

Ressourcenorientiertes Gruppentraining für Eltern von Kindern mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten

Marc Schmid und Claudia Puk

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird ein Konzept für eine ambulant durchgeführte Elterngruppe vorgestellt. Verhaltenstherapeutische Ansätze (z. B. Positive Verstärkung, Belohnungssysteme, Rollenspiele) werden durch Ansätze aus anderen Elterntrainings und Methoden der lösungsorientierten Familientherapie ergänzt. Die wesentlichen Merkmale des hier vorgestellten Elterntrainings sind die Vermittlung eines ressourcenorientierten Verständnisses hyperkinetischer Symptomatik von Kindern sowie die Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen. Dieses Elterntraining hat sich in der Praxis bewährt, die teilnehmenden Eltern zeigten in einer Nacherhebung eine große Zufriedenheit. In einem Prä-Post-Vergleich anhand eines unveröffentlichten standardisierten Anamnesefragebogens zeigten sich bei den geschulten Eltern stärkere Verbesserungen in den Bereichen Reaktion des sozialen Umfeldes, Leistungsverhalten, Sozialverhalten, Hyperaktivität, emotionale Labilität und Konzentrationsfähigkeit als bei einer herkömmlich behandelten (nicht-randomisierten) Wartekontrollgruppe (Methylphenidat, Elternberatung).

Schlagwörter: Elterntraining – externalisierende Störungen – Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Summary

Resources-orientated group training for parents of children with impulsive and oppositional behaviour

In this article, a concept for a parents' group conducted on an out-patient basis is presented. Behavioural therapy approaches (e.g. positive reinforcement, reward systems, role-playing) are supplemented with approaches from other kinds of parent training and methods of solution-orientated family therapy. The essential characteristics of the parent training presented here are the conveying of a resources-orientated understanding of impulsive symptoms in children and the promotion of positive parent-child interaction. This parent training has proven its worth in practice, with the participating parents expressing great satisfaction in a follow-up survey. In a pre-post comparison based on an unpublished standardised anamnesis questionnaire, the instructed parents showed more pronounced

improvements in the areas of reaction of the social environment, performance, social behaviour, hyperactivity, emotional lability, and powers of concentration than in a conventionally treated (non-randomised) control group (methylphenidate, parent advice).

Key words: parent training – externalising disorders – impulsive disorder of social behaviour

1 Einleitung

Neben einer medikamentösen Behandlung stellt verhaltenstherapeutisch orientiertes Elterntraining die erfolgreichste therapeutische Maßnahme zur Reduktion von hyperkinetischen, oppositionellen und aggressiven Verhaltensauffälligkeiten von Kindern dar (MTA 1999; Fonagy et al. 2002; Brestan u. Eyberg 1998; Kadzin 1996). Kindzentrierte Ansätze erreichen im Vergleich dazu nur eine sehr geringe Verbesserung der Symptomatik. Die verhaltenstherapeutischen Interventionen sind in verschiedenen Elterntrainings meist identisch und variieren je nach Autor nur in deren spezifischer Umsetzung (Barcley 1997, 1988; Döpfner et al. 1997; Neuhaus 1999; Sanders 1999).

Die hohe Wirksamkeit, verbunden mit der Möglichkeit mehrere Familien zeitgleich erreichen zu können, ist ein nicht zu vernachlässigender ökonomischer Vorteil. Des Weiteren können die positiven synergistischen Effekte einer Gruppe genutzt werden, wie z. B. der Austausch mit und die Wahrnehmung von anderen Familien mit ähnlichen Schwierigkeiten. Dabei können von den Eltern durch den Vergleich eigene, vorher unbekannte Ressourcen wahrgenommen und (Coping-)Modelle zur Überwindung von Schwierigkeiten entdeckt werden.

Die verschiedenen niederschweligen präventiven Elterntrainings (Überblick bei Tschöpe-Scheffler 2003), die immer häufiger angeboten werden, sprechen jedoch überwiegend ohnehin motivierte Eltern aus der Mittelschicht (vgl. Tschöpe-Scheffler 2003) an und werden eher selten von Multiproblemfamilien besucht. Elterntrainings sind bei Familien mit vielfältigen Belastungen (Partnerschaftsprobleme, psychischen Störungen etc.) weniger wirksam und werden von diesen negativer beurteilt (Kadzin 1997). Auch brechen diese die Behandlung häufiger ab (Übersicht bei Warnke et al. 2001). Sie fühlen sich durch die gestellten Aufgaben teilweise überfordert und in dem sehr auf schnelle Veränderung bedachten Verhaltenstraining in ihrem Leid unverstanden. Bei sehr belasteten Menschen und Familien besteht die Schwierigkeit für den Therapeuten oft darin, zwischen einer Akzeptanz des Leides und dem Wunsch nach rascher Veränderung zu balancieren und beide Bedürfnisse in einzelnen therapeutischen Interventionen unterzubringen (vgl. Linehan 1996).

Vermutlich verlassen sich diese Formen des Elterntrainings zu sehr auf

Sprache als Hauptmedium. Mit rein verbalen Informationen, die kognitive Fähigkeiten ansprechen, scheinen diese Familien aber nicht ausreichend zu erreichen zu sein. In der geringeren Abhängigkeit von Sprache und der hauptsächlich visuellen Darbietung und verbalen Verstärkung von erfolgreichen Eltern-Kind-Interaktionen scheint einer der Hauptwirkmechanismen des Video-Home-Trainings (Scheper u. König 2000) zu liegen, welches von seinen Protagonisten auch bei diesen Klienten als sehr erfolgreich eingeschätzt wird.

Sehr sinnvolle und wirkungsvolle Interventionen kommen daher bei vielen betroffenen Familien und in vielen Formen von Elternberatung nicht im ausreichenden Maße zur Anwendung. In Einzelsitzungen ist es ebenfalls oft schwer diese so zu strukturieren, dass die Bausteine eines Elterntrainings vermittelt werden können, da das Gespräch sich oft auf akute und individuelle Probleme fokussiert und die Vermittlung von pädagogischen Fertigkeiten in den Hintergrund gedrängt wird.

Mit diesem Konzept einer Elterngruppe versuchen wir, die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Techniken aus dem Therapiemanual für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Verhalten (Döpfner et al. 1997) zusammen mit einigen selbst entwickelten Übungen auf der Basis einer guten Gruppenkohäsion zu vermitteln. Diese sollen es den Eltern auch ermöglichen, sich selbst mit ihren Schwierigkeiten und ihrer emotionalen Belastung einzubringen, zeitgleich aber ihre Ressourcen zu erkennen und Bilder und Imaginationen von positiven Erlebnissen mit ihren Kindern zu verwerten.

2 Theoretischer Hintergrund

Das hier vorgestellte Elterntraining versucht verhaltenstherapeutische Standardmethoden mit Ansätzen aus der Familientherapie und Hypnotherapie zu verbinden. Verhaltensprobleme der Kinder sollten durch ein Verständnis der ADHD-Symptomatik erklärt und umgedeutet werden (vgl. Neuhaus 2000; Hartmann 1993, 2000). Bei der Auswahl der Interventionen wurde auf solche besonders Wert gelegt, die eine positive Eltern-Kind-Intervention fördern. Für den Umgang mit Problemverhalten werden vor allem verschiedene Kommunikationstechniken verwendet. Auf Bausteine wie Auszeit oder Belohnungsentzugsprogramme wird anfangs bewusst verzichtet, da die Erfahrung zeigt, dass eine sinnvolle Umsetzung dieser Interventionen die Eltern oft vor zu große Probleme stellt. Durch die hohe Gruppenkohäsion wird eine Öffnung der Eltern für ihre eigenen Bedürfnisse und ein empirischer und emotionaler Austausch ange-regt.

