



IFLW
Institut für integrative Lerntherapie
und Weiterbildung



FERNSTUDIENGANG ELTERNBERATUNG BEI ADS/ADHS

CHRISTINE FALK-FRÜHBRODT, M.A.

LESEPROBE

LESEPROBE



IFLW

Institut für integrative Lerntherapie
und Weiterbildung

„Es gibt kein schwieriges Kind, sondern nur Kinder in schwierigen Lebenssituationen, und in denen wirken auch Erwachsene schwierig. Nur sie dürfen es und Kinder nicht.“

Willy Hane

LESEPROBE

LESEPROBE



Beachten Sie das Urheberrecht / Copyright!

Dieses Manual, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Verfasserin unzulässig und strafbar. Untersagt sind insbesondere die Vervielfältigung, Übersetzung und Mikroverfilmung dieses Dokuments sowie die Verbreitung bzw. Bereitstellung in elektronischen Rechnernetzen.

Was dürfen Sie mit dem Fernlehrgang tun?

Die Dateien des Fernlehrgangs sind ausschließlich für Ihre persönlichen Fortbildungszwecke bestimmt. Es ist nicht gestattet, die Dateien weiterzugeben oder für andere zugänglich in Netzwerke zu stellen. Sie erwerben also eine Ein-Personen-Nutzungslizenz. Wenn Sie mehrere Exemplare des gleichen Fernlehrgangs kaufen, erwerben Sie damit die Lizenz für die entsprechende Anzahl von Nutzern. Das Kopieren des Textes oder Teilen davon für den Gebrauch in Ihren eigenen Dokumenten ist nicht gestattet.

Inhaberin der Nutzungsrechte

IFLW - Institut für integrative Lerntherapie und Weiterbildung GmbH

Zehlendorfer Damm 104 a

14532 Kleinmachnow

Telefon: +49 (0) 33203 86 26 27

Telefax: +49 (0) 33203 88 68 92

E-Mail: info@iflw.de

vertreten durch die Geschäftsführerin: Christine Falk-Frühbrodt, M.A.

Handelsregister: Amtsgericht Potsdam, HRB 19905P

LESEPROBE



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	11
I Was ist ADS/ADHS?	13
I.1 Diagnostische Kriterien	13
I.1.1 Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-5	13
I.1.2 Subtypen nach DSM-5	16
I.1.3 Subtypen nach ICD-10	16
I.2 Positive Eigenschaften von Kindern mit ADS/ADHS	17
I.3 Symptome in einzelnen Entwicklungsabschnitten	18
I.3.1 Säuglingsalter	19
I.3.2 Kleinkindalter	19
I.3.3 Kindergartenalter	19
I.3.4 Schulzeit	20
I.3.5 Pubertät	20
I.4 Wer diagnostiziert ADS/ADHS?	20
I.4.1 Tests	21
I.5 Abgrenzung zu anderen Störungsbildern	24
I.5.1 Emotional-psychischer Bereich	24
I.5.2 Kognitiver Bereich	25
I.5.3 Somatischer Bereich	25
I.6 Ursachen	26
I.6.1 Angeboren oder erworben?	26
I.6.2 Protektive Faktoren	27
I.6.3 Verstärkende Risikofaktoren	27
I.7 Studie der University of Illinois	28
I.7.1 Neurobiologisches Erklärungsmodell	28
I.7.2 Verhaltenspsychologisches Erklärungsmodell	28
I.8 Therapiemöglichkeiten	29
I.8.1 Medikation	29
I.9 Soziale Schwierigkeiten von Kindern mit ADS/ADHS	30
I.10 Sind Kinder mit ADS/ADHS anders?	31
I.11 Brauchen diese Kinder eine besondere Erziehung?	32
I.11.1 Jugendliche mit ADS/ADHS	33



I.12	Die Situation der Eltern	34
I.13	Teufelskreis innerhalb der Familie	35
I.14	„Engelskreis“ innerhalb der Familie	36
I.15	Entlastung von Schuldgefühlen	37
I.16	Ziele der Beratung	37
I.17	Typen von Ratsuchenden	38
II	Was ist Gesprächstherapie?	41
II.1	Gesprächshaltungen	41
II.1.1	Akzeptanz	42
II.1.2	Empathie	42
II.1.3	Kongruenz	42
II.2	Gesprächstechniken	43
II.2.1	Aktives Zuhören	43
II.2.2	Türöffner	44
II.2.3	Paraphrasieren	45
II.2.4	Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte („Reflektieren“)	46
II.2.5	Lösungsorientierte Fragen	47
II.3	Übungen zur Gesprächsführung	48
II.3.1	Lösungsvorschläge zu den Übungen	59
III	Gesprächstherapeutische Elternberatung	73
III.1	Aufbau einer Beratungssituation	73
III.1.1	Kontaktphase	73
III.1.2	Anwärmphase	74
III.1.3	Problemdefinitionsphase	74
III.1.4	Problemerweiterungsphase	74
III.1.5	Kontraktphase	75
III.2	Fragen	76
III.2.1	Eröffnungsfragen	76
III.2.2	Wunderfragen	77
III.2.3	Bewältigungsfragen	78
III.2.4	Fragen nach Ausnahmen	79
III.2.5	Fragen nach Ressourcen	79
III.2.6	Skalierungsfragen	79



