



Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS)

Dipl.-Psych. Dr. Stephan Pschenny, Schulpsychologe

Was ist „ADS“?

Das sogenannte **Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)** ist ein Sammelbegriff für eine **Kombination** von **verschiedenen auffälligen Verhaltensweisen (Syndrom)**, die bei Kindern und Erwachsenen vorkommen können. Es handelt sich dabei um drei Kernbereiche, die zusammen treffen können, aber nicht müssen:

- **Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration:** Das betroffene Kind ist sehr leicht ablenkbar, vergesslich, flüchtig, sprunghaft, es hat eine geringe Ausdauer.
- **Hohe Impulsivität:** Das betroffene Kind zeigt ein sehr spontanes, unüberlegtes Verhalten, kann schlecht abwarten, hat eine geringe Frustrationstoleranz, neigt zu Wutausbrüchen und Trotz.
- **Motorische Unruhe / Hyperaktivität:** Das betroffene Kind hat einen sehr starken Bewegungsdrang, kann kaum stillsitzen, spielt mit Gegenständen usw.

Das sind eigentlich ganz **normale kindliche Verhaltensweisen**: Viele Kinder sind lebhaft und unruhig oder zeigen ein sehr spontanes, impulsives Verhalten. Kinder können sich schlechter konzentrieren und lassen sich leichter ablenken als Erwachsene. Deshalb müssen sie aber noch nicht „ADS haben“, wie man umgangssprachlich sagt. Was Kinder mit ADS von normalen Kindern unterscheidet, ist die Intensität und die Hartnäckigkeit der Symptome sowie deren schlechte Beeinflussbarkeit. Das heißt, dass betroffene Kinder sehr viel stärker unkonzentriert und ablenkbar, impulsiv und unbeherrscht sowie motorisch unruhiger sind als andere Kinder. ADS

„hat“ man also nicht, wie Masern oder Mumps, sondern es geht vielmehr darum, dass bestimmte Verhaltensweisen, die ansonsten auch bei anderen Kindern vorkommen, **extrem** ausgeprägt und schwierig zu beeinflussen sind. Im Mittelpunkt steht dabei immer die **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung**. **ADS setzt sich also im Einzelfall jeweils aus Störungen der Aufmerksamkeit (immer), erhöhter Impulsivität (meistens) und motorischer Unruhe (manchmal) zusammen und deshalb zeigt jedes „ADS-Kind“ auch ein eigenes Verhaltensmuster.** Es gibt also auch betroffene Kinder, die nur wenig impulsiv und nicht hyperaktiv sind (sog. „ADS-Träumer“).

ADS ist auch kein neues Phänomen. Der Nervenarzt Heinrich Hoffmann beschrieb bereits 1845 im „Struwwelpeter“ den „Zappelphilipp“, ein Paradebeispiel für ADS mit Hyperaktivität. Die ADS-Definition und Diagnose wird in Deutschland erst seit wenigen Jahren verwendet. Sie ersetzt frühere Bezeichnungen wie „**HKS**“ („Hyperkinetisches Syndrom“) oder „**MCD**“ („Minimale cerebrale Dysfunktion“), die heute kaum noch verwendet werden. Die Sprachregelung ist leider nicht einheitlich. „ADS“ ist der in Deutschland zur Zeit gängige Oberbegriff. Manchmal trifft man auch auf die Begriffe „**ADD**“ („attention deficit disorder“, USA und England) oder auch „**ADHS**“ sowie „**ADSH**“, wobei das H für „Hyperaktivität“ steht.

Auf der **sozialen Ebene** zeigen von ADS betroffene Kinder häufig ein oppositionelles (trotziges) Verhalten gegenüber Erwachsenen, insbesondere was das **Einhalten von Regeln** oder die Erledigung von **fremdbestimmten Aufgaben** (Schule und Hausaufgaben) betrifft. Auch mit anderen Kindern kommt



es häufig zu Konflikten. „ADS-Kinder“ sind i.d.R. unbeherrscht, chaotisch und sehr anstrengend. Sie stoßen mit ihrem Verhalten bei anderen auf **Ablehnung** und **Ausgrenzung**. So entsteht ein verhängnisvoller **Teufelskreis**, bei dem sich das störende Verhalten der Kinder und die massive Ablehnung der Bezugspersonen gegenseitig verstärken (destruktive Machtkämpfe). Solche Kinder schaffen es häufig, dass wir selbst die Beherrschung verlieren und unkontrolliert „ausrasten“. In diesem sich selbst verstärkenden Teufelskreis werden beide Seiten auf Dauer zu Verlierern.

Von ADS betroffene-Kinder leiden übrigens auch an sich selbst: Sie spüren sehr sensibel, dass sie anders sind und häufig anecken. Sie möchten gerne ihr Verhalten ändern, mehr Selbstkontrolle erlangen, jedoch fehlen ihnen i.d.R. die Mittel dazu. Deshalb sind sie auf unsere Hilfe angewiesen und es dauert lange, bis sie dazu in der Lage sind, ihr störendes Verhalten besser zu kontrollieren.

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 5 bis 10 Prozent der Kinder von ADS betroffen sind, also durchschnittlich ca. 2 Kinder pro Schulklasse. Das Verhältnis von Jungen und Mädchen bei ADS ohne Hyperaktivität („ADS-Träumer“) beträgt in etwa 1 zu 1. Bei ADSH sind es mit ca. 3 zu 1 deutlich mehr Jungen.

