

Einleitung

Die jahrelange Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS und deren Eltern (von denen überzufällig häufig ein Elternteil selbst betroffen ist) bringt immer wieder aufs Neue die Erkenntnis, dass in der zentral wichtigen Elternberatung des verhaltenstherapeutischen multimodalen Behandlungsansatzes nicht nur die Anleitung zur Konsequenz, zu klaren Regeln und Strukturen für den Transfer in den Alltag wesentlich ist. Es zeigte und zeigt sich immer deutlicher, *wie* dies kommuniziert wird: zunächst im Elterntaining durch das Modell des Trainers und durch konkrete »Selbsterfahrung« im Rollenspiel; und dann durch die Eltern bei Instruktionen, beim Einfordern von Regeln, bei Erklärungen und Konfliktentschärfungen ihrem Nachwuchs gegenüber.

»Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, im Gehirn.«

Klaus Grawe

ADHS bedeutet eben nicht nur Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme zu haben, impulsiv und unruhig zu sein, sondern vor allem auch affektlabil, rasch auf dem Gefühl regelrecht »ausrutschend«.

Voraussetzung für eine zielführende Behandlung von Betroffenen mit ADHS (mit und ohne Komorbiditäten, in welchem Alter auch immer) ist, dass der Behandler den speziellen Wahrnehmungs- und Reaktionsstil wirklich kennt – mit der spezifischen Neurodynamik und entsprechenden Regulierungsdynamik und den funktionellen Auswirkungen. Dazu gehört vor allem, dass die Kommunikation (verbal und nonverbal) von Anfang an so erfolgt, dass die Patienten tatsächlich »erreicht« werden.

»Dem Gefühl ausgeliefert«, war der Untertitel des Buches ADHS bei Frauen 2004 von Doris Ryffel-Rawak. Sie betonte die Relevanz der emotionalen Labilität und Hypersensibilität. Krause und Kraus 2014 befürchteten kurz vor dem Erscheinen des DSM-5, dass die Affektlabilität dort ebenso wenig berücksichtigt würde wie im DSM-IV.

Wender (2009, S. 192) hatte diese charakteristische Stimmungsstörung (schon vor der Adoleszenz bestehend!) als »Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung sowie leichtgradiger Erregung« beschrieben. »Die niedergeschlagenen Stimmungslage wird von Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. Im Gegensatz zur »major depression« finden sich kein ausgeprägter

Interessenverlust oder somatische Begleiterscheinungen. Die Stimmungswechsel sind häufig reaktiver Art; gelegentlich treten sie aber auch spontan auf.

Kinder und Jugendliche mit ADHS verstehen offensichtlich Sprache schlichtweg einfach etwas »anders«. Sie kommen mit »Metasprache« schlecht zurecht, fassen z. T. wirklich »wörtlich« auf. So ist z. B. etwas Schwieriges langweilig, weil es eine lange Weile dauert. Sie reagieren zudem früher oder später leider »allergisch« (im wahrsten Sinne des Wortes) auf Worte und Formulierungen, die sich wiederholen, die »extrem« sind, die gereizt, vorwurfsvoll, jammernd, anklagend, drohend, moralisierend-appellierend, verhaltensverschreibend geäußert werden.

In einer förderlichen, unterstützenden und notwendigerweise auch länger anhaltend anleitenden Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS (mit und ohne Komorbiditäten) geht es entsprechend vordringlich darum, in der Familie einen veränderten »Kommunikationsstil« zu entwickeln, mit eindeutigen und präzisen Ansagen und Aufforderungen, die klar, freundlich und wertschätzend transportiert werden.

Auf dem 6. Weltkongress in Vancouver/Kanada im April 2017 bedauerte Louis Rhode von der Arbeitsgruppe ADHS für das DSM-5, dass die Affektlabilität und emotionale Impulsivität nicht im Kriterienkatalog vorhanden sind, da man immer mehr merke, dass genau dies ein zentrales Problem bei ADHS ist.

Ein gewisses Umdenken erscheint in der kognitiven Verhaltenstherapie sinnvoll, wenn man Patienten mit ADHS tatsächlich erreichen will, mit ihnen nachhaltig wirkende kompensatorische Strategien entwickeln möchte, die sie dann auch erfolgreich anwenden können (»selbstwirksam« – und somit allmählich das Selbstwertgefühl steigern).