Hauptziel ist es, den Eltern wieder einen Zugang dazu zu eröffnen, positive Eigenschaften ihrer Kinder zu erkennen und diese zu verstärken, um dadurch eine verbesserte Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu erreichen. Durch

mehr positive Aufmerksamkeit und fehlende Verstärkung von Fehlverhalten durch negative Ansprache (Schimpfen, Drohen etc.) sollen die Kinder im erwünschten Verhalten bestärkt werden. Indem die Eltern sich gegenseitig darin unterstützen, positive Ansätze bei sich selbst zu erkennen und auch an andere weiterzugeben, werden die Eltern in Bezug auf positive Selbstwahrnehmung und Verbesserung der elterlichen Kompetenz unterstützt.

Die Elterntrainingsgruppen werden im Anschluss als Selbsthilfegruppe (bei Bedarf mit Supervision) weitergeführt. In der Selbsthilfegruppe soll die in der Elterngruppe erlernte Gruppenstruktur möglichst beibehalten werden, um ein Abgleiten in ritualisiertes Vortragen der Erziehungsprobleme („Jammern“) zu verhindern. D. h. es soll gefragt werden, wie erfolgreich die erlernten Techniken umgesetzt wurden und gemeinsam Lösungen für schwierige Situationen gefunden werden. Dies wird durch eine strukturierende Gruppenleitung durch einen der Teilnehmer im Wechsel realisiert. Bei einer Einbeziehung von Selbsthilfegruppen besteht die Gefahr, dass eine zu starke Ausrichtung der Freizeit der Eltern auf das Problemverhalten eines Kindes zu einer Chronifizierung beiträgt (vgl. v. Schlippe u. Schweizer 1996), dies soll durch eine klare Problemlösestruktur in den Gruppen eingedämmt werden. Eine Einbeziehung der Kinder in das Elterntraining erfolgt dadurch, dass die Eltern gebeten werden, mit den Kindern das Erarbeitete durchzusprechen.

3 Stichprobe

Alle untersuchten Eltern, welche die Elterngruppe durchlaufen haben, haben mindestens ein Kind, das die diagnostischen Kriterien einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) nach der ICD-10 erfüllt, ein Großteil weist weitere komorbide Störungen auf (Enuresis, Emotionale Störungen). Die Geschwisterkinder litten zum Teil auch unter Symptomen einer Aufmerksamkeitsstörung, teilweise zeigten sie andere gravierende Symptome (Trichotillomanie, selbstverletzendes Verhalten) oder waren unauffällig.

Die Kinder und Jugendlichen sind den Therapeuten aus vorhergegangenen diagnostischen und beratenden Kontakten bekannt. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen wird medikamentös mit Methylphenidat behandelt und zur Überwachung der medikamentösen Behandlung regelmäßig in die Praxis einbestellt.

In diese Arbeit geht die empirische Untersuchung von 5 Gruppen mit 50 Eltern aus 31 Familien mit 72 Kindern ein. Von den 72 Kindern erfüllten 41 die diagnostischen Kriterien einer hyperkinetischen Störung (F90.1 oder F90.0). Das Alter der Kinder des Elterntrainings lag zwischen 4 und 16 Jahren (MW 9,5 Jahre; SD 2,4), wobei es sich als Vorteil erwies, Eltern mit Kindern gleichen Alters und vergleichbarer Ressourcen und ähnlich schwerem Grad der Verhaltensprobleme in eine gemeinsame Gruppe einzuteilen. Besonders kompetente

Eltern können, wie sich herausstellte, als Modelle den Gruppenverlauf positiv beeinflussen.

4 Der äußere Rahmen

Dieses Elterstraining richtet sich an die Klientel einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Es wird mit 8–12 Elternteilen von zwei Therapeuten in einem ambulanten Setting durchgeführt. Das Training richtet sich grundsätzlich an beide Elternteile, die Väter werden explizit mit eingeladen. Mit Ausnahme der Eigenmotivation wurden keine Ausschlusskriterien für Eltern oder Kinder angesetzt. Eltern, die im Moment von sehr akuten Problemen belastet sind (bevorstehende Scheidung, Sucht, Arbeitslosigkeit, Suizidgedanken), sollten kritisch geprüft werden, ob sie sich im Moment auf diese Gruppe einlassen können und ihre anderweitigen Belastungen nicht zu dominant sind. Für gewöhnlich ist es natürlich besser, solchen problemüberlasteten Eltern einen Termin in einer der nächsten Gruppen anzubieten und sie zur Behandlung ihrer akuten Probleme zu ermutigen. Wenn man bemerkt, dass einzelne Elternteile psychisch stark belastet sind und ein hohes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung haben und sehr viel Privates in die Gruppe einbringen, ist es sinnvoll, ihnen einen separaten Einzeltermin anzubieten.

Die betroffenen Kinder der teilnehmenden Eltern variieren im Alter und Ausprägungsgrad der Symptomatik. Es ist sinnvoll, die Gruppen bezüglich der Symptomatik und Alter der Kinder möglichst homogen zu gestalten. Wenn Kinder und Jugendliche starke komorbide Störungsbilder aufweisen, sollte man dies im Vorfeld mit der Gruppe und den betroffenen Eltern besprechen. Das eigentliche Elterstraining beinhaltet:

- eine Sitzung zur Vorstellung der Teilnehmer und Klärung der Rahmenbedingungen,
- einen Seminartag mit 8 Stunden zur Vermittlung der theoretischen Grundlagen und zum Aufbau der Gruppenkohäsion,
- 4 zweistündige Abendveranstaltungen in zweiwöchigem Abstand,
- Überleitung in eine Selbsthilfegruppe mit weiterer lockerer Anbindung und Beratung durch die Therapeuten.

Diese Abfolge wurde aufgrund der Erfahrungen mit vorigen Gruppen gewählt und beibehalten. Der lange Seminartag zu Beginn ist von großer Bedeutung, da sich an einem Tag eine sehr gute Gruppenkohäsion entwickeln kann und es in den folgenden Abendsitzungen leichter gelingt, emotional bedeutende Inhalte einzubringen. Von nicht unerheblicher Bedeutung sind hierfür die Pausen, in denen es zu einem hilfreichen Austausch unter den Eltern kommen kann und eine wichtige Vertrauensbasis geschaffen wird. In den ersten Gruppen wurden

mehr Abendsitzungen abgehalten, die auch von den Eltern gern angenommen wurden. Inhaltlich führte dies aber eher zu Wiederholungen; auch waren die Sitzungen schwieriger zu strukturieren, da zunehmend emotionale Probleme der Eltern eingebracht wurden und der Fokus nicht mehr so stark auf der Veränderung des konkreten Erziehungsverhalten lag, weshalb daraufhin die weiteren Gruppen in Selbsthilfegruppen überführt wurden.

