

9 ADHD und Elternarbeit

Christian Göhre, Anja Lohrmann-Haase und Janet Dollek

9.1 Einleitung

In den Leitlinien der wissenschaftlichen, medizinischen Fachgesellschaften (2007) ist die Elternarbeit bei der Behandlung einer ADHS (siehe auch unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-019.htm>) ein integraler Bestandteil des multimodalen Therapieansatzes. In der Regel kann die multimodale Therapie ambulant durchgeführt werden, wobei ein mit dem Störungsbild vertrautes Team bzw. ein erfahrener Kinder- und Jugendpsychiater prädestiniert sind. Bei besonders schwer ausgeprägtem Störungsbild und insbesondere drohender Schulsuspendierung, bei ausgeprägten komorbiden Störungen, ineffektiver ambulanter Therapie und mangelnden Ressourcen im sozialen Umfeld ist eine stationäre Therapie indiziert. Im Vorschulalter stehen Interventionen in den Familien (Elterntraining, Familientherapie) sowie betreuenden Einrichtungen im Vordergrund, da bei medikamentösen Interventionen Zurückhaltung geboten scheint und kognitive Therapien altersbedingt kaum durchführbar sind. Die multimodale Therapie kann sich aus folgenden Interventionen wie

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des betroffenen Kindes und der Erzieher/Lehrer,
- Elterntraining,
- Familientherapie,
- kognitiver Verhaltenstherapie,
- Selbstinstruktions- und Selbstmanagementtechniken und
- der Pharmakotherapie einschließlich weniger evidenzbasierter Alternativtherapien im Einzelfall

zusammensetzen (Döpfner et al. 2007).

Besonders im präventiven sowie im Vorschulbereich, aber auch in allen anderen Altersabschnitten nimmt die Elternarbeit als eine Form der komplex-therapeutischen Arbeit einen bedeutenden Stellenwert ein. Es werden unspezifische Programme sowie spezifische Elternprogramme, die sich mit der ADHS-Problematik speziell auseinandersetzen, unterschieden. Elternprogramme besitzen einen starken psychoedukativen Fokus. Im Schwerpunkt werden die Grundprinzipien von Verhaltensmodifikationen vermittelt und das Ziel der Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung angestrebt.

Der erste Teil des Artikels beschäftigt sich mit Elternprogrammen, die uns in unserer klinischen Tätigkeit als Arbeitsgrundlage hierfür unterstützten. Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der zweite Teil beschreibt die Elternarbeit bei ADS/ADHS in unserer Tagesklinik.

9.2 Überblick über aktuelle Verfahren und Programme

Alle modernen behavioralen Elterntrainings gehen auf Patterson zurück. Patterson war der Erste, der in den 70er Jahren wirksame Methoden der Verhaltenstherapien in einem Kurs für Eltern zusammenstellte (Patterson 1975, 1976, 1982, Patterson & Forgatch 1987).

Barkley (1990, 1992) entwickelte ein zehnstufiges Elterntraining „Defiant children“ sowie zusammen mit Edwards & Robin (1999) ein Elterntrainingsprogramm für Jugendliche „Defiant Teens“, welches ein 18-Stufenprogramm darstellt. Die Programme implizieren einerseits, den Eltern Fertigkeiten im schwierigen Umgang mit Kindern und Jugendlichen beizubringen und andererseits generelle neue familiäre Möglichkeiten des Zusammenlebens zu entwickeln. Das Programm für Jugendliche lehnt sich an das Kinderprogramm in den Schritten 1–9 an. Den Schritten 10–18 sind familientherapeutische Interventionen vorbehalten. Diese beiden Programme wurden auch speziell für die Störungsbilder ADHS und Störungen des Sozialverhaltens weiterentwickelt.

Robin (1979, 1989) kombinierte außerdem behaviorale Trainings mit familientherapeutischen Ansätzen.

Sein „Problem Solving Communication Training“ wurde ebenfalls für ADS und ADHS-Patienten abgewandelt, wobei ROBIN eher in seinen Grundlagen von einem biopsychosozialen Ansatz ausgeht und das Störungsbild nicht als generellen Ausdruck familienstruktureller Störungen sieht.

STEP (Systematic Training for Effective Parenting) wurde Ende der 90er Jahre in den USA durch Dinkmeyer, Mc Kay & Dinkmeyer (1997) entwickelt und publiziert. Die psychologische Grundorientierung basiert auf den individualpsychologischen Hypothesen von A. Adler.

Die STEP-Methode beschäftigt sich mit Grenzsetzungen. Ziel ist es, den Kindern die Sicherheit zu geben, die sie brauchen, um ihre Grenzen auszu- testen und die Konsequenzen ihrer eigenen Entscheidungen zu erfahren. Ebenso werden in diesem Programm vermittelt, wie man die familiären Kommunikationsstrukturen verbessert, Selbstdisziplin einübt, neue Perspektiven innerhalb der Familie erkennt, aber auch eigene Fehler eingesteht.

Als Materialien stehen unter anderem drei in die deutsche Sprache übersetzte Elternbücher (Dinkmeyer et al. 2006, 2007) zur Verfügung. Das Programm wurde ebenfalls wissenschaftlich evaluiert (Marzinik, Kluwe & Schäfer 2007, Marzinik & Kluwe 2007). Eine Übersicht über Inhalte, Literatur und Kursangebote findet sich unter: <http://www.instep-online.de>

Eines der bekanntesten Elternprogramme, das Triple P-Programm (Positive Parenting Programm, Sanders 2003, Hahlweg 2001), ist ein auf klinisch-psychologischer Grundlage aufbauendes Erziehungsprogramm. Es wurde von Matt Sanders und seiner Arbeitsgruppe an der University of Queensland in den 80er Jahren entwickelt, um Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu helfen.