2016 betonte Gerhard Roth in einem Interview mit dem Titel »Vulnerabilität und Resilienz sind neurobiologisch verankert« über Hirnforschung als unterstützende Wissenschaft für die Psychotherapie, v. a. die Wirkungsforschung betreffend, man müsse sich von einigen traditionellen Annahmen verabschieden, auch in der Verhaltenstherapie.

Resilienz als die innere Widerstandskraft, die jemand genetisch bedingt mitbringt (physisch und psychisch), ist bei ADHS individuell mehr oder minder stark ausgeprägt vorhanden. Diese Fähigkeit des doch immer wieder »auf die Füße kommen« nach Niederlagen, massiven Missgeschicken oder schwerer Krankheit ist dem Zeitgefühl im Hier und Jetzt, dem mangelhaften Lernen aus Erfahrung, dem Vergessen und dem Nicht-Abschätzen-können der Konsequenzen des eigenen Handelns geschuldet.

Im kognitiv-behavioralen Modell der Entwicklung der ADHS im Erwachsenenalter (nach Safren et al. 2004, 2005a, b und 2009) wird davon ausgegangen, dass die neuropsychiatrischen Grundbeeinträchtigungen v. a. der Aufmerksamkeit und Selbstregulation (im Sinn der Impulskontrollstörung?) dazu führten, dass Kompensationsstrategien wie Organisieren, Planen und Abarbeiten (statt aufzuschieben, zu vermeiden) nicht als funktionelle Beeinträchtigungen genutzt wurden, wodurch in der lebenslangen Lerngeschichte Misserfolge im Leistungs- und Sozialbereich zu entsprechend negativem Feedback und dementsprechend zu negativen Gedanken/Überzeugungen führen. Dadurch entstünden Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle, Angst und Depression.

Wenn nun in Anlehnung an dieses Modell in der kognitiven Verhaltenstherapie z. B. beim typischen Aufschieben vor allem die Konfrontation mit den negativen Konsequenzen erfolgt (und davon ausgegangen wird, dass nur eine Veränderung auftreten könne, wenn sich ein Betroffener »nahezu hundertprozentig« für die Therapie entschieden habe), könne der Patient dann eine Aufgabe in Teilschritte zerlegen, sie in kleinen Zeitportionen abarbeiten und sich dafür belohnen.

Die langjährige Erfahrung aus der Arbeit mit Patienten der unterschiedlichsten Altersgruppen zeigt jedoch, dass das trotz theoretisch völliger Übereinstimmung des Behandlers und des Patienten über avisierte Ziele so nicht umsetzbar ist, d. h., dass die so antrainierten Strategien nicht überdauernd angewendet werden. Bei der Konfrontation mit Negativkonsequenzen entsteht bei Betroffenen mit ADHS nur sofort ein schlechtes Gefühl mit regelrechtem Wegsacken der Vigilanz und Abschalten des hinteren Aufmerksamkeitssystems. Damit ist ein Zugriff auf Wissen und Erfahrung nicht möglich, der Patient empfindet »Blackouts«. Viele Patienten machen aber bei diesem Vorgehen erst mal »brav« mit, trauen sich nicht, zu hinterfragen – vor allem aus Scham!

Wenn im kognitiv-behavioralen Ansatz diskutiert wird, was man machen soll, wenn der Patient Angst hat, Dinge anzusprechen, und geraten wird, mit ihm zu besprechen, dass die Behandlung eine gewisse Anstrengung erfordere und er versuchen solle, mit Selbstinstruktion sein Verhaltensmuster zu durchbrechen und dabei auch sein Durchhaltevermögen zu trainieren, wird es für Patienten mit ADHS gefühlsmäßig schwierig.

Schon das Wort »Anstrengung« ist meist seit frühen Kinderjahren ein Wort, das gefühlsmäßig sofort Unbehagen hervorruft. Abgesehen davon klingen solcherlei Aufforderungen für Betroffene mit ADHS sofort so, als werde gemutmaßt, man »wolle« bloß nicht.

Erst recht, wenn der Patient ein akutes Problem hat, er aber in der Therapie-stunde ein vom Therapeuten bereits festgelegtes Thema bearbeiten soll und ihm klargemacht wird, dass man erst gegen Ende der Sitzung darauf eingehen wird – und dass in der Sitzung danach darauf geachtet werden sollte, ob er Gelerntes auch angewendet hat! Vor allem auch, wenn es um das Erlernen von emotionaler Selbstregulation geht (»Man muss doch nur ...« oder »Tun Sie ihre Wut in die Faust ...«).