5 Die Inhalte

5.1 Vorstellungstreffen

Beim Vorstellungstreffen werden die Teilnehmer einem Gruppenpartner zugelost und sollen diesen kennen lernen, um ihn und sein/e Kind/er dann der Gruppe vorzustellen (Photos der Kinder sind hilfreich); außerdem werden Termine und Zeiten bekannt gegeben und die Frage der Kosten(übernahme) durch Krankenkassen geklärt. Es werden zudem kurz die Ziele und Inhalte der folgenden Sitzungen angesprochen. Eine genaue Abklärung der Ziele, Veränderungsbereitschaft und Motivation sowie der Befürchtungen bezüglich der Elterngruppe ist die Voraussetzung für eine funktionierende Gruppe und sollte im Rahmen der Vorbereitungssitzung erfolgen. Was soll sich verändern? Woran würde man als erstes merken, dass sich die Elterngruppe gelohnt hat? Hierbei ist es wie bei allen Therapiezielen wichtig, Hoffnung und Veränderungsbereitschaft zu erzeugen, ein konkretes Bild vom erwünschten Zielerhalten zu entwickeln und dennoch die Schwierigkeit bzw. die große Leistung des Erreichens dieses Zieles herauszustellen (de Jong u. Kim Berg 1998).

5.2 Der Seminartag

I. Übung: Annoncenübung mit Imagination eines Kindermädchens

Die Übung wird von Elternpaaren oder in Gruppen von zwei Personen durchgeführt. Bei Familien mit mehreren Kindern sollte jedes kurz mit einbezogen werden. Die Instruktion lautet:

„Sie haben nun die angenehme Aufgabe sich vorzustellen, sie hätten in einer Lotterie eine Weltreise sowie eine größere Summe Geld gewonnen. Leider dürfen oder können sie ihre Kinder nicht mit auf diese Reise nehmen. Um ihre Kinder gut versorgt zu wissen, dürfen sie sich eine geeignete ‚Kinderfrau‘ anwerben; alle dafür anfallenden Kosten werden selbstverständlich übernommen. Gute Kinderbetreuung ist sehr rar und wird oft durch Annoncen händeringend gesucht. Gute Kinderbetreuungen haben oft mehrere Familien zur Auswahl und können sich ihren Arbeitsplatz frei wählen. Sie sollen nun eine Annonce aufgeben, in der sie, um eine möglichst kompetente Frau auf ihre Familie aufmerksam

zu machen, ihre Kinder möglichst positiv beschreiben und die Qualitäten und Erwartungen an die Kinderfrau genau formulieren.“

In den Gruppen und bei der Rückmeldung sollen die Therapeuten folgende Inhalte erfragen:

- Welches sind die liebenswerten Eigenschaften, die besonderen Kompetenzen ihres Kindes?
- Wie könnte man eventuell schwierige Eigenschaften positiv umdeuten?
- Wie sollte die ideale Kinderfrau mit schwierigen Situationen umgehen, welche Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften wären im Umgang mit ihren Kindern besonders hilfreich?

Diese Übung soll es Eltern ermöglichen, positive Eigenschaften ihrer Kinder neu zu entdecken und diese im sprachlichen und schriftlichen Ausdruck genau zu beschreiben. Wichtig ist es, dass die Eltern Bilder finden, in denen sie ihren Stolz auf das Kind zum Ausdruck bringen und diese in der Zeitungsannonce dann auch übertreibend darstellen („kleiner Fußballstar sucht“ etc.). Durch die Aufgabenstellung müssen, unterstützt durch den Therapeuten, auch schwierige Verhaltensweisen der Kinder in einen anderen positiven Kontext gestellt werden (Reframing). Beispiele: oppositionelles Verhalten wird zu willensstark, leichte Ablenkbarkeit zu vielseitig interessiert, etc.

Von großer Bedeutung ist vermutlich auch, dass durch die Distanziertheit bei der Formulierung der Erwartungen an eine professionelle Erzieherin den Eltern noch einmal bewusst wird, was sie als Eltern im Alltag leisten müssen bzw. können und wie anspruchsvoll diese Aufgaben sind. Daher erfolgt auch für die Eltern selbst ein positives Reframing bezüglich ihrer alltäglichen Erziehungsarbeit, bzw. Erziehungsleistung.

Theorie: Darstellung des Teufelskreises

Der Teufelskreis ist ein von Patterson und Gullion (1968; vgl. Döpfner et al. 1997) erstmals beschriebenes Interaktionsmuster, mit dem beschrieben wird, wie inadäquates Verhalten von Kindern verstärkt wird: indem Eltern darauf reagieren und dieses mit Aufmerksamkeit belohnen. Adäquates Verhalten von Kindern wird aber nicht mit entsprechender Aufmerksamkeit verstärkt, weshalb Kinder, die ein Bedürfnis nach mehr Aufmerksamkeit haben, negatives Verhalten häufiger zeigen werden. Verschärfend kommt hinzu, dass bei einer Steigerung des unangepassten Verhaltens Eltern zum Teil ihre Aufforderung zurückziehen (nachgeben), was dem Kind vermittelt: wenn ich mich lang genug weigere, komme ich damit durch, oder Eltern ihre Forderung mit Drohung und Aggressionen durchsetzen (woraus die Eltern lernen: nur wenn ich brülle läuft alles nach Plan).

Den Eltern sollten im Rahmen dieser Theorie verschiedene Aspekte vermittelt werden: Wie wird unangemessenes Verhalten durch unbeabsichtigte Zu-

wendung verstärkt? Wie häufig und lange nörgeln Eltern über ein unaufgeräumtes Zimmer? Wie oft wird ein aufgeräumtes Zimmer im Vergleich dazu gewürdigt? Wie wird das Lautwerden der Eltern durch Fehlverhalten des Kindes verstärkt? Wie wichtig ist die positive Zuwendung für den Aufbau eines adäquaten Verhaltens?

Der Ausstieg aus dem Teufelskreis kann eigentlich nur durch positive Reaktionen auf erwünschtes Verhalten des Kindes erfolgen. Eine solche positive Rückmeldung beinhaltet das genaue Beschreiben der positiven Handlung mit einer wohlwollenden verbalen und mimischen Konnotation (lächeln etc.) und Verzicht auf negative Zuwendung durch Schimpfen oder Drohen.

II. Übung: „Richtige“ Anweisungen geben

Die Eltern sollen für leichte Situationen aus dem Alltag (z. B. die Schuhe ausziehen) richtige Anweisungen ausformulieren und diese aufschreiben. Hierbei sollten folgende Techniken mit angewendet werden. Grundvoraussetzung für das Umsetzen einer Anweisung ist, dass das Kind diese wahrgenommen und verstanden hat.

Wie gebe ich „richtige“ Anweisungen (Döpfner et al. 1997):

- Sich der Aufmerksamkeit des Kindes versichern; keine Störungen oder anderen Reize zulassen; d. h. keine Anweisungen geben, wenn das Kind gerade ins Spiel, Computerspiel oder TV vertieft ist.
- Blickkontakt eine Armlänge entfernt, bei jüngeren Kindern Körperkontakt.
- Zeitpunkt gut wählen; nur Aufforderungen geben, wenn man selbst bereit ist und die Zeit hat diese durchzusetzen.
- Das gewünschte Verhalten ganz genau beschreiben.
- Nur eine Aufforderung auf einmal geben!
- Die Bedeutung der Aufforderung ansprechen: Warum dies wichtig ist, was für diesbezügliche Vereinbarungen mit dem Kind getroffen wurden.
- Positive und negative Konsequenzen ankündigen.
- Das Kind die Aufforderung wiederholen lassen.
- Das Kind ausführlich für das gezeigte Verhalten loben und dieses dabei nochmals genau beschreiben. Also nicht: „Du bist lieb“, sondern: „Schön hast du dein Zimmer aufgeräumt.“
- Bei manchen Aufforderungen kann es sinnvoll sein, das Kind zwischen zwei Möglichkeiten der Ausführung der Aufforderung wählen zu lassen. Das Gefühl, eine Wahlmöglichkeit zu haben, löst oft weniger Widerstand aus, als ein „Befehl“. Beispiel: „Du weißt, dass du heute noch duschen musst, möchtest du lieber vor oder nach dem Essen duschen?“

III. Übung: Blick auf das Positive („Im Hier und Jetzt loben“)

Die Eltern sollen Beispiele für erwünschtes Verhalten ihrer Kinder ausformulie-

ren, z. B. für ein Verhalten, das erfahrungsgemäß regelmäßig oder manchmal klappt oder auch für eine besondere Situation in der letzten Woche.