III.2.7	Zirkuläres Fragen	79
III.3	Beratungsgrundsätze	80
III.3.1	Gleichberechtigung	80
III.3.2	Positives zuerst	82
III.3.3	Gegenwart und Zukunft zählen	82
III.3.4	Eltern als Experten	82
III.3.5	Überzeugungen sachlich annehmen	83
III.3.6	Nicht zu viel erwarten	83
III.3.7	Nichts reparieren, was nicht kaputt ist	83
III.3.8	Verständlich sprechen	84
III.3.9	Wut bedauern	84
III.3.10	Zunächst keine Erwiderung bei Kritik	84
III.3.11	Verschwiegen sein	84
III.3.12	Distanz halten	85
III.3.13	Eigene Grenzen kennen	85
III.4	Eltern auf Kritisches ansprechen	85
III.4.1	Zunächst Anerkennung	85
III.4.2	Kritisches konkretisieren	86
III.4.3	Gemeinsamkeiten betonen	86
III.4.4	Hilfe erbitten	86
III.4.5	Optimistisch bleiben	86
III.5	Selbsthilfe für Berater/innen	87
III.5.1	Seien Sie sich Ihrer Stärken bewusst	87
III.5.2	Nehmen Sie Unterstützung an	87
III.5.3	Lernen Sie aus Ihren Fehlern	87
III.5.4	Sofortige Erfolge sind selten	87
III.5.5	Man kann nicht jedem helfen	88
III.5.6	Jeder Mensch ist für seine Probleme selbst verantwortlich	88
III.6	Strategien für Familien mit ADS/ADHS	88
III.6.1	Positives erkennen und fördern	88
III.6.2	Verhaltensbeobachtung bei Problemverhalten	89
III.6.3	Logische Konsequenzen statt Strafen	89
III.6.4	Deeskalationstechniken	90
III.6.5	Muss-Regeln festlegen, Kann-Regeln aushandeln	91
III.6.6	Punktepläne	92



III.6.7	Wirkungsvolle Aufforderungen	93
III.6.8	Kommunikation (weiter) verbessern	95
III.6.9	Spiel- und Spaßzeiten	96
III.6.10	„Urlaub vom Kind“	97
III.6.11	ADS/ADHS und Hausaufgaben	97
III.7	Finanzierungsmöglichkeiten von Beratungen	103
IV	Literaturliste	105

LESEPROBE



VORWORT

Seit Ende der 90er Jahre ist das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADS/ADHS) in aller Munde. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Aufmerksamkeitsdefizite, motorische Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern werden immer häufiger thematisiert: in den Medien, in den Schulen und in den Wohnstuben. Gleichzeitig existiert eine Unterversorgung an Beratungsangeboten, die den Erziehungsalltag erleichtern könnten. Gerade hier könnte nachhaltige Hilfe ansetzen, denn trotz aller Schwierigkeiten sind es immer noch Mütter und Väter, die den größten Einfluss auf Kinder ausüben.

Unser Konzept basiert auf bei ADS/ADHS bewährten verhaltenstherapeutischen Ansätzen, auf der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers und auf Methoden aus der lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg. Die Eltern betroffener Kinder werden als Experten in eigener Sache wertgeschätzt und als gleichberechtigte Partner in die Suche nach Lösungen einbezogen. Der beständige Blick auf das Positive und das Aufzeigen erprobter Erziehungshaltungen und -strategien stärkt die Zuversicht der Eltern und den Glauben daran, Lösungen herbeiführen zu können. Elternberatung nach dem IFLW-Konzept ist eine ganzheitlich-systemische Unterstützung: Werden positive Impulse in der Eltern-Kind-Beziehung gesetzt, profitiert nicht nur das System Familie, sondern auch das weitere Umfeld (z.B. Schule, Freundeskreis).

Unser Ziel ist die Schaffung eines flächendeckenden, niedrighwelligen Beratungsangebots zum Thema ADS/ADHS. So können auch Eltern erreicht werden, die den Gang in eine staatliche Erziehungsberatungsstelle scheuen. Dazu soll der vorliegende, aus der gleichnamigen, von 2004 bis 2008 sie-



benmal stattgefundenen Präsenzfortbildung entstandene Fernlehrgang „Elternberatung bei ADS/ADHS“ beitragen. Ich freue mich, dass Sie sich zur Teilnahme entschlossen haben und wünsche Ihnen viel Freude und Erfolg!

PS: Wenn Sie neben Ihrer beraterischen Tätigkeit ADS-Elterntrainings nach einem in der Praxis erprobten und bewährten Konzept leiten möchten, empfehlen wir Ihnen unseren Fernlehrgang „Elterntraining bei ADS/ADHS“ (siehe www.iflw.de) im Anschluss an diesen Kurs.

Christine Falk-Frühbrodt, M.A.

IFLW - Institut für integrative Lerntherapie und Weiterbildung

LESEPROBE



I WAS IST ADS/ADHS?

ADS steht für „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ oder „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“. Das in den Klassifikationsschemata DSM-5 und ICD-10 enthaltene Kürzel „ADHS“ bedeutet „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. ADS bzw. ADHS ist die derzeit am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter. Die Kernsymptome sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität.

I.1 DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

Im DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) findet sich der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“. In der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, herausgegeben von der der Weltgesundheitsorganisation) wird die Störung als einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bzw. als hyperkinetische Störung bezeichnet. Beide Diagnosesysteme stimmen inhaltlich weitgehend überein.

I.1.1 Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-5

Bei der Diagnostik von ADHS nach DSM-5 werden mindestens sechs von neun Symptomen der Kernsymptome von Unaufmerksamkeit bzw. Hyperaktivität/Impulsivität gefordert. Sie müssen seit mindestens sechs Monaten in mehreren Lebensbereichen (z. B. Schule und Zuhause) bestehen und zu einem reduzierten Funktionsniveau führen. Das bedeutet, dass die Fähigkeit, in bestimmten Bereichen die üblichen Anforderungen zu erfüllen, signifikant beeinträchtigt sein muss. Dies sind die Symptome nach DSM-5:



Kernsymptom „Unaufmerksamkeit“

A1

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:

- a) Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- b) Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- c) Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn bzw. sie ansprechen
- d) Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende
- e) Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- f) Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen und beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern
- g) Verliert häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben und Aktivitäten benötigt werden
- h) Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
- i) Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich



Kernsymptom „Hyperaktivität“ (Überaktivität)

A2

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:

- a) Zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- b) Steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
- c) Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (Beachte: Bei älteren Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- d) Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- e) Ist häufig „auf dem Sprung“ oder handelt oftmals, als wäre er bzw. sie „getrieben“
- f) Redet häufig übermäßig viel

