihrer chemischen Struktur können sie bei entsprechend veranlagten Menschen allergische Symptome (Pseudoallergien an Haut und Atemwegen) auslösen. Insbesondere sind Kreuzreaktionen bekannt, wenn bereits eine Unverträglichkeit gegen Salicylsäure und ihre Abkömmlinge oder gegen Benzoesäure (E 210) besteht. Für Menschen mit Erkrankungen wie Asthma oder Neurodermitis gelten sie als bedenklich. Vom Verzehr größerer Mengen ist daher abzuraten.

Zugelassen - verboten - zugelassen - verboten

Vor 30 Jahren waren in Deutschland sechs Azofarbstoffe (E 102, E 110, E 122, E 123, E 124, E 151) erlaubt. 1989 wurde das Tartrazin (E 102) unter anderem in Deutschland, Österreich und der Schweiz verboten. Begründet wurde das damals mit dem Schutz von mehr als sechs Millionen Allergikern. Mit Tartrazin durften dann nur noch

einige bestimmte Liköre sowie Kräuter- und Gewürzbranntweine gefärbt werden, Arzneimittel mit Tartrazin mussten (bis heute) einen Warnhinweis tragen.

1993 wurden die Zusatzstoffe europaweit einheitlich geregelt, in Deutschland bisher verbotene Zusatzstoffe wie beispielsweise der Farbstoff Tartrazin waren wieder erlaubt. Neu hinzu kamen weitere fünf künstliche Farbstoffe, darunter die Azofarbstoffe Allurarot AC und Rot 2G, Braun FK und Braun HT sowie der künstliche Farbstoff Brillantblau. Nicht nur die deutschen Verbraucherschützer waren mit den neuen Regelungen nicht glücklich. In den skandinavischen Ländern hatte man schon viele Jahre zuvor die besonders problematischen Azofarbstoffe aus den Lebensmitteln, speziell solchen für Kinder, verbannt.

Zur Zulassung kam es, weil die zuständigen Länder- und europäischen Behörden die verschiedenen Untersuchungen dieser Substanzen unterschiedlich bewerteten und ein europäischer Kompromiss gefunden werden musste. Zwar wurden alle Zusatzstoffe vom Wissenschaftlichen Lebensmittelausschuss der EU (SCF) auf gesundheitliche Unbedenklichkeit geprüft, trotzdem sahen und sehen viele Toxikologen manch einen Zusatzstoff deutlich kritischer. Vor allem sind bis heute noch längst nicht alle Nebenwirkungen oder Langzeitschäden von Zusatzstoffen erforscht.

Neubewertung der Azo-Farbstoffe

Seit 2007 werden die in der EU zugelassenen Lebensmittelzusatzstoffe von der Europäischen Lebensmittelsicherheitsbehörde EFSA hinsichtlich ihrer Sicherheit neu bewertet. Die Farbstoffe gehören zu den ersten überprüften Zusatzstoffen. Diese Überprüfung führte zu einer Negativbeurteilung des zuletzt 1975 bewerteten Azofarbstoffs Rot 2G. Dessen Zulassung ist daher seit 28.07.07 EU-weit ausgesetzt. Wirtschaftlich ist das unbedeutend, da der blau-rote Azofarbstoff nur zum Färben von meist in Großbritannien verkauften Frühstückswürstchen und Hackfleisch mit Getreidebeimischung eingesetzt wurde. Bedeutsamer ist dagegen, dass die EFSA im Herbst 2009 aufgrund der aktuellen Diskussionen (s.u.) und Wunsch der Kommission vorrangig die wissenschaftlichen Empfehlungen für sechs künstliche Lebensmittelfarbstoffe überprüft und für drei davon (E 104, E 110, E 124) die zulässigen täglichen Aufnahmemengen herabgesetzt hat.

Zielgruppe Kinder – Alles schön bunt

Wie nachfolgende Tabelle zeigt, ist praktisch jeder Azo-Farbstoff und auch Chinolingelb (E 104) für den Einsatz in Süßigkeiten erlaubt. Und sie werden dort auch kräftig eingesetzt. Während in Skandinavien die Hersteller freiwillig auf den Einsatz von Azofarbstoffen in Kinder-

E-Nummer	Name	Farbe	Verwendung in
E 102	Tartrazin	gelb	Brausepulver, Brause, Sirup, Schmelzkäse, Speiseeis, Pudding und Desserts, Kuchen, Kekse, Süßwaren, gesalzene Knabberartikel, Würzsoßen
E 110	Sunsetgelb	orange	gesalzene Knabberartikel, Schmelzkäse, Brausepulver, Brausen, Sirup, Speiseeis, Pudding, Desserts, Kuchen, Kekse, Süßwaren, Konfitüren, Fruchtzubereitungen
E 122	Azorubin	rot	gesalzene Knabberartikel, Schmelzkäse, Brausepulver, Brausen, Sirup, Speiseeis, Pudding, Desserts, Kuchen, Kekse, Süßwaren, Konfitüren, Fruchtzubereitungen
E 123	Amaranth	rot	Kaviar, Liköre und Spirituosen
E 124	Cochenillerot A	rot	Würzmittel, gesalzene Knabberartikel, Schmelzkäse, Süßwaren, Speiseeis, Desserts, Kuchen, Kekse, Brausepulver, Brausen, Sirup
E 129	Allurarot	rot	Brausepulver, Brausen, Sirup, Schmelzkäse, Speiseeis, Pudding, Desserts, gesalzene Knabberartikel, Süßwaren
E 151	Brilliant schwarz	schwarz	Süßwaren, Kaviar-Ersatz
E 154	Braun FK	braun	englischer Räucherhering
E 155	Braun HT	braun	Süßwaren, Eis, Kuchen, Kekse, Würzmittel
E 180	Litholrubin	rot	essbare Käserinde

Zurzeit in (bestimmten) Lebensmitteln erlaubte Azofarbstoffe

produkten, speziell Süßigkeiten, verzichten, ergab ein Marktcheck der Verbraucherzentrale Hessen Ende 2008, dass fast die Hälfte (44 %) der untersuchten 248 Kindersüßigkeiten Azofarbstoffe und/oder Chinolingelb enthielten, teilweise ganze Azo-Cocktails mit bis zu 6 Azofarbstoffen. Eine Nachkontrolle der Verbraucherzentrale NRW im April 2009 zeigte Ähnliches.

Aber es gibt auch einige hiesige Hersteller, die zumindest in Teilen ihrer Produktpalette auf künstliche Farbstoffe verzichten und stattdessen färbende Frucht- und Pflanzenextrakte wie Chlorophyll, Beetenrot, Carotinoide, Spinatextrakt, Kurkuma, Aronia, Saflor, Holunder o.ä. einsetzen. Hier hilft der genaue Blick auf die Zutatenliste – oder demnächst auf den Warnhinweis.

Problem für hyperaktive Kinder?

2007 hat eine von der britischen Food Standards Agency (FSA) in Auftrag gegebene Studie festgestellt, dass der Verzehr bestimmter künstlicher Lebensmittelfarbstoffe hyperaktives Verhalten bei Kindern hervorrufen kann.

In der von McCann und Mitarbeitern durchgeführten kli-

bomix. Im Ergebnis hatte Mix A einen signifikanten Effekt bei allen 3-jährigen, nicht aber Mix B. Die 8-9-jährigen zeigten einen signifikanten Effekt bei Mix A und Mix B, wenn nur die Kinder einbezogen wurden, die mehr als 85 % des Safts getrunken hatten. Das Fazit der Untersucher lautete: „Künstliche Farbstoffe oder Natriumbenzoat oder beides in der Ernährung erhöht die Hyperaktivität bei 3-jährigen und 8-9-jährigen Kindern in der Normalbevölkerung.“

Die FSA hat daraufhin ihre Verbraucherempfehlungen geändert: Wenn ein Kind Symptome von Hyperaktivität oder ADHS zeigt, könne das Weglassen von Lebensmitteln mit den in der Studie untersuchten Farbstoffen positive Effekte haben. Die FSA weist aber daraufhin, dass viele weitere Faktoren (Genetik, Frühgeburt, Umgebung, Erziehung) mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen.

Behördensicht

In seiner einzigen Stellungnahme hat das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) im September 2007 mitgeteilt, dass sich aus der Studie zwar Hinweise auf einen mögli-

verbraucherzentrale *Nordrhein-Westfalen*

Es gibt schon Änderungen



nischen Studie (randomisiert, doppelblind, plazebo-kontrolliert) wurde der Einfluss von künstlichen Farbstoffen auf das Verhalten von 153 Dreijährigen und 144 Acht- bis Neunjährigen untersucht. Der Testdrink enthielt Natriumbenzoat und einen von zwei Farbmixen (A: E 110, E102, E122, E124 / B: E110, E104, E122, E129) oder einen Place-

chen Zusammenhang ergeben, die beobachteten Effekte aber gering sind und die Studie keinen eindeutigen Beweis für einen kausalen Zusammenhang zwischen der Stoffaufnahme und den beobachteten Effekten liefert.

Die Europäische Lebensmittelsicherheitsbehörde (EFSA) stellte 2008 fest, dass die Studie begrenzte Belege dafür

lieferte, dass die untersuchten Zusatzstoffgemische eine geringfügige Auswirkung auf die Aktivität und Aufmerksamkeit einiger Kinder hatten. Allerdings würden die beobachteten Wirkungen für die beiden Altersgruppen und die beiden in der Studie verwendeten Gemische nicht übereinstimmen. Negativ angemerkt wurde, dass die Studie nicht genau aufzeigen konnte, welche Zusatzstoffe für die beobachteten Wirkungen verantwortlich gewesen sein könnten und dass keine einzelnen Zusatzstoffe untersucht wurden. Die Bedeutung der Auswirkungen auf das Verhalten von Kindern sei unklar, weil nicht bekannt wäre, ob die beobachteten geringfügigen Veränderungen von Aufmerksamkeit und Aktivität die schulische Mitarbeit oder andere intellektuelle Funktionen beeinträchtigen. Damals kam man zu dem Schluss, dass die Befunde nicht als Grundlage zur Änderung der akzeptablen täglichen Höchstmenge (ADI) für die betreffenden Zusatzstoffe herangezogen werden können. Im Herbst 2009 jedoch, im Rahmen der allgemeinen Sicherheitsüberprüfung aller Lebensmittelzusatzstoffe, hat die EFSA die wissenschaftlichen Empfehlungen für Lebensmittelfarbstoffe überprüft und für drei dieser problematischen Farbstoffe (E 104, E 110, E 124) die zulässigen täglichen Aufnahmemengen herabgesetzt. Für die drei anderen (E 102, E 122 und E 129) wurden die Werte beibehalten.

Sieger der Volksvertreter

Aber schon nach der ersten Beurteilung durch die EFSA „kein Handlungsbedarf“ wollte sich das Europaparlament damit nicht zufrieden geben und hat sich gegenüber dem Ministerrat durchgesetzt. Deswegen ist ab 20. Juli 2010 ein Warnhinweis auf Lebensmitteln, die bestimmte Azofarbstoffe oder Chinolingelb enthalten, vorgeschrieben. Also für genau die Farbstoffe, die in der McCann-Studie untersucht wurden. Der Warnhinweis lautet „Kann Aktivität und Aufmerksamkeit bei Kindern beeinträchtigen“ und wurde im Rahmen der neuen EU-Gesetzgebung für die Genehmigung von Lebensmittelzusatzstoffen, Aromen und Enzymen (VO (EG) Nr. 1333/2008 vom 16.12.08) verabschiedet. Ausgenommen von der Kennzeichnung sind lediglich Stempelfarben z.B. für Fleisch und Farben zum Eierfärben.

Der Markt bewegt sich

Die Gegner der Azofarbstoffe hatten nach der Veröffentlichung der Studie ein komplettes Verbot dieser Farbstoffe gefordert. Sie hoffen jetzt, dass der demnächst nötige Warnhinweis dazu führt, dass diese Zusatzstoffe nicht mehr eingesetzt werden. Erste Verpackungsaufschriften („mit natürlichen Farbstoffen“) und aktuelle Produktänderungen z.B. bei Kinderfruchtgummiprodukten deuten darauf hin – auch wenn sich auf der Süßwarenmesse im

Januar 2010 noch jede Menge Fruchtgummis mit Azofarbstoffen und ohne Warnhinweis fanden. Unterstützen können Verbraucherinnen und Verbraucher diesen Wandel, indem sie konsequent Produkte mit Azofarbstoffen meiden.

Dipl. oec. troph. Angela Clausen ■

Verbraucherzentrale NRW
 Gruppe Ernährung
 Mintropstraße 27
 40215 Düsseldorf
 ernaehrung@vz-nrw.de

Literatur:

- Grüne J: Nahrungskultur: Essen und Trinken im Wandel. Der Bürger im Staat Heft 4/ 2002 (www.buergerimstaat.de/4_02/lebensmittel.htm)
- www.food.gov.uk/news/newsarchive/2007/sep/foodcolours vom 01.09.07
- McCann D et al: Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebocontrolled trial. The Lancet 370 (9598), S. 1560-7, 2007
- Stellungnahme Nr. 040/2007 des BfR vom 13.09.07
- www.efsa.europa.eu/EFSA/efsa_locale-1178620753824_1178694645855.htm vom 14.3.08
- Verbraucherzentrale Hessen: „Azofarbstoffe und Chinolingelb in Süßigkeiten und Softdrinks für Kinder“ - Untersuchungsbericht zum Marktcheck, November 2008, www.verbraucher.de/ernaehrung, → Azofarbstoffe
- Pressemeldung der EFSA vom 12.11.09

Wir bedanken uns herzlich für die Fördergelder der Landesgruppen im Jahre 2009

Auf Landesebene erhielten wir folgende Fördermittel nach § 20c SGB V seitens der Krankenkassen zur Unterstützung

Landesgruppe	Pauschal-förderung	Projekt-förderung
NRW	5.455,00	3.735,50
Bayern	400,00	4.975,00
Niedersachsen/Bremen		1.100,00
Thüringen		1.150,00
Baden-Württemberg	5.000,00	
Berlin	3.500,00	
Hamburg	1.000,00	250,00
Schleswig-Holstein	0,00	0,00

Alle Beträge in Euro

Ritalin – leichter Lernen mit Methylphenidat?

Berichte über Lernleistung-, Intelligenz- und Kreativität fördernde Substanzen gab es in den letzten Jahren viele. Dazu haben mehrere Faktoren beigetragen. Zum einen kann die Neurologie seit einigen Jahrzehnten nachweisen, dass auch das Gehirn des Erwachsenen sich beständig strukturell verändert. Zum anderen sind die Ansprüche an Lernfähigkeit und Denkleistung im globalen Wettbewerb groß geworden. Gäbe es eine Pille, die uns das Lernen gefahrlos leichter machte – wer würde ihre Hilfe ausschlagen?!

Seit langem im Bereich des „Cognitive Enhancement“ hoch gehandelt wird das Methylphenidat. Der Wirkstoff, 1944 von Leandro Panizzon erstmals synthetisiert, wurde unter dem Markennamen „Ritalin“ weltberühmt. Als das Medikament 1954 rezeptfrei auf den deutschen Markt kam, ahnte niemand, welche Kontroversen es einst anstoßen würde. Heute ist es zum Inbegriff einer gesellschaftsweiten Diskussion über die Behandlung von Verhaltensstörungen geworden. Im Zentrum steht die ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, das meistdiagnostizierte psychiatrische Störungsbild bei Kindern und Jugendlichen.

An den Polen aber stehen sich Fortschrittsgläubige und Psychiatriekritiker unversöhnlich gegenüber. Ist es ethisch verantwortbar, das Verhalten von Menschen durch Medikamente zu beeinflussen? Nicht wenige postulieren hier ein exklusives Vorrecht der Erziehung und Psychotherapie. Was aber, wenn nicht nur das Verhalten selbst, sondern auch die physiologische Bedingung seiner Steuerung durch Substanzeinwirkung veränderbar wäre? Die Versuchung ist groß, die Möglichkeiten unseres Denkens und Handelns pharmakologisch auszuweiten, nachgerade dann, wenn wir es noch immer als das ureigene Denken und Handeln begreifen können. Anders als in der Therapie der Verhaltensstörung erscheint das bewusstseinserweiternde Moment von Drogen zwar riskant, zunächst jedoch nicht als Entfremdung vom eigenen Willen. Um wie viel attraktiver ist da die Idee eines in seinen Wirkungen und Nebenwirkungen kontrollierten Medikamentes, welches das Lernen beflügelt, ohne seine Inhalte zu bestimmen!