Um die Lebensqualität nicht nur für die Kinder und Jugendlichen, sondern auch für die anderen Familienmitglieder wirkungsvoll zu verbessern, kristallisierten sich aus der Durchführung von Elterntrainings über viele Jahre hinweg zwei entscheidende Wirkfaktoren heraus:

- Akzeptanz der neurobiologischen Hintergründe von ADHS mit Verstehen der »anderen« Funktionssteuerung/Selbststeuerung sowie der typischen entwicklungspsychopathologischen Aspekte,
- einfühlsame und wertschätzende Vermittlung eines spezifischen Kommunikationsstils (nach dem Motto »weniger ist mehr«), besonders bei der Ankündigung und Einforderung von Regeln und Erklärungen v. a. im Kontext Lernen und Deeskalierung drohender Konflikte.

In diesem Elterntrainingsmanual ETKJ ADHS geht es nicht darum, nach »etwas Psychoedukation« Eltern zur Selbsthilfe anzuregen oder »Kochrezepte« zu vermitteln für typische und spezifische Krisensituationen. Letztendlich sollen Eltern mit Hilfe von umfassendem »Störungsbildteaching« und bei Bedarf immer wieder erneutem (und geduldigem) Erklären der Dysregulation der autonomen Selbststeuerung zur Analyse der Vorlaufsituationen eines Konfliktes befähigt werden.

Die Bereitschaft, z. B. gewisse Einstellungen verändern zu wollen, »an sich arbeiten zu wollen«, kognitiv kompensierende Strategien entwickeln zu wollen, steht und fällt damit, dass Betroffene erfahren dürfen, wie sie »ticken«. Unnötige krisenhafte Zuspitzungen können so oft im Vorfeld erkannt und somit abgefangen oder schnell beigelegt werden.

Dies gelingt am besten, wenn die Inhalte des Trainings klar, plastisch und anschaulich (d. h. auch mit sehr konkreten, von Eltern real berichteten Beispielen unterlegt) vermittelt werden, um die tatsächliche und aktive Bereitschaft der Eltern für eine Veränderung unter Einbindung der bereits vorhandenen Ressourcen zu erwirken.

Manche Eltern haben Mühe, sich auf die Erklärungen »nachhaltig« einzulassen, da sie oft in jahrelangen Odysseen ganz andere Hypothesen bezüglich der Verursachung oder den aufrechterhaltenden Bedingungen ihrer Schwierigkeiten gehört haben – oder aber schon immer der Überzeugung waren, dass es »normal« sei, so zu empfinden und zu reagieren.

Vielen gefällt es besser, sich zur Gruppe der »Hochsensiblen« zu gesellen (wobei ausschließlich die Umgebung für Irritationen und Fehlverhalten des Betroffenen verantwortlich gemacht wird. Tatsächlich wird bei der »Hochsensibilität« vollinhaltlich ein Teil von ADHS beschrieben, »Überreaktionen« aber quasi »entschuldigt«, dass der Betroffene ja gar nicht damit anders reagieren könne...).

Irritierend ist für viele, dass sie sich umgeben sehen von Menschen, die genauso »ticken« – bis langsam klar wird, was in der Selbsthilfe immer wieder deutlich wird: Man bleibt unter sich.

Hintergründig haben in aller Regel Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS relativ früh gespürt, dass etwas bei ihnen »anders« ist als bei Gleichaltrigen. Vieles gelingt trotz Anstrengung und echtem Bemühen einfach nicht – leider bei der üblichen Unterstellung der Bezugspersonen, dass »man ja nur nicht wolle«, »sich keine Mühe gebe«, »sich nicht anstrengen«, etc.

Impulsiv, gereizt ausgesprochene Worte wie »müssen, sollen, jetzt, sofort, nie, etc.« werden schnell zu »Unworten« – Sätze wie »Wie oft muss ich Dir noch sagen ...?«, »Wann lernst Du endlich ...?«, »Wenn du dir nur mehr Mühe geben würdest ...« zu »Unsätzen«; die Stimmung kippt, Ärger, Wut oder sofortige Traurigkeit machen Betroffene sofort unfähig, das zu tun, was sie tun sollen.

Alle haben leidvoll erfahren müssen, dass sie durch die erzieherischen Maßnahmen des Erklärens im Sinn eines schlussendlich appellierenden Moralisierens, der »Verhaltensverschreibungen«, Drohung, Negativ-Konsequenzen, Strafen lediglich regelrecht »abgestellt« wurden, wirklich nicht in der Lage waren, so reagieren zu können, wie es gewünscht wurde.