Kernsymptom „Impulsivität“

- g) Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- h) Kann häufig nur schwer warten, bis er bzw. sie an der Reihe ist
- i) Unterbricht und stört andere häufig



I.1.2 Subtypen nach DSM-5

- vorwiegend unaufmerksamer Typus (F90.0), wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 erfüllt ist
- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus (F90.1), wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 erfüllt ist
- „gemischter Typus“ (F90.2), wenn die Kriterien A1 und A2 erfüllt sind

Im Vergleich zu den Vorgängerversionen des DSM kann nach DSM-5 für Betroffene, die nicht mehr alle Kriterien einer ADHS erfüllen, aber weiterhin unter ADHS-spezifischen Beeinträchtigungen leiden, die Spezifikation „teilremittiert“ (teilweise zurückgegangen) hinzugefügt werden. Damit wird der Tatsache Genüge getan, dass sich ADHS über die Lebensspanne verändert, sich abschwächen, aber auch noch im Erwachsenenalter zu Beeinträchtigungen führen kann. Zudem wurde im DSM-5 die Altersgrenze von 7 auf 12 Jahre erhöht. Einige Symptome müssen also bereits vor dem Alter von zwölf Jahren aufgetreten sein, um die Diagnose „ADHS“ nach DSM-5 stellen zu können.

I.1.3 Subtypen nach ICD-10

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) - im Grunde F90.0 + Störung des Sozialverhaltens

Neben diesen Primärsymptomen können Kinder und Jugendliche Sekundärsymptome entwickeln. Dazu zählen ein niedriges Selbstwertgefühl, starke Stimmungsschwankungen, ein gestörtes Sozialverhalten, oppositionelles



Trotzverhalten, eine niedrige Frustrationstoleranz sowie Lern- und Leistungsstörungen.

I.2 POSITIVE EIGENSCHAFTEN VON KINDERN MIT ADS/ADHS

Menschen mit ADS/ADHS verfügen über eine Reihe positiver Eigenschaften, die in unserer Gesellschaft meist nicht hoch genug bewertet werden, um die mit ADS/ADHS verbundenen Schwierigkeiten auszugleichen. Kinder fallen in aller Regel mit negativem Verhalten auf, nicht mit positivem. Auffallend ist, dass hyperaktiven Kindern in vielen anderen Ländern mit mehr Toleranz begegnet wird. Eine mir bekannte Familie ist von Deutschland nach Italien gezogen. Seither hat es keine Klagen mehr aus der Schule gegeben. Die motorische Unruhe und der andere Aufmerksamkeitsstil der Söhne scheinen dort nicht als Problem wahrgenommen zu werden.

Kinder mit ADS/ADHS haben eine andere Wahrnehmung von ihren Schwächen und Wirkungen auf andere. Sie können sich häufig nicht in ihr Gegenüber versetzen und mögliche Reaktionen einschätzen. Darüber hinaus entgehen diesen Kindern viele eigene Erfolge, was bewirkt, dass sie bei anhaltend negativen Reaktionen aus ihrer Umgebung allmählich das Gefühl bekommen, nichts zu können und nichts wert zu sein.

Überwiegend wird an den Defiziten dieser Kinder gearbeitet. Es wird auf das „halb leere Glas“ geschaut und nicht auf die Begabungen, welche die besondere Art der Wahrnehmung mit sich bringt. Eltern, Lehrer, Therapeuten und andere Bezugspersonen sollten die positiven Eigenschaften dieser Kinder möglichst häufig benennen, würdigen und somit positiv verstärken. Wenn Eltern stärker auf die wünschenswerten Eigenschaften ihrer Kinder



achten, ist ein wichtiges Ziel erreicht. Zu den typischen Stärken von Kindern mit ADS/ADHS zählen:

- Kreativität, Phantasie
- Sensibilität, Intuition
- Natur- und Tierliebe
- Gutmütigkeit, nicht nachtragend
- ausgeprägter Gerechtigkeitsinn
- Begeisterungsfähigkeit für Neues und Interessantes
- gute Beobachtungsgabe
- guter Orientierungssinn
- zäh im positiven Sinne, Stehaufmännchen
- Eigensinn, starker Wille
- ungewöhnliche Ideen
- Humor

I.3 SYMPTOME IN EINZELNEN ENTWICKLUNGSABSCHNITTEN

Einige der folgenden Symptome treten in den einzelnen Entwicklungsabschnitten bei allen Kindern auf. Die meisten ADS-Kinder zeigen jedoch ei-



ne Vielzahl dieser Verhaltensweisen und das in besonders starker Ausprägung:

I.3.1 Säuglingsalter

- Unruhe (mitunter schon vorgeburtlich)
- ausdauerndes und schrilles Schreien
- Reizbarkeit, Quengeligkeit
- kein Schmusebedürfnis

I.3.2 Kleinkindalter

- ausgeprägte Trotzphase mit exzessiven Wutanfällen
- kurze, destruktive Spielphasen
- auffälliges Schlaf- und Essverhalten
- Entwicklungsverzögerungen (z.B. Sprache)

I.3.3 Kindergartenalter

- Gruppenunfähigkeit und Störverhalten
- Herumzappeln und Dazwischenreden im Stuhlkreis
- Außenseiterrolle
- wenig Gefahrenbewusstsein
- kaum Lernzuwachs durch negative Erfahrungen



I.3.4 Schulzeit

- Einfügung in die Klasse schwierig
- kleinkindhaftes Verhalten
- Lern- und Leistungsstörungen
- niedriges Selbstwertgefühl
- mitunter Handgreiflichkeiten

I.3.5 Pubertät

- Aufmerksamkeitsstörungen
- innere Unruhe
- Leistungsabfall unter negativem Stress
- Organisationsprobleme (Tagesablauf, Verfolgung von Zielen)
- wenig Selbstkontrolle
- Suche nach starken Reizen („sensation seeking“)

I.4 WER DIAGNOSTIZIERT ADS/ADHS?