Vor diesem Hintergrund hat die jüngste Forschung zum Methylphenidat dem Dilemma einer mechanischen Kontrolle von Kognitionen neue Schärfe verliehen. Die ame-

rikanische Neurowissenschaftlerin Kay Tye hat 2008 mit Untersuchungen zur Funktion der Amygdala promoviert. Ihre neueste Arbeit, im aktuellen Heft von Nature Neuroscience veröffentlicht, weist erstmals die begünstigende Wirkung von Methylphenidat auf strukturelle Hirnveränderungen bei Lernaufgaben nach.

Durch ein aufwendiges Studiendesign konnten Tye und Kollegen im Tierexperiment zeigen, dass die Substanz nicht nur die aktuelle Effizienz und Unablenkbarkeit bei der Lösung von Aufgaben erhöht, sondern stabile Lerneffekte hervorruft. Den Dopamin-Rezeptoren D1 und D2 kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Für sich genommen führt ihre Anregung zu spezifischen Verbesserungen: im Fall des D1-Rezeptors zu einer signifikanten Steigerung sowohl der Häufigkeit als auch der Effizienz in der richtigen Erfüllung einer Aufgabe, die mit der Ausgabe von Zucker belohnt wurde; im Fall des D2-Rezeptors zu einer gleichfalls statistisch bedeutsamen Verringerung irrelevanter Verhaltensweisen, d.h. der Beschäftigung mit einer ähnlichen Tätigkeit, die jedoch nicht zur Ausgabe des geliebten Zuckers führte. Beide Effekte traten weitgehend unabhängig voneinander auf, wie durch die spezifische Blockade des jeweiligen Rezeptortyps mittels Antagonisten nachgeprüft wurde.

Nur die erhöhte gemeinsame Anregung beider Rezeptortypen aufgrund der Blockade des Dopamin-Transporters DAT mittels Methylphenidat führte jedoch zu strukturellen Veränderungen im Bereich der postsynaptischen Zellen. Gemessen wurde diese Veränderung mit der sogenannten Patch-Clamp-Technik, welche die Erfassung von Strömen durch einzelne Ionenkanäle in der Zellmembran ermöglicht. Dazu wurden die Rattengehirne unmittelbar nach der Durchführung des Experiments seziiert und die Amygdala in Scheiben geschnitten. Die Verbesserung der Lernleistung durch die DAT-Blockade erklären die Forscher mit einem Zusammenspiel der Effekte durch die zeitgleiche Anregung der Rezeptoren D1 und D2: Während die pyramidalen Neuronen der lateralen Amygdala durch das erhöhte Dopamin-Niveau für die koordinierten Reize der gesteuerten Wahrnehmung empfänglicher werden, sinkt zugleich die Empfindlichkeit für schwächere Hintergrundreize. Offensichtlich fokussieren die involvierten Strukturen des Gehirns unter dem mittelbaren Einfluss des Methylphenidats auf die lohnenswerten Aufgabenerfü-

lung, während Ablenkungen bereits auf physiologischer Ebene ausgeblendet werden.

Die Befunde von Tye und Kollegen stimmen, wie die Autoren der Studie betonen, mit den klinischen Beobachtungen zur Wirkung von Methylphenidat bei ADHS-Betroffenen überein. Allerdings fehlte der Humanmedizin bislang das Kettenglied zwischen dopaminerger Wirkung des Methylphenidats und willkürlicher Aufmerksamkeitssteuerung, da vergleichbare Experimente an Menschen nicht durchführbar sind. Zugleich widersprechen sie populärwissenschaftlichen Thesen, welche insbesondere in der Behandlung der ADHS von einer Dämpfung der neuronalen Aktivität, mithin von einer Ruhigstellung der Kinder

ausgehen. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein. Nachgerade die Abnormalität in der Vernetzung von Amygdala und Kortex wird durch die Medikation mit dem Amphetamin-Derivat therapeutisch adressiert. Das mag keine stabilen Effekte auf die ADHS-Symptomatik zeitigen, wohl aber für den Wissenserwerb in der Schule, aber auch die soziale Anpassung in Familie und Peergroup. Schließlich begründet die Grundlagenforschung, was die pädagogische Erfahrung seit langem weiß: Nutze den Augenblick der Aufmerksamkeit – vor allem dann, wenn er von Natur aus selten ist und daher erst therapeutisch geschaffen werden muss.

Dr. Johannes Streif ■

Facetten des ADHS

1. Facetten
2. Der gefährdete Selbstwert
3. Der Knacks
4. Das Pseudo-ADS

Facetten

Man kann sagen, ADHS ist brilliant. Es zeichnet sich durch seinen Facettenreichtum aus, nicht nur im Hinblick auf seine Erscheinungsweise. Sondern vor allem im Hinblick auf die vielen Deutungen, mit welchen es bedacht wird. Für den Neurobiologen Gerald Hüther sind Kinder mit ADHS Menschen „die sich nicht funktionalisieren lassen“, sich den Ansprüchen der Gesellschaft widersetzen.¹ Lynn Weiss, die amerikanische ADS-Spezialistin und selbst von dem Syndrom betroffen, spricht hingegen positiv von ihrem ADHS: „Bin ich froh, dass ich ADS habe!“² Anders der Dichter Edgar Allan Poe. Auch er war betroffen.³ Unter diesem Eindruck lässt er den Helden einer seiner Erzählungen fragen: „Lebte ich nicht vielleicht in einem Traum und sterbe als ein Opfer geheimer und schrecklicher äußerer Kräfte, die in uns wirken?“⁴ Die Beispiele, wie ADHS interpretiert wird, lassen sich fortsetzen. Je nach weltanschaulicher Voraussetzung erscheint das Syndrom als Resultat einer zivilisationsgeprägten Fehlernährung,⁵

eine Sammlung archaischer Eigenschaften im menschlichen Genpool.⁶ Selbst Esoteriker nehmen sich des Themas an und erkennen kraftvolle Auren, die die Betroffenen umgeben.⁷ Was löst ein solches Interesse an ADHS aus? Warum zieht es so viele Deutungen auf sich? Wie können die Deutungen ihrerseits verstanden werden? Die Frage, wie ADHS verhandelt wird, ist kaum weniger wichtig wie diejenige, die die Behandlung des Syndroms betreffen. Die Antwort darauf hat Auswirkungen, wie man sich als Betroffener wahrnimmt. Dieser Beitrag bietet einige Gedankenanstöße.

Der gefährdete Selbstwert

Warum ist das Interesse an ADHS derzeit so groß? Weil es das Selbstbewusstsein des einzelnen in Frage stellt. Sich seiner selbst sicher zu sein, Zeit seines Lebens autonom zu handeln, ist das Gebot der Stunde. Dem einzelnen obliegt es, sich in einer zunehmend unsicher und bedrohlicher werdenden Umwelt⁸ zu orientieren und zu behaupten; das Wort prekär⁹ fällt in diesem Zusammenhang häufig. Das wachsende Maß der Unsicherheit hat zur Folge, dass man sich nicht nur körperlich leistungs-

1 G. Hüther in einem Beitrag der ZDF-Sendereihe „37 Grad“ am 9. März 2010.
 2 L. Weiss, ADS im Job, Moers 2003; S. 7.
 3 Vgl. U. Metz, Die Hellsicht des Zwiespaltes, Aachen 2008; S. 23ff.
 4 E.A. Poe, William Wilson, Zürich 1984; S. 107.
 5 Vgl. G. Drüe, ADHS kontrovers, Stuttgart 2007; S. 46.

6 Vgl. U. Metz, Die Hellsicht des Zwiespaltes, Aachen 2008; S. 43.
 7 Vgl. K. Schleider, ADHS – Wissen was Stimmt, Freiburg 2009; S. 48ff. Vgl. G. Drüe, ADHS kontrovers, Stuttgart 2007; S. 165f.
 8 „Heute muss jeder permanent strampeln“, sagt der Arbeitssoziologe Klaus Dörre, „sobald man nachlässt, droht der Fall nach unten.“; Art. Ära der Unsicherheit, Spiegel 12/10; S. 93.
 9 Das aus der Zeit der Aufklärung stammende französische Eigenschaftswort lässt sich mit unsicher, misslich, heikel übersetzen.

fähig erhalten will, sondern auch geistig fit. Die Erwartungen an die seelische und geistige Tauglichkeit nehmen zu. Auch am psychischen und kognitiven Leistungsvermögen darf kein Zweifel herrschen. Unter diesem Eindruck wächst neben der Furcht vor körperlichen Einschränkungen auch die Angst vor dem Verlust dieser Fähigkeiten. Beispiel Demenz und Alzheimer: Wie bei ADHS wird diesen beiden Alterserkrankungen große öffentliche Aufmerksamkeit entgegengebracht. Der Sozialwissenschaftler Eckart Hammer stellt im Blick auf den allmählichen Gedächtnisverlust im Alter fest: „Der größte Angriff auf die Identität ist wahrscheinlich die Angst, den Kopf zu verlieren.“¹⁰ Ähnliches gilt für ADHS. Es gefährdet, angefangen vom steten Luftzug der Medien, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle und stößt damit ebenfalls ins Zentrum der Identität. Das Syndrom ruft die Angst hervor, die Orientierung in einem Alltag zu verlieren, der für alle anderen selbstverständlich zu bewältigen scheint. Die eigene Identität zeichnet sich nicht durch Festigkeit, sondern durch Diffusion und Widerstreit aus, wie es folgende Zeilen Emily Dickinsons ausdrücken:

*Ein Driften, Gehen fühlt ich im Gemüt
Als ob mir der Verstand zerging
Ich setzte, fugte Stück für Stück
Doch zerrann mir aller Sinn¹¹*

Das Gefühl der seelischen Unsicherheit durchzieht das Leben als große Hypothek. Der unbewältigte Alltag wird als ständiger, verlustreicher Kampf, als ein Versagen am Leben erlebt. Der Journalist Thom Hartmann erklärt diese Unsicherheit evolutionsgeschichtlich. Menschen mit ADHS zeigen die Merkmale der ursprünglichen Jäger- und-Sammler-Gesellschaft. Es sind „Hunter-Menschen“. Diese aber sind in der heutigen Zivilisation, deren Alltagsordnung sich auf die Bauer-und-Handwerker-Kultur zurückführen lässt, nicht mehr gefragt. Im Gegenteil. Hunter-Menschen sind Störfaktoren. Eine solche Deutung wirkt zwar schlüssig und in ihrer Schlüssigkeit gewährt sie ein gewisses Maß an Trost.¹² Sie bringt aber auch die Gefahr mit sich, das Ringen mit den täglichen Anforderungen bzw. Überforderungen der Betroffenen heute nicht wahrzunehmen.¹³ Betroffene tragen nicht nur subjektiv am ADHS, wie es die Zeilen des Gedichtes von Dickinson deutlich machen. Sie haben zudem auch Teil an den allgemeinen Befürchtungen, durch Ungenügen in den Sog des Scheiterns zu geraten. Sie spüren diese Furcht durch ihre Neigung zur Empathie stärker. Die Empfänglichkeit für Stimmungen ist bei Betroffenen hoch ausgeprägt.¹⁴ Sie reagieren nicht nur auf die atmosphärischen Gege-

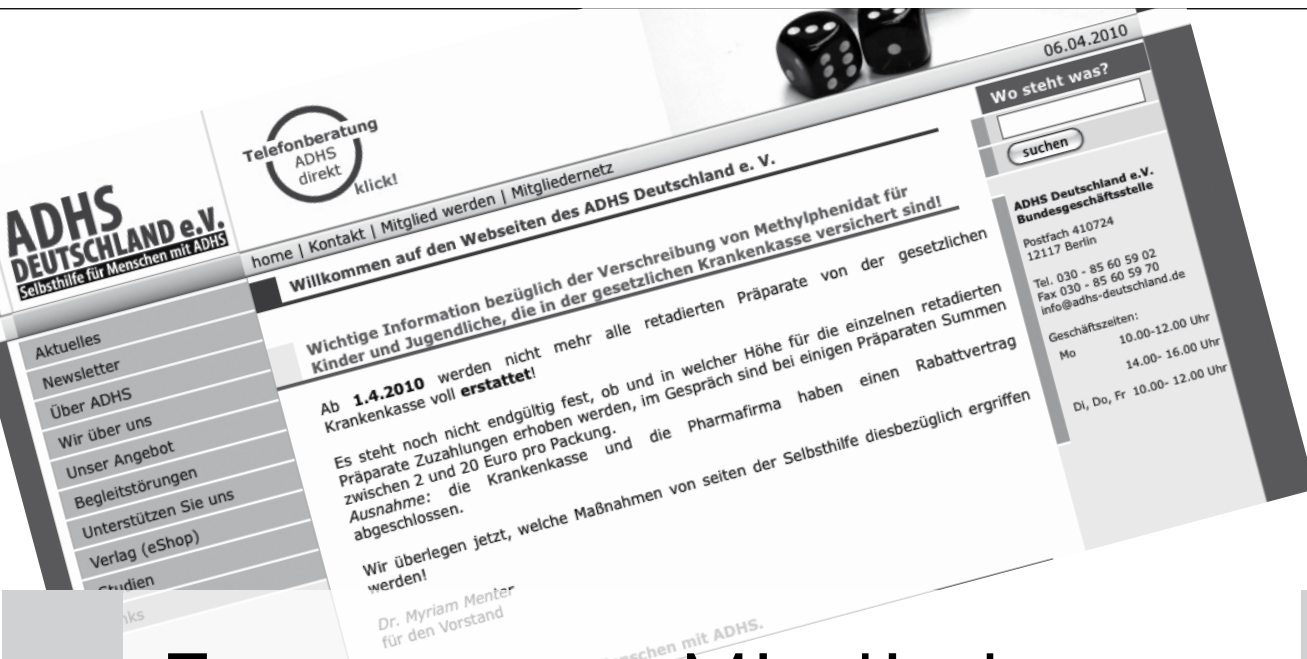
benheiten in ihrer nächsten Umwelt, am Arbeitsplatz, im Klassenzimmer oder in der Familie. Sondern sie nehmen auch die gesellschaftliche Großwetterlage wahr. Die Figur Harry Hallers aus Hermann Hesses *Steppenwolf* ist ein solcher Mensch.¹⁵ Haller, ein ebenso unabhängiger wie getriebener Geist, erkennt in der geordneten Bürgerlichkeit und scheinbaren Kulturbeflissenheit seiner Zeit jene gesellschaftliche Fassade, die die Katastrophe der neunzehnhundertdreißiger und -vierziger Jahre in Deutschland möglich machte. Er verachtet die Selbsttäuschung seiner Mitmenschen, leidet aber zugleich unter seiner Distanz und Einsamkeit. Der *Steppenwolf* wird zu einem Prisma, der die Lichtverhältnisse seiner Zeit in seinen Bestandteilen kenntlich macht - doch um den Preis beständiger Zerrissenheit und Scheiterns. Die Behauptung Poes hat etwas für sich, ein Mensch könne zum Opfer äußerer Kräfte werden, die im Inneren wirksam sind. Es wäre eine bedenkenswerte Aufgabe, der Frage nachzugehen, welche Folgen die zunehmend unbeständiger und unsicher werdenden Welt auf Menschen mit ADHS hat und welche Sichtweisen sie in ihnen hervorbringt.

Uwe Metz ■

15 Die Beziehung Hermann Hesses zu ADHS erörtert Detmar Roloff Artikel „Hermann Hesse, ein beispielhafter Fall“, in: Jahrbuch 2002, Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.; S. 52ff.