Dieses spezifische Erklären des »anderen« Funktionierens des Gehirns anhand von Zeichnungen und modellhafter Darstellung der »anderen Funktionssteuerung«

bei ADHS als »Störungsbild-Teaching« unterscheidet sich markant von der »üblichen« Psychoedukation mit verbalbeschreibender Erklärung der Kernsymptomatik, der Erläuterung des synaptischen Spalts, um u. U. zu erläutern, wie die Medikation wirkt.

Es ist immer wieder faszinierend, wie »eingeschaltet«, präsent und interessiert selbst schon relativ junge Kinder sind, wenn ihnen erläutert wird, wie sie »funktionieren«. Jugendliche sagen oft verblüfft »Woher kennen Sie mich?« – viele Erwachsene fragen nach langen Odysseen »Warum hat mir das noch nie jemand erklärt?«.

Nach Grawe (2004) erscheint es daneben äußerst wichtig, darauf zu achten, dass wirklich nur Veränderungen und Ziele formuliert werden, die nachvollziehbar und plausibel sind und die in den Familien auch tatsächlich erreicht werden können (d. h. »machbar« erscheinen).

Dafür ist unabdingbar notwendig, dass der Therapeut nicht nur inhaltlich überzeugend und sicher wirkt, sondern auch einen positiven/sympathischen Eindruck auf die Eltern macht. Dies ist essentiell bei ADHS! Als Lehrender und Explorierender im Konflikt ist er freundlich, warmherzig, extrovertiert, optimistisch und etwas humorvoll. Beim Therapeuten sind Körperhaltung, Mimik, Gestik und vor allem der Tonfall ausschlaggebend dafür, ob er »ankommt«. Er sollte besonders darauf achten, emotional negativ besetzte Formulierungen zu vermeiden (was sinnvollerweise auch richtig geübt werden sollte. Hierfür bietet sich der Kurs »Train the Trainer ETKJ« als Ergänzung zum vorliegenden Manual an).

Eltern suchen in einem solchen »Erziehungskurs« Orientierung, nehmen viel »so nebenher« wahr, was möglichst positiv für sie sein sollte. Eltern sollten – der neuropsychotherapeutischen Ausrichtung folgend – während eines Trainings auch angenehme Zustände erleben, z. B. gemeinsam Lachen können. Mit einer guten Grundstimmung lernt es sich leichter – eine Binsenwahrheit. Aber nur bei guter Befindlichkeit kann jemand mit ADHS wirklich Informationen aufnehmen, an die er sich dann später auch erinnern kann.

Im ETKJ ADHS dürfen entsprechend keinerlei unsensible Bemerkungen oder direktive Vorgaben (»Sie müssen ...«) bezüglich erwünschter Veränderungen gemacht werden. Allerdings wird den Eltern aber auch nicht »freigestellt«, was und wie sie etwas verändern können, wenn bei ihnen ein echter Veränderungswunsch bezüglich immer wiederkehrender Problemeskalationen besteht. »Psychologisierende Interpretationen« z. B. bezüglich der psychodynamischen Hintergründe, Bindung und Beziehung mit hintergründig subjektiven Hypothesen des Trainers ohne stimmigen und bestätigten Abgleich mit Elternteilen ist im ETKJ ADHS tabu.

Das ETKJ ADHS basiert ursprünglich auf dem »Münchener Trainingsmodell« nach Paul Innerhofer (1977) mit einer der Kernaussagen, dass Eltern nicht nur diejenigen sind, die ihr Kind unter Umständen leider am stärksten »schädigen« können, sondern das Kind auch weit stärker als außenstehende Personen unterstützen und fördern können – wenn sie wissen, wie das funktionieren kann.

Erweitert wurde der Ansatz dahingehend, dass Eltern im Training dazu verholten wird, das Kind mit dem typischen Wahrnehmungs- und Reaktionsstil bei ADHS in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt zu sehen, um das Verhalten des Kindes/

Jugendlichen nachvollziehen zu können. Wird die Symptomatik vor allem unter dem Aspekt des »gestört Werdens« der Eltern durch das Verhalten der Kinder/Jugendlichen gesehen. Dies triggert unwillkürlich den Impuls bei den Eltern, instinktiv wehren, kritisieren, strafen zu wollen (wie sie dies bisher erfolglos schon machten). Verstehen die Eltern die Hintergründe wirklich, erkennen sie, dass die Kinder/Jugendlichen sich tatsächlich eben nicht so verhalten/anpassen können und sie unter ihrer Steuerungsschwäche tatsächlich leiden.

