

Elterntraining bei ADHS und Störungen des Sozialverhaltens

Möglichkeiten für die Kinder- und Jugendärztliche Praxis

Rüdiger Penthin

Im Behandlungskonzept von **Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern** haben pädagogische Elterntrainings einen gesicherten Stellenwert (Kazdin 2000). Störungen des Sozialverhaltens treten jedoch häufig in Komorbidität zur ADHS auf. Auch in der Behandlung von Kindern mit **ADHS** (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) werden pädagogische Elterntrainings schon seit den 70er Jahren angewendet (Satterfield 1987). Im deutschsprachigen Raum wurden ebenfalls verhaltenstherapeutische Konzepte für Kinder mit ADHS entwickelt (z. B. **THOP**; Döpfner 1997), die auch ein begleitendes Elterntraining beinhalten. Die Überprüfung eines auf dem Boden dieses Therapieprogramms entwickelten Gruppenelterntrainings (10 Gruppensitzungen a 100 Min.) zeigte, dass im Verlauf dieses Trainings bei Kindern mit ADHS und Methylphenidat-Therapie im mittleren Dosisbereich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Elterntraining eine signifikante Reduktion des Hyperaktivitätsindex, der Verhaltensauffälligkeiten und der Lernschwierigkeiten im Elternurteil auftrat (Salbach 2005).

Im Rahmen der Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (**MTA-Study**) wurden u.a. auch verhaltenstherapeutische Behandlungsmaßnahmen, die ein umfangreiches

Elterngruppentraining beinhalteten, überprüft (Swanson 2001), (s. Abb. 1) Ein multimodales Therapiesystem mit verhaltenstherapeutischen Interventionen (Elterntraining, Interventionen in der Schule und kindzentrierte Problemlöse- und soziale Kompetenztrainings), regelmäßiger Beratung und gut überwachter medikamentöser Therapie wurde als das effektivste Behandlungsregime v. a. bei ADHS mit komorbider Störung des Sozialverhaltens und komorbider internalisierender Störung identifiziert (Jensen 2001).

Aktuellere Untersuchungen (**New York Montreal – Study**) zeigten jedoch, dass eine kombinierte Therapie mit Stimulantien und einer komplexen Verhaltenstherapie (incl. Elterntraining) einer isolierten hochdosierten Methylphenidat-Therapie hinsichtlich der Kernsymptome des ADHS aber auch hinsichtlich schulischen Verhaltens nicht signifikant überlegen war (Abikoff 2004, Hechtman 2004, Klein 2004). In diese Untersuchung wurden jedoch nur Kinder, die auf Methylphenidat ansprachen, aufgenommen. Die aufgenommenen Kinder wurden mit relativ hoher Dosis behandelt. Diese Ergebnisse sind somit kein Beleg dafür, dass Kinder, die nicht medikamentös behandelt oder nur mit niedrigen Dosierungen behandelt werden oder Kinder mit ausschließlichen oder zusätzlich zum ADHS vorliegenden Stö-

rungen des Sozialverhaltens nicht doch von einer begleitenden Verhaltenstherapie einschließlich Elterntraining profitieren.

Es ist außerdem zu beachten, dass multimodale Therapieformen das **langfristige** (8-9 Jahre) **Outcome**, z. B. hinsichtlich einer kriminellen Entwicklung, bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS, deutlich besser zu beeinflussen scheinen als eine isolierte medikamentöse Therapie (Satterfield 1987). Elterntrainings sollten somit – neben den Verhaltens- und Konzentrationstrainings für die betroffenen Kinder – auch als wesentlicher Bestandteil des verhaltenstherapeutischen Konzeptes für Familien mit Kindern, die an einem ADHS leiden, angeboten werden.

Inadäquate elterliche Verhaltensweisen (überschießend hart, inkonsequent-gewährend oder vernachlässigend) können zu einer Reihe von Problemen in Bezug auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten führen (Patterson 1989, Petermann 1997): Zum einen erleben die Kinder elterliche Aggression als Vorbild für ihr eigenes Verhalten, zum anderen können sie für ihr unangemessenes Verhalten verstärkt werden, dadurch dass sie die elterliche Akzeptanz problematischen Verhaltens erleben oder dadurch dass elterliche Beschimpfungen und Drohungen als verstärkende Aufmerksamkeit empfunden werden (s. Abb.2). Kinder mit einem

Abb. 1

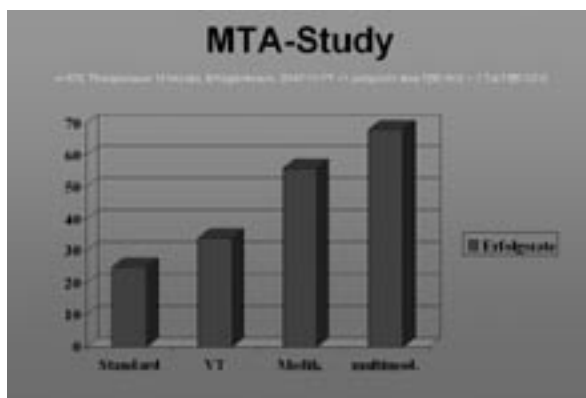


Abb. 2