*„Den größten Fehler, den man
im Leben machen kann, ist,
immer Angst zu haben, einen
Fehler zu machen.“
(Dietrich Bonhoeffer)*

10 Vgl. E. Hammer, *Männer altern anders*, Freiburg 2009; S. 170.
11 Zit. In E. Hallowel u. J. Ratey, *zwanghaft zerstreut*, Reinbek 1999; S. 115 (Übertragung. U. Metz).
12 Vgl. T. Hartmann, *Eine andere Art, die Welt zu sehen*, Lübeck 2003; S. 37ff.
13 Bemerkenswert am Hartmannschen Denkansatz ist jedoch, dass er ADHS nicht durch die Zahl der Mängel qualifiziert, sondern als Anzahl positiver Eigenschaften.
14 Vgl. H. Simchen, *Menschen mit AD(H)S, neue Akzente* 1/10; S. 14



Zugang zum Mitgliedernetz

Wir im Internet und der geschützte Mitgliederbereich.
Wie komme ich da hinein?

Auf unseren Webseiten www.adhs-deutschland.de bieten wir unseren Mitgliedern in einem Passwort geschützten Bereich weitergehende Informationen zu ADHS und Co.

Wie kommt man da hinein?

Zunächst benötigen Sie dafür Ihre **Mitgliedsnummer** und Ihr **Passwort**. Falls Sie Ihr Passwort nicht zur Hand haben, können Sie es bei unserer Mitgliederverwaltung anfordern:

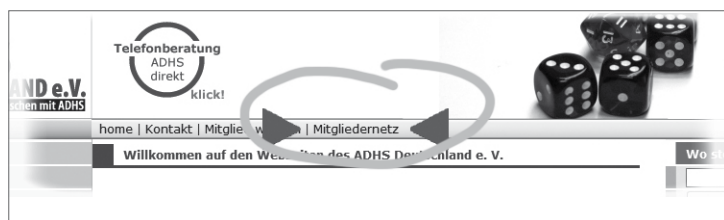
E-Mail: mv@adhs-deutschland.de

Telefon: 09191-6252094 (Mo-Fr 9-12 Uhr)

Bitte halten Sie Ihre Mitgliedsnummer bereit.

Wenn Sie beides haben, dann gehen Sie auf die Webseiten des ADHS Deutschland. Im oberen Bereich der Seite, gleich unter den Würfeln, aber mehr in der Mitte steht auf dem grauen Balken Mitgliedernetz. Da klicken Sie bitte drauf.

Bild1: Link zum Mitgliedernetz



Auf der folgenden Webseite werden Sie nach Mitgliedsnummer und Passwort gefragt.

Als Mitgliedsnummer geben Sie bitte „ADHS-“ gefolgt von Ihrer Mitgliedsnummer ein, z. B. „ADHS-012345“ (ohne Anführungszeichen).

In das Feld darunter kommt das Passwort, dann klicken Sie auf den Anmelden-Button. Wenn alle Eingaben richtig waren, haben Sie es geschafft und unser Intranet steht Ihnen offen.

Bild2: Loginmaske

anmelden und sich Zugang zum Mitgliedernetz verschaffen.		Hinweis: Zur Sicherheit nach 5 Fehlversuchen gesperrt. [?]
Login		
Mitgliedsnr.	<input type="text" value="adhs-012345"/>	[?]
Passwort	<input type="password" value="•••••"/>	[?]
<input type="button" value="Anmelden"/>		
Zugangsdaten vergessen? [hilfe]		

Bitte beachten Sie, dass die Beiträge dort dem Urheberrecht unterliegen und nicht weiter veröffentlicht werden dürfen!

Sabine Nicolei ■

KONZENTRATION

Leben mit ADS

Fortsetzung:

.....und für eine ruhige Atmosphäre sorgte.

(Ende letztes Heft, 84 | 1 /2010)

Schlagartig war er wie ausgewechselt. Er kam erholt aus dem Hort, die Hausaufgaben gingen nun zügiger und die Selbstgespräche hörten auf.

Wieder atmeten wir auf.

Entspannt kamen wir aus den Ferien, entschlossen, das vierte Schuljahr nach dem Rat der Psychologin „auszusitzen“.

Doch es begann gleich mit einem Paukenschlag.

Die Klassenlehrerin wollte das erste Diktat „leicht“ machen und hatte es als Laufdiktat gestaltet. Dabei steht der Text auf einem Zettel, der an die Tafel geheftet wird und die Kinder müssen ihn „nur“ abschreiben, indem sie hin u. her laufen und ihn sich in einzelnen Abschnitten merken. Unverständlicherweise hatte unser Sohn bei dieser Art Diktat stets schlechtere Leistungen. So auch dieses Mal. Obwohl er den Text zu Hause mühelos beherrscht hatte, begann das neue Schuljahr gleich mit einer Sechs! Auch in den berüchtigten Schnellrechenarbeiten des Mathelehrers versagte er wieder prompt, so dass er in kurzer Zeit in Mathematik auf einer Drei stand. Völlig rätselhaft war eine Heimatkundearbeit, in der er plötzlich keinen einzigen Laubbaum mehr wusste. Dabei kannte er die seit seiner Kindergartenzeit. Zu alledem kam auch noch, dass er neuerdings von einer Gruppe von Schülern wegen seiner Größe gehänselt und bald regelrecht gemobbt wurde. Da die Lehrer das nicht erkannten, wurde er immer häufiger wegen unangemessenen sozialen Verhaltens gerügt. Auch zu Hause klappte nichts mehr. Ein Gummibärchen – Belohnungs – System, das wir auf Rat einer Bekannten eingeführt hatten, brachte zwar kurzzeitig kleine Erfolge, forderte uns aber derart, dass wir es nach einigen Wochen entnervt abbrachen.

Als durch die Drei in Mathematik der Besuch des Gymnasiums in Frage gestellt wurde, gab sich das Kind scheinbar völlig auf. Das Hausaufgabenheft wimmelte nur so von roten Einträgen über vergessene Materialien und Aufgaben. Ich war mit meinen Nerven am Ende. Immer wieder zur Rede gestellt, warum er denn seine Aufgaben nicht eintrage, wusste unser Sohn keine Antwort. Bei Aufgaben, die er mühelos zu Hause beherrschte, versagte er in der Schule. Der Ton der Lehrer wurde wieder schärfer – das Kind immer mutloser.

„Ich bin eben klein und dumm“, bekam ich immer öfter auf meine Vorhaltungen zur Antwort.

Ich war so verzweifelt, dass ich manchmal das Bedürfnis hatte, mit dem Kopf an die Wand zu schlagen.

Wenn er die Empfehlung für das Gymnasium nicht bekam,

war unsere einzige Hoffnung auf Änderung dahin.

Alles lief schief. Aber warum nur? Warum?

Unser immer fröhlicher Sohn hatte sich vollkommen verändert. Er hatte aufgehört zu singen, lachte nicht mehr, sprach kaum noch und wenn, dann nur gereizt.

Ganz plötzlich erkannte ich: Er stand kurz davor in eine Depression zu rutschen!

So ging es nicht weiter.

Die Beratungslehrerin machte einen sozialpsychologischen Test in der Klasse, der ergab, dass unser Sohn zu den unbeliebtesten Kindern gehörte. Woher kam das? Soweit wir das überblicken konnten, hatte er nie ein Problem mit anderen Kindern gehabt, war kontaktfreudig und verträglich.

Da die Klassenlehrerin auf die offensichtlichen Probleme in der Klasse nicht reagieren konnte oder wollte (auch die Freundin unseres Sohnes wurde wegen ihrer Figur von den anderen Kindern verhöhnt), griffen wir zur Selbsthilfe. An mehreren Abenden hintereinander standen wir mit der kompletten Familie bei den überraschten, eigentlich ganz netten Mitschülern vor der Tür und fragten sie im Beisein ihrer ebenso überraschten Eltern, was ihnen denn unser Sohn getan habe. Sie wussten keine Antwort. Doch es kristallisierte sich heraus, dass es eine Rädelsführerin gab. Nachdem wir auch mit ihr und ihrer Familie eine längere Unterredung gehabt hatten, entspannte sich die Lage.

Unser Sohn reagierte erleichtert und wir nutzten die Situation.

Wir erklärten ihm, dass wir ihm immer helfen und das auch bei anderen Problemen tun würden.

Das könnten wir aber nur dann, wenn er uns immer alles sage.

Und so bat ich ihn inständig uns doch zu sagen, warum er sich nicht an die Regeln hielt und z.B. seine Hausaufgaben nicht einschrieb.

Er bemühte sich sichtlich um eine befriedigende Erklärung, fand sie aber nicht.

„Ich will es doch machen, aber da ist etwas in mir drin, das macht, dass es nicht geht“, brachte er schließlich verzweifelt heraus.

Na, das war doch immerhin ein Ansatzpunkt.

Vorsichtig fragte ich ihn, ob das vielleicht so kleine Teufelchen seien und ob wir nicht mal gemeinsam versuchen sollten, die zu bekämpfen. Ich zeichnete ihm für alle problematischen Punkte verschiedene kleine Teufelchen auf ein großes Blatt. Für jeden Sieg wollten wir dann bei dem entsprechenden Teufelchen einen Strich machen. Das sollte uns zeigen, dass man sie besiegen kann und welche die „ganz hartnäckigen“ waren.

Doch dazu kam es schon nicht mehr.

Ich hatte der Schulpsychologin per E-Mail einen dringenden Hilferuf geschickt und bekam sofort Antwort.

Sie schrieb mir, dass Vieles in meiner Schilderung auf Vorliegen eines Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms deuten würde. Das gäbe es auch ohne Hyperaktivität und wäre in dieser Form schwerer zu erkennen. Sie empfahl uns einen Kinderarzt in unserer Nähe, der auf dieses Thema spezialisiert war.

Ich ließ mir sofort in der Praxis einen Termin geben, auf den wir allerdings noch einige Wochen warten mussten und begann zu recherchieren. Auch die Beratungslehrerin hatte vor einem Jahr schon einmal die Möglichkeit ADS angesprochen. Da es jedoch immer im Zusammenhang mit Hyperaktivität genannt wurde, hatten wir den Gedanken daran wieder verworfen. Kaum eines der im Internet genannten Symptome traf auf unseren Sohn zu.

Zwar war er ein Energiebündel und brauchte reichlich Auslauf, aber hyperaktiv war er eindeutig nicht.

Er war ausgesprochen sportlich, hatte eine sehr gute Körperbeherrschung und Feinmotorik, sowie eine sehr gute Schrift und konnte seine Aktivitäten problemlos steuern. Und schließlich konnte er mühelos stundenlang lesen und Theateraufführungen oder Konzerten konzentriert folgen.

Doch je mehr ich in der Fachliteratur, die ich mir nun reichlich besorgte, über ADS las, desto klarer wurde mir, dass wir es genau damit zu tun hatten.

All die Probleme, besonders auch die schulischen, mit denen wir uns herumgeschlagen hatten, waren bekannt und erklärbar. Ich war nicht erziehungsunfähig und auch das Kind konnte nichts dafür.

Es hatte eine Stoffwechselstörung, durch die empfangene Botschaften im Nervensystem nur verzögert und nicht vollständig weitergeleitet werden können. Bei zu vielen Reizen ist dieses, eingeschränkt arbeitende System schnell überfordert, es schläft sozusagen ein. Durch Zapperei versuchen die Kinder dann ihre Konzentration aufrecht zu erhalten. Jeder Mensch kennt diesen Mechanismus, wenn er bei langen Autofahrten oder langweiligen Vorträgen auf dem Sitz hin und herrutscht oder mit den Augen blinzelt, um nicht „wegzudriften“.

ADS-Kinder können sich nur konzentrieren, wenn sie etwas sehr interessiert. Deshalb hatte unser Sohn auch bei allen Freizeitaktivitäten kaum Probleme. Da er eine schnelle Auffassungsgabe hatte, war es jedoch bei den ganzen vertiefenden, für ihn langweiligen, Übungen und Wiederholungen in der Schule einfach nicht möglich, ebenso wie bei zu großer Unruhe. Damit war nicht nur das Versagen in den „Laufdiktionen“ nun erklärlich, sondern auch die nicht eingetragenen Hausaufgaben. Denn diese wurde meist erst am Ende der Stunde angesagt, wenn die Konzentration bereits rapide abgefallen und die Klasse schon in Aufbruchsstimmung war. Zeitdruck oder mehrere Aufgaben gleichzeitig führten überdies zu völliger Blockade. Das Ergebnis sahen wir in den Arbeiten des „Schnellrechenlehrers“!

Die Schwierigkeiten mit den Mitschülern ergaben sich aus dem großen Gerechtigkeitsempfinden, das ADS-Kindern zu Eigen ist und einer gewissen Distanzlosigkeit. So hingte er sich überall hinein und das war keineswegs immer willkommen.

Und nicht zuletzt konnte ich nun auch nachempfinden, welche zusätzliche Belastung der „Chaos-Hort“ für unseren Sohn gewesen sein musste!

Nun galt es auch in der Schule schnellstens etwas zu ändern!

Als mir das Kind erzählte, dass es von seinem Mathelehrer wegen einer vergessenen Mütze vom Werkunterricht ausgeschlossen worden war, reichte es mir endgültig.

Ohnehin hatte uns die Psychologin geraten einen Schulwechsel in Betracht zu ziehen, sollte der Besuch des Gymnasiums an diesem Lehrer zu scheitern drohen.

Zunächst setzte ich mich schriftlich zur Wehr, worauf er mich telefonisch zur Aussprache lud. Wir trafen uns noch in derselben Woche und er begann das Gespräch derart von oben herab, dass bei mir die letzte Sicherung durchbrannte. Hier ging es um mein völlig verzweifertes Kind und dieser Pädagoge behandelte mich wie eine renitente Schülerin! Ich bleibe eigentlich immer ruhig, doch jetzt wurde ich zur Furie!

Wild entschlossen meinen Sohn nach diesem Gespräch von dieser Schule und damit aus seinem Einflussbereich zu entfernen, knallte ich ihm alle seine pädagogischen Verfehlungen an den Kopf, die sich allein in dieser Klasse schon wieder angesammelt hatten. Mit versteinerten Gesichtern saßen die beiden Lehrerinnen daneben. Mein Mann sagte mir später auf dem Heimweg, immer noch beeindruckt, dass er mich noch nie so erlebt hätte!

Der Herr Direktor möglicherweise so etwas auch noch nicht – wider Erwarten lenkte er plötzlich ein.

Zum ersten Mal nahm er mich nun als gleichberechtigten Partner an und erklärte sich bereit nach Lösungen für unseren Sohn zu suchen. Es entwickelte sich ein Gespräch, in dem er auf einmal sogar Humor zeigte und an dem sich schließlich auch die Lehrerinnen beteiligten. Nun erklärte ich ihnen, dass bei unserem Sohn der Verdacht auf ADS bestünde und wir bereits einen Arzttermin zur weiteren Untersuchung hätten. Vorsichtig versuchte ich ihnen meine bisherigen Kenntnisse dazu zu vermitteln, denn es war offensichtlich, dass auch sie ADS mit Hyperaktivität gleichsetzten. Sie blieben skeptisch, doch stimmten schließlich zu das Urteil des Arztes abzuwarten. Allerdings wurde uns auch nahe gelegt, uns nicht auf den Besuch des Gymnasiums zu versteifen!

Fortsetzung folgt... (Nr. 86 | 3/2010)

Petra Kurz



Geländeübersicht Neue Messe Stuttgart

- Information
- Presse
- Kinderbetreuung
- electronic cash
- VIP Lounge
- Restaurant, Café, Bistro
- WC
- DRK
- Münztelefon
- Raucherzone
- Forum der Kirchen
- Raum der Stille
- Apotheke im Flughafen
- Haltestelle Bus
- Haltestelle S2, S3
- Parkplatz
- Parkhaus
- Tiefgarage
- Wohnmobil-Stellplatz

Medizin-Messe

2010 in Stuttgart

www.messe-stuttgart.de/medizin/

Nach Kugelschreibern, Bobonles (schwäbisch für Süßigkeiten) und Auskünften, wo es versierte Spezialisten für ADHS in Baden-Württemberg gebe, wurde am häufigsten gefragt am Stand des Bundesverbandes während der Medizin-Messe 2010 in Stuttgart. Trotz mäßigen Besuches und geringerer Ausstellerzahl, was offenbar der Wirtschaftslage vieler Unternehmen geschuldet ist, entwickelten sich an unserem Stand zahlreiche Gespräche. Das Thema ADHS erfährt nach wie vor wachsende Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit. Der Bedarf an Rat, der Wunsch nach Gesprächsgruppen vor Ort ist hoch. Angenehm empfand ich, dass viele Mediziner, vor allem Kinderärzte, sich dem Thema aufgeschlossen gegenüber zeigten und mit Interesse die ausgelegte Literatursammlung des Bundesverbandes in Anspruch nahmen. Als therapeutisches Werkzeug scheint die Schere im Kopf nicht mehr gar so oft zu fungieren. Das mag all diejenigen ermutigen, die noch immer mit der Akzeptanz ihres ADHS oder das eines Angehörigen zu ringen haben.

