

die AKZENTE

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



- **ADHS und Hochbegabung**
- **Fragen der beruflichen Integration ADHS-Erwachsener**
- **Medikamente auch bei erwachsenen ADHSlern hoch effektiv**
- **Unterschiedliche Elterntrainings im Vergleich**
- **Eine Krankheit – keine Krankheit: ADHS im Sommerloch**

Herbsttag

HERBSTTAG

Herr: es ist Zeit. Der Sommer war sehr groß.

Leg deinen Schatten auf die Sonnenuhren,

und auf den Fluren laß die Winde los.

Befiehl den letzten Früchten voll zu sein;

gieb ihnen noch zwei südlichere Tage,

dränge sie zur Vollendung hin und jage

die letzte Süße in den schweren Wein.

Wer jetzt kein Haus hat, baut sich keines mehr.

Wer jetzt allein ist, wird es lange bleiben,

wird wachen, lesen, lange Briefe schreiben

und wird in den Alleen hin und her

unruhig wandern, wenn die Blätter treiben.

Rainer Maria Rilke

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

Was für ein Sommer!

Zunächst tropische Temperaturen, dann Regen, Regen, Regen mit herbstlichem Wetter und nun ein wunderschöner Spätsommer. Die Sommerferien – und bei den meisten auch der Urlaub – sind nun überall vorbei und ich hoffe, dass Sie die Zeit gut verbracht haben. Für die eine oder andere Familie hat mit Beginn des neuen Schuljahres der ADHS-Alltagsstress wieder begonnen. Den zahlreichen neu eingeschulerten Kindern und all denjenigen, die auf die weiterführenden Schulen gewechselt haben, wünsche ich einen guten Start mit möglichst wenig Aufregung und allen anderen eine möglichst spannungsfreie Zeit.



Aus ADHS-Kindern werden -Jugendliche. Vielleicht finden Sie in der Fortsetzung unserer Beitragsreihe aus unserem Symposium in Königswinter den einen oder anderen Tipp für Ihre familiäre Situation.

Auch in diesem Jahr: *ADHS im Sommerloch* – Zwei Autoren haben uns einen Kommentar zu einer Buchrezension eingereicht. Wir haben uns ganz bewusst für den sehr umfangreichen Beitrag entschieden, weil er auch für *nicht so sehr mit dem Thema vertraute* Leser die teilweise sehr kontroverse Diskussion etwas verständlicher macht.

Große Sorge bereitet uns die derzeitige Unterversorgung der ADHS-Erwachsenen mit den notwendigen Medikamenten zu Lasten der Krankenkassen. Auch wenn im Gesundheitswesen gespart werden muss, geschieht dies hier an der falschen Stelle. Die negativen Folgen für unsere Gesellschaft werden trotz der vielfältigen Bestrebungen um Aufklärung – um die auch wir uns immer wieder bemühen – nicht richtig eingeordnet und bedacht. Aus ADHS-Kindern werden ADHS-Erwachsene, die zu einem hohen Prozentsatz auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres der Verordnung mit Medikamenten weiterhin bedürfen, um ein einigermaßen normales Leben zu führen. Es wächst sich eben *nicht* aus! Die Verordnung im Rahmen des Off-Label-Use auf Kassenrezept muss weiterhin bis zur Zulassung eines Medikamentes für ADHS-Erwachsene möglich sein.

Zum Thema ADHS sind wir an einer „breiten“ Diskussion mit unseren Mitgliedern interessiert; vielleicht schreiben Sie uns wieder einmal einen Leserbrief? Ihre Meinung ist uns wichtig.

Inzwischen haben Sie als BV AÜK-Mitglied unsere Einladung zur außerordentlichen Mitgliederversammlung am 07. Oktober 2006 erhalten. Mit Ihrem Votum wird der BV AÜK ab 1.1.2007 im neuen Verband „ADHS-Deutschland e.V.“ seine Selbsthilfearbeit für ADHS-Familien weiterführen, denn die meisten Vorstandsmitglieder werden auch für den neuen Vorstand mit ihren bisherigen Arbeitsschwerpunkten zur Verfügung stehen. SIE entscheiden mit über die Zukunft unseres Verbandes!

Vielleicht halten Sie diese Ausgabe unserer Mitgliederzeitung schon in Händen, bevor wir uns hoffentlich zahlreich in Königswinter wieder sehen.

Ich freue mich auf Sie
und grüße Sie herzlich

Ihre

Herta Bürschgens

Inhalt

› Wissenschaft/Medizin/Therapie

- ADS und Hochbegabung - eine Balance zwischen Anspruch und Enttäuschung** 2
Helga Simchen
- ADHS wird erwachsen - Fragen der beruflichen Integration von Erwachsenen mit ADHS-Syndrom** 7
Fingerle M., Opp G., Price L. & Gerber P.
- Medikamentöse Behandlung mit OROS-MPH ist auch bei erwachsenen ADHS-Patienten hocheffektiv** 13
Susanne Kammerer
- Aktuelle Veranstaltungen** 14
- Diät bei AD(H)S – alles kalter Kaffee?** 15
Eveline Breidenstein

› Familie/Erziehung/Gesellschaft

- Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)** 17
Gerhard W. Lauth
- Elternteraining bei ADS/ADHS-Kindern- Die unterschiedlichen Angebote im Vergleich** 25
Gunhild Bongartz-Such
- Ergänzende Kompetenzen näher gebracht – Workshop für Selbsthilfegruppen und Ärzteteams** 28
PM/red.
- Ganz bei der Sache sein** 30
Heike von Stern

› ADHS in den Medien

- Betrachtungen zu einer Buchrezension in DIE ZEIT – oder „ADHS im Sommerloch“** 33
Rupert Filgjs

› Aus der Rechtsprechung

- Wunsch- und Wahlrecht gem. § 5 SGB VIII** 41
Gabriele Marwege

› BV AÜK intern

- Chronik des AD(H)S-Gesprächskreises Sassenburg** 43
Margit Tütje-Schlicker
- Musikworkshop der Selbsthilfegruppe Niederkassel** 45
Uschi Amrein/Karin Knudsen

› Forum

- Leserbrief** 27

› Bücher, Bücher

- Manfred Spitzer: „Vorsicht Bildschirm“** 46
Detlef Träbert
- David Servan-Schreiber: Die neue Medizin der Emotionen** 46
Margarete Gatzen

› Impressum

Titelfoto von Renate Meyer: In der Ruhe liegt die Kraft

ADS und Hochbegabung – eine Balance zwischen Anspruch und Enttäuschung

Helga Simchen

Dr. H. Simchen hielt diesen Vortrag auf unserem Symposium in Königswinter am 25. März 2006

Hochbegabte Kinder zeichnen sich durch sehr früh entwickelte, weit überdurchschnittliche Fähigkeiten und Interessen aus, worin sie gleichaltrigen deutlich voraus sind. Sie wissen um ihre Fähigkeiten und entwickeln einen hohen Anspruch an sich und an die Personen ihrer Umgebung. Bisher gelten 2-3 Prozent aller Kinder als hochbegabt, d.h. ihr Intelligenzquotient liegt bei über 130 Prozent in Bezug auf einen Durchschnittswert von 100 Prozent.

ADS und Hochbegabung, gibt es das?

Die Spezialisierung vieler kinderärztlicher und kinderpsychiatrischer Praxen für eine intensive, wissenschaftlich fundierte Diagnostik und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern mit AD(H)S zeigt immer wieder, dass einige dieser Kinder und Jugendlichen im Verhältnis zur Normalbevölkerung einen höheren Intelligenzquotienten haben. Aber durch ihre zentralnervös bedingten Funktionsstörungen können sie nur selten uneingeschränkt davon profitieren. Das merken sie deutlicher und früher als alle anderen, da sie eine bessere Reflektionsfähigkeit haben. Den täglichen Ansprüchen nicht genügen zu können, trotz intensiven Bemühens, enttäuscht sie immer wieder, bereitet ihnen Stress und wird zur psychischen Belastung. Dabei wird der Leidensdruck immer größer, das Selbstwertgefühl dagegen immer geringer. Der Kampf zwischen Anspruch und Enttäuschung wird zum traumatisch besetzten Konflikt, der unerkannt und unbehandelt zur eigentlichen Ursache einer späteren psychischen oder psychosomatischen Erkrankung wird. Dabei ist das Selbstwertgefühl der wesentlichste



Faktor und somit wird es auch zum Maßstab für die Wirksamkeit der verschiedensten therapeutischen Angebote. Therapie bedeutet für diese hochbegabten Kinder und Jugendlichen das Beseitigen des Konfliktes zwischen ihrem Anspruch und der täglich erlebten Enttäuschung und das Schaffen von Voraussetzungen, damit sie uneingeschränkt über ihre Fähigkeiten verfügen können. Denn sie erwarten und brauchen Erfolge und Anerkennung durch ihr soziales Umfeld, um ein stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen.

In der Begabungsforschung ist schon lange eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen bekannt, die trotz eines sehr guten Intelligenzquotienten (IQ) in der Schule und später auch im Leben weit unter ihren eigentlichen Möglichkeiten bleiben, deshalb werden sie auch als „Underachiever“ bezeichnet. Als deren Hauptproblem wird bisher noch immer eine Unterforderung angenommen, die bei hoch- und sehr begabten dann zu Verhaltensauffälligkeiten mit Schulversagen, Ängsten, Aggressionen, oppositioneller Verweigerungshaltung und vielen anderen Störungen im Sozial- und Leistungsverhalten führt, häufig be-

gleitet von psychischen Störungen und psychosomatisch bedingten Beschwerden. Es zeigte sich, dass die aufwändige Behandlung mit heilpädagogischen Maßnahmen bisher keine dauerhaften Erfolge brachte. Der Gesellschaft geht dadurch ein großes geistiges Potential verloren und das meist unwiederbringlich. Dagegen wäre eine frühe Suche nach möglichen hirnorganisch bedingten Ursachen und deren frühzeitige Behandlung wesentlich Erfolg versprechender. Frühdiagnose heißt hier Frühförderung und das schon im Kindergarten, um mögliche Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung zeitig zu erkennen und sie schon vor der Einschulung gezielt behandeln zu können, damit die Schulzeit nicht zur traumatisierenden Belastung wird.

Was verstehen wir unter AD(H)S?

AD(H)S ist nicht nur – und somit weit mehr – als ein Zappelphilipp-Syndrom, welches tatsächlich verschiedene Ursachen haben kann. Dagegen ist das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADS/ADHS) eine angeborene, neurobiologisch bedingte veränderte Wahrnehmungsverarbeitung mit Beeinträchtigung im Verhalten, in den kognitiven und motorischen Fähigkeiten und auf der Gefühlsebene. Neurobiologisch bestehen eine Unterfunktion im Stirnhirnbereich und eine Dysbalance an Botenstoffen. AD(H)S wird über verschiedene Gene vererbt mit unterschiedlicher Schwere der Beeinträchtigung und sehr variabler Symptomatik. Die wichtigsten Funktionsbeeinträchtigungen des AD(H)S, die jede noch so gute Intelligenz in ihrer Verwirklichung begrenzen und somit die Entwicklung nicht nur von hochbegabten Kindern wesentlich beeinträchtigen, sind:

1. Eine angeborene Filterschwäche aller von der Peripherie aufgenommenen und zum Gehirn weiterge-

- leiteten Wahrnehmungsreize
2. Das Arbeitsgedächtnis wird dadurch überlastet, Aufmerksamkeit und Konzentration können nicht willentlich gesteuert und aufrecht erhalten werden
 3. Durch diese Reizoffenheit wird das Gehirn ständig mit Reizen überflutet, ein Ausblenden unwichtiger Reize erfolgt nicht, was zu Stress und psychischer Belastung führt
 4. Zwischen Kurz- und Langzeitgedächtnis kommt es zu Informationsverlusten, da durch Reizüberflutung und Botenstoffmangel nicht ausreichend Leitungsbahnen ausgebildet werden.
 5. Durch Mangel an stabilen Leitungsbahnen wird die Verfügbarkeit von abgespeichertem Wissen und Gefühlen durch unzureichende Automatisierung erschwert. Erfahrungen können nicht sofort genutzt werden, so dass Gefühlssteuerung und verbale Reaktionen oft spontan und unkontrolliert erfolgen.
 6. Die Selbstmotivation und Ausdauer für Routinetätigkeiten erfordern viel Anstrengung und führen schneller zur Erschöpfung.
 7. Es besteht eine psychomotorische Unruhe und eine schnelle Ablenkbarkeit, die von dem sozialen Umfeld oft falsch gedeutet wird.
 8. Mehrere motorische Bereiche können in ihrer Funktion beeinträchtigt sein und behindern die Wahrnehmungsverarbeitung noch zusätzlich

Unter all diesen Beeinträchtigungen mit unterschiedlicher Schwere leiden diese Kinder und Jugendlichen und ihr Selbstwertgefühl leidet dabei am meisten, da sie sich die Ursache für ihre Problematik nicht erklären können und sich für einen Versager, für „dumm“ halten oder nicht selten befürchten geisteskrank zu werden. Diese angeborene Reizfilterschwäche ermöglicht aber auch und hat den Vorteil, dass bei diesen Kindern sehr viel mehr Nervenzellen erhalten bleiben und ihr Netz an Leitungsbahnen weiter verzweigt ist. Denn je mehr Reize das Gehirn erreichen, umso mehr Nervenzellen bleiben in der frühen Kindheit erhalten. Nur bei guter Reizzuordnung können

sich feste Leitungsbahnen ausbilden. Aber gerade das ist beim AD(H)S beeinträchtigt. Es gibt hier viele verzweigte Bahnen, durch die nur ein Teil der Wahrnehmungsreize wie auf Umwegen ihr Ziel erreichen. Dieses weit verzweigte Netzwerk von Nervenzellen verbindet viel mehr erhalten gebliebene Nervenzellen und ermöglicht das für AD(H)S typische kreative Denken und Handeln. Vielleicht liegt darin auch die bessere Intelligenz der AD(H)S-Betroffenen begründet. Diese ist in Verbindung mit einem verständnisvollen Umfeld ein weiterer wichtiger Copingfaktor, der ermöglicht, bei leichter Symptomatik AD(H)S bedingte Defizite auszugleichen und je nach Anforderung zu kompensieren.

Infolge ihrer besonderen Reizverarbeitung haben Menschen mit AD(H)S immer zu viele Ideen im Kopf und einen divergenten Denkstil. Dagegen fällt es ihnen schwer, bei einem Gedanken zu bleiben und konvergent zu denken. Sie können sich schlecht für eine Sache entscheiden, Prioritäten setzen und eine begonnene Tätigkeit zu Ende bringen.

Das hochbegabte AD(H)S-Kind früh erkennen, um Folgen des Konflikts zwischen Anspruch und Enttäuschung zu verhindern

Schon frühzeitig fällt so manches hyperaktive Kind auf durch seine große Wissbegierde, seinen unermüdlichen Bewegungs- und Beschäftigungsdrang, durch seine fließende Sprache mit großem Wortschatz, seine Kreativität verbunden mit einem unermüdlichen Schaffensdrang. Es will alles wissen und begreift sehr schnell, ist pfiffig, kreativ und merkt sich jede Kleinigkeit. Es ist für alle Aufgaben offen und will aus eigenem Antrieb schon vor der Schule rechnen, lesen und schreiben lernen. Alles deutet auf eine gute Intelligenz hin, die eine erfolgreiche Schullaufbahn mit einem selbstzufriedenen Kind verspricht.

Dagegen wird eine sehr gute Intelligenz bei Kindern mit ADS ohne Hyperaktivität, bei den sogenannten „Träumern“ oder hypoaktiven Kindern nur selten bemerkt, Hochbegabung gar nicht erst vermutet, denn diese Kinder fallen zunächst

überhaupt nicht auf. Sie sind eher schüchtern, äußern manchmal Ängste vor der Schule, vor fremden Kindern und vor der Trennung von den Eltern. Sie scheinen im Begreifen langsam zu sein, im Handeln umstellungsschwer, gegenüber Kritik sehr empfindlich und weinen leicht. Sie beschäftigen sich gern allein, nehmen scheinbar von den Gesehnissen der Umgebung wenig Notiz, träumen vor sich hin und langweilen sich schnell.

Während das hyperaktive Kind durch seine Reizoffenheit und seinen vermeintlich unstillbaren Wissensdrang von seiner ADS-Veranlagung profitieren kann, fordert und fördert sich das hypoaktive Kind von Anfang an viel zu wenig. Seine Intelligenz droht zu „verkümmern“, da sich das Kind vor der Umwelt verschließt, vieles gar nicht wahrnimmt und wenig Kontakte zu Gleichaltrigen sucht.

Beiden Subtypen ist aber gemeinsam, dass diese Kinder, wenn sie über eine sehr gute Intelligenz verfügen, vorhandene Defizite lange Zeit gut kompensieren können, so dass sie vom sozialen Umfeld über längere Zeit unbemerkt bleiben. Manchmal scheint nur ihr eigenartiges Verhalten unverständlich, aber an den Beginn einer möglichen Entwicklungsbeeinträchtigung wird nicht gedacht. Die betroffenen Kinder dagegen bemerken ihr „Anderssein“ meist viel deutlicher und früher als ihre Eltern oder Betreuer. Es verunsichert sie, macht sie aggressiv oder ängstlich. Dies sind meist die ersten Signale einer inneren Verunsicherung verbunden mit Hilflosigkeit, unter denen sehr intelligente Kinder mehr als alle anderen leiden. Psychodynamisch kann man diese auffälligen Verhaltensweisen hochbegabter Kinder mit ADS als Folge einer tiefen inneren Verunsicherung mit Hilflosigkeit auffassen. In ihren Aussagen über Elternhaus und Schule äußern sie ihre Unzufriedenheit. Untersucht man ihr Leistungs- und Verhaltensvermögen, so zeigen sich Defizite, die eindeutig als hirnorganische Funktionsbeeinträchtigung diagnostiziert werden können. Das selbst festgelegte Leistungsniveau kann trotz Hochbegabung bei Kindern und Jugendlichen mit einer

ausgeprägten AD(H)S-Symptomatik unter der zunehmenden schulischen Belastung nicht konstant gehalten und in entsprechend gute Noten umgesetzt werden. Um das zu erreichen bedarf es oft einer enormen Anstrengung, der auf Dauer Grenzen gesetzt sind. So ist es keine Seltenheit, dass selbst hochbegabte Kinder mit AD(H)S und Teilleistungsstörungen in der Hauptschule landen und selbst dort wegen schwerer Verhaltensauffälligkeiten, Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche auffällig sind und manchmal die Schule ganz verweigern. Damit es nicht so weit kommt, sollte schon vor der Einschulung nach Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung gesucht werden, die die schulischen Fähigkeiten mit Sicherheit beeinträchtigen. Denn die Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche sind bei Kindern mit AD(H)S die Folge von:

- mangelhafter Konzentration und Daueraufmerksamkeit
- multiplen Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung
- unzureichender Abspeicherung von Gelerntem
- mangelhafter Automatisierung in der Verfügbarkeit von Grundwissen
- schlechtem Selbstwertgefühl
- extremen Gefühlsschwankungen mit stressbedingten Blockaden

Eine Behandlung der AD(H)S-bedingten Teilleistungsstörungen kann rechtzeitig und mit einem multimodalen Therapieprogramm sehr erfolgreich sein. Eine gute Intelligenz in entsprechend gute schulische und soziale Leistungen umzusetzen, erfordert eine genaue, detailgetreue und schnelle Wahrnehmungsverarbeitung mit guter Konzentrationsfähigkeit und der Möglichkeit, auf abgespeichertes Wissen und Erfahrungen sofort zurückgreifen zu können. Das setzt eine Automatisierung in der Wissensverarbeitung voraus.

Intelligenz und Hochbegabung erkennen

Für Intelligenz gibt es unterschiedlich formulierte Definitionen, die sich aber inhaltlich alle sehr ähneln. Stern bezeichnet Intelligenz als die Fähigkeit, abstrakt und analytisch

denken zu können. Er definierte den Intelligenzquotienten (IQ) als das Verhältnis des Intelligenzalters zum Lebensalter mal 100. Das bedeutet, der errechnete IQ ist immer die Intelligenzleistung einer Person zum statistischen Mittelwert seiner Altersgruppe. Der durchschnittliche IQ-Wert liegt also bei 100.

Aktuell ist folgende Definition der Intelligenz als angeborene Fähigkeit zu geistigen Leistungen, mit deren Hilfe neue Aufgaben und Anforderungen optimal gelöst werden durch Erkennen von Gesetzmäßigkeiten und Regeln. Sich also in neuen Situationen und Aufgaben durch das eigene Denkvermögen zurechtzufinden, ohne dass für diese Situation schon spezielle Erfahrungswerte vorliegen.

Die Intelligenz ist in ihrer Verwirklichung abhängig von weiteren Faktoren, die wesentlich von der Schwere der AD(H)S-Symptomatik beeinflusst werden, wie

- der Fähigkeit der Gefühlssteuerung
- der Merkfähigkeit
- der Aufmerksamkeit
- der Fähigkeit sich zu motivieren und Freude am Lösen von Aufgaben
- dem Antrieb und der Eigenmotivation
- der Wahrnehmungsfähigkeit
- dem Sprachvermögen und der Ausdrucksfähigkeit
- dem inneren Drang, alles zu hinterfragen und überall nach Gesetzmäßigkeiten zu suchen
- dem Arbeitstempo und der Arbeitsorganisation
- der altersentsprechenden Entwicklung motorischer Fähigkeiten

Die Intelligenz allein macht aber noch keinen Erfolg, sondern wichtiger ist die emotionale Intelligenz, sie wird als eine übergeordnete Form angesehen. Sie hemmt oder fördert sie und entscheidet, wie man sich motivieren und mit Niederlagen umgehen kann. Diese beiden Fähigkeiten korrelieren mit der Höhe des Erfolges. Aber gerade ihre emotionale Steuerung bereitet den AD(H)S-Betroffenen Schwierigkeiten.

Hochbegabung und AD(H)S – eine Wechselbeziehung mit offenem Ausgang

Als hochbegabt gilt, wer einen IQ von über 130 hat. Hochbegabung wird heute von Talent unterschieden, d.h. Menschen, die in einem Fähigkeitsbereich etwas Außergewöhnliches zu leisten vermögen, müssen nicht hochbegabt sein, sie haben aber ein besonderes Talent oder eine besondere Begabung. Ein Hochbegabter muß aber nicht unbedingt über große Fähigkeiten auf einem Gebiet verfügen.

Was zeichnet hochbegabte Kinder aus? Woran kann man sie erkennen?

- Sie haben einen schnellen, meist frühen Spracherwerb
- Ihre statomotorische Entwicklung ist altersgemäß oder beschleunigt
- Sie haben eine hohe Lerngeschwindigkeit und großes Interesse an Problemlösungen
- Ihre Denkweise ist kreativ und produktiv, sie suchen nach kausalen Zusammenhängen
- Sie beschäftigen sich gern und intensiv mit Symbolen
- Sie haben ein hohes Konzentrations- und Beharrungsvermögen bei meist selbst gestellten Aufgaben
- Sie haben ein gutes Gedächtnis
- Sie sind sensibel und können sich gut einschätzen
- Sie haben einen hohen Anspruch an sich selbst und an alle Autoritäten, wie Eltern und Lehrer
- Sie haben eine gute Urteils-, Kritik- und Wahrnehmungsfähigkeit

Die Intelligenz gilt als ein über weite Lebensabschnitte hinweg stabiles Merkmal. Das ist bei ADS-Kindern nicht immer der Fall, wie sich durch Verlaufsuntersuchungen des Intelligenzquotienten bei Kindern mit ausgeprägter ADS-Symptomatik nachweisen lässt.

Ihre sehr gute Intelligenz wird beeinträchtigt beim ADS mit Hyperaktivität durch:

- verminderte Konzentration und Daueraufmerksamkeit
- geringe Merkfähigkeit

- psychomotorische Unruhe
- emotionale Steuerungsschwäche
- hohe Ablenkbarkeit bei ständiger motorischer Unruhe
- grob- und feinmotorische Beeinträchtigung
- mögliche Wahrnehmungsstörungen
- Teilleistungsstörungen
- Selbstwertproblematik mit der inneren Verunsicherung
- sozialen Kontaktschwierigkeiten mit drohender Ausgrenzung
- ständiges Gefühl, nicht verstanden zu werden

Die sehr gute Intelligenz beim ADS ohne Hyperaktivität wird beeinträchtigt durch:

- die innere Unruhe mit hoher Ablenkbarkeit
- zu langsames und umstellungerschwertes Denken
- Selbstbesuldigungen und schlechtes Selbstwertgefühl
- Ängste und Probleme in der sozialen Eingliederung
- mangelnde Fähigkeit, sich zu entscheiden und eine Arbeit beginnen zu können
- viel zu langsames Arbeitstempo mit erhöhter Fehlerquote
- Abgleiten ins Träumen

Diese hypoaktiven Kinder reagieren vorwiegend introvertiert und bekommen frühzeitig psychosomatische Beschwerden, deren Hintergrund ungelöste Konflikte sind. Sie halten sich für Versager und flüchten in eine Traumwelt. Erst nach erfolgreicher Behandlung, die bei schwerer Beeinträchtigung durch die ADS-Problematik fast immer eine Gabe von Stimulanzien erforderlich macht, können diese Kinder von ihrer sehr guten Intelligenz profitieren und die von ihnen so lang ersehnte Anerkennung bekommen.

Die hyperaktiven Kinder und Jugendlichen dagegen lernen zeitig, die Verantwortung für ihre Probleme anderen zuzuschreiben. Sie reagieren sich aggressiv nach außen ab und leiden oft weniger unter ihrem Verhalten als ihre Umwelt.

Die Stimulanzienbehandlung gleicht die angeborene Funktionsstörung

im Stirnhirnbereich und den Mangel an Botenstoffen bei der Reizverarbeitung aus. Sie kann niemals die Intelligenz als solche verbessern, macht sie aber beim AD(H)S für den Betroffenen wieder verfügbar. Verlaufsbeobachtungen zeigen, dass bei Nichtbehandlung ein Abfall des IQ bis zu 15% eintreten kann, dass aber umgekehrt bei Stimulanzienbehandlung ein Anstieg des IQ in der gleichen Größenordnung erwartet werden kann. Wahrnehmung, Merkfähigkeit und die emotionale Steuerung verbessern das innovative Denken dieser Kinder. Sie genießen wieder Anerkennung und Erfolg was zur Leistung motiviert.

Hochbegabung und Unterforderung

In der Schule und auch schon im Kindergarten sind hochbegabte Kinder oft unterfordert. Sie sollten vorzeitig eingeschult werden, evtl. eine Klasse überspringen und wenn möglich, eine Schule besuchen, die Förderprogramme für hochbegabte Kinder anbietet. Sie brauchen außerdem eine kontinuierliche, strukturierte und fördernde Beschäftigung für den Nachmittag. Die Symptomatik der Unterforderung kann oberflächlich betrachtet dem AD(H)S sehr ähnlich sein, die nötigen Konsequenzen wären dann jedoch ganz andere. Bisher wird bei einem hochbegabten Kind, das unkonzentriert ist, sich langweilt, den Unterricht stört, gute Denkleistungen erbringt, aber schlechte Noten in den Arbeiten schreibt, noch viel zu oft eine Unterforderung vermutet, wo es sich in Wirklichkeit um eine AD(H)S-Problematik handelt. Hier sind professioneller Rat und eine entsprechende Diagnostik erforderlich.

Diagnostik bedeutet folgende Fragen zu beantworten:

- Warum ist das Kind auffällig?
- Wie ist sein soziales Umfeld?
- Wie psychisch stabil ist es?
- Wie ist seine Intelligenz?
- Hat es Wahrnehmungsstörungen
- Liegt ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom vor?

Wenn im Intelligenztest, z.B. im HAWIK, eine große Diskrepanz zwischen

den Werten im Verbal- und Handlungsteil besteht, sollte an das Vorliegen von Wahrnehmungsstörungen gedacht werden. Eine der häufigsten Ursachen für einen deutlich niedrigeren Handlungsteil sind Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung, wie sie bei AD(H)S-Kindern trotz guter oder sehr guter Intelligenz in typischer Weise gefunden werden.

Gerade hochbegabte und sehr intelligente Kinder mit einem AD(H)S merken sehr zeitig die Diskrepanz zwischen dem, was sie vom Kopf her alles erfassen und wissen und dem, was sie auf Anforderung zu Papier bringen können. Sie merken, dass sie anders wahrnehmen, anders im sozialen Umfeld reagieren und dass ihnen oft in wichtigen Situationen die richtigen Worte fehlen. Unter dieser Diskrepanz zwischen hohem Selbstanspruch und durch ständige Enttäuschung verunsichert, reagieren sie darauf aggressiv gegen sich und andere oder sie resignieren, entwickeln Ängste und flüchten in frühere Entwicklungsstufen zurück.

Das kann z. B. bedeuten, dass sie beginnen einzunässen, in Babysprache verfallen oder immer auf dem Schoß der Mutter sitzen wollen und klammern. Niemand würde hier ein hochbegabtes Kind vermuten.

Je intelligenter diese Kinder sind, um so mehr leiden sie. Leiden heißt hier, dass ihr Selbstwertgefühl immer schlechter wird, da sie sich chronisch unverstanden fühlen und zum Außenseiter werden. Die psychische Belastung auf Dauer kann Ausgangspunkt und Ursache späterer psychischer Erkrankungen sein, wie Depressionen, Angststörungen, Zwänge, Suchtverhalten mit Dissozialität oder auch Autoaggressionen und Essstörungen. Eine kritische Zeit für die psychische Dekompensation dieser Kinder ist die Pubertät.

Was wäre zu tun?

Eine rechtzeitige Diagnostik und Behandlung könnte dazu verhelfen, die sehr gute Intelligenz dieser Kinder und Jugendlichen für sich und der Gesellschaft nutzbar zu machen. Je zeitiger ihr AD(H)S erkannt und behandelt wird, umso weniger leidet ihr Selbstwertgefühl. Sehr viele hochbegabte Kinder haben Teilleis-

tungsstörungen, wie Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche. Hier sollte ebenfalls an ein AD(H)S mit ausgeprägten Wahrnehmungsstörungen gedacht werden wie bei allen Problemen im Leistungs- und Verhaltensbereich dieser Kinder und Jugendlichen. Die Symptome des AD(H)S können so verschieden sein und werden durch eine sehr gute Intelligenz lange kompensiert. Bis es einmal und dann meist alle überraschend zu einer völlig unerwarteten Reaktion der Betroffenen kommt, z. B. Panikattacken, Blackout-Reaktionen, Angst- und Zwangsstörungen oder sogar Suiziddrohungen. Denn je intelligenter ein Kind oder ein Ju-

gendlicher ist, umso mehr leidet er unter seinem Unvermögen diese nicht ausleben zu können.

Die Unterforderung als Ursache für Auffälligkeiten im Leistungs- und Verhaltensbereich von sehr oder hochbegabten Kindern sollte immer öfter hinterfragt werden und ein AD(H)S mit multiplen Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen ausgeschlossen werden. Dann wären die therapeutischen Möglichkeiten und damit die Lebensperspektive dieser Kinder und Jugendlichen um vieles besser. Es sollte nach den eigentlichen Ursachen gesucht werden und nicht nur die Behandlung von Symptomen erfolgen. ←

*Dr. Helga Simchen, Mainz,
Kinderarzt/Kinderneuro-
loge/Kinder- und Jugend-
psychiater, Tiefenpsycho-
logische Psychotherapie/
Verhaltenstherapie/
Systemische Familien-
therapie/Hypnose*

Für das praktische Leben
ist ein Genie genauso brauchbar
wie ein Teleskop im Theater.

Arthur Schopenhauer

Unsere ADHS-Filmreihe

STÖRFÄLLE? (Teil I)

Die viel zu (un)aufmerksamen KINDER

STÖRFÄLLE? (Teil II)

Chancen und therapeutische Hilfen
für ADHD-Kinder

STÖRFÄLLE? (Teil III)

Frühe Zeichen, frühe Hilfen –
ADHD-Kinder zwischen Säuglings-
und Vorschulalter

Auch als DVD erhältlich
menügesteuert – bequeme Auswahl
einzelner Fälle – flimmerfreie Einzel-
bildwiedergabe –
jede DVD mit kurzen Einspielungen
von weiteren Filmen aus der Reihe

Bestelladresse:

BV AÜK Bundesgeschäftsstelle
PF 41 07 24, 12117 Berlin
Tel. 030 / 85 60 59 02
Fax 030 / 85 60 59 70
E-Mail: info@bv-auek.de
Internet: www.bv-auek.de

Einzelfilm € 36,- | zwei Teile € 60,- | drei Teile € 90,- | zuzügl. jeweils € 4,- VK

ADHS wird erwachsen –

Fragen der beruflichen Integration von Erwachsenen mit ADHS

Fingerle M., Opp G., Price L. & Gerber P.

„Ich denke, Behinderung ist ein zu starkes Wort, aber es hindert mich – gerade im Beruf.“

„Ich trag's nicht als Krankheit vor mir her. Ich seh's auch nicht als Krankheit. Ich seh's als Verhaltensstil.“

(Aussage eines Betroffenen)

„Learning disability grows up“ über-schrieben KAVALÉ & FORNESS (1996) einen Beitrag, in dem sie vor fast zehn Jahren Fragen der Rehabilitation von Individuen mit spezifischen Lernstörungen diskutierten. Aber noch immer werden Fragen der Förderung bei Vorliegen von ADHS vor allem für das Kindesalter diskutiert. Während in den USA die Frage nach den Möglichkeiten der Förderung der beruflichen Integration von Erwachsenen mit Aufmerksamkeits- und Lernstörungen an Momentum gewonnen hat, steckt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen im deutschsprachigen Raum noch in Anfängen und wird eher übergreifend als Frage der beruflichen „(Teil)Integration von marktbenachteiligten Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ (STORZ 1997) diskutiert. Andererseits zeigt eine wachsende Zahl an allgemeiner Ratgeberliteratur zu Fragen des ADHS-Syndroms im Erwachsenenalter (HALLOWELL/RATEY 2000; WEISS 2000; CLAUS, AUST-CLAUS/HAMMER 2002; BERNAU 2003; RYFFEL-RAWAK 2003), Berichte betroffener Erwachsener (L.-TOUSSAINT 2001; RYFFEL-RAWAK 2001) und Ratgeber für die berufliche Integration (Herrmann 2003; Weiss 2003) die Bedeutung dieses Problems. Im vorliegenden Beitrag wollen wir den wissenschaftlichen Kenntnisstand zu diesem Fragenkreis überschauen und erste Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zur beruflichen Integration von Erwachsenen mit ADHS diskutieren.

Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Impulsivität – Begriffsgeschichte und Konsequenzen

Die Komplexität höherer psychischer Leistungen des Sprechens, Schreibens und der sensorischen Integration wurden im 19. Jahrhundert in der nervenärztlichen Praxis mit erwachsenen Patienten entdeckt und beschrieben (OPP 1994). Die grundlegende Bedeutung der Aufmerksamkeit für komplexe psychische Leistungen erkannte erstmals KURT GOLDSTEIN (1971) in seinen bahnbrechenden Studien mit gehirnverletzten Soldaten im Ersten Weltkrieg. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Unfähigkeit zu Lesen und zu Schreiben auch bei Kindern mit normaler Begabung beobachtet (z.B. MORGAN 1896; HINSHELWOOD 1896; 1900). In den USA sprach ORTON (1937) von Dyslexie, während sich im deutschsprachigen Raum der von RANSCHBURG (1916) geprägte Begriff der Legasthenie (Leseschwäche) durchsetzte. Die diagnostische Fokussierung auf diese Kinder machte deutlich, dass sich die Probleme des Lesenlernens häufig mit weiteren Störungen der sensorischen Integration, der Hyperaktivität und der Figur-Hintergrundwahrnehmung verbanden. Unter den verschiedensten Begriffen wie *hirnverletzte Kinder*, *minimaler cerebraler Dysfunktion* (MCD), *psychoorganisches Syndrom* wurde(n) ein höchst heterogenes Problemverhalten von Kindern gebündelt, das die kindlichen Lernprozesse stark überlagerte und einschränkte. Seit den 60er Jahren wurden diese kindlichen Entwicklungsrisiken in den USA unter dem übergreifenden Begriff der *Learning Disabilities* zusammengefasst und als eigene schul- und sozialrechtliche Behinderungsklassifikation eingeführt. Damit war der Transfer der zunächst bei Erwachsenen beobachteten psychischen

Störungen auf Kinder weitgehend vollzogen und wurde mit der Vorstellung von Aufmerksamkeitsdefiziten als zentrales Störungsbild im DSM III (1980) komplementiert. Der in den USA schul- und sozialrechtlich etablierte Begriff der Learning Disabilities wurde damit diagnostisch durch das Konzept der Aufmerksamkeits-, Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsstörung unterfüttert und konnte sich mit vielfältigen Formen erschwerten Schriftspracherwerbs, motorischen Koordinationsproblemen („Teil-Leistungsstörungen“) und anderem kombinieren.