Das Ziel des Programms ist es, dass Eltern ihre Kompetenzen im Erziehungsverhalten erhöhen und damit neue Bewältigungsstrategien im Umgang mit Verhaltensproblemen erlernen. Umfangreiche Informationen, Bücher und Materialien erhält man unter: <http://www.triplep.de>.

Das Rendsburger Elterntraining (Egert-Rosenthal 2006 siehe auch <http://www.elterntraining.com>), welches auch in Deutschland weit verbreitet eingesetzt wird, besteht grundsätzlich aus vier Teilen. Im ersten Teil wird den Eltern vermittelt, dass, wenn Schwierigkeiten auftreten, sich nicht nur das Kind, sondern auch Eltern verändern müssen. Im zweiten Teil werden nach der Exploration der üblichen Verhaltensweisen in der Eltern-Kind-Interaktion alternative Möglichkeiten besprochen und diese durch Rollenspiele eingeübt und vertieft. Im dritten Teil geht es um Analysen und Verbesserungen der Kommunikationsziele. Der vierte Teil beschäftigt sich dann mit verhaltens-theoretischen Elementen und daraus resultierenden praktischen Übungen.

Auch das Elternprogramm „Starke Eltern – Starke Kinder“ (Honkanen-Schoberth 2007) basiert auf familientherapeutischen sowie kommunikationstheoretischen Konzeptionen, wobei hier eher eine anleitende Erziehung mit einer Bildung der gemeinsamen Verantwortungsübernahme hinsichtlich der Erziehungsfunktionen vorgenommen wird. Auch dieses Programm basiert auf einer Theorievermittlung, einem Selbsterfahrungs- und einem übenden Teil. Informationen zum Programm „Starke Eltern – Starke Kinder“ findet man unter: <http://www.eltern-stark-machen.de>.

Innerhalb des multisystemischen Ansatzes (Asen 1992) ist das Problemverhalten in ein bedingendes System eingebettet, wobei abweichende Verhaltensweisen durch Veränderungen am System modifiziert werden können. Die Systemische Theorie geht davon aus, dass sich einzelne Menschen und ihre sozialen Umwelten wie Familie, Schule und Arbeitsplatz in ihrem Verhalten gegenseitig beeinflussen. Systemische Interventionen und Therapien werden im Gesundheitswesen vor allem in der Systemischen Familienpsychotherapie und Familienmedizin sowie in der Psychiatrie erfolgreich angewandt.

Gearbeitet wird mit mehreren Familien und Therapeuten, um Beziehungen zwischen Eltern und Kindern positiv zu verändern und Eltern mittels positiver Koalitionsbildungen untereinander zu stärken. Asen berichtet, dass vier bis acht Familien über zwölf Wochen an einem Problem mit zwei Familientherapeuten arbeiten, die im Laufe der Therapie immer mehr in den Hintergrund

treten. Dabei handelt es sich um ein alle verbindendes Thema, wie zum Beispiel Gewalt in der Familie. „Mit der Moderation der Therapeuten, aber vor allem durch gegenseitige Beobachtung, Rückmeldungen, Ermutigungen und Vorschläge therapieren sich die Familien schließlich quasi gegenseitig“.

Der therapeutische Effekt im Vergleich zu einer „Einfamilientherapie“ werde dadurch verstärkt, dass die Beteiligten aus ihrer sozialen Isolation herauskämen, am Modell der anderen lernen könnten und zunehmend Vertrauen in die eigenen Selbstheilungskräfte bekämen. Die Familientherapeuten treten mehr und mehr in den Hintergrund.

Dieser systemische Ansatz hat sich effektiv bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen, stoffgebundenen Suchterkrankungen, Straffälligen erwiesen.

Das Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES) richtet sich an Eltern von sozial auffälligen Kindern im Alter von 5–11 Jahren (Lauth und Heubeck 2006). Es wurde für die Eltern konzipiert, deren Kinder an einer hyperkinetischen Störung, oppositionellem Trotzverhalten oder einer Störung des Sozialverhaltens leiden. Es beruht auf einem biopsychosozialen Störungsmodell, einem Stressmodell und den daraus mangelnden Ressourcen der Eltern sowie der Anpassungsleistung des Kindes. Auch hier sollen die Eltern in 6 Einheiten und einer Auffrischungssitzung lernen z. B. klare Regeln und Forderungen aufzustellen, schwierige Erziehungssituationen zu meistern, positives Verhalten der Kinder zu stärken und negative Eltern – Kind – Beziehungen aufzuheben.

Das Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP – Plück et al. 2006) fand seinen Ausgangspunkt im THOP Programm (Döpfner et al. 2002). Dabei wurden die Grundprinzipien des THOP Programms beibehalten und speziell für die expansive Verhaltensproblematik für Kinder von 3–6 Jahren im Kindergarten sowie in der Familie modifiziert, wobei noch nicht die Indikation für eine klinische Diagnose erfüllt sein muss. Mit einem Erweiterungsmodul ist das Elternprogramm auch für Grundschüler bis zu 10 Jahren einsetzbar. Das Programm ist modular aufgebaut, wird vorrangig als Gruppenprogramm eingesetzt und schließt eine Lücke zwischen Selbsthilfe und Therapie. Derzeitig befindet sich eine Informationsseite im Internet im Aufbau: <http://www.pep-programm.de>.