Die leider eindeutig entwicklungspsychopathologischen Aspekte bei ADHS im Lebensverlauf (vgl. Neuhaus 2020) machen gewisse Einstellungsänderungen der Erziehenden nötig, um eine alters- und störungsspezifisch positive erzieherische Haltung mobilisieren zu können, die dann im sogenannten »Verhaltensmanagement« und im veränderten Kommunikationsstil ihren Niederschlag finden.

Das ETKJ ADHS ist als ein Elterntaining zu verstehen, bei dem wünschenswerterweise beide Elternteile präsent sind (bei Trennung und Scheidung evtl. auch mit den neuen Partnern – mit Teilnahme unter Umständen in verschiedenen Kursen) oder einem Elternteil und einer miterziehenden Bezugsperson (Tagesmutter, Großeltern, etc.). Geschwisterkinder unter 18 Jahren sollten nicht zugelassen werden, da leider erfahrungsgemäß Erläuterungen aus dem Training später unter Umständen kontraproduktiv im Konflikt eingesetzt werden können.

Voraussetzung für ein gelingendes Elterntaining ETKJ ADHS ist, dass zumindest bei einem Elternteil ein deutlicher Leidensdruck besteht, der Wille, die Symptomatik als Störung zu akzeptieren, eine gewisse Mitarbeitsbereitschaft, Umsetzungswilligkeit und ausreichende Kognitionsfähigkeit (sowie ausreichendes Sprachverständnis der Sprache, in der es vermittelt wird).

Es liegt an der »Kunst der Vermittlung«, wie der eher skeptischere, kritischere oder weniger interessierte Elternteil mit »ins Boot« geholt wird – allerdings unter der Voraussetzung, dass keine »Ideologie« im Hintergrund steht. Das verhaltenstherapeutisch neuropsychotherapeutisch konzipierte ETKJ ADHS ist angelegt als ein Kompakttraining in der Gruppe am Wochenende mit mindestens zwei Nachberatungsabenden ca. zwei bis vier Monate später.

Es hat sich gezeigt, dass der Transfer wesentlich besser gelingt, wenn sehr intensiv und verdichtend zunächst an konkreten Beispielen der Wahrnehmungs- und Reaktionsstil bei ADHS verstanden werden kann, dann stimmig und nachvollziehbar Einstellungsänderungen erarbeitet und Strategien erläutert werden – und danach das Ausprobieren über einen längeren Zeitraum (mit Nachbesprechung/Korrektur in derselben Gruppe zeitversetzt später) erfolgen kann.

Nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch Erwachsene mit ADHS als Elternteile, haben zum Teil noch Schwierigkeiten mit einer realistischen Selbsteinschätzung oder können sich oft auch selbst nicht so gut organisieren. Sie haben nicht selten ebenso ihre Schwierigkeiten mit dem Einschätzen von Zeit und Zeitverlauf. Sie verfügen vor allen Dingen aber nicht (im Vergleich zu Nichtbetroffenen) über eine ständige und jederzeit präsente »autobiografische Bewusstheit«. Daher praktizieren sie leider erfahrungsgemäß im Umgang mit ihren Kindern und Jugendlichen genau die Art der Kommunikation, die sie selbst als Kind oder Jugendlicher verabscheut haben.

Sie monologisieren gerne, kommen vom einem zum anderen, unterbrechen bisweilen impulsiv ihr Gegenüber oder geraten rasch in einen belehrenden, leider häufig regelrecht schulmeisterlichen Ton. Gut gemeint (!) erklären sie gern weit ausholend und haben, ohne es wirklich zu merken (wie ihre Kinder), am liebsten das letzte Wort. Und genau wie ihre Kinder sehen sie beim Gegenüber alles vor allem jedes Fehlverhalten (!) – nur nicht bei sich selbst. Ihre eigene Erziehungs- und Modellwirkung ist ihnen meist kaum »bewusst«, wird ihnen allerdings recht negativ emotional besetzt unter Umständen vom Partner oder leider auch professionellem Berater mit zusätzlicher Schuldzuweisung »rückgemeldet«. Oft hat ein Elternteil jedoch bereits früh in der eigenen Lebens-/Lerngeschichte Selbstzweifel entwickelt, häufig bestehen hintergründig Verlustängste, Insuffizienz- und Schuldgefühle (vgl. Neuhaus 2005).