Die begrifflichen Unschärfen zwischen dem schulischen Begriff der Learning Disabilities und der Aufmerksamkeitsstörungen (*Attention Deficit Disorder*) wurden in Deutschland mit der Ersetzung des historisch mit Intelligenzdefiziten überlagerten Begriffs der „Hilfsschulbedürftigkeit“ durch den Parallelbegriff der Lernbehinderung in den 70er Jahren noch verschärft. Dies führte in der Folge dazu, dass sich die Vorstellung „spezieller Lernstörungen“ in ihren verschiedenen Formen und Überschneidung als sozialrechtliche Behinderungsklassifikation in Deutschland nicht durchsetzen konnte und eher in der psychologischen und medizinischen Praxis reüssierte. Bezogen auf Erwachsene mit ADHS bedeutet dies, dass eine formale und störungsbezogene Diagnose in der Regel nicht vorliegt. Die betroffenen Erwachsenen befinden sich bezüglich ihrer widersprüchlichen Fähigkeitsprofile und ihrer alltäglichen Probleme in einem weitgehend orientierungslosen Raum und sind abhängig von Expertenurteilen, die häufig eher zufällig eingeholt werden. Das Störungsbild der Aufmerksamkeitsstörungen bei Erwachsenen und die damit verbundenen Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse bleiben für die Öffentlichkeit, aber eben auch für die Betroffenen und



Prof. Dr. Opp während seines Vortrages auf dem Symposium in Königswinter, rechts: Prof. Dr. Fingerle

ihre Familien häufig unsichtbar und ungreifbar.

Häufigkeit von Aufmerksamkeitsstörungen

Die Brisanz von Aufmerksamkeitsstörungen liegt in der Inzidenz dieses Symptombildes. Kulturübergreifend werden Aufmerksamkeitsstörungen in einer Häufigkeit von 10 - 20 Prozent ermittelt (HOLBOROW/BERRY 1986; ESSER/SCHMIDT 1993; BAUMGAERTEL et al. 1995). Die Deutsche Bundesregierung schätzte die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit ADHS auf über 12 Prozent (DEUTSCHER BUNDESTAG 1992). Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schweregrade kommen konservative Prävalenzschätzungen zu einer Populationsgröße von 3-5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mit dringendem Interventionsbedarf (LAUTH/SCHLOTTKE/NAUMANN 2001, 37).

RUTTER (1989) hatte bereits in der Isle of Wight Studie auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und dissozialem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen. Die Überschneidungen zwischen Aufmerksamkeitsstörungen und dissozialem Verhalten sind inzwischen gut abgesichert (KAUFFMAN 1987/ESSER/SCHMIDT 1993; WHEELER/CARLSON 1994) und könnte bis zu zwei Drittel der ADHS-

Population betreffen (AACAP 1998; HANDWERK/MARSHALL 1998; FORNESS et al. 1993). Die Kombination von ADHS mit sozial auffälligem Verhalten wirkt problemverschärfend im Sinne ungünstiger Entwicklungsprognosen (AUGUST et al. 1996; KÜHNE et al. 1997; GRESHAM et al. 2000). Die geschlechtsspezifischen Ausprägungen komorbider Symptomatik zeigen sich bei Mädchen vor allem im Bereich von depressiven Störungen und Angstsymptomen (RUCKLIDGE/TANNOCK 2001). In einer Studie, die BAUMGAERTEL/WOLRAICH/DIETRICH (1995) an Regensburger Grundschulen durchführten, zeigten die Mädchen mit Aufmerksamkeitsstörungen eher kognitive Probleme und Jungen verstärkt aggressiv-impulsives Verhalten.

Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) bei Erwachsenen

Dass Aufmerksamkeitsstörungen immer noch vorrangig im Kindesalter diskutiert werden, zeigt sich zum Beispiel auch daran, dass sich die Diagnosekriterien für Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörungen im DIAGNOSTISCHEN STATISTISCHEN MANUAL IV (1996) auf das Verhalten von Kindern beziehen. Auch wenn sich insbesondere die spezifischen Ausprägungen des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms im Lebenslauf verändern, bleiben die Probleme und „... the enormity of it all“

(CRUICKSHANK/MORSE/JOHN 1980, 3) in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter bei der Mehrzahl der Betroffenen erhalten. Die Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen verflüchtigen oder „verwachsen“ sich nicht einfach mit zunehmendem Alter. Es wird angenommen, dass sich Aufmerksamkeitsstörungen bei etwa zwei Dritteln der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Erwachsenenalter fortsetzen. Unterschieden nach Schweregrad schätzt RESNICK (2004, 27), dass zwischen 2 - 10 Prozent der Erwachsenenpopulation von Aufmerksamkeitsstörungen betroffen sein könnten. Dabei geht es insbesondere um persistierende Probleme der Lesekompetenz, der Aufmerksamkeit für Routineangelegenheiten, des Kurzzeitgedächtnisses (schnelles Vergessen, Verlieren oder Verlegen von Gegenständen), der alltäglichen Lebensorganisation und -planung und der Lebensrhythmusgestaltung. Erwachsene mit ADHS können desorganisiert, impulsiv wirken und unter schnell wechselnden Stimmungsschwankungen leiden (Affektlabilität). Über Jahre hin erlebte alltägliche Versagenserlebnisse und Misserfolge führen häufig zu geringem Selbstwertgefühl, zu Versagensängsten und zum subjektiven Empfinden erhöhter Anspannung. Bei Erwachsenen mit ADHS werden deutlich erhöhte Raten von Depression, Angststörungen, antisozialen

Verhaltensweisen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen berichtet (KLAUS/KLAUS 2005). Ein gesteigertes Bedürfnis nach Reizen und nach Stimulation kann mit physischen Gefährdungen, Abhängigkeiten und Suchtverhalten Hand in Hand gehen. „Jeder, der eine Lebensgeschichte mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch aufweist, könnte auch eine ADHS haben“ (RESNICK 2004, 57). Partnerschaften, der Aufbau und Erhalt von Freundschaften, vor allem aber die Chancen der beruflichen Integration können dadurch erheblich beeinträchtigt werden.

Die betroffenen Frauen und Männer drücken ihre alltäglichen Schwierigkeiten und ihre Selbstbeobachtungen in eindrucksvollen Metaphern aus (GOSS 2001). Sie spüren einen andauernden negativen Einfluss dieser Störung auf ihren Alltag. *„Es ist wie eine stille Krankheit... Ich kämpfe mich jeden Tag durch meine eigene kleine Hölle. Niemand sieht das... Du wirkst nach außen toll... aber du fühlst diese Behinderung die ganze Zeit“*, beschreiben ihre Symptomatik als permanente Einschränkung, der man nicht entgehen kann. *„Es ist, als wäre man in einer kleinen Schachtel, und ich möchte da einfach rauskommen“*, als Bewegungsmetapher, die die eigenen Lebenserfahrungen fasst. *„Du reitest auf einer Welle oder surfst mit dem Körper auf einer Welle und es ist großartig und du versuchst aufzustehen und du wirst von der nächsten Welle erwischt. Du versuchst die Balance wieder herzustellen und sagst, ich bin okay, dann kommt eine andere. Und dann auf einmal trifft dich diese große Welle wie eine Flutwelle ...“* und als gefühlte Enttäuschung darüber, dass die eigenen Ziele immer wieder verfehlt werden, wie in folgendem Bild. *„Ich kann diese Brücke einfach nicht überqueren. Ich kann nicht auf die andere Seite kommen wie alle anderen“*.

Wir stehen, was Erwachsene mit ADHS betrifft, vor ungeklärten Fragen (GERBER 2003). Verfügen wir über angemessene Begriffsbestimmungen? Welche Erscheinungsformen charakterisieren ADHS im Erwachsenenalter? Was sind angemessene diagnostische Kriterien für die Feststellung von ADHS im Erwach-

senenalter? Die entscheidende Frage aber ist, welche Formen der Hilfe und Unterstützung am besten dazu beitragen können, eine selbstbestimmte Lebensführung und die berufliche und soziale Integration dieser Erwachsenen zu fördern.

Berufliche Integration

Im Vergleich mit Gleichaltrigen zeigen junge Erwachsene mit Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen eine längere Abhängigkeit vom Elternhaus, die mit ihrer beruflich instabilen Situation zusammenhängt. Jugendliche mit ADHS sind in einem weit überdurchschnittlichen Maße von Schulabbruch bedroht und partizipieren nur in geringem Umfang an den Angeboten höherer Bildungsgänge (BLACKORBY/WAGNER 1996). Dabei werden die biographischen Konsequenzen von Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen erstaunlich bipolar diskutiert. Einerseits ist eine hohe Delinquenzquote unter jungen Erwachsenen mit ADHS belegt (LICHTENSTEIN 1993; WINTERS 1997; QUINN et al. 2005), wobei das Kausalitätsverhältnis zwischen ADHS und Dissozialität strittig bleibt. Andererseits wird die ADHS-Symptomatik mit dem Mythos der Genialität umwoben, wenn schlagzeilenträchtig darauf hingewiesen wird, dass Newton, Edison, Rodin, Einstein, Churchill, Rockefeller (ADELMAN/ADELMAN 1987) oder Hollywoodstars wie Tom Cruise daran litten.

Die Verweise auf erfolgreiche Karrieren können indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass es insbesondere Probleme im beruflichen Bereich, mit den erreichten oder nicht erreichten schulischen Abschlüssen, mit Beschäftigung, Bezahlung, beruflichen Aufstiegschancen, beruflicher Zufriedenheit und sozialen Problemen am Arbeitsplatz mit Kolleginnen und Kollegen sind, über die Erwachsene mit Aufmerksamkeitsstörungen berichten (PRICE, GERBER/MULLIGAN 2003; BLACKORBY/WAGNER 1996; KAVALE/FORNESS 1996; SMITH 1992; GERBER/REIFF 1991; GERBER et al. 1990). Diese Problemstellungen verbinden sich nicht nur mit erheblichen Risiken von Arbeitsplatzverlust, sie sind im Zusammenhang mit der Bedeutung gelingen-

der beruflicher Integration für die breitere soziale Integration und die subjektive Einschätzung der Lebensqualität dieser Erwachsenen hoch zu gewichten.

Dies ist die Risiko- und Problembeschreibung. Auf der anderen Seite könnte man nach einem theoretischen Rahmen fragen, der diese Risiken im Zusammenhang mit Prozessen und Maßnahmen (Stärkenansatz) beschreibt, durch die der berufliche Übergang junger Erwachsener unterstützt werden kann. Aufschlussreich ist diesbezüglich eine Studie von GERBER/REIFF (1992; GERBER 1999). In retrospektiven Interviews mit 71 beruflich außerordentlich erfolgreichen Erwachsenen mit ADHS werden die Gründe und Zusammenhänge des beruflichen Erfolgs dieser Erwachsenen rekonstruiert. Das zentrale Thema der erfolgreichen Erwachsenen ist das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben: *„Eine Person mit einer speziellen Lernstörung zu sein ist, das Gefühl zu haben, fortwährend an einem Feueralarm teilzunehmen. Man muss die Fluchtwege kennen und man muss immer einen Plan haben“* (GERBER 1999, 263).

Dieses Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben speist sich einerseits aus internalen Mustern und andererseits aus der Fähigkeit zu den notwendigen Anpassungen an die Herausforderungen des alltäglichen Lebens und des Berufs (*Goodness of Fit*). Die internalen Manifestationen von Erfolg sind dabei klare Zielorientierung und der entschiedene Wunsch nach Leistungserfolgen. Die Grundlage dafür ist ein Prozess des Reframings, des Erkennens und Verstehens eigener Schwächen und Stärken, der Akzeptanz der eigenen Besonderheit und darauf aufbauend der Entwicklung eines zukunftsorientierten Handlungsplanes, wie man damit umgehen will: *„Ich habe gelernt zu akzeptieren wer ich bin, was ich kann, was ich nicht kann, wer ich nicht versuchen sollte zu sein und was ich versuchen sollte zu sein“* (a.a.O., 266).

Dieser identitätsstiftende Prozess der Auseinandersetzung mit dem eigenen Andersein und seiner Akzeptanz mündet in der Beharrlichkeit durch zeitliche Investitionen

und harte Arbeit eigene Defizite zu kompensieren und eine Passung zwischen den eigenen Stärken und Schwächen sowie den Anforderungen des beruflichen Lebens herzustellen: „Der Grund, dass ich Dermatologe wurde, war der, dass man Zustände der Haut in einem Buch sehen konnte. Ich musste nicht unbedingt lesen. Es ist kein Ratespiel“ (a.a.O., 266).

Bei der Herstellung dieser Passung des eigenen Fähigkeitsprofils mit den beruflichen Anforderungen setzen die erfolgreichen Erwachsenen mit Learning Disabilities auf eine, im Umgang mit ihren alltäglichen Problemen, erlernte Kreativität „Ich stecke gut ausgebildete Leute in die Tasche, weil ich schneller bin, und zwar sowohl auf meinen Füßen, wie in meinem Kopf. Ich reagiere bereits, während sie noch darüber nachdenken“ (a.a.O., 267) und auf unterstützende soziale Netzwerke, die sie sich über Kollegen, Mitarbeiter, Nachbarn oder Ehepartner schaffen „Die ursprüngliche Anpassungsstrategie bestand darin, eine Person zu heiraten, die nicht nur ein Diplom in Psychologie hatte, sondern auch eine hervorragende Sekretärin war“ (a.a.O. 268).

Die Rahmenbedingungen beruflichen Erfolgs könnten im Resilienz-zusammenhang (WERNER/SMITH 1992), im Sinne schützender Faktoren oder lebensbegünstigender Eigenschaften im Individuum und der Schaffung und Nutzung schützender Faktoren und Ressourcen in der Lebenswelt, verstanden werden. In jedem Fall war der Prozess des Reframings für alle befragten Erwachsenen ein schmerzvoller Prozess der Auseinandersetzung mit dem eigenen Anderssein und der Akzeptanz eigener Schwächen. Gleichzeitig war dies die Grundlage dafür, eigene Stärken zu erkennen und zielgerichtet einsetzen zu können sowie auch die notwendigen Kompensationsmechanismen und realistische Berufsziele zu entwickeln. In diesem Auseinandersetzungsprozess wächst ein generalisiertes Vertrauen (Kohärenzgefühl), dass (1) die Herausforderungen, mit denen man im Leben konfrontiert ist, vorhersehbar und erklärbar sind, (2) dass man über ausreichende Ressourcen verfügt, um diese Aufgaben zu meistern und (3)

dass diese Herausforderungen des Lebens Anstrengung und Engagement lohnen. Antonovsky nannte dies „Kohärenzgefühl“ (1997, 36).

Fragestellung und Anlage der Untersuchung

Um zu überprüfen, inwieweit die US-amerikanischen Befunde auf die berufliche Situation von Betroffenen in Deutschland übertragbar – und für die Hilfeplanung verwendbar – sind, planten wir eine Interviewstudie mit Erwachsenen, bei denen ADHS diagnostiziert wurde und die entweder bereits längere Zeit im Berufsleben stehen oder denen zumindest der Einstieg ins Berufsleben gelungen ist. Wir ließen uns dabei von der Frage leiten, welche Praktiken diese Personen entwickelt haben, um eine Passung zwischen ihrem Fähigkeitsprofil und den beruflichen Anforderungen herzustellen.

Die Stichprobengewinnung erwies sich als außergewöhnlich problematisch. Da ADHS nach wie vor zumeist im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert wird, besitzen die mit der Betreuung dieser Altersgruppe befassten Institutionen in der Regel keine Informationen über den Verbleib ihrer Klienten. Über Kontakte zu Selbsthilfegruppen, Kliniken und Schulpsychologen gelang es jedoch, mit insgesamt elf Personen Interviews zu führen, aus denen nach dem Prinzip des theoretical sampling drei kontrastive Fälle ausgewählt und einer eingehenden Interpretation mittels der Dokumentarischen Methode (BOHNSACK 1999, BOHNSACK/NENTWIG-GESEMANN/NOHL 2001, WIEZORECK 2005) unterzogen wurden, deren Ergebnisse im folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

Ergebnisse

Es muss einleitend gesagt werden, dass den meisten der von uns Befragten zum Zeitpunkt des Berufseintritts nicht bewusst war, dass sie die diagnostischen Kriterien einer ADHS erfüllten – diese Diagnose wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt. Obwohl sie sich ihrer Konzentrationsprobleme, Lernschwierigkeiten, Impulsivität und schwankenden Stimmungen bewusst waren, war ih-

nen unbekannt, dass sie die Kriterien einer ADHS erfüllten. Alle hatten lediglich das sehr deutliche Gefühl, „irgendwie anders“ zu sein, das ihnen zum Teil auch von ihrer Umwelt zurückgespiegelt wurde. Sie erhielten auch durch den Selbstvergleich mit anderen den Eindruck, dass ihnen manche Dinge unerklärlicherweise schwerer fielen als ihren Mitmenschen. Die spätere Diagnose verschaffte ihnen nach eigenen Aussagen daher vor allem ein Gefühl der Klärung und Selbstverortung, das durchaus entlastend war.

Die Bewerbung

In den Interviews bietet sich zunächst ein Bild, das sich hinsichtlich der Entstehung der Berufswünsche und der Entscheidung für eine Berufslaufbahn in vielerlei Hinsicht nicht von den Erfahrungen und Problemen anderer junger Erwachsener beim Eintritt ins Berufsleben unterscheidet. Während der Jugendzeit waren die Berufsvorstellungen noch recht unklar, doch durch Exploration (z.B. das Berufsinformationszentrum) oder Ratschläge der Eltern wurden erste tentative Berufsvorstellungen entwickelt. Dies ähnelt sehr stark den Ergebnissen von größeren Studien zum Berufswahlverhalten (vgl. KRACKE/SCHMIDT-ROTHERMUND 2001).

Zwei unserer Befragten (eine Schulpsychologin und ein Dachdecker) fanden schließlich ihre erste Arbeits-/Lehrstelle über Kontakte, die sie während ihrer Praktika geknüpft hatten und die dritte Befragte (eine Zollbeamtin) bewarb sich auf Stellenausschreibungen. Zum Zeitpunkt der Interviews war die Zollbeamtin noch auf ihrer ersten Stelle tätig und befördert worden. Die Schulpsychologin hatte ihren Arbeitsplatz gewechselt, weil ihr die erste Stelle zu wenige berufliche und finanzielle Optionen bot. Der Dachdecker holte seine Fachoberschule nach, die er abgebrochen hatte, um seine Lehrstelle anzutreten.

Die beiden befragten Frauen absolvierten erfolgreich Einstellungsgespräche vor einer Auswahlkommission, während der von uns interviewte Dachdecker nach einem informellen Gespräch mit dem Meis-

ter des Handwerksbetriebs eingestellt wurde. Ähnlich wie bei den Teilnehmern einer anglo-amerikanischen Studie (PRICE/GERBER/MULLIGAN 2003), kam in den Einstellungsgesprächen ihre spezielle Problematik kaum zur Sprache. In ihren Selbstpräsentationen beschrieben sie sich als „direkt“ oder „temperamentvoll“. Lediglich die Schulpsychologin operierte in ihrem zweiten Einstellungsgespräch erfolgreich mit einem Verweis auf ihre ADHS, um zu unterstreichen, dass sie aufgrund ihres eigenen Hintergrundes in besonderem Maße für den Umgang mit verhaltensschwierigen Kindern und Jugendlichen geeignet sei. Man muss zwar einschränkend darauf hinweisen, dass sich die Zollbeamtin und der Dachdecker zum Zeitpunkt ihrer Einstellungsgespräche noch nicht darüber im Klaren gewesen waren, dass sie ADHS hatten. Doch auch im Nachhinein sahen die Befragten keinen Sinn darin, das Risiko einzugehen, ihre Einstellungschancen durch die Offenlegung persönlicher Probleme oder gar einer Diagnose zu gefährden.

ADHS und die Bewährung im Beruf

Alle Befragten haben ein ambivalentes Verhältnis zu ihrer ADHS. Die damit einhergehende Energiegeladenheit und Impulsivität bringen sowohl Vor- als auch Nachteile. Kreativität, Spontaneität und Kontaktfreude werden zwar positiv wahrgenommen, aber die durch die Impulsivität verursachten Probleme und Konflikte mit anderen Menschen, eine gewisse Unbeständigkeit bei der Durchführung von Projekten und nicht zuletzt die Stimmungsschwankungen schlagen negativ zu Buche. Sowohl bei der Zollbeamtin als auch beim Dachdecker führte dies dazu, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt therapeutische Hilfe suchten. Als primäre Bewältigungsstrategie wird eine starke Strukturierung des Berufsalltags genannt. Dazu zählen z.B. To-Do-Listen, Zeitpläne u.a., aber auch Kollegen, Freunde, oder Partner, die Grenzen setzen und einen gewissen Druck ausüben. Doch auch dieser – als unverzichtbar angesehene – strukturierende Bearbeitungsstil hat seine Schattenseiten.

Er wird als einengend empfunden und ist schwer wiederzuerlangen, wenn er, durch äußere Umstände bedingt, einmal kurzfristig aufgegeben werden muss. Generell wird ADHS durchaus als Potential angesehen, aber mit einer Kehrseite, die nicht gänzlich kontrollierbar ist.

Die relative Positionierung der mit ADHS einhergehenden, spezifischen Stärken und Schwächen im Spektrum einer ambivalenten Grundbewertung scheint bei unseren Interviewpartnern mit der jeweiligen Passung zur individuellen beruflichen Situation zu korrespondieren. Je mehr die Arbeitsstelle die ADHS-spezifischen Stärken akzeptiert oder gar benötigt, desto positiver fällt die Einschätzung aus und desto produktiver kann die ADHS eingesetzt werden. So übernimmt beispielsweise die Schulpsychologin in ihrem Team nicht nur die Rolle der treibenden Kraft und der Ideenlieferantin. Ihre durch die ADHS notwendige, hohe Selbststrukturierung führte sogar dazu, dass sie auch in ihrem Team die strukturgebende Rolle übernommen hat und darin akzeptiert zu werden scheint, wobei gleichzeitig ihre Impulsivität und Direktheit bis zu einem gewissen Grad toleriert werden, da sie eine wertvolle Teamrolle einnimmt. Im Gegensatz dazu agiert die Zollbeamtin in einem beruflichen Setting, in dem der ADHS-Verhaltensstil mit dem Habitus eines Beamten kollidiert, so dass sie Schwierigkeiten hat, jene fachliche Autorität zu etablieren, auf die sie als Abteilungsleiterin im Umgang mit älteren Kollegen angewiesen ist. Dementsprechend negativ bewertet sie auch ihren ADHS-Verhaltensstil.

Diese Passungsverhältnisse verweisen auf einen wichtigen Punkt. Für den beruflichen Erfolg der befragten Personen waren zum einen Beziehungs- und Mentorenfiguren entscheidend, die an wichtigen Abschnitten des Lebenslaufs Unterstützung boten. Im Falle des Dachdeckers waren dies ein Mitarbeiter seiner Lehrfirma, der ihm nicht nur Grenzen setzte, sondern auch Unterstützung bot, und seine Freundin, die ihm bei der Strukturierung half. Bei der Zollbeamtin spielte der Vater eine wichtige Rolle als „Nach-

hilfelehrer“ und Anstoß für die Berufswahlentscheidung. Im Leben der Schulpsychologin übernahm der Leiter der Beratungsstelle, an der sie ihr Praktikum absolvierte, die Mentorenrolle, indem er sie nicht nur über ihre ADHS aufklärte, sondern ihr auch bei der späteren Stellensuche half. Mindestens ebenso wichtig scheint es aber zu sein, ein berufliches Setting zu finden, das – auch und gerade in Abwesenheit der Unterstützungspersonen – als eine Art sozial-ökologische Nische für ADHS. Nach den Erfahrungen der von uns Befragten kann eine solche Nische aber nicht von ihnen selbst erschaffen werden, sie muss in den personalen Konstellationen und Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes bereits vorliegen.

Diskussion

Der geringe Stichprobenumfang unseres qualitativen Samples erlaubt keine Verallgemeinerungen im Sinne statistischer Repräsentativität. Das Sample erlaubt es jedoch, Vermutungen über die berufliche Situation von Menschen mit ADHS zu formulieren, die weiteren Studien als Leitthesen dienen können.

Die Ergebnisse, die wir anhand der Befragung deutscher Probanden gewonnen haben, bestätigen in vieler Hinsicht Gerbers Modell (GERBER 1999), das auf der Befragung von Menschen mit Learning Disabilities in den USA beruhte. Auch für die von uns in Deutschland befragten Personen war es wichtig, ihre eigenen Stärken zu identifizieren, ein Gefühl der internalen Kontrolle sowie eine Zukunftsperspektive zu entwickeln, und unterstützende Bezugspersonen oder Kollegen zu haben.

Es zeigen sich aber auch einige Differenzen zu Gerbers Modell. Das Reframing scheint in der deutschen Stichprobe nicht zuletzt durch signifikante Bezugspersonen beeinflusst worden zu sein. Sie trugen nicht nur zur Selbstklärung bei, sondern spiegelten den Betroffenen auch positive Deutungen zurück, die als Ansatz für die Entwicklung eines neuen Orientierungsmusters dienten. Insofern hatten Mentoren, Verwandte oder Partner hier nicht nur die Rolle einer externen Ressource inne, die benö-

tigt wird, um eigene Handicaps zu kompensieren, sondern trugen zum Entwicklungsprozess bei.

Ein anderer Punkt, der im deutschen Sample – explizit oder implizit – stärker thematisiert wird als in der US-amerikanischen Stichprobe, ist das Passungsverhältnis zwischen individuellen Voraussetzungen und den sozialen Erwartungen am Arbeitsplatz. Gerade weil die von uns befragten Personen ADHS nicht als etwas zur Gänze Kontrollierbares ansehen, ist die Passung zwischen ihrem Profil aus Stärken und Schwächen und den sozialen, respektive inhaltlichen Anforderungen des Arbeitsplatzes für sie ein wichtiges Kriterium des beruflichen Erfolges, das nicht völlig durch andere Unterstützungsfaktoren kompensiert werden kann. Auf der Basis unserer Ergebnisse lässt sich die Vermutung bilden, dass es bei diesen Personen – im Unterschied zu anderen als benachteiligt eingestuften Jugendlichen – weniger um die Frage ging, welchen Beruf man wählt, oder um das Problem, eine Zukunftsperspektive zu entwickeln, sondern stärker darum, in dem angestrebten Berufsfeld eine Arbeitsstelle zu finden, deren Rahmenbedingungen es Menschen mit ADHS ermöglichen, die beruflichen Anforderungen erfolgreich zu bewältigen – und zwar idealerweise, ohne durch die Offenlegung der eigenen Probleme einen Sonder- oder Risikostatus zugewiesen zu bekommen. Die berufliche Integration kann durch die Unterstützung von Mentoren wesentlich befördert werden.

Literatur:

- AACAP Official Action, Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with language and learning disorders. In: Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37 (1998), Supplement, 465-625
- ADELMAN, K. A./ADELMAN, H. S.: "Rodin, Patton, Edison, Wilson, Einstein: Were they really learning disabled?" In: Journal of Learning Disabilities 20 (1987), 270-279
- ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen 1997
- AUGUST, G.J. et al.: Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. In: Journal of Abnormal Child Psychology 24 (1996), <http://web3.searchbank.com/infotrac>
- BAUMGAERTEL, A./WOLRAICH, M.L./DIETRICHM.: Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34 (1995), 629-638

- BERNAU, S.: Alles über ADS bei Erwachsenen. Freiburg 2003
- BLACKORBY, J./WAGNER, M.: Longitudinal post-school outcomes of youth with disabilities: findings from the National Longitudinal Transition Study. In: Exceptional Children. 62 (1996), 399
- BOHNSACK, R.: Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Opladen 1999
- BOHNSACK, R./NENTWIG-GESEMANN, I./NOHL, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Opladen 2001
- CLAUS, D./AUST-CLAUS, E./HAMMER, P.M.: ADS. Das Erwachsenen-Buch. Ratingen 2002
- CRUICKSHANK, W.M.: Schwierige Kinder in Schule und Elternhaus. Berlin 21981
- CRUICKSHANK, W.M./MORSE, W.C./JOHNS, J. K.: Learning Disabilities: The Struggle from Adolescence toward Adulthood. Syracuse (Syracuse University Press) 1980
- DEUTSCHER BUNDESTAG. Kinder und Jugendliche mit Teilleistungsstörungen. 1992. Drucksache 12/3231
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM III R. Wittchen, H.-U./Saß, M./Zaudig, M./Koehler, K. (Hrsg.). Weinheim Basel 1980
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -DSM IV. Saß, H./Houben, I. (Hrsg.). Göttingen 1996
- ESSER, G./SCHMIDT, M.: Die langfristige Entwicklung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche. In: Zeitschrift für klinische Psychologie 22 (1993), 100-116
- FORNESS, S.R./KAVALE, A./LOPEZ, M.: Conduct in school: Special education eligibility and comorbidity. In: Journal of Emotional and Behavioral Disorders 1 (1993), 101-108
- GERBER, P.J./REIFF, H.B.: Speaking for themselves: Ethnographic Interviews with adults with learning disabilities. An Arbor, MI (Michigan University Press) 1991
- GERBER P.J./SCHNEIDERS, C.A./PARADISE, L.V./REIFF, H.B./GINSBERG, R.J./POPP, P.A.: Persisting problems of adults with learning disabilities: Self-reported comparisons from their school age and adult years. In: Journal of Learning Disabilities 23 (1990), 570-573
- GERBER, P.J.: Adults with learning disabilities redux. In: Remedial and Special Education. 24 (2003), 324-327
- GERBER, P.J./REIFF H.B.: Learning disabilities and adulthood: Persisting problems and evolving issues. Austin: Pro Ed 1992
- GERBER, P.: Ein Beschäftigungsmodell für Erwachsene mit speziellen Lernstörungen: Zusammenhänge zwischen Erfolg und Resilienz. In: Opp, G./Fingerle, M./Freytag, A. (Hrsg.): Erziehung zwischen Risiko und Resilienz: Neue Perspektiven für die heilpädagogische Forschung und Praxis. München 1999, 259-271
- GOLDSTEIN, K.: Selected Papers/Ausgewählte Schriften. Gurwitsch, A./Goldstein-Handek, E.M./Handes, W.E. (Eds.), The Hague 1971
- GOSS, D.: Chasing the rabbit: metaphors used by adult learners to describe their learning disabilities. In: Adult Learning. 12 (2001), 8-12
- GRESHAM, F.M./LANE, K.L./LAMBROS, K.M.: Comorbidity of conduct problems and ADHD: Identification of „Fiedeling Psychopaths“. In: Journal of Emotional and Behavior Disorders 8 (2000), 83-93
- HALLO WELL, E.M./RATEY, J.: Zwanghaft zerstreut oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. Hamburg 2000
- HANDWERK, M.L./MARSHALL, R.M.: Behavioral and emotional problems of students with learning disabilities, serious emotional disturbance, or both conditions. In: Journal of Learning Disabilities 41 (1998), 327-338
- HERRMANN, H. (Hrsg.): Fit für den Arbeitsmarkt – trotz Teilleistungsschwächen. Ludwigshafen 2003
- HINSHELWOOD, J.: Congenital word-blindness. In: The Lancet 1 (1900), 1506-1508
- HINSHELWOOD, J.: The visual memory for words and figures. In: The British Medical Journal 2 (1896), 1543-1544
- HOLBOROW, P./BERRY, P.: A multinational, cross-cultural perspective on hyperactivity. In: American Journal of Orthopsychiatry 56 (1986), 320-322
- KAUFFMAN, J.M./CULINAN, D./EPSTEIN, H.: Characteristics of students placed in special programs for the seriously emotionally disturbed. Behavioral Disorders 12 (1987), 175-184
- KAVALE, K.A./FORNESS, S.R.: Learning disability grows up: rehabilitation issues for individuals with learning disabilities. In: The Journal of Rehabilitation 62 (1996), 34
- KLAUS, J./KLAUS, K.-H.: ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart 22004
- KRACKE, B./SCHMIDT-ROTHERMUND, E.: Adolescents' career exploration in the context of educational and occupational transitions. In: Nurmi, J.-E. (Ed.) Navigating through adolescence. European perspectives (141-165). New York 2001
- KRAUSE, J./KRAUSE, K.-H.: ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart 22005
- KÜHNE, M./RUSSEL/TANNOCK, R.: Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. In: Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36 (1997), 1715-1726
- L.-TOUSSAINT, L.: Mein Leben mit ADD – chaotic world. Norderstedt 2001
- LAUTH, G. W./SCHLOTTKE, P.K./NAUMANN, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. München 52001
- LICHTENSTEIN, S.: Transition from school to adulthood: case studies of adults with learning disabilities who dropped out of school. In: Exceptional Children 59 (1993), 336
- MORGAN, W.P.: A case of congenital word-blindness. In: The British Medical Journal 2 (1896), 1378-1379
- OPP G.: Historical roots of the field of learning disabilities: Some Nineteenth-Century German contributions. In: Journal of Learning Disabilities 27 (1994), 10-19
- ORTON, S.: Reading, writing and speech problems in children. New York 1937
- PRICE, L./GERBER, P.J./MULLIGAN, R.: The Americans with Disabilities Act and adults with learning disabilities as employees: the realities of the workplace. In: Journal for Remedial and Special Education 24 (2003), 350
- QUINN, M.M./RUTHERFORD, R.B./LEONE, P.E./OSHER, D.M./POIRIER, J.M.: Youth with disabilities in juvenile corrections: A national survey. In: Exceptional Children 71 (2005), 339
- RANSCHBURG, P.: Die Leseschwäche (Legasthenie) und Rechenschwäche (Arithmasthenie) der Schulkinder im Lichte des Experiments. In: Heller, Th./Leubuscher, G.: Zwanglose Abhandlungen aus den Grenzgebieten der Pädagogik und Medizin. Berlin 7 (1916)
- RESNICK, R.J.: Die verborgene Störung-ADHS bei Erwachsenen. Stuttgart 2004
- RUCKLIDGE, J./TANNOCK, R.: Psychiatrie, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with AD HD. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40 (2001), 530-540
- RUTTER, M.: Isle of Wight revisited: Twenty five years of child psychiatric epidemiology. In: Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 28 (1989), 633-653
- RYFFEL-RAWAK, D.: ADS bei Erwachsenen. Bern 2001
- RYFFEL-RAWAK, D.: Wir fühlen uns anders. Bern 2003
- SMITH, J.O.: Falling through the cracks: rehabilitation Services for adults with learning disabilities. In: Exceptional Children 58 (1992), 451
- STORZ, M.: Schöne neue Arbeitswelt. Anmerkungen zur beruflichen (Teil-)Integration von marktbenachteiligten Jugendlichen und jungen Erwachsenen in postindustrieller Zeit. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 48 (1997), 398-405
- WEISS, L.: ADS im Job. Moers 2003
- WEISS, L.: Eins nach dem anderen. Das ADD Praxisbuch für Erwachsene. Moers 2000
- WERNER, E.E./SMITH, R.S.: Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press 1992
- WHEELER, J./CARLSON, C.L.: The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity. A comparison of their peer relations and social deficits. In: Journal of Emotional and Behavior Disorders 2 (1994), 2-12
- WIEZOREK, C.: Schule, Biografie und Anerkennung. Wiesbaden 2005
- WINTERS, C.A.: Learning disabilities, crime, delinquency, and special education placement. In: Adolescence 32 (1997), 451

Anschriften
der Verfasser:

Prof. Dr. Michael Fingerle
Johann Wolfgang Goethe
Universität Frankfurt
Institut für Sonderpädagogik
Robert-Mayer-Str. 5
60054 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Günther Opp
Kuratoriumsmitglied im
BV AÜK
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Institut für Rehabilitationspädagogik
06099 Halle

Prof. Dr. Lynda Price
Temple University
Philadelphia
College of Education
238 Ritter Hall
1301 Cecil B. Moore
Avenue
Philadelphia, PA 19122

Prof. Dr. Paul J. Gerber
Virginia Commonwealth
University
School of Education
1015 West Main Street
P.O. Box 842020
Richmond,
Virginia 23284-2020
USA

Aktuelle Studie zeigt: Medikamentöse Behandlung mit OROS-MPH ist auch bei erwachsenen ADHS-Patienten hocheffektiv

Susanne Kammerer

Heute ist in der Fachwelt anerkannt, dass ungefähr drei bis fünf Prozent aller Erwachsenen an ADHS leiden. Symptome sind zwar oft nicht so deutlich ausgeprägt, weil Erwachsene lernen, mit ihrer Erkrankung zu leben. Dennoch gibt es oft Probleme, die auch Erwachsene zum Arzt treiben. Männer erleben Konflikte vor allem im beruflichen Bereich, Frauen suchen ärztliche Hilfe, weil sie mit der Erziehung ihrer Kinder, die oft selbst an ADHS leiden und der Organisation des Haushalts überfordert sind. In Deutschland werden nur wenige Erwachsene mit ADHS mit Arzneimitteln behandelt, wofür es mehrere Gründe gibt:

- Stimulanzien wie Methylphenidat sind nur für Kinder und Jugendliche zugelassen
- Einige ältere Studien kamen zum Ergebnis, dass Methylphenidat bei Erwachsenen nicht so gut wirkt.