Zu den spezifischen evaluierten Programmen in Deutschland zählt das Therapieprogramm THOP (Döpfner u. a. 2002). Dieses verhaltenstherapeutische Interventionsprogramm richtet sich an Kinder, deren Familien in Vorschuleinrichtungen bzw. den Schulen. Das Programm wird alleinig oder in Kombination mit einer medikamentösen Therapie durchgeführt. Das Eltern-Kind-Programm besteht aus 21 Behandlungsbausteinen, die in sechs Themenkomplexen gruppiert sind. Innerhalb dieses Programms sind kindzentrierte sowie familienzentrierte Interventionen miteinander kombiniert. Zum Programm wurde ebenfalls ein Elternbuch „Wackelpeter und Trotzkopf“ (Döpfner u. a. 2000) als Ergänzung veröffentlicht. Die 21 Behandlungsbausteine des Programms umfassen 6 Themen:

1. Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung
2. Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen
3. Pädagogisch therapeutische Interventionen zur Vermeidung von impulsivem und oppositionellem Verhalten
4. Spezielle operante Methoden
5. Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen
6. Stabilisierung der Effekte

Ein weiteres Trainingsprogramm für ADS/ADHS-Kinder wird in Würzburg von Born und Oehler vermittelt. Auch dieses Programm ist ein Gruppentrainingsprogramm, welches versucht, Eltern zum Coach ihrer gestörten Kinder zu machen. Das Programm besteht aus 13 Sitzungen, wobei übergreifend hilfreiche Maßnahmen und Strategien hinsichtlich des Umganges der Eltern mit ihren Kindern vorgestellt und in vielen praktischen Übungen eingeübt werden. Dabei ist es den Trainern wichtig, die Einstellung und Beziehung zum Kind mit einer ADS-Störung zu verbessern und eine Verhaltensänderung beim Kind, aber auch innerhalb des Elternsystems anzustreben. Ein weiterer Schwerpunkt bei diesem Programm ist die Verbesserung des schulischen Lernens und damit eine Verminderung von Leistungsproblemen der Kinder und Jugendlichen (Born und Oehler 2005). Informationen zu den Schulungsangeboten findet man unter: <http://www.kjp-fortbildungsinstitut.de>.

Aust-Claus und Hammer (2003) entwickelten ein ADS-Elterntraining nach dem „Opti Mind-Konzept“. Es handelt sich um ein spezifisches Programm, welches aus vier Bausteinen besteht, die wie folgt definiert sind:

1. ADS und seine Besonderheiten
2. Erziehung und Begleitung eines ADS-Kindes, eine tägliche Herausforderung! (Eltern als Coach, Erziehungsstrategien, Hausaufgaben, Lernsituationen)
3. Medikamente und ADS
4. Stressmanagement für ADS-Eltern, die Balance zwischen Muss und Muße

Einen besonderen Wert legen die Entwickler bei ihrem Programm auf die Ressourcenstärkung der hochbelasteten Eltern. Weitere Informationen erhält man unter: <http://www.opti-mind.de>.

9.3 Eigene Erfahrungen

In unserer Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie besitzen wir 36 Behandlungsplätze. Wir diagnostizieren und therapieren in drei Altersstufen.

- A Vorschulbereich 1–6 Jahre
- B Schulbereich 6–13 Jahre
- C Jugendbereich für 10–18 Jahre

Bei einer Patientenversorgung von 160 bis 180 Patienten im Jahr wird die Diagnose ADS – ADHS (ICD-10: F 90.0, F 90.1, F98.8) in ca. 36 % der Fälle durch uns gestellt. In Anlehnung an den multimodalen Therapieansatz bei ADS und ADHS werden in unserer Klinik verschiedene Formen der Elternarbeit durchgeführt:

- Elternberatung
- Patientenzentrierte Elterntherapie
- Familientherapie
- Hospitationstage für Eltern
- Aufsuchende Arbeit in der Familie
- Offene Elternabende
- Störungsspezifische Elternabende

Hinsichtlich des Störungsbildes ADS/ADHS führen wir spezifische offene Elterngruppen durch. Um eine Kontinuität der Teilnahme zu gewährleisten, werden diese Elterngruppen als Abendveranstaltungen durchgeführt. Vorrangig kombinieren wir Bausteine aus dem THOP-Programm sowie aus dem Opti Mind-Konzept. Die Elterngruppen werden durch zwei Trainerinnen durchgeführt, welche eine systemische Ausbildung haben und gleichzeitig in verschiedenen Elterntrainingsprogrammen geschult sind. Die Laufzeit unserer Elterntrainings beträgt sechs Monate, wobei die Durchführungsfrequenz zwischen zwei bis vier Mal wöchentlich mit einer Dauer zwischen drei und zwei Stunden besteht.

