IFLW
Institut für integrative Lerntherapie
und Weiterbildung

FERNLEHRGANG
ELTERNBERATUNG BEI ADS/ADHS

CHRISTINE FALK-FRÜHBRODT, M.A.

LESEPROBE

© IFLW – Institut für integrative Lerntherapie und Weiterbildung GmbH
Zehlendorfer Damm 104a • 14532 Kleinmachnow
buero@iflw.de • www.iflw.de

LESEPROBE

„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

IFLW
Institut für integrative Lerntherapie
und Weiterbildung

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 104a
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

LESEPROBE

IFLW
Institut für integrative Lerntherapie
und Weiterbildung

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort *8*

I Was ist ADS/ADHS? *10*

I.1 Diagnostische Kriterien 10
I.1.1 Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-IV 10
I.1.2 Subtypen nach DSM-IV 13
I.1.3 Subtypen nach ICD-10 13
I.2 Positive Eigenschaften von Kindern mit ADS/ADHS 13
I.3 Symptome in einzelnen Entwicklungsabschnitten 15
I.3.1 Säuglingsalter 15
I.3.2 Kleinkindalter 16
I.3.3 Kindergartenalter 16
I.3.4 Schulzeit 16
I.3.5 Pubertät 17
I.4 Wer diagnostiziert ADS/ADHS? 17

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, niedrigschwelligen 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-

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL
LESEPROBE

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“ im Anschluss an diesen Kurs.

Christine Falk-Frühbrodt, M.A.
IFLW - Institut für integrative Lerntherapie und Weiterbildung

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

I WAS IST ADS/ADHS?

ADS steht für „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ oder „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“. Das in den Klassifikationsschemata DSM-IV 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-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Ausgabe 4, herausgegeben von der American Psychiatric Association) findet sich der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung“. Im 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-IV

1. Entweder Punkt a) oder Punkt b) müssen zutreffen:

   a) Mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

LESEPROBE
URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

Unaufmerksamkeit

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler.
- Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.
- Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Arbeiten nicht beenden.
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
- Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern.
- Verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden.
- Lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken.
- Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

b) Mindestens sechs der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

Hyperaktivität

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht in Situationen, in denen Sitzen erwartet wird, häufig auf.
- Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in unpassenden Situationen.
- Hat häufig Schwierigkeiten, sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals wie „getrieben“.
- Redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

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

2. Einige Symptome treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.
3. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Lebensbereichen.
4. Es liegen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vor.

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

5. Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

I.1.2 Subtypen nach DSM-IV

- Mischtypus, wenn die Kriterien 1a) und 1b) erfüllt sind.
- vorwiegend unaufmerksamer Typus, wenn Kriterium 1a), nicht aber Kriterium 1b) erfüllt ist.
- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus, wenn Kriterium 1b), nicht aber Kriterium 1a) erfüllt ist.

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

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

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

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL
LESEPROBE

- Gutmütigkeit, nicht nachtragend
- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn
- 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 eine Vielzahl dieser Verhaltensweisen und das in besonders starker Ausprägung:

I.3.1 Säuglingsalter

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

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

- 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

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

- 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 Sozialpädiatrisches 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

LESEPROBE

URHEBERRECHTLICH GESCHÜTZTES MATERIAL

LESEPROBE