Im kommenden Jahr werden wir als Bundes- bzw. Landesverband Baden-Württemberg auf der Messe vertreten sein und darüber hinaus auch auf der didacta 2011, die ebenfalls in Stuttgart stattfinden wird. Die didacta wendet sich an Erzieher, Therapeuten und Pädagogen.

Uwe Metz ■



Mit Enthusiasmus gingen die Vertreter des Landesverbandes Baden-Württemberg, Karl-Heinz Fuchs, Bärbel Sonnenmoser und Uwe Metz ihrer Aufgabe am Stand nach. Die Begeisterung, fotografiert zu werden, fiel eher unterschiedlich aus.

„ADHS im Wandel“

5. Berliner Psychiatrietage, Berliner Charité

Unter diesem Motto veranstaltete die Berliner Charité vom 14.01. bis zum 16.01.2010 im Langenbeck-Virchow-Haus die 5. Berliner Psychiatrietage. Der Untertitel „Verlaufsformen einer Erkrankung vom Säugling bis zum Erwachsenen“ unterstrich die mittlerweile breite Akzeptanz des ADHS in allen Altersstufen trotz der bisweilen unterschiedlichen Symptome.

Die Veranstaltung bestand vor allem in einer Reihe von Vorträgen zum Thema. Während der Pausen hatten die erfreulich vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusätzlich die Gelegenheit, sich an verschiedenen Ständen zu informieren.

Auch der ADHS Deutschland e.V. war mit einem Stand vertreten, an dem wir unsere Arbeit vorstellten und für die Interessen der Betroffenen warben. Ein echter „Renner“ war der Maßnahmenkatalog, ein Poster, das der ADHS Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit mehreren Ärzten entwickelt hat, um einen schnellen Überblick über Symptome, Handlungsoptionen, Hilfesysteme und Kostenträger zu ermöglichen.

Natürlich nutzten wir auch die Gelegenheit auf die neue Selbsthilfegruppe im Brandenburgischen Stahnsdorf hinzuweisen (s. gesonderten Beitrag nächste „neue AKZENTE“).

Während der Pausen wurde auch der „Berliner ADHS-Appell“ (S. 31) erarbeitet, der gegenüber den politischen Entscheidungsträgern die Forderungen der Betroffenen formulierte.

Als weitere Vertreter der Selbsthilfe waren auch der ADS e.V. und Frau Wright, eine keiner Organisation angeschlossene Einzelkämpferin aus Berlin vor Ort, letztere hielt auch einen Vortrag, der schon durch die Form eindrucksvoll die breite Palette von Problemen darstellte, die Erwachsene mit ADHS haben können. Die Meinungen waren geteilt: Einige ärgerten sich sehr darüber, dass die tatsächlich sehr aktive und sehr wirksame Selbsthilfe in ganz Deutschland durch die Präsentation einer Einzelkämpferin kaum passend repräsentiert (beschrieben) wurde, andere fanden es sinnvoll, dass eine betroffene Patientin mit aller Aufregung, allem Chaos allen organisatorischen und allen technischen Pannen erlebt werden konnte.

Themenschwerpunkt „Störungsbild im Verlauf der Biografie“

Der angekündigte Vortrag „Von der kindlichen Regulationsstörung zu ADHS“ fiel leider aus.

Die ADHS-Symptomatik im Kindesalter ist bereits seit vielen Jahren Gegenstand der Forschung und Literatur, trotzdem kommen gelegentlich neue Symptome und Komorbiditäten in den Focus: Oliver Bilke (Berlin) beschäftigte sich mit dem Thema „Wenn der Computer zur Sucht wird“, was bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS häufiger als bei Nichtbetroffenen zu großen Problemen führen kann.

Besonders eindrucksvoll referierte Marius Fiedler von der Jugendstrafanstalt Plötzensee in Berlin über „Deviantes Verhalten und Strafvollzug“. Seinen sehr lebensnahen Vortrag schloss er mit dem Hinweis, dass er auf der Suche nach einem geeigneten Kinder- und Jugendlichen-Psychiater mit ADHS-Kenntnissen für sein Haus sei.

Thema Versorgung von ADHS-Patientinnen und -Patienten

Heinrich Beuscher, Psychiatriereferent der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit hatte eine schwere Aufgabe: Er sollte die Bemühungen des Senates für Menschen mit ADHS beschreiben. Da die Mehrheit der Anwesenden sich deutlich mehr Engagement des Senates für Menschen mit ADHS wünschte und häufig genug sehr unzufrieden war, konnte er nur mit wenig Beifall rechnen. Auch Elvira Suhrmann von der Berliner Senatsverwaltung für Schule und eine ihrer Kolleginnen, die unter anderem die Ergebnisse einer Umfrage unter Lehrern vorstellten, stießen nur begrenzt auf Zustimmung. Vor allem aus den Gesprächen unter den Teilnehmern nach dem Vortrag hörte ich heraus, dass die Konzentration auf die subjektive Wahrnehmung der Lehrerinnen und Lehrer bei der Beurteilung von schulpädagogischen Arbeitsansätzen kaum als geeignet gesehen wurde, um wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen oder neue, wirksamere Methoden einzuführen. Es wurde auch deutlich, dass die Versorgung durch den Schulpsychologischen Dienst quantitativ bei weitem nicht ausreicht, um schnell adäquate Hilfen leisten zu können.

Themenschwerpunkt „Komplementäre Versorgungseinrichtungen“

Michael Bauschmann, Berufsberater und Heilpraktiker aus Göttingen, hob sich in einer Hinsicht sehr von anderen Referenten ab: Er ist der einzige, von dem die Vortragsunterlagen bisher im Internet zur Verfügung stehen (s. u.). Er verfügt als ehemaliger Mitarbeiter der Arbeitsagentur über viel Erfahrung und befasste sich in seinem Vortrag mit den Besonderheiten der Berufsberatung für Menschen mit ADHS.

Hans-Werner Rückert von der FU-Berlin sprach über „Die Tücken des Studiums“ und welche Möglichkeiten er zu deren Überwindung sah.

Die Vorträge von Jens Gräbener „Cannabis und Krisenbewältigung“ und Andreas Gantner „Cannabisabhängigkeit und ADHS: Herausforderung für Diagnostik und Behandlung der komorbiden Störung“ behandelten Fragen rund um die häufig konsumierte Droge. Dabei wurden auch die Probleme beschrieben, Cannabis konsumierende Patienten mit Methylphenidat zu behandeln.

Themenschwerpunkt „Komorbiditäten“

Harriet Salbach-Andrae von der Charité sprach über „ADHS und Komorbidität“ und stellte in diesem Rahmen die Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie ihres Hauses vor.

Eine konkrete Komorbidität stellte Veit Rössner aus Dresden in „ADHS und Tics – Komorbidität oder Komplikation?“ vor. ADHS wird oft in den ersten Grundschuljahren diagnostiziert, weil die Symptome in der Schule besonders deutlich werden. Der Diagnose folgt in vielen Fällen die Medikation. Da Tics ebenfalls häufig in den ersten Grundschuljahren auftreten, standen sie früher irrtümlich im Verdacht Medikamenten-Nebenwirkungen zu sein.

Barbara Alm widmete sich in „Affektive Komorbidität von ADHS – Angst, Depression und Panik“ ebenfalls diesem Thema und stellte umfangreiches Zahlenmaterial vor.

Leider ist die Prognose beim Vorliegen dieser häufigen Komorbiditäten aufgrund additiver Effekte eher ungünstig.

Themenschwerpunkt „Pharmakologische und psychotherapeutische Ansätze“

Mit ihren Vorträgen „Psychopathologie der adulten ADHS – ist das DSM-IV-Konzept stimmig?“ trugen Michael Rösler (Homburg/Saar) ebenso wie Tobias Banaschewski (Mannheim) in „Neurobiologische Grundlagen von ADHS“ und Michael Colla (Berlin) in „Neuropsychologische Aspekte bei ADHS“ zum Verständnis der medizinischen und psychologischen Hintergründe von ADHS bei, soweit diese heute bekannt sind. Swantje Matthies aus Freiburg

vertiefte in „Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen bei ADHS und Tics“ unter anderem die Probleme der Differentialdiagnose.

Ein Beitrag, der mit besonderem Erstaunen zur Kenntnis genommen wurde, stammte von Diana Langner (Berlin): „Die Stimme der Erkrankung – ADHS und Frequenzanalyse“. Sie beschrieb, wie mit Hilfe der technischen Analyse der menschlichen Stimme gemessen werde, ob der Sprecher ein ADHS habe oder nicht – und dies offenbar mit der erstaunlich hohen Trefferquote von 90%. Bei ihrer Forschungsarbeit fiel ihr vor allem positiv auf, dass die Stimmen der Kinder mit ADHS charismatischer waren als die der nicht betroffenen Kinder.

Ute Strehl aus Tübingen sprach über „ADHS und Neurofeedback“, eine bereits in verschiedenen Formen bekannte und zunehmend verbreitete Therapieform, die jedoch nicht von den Krankenkassen finanziert wird.

Die „Gleichstromstimulation bei ADHS“, über die Lisa-Marie Nitsch (Berlin) berichtete, war offenbar sehr viel weniger bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bekannt und löste einige kontroverse Gespräche aus.

Am letzten Tag wurden von Dr. Colla einige kurze einführende Worte gesprochen, dann bekam das Plenum Gelegenheit zum Gespräch mit einigen Referenten.

Dies nutzte unser Mitglied, Frau Eichelbaum-Weil, um noch einmal auf die wichtige Funktion der Selbsthilfe und ihrer Organisationen hinzuweisen. Insbesondere Michael Colla unterstrich dies noch einmal aus ärztlicher Sicht und warb darüber hinaus für sein Vorhaben, die vorhandenen Behandlungs- und Hilfesysteme in einem geplanten „Therapieverbund ADHS“ zu vernetzen.

Bis zum Redaktionsschluss war noch nichts über konkrete Schritte in dieser Richtung zu erfahren, auch die in Aussicht gestellten Vortragsmaterialien sind – von der erwähnten Ausnahme abgesehen – noch nicht auf der Homepage des Veranstalters zu finden. Wir werden jedoch, sobald dies der Fall sein sollte, in einer der nächsten Ausgaben darauf hinweisen.

Patrik Boerner ■

Weitere Informationen im Internet:
<http://www.berliner-psychiatrie-tage.de>

Paper von Michael Bauschmann:
<http://www.bauschmannberatungstherapie.de/dateien/BerufsberatungbeiADHS.pdf>

Pressemitteilung zum Beitrag von Diana Langner:
<http://idw-online.de/pages/de/news345028>

Berliner ADHS-Appell:
<http://www.scribd.com/doc/29539632/Berliner-ADHS-Appell>

ADHS – Selbsthilfeverbände appellieren an die Politik



Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine vorwiegend genetisch bedingte Regulationsstörung der Botenstoffe im Gehirn, die sich in den Hauptsymptomen Aufmerksamkeitsunbeständigkeit, Impulsivität und Ablenkbarkeit als soziale Anpassungsstörung äußert.

Es handelt sich um keine seltene Störung, zwischen zwei und drei Millionen Menschen in Deutschland haben ADHS.

Hilfen zur Bewältigung von Hindernissen, mit denen die Betroffenen zu kämpfen haben, sind in alarmierend geringem Maße verfügbar. Die Wartelisten der ADHS-Ambulanzen sind überfüllt und die wenigsten Therapeuten und Ärzte verfügen über ausreichende Kenntnisse zu dieser Störung.

Aufgrund der mangelhaften Versorgungslage richten sich die beiden größten ADHS-Selbsthilfeverbände AdS e.V. und ADHS Deutschland e.V. in einem offenen Appell an alle Beteiligten des Gesundheitssystems. Der "Berliner ADHS – Appell" wurde bereits im Rahmen der 5. Berliner Psychiatrietage von vielen Tagungsteilnehmern und –teilnehmerinnen unterzeichnet.

Unbehandeltes oder falsch behandeltes ADHS führt im Lebenslauf der Betroffenen häufig zu einer Vielzahl an psychischen Begleit- und Folgestörungen, schwerwiegenden Problemen in Partnerschaft und Beruf – bis hin zur Langzeitarbeitslosigkeit.

Dadurch wachsen die indirekten Kosten für den Staat und

die Gesellschaft, während die Hilfesuchenden kostenintensiv für das Gesundheitssystem, doch häufig ohne nachhaltigen Erfolg mit ungeeigneten Methoden behandelt werden.

In ihrem Appell weisen die Verbände außerdem auf das derzeit stockende Zulassungsverfahren wirksamer Medikamente für Erwachsene hin. Entgegen vieler Vorurteile und Fehlinformationen in den Medien kommt der Medikation in der Therapie der ADHS eine entscheidende Rolle zu.

Während die betreffenden Medikamente für Kinder zugelassen sind, müssen Erwachsene für die häufig unabdingbare Medikation ab dem 18. Lebensjahr selbst bezahlen. Der Appell mahnt an, „eine angemessene Versorgung für Menschen mit ADHS zu erreichen, wie sie für andere psychische Störungen selbstverständlich ist“.

*Erfolg hat drei
Buchstaben:
TUN*

(Johann Wolfgang von Goethe)

Chronik des AD(H)S- Gesprächskreises Sassenburg

(RG Sassenburg des ADHS Deutschland e. V.)
für das Jahr 2008

Das Jahr 2008 startete mit einem ersten Treffen am 7. Januar mit einer Beteiligung von 10 Personen. Dabei ging es auch um den bevorstehenden Besuch von Frau Dr. Vogs aus Wolfsburg, die unsere Gruppe kennen lernen und gleichzeitig in Sachen Mediensucht referieren möchte. Das zweite Treffen der Erwachsenengruppe war mit 8 Teilnehmern gut besucht. Wie schon im November angedeutet, werden wir monatliche Treffen vereinbaren.

Zu unserem Februartreffen mit Besuch von Frau Dr. Martina Vogs waren 25 Teilnehmer gekommen. Das nicht nur wegen des geplanten Vortrages der Wolfsburger Ärztin, manche wussten gar nichts davon. Sie erzählte uns von dem nicht absehbaren Suchtfaktor, den die neuen Medien durchaus haben. Dazu gibt es einen gesonderten Zeitungsbericht. Wir haben uns gefreut, auf diese Weise die Bekanntschaft mit Frau Dr. Vogs gemacht zu haben. Bisher kannten wir sie ja nur aus den Berichten ihrer Patienten, von denen einige regelmäßig zu unseren Treffen kommen.

Zum Erwachsenentreffen im Februar kamen 7 Teilnehmer. Die Gespräche an diesem Abend waren sehr ergiebig für die selbst betroffenen Erwachsenen, aber auch für die erfahrenen Mütter, die sich schon lange mit dem AD(H)S ihrer Kinder beschäftigen.

Das März-Treffen war mit 13 Personen gut besucht. Auch diesmal waren wieder einige „Neue“ dabei. Ein Teilnehmer war auch mit dem Krankheitsbild des AD(H)S gar nicht vertraut, war nur wegen seiner Partnerin und deren betroffenem Kind mitgekommen.

Immer wieder geht es auch um das Thema Schule und AD(H)S, so dass wir beschlossen, ein zweites Mal an die Schulen heranzutreten und Lehrer zu uns in die Gruppe einzuladen.