Folgende übergreifende Ziele sollen dabei vermittelt werden:

- Kenntnisse über die Symptomatik
- Verstehen und Akzeptieren von Besonderheiten
- Wahrnehmung individueller Stärken, Ausblenden von defizitorientiertem Denken, effektive Entwicklungsunterstützung und Umsetzung im Alltag
- Vermeidung ungünstiger Bedingungen und Auslöser für Eskalationen
- Akzeptanz der Problematik
- Schaffung verbesserter Kommunikationsstrukturen
- Steigerung der Lebensqualität von Eltern und Kind
- Schaffen längerfristiger Veränderungen
- Entlastung der Teilnehmer in der Gruppe durch die Gruppe
- Modell des voneinander Lernens zur Eigenstärkung
- Verbesserung der Handlungskompetenzen

Die spezifischen Ziele unserer Gruppenarbeit hinsichtlich der ADS/ADHS-Symptomatik wurden durch uns wie folgt definiert:

1. Durchsetzung von Aufforderungen und Regeln – Verstärkerpläne
2. Durchsetzung von Aufforderungen und Regeln – Grenzen und Konsequenzen setzen
3. Problematisches Verhalten in der Öffentlichkeit
4. Das Kind von der positiven Seite betrachten

5. Wenn neue Probleme auftauchen
6. Spaß- und Spielzeit
7. Dem Kind Aufmerksamkeit schenken, wenn es bei einer Beschäftigung nicht gestört hat
8. Stressmanagement für ADS-Eltern
9. Erziehung von ADS-Kindern – Instruktionen, Regeln, Rituale
10. Familienregeln
11. Medikamentöse Therapie

Hierbei ist zu betonen, dass der 11. Punkt durch unser Team als besonders wichtig erachtet wird, da in unserer Klinik die komplex gestörten ADS-/ADHS-Kinder zu 80 % medikamentös unterstützt werden und dass neben dem Umgang mit pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen auch die Psychopharmakologie neben dem ausführlichen Aufklärungsgespräch durch den Arzt im Elterntrainingsprogramm noch einmal vertieft werden sollte. Dieses wird ausschließlich von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführt.

Zur Überprüfung der Effektivität der von uns durchgeführten Trainingsgruppen mit Eltern von ADHS-Kindern und Jugendlichen setzen wir ein durch uns entwickeltes Evaluationsverfahren ein.

Dieses besteht aus einem Kurzevaluationsbogen (quantitative Aspekte) sowie einem Reflektions- und Auswertungsbogen zur Elternarbeit (qualitative Aspekte).

Für diesen Artikel wurden die Elternabende des Jahres 2006 ausgewertet, an denen 18 Eltern ($n = 32$) kontinuierlich teilgenommen haben.

Der Kurzevaluationsbogen ist in der Abbildung 10 dargestellt.

Die Bewertung der einzelnen Punkte im Bogen erfolgte auf einer an Schulzensuren angelehnten Skala von 1 bis 5, wobei 1 und 2 als völlig zutreffend gelten, 3 ein Mittelwert darstellt und 4 und 5 als nicht zutreffend gelten.

Die Auswertung des 1. Punktes im Kurzevaluationsbogen „Der Elternabend hat mir gut gefallen.“ ist in Abbildung 11 graphisch dargestellt.

Es ist deutlich ersichtlich, dass die Eltern unsere Programme gut annahmen und nur 4,3 % sich nicht mit dieser Form der Unterstützung identifizieren konnten.

Die Ergebnisse des 2. Punktes „Den Umgang miteinander fand ich angenehm. Ich/Wir konnten offen über Probleme reden.“ sind in Abbildung 12 zu sehen.

Die vorwiegend positiven Bewertungen machen deutlich, dass Eltern untereinander Solidarität erfuhren und somit neben den professionellen Unterstützungen in einem multisystemischen Ansatz auch unsere Eltern immer die „Therapeuten/Coach“ Funktionen für ihre Kinder übernahmen.

Die Abbildung 13 stellt den Punkt 3 „Zu den Themen habe ich viel gelernt.“ des Kurzevaluationsbogens dar.

In unserer Klinik besitzen wir derzeit nur die Kapazität, offene Elterngruppen durchzuführen. Die Bewertungen spiegelten den unterschiedlichen Wis-

senstand der Eltern über das Störungsbild wieder. Der Nachteil von offenen Gruppen besteht in häufigen Wiederholungen von „Anfängerthematiken“ und dem damit verbundenen Desinteresse von Eltern, die mehr Erfahrung besitzen.

Kurzevaluation					
Datum _____					
	trifft völlig zu			trifft gar nicht zu	
1. Der Elternabend hat mir gut gefallen.	1	2	3	4	5
2. Den Umgang miteinander fand ich angenehm. Ich/wir konnte/n offen über Probleme reden.	1	2	3	4	5
3. Zu den Themen habe ich viel gelernt.	1	2	3	4	5
Besonders wichtig war für mich (Name des Themas):					

4. Die Inhalte des Elternabends kann ich in der Häuslichkeit gut gebrauchen. Die Angebote waren hilfreich.	1	2	3	4	5
5. Mit den Unterlagen bin ich zufrieden.	1	2	3	4	5
6. Die Inhalte wurden gut vermittelt.	1	2	3	4	5
7. Die Atmosphäre mit mehreren Eltern gemeinsam, Probleme und Themen zu besprechen, fand ich angenehm.	1	2	3	4	5
8. Das Betreuerteam fand ich gut.	1	2	3	4	5
9. Außerdem möchte ich noch sagen:					

