



IFLW
Institut für integrative Lerntherapie
und Weiterbildung



FERNSTUDIENGANG ELTERNTRAINING BEI ADS/ADHS

CHRISTINE FALK-FRÜHBRODT, M.A.

LESEPROBE

LESEPROBE



„Ja, dieser Michel! Wie oft hat er nicht im Tischlerschuppen gegessen! Aber er brauchte nie so besonders lange dort zu bleiben. "Nur bis du ordentlich über deinen Unfug nachgedacht hast", sagte sein Vater immer. "Damit du es nicht noch einmal tust." Und Michel war wirklich folgsam. Er machte nämlich nie denselben Unfug zweimal, sondern dachte sich immer etwas Neues aus. Jedes Mal, wenn er im Tischlerschuppen saß, schnitzte er ein lustiges Holzmännchen. Es wurden immer mehr und mehr, und schließlich hatte er 369 Stück. "Ojehine, was für ein Kind", sagte Lina jedes Mal, wenn sie die Holzmännchen sah. Aber später ist aus Michel doch noch ein guter Kerl geworden. Da sieht man, dass auch aus den schlimmsten Kindern im Laufe der Zeit noch etwas Rechtes werden kann. Ist das nicht ein schöner Gedanke?“

Astrid Lindgren

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 „Elterntraining bei ADS/ADHS“ 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

I	Vorwort	11
II	Was ist ADS/ADHS?	13
II.1	Diagnostische Kriterien	13
II.1.1	Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-5	13
II.1.2	Subtypen nach DSM-5	16
II.1.3	Subtypen nach ICD-10	16
II.2	Symptome in einzelnen Entwicklungsabschnitten	17
II.3	Wer diagnostiziert ADS/ADHS?	19
II.4	Protektive Faktoren	19
II.5	Verstärkende Risikofaktoren	20
II.6	Positive Eigenschaften von Kindern mit ADS/ADHS	21
II.7	Soziale Schwierigkeiten von Kindern mit ADS/ADHS	22
III	Was sind Elterntrainings?	25
III.1	Elterntaining als „Warenkorb“	25
III.1.1	Was gehört zum „Warenkorb“?	26
III.2	Warum Elterntaining bei ADS/ADHS?	28
III.2.1	Eltern als Co-Therapeuten	28
III.2.2	Eltern als Therapeuten – Wo sind die Grenzen?	29
III.3	Kinder mit ADS/ADHS sind anders	30
III.4	Brauchen diese Kinder eine andere Erziehung?	30
III.5	Die Situation der Eltern	32
III.6	Teufelskreis innerhalb der Familie	33
III.7	„Engelskreis“ innerhalb der Familie	34
IV	Konzeption des Elterntrainings	35
IV.1	Ziele des Elterntrainings	35
IV.2	Was bewirkt das Elterntaining?	37
IV.3	Wirksamkeit von Elterntrainings	38
V	Was ist Verhaltenstherapie?	39



V.1	Behaviorismus	39
V.2	Klassische Konditionierung	40
V.3	Operante Konditionierung	40
V.4	Konzept der Verstärkung und Bestrafung	41
V.5	Verhaltenstherapeutische Methoden in der Kindererziehung	42
V.5.1	Aufbau erwünschten Verhaltens	42
V.5.2	Abbau unerwünschten Verhaltens	45
V.5.3	Schädliche Strafen	49
V.5.4	Erziehungsfallen	49
V.5.5	Methoden der Verhaltenstherapie	52
V.5.6	Wann ist Verhaltenstherapie sinnvoll?	54
V.5.7	Verhaltenstherapie bei ADS/ADHS	55
VI	Was ist Gesprächstherapie?	57
VI.1	Methoden der Gesprächstherapie	57
VII	Wege zu einer effektiven Elternarbeit	63
VII.1	Grundsätze	64
VIII	Gesprächshaltungen	69
VIII.1	Akzeptanz	69
VIII.2	Empathie	69
IX	Gesprächstechniken	71
IX.1	Ich-Botschaften	71
IX.2	Aktives Zuhören	71
IX.3	Lösungsorientiertes Fragen	73
IX.4	Förderliches Verhalten in Beratungen	74
IX.5	Übung: Gesprächstechniken	75
IX.5.1	Lösungsvorschläge zu den Übungen	86
IX.5.2	Interventionsdreieck „Kind – Selbst – Umfeld“	101
X	Aufbau und Ablauf des „Elterntraining bei ADS/ADHS“	105
X.1	1. Einführung und Kennenlernen	109