Letzteres hat sich mittlerweile als Irrtum herausgestellt: In den älteren Studien erhielten Erwachsene im Verhältnis zu ihrem Gewicht viel geringere Arzneimitteldosen als Kinder. Das Medikament war also einfach unterdosiert, und konnte aus diesem Grund nicht im gleichen Umfang die ADHS-Symptome verbessern.

Richtig dosiert wirkt Methylphenidat genauso gut wie bei Kindern!

Eine aktuelle Studie zeigte jetzt, dass Methylphenidat bei Erwachsenen die Symptome ebenso gut beeinflusst wie bei Kindern. Die Studie wurde mit OROS-Methylphenidat durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Arzneimittelzubereitung mit verzögerter Wirkstofffreisetzung. Dadurch braucht das Medikament nur einmal täglich am Morgen eingenommen zu werden und wirkt dann den ganzen Tag. Das ist besonders für ADHS-Patienten sinnvoll, die oft einmal eine Einnahme vergessen. Außerdem ist so die Einnahme im privaten Bereich

möglich und bleibt außerhalb der Familie unbemerkt.

An der Studie nahmen 141 erwachsene Patienten mit ADHS teil. Alle Studienteilnehmer zeigten bereits seit dem 7. Lebensjahr bis in das Erwachsenenalter typische ADHS-Symptome, die sie mittelstark oder stark beeinträchtigten. Die Patienten erhielten über einen Zeitraum von sechs Wochen entweder OROS-Methylphenidat in einer Dosis von 36 mg/Tag, die dann bis zum optimalen Ansprechen erhöht wurde, oder ein unwirksames Scheinmedikament (Plazebo). Die hier verabreichten Dosen pro kg Körpergewicht entsprechen denjenigen, die Schulkinder und Jugendliche erhalten.

Die Schwere und Veränderung der ADHS Symptome der Studienteilnehmer wurden in dieser Studie von einem Psychiater mit einer Skala eingeschätzt, die sich bereits in vielen wissenschaftlichen Studien bewährt hat, der „Clinical Global Impression-Skala“ (CGI) zur globalen Einschätzung der Schwere der Erkrankung.

Darüber hinaus beurteilte man die ADHS-Symptome mit einem anerkannten Fragebogen für ADHS bei Erwachsenen („Adult ADHD Investigator System Report Scale“, AISRS).

Um Auskunft über die Verträglichkeit der Therapie zu erhalten, fragte man die Patienten direkt nach Nebenwirkungen. Außerdem wurde das Gewicht kontrolliert, ein EKG abgeleitet und der Blutdruck gemessen. Die Symptomveränderungen wertete man in wöchentlichen Abständen aus.

Überlegene Symptomkontrolle bei Behandlung mit OROS-MPH

Bei der Auswertung der Studienergebnisse zeigte sich, dass die Behandlung mit OROS-MPH signifikant bessere Ergebnisse erzielte als die Behandlung mit dem Plazebo (Abb. 1), besonders bei den Symptomen von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität oder Impulsivität betrifft. Bei 66% der Patienten, die OROS-MPH eingenommen hatten, verbesserten sich die ADHS-Symptome um min-

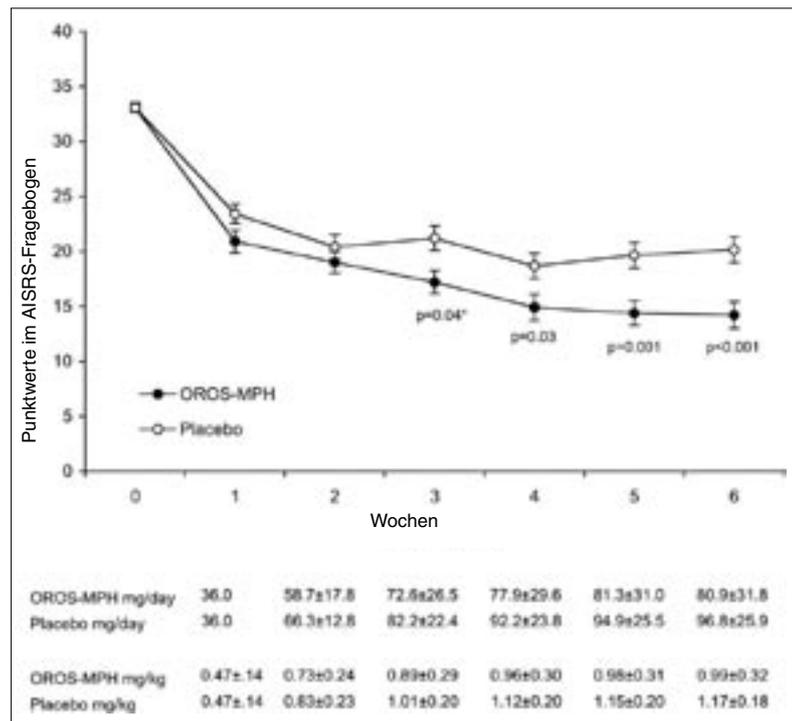


Abb.1 Entwicklung der ADHS-Symptome im Erwachsenenfragebogen für ADHS im Studienverlauf: Patienten, die mit OROS-MPH behandelt werden (ausgefüllte Punkte) haben signifikant geringere Punktwerte, d.h. schwächere ADHS-Symptome als Patienten, die ein Plazebo einnehmen.

destens 30%. Zusätzlich erreichten diese Patienten eine erhebliche Verbesserung in der CGI-Skala. Dies war nur bei 39% der Patienten, die ein Placebo erhalten hatten, der Fall.

Insgesamt wurde die Behandlung mit OROS-MPH gut vertragen. Unter der Therapie kam es zu keinen ernsthaften Nebenwirkungen. Allerdings litten die Patienten häufiger an Appetitlosigkeit, trockenem Mund oder Symptomen von Ängstlichkeit als solche, die ein Placebo eingenommen hatten. Die Einnahme von OROS-MPH war von einem geringfügigen Anstieg des Blutdrucks begleitet.

Die aktuelle Studie zeigt, dass die Behandlung mit OROS-MPH bei erwachsenen Patienten mit ADHS zu einer effektiven Kontrolle der ADHS-Symptome führt. Das Medikament wirkt genauso gut wie bei Schulkindern und Jugendlichen.

Patienten sollten während der Therapie regelmäßig ihren Blutdruck kontrollieren lassen.

Nach Ansicht des Studienleiters, Dr. Joseph Biederman, einem international anerkannten ADHS-Experten aus Boston (USA) ist für den Erfolg bei der Behandlung von erwachsenen Patienten wichtig, dass Methylphenidat pro kg Körpergewicht ebenso hoch dosiert wird wie bei Kindern und Jugendlichen.

Gerade bei erwachsenen ADHS Patienten empfiehlt er ein Arzneimittel mit verzögerter Freisetzung wie OROS-MPH, das nur einmal täglich eingenommen werden muss. Denn seiner Erfahrung nach vergessen erwachsene ADHS-Patienten häufig die Medikamenteneinnahme im turbulenten Alltag.

Originalquelle der Studie:

Biederman, J., Mick E., Surman C., Doyle R., Hammer-ness P., Harpold T., Dunkel St., Dougherty M., Aleardi M., Spencer T.: A randomized, placebo-controlled trial of OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 113 (3): e206-e216, Zusammenfassung im Internet unter: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16373066&query_hl=1&itool=pubmed_docsum

Autor:

Dr. Susanne Kammerer,
Kirchheim

Fortbildungsveranstaltung zur multimodalen Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms

am 18. 10. 2006
von 16.00 - 19.00 Uhr
im Universitätsklinikum Aachen,
Hörsaal GH3

Vorträge und Referenten:

Einführung. *Prof. Dr. B. Herpertz-Dahlmann*

- Die medikamentöse Behandlung des ADHS bei Kindern und Jugendlichen
Chefarzt Dr. B. Müller, St. Marien-Hospital Birkesdorf
- Die medikamentöse Behandlung von komorbiden Störungen bei ADHS
OA Dr. U. Hagenah, Aachen
- Psychotherapeutische Behandlung bei ADHS
Dr. phil. Dipl.-Psych. M. Simons, Aachen
- ADHS und Schule
S. Hübner, Aachen
- Die medikamentöse Behandlung bei Erwachsenen mit ADHS
Prof. Dr. T. Kircher, Aachen

Schlusswort: *Professor Dr. B. Herpertz-Dahlmann*

Die Veranstaltung wird mit 3 Fortbildungspunkten zertifiziert.

ADHS und Sucht: Rechtzeitige Behandlung erspart Suchtkarriere

In den Medien wird vor der Suchtgefahr bei ADHS gewarnt. Angeblich sollen bestimmte Therapien ein hohes Suchtpotential beinhalten. Diesen Mythen werden gegenteilige Fakten gegenübergestellt.

Veranstalter: Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.

Referent: Dr. Rolf Peters, Psychiater und Suchtmediziner

Ort: Pädagogisches Zentrum der Waldschule Städtische Gesamtschule Eschweiler,
Friedrichstraße 12 -16, Eschweiler

Termin: Di. 24. Oktober 2006
16.30- 18.30 Uhr
Einlass ca. 16.00 Uhr

Die Veranstaltung findet im Rahmen der Aktionswochen „Sucht hat immer eine Geschichte“ statt.

Diät bei AD(H)S – alles kalter Kaffee?

Eveline Breidenstein

Wenn man den „Kaffee“ nur unter der Marke „Phosphatdiät“ trinkt, ist er „kalt“, d.h. „out“ und auch bitter, da erwiesenermaßen nicht wirksam.

Der folgende Artikel soll aufzeigen, dass eine Ernährungsumstellung, sofern richtig indiziert und konsequent durchgeführt, einigen ADHS-Kindern eine Erleichterung der Symptomatik bringen kann.

Historisches zu Diäten gegen Verhaltensauffälligkeiten

Was bereits Mitte des 20. Jahrhunderts durch einzelne Beobachtungen in USA seinen Anfang nahm, wurde mit den Studien von Dr. J. Feingold¹, der eine Verhaltensverbesserung der hyperaktiven Kinder durch eine zusatzstoff-freie Nahrung feststellte, zu einer stärkeren Bewegung. In den 80-er Jahren folgte die Theorie der Phosphatdiät, in der die Apothekerin Hertha Hafer² hinter den Nahrungsmittel-Empfindlichkeiten bei überaktiven Kindern eine Phosphat-„Vergiftung“ vermutete und durch das Weglassen der entsprechenden Nahrungsmittel im praktischen All-

tag auch deutliche Verhaltensverbesserungen erzielen konnte. Diese Theorie wurde jedoch in diversen Studien widerlegt.

Erst in den Studien von Dr. J. Egger³ konnte mit der „oligoantigenen Diät“ auch wissenschaftlich die Wirksamkeit einer Eliminationsdiät bewiesen und seither wiederholt bestätigt werden⁴.

Oligoantigene Diät: Theorie und praktische Durchführung

Die Theorie der oligoantigenen Diät stützt sich auf die Beobachtung, dass die Eliminationsdiät individuell angepasst werden muss, da jedes Kind individuelle Unverträglichkeiten auf bestimmte Nahrungsmittel zeigt.

In einer Testphase bekommen alle hyperaktiven Kinder eine oligoantigene Standarddiät, d.h. es werden für 2 – 4 Wochen nur Nahrungsmittel zugelassen, welche erfahrungsgemäss selten negative Symptome auslösen (Tab. s. unten). Verbessert sich dann innerhalb dieser Testphase das Verhalten des Kindes so ausgeprägt, dass sich für die betroffene Familie und das Kind der Aufwand der Diät lohnt, werden die weggelassenen Nahrungsmittel einzeln wieder zugeführt (max. alle 3 Tage ein neues Nahrungsmittel) und je nach Effekt in den Speiseplan integriert oder definitiv weggelassen.

Komplizierend wirkt sich dabei aus, dass die negative Reaktion auf bestimmte Nahrungsmittel u.U. erst am folgenden Tag auftritt oder auch bis zu 3 Tage anhalten kann. Es braucht also für die Testphase eine maximale Zusammenarbeit sowohl der Familie als auch des Kindes, sonst stellt sich bei einer „Ausnahme alle 3 Tage“ unter Umständen gar nie ein Grundzustand ohne Symptome ein. Auch die Verbesserung auf die Eliminationsdiät ist zeitlich unterschiedlich und dauert von 3 Tagen bei hyperaktiven Kleinkindern bis zu 3 Monaten bei reinen Aufmerksamkeits-

defiziten bei Jugendlichen. Entsprechend schwierig gestaltet sich beim reinen ADS auch die Testphase, wofür die betroffenen Familien vor Beginn der Diät aufgeklärt werden müssen.

Erstaunlicherweise sind vorpubertäre Kinder oft sehr gut zu einem – zeitlich begrenzten – Diät-Experiment bereit, wenn sie in den Entscheidungsprozess einbezogen werden und allenfalls das Durchhalten auch durch eine vereinbarte Belohnung unterstützt wird. Über die weitere Durchführung der Diät nach der Testphase entscheidet wiederum die Familie als Ganzes, also auch das Kind.

Erlaubte Nahrungsmittel während der Testphase

Lamm, Poulet (od. Truthahn),	Mandel, Mandelpüree
weisser Reis, Kartoffeln, Hirseflocken	Bananen, Birnen
Broccoli, Fenchel, Karotten, Kohlrabi, grüner Salat	
Sonnenblumen-, Raps- oder Olivenöl, Apfelessig	Wasser, Lindenblüten-, Zitronenmelissentee
Salz, Kräuter frisch oder getrocknet, Zwiebeln	

Supplementation: Ab 4 Wochen milchfreie Diät: ½ Teelöffel Calcium-ascorbat in wenig Birnensaft aufgelöst

Theorien über Nahrungsmittel-unverträglichkeiten

Es gibt verschiedene Erklärungsversuche, weshalb einzelne harmlose Nahrungsmittel, welche von den meisten Menschen problemlos und in grosser Menge konsumiert werden, bei AD(H)S-Kindern massivste Verhaltenssymptome auslösen können. Leider fehlen bisher Studien, welche diese Mechanismen effektiv beweisen.

Die verschiedenen Möglichkeiten werden nun einzeln erläutert:

a) Störung der Hirnfunktion im Sinne einer „allergischen“ oder pseudoallergischen Reaktion des Gehirns auf das zugeführte Nahrungsmittel

Wahrscheinlich sind es meist keine Allergien im klassischen „allergologischen“ Sinn (Coombs-Typ 1-4),



¹ Feingold B.F. (1975) Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavours and colors. Am. J. Nurs.; 75: 797-803

² Hafer H. (Hrsg.) (1978) Nahrungspheosphat – die heimliche Droge. Kriminalistikverlag Heidelberg, 1. Auflage

³ Egger J., Carter C.M., Graham P.J., Gumley D., Soothill J.F. (1985) Controlled trial of oligoantigenic treatment in the hyperactive syndrome; Lancet; 1: 540-545

⁴ Kaplan B.J., McNicol J., Conte R.A., Moghadam H.K. (1989) Dietary replacement in preschool-aged hyperactive boys. Pediatrics; 83 (1): 7-17

Carter C.M., Urbanowicz M., Hemsley R., Mantilla L., Strobel S., Graham P.J., Taylor E. (1993) Effects of a few food diet in attention deficit disorder. Arch. Dis. Child. 69 (5): 564-8

Boris M., Mandel F.S. (1994) Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. Ann. Allergy; 72.: 462-8

Boris M., Mandel F.S. (1994) Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. Ann. Allergy; 72.: 462-8

Schulte-Korne G., Deimel W., Gutenbrunner C., Henninghausen K., Blank R., Rieger C., Remschmidt H. (1996) Der Einfluss einer oligoantigenen Diät auf das Verhalten von hyperkinetischen Kindern. Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 24 (3): 1976-83

Schmidt M.H., Mocks P., Lay B., Eisert H.G., Fojkar R., Fritz-Sigmund D., Marcus A., Musaeus B. (1997) Does oligoantigenic diet influence hyperactive/ conduct-disordered children – a controlled trial. Eur. Child. Adolesc. Psychiatry; 6 (2): 88-95

sondern Unverträglichkeiten, deren pseudoallergischer Pathomechanismus nicht bekannt ist.

b) abnorme Empfindlichkeit des Gehirns mit entsprechender Fehlfunktion auf neurotransmitter-ähnliche Nahrungsmittelbestandteile, wie z.B. Exorphine.

Exorphine sind Peptid-Fragmente, d.h. Abbauprodukte von Nahrungsmittelproteinen, mit einer opiat-ähnlichen Wirkung. Experimentell zeigt sich dies durch Bindung an die Opiat-Rezeptoren, bzw. durch die Aufhebung ihrer Wirkung (=Antagonisierbarkeit) durch das Opiat-Gegengemittel Naloxon.

Sie stammen als Verdauungsprodukte aus diversen Nahrungsmittelproteinen wie Weizen (Gluten), Milch (alpha- und beta-Casein, alpha- und beta-Lactalbumin, k-Casein, Lactoferrin⁵) oder Kaffee⁶. Die bioaktiven Sequenzen sind in einem inaktiven Stadium verborgen innerhalb der Polypeptidkette des grösseren Proteins und werden erst während der Verdauung freigesetzt.

Durch ihre Bindung an Rezeptoren im Darminnern tragen sie (sozusagen als Nahrungs-Hormone) zur Regulation der Verdauungstätigkeit und der Körperhormone bei. Wenn Exorphine ins Blut gelangen können, ist ein (negativer) Effekt auch auf Opiatrezeptoren im Gehirn denkbar, wie dies von einigen Forschern für gewisse Arten von Schizophrenien (Modell der genetisch determinierten vermehrten Passage der Exorphine durch die Darmschleimhaut ins Blut und des verminderten Abbaus bei allfälligem Enzymdefekt⁷) bzw. bei gewissen Autisten mit ihrer vermehrten Peptidurie⁸ vermutet wird.

c) Chronische Störung des Hirnstoffwechsels durch eine Unterversorgung mit bestimmten Vitaminen und Mineralstoffen

Es ist denkbar, dass die Absorption bestimmter Vitamine und Mineralstoffe bei gewissen Menschen durch verminderte Enzymaktivität oder Transportproteine in der Darmschleimhaut reduziert ist, so dass sie nicht in geeignetem Mass für die Produktion der Neurotransmitter bzw. Regeneration von Nervenzellen etc.

zur Verfügung stehen. Würden diese Defizite durch Supplementa ausgeglichen, wäre eine verbesserte Hirnleistung sichtbar.

Zu diesem Thema wurde mit freundlicher Unterstützung der Elternorganisation ELPOS Schweiz im Jahr 2005 eine kleine Doppelblindstudie durchgeführt. 13 AD(H)S-Kinder erhielten während je zwei Monaten zuerst ein Multivitaminpräparat, Mineralstoffe und Omega3-Fettsäuren oder Placebo, dann wurde gewechselt. Erfreulicherweise zeigten sich in der Supplementierungsphase gemäss Elternangaben statistisch signifikante Verhaltensverbesserungen. Allerdings war die Verblindung der Probanden nicht vollständig gewährleistet, so dass der Placeboeffekt bei den Resultaten wahrscheinlich auch mitgespielt hat. Entsprechend wären grösser angelegte Studien willkommen, um die Frage nach dem effektiven Nutzen wirklich zu klären. Bis dann lohnt sich ein Therapieversuch über 2 - 3 Monate allemal, da die kommerziell erhältlichen Supplementa keine Nebenwirkungen zeigen.

d) akute Schwankungen der Nährstoffversorgung bzw. des biochemischen Milieus im Gehirn (z.B. Blutzuckerschwankungen)

Möglicherweise fehlen den empfindlichen ADS-Kindern Kompensationsreserven, um trotz Veränderungen des biochemischen Milieus noch „ausgeglichen“ in punkto Hirnleistung reagieren zu können.

Aus Elternberichten ist zum Beispiel die Verhaltensverschlechterung nach Hallenbadbesuch („Chlorwasser“) bekannt und viele Hyperaktive reagieren empfindlich auf grössere Mengen von Zucker (v.a. Saccharose, aber gelegentlich auch auf Stärkeprodukte mit hohem glykämischen Index), indem sie zappelig werden. Umgekehrt lässt präprandial (1) die Konzentrationsfähigkeit nach und erhöht sich die Impulsivität/Aggressionsbereitschaft.

e) veränderte Darmschleimhautfunktion und Darmflora

Eine beeinträchtigte Schleimhaut-

barriere und Verdauungsfunktion im Darm vermindert die Absorption von Nährstoffen, so dass essentielle Nährstoffe fehlen, bzw. verstärkt die Aufnahme von Giftstoffen in den Blutkreislauf, da der Darm toxische und mikrobielle Umweltgifte schlechter „los wird“ dafür das übige Entgiftungssystem des Körpers (z.B. Leber) mit unnötigem „Gift“ belastet wird, das u.U. sogar die Hirnfunktion stört. Eine Dysbalance der bakteriellen Darmflora führt zur vermehrten Bildung von toxischen (z.B. Fuselalkohole) und verminderten Produktion von stoffwechsel- und immunsystem-unterstützenden mikrobiellen Stoffwechselprodukten. Dadurch neigt der Organismus zu „banalen“ Infekten z.B. im Hals-Nasen-Ohrenbereich und Nährstoffe können durch die verminderte Enzymfunktion schlechter aufgenommen werden.

Zum interessanten Thema, wie Nahrungsmittel und andere chemische Stoffe aus unserer unmittelbaren Umwelt die Hirnfunktion beeinflussen, sollte und kann noch viel geforscht werden. In der Zwischenzeit bleibt uns als Betreuende der betroffenen Menschen, mit wachen Augen und warmem Herzen den Patienten alle verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung zu zeigen und sie auf ihrem individuell gewählten Weg zu begleiten. ←

Dr. med. Eveline Breidenstein
FMH Allgemeinmedizin
Affolternstr. 21
CH-8913 Ottenbach
eveline.breidenstein@bluewin.ch

⁵ Meisel H., Frister H., Schlimme E. (1989) Biologically active peptides in milk proteins. Z. Ernährungswiss.; 28: 267-78

⁶ Boublik J.H. et al. (1983) Coffee contains potent opiate receptor binding activity. Nature; 301: 246-8

⁷ Dohan F.C. (1988) Genetic hypothesis of idiopathic schizophrenia: its exorphin connection. Schizophr. bull.;14: 489-94

⁸ Reichelt K.L. (1994) Biochemistry and psychophysiology of autistic syndromes. Tidsskr. Nor. Laegeforen.; 114: 1432-4

(1) präprandial = vor dem Essen/der Mahlzeit

Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)

Gerhard W. Lauth

Elterntrainings und Elternanleitung erfreuen sich in Zeiten von Super Nanny, Home Based Training, Erziehungsratgebern und der voll entbrannten Diskussion um die Zahl und den Stellenwert von Kindern in der Gesellschaft großer Beliebtheit. Es gibt gleich mehrere – und meistens gute Gründe – dafür:

1.) Die Gesellschaft hat das Gefühl für den Umgang mit Kindern allgemein und besonders den etwas aufwändigeren Kindern schon ein klein wenig verloren, da Kinder fast schon zur Ausnahme geworden sind. 2.) Junge Eltern lernen kaum noch den Umgang mit Kindern in ihrer Herkunftsfamilie, sondern müssen sich selbst das Notwendige beibringen. 3.) Die Mehrzahl der Eltern kommt zwar gut mit ihren Kindern aus, wenn es aber zu Schwierigkeiten kommt, sind sie oft hilflos. 4.) Die schwierigeren sozialen Umstände in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz schlagen sich auch in der Familie nieder und belasten den Familienalltag.

Ein Elterntaining kann nachdrücklich wirksam sein wie verschiedene Studien belegen. Im günstigsten Fall wird sowohl das elterliche Verhalten als auch das problematische Verhalten der Kinder verändert. Dies gilt auch für Kinder mit erhöhter Impulsivität, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Viele Untersuchungen zeigten, dass ein Elterntaining die Symptome von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen deutlich reduzierte. Ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Elterntaining erzielte ähnlich gute Resultate wie eine Medikation (Methylphenidat).

Weiterhin zeigte sich, dass sich die Eltern nach einem Training angemessener verhalten, anschließend weniger Forderungen stellen, klarere Anweisungen erteilen, wirksamer verstärken (belohnen, bestrafen) und mehr positive Rückmeldung geben. Die Kinder gehorchten ihren Eltern besser als zuvor. Eine neuere Studie von Hartman et al. (2003) bestätigte

dies und zeigt eine deutliche Abnahme von Verhaltensproblemen (Bericht der Mütter, unabhängige Beobachtungen) der 81 beteiligten Kinder (zwischen 3 und 7 Jahre).

Warum ein Elterntaining bei ADS?

Warum nicht? Denn Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen zeigen sich sehr konkret in der Familie. Diese Kinder stellen ihre Eltern immer wieder vor unerwartete Probleme: Der Umgang mit ihnen ist schwieriger; auch eigentlich selbstverständliche Dinge geraten zum Problem; die Kinder fordern mehr Aufmerksamkeit und Anleitung; nichts läuft von alleine und ohne Krach; ständig gibt es Schwierigkeiten und Konflikte; meistens läuft es auch in der Schule oder im Kindergarten nicht so wie gewünscht. All dies setzt die Eltern unter Druck. Sie sind oft unzufrieden, fühlen sich hilflos oder überfordert. Fast zwangsläufig reagieren sie dann auch eher



Prof. Dr. G. Lauth,
Heilpädagogische
Fakultät der
Universität Köln

Die Mutter von Mathias

(9 Jahre; 3. Klasse Grundschule; 2 Geschwister) klagt:

„Mit Mathias ist es ein ewiger Kampf. Schon das Aufstehen fällt ihm schwer. Ich muss ihn mehrmals wecken bis er endlich aufsteht. Er will morgens einfach nicht raus! Dabei kommt er am Abend nicht zur Ruhe und es gibt fast jeden Abend Krach, bis er endlich, meistens erst um 22.00 Uhr, zu Bett geht. Aber auch wenn er endlich aufgestanden ist, geht es weiter. Er trödelt beim Anziehen, macht alles auf einmal – spielen, Kassette hören, Schulsachen zusammen kramen, umherlaufen. Er kriegt nichts zu Ende und ich muss ihn ständig antreiben. Er reagiert schon gar nicht mehr auf mich, nörgelt nur rum und tut oft, was er will. Wenn er dann endlich aus dem Hause ist, bin ich fix und fertig. Mein Mann glaubt mir oft nicht, wie schwierig es mit Mathias sein kann. Nur wenn er mal mit ihm Hausaufgaben macht, merkt er das auch. Er verliert dann schnell die Geduld mit ihm und schimpft, was die Situation auch nicht besser macht. Die Hausaufgaben sind die reinste Katastrophe. Sie enden fast immer im Streit. Mathias nölt, mault, krakelt herum und kriegt nichts zustande. Wenn ich liebevoll auf ihn eingehe, bringt es nichts; wenn ich Druck mache, verliert er die Nerven. Am Ende sind wir beide geschafft. Mathias findet keine richtigen Freunde, obwohl er so gerne welche hätte. Meistens sind es die Falschen, mit denen er sich abgibt. Mit den Geschwistern gibt es oft Streit. Auch harmlose Spiele geraten schnell außer Kontrolle. Mathias wird dann ausfallend und aggressiv; schreit herum, wirft mit Sachen um sich und tritt gegen Gegenstände. Er widerspricht immer mehr, er hört immer weniger zu. Dabei ist er doch unser Kind und wir haben ihn doch gern.“



ungeduldig, genervt und gereizt.

ADS-Kinder zeigen in der Familie eine Reihe von Verhaltensweisen, die die Eltern als nervig, schwierig, auffällig und belastend erleben. Sie handeln in der Regel rasch und unüberlegt, sie suchen oft nach „verkürzten Problemlösungen“, machen viele Fehler und fallen durch ihr lautes

und poltriges Verhalten auf. Selten, dass sie Fehler im Nachhinein einsehen und anschließend anders darüber denken. Sie treten eher großspurig, offensiv und auftrumpfend auf. Dadurch wecken sie Widerspruch, was wiederum Konflikte und Auseinandersetzungen schürt. Gegenüber vertrauten Personen zeigen sie oft eine unangemessene Aufmerksamkeitssuche, indem sie deren Zuwendung oder Privilegien (Vorteile) durch Nörgeln, Quengeln oder Hampeln zu erlangen versuchen. Gelingt dies nicht, greifen sie zunehmend zu drastischeren Verhaltensweisen.

Jede Mutter und jeder Vater weiß ein Lied davon zu singen und kann rasch angeben, wo es im Alltag Schwierigkeiten gibt und wie die aussehen: Meistens bei den Hausaufgaben, bei Besuchen, aber auch beim Zu-Bett-Gehen oder den gemeinsamen Mahlzeiten. In vielen Fällen dauern diese Probleme schon seit geraumer Zeit an und es haben sich regelrechte Streitrituale dafür herausgebildet. Wenn es also etwas zu verbessern oder zu behandeln gibt, dann auch den Umgang miteinander in der Familie.

Stellenwert des Elterstrainings bei ADS

ADS entsteht durch mehrere Faktoren, die ineinander greifen. Im Allgemeinen bildet man diese Erkenntnis in einem Biopsychosozialen Modell ab. Es besagt, dass *drei Faktoren* beim Entstehen einer solchen Störung zusammen wirken:

- Am Anfang steht eine *biologische Vulnerabilität*, die sich beispielsweise in Auffälligkeiten der zentralnervösen Aktivierung, mangelnder Dopaminresorption, unzureichender Inhibitionskontrolle und mangelnder Frontalhirnsteuerung äußert. Dies kann das planvolle, abwägende und bedachte Vorgehen in Situationen, die das erfordern, erschweren.
- Die unmittelbare Folge sind *psychische Besonderheiten* beim Kind, die sich in einem raschen, fehlerhaften, unbedachten und wenig planvollen Vorgehen sowie in einem mangelnden Bedürfnisaufschub zeigen.
- Wenn sich dann auch noch unge-

eignete *soziale Reaktionen* von Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen einstellen, werden die Verhaltensschwierigkeiten des Kindes hervorgehoben und festgeschrieben oder sogar verschärft. Als besonders kritisch gelten so genannte *coersive Interaktionsformen* (z. B. bevorzugt auf Fehler achten, wenig einfühlsam sein), zu wenig positive Anleitung (z. B. nicht genau

dem nicht zustimmen würde. Aber was heißt das? Und gelingt das auch, wenn die Hausaufgaben seit Tagen nicht mehr klappen, das Abendessen in der Familie zum Geduldsspiel wird, die Streitigkeiten der Geschwister überhand nehmen?

Eine Erfahrung aus der Beratung ist ja gerade, dass die Eltern gutwillig, interessiert und dem Kind zugewandt sind. Auch, dass sie natürlich wissen,



Abbildung 1: Multifaktorieller Erklärungsansatz zur Entstehung und Aufrechterhaltung von ADS

sagen, was gemacht werden soll, dem Kind nicht ausreichend zur Seite stehen) sowie angemessenes Verhalten (wenn es mal geklappt hat) nicht ausreichend beachten und belohnen.

Aus dem Biopsychosozialen Bedingungsmodell geht hervor, dass die sozialen Reaktionen die Störung zwar nicht hervorbringen, aber darüber entscheiden „was daraus wird“. Ungeeignete Verhaltensweisen verfestigen die Störung.

Was soll im Eltertraining vermittelt werden?

Mit allgemeinen Erziehungsratschlägen kommt man in aller Regel nicht weit! Die Ratschläge sind ja auch nicht von „so weit her“. Was empfiehlt man denn schon im Allgemeinen? Klar, die Eltern sollten geduldiger, einfühlsamer und hilfreicher sein, eher die Stärken des Kindes sehen als auf seine Fehler achten, es mögen und ihm das Gefühl, angenommen zu sein, geben. Das ist richtig und sicher gibt es niemanden, der

wie es „richtig wäre“. Allein der Alltagsrhythmus, der Zeitdruck am Morgen, das plötzliche und so wichtige Telefonat während der Hausaufgaben, das permanente Gernere lässt die eigenen Einsichten schlagartig verblasen. Wie so manchen guten Vorsatz zu Neujahr. Mit Ratschlägen, Erziehungsprinzipien, Appellen und Belehrungen ist deshalb nicht viel gewonnen. Entweder sind sie schon hinreichend bekannt oder einfach zu allgemein und zu weit weg vom eigenen Alltag, um dort wirklich Platz zu finden.

Was ist also zu tun?

Konkret werden, sogar üben, trainieren! Also:

- Nicht allgemein über Erziehung reden, sondern „sortieren“, wo gibt es Schwierigkeiten in der Familie und wo läuft es?
- Die Beziehung zu den Kindern verbessern, denn oft haben sie kaum mehr den Glauben, dass sie es den Eltern recht machen können. Und oft haben sie sich schon in eine Art Machtkampf mit den Eltern begeben.

- Sich Rechenschaft über die eigenen Denkmuster geben. Warum regt es mich so sehr auf, wenn der Ranzen einfach in die Ecke geworfen wird? Wird nicht ein Stück mehr mitgedacht als eigentlich notwendig ist? Hindert das einen vielleicht auch daran, einen klaren Kopf zu behalten?
- Es liegt nicht immer an den Eltern oder dem Kind, wenn es schwierig wird. Oft sind die Umstände ungünstig. Das Abendessen ist eingezwängt zwischen Hausaufgaben und Fernsehen, das Zu-Bett-Gehen eigentlich nie so richtig geregelt, der Besuch bei der Behörde wird nicht mit dem Kind abgesprochen, so dass es bald zu mau-len anfängt.
- Genauere Anleitungen geben, Erwartungen beim Kind ausbilden. Am besten bevor es schief läuft.
- Belohnung einsetzen und positive Ziele anstreben. Aber auch eine kleine Bestrafung parat halten, wenn das Kind einer dringlichen Aufforderung und einer klaren Abmachung nicht nachkommt (z. B. schon wieder zu spät nach Hause gekommen – Gute-Nacht-Geschichte fällt diesmal kürzer aus).
- Schließlich auch mal nachdenken, wie die Pflichten in der Familie eingeteilt sind. Ist einer der Eltern seit längerer Zeit so überlastet, dass er/sie nicht mehr recht ein und aus weiß? Könnte man das anders verteilen?

Am besten ist es, wenn das möglichst konkret geschieht. Wenn die Eltern die eigenen Schwierigkeiten analysieren. Wenn sie Lösungen für ihre eigenen Probleme finden. Wenn sie einüben, wie sie selbst eine Anweisung geben sollen. Und wenn sie hören, wie das bei den anderen Eltern ankommt. Es kann kaum konkret genug sein.

Das ist auch das Programm des Kompetenztrainings für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES), das weiter unten beschrieben wird. Es wird in Gruppen durchgeführt. Was in der Gruppe besprochen und beschlossen wird, ist einfach verbindlicher. Es macht Mut, wenn andere vorangehen. Neue Sichtweisen entstehen eher. Andere Eltern können zum Vor-

bild werden. Und schließlich wird deutlich, dass man mit den eigenen Schwierigkeiten nicht alleine ist.

Welche Schwierigkeiten gibt es denn in den Familien?

Die Alltagsschwierigkeiten in der Familie sind (ebenso wie in der Schule) konkret. Die ADS Kinder und ihre Familien haben keine abstrakten Probleme. Vielmehr ist das Zu-Bett-Gehen ein Drama, die Hausaufgaben ein ständiges Ärgernis, die Streitereien unter den Geschwistern schier unerträglich und neulich hat Nico auch noch das halbe Bad unter Wasser gesetzt. Das sind aber alles Ereignisse, die man sehen kann. Ereignisse, die anfangen und weitergehen und schließlich irgendwie (im Ärger?) enden. Ereignisse auch, die an bestimmten Orten (im Wohnzimmer, im Bad, bei Bekannten), zu bestimmten Zeiten (morgens, abends), bei bestimmten Personen (beim Vater, bei der Mutter, bei der Oma) und bei bestimmten Stimmungen (wenn Tobias schon schlecht drauf ist, wenn ich es eilig habe) stattfinden. All das kann man beschreiben und einem anderen erzählen. Auch wissen die Eltern meistens schon was kommt, sie „können ein Lied davon singen“. Das heißt auch, dass sie schon lange mit den gleichen, wiederkehrenden Schwierigkeiten zu tun haben.