Abb. 10 Kurzevaluationsbogen

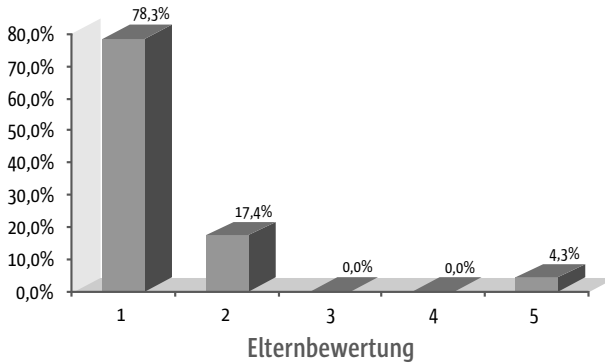


Abb. 11 „Der Elternabend hat mir gut gefallen.“

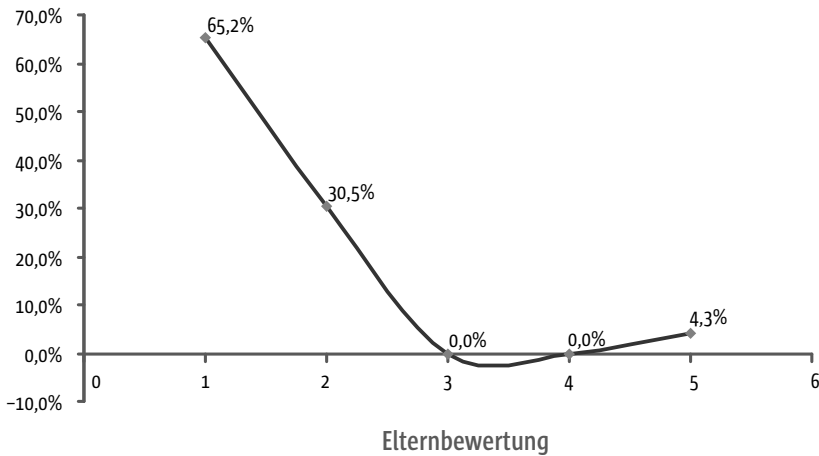


Abb. 12 „Den Umgang miteinander fand ich angenehm. Ich/Wir konnten offen über Probleme reden.“

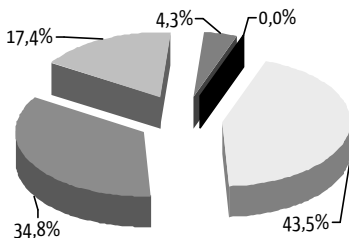


Abb. 13 „Zu den Themen habe ich viel gelernt.“

Der Punkt 4 „Die Inhalte des Elternabends kann ich in der Häuslichkeit gut gebrauchen. Die Angebote waren hilfreich.“ wird in Abbildung 14 graphisch dargestellt.

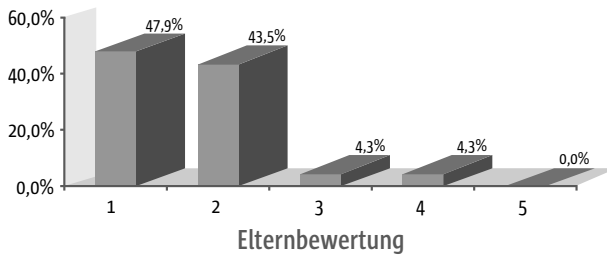


Abb. 14 „Die Inhalte des Elternabends kann ich in der Häuslichkeit gut gebrauchen. Die Angebote waren hilfreich.“

Neben der präventiven und therapeutischen Elternarbeit in der Klinik spielte der Transfer des neuen Wissens und der neuen Erfahrungen für unsere Eltern in die Häuslichkeit eine sehr wichtige Rolle.

Die Auswertung des 5. Punktes „Mit den Unterlagen bin ich zufrieden.“ erfolgt in Abbildung 15.

Hierbei wurde für die Trainer deutlich, dass nicht nur das Programm in der Klinik hilfreich ist, sondern dass die Eltern für ihren Alltagstransfer ebenfalls hilfreiche Materialien für sich nutzten.

Abbildung 16 stellt den Punkt 6 „Die Inhalte wurden gut vermittelt.“ des Kurzevaluationsbogens graphisch dar.

Innerhalb dieses Fragebogens war es für die Trainerinnen sehr wichtig, eine Rückmeldung über ihre Arbeit zu erfahren. Die fast ausschließlich positiven Bewertungen spiegelten die Arbeitsbeziehungen zwischen Trainerinnen und Eltern wieder.

Die Ergebnisse des 7. Punktes „Die Atmosphäre mit mehreren Eltern gemeinsam, Probleme und Themen zu besprechen, fand ich angenehm.“ werden in Abbildung 17 graphisch aufgezeigt.