Dies ist leider überzufällig häufig der Grund, warum der Rat, einfach mal richtig konsequent sein zu sollen, nicht umgesetzt wird/werden kann. Aus Angst vor einem Konflikt, einer mal wieder nicht enden wollenden Diskussion, oft vor allem aber aus Angst, evtl. die Zuneigung des Kindes/Jugendlichen verlieren zu können, wird dann einem Wunsch eben doch entsprochen, eine Ausnahme gemacht, nachgegeben. Man will nicht so hart, streng, rigide sein, versucht es eben dann weiter so, wie man das gerade eben so jetzt für richtig hält.

Durch den bei ADHS typischerweise mangelhaft ausreifenden Perspektivenwechsel entstehen schnell Missverständnisse, wenn etwas z.B. subjektiv »nicht so Wichtiges« unvollständig aufgenommen wurde, eine Erledigung vergessen wurde, sich nicht wahrgenommen, wertgeschätzt fühlend, entgleist die Situation schnell durch gereizte Wortwechsel mit Vermutungen darüber, »warum jemand mal wieder nicht ...«. Die Rechtfertigung erfolgt schneller, als dieses »Gedankenlesen« geäußert ist, wobei das Gegenüber von der 100%igen Korrektheit der Vermutung, »warum wieder jemand nicht ...« völlig überzeugt ist.

Erfahrungsgemäß bleiben Betroffene mit ADHS »unter sich«, wobei in der Beziehungsgestaltung die individuellen »Rhythmen« und vor allem über die Dauer die Absprachen in der Partnerschaft nicht »so einfach« abstimmbare und einhaltbar sind, auch wenn an sich der Wille grundsätzlich dafür wirklich da ist.

Selbst ein erwünschtes Kind wird dann (bei seiner eigenen Reizoffenheit und Reizfilterschwäche, seiner später zunehmend auffallenden Impulssteuerschwäche und vor allen Dingen seiner Affektlabilität) rasch Anlass zu vielen Auseinandersetzungen bei kontroversen Einschätzungen (mit entsprechend hintergründigen Einstellungen), Wertungen und Reaktionen der Partner geben. Ein subjektiv zunächst lieb gemeintes Erteilen von Ratschlägen (wenn das Gegenüber mit einer Situation nicht so gut fertig zu werden scheint) wird schnell zu einem vorwurfsvollen »Also gut, dann eben nicht!« oder bei einer Entgegnung »Wenn du meinst ...« – wenn nicht sofort freudig der Rat aufgegriffen/umgesetzt wird (in der Erwartung, dass die subjektiv richtige Hilfestellung doch dem anderen sofort »einleuchten« müsste).

Bei den typischen (oft aus geringstem Anlass getriggerten) Verhaltensauffälligkeiten des Kindes reagiert leider das Umfeld dann zusätzlich rasch und ungefragt negativ, was die Selbstwirksamkeitsempfindung der Eltern bezüglich ihrer Erziehungsfähigkeit beeinträchtigt. Dies wird oft dadurch verschärft, dass völlig unter-

schiedliche und widersprüchliche Kommentare geäußert werden, bagatellisierend oder auch im Gegenteil mit spezifischen Schuldzuweisungen, Interpretationen und Vorwürfen (auch zum Teil von Professionellen!), was die Befindlichkeit der leider eben oft schon aus ihrer eigenen Lerngeschichte verunsicherten und syndromtypisch schnell zu beeinflussenden und verunsichernden Eltern noch weiter einschränkt – und somit das Umsetzen von Ratschlägen schlicht verunmöglicht.

Im ETKJ ADHS wird mit einer speziellen Gesprächsführungstechnik gearbeitet, mit prägnant-freundlich-humorvollem Strukturieren, mit ermittelndem Hinterfragen (bis eine Situation wirklich plastisch geworden ist) und mit Abstoppen durch »Parallelreden«, wenn jemand ins Monologisieren kommt.

Es wird gänzlich abgesehen von unnötigem und leider sogar völlig kontraproduktivem »Spiegeln von Gefühlen« oder »dem Betrachten eines Problems aus jeder Sicht«, da ein Problem bei ADHS biologischen Ursprungs ist und nicht gleich eine Lösung impliziert.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Elterntraining ist, dass der Trainer selbst die konstitutionell bedingte Regulierungsdynamik bei ADHS als Anpassungsstörung kennt und akzeptiert – dies (mit allen möglichen Komorbiditäten und assoziierten Störungen) über den ganzen Lebensverlauf – und sein Wissen immer wieder anhand der Erkenntnisse der seriösen internationalen wissenschaftlichen Forschung erweitert.