Da im Rahmen der Diagnostik andere psychische Störungen sowie Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen, liegt die Diagnostik in den Händen von Ärzten (Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit besonderer Ausbildung) und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine gute erste Anlaufstelle ist ein So-



zialpädiatrisches Zentrum (SPZ), in dem Ärzte, Psychologen und Therapeuten fachübergreifend zusammenarbeiten. Eltern benötigen eine Überweisung von einem niedergelassenen Vertragsarzt; in der Regel ist dies der Kinderarzt. Eine bundesweite Adressenliste finden Sie im Internet unter www.dgspj.de.

ADS/ADHS ist eine offizielle Diagnose, die nur von Ärzten, Psychotherapeuten und Heilpraktikern gestellt werden darf. Grundlagen hierfür sind das Heilpraktiker- und das Psychotherapeutengesetz. Vertreter/innen anderer Berufsgruppen müssen auf der Beschreibungsebene bleiben. Sie können in diesem Fall durchaus sagen, dass Ihnen ein Kind auffallend unruhig erscheint, dass es impulsives Verhalten zeigt oder oft unaufmerksam wirkt, von ADS/ADHS dürfen Sie jedoch nicht sprechen, wenn keine entsprechende ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose vorliegt.

1.4.1 Tests

Es gibt derzeit kein standardisiertes Testverfahren, mit dem sich das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom zuverlässig nachweisen lässt. Die Diagnose beruht auf Beobachtungen des kindlichen Verhaltens sowie auf Bewertungen dieser Verhaltensweisen durch den Diagnostiker, die Eltern und das weitere soziale Umfeld des Kindes. ADS/ADHS ist eine Ausschlussdiagnose, d.h. andere Ursachen für das auffällige Verhalten müssen ausgeschlossen werden, um die Berechtigung der Diagnose „ADHS“ wahrscheinlicher zu machen. Dabei können vielfältige Tests zum Einsatz kommen:

Fragebogen

Ein häufig eingesetzter Fragebogen ist der „Fragebogen zu Stärken und Schwächen“ (SDQ), den Sie unter www.sdqinfo.org kostenlos herunterladen



können. Es gibt Versionen zum Ausfüllen durch die Eltern, die Lehrer und (ab 11 Jahren) für das Kind selbst. Manche Diagnostiker setzen Fragebogen dieser Art ein, um ein Bild vom Verhalten des Kindes in unterschiedlichen Lebensbezügen zu erhalten. Sie erfahren auf diese Weise auch, wie wichtige Bezugspersonen die Situation einschätzen, ohne mit diesen Personen direkt gesprochen zu haben. Die Fragebögen sind keine ADS-Tests.

Verhaltensbeobachtung

Aufschlussreich kann allein schon die Beobachtung des Verhaltens des Kindes während der Untersuchungen sein. Manche Diagnostiker nutzen zusätzlich Videoaufzeichnungen von Spiel-, Lern- und Interaktionssituationen mit den Eltern und ziehen daraus diagnostische Schlüsse.

Intelligenzdiagnostik

Sowohl intellektuelle Überforderung als auch intellektuelle Unterforderung können Ursachen für Konzentrationsprobleme, Unruhe und andere AD(H)S-Symptome sein. Beides muss bei der Diagnostik abgeklärt werden. Als Tests eignen sich z.B. der HAWIK (Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder), welcher auch unter dem Namen „WISC“ bekannt ist, die Kaufman Assessment Battery for Children (KABC-II), das sprachfreie Verfahren Raven's 2, der CFT 1-R und der CFT 20-R. Die genannten Intelligenztests sind bei der Testzentrale erhältlich: www.testzentrale.de

Leistungsdiagnostik

Bei Kindern mit schulischen Leistungsdefiziten sollten Schulleistungstests erfolgen (LRS- und/oder Rechentests). Häufig wird auch ein Aufmerksamkeitstest durchgeführt, z.B. der CAPT (Continuous Attention Performance



Test) oder der Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest d2-R. Auch diese Testverfahren können über die Testzentrale bezogen werden.

Familiendiagnostik

Achse 5 der ICD-10 listet Bereiche psychosozialer Belastungen auf, die bei der Diagnostik abgeklärt werden sollten:

1. abnorme intrafamiliäre Beziehungen (z.B. Misshandlung, Missbrauch, Disharmonie, Mangel an Wärme)
2. psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3. inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. abnorme Erziehungsbedingungen (z.B. elterliche Überfürsorge; unzureichende elterliche Steuerung und Aufsicht; unangemessene Anforderungen durch die Eltern)
5. abnorme unmittelbare Umgebung (z.B. Aufwachsen außerhalb des Elternhauses, getrennte leibliche Eltern, Isolation)
6. akute, belastende Lebensereignisse (z.B. Tod eines Elternteils)
7. gesellschaftliche Belastungsfaktoren (z.B. Migration, Verfolgung, Diskriminierung)
8. chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit (z.B. Streitigkeiten mit Mitschülern oder Lehrern)



9. belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes

Körperliche Untersuchungen

Manchmal werden die Sinnesorgane und die Fein- und Grobmotorik überprüft und/oder die Hirnströme (EEG) und die Herzaktivität (EKG) gemessen. Eine Blutuntersuchung wird insbesondere bei geplanter Medikamentengabe vorgenommen.

Wer das Thema „Diagnostik bei ADS/ADHS“ vertiefen möchte, ist mit dem sechsten Kapitel des THOP (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten) von Döpfner, Schürmann, Fröhlich und Gehrman gut bedient.