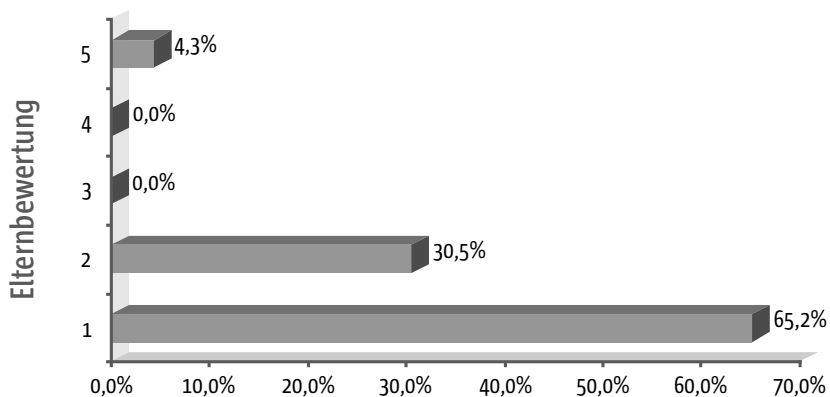


Abb. 15 „Mit den Unterlagen bin ich zufrieden.“

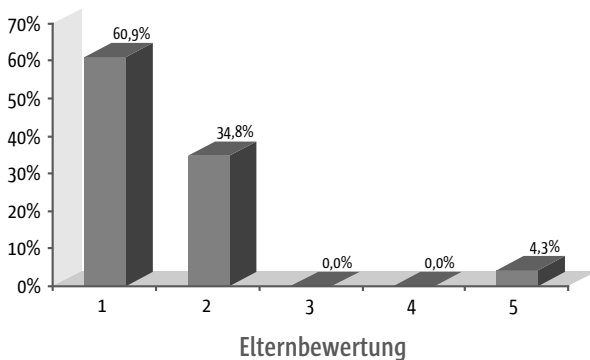


Abb. 16 „Die Inhalte wurden gut vermittelt.“

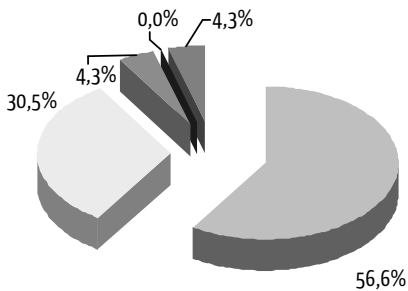


Abb. 17 „Die Atmosphäre mit mehreren Eltern gemeinsam, Probleme und Themen zu besprechen, fand ich angenehm.“

Ähnlich wie die Ergebnisse in der Abbildung drei wurde es deutlich, dass der Gruppenarbeitscharakter die Eltern untereinander stärkte und sie sich nicht mehr so isoliert fühlten.

Des Weiteren sollten die Eltern auf den Kurzevaluationsbogen notieren, was besonders wichtig für sie war. Die Auswertung ergab, dass 17,4 % alle Themen gut fanden, 13 % entschieden sich für das Thema des Punkteplans/Verstärkerplans, 13 % empfanden das Thema der Stressbewältigung als wichtig, 17,4 % benannten das Thema „Durchsetzung von Aufforderungen und Regeln – Grenzen und Konsequenzen setzen.“ und 8,7 % wählten das Thema „Betrachten Sie Ihr Kind von der positiven Seite.“ als wichtig.

30,5 % enthielten sich bei der Beantwortung dieses Punktes.

In Punkt neun hatten die Eltern die Möglichkeit, noch andere Aspekte zu erwähnen. Der größte Teil der Eltern schrieb hier, wörtlich zitiert: „Weiter so.“ Weitere Aussagen sind zum Beispiel: „Ich bin sehr froh, dass es die Möglichkeit gibt, mit Anderen über diese Situation zu reden.“ oder „Das ich viel gelernt habe und motiviert nach Hause gehen kann.“

Da es sich im Reflexions- und Auswertungsbogen zur Elternarbeit (s. Abb. 18) um einen qualitativen Auswertungsbogen handelt, werden nur einzelne Teile davon prozentual abgebildet (s. Abb. 19).

Die weitere Auswertung erfolgt durch wörtliche Zitate oder sinngemäßen Wiedergaben der Eltern. Dies spiegelt gleichzeitig die Gedanken, Gefühle und Empfindungen der Eltern wieder, die an unseren Kursen teilnahmen.

Reflexions- und Auswertungsbogen zur Elternarbeit

Bei der Elternarbeit ist es wichtig und notwendig, von Zeit zu Zeit die Zusammenarbeit zu überdenken. Dieser Fragebogen soll Ihnen diese Reflexion bzw. Auswertung erleichtern.

1. Entsprechen die Aktivitäten Ihren Bedürfnissen und Wünschen?

2. Konnten Sie an Angeboten der Elternarbeit mitwirken und mitbestimmen?

3. Welche Formen der Elternarbeit bevorzugten Sie? Gruppen oder Einzelkontakte?

4. Wie verlief meine Zusammenarbeit mit dem Anleiter?

5. Was förderte und was hemmte die Zusammenarbeit Ihrer Meinung nach?

6. Inwieweit konnte/n ich/wir Eltern bei Problemen unterstützen?

Abb. 18 Reflexions- und Auswertungsbogen zur Elternarbeit

Die Frage eins „Entsprechen die Aktivitäten Ihren Bedürfnissen und Wünschen?“ des Auswertungsbogens beantworteten alle Teilnehmer mit „Ja“.

Folgende Antworten bzw. Begründungen wurden von den Eltern dazu abgegeben:

- „... gut ausgewählte Themen.“
- „... sie haben mir sehr geholfen.“
- „... da sie mir zu Hause im Umgang mit meinem Kind helfen.“
- „... da ich durch viele Tipps einiges anders machen kann.“
- „Ich habe erstmal gelernt, was alles wichtig ist und mit welchem Aufwand eine enorme Wirkung erzielt werden kann.“
- „Wird sich hier viel Mühe gegeben.“

Bei Frage zwei „Konnten Sie an Angeboten der Elternarbeit mitwirken und mitbestimmen?“ antworteten 83,3 % der Teilnehmer mit „Ja“ und erwähnten, dass sie bei der Auswahl der Themen teilnehmen bzw. miteinbezogen wurden und auch Anregungen geben konnten. 5,6 % konnten diese Frage noch nicht beantworten. 11,1 % enthielten sich bei der Beantwortung dieser Frage.

Die Abbildung 19 stellt die Frage drei „Welche Formen der Elternarbeit bevorzugten Sie? Gruppen- oder Einzelkontakte?“ graphisch dar.

Die Mehrheit mit 50 % der Teilnehmer bevorzugte bei der Beantwortung der Frage beide Arten von Kontakten, das heißt sowohl Gruppenkontakte als auch Einzelkontakte. Damit zeigten uns die Eltern die Wichtigkeit unserer angebotenen multiprofessionellen familiären Interventionen.