Beim Erwachsenentreffen im März ging es in erster Linie um einen Teilnehmer und dessen Probleme mit seinem erwachsenen Sohn. Da wir nur zu fünft waren, ging das wunderbar. Wir erörterten viele Aspekte und konnten alle unsere Sichtweisen einbringen. Nach meiner Einschätzung war das ein sehr effektiver Abend. Unserem langjährigen Teilnehmer und seiner Einstellung seinem Sohn

gegenüber hat wohl dieser Abend sehr gut getan, wie er später berichtete.

Im April kamen 12 Personen zum Treffen. Auch eine Mutter, die ich schon länger eingeladen hatte, war zu uns in die Gruppe gekommen. Eine andere Teilnehmerin war das zweite Mal, nach Unterbrechung, wieder dabei. Es gab Gespräche rund um Diagnostik, Medikation, Verhalten und vieles mehr. Eben viele Themen, die am Anfang einer Therapie zu bewältigen sind.

Auch im April traf sich die interne Gruppe für erwachsene Betroffene bzw. langjährig erfahrene Eltern. Wir haben diese Gruppe umbenannt in „ADHS-Intensiv“.

An der Mitgliederversammlung unseres Bundesverbandes, des ADHS Deutschland e. V., am 12. April in Friedrichsdorf nahmen wir zu viert teil. Dort standen außerdem, am darauf folgenden Tag, ein Symposium sowie eine Gruppenleiterschulung auf dem Programm.

Wegen der Entfernung und des frühzeitigen Beginns am Samstag reisten wir schon am Freitag, 11.04., mit dem Pkw an. Wir hörten interessante Vorträge und lernten verschiedene Dozenten kennen bzw. sahen sie wieder. Bei der anschließenden Mitgliederversammlung ging es u. a. auch um die Neuwahl des Vorstandes. Am nächsten Morgen gab es dann eine Gruppenleiterschulung, an der wir auch alle vier teilnahmen.

Zum Mai-Treffen, am 5. d. M., hatte ich Vertreter aus den mehr als 40 umliegenden Schulen zum Austausch und zur Diskussion zu uns eingeladen. Es kamen 4 Lehrer, davon 2 aus unserer Sassenburg-Schule (Grundschule), 1 Vertreterin der Haupt- und Realschule Sassenburg und 1 Lehrkraft aus dem Gifhorner Humboldt-Gymnasium. So waren zumindest die Schulen, mit denen unsere Kinder hier direkt zu tun haben, vertreten. Ich hatte alle Teilnehmer, 18 an der Zahl, gebeten, in der Vorstellungsrunde ihre Erwartungen und Wünsche an dieses Zusammentreffen kurz zu formulieren. So erfuhren die Lehrer, wie unterschiedlich die Erfahrungen der Eltern mit der Schule sind und welche Wünsche sie haben. Wir bekamen einen Einblick in die tägliche Arbeit der Lehrer und deren Umgang

mit dem AD(H)S. Rückblickend, trotz der geringen Beteiligung, eine gute Gelegenheit, mit den weiteren Wegbegleitern unserer Kinder ins Gespräch zu kommen. Aus meiner Sicht ist eine Wiederholung durchaus wünschenswert.

Am 22. Mai hatten wir in der AD(H)S-Intensiv-Gruppe einen Therapeuten zu Gast, der uns eine neue Behandlungsmethode zur Stress- und Problembewältigung vorstellte. Dazu gab es durchaus unterschiedliche Auffassungen.

Am 2. Juni saßen wir nur zu sechst zusammen. Das wiederum traf sich gut, weil 4 der Teilnehmer/innen noch nicht so erfahren waren und demzufolge viele Fragen hatten. Die konnten wir ausführlich zu beantworten versuchen. Dabei ging es auch um die Begleitung durch die behandelnden Ärzte und die lässt manchmal doch sehr zu wünschen übrig. Das hat mich zu einem Kommentar veranlasst, der in der Ausgabe 2/2008 unserer Verbandszeitschrift „neue Akzente“ zu lesen ist.

Im Juni gab es beim AD(H)S-Intensiv-Treffen Berichte von zwei Mitgliedern, die am Wochenende zuvor an einem Seminar unseres Mai-Besuchers teilgenommen hatten. Sie schilderten uns ihre Erlebnisse recht eindrucksvoll und waren beide sehr angetan von diesen Erfahrungen.

Im Juli kamen nur 7 Personen zum Treffen. Auch hierzu konnten wir wieder eine Teilnehmerin begrüßen, die das erste Mal dabei war. In erster Linie geht es meist um Probleme rund um das Thema Schule, so auch hier. Mit dem Sohn unserer Besucherin gäbe es z. Zt. erheblich mehr Problem als üblich. In dieser Hinsicht konnten wir sie beruhigen, indem wir auf das nahe Schuljahresende hinwiesen und ihr mitteilten, dass auch unsere Kinder in dieser Zeit um einiges auffälliger sind als sonst üblich.

Das Juli-Treffen der AD(H)S-Intensiv-Gruppe verlegten wir in ein Restaurant in Wolfsburg, wo wir uns vor den Sommerferien zum Essen trafen und uns gut unterhielten.

Am 21. August ging es dann auch mit dieser Gruppe weiter. Wir saßen zu siebt zusammen und unterhielten uns diesmal querbeet und nicht ausschließlich über das Thema AD(H)S. Es wurden Erfahrungen und Erlebnisse ausgetauscht und die Frage geklärt, ob denn die Gruppe für andere Erwachsene zugänglich sein soll und, falls ja, unter welchen Bedingungen.

Beim Montagstreffen im September konnten wir drei neue Gesichter begrüßen. Ein Teilnehmer war auf der Suche nach Erwachsenen-Selbsthilfe sogar aus Celle angereist. Überhaupt nimmt das Interesse an diesem Selbsthilfebereich enorm zu. Viele Erwachsene fallen nach der Diagnose in ein tiefes Loch, sind enttäuscht oder wütend, weil

die Erkenntnis sooo spät kommt. Dem Celler Teilnehmer versprach ich die Suche nach einer Selbsthilfegruppe in seiner Nähe. (Die habe ich dann ausfindig gemacht und ihm per E-Mail mitgeteilt. Eine Rückmeldung gab's nicht!)

Am 18. September fand dann auf unsere Bestrebungen ein Vortrag mit Dr. Karsten Dietrich aus Uelzen statt. Unter dem Titel „ADS transparent – Die Einsamkeit in unserer Mitte“ referierte Dr. Dietrich über neue Sichtweisen auf das Störungsbild des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms. Darüber gibt es einen eigenen Bericht. Der Vortrag war sehr interessant und gut besucht.

Eine Woche später traf sich dann unsere AD(H)S-Intensiv-Gruppe mit gerade mal 4 Teilnehmern. Eine kleine Gruppe fördert intensivste Gespräche, wie sich herausstellte.

Im Oktober hatten wir dann wieder ein volles Haus. Zum Teil auch dank des Vortrages mit Dr. Dietrich im September. Bei 13 Teilnehmern geht es ganz schön turbulent zu, vor allem, wenn dann noch jemand ganz neu dabei ist und andere, nach einiger Zeit der Abwesenheit, viele Fragen mitgebracht haben.

Auch ein AD(H)S-Intensiv-Treffen gab es im Oktober. Diese Gruppe ist jetzt eine ebenso fest existierende und notwendige Einrichtung wie die reguläre, offene Montagsgruppe.

Am 3. November saßen wir zu neunt zusammen, diesmal mit wieder einem neuen erwachsenen Betroffenen mit vielen Problemen. Er war dankbar dafür, mit Menschen reden zu können, denen er sein Anderssein nicht umfassend erklären musste. Auch seine Frau war auf seinen Wunsch mitgekommen, damit sie sehen und hören sollte, dass es noch andere Leute mit der Diagnose AD(H)S und den damit verbundenen Schwierigkeiten gibt. Wieder einmal ein sehr ergreifender Abend.

Außer der Reihe traf sich die AD(H)S-Intensiv-Gruppe am Abend des 10. November.

Ich hatte im September verschiedene Vertreter aus der Politik eingeladen um sich mit dem Thema „AD(H)S bei Erwachsenen“ vertraut zu machen. Auf diese Einladung hin erklärte sich Herr Matthias Nerlich, Mitglied des Niedersächsischen Landtags, zu einem Gespräch mit Betroffenen bereit. 12 Erwachsene waren an diesem Abend anwesend, um dem Politiker von eigenen Problemen mit dem Störungsbild des AD(H)S im Erwachsenenalter zu berichten. Allen ging es um die Anerkennung und Behandlung des AD(H)S über das Kindes- und Jugendalter hinaus. Für uns alle war es ein Erfolg versprechendes Gespräch. Die Ergebnisse dieses Treffens habe ich an die Landesgruppenleitung Niedersachsen/Bremen des ADHS Deutschland weitergegeben, damit auch andere

Gruppen ermutigt werden, derartige Gespräche in die Wege zu leiten.

Auf Wunsch der Teilnehmer setzten wir uns mit dieser Gruppe am 27. November noch einmal zusammen. Allerdings blieb der Zuspruch aus, so dass wir nur zu viert waren. Aber auch in diesem Rahmen gibt es immer wieder interessante Gespräche.

Am 1. Dezember fanden sich acht Teilnehmerinnen zu einer kleinen weihnachtlichen Runde zusammen. Bei heißen Getränken und mitgebrachten Leckereien drehen sich unsere Gespräche diesmal nicht nur ums AD(H)S. Wir hörten Flötenmusik und lauschten vorgelesenen Geschichten. Weil aber an diesem Abend auch wieder ein Gast zugegen war, gab es viele Fragen zu beantworten oder auch Ratschläge zu verteilen. Wir, die wir schon lange in der Gruppe sind, sie sogar gegründet haben, sind immer wieder betroffen, wie viel Kummer doch durch die Betroffenheit eines Kindes entstehen kann. Dann wird uns

bewusst, welche Wegstrecke wir schon gemeistert haben. Wir dürfen aber auch nie vergessen, dass es immer wieder neue Schwierigkeiten mit dem AD(H)S geben kann. Das zeigen uns schließlich die Gespräche mit den betroffenen Erwachsenen, die immer mal wieder in ein „Loch“ fallen.

Den Abschluss des Jahres 2008 bildete das Treffen der AD(H)S-Intensiv-Gruppe am 18. Dezember. Zu sechst saßen wir auch hier gemütlich zusammen, immer aber mit „unserem Thema“ beschäftigt. Das ADS bzw. ADHS lässt sich nun mal nicht ausklammern, bei allem, was das Leben so mit sich bringt.

Margit Tütje-Schlicker ■

Neugründung

einer SHG des ADHS Deutschland e.V.

RG Schöningen

Am 22.09.08 ließ ich zur Feier und öffentlichen Wirkung des obigen Anlasses einen Vortrag halten. Das Thema war: „ADHS – Krankheit oder Begabung, eine Betrachtung“. Der Referent, Reinhold Menge, war ein ehemaliger Hauptschullehrer und Legastheniker aus unserem Ort, der erst vor 10 Jahren erkannte, dass er von ADS betroffen ist. Sein Hauptanliegen war, ADS von seiner positiven Seite zu sehen, auch wenn er einräumte, dass es viele Schwierigkeiten gibt.

Wir treffen uns seit 2006 in den Räumen der Christuskirche in Schöningen, jetzt auch an jedem vorletzten Montag im Monat. Damals waren wir noch keine Regionalgruppe, sondern eine einfache SHG. Da wir in unserem Landkreis bisher keine Gesprächsgruppe für erwachsene ADS`ler hatten, wurde ich überredet, doch eine „ins Leben zu rufen“. Zunächst wollte ich nur eine Testphase beginnen, da ich überhaupt nicht wusste, wie die Gruppe „laufen“ würde. Nach nunmehr 2 Jahren denke ich, dass diese Phase vorüber ist. Ich sehe es als sehr positiv, dem ADHS Deutschland anzugehören, weil man einen starken Partner an der Seite hat. Es gibt viele Vorteile, angefangen bei der Gruppenleiter-Fortbildung.

Die Gruppe ist zunächst als Gesprächskreis vorgesehen, evt. mit speziellen Themenabenden. Da der Vortrag gut angenommen wurde, kann ich mir vorstellen, einmal im Jahr einen anzubieten. Die Zusammenarbeit mit der Regionalgruppe Helmstedt ist gut und produktiv, und auch dort werden mitunter Vorträge für Erwachsene angeboten. Mein Hauptanliegen ist, erwachsenen ADSlern zu helfen und ADS bei Erwachsenen stärker in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Ich denke, ADS bei Kindern ist es schon, aber viele erwachsene Betroffene haben auch Zweiterkrankungen und wissen nichts über ADS. Es ist mitunter tragisch, wie viel Leid dadurch entsteht.

Ich wünsche mir für die Zukunft eine gute Zusammenarbeit mit dem Verband und auch mit den anderen Selbsthilfegruppen im Umkreis. Mögen wir uns gegenseitig unterstützen und neue Ideen sammeln.

RG Schöningen, Elke Klug ■

RG Stade

| Gruppenbericht 2008

Die Gruppe besteht aus einem inneren Kreis von 4 Leuten und einem äußeren von 3 bis 5.

Im Juni waren wir mit einem Stand auf dem Stadtteilstadt Ottenbeck vertreten, im Herbst haben wir einen Stand auf dem Stader Kindertag gehabt, Spiele zur Wahrnehmung angeboten, viele Gespräche geführt.....zu den Gruppenabenden gekommen ist kein einziger der Gesprächspartner.

Im Frühjahr haben wir einen Gruppenausflug mit den Kindern in eine Piratenausstellung in einem Hamburger Museum unternommen.

Dennoch sind in letzter Zeit 3 neue Frauen aufgetaucht, die auch wiedergekommen sind, wo durchaus Hoffnung besteht, dass sie sich zu regelmäßigen Besuchern entwickeln.

Den Flyer der Selbsthilfegruppe haben wir völlig überarbeitet.

Dann sind wir zurzeit in Verhandlungen mit dem Chefarzt der Kinderklinik des örtlichen Krankenhauses wegen einer engen Zusammenarbeit. Die Klinik ist sehr an der Zusammenarbeit interessiert, aber noch sind nicht alle Einzelheiten geklärt.

Im Erfolgsfall würden wir den Ort der Gruppentreffen ans Elbe-Klinikum verlegen.

Weiterhin geht der Vorsitz an Petra Köring über (gesondertes Schreiben), ich werde dann die zweite Vorsitzende sein.

Frau Köring hat an einem Symposium in Bremen teilgenommen.

RG Stade, Michaela Undiwill ■

RG Wehr und Umgebung

Jahresbericht 2007/08

Mitte des Jahres 2007 fand über die Tourette-Selbsthilfegruppe Lörrach / Waldshut (welche ich im Jahr 2006 aufbaute) eine große Informationsveranstaltung mit Lehrerfortbildung mit der Thematik „Tourette und Schule“ statt. Zeitnah vor dieser Veranstaltung gingen Informationen über das Störungsbild durch die regionale Presse.

Darin enthalten, sowie auch während der Veranstaltung erwähnt wurde die Tatsache, dass ca. 2/3 aller Tourette-Patienten ein begleitendes ADHS aufweisen.

Innerhalb weniger Wochen erreichten mich viele Anrufe und Anfragen über das Störungsbild ADHS, immer verbunden mit der Bitte ortsnah doch eine Selbsthilfegruppe im ADHS-Bereich anzubieten.

Ich verwies zu der Zeit noch an die bestehenden Selbsthilfegruppen in Waldshut und Lörrach. Doch die Anrufe ebten kaum ab. Es stellte sich heraus, dass es vielen Familien durch ihre besondere Situation nicht möglich war, die

relativ weit entfernten SHGs zu besuchen.

Ich überlegte mir daraufhin lange, ob ich es schaffen kann, 2 Gruppen aufzubauen und zu betreuen. Da es mir letztendlich jedoch gleich ging wie den anrufenden Familien, entschloss ich mich dann die ADHS-SHG Wehr und Umgebung aufzubauen.

Im November und Dezember 2007 hängte ich erste Anrufe an markanten Stellen aus, kontaktierte Fach- und Kinderärzte, sowie Therapeuten um über die Neugründung zu informieren und kümmerte mich um geeignete Räumlichkeiten.