Unabdingbar notwendig ist für ein gelingendes Elterntraining mit diesem Konzept, dass der Trainer die gegenwärtige Situation der Kinder und Jugendlichen kennt und weiß, dass besonders in Deutschland (und zum Teil auch im deutschsprachigen Ausland) im Kindergarten und in der Schule immer früher von allen Kindern Selbstständigkeit verlangt wird. Immer früher soll eigenverantwortlich sich etwas erarbeitend und ableitend gelernt werden, auch in Gruppen, im Rahmen von Projekten und mit entsprechenden Präsentationen.

Ein kleiner Teil aller Kinder kommt damit zurecht – Kinder mit ADHS definitiv nicht.

Sehr problematisch ist für sie die »Freiarbeit mit Wochenplan« mit der Notwendigkeit des ständigen abwägend-überlegten Entscheiden-Sollens, was Kinder mit ADHS auch als Jugendliche eben einfach nicht können.

Durch die Methoden-Vielfalt und die Vorgaben in der Schule, etwa dass die Kinder immer wieder ihren Sitzplatz wechseln sollen, ist der Geräuschpegel in den Klassen seit Jahren extrem hoch geworden. Hausaufgaben sollen zwar nach wie vor von Kindern und Jugendlichen angefertigt werden – selbstständig, nicht von den Eltern kontrolliert –, werden durch die Lehrer allerdings meist nur noch in den seltensten Fällen wirklich überwacht. Kinder mit ADHS brauchen jedoch besonders viel übendes Wiederholen, bis sie nicht so interessante »Basics« der Kulturtechniken (wie Rechtschreibregeln, das Einmaleins) wirklich verautomatisiert haben, d.h. auch unter erschwerten Umständen sofort abrufen können.

Bei der »modernen« Art der Stoffvermittlung wird immer unklarer, was wie und wozu gelernt werden soll. Durch das »fächerübergreifende« Lernen in immer grö-

ßeren »Arbeitsfeldern« wissen selbst oft ältere Jugendliche nicht, zu welchem Fachbereich sie den aktuellen Stoff zuordnen sollen. Das mühsame Abarbeiten von Arbeitsblättern mit großen Textmengen (die es sofort zu erfassen gilt), die Schwierigkeit mit Begriffen umgehen zu müssen, die oft einfach noch nicht verstanden worden sind und die Notwendigkeit, dann auch noch erkennen zu sollen, dass es im Mathebuch Aufgaben gibt, die nicht lösbar sind, erschweren das ohnehin belastete Schülerleben (unter anderem mit der sehr eingeschränkten Fähigkeit, die Aufmerksamkeit sofort aktivieren zu können, v. a. wenn etwas nicht so interessant ist oder ein Lehrer nicht sofort sympathisch erscheint).

Es erwies sich über die Jahre als positiv, Eltern mit Kindern der ungefähr gleichen Altersgruppe zusammen zu schulen (Vorschulkinder, Grundschulkinder, Jugendliche, in der Sekundarstufe I [5.–7. Klasse], Jugendliche der Mittelstufe, ältere Jugendliche, junge Erwachsene).

Bei den jüngeren Kindern haben Eltern vor allen Dingen ihre Schwierigkeiten mit der frühen »Selbstständigkeit«, dem ständigen Plappern und dem plötzlichen »Bocken«, mit der typischen Trödelei bei Routinen, beim Thema »Schlafen«, »Essen«, aber auch bei dem häufigen Problem des verzögerten Sauberwerdens oder den unerwartet auftauchenden Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen – und natürlich mit Medien

Bei den Schulkindern und jungen Jugendlichen dreht es sich natürlich um alles im Kontext Schule und Hausaufgaben. Daneben belastet, dass die Kinder nicht Ordnung halten können und der immer prominenter werdende Wunsch nach noch mehr Medienkonsum. Ab der Schulzeit eskaliert es in familiären Kommunikation erfahrungsgemäß noch rascher, oftmals nehmen auch die Schwierigkeiten der Kinder und jungen Jugendlichen im Umgang mit Gleichaltrigen deutlich zu (und die Konflikte zwischen den Elternteilen).

Bei den Eltern der etwas älteren Jugendlichen geht es u. a. um die ständigen Querelen wegen des Lernens, dem Aufschieben subjektiv schwierig oder langweilig erscheinender Aufgaben. Es geht aber auch um die Sorge bezüglich der Anziehungskraft, die andere schwierige Jugendliche auf Jugendliche mit ADHS haben, unter anderem mit der Angst vor delinquentem Verhalten und Substanzmissbrauch.