33,3 % der Teilnehmer bevorzugten die Gruppenkontakte und gaben als Begründung folgende Antworten:

- „... da Austausch untereinander gut, Tipps und Hinweise.“
- „... da man sich mit anderen Eltern austauschen kann.“
- „... In der Gruppe kommt man mit Eltern zusammen, die das gleiche Problem zu bewältigen haben. Das tut gut darüber zu reden.“
- „... der Lerneffekt in und durch die Gruppe ist im Augenblick größer.“
- „... Interessant zu wissen, dass es anderen Eltern auch so geht und dadurch Lösungen für einen selber für ähnliche Situationen zu bekommen.“
- „... schön, dass man sich nicht alleine fühlt, anderen geht es auch so.“

11,1 % der Teilnehmer favorisierten den Einzelkontakt. Folgende Begründungen wurden von ihnen benannt:

- „... Einzel bei bestimmten Themen, was speziell ist und nicht für die Gruppe ist.“
- „... hauptsächlich mein Problem wird besprochen.“
- „... Einzelgespräche bestärken uns, dass wir nicht an allem schuld sind.“

Die Teilnehmer des Elternabends beantworteten die Frage vier „Wie verlief meine Zusammenarbeit mit dem Anleiter?“ mit 94,4 % zwischen „sehr gut“, „gut“ und „obersuperphänomenal“.

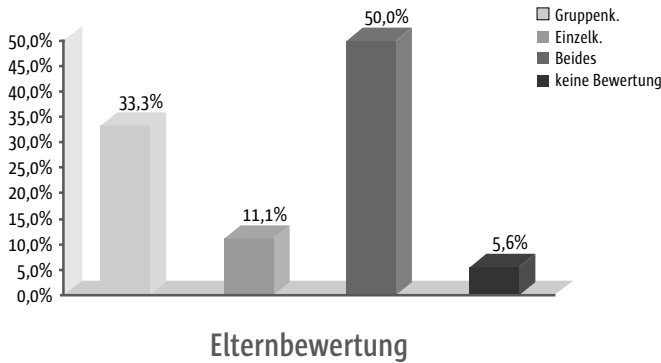


Abb. 19 „Welche Formen der Elternarbeit bevorzugten Sie? Gruppen- oder Einzelkontakte?“

Folgende Begründung wurde von ihnen dazu abgegeben:

- „... Fragen wurden gut erläutert.“
- „... lockere Atmosphäre.“
- „Sehr netter Kontakt. Es gibt hilfreiche Tipps und Anregungen.“
- „Die Zusammenarbeit mit dem Anleiter war sehr schön und verständnisvoll.“
- „... denn die Qualität des Elternabends wird auch durch die fachliche Kompetenz der „Moderatoren“ bestimmt. Sie machen ihre Arbeit gut.“
- „Konnte viel für zu Hause lernen, die Probleme konnten jederzeit angesprochen werden und es gab sofort eine Lösung. Man fühlt sich nicht allein gelassen bzw. als Außenseiter.“

5,6% enthielten sich bei Beantwortung bzw. Bewertung dieser Frage.

Bei Frage fünf „Was forderte und was hemmte die Zusammenarbeit Ihrer Meinung nach?“ gaben 55,5 % der Teilnehmer unterschiedliche Antworten zur Frage ab.

Beispielsweise:

- „Man wird besser mit den Problemen des Kindes konfrontiert.“
- „Fördern, die unterschiedlichen Situationen und wie andere damit umgehen.“
- „Ich nehme bisher nur Positives aus dem Elternabend mit nach Haus.“
- „Die Arbeit in der Gruppe wird dadurch gehemmt, das einige nicht frei sprechen, dadurch entgeht der Gruppe so mancher guter Beitrag bzw. Anregung.“
- „... hatte am letzten Elternabend das Gefühl, ich rede zu viel.“
- „Die lockere und ungezwungene Atmosphäre. Es gab nichts, was hemmte.“
- „Alle Teilnehmer haben die gleichen Probleme.“

38,9% gaben kein Urteil zu dieser Frage ab und 5,6% konnte diese Frage noch nicht beurteilen.

Die Frage sechs „Inwieweit konnte/n ich/wir Eltern bei Problemen unterstützen?“ beantworteten die Eltern unterschiedlich, wobei 72,2 % der teilnehmenden Eltern beispielsweise wie folgt antworteten:

- „Umgang mit ADHS verstehen und Anleitung, wie handeln und reagieren.“
- „Anleitungen und Hinweise zum Umgang mit meinem Kind und seinen Problemen.“
- „Mit unseren eigenen Erfahrungen, da andere Eltern in etwa die gleichen Probleme haben bzw. hatten.“
- „... ich kann nur von meinen Erfahrungen berichten, was jeder dem entnehmen will, bleibt ihm überlassen.“

22,2 % gaben keine Antworten und 5,6 % konnte diese Frage noch nicht beurteilen.

Die Elternarbeit innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie, speziell bei den Patienten mit einer ADS/ADHS-Störung ist ein integraler Bestandteil unseres multimodalen Therapiekonzeptes. Die Eltern, die an unserem Elternprogramm teilnahmen, empfanden dieses als sehr wichtig, waren interessiert und kritisch. Innerhalb der Arbeit erlernten Eltern das Arbeiten an sich selbst sowie die Veränderung der Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern. Durch den Schwerpunkt der Gruppenarbeit fühlten sich viele Eltern entlastet, erfuhren Verständnis, Anerkennung und Veränderungsvariablen durch andere Eltern und konnten so in einer niederschweligen Voraussetzung die Scheu vor therapeutischen Interventionen und Rollenspielen verlieren.