I.5 ABGRENZUNG ZU ANDEREN STÖRUNGSBILDERN

Aufgabe des Diagnostikers ist es, andere Ursachen als ADS/ADHS auszuschließen. Diese können im emotional-psychischen, im kognitiven und im somatischen (körperlichen) Bereich liegen. Folgende Beeinträchtigungen bzw. Krankheiten können Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten sein, Komorbiditäten darstellen, d.h. gleichzeitig mit ADS/ADHS auftreten, ohne dass sie zwingend in einem ursächlichen Zusammenhang stehen müssen oder auch Folgen von ADS/ADHS sein (z.B. Teilleistungsstörungen aufgrund von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten).

I.5.1 Emotional-psychischer Bereich

- Überforderung, Erschöpfung



- Milieuschäden
- depressive Störungen
- Manie, Schizophrenie
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus)
- Angststörungen

I.5.2 Kognitiver Bereich

- Intelligenzminderung
- Hochbegabung
- Teilleistungsstörungen (Leistungsdefizite in begrenzten Funktionsbereichen, z.B. Störungen des Lesens und Rechtschreibens)

I.5.3 Somatischer Bereich

- Erschöpfungszustände im Rahmen körperlicher Erkrankungen
- Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)
- Seh- und Hörstörungen
- neurologische Erkrankungen (z.B. Anfallsleiden)
- Drogenkonsum



I.6 URSACHEN

Die Entstehung von ADS/ADHS ist multifaktoriell bedingt. Es scheint eine genetische Disposition zu geben, die bei Vorliegen bestimmter psychosozialer Einflüsse zum Störungsbild „ADS/ADHS“ führen kann. In etwa drei bis fünf Prozent der Fälle liegt ein nachweisbarer Hirnschaden vor. Einflüsse während der Schwangerschaft oder der Geburt (Tabak, Alkohol, Sauerstoffmangel) können ebenfalls zu Verhaltensweisen führen, die mit ADS/ADHS assoziiert werden. Psychosoziale Einflüsse (z.B. Erziehung, Wohnverhältnisse, Stress) beeinflussen die Ausprägung des ADS/ADHS.

Manche Autoren sehen eine Verbindung zwischen ADS/ADHS und Allergien bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeiten. So hielt beispielsweise der kalifornische Arzt Benjamin Feingold Konservierungsstoffe, künstliche Geschmacks- und Farbstoffe, Geschmacksverstärker sowie in Trauben, Äpfeln, Tomaten, Aprikosen, Orangen und anderem Obst und Gemüse enthaltene Salicylate für die Auslöser bzw. Mitverursacher von Hyperaktivität. In den 70er Jahren hat die Apothekerin Herta Hafer die These verbreitet, Phosphate in Nahrungsmitteln führten zu einer Störung der Hirnfunktionen und damit zu hyperaktivem Verhalten. Diese Annahmen haben sich mehrheitlich nicht bestätigt, können also nicht als Erklärung für ADS/ADHS herhalten.

I.6.1 Angeboren oder erworben?

Oft fragen Eltern und Fachleute, ob mit ADS/ADHS in Verbindung gebrachte Verhaltensweisen angeboren oder erworben sind. In diesem Zusammenhang werden immer wieder bestimmte Gene genannt, doch „sind die genannten genetischen Polymorphismen in der Bevölkerung weit ver-



breitet, sie erhöhen das Risiko für ADHS jeweils nur gering (1.2- bis 1.9-fach) und erklären jeweils weniger als 5% der Verhaltensvarianz.“ (Stellungnahme der Bundesärztekammer zur "Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)" vom 26. August 2005)

Diese Einflüsse können eine entsprechende Disposition kompensieren:

I.6.2 Protektive Faktoren

- hohe Intelligenz
- liebevolle Konsequenz („autoritativer Erziehungsstil“)
- soziale Eingebundenheit (Schule, Gleichaltrige)
- „Coach“ im Umfeld des Kindes
- frühzeitige, längerfristige multimodale Therapie

Diese Einflüsse können aus einer genetischen Veranlagung das Störungsbild „ADS/ADHS“ machen:

I.6.3 Verstärkende Risikofaktoren

- familiäre Instabilität
- inkonsistenter, vorwiegend strafender Erziehungsstil
- Elternteil mit ADS/ADHS
- niedriger sozioökonomischer Status
- viel TV/PC



- wenig Bewegung

I.7 STUDIE DER UNIVERSITY OF ILLINOIS

Die Psychologen Dr. Kuo und Dr. Taylor publizierten 2004 eine Studie, in der die Eltern von 400 ADHS-diagnostizierten Kindern Auskünfte über die Auswirkungen von 50 Freizeitaktivitäten ihrer Kinder gaben. Die Aktivitäten fanden innerhalb und außerhalb der Wohnungen statt, wobei die Unterschiede darin lagen, dass die Kinder entweder an Orten mit viel Grün oder wenig Grün spielten.

Nach Auswertung der Elternberichte wurde deutlich, dass die Kinder, die sich häufig im Grünen aufhielten, deutlich weniger ADHS-Symptome zeigten. Sie konnten Aufgaben konzentriert lösen, aufmerksamer zuhören und auch die erzieherischen Anweisungen der Eltern eher befolgen. Dabei spielten allgemeine Hintergründe wie Geschlecht, sozialer Status und auch Intensität der Störungsbilds keine Rolle.

I.7.1 Neurobiologisches Erklärungsmodell

Idee: Durch einen (wahrscheinlich genetisch bedingten) Mangel an Botenstoffen werden Informationen nur eingeschränkt übertragen. Dadurch leiden die Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbststeuerung.

I.7.2 Verhaltenspsychologisches Erklärungsmodell

Idee: Schwierige soziale und emotionale Verhältnisse können aus einer (möglicherweise genetisch bedingten) Neigung zu AD(H)S das Störungsbild AD(H)S machen. Unterschiede im Hirn könnten Folgen dieser äußeren



Umstände sein. Diese Sicht vertritt u.a. der deutsche Neurobiologe Gerald Hüther.