Vorbereitung der Hausaufgabe: „Goldplättchen sammeln“: Die Eltern sollen bis zur nächsten Gruppenstunde täglich notieren, was alles gut lief, welche Interaktionen sie mit ihrem Kind genossen haben, was sie stolz gemacht hat.

Psychoedukation mit der Vermittlung von Informationen über das Störungsbild ADHS

Beantwortung verschiedenster Fragen (Medikation, Prognose, Folgen, Entwicklung, Prävalenz, etc.). Typische Stärken von Kindern mit ADHD (Neugier, Energie, Gerechtigkeitssinn, Willensstärke, Phantasie, Kreativität).

Kleine Hilfen im Alltag:

- Strukturierung des Tages – Zeit einplanen – Ruhezeiten und Rituale,
- schwierige Situationen antizipieren,
- Übergänge im Alltag ankündigen und vorbereiten – Zeitdruck in Verbindung mit den betroffenen Kindern vermeiden,
- Sport und kontrollierte Bewegungsabfuhr einplanen („Ausdauersport“),
- feste Hausaufgabenzeiten und Orte,
- reizarme Umgebung schaffen (Arbeitsplatz, Ruhe),
- andere um Hilfe bitten,
- klare Anweisungen mit Rückmeldung statt Diskussionen!
- Die Anstrengung sollte honoriert werden, nicht nur das Ergebnis, vor allem im schulischen Bereich: Lernzeit und Engagement statt Noten belohnen.
- Ein Vorbild und gutes Modell im Alltag sein, d. h. vom Kind nichts verlangen, was man selbst nicht bereit ist zu tun.
- Wenige Regeln, die aber immer durchsetzbar sind, sind viel besser als viele, die nicht ausreichend zu kontrollieren sind.

Eine sehr wirksame Intervention ist die Verringerung der kindlichen Reizüberflutung (De Grandpre 2002; Hartmann 1993, 2000) und Strukturierung des Alltags, insbesondere der Arbeitssituation. Teilweise ist eine Reizreduktion (z. B. weniger TV, Computer) im Alltag nur schwer umzusetzen, sollte aber bei stark reizüberfluteten Kindern angestrebt werden. Jugendliche sollten zu einem Selbstversuch angeregt werden.

Übung: Kommunikationstraining „Loben und Kritisieren“ (Görlitz 1993)

Richtiges Lob:

- Ich-Form,
- keine Einschränkungen (wie ziemlich, endlich, ganz gut o.ä./ keine negativen Nachsätze das war heute ganz gut aber gestern (kein Ja-aber),
- detaillierte Beschreibung des positiven Verhaltens,

- Mimik und Gestik sollen im Einklang mit dem Gesagten stehen; die Körpersprache muss stimmen,
- Lob sollte möglichst sofort auf das positive Verhalten erfolgen (man darf auch später loben)

Richtige Kritik:

- Ich-Form,
- exakte Beschreibung des zu verändernden Verhaltens,
- keinerlei Verallgemeinerungen (nie, immer, ständig),
- Begründung,
- genauer Wunsch (detailliert formulieren) für zukünftiges Verhalten,
- Kritik sollte nicht im höchsten Erregungszustand geäußert werden, sondern sachlich erfolgen.

IV. Übung: Loben und Kritisieren

Die teilnehmenden Eltern formulieren in Paaren (möglichst Väter mit Vätern) Kritik für ein Verhalten aus dem Familienalltag, das sie in der letzten Woche geärgert hat. Man sollte nicht mit einer sehr schwierigen Situation beginnen. Dann wird geübt, das positive Lob für eine Lösung dieser Situation zu formulieren. Die Eltern sollen das Äußern richtiger und falscher Kritik in ihrer emotionalen Wirkung auf sich selbst wirken lassen, diesem nachspüren und erkennen, welche Formulierung eine höhere Wahrscheinlichkeit der künftigen Verhaltensänderung impliziert.

Beispielsätze:

- Mich ärgert, dass du den Hammer aus meiner Werkzeugkiste genommen hast, ich musste den Hammer leider lange suchen, könntest du in Zukunft das, was du aus meiner Werkzeugkiste nimmst, sofort nach Gebrauch zurückbringen?
- Ich freue mich sehr, dass du deine Schuhe sofort in das Schuhregal gestellt und deinen Anorak an die Garderobe gehängt hast.

In Gesprächen und bei der Auswertung der Sätze kann vor allem bei Eltern von Jugendlichen noch Wert auf andere Kommunikationstechniken wie das „Aktive Zuhören“ oder „Paraphrasieren“ eingegangen werden.

V. Übung: Geschichte die „Steinpalme“

Die Steinpalme ist eine Geschichte, welche den Eltern in einer bildlichen Metapher die Botschaft vermittelt, dass die radikale Akzeptanz eines Problems auch die Möglichkeit beinhaltet, an seinen Aufgaben zu wachsen und sich in seiner Kompetenz und Persönlichkeit weiter zu entwickeln (vgl. Fitzner u. Stark 2000).

Verabschiedung: Blitzlicht, Erinnerung an die Hausaufgabe („Goldplättchen sammeln“) und Austeilen der Positiv-Tagebücher.

5.3 Erste Abendveranstaltung

- Wetterbericht: Wie geht es den Teilnehmern heute, was hat sich verändert? Positive Ressourcen betonen, keine „Jammerrunde“!
- Besprechung der Hausaufgaben: Wie gut hat es mit dem beschreibenden Loben geklappt? Was gab es für positive Erlebnisse zwischen Eltern und Kind?
- Analyse schwieriger Situationen.
- Hausaufgabe: Stressanalyse.

VI. Übung: Stressanalyse

Die Übung entstammt den Selbstmanagementansätzen der Verhaltenstherapie und dort v.a. der Kognitiven Therapie der Depression (Hautzinger 1998). Die Eltern erhalten die Aufgabe, eine Woche lang den von ihnen subjektiv erlebten Stress für jede Stunde (7.00 bis 22.00 Uhr) der Woche in Verbindung mit den durchgeführten Aktivitäten zu protokollieren. Diese werden retrospektiv in Erlebnisse mit den Kindern und Erlebnisse allein eingeteilt. Dafür werden verschiedene Farben benutzt, d.h. die Teilnehmer werden gebeten, die gemeinsame Zeit als Paar, Zeit mit dem Kind und Zeit für sich jeweils in einer anderen Farbe zu markieren. Die Rückmeldungen der Therapeuten fokussieren besonders schwierige Situationen mit dem Kind und zeigen den Zusammenhang mit dem auch in anderem Zusammenhang erlebten Stress der Eltern auf. Diese Verbindung lässt sich für gewöhnlich leicht bearbeiten – nachdem, was sehr wichtig ist – dieser Zusammenhang hergestellt und von den Eltern akzeptiert wurde: Nicht für allen erlebten Stress ist das „Problemkind“ verantwortlich!