Insgesamt konnten wir feststellen, dass, je mehr die Eltern intensiv an den von uns angebotenen Elternprogrammen teilnahmen, umso mehr Wissen über Störungsspezifiken einer ADS/ADHS-Störung gewannen und so ihre Hilfen besser im Alltag umsetzen konnten. Ebenso konnten sie ihre Ressourcen innerhalb der Familie besser nutzen. Ein weiterer Bestandteil war, dass sich die Kompetenzen der Eltern hinsichtlich Erziehungsstrategien erhöhten. Die Eltern konnten zielgerichteter in die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Kinder und Jugendlichen positiv eingreifen, welches zu einer erhöhten Selbstständigkeit und Stärkung des Selbstbewusstseins ihrer Kinder führte. Durch die Reduktion von Stressoren in Familien konnte sich eine positivere Eltern-Kind-Beziehung entwickeln.

Durch die Vermittlung unterschiedlicher Theorien und der Einübung unterschiedlicher Veränderungsstrategien konnte jede Familie für sich selbst herausfinden, welche Methode für sie die Richtige ist. Intensive Vertiefungen der erlernten Methoden, erfolgten nachgeordnet im einzel- oder familientherapeutischen Setting.

Literatur

- Asen, E. (1992). Die Familientagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien. Forum Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2, 42–60.
- Aust-Claus, E., Hammer, P.-M. (2003). ADS. Eltern als Coach. 2. Auflage, Wiesbaden, OptiMind media Verlag.
- Barkley, R.A. (1990). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A clinical workbook. New York. Guilford Press.
- Barkley, R.A., Edwards, G.H., Robin, A.L. (1999). Defiant Teens. A Clinician's Manual for assessment and Family Intervention. New York. Guilford Press.
- Born A., Oehler, C. (2005). Lernen mit ADS-Kindern. Stuttgart, Kohlhammer.
- Dinkmeyer, D., McKay, G. D., & Dinkmeyer, D., Jr. (1997). The Parent = s Handbook. Systematic Training for Effective Parenting. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. Auflage.
- Dinkmeyer, D. Jr., Dinkmeyer, D. Sr., McKay D.G., Kühn T. (Hrsg.), Petcov R. (Hrsg.), Pliska L. (Hrsg.) (2007). Step – Das Elternbuch. Kinder ab 6 Jahre. 3. Auflage, Weinheim, Beltz.
- Dinkmeyer, D. Jr., Dinkmeyer J.S., Dinkmeyer, D. Sr., McKay D.G., McKay J.L., Kühn T. (Hrsg.), Petcov R. (Hrsg.) (2007). Step – Das Elternbuch. Die ersten 6 Jahre. 3. Auflage, Weinheim, Beltz.
- Dinkmeyer, D. Jr., Dinkmeyer, D. Sr., McKay D.G., Kühn T. (Hrsg.), Petcov R. (Hrsg.) (2007). Step – Das Elternbuch. Leben mit Teenagern. Weinheim, Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP. 3. Auflage, Weinheim, Beltz.
- Döpfner, M., Schürmann S., Lehmkuhl G. (2000). Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und trotzigem Verhalten. Weinheim, Beltz.
- Döpfner M, Lehmkuhl G, Schepker R, Fröhlich J. Hyperkinetische Störungen (F 90). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2007, 239–254.
- Egert-Rosenthal, S. (2006). Handbuch – Das Rendsburger Elterntraining. 7. Auflage.
- Hahlweg, K., Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen. Bevor das Kind in den Brunnen fällt. In Deutsch, W. & Wenglorz, M. (Hrsg.) (2001). Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Erkenntnisse über Entstehung, Therapie und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Honkanen-Schoberth, P. (2007). Starke Kinder brauchen starke Eltern. Der Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Freiburg, Urania.
- Lauth, G.W., Heubeck, B. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (KES). Göttingen, Hogrefe.
- Marzinik, K., Kluwe, S. (2007). Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse. Zur Wirksamkeit und Reichweite des Elterntrainings STEP. Prävention, 3, 79–82.
- Marzinik, K., Kluwe, S., Schäfer G. (2007). Evaluation des Elternprogramms STEP, Ergebnisse und Perspektiven für die kommunale Umsetzung. Dialog Erziehungshilfe, 2, 52–55.
- Patterson, G.R. (1976) Living with children: New methods for parents and teachers. Champagne, IL: Research Press.
- Patterson, G.R. (1982) A social learning approach to family intervention. Vol. 3 Coercive family process. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. & Forgatch, M.J. (1987). Parents and adolescents living together–Part 1: The basics. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R. & Conger, R.E. (1975). A social learning approach to family intervention. Vol. 1 Families with aggressive children.
- Plück, J., Wiczorrek, E., Wolff Metternich, T. Döpfner, M. (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Göttingen, Hogrefe.

- Robin, L.A. (1979). Problem-Solving Communication Training: An Approach to the Treatment of Parents-Adolescent Conflict. *American Journal of Family Therapy*, 7 (2), 69–82.
- Robin, L.A. & Foster, S.L. (1989). *Negotiating Parent-Adolescent Conflict, a Behavioral-Family System Approach*. New York. Guilford Press.
- Sanders, M.R., Cann, W., Markie-Dadds, C. (2003). The Triple P – Positive Parenting Programm An universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child abuse review*, 12, 155–171.
- Shelton, T.L. & Barkley R.A. (1992). The role of parent training groups in the treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In G. Weiss(Ed.). *conduct disorders in children and adolescents*, American Psychiatric Press., Washington DC 213–236.