I.8 THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Die Entstehung von ADS/ADHS ist multifaktoriell bedingt. Daraus resultiert die Notwendigkeit eines multimodalen Therapieansatzes. Bei ADS/ADHS kann eine multimodale Therapie z.B. die folgenden Therapieansätze beinhalten:

- kindzentrierte Psychotherapie (z.B. Verhaltenstherapie)
- Familientherapie
- Ergotherapie
- Elternt raining
- Lerntherapie
- Logopädie
- Sport (z.B. Judo, Aikido, Boxen, Angeln)
- ggf. therapiebegleitende Medikation

I.8.1 Medikation

Etwa 70 bis 85 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S-Diagnose sprechen bei exakter Dosierung auf Stimulanzien (z.B. Methylphenidat) in erwünschter Weise an. Die anderen Kinder sind so genannte Non-Responder, d.h. sie zeigen auf das Medikament keine oder nicht die



gewünschte Wirkung. Häufig zu beobachtende Nebenwirkungen sind Appetitverlust und Einschlafprobleme. Über langfristige Nebenwirkungen ist noch nichts bekannt, obgleich Methylphenidat seit über 60 Jahren in Gebrauch ist. Stimulanzien fallen unter das Betäubungsmittelgesetz, weil sie als Drogen missbraucht werden können und dann eine ähnliche Wirkung haben wie z.B. Kokain. Bei oraler Einnahme in der üblichen Dosierung kommt es zu keiner körperlichen Abhängigkeit.

Seit März 2005 ist das Medikament Strattera (Wirkstoff: Atomoxetin) in Deutschland erhältlich. Atomoxetin zählt nicht zu den Stimulanzien. Es handelt sich um einen selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, der nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Atomoxetin ist eigentlich ein Mittel gegen Depressionen. Es erhöht die Aufmerksamkeit und vermindert die Impulsivität und die Hyperaktivität.

Medikamente bei ADS/ADHS sind umstritten, weil sie den Blick auf psychosoziale Ursachen versperren können. Sie sollten nur begleitend im Rahmen einer multimodalen Therapie verschrieben werden (z.B. in Verbindung mit einer Verhaltenstherapie und einem Elterstraining).

I.9 SOZIALE SCHWIERIGKEITEN VON KINDERN MIT ADS/ADHS

Die Hyperaktivität, die Rastlosigkeit dieser Kinder gehört zu den kleineren Problemen: Eltern gewöhnen sich früher oder später an das geringere Schlafbedürfnis ihrer Kinder, die Unruhe und an das drängende Bedürfnis, immer wieder neue Beschäftigungen zu beginnen. Für die eigenen Eltern sind diese Verhaltensweisen fast schon normal, da sie ihr Kind nie anders erlebt haben. Dies schließt nicht aus, dass sich Mütter und Väter betroffener



Kindern häufig am Rande ihrer Belastbarkeit befinden. Jeden Tag machen sie sich daran, die Klippen der Erziehung zu umschiffen und erleiden doch immer wieder Schiffbruch. Viele dieser Eltern sind gebildete und belesene Leute, die sehr bewusst erziehen und dennoch Unterstützung benötigen.

Eine größere Belastung stellt die Tatsache dar, dass Kinder mit ADS/ADHS von vielen nicht zur Familie gehörenden Menschen abgelehnt werden. Sie haben Defizite im Bereich des sozialen Lernens. Ihre emotionale Intelligenz reift mit Verzögerung. Es fällt ihnen schwer, sich in Gruppen zu integrieren und Spielregeln zu akzeptieren. Dieses Problem beginnt im Kindergartenalter und setzt sich im Schulalter fort. Kinder mit ADS/ADHS haben selten Freunde. Im Kindergarten und auf dem Schulhof spielen sie meist alleine. Andere Kinder fürchten sich vor ihren Wutausbrüchen, den Stimmungsschwankungen und den mitunter aggressiven Verhaltensweisen. In der Nachbarschaft haben Kinder mit ADS/ADHS schnell den Ruf des Störenfrieds weg. Sie haben dann fast keine Gelegenheit mehr, sich in ein besseres Licht zu rücken. Soziale Isolation droht.

I.10 SIND KINDER MIT ADS/ADHS ANDERS?

Kinder mit ADS/ADHS sind meist laut, fügen sich nicht ein und sind stets bemüht, ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Regeln scheint es für sie nicht zu geben. Gleichzeitig sind diese Kinder aber auch besonders empfindsam, hilfsbereit und harmoniebedürftig. Das Leben mit ihnen gleicht einer Achterbahnfahrt, für die sich Eltern warm anziehen müssen. Vielen fällt es schwer, sich auf die besonderen Erziehungsbedürfnisse ihrer Kinder einzustellen. Die alltäglichen Schwierigkeiten im Umgang mit aufmerksamkeits-



gestörten Kindern belasten das familiäre Miteinander und überfordern selbst erfahrene Eltern und Großeltern.

I.11 BRAUCHEN DIESE KINDER EINE BESONDERE ERZIEHUNG?

Kinder mit ADS/ADHS stellen besonders große Anforderungen an die Erziehungsfähigkeit. Ihre Eltern müssen häufiger korrigierend und anleitend eingreifen als Eltern unauffälliger Kinder.

Mehr als andere Kinder brauchen hyperaktive Kinder Verständnis statt Kritik, Annahme statt Zurechtweisung, Begleitung statt Erziehung. Da sie viel Steuerung von Außen benötigen, ist ihre Erziehung besonders zeitintensiv. Typisch ist die mangelhafte Impulskontrolle: Jede Idee will sogleich verwirklicht werden. Daher verhalten sich diese Kinder selten wie erwartet. Ein weiteres Problem bereitet die niedrige Frustrationstoleranz: Klappt etwas nicht auf Anhieb, lassen Kinder mit ADS/ADHS ihren negativen Emotionen freien Lauf. All dies erfordert besonders viel Geduld, Konsequenz und Liebe auf Seiten der engsten Bezugspersonen. Meist sind dies die Eltern. Sie müssen damit umgehen, dass sie ihr Kind häufig an Vereinbarungen erinnern müssen, dass Regeln immer wieder in Frage gestellt werden, dass sie häufig Beschwerden über ihr Kind zu hören bekommen, dass ihr Kind viel verliert, kaum Freunde hat und in der Schule selten die Leistungen zeigt, die seiner Intelligenz entsprechen.