Die neue SHG sollte am Montag, den 14. Januar 2008 zunächst als reiner Gesprächskreis starten.

Um den realen Bedarf und den Zulauf „abzuklären“ zunächst auch „nur“ im Abstand von 8 Wochen.

Veröffentlicht wurde der erste Termin im kostenlosen und an alle Haushalte verteilten Ortsblatt.

Durch viel Ausdauer und Hartnäckigkeit gelang es mir, kurz vor dem Start ein Interview und Bericht über die bevorstehende Neugründung der Regionalgruppe in die Tageszeitungen zu bringen.

Im Zeitraum von Januar bis Juli (insgesamt 4 Treffen) konnte die Gruppe 10 Mitglieder verzeichnen, Tendenz kontinuierlich ansteigend.

Langsam wuchs man als Gruppe zusammen, begann sich zu vertrauen und zu öffnen. Jedoch wurde nun auch der Wunsch geäußert, sich öfter (1x monatlich) zu treffen.

Leider war jedoch kein Mitglied bereit, die Rolle der 2. Gruppenleitung zu übernehmen.

Mir selbst waren jedoch beide Gruppen (Tourette und ADHS) mit jeweils 1x monatlichem Treffen zu zeitintensiv, da es ja nur mit den Treffen nicht getan ist und meine Familie nicht auf Kosten der SHGs noch mehr zurückstecken sollte.

Ich überlegte hin und her und führte dann ein Gespräch mit beiden Gruppen. Wir einigten uns darauf, die Gesprächsrunden zu vereinen, da wir feststellten, dass sich die Problematik des „Anders-Seins“ doch sehr gleicht und dies die Hauptgesprächsinhalte beider Gruppen sind.

Somit treffen wir uns seit September nur 1x monatlich zum Gespräch.

Im weiteren Verlauf wurde nun von den Mitgliedern festgestellt (was durchaus von mir beabsichtigt war), dass „nur“ der Austausch und das sich Erleichtern durchs Gespräch nicht ausreichend ist.

Die Mitglieder möchten vielmehr die Problematiken angehen und mit „etwas in der Hand“ (Lösungsmöglichkeiten etc.) nach Hause gehen.

Vorschläge, wie dies aussehen könnte, kamen nicht, so dass ich ein Konzept für die künftigen Treffen ausgearbeitet habe.

Ebenfalls hatte ich darum gebeten, dass sich die Mitglieder über Regeln und Ziele einer SHG Gedanken machen. Auch dahingehend kam nichts zurück.

Jedoch fiel mir auch auf, dass sich einige Eltern erhoffen, ein fundiertes kostenloses ADHS-Elterntaining samt Coaching über die SHG zu erhalten, möglichst gleich mit vorgefertigten Lösungen für alle Probleme.

Hier wird im Jahr 2009 die große Aufgabe der Erkenntnis für manche Mitglieder anstehen und für mich die Aufgabe der Abgrenzung.

Ich habe mittlerweile selbst einen spezifischen SHG-Leitfaden erstellt, in welchem die Regeln, Grenzen und Ziele sowie die Möglichkeiten, Erwartungen und Aufgaben der SHG-Arbeit und deren Mitglieder, spezifisch für unsere Gruppe, dokumentiert sind.

Dies wurde notwendig, da ich erkannt habe, dass dringend

Strukturen und Definitionen in die Gruppe kommen, sowie Erwartungshaltungen in die richtigen Bahnen gelenkt werden mussten.

Mittlerweile habe ich eine zweite Telefonleitung, einen Anrufbeantworter sowie feste Sprechzeiten um den Ansturm an Anrufen Einhalt zu bieten, als auch unser Familienleben zu schützen.

Wir haben begonnen, eine Leihbibliothek mit Fachliteratur aufzubauen, die stetig erweitert wird.

Des Weiteren haben wir eine Ärztin für uns gewinnen können, welche ab 2009 anbietet, bei Bedarf für Fragerunden in die Gruppe zu kommen und ebenfalls nach Bedarf spezifische Einzelthemen mit uns zu erörtern.

Ich habe Kontakt zum Jugendamt und Therapeuten aufgenommen, die gewillt sind mit der Gruppe zu kooperieren. Dies muss jedoch noch gezielt ausgearbeitet und definiert werden.

Die ortsansässige Schule, der ich die Kooperation anbot, kontaktiert mich bei Bedarf.

Des Weiteren war ich im Einzelgespräch bei 2 Familien behilflich, Struktur in den Alltag zu bringen.

Ein Flyer wurde erstellt, der (so hoffe ich zumindest) über die Mitglieder, aber auch durch mich verteilt wird.

Sonderveranstaltungen hatten wir bisher keine, da auch hier die „Mitnahmementalität“ der Mitglieder ersichtlich wird.

Noch ist niemand bereit, sich tatkräftig einzubringen und mitzuhelfen.

Immer größer wird der Bedarf nach einer spezifischen Erwachsenenengruppe.

Hier grenze ich mich gänzlich ab, da ich nicht in der Lage bin, noch mehr zu leisten.

Jedoch gelang es mir, 2 Männer, die den Mailkontakt zu mir suchten, zu motivieren, diese Gruppe evtl. im nächsten Jahr zu starten.

Ich bot meine Unterstützung bei der Gründung an.

Weitere Gespräche und Austausch um diese „Idee“ zu präzisieren stehen jedoch noch aus.

Silke Schneider ■

ADHS Selbsthilfe Wehr und Umgebung
Tourette Selbsthilfe Lörrach / Waldshut

RG Zeitz

„Eltern hyperkinetischer Kinder“

| Jahresbericht 2008

Die SHG „Eltern hyperkinetischer Kinder“ Zeitz Deutschland e.V. führte im Jahr 2008 an folgenden Terminen die Treffen der Selbsthilfegruppen durch:

16. Januar 2008, 13. Februar 2008, 12. März 2008,
09. Juni 2008, 07. Mai 2008, 11. Juni 2008,
09. Juli 2008, 03. September 2008, 01. Oktober 2008,
29. Oktober 2008, 13. Dezember 2008

Die Treffen fanden regelmäßig im Gemeinderaum der evangelischen Kirche statt - *worüber wir sehr dankbar sind* - und wurden kurz als Ergebnisprotokoll dokumentiert.

Unsere Gruppe besteht gegenwärtig aus 9 Mitgliedern. Anfang des Jahres 2008 konnte ein neues Mitglied fester Gruppenbestandteil werden. Ein langjähriges Mitglied verließ die Gruppe Ende des Jahres, welches wir sehr bedauern. Interessant ist bei dieser Gruppe mit langjährigen Mitgliedern die Möglichkeit, am Entwicklungsverlauf der Kinder teilzuhaben. Auch die Berichte der Mitglieder von „großen Kindern“ – eigentlich Erwachsenen – bleiben spannend.

E. Müller ■
Regionalgruppenleiterin Zeitz

ADHS-Elterngruppe Wolfsburg

Neue Regionalgruppe des ADHS Deutschland kommt aus der Stadt des deutschen Fußballmeisters 2009

Mit Unterstützung des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg, vertreten durch Margit Tütje-Schlicker, startete Andrea Bösche aus Ehra im Juni vergangenen Jahres die Wolfsburger Gruppe, nachdem sie zunächst einige Monate nach Sassenburg, in die dortige Regionalgruppe, gekommen war. Weil von Seiten der behandelnden Ärztin ihrer betroffenen Tochter aber immer mal wieder der Wunsch nach einer Wolfsburger Selbsthilfegruppe für Eltern von ADHS-Kindern vorgebracht wurde, brachte sie das Thema mit in die Sassenburger Runde. Nach einigen Überlegungen wurden die Kontakte zur KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe) Wolfsburg genutzt und die Raumfrage geklärt.

Obwohl die Nachfrage nach einer eigenen Wolfsburger Selbsthilfegruppe recht groß gewesen war, verliefen die ersten Treffen in einem eher kleinen Rahmen. Mittlerweile ist die Gruppe aber derart angewachsen, dass eine Unterstützung seitens der benachbarten SHG aus Sassenburg

nicht mehr notwendig ist. Eine Zusammenarbeit bzw. einen möglichen Austausch zwischen der Sassenburger und der Wolfsburger Gruppe soll und wird es aber dennoch geben.

Inzwischen haben auch einige selbst betroffene Erwachsene den Weg in die neue ADHS-Selbsthilfegruppe gefunden. Monatlich, an jedem dritten Dienstag eines Monats, um 19.30 Uhr, kommen derzeit etwa zehn Personen in den eigens zur Verfügung gestellten Raum der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS), im Paritätischen Sozialzentrum, Saarstraße 10 a in Wolfsburg. Wer sich der Wolfsburger ADHS-Elterngruppe anschließen oder einfach erstmal „reinschnuppern“ möchte, kann das an den entsprechenden Dienstagen tun. Weitere Informationen gibt es über die Kontaktstelle oder bei Andrea Bösche, unter Telefon 05377/800565.

Frank Häusler ■



Lese-Rechtschreib-schwierigkeiten?

- Spielerische Förderung mit LegaKids -

Oft tritt ADHS in Kombination mit anderen Schwierigkeiten auf. Die häufigsten sind: Lese-, Rechtschreib-, Rechenschwierigkeiten, Probleme im sozialen Bereich sowie Ängste. Jede zusätzliche Schwierigkeit verringert die Lebensfreude eines Kindes und gefährdet seinen schulischen Erfolg.

Was also, wenn ein Kind mit ADHS deutliche Probleme im Lesen und/oder Rechtschreiben hat? Eine einfühlsame, fachlich gute Förderung steht hier sicher an erster Stelle, eine Förderung, die das Kind ermutigt, ihm einen positiven Zugang zur Schriftsprache ermöglicht und seine Fähigkeiten zur Selbstorganisation unterstützt.

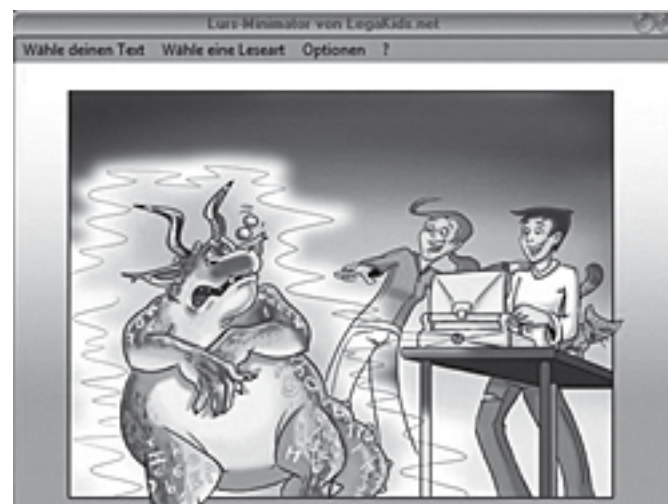
Die meisten Kinder mit ADHS spielen und arbeiten gerne am Computer. Diese Vorliebe birgt auf der einen Seite Gefahren (Computerspielsucht), auf der anderen Seite aber auch Chancen: Das spielerische Üben am Computer in kleinen Schritten und mit direkten Erfolgserlebnissen ist für die Kinder sehr motivierend und fördert ihr Durchhaltevermögen. Zumindest zu Beginn sollten Kinder natürlich den Computer gemeinsam mit Eltern, Lehrern oder Lerntherapeuten nutzen. Eine Begrenzung der Übungszeit auf 15 bis 20 Minuten empfiehlt sich.

Das Angebot an Lernsoftware ist allerdings sehr groß, oftmals sehr teuer und nicht selten auch pädagogisch nicht sehr sinnvoll.

Das für alle Nutzer kostenfreie und von vielen Fachleuten (u.a. auch von der Bundesministerin für Bildung und Forschung) empfohlene LegaKids.net bietet vielfältige

Übungs-, Spiel- und Unterstützungsmöglichkeiten. LegaKids richtet sich an alle, die Hilfestellung zum Thema Lese-Rechtschreibunsicherheiten, LRS, Legasthenie oder Rechenschwäche suchen. Der umfangreiche Bereich für Eltern, Lehrkräfte und Therapeuten stellt aktuelle Informationen, Tipps und Empfehlungen zur Verfügung.

Im **Kinder-Bereich** dreht sich alles um das **Lese- und Rechtschreibmonster Lurs**, dessen Arbeit darin besteht, den Kindern die Freude am Lernen zu nehmen. Das Monster Lurs ist eigentlich unsichtbar. Aber Lega und Steni, zwei clevere Kinder, haben eine Reflektormaschine gebaut, mit deren Hilfe Lurs sichtbar gemacht werden kann - und was man sieht, kann man bekämpfen. Um den Kindern im Kampf gegen Lurs zur Seite zu stehen, wurden und werden verschiedene Hör-, Lern- und Lese-



Spiele entwickelt. Zwei Programme stellen wir Ihnen hier näher vor: Das audiovisuelle Rechtschreibspiel HorchMal! und das vielseitige Leseprogramm Lurs-Minimator.

Horch mal!

Das Programm ist für Kinder ab sieben Jahren geeignet. Aber auch ältere Kinder können gezielt Rechtschreibstrategien üben oder die Schreibweise von Vokabeln lernen. Unter dem Überbegriff Horch mal! finden sich verschiedene Übungen, bei denen Buchstaben mit Tönen verbunden werden. Das heißt, dass jedes geschriebene Wort ein rhythmisches Klangbild erzeugt, an dem sich das Kind orientieren kann.

Kinder, die sich im Erkennen und Auseinanderhalten von Zeichen schwer tun, erhalten über das auditive Element der Schlagzeug-Töne eine „Brücke“ zu den Buchstaben. Umgekehrt trainiert das Spiel Hörbereitschaft und Hör-differenzierung bei Kindern, die sich im auditiven Bereich schwerer tun und im visuellen Bereich Stärken aufweisen. Die Grundidee ist, den Prozess des Schriftspracherwerbs durch die Vernetzung von visuellen mit auditiven Reizen zu unterstützen.

Funktionen:

- konkrete Rechtschreibübungen zu spezifischen Problembereichen
- Förderung von auditiver und visueller Differenzierung
- Schwierigkeitsstufen je nach Leistungsstand
- Möglichkeit des Erstellens individueller Wortlisten und Lernkarteien

Lurs-Minimator

In diesem Programm werden unterschiedliche Arten des Lesens angeboten, die Kindern und Jugendlichen das Lesen erleichtern. Der Lurs-Minimator ermöglicht sowohl spielerisches als auch systematisches Üben. Dabei lassen sich sowohl Lesetechnik (segmentiertes Lesen) als auch automatische Worterkennung und Leseflüssigkeit trainieren.

Der Lurs-Minimator bietet als Auswahl an, mit der Silbenstruktur der Wörter oder aber mit den bedeutungstragenden Morphemen zu üben.

Da das Programm das Einlesen eigener Texte erlaubt, können Eltern und Förderkräfte gezielt mit Lesestoff arbeiten, der den Interessen des Kindes entgegenkommt. Das fördert die Motivation zu lesen zusätzlich. Im Schulunterricht können Texte eingesetzt werden, die zum aktuellen Schulstoff passen.

Sie können also wählen, ob Sie eine der Lurs-Geschichten, eine Gruselgeschichte, ein Märchen, ein Gedicht oder einen beliebigen eigenen Text lesen möchten - und das mit ganz verschiedenen Lesarten.



v.l.n.r.: Michael Kortländer (LegaKids), Bundeskanzlerin Angela Merkel, Britta Büchner (LegaKids)

Funktionen:

- Blitzsilbe
- Blitzwort
- Silben in Klangfarben
- farbige Wortstämme
- u. v. m.

Die Geschwindigkeit der Anzeige ist individuell einstellbar – das ist auch für ADHS-Kinder eine gute Möglichkeit zur Selbststeuerung und Erfolgskontrolle des Leseflusses. Jeder Text kann mit farbigen Silben oder farbigen Wortstämmen in frei wählbarer Schriftgröße ausgedruckt werden.