Die wichtigste therapeutische Intervention besteht darin, die Wochenpläne der Eltern nach Ressourcen zu durchsuchen, z. B. positiv erlebter Zeit mit den Kindern, Zeit für sich und für Entspannung, Zeit als Paar oder für Hobbys. Die Trennung in Zeit für sich, mit dem Partner, mit den Kindern führt nochmals Grenzen und Strukturen von Familien vor Augen. Diese Zeiten können noch mal in „Kuchendiagramme“ eingetragen werden (Energiekuchen). Sollte es, was häufig vorkommt, in den Wochenplänen kaum Zeit für Entspannung geben, sollten die Therapeuten nicht viele Hobbys anbieten; stattdessen sollte eher nach früheren Interessen gefragt und deren Wiederaufnahme angeregt werden. Wichtig ist auch die Frage nach realisierbaren Wünschen: Einmal entspannt mit der besten Freundin Kaffeetrinken ist schon ein Schritt in die richtige Richtung!

5.4 Zweite Abendveranstaltung

(Besprechung der Hausaufgaben wie unter 5.3).

Sehr viel Wert wird bei der Besprechung auf die Zeit für Entspannung gelegt, d. h. wie sich Eltern Gutes getan haben: Was haben sie gelesen, welchen Sport getrieben, wo und wie haben sie es sich gemütlich gemacht, wie haben sie es geschafft, belastende Dinge oder Gedanken nach hinten zu schieben? Am

Zusammenhang zwischen dem eigenen Stress und schwierigen Situationen sollte gearbeitet werden, um die elterliche Kompetenz zu verstärken und immer wieder herauszuarbeiten. Einigen Eltern kann auch die konkrete Vermittlung von Techniken zur Kurzentspannung weiterhelfen, die allerdings wenig mit klassischen Entspannungsübungen zu tun haben (Überblick bei Lange-Schmidt 1999).

Analyse von schwierigen Situationen, den Situationen mit maximalem Stress. Schwierige Situationen werden nach diesem Schema analysiert:

- Was ganz genau war schwierig, was haben sie in dieser Situation gedacht, was haben sie gefühlt?
- Warum könnte sich das Kind in dieser Situation so verhalten haben?
- Welches Bedürfnis meines Kindes steckt hinter diesem Verhalten, wie könnte ich auf dieses Bedürfnis adäquat reagieren?
- Welche Bedürfnisse beeinflussen das Verhalten der Mutter/des Vaters?
- Welches Ziel möchten die Eltern erreichen?

5.5 Dritte Abendveranstaltung

In der letzten Sitzung wird den Eltern die *Arbeit mit Belohnungssystemen* vermittelt. Belohnungssysteme eignen sich hervorragend zum Aufbau von gewünschtem Verhalten. Der Einsatz eines Belohnungssystems bedeutet, dass dem Kind oder Jugendlichen zusätzlich zum Lob positive Verstärker für erwünschtes Verhalten in Aussicht gestellt werden.

Belohnungssysteme erfordern eine kontinuierlich hohe Motivation der Eltern und ein Minimum an positiver Beziehung zwischen Eltern und Kind und sollten daher wohl überlegt eingesetzt werden. Häufig werden Belohnungssysteme zu schnell eingesetzt und scheitern. Dies fällt dann auf den Therapeuten zurück, der dieses Mittel vorgeschlagen hatte. Deshalb ist es wichtig, der Familie die Verantwortung für das Gelingen des Belohnungssystems zu überlassen und eher paradox zu intervenieren, die benötigte hohe Motivation und Ausdauer hervorzuheben, vielleicht eher etwas Skepsis zeigen. Es ist empfehlenswert, Belohnungssysteme dann einzuführen, wenn die Wahrscheinlichkeit sehr groß ist, dass sie funktionieren, da dann diese hervorragende Methode längere Zeit im Verhaltensrepertoire einer Familie bleibt.

Die Eltern sollten für sich im Voraus die Frage klären, ob Belohnungssysteme generell für sie umsetzbar sind. Können sie ein Belohnungssystem durchhalten und damit konsequent auf das positive Verhalten des Kindes reagieren?

Ein Belohnungssystem sollte systemisch die Elternebene stärken, weshalb es sehr sinnvoll ist, die Einführung eines Belohnungssystems im Sinne des Minuchin-Modells (Minuchin 1997) zu organisieren: Im Rahmen eines Gespräches beider Eltern mit dem Kind werden die im Vorfeld festgelegten Punkte dann mit dem Kind in Form von Regeln ausgehandelt. Die Verständigung beider Eltern im

Vorfeld auf ein gemeinsames elterliches Vorgehen stärkt die Elternebene und erleichtert die Umsetzung eines Belohnungssystems. Prinzipiell ist ein Belohnungssystem von einer Einzelperson in gleicher Art und Weise durchzuführen.

Der technische Ablauf eines Belohnungssystems: Welches Verhalten stört mich? Ist dieses Problemverhalten in genau zu beschreibende positive Ziele umzuformulieren und bei komplexen Handlungen (z. B. Hausaufgaben machen, zu Bett gehen) in sinnvolle Teilziele zu unterteilen? „Einen Tag brav sein!“ ist kein sinnvolles Zielverhalten. Um 13.00 Uhr selbständig oder nach der ersten Aufforderung mit den Hausaufgaben zu beginnen und diese um 13.45 Uhr ohne Aufforderung der Mutter/dem Vater zu zeigen, wäre schon geeigneter.

Welches Zielverhalten wünsche ich mir, wie beschreibe ich die einzelnen Schritte? Belohnungssysteme können nur gelingen, wenn durch das Zielverhalten das Kind nicht überfordert wird. Dies bedeutet, das Kind muss in der Lage sein, das gewünschte Verhalten an „guten Tagen“ spontan zu zeigen.

Als Sammelpunkte für Belohnungen eignen sich Murmeln, Bohnen oder Glasperlen, die in einem schönen Glas oder einer durchsichtigen Blumenvase gut sichtbar gesammelt werden. Belohnung für erwünschtes Verhalten sollte sofort erfolgen und von lobenden Worten begleitet sein.

Wie könnte ich reagieren? Einübung des elterlichen Verhaltens: Wichtig ist es, das Problemverhalten des Kindes auf der Basis seiner eigenen Bedürfnisse und seines Wahrnehmungsstils zu deuten und ihm die häufig unterstellte böse Absicht zu nehmen. Dabei ist es sinnvoll, diesen Prozess durch entsprechende Fragen den Eltern selbst zu überlassen und sie die Motive des Kindes selbst entdecken zu lassen. Sehr bewährt hat sich auch die detaillierte intensive Vorbereitung von Gesprächen mit Lehrern oder externen Helfern (Jugendamt).

VII. Übung: Gespräch mit anderen Helfern

- Wie kann ich die Schwierigkeiten meines Kindes einem Unbeteiligten erklären und ihm dabei auch die positiven und liebenswerten Seiten meines Kindes aufzeigen?
- Was möchte ich in dem Gespräch erreichen? Welche Argumente habe ich? Welche Argumente könnte mein Gegenüber anbringen? Wie könnte ich darauf reagieren?
- Wie kann ich bei Vorwürfen sachlich bleiben?
- Wie wirke ich selbstsicher in Körperhaltung, Mimik, Wortwahl?