Kinder mit ADS/ADHS benötigen explizite Hinweise, genaue Anleitungen, vermehrte Aufsicht und erhöhte Konsequenz in der Erziehung. Inkonsequentes, vorwiegend strafendes, aber auch ein zu nachlässiges Erziehungsverhalten kann die Symptomatik wesentlich verstärken. Es ist daher von



großer Bedeutung, dass Eltern betroffener Kinder bestimmte Erziehungsprinzipien beachten, die für alle Kinder sinnvoll, aber für Kinder mit ADS/ADHS unabdingbar sind. Dazu zählen die Ermutigung des Kindes (an das Kind glauben, auf das Positive achten, Erfolge ermöglichen, viel Lob) sowie liebevolle Konsequenz (Verdeutlichung von Erwartungen, unmittelbare Verhaltensrückmeldungen, natürliche und logische Konsequenzen statt Strafen, keine körperliche oder seelische Gewalt). Darüber hinaus müssen insbesondere Eltern hyperaktiver Kinder Ressourcen schonen. Sie müssen lernen, die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit zu erkennen und zu respektieren. Nach meinen Erfahrungen neigen insbesondere Mütter dazu, eigene Bedürfnisse im Interesse der Familie zurück zu stellen. Sie sollten darin bekräftigt werden, dass nur ein regelmäßiger „Urlaub vom Kind“ die für den Alltag mit hyperaktiven Kindern nötige Geduld und Kraft gewährleisten kann.

I.11.1 Jugendliche mit ADS/ADHS

Jugendliche mit ADS/ADHS wirken häufig unreif. Sie lassen sich rasch verunsichern und haben ein geringes Selbstwertgefühl. Viele haben Schwierigkeiten mit der Einschätzung der Realität. Sie neigen dazu, Probleme zu leugnen, das Lernen zu verweigern und die Schule zu schwänzen. Auf der Suche nach neuen Reizen sowie Anerkennung bei Gleichaltrigen sind Experimente mit Alkohol, Drogen und Kriminalität typisch. Im Straßenverkehr fahren sie häufig zu schnell, überschätzen ihre Fähigkeiten und gefährden dabei sich und andere. Viel spricht dafür, dass es sich bei Menschen mit ADS/ADHS um *sensation seeker* handelt, um Menschen, die Langeweile schlecht aushalten und ständig auf der Suche nach neuen Erfahrungen in Form von starken Reizen sind (vgl. Zuckerman, 1994).



Da Jugendliche nicht mehr im eigentlichen Sinne erziehbar sind, sollte statt von „Erziehung“ besser von „Begleitung“ gesprochen werden. Eltern von Kindern mit ADS/ADHS müssen sich darauf einstellen, dass ihre Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Lebensgestaltung ihrer fast erwachsenen Kinder begrenzt sind. Die Pubertät verläuft häufig weit chaotischer als bei anderen Heranwachsenden. Eine offene Tür, ein offenes Ohr und Zutrauen trotz allem sind gute Voraussetzungen für ein gutes Verhältnis zwischen Eltern und Jugendlichen.

Mitunter kommen Eltern von bis zu 30 Jahre alten „Kindern“ in die Beratung. Hier sollte den Ratsuchenden möglichst einfühlsam vermittelt werden, dass Menschen in diesem Alter die alleinige Verantwortung für ihr Leben tragen – ob mit oder ohne ADS/ADHS.

I.12 DIE SITUATION DER ELTERN

Eltern aufmerksamkeitsgestörter und sozial auffälliger Kinder leiden unter den sozialen Verhaltensschwierigkeiten ihrer Kinder und ergreifen mitunter Erziehungsmaßnahmen, die die bestehenden Probleme eher verschärfen als lösen. Da Eltern selten Sonderpädagogen, Sozialarbeiter oder Psychologen sind, sind sie im Umgang mit „schwierigen“ Kindern wenig erfahren. Nicht selten sind sie selbst zu stark belastet, um angemessene Verhaltensweisen entwickeln zu können.

Vor allem Mütter leiden unter den Belastungen, die die Erziehung eines hyperaktiven Kindes mit sich bringt. Väter nehmen das Verhalten ihrer Kinder oft nicht als Problem wahr (vgl. Barkley, 2010). Das liegt vor allem daran, dass Väter und Mütter im Erziehungsalltag unterschiedliche Rollen einnehmen: Die Mutter zieht das Kind an und aus, bringt es zu Bett, wäscht es und



kümmert sich um die Hausaufgaben. All dies sind Situationen, in denen häufig Schwierigkeiten auftreten. Väter gestalten lieber die Freizeit ihres Nachwuchses und erleben konfliktreiche Situationen entsprechend seltener.

Wenn Partnerkonflikte, Krankheiten, finanzielle Sorgen oder andere Probleme die Familie zusätzlich belasten, wird ein angemessenes Erziehungsverhalten immer unwahrscheinlicher (Johnston & Mash, 2001). Kindererziehung wird zunehmend zu einer Tätigkeit, die den Eltern keine innere Befriedigung und damit auch keinen Spaß verschafft. Vor allem Mütter leiden unter Minderwertigkeitsgefühlen. Manche glauben fest daran, nicht gut erziehen zu können, ist das doch der Vorwurf, der ihnen direkt oder indirekt von Erzieherinnen, Lehrern oder den Schwiegereltern gemacht wird.

Eltern hyperaktiver Kinder befinden sich zum einen in einer schwierigen Erziehungssituation, zum anderen leiden sie unter Vorurteilen. Viele werten das Erziehungsverhalten der Eltern ab, bringen ihre Missbilligung mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck und geben ungefragt Tipps. Mütter hyperaktiver Kinder sind besonders belastet. Sie leiden unter Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen, Ängsten bezüglich der Zukunft des Kindes, emotionaler Erschöpfung und Gefühlen der Hilflosigkeit, Verunsicherung und Überforderung. Ihr Selbstwertgefühl ist meist stark beeinträchtigt.