Familiäre Standardsituationen

Konflikte gibt es hauptsächlich in den familiären Standardsituationen: Anziehen, Waschen, Hausaufgaben machen, Verwandtschaftsbesuche, Fernsehen, Zu-Bett-Gehen usw. Das ist leicht nachvollziehbar. Denn es gibt klare Regeln und eindeutige Erwartungen dafür (z. B. die Hausaufgaben sollen mit vertretbarem Aufwand erledigt werden). Wenn es schief geht, ist das rasch zu sehen. Diese Situationen geben den Kindern aber auch ein Stück Macht in die Hand. Wenn sie bei den Hausaufgaben trödeln, bringt das die Eltern sehr zuverlässig auf die Palme. Wenn sie beim gemeinsamen Essen „rumsauen“, regen sich die Eltern auf. Wenn sie die Mutter bei einem wichtigen Telefonat stören, bringen sie sie wirklich in Schwierigkeiten. Und noch ein drittes: Für die meisten familiären Standardsituationen ist die Mutter verantwortlich. Sie macht Hausaufgaben, sie geht mit dem Kind zum Einkaufen, sie hat das Kind bei Besuchen an der Seite. Deshalb empfindet sie diese Situationen belastender als der Vater. Besonders dann, wenn sie eher auf sich alleine gestellt ist.

Folglich empfinden die Eltern ihre Kinder besonders in diesen familiären Standardsituationen als aufwändig, widersprechend und aufsässig.

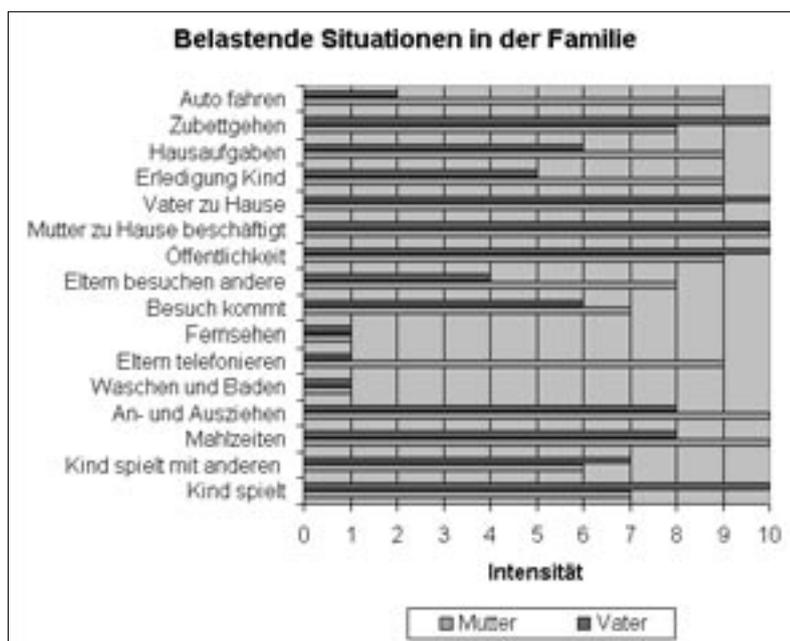


Abbildung 2: Belastungen der Mutter und der Vaters in familiären Standardsituationen

Übrigens sind das auch die einzigen Situationen, in denen die Eltern „Kontrolle“ über ihr Kind beanspruchen. Zu vielen anderen Angelegenheiten ist es außerhalb ihrer Reichweite, in der Schule, bei Freunden, auf dem Bolzplatz, bei Verwandten. Wenn die Eltern das Verhalten des Kindes als schwierig erleben, dann eigentlich nur wegen und in familiären Standardsituationen.

Die Probleme sind in den einzelnen Familien sehr unterschiedlich. Keine Familie gleicht der anderen! In manchen Familien gibt es stän-



dig Auseinandersetzungen wegen des Fernsehens, bei anderen nicht, einige Familien bekommen ihre Kinder kaum ins Bett, bei anderen ist das kein Problem, einige Mütter haben die Hausaufgaben im Griff, bei anderen gibt es fast täglich Streit darum, in einigen Familien beteiligt sich der Vater (Lebenspartner) wirklich an der Erziehung und den Familienaufgaben, in anderen Familien kommt er erst spät nach Hause und beteiligt sich wenig. Die Familien sind wirklich verschieden. Und die Personen darin sind es auch noch. Es geht also schon um möglichst alltagspassende Lösungen, die im Elterstraining gefunden werden sollten.

Jede Familie hat ihr eigenes Profil an Belastungen. Ein solches Profil ist für Familie Gerken (Pseudonym) in Abbildung 2 zu sehen. Die Eltern sind 28 (Mutter) bzw. 33 Jahre (Vater) alt. Die Mutter als Bürokauffrau tätig, der Vater als Informatiker. Ihr Sohn Mark ist 6 Jahre alt, er geht noch nicht zur Schule, sondern besucht den Vorschulkindergarten. Mark hat ein Geschwisterkind (Bruder, 3 Jahre alt). Er hat eine Diagnose auf ADHS.

Das Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES)

Das Elterstraining beruht auf den schon genannten Prinzipien und Erkenntnissen: Konkret sein, Alltagschwierigkeiten analysieren, die Beziehung zum Kind verbessern, das eigene Denken auf den Prüfstand stellen, ungünstige Umstände verändern, das Kind positiv anleiten, genaue Anweisungen geben, Belohnung und milde Bestrafung bereithalten, die Verteilung der Aufgaben in der Familie überprüfen.

Adressaten. Das Training richtet sich an Eltern (Mütter, Väter) von sozial auffälligen Kindern im Alter von 4 bis 11 Jahren. Diese Kinder können eine Hyperkinetische Störung, Oppositionelles Trotzverhalten oder eine Störung des Sozialverhaltens aufweisen oder auch eine subklinische Erscheinungsweise davon.

Konzeption. Das Elterstraining beruht auf drei übergeordneten Modellvorstellungen:

1. Einem *biopsychosozialen Störungsmodell*, das die Ursprünge kindlicher Verhaltensstörungen im Wesentlichen auf psychobiologische sowie verhaltensgenetische Ursachen, das Fortbestehen und die Festschreibung dieser Störungen aber auf soziale und familiäre Bedingungen zurückführt (siehe Abbildung 1).
2. *Stress und mangelnde Ressourcen* beeinträchtigen die Fähigkeit der Eltern, sich dem Kind entwicklungsfördernd zuzuwenden. Stattdessen begünstigen sie ungeeignete und eher abträgliche Erziehungsmaßnahmen (z. B. Fixierung der elterlichen Aufmerksamkeit auf das abweichende Verhalten, einseitig bestrafendes Elternverhalten, unflexibles Erziehungsverhalten der Eltern). Die Eltern entziehen dem Kind beispielsweise ihre positive Zuwendung und tadeln es nahezu ausschließlich; das Kind bestraft durch das Nicht-Befolgen ihrer Anweisungen und Wünsche oder durch trotziges und widersprechendes Verhalten. Dieser Teufelskreis macht beide zu „Streitparteien“.
3. *Die Anpassung eines Kindes* (good-

ness of fit; Chess & Thomas, 1999) an seine Umgebung variiert zwischen den Polen „optimale Anpassung“ (Funktionalität) und Fehlanpassung (psychische Erkrankung). Im Falle einer Verhaltensstörung liegt eine unzureichende Anpassung (poor fit) vor. Das Verhalten des Kindes stimmt also nicht mit vorherrschenden (familiären, schulischen) Bedingungen überein. Die Gründe dafür können zum einen darin liegen, dass das Kind nicht die erforderlichen Fähigkeiten (Kompetenzen) dafür besitzt, zum anderen aber auch darin, dass die familiäre Umwelt keine angemessene „Nische“ für das kindliche Verhalten bereithält (z. B. ungeeignete Abläufe in der Familie, erheblicher familiärer Stress, unangemessene Erwartungen an das Kind). Es gilt wechselseitiges Anpassungsverhalten von Eltern und Kind in die Wege zu leiten.

Durchführung. Durchgeführt wird das Elterstraining in einer Gruppe von etwa 6-8 Müttern und Vätern. Beide Eltern müssen nicht gleichzeitig teilnehmen. Wenn einer von ihnen regelmäßig kommt, reicht das auch. Dann soll der „fehlende Elternteil“ (in der Regel eher der Vater) jedoch unbedingt zur letzten, siebten Sitzung mitkommen. Es werden sowohl allein erziehende Eltern als auch Elternpaare aufgenommen. Bei der Zusammenstellung der Teilnehmergruppe wird eine gemischte Gruppe aus allein- und gemeinsam erziehenden Eltern gebildet. Dies ermöglicht gegenseitiges Lernen und die Übertragung von innovativen Lösungsideen auf den eigenen Familienkontext.

Die Gruppen werden von einem oder zwei Trainingsleitern geleitet. Diese gehen immer von den Alltagsproblemen der Eltern aus und greifen beispielsweise bei der Lösungssuche auf die Beiträge der Eltern zurück. Beim Ableiten von Lösungen geben sie nur Hilfestellungen, die eigentlichen Änderungen bzw. Erkenntnisse erarbeiten und entwickeln die Eltern selbst. Deshalb findet das Training auch in Gruppen mit gleich betroffenen Eltern statt. Dies stärkt in der Regel die Eigenaktivität der Eltern.

Ziele. Das Elternttraining vermittelt möglichst unmittelbar nutzbare Erziehungsfertigkeiten. Dazu gehört vor allem:

- Die Eltern denken darüber nach, welche *Schwierigkeiten es in ihrer Familie* gibt und was sich vorrangig ändern soll.
- Die Eltern lernen ihr Kind in „neuem Licht“ und positiver als zuvor zu sehen. Dadurch soll eine *positive Eltern-Kind-Interaktion* angebahnt werden.
- Die Eltern lernen, schwierige *familiäre Standardsituationen* (z. B. Probleme beim Zu-Bett-Gehen) günstiger zu gestalten und gänzlich zu vermeiden.
- Die Eltern sollen ihr Kind in *positiver Weise anleiten*.
- Die *Belastung* in der Familie soll dadurch rasch reduziert werden, so dass die Eltern die schwierigen Alltagssituationen konstruktiver angehen.
- Auf längere Sicht soll das aktuelle (oft chronifizierte) Stressniveau in der Familie verringert und eine *familiäre Neustrukturierung* ermöglicht werden. Beispielsweise sollen sich Mutter und Vater (bzw. Lebenspartner) die familiären Aufgaben so teilen, dass die Mutter entlastet wird.

Für jedes Ziel wird im Gruppentraining eine Sitzung aufgewendet.

Dauer und Terminplanung. Jede Trainingseinheit dauert 180 Minuten (3 Zeitstunden), darin ist eine Pause von 20 Minuten enthalten. Die Gruppen kommen im Abstand von einer Woche zusammen. Zwischen der sechsten Trainingseinheit und der Auffrischungssitzung wird jedoch ein Abstand von 6 - 8 Wochen gelassen, um den Trainingsinhalten Zeit zum Wirken zu geben. Damit erstreckt sich das Training über einen Zeitraum von insgesamt 12 - 14 Wochen. Wochentag und Uhrzeit aller Treffen werden bereits im Vorgespräch mit den TeilnehmerInnen festgelegt. Als Zeit empfiehlt sich ein Spätnachmittag- (16-20 Uhr) oder Abendtermin (18 - 21 Uhr).

Vorlauf. Dem Elternttraining geht eine Diagnostik voraus, um abzuklären, ob das Elternttraining für die El-

tern geeignet ist. Dabei werden die folgenden Inhalte mit den Eltern (einzeln) geklärt:

1. Abklärung der momentanen Verhaltensschwierigkeiten in der Familie anhand eines verhaltensanalytischen Interviews.
2. Abklärung und Einordnung der kindlichen Verhaltensschwierigkeiten anhand von ICD-10 Diagnosen (Fragebogen zur Hyperkinetischen Störung, Fragebogen zur Störung des Sozialverhaltens).
3. Die Erhebung familiärer Belastungssituationen.
4. Die Erhebung familiärer Ressourcen sowie Belastungen (Parenting Stress Index; Tröster, 1999a, b).
5. Die Erhebung psychosozialer und umgebungsbezogener Probleme in der Familie (DSM-IV-TR: Achse IV; American Psychiatric Association, 2003).
6. Ein ausführliches Gespräch darüber, wie die Eltern die bestehenden Schwierigkeiten beim Kind und in der Familie erklären.
7. Weiterhin werden die Ziele und das Konzept des Trainings erklärt, die Notwendigkeit der Mitarbeit der Eltern im Training, die Verwendung von Rollenspielen als Trainingsmethode, die Bearbeitung von Wochenaufgaben (Die Eltern erproben bestimmte Vorgehensweisen zwischen zwei Trainingseinheiten) sowie die Benutzung von Fragebögen als diagnostisches Mittel.

Sieben Trainingseinheiten, die aufeinander aufbauen

1. Was soll sich ändern?

Was kann so bleiben? –

Problemanalyse

Die Familien haben ganz unterschiedliche Probleme. Zuerst analysieren sie deshalb, welche Probleme es denn überhaupt gibt, wichtiger aber noch, wo es keine gibt. Erfahrungsgemäß hat eine Familie maximal 6 Probleme; das heißt, dass 10 familiäre Standardsituationen weitgehend entspannt verlaufen und niemandem wirklich auf den „Keks“ gehen. Das ist schon etwas! Man kann die Kraft auf die wenigen Schwierigkeiten konzentrieren. Ent-

scheiden, was sich ändern soll und was so bleiben kann! Manches läuft gut, anderes muss besser werden.

Die Eltern stellen in der Gruppe vor, wo und wann es gut läuft und wo das eben nicht der Fall ist. Sie schildern möglichst genau, was dann „so abläuft“. Dabei ist es wichtig, dass sie möglichst konkret werden; also über wirkliche Ereignisse sprechen und sagen, was war und wie es stattfand. Auf dieser Grundlage schließen die Eltern einen Vertrag mit sich selbst, in dem sie sagen, was sie ändern wollen und weshalb sie zur Gruppe kommen. Selbstverständlich ist, dass das, was in der Gruppe gesagt wird, von den anderen Gruppenteilnehmern nicht nach draußen getragen werden darf. Es gibt auch eine Wochenaufgabe zum nächsten Mal: Genau beobachten, welche Schwierigkeiten es im Laufe der Woche gab und sie zusammen mit den Umständen, die dabei eine Rolle spielten, schriftlich festhalten.

Die Wochenaufgabe wird dann beim nächsten Mal ausführlich besprochen.

2. Eine Basis haben – Positive Spielzeit

Die Eltern-Kind-Beziehungen sind oft belastet. Die Eltern erwarten Fehler und achten darauf; die Kinder haben fast nur Misserfolge und folgen den Wünschen und Erwartungen der Eltern nur wenig. Ein Teufelskreis aus wechselseitiger Enttäuschung. Aus diesem Grund wird die „Positive Spielzeit“ (vgl. Barkley, 1988) eingeführt. Ein Elternteil nimmt sich täglich ca. 30 Minuten ausschließlich für das „Problemkind“ Zeit. Beide spielen miteinander, gehen aufeinander ein. Wichtig ist, dass sie Interesse aneinander finden und sich einfühlsam begegnen. Meistens entsteht daraus eine größere Bereitschaft (wieder) aufeinander Rücksicht zu nehmen. Die Spielzeit muss genau geplant werden. Auch ist es wichtig, was die Geschwister währenddessen tun. Und was ihnen gesagt wird, damit sie das verstehen. Diese Maßnahme verbessert in der Regel die Eltern – Kind – Beziehung. Von nun an wird die Positive Spielzeit bis zum Ende des Trainings wochentags durchgeführt. Die Eltern sollen sich absprechen und abwechseln.

3. Eigene Gefühle und Gedanken wahrnehmen – das ABC Schema

Petra hat versprochen gleich mit den Hausaufgaben anzufangen. Als die Mutter später nachschaut, spielt sie nur. Sie hat überhaupt noch nichts getan! Was denkt die Mutter jetzt? „Aus Petra wird nichts rechtes werden; keiner hört auf mich, mein Wort ist nichts wert, ich muss mal richtig durchgreifen...“ Was tut sie, wenn sie so denkt? Klar, den momentanen Ärger umsetzen und schimpfen oder resigniert die Tür zuschlagen. Könnte die Mutter etwas anderes tun? Und was müsste sie denken, um das auch wirklich machen zu können? Das wird in dieser Sitzung gelernt. Es ist schwer, weil die ersten Gedankenmuster schon fest eingefahren sind. Die anderen aber nur mit Schwierigkeiten produziert werden können. Es geht aber. Die Eltern lernen zwischen Gedanken, Erwartungen und Gefühlen zu unterscheiden. Dazu wird ein ABC – Schema herangezogen, das den Zusammenhang zwischen dem Auslöser (A), der Bewertung (B) und der Konsequenz (C) erläutert. Auf dieser Grundlage werden einzelne Situationen und Reaktionen von Eltern analysiert. Danach werden Lösungswege für ein effektiveres Handeln eingeübt.

te, was er darf und was nicht. Wenn es Probleme gibt, muss man zuerst mal darüber nachdenken, wann, wo, wie, bei wem die Probleme vorkommen. Sind die Umstände mitverantwortlich dafür? Dann muss man sie ändern. Das ist viel leichter als eine Person ummodellieren zu wollen. Es ist sogar die einfachste Methode. Nur, sie ist ungewohnt, weil wir eigentlich immer so denken, dass eine Person „Schuld hat“ – nicht will, nicht kann, es absichtlich tut, wir selbst Schuld sind etc. Kann sein. Dürfte aber eher die Ausnahme sein. Die Eltern lernen in dieser Sitzung, dass Probleme oft nur auf schwierige Umstände zurückzuführen sind. Sie entwickeln in Kleingruppen andere Abläufe und erproben diese im Rollenspiel. Falls es eine gute Lösung ist, probieren sie das zu Hause aus (Wochenaufgabe!). Die Eltern lernen, die Standardsituationen sinnvoll zu gestalten und den Kindern angemessene Hilfestellungen zu geben (z. B. das Zu-Bett-Gehen in einem Ritual zu gestalten).

5. Effektive Aufforderungen stellen

In dieser Einheit geht es um effektives Auffordern und angemessene Konsequenzen (z. B. Mirko soll endlich sein Zimmer aufräumen, morgen kommt Besuch). Wichtig ist, dass

cher gebracht!“ etc.). Auch – und das ist viel konstruktiver – eine Belohnung bereithalten, wenn es wie verabredet geklappt hat. Lob und Zuwendung reichen meistens schon. Die Wochenaufgabe? Natürlich effektive Aufforderungen stellen, es aufzeichnen und in der nächsten Sitzung darüber berichten.

6. Durch Konsequenzen anleiten

Solche Konsequenzen bestehen aus Belohnung und Bestrafung. Natürlich belohnen und bestrafen die Eltern auch bisher schon. Meistens tun sie das aber „aus dem Bauch heraus“. Besonders die Bestrafung kommt oft aus Ärger und Enttäuschung zu Stande und ist häufig recht überzogen. In dieser Sitzung geht es darum, was als Belohnung und Bestrafung wirkt – z. B. lächeln, Blickkontakt, nicken, aufmunternde Worte, Verständnis, sachliche Rückmeldung bzw. tadeln, sich abwenden, Desinteresse zeigen, eine Vergünstigung wegfallen lassen. Es müssen keine „großen Sachen“ sein, wohl aber müssen sie dem Kind zeigen, was gewünscht wird und wie sein Verhalten bei den Eltern ankommt. Verhaltensweisen, die Belohnung finden, werden von den Kindern öfter gemacht. Was Bestrafung findet, verschwindet hingegen mit der Zeit. Manche Eltern nehmen ihre Kinder nur noch in ihrem Fehlverhalten wahr. Sie loben sie kaum noch.

Die Eltern lernen in der Gruppe, dass sie ihr Kind vor allem zu positiven Zielen hin motivieren sollen („den Schalter im Kopf umlegen“). Anhand eines Verstärkerplans lernen sie, das Kind ausdrücklich für gelungene Situationen zu loben. Sie sollen dem Kind dabei die notwendige Hilfe und Unterstützung gewähren. Auch das wird als Wochenaufgabe anhand eigener Probleme ausprobiert und aufgezeichnet.

7. (6-8 Wochen danach) Ein Blick zurück auf dem Weg nach vorn

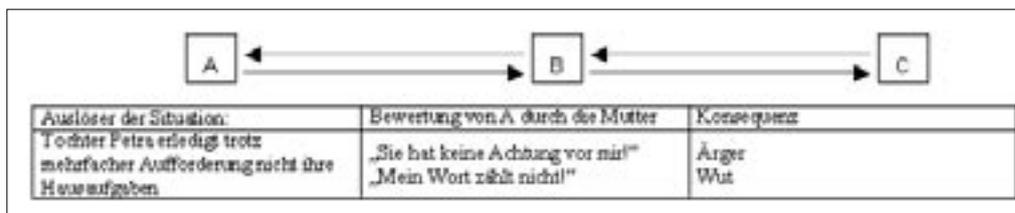
Bei dieser Sitzung müssen die Väter bzw. Lebenspartner dabei sein. Denn hier geht es auch darum, was sie für die Familie tun und darum, ob sie die Mutter stärker entlasten können. Zunächst aber wird in der Elterngruppe besprochen, wie die

4. Abläufe ändern – Gestaltung von Standardsituationen

Viele familiäre Probleme (z. B. Waschen, Baden, Anziehen, Zu-Bett-Gehen) entstehen aufgrund ungünstiger zeitlicher Abläufe. Es ist nicht klar, wie es laufen soll. Die Zeit ist eigentlich zu knapp. Die Geschwister drängeln sich im Bad und gleich gibt es Krach. Markus kommt jedem Abend fünfmal wieder runter, nachdem er schon zu Bett gebracht worden ist. Was ist jetzt zu tun? Und wer ist dafür verantwortlich? Das Einkaufen mit Nico ist die reinste Tortur. Es ist aber nicht mit ihm geklärt worden, wie das Einkaufen stattdessen verlaufen soll-

die Eltern sich zuvor genau überlegen, ob ihnen etwas wirklich wichtig ist. Falls ja, wie sagen sie es, damit es zweifelsfrei verstanden wird und die Chance gegeben ist, dass Mirko es auch zügig macht? Und was passiert, wenn Mirko es nun doch nicht ausgeführt hat?

Es geht also darum, kurz, knapp und genau zu sein. Mit wenigen Worten viel sagen. Und dafür gerüstet zu sein, wenn es dann doch nicht befolgt wurde. Eine kleine Bestrafung bereithalten. Aber nicht aus Ärger den „großen Hammer“ hervorholen („Fußball ist bis auf weiteres gestrichen“, „der PC kommt jetzt weg“, „Die Spielsachen werden auf den Spei-



letzten Wochen verlaufen sind. Sind die Probleme weniger geworden? Die Eltern vergleichen dazu, welche Probleme es bei Beginn des Trainings gab und welche es jetzt noch gibt. Meistens ist die Belastung deutlich weniger geworden. Und die meisten Probleme sind keine mehr. Wenn es aber doch noch welche gibt, stellen sich Fragen: Welche Probleme gibt es noch? Und was kann man da tun? Die Eltern schauen in dieser Sitzung auch nach, was sie sich für die Elterngruppe vorgenommen und ob sie das erreicht haben.

Dann aber kommt die Hauptsache. Es wird darüber diskutiert, dass die Mütter von den Problemen des Kindes meistens stärker belastet sind. Woran liegt das? Und kann man das ändern? Es geht also recht rasch um eine vielleicht bessere Aufteilung der Aufgaben in der Familie. Und auch darum, wie man gerne zusammenleben möchte. Das kann man den Paaren nicht verordnen und auch nicht auf dem Marktplatz diskutieren. Deshalb sprechen die Paare miteinander. Sie handeln einen Vertrag aus, der später in der Gruppe vorgestellt wird. Alleinerziehende überlegen zu zweit, wie sie sich im Alltag entlasten können (z. B. sich mit jemandem zusammen tun, den Vater des Kindes stärker in Betreuung einbeziehen).

Gibt es Probleme beim Training?

Eigentlich nicht. Außer, dass es den Eltern manchmal schwer fällt, die Termine einzuhalten. Das ist bei Elterntrainings aber oft der Fall. Man kann sich davor schützen, indem die Termine bereits beim Vorgespräch bekannt gegeben werden. Auch dadurch, dass sich beispielsweise Fahrgemeinschaften bilden. Andere Dinge muss der Gruppenleiter im Auge haben und möglichst kompetent damit umgehen. Dass jemand manchmal mehr reden möchte als die anderen zuhören wollen. Dass manchmal abgeschweift wird. Dass die Wochenaufgaben nicht so richtig gemacht wurden.

Was kommt dabei raus? KES-Untersuchungen

Das KES wurde in bisher fünf Einzelstudien evaluiert. Die Ergebnisse von

drei Studien werden im Überblick geschildert:

Vergleich einer Vorform des aktuellen Trainings mit einer Wartekontrollgruppe (Konrad, 2002) Hier wurde danach gefragt, ob das Training die Erziehungsfertigkeiten verbessert. Dazu wurden insgesamt 38 Mütter von aufmerksamkeitsgestörten / hyperaktiven Kindern nach DSM-IV, die über Kinderärzte, Beratungsstellen und psychiatrische Einrichtungen erreicht wurden, angesprochen; 20 Mütter nahmen am Elterntraining teil und 18 Mütter warteten zunächst (Wartekontrollgruppe). Alle Kinder hatten die klinische Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. 18 der 38 Kinder erhielten eine langfristige Pharmakotherapie. Die Kinder waren im Durchschnitt 8,4 Jahre alt (Altersspanne 4-13). Das Elterntraining wurde 6 bis 8 Wochen als Gruppentraining, das einer Vorform der jetzigen Version entspricht, durchgeführt.

Um die Wirksamkeit einschätzen zu können, machten die Teilnehmerinnen vor, während und nach dem Training Angaben über Belastungen in der Familie (Belastende Situationen in der Familie) und ihr Erziehungsverhalten (Unterstützung, Strenge und Zuneigung). Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass das Training gut ankam. Die belastenden Situationen in der Familie entspannen sich deutlich und die Erziehungsfertigkeiten werden verbessert. Am Ende fühlen sich die Trainingsteilnehmerinnen bei: Anforderungssituationen (z. B. An- und Ausziehen, Waschen und Baden, Zu-Bett-Gehen, das Kind soll etwas erledigen, Hausaufgaben machen); in der Anleitung des problematischen Kindes zu einem angemessenen sozialen Verhalten (z. B. gemeinsame Mahlzeiten, Besuch kommt, Auftritt in der Öffentlichkeit) sowie in der Abstimmung eigenen Verhaltens zu dem des Kindes (z. B. Mutter telefoniert) deutlich weniger belastet. Sie unterscheiden sich erheblich von den Müttern ohne Training.

Im allgemeinen Erziehungsverhalten nahm die elterliche Unterstützung des Kindes zu, andere Verbesserungen wurden nicht erreicht.

Schlussfolgerung: Das Elterntraining erwies sich als wirksam. Die vermittelten Fertigkeiten konnten von den Müttern nutzbringend umgesetzt werden. Sie lernen, belastende Alltagssituationen günstiger anzugehen.

Vergleich des Elterntrainings mit einer Alternativbehandlung

(Lauth, Grimm & Otte, im Druck) Hier wurde danach gefragt, ob das Elterntraining besser als eine Alternativbehandlung ist. Insgesamt 62 Eltern mit verhaltensauffälligen Kindern (Diagnosen: Hyperkinetische Störung, Störung des Sozialverhal-



tens, häuslichen Auffälligkeiten) nahmen an dieser Studie teil (Altersdurchschnitt der Kinder: 9 Jahre). Die Eltern wurden per Zufall einem Training mit Verhaltensübungen ($n = 21$), einem Elterntraining ohne Verhaltensübungen ($n = 21$) oder einer non-direktiven Gesprächsgruppe ($n = 20$) zugeteilt. Das Training wurde über sieben Sitzungen so durchgeführt, wie es im Manual beschrieben wird. Vor Beginn des Trainings, sowie nach der sechsten Trainings-sitzung und 12 Wochen später bei der Auffrischungssitzung wurden Wirksamkeitsmaße (zum familiären Stressniveau und über belastende Situationen in der Familie) erhoben. Ergebnis: Die kindlichen Auffälligkeiten in den familiären Standardsituationen (Home Situation Questionnaire) nehmen beim Elterntraining mit Verhaltensübungen mit mittlerer Effektstärke ab (siehe Tabelle 1). Dieser Effekt ist beim Elterntraining ohne Verhaltensübungen und bei der Alternativbehandlung

deutlich niedriger (siehe Tabelle 1). Außerdem verringert sich das familiäre Stressniveau, allerdings nur in den Bereichen, die engeren Bezug zum Training haben (z. B. Stimmung in der Familie, Anpassungsfähigkeit des Kindes, Zweifel an der elterlichen Kompetenz); trainingsfernere Bereiche (z. B. Beeinträchtigung der Paarbeziehung) werden nur geringfügig besser. Ein Training ohne Verhaltensübungen und die non-direktive Alternativbehandlung fallen dagegen deutlich ab und sind nur noch in wenigen Bereichen und auf niedrigem Niveau wirksam. In einer Nachuntersuchung ein Jahr nach Ende der Elterngruppe haben sich die Eltern, die ganz konkret Erziehungsfertigkeiten eingeübt haben, noch weiter verbessert und der Unterschied zu den beiden anderen Versuchsgruppen hat zugenommen.

Das Elterntraining erweist sich gegenüber einer Alternativbehandlung als deutlich wirksam. Die Wirksamkeit zeigt sich vor allem in den Teilbereichen, die im Training angesprochen wurden.

Zwei weitere Studien untersuchten, ob das **Elterntraining auch in Erziehungs- und Familienberatungsstellen** außerhalb der Universität Erfolg versprechend ist. Dazu wurde es in 16 Erziehungsberatungsstellen angeboten und von den dortigen Mitarbeiterinnen mit 97 Müttern (darunter 18 Alleinerziehende), die wegen expansiven Verhaltensproblemen des Kindes bei den Erziehungsberatungsstellen vorgestellt geworden waren, durchgeführt. Das Durchschnittsalter der Mütter betrug 37,2 Jahre (Spanne 26-52 Jahre); das Durchschnittsalter des „problematischen“ Kindes, wegen dem sie Rat suchten, betrug 8,3 Jahre (Spanne 4;2 bis 13;8 Jahre). Auch hier wurden die Eltern vor Beginn des Trainings, nach der sechsten Trainingseinheit sowie nach der Auffrischungssitzung befragt. Im Ergebnis verringert sich die Auffälligkeit der Kinder nach Meinung der Eltern; die Eltern fühlen sich weniger belastet. Die am Anfang hoch belasteten Eltern verbessern sich mehr als die Eltern, die am Anfang eher entspannt waren. Das familiäre Stressniveau entspannt sich in Teil-

bereichen (geringere Zweifel an der elterlichen Kompetenz, größere Bindung innerhalb der Familie). Das Training erweist sich also auch unter den Praxisbedingungen als wirksam.

Literatur, die dem Beitrag zugrunde liegt

Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, G.J. & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.

Barkley, R.A. (1981). *Hyperactive Children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.

Chess, T. & Thomas, A. (1999). Goodness of fit. Clinical applications from infancy through adult life. Philadelphia: Brunner & Mazel.

Chorpita, B.F., Yim, L.M., Donkervoet, J.C., Arensdorf, A., Amundsen, M.J., McGee, C., Serrano, A., Yates, A., Burnes, J.A., & Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Science to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.

Dubey, D.R., O'Leary, S.G. & Kaufman, K.F. (1983). Training parents of hyperactive children in child management: A comparative outcome study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 229-246.

DuPaul, G. J. & Barkley, R. A. (1992). Situational variability of attention problems: Psychometric properties of the Revised Home and School Situations Questionnaires. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 178-188.

Firestone, P., Crowe, D., Goodman, J. T., & McGrath, P. (1986). Vicissitudes of follow-up studies: Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 184-194.

Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D.F., Katz, S., & Mattes, J. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. In C.K. Whalen & B. Henker (eds.), *Hyperactive children: A social ecology of identification and treatment* (pp. 221-243). New York: Academic Press.

Hartman, R.R., Stage, S.A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 388-398.

Horn, W.F., Ialongo, N., Pascoe, J.M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A., & Puttler, L. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children: A 9 month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 182-189.

Keown, L. J. & Woodware, L. J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of

preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553).

Konrad, G. (2002). *Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings für Mütter von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Frankfurt: Peter Lang.

Lauth, G. W. & Schlottke, P.F. (2002) *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (5. erw. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Lauth, G. W., Grimm, K., Otte, T. A. & Schäfermeier, E. (im Druck). *Evaluation des Kompetenztrainings für Eltern sozial auffälliger Kinder im Mediatorenverbund*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Loeber, R. (Hrsg.) (2001). *Child delinquents – development, interventions and service needs*. London: Sage.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

Patterson, G. R., DeGarmo, D.S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.

Pelham, W. E., Schnedler, R. W., Bender, M. E., Miller, J., Nilsson, D., Budrow, M., Ronnei, M., Paluchowski, C., & Marks, D. (1988). The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity: A therapy outcome study. In L. Bloomingdale (ed.), *Attention deficit disorders* (Vol. 3, pp. 29-48). London: Pergamon.

Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., & Goffin, B. (1992). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 397-408.

Schachter, R. & Tannock, R. (2002). Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In: M. Rutter & E. Taylor (eds.), *Child and adolescent psychiatry*, (pp 399-417), (4th ed.). Blackwell Science.

Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.

Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.

Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.

Task Force on Psychological Intervention Guidelines, American Psychological Association (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association. Abbildung 1: Multifaktorieller Erklärungsansatz zur Entstehung und Aufrechterhaltung von ADS



Staatl. anerkannte Ergänzungsschule

Anzeige

ABITUR MITTLERE REIFE

Auch bei Versetzungs- und Aufnahme-problemen an öffentl. Schulen jederzeitige Einschulung in Klasse 5-13 möglich.
 KLEINE KLASSEN, FÖRDERUNTERRICHT, HAUSAUFGABENBETREUUNG, AG's, INDIV. FÖRDERUNG + BETREUUNG, INTENSIVFÖRDERUNG BEI ADHS und TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN, SCHULPSYCHOLOGISCHE TESTUNG und BERATUNG, JOBBOACHINGKURSE, MITTAGESSEN, auf Wunsch soz. pädag. Wohneinrichtung/ Internat
 Am Büchel 100, 53173 Bonn-Bad Godesberg
 Tel. 0228-748990 Fax 0228-7489923
 info@hebo-schule.de www.hebo-schule.de

Elterntraining bei ADS/ADHS-Kindern

Die unterschiedlichen Angebote im Vergleich

Gunhild Bongartz-Such

Gunhild Bongartz-Such, Dipl. Heilpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Aachen, hielt diesen Vortrag auf dem Symposium des BV AÜK im März 2006 in Königswinter

1. Einführung

Elterntrainings werden immer häufiger angeboten, empfohlen und beworben. Wer die Wahl hat, hat die Qual. Aus der vorhandenen Fülle werden folgende Elterntrainings kurz vorgestellt, um einen kleinen Überblick zu erhalten: „Triple-P“, „Starke Kinder- starke Eltern“, „Step“, „Wackelpeter und Trotzkopf“ nach dem THOP sowie das „PEP“.

1.1 Welche allgemeinen Ziele verfolgen sogenannte Elternkompetenztrainings?

Erstes Ziel ist Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern. Aber auch das elterliche Selbstvertrauen soll gestärkt werden, ebenso die Ressourcen der Familien. Die Kommunikation innerhalb der Familie bzw. zwischen Eltern und Kind soll sich nach einer Teilnahme deutlich verbessern. Durch Schwierigkeiten und Probleme in der Familie sowie mit dem ADHS-Kind werden oft nur noch die negativen Seiten des „Problemkindes“ betrachtet. Die Trainings leiten dazu an, ressourcenorientiert zu arbeiten und den Fokus bewusst auf die positiven Seiten zu richten. Präventiv soll die Gewalt in der Erziehung reduziert bzw. verhindert werden, in dem die Eltern entsprechende alternative Erziehungsstrategien erlernen sollen. Der gewaltfreie Umgang mit Konfliktsituationen ist ein wichtiges Ziel.

Bei einigen Elterntrainings werden die Eltern speziell über ADHS/ADS informiert.