Diagnose

Eine **ADS-Diagnose**, die in der Regel von einem Kinder- und Jugendpsychiater oder Diplom-Psychologen erstellt werden sollte, ist nicht einfach. Dies hat vor allen Dingen damit zu tun, dass die Übergänge von „normaler“, „starker“

oder „extremer Ausprägung“ fließend sind und es deshalb **keine präzisen Kriterien** dafür gibt, ob ein bestimmtes Kind bereits „pathologisch“ zerstreut, unbeherrscht oder hyperaktiv ist (umgangssprachlich: ob es „ADS hat“) oder ob es eben vielleicht Verhaltensweisen zeigt, die noch als tolerierbar bezeichnet werden können. Eine andere Schwierigkeit betrifft den Umstand, dass es bis jetzt noch **keinen** spezifischen, standardisierten „ADS-Test“ gibt.

Man stützt sich bei der Diagnose in erster Linie auf die **Verhaltensbeobachtung**, d.h., dass die Diagnose weitgehend aus dem beobachteten Verhalten eines Kindes erschlossen wird. Dazu benutzt der Arzt und/oder der Diplom-Psychologe sowohl eigene Beobachtungsdaten als auch wichtige **Fremdbeobachtungen**, zum Beispiel von den Eltern oder von Lehrerinnen und Lehrern. Wenn sich dabei die Hinweise auf die o.g. „ads-typischen Verhaltensweisen“ häufen und verdichten, kommt es mit hoher Wahrscheinlichkeit zur entsprechenden Diagnose. Zusätzlich werden manchmal spezielle Wahrnehmungs- und Konzentrationstests verwendet, die allerdings nicht obligatorisch sind.

Ein Intelligenztest ist für die ADS-Diagnose übrigens nicht erforderlich, da die entsprechenden Symptome unabhängig von der Intelligenz eines Kindes sind. Allerdings muss man berücksichtigen, dass Konzentration und Arbeitsverhalten das Ergebnis von Intelligenztests beeinflussen.

Ursachen

Es gibt bis heute keine eindeutige Erklärung für die Entstehung von ADS. Allerdings geht man z.Zt. überwiegend von



einer **organischen Ursache** aus, die mit der Funktionsweise des Gehirns zu tun hat: Es wird vermutet, dass bei ADS-Kindern die Steuerung der Informationsaufnahme und -verarbeitung im Gehirn beeinträchtigt ist. Nach dieser **medizinischen Erklärung** gibt es einen engen Zusammenhang zwischen Unregelmäßigkeiten im Gehirnstoffwechsel und ADS. Dafür wird ein bestimmter Botenstoff verantwortlich gemacht, der an der Übertragung von Nervenimpulsen im Gehirn beteiligt ist: das sog. Dopamin. Vermutlich hat ein Mangel an Dopamin bei diesen Kindern zur Folge, dass die Fähigkeit zur Steuerung der Konzentration und Aufmerksamkeit beeinträchtigt ist. Die Kinder leiden dann unter einer „**Reizfilterschwäche**“. Sie haben Probleme damit, unwichtige Reize auszublenden und ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren („scharf zu stellen“), um sich nur auf eine Sache zu konzentrieren.

Bei dieser rein medizinischen Erklärung handelt es sich um eine **Hypothese**, die z.Zt. von den meisten Experten als gültige Erklärung akzeptiert wird. Allerdings sind die fraglichen Prozesse beim Gehirnstoffwechsel so komplex, dass die vermuteten Zusammenhänge beim einzelnen Kind selbst mit modernen Untersuchungsmethoden nicht direkt nachzuweisen sind. Das Hirnstrombild (EEG) der Kinder ist i.d.R. unauffällig.

Hinsichtlich der **Ursachen** für die o.g. Störung im Hirnstoffwechsel wird angenommen, dass zunächst **erbliche Faktoren** eine wichtige Rolle spielen. Bei einigen Kindern gibt es einen Zusammenhang von ADS mit Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder der Säuglingsphase, die die Gehirnreifung beeinträchtigen (z.B. Sauerstoffmangel während der Geburt).

Umwelt und **Erziehung** sind ebenfalls sehr wichtig: Es ist zumindest plausibel, dass die **moderne Gesellschaft** mit ihrem rasanten Tempo und Reizüberflutung in den Medien eine Generation von „ADS-Kindern“ hervorbringt. Demnach ist der vorherrschende Lebensstil der „Spaßgesellschaft“ mit dafür verantwortlich, dass Kinder sowohl Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen entwickeln, als auch eine geringe Anstrengungsbereitschaft zeigen und entsprechend schnell frustriert reagieren. Darüber hinaus kommen noch die Unruhe, die Hektik und der Stress der Erwachsenen hinzu.

Gegenwärtig geht man davon aus, dass **Erziehung** ganz erheblich dazu beiträgt, ob sich die Probleme verschärfen oder eben nicht. Dies leuchtet auch unmittelbar ein: Aufgrund ihrer Symptome ecken diese Kinder viel stärker an als andere Kinder. Sie übertreten Grenzen und provozieren Machtkämpfe. Das bedeutet, dass der Umgang mit diesen Kindern deutlich anstrengender und ihre Erziehung ein Kraftakt ist. Folglich sind entsprechende „Erziehungsfehler“ auch wahrscheinlicher. Es ist zwar eine Binsenweisheit, „dass Kinder Grenzen brauchen“, die praktische Umsetzung jedoch ist gerade bei solchen Kindern schwierig.

Therapie

Die gängigen Verfahren zur „Behandlung von ADS“ lassen sich in **medizinische, pädagogisