

# Hinweise für Lehrer zum Umgang mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern (Kindern mit „ADS“ = Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)

---

## Allgemeine Informationen zum Störungsbild

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ist eine **organisch** (wahrscheinlich über Stoffwechselstörungen) **bedingte Konzentrationsstörung**, die **willentlich kaum oder gar nicht beeinflussbar** ist; die Kinder können die Aufmerksamkeit nur unter Medikation und / oder einer begleitenden und langwierigen Therapie zu steuern lernen. ADS-Kinder haben insgesamt **Probleme**, die auf sie einströmenden akustischen und visuellen **Reize zu filtern** und ihre Gedanken „auf Linie zu halten“.

Weil in unserer Kultur Konzentration als etwas betrachtet wird, dass jeder mit Willenskraft herstellen könne, **reagiert die Umwelt auf diese Kinder sehr oft sehr hart**, verständnislos, mit Vorwürfen und insgesamt unangemessen, wodurch wiederum Teufelskreisläufe in Gang gesetzt werden: Das Kind fühlt sich (und ist!) unverstanden und falsch behandelt, reagiert je nach Wesen depressiv oder aggressiv, hat neue Schwierigkeiten usw. Die vielen, langjährigen Erfahrungen falscher Behandlung führen dann zu sog. sekundären Neurotisierungen, z.B. Verlust an Selbstbewusstsein, Prüfungsangst, Vermeidungstendenzen usw. Allerdings verbergen viele Kinder diese Probleme oft hinter einer scheinbar sehr „coolen“ Fassade, die aber wirklich nur Fassade ist.

Bei ADS-Kindern an weiterführenden Schulen (d.h. ADS-Kindern mit guter oder sehr guter Intelligenz) kommt hinzu, dass sie nicht selten keines der üblichen äußerlichen Anzeichen (z.B. extreme Hyperaktivität) zeigen und leistungsmäßig jahrelang kaum auffallen, weil sie durch ihr gutes Auffassungsvermögen vieles ausgleichen. Deshalb braucht es sehr lange, bis ihr eigentliches Problem

entdeckt wird, und das ist bei besonders begabten Kindern oft erst in der 6. / 7. Jgst. der Fall, wenn die Anforderungen an die konzentrationale Belastbarkeit schlagartig steigen.

Die Tatsache, dass ADS-Kinder u.U. in Situationen, die sie sehr stark interessieren, ein ganz normales Konzentrationsverhalten zeigen, ist übrigens nicht automatisch ein Beleg gegen die Annahme einer organisch bedingten Konzentrationsstörung. Das Problem ist, dass betroffene Kinder eben nicht wie andere in der Lage sind, auch in nur ansatzweise langweiligen Phasen bzw. in Situationen mit normalem Anregungsgehalt durch willentliche Anstrengungen ihre Konzentration zu bewahren.

Im Übrigen **gibt es nicht das ADS-Kind schlechthin**. Welche Ausprägung die Symptomatik nimmt, ist von Kind zu Kind sehr unterschiedlich. Der Hauptunterschied besteht im ADS mit und ohne Hyperaktivität: **„Zappelhüpp“** vs. **„Träumer“**. Die folgenden Hinweise gelten jedoch für beide Gruppen; Hinweise für spezielle Symptomausprägungen würde ich noch eigens im Gutachten zu dem betreffenden Kind geben.

Mir ist klar, dass in großen Klassen, wie wir sie leider haben, die Möglichkeiten der Lehrkraft, auf einen einzelnen schwierigen Schüler angemessen einzugehen, sehr begrenzt sind. Allerdings können die folgenden Hinweise vielleicht ein wenig helfen, die Situation des Kindes besser zu erfassen, seinen Problemen mehr gerecht zu werden, das Konfliktpotential zu reduzieren und so auch das Wohlbefinden des Lehrers zu sichern.

## Grundhaltung im Umgang mit den Kindern: „wohlwollende Bestimmtheit“

Generell brauchen ADS-Kinder ein Lehrer- und Erziehverhalten, das von wohlwollender Bestimmtheit geprägt ist:

- **Bestimmtheit:** Wegen der Unfähigkeit bei der Reizfilterung und der Selbststeuerung ist es nötig, dass man diesen Kindern gegenüber sehr bestimmt sagt, was Sache ist und erwartet wird, und dass man recht konsequent ist. (Siehe allerdings auch unten!)
- **wohlwollend:** Weil die ADS-Kinder durch ihre Vorerfahrungen sozial i.d.R. sehr verunsichert sind, ist es nicht hilfreich, wenn die Bestimmtheit von einer aggressiven oder distanziert-unterkühlten Haltung begleitet wird. Gerade ADS-Kinder brauchen das Gefühl, dass man sie grundsätzlich mag und ihnen helfen will. Um ihnen dieses Gefühl zu vermitteln, ist es sehr hilfreich, sich dem

Kind gelegentlich (z.B. am Rand einer Stunde) persönlich zuzuwenden, ihm zwischendurch aufmunternd und lächelnd zuzunicken o.Ä. – Sehr hilfreich ist es, wenn ein Lehrer der Klasse sich als Mentor oder Tutor versteht und dem Kind als Ansprechpartner dient. Keine Angst – hier reichen oft Minutengespräche. Natürlich kann kein Lehrer als Therapeut wirken, aber er kann die therapeutische Arbeit im Alltag erheblich unterstützen.

- Zum Aspekt „wohlwollend“ gehört auch, dass ADS-Kinder über lobende Äußerungen

## Reizreduzierung / stabile Umweltbedingungen

Für ADS-Kinder ist es hilfreich, wenn die Menge der auf sie einströmenden Reize reduziert wird und zugleich die Umweltbedingungen möglichst stabil bleiben. Konkret heißt das z.B.:

- Sitzplatz möglichst weit vorne und nahe beim Lehrer, möglichst kein Sitzplatzwechsel während des Jahres. Manchmal (v.a. bei starker Hyperaktivität) ist es auch sinnvoll, weil konzentrationssteigernd und konfliktreduzierend, dass das Kind alleine in einer Bank sitzt.
- ADS-Kinder sind besonders gegenüber akustischen Reizen anfällig. Kleinste Geräusche, die jeder andere ausblendet, werden von ihnen wahrgenommen und führen zur Ablenkung (z.B. dazu, woanders hinzuschauen). Hier sollte man nicht zu schnell tadelnd reagieren; hilfreich ist es oft, durch eine kurze Namensnennung oder ein kurzes Berühren die Konzentration zurückzulenken.
- Nicht nur ADS-Kinder, aber gerade sie brauchen im Regelfall eine möglichst große Ruhe im Klassenzimmer. Sehr wichtig ist das wäh-

## Kleinschrittige, präzise Anweisungen

ADS-Kinder brauchen kleinschrittige, präzise Anweisungen.

- Anweisungen, die mehrere Einzelhandlungen umfassen (z.B. „Nehmt euer Buch heraus, schlagt S. 17 auf und bearbeitet Aufgabe 12a und 12b“), führen schnell zur Überforderung. Diese mündet darin, dass Aufträge nur schleppend, in unsystematischer Form oder gar nicht umgesetzt werden. Auch wenn es für die Lehrkraft zunächst anstrengend erscheint, ist ein zusätzliches, möglichst diskretes Wiederholen der Anweisungen sehr hilfreich, wobei diese außerdem in Einzelteile zerlegt werden sollten. Ein solches Vorgehen reduziert mittelfristig Konflikte erheblich.

bei richtigem Verhalten wesentlich besser lenkbar sind als über Tadel bei falschem Verhalten. Gegenüber Tadel haben viele sogar eine „dicke Haut“ entwickelt, weil sie damit ja oft zeitlebens konfrontiert wurden, ohne dass es ihnen geholfen hätte. Außerdem wissen sie bei Tadel nicht, wie richtiges Verhalten aussieht. Das gilt grundsätzlich für alle Kinder, aber bei ADS-Kindern ist es noch nötiger, die richtige Verhaltensperspektive aufzuzeigen.

rend Prüfungen: Dort können bereits kleine akustische Reize (Scharren von Füßen, zahlreiche Zwischenfragen usw.) zum Zusammenbruch der stressbedingt ohnehin reduzierten Konzentration eines ADS-Kindes führen. Ein praktisches Mittel gegen die Reizüberflutung bei Prüfungen ist der Einsatz von Ohropax; wundern Sie sich bitte nicht, wenn ein Kind sie einsetzt.

- In sehr unruhigen Klassen darf man sich nicht wundern, dass gerade ADS-Kinder ebenfalls sehr unruhig werden; wenn sie sich von der Unruhe anstecken lassen und mitmachen, werden sie u.U. noch besonders gescholten, obwohl sie tatsächlich diese Reizüberflutung willentlich kaum bewältigen können.
- Es gibt übrigens gelegentlich Ausnahmen, d.h. ADS-Kinder, die sich unter Reizüberflutung besser konzentrieren können. In einem solchen Falle würden Sie bezogen auf den Fall speziell informiert werden.

- Für Hausaufgaben gilt: Bitte so oft wie möglich kontrollieren, ob das ADS-Kind die Aufgaben auch richtig und vollständig notiert hat! Besonders dann, wenn die Aufgaben schnell gestellt werden, nicht an der Tafel stehen und/oder in die Unruhe beim Schlussgong einer Stunde gestellt werden, sind ADS-Kinder überfordert und notieren sich die Arbeiten ungenau oder unvollständig – mit dem Effekt, dass sie die Hausaufgaben entsprechend unvollständig erledigen und so wieder einmal ein Teufelskreislauf in Gang gesetzt wird.

## Hilfen zur Reduzierung der Hyperaktivität

Für Kinder, die unter der Variante ADS plus Hyperaktivität leiden, ist es hilfreich, wenn sie die ständig aufkeimende Bewegungsenergie abbauen können.

- Heftiges hyperaktives Verhalten ist im Unterricht natürlich nicht tolerabel. Hier können Lehrer auch kaum helfen. Sollte ein solcher an weiterführenden Schulen sehr seltener Fall

vorliegen, erhalten Sie außerdem gezielte Hinweise.

- Gemäßigtes hyperaktives Verhalten kann dadurch abgebaut werden, dass Kinder z.B. einen kleinen Knautschball in der Hand halten und kneten. Ich bitte das ggf. zu tolerieren. Für ADS-Kinder ist übrigens auch das Kaugummikauen in Prüfungen sehr hilfreich.

## Begleitprobleme

Ein ADS wird oft von bestimmten Problemen begleitet:

- **Lese- und / oder Rechtschreibschwäche:** Durch die Konzentrationsschwäche entsteht in nach meiner Erfahrung 80 % der Fälle auch eine Rechtschreibschwäche. Sollte dies vorliegen, kann dem Kind noch durch die Anerkennung der Rechtschreibschwäche und die entsprechenden Nachteilsausgleichsregelungen geholfen werden. Sie würden ggf. darüber separat informiert.

- **graphomotorische Störungen**, d.h. schwer lesbare Schrift: Dazu kommt es, wenn das ADS sich auf die motorische Kontrolle auswirkt. Hier hilft Tadel nicht. Diese Kinder können unter Umständen schön schreiben, aber nur, wenn sie sich sehr viel Zeit lassen können und sich auf nichts anderes konzentrieren müssen – in Prüfungen ist beides aber nicht möglich. Im Extremfall ist es nötig, dass solche Kinder einen Laptop verwenden, auf dem sie auch Prüfungen schreiben. Ggf. würden Sie darüber eigens informiert.

## Soziale Probleme

Im Sozialbereich haben einige ADS-Kinder das Problem, dass sie zu Überreaktionen neigen, die auch aus der Unfähigkeit, Reizüberflutungen zu bewältigen, herrühren können. Andere Gründe sind z.B. die reduzierte Fähigkeit, länger zuhören zu können, oder eine starke Hypermotorik. Verschärft wird das Ganze dadurch, dass die Kinder deswegen oft schon seit Kleinkindzeit soziale Probleme haben und laufend Konflikt erleben, was sie dazu verleitet, besonders feinfühlig und misstrauisch zu reagieren – wieder einmal weitet sich das Basisproblem ADS durch Teufelskreisläufe aus. In Konfliktfällen ist Folgendes sinnvoll:

- das Kind durch klare, präzise, kleinschrittige Anweisungen zu beruhigen (keine Diskussion aufkommen lassen!)

- mit dem Kind das Einzelgespräch zu suchen (ohne ablenkende Reize durch die Anwesenheit anderer); Gespräche im Gesamtklassenverband sind für solche Kinder eine Überforderung
- bei stark eskalierten Konflikten (z.B. mit Rauferei) das Kind wohlwollend-bestimmt hinauszuschicken (time-out, der zur Reizreduktion führt)

Hilfreich ist es auch, wenn dem Kind umgrenzte, klar strukturierte Aufgaben im Klassenverband übertragen werden.

## Medikamentöse Behandlung

Noch ein paar abschließende Hinweise zu der medikamentösen Behandlung:

- Kaum ein psychologisches Krankheitsbild wird in der Öffentlichkeit so zerrissen wie das ADS,

und besonders die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien (z.B. Ritalin) wird, obwohl medizinisch bewährt und durch viele Studien abgesichert, massiv kri-

- tisiert. Allzu oft bestimmen Vorurteile und Zeitgeisthaltungen (z.B. eine antischulmedizinische Einstellung) die Diskussion oder auch die Medienberichterstattung.
- Besonders gewichtig ist die Behauptung, die medikamentöse Behandlung führe zur Drogenabhängigkeit. Richtig ist vielmehr, dass (a) die Wahrscheinlichkeit eines ADS-Kindes, drogenabhängig zu werden, ohne medikamentöse Behandlung wesentlich größer ist, weil diese Kinder so viele negative Erfahrungen machen, dass sie vermehrt zu Drogen greifen, um ihrer Lebenswelt zu entfliehen, und dass (b) bislang keine wissenschaftlichen Belege für eine erhöhte Gefahr der Drogenabhängigkeit vorliegen – trotz intensiver, in Bezug auf Ritalin sogar gut fünfzigjähriger Forschungsarbeiten.
  - Angebliche Fälle gravierender Folgen der medikamentösen Behandlung stellen sich bei genauem Hinsehen immer als Fälle heraus, in denen einfach die vorhergehende Diagnostik fehlerhaft und schlampig war (Beispiel: Ein Kind wird wegen hyperaktiver Symptomatik mit Ritalin behandelt und dadurch immer unruhiger, obwohl die Ursache eigentlich eine massive und sehr umfassende Allergie war, die aber nicht entdeckt und bedacht wurde). Bei wirklichen ADS-Kindern, insb. an weiterführenden Schulen, besteht nach meiner Erfahrung mit inzwischen nicht wenigen Fällen keine Chance eines der Intelligenz angemessenen Schulabschlusses ohne medikamentöse Behandlung in natürlich meist vorliegender Kombination mit beraterischen und therapeutischen Maßnahmen. (Wirklich schlimm sind übrigens die Betroffenen dran, die auf das Medikament nicht ansprechen (etwa 20%).
  - Ich bitte alle Lehrkräfte dringend, sich mit ablehnenden Meinungsäußerungen über die medikamentöse Behandlung zurückzuhalten, da sie auf Eltern und Kind stark verunsichernd wirken. Sie, verehrte Kollegin / verehrter Kollege, können davon ausgehen, dass Kinder, über die Sie ein Gutachten von mir lesen, umfassend getestet und untersucht wurden und dass die Diagnose grundsätzlich doppelt abgesichert ist (durch eine psychologische Untersuchung bei mir und eine kinderpsychiatrische Untersuchung bei einem Facharzt). Wenn die Eltern sich zu einer medikamentösen Behandlung entschlossen haben, ging dem auch eine gründliche Aufklärung durch den Facharzt voraus. Außerdem finden parallel zur medikamentösen Behandlung in der Regel eine beraterische Begleitung (durch mich) und/oder eine Verhaltenstherapie (durch einen Kindertherapeuten) statt.

An dieser Stelle noch ein Hinweis auf ein Problem bei der Medikamenteneinnahme: ADS-Kinder vergessen oft, gg. 11 Uhr ihre zweite Tablette zu nehmen. Hier ist u.U. die Unterstützung durch Lehrkräfte nötig, die das Kind sehr, sehr diskret daran erinnern. Sollte ein ADS-Kind nach 11 Uhr wieder auffällig unruhig werden, bitte ich die Lehrkräfte um eine entsprechende, aber unbedingt *diskrete* Erinnerung des Kindes. (Es gibt zwar inzwischen schon Medikamente, die einen halben Tag lang wirken, aber nach meiner Erfahrung helfen diese manchen Kindern nicht, so dass die übliche Medikation vonnöten ist.)

**Insgesamt bedeutet die Begegnung mit ADS-Kindern, dass die eigene Geduldsfähigkeit herausgefordert, aber auch trainiert wird!**

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung. Kontaktaufnahme bitte entweder über das AFG (08122 / 97760 – ggf. Nachricht mit Ihrer Telefonnummer hinterlassen) oder über das Internet (email: [schulpsychogeist@aol.com](mailto:schulpsychogeist@aol.com)).

Erding, September 2003

Alexander Geist, OStR  
 Staatlicher Schulpsychologe  
 Supervisor (BDP), Moderator (ALP)

#### **Literaturtipps:**

- Dr. E. Aust-Claus / Dr. P.-M. Hammer: Das ADS-Buch. Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer. Ratingen (Oiberstebriink-Verlag) 7. Aufl. 2002. (Dort insb. das Kapitel 8 mit Tipps für Lehrkräfte!)
- Prof. Dr. C. Ettrich / M. Murphy-Witt: ADS – So fördern Sie Ihr Kind. München (Gräfe und Unzer) 2003.