Allgemeine Lerninhalte sind die Vermittlung von praktischen Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Konfliktsituationen in der Erziehung. Stresssituationen sollen frühzeitig erkannt werden, so dass die Eltern die erlernten Kompetenzen gezielt einsetzen können, bevor die Situation eskaliert.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Elterntraining mit Veränderungen innerhalb des familiären Lebens ist die Motivation der Eltern, ein vorhandenes Problembewusstsein sowie die Bereitschaft, das eigene Erziehungsverhalten zu reflektieren und zu verändern.

1.2 Wo wer den Elterntrainings angeboten?

Elterntrainings werden beispielsweise von Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, verschiedenen Bildungsstätten für Familien, Krankenhäuser und Kliniken (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrische Zentren), Erziehungsberatungsstellen etc. angeboten.

2. Vergleich der Elterntrainings

2.1 Triple-P

Theoretischer Hintergrund	Lernpsychologischer Ansatz verhaltensanalytische Grundlage
Erziehungsstil	Autoritärer Erziehungsstil - Verhaltensänderung beim Kind durch konsequente Anwendung entsprechender Erziehungsprinzipien
Lernziele	Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen Reduzierung von kindlichem Problemverhalten Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung
Spezielle Problemthemen und Methoden	Verhaltenstraining durch Lob und Strafe, positive und negative Sanktionen Themen: - Beiläufiges Lernen - Auszeit, Stiller Stuhl - Loben - Verstärkersysteme - Problem Hausaufgaben etc.
Vermittlung der Lerninhalte durch...	Kurzvorträge und Videodarstellung Einzelberatung bei Telefonkontakten nach Kursende Wochenhausaufgaben für die Eltern
Arbeitsmaterial	Handbuch Frage- und Beobachtungsbögen zum Verhalten des Kindes Verhaltenskurven zur Überprüfung der Verhaltensänderung beim Kind
Alter der Kinder	Kleinkinder, Schulkinder für Jugendliche eigenes Konzept
Struktur (Beispiele)	vier Elternabende mit je zwei Unterrichtsstunden vier Telefonkontakte im Anschluss à 20 min
Kosten (Beispiele)	Kursgebühr je nach Anbieter z.B. 125 € Kosten für Handbuch Zusatzinformationsmaterial
Anforderungen an die Eltern	- Einüben des konsequenten Elternverhaltens - Selbstwahrnehmung und Reflexion des eigenen Elternverhaltens - An- und Übernahme der vorgegebenen Methoden - eigenverantwortliches Einüben der Methoden
Geeignet für Eltern...	- die schnelle Lösungen und Strategien für die Erziehungsprobleme benötigen - die vorgegebenen Methoden schnell erlernen möchten - mit hoher Selbstdisziplin - die auf einen geringen Zeitaufwand angewiesen sind
Nicht geeignet für Eltern...	- die gemeinsam mit ihrem Kind Lösungen erarbeiten wollen - mit Schwierigkeiten der eigenen Strukturierung - mit impulsivem Verhalten
Zusammenfassung	- allgemeines Erziehungstraining - effiziente Theorievermittlung - wenig zeitintensiv bezüglich der Kurszeiten



2.2 Starke Kinder – starke Eltern

Theoretischer Hintergrund	kommunikationstheoretischer, verhaltens-, gesprächs-, individualtherapeutischer und systemischer Hintergrund Gewaltprävention
Erziehungsstil	anleitender, demokratischer Erziehungsstil
Lernziele	Vorbeugung psychischer und physischer Gewalt in Familien Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung Verbesserung der Kommunikation von Eltern und Kindern Stärkung des elterlichen Selbstvertrauens
Spezielle Problemthemen und Methoden	Klärung der Erziehungsvorstellung Unterstützung der kindlichen Entwicklung klare Kommunikationsregeln
Vermittlung der Lerninhalte durch...	Vorträge und Kleingruppenarbeit Rollenspiele Reflexionsübungen mit Anregung zur Selbstreflexion Gespräche und Austausch in der Gruppe Erweiterung des elterlichen Erziehungsrepertoires Wochenhausaufgaben
Arbeitsmaterial	Handbuch Beobachtungs- und Fragebögen

Alter der Kinder	Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche
Struktur (Beispiele)	10 bis 12 Elternabende (ca. 20-30 Unterrichtsstunden) auch als Kompaktwochenende möglich
Kosten (Beispiele)	60 € Kursgebühr Handbuch
Anforderungen an die Eltern	Selbstwahrnehmung und –reflexion des eigenen Verhaltens Veränderungsarbeit auf elterlicher Seite hoher zeitlicher Aufwand
Geeignet für Eltern...	- die sich mit Erziehung auseinandersetzen wollen - mit Gewaltthematik in der Familie - mit erzieherischem Fehlverhalten
Nicht geeignet für Eltern...	- die schnelle Lösungen und Erziehungsmethoden suchen und bevorzugen
Zusammenfassung	- Starke Kinder- starke Eltern versteht sich als Präventivangebot - Vorbeugung und Verbesserung des Familienklimas - Stärkung der allgemeinen Erziehungskompetenz

2.3 STEP

Theoretischer Hintergrund	Individualpsychologischer Ansatz
Erziehungsstil	demokratischer Erziehungsstil
Lernziele	- Unterstützung der Eltern bei der Erziehung zu glücklichen, selbstbewussten und verantwortungsvollen Menschen
Spezielle Themen und Methoden	- Ermutigung des Kindes - Kommunikationsmöglichkeiten - viele Handlungsalternativen für Stress- und Alltagssituationen
Vermittlung der Lerninhalte durch...	- Selbststudium der Theorie - Videodemonstrationen Als Selbststudium mit Elternhandbuch möglich - Wöchentliche Bearbeitung der Kapitel im Selbststudium oder begleitend zu einem Step-Kurs - Vertiefung der Inhalte in Kleingruppenarbeit sinnvoll
Arbeitsmaterial	- Ausführliches Handbuch - Elternvideo
Alter der Kinder	Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche

Struktur (Beispiele)	- 10 Elternabende à zwei Stunden mit relativ hohem Zeitaufwand in der Woche - Wochenaufgaben
Kosten (Beispiele)	190 € für ein Elternteil 300 € für ein Elternpaar Handbuch Video
Anforderungen an die Eltern	- Extreme Selbstdisziplin bei Selbststudium des Buches - Selbstreflexion des eigenen Verhaltens in Einzelarbeit
Geeignet für Eltern...	- Mit flexibler Zeitgestaltung (durch Selbststudium möglich) - die bildungsgewohnt sind - mit hoher Veränderungsmotivation und Selbstdisziplin
Nicht geeignet für Eltern...	von ADHS-Kindern, die konkrete Anleitung wünschen und benötigen
Zusammenfassung	- primär durch Handbuch vermittelte Theorie - relativ zeitaufwendig - präventives Elterntraining

2.4 Wackelpeter und Trotzkopf (Elterntraining zum THOP)

Theoretischer Hintergrund	Verhaltenstherapeutischer Ansatz
Erziehungsstil	konsequenter Erziehungsstil
Lernziele	Verminderung des hyperkinetischen Problemverhaltens innerhalb der Familie Stärkung des elterlichen Selbstbewusstseins Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung Verbesserung der Interaktion von Eltern und Kindern Kompetenz im Umgang mit ADHS-Kindern Ausstieg aus dem „Teufelskreis“ der alltäglichen Stresssituationen
Spezielle Themen und Methoden	Konkrete Alltagssituationen wie - Geschwisterstreit - Hausaufgaben - Etc. Formulieren von klaren Regeln Konsequenzen Verstärkermethoden
Vermittlung der Lerninhalte durch...	Vorträge und Kleingruppenarbeit bei Kursteilnahme Selbststudium der Inhalte durch Handbuch möglich Bearbeitung von konkreten Problemsituationen Wochenaufgaben

Arbeitsmaterial	Handbuch Frage- und Beobachtungsbögen Übungsblätter für konkrete Problemsituationen
Alter der Kinder	sechs- bis zwölfjährige Kinder
Struktur (Beispiele)	sechs oder sieben Abende à drei Unterrichtsstunden
Kosten (Beispiele)	100 € für ein Elternteil 150€ für ein Elternpaar Handbuch
Anforderungen an die Eltern	Selbstwahrnehmung und Reflexion Motivation zur Veränderungsarbeit des eigenen Verhaltens relativ hoher zeitlicher Aufwand
Geeignet für Eltern...	von ADHS bzw. ADS- Kindern mit Motivation zur Veränderung des eigenen Verhaltens mit Bereitschaft zu konsequentem Erziehungsverhalten
Nicht geeignet für Eltern...	von Kindern ohne ADHS-Symptomatik
Zusammenfassung	praxisnah und lösungsorientiert an den Problemen von ADHS-Kindern sollte in multimodales Behandlungskonzept eingebettet sein auch für ADS-Kinder geeignet

2.5 P E P (Präventivprogramm für expansives Problemverhalten)

Theoretischer Hintergrund	verhaltenstherapeutischer Ansatz	Alter der Kinder	Vorschul- und junges Grundschulalter
Erziehungsstil	konsequenter Erziehungsstil	Struktur (Beispiele)	acht mit vier optionalen Sitzungen
Lernziele	Verbesserung der Beziehung von Eltern und Kind Vermeidung von Stresssituationen Planung des Alltages Konsequenzen Kommunikationsregeln	Kosten (Beispiele)	100 € für ein Elternteil 150€ für ein Elternpaar Handbuch
Spezielle Themen und Methoden	Bearbeitung und Anleitung von problematischen Alltagssituationen Spezielle Stresssituationen wie - Geschwisterstreit - Hausaufgaben - Verhalten in der Öffentlichkeit etc.	Anforderungen an die Eltern	Selbstwahrnehmung und Reflexion Motivation zur Veränderungsarbeit des eigenen Verhaltens im frühen Stadium relativ hoher zeitlicher Aufwand
Vermittlung der Lerninhalte durch...	Vorträge und Kleingruppenarbeit Bearbeitung von konkreten Problemsituationen Rollenspiele Anleitung zu bestimmten Kommunikationsmitteln	Geeignet für Eltern...	- die sich mit Erziehung auseinandersetzen wollen - die Kinder mit expansiven Verhaltensstörungen haben - mit Bedarf an Erziehungsstrategien
Arbeitsmaterial	Frage- und Beobachtungsbögen Memozettel Wochenaufgaben Handbuch	Nicht geeignet für Eltern...	- deren Kinder schon massive Verhaltensprobleme haben - von größeren Kindern
		Zusammenfassung	- P E P versteht sich als Präventivangebot - Vorbeugung und Verbesserung des Familienklimas - Stärkung der allgemeinen Erziehungskompetenz - Aufbau eines konsequenten Erziehungsverhaltens

3. Zusammenfassung

Eltern benötigen Wissen, Unterstützung und Hilfe bei der Erziehung ihrer Kinder, nicht nur Eltern von ADHS/ADS-Kindern. Einige Elterntrainings sind speziell für die ADHS-Problematik entwickelt worden, andere sind eher als Präventivmaßnahmen geeignet.

Eltern müssen aber für sich selbst entscheiden, welches Training für sie und ihre Familie passend ist. Trotz vieler Gemeinsamkeiten bei Inhalten unterscheiden sich die Trainings durch ihren zugrundeliegenden Erziehungsstil.

Jedoch gilt für alle Elterntrainings, dass sie sich an den Alltagsproblemen orientieren und den Eltern Strategien vermitteln, die sie einsetzen können. Eine positive Einstellung zum Kind ist eine wichtige Voraussetzung für ein effektives Gelingen. Der Erfolg ist auf jeden Fall von der Motivation und der Bereitschaft, das eigene Verhalten zu verändern, abhängig.

Literaturangaben

1. S. Tschöpe-Scheffler
Elternkurse auf dem Prüfstand – Wie Erziehung wieder Freude macht, Leske+Budrich, Opladen 2003
2. C. Markie-Dadds, K. M.T. Turner, M. Sanders
Das Triple-P Gruppenarbeitsbuch und Kleine Helfer
PAG Institut für Psychologie AG, Münster 1999
3. P. Honkanen-Schoberth
Starke Kinder brauchen starke Eltern
Ravensburger/Urania Verlag, Berlin 2002
4. D. Dinkmeyer Sr., G. D. McKay, D. Dinkmeyer Jr.m Hrsg. T. Kühn, R. Petcov, L. Pliska
STEP – systemisches Training für Eltern
Elternhandbuch, Grundkurs
Beust Verlag, München 2001
5. M. Döpfner, S. Schürmann, G. Lehmkuhl
Wackelpeter und Trotzkopf – Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten
Beltz PVU, Weinheim 2. Auflage 2000
6. J. Plücker, E. Wiczorek, T. Wolff Metternich, M. Döpfner
Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP)
Hogrefe, Göttingen 2006



Leserbriefe

Liebe Frau Bürschgens, schon seit längerem hatte ich vor, Ihnen zu schreiben, und jetzt ist der passende Anlass dafür gekommen. Zunächst vielen Dank für das Ausleihen des BV AÜK-Banners für unseren Stand aus Anlass des ersten Hagenower Gesundheitstages. Am 30. September präsentieren sich die Selbsthilfegruppen aus Hagenow und Umgebung. Auf diese Weise ließen sich bisher manche Mitglieder gewinnen, die den Weg zu unseren Treffen scheuten. Außerdem denke ich, dass auch wieder Vertreter aus Politik und andere mögliche Multiplikatoren anwesend sein werden, wenn auch die Wahlen zu die-

sem Zeitpunkt stattgefunden haben werden.

Für den BV AÜK wird der 7. Oktober ein wichtiges Datum sein. Leider werde ich nicht in Königswinter anwesend sein, was mir sehr Leid tut. Ich schreibe Ihnen, weil ich denke, dass eine Rückmeldung an Sie einmal angebracht ist. Man fragt sich in leitender Position doch immer, ob man auch den Rückhalt der Gruppe hat. Sie haben schließlich ein sehr verantwortungsvolles Amt und mit den Verhandlungen zur Verschmelzung noch einmal eine besondere Verantwortung, da kann es hilfreich sein, ein Feedback zu erhalten.

Ich unterstütze die Verschmelzung ausdrücklich und stimme dafür. Schon in meinem kleinen Umfeld kann ich beobachten, wie wichtig

eine zahlenmäßig große Lobby ist. Ein Abgeordneter, den ich zu einem Informationsgespräch eingeladen hatte, wollte sofort wissen, ob wir einen Landesverband hätten und wie viele Mitglieder er habe. Da wir keinen haben, ließ sein Interesse sofort spürbar nach. Durch eine sehr engagierte Abgeordnete konnte ich dann doch mit dem Bildungsminister sprechen. Dort hat man natürlich auch einen anderen Stand, wenn man *einen* geschlossen auftretenden Verein hinter sich weiß. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen alles Gute und viel Glück! Seit ihrer Amtsübernahme als 1. Vorsitzende des BV AÜK ist übrigens „die AKZENTE“ nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau; auch das möchte ich Ihnen einmal sagen!

R. M.

„Rappelchen und Zap-pelchen“
Selbsthilfegruppe
Eltern hyper- und
hypoaktiver Kinder
im BV AÜK

Zum Wohle des Kindes – Ergänzende Kompetenzen näher gebracht

Workshop für Selbsthilfegruppen und Ärzteteams

Die organisch begründeten Defizite der Selbststeuerung, die wir unter dem Kürzel ADS (= Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) kennen und die auf einer Funktionsstörung des Gehirns beruhen, treten schätzungsweise bei drei bis fünf Prozent der Kinder, vor allem Jungen, auf. Immer mehr Eltern dieser Kinder schließen sich zu Selbsthilfegruppen und zu Netzwerken verschiedener Selbsthilfegruppen zusammen, um ihre Interessen und die ihrer Kinder zu vertreten. Sie repräsentieren eine immer wichtiger werdende Kompetenz: die Alltagsbewältigungskompetenz oder die erlebte Kompetenz. In Ergänzung zu der erlernten Kompetenz der medizinisch-therapeutischen Professionen könnte für die Betroffenen dabei viel bewegt werden, wenn beide Kompetenzen mehr kooperieren könnten und würden.

Patienten und Ärzteteams zu einem Kooperationsworkshop eingeladen

Kooperationsideen und -formen zu entwickeln, zu formulieren und auszugestalten, die sowohl im Alltag einer Arztpraxis als auch einer Selbsthilfegruppe praktikierbar und somit umsetzbar sind – das war erklärtes Ziel des Workshops, zu dem der Pharmahersteller Janssen-Cilag Vertreter/innen von fünf Selbsthilfegruppen/-vereinen und drei Ärzteteams eingeladen hatte. Gemeinsam sollten alltagstaugliche Ideen und Formen der Kooperation zwischen Arzt und Arztpraxis sowie Selbsthilfegruppen und Betroffenen gefunden werden.

Alle Akteure – Ärzte wie Patienten – redeten zwar gutmeinend und gutwillig von Kooperation, aber im Alltag konnten oder wollten sie sie nicht leben, so die Erfahrungen Heidemarie Maronas vom Referat für Patientenbelange. Dabei sei immer deutlicher geworden, wie wichtig für den betroffenen Patienten eine gelungene

ne Kooperation, ein ergänzendes Zusammenführen von erlernter und erlebter Kompetenz sei. Deshalb entwickelte Heidemarie Marona gemeinsam mit dem für ADS-Themen zuständigen Produkt-Manager Detlef Wermelskirchen die Idee, am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms die Schnittstelle Arzt / Patient unter die Lupe zu nehmen. „Wir wollten dabei auch den beiderseitigen Nutzen der Kooperation deutlich werden lassen.“, betonten sie. Denn nur, wenn alle Beteiligten profitieren, gewinnt Kooperation an Nachhaltigkeit.

Fundamente für gelungene Kooperation gelegt

Die Teilnehmer/innen des Workshops haben dann sogleich Fundamente geschaffen. Gemeinsam haben sie ein „Regelwerk für eine gelungene und Wegweisende Kooperation zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen“ (hier am Beispiel des ADS) erarbeitet. Diese Regeln lauten:

„Kooperation kann am Besten gelingen, wenn ...

- die potenziellen Kooperationspartner es grundsätzlich wollen, darin ein gemeinsames Ziel zur optimalen Behandlung und Versorgung von Patient und Familie erkennen und dies nach außen transparent darstellen.
- die Partner einander fachlich und emotional akzeptieren, damit Vertrauen, gegenseitiger Respekt, Verständnis und Wertschätzung entstehen und wachsen können. Dazu gehören Verlässlichkeit, Offenheit, Ehrlichkeit sowie Kritikfähigkeit.
- die Partner einen beiderseitigen Nutzen erkennen und kurzfristige Erfolge erleben, die lang anhaltende Kontinuität der Erfolge bewirken.
- die Partner eine regelmäßige zeitliche Austauschstruktur festlegen, um eine Angleichung des Wissensstandes zu erreichen. Dazu stehen

kompetente Ansprechpartner zur Verfügung.

- die Partner klare, realistische Regeln vereinbaren.
- die Partner einander durch ihre Stärken ergänzen.
- die Partner im Wissen um ADS-spezifische Reaktionen miteinander umgehen.
- die Partner offen für weitere Partner (Lehrer, Erzieher ...) mit dem Ziel eines regionalen, interdisziplinären Netzwerkes sind.“

Wenn diese Regeln im Grundsatz akzeptiert und gelebt werden, können konkrete Kooperationsideen entwickelt und umgesetzt werden – da waren sich alle Workshopteilnehmer/innen einig. Entsprechend wurde das Regelwerk auch einstimmig beschlossen. (Es hat bereits Eingang auf Fachtagungen gefunden.)

Konkrete Kooperationsideen entwickelt

Gesetzt den Fall, diese Grundsätze wären gegeben: Welche Kooperationsideen wären dann möglich? Die Teilnehmer/innen des Workshops zeigten sich sehr kreativ, so dass folgende Ideen zusammen getragen wurden:

- Qualifikation des Praxisteams durchführen
- gemeinsame Internetangebote schaffen
- Wartezimmer als Kommunikationsplattform nutzen
- kommunale Ansprechpartner und Strukturen benennen, informieren, aktivieren
- Qualitätszirkel für Ärzte nutzen
- Sprechstunden in Schulen gemeinsam anbieten
- Tagungs- und Kongressstrukturen nutzen
- große Anzeigenkampagnen für Selbsthilfe starten
- Pharmareferenten als Mittler nutzen
- eigene Veranstaltung zur Kooperation und in Kooperation durchführen
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für Kooperation betreiben
- Finanzierungsquellen erschließen
- Hotline/Telefonberatung schalten

- „Best-Practice“ anderer Selbsthilfegruppen recherchieren und dokumentieren
- Selbsthilfe in Ärzteausbildung integrieren
- bundesweite Netzwerke nutzen
- Hilfe in Krisensituationen anbieten
- Coaching der Selbsthilfe-Berater vorhalten.

**Oberste Priorität:
Praxisteam für Kooperation gewinnen und qualifizieren**

Einige Ideen sind als besonders umsetzungsrelevant angesehen worden. So galt für nahezu alle Workshopteilnehmer die Qualifizierung des Praxisteams als oberstes Gebot. Denn nur dann, wenn das Praxisteam gezielt und persönlich angesprochen werden kann, die gewollte Kooperation auch von allen Handelnden in der Arztpraxis unterstützt wird, haben konkrete Qualifizierungsinhalte zu medizinisch-fachlichen Aspekten wie auch zu Fragen der Selbsthilfe

eine Chance. Die Fortbildung selbst – so waren sich alle einig – sollte in der Praxis erfolgen. Wie ein mögliches Qualifizierungsmodul aussehen kann, muss in einem Folgeworkshop besprochen werden.

Eine hohe Bedeutung als Informationsmedium nimmt für alle Workshopteilnehmer/innen das Internet ein. Die Überlegung ist es, die Internetseiten der Selbsthilfe und möglicherweise auch der Fachärzte mit einer Dachseite zu versehen. Als mögliche Partner wurden die Bundeszentrale zur gesundheitlichen Aufklärung (BZgA) und das Kindernetzwerk (KNW) genannt. Zwei Teilnehmerinnen sagten zu, hier konkretere Diskussionsgrundlagen zu entwickeln. Ein weiteres konkretes Kooperationsprojekt stellt eine Magnettafel „Hilfe zur Selbsthilfe“ für jedes Wartezimmer dar, dass im Rahmen des Pharma-Service vertrieben werden könnte. Schließlich war man sich einig, dass die kommunalen Ansprechpartner für Selbsthilfe und Ärzte in

einer Art Leitfaden verdichtet werden sollten. Manche Vorlagen gibt es bereits, auf denen aufgebaut werden könnte.

Weitere Dialoge und Workshops geplant

Kooperation gewinnt also an Kontur. Sie braucht weitere Pflege und Förderung. Dieser Dialog muss und soll verstetigt werden. *PR/Red.*

Unser
NEWSLETTER
ein interner Service
NUR für UNSERE MITGLIEDER.

Möchten auch Sie
aktuell informiert werden?

Dann teilen Sie uns
Ihre eMail-Adresse mit:
newsletter@bv-aeuk.de

**Einladung zur 5. regionalen ADS- Fachtagung
im Bildungs- und Gesundheitszentrum Halberstadt
am 14. Oktober 2006**

9.00 - 9.10 Uhr
Begrüßung
CA Dr. med. Cornelius Presch,
Klinik für Kinder- und Jugendmedi-
zin Halberstadt
Dipl.-Psych. Günter Krätzer,
AWO Halberstadt

V1 9.10 - 10.40 Uhr
**Einführung
in die Thematik ADS/ ADHS**
OA Dipl.-Med. Torsten Richter,
Klinik für Kinder- und Jugend-
medizin Halberstadt

V2 9.40 - 10.30 Uhr
**„Jetzt konzentrier` dich
endlich mal!“**
Dipl.-Päd. Detlef Träbert, Schul-
beratungsservice Niederkassel

10.30 - 10.45 Uhr *Kleine Pause*

V3 10.45 - 12.15 Uhr
**„Zappelphilipp und Hans-guck-
in-die-Luft in der Schule“**
Dipl.-Päd. Detlef Träbert, Schul-
beratungsservice Niederkassel

12.15 - 13.00 Uhr *Mittagspause*

V4 13.00 - 14.00 Uhr
**„Das Aufmerksamkeitsdefizit-
syndrom ohne Hyperaktivität“ –
Besonderheiten in Diagnostik
und Therapie –**
Dr. Helga Simchen, Kinderärztin,
Kinderneurologin, Kinder- und
Jugendpsychiaterin Mainz

V5 14.00 - 15.00 Uhr
**„Von der Neurobiologie zur
Symptomatik des ADS/ ADHS
bei Kindern, Jugendlichen und
Erwachsenen“**
Dr. Helga Simchen, Kinderärztin,

Kinderneurologin, Kinder- und
Jugendpsychiaterin Mainz

15.00 - 15.30 Uhr *Kaffeepause*

15.30 - 17.00 Uhr
Workshops zu unterschiedlichen
Themen

Eröffnung Tagungsbüro: 8.00 Uhr
Den Tagungsbeitrag von 25.00 €
entrichten Sie vor Ort.
Informationen und Anmeldung:
Frau Heike Markovski, Tel/ Fax:
039451/63456 oder Tel/ Fax:
039428/4129 (Frau Marquardt)
E-Mail:
heike.markovski@ads-harz.de oder
markovski-aeuk@freenet.de

*Eine Veranstaltung in Zusammen-
arbeit von Arbeiterwohlfahrt,
BV AÜK, AOK und AMEOS*

Ganz bei der Sache sein

Heike von Stern

Wo habe ich nur wieder die Schlüssel hingelegt? Wie heißt dieser Mensch, dessen Gesicht mir so bekannt vorkommt? Und woran wollte ich mich unbedingt erinnern? Unser Gedächtnis und unsere Aufmerksamkeit lassen oft zu wünschen übrig.

Passiert Ihnen das auch gelegentlich? Sie haben im Supermarkt bezahlt, verstauen ihr Wechselgeld sorgfältig im Portemonnaie – und lassen Ihre Einkaufstüte liegen. Oder: Sie wollen auf dem Heimweg von der Arbeit noch einen Abstecher zu einem Freund machen, erinnern sich aber erst wieder daran, wenn Sie zu Hause angekommen sind. Oder: Sie sitzen vor dem Fernseher und plötzlich wird Ihnen bewusst, dass Sie nichts von der Sendung, die gerade läuft, mitgekriegt haben. Solche „Ausfälle“ tun wir ab als „schusslig“, „geistesabwesend“, „weggetreten – „in Gedanken ganz woanders“.

Gravierender wirkt sich das Abwesend sein in kritischen Situationen aus: Ein Stoppschild übersehen, zu spät erkennen, dass da noch eine Stufe kommt ... Die meisten Unfälle – vom Treppensturz über die Schiffshavarie bis zur Reaktorkernschmelze – geschehen, weil jemand nicht richtig „da“ war. Auch in einem dritten Bereich breitet sich eine folgenreiche Schludrigkeit und Geistesabwesenheit aus: Wir sind oft sehr unachtsam im Umgang mit anderen. Wenn man beliebige Gespräche in unterschiedlichen Kontexten beobachtet, stellt man leicht fest, wie oft aneinander vorbeigeredet wird, kaum jemand hört noch genau zu. Man fällt einander ins Wort, weil es wichtiger scheint, dass Eigene loszuwerden. Entsprechend ist das gegenseitige Verständnis: Die Argumente des anderen glaubt man längst zu kennen, subtilere Botschaften gehen völlig verloren. Der gemeinsame Nenner all dieser Fehlleistungen ist: Wir haben ein massives Wahrnehmungs-

problem. Wir erkennen die Welt nur noch in groben Silhouetten, wie durch einen Schleier, weil unsere Aufmerksamkeit nicht wirklich präsent ist. „Gemessen daran, wie wir sein sollten, sind wir nur halbwach“, meinte schon einer der Gründerväter der modernen Psychologie, William James, zu Beginn des letzten Jahrhunderts. Diese Beobachtung gilt erst recht heute: Wir sind nur „halbwach“ und geistesabwesend, obwohl – und weil – wir soviel zu überlegen und zu bedenken haben. Wie noch nie zuvor in der Geschichte wird das menschliche Gehirn mit Reizen bombardiert, wie nie zuvor müssen wir tagtäglich eine Vielzahl von Entscheidungen treffen, müssen ständig zwischen Wichtigem und weniger Wichtigem sortieren. Wir versuchen immer häufiger, mehrere Dinge gleichzeitig zu erledigen. Und wie nie zuvor vertrauen wir dabei auf mentale Hilfskonstruktionen – auf sogenannte Heuristiken –, die uns einen Großteil der gedanklichen Arbeit abnehmen sollen. Wir denken und reagieren auf die Anforderungen des Alltags, „schnell“ mit Hilfe von Faustregeln, Formeln und Kategorien. Wir verlassen uns auf Erfahrungen, die wir irgendwann einmal gemacht haben, und wir haben einen Großteil der alltäglichen Verrichtungen so automatisiert, dass sie „wie von selbst“ ablaufen und unserer Geistesgegenwart gar nicht bedürfen. Arbeiten, Auto fahren, essen, Routinetätigkeit und vieles mehr wird von einer Art „Autopilot“ erledigt, den wir einschalten. Das übliche „Argument“ für schnelles und automatisches Denken lautet: Wir können es uns gar nicht leisten, immer genau hinzuschauen und alle Aspekte und Feinheiten einer Situation zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit zu automatisierten Reaktionen mag in einer begrenzten Zahl von Entscheidungen und Situationen gegeben sein, wenn es tatsächlich auf Schnel-

ligkeit ankommt oder wenn sich ein Lösungsweg öfter als der richtige bewährt hat. Wer seinem Gemüsehändler vertraut, der muss nicht jedes Mal ausgiebig die Früchte beriechen und betasten. Wer in einer dunklen Tiefgarage einen verdächtigen Schatten sieht, sollte seinem Instinkt gehorchen und den Rückzug antreten. Wer auf vereister Fahrbahn ins Rutschen kommt, erwägt nicht lange, welcher Bremsweg der Beste wäre, er ruft das an, was er einmal als „richtig“ gelernt hat: Stotterbremse. Blöd nur, wenn das Auto längst über ein modernes ABS-System verfügt und ein kräftiges Durchtreten des Bremspedals der richtige Weg wäre.

Um die Fülle des Lebens um uns herum zu ordnen, muss das Gehirn notwendigerweise Kategorien bilden. Damit die Welt nicht in einem chaotischen und unbegreiflichen Bild verschwimmt, fassen wir ähnliche Erfahrungen, ähnliche Gegenstände und ähnliche Menschen zu Gruppen und Untergruppen zusammen: „Hunde, die bellen, beißen nicht“, „die Autos der Marke xy haben eine günstige Pannenstatistik“, „Alle Chinesen sehen gleich aus“. Diese Kategorisierung verschafft uns einerseits eine gewisse Sicherheit (und die erwähnte Ökonomie des Denkens), aber wir bezahlen dafür mit dem Verlust an Feineinstellung und mit allmählich zunehmender Starrheit in unserem Weltbild. Wenn sich die Dinge verändern, und das tun sie ständig, oder wenn feine Unterschiede wichtig sind, werden Kategorien zur Denkfalle. Doch aller Reizüberflutung zum Trotz: Es ist prinzipiell immer möglich, achtsam zu bleiben und zu erkennen, was uns beeinflusst und was mit uns passiert. Die Harvard-Sozialpsychologin Ellen Langer hält es für geboten, sich immer wieder in den Zustand der Präsenz zu versetzen: in eine möglichst wache, achtsame Seinsweise, die auf schematisches Denken weitgehend

verzichtet und in jeder Situation „offen für alles“ bleibt. Langer ist überzeugt davon, dass ein unachtsam gelebtes Leben ein ungelebtes Leben ist. Ihre Auffassung deckt sich mit der buddhistischen Lehre der Achtsamkeit (Sanskrit: smṛiti oder satipathāna), was die Grundhaltung des „reinen und unabgelenkten Beobachtens“ betrifft. Keine Wertungen, keine vorschnellen gefühlsbasierten Urteile. Die Dinge sollen quasi für sich selbst sprechen und der Achtsame lernt zuzuhören. Langers Achtsamkeit unterscheidet sich von der buddhistischen insofern, als sie die Meditation nicht als Bedingung für Achtsamkeit ansieht. Sie plädiert für eine Achtsamkeit „ohne Meditation“ – es genüge, sich die Umwelt und die Mitmenschen buchstäblich zu vergegenwärtigen. Achtsamkeit ist ein Geisteszustand, in dem wir offen und sensibel für Neues sind, selbst in vertrauten Situationen. Achtsam sein bedeutet, die Wahrnehmung zu schärfen und überall Nuancen und Veränderungen zu erkennen. Achtsamkeit ist die Kunst, die feinen Unterschiede wahrzunehmen. Wer achtsam ist, ist ganz bei der Sache und verschafft sich dadurch immer wieder neu ein unvoreingenommenes Bild der Realität. Er kann flexibler und langfristig erfolgreicher reagieren. Achtsamkeit ist aber mehr als nur Konzentration – also die Fokussierung auf einen Gedanken oder ein Objekt – im Zustand der Achtsamkeit bleiben wir offen für alle Aspekte einer Situation, ein Zustand, welcher der Freudschen „freischwebenden Aufmerksamkeit“ des Therapeuten während der Psychoanalyse sehr nahe kommt. Achtsamkeit basiert auf vier Voraussetzungen:

Über-Bewusstheit: Wir verlieren uns nicht in einer Tätigkeit, sondern sind uns bewusst, dass wir etwas Bestimmtes tun (zum Beispiel: Beobachten).

Nicht abgelenkt sein: Keine „Nebengeräusche“, wie Grübeleien, Zukunftssorgen oder Gefühlsaufwallungen beeinträchtigen unsere Wahrnehmung.

Neutralität: Wir enthalten uns jeglichen Urteilens und Wertens dessen, was wir wahrnehmen und nehmen alles erst einmal „unbenotet“ in uns

auf, selbst wenn uns vieles bekannt vorkommt und wir versucht sind, auf Erfahrungen und Vorurteile zurückzugreifen.

Achtsamkeit ist „präreflexiv“, sie registriert lediglich, was geschieht, ohne sich schon in bestimmte Gedanken oder Gefühle einzuklinken.

Perspektivenwechsel: Im Zustand der Achtsamkeit und der Neutralität bleibt uns bewusst, dass man die Dinge aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachten kann: Andere Menschen sehen die Dinge anders als wir. Sie haben wahrscheinlich gute Gründe für ihre Betrachtungsweise. Und unsere eigene Sichtweise kann falsch, beschränkt oder einengend sein.

Wer aufmerksam mit anderen Menschen umgeht, wird gemocht und geschätzt

Achtsam werden wir in der Regel, wenn wir unsicher sind und alles davon abhängt, dass wir eine unübersichtliche Situation richtig „lesen“, um angemessen zu reagieren: Bei einem Bewerbungsgespräch in der neuen Firma sind wir hellwach und saugen alle Informationen auf. Aber achtsam zu sein lohnt sich nicht nur, wenn wir uns in unbekanntem Gelände bewegen, auch und gerade in vermeintlich vertrauten Gefilden entgeht uns Entscheidendes, sobald wir uns auf die Pseudoeffizienz des Denkens verlassen. Achtsam zu leben bedeutet dabei nicht, jeden Aspekt der Umwelt gleichermaßen intensiv zu beachten. Es geht auch nicht um angestrengtes „Aufpassen“ oder eine Hypervigilanz. Achtsam ist man „ganz entspannt im Hier und Jetzt“. Kann man beispielsweise acht-

sam frühstücken? Heißt das etwa die Besonderheit jeder einzelnen Haferflocke, die wir zum Frühstück in den Teller schütten, zu betrachten? Sicher nicht. Aber indem man auch beim Frühstück „präsent“ bleibt, fällt einem auf, wenn etwas aus der Haferflockenpackung fällt, das dort nicht hineingehört. Und man schmeckt und riecht und genießt das Frühstück, wenn man in Gedanken nicht schon bei der Arbeit ist. Achtsamkeit ist auch die Basis guter sozialer Beziehungen: Wer aufmerksamer im Umgang mit anderen ist und sich gleichzeitig vorschneller Urteile enthält, wird eher gemocht und geschätzt. Denn Achtsamkeit wird als Zuwendung und Respekt empfunden. Wer seine Kinder aufwachsen sieht, ist in der Regel achtsam engagiert – er registriert sensibel jeden noch so kleinen Entwicklungsschritt. Diese Aufmerksamkeit verflüchtigt sich, wenn das Kind älter wird, sich das Entwicklungstempo verlangsamt und scheinbar weniger passiert. Erst recht unachtsam werden wir in vielen Beziehungen, in denen wir von einer falschen Stabilität ausgehen. Vor allem in den lang andauernden und daher eigentlich wichtigsten Beziehungen wie Ehe und Freundschaften haben wir verlernt, zu fragen und auf kleine Veränderungen zu achten, weil wir glauben zu wissen, was der oder die andere denkt.