Bei der Durchführung von „Rollenspielen“ scheint es sehr sinnvoll zu sein, dass einer der Therapeuten die Rolle des Kindes oder des Gegenübers einnimmt. Der Therapeut kann den Schwierigkeitsgrad leichter regulieren und Rückmeldungen aus der Gesprächssituation geben. „Ich als ihr Kind würde jetzt mein Zimmer aufräumen, fühle mich aber etwas unter Druck gesetzt. Ein Lob würde mir gut tun.“ Sehr bewährt hat es sich, schnell direkt in ein Rollenspiel überzuführen

und im Vorbeigehen einen Kontrakt für eine kurze Übung zu vereinbaren. Das Rollenspiel sollte nicht besonders angekündigt werden, da dies oft, vor allem bei den Vätern, eine Hemmschwelle darstellt und die aktive Teilnahme behindert. Am besten werden mindestens zwei Durchgänge gemacht. Nach dem ersten Durchgang sollten positive Ansätze zurückgemeldet und im Folgenden ganz

Tab. 1: Inhalte und Interventionen des Elterstrainings

Vorstellungstermin	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges Vorstellen • Klärung der Rahmenbedingungen
Seminartag:	<ul style="list-style-type: none"> • Annonceübung • Theorie (Teufelskreis) • Richtige Anweisungen geben und positiv Verstärken • Psychoedukation: Tips für die Alltagstruktur • Kommunikation (Lob und Kritik) • Metapher der Steinpalme • Hausaufgabe (Was war gut, schön)
1. Abendtermin	<ul style="list-style-type: none"> • Blitzlicht und Besprechen der Hausaufgabe • Analyse schwieriger Situationen • Vorbereitung Stressbarometer • Blitzlicht
2. Abendtermin	<ul style="list-style-type: none"> • Blitzlicht (Wie gut ist es Ihnen gelungen das Gelernte umzusetzen?) • Analyse des Stressbarometer • Analyse schwieriger Situationen • Blitzlicht
3. Abendtermin	<ul style="list-style-type: none"> • Blitzlicht (Wie gut ist es Ihnen gelungen das Gelernte umzusetzen?) • Analyse schwieriger Situationen (Gespräch mit Helfern, Lehrer vorbereiten) • Einführung in die Arbeit mit Belohnungssystemen • Blitzlicht
4. Abendtermin	<ul style="list-style-type: none"> • Blitzlicht • Analyse schwieriger Situationen (evtl. Vorbereitung Gespräch mit Lehrern) • Vorbereitung der Selbsthilfegruppen • Reflexion über die gesamte Elterngruppe und Verabschiedung

konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht werden. Die Gruppe kann dabei auch miteingebunden werden, wobei die Struktur vorgegeben werden sollte. Für den zweiten Durchgang fasst der Therapeut dann die Rückmeldungen noch einmal zusammen und arbeitet, gemeinsam mit dem betreffenden Elternteil, konkrete Handlungsanweisungen für den zweiten Versuch heraus.

Die Bestimmungen werden schriftlich als „Vertrag“ zwischen beiden Eltern und Kind festgehalten, in dem festgelegt wird, wie Belohnungen mit dem Kind ausgehandelt werden, wie viele Glasperlen eingetauscht werden dürfen etc.

Hier ist es sinnvoll, sowohl kleine Ziele (wenige Tage) als auch größere Ziele (2 Wochen) zu finden. Gemeinsame Aktivitäten (Schwimmbad, Kino, Fußballstadion etc.) eignen sich besonders als positive Verstärkung, da diese zugleich wertvolle gemeinsame Zeit beinhalten und somit zusätzlich die Eltern-Kind-Interaktion verbessern. Systemisch ist dadurch manchmal zusätzlich eine stärkere Einbeziehung des Vaters bei gleichzeitiger Entlastung der Mutter zu erreichen.

5.6 Abendsitzung

- Was ist seit der letzten Sitzungen gut gelungen, was hätte besser laufen können?
- Analyse schwieriger Situationen.
- Rückblick auf die Gruppe; Planung der Selbsthilfegruppen.

6 Durchführung und therapeutisches Verhalten

Ein sehr wichtiger Aspekt dieses Elterntrainings ist sicherlich die Erklärung vieler Verhaltensweisen der Kinder vor dem Hintergrund eines flüchtigen, impulsiven Wahrnehmungsstils. Schwierige Situationen werden immer auf dem Hintergrund dieses Wahrnehmungsstils und der emotionalen Bedürfnisse des Kindes, aber auch der Erwachsenen analysiert (Reframing).

Hierbei ist von Vorteil, wenn die Ressourcen des Kindes durch vorherige diagnostische Kontakte bekannt sind und nicht nur die Aussagen der Eltern vermittelt werden. Dadurch ist es auch eher möglich, die Eltern beim Entdecken der positiven Seiten ihrer Kinder zu unterstützen. Eine ressourcenorientierte Grundhaltung und ein nicht pathologisierendes Verständnis von Aufmerksamkeitsstörungen (Hartmann 1993) ist hierfür von entscheidender Bedeutung.

Die Eltern werden somit für die Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert und finden mehr Akzeptanz für die Vorstellung, dass das Problemverhalten des Kin-

des eher auf deren ADS-bedingtem, impulsiven Wahrnehmungsstil und nicht auf einem „Bösesein“ beruht, und dass die Kinder dieses Verhalten nicht zeigen, um ihre Eltern absichtlich zu verärgern. Weiterhin scheint es bei vielen Eltern sehr wichtig, sie auch darin zu bestärken, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und deren Wichtigkeit zu akzeptieren. Dazu muss eben auch das Kind adäquat begrenzt werden. Viele Eltern stellen ihre Bedürfnisse und Regenerationszeiten nämlich weit zurück, was in ein Burn-out-Syndrom oder zumindest eine depressive Haltung münden kann: „Ich opfere alles für mein Kind, und dann tanzt es mir doch nur auf der Nase herum.“

Es ist unbedingt erforderlich, die Gruppen gut zu strukturieren und zu Beginn den Zeitplan jeder Sitzung vorzustellen. Ein zu langes Ausbreiten von Schwierigkeiten sollte höflich, aber definitiv unterbrochen werden. Eine Gefahr besteht auch darin, dass sich sehr belastete Eltern mehr als im Rahmen des Elterntrainings möglich Unterstützung von der Gruppe und den Therapeuten erhoffen. Hier sollte zwar auf das Bedürfnis eingegangen werden und z. B. ein Einzeltermin angeboten werden, es sollte aber deutlich werden, dass während des Elterntrainings Begrenzungen in Bezug auf die Ausbreitung persönlicher Probleme notwendig sind.

7 Ergebnisse einer Nachuntersuchung

Um die Ergebnisse bei den Eltern, die sowohl Elternttraining als auch die „Routinebehandlung“ erhielten, mit den Familien ohne Elternttraining zu vergleichen, ließen wir die Eltern das Verhalten ihrer Kinder erneut auf einem 5-stufigen Anamnesebogen einschätzen, den sie bereits einmal nach dem Erstgespräch über ihre Kinder ausgefüllt hatten. Diese Nachuntersuchung entspricht keinem Kontrollgruppendesign, da die Jugendlichen und Eltern nicht zufällig zu den Gruppen zugeordnet wurden und natürlich wesentlich mehr Kinder und Jugendliche in der Praxis behandelt werden, deren Eltern nicht am Elternttraining teilgenommen haben.