I.13 TEUFELSKREIS INNERHALB DER FAMILIE

Häufig besteht ein Teufelskreis von enttäuschten Erwartungen, Kontrollversuchen durch die Eltern und Trotzverhalten des Kindes. Es kommt zu folgenden Verhaltensmustern:



1. Das Kind verhält sich in bestimmten Situationen unangemessen. Die Eltern und das restliche soziale Umfeld reagieren abwehrend. Mit der Zeit wird das Problemverhalten als allgemeine Schwierigkeit des Kindes wahrgenommen (Übergeneralisierung): Das Kind scheint „immer“ unkonzentriert, impulsiv oder unruhig zu sein.
2. Das Verhalten des Kindes wird vor allem mittels Strafen zu kontrollieren versucht. Positive Verhaltensansätze werden nicht gesehen.
3. Das Kind fühlt sich unverstanden bzw. abgelehnt, behält sein störendes Verhalten bei oder baut es aus. Mitunter übernehmen Kinder auch die restriktiven Verhaltensweisen ihrer Eltern.
4. Auf Seiten der Eltern machen sich Wut, Ratlosigkeit und schließlich Hilflosigkeit breit. Das wenig förderliche Erziehungsverhalten verfestigt sich und damit auch die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes.

1.14 „ENGELSKREIS“ INNERHALB DER FAMILIE

Reagieren die Eltern in positiver Weise, sieht der Kreislauf so aus:

1. Das Kind verhält sich in bestimmten Situationen unangemessen.
2. Die Eltern sind einfühlsam, beobachten genau und erspüren mögliche Ursachen des Problemverhaltens. Sie verändern ggf. äußere Bedingungen, die ursächlich sein können für die unerwünschten Verhaltensweisen des Kindes. Die Eltern sehen auch, was das Kind gut macht und loben es. Der Erziehungsstil ist liebevoll-konsequent („autoritativ“ = viel Zuwendung und viel Kontrolle).



3. Das Kind fühlt sich verstanden und angenommen. Es ist so viel empfänglicher für die Einflussnahmen seiner Eltern.
4. Die Eltern sehen, dass ihre Erziehungsversuche erfolgreich sind. Sie sind ebenfalls zufrieden.

I.15 ENTLASTUNG VON SCHULDGEFÜHLEN

Eltern, die Schuldgefühle äußern, sollte gesagt werden, dass es sich bei ADS/ADHS um ein multikausales Phänomen handelt, d.h. es gibt niemals nur eine Ursache. Arbeiten Sie mit den Eltern die positiven Seiten des Kindes heraus. Diese haben die Eltern auch mit verursacht, d.h. daran sind sie auch „schuld“. Alle Eltern geben das (ihnen) Bestmögliche und alle Eltern haben Grenzen. Sprechen Sie den Eltern stets Anerkennung für die Inanspruchnahme der Beratung als Zeichen für Verantwortung und Liebe aus. Mit weniger Schuldgefühlen werden Eltern den Blick in die Gegenwart und die Zukunft richten können. Das Finden von Lösungen wird so wahrscheinlicher.

I.16 ZIELE DER BERATUNG

Eine Elternberatung ist immer von dem konkreten Anliegen geprägt, das die Eltern zur Kontaktaufnahme mit dem Beratenden bewegt. Es ist nicht Aufgabe des Beraters, ein Thema zu finden. Daher kann auch nicht anhand eines fertigen Beratungsleitfadens vorgegangen werden. In Institutionen (z.B. Kindergärten, Schulen) kann der Impuls zur Beratung auch von den Beratern ausgehen.

Zu den Zielen jeder Elternberatung zählen:



- Entlastung der Erziehenden
- Stärkung der Erziehungskompetenz
- Förderung von Zufriedenheit und Zuversicht
- Entwicklung einer Lösung
- Beziehungspflege zwischen Eltern und Berater/in
- Delegieren an Fachleute (z.B. Arzt, SPZ, Erziehungsberatungsstelle)

I.17 TYPEN VON RATSUCHENDEN

Eltern kommen mit unterschiedlichen Erwartungen in die Beratungssituation. Man kann sie nach Steve de Shazer grob unterscheiden in Besucher, Klagende und Kunden. Ratsuchende können diese Kategorien mit der Zeit wechseln. Ziel sollte sein, auf alle drei Typen verständnisvoll einzugehen:

- **Besucher**
Besucher sind von Bekannten, Verwandten oder anderen Institutionen geschickt worden. Sie kommen weniger aus eigenem Antrieb und wissen häufig nicht so recht, was sie in der Beratung sollen. Manchmal wünschen sie Anskünfte dieser Art: Wo gibt es einen Arzt, der ADS/ADHS diagnostiziert? Welche Schule kommt in Frage? Kann ich einen Schwerbehindertenausweis für mein Kind beantragen? Die Motivation, an sich selbst zu arbeiten, ist meist nicht erkennbar. Wichtig: Unterstellen Sie Eltern, die nicht von sich aus das Gespräch suchen, nicht vorschnell fehlende Problemeinsicht oder mangelndes Interesse.



- **Klagende**

Klagende wollen erst einmal jede Menge Dampf ablassen. Sie sehen sich als Opfer, freuen sich, endlich ein offenes Ohr gefunden zu haben und schildern ihre Situation mit großer Ausdauer. Diese Eltern sind häufig noch nicht bereit, an sich selbst zu arbeiten.

- **Kunden**

Über Kunden freuen sich Berater/innen am meisten, denn diese kommen mit dem Vorsatz, an sich zu arbeiten. Von diesen Eltern werden Sie häufig Sätze wie „Ich mache alles, wenn es nur hilft“ hören.

LESEPROBEN