Wir wissen ja, wie wir selbst in einer ähnlichen Situation gedacht haben. Und so überschätzen wir die Übereinstimmung anderer mit unseren eigenen Meinungen und Bewertungen. In den meisten Fällen ist das ein Trugschluss – der Sozialpsy-

Eine Übung in Achtsamkeit. Sie brauchen ein leeres Blatt Papier und einen Bleistift. Legen Sie ihre linke Hand (wenn sie Linkshänder sind, die rechte) auf den Tisch, Handfläche nach unten. Mit der anderen Hand versuchen Sie nun, die ruhende Hand zu zeichnen, ohne auf die zeichnende Hand und das Papier zu sehen. Die beste Methode ist, sich das Segment der Hand, das Sie als Nächstes zeichnen werden, genau anzusehen und zu merken und es dann „aus dem Gedächtnis“ wiederzugeben. Die andere Methode, gleichzeitig zu gucken und zuzeichnen, ist schwieriger. Sollten Sie doch hinüberschielen, um den Zwischenstand zu kontrollieren, setzen Sie den Stift wieder dort an, wo Sie waren, als Sie gespickt haben. Es geht bei dieser Übung nicht darum, möglichst gut Ihre Hand abzuzeichnen, sondern sich selbst dabei zu beobachten. Wenn Sie fertig sind, überlegen Sie: Was hat den Zeichenvorgang behindert, was hat ihn beschleunigt? Wie würden Sie beim nächsten Mal an die Aufgabe herangehen? Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit, Ihrer Präsenz gemacht?

chologe Lee Ross nennt diesen Effekt die Konsensillusion. Besonders bei Paaren schleicht sich diese Illusion leicht ein – man kennt sich doch so gut und glaubt zu wissen, was der andere denkt.

Achtsamkeit kuriert diesen Irrtum – wer öfter mal nachfragt, erweitert sein wirkliches Wissen über den Partner und beugt einer Erosion der Beziehung vor. Die folgende Episode illustriert die Konsensillusion: Der Mann liest Zeitung in einem Zimmer, die Frau macht irgendetwas im Zimmer nebenan. Sie ruft: „Was ist mit diesen Dingen?“ – und erwartet, dass er entweder weiß, wovon sie redet oder aufsteht und nachsieht. Ellen Langer berichtet eine Episode, in der dieses Kommunikationsmuster unterlaufen wurde: Ehemann kommt nach Hause und ruft im Flur: „Sind sie gekommen?“ Frau weiß zwar nicht, was er meint, antwortet aber: „Ja“. Er: „Wo hast Du sie hingetan?“ Sie: „Zu den anderen!“ Wer achtsam lebt, lebt gesünder – und wahrscheinlich auch länger. Achtsamkeit wirkt sich güns-

tig auf eine ganze Reihe von Gesundheitsparametern aus, denn achtsame Menschen registrieren emotionale und psychologische Veränderungen bei sich früher und können darauf reagieren. Sie sind deshalb eher in der Lage, Syndromen, Burn-out, Depressionen, hohem Blutdruck und anderen psychosomatischen Gefährdungen vorzubeugen. Der Mechanismus des Biofeedbacks ist eine gute Illustration der körperbezogenen Achtsamkeit. Er zeigt, wie wir autonome Körperprozesse allein durch bewusste Aufmerksamkeit steuern und beeinflussen können. Etwa die Pulsgeschwindigkeit oder den Blutdruck. Wer unachtsam lebt, nimmt Warnsignale und Symptome oft nicht rechtzeitig wahr, mit negativen Folgen für die Gesundheit.

Die Psychologen Kirk Brown und Richard Ryan haben in mehreren Studien mit Hunderten von Versuchspersonen herausgefunden, dass Hochachtsame auch deutlich bessere Werte für psychisches und körperliches Wohlbefinden aufweisen (die Achtsamkeit oder Unachtsamkeit wurde mit Fragebögen wie MAAS, Mindful Attention Awareness Scale, erfasst, die unter anderem solche Items enthält: „ich verschütte und zerbreche oft Dinge, weil ich in Gedanken woanders bin und nicht aufpasse“, „Ich vergesse die Namen von Personen, kaum dass sie mir vorgestellt worden sind“, „Ich esse manchmal Süßigkeiten oder Snacks, ohne es zu merken“, „Ich merke oft erst nach einer Weile, dass ich sehr angespannt oder nervös bin“).

Ellen Langer hat in mehreren Studien zeigen können, dass auch die Einstellung zum Alter (und damit seine positive Bewältigung) sehr stark von der achtsamen Lebensweise abhängt: Achtsame Menschen sind weniger beeinflussbar von all den Klischees und Vorurteilen über das Alter und vermeiden so deren „sich selbst erfüllende Prophezeiung“. Sie trauen sich mehr zu, sind insgesamt fitter und genießen das Leben mehr als Menschen, die sich „altersgemäß“ verhalten, ohne ihre wirkliche Befindlichkeit wahrzunehmen. Wenn Achtsamkeit uns also klüger, gesünder und glücklicher macht – was können wir tun, um präsenter

zu sein? Wie schaffen wir es, unseren schnellen, aber langfristig abträglichen Denkschemata zu entkommen?

Achtsamkeitsexpertin Langer fasst es so zusammen: „Achtsamkeit lässt sich am besten erreichen, wenn man von vornherein vermeidet, unachtsam zu sein. Um Unachtsamkeit zu vermeiden, müssen wir uns klarmachen, dass die Wahrheit jeder Information von unserem Kontext abhängt. Wenn wir also etwas wahrnehmen, sollte uns bewusst sein, dass es sich nie um eine absolute Tatsache handelt. Um achtsam zu bleiben, müssen wir einen gesunden Respekt vor Unsicherheit kultivieren. Um einer Sache achtsam zu begegnen, sollten wir aktiv und bewusst nach Unterschieden suchen. Das tun wir nicht, sobald wir glauben, ein Ding, einen Ort oder einen Menschen bereits in- und auswendig zu kennen. Die Erwartung von etwas Neuem hält uns wachsam und achtsam.“

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Psychologie Heute compact

Anzeige

zweifeln
glauben
zweifeln

Alles zu bezweifeln
oder alles zu glauben,
das sind zwei gleichermaßen
bequeme Lösungen,
denn beide entheben sie uns
des Nachdenkens

*Henri Poincaré,
„la science et l'hypothèse“*

Schubs®
Schulberatungsservice
Dipl.-Päd. Detlef Träbert
Rathausplatz 8
53859 Niederkassel
www.schubs.info

Bücher, z.B.: So lernt mein Kind ganz konzentriert, AOL-Buch X742, 80 S., € 8,95

Scripten, je € 3,-, z.B.:

- Hausaufgaben sinnvoll gestalten
- Umgang mit ADS-Kindern
- Kinder brauchen Orientierung und Struktur

Tonträger, u.a.: Mein „Schubs“-Lernhelfer. Hör-CD mit Lerntipps für 3.-6. Kl., 74 Min., € 16,-

Elternvorträge zu Lern- und Erziehungsthemen

**Bitte schauen Sie im Internet
oder fordern Sie kostenlose
Informationen an!**

Betrachtungen zu einer Buchrezension in DIE ZEIT – oder „ADHS im Sommerloch“

Rupert Filgis

In DIE ZEIT vom 10.08.2006 besprach Elisabeth von Thadden kürzlich folgendes Buch: Marianne Leuzinger-Bohleber/Yvonne Brandl/Gerald Hüther (Hrsg.): **ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung**. Theorie, Forschung, Kontroversen; Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 2006; 306 S., 34,90 €

Unter dem Titel „**Eine Krankheit. Keine Krankheit**“ plädiert sie in ihrer Rezension für „**Aufklärung wider die Unsicherheit**“ und nennt das besprochene Buch eines „... für alle Erwachsenen, die sich fragen, ob der Auffälligkeit vieler Kinder mit Ritalin abzuhelpen ist“.

Man hat sich fast schon daran gewöhnt, ja man hätte vielleicht sogar etwas vermisst. Alljährlich zur „Saurer Gurken Zeit“ wird das ADHS-Schweinchen durch die Medien in die Öffentlichkeit getrieben.

An der Stelle als Orientierungshilfe ein kurzer skeptischer Leitfaden zur Untersuchung von Behauptungen, wie es z.B. Ad hoc Annahmen, Deutungen und Interpretationen sind.

I. Worum geht es eigentlich?

II. Was wird behauptet?

III. Welche Gründe werden angeboten, um die Behauptung zu stützen?

IV. Wie gut wird die Behauptung gestützt (Quellen)?

V. Was wäre eine angemessene Bestätigung oder Widerlegung der Hypothese?

VI. Warum wird die Behauptung von ihren Anhängern geglaubt?

Es geht immer um skeptische aber faire Prüfung. Widerlegtes muss nicht immer wieder neu widerlegt werden. Der Behauptende hat selbst Belege beizubringen.

Wir stellen die nötigen und richtigen Fragen!

Um Missverständnissen vorzubeugen: Es geht nicht pauschalierend um die Psychoanalyse an sich. Meine Kritik bezieht sich ausschließlich auf orthodoxe, analytisch orientierte Vertreter einer bestimmten ADHS-Kritik. Diese ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass sie sich nicht auf Empirie stützen kann und Schlüsse zieht, welche die Da-

ten nicht hergeben. Zudem wird die Debatte von diesen Kreisen aus den wissenschaftlichen Foren in die Medien verlagert.

In DIE ZEIT nahm Frau von Thadden die Besprechung des neuen Buches von Marianne Leuzinger-Bohleber, Psychoanalytikerin und Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt, zum Anlass für eine Kritik (I):

1. an der Existenz der Diagnose ADHS und
2. am derzeit allgemein anerkannten biopsychosozialen Modell von ADHS und
3. den daraus abgeleiteten nationalen und internationalen Leitlinien für Diagnose und Therapie. Analytisch-tiefenpsychologisch und systemisch orientierte Ansätze werden
4. in den Leitlinien nur für besondere Einzelfälle unterstützend als möglicherweise hilfreich beurteilt, die aber in jedem Falle sorgfältig zu begründen, streng zu indizieren sind und
5. keineswegs eine leitliniengerechte Diagnostik und Grundtherapie ersetzen können, wogegen, um es vorweg zu nehmen, ebenfalls Stellung bezogen wird (II).

Gespannt sucht der Leser nun nach (neuen) empirischen Erkenntnissen (III), die sachlich und methodisch akzeptabel gestützt wären (IV). Verdutzt reibt er sich die Augen, weil die Suche vergeblich bleibt und lediglich altbekannte Argumentationsfiguren gebetsmühlenhaft repetiert werden.

So ergeht es Frau von Thadden

wie dem Kaiser ohne Kleider. In diesem Dilemma fehlender Evidenzen kann v. Thadden nur auf die Meinungen von Psychoanalytikern wie z.B. Leuzinger-Bohleber, Gerspach oder Amft verweisen.

Meinung gründet auf Erfahrung vermischt mit Halbwissen. Meinung und Erfahrung können richtig, müssen nicht falsch sein. Erfahrung ist keineswegs immun gegen Irrtum. Im Gegenteil: Wir täuschen uns ständig. Irren ist menschlich. Auf die Überprüfung kommt es an. Behauptungen, Meinungen und Erfahrungen müssen sich erst in der strengen Testung bewähren, um die „TÜV-Plakette“ der Verkehrsfähigkeit und das Zertifikat für Fundiertheit und Praxistauglichkeit zu verdienen. So wird in den Wissenschaften verfahren, genau das ist Wissenschaft und eben diese strenge Methodologie macht ihren Erfolg aus.

Was nun könnte – als rhetorische Frage formuliert (VI) – einen ADHS-Kritiker von seiner Meinung abbringen? Was könnte seine Grundannahme, seine Arbeitshypothese erschüttern? Welche empirischen Befunde – über die derzeit vorliegenden hinaus – würden ausreichen, um ADHS-Kritiker zu beeindrucken? Ausagen hierzu vermeiden ADHS-Kritiker und weigern sich mit kunstvollen Argumenten, ihre sichere Deckung zu verlassen.

Diese Arbeitshypothese, die ADHS-kritische Geschäftsgrundlage lautet: Psychische Auffälligkeit oder Verhaltensprobleme im Sinne eines ADHS entstehen reaktiv. Sie sind Folge früher, epigenetischer und lerngeschichtlicher Verankerung, die z.B. durch Noxen, Toxine, kindliche Traumata, Erziehungs- und Beziehungsstörungen, Vernachlässigung oder emotionaler Überforderung getriggert sind.

Schon Popper warnt 1925 davor, dass es Theorien gebe, die so formuliert seien, dass sie sich immer in

der Rückschau bewahrheiten. Demnach gibt es keinen denkbaren oder konstruierten Fall, den solche Theorien nicht spielend erklären können. Die Allerklärungsmacht solcher Theoriegebäude, die die Überzeugungsstärke ihrer Anhängerschaft begründet (VI), stellt nach Popper ihre große Schwäche dar. Universalerklärungsmethoden benutzen rückblickende „Ad hoc“ Kausalzuschreibungen, die unprüfbar und damit unwiderlegbar sind. Analytische Kausalschlüsse werden sprachlich oft als nachträgliche Vorhersagen formuliert. Grundsätzlich und aus formallogischen Gründen kann die Nichtexistenz eines Phänomens nicht bewiesen werden. Deshalb gilt in der seriösen Debatte, dass der Behauptende auch Belege zu liefern hat – und nicht etwa der Zweifler den unmöglichen Gegenbeweis. „Ich erlebe es tagtäglich in meiner Praxis, dass die Theorie zutreffend ist.“ – ersetzt allzu gerne harte Belege, deren Beibringung mühsam ist und mitunter nicht gelingen will.

Nun eine kleine resümierende Textprobe, in der zunächst 4 Fälle in 11 Zeilen mit 106 Worten „vorgestellt“ werden – 26,5 Worte pro Kind.

„Aus sicherem Abstand möchte man sagen: So sind Kinder nun mal. Es fehlt ihnen heute einfach an Freiräumen zum Toben, an Aufmerksamkeit, an strukturierten Tagesabläufen, an Räumen der Ruhe. [...]“

Woher weiß sie das? Was macht sie so sicher? – möchte man fragen. Frau von Thadden surft mit solcherlei Ad hoc Behauptungen aus sicherem Abstand aber letztlich zielstrebig zum abschließenden Urteil:

„In der Praxis wird das Bündel von Auffälligkeiten leicht zum griffigen Kürzel, zur Krankheit. Als würde damit irgendwas einfacher.“

Ein Mehr an Herleitung ihres Wissens, an Fundierung ist im gesamten folgenden Text nicht zu finden, auch wenn man es kaum für möglich hält.

Nicht das Kind ist gestört – „nur“ die Gesellschaft. Das Kind, dem sonst nichts fehlt, wird lediglich zum Symptomträger. Nicht das Kind wird ungerecht pathologisiert – nein die ganze Welt, die Um-

welt, die Interaktion, die Beziehungen, die missglückten Bindungen. Im Umkehrschluss muss das Kind keine Auffälligkeiten mehr zeigen, wenn nur die dysfunktionalen Beziehungen und Umstände beseitigt würden.

Konfessionelle Schulen orthodoxer Analytiker, gewisse Ansätze in der Systemtheorie, bestimmte Gruppierungen der Gemeindepsychiatrie und Menschen mit pauschalen Vorbehalten gegen Medikamente gingen schon in der Vergangenheit in Schulterchluss mit Gesellschaftskritikern und sozial Ambitionierten. Leider wurde die nötige Distanz zur Antipsychiatriebewegung, die für die Heilkunde nichts als großartige Theorien und für die Patienten noch größeres Leid hervorbrachte, nicht immer deutlich markiert. Als deren Trittbrettfahrer schwimmen noch heute geschäftstüchtige Heilsbringer aus der Esoterik-, Psycho- und Sektenszene im Trend der Verschwörungstheorien gegen die profitgierige Pharmaindustrie. ADHS-Kinder sind ein umkämpfter Markt.

Ad hoc Annahmen und Etikettierungen

„Ad hoc Annahmen“ obiger Art sind seit Menschengedenken bekannt und rennen alltagspsychologische Scheunentore ein. Man denke nur an die unbelegten Behauptungen, letztlich seien Mütter für das Leid ihrer schizophrenen oder autistischen Kinder verantwortlich. Etikettierungen wie „Schizophrenogene Mütter“ (Frieda Fromm-Reichmann, Psychoanalytikerin) oder „Kühlschrankmütter“ (Bruno Bettelheim, Psychoanalytiker) tauchten in pseudowissenschaftlichen Analysen auf, die begeisterte Leser fanden.

Einige „Ad hoc Annahmen“ haben mitunter einen gewissen heuristischen Wert, das heißt sie können zur Theoriebildung beitragen. Die Theoriebildung allein aber reicht noch nicht aus – auch wenn diese literarisch anspruchsvoll formuliert, adrett zurecht gemacht, sympathisch vorgetragen, politisch korrekt und humanistisch verpackt ist. Elegante Theoriebildung, kühnes Kombinieren, sichere Intuition und ausschweifende Phantasie allein

schützen nicht vor Irrtum und Selbsttäuschung. Auf die Überprüfung kommt es an.

Wegen dieser Gefahren wandte sich die wissenschaftliche Psychologie seit den 1960er-Jahren streng empirischen Ansätzen zu. Hypothesen werden demnach so formuliert, dass sie prüfbar sind. Theorien können Gültigkeit beanspruchen nur solange sie Widerlegungen standhalten und nicht durch bessere Alternativen ersetzt sind, wenn sie zusätzlich hohen Erklärungswert besitzen und wenn sie praktische Erfolge ausweisen.

Aufgabe der gesamten wissenschaftlichen Weltgemeinschaft ist es, Theorien für die Konkurrenz prüfbar zu machen, Theorien streng zu prüfen, das heißt an ihrer Widerlegung zu arbeiten und evtl. sogar Bedingungen zu formulieren, unter denen die Theorie als gescheitert anzusehen wäre.

Nun, genau hier – an mangelnder empirischer Ausrichtung – kränken die Theoriegebilde, denen sich Frau von Thadden überaus wohlwollend widmet. Insbesondere statistisch verwertbare Wirksamkeitsstudien fehlen ganz oder weisen diese Therapieansätze als wenig wirksam, mitunter sogar schädlich bei ADHS-Kindern aus.

Prof. Hüther erwirbt sich mit hervorragender Forschung Verdienste für das Verständnis der Mechanismen biologischer Verankerung von Mustern im sich entwickelnden Gehirn. Muster, die letztlich unser aller Erleben und Verhalten prägen. Bei dieser Verankerung spielen Anlage und Umwelt zusammen. Darüber gibt es derzeit unter Wissenschaftlern keine Kontroversen.

Weltweit besteht derzeit unter seriösen Wissenschaftlern Einigkeit darüber, dass es ADHS gibt, dass es sich also um eine abgrenzbare und valide Diagnose handelt. In vielen, sehr sorgfältigen Studien wurde der große Einfluss von Anlagefaktoren konvergierend belegt. Dies bedeutet keineswegs, dass Umweltfaktoren und Lerngeschichte keine Rolle bei der Ausprägung klinischer Symptome spielen. Zudem besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine rechtzeitige, leitlinienkonforme, indi-

viduelle, multimodale Therapie gut wirksam, gut verträglich und für die weitere Entwicklung des Kindes entscheidend ist.

Dies bedeutet nicht, dass die derzeitigen Konzepte nicht verbessert, differenziert oder erweitert werden könnten. Im Gegenteil – und dies gehört zur wissenschaftlichen Geschäftsgrundlage – gelten Postulate abschließender Wahrheiten, endgültigen Wissens, 100%iger Gewissheit, absoluter Sicherheit, nicht hinterfragbarer Annahmen oder unüberprüfbarer Behauptungen als suspekt. Die Forderung danach als unrealistisch, die rhetorische Forderung danach als unseriös.

Kleiner Einschub zur leitlinien-gerechten Diagnostik:

Psychische Störungen wie z.B. ADHS werden nach den europäischen Standards nicht allein nach dem Vorliegen des klinischen Syndroms (hier also HKS/ADHS), sondern auf 6 sogenannten „Achsen“ beschrieben.

Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom

Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse 3: Intelligenzniveau

Achse 4: körperliche Symptomatik

Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Damit soll erreicht werden, dass nicht allein eine beschreibende Diagnostik eines (oder mehrerer) psychiatrischer Krankheitsbilder erfolgt, sondern das Kind und seine Entwicklung, begleitende Erkrankungen und Lebensumstände erfasst werden. [...]

Damit erweist sich Frau von Thaddens genereller Einwand, dass „das Bündel von Auffälligkeiten leicht zum griffigen Kürzel, zur Krankheit“ vereinfacht werde als unbegründete Unterstellung. Frau von Thaddens assoziative, vulgärpsychologische Analogieschlüsse bleiben natürlich unprofessionell. Geht aber analytische Diagnostik immer über alle diese 6 Achsen? Darüber, dass durch die extrem schlechte Versorgungssituation in

der Fläche im Gleichschritt mit einer durch Budgets und Deckelungen mangelnden Honorierung multiaxialer, zeitaufwändiger Diagnostik Qualitätsmängel vom System erzeugt, verstärkt und fortgeschrieben werden, sind alle Beteiligten unglücklich. Diese Qualitätsmängel gründen aber nicht mehr im Mangel an Wissen über die Neuro- und Psychopathologie des Syndroms ADHS, sondern in menschlichen, organisatorischen und finanziellen Unzulänglichkeiten. Hinzu kommen mediale Verunsicherungskampagnen im von Thaddenschen Stil.

Wissenschaftliches Wissen wandelt sich ständig

Wissenschaftliches Wissen ist immer vorläufiges Wissen, gut gestütztes Wissen, bewährtes Wissen – mehr nicht. Wissenschaftliches Wissen ist keine Dauerkonserve, es veraltet. Wissenschaftliches Wissen ist ständig im Wandel, wird verbessert. Auch das Verständnis von ADHS wandelt sich. Nichts anderes ist zu erwarten. Wissenschaftler lernen ständig dazu, sonst träten sie auf der Stelle. Ständiger Wandel, der z.B. den diagnostischen Manualen von ADHS-Kritikern oft zum Vorwurf gemacht wird, ist also kein Nachteil, sondern eine wichtige Stärke. Wissenschaftler wissen um die Vorläufigkeit ihrer Erkenntnisse in einem evolutionären Verdrängungsprozess von gutem durch immer besseres, bewährteres Wissen. Und wissenschaftlich denkende Menschen müssen schon deshalb keine Dogmen verteidigen. Wissenschaftler sind allerdings keine Übermenschen, mithin nicht frei von typisch menschlichen Schwächen und Irrtümern. Wissenschaft ist genau die Methodologie, die Fehlersuche zu ihrem Programm gemacht hat.

Prof. Hüther versucht nun, seine Erkenntnisse zur Plastizität kindlicher Gehirne ganz im Sinne psychodynamischer Schulsicht gegen die empirischen Befunde zu ADHS zu positionieren. ADHS-artige Auffälligkeiten seien Ausdruck unterschiedlicher, immer jedenfalls ungünstiger epigenetischer und reaktiv-lerngeschichtlicher Entwicklungen. ADHS sei keine valide Diagno-

se sondern ein intellektuelles Konstrukt, das von biologistischen Reduktionisten, die über rein mechanistisches Denken nicht hinauskommen, im Schulterschluss mit der von Eigeninteressen geleiteten Pharmaindustrie zusammenfabuliert wird. Verhaltens- und formalgenetische Befunde, Zwilling- und Adoptionsstudien werden bezweifelt und deren übereinstimmende, vielfach replizierte Ergebnisse bagatellisiert. Psychopharmakologische Forschung und Therapie werden als von Profitinteressen gesteuert, unethisch, unpädagogisch und unverantwortbar gebrandmarkt. Medikamente bleiben einzelnen Extremfällen vorbehalten.

Prof. Hüther bezieht damit weltweit betrachtet eine wissenschaftliche Außenseiterposition. Darin liegt nichts Verwerfliches. Er findet dafür großen Beifall in Kreisen, deren empirisch wissenschaftliche Ambitionen sich genau in den Grenzen zu halten versuchen, die das Risiko einer Widerlegung ihrer Theoriegebäude unwahrscheinlich macht. Offenheit, Toleranz und Selbstbewusstsein äußern sich so nicht.

Umso mehr ist eine Studie zu begrüßen, die von Frau Leuzinger-Bohleber geleitet wird. Es verspricht spannend werden, vorausgesetzt diese Studie wird methodisch sauber konzipiert, kontrolliert und nachvollziehbar durchgezogen.

Von aktuellen Verhaltensproblemen ausgehend führt intensive Suche in der Rückschau zuverlässig zum Auffinden potenziell schädigender Einflüsse in der frühen Kindheit. Dies ist nicht weiter verwunderlich, denn die Welt, die Menschen und wir Eltern sind nicht perfekt. Die nackte Beobachtung eines Zusammentreffens (Korrelation) darf jedoch nicht als beweisend für eine Kausalitätsbeziehung und Kausalitätsrichtung gelten.

Zudem ergibt sich die Komplikation, dass eine Unzahl phantasievoller, teils konkurrierender analytischer Konstrukte eine große Zahl mitunter völlig verschiedener kindlicher Auffälligkeiten kodieren soll. Das gründet in der Methodik.

Analytisches Vorgehen sucht weniger nach exakt umschriebenen

Diagnosen als vielmehr nach Deutung und Interpretation von Symptomen und Verhalten. Es geht darum, zu verstehen, nachzuvollziehen, lebensgeschichtliche Entwicklung mit prägenden Wegmarken zu erkennen. Hier wird die geisteswissenschaftliche Prägung des analytischen Ansatzes deutlich. Selbst innerhalb der Geisteswissenschaften ist es schwierig, sich auf objektivierbare Standards und eindeutige, intersubjektiv vermittelbare Kriterien zu verständigen. Man spricht auch von „verstehenden“ Disziplinen oder Hermeneutik, z.B. Text- oder Aussage-Deutung.

Es liegt in der menschlichen Natur und am Arbeitsstil unseres Gehirns, dass jede Kognition und somit auch jede Interpretation, jede Suche, Deutung, Erwartung unbewusst, ja zwangsläufig mit höchst persönlichen Perspektiven, Erfahrungen, Kenntnissen, Erinnerungen, Stimmungen, Befindlichkeiten, Motiven, Hoffnungen, Zielen und Bedürfnissen kontaminiert ist. Subjektivität der Sichtweisen mehrt die Vielfalt der Deutungen. Die Arbeitsstrategie von Gehirnen bedarf einer darüber stehenden Kontrollstrategie, einer methodischen Metastrategie. Kreativität, Empathie, Intuition und Phantasie allein sind folglich nie immun gegen Irrtum.

Deshalb gilt: Stopp! Halt! Erst mal nach-prüfen, nach-denken. Die wissenschaftliche Methode.

Empirisch orientierte Naturwissenschaften versuchen konsequent durch strenge Prüfung Irrtümer zu erkennen und damit Meinungsvielfalt zu minimieren. Wissenschaft braucht Ideenvielfalt und Kreativität, Intuition und Phantasie zur Theoriebildung. Im anschließenden Prüf- und Testprozess wird aus konkurrierenden Theorien mit konsequenter Methodik die brauchbarste ausselektiert. Hierzu werden effektive Test- und Fehlerbeseitigungsvorschriften eingefordert und ständig verbessert. Strenge Methodik soll Objektivierbarkeit und Wiederholbarkeit ermöglichen. Entsprechend definiert Naturwissenschaft ihren Forschungsbereich, der sich auf überprüfbare Aussagen und Vorhersagen über die Welt beschränkt. Alles

was prüfbar ist und eine Realaussage über die Welt, lässt sich demnach wissenschaftlich untersuchen.

Technischer Fortschritt und methodische Raffinesse weiten den Gegenstandsbereich naturwissenschaftlicher Forschung immer weiter aus. Auch in Bereiche, die traditionell Domänen der Geisteswissenschaften sind. Kosmologie war z.B. Domäne der Theologie, Ethik der Philosophie, Psychotherapie der Psychoanalyse. Naturwissenschaft dringt weit in diese Domänen vor. Sie macht Geisteswissenschaften traditionelle Geltungsbereiche streitig. Und vor allem, Naturwissenschaften sind außerordentlich erfolgreich. Empirische Wissenschaft ist die derzeit erfolgreichste Methode der Erkenntnisgewinnung.

Es geht „mit rechten Dingen“ zu

Naturalismus und Naturwissenschaft gehen für ihren Geltungsbereich davon aus, dass es in der Welt „mit rechten Dingen zugeht“, also keine übernatürlichen, feinstofflichen, übersinnlichen, immateriellen oder geistigen Mächte wirken, dass Naturgesetze gelten – gestern, heute, morgen – und dass es nicht mehrere Wahrheiten, womöglich sich widersprechende, nebeneinander gibt. Letzteres kennzeichnet die sog. postmoderne relativistische Position. „Deine Studien kommen zu Daten, die meinen Erfahrungen widersprechen. Also hat wohl jeder (subjektiv ein bisschen) Recht?“ Eine Klärung ist für den Relativisten weder nötig noch erwünscht. Er lässt alles offen.

Neurowissenschaft geht davon aus, dass Menschen Naturgeschöpfe der Evolution sind. Dass mentale Zustände wie Geist, Seele, Psyche, Ich von elektrochemischen Gehirnprozessen – wenn auch außerordentlich komplexen – nicht zu trennen sind. Menschliche Gehirne beschäftigen sich hauptsächlich mit sich selbst, d.h. sie bilden ihre eigenen Gehirnzustände ab, so genannte Metarepräsentationen. Psychisches wirkt demnach nicht auf Neuronenaktivität ein, wie wir es erleben, sondern ist die andere, private Seite der Medaille, nämlich von eigenen Gehirnprozessen, die nur jeder für sich privat, subjektiv aus der Innensicht, der

Ersten-Person-Perspektive erlebt.

Wie andere fühlen können wir nur indirekt erfahren, schließen, deuten, interpretieren, vermuten und mit unserer eigenen Perspektive vermischen. Es geht nicht anders. Menschen lernen in ihrer Entwicklung, dass Mitmenschen ebenfalls Bewusstsein, Gefühle, Bedürfnisse, Vorlieben und Ziele besitzen. Man nennt dies „Theory of mind“. Wir alle schließen deshalb ganz automatisch von uns auf andere, verfallen dem Reiz von Ad hoc Annahmen und Analogiedenken. Das ist Alltagspsychologie – der Standort, den Frau von Thadden bezeugt. Wir alle sind Spezialisten für Alltagspsychologie, weil „gesunder Menschenverstand“ adaptiv ist in dem Sinne, dass er mit wenig Denkaufwand schnelle, preiswerte und mithin brauchbare Handlung ermöglicht. Wir sind zudem alle Spezialisten für Analyse und Lösung von Problemen, solange sie nicht unsere eigenen sind. Vor allem eigene Probleme und ihre Hartnäckigkeit stützen Alltagspsychologie auf das zu recht, was sie leisten kann. Schnelle Reaktion, um sich ein Problem erst mal vom Halse und aus den Augen zu schaffen, den Augenblick zu bewältigen. Schwierige Probleme kehren durch die Hintertür zurück und bedürfen einer Überprüfung vorausgegangener Analyse und Lösungsversuche.

Wahrnehmung ist grundsätzlich täuschungsanfällig und menschliche Gehirne können auf identische Reize (Entkopplung von Reiz und Reaktion, die nebenbei bemerkt bei ADHS beeinträchtigt ist) nicht nur reflexhaft oder stets automatisch sondern häufig reflektiert reagieren. Durch in die Zukunft gerichtete neuronale Repräsentationen von Erwartungen, Konsequenzen, potenziellen Bedürfnissen und Zielen, die alles Denken durchweben, verfügen Menschen über hohe Freiheitsgrade und damit vielfältige Reaktionsmöglichkeiten, was unserem Verständnis und Erleben von Selbstbestimmung entspricht. Der Schluss von sich auf andere birgt die Gefahr von Missdeutungen, Fehlinterpretationen, Fehlverständnis, Irrglauben und ungerecht(fertigt)en (Schuld)Zuschreibungen.

Auf Prüfung und Testung kommt es an. Erinnern wir uns aber daran, dass Empirie teuer ist. Sie kostet Energie, Zeit, Geld – und am teuersten: Selbstbescheidung und Selbstzweifel.

Wie andere wirklich fühlen, können wir im Alltag nur indirekt erfahren, schließen, deuten, interpretieren, vermuten und mit unserer eigenen Perspektive durchtränken. Diesem Dilemma von Subjektivität und Deutungswillkür ist nur durch Bemühungen kaum durch Vorbehalte gegen Objektivierbarkeit und Reproduzierbarkeit durch ausgeklügelte psychologische Instrumentarien beizukommen. Mehr ist ohne Empirie nicht zu leisten.

Hirnforscher beobachten mit immer ausgefeilteren Methoden Gehirnprozesse aus der Außenansicht, der Dritten-Person-Perspektive. Durch ausgeklügelte Techniken werden nun Innenansichten erzeugt, die sich z.B. auch abfragen lassen, und mit gleichzeitigen Außenansichten verglichen. So erfährt man immer mehr Objektivierbares über die Arbeitsweise von Gehirnen, was früher im Subjektiven, Spekulativen verbleiben musste. Man schaut heute Gehirnen bei der Arbeit zu und die Methoden werden immer besser.

Geisteswissenschaften lassen – stark vereinfacht – für ihren Geltungsbereich unterschiedliche Interpretationen gleichberechtigt nebeneinander zu und stehen.

Um die jeweiligen Zuständigkeiten für traditionelle Domänen toben Kämpfe. Da der Kuchen nicht größer wird eben auch Verteilungskämpfe. Und in der Tat ist die emotionsgeladene ADHS-Kritik auch eine standespolitisch geprägte Zuständigkeits- und Pfründe-Debatte: „Wem gehört das ADHS-Kind?“

Orthodoxe ADHS-Kritiker pflegen gerne ein geisteswissenschaftliches, ganzheitliches, unmittelbar verstehendes Selbstverständnis und sehen ihren Ansatz als Alternative, mitunter als bessere Alternative zur wissenschaftlichen Heilkunde, der konsequenter Reduktionismus, Mechanismus, Biologismus, Darwinismus, Medizinalisierung oder Medikalisierung vorgeworfen wird. Der – zudem überaus erfolgreiche – Einbruch der

naturwissenschaftlich orientierten Heilkunde in ihre Domäne schmerzt, kränkt, bedroht, erzeugt Abwehr.

Nach dem Sinn von Verhalten wird auch gesucht, um sich an seine mögliche frühe Verursachung heranzutasten, die Spur zur Rückverfolgung oder Aufarbeitung aufzunehmen, die bis weit in die Phase der kindlichen Amnesie, ja bis in die Fötalentwicklung reicht. Klassisch analytisch ist Aufarbeitung die Therapie. Für traumatisierte Patienten kann dies eine massive Retraumatisierung bedeuten. Für nicht traumatisierte Patienten kann eine intensive therapeutische Suche, bei der die dringend erforderlichen Erinnerungen sich nicht einstellen wollen, zu Fehlerinnerungen oder Erinnerungsimplantaten führen. Nicht selten werden dann unterbewusste, verdrängte Traumata vermutet, deren Urheber und Ursachen selbst im Unterbewussten oder Verdrängten verfangen sind. So entsteht kreatives, psychisches Chaos.

Die für diese Suche eingesetzten anamnestischen und diagnostischen Methoden kranken durchweg und massiv daran, dass Beobachterfehler durch professionell-konfessionelle Vorerwartungen und therapeutische Suggestion nicht minimiert werden.

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe schreibt 2001: Je länger eine Analyse, je minimaler die Nutzeffekte, je größer die Schäden bis hin zur totalen psychischen Abhängigkeit.

Entwicklung standardisierter, validierter Untersuchungsmethoden

Dies führte in der akademischen Psychologie zur Entwicklung standardisierter, validierter Untersuchungsmethoden, wie z.B. Fragebögen, Tests, Checklisten und in der Heilkunde zum Konzept kontrollierter Doppelblindstudien. Die qualitative Umsetzung strenger Kriterien führt zu Klassifizierung nach verschiedenen Evidenzgraden. Nach allem, was wir derzeit wissen, ist der klinisch kontrollierte Doppelblindversuch der Alltagserfahrung um Längen überlegen. Dennoch bleibt Skepsis oberstes Gebot, denn „*der Mensch irrt solange er strebt*“.