Diese beiden Programme sind nur ein Ausschnitt aus dem vielfältigen Angebot von LegaKids. Hörspiele rund um das Monster Lurs, weitere Spiele wie „Wörter versenken“, MemoReim oder LursMania fördern den Spaß im Umgang mit den Buchstaben. Einige der Spiele sind auch auf Englisch verfügbar. Im Bereich „Zahlenspiele“ können die Kinder Dosenwerfen oder Lurs mit Matheaufgaben im Klassenzimmer aufspüren. Kleine Gewinnspiele in den „Wundertüten“ erhöhen zusätzlich die Motivation.

Im **Bereich für Eltern und Lehrkräfte** versorgt LegaKids Sie darüber hinaus mit neuesten wissenschaftlichen Informationen, Literaturtipps, den aktuell gültigen Erlassen zu LRS / Legasthenie und interessanten Neuigkeiten.

Alle Spiele und weitere Informationen finden Sie kostenfrei unter: www.legakids.net

Michael Kortländer, Legakids e.V. ■



Leslie Iversen:
*„Speed, Ecstasy, Ritalin –
 Amphetamine, Theorie und
 Praxis“*

ISBN 978-3-456-84411-4
 (Bern: Huber-Verlag, 2009)
 Preis 29,95 Euro

der simplen Logik anhängen, die Ähnlichkeit der Substanzen begründe eine vergleichbare Ähnlichkeit der Wirkungen. Aber auch die Anhänger eines beliebigen Gebrauchs von Methylphenidat können lernen, dass dem sinnvollen medizinischen Nutzen durchaus scharfe Grenzen gesetzt sind, welche durch Indikation, Dosis, Darreichungsform und auch die Kontrolle über die Substanzeinnahme bestimmt werden.

Doch der Reihe nach. Das Buch ist in neun Kapitel unterteilt, von welchen die Kapitel 2 „Was sind die Amphetamine und was bewirken sie im menschlichen Gehirn?“, 3 „Medizinische Verwendungen für Amphetamine“ und 7 „Wie gefährlich sind Amphetamine?“ am wichtigsten sind. Freilich sind auch die Abschnitte über den illegalen Handel mit Amphetaminen, deren weltweiter Umsatz auf über 60 Milliarden US-Dollar jährlich geschätzt wird, sowie ihre Erscheinungsformen als Drogen sehr spannend. Zudem erläutert der Autor, gestützt auf wissen-

schaftliche Befunde, warum zwischen der oralen Einnahme von Methylphenidat bei ADHS einerseits, dem Schnupfen oder Spritzen von Methamphetamin als Droge andererseits ein himmelweiter Unterschied besteht. Allerdings mutet es stets unheimlich an, verweist jemand darauf, wie einfach Substanzen herzustellen sind, deren Effekte auf Körper

und Psyche gleichermaßen eindrucksvoll wie verheerend sein können. Berühmte Leute wie John F. Kennedy oder die Schauspielerin Judy Garland müssen retrospektiv als Amphetamin-Abhängige qualifiziert werden. Nicht nur in den westlichen Industriestaaten, sondern v.a. auch in den Schwellenländern Südostasiens konsumieren heute Abermillionen täglich amphetaminhaltige Drogen. Viele glauben, die Einnahme mache sie wach, kreativ und schier übermenschlich leistungsfähig, bis die Abhängigkeit ihren Körper und Geist vielmehr ausgezehrt, einfalllos und krank zurücklässt.

Iversens Werk ist ein Fachbuch und keine Bettlektüre! Um zu verstehen, was viele der zahlreichen zitierten Studien und ihre Ergebnisse bedeuten, braucht man ein solides Vorwissen im Bereich der Medizin und Psychologie, v.a. der Neurologie und Neuropsychologie. Die Anzahl der wissenschaftlichen Experimente, insbesondere mit Tieren, die in den letzten 50 Jahren unter Einsatz von Amphetaminen durchgeführt wurden, ist groß. Das aus ihnen gewonnene Wissen sowie die im Feld erhobenen Daten von Soldaten, Sportlern und Drogenkonsumenten setzt Iversen wie ein Puzzle zu einem mehr oder minder einheitlichen Bild zusammen:

Leslie Iversen:

„Speed, Ecstasy, Ritalin – Amphetamine, Theorie und Praxis“

Als ich den Titel von Iversens Buch erstmals sah, dachte ich zunächst bei mir: Bitte, nicht noch eine Publikation, die Kapital aus Unwissenheit und Angst schlägt – Unwissenheit hinsichtlich medizinischer Zusammenhänge, und einer unspezifischen Angst vor „Drugs“ (dem amerikanischen Begriff für Medikamente und Drogen) einschließlich einer mystisch-finsteren Abhängigkeit von Substanzen und ihren Produzenten!

Zugegeben: Der Titel des Buches, das bereits im englischen Original so heißt, macht sich die Popularität der Begriffe zunutze. Autor und Verlag sei es jedoch mehr als verzeihen, denn wer immer Iversens Buch liest, wird am Ende mehr über die Strukturklasse der Amphetamine wissen, über ihren Gebrauch und ihren Missbrauch. Ehrlicherweise ist anzumerken, dass der Gebrauch des Amphetamins und seiner Derivate über Jahrzehnte mitnichten durchwegs medizinisch begründet war und ist – und sein Missbrauch leider allzu oft und allzu lange legal erfolgte, ja noch immer erfolgt. Wer nun aber glaubt, Iversen liefere die Argumente für eine populistische Gleichsetzung von zentralnervös stimulierenden Medikamenten und psychoaktiven Drogen, der täuscht sich. Am Ende werden gerade jene Leser erstaunt und verwirrt sein, die

Amphetamine sind im zentralen wie peripheren Nervensystem hochwirksame Substanzen. Sie wirken v.a. in den Systemen von drei im Gehirn multipel aktiven Neurotransmittern: Dopamin, Noradrenalin und Serotonin. Für die höheren kognitiven Funktionen wie Lernen, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Impulskontrolle ist das Dopamin, dessen Stoffwechsel eng mit dem des Noradrenalins verbunden ist, am bedeutsamsten. Langsame Substanzaufnahme bei oraler Einnahme begrenzter Dosen ist sinnvoll für medizinische Indikationen wie ADHS oder Narkolepsie; schnelle Substanzaufnahme im Gehirn durch die Nasenschleimhäute oder intravenös führt je nach Substanz und Menge zu Rauscherleben, Sucht und strukturellen Nervenschäden. Nicht zuletzt macht es für die Suchtentwicklung und sogar für die mit ihr einhergehenden Veränderungen der Hirnstruktur einen Unterschied, ob das Gehirn selbst entscheiden kann, wann es sich die Substanz zuführt, oder andere die Substanzeinnahme regeln.

Im Kapitel 4 beschreibt Iversen überblickshaft die bis zum Jahr 2005 vorliegenden Befunde zum Einsatz von Amphetaminen zur Leistungssteigerung. Hier werden v.a. Beispiele für den militärischen Gebrauch der Amphetamine seit den 1930er Jahren sowie im Sport angeführt. Gruselig sind die Hinweise auf stereotypes, enthemmtes und bisweilen paranoides Erleben und Verhalten sowie Todesfälle durch körperliche Überanstrengung infolge des Amphetaminkonsums. Leider lässt der Autor die wachsenden Befunde zum „Cognitive Enhancement“ an dieser Stelle aus. Im „Auswirkungen auf die kognitive Leistung“ überschriebenen Abschnitt des zweiten Kapitels sowie an anderen Stellen des Buches geht er allerdings auf die diesbezüglichen Effekte des Amphetaminkonsums ein. Fazit für Gesunde, wie ich es bereits in meinem Fachbuchartikel von 2008 zu „Ritalin und Cognitive Enhancement“ ausführlich darlegte: Zur Erhöhung der Vigilanz bei stumpfsinnigen Tätigkeiten taugen die Amphetamine; bei komplexen Denkaufgaben sowie im Hinblick auf die langfristigen Auswirkung auf Lernfähigkeit, Willkürsteuerung der Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistungen ist der Amphetamin-Konsum eher schädlich.

Was zudem bedenklich ist: Studien, die den Selbstbericht von Probanden unter Amphetamin mit der testpsychologisch gemessenen tatsächlichen Leistungsfähigkeit verglichen, fanden heraus, dass das subjektive Erleben gesteigerter Konzentrations- und Leistungsfähigkeit nicht mit einer realen Verbesserung der Leistungen einherging. Diese Beobachtung entspricht den Erfahrungen mit anderen Drogen, welche ihren Konsumenten beliebigen Ideenreichtum und ungewohnte Denkschärfe vorgaukeln, wohingegen der Mensch unter Drogeneinwirkung faktisch in Stereotypen, Redundanz und eine pathologische Auflockerung logischer Gedankenzusammenhänge verfällt.

Leider präsentieren uns die Medien in letzter Zeit häufig Beispiele von Schülern, Studenten oder Karrieristen, die Methylphenidat zur Leistungssteigerung einnehmen und von vermeintlich günstigen Auswirkungen auf die eigene Leistungsfähigkeit berichten, zuletzt in einem SPIEGEL-Artikel vom 26.10.2009 sowie einem Beitrag auf „arte“ vom 17.01.2010. Selbst bemüht Ritalin-kritische Veröffentlichungen wie die „stern“-Reportage vom 29. Oktober vergangenen Jahres machen mit ihren plakativen Schwarz-Weiß-Darstellungen Werbung für eine wundersame Wirkung von Methylphenidat, die es schlicht nicht gibt. Nicht weniger kritisch sollten wir euphorische Berichte von ADHS-diagnostizierten und nun medikamentös behandelten Erwachsenen lesen, die in Internetforen die schlagartige Verwandlung ihres qualvollen Lebensalltags in eine Erfolgsgeschichte privaten Glücks und beruflichen Fortschritts beschwören. Amphetamine, v.a. das Derivat Methylphenidat, sind für Menschen mit ADHS extrem hilfreich, weil die Betroffenen in der Funktion bestimmter dopaminerger und noradrenerger Bereiche des Nervensystems offenbar Probleme haben. Werden diese durch die Medikation adressiert, nicht zuviel und nicht zuwenig, sind die Betroffenen „back to normal“, nicht mehr und nicht weniger.

Abschließend soll nicht verschwiegen werden, dass ein kritischer Blick nachgerade auch auf den medizinischen Gebrauch von Amphetaminen notwendig ist. Nachdem die Nutzlosigkeit von Substanzen dieser Strukturklasse zur Bekämpfung des Übergewichts sowie die z.T. gefährlichen Nebenwirkungen einer langfristigen und hochdosierten Amphetamineinnahme Anfang der 1990er Jahre längst bekannt waren, kam es infolge des sogenannten Fen-Phen-Skandals um die Jahrtausendwende zum größten und teuersten Verfahren gegen einen Hersteller von amphetaminhaltigen Appetitzüglern in der US-amerikanischen Geschichte. Bis heute bildete der größte Produzent und Vermarkter dieses Kombinationspräparates über 20 Milliarden US-Dollar an Rückstellungen zur Entschädigung für erlittene Schäden u.a. an den Herzklappen der Patienten. Die Gier des Unternehmens und seiner Investoren waren größer als Verstand und Vernunft.

Mag es sich im Fall der Therapie der ADHS durchaus um eine andere Indikation und andere Substanzen handeln, mag die medikamentöse Behandlung der ADHS mit Methylphenidat auch über viele Jahre erprobt und sicher sein, so sind Wachsamkeit und Vorsicht beim medizinischen Einsatz von Amphetaminen – wie dem anderer Wirkstoffe – weiterhin dringend geboten. Vor dem Hintergrund einer hochtechnisierten Gesellschaft und globalen wirtschaftlichen Konkurrenz ist nicht nur der Einzelne, sondern die Gemeinschaft als „Scientific Community“, mediale Öffentlichkeit und staatliche Einheit aufgefor-

dert, im Vorfeld zu bedenken, was das menschlich Mögliche für den in der Folge möglichen Menschen bedeutet. Erwachsene, die über ihre Gesundheit selbst befinden und entscheiden können, müssen sich fragen, ob die Substanzannahme sie tatsächlich besser leisten, den sozialen Anforderungen eher genügen und langfristig besser leben lässt – oder ob sie sich für den Augenblick einfach besser fühlen. „Wer weiß, wann ein weiteres »Ecstasy« gefunden wird, das möglicherweise eine einzigartige Permutation von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin ankurbelndem Potenzial mit einem neuen psychopharmakologischen Profil darstellt? Eine Tablette, die das ganze Wochenende über wach hält ohne Kater? Oder eine, die glücklich und einfühlsam macht, ganz ohne die Risiken von Ecstasy?“ Leslie Iversen kann nicht anders, als diese Fragen am

Ende der 212 Seiten von „Speed, Ecstasy, Ritalin“ offen zu lassen. Unsere Gesellschaft muss sich jedoch heute bereits Rechenschaft darüber ablegen, ob sie den Weg von der Behandlung massiv verhaltensauffälliger Kinder zur alltagsüblichen medikamentösen Unterstützung von Lernen und Leistung gehen möchte. Die Medien und ihre Vertreter aber stehen vor der Aufgabe, endlich mehr zu lernen, zu begreifen und zu vermitteln, wo die schmale Grenze zwischen ethisch-wissenschaftlicher Erkenntnis und moralisch ungebundener Vermarktung von Information liegt.

Dr. Johannes Streif ■

Karin Windt:

ADD Hidden obstacles

Der Niederländerin Karin Windt gelingt, was vielen deutschsprachigen Veröffentlichungen zu AD(H)S oft fehlt: Einen Kreis zu ziehen zwischen eigener Betroffenheit, sachlicher Reflexion und die Wahrnehmung anderer in ihre Ausführung einzubeziehen. Der Titel ist das zentrale Thema des Buches: Die heimlichen Hindernisse des ADS. Es geht um die hypoaktive Variante des AD(H)S, die der äußeren Wahrnehmung zunächst verborgen bleibt. „ADHS unterscheidet sich von ADS“, erklärt die Autorin einem Freund. „Aber ist ebenso ernst.“ Rick antwortete: „Aber ich habe nichts Ungewöhnliches an dir bemerkt. Für mich ersiehst du völlig in Ordnung.“ (Einführung S. 11; Übers. UM) ADS findet in weitaus stärkerem Maße im Verborgenen statt, als die hyperaktive Variante.

Was macht ADS aus, wie „fühlt“ es sich an? Mit welchen Einschränkungen leben hypoaktive Menschen? Welche Kräfte und Möglichkeiten schlummern in ihnen? Dies sind die Hauptfragen, die Betroffene beschäftigen. Karin Windt wendet sich ihnen in den ersten neun Kapiteln ihres Buches zu. In den folgenden vier Kapiteln gibt sie Auskunft über die Varietät des ADS im Kindes- und Erwachsenenalter und geht auf besondere Herausforderungen ein, die Betroffene (und deren Angehörige) in Beziehungen und Partnerschaften bewegen können.

Karin Windts Buch liegt noch nicht in deutschsprachiger Übersetzung vor. Falls sich ein Verlag dieser Aufgabe annimmt, sollte er die bewusst gesetzte anderthalbzeilige

Karin Windt:

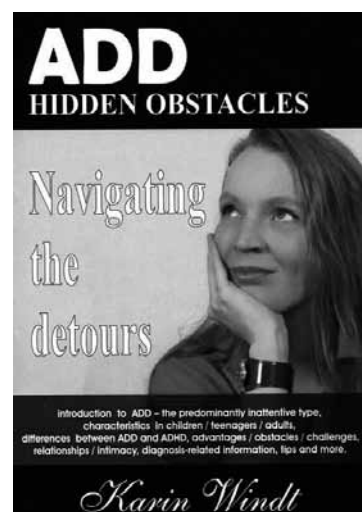
ADD Hidden obstacles

ISBN 978-90-5512-306-3,

Englisch

Van De Berg Publishers 2009

Preis: 21,95 Euro



Aufteilung des Schriftbildes übernehmen. Dieser Zeilenabstand kommt den Lesebedürfnissen von Menschen mit Dyslexie oder Aufmerksamkeitsstörung entgegen – ein kleiner Trick mit beträchtlicher Wirkung.