Kinder und vor allem Jugendliche wollen oft schon sehr früh »selbstbestimmt« sein. »Alle anderen dürfen..., nur ich nicht!« ist ein gängiges Argument. Eine einmal genehmigte Ausnahme wird sofort zur »stehenden Regel« – und es wird ewig diskutiert, warum das nicht so sein soll. Leider sind sie tatsächlich sehr in Gefahr »Handy-«, »Tablet-« oder »Playstationsüchtig« zu werden.

Jugendliche haben oft Probleme mit dem Begriff »Eigentum«, wenn sie gerade etwas benötigen. Kummer macht das zunehmende Vermeiden, Lügen, Mogeln, Tricksen, was fast unweigerlich die »Superpubertät« begleitet.

Ältere Jugendliche und junge Erwachsene bereiten ihren Eltern häufig Sorge bezüglich ihrer Unentschlossenheit hinsichtlich der Berufswahl, unter anderem auch damit, sich nicht »aufraffen« zu können, eine Bewerbung zu schreiben. Anlass zur Besorgnis wird nicht selten, dass selbst der ältere Jugendliche oder junge Er-

wachsene mit dem Geld immer noch nicht zurecht kommt, noch immer nicht begreift, dass das eigene Zimmer ein Teil der elterlichen Wohnung ist, für das die Eltern aufkommen (und eigentlich einen Anspruch auf etwas eigene Lebensqualität haben).

Ziel des alltagswirksamen ETKJ ADHS ist die Befähigung der Eltern, mit dem Wahrnehmungs- und Reaktionsstil bei ADHS verstehend umzugehen und somit anders und erfolgreicher kommunizieren zu können.

Dies führt bei Anwendung der Strategien dann über den Zeitverlauf erfahrungsgemäß zusätzlich zur Erhöhung der eigenen Selbstwirksamkeit und somit des Selbstvertrauens, wie die Rückmeldungen der letzten Jahre eindrücklich belegen (wobei manchmal ein solches Training, nach einiger Zeit wiederholt, erst den erwünschten Effekt mit sich bringt).

Über im Rollenspiel konkret erlebte negative Kommunikation mit den entsprechenden Auswirkungen und nachfolgender Vorlauf- und Mikroanalyse von Krisen zu Hause sollen ein konkreter Abbau des Entstehens solcher Konflikte und eine verbesserte Eltern-Kind-Interaktion möglich werden.

Ziel soll sein, in den Familien die typischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen nicht vor allem durch Strafen und Ankündigungen negativer Sanktionen reduzieren zu wollen, was sich im Langzeiteffekt als ineffektiv herausgestellt hat. Wird die Anstrengungsbereitschaft gezielt verstärkt (und nicht nur das Handlungsergebnis!) und wird unter Umständen flankierend, wenn nötig, rechtzeitig (von gut aufgeklärten Eltern getragen!), die Medikation eingesetzt, führt dies erfreulich oft zu einer Reduktion und/oder Prophylaxe entstehender Komorbiditäten.

Die langjährige Erfahrung zeigt, dass vielen Eltern das Lesen von Ratgebern schwer fällt und/oder die Umsetzung nicht recht klappt. Tatsächlich wird aber offensichtlich wirklich nur anhaltend umgesetzt, was in den Familien wirklich verstanden wurde, subjektiv nachvollziehbar, plausibel und machbar erscheint.

Die Wirkmechanismen (überprüft durch Evaluationsrückmeldungen) sind:

- die Möglichkeit, Menschen zu begegnen, die ganz ähnliche Probleme haben,
- eine »Diagnosebestätigung« durch das Wiedererkennen der Symptomatik,
- eine Entlastung bezüglich Selbstvorwürfen (in eingeschränktem Maß),
- eine »Plattform«, um Ängste, Befürchtungen, aber auch Hilflosigkeit zu äußern,
- aufgezeigt zu bekommen (ohne Interpretation oder Schuldzuweisungen) wie die Kinder und Jugendlichen funktionieren,
- aufgezeigt zu bekommen, was einfach zu akzeptieren ist (mit Humor und Einstellungsänderung),
- selbst zu erfahren, wie negative Kommunikation wirkt,
- Organisationshilfen zu erhalten, z.B. für den Umgang mit Zeit oder eigenen Antriebsschwierigkeiten,
- Anleitung das Entstehen eines Konfliktes analysieren zu können.