Was bleibt mangels Masse Frau von Thadden übrig, als auf den Busch zu klopfen, im dunklen Walde möglichst laut zu pfeifen, im vorliegenden Text also unbelegte oder bereits widerlegte Behauptungen zu repetieren, wenn auch *aus sicherem Abstand*. Schlicht falsch ist, wenn Frau Leuzinger-Bohleber schreibt, in Deutschland würden 400.000 Kindern wegen einer fragwürdigen ADHS-Diagnose Psychopharmaka verabreicht.

Tatsächlich ergab eine vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Methylphenidat-Verordnungsanalyse auf der Grundlage von Krankenkassendaten, dass die gesamte Methylphenidat-Verordnungsmenge eines Jahres ausreichen würde, um 44.000 Dauertherapien durchzuführen (Schubert et al., 2002, 2003). Ist Frau von Thadden möglicherweise unbeabsichtigt eine kleine Null dazugeraten?

Der Vorhalt massenhafter Überdiagnostizierung, Falschdiagnosen und folglich Fehlverordnung von Psychopharmaka wird immer wieder behauptet aber nie ausreichend belegt. Von hohen Dunkelziffern ist die Rede. In diesem Stile werden nun weiter die bekannten Positionen analytischen Denkens dargelegt, ungeachtet der Datenlage, die dies nicht hergibt.

So schwingen in den doktrinären Repetitionen unverhohlen Schuldzuschreibungen an die „Verantwortlichen“ mit. Man könnte fast den Eindruck gewinnen, dies sei die eigentliche analytische Denk-, Therapie- und Geschäftsgrundlage.

Und etwas ist ja zweifellos auch dran. Die Welt ist halt weder gut noch schlecht und schon gar kein Ort, der extra für den Menschen und sein Glück geschaffen wurde. Auch dann nicht, wenn dies unserem abendländischen Selbstverständnis entspricht. Nein, der Mensch muss sich an die Welt anpassen und trägt die Verantwortung dafür, dass dies auch seinen Kindern und Mitmenschen gelingt. Allerdings kann der Mensch mehr als alle Mitgeschöpfe diese Welt gestalten, günstig und ungünstig. Dennoch bleibt das Dilemma, dass es das Paradies, das wir ersehnen, nicht gibt, vermutlich nie geben wird.

Nun gibt es verschiedene evolutionär stabile Strategien der Adaptierung an verschiedene Umwelten, was ja auch die ADS-Kritiker ausdrücklich betonen. Allerdings sind diese Strategien unterschiedlich erfolgreich, eben je nach Umwelt. Schlimmer noch, die Bandbreite der Phänotypen reicht in allen Ausprägungsdimensionen bis ins Extreme. An diesen Extremen sind dann kaum mehr Umwelten denk- oder konstruierbar, in denen diese Merkmalsträger zuverlässig zurecht kommen, sich verwirklichen und „normal“, sprich begabungsentsprechend entwickeln können, wie es grundgesetzlich verbrieft und als Menschenrecht formuliert ist.

An welchem objektivierbaren Punkt der Skala beginnt nun Krankheit und endet Normalität? – wird im Text gefragt. Diese Fragestellung führt am Problem vorbei, das seinen Ausdruck im subjektiven Erleben des Betroffenen selbst, seinem Leidensdruck und seiner individuellen Entwicklungsbeeinträchtigung findet.

ADHS in diesem Sinne als Anpassungsstörung oder gar als Anpassungsbehinderung zu verstehen, wird von einer breiten Koalition aus Gesellschaftskritikern und pauschalierenden Medikamentenablehnern als nicht wünschenswert und unakzeptabel abgelehnt.

Kaum macht man nämlich alles richtig, hat man z.B. die Welt verbessert, muss das Kind – der unschuldig pathologisierte und zu Unrecht etikettierte Störenfried – auch schon keine Symptomatik mehr zeigen. So – grob vereinfacht – die Logik.

Wer wünschte sich so eine schöne Auflösung nicht? Wer gibt seinem Kind schon gerne Medikamente? Wer hätte nicht gerne ein normales oder gar ein besonders originelles Kind?

Der Schönheitsfehler liegt in dem betrüblichen Umstand, dass derart analytisches Wunschenken regelmäßig am zähen Widerstand der unerbittlichen Realität scheitert. Schade, dass diese anspruchsvollen, menschenfreundlichen Ansätze weder auf dem Feld der Diagnostik noch der Therapie erfolgreich sind – und damit zur Falle mutieren, ja zum Schaden für die Patienten geraten.

Bedauerlich, dass sich die schlechte Welt, die erbarmungslose Wirklichkeit so resistent verhält, analytische Lehrbücher zur ADHS-Kritik nicht gelesen hat.

Dieses Scheitern an der Wirklichkeit kann allerdings aller Erfahrung nach für einen tief überzeugten Meinungsbesitzer kaum Anlass zur Selbstkritik oder Selbstbescheidung sein. Passt die Wirklichkeit nicht zur Theorie, umso schlimmer für die Wirklichkeit!

Stochern im Nebel

Diagnostisch tappen die Vertreter dieser „nachträglichen Vorhersagekunst“ mehr im Dunkeln und stochern mit längeren und dünneren Stangen im Nebel als die Vertreter eines psychologisch-medizinischen, wissenschaftlich fundierten Ansatzes. Letzteren wird vorgeworfen, dass die Diagnose ADHS nicht mit letzter Sicherheit gestellt werden könnte. Sicherheit und Gewissheit sind in dieser Welt für fehlbare Menschen rare und teure Güter. Der Preis ist oft die Selbsttäuschung. Wissenschaftler haben sich meist mit hohen Wahrscheinlichkeiten und relativen Sicherheiten zu begnügen. Dies verpflichtet natürlich zu sorgfältiger Risiko–Nutzen–Abwägung.

Ach würden die ADHS-Kritiker doch dieselben strengen Kriterien auf ihre eigenen Methoden anwenden!

Prospektive Verlaufsstudien sind sehr leistungsfähig und könnten den analytischen Ansatz untermauern. Die fehlen aber. In der Zwischenzeit bleibt die analytische Grundthese zu ADHS weiter nicht empirisch untersucht und nur deshalb unangestastet. Therapieversagen kann somit weiterhin ungünstigen Bedingungen, den Eltern, sekundären Krankheitsgewinnen, also der Welt da draußen zugeschoben werden. Die Arbeitshypothese bleibt unhinterfragbar, sakrosankt.

Nach Lesart der ADHS-Kritiker dürfte es – mangels harter anatomischer, histologischer oder physiologischer Korrelate – auch keine Depression, Schizophrenie, Psychose, ja überhaupt keine kategorisierbare psychische Krankheitsentität mit genetischer Beteiligung geben. Ne-

ben harten neurologischen Befunden dominieren demnach epigenetische und dynamische-psychische Reaktionen – Psychodynamik – im Sinne dysfunktionaler oder fehlender Verschaltungsmuster eines geschundenen oder auch besonders originellen Individuums auf krankmachende Umstände, die sich lerngeschichtlich in psychischer Krankheit verfestigt. Diese einseitige Sichtweise dürfte etwa seit 30 Jahren der Vergangenheit angehören.

Diese altbekannten aber veralteten Theorien werden durch ständiges Predigen nicht besser fundiert, werden dadurch allerdings in die alltagspsychologisch voreingenommenen Köpfe vieler Leser, Pädagogen, Mediziner, Therapeuten, Journalisten und Nichtbetroffenen – „die zudem gerne an eine bessere Welt glauben wollen“ – immer fester verankert.

Der „heilsame“ Stress eigener leidvoller Erfahrung kann solch festsitzende, festgefahrene Voreingenommenheit lösen, Selbsttäuschungen aufdecken, neue Perspektiven öffnen und neue Lernbereitschaft auslösen. Psychodynamische ADHS-Kritik ist keineswegs neu, sie rennt allerdings seit Jahr und Tag alltagspsychologische Türen ein und bezieht – solange empirisch nicht weiter belegt – ihre Popularität aus Populismus. Es war nicht zuletzt die Unfruchtbarkeit der lange Zeiträume dominierenden, rein psychodynamischen Sichtweise auf unsere Problematik, die dem biologischen Ansatz mit zum Durchbruch verhalf und endlich aus der Sackgasse führte.

Eigene Betroffenheit wird im vorliegenden Text konsequenterweise als eigennützige Interessenleitung diskreditiert und als Bequemlichkeit, als Entlastungsversuch gedeutet. Widerstand ist in einer Analyse bekanntlich zwecklos. Widerstand gilt analytisch als sicheres Kriterium dafür, dass ein Kernproblem angerührt wurde. Analytiker sind auf diese Weise eigentlich immer auf der sicheren Seite und finden dementsprechend die Welt automatisch so vor, wie sie der verinnerlichten Doktrin entspricht. Das liegt in der Methode, im Mangel an Fehlerbereinigungsautomatismen, im Mangel an Bereitschaft

zu empirischer Orientierung, in der Persönlichkeitsstruktur des Gründers, des Anhängerkreises und in den strengen Initiations- und Inaugurationsriten begründet.

Die Analyse der Gesellschaft führt für den so Gläubigen zu genauso plausiblen wie zwingenden Schlüssen – mitunter wohl auch richtigen. Bereitschaft und Methoden, solche Analysen streng zu testen mit dem Ziel einer echten Widerlegung, bleiben Ausnahmen.

Konkrete, prüfbare Vorhersagen werden nach Möglichkeit vermieden – es kann in jedem Falle so oder so kommen. Die Theorie bleibt somit im Nachhinein immer richtig, unwiderlegbar, allerklärungsmächtig – also letztlich informationstheoretisch inhaltsleer, beliebig.

Leider bleiben diese ADHS-Kritiker über anekdotische Einzelfallgeschichten hinaus, die weder statistisch erfassbar noch methodisch überprüfbar sind, jeden seriösen Nachweis der Wirksamkeit ihrer Ansätze schuldig. Schlimmer noch, sie verweigern i.d.R. sogar diesen Nachweis, halten ihn für verzichtbar oder gar nicht leistbar. Methodisch gute Studien sind aufwändig, zeitraubend und teuer. Kurz, sie wehren sich gegen streng wissenschaftliche Methodik, sehen sich gerade als Alternative hierzu. Wissenschaftsschelte gehört nicht selten zur Geschäftspraktik. Dadurch stellen sie sich selbst ins wissenschaftliche Abseits – nicht wegen der Art ihrer Theoriebildung oder etwa wegen Irrtümern. Viele wissenschaftliche Theorien haben sich als falsch erwiesen, sogar solche mit absolutem Wahrheitszertifikat, z.B. Newtons Physik.

Nein, die mangelnde Bereitschaft, sich zu prüfen, überprüfen zu lassen und eigenes Scheitern an der Wirklichkeit (z.B. Therapieversagen) zum Anlass für Verbesserungen der eigenen Hypothesen zu akzeptieren, ist Ursache dafür, dass sich die Psychoanalyse selbst die Anerkennung durch die wissenschaftliche Psychologie erschwert hat. Andererseits wurden empirisch belegbare analytische Ansätze von akademisch orientierter Therapie gewürdigt und zum Einsatz gebracht –

ohne ideologische Scheuklappen.

Sigmund Freud hat sich zweifellos in vielerlei Hinsicht überragende Verdienste erworben. Seine Betonung der Bedeutung unbewusster Vorgänge findet breite empirische Bestätigung. Das „Freudgedenkjahr“ bietet indes auch freudigen Anlass, „Freudsche Fehlleistungen“ zu mystifizieren. Einige Hypothesen Freuds werden zu deren Rettung auf die Befunde der modernen Neurobiologie zurechtinterpretiert. Analytische Mythologie gedeiht derzeit allenthalben, um den lange für verzichtbar gehaltenen Anschluss an die empirische Forschung zu finden. Für viele orthodoxe ADHS-Kritiker eine überwältigende Herausforderung, der sie damit zu begegnen versuchen, sich begeistert analytische Rosinen rauszupicken und darüber gleichzeitig die harten, empirisch gesicherten, widersprechenden Evidenzen auszublenden – zur Stützung des eigenen Elfenbeinturms und zum Schaden der Patienten.

Insgesamt können Betroffene diese Tendenzen zu einem Paradigmenwechsel hin zu mehr Zusammenarbeit mit Naturwissenschaft und Evidenzbasierung begrüßen. Geht es doch nicht darum, Irrtümer Freuds zu belegen – die sind erwiesen – sondern darum, Nützliches und Hilfreiches zu extrahieren. Mehr, es geht darum, die Chancen einer gegenseitigen Befruchtung zu nutzen. Es geht um Erkenntnis, um unsere Kinder und ihr Wohl, nicht um Rechthaberei.

Absurde Zweifel unterstellt

Wer würde denn ernsthaft bezweifeln, dass Kinder lernfähig sind und dass kindliche Gehirne durch Fehlbenuztzung Schaden nehmen könnten, mitunter sogar dauerhaften? Solcherlei absurde Zweifel werden aber uns Eltern, den Verbänden und den „biologistischen Reduktionisten“ unterstellt. Mit welchem Recht denn und mit welcher Begründung?

Nur weil es viele und zudem recht sichere Daten gibt, dass ADHS-Gehirne etwas anders arbeiten, stellen wir doch den Einfluss der Umwelt keineswegs in Frage. Ganz im Gegenteil, befürworten wir störungsbildorientierte Pädagogik und störungs-

bildspezifische Therapien und sehen und messen deren Erfolge – natürlich eingebunden in ein multimodales Gesamtkonzept – und wenn möglich in eine bessere Welt, für die wir uns verantwortlich fühlen.

Aber wir befürworten nicht irgendeine, nette, sympathische, zufällig vorgehaltene, politisch korrekte sondern ein streng nachgewiesene wirksame Therapie. Hier liegt der Punktus knackus.

Wo ist demgegenüber – neben der literarisch beeindruckenden Gesellschaftsanalyse, die durchaus sympathisch und oft auch sachlich fundiert wirkt – ein brauchbares, umsetzbares, zeitnahes und nachweislich hilfreiches Konzept der ADS-Kritiker zu finden?

Ohne Evidenzbasierung wird jeder Patient zum Versuchskaninchen. Jede Therapie ist ein neues Einzelexperiment. Und all dies obwohl das Leben mitsamt den Problemen weitergeht und wertvolle, unwiederbringliche Entwicklungszeit zerrinnt.

Der Gedanke, dass nicht nur psychiatrisch-pharmakologische Interventionen etikettieren, traumatisieren oder Nebenwirkungen haben können, sondern mindestens ebenso die ADHS-kritischen Ansätze, kommt Meinungsbesitzern nicht. Der unbedingte Glaube an die Richtigkeit der analytischen Be- und Zuschreibung, an den eigenen Geltungsanspruch, an den eigenen Geltungsanspruch, der auch Freud beseelte, erschwert ein Erkennen von Irrtümern und somit ein Lernen aus Fehlern und damit den wichtigsten Weg zur Erkenntnisgewinnung.

Allenfalls wird unter absolut zwingenden Kautelen – also bevor Kind und Familie endgültig durch den Rost fallen – zugestanden, dass es Einzelfälle gibt, denen Medikamente nicht vorenthalten werden sollten. Weil in solchen Fällen der Nutzen der chemische Keule immer noch besser sei als deren mögliche Schäden. Angesichts vielfach replizierter Daten zu günstiger Beeinflussung diverser, stark erhöhter Lebensrisiken von ADHS-Kindern wie z.B. Drogenmissbrauch und Unfallgefährdung, erscheinen Versuche, Medikamentengabe grundsätzlich als vermeidbar einzustufen, besonders fraglich.

Können wir uns einem Humanitätsideal anschließen, das Medikamente ausschließlich nur als ultima ratio akzeptiert? Aus sicherem Abstand vielleicht, den sich Frau von Thadden leistet.

Wir Menschen sind von Natur aus so gebaut, dass wir auf Gefahr schneller, automatischer und nachhaltiger reagieren als auf Chancen. Deshalb ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Betonung von Risiken, Nebenwirkungen und Unsicherheiten nachhaltigen Eindruck in den Gehirnen der Leser hinterlässt. Ängste zu schüren ist schlicht und einfach höchst effektiv, verhaltens- und werbewirksam. So wird psychologisch der Boden bereitet, auf dem dann die als risikolos, nebenwirkungsfrei und sicher angepriesene Alternative Wurzeln schlägt. Mit diesem Trick aus der angewandten Psychologie ersparen sich alle Alternativen zur wissenschaftlichen Heilkunde die Mühen der Evidenzbasierung.

Dennoch, Streit tut Not.

Kritik, Kritikfähigkeit, Kritikerwünschtheit und konstruktiver Umgang mit Kritik ist die Mutter des Erkenntnisgewinns.

Allerdings stellt sich die Wissenschaftstheorie keine Streitkultur wie im vorliegenden DIE ZEIT-Artikel vor. Sondern eine sachorientierte Debatte, bei der begründete Argumente, Fakten und Daten dominieren. Wo aber werden die dargelegt? Stattdessen altbekannte und längst widerlegte Positionen, Behauptungen, Spekulationen ohne weitere Untermauerung. Das bessere Argument setzt sich durch, nicht der schrille Tonfall oder dogmatischere Unbeirrbarkeit.

Es geht nach alldem aus meiner Sicht auch darum, die beim Thema ADHS nach wie vor herrschende Überdominanz orthodoxer Analytiker vor allem in der bundesdeutschen Therapieszene und die damit einhergehende Einfalt speziell in der Versorgung von Kindern zu korrigieren. Diese Überdominanz mit Zugriff auf Solidargelder gefährdet die adäquate, flächendeckende Versorgung ADHS-Betroffener. Sie wird damit gerechtfertigt, dass jede Therapie jedem ADHS-Kind

helfen könne. Also ein klares Bekenntnis gegen störungsspezifische Therapiebausteine, gegen Leitlinienorientierung und damit auch gegen Text und Geist des Konsensuspapieres des Bundesgesundheitsministeriums von 2002. Man muss davon ausgehen, dass, wenn die Selbstauskünfte analytisch-tiefenpsychologisch orientierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stimmen, wonach etwa die Hälfte ihrer jungen Patienten eine (wenn auch bezweifelte) ADHS-Diagnose hätte, auf Solidarkosten eine Therapie an den Leitlinien vorbei erfolgt und damit vorbei am derzeitigen Kenntnisstand, der am besten gesichert ist.

Kann sich ein Gesundheitssystem leisten, irgendwelche statt der besten, sichersten, wirksamsten und effektivsten Therapie zu finanzieren? Darf dies den leidenden Patienten und ihren Familien zugemutet werden? Kann eine Gesellschaft angesichts der finanziellen und sozialen Sprengwirkung therapeutisch verschluderter Anpassungsrisiken weiter alle Augen zudrücken?

Nicht die Therapie, die dem Therapeuten gut tut, sondern die dem Patienten nützt, sind wir verpflichtet anzuwenden, schreibt schon Griesinger 1869.

Der ahnungslose Patient wendet sich an einen Psychotherapeuten in der Annahme, dort die derzeit beste Therapie mit nachgewiesener Wirkung zu erhalten. Der Patient ahnt nichts von der psychotherapeutischen Ständesstruktur, gerade weil er solcherlei Absurdität nicht für möglich hält. Der ahnungslose Patient geht implizit vom bestmöglichen Verbraucher- und Patientenschutz im Gesundheitswesen aus und von Orientierung am Patientenwohl. Erwachsene können sich – wenigstens im Prinzip – reif entscheiden, Kinder eben nicht.

Wie soll eine Profession eine unvoreingenommene Aufklärung des ADHS-Patienten oder dessen Eltern leisten, die ein professionelles, schulenspezifisches Ausbildungswesen pflegt, das nicht nur unhinterfragbare Denk- und Verursachungsmuster implantiert sondern auch den therapeutischen Horizont

aus standespolitischen Überlegungen künstlich verengt?

Profunde Aufklärung ist letztlich die Grundvoraussetzung für eine reife Therapieentscheidung des Patienten – ohne die es nicht geht, therapeutisch und juristisch nicht – und Bedingung für jeden Therapieerfolg. Über Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken aller angebotenen Methoden sowie über die evidenzbasierten Empfehlungen der Leitlinien ist nach diesem Verständnis sachlich und umfassend aufzuklären von dem, der Alternativen zur „guten medizinischen Praxis“, also zu den Leitlinien anbietet. Beim so kompetent gemachten Patienten liegt dann die Entscheidung. Sachlich heißt dann auch, den tatsächlichen, weltweiten, evidenzbasierten Konsens unter Fachleuten nicht abzustreiten und die eigene Position ehrlich als (zumindest derzeitige) Außenseitermeinung zu benennen. Alles andere wäre Etikettenschwindel. Nur so befähigt können Patienten mündig abschätzen, worauf sie sich mit der Alternative einer analytisch orientierten Diagnostik und Therapie ohne jeglichen seriösen Wirknachweis einlassen.

Zu viel verlangt? Wäre es vernünftig, eine bewährte Therapie gegen ein Linsengericht zu tauschen?

Doktrinäre ADHS-Kritiker sind Teil der Lebensproblematik von ADHS-Patienten, keinesfalls deren Lösung. ADHS wird als das moderne Paradigma in der uralten Auseinandersetzung zwischen orthodoxer Milieutheorie und akademischer Heilkunde stilisiert. Dabei mag die Besonderheit eine wichtige Rolle spielen, dass seit 5 Jahrzehnten eine wirksame, sichere und preiswerte medikamentöse ADHS-Therapie zur Verfügung steht. Kann und darf es sein, dass eine kleine weiße Pille eine Domäne der glanzvollen Psychoanalyse bedroht, dass im Verlauf weitere Dämme brechen und prächtige Erbhöfe wegschwimmen? ←

Siehe auch:

<http://www.zeit.de/2006/33/st-Unruhige-Kinder>

Wunsch- und Wahlrecht gem. § 5 SGB VIII

Das Recht, bei der Auswahl der Therapeuten zwischen verschiedenen Anbietern zu wählen.

Gabriele Marwege

Wenn im Wege der Eingliederungshilfe Kosten für Legasthenie- oder Dyskalkulie-Therapien übernommen werden, kommt es häufig vor, dass die Jugendämter die Kosten nur dann übernehmen, wenn die Therapie bei den Erziehungsberatungsstellen durchgeführt wird. Die Kosten einer Therapie bei privaten Legasthenie-Instituten werden ausdrücklich nicht übernommen. Meist argumentieren die Jugendämter damit, dass die Erziehungsberatungsstellen erheblich preiswerter seien.

Es war schon immer streitig, ob dieses Verfahren mit dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen aus § 5 SGB VIII zu vereinbaren ist. Nach § 5 Abs. 1 SGB VIII haben die Leistungsberechtigten das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern. Auf dieses Recht sind sie hinzuweisen. Nach § 5 Abs. 2 SGB VIII soll der Wahl und den Wünschen entsprochen werden, sofern dies nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Das Verwaltungsgericht Karlsruhe hat sich in einem Urteil von Februar (VG Karlsruhe, rechtskräftiges Urteil vom 14. Februar 2006, Az. 8 K 1141/05, abrufbar unter www.vd-bw.de) ausführlich mit dieser Frage beschäftigt.

Ausgangsfall:

Die Eltern beantragten für ihren Sohn, der eine Legasthenie hat, beim Jugendamt die Übernahme der Therapiekosten in einem privaten Legasthenie-Institut. Das Jugendamt zweifelte nicht daran, dass die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe, also eine diagnostizierte Legasthenie und die drohende seelische Behinderung, vorliegen. Das Jugendamt lehnte die Übernahme der Therapiekosten bei dem privaten Legasthenie-Institut ab, teilte aber mit, dass es zur Übernahme der Kos-

ten für eine Legasthenie-Therapie bereit sei, wenn diese bei der Erziehungsberatungsstelle durchgeführt werde. Da es nicht nur um die Therapie der Legasthenie, sondern auch um die Eingliederung in die Gesellschaft gehe, könne dies durch die Erziehungsberatungsstelle und ihr Personal besser erreicht werden als durch den privaten Anbieter. Außerdem habe das Jugendamt die Pflicht, die Erziehungsberatungsstellen zu fördern und müsse diese deshalb auch in Anspruch nehmen.

Das Urteil:

Das Verwaltungsgericht Karlsruhe hat das Jugendamt dazu verurteilt, die Kosten für die Therapie bei dem privaten Therapie-Institut zu übernehmen.

In diesem Fall war streitig, ob die Eltern des Klägers anstelle der vom Jugendamt bevorzugten Erziehungsberatungsstelle die Leistungen des privaten Legasthenie-Instituts wählen durften. Das hat das Gericht bejaht.

Das Gericht stellt zunächst einmal fest, dass das in § 5 Abs. 1 SGB VIII verankerte Wunsch- und Wahlrecht – entgegen der rechtlichen Ansicht des Jugendamtes – nicht auf sogenannte freie Träger der Jugendhilfe beschränkt ist, sondern dazu sehr wohl auch privat-gewerbliche Einrichtungen gehören. Die Betroffenen dürfen danach bei ihrem Wunsch- und Wahlrecht nicht auf öffentliche oder öffentlich-geförderte Anbieter beschränkt werden.

Das in § 5 SGB VIII verankerte Wahlrecht des Leistungsberechtigten schließt die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Angeboten privat-gewerblicher Anbieter (frei-kommerzieller Träger) mit ein.

Das Gericht stellt weiter fest, dass dieses Legasthenie-Institut auch

eine geeignete Einrichtung ist. Es sei eine auf den konkreten Hilfebedarf zugeschnittene spezialisierte Einrichtung, deren Erfahrungshorizont auf eine längere Betätigungszeit zurückreiche. Demgegenüber sei der Standpunkt des Jugendamtes, dass die Eingliederung von der Erziehungsberatungsstelle wegen deren Besetzung mit Psychologen, Therapeuten und Sozialarbeitern weit besser erreicht werden könne, durch nichts belegt. Zudem habe die Erziehungsberatungsstelle überhaupt erst zu Beginn des hier in Rede stehenden Zeitraums die LRS-Therapie in ihr Dienstleistungsprogramm mit aufgenommen. Damit stellt das Gericht klar, dass es nicht nur auf die Erbringung der Therapie-Leistung, sondern auch auf die Erfahrung des Anbieters auf diesem Gebiet ankommt.

Für die Geeignetheit des Leistungserbringers kommt es auf seine Spezialisierung für die konkrete Hilfe und auf seine Erfahrung auf diesem Gebiet an.

Das Gericht setzt sich dann mit der Frage auseinander, ob die Kosten bei dem privaten Therapie-Institut unverhältnismäßig höher sind als bei der Erziehungsberatungsstelle. Wenn dem so wäre, dann wäre dies ein Grund, um die Übernahme der Kosten bei dem privaten Legasthenie-Institut abzulehnen. Oft argumentieren die Jugendämter, dass die Erziehungsberatungsstellen bei einer Vergleichsberechnung die preiswerteren Anbieter seien. Tatsächlich kann es vorkommen, dass die Stundensätze bei den Erziehungsberatungsstellen niedriger sind als bei privaten Legasthenie-Instituten. Dieser Unterschied ergibt sich häufig daraus, dass die öffentlichen oder freien Einrichtungen durch Zuschüsse gefördert werden. Hierzu stellt das Gericht fest, dass

das Jugendamt nicht ohne weiteres auf eigene Einrichtungen oder auf einen freien Träger der Jugendhilfe verweisen darf, weil er ihn durch Zuschüsse fördert. In der Vergleichsberechnung müssen vielmehr auf der Seite des öffentlichen oder freien Trägers auch die durch den Jugendhilfeträger selbst erbrachten finanziellen Zuschüsse als sog. Vorhalte- und Regiekosten mit eingerechnet werden.

Beim Vergleich zwischen einer vom öffentlichen Jugendhilfeträger bezuschussten Einrichtung und einer privat-gewerblichen Einrichtung müssen bei der bezuschussten Einrichtung die sog. Vorhalte- und Regiekosten berücksichtigt und auf die einzelne Betreuungseinheit umgerechnet werden.

Gabriele Marwege,
Bundesbeauftragte
für Sozialrechtsfragen
des BVL

In diesem Fall erhob die Erziehungsberatungsstelle ein monatsbezogenes Entgelt von 178,20 € und das private Legasthenie-Institut ein monatsbezogenes Entgelt von 190,00 €. Das Gericht stellte fest, dass sich hier schon aus dem reinen Vergleich der erhobenen Entgelte deutlich ergibt, dass durch die Inanspruchnahme des privaten Legasthenie-Instituts jedenfalls keine unverhältnismäßigen Mehrkosten entstehen. Es sei sogar so, dass sich bei einer Vergleichsberechnung (bei der die vorgeschriebene Einbeziehung der Regie- und Vorhaltekosten, so etwa in Gestalt einer betriebswirtschaftlichen Umrechnung auf die einzelne Betreuungseinheit, vorgenommen würde) wohl ergeben würde, dass der Kostenaufwand für die Erziehungsberatungsstelle im Vergleich beider Träger in Wahrheit der höhere ist.

Wenn schon die tatsächlich erhobenen monatlich erhobenen Entgelte nicht wesentlich voneinander abweichen, ist zu vermuten, dass der Kostenaufwand einer bezuschussten Einrichtung bei einer Vergleichsberechnung in Wahrheit der höhere ist.

Fazit:

Das Urteil des VG Karlsruhe stellt klar, dass sich das Wunsch- und Wahlrecht nicht auf öffentliche und sog. freie Träger der Jugendhilfe beschränkt und zeigt klare Kriterien dafür auf, wie die Vergleichsberechnung zwischen verschiedenen Anbietern durchzuführen sind. Die öffentlich bezuschussten eigenen oder freien Einrichtungen sind nicht immer die preiswerteren Anbieter. ←

Verwaltungsgericht darf Verfahren auf vorläufige Gewährung einer Eingliederungshilfe eines an Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom leidenden Kindes nicht an Sozialgericht verweisen

Niedersächsisches OVG, Beschluss vom 02.08.2006, Az. 4 OB 171/06

Das Verwaltungsgericht darf ein Verfahren auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes, in dem es um die vorläufige Übernahme der Betreuungskosten eines an Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperkinese (ADHS) leidenden Kindes geht, nicht

an das Sozialgericht verweisen. Neben § 53 SGB-XII, für den der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben ist, kommt als Anspruchsgrundlage auch § 35a SGB-VIII in Betracht, der zum Zuständigkeitsbereich der Verwaltungsgerichte gehört.

Eine Verweisung des Rechtsstreits wäre nur dann zulässig, wenn der beschrittene Rechtsweg schlechthin, d. h. für das Rechtsschutzbegehren mit allen in Betracht kommenden Gründen, unzulässig wäre.

GVG § 17 Abs. 2, GVG § 17a Abs. 2, SGB-VIII § 35a, SGB-XII § 53

Liebes Tagebuch...

„Meine Tochter kann seit Tagen nicht mehr richtig schlafen“, erzählt die Dame am Nachbartisch ihrer, nehme ich einmal an, Freundin.

Man kann heute gar nicht mehr weghören. Wenn Leute ein Handy ans Ohr halten, bekommt das halbe Café die Diätbemühungen von Frau X und die Leberwerte von Herrn Y mit. Oder eben die Schulangst der Tochter. Darum nämlich geht es. Dass die Schule wieder anfängt und das Gabilein sich schon Tage vor-

her graust. Ihr werde richtig übel, wenn sie an den Geruch der Schulflore denkt. Und an die Rüpel aus ihrer Klasse. Beruhigungsmittel habe sie ihr schon empfohlen, seufzt die Dame am Nebentisch, aber Gabilein nimmt so etwas ja nicht. Stattdessen wälzt sie die halben Ferien schon Schulbücher vom nächsten Schuljahr – als ob das helfen könnte.

Die Dame am Nebentisch wirkt bedrückt. Ich möchte ihr etwas Aufmunterndes sagen. „Entschuldigung,

ich habe gerade Ihr Telefonat mitgehört. Reden Sie doch einfach mal mit der Lehrerin Ihrer Tochter, vielleicht hilft das!“ Die Dame schaut auf, bekommt einen ganz giftigen Blick. „Meine Tochter IST Lehrerin!“

Friedhelm Ebbecke-Bückendorf

Aus der Chronik des AD(H)S Gesprächskreises Sassenburg

Margit Tütje-Schlicker

2005

Herr K., mit dem ich im Dezember vergangenen Jahres telefonierte, ist im Januar NICHT erschienen, aber zwei weibliche Interessentinnen waren zu Besuch. Es war ein Abend mit Erfahrungsaustausch und vielfältigen Gesprächen.

Während des Gruppentreffens im Februar referierte unser Gründungsmitglied Gundi Böhm über die Möglichkeiten der Unterstützung lese-rechtschreibschwacher Kinder zu Hause. Dabei berichtete sie ihre Erfahrungen mit dem eigenen Sohn. Beim Gruppenabend am 7. März war wieder jemand Neues gekommen: Eine Mutter von 3 Kindern, wovon 2 bereits erwachsen sind (bereits seit 10 Jahren verwitwet). Sie wollte sich einmal anhören, wie es anderen Eltern mit AD(H)S-Kindern und –Jugendlichen geht, vor allen Dingen in der schwierigen Zeit der Pubertät.

Am 8. März verbreiteten die Medien eine Pressemitteilung unseres Kultusministers, Bernd Busemann, der innerhalb unserer Gruppe, und nicht nur dort, einiges Empören auslöste. Die Gifhorner „Aller-Zeitung“ berichtete dazu unter der Überschrift „Busemann warnt vor schneller Pille“. Zu diesem Artikel musste ich einfach einen Leserbrief schreiben.

In einer Nachrichtensendung bei „Radio ffn“ wurde zum gleichen Thema berichtet. Also schrieb ich eine E-Mail an den Sender, in der ich mich dazu äußerte. Daraufhin wurde ich zu einem Interview ins Studio nach Braunschweig eingeladen. Die dortige Aufzeichnung fand am 15. März statt. Gesendet wurde einige Tag später. Von dem etwa 30-minütigen Interview, in dem ich meine Sichtweise schildern durfte, blieben gerade mal ein paar Sätze. Aber immerhin, es war eine interessante Erfahrung!

Zu unserem Gesprächsabend am 4. April hatten wir die Beratungslehrer der Schulen in der Sassenburg, in der Samtgemeinde Boldecker Land und der Stadt Gifhorn zu uns einge-

laden. 22 Briefe hatte ich bereits im Februar losgeschickt. Letztlich folgten ganze 3 Beratungslehrer (davon eine angehende Beratungslehrerin) der Einladung zur Diskussion(!)

Vertreten waren die Sassenburg Schule, die Haupt- und Realschule Sassenburg und die Gebrüder-Grimm-Schule Gifhorn. Von den Lehrern aus unserer Gemeinde kam ein positives Echo. Man sprach uns große Kompetenz zu. Darüber freuen wir uns natürlich sehr.

Das Treffen am 2. Mai war nicht besonders stark besucht, wir waren zu siebt. Lag es an dem schwülen Wetter mit anschließendem Gewitter? Diesmal ging die Diskussion teils um das Erwachsenen-ADS, teils um das letzte Treffen und Reaktionen darauf.

Am 21. Mai halfen wir der JoJo-Selbsthilfegruppe Hankensbüttel (BV-AH e. V.) bei der Organisation ihres Symposiums in Wittlingen anlässlich des 10jährigen Bestehens der Gruppe. Bereits im Februar/März verteilten wir Plakate und Anmelde-Flyer für dieses Ereignis. Zwei von uns besetzten einen Tisch für die Anmeldeten, um sie zu erfassen und mit den eigens angefertigten Buttons zur Essen-Ausgabe auszustatten. Fünf weitere Mitglieder unserer Gruppe kamen noch zum Symposium dazu. Es referierten so bekannte Leute wie Dr. Michael Huss von der Charité Berlin und Dr. Helga Simchen aus Mainz. Bettina Arasin aus der Wiedemark sprach darüber, wie man Jugendliche zur Mitarbeit gewinnt.

Für den 6. Juni hatten wir uns zwei Ergotherapeutinnen einer Praxis aus Gifhorn zu einem Vortrag eingeladen. Thema war das „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“ nach Lauth/Schlottke, das dort seit September letzten Jahres durchgeführt wird. Frau Bogumil und Frau Ehmling haben uns anhand von einigen Beispielen verdeutlicht, was Aufmerksamkeit bedeutet. Außerdem machten Sie mit uns einige Übungen, die auch die Kinder leisten müssen, u. a. eine Hausaufgabengymnas-

tik, um die Aufmerksamkeit zu fördern. Es war der erste Vortrag dieser Art für die beiden Damen und wir fanden ihn sehr gelungen. An diesem Abend zählten wir 18 Zuhörer. Vielleicht sollten wir die beiden Referentinnen im kommenden Jahr noch einmal einladen(!?)