Während der Lektüre ist mir bewusst geworden, wie sehr sich ADS und ADHS voneinander unterscheiden, obwohl ihnen dieselbe Neurobiologie zugrunde liegt. Einzelne Symptome teilen beide, etwa ein permanentes Unsicherheitsempfinden, dem Vermögen zu hyperfokussieren oder der Neigung zu Depressivität. Die Verschiedenheit beider Varianten ist allerdings groß. Jemand, der von der hyperaktiv-extrovertierten Variante des AD(H)S betroffen ist, muss sich nicht automatisch in einen hypoaktiven Menschen hineinversetzen können und umgekehrt.

Mein Fazit: Für Menschen mit AD(H)S ist es eine Erleichterung, wenn sie bei Menschen ohne AD(H)S mit Kenntnis und Verständnis rechnen können. Karin Windts Buch zeigt mir, dass dies auch für Betroffene untereinander gilt.

Uwe Metz ■

Neuhaus/Trott/Berger-Eckert/
Schwab/Townson:

„Neuropsychotherapie der ADHS“

Das Elterntaining für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung des selbstbetroffenen Elternteils

Dieses Buch ist eine wichtige und hilfreiche Lektüre für Therapeuten und Pädagogen, die mit ADHS-Kindern, -Jugendlichen und -Eltern erfolgreich arbeiten wollen.

Mit viel Empathie für betroffene Kinder, Jugendliche und deren Eltern wird von Frau Neuhaus ein ETKJ ADHS - Elterntaining beschrieben, das Eltern befähigt, den typischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder mit Verständnis und Wissen zu begegnen. Ziel ist, dass Eltern mit dem Wahrnehmungs- und Reaktionsstil bei ADHS verstehend umgehen und erfolgreicher kommunizieren, um Konflikte zu entschärfen oder abzuwenden. Deutlich wird in diesem Zusammenhang aufgezeigt, dass Strafen oder Ankündigungen negativer Sanktionen sich auf lange Sicht bei Kindern und Jugendlichen als ineffektiv herausgestellt haben.

Interessant und gut lesbar wird der Ablauf des Elterntainings und das methodische Vorgehen nach dem neuesten Stand der neurobiologischen Hintergründe von ADHS dargestellt. Diese werden, zusammen mit der Kernsymptomatik von ADHS, auch für medizinische Laien verständlich erklärt.

Kurz, klar und übersichtlich werden u.a. die positiven Eigenschaften von ADHS dargestellt, ebenso was die Symptomatik verbessert oder verschlechtert, was wirklich hilft, was Kinder unabdingbar brauchen, welche Maß-

Neuhaus/Trott/Berger-Eckert/Schwab/Townson
„Neuropsychotherapie der ADHS“. Das Elterntaining für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung des selbstbetroffenen Elternteils

ISBN: 13-978-3170203457
Kohlhammer-Verlag
Preis: 24,00 Euro



nahmen und Therapien bei ADHS nicht helfen und was ergänzend zur Medikation hilfreich ist. Die Abwärtsspirale in der Lerngeschichte von ADHS-lern wird eindrücklich verdeutlicht.

Basisregeln der allgemeinen Kommunikation geben den Eltern gute Möglichkeiten, ihre Kinder bei konsequenter Einhaltung alltagstauglich zu erreichen.

Besonders gefallen hat mir der Ansatz, selbstbetroffene Elternteile mit zu berücksichtigen und Trainerin und Trainer auf etwaige Hindernisse oder Widerstände bei Eltern aufmerksam zu machen. Hilfreiche Tipps zum Umgang mit schwierigen Situationen, die liebevolle Ansprache der Trainer/innen („Achtung, lieber Trainer“) und die Umrahmungen von wichtigen Passagen erhöhen die Aufmerksamkeit beim Lesen und vermitteln einen guten Überblick.

Anforderungen an die Trainer/innen werden deutlich formuliert und es wird klar, dass dieses Elterntaining kein Rezeptbuch nach Schema F ist. Hohe Ansprüche an die Kompetenz der Trainer/innen sichern die Qualität des Trainings.

Ein rundum gelungenes, sehr empfehlenswertes Buch, das dem Elterntaining im Rahmen der multimodalen Therapie nach den Leitlinien der AG ADHS (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.) einen wichtigen und wirksamen Stellenwert sichert.

Karin Straußberger-Christoph ■

Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 18.06.2010 - Sonntag, 20.06.2010
Christophorushaus,
Am Hasselholt 1,
23909 Bäk

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 17.09.2010 - Sonntag, 19.09.2010
Christophorushaus
Am Hasselholt 1
23909 Bäk

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Freitag, 18.02.2011 - Sonntag, 20.02.2011
Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Freitag, 01.04.2011 - Sonntag, 03.04.2011
Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg:

voraussichtlich 20. November 2010

Landesgruppe Bayern:

23./24. Oktober 2010

Landesgruppe Hamburg / Schleswig-Holstein:

aufgrund der geringen Größe keine eigene Fortbildung

Landesgruppe Niedersachsen / Bremen:

18./19. September 2010

Die RG-Leiter Fortbildung in Hankensbüttel findet für alle Bundesländer im Norden Deutschlands statt.

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

12./13. Juni 2010

Neu in unserem Angebot: E-Mail-Beratung

Neben unseren ca. 250 Selbsthilfegruppen und unserem bundesweit tätigen Telefonberatungsnetz haben Sie die Möglichkeit, mit uns in E-Mail-Austausch zu treten. Gleichgültig, ob Sie Informationen bekommen möchten oder ob Sie sich in einer Krisensituation befinden, wir versuchen zu helfen.

Da unsere Hilfe weder diagnostischer noch therapeutischer Art sein kann, ist eine Beratung über Medikationen, die allein der Entscheidung eines Arztes unterliegen, nicht möglich. Wir sind u.a. aber gerne bereit, mit Ihnen gemeinsam über den nächsten erforderlichen Schritt auf Ihrem Wege nachzudenken.

Schreiben Sie uns - unsere E-Mail-Adresse lautet:

email-beratung@adhs-deutschland.de

Innerhalb unseres Beraterteams können wir Ihnen absolute Diskretion zusichern. Bitte beachten Sie, dass im Internet diese Sicherheit eingeschränkt ist. Eine Beratung unsererseits mittels E-Mail erfolgt also nur, wenn Sie uns per E-Mail anschreiben und somit ausdrücklich diese Kommunikationsform wählen. Weitere Informationen erhalten Sie auch in Wikipedia unter den Stichworten "E-Mail Datenschutz Integrität".

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Fortbildung / Schulung (E-Mail-Beratung)

Freitag, 29.10.2010 - Sonntag, 31.10.2010
Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Fortbildung für Jugendliche

Fortbildung / Schulung (Junges Beraternetz)

Freitag, 06.11.2010 - Sonntag, 07.11.2010
Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38
31832 Springe

Serge K. D. Sulz, Julian Sulz

Emotionen: Gefühle erkennen, verstehen und handhaben

Gefühle erkennen ist ein wesentlicher Aspekt emotionaler Intelligenz und ermöglicht bessere zwischenmenschliche Beziehungen. Mit Gefühlen umgehen können, ist die Voraussetzung für dauerhaft gute Beziehungen. Beides ist erlernbar. Der Juniorautor arbeitete mit jungen Schauspielern der Falckenbergsschule in München und fotografierte deren Ausdruck von Gefühlen in verschiedenen Situationskontexten. Die Schauspieler waren emotional ganz in der betreffenden Situation und fühlten diese Gefühle wirklich. Mit 43 Photographien in Farbe.

Bibl. Nr. 16415 | 206 Seiten | € 37,—

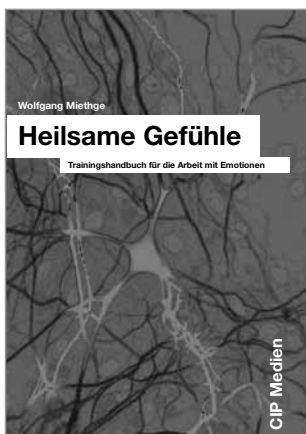


Serge K. D. Sulz, Julian Sulz

Emotionen – Eine Übungs-CD zur emotionalen Intelligenz

Gefühle erkennen ist ein wesentlicher Aspekt emotionaler Intelligenz und ermöglicht bessere zwischenmenschliche Beziehungen. Mit Gefühlen umgehen können, ist die Voraussetzung für dauerhaft gute Beziehungen. Beides ist erlernbar.

Nur für Windows! Sprachen: Deutsch, Englisch, Spanisch | Bibl. Nr. 19747 | € 37,—



Wolfgang Miethge

Heilsame Gefühle – Trainingshandbuch für die Arbeit mit Emotionen

Emotionale Arbeit ist in der Psychotherapie unverzichtbar. Dieses Buch gibt praktische Hinweise, wie die für dauerhafte therapeutische Veränderungen notwendige Aktivierung, Modifikation und Selbststeuerung von Gefühlen erfolgen kann. Zahlreiche Übungen werden gut nachvollziehbar beschrieben, ihre Indikation, ihre Wirkung und ihr Ziel jeweils verständlich gemacht.

Ein Praxis- und Arbeitsbuch für alle Psychotherapeuten.

Bibl. Nr. 16095 | 220 Seiten | € 22,—

www.CIP-Medien.com

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

Fax 089-132 133 | cipmedien@aol.com



Geschäftsführender Vorstand

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

Weitere Vorstandsmitglieder

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

Unterstützung des Verbandes

- Telefonberatungsnetz **Gerhild Gehrman**
 25336 Elmshorn
 telefonberatung@adhs-deutschland.de
- Ernährung/
 Stoffwechsel-
 besonderheiten **Renate Meyer**
 61381 Friedrichsdorf
 meyer.koeppern@t-online.de

Wissenschaftlicher Beirat

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

Landesgruppenleiter

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

ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Bundesgeschäftsstelle
 Postfach 410724
 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
 Information, Versand:

Fon 030 - 85 60 59 02

Fax 030 - 85 60 59 70

Mo 10.00-12.00 Uhr, 14.00-16.00 Uhr

Di, Do, Fr 10.00-12.00 Uhr

e-mail: info@adhs-deutschland.de

Besuchen Sie uns unter

www.adhs-deutschland.de

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

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

Aus unserem Verlag:



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

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



BV-AH e.V. (Hrsg.)
“ADHS und Schule ... was tun?”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-14-6
ISBN 978-3-933067-14-2
€ 9,50

Dieses Fachheft wendet sich gleichermaßen an betroffene Familien als auch an Lehrer und Schulen. Namhafte Autoren informieren über Krankheitsbild, Erscheinungsformen und Auswirkungen insbesondere im Schulalltag. Desweiteren werden verschiedene Lösungsansätze aufgezeigt, um z.B. die Kommunikation zwischen Familie und Schule herzustellen bzw. zu optimieren.

ADHS Deutschland e.V.

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

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

Spendenkonto:

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

Beitragskonto:

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

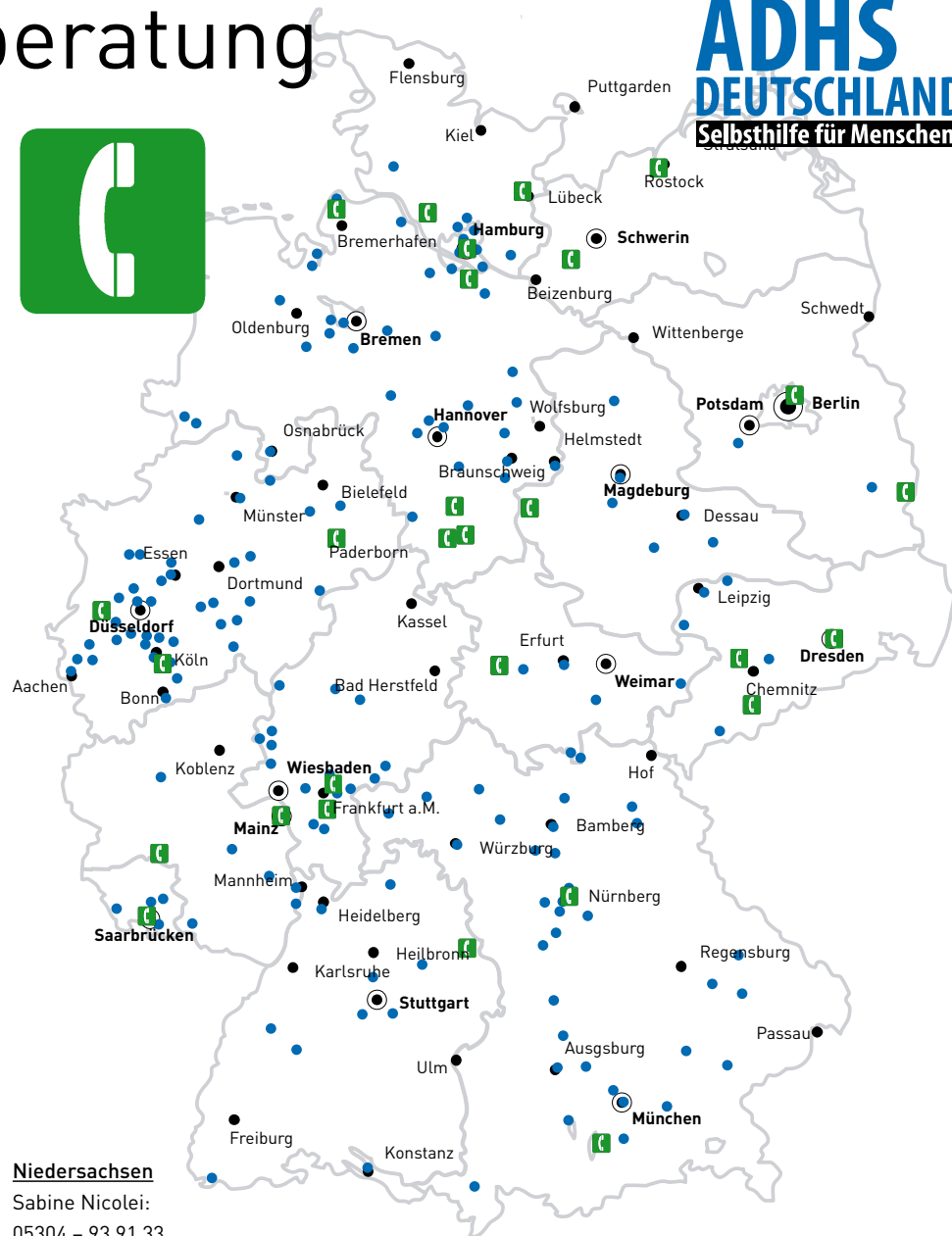


BV-AH e.V. (Hrsg.)
“ADHS Impressionen”
BV-AH Verlag, 2006,
ISBN 3-933067-13-8
€ 17,50

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

Telefonberatung

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



Bayern

Ingrid Meyer-Kaufmann:
0911 – 9 56 63 51
Michaela Nagy:
09180 – 90 97 16
Karin Straußberger-Christoph:
0911 – 7 66 53 30
Kornelia Schneidt:
08171 – 48 14 01
Ruth Wissing:
0951 – 96 84 789
Carolin Zaswoka:
09542 – 77 26 89

Baden – Württemberg

Bernd Kaspar:
07957 – 9 26 96 91

Berlin

Karin-Gisela Seegers:
030 – 3 01 97 14

Brandenburg

Kerstin Maschke:
03561 – 66611

Bremen und Umgebung

Sabine Bernau:
04793 – 93 10 21
0170 – 2 46 27 44

Hamburg und Umgebung

Gerhild Gehrmann:
04121 – 80 72 72
Pitt Lau:
040 – 76 97 75 10
Birgit Weigel:
040 – 68 91 50 23

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg
05684 - 1659
Regina Schubert:
069 – 98 55 68 23
Judith Prinzessin
zu Sayn-Wittgenstein:
06043 – 9 84 00 16

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

Sabine Nicolei:
05304 – 93 91 33
Erika Rien:
05551 – 5 27 45
Angela Schwager:
05554 – 99 56 46

NRW

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

Rheinland-Pfalz

Silvia Orth:
06502- 93 19 00

Sachsen

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

Schleswig-Holstein

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

Saarland

Sabine Debusmann:
0681 – 9 35 61 26

Thüringen

Regina Schrage:
03691 – 87 22 22

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

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