X.2	2. Was ist ADS/ADHS?	113
X.3	3. ADS/ADHS und Erziehung	116
X.4	4. Wo liegt das Problem?	121
X.5	5. Sich wieder mögen	125
X.6	6. Besser kommunizieren	129
X.7	7. Das kriegen wir geregelt	136
X.8	8. Das hast du toll gemacht!	141
X.9	9. Umgang mit Problemverhalten	151
X.10	10. Stress lass nach	155
X.11	11. Alltägliche Probleme	161
X.12	12. ADS/ADHS und Hausaufgaben	169
X.13	Nachgespräch	177
XI	Aufsuchende Erziehungsberatung	179
XI.1	Vorgesprächsphase	179
XI.2	Beobachtungsphase	180
XI.3	Gesprächsphase	182
XII	Typen im Elterntaining	183
XII.1	Typ „Das funktioniert bei uns nicht“	183
XII.2	Typ „Das geht mir alles viel zu langsam“	184
XII.3	Typ „Ich brauche viel Aufmerksamkeit“	186
XII.4	Typ „Besserwisser“	187
XII.5	Typ „Eigentlich will ich gar nicht hier sein“	187
XII.6	Typ „Verkäufer“	188
XIII	Welche Erwartungen stellen Eltern an ADS-Elterntainings?	191
XIV	Typische Elternfragen und mögliche Antworten	193
XIV.1	Beispiele	194
XV	Umgang mit schwierigen Fragen, Einwänden, Schweigen und Vielrednern	199
XV.1	Schwierige Fragen	199



XV.2	Einwände	199
XV.3	Schweigen	200
XV.4	Vielredner	201
XVI	Einbeziehung der Väter	203
XVII	Existenzgründung	205
XVII.1	Finanzamt	205
XVII.2	Berufshaftpflichtversicherung	206
XVII.3	Rentenversicherung	206
XVII.4	Kranken- und Pflegeversicherung	207
XVIII	Werbung, Öffentlichkeitsarbeit, Finanzierung	209
XVIII.1	Elterntaining in Institutionen	209
XVIII.2	Elterntaining in freier Praxis	209
XVIII.3	Private Finanzierung	211
XVIII.4	Bezuschussung durch die Krankenkasse	211
XVIII.5	Staatliche Finanzierungsmöglichkeiten	212
XVIII.6	Einen Anfang finden	215
XIX	Literatur	217

LESEPROBE



I VORWORT

Das „Elterntaining bei ADS/ADHS“ wurde im Jahr 2002 von der Erziehungswissenschaftlerin Christine Falk-Frühbrodt konzipiert und wird seither fortlaufend weiterentwickelt. Das Konzept basiert auf verhaltens-, gesprächstherapeutischen und lösungsorientierten Ansätzen. Damit unterscheidet es sich von anderen Elterntainings, die entweder verhaltenstherapeutisch oder gesprächstherapeutisch ausgerichtet sind. Die Eltern 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 stärken die Zuversicht der Eltern und den Glauben daran, Lösungen herbeiführen zu können.

Dieser Fernlehrgang ist das Ergebnis unserer Erfahrungen mit Elterntainings bei ADS/ADHS und 42 Präsenzfortbildungen „Elterntainer/in bei ADS/ADHS“. Wir freuen uns, dass nunmehr eine zeitlich und räumlich flexible Qualifizierung zur Leitung von Elterntainings nach dem Konzept des IFLW möglich ist. Unser Ziel ist die Schaffung eines flächendeckenden Angebots für Familien, in denen das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit und ohne Hyperaktivität ein Thema ist. Vielen Dank, dass Sie daran mitwirken möchten! Mögen Sie vielen Eltern helfen, zu einem entspannteren Umgang mit diesen ganz besonderen Kindern zu finden.