Im Juli gab es ein reguläres Treffen mit gleich zwei neuen Frauen (Müttern) die wir auf dem Wittinger Symposium kennen gelernt hatten. Nach der Vorstellungsrunde erfolgte, wie so oft, ein intensiver Austausch.

Nach der Sommerpause im August, die ich für Plakat- und Flyer-Entwürfe nutzte, machten wir uns mit Feuereifer an die Vorbereitungen für „unseren“ ersten großen Vortrag in unserer Gemeinde. Dr. Martin Winkler hatte sich für den 29. September angekündigt und es mussten Plakate gedruckt und ausgehängt sowie Flyer mit Hinweis auf die Veranstaltung ausgelegt werden. Auch die örtlichen Zeitungen sollten unsere Veranstaltung bekannt geben. Wir waren alle furchtbar aufgeregt und fürchteten, niemand würde uns finden. Wir sollten uns täuschen! An die 50 Menschen (von 44 haben wir die Adressen bekommen) kamen in die Haupt- und Realschule Sassenburg. Wer nicht kam, war der Dozent! Er hatte den Veranstaltungsort nicht gefunden. Weil es den Ort „Sassenburg“ nicht gibt, nicht im Routenplaner, nicht auf seiner Karte.

Dabei hatte ich noch vorher überlegt, ihm einen Wegbeschreibung zu schicken(!?)

Doch wie heißt es so schön: Aus Fehlern (und in diesem Falle Unterlassungen) lernt man.

Auch ich! Künftig schicke ich jedem geladenen Referenten eine Wegbeschreibung nach Sassenburg bzw. zu „unserer“ Schule. Außerdem werden in Zukunft Telefonnummern ausgetauscht, damit im Falle eines Falles Informationen ausgetauscht werden können.

Wir überbrückten die uns sehr peinliche Situation mit Erzählungen aus unserer Gruppe. Irgendwann im Laufe des Abends kamen wir auf das Thema „Eltertraining“. Da das Interesse daran sehr groß war, haben wir uns vorgenommen, im kommenden Jahr ein solches Training anzugehen.



Nach Rücksprache mit Dr. Winkler werden wir auch seinen Vortrag mit ins Jahr 2006 nehmen. Dazu sollen dann die Interessenten, deren Adressen wir haben, persönlich per Brief eingeladen werden.

Am Tag vor dieser Veranstaltung war ich als „Expertin am Telefon“ in Sachen Selbsthilfe bei AD(H)S ins Pressehaus der Braunschweiger Zeitung eingeladen. Ich habe mich sehr über diese Einladung gefreut, weil endlich einmal eine realistische Darstellung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms in Aussicht stand. Zusammen mit vier weiteren Experten, 2 Ärzten und 2 Therapeuten, verbrachte ich dort zwei interessante Stunden. Während des Gruppentreffens im Oktober besprachen wir die Termine für 2006. Dabei mussten wir dreimal auf den zweiten Montag eines Monats ausweichen. Außerdem wurden mögliche Referenten für das kommende Jahr angesprochen. In Frage könnten kommen: Dr. Peter Möller vom ZEUS (?) in Wolfsburg und/oder Dr. Kirsten Stollhoff aus Hamburg, die in Hankensbüttel einen tollen Vortrag lieferte, der von zwei Mitgliedern unserer Gruppe besucht worden war. Auch Susanne Wiedau, die wir einmal in Meine hörten, kommt in Frage.

Am 7. November saßen wir nur in kleiner Runde zusammen und besprachen unsere Weihnachtsfeier, die ja am 5. Dezember im „Haus Zum Guten Hirten“ stattfinden sollte.

Am 16. November fand in Adenbüttel in der Grundschule ein Vortrag mit Dr. Peter Möller statt, den ich auf Einladung der dortigen Selbsthilfegruppe besuchte. Leider hatte aus unserer Gruppe sonst niemand Zeit (Elternabende, Schichtarbeit des Partners usw.) mitzukommen. Mir war der Abend wichtig, da ich mit der Leiterin dieser Gruppe in regelmäßigem e-Mail-Kontakt stehe und ich Herrn Dr. Möller vorher noch nicht gehört hatte.

Zwischenzeitlich gibt es immer wieder Anrufe, so Ende November, wo ich mit einer Mutter knappe 3 Stunden (!!!) telefonierte. Sie rief auf Empfehlung des Klassenlehrers an, dem unser Gesprächskreis bekannt ist. Es ging um ihren Sohn, der in der Klasse recht auffällig wäre, sich

nicht konzentrieren und nicht stillsitzen könne. Zudem habe er oft Ängste, die sie aber auch von sich kenne. Sie sei z. Zt. deswegen in therapeutischer Behandlung. Ich empfahl ihr, sich zunächst einmal mit dem Kinderarzt darüber zu unterhalten und dann eventuell eine AD(H)S-Diagnostik anzustreben.

Auch Anfang Dezember erhielt ich einen Anruf aus Hannover. Die Anrufende ist Mutter dreier Kinder und hatte meine Telefonnummer aus dem Internet erfahren. Ihr ältestes Kind hätte vor kurzem die Diagnose ADHS bekommen und sollte nun ein Medikament bekommen. Damit könne sie sich nicht so recht anfreunden. Sie suchte eine Selbsthilfegruppe im Raum Hannover, die ich ihr aber so schnell nicht nennen konnte.

Wir unterhielten uns etwa eine Stunde lang. Dabei gab ich ihr zu verstehen, dass sie von niemandem als sich selbst die Zustimmung zur Medikamententherapie ihres Sohnes erwarten könne. Darüber solle sie sich im Klaren sein. Wie sie mir abschließend mitteilte, hatte ihr unser Gespräch sehr geholfen. Sie freute sich darüber, mit jemandem reden zu können, der auch betroffen ist und eine persönlichere Sichtweise hat, als Ärzte und Therapeuten.

Unsere Weihnachtsfeier fand nun also am 5. Dezember statt. 12 Leute waren gekommen und es fehlten noch 6 weitere, die unsere Gruppe sonst ab und an bzw. regelmäßig besuchen. Wir hatten viele Teelichter angezündet und plauderten munter drauflos, mal ohne feste Gesprächsregeln, einfach kreuz und quer. Natürlich drehte sich vieles ums AD(H)S, das ist schließlich unser gemeinsames Anliegen. Jeder hatte eine Kleinigkeit zu essen und zu trinken mitgebracht, so dass wir eine Auswahl an Naschereien süßer und salziger Art sowie einige Sorten Tee und alkoholfreien Punsch probieren konnten. Ich finde, es war ein schöner Ausklang und ich freue mich, dass unsere Gruppe so besteht und noch wächst.

Inzwischen könnten wir an Gruppenabenden auf 19 Teilnehmer kommen. Immer mehr Eltern merken, dass nicht nur ihre Kinder betroffen sind. Also werden wir uns künftig

verstärkt auch dem Erwachsenen-ADS widmen.

2006

Das erste Treffen im Jahre 2006 fand am 9. Januar statt und war mit 5 Teilnehmern nur recht spärlich besucht. Wir unterhielten uns über organisatorische Angelegenheiten unserer Gruppe.

Am Montag, 6. Februar, unserem regulären Gruppentermin, fand der bereits im September angekündigte Vortrag „AD(H)S und Stress – Hilfen für Eltern...“ mit Dr. Martin Winkler statt. Trotz der ungünstigen Witterung mit Schnee und Glätte kamen etwa 40 Interessierte zu uns in die HRS Sassenburg. Nach bisherigen Rückmeldungen kam Dr. Winkler sehr gut an. Er war sachlich und ruhig und erzählte einiges aus seiner Klinik­tätigkeit. Dr. Winkler beantwortete Fragen aus dem Publikum vor, während und auch noch nach dem eigentlichen Vortrag. Man merkte ihm seine Verbundenheit mit den Betroffenen an.

Am Freitag, 24. Februar, rief mich die Beratungslehrerin der Haupt- und Realschule einer benachbarten Gemeinde an, und bat um die Nennung von Ärzten, die sich mit der Thematik des AD(H)S auskennen. Die Schule dort wird von unserer Gruppe mit Flyern und Einladungen bzw. Plakaten zu Veranstaltungen versorgt. Ich lud Frau Maksimek ein, doch einen unserer Gruppenabende zu besuchen. Sie sagte mir, dass sie das schon längst beabsichtigte. Wir werden sehen. Im April vergangenen Jahres hatten wir ja schon einmal alle Beratungslehrer der umliegenden Schulen eingeladen, s. oben.

Dienstag, 14. März 2006: Die Autostadt Wolfsburg lud Interessenten zu einem Vortrag mit Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Rheinische Kliniken Viersen, zum Thema ADHS und Toleranz ein. Auch dort waren Vertreter des Gesprächskreises Sassenburg zu finden. Wieder ein neuer Referent, den noch keiner von uns gehört hatte. Und ein interessanter Vortrag mit einigen, für uns neuen Sichtweisen.

Am 25. und 26. März veranstaltete der BV AÜK e.V. ein Symposium in Königswinter.

Dort gab es am Samstag, dem 25. März, interessante Vorträge rund um das Thema AD(H)S mit vielen bekannten Referenten. Anschließend fand die Mitgliederversammlung statt.

Der Sonntag war als Gruppenleiterschulung vorgesehen. Dort gab es u. a. einen Vortrag zum Thema AD(H)S und Kur.

An diesem Wochenende wurden wir mit einer Fülle von Informationen überhäuft. Die Selbsthilfegruppe Jojo des BV-AH e. V. in Hankensbüttel veranstaltete am 27. April einen Vortragsabend mit Alexander Tyka unter dem Titel „Was passiert, wenn nichts passiert?“.

Der Dozent war trotz der Tragik seines Themas sehr erfrischend. Wir waren mit 7 Mitgliedern unserer Gruppe bei dem Vortrag. Alle waren wir einig, dass wir Herrn Tyka auch einmal zu uns nach Sassenburg einladen wollen. Mir persönlich hat dieser Vortrag sehr zu denken gegeben, zeigte er doch, wie oft Betroffene unter ihren Möglichkeiten bleiben, wenn ihr AD(H)S nicht erkannt wird und mögliche Behandlungen nicht erfolgen.

Am 6. Mai richteten wir mal wieder ein Frühlingsfest aus. Allerdings war die Beteiligung sehr gering. Trotzdem hatten wir einen schönen sonnigen Nachmittag.

Zu unserem Gruppentreffen am 8. Mai kam eine Frau, die ich in Königswinter kennen gelernt hatte. Bereits beim abendlichen Zusammensein dort zeigte sie Interesse an unserer Arbeit. Sie hatte einiges aus ihrem Leben zu berichten, was recht nachdenklich machte. Bestimmt war es nicht einfach, vor einer Gruppe Fremder sein Innerstes teilweise nach außen zu kehren.

Ich denke, so geht es vielen und wir können ihnen dafür nur dankbar sein, nehmen wir davon doch auch stets etwas für uns selbst mit nach Hause. ←

Stand: 28. Mai 2006

Musikworkshop der Selbsthilfegruppe ADHS Niederkassel

Uschi Amrein/Karin Knudsen

Unsere Selbsthilfegruppen entdecken eine Vielfalt an Möglichkeiten, die zum positiven und fördernden Umgang mit AD(H)D-Kindern beitragen können.

So bot die Selbsthilfegruppe ADHS in Niederkassel im vergangenen Jahr einen Musikworkshop mit Dr. Katrin Brandl, staatl. geprüfte Musikschullehrerin, die sie durch die Redaktionsarbeit innerhalb der KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe) kennen lernte.

Die Diagnose einer Wahrnehmungsstörung ihrer eigenen Tochter veranlasste Frau Dr. Brandl dazu, ihr Interesse auf die Integration solcher Kinder in Musikschulen und allgemeinbildenden Schulen zu richten.

Aufmerksam wurden wir durch die Schilderung eines Musikworkshops während der letzten Jahrestagung der SEHT, der allen Beteiligten viel Spaß brachte. Da dachten wir uns, Spaß und Freude können auch wir gebrauchen. Wir konnten Frau Dr. Brandl für einen Workshop mit unserer Gruppe gewinnen. 4 Erwachsene und 8 Kinder trafen sich am im Plenarsaal der Kath. Kirchengemeinde in Niederkassel-Rheidt. Wir hatten drei Stun-

den Zeit, ein kleines Konzert zu erarbeiten. Mutig wie wir sind, hatten wir im Vorfeld schon Gäste für den späten Nachmittag eingeladen.

Das Thema war schnell gefunden: Die Jahresuhr. Wir suchten passende Beiträge von Liedern bis zu Gedichten. Das Genialste waren die Tischharfen, die Frau Dr. Brandl uns zur Verfügung stellte. Da konnten selbst die Jüngsten durch die von Frau Dr. Brandl selbst entwickelten Notenblätter Lieder spielen – Erfolgserlebnis garantiert!

Trotzdem forderten die Proben unsere ganze Konzentration. Kein Wunder, dass der Erste schon nach einer halben Stunde beständig nach einer Pause verlangte. Aber nachdem wir uns auf eine Uhrzeit zur Pause geeinigt hatten, kehrte wieder Ruhe ein. Es wurde eifrig geprobt. Die Hyperaktiven unter uns bewegten sich zu einem kleinen Fußballmatch, um dann einigermaßen konzentriert weiter zu proben. Die vereinbarte Pause wurde dann lautstark von den Kindern eingefordert, und auch den Erwachsenen tat eine Kaffeepause gut. Anschließend stellten wir das Programm und den Ablauf des Kon-

zerts zusammen – wer spielt – wer trägt ein Gedicht vor...

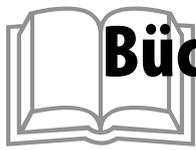
Die Zeit flog dahin, und noch während der „Generalprobe“ standen die ersten Gäste vor der Tür.

Es war soweit. Wir öffneten die Türen zum Konzertsaal. Vornehmlich Elternteile und Großeltern waren gespannt, was wir erarbeitet hatten. Sie bekamen altbekannte Kinderlieder, eigene Improvisationen, Gedichte und sogar einen Rap-Song zu hören. Die Begeisterung über das, was wir in dieser so kurzen Zeit geschafft hatten, war groß – bei den Zuhörern und bei den Aktiven,

Wenn auch die Kinder hinterher ziemlich „geschlaucht“ waren, die Resonanz war eindeutig: „Das hat Spaß gemacht!“ Und damit hatte die Aktion ihren Sinn erfüllt. Wiederholung nicht ausgeschlossen.“

In diesem Workshop kommen schwerpunktmäßig verhaltensregulierende Maßnahmen zum Tragen, die eine erfolgreiche und befriedigende Arbeit in greifbare Nähe rücken lassen.

Wir können dieses Projekt auch als „positive Spielzeit“ sehen, die u.a. ein wichtiger Baustein im Bereich der multimodalen Therapie sein kann. Die so gewonnene Fröhlichkeit im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Schaffen nehmen Eltern und Kinder mit in ihre Familien. Das stärkt auch! ←



Bücher, Bücher ...

Manfred Spitzer:

Vorsicht Bildschirm

Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft, München (dtv 34327)

Juli 2006, 303 S., 9,50 EUR

Dieses Buch geht uns alle an! Der Psychiater und Gehirnforscher Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer (Jahrgang 1958) hat die Forschung zum Gebrauch von Bildschirmmedien zusammengefasst und bewertet. Das Ergebnis, jetzt aktuell im preiswerten Taschenbuch nachzulesen, ist aufstörend: „Allein durch den Fernsehkonsum von Kindern und Jugendlichen werden im Jahr 2020 in Deutschland etwa 20.000 Menschen an den Folgen von Übergewicht sterben“ (S. 48 f.). Das ist eine Nebenwirkung, die rund viermal so tödlich ist wie die Teilnahme am Straßenverkehr, und es ist nicht die einzige! So bedeutet Bildschirmkonsum für kleine Kinder die Entwicklung von Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörungen und: „TV im Vorschulalter führt zu schlechteren Leistungen im Lesen und Schreiben in der Schule“ (S. 153). Auch die Leistungsfähigkeit älterer Schülerinnen und Schüler wird durch ein hohes Maß an Bildschirmkonsum beeinträchtigt. Außerdem führt viel TV bei ihnen zu schlechteren Beziehungen zu den Eltern, macht sie einsam und begünstigt Depressionen. Und schließlich steigert die Gewalt im Fernsehen (besonders Zeichentrickfilme und Reality-TV) sowohl die Gewaltbereitschaft als auch die konkrete Gewalttätigkeit unserer Kinder und Jugendlichen. Das gilt ebenfalls für Video-, Computer- und Konsolenspiele.

Spitzer stellt seinen Lesern keineswegs ein Horrorszenario mit abwegigen Thesen vor. Er führt lediglich wissenschaftliche Forschungsbefunde zusammen, die in dieser Kompaktheit noch nirgendwo allgemein verständlich dargestellt wurden. Als Mediziner und Neurobiologe bewertet er sie mit der gebotenen Konsequenz und Klarheit hinsichtlich gesundheitlicher und Entwicklungsrisiken. Ihm ist bewusst, dass es vielen Menschen schwer fallen muss, seinen Schlussfolgerungen unmittelbar zuzustimmen. Darum führt er alle Ar-

gumente ausführlich aus, erläutert die Methoden der zitierten Untersuchungen und veranschaulicht ihre Ergebnisse nachvollziehbar. Grundsätzlich setzt er sich mit den Gegenpositionen auseinander (und widerlegt sie eindeutig!), die negative Befunde verharmlosen und positive Auswirkungen von Bildschirmmedien oder gar eine Aggressionsabfuhr durch Gewaltdarstellungen in den Medien (Katharsis-Hypothese) behaupten. Dabei entlarvt er die medienfreundlich-verharmlosende bis bewusst falsche Berichterstattung über Wirkungen von Bildschirmmedien in Zeitschriften und einzelnen Büchern als unseriöse, interessen- und gewinnorientierte Einseitigkeit.

Bei aller deutlichen und manchmal plump-drastisch formulierten Kritik („Elektronische Bildschirm-Medien – Fernsehen und Computer – machen dumm, dick und gewalttätig“ – S. 245) ist der Grundtenor des Buches differenziert und konstruktiv. Spitzer wiederholt immer wieder, dass die schädlichen Nebenwirkungen von TV und Computer dosisabhängig sind. Er vergleicht sie mit der Umweltverschmutzung, die vor 30 Jahren (als Nebenwirkung des wirtschaftlichen Fortschritts) auch kaum jemand wahr haben wollte – außer wenigen „radikalen Weltverbesserern“. Heute haben wir eine bessere Luft zum Atmen und Flüsse, in denen man wieder baden und fischen kann – Umweltschutz ist zu einem allgemeinen Anliegen geworden. Entsprechend schlägt der Autor ein vergleichbares Vorgehen vor: Zum einen kann jeder individuell etwas tun, z.B. durch rigoros kontrollierten und begrenzten Konsum von Bildschirm-Medien der eigenen Kinder. Staatlicherseits müssten die öffentlich-rechtlichen TV-Programme über höhere Gebühren in die Lage versetzt werden, ein qualitativ gutes Programm anzubieten, denn die Forschung zeigt auch, dass prosoziales Verhalten im Fernsehen sich positiv auf Zuschauer auswirkt. Gleichzeitig sollten gewalthaltige Sendeinhalte mit Abgaben belegt werden, so dass die Werbung zu ihrer Finanzierung teurer werden müsste. Das würde die Werbewirtschaft zur Bevorzugung positiver Sendungen veranlassen

und damit die kommerziellen Sender zwingen, sich dem Trend zu mehr Qualität bei den Öffentlich-Rechtlichen anzupassen. Und schließlich müsste es rechtliche Möglichkeiten geben, die Verantwortlichen für die Ausstrahlung von gewalthaltigen Filmen haftbar zu machen, wenn Nachahmerverbrechen im Gefolge einer Sendung Schadensersatzforderungen rechtfertigen.

Dass Spitzers „Vorsicht Bildschirm!“ nach der Erstveröffentlichung 2005 nur ein Jahr später als preiswertes Taschenbuch vorliegt, ist eine großartige Chance für eine rasche Verbreitung seiner existenziell wichtigen Einsichten. Es kann die Diskussion an Elternabenden in Kindergärten und Schulen beleben wie auch politischen Handlungsdruck erzeugen. Medienkritik aus pädagogischer oder soziologischer Sicht gibt es zwar schon lange, doch erst die radikale (= an der Wurzel ansetzende) neurobiologisch-medizinische Perspektive macht klar, dass es höchste Zeit ist zu handeln. Die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der heutigen Kindergeneration stehen auf dem Spiel – und damit das Wohl der künftigen Gesellschaft: „Unsere Zukunft liegt in ökonomischer und sozialer Hinsicht in den Gehirnen der nächsten Generation“ (S. 284). Nebenwirkungen von Bildschirmmedien sind statistisch vielfach höher als beispielsweise das Kehlkopfkrebs-Risiko bei Asbestbelastung. Asbestbelastete Gebäude sanieren wir – wann sanieren wir die Bildschirm-Medien?

Detlef Träbert

David Servan-Schreiber:

Die neue Medizin der Emotionen

Aus dem Französischen von Inge Leipold und Ursel Schäfer

2. Auflage, 2006

Goldmann TB,

300 Seiten, 9,35 Euro

„Adieu, sagte der Fuchs. Hier ist mein Geheimnis: Es ist ganz einfach: Man sieht nur mit dem Herzen gut. Das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar.“ Es ist anzunehmen, dass Saint-Ex, wie seine Freunde ihn liebevoll nannten, den Begriff „Emotionale Intelligenz“ nicht kannte, als er dem Fuchs in seinem Buch „Der klei-

ne Prinz“ diese Worte in den Mund legte. Doch nicht ohne Grund wird der Autor, der Neurologe und Psychiater David Servan-Schreiber diese Zeilen als Motto über ein wichtiges Kapitel seines Buches gesetzt haben. Es geht um das emotionale Gehirn, das Gehirn im Gehirn, das limbische System, den Ort, wo unsere Gefühle entstehen. Wir sollen das Zentrum in uns neu entdecken, auch mal zu Ungunsten der allgegenwärtig geforderten Vernunft bevorzugen, positiv über uns denken. Das ist – im weitesten Sinne – die Botschaft dieses Buches.

Im Einzelnen sieht das so aus: Der Autor stellt mehrere wissenschaftlich überprüfte Behandlungsmethoden vor, mit deren Hilfe man die Geißeln der modernen Gesellschaft: Angst, Stress, Depressionen und deren Begleiterscheinungen ohne Medikamente und ohne jahrelange Psychotherapie heilen kann. Bei einer der Methoden hält man etwas die Luft an, sie ist (gewohnungsbedürftig). Aber der Autor, Absolvent verschiedener amerikanischer Eliteuniversitäten und erfahrener Psychiater, ist der Sektiererei völlig unverdächtig. Er gibt selber zu, ziemlich irritiert gewesen zu sein, als seine Methoden mal nicht wirkten und homöopathische, chinesische und was auch immer für Verfahren ihn widerlegten.

Greifen wir uns die spektakulärste Art heraus, und zwar die Selbstheilung nach traumatischen Erfahrungen: Die neuro-emotionale Integration durch Augenbewegungen (EMDR = Eye movement desensitization and reprocessing). Traumatische Menschen haben große Ängste, alte, sehr schmerzliche Erinnerungen hochkommen zu lassen. Symptome dieser unbewältigten Vergangenheit können Phobien, Depressionen, Schlaflosigkeit u. v. m. sein. Der Therapeut macht jetzt vor den Augen des Patienten schnelle, rhythmische Handbewegungen und bittet ihn, mit den Augen seinen Händen zu folgen. Während dieser Augenbewegungen kommen Teile des Erlebten und Verdrängten wieder hoch, der Patient kann sich der Erinnerung stellen. Die Therapie geht über mehrere Sequenzen solange, bis der Pa-

tient die innere Umwandlung spürt und allein mit den seelischen Narben des Schmerzes umgehen kann. Der Mechanismus, der EMDR so wirksam macht, wird – so Servan-Schreiber – noch nicht ganz verstanden. Die Behandlung ist zu einfach und zu natürlich, weswegen sie einige Zeit der Gegenstand heftiger Kontroversen in der amerikanischen Ärzteschaft war. In Deutschland, Frankreich und Holland wird EMDR zunehmend an Universitäten unterrichtet. Erfolge sind in großer Zahl zu vermelden, neuerdings auch bei Magersucht, Bulimie, Alkohol- und Drogenmissbrauch, deren Ursachen oft in traumatischen Erlebnissen liegen.

Die Akupunktur: Selbst Depressionen können mit der aus dem alten China bekannten Heilmethode erfolgreich behandelt werden. Der Autor weist darauf hin, dass viel Erfahrung des Akupunkturisten die Voraussetzung ist und auf jeden Fall – wie in allen anderen Verfahren auch – die aktive Mitarbeit des Patienten.

In einem weiteren sehr ausführlich beschriebenen Kapitel ist „Kohärenz“ (Zusammenhang) das Thema. Bei Stresszuständen, Bluthochdruck, Herzklopfen u.a. werden Atem- und Entspannungstechniken erklärt. Entfernt erinnern sie an Yoga oder Autogenes Training.

Angesprochen werden dann noch Bereiche wie die Lichttherapie, die bei uns ja schon länger bei Depressionen praktiziert wird und die Wichtigkeit der optimalen Ernährung mit Omega-3-Fettsäuren. (Querverweis auf die „Akzente“ Nr. 66/2004, wo dieses Thema auch besprochen wird.)

Möchten Sie nun noch wissen, was Sie bei kleinen Alltagsbeschwerden, Unlust, Frust und Ärger machen können? Steigen Sie aufs Fahrrad und treten Sie tüchtig in die Pedalen oder Joggen und Walken Sie. Der Autor erklärt, dass speziell bei der Ausübung dieser Sportarten im emotionalen Gehirn Endorphine (Glückshormon) ausgeschüttet werden und für ausgesprochen positive Gefühle sorgen, ja sogar bei exzessiver Ausübung süchtig machen können.

Einschätzung:

Obwohl fachlich gut begründet, erhebt dieses Buch keinen hohen aka-

demischen Anspruch. Es ist leicht zu lesen, garniert mit vielen alltäglichen Beispielen, in denen man sich wiederfinden kann. Wenn die Lektüre dazu führt, dass man sich wieder mehr mit sich selbst beschäftigt, in sein Innenleben abtaucht, sich annimmt und seine Selbstheilungskräfte mobilisiert, dann ist das Buch goldrichtig. *Margarete Gatzert*

BVAÜK
INTERN

Außerordentliche Mitgliederversammlung am 7.10.2006 in Königswinter

*Sie entscheiden als Mitglied
über die Verschmelzung
unseres Verbandes
mit dem BV AH zum
1. Januar 2007!*

Auch im Jahre 2006

wurde unsere Selbsthilfearbeit
seitens der Krankenkassen
auf Bundesebene

**mit 23.300 EUR
Pauschalförderung und
3.000 EUR Projektmittel**

unterstützt.
Vielen Dank!

die AKLENTE

Nr. 74

erscheint Ende Dezember 2006

Der Redaktionsschluss
ist bereits am 1. November 2006.

Sie sind umgezogen
oder Ihre Bankverbindung
hat sich geändert?

Bitte teilen Sie uns dies
möglichst umgehend mit.

Sie ersparen uns damit
erhebliche Kosten
und Arbeitszeit .

Danke!

Vorstand

1. Vorsitzende: **Bürschgens, Herta**
Leo-Meuser-Str. 5, 52249 Eschweiler
Fon 02403-50 64 66, Fax.02403-513 38
auek.buerschgens@gmx.de
2. Vorsitzende: **Knudsen, Karin**
Aachener Str. 489, 50933 Köln
Fon 0221-3 56 17 85
auek@knudsen-online.com
2. Vorsitzende: **Schneidt, Kornelia**
Weidacher Hauptstr. 45, 82515 Wolfratshausen
Fon 08171-48 14 01
kornelia.schneidt@freenet.de
- Schatzmeisterin: **Seegers, Karin**
Zikadenweg 1, 14055 Berlin
Fon 030-301 97 14, Fax 030-30 12 16 44
seegers-berlin@t-online
- Schriftführer: **Diecks, Horst**
Königsberger Str. 3, 49716 Meppen
Fon 05931-143 67 und 05931-40 61 23
horst.diecks@ewetel.net
- Beisitzer, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: **Boeing, Detlev**
Brusselsesteenweg 151, B-3080 Tervuren
Fon/Fax +32(0)2-767 04 86
adhs@telenet.be
- Beisitzerin, Telefonberatungsnetz: **Gehrmann, Gerhild**
Von-Aspern-Str. 31, 25336 Elmshorn
Fon 04121-80 72 72
gujunghermann@aol.com
- Beisitzerin: **Meyer, Renate**
Am Wolfsloch 31, 61381 Friedrichsdorf
Fon 06175-76 70, Fax 06175-94 15 95
meyer.koeppern@t-online.de

Kuratorium

- Bernau, Gunther**, Hambergen, Arzt für Allgemeinmedizin, von 1987–1997 Vorsitzender des BV AÜK
- Egger, Prof. Dr. Joseph**, Neurologe, Kinderspital Meran
- Ettrich, Prof. Dr. med. Christine**, Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik f. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kinder- und Jugendalters
- Herpertz, Prof. Dr. med. Sabine C.**, Universitätsklinikum Rostock, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Huss, Dr. med. Dipl.-Psych. Michael**, Charité Virchow-Klinikum Berlin
- Kinze, Dr. Wolfram**, Landesklinik Lübben, Klinik f. Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
- Knölker, Prof. Dr. med. Ulrich**, Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Uni Lübeck
- Krowatschek, Dipl.-Psych. Dieter**, Schulpsychologischer Dienst Marburg
- Lauth, Prof. Dr. Gerhard W.**, Universität Köln
- Ludwig, Prof. Dr. Gudrun**, Fachhochschule Fulda
- Opp, Prof. Dr. Günther**, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Rabatsch, Manfred**, ehem. Fachdienstleiter, Bezirksamt Pankow, Berlin
- Reibisch-Fiesel, Dr. med. Wiebke**, prakt. Ärztin, Kiel
- Reinicke, Dipl.-Psych. Claudia**, Dresden
- Schlottke, Prof. Dr. Peter**, Universität Stuttgart

BUNDESVERBAND

Arbeitskreis

Überaktives

Kind e.V.



Bundesgeschäftsstelle
Postfach 410724, 12117 Berlin

Selbsthilfegruppen- u. Kontaktadressen,
Information, Versand:
Fon 0 30/85 60 59 02, Di. und Do. 10–12 Uhr
Fax 0 30/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Besuchen Sie uns unter www.bv-auek.de

die AKLENTE

Zeitschrift vom BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND E.V.

ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger

BUNDESVERBAND
ARBEITSKREIS ÜBERAKTIVES KIND e.V.
Postfach 410724, 12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-mail: info@bv-auek.de
Internet: www.bv-auek.de

Redaktionsleitung und redaktionelle Mitarbeit

Herta Bürschgens (Leitung)
Detlef Boeing
Margarete Katzen
Magda Geisler
Renate Meyer
Kornelia Schneidt

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Poschinger Str.16
12117 Berlin
Fon 030/85 60 59 02
Fax 030/85 60 59 70
e-Mail: redaktion.akzente@bv-auek.de

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.

Anzeigenverwaltung

Bundesgeschäftsstelle BV AÜK
Petra Festini
Poschinger Str. 16
12157 Berlin
Fon 030/ 85 60 59 02
e-mail: info@bv-auek.de

Layout und DeskTopPublishing

Irene Fischer
Pappelallee 4
10437 Berlin
Fon 030/4 42 20 78
e-mail: fischerdesign@gmx.de

Druck

Brandenburgische Universitäts-Druckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam
Karl-Liebkecht-Str. 24-25
14476 Potsdam (OT Golm)

die AKZENTE erscheint 4x jährlich

Auflage: 2500 Stück

Bezugspreise

Für Einzelhefte a.A., Jahresabo (nur für Institutionen.) € 45,00 inkl. Versandkosten, für Mitglieder des BV AÜK kostenlos

Bankverbindung

BV AÜK, Postgiroamt Frankfurt am Main,
Kto-Nr. 74 926 603, BLZ: 500 100 60
BV AÜK, Volksbank Hannover,
Kto-Nr.:0 221 438 500, BLZ : 251 900 01

Copyright

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

Redaktionsschluß

jeweils Mitte des Quartals

In eigener Sache:

AKTIVE MENSCHEN

Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHD/ADHS

Sie sind bereits Mitglied in unserem Selbsthilfeverband? –
Wenn ja, haben Sie sicher gute Gründe dafür:

- Sie sind immer am Puls zum Thema ADHD/ADHS – durch aktuelle Informationen, Kontakte, Erfahrungsaustausch.
- Sie leisten Unterstützung unserer ehrenamtlichen Hilfe zur Selbsthilfe
- Sie sparen durch Verbilligungen bei Veranstaltungen und Publikationen des BV AÜK
- Sie beziehen **die AKTIVLENTE**, Zeitschrift des BV AÜK – jährlich viermal kostenlos
- Der Vereinsbeitrag ist steuerlich absetzbar

Bringen Sie sich ein und werben Sie neue Mitglieder, denn nur *gemeinsam* sind wir stark.

Warum ist die Mitgliedschaft gerade in einem ADHD-Bundesverband besonders sinnvoll?

In der Selbsthilfelandchaft gibt es Gruppen, Vereine und Verbände. *Gruppen* sind örtlich tätig. *Vereine* meist regional aktiv. *Selbsthilfeverbände* haben überregionale Strukturen und sind bundesweit tätig.

Was zeichnet sie aus?

Selbsthilfeverbände

- Selbsthilfeverbände bündeln die Interessen einer besonders großen Zahl Betroffener und verschaffen ihnen politische Präsenz sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene.
- Sie sorgen für Wissenstransfer in die Öffentlichkeit. An der Verbreitung allgemeiner Kenntnisse über ein Krankheitsbild sind sie maßgeblich beteiligt.
- Sie bilden Schnittstellen zu professionellen Fachgruppen und vertreten auch dort die Belange Betroffener. Sie wirken modifizierend auf diagnostische und therapeutische Modelle ein.
- Selbsthilfeverbände schulen und beraten Gruppenleiter. Sie geben Standards für die Basisarbeit vor, die sich am aktuellen Wissensstand orientieren.

Der Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. ist gemeinnützig und leistet Lobbyarbeit für Menschen mit ADHD/ADHS.

Alle Aktiven – bis auf die Teilzeitkräfte in der Geschäftsstelle Berlin – arbeiten ehrenamtlich. Die Personalkosten sind somit auf ein Minimum reduziert. Sie werden genauso wie die anfallenden Sachausgaben durch die Haupteinnahme Mitgliedsbeiträge finanziert. Durch öffentliche Zuschüsse seitens der Krankenkassen werden höchstens 15 % unserer Kosten gedeckt.

Logisch, dass wir Sie brauchen. Genug gezögert – helfen Sie mit.

Ein Anmeldeformular erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle
oder über unsere Website: www.bv-auek.de

Wir freuen uns auf jedes neue Mitglied.

Die Aktiven des BV AÜK e.V.



Hinter mir gingen nun Dorf, Gärten und Kirchtürme unter, vor mir neue Dörfer, Schlösser und Berge auf, unter mir Saaten, Büsche und Wiesen bunt vorüberfliegend, über mir unzählige Lerchen in der klaren blauen Luft – ich schämte mich, laut zu schreien, aber innerlichst jauchzte ich und strampelte und tanzte auf dem Wagentritt herum, daß ich bald meine Geige verloren hätte, die ich unterm Arme hielt. Wie aber denn die Sonne immer höher stieg, rings am Horizont schwere weiße Mittagswolken aufstiegen und alles in der Luft und auf der weiten Fläche so leer und schwül und still wurde über den leise wogenden Kornfeldern, da fiel mir erst wieder mein Dorf ein und mein Vater und unsere Mühle, wie es da so heimlich kühl war an dem schattigen Weiher, und daß nun alles so weit, weit hinter mir lag. Mir war dabei so kurios zumute, als müßt ich wieder umkehren; ich steckte meine Geige zwischen Rock und Weste, setzte mich voller Gedanken auf den Wagentritt hin und schlief ein.

(Aus: Josef Freiherr von Eichendorff, „Aus dem Leben eines Taugenichts“)

die AKZENTE ist:

- Informationsquelle über mögliche Krankheitsursachen, Therapien, wissenschaftliche Forschung, Pädagogik, Erziehungsfragen, Hilfen im Alltag
- Medium für die Diskussion rund um das Thema ADHD/ADHS
- „Transportmittel“ für Namen und Nachrichten, Ratschläge, Fragen und Meinungen
- Eine Zeitschrift, die für alle interessant ist: Betroffene und ihre Angehörigen, Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Pädagogen