Wir verglichen 19 Kinder und Jugendliche mit ADHS aus der Klientel der allgemeinen Praxisbehandlung gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Methylphenidat in wirksamer Dosierung und Elternberatung). Diese Jugendlichen unterschieden sich nicht bezüglich ihrer Symptomatik, vermutlich aber bezüglich der Motivation ihrer Eltern. Der Anamnesefragebogen erfasst folgende diagnostische Bereiche: Reaktion des sozialen Umfeldes, Leistungsverhalten, Sozialverhalten, Hyperaktivität, emotionale Labilität, Konzentrationsfähigkeit. Er entstand aus unterschiedlichen Quellen und ist daher nicht normiert. Die Ergebnisse zeigen eine stärkere Verbesserung der Kinder (mit Elternttraining) in der Einschätzung der Eltern in den meisten der erfassten Variablen. Besonders deutlich waren die Verbesserun-

gen in den Unterskalen „Emotionale Labilität“ und „Reaktionen des sozialen Umfeldes“. Dies könnte als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die teilnehmenden Eltern mit den Belastungsspitzen ihrer Kinder besser umgehen können, und für die Kinder durch positive Interaktionen mit den Eltern der Selbstwert erhöht und depressive Muster verringert wurden. Auch scheinen diese Eltern in der Öffentlichkeit strukturierender mit ihren Kindern umzugehen und schwierige Situationen besser antizipieren zu können. Im Bereich der Verminderung der hyperkinetischen Symptomatik und der Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit war die Gruppe mit Elterstraining der Vergleichsgruppe ebenfalls überlegen (s. Abb. 1). Diese Unterschiede erreichten aber im Mann-Whitney-Test keine Signifikanz, was in Anbetracht der Ergebnisse aus anderen Untersuchungen (MTA 1999) und der hohen Wirksamkeit der Medikation in speziell diesen Bereichen auch nicht zu erwarten war.

Aufgrund der Tatsache, dass wir nur die Einschätzung der teilnehmenden Eltern erfassten, kann nicht unterschieden werden, ob sich nur die Wahrnehmung der Eltern oder die tatsächliche Symptomatik der Kinder verändert hat.

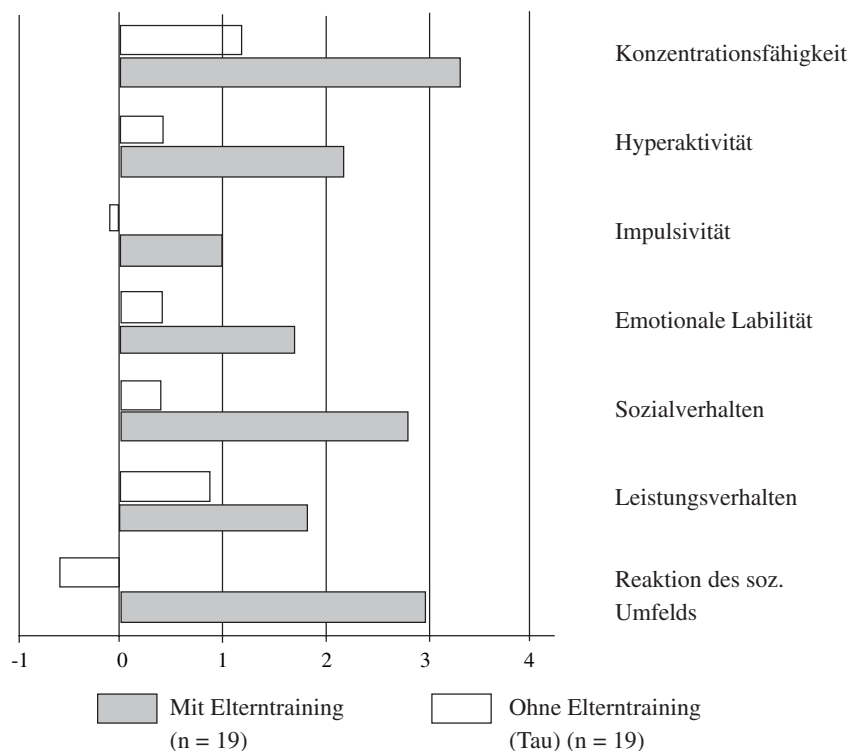


Abb. 1: Vergleich Elterstraining vs. Kontrollgruppe

Deutlich ist jedoch die sehr positive Beurteilung der Problematik und die Reduktion des Leidensdrucks in den betroffenen Familien. Eine weitere Einschränkung der Befunde könnte sein, dass durch das Elternt raining eventuell auch eine höhere Compliance bei der Medikation erreicht wurde und dies die Symptomatik positiv beeinflusste.

Die Eltern äußerten hohe Werte in Bezug auf Zufriedenheit mit dem Elternt raining (s. Abb. 2). Dies war auch daran zu erkennen, dass kein Elternpaar vorzeitig aus der Therapiegruppe ausschied und sich ca. 80% der Eltern in monatlichen Abständen, im Rahmen der Selbsthilfegruppe noch 2 Jahre nach Beendigung des ersten Elternt rainings regelmäßig trafen (Anmerkung: ein großer Teil trifft auch heute noch in Abständen). Für die Therapeuten ist die Möglichkeit, Modelle aus der Gruppe zu nutzen, ebenfalls sehr konstruktiv und entlastend. Bei guter Strukturierung und einer positiven Gruppenkohäsion ist die Arbeitsbelastung für die Therapeuten geringer als bei Einzelberatungen im Praxisalltag, verbunden mit dem Gefühl einer größeren und nachhaltigeren Wirksamkeit der Interventionen.

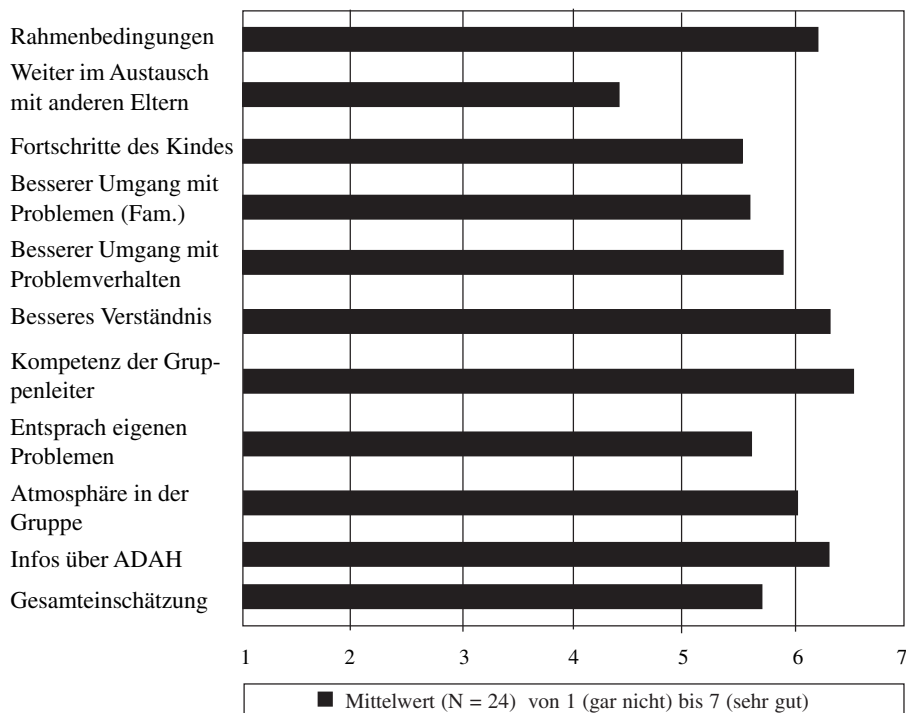


Abb. 2: Zufriedenheit der Teilnehmer

8 Diskussion

Das hier vorgestellte Gruppentraining hatte das Ziel, möglichst viele Eltern zu erreichen, ein wirkungsvolles Handwerkzeug zu vermitteln (was im Rahmen von Einzelberatungen oft nicht in dem gewünschten Maße möglich ist) und durch eine kompetente kohärente Selbsthilfegruppe nicht-professionelle „Co-therapeuten“ auszubilden. Viele Interventionen, die in anderen Elterntrainings ebenfalls durchgeführt werden, sind allgemein bekannt und in ihrer Wirksamkeit gut evaluiert. Ein Teil dieser Interventionen wird hier aufgegriffen, integriert und konsequent umgesetzt.