Christine Falk-Frühbrodt, M.A.

IFLW - Institut für integrative Lerntherapie und Weiterbildung

LESEPROBE



II WAS IST ADS/ADHS?

ADS steht für „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ oder „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“, das 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.

II.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 Weltgesundheitsorganisation) wird die Störung als einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bzw. als hyperkinetische Störung bezeichnet. Beide Diagnosesysteme stimmen inhaltlich weitgehend überein.

II.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



II.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.

II.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.

II.2 SYMPTOME IN EINZELNEN ENTWICKLUNGSABSCHNITTEN

Einige der folgenden Symptome treten in den einzelnen Entwicklungsabschnitten bei allen Kindern auf. Die meisten ADS-Kinder zeigen jedoch eine Vielzahl dieser Verhaltensweisen und das in besonders starker Ausprägung:

Säuglingsalter

- Unruhe
- ausdauerndes und schrilles Schreien
- Reizbarkeit, Quengeligkeit
- kein Schmusebedürfnis

Kleinkindalter

- ausgeprägte Trotzphase mit exzessiven Wutanfällen
- kurze, destruktive Spielphasen
- Schlafstörungen
- gestörtes Essverhalten
- Entwicklungsverzögerungen (Sauberkeit, Sprache)



Kindergartenalter

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

Schulzeit

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

Pubertät

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



II.3 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 Kinder- und Jugendmedizin) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Gute erste Anlaufstellen sind die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), in denen 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 (Website der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin).

II.4 PROTEKTIVE FAKTOREN

Liegt bei einem Menschen eine Disposition für ADS/ADHS vor, so können u.a. diese Faktoren positiven Einfluss nehmen und vielleicht auch dafür sorgen, dass kein Therapiebedarf eintritt:

- hohe Intelligenz
- liebevolle Konsequenz („autoritativer Erziehungsstil“)
- Förderung individueller Interessen
- soziale Eingebundenheit (Schule, Gleichaltrige)
- günstige Lehrer-Kind-Interaktion
- „Coach“ im Umfeld des Kindes



- frühzeitige, längerfristige multimodale Therapie

II.5 VERSTÄRKENDE RISIKOFAKTOREN

Die nachfolgenden Faktoren können aus einer Disposition für ADS/ADHS eine Störung mit Krankheitswert machen:

- niedrige Intelligenz
- familiäre Instabilität
- inkonsistenter, vorwiegend strafender Erziehungsstil
- keine Förderung individueller Interessen (z.B. Hobbys)
- nicht vorhandener oder instabiler Freundeskreis
- Elternteil mit ADS/ADHS
- niedriger sozioökonomischer Status
- viel TV/PC
- wenig Bewegung
- ungünstige Lehrer-Kind-Interaktion
- keine frühzeitige, längerfristige multimodale Therapie



II.6 POSITIVE EIGENSCHAFTEN VON KINDERN MIT ADS/ADHS

Menschen mit ADS/ADHS verfügen über eine Reihe positiver Eigenschaften, die in unserer Gesellschaft 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 bzw. Kulturen mit mehr Toleranz begegnet wird. Eine der Autorin persönlich bekannte Familie zog 2002 von Deutschland nach Italien. Seither hat es keine Klagen mehr aus der Schule gegeben. Die motorische Unruhe der Söhne scheint 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 die Teilnehmer/innen eines Elterntrainings wieder 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 Gerechtigkeitssinn
- Interesse und Begeisterungsfähigkeit für Neues und Interessantes
- gute Beobachtungsgabe
- guter Orientierungssinn
- zäh im positiven Sinne, Stehaufmännchen
- Eigensinn, starker Wille

II.7 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 Beschäftigen 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 im-



mer 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.

Kinder mit ADS/ADHS können in einem sozialen Gruppentraining Kooperations-, Konfliktlöse- und Kommunikationsfertigkeiten sowie das Einhalten von Spielregeln erlernen und üben.