Im Unterschied zu anderen Elterntrainings wird in der hier vorgestellten Elterngruppe besonders viel Wert auf die Vermittlung eines Störungskonzepts und die Imagination von positiven Bildern aus gelungenen Eltern-Kind-Interaktionen gelegt („Ressourcen“).

Sicher ist anzumerken, dass die Eltern, die am Gruppentraining teilnahmen, über eine hohe Motivation verfügten. Sie rekrutierten sich aber aus der typischen Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit großem Einzugsgebiet. Die genauen Kenntnisse des familiären Hintergrundes, der Ressourcen und Symptome der Kinder (und Eltern), ist ein wichtiger Faktor, der bei anderen Elterntrainings nicht in dieser Form gegeben ist und daher nicht genutzt werden kann. Die Teilnehmer zeigten sich sehr zufrieden und arbeiteten hochmotiviert mit. In der klinischen Einschätzung profitierten die teilnehmenden Eltern und ihre Kinder wesentlich stärker von dem Elterntraining als die meisten einzeltherapeutisch behandelten Familien. Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der Nachuntersuchung unterstützt, auch wenn sie aufgrund der methodischen Einschränkungen nicht überbewertet werden sollte.

Unter systemischem Blickwinkel schien sich insbesondere durch die Teilnahme beider Eltern eine deutliche Stärkung der Elternebene zu ergeben. Dies wirkte sich natürlich auch auf die Paarbeziehung (Minuchin 1997) und reduzierte Spaltungen sowie verdeckte Konflikte positiv aus. Beobachtungen zeigten, dass eine Teilnahme beider Elternteile ein prognostisch sehr bedeutender Faktor ist, und Paare mehr profitierten als wenn nur ein Elternteil – in aller Regel die Mutter – teilnahm. Begründet ist dies vermutlich durch systemische Veränderungen und die gegenseitige Kontroll- und Modellfunktion. Die Eltern erschienen während des Elterntrainings immer aktiver, im Auftreten gegenüber ihren Kindern selbstsicherer und bei Problemen gelassener. Viele hatten auch erstmals den Mut, mit verschiedenen elterlichen Reaktionen zu experimentieren und Dinge einfach einmal auszuprobieren.

Die aus den Elterntrainingsgruppen hervorgegangenen Selbsthilfegruppen treffen sich weiterhin regelmäßig und arbeiten sehr selbständig, so dass sich die Interventionen der Therapeuten auf ein Minimum beschränken und kaum zusätzlichen Arbeitsaufwand erfordern. Einige Eltern aus den Selbsthilfegruppen

werden bereits von Lehrern und anderen betroffenen Eltern zum Thema ADHS zu Rate gezogen, was sicherlich auch Ausdruck der erworbenen Kompetenzen ist.

Literatur

- Barclay, R. A. (1987): *Defiant Children. A Clinicians Manual for parent training*. New York: Guilford.
- Barclay, R. A. (1998): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook für Diagnosis and Treatment*, 2. Aufl. New York. The Guilford Press.
- Bennett, D. S.; Gibbons, T. A. (2000): Efficacy of child cognitive behavioral interventions for antisocial behavior: A meta analysis. *Child and Family Behavior Therapy* 22: 1–15.
- Borg-Laufs M. (Hg.) (1999): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1. Tübingen: dgvt.
- Borg-Laufs M. (Hg.) (2001): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 2. Tübingen: dgvt.
- Brestan, E. V.; Eyberg, S. M. (1998): Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 Years, 82 studies and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 27: 180–189.
- Briesmaster, J.; Schaefer, Ch. (1998): *Handbook of parent training*. New York. Wiley.
- De Grandpre, R. (2000): *Die Ritalingesellschaft – ADS eine Generation wird krankgeschrieben*. Weinheim. Beltz
- De Jong, P.; Kim Berg, I. (1998): *Lösungen (er-)finden: Das Werkstattbuch der Lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: modernes lernen.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie (2003): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter*.
- Döpfner, M.; Schürmann, S.; Fröhlich J. (1997): *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (Thop)*. Weinheim. Beltz.
- Döpfner, M.; Rademacher, C.; Wolff Metternich, T.; Freund-Braier, I. (2001): *Verhaltenstherapeutische Eltern-Kind-Therapie*. In: Borg-Laufs M. (Hg.) (2001): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 2. Tübingen: dgvt.
- Fitzner, T.; Stark W. (2000): *ADS: Verstehen – akzeptieren – helfen*. Weinheim: Beltz.
- Fonagy, P.; Target, M.; Contrell, D.; Phillips, J.; Kurtz, Z. (2002): *What works for whom?* New York. Guilford.
- Görlitz, G. (1993): *Kinder ohne Zukunft? Verhaltenstherapeutische Praxis im Erziehungsalltag*. München: Pfeiffer.
- Hartmann T. (1993): *Eine andere Art die Welt zu sehen*. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Hartmann, T. (2000): *ADD Veränderungen selbst bewirken*. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Hautzinger M. (1998): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. In: Hautzinger M. (Hg.): *Kognitive Therapie bei psychischen Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Kazdin, A. E. (1996): *Problem solving and Parentmanagement in Treating Aggressive Antisocial Behavior*. In: Hibbs, E. D.; Jensen P. S. (Hg.): *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders. Empirically Based Strategies for Clinical Practice*. Washington: American Psychological Association, S. 377–409.
- Kazdin A. E. (1997): *Parent management training: Evidence, Outcomes and Issues*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36: 1349–1356.

- Lange-Schmidt I. (1999): Minis machen möglich. Salzhausen: Iskopress.
- Lauth, G.; Schlotke, P (1999): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz.
- Linehan, M. (1996): Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Minuchin, S. (1997): Familie und Familientherapie Theorie und Praxis der strukturellen Familientherapie, 10. Aufl. Freiburg: Lambertus.
- MTA Cooperative Group (1999): A 14 Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch. Gen. Psychiatry 56: 1073–1086.
- Neuhaus, C. (1999): Das hyperaktive Kind und seine Probleme, 5. Aufl. Berlin: Urania-Ravensburger.
- Neuhaus, C. (2000): Der hyperaktive Jugendliche. Berlin: Urania-Ravensburger.
- Patterson, G. R.; Gullion, M. E. (1968): Living with Children. New methods for parents and teachers Champaign. Il. Research Press.
- Sanders, M.-R. (2000): Gruppenarbeitsbuch für Eltern. Münster.
- Sanders, M.-R. (1999): The Triple-P-Positive Parenting Programm. Towards an Empirically Validated Multi Level Parenting and Family Support Strategy for the Prevention and Treatment Child Behaviour and Emotional Problems. Child and Family Psychology Review 2: 71–90.
- Scheper, G.; König, C.(2000): Video-Home-Training. Eine neue Methode der Familienhilfe. Weinheim. Beltz.
- Schlippe, A. von; Schweizer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschöpe-Scheffler, (2003): Elternkurse auf dem Prüfstand. Wisbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Warnke, A.; Beck, N.; Hemminger, U. (2001): Elterntrainings: In: Borg-Laufs M. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2. Tübingen: dgvt.

Korrespondenzadressen: Dipl.-Psych. Marc Schmid, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, Steinhövelstr.5, 89075 Ulm. E-Mail: Marc.Schmid@medizin.uni-ulm.de
Dr. Claudia Puk, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Im Amtgarten 12, 74564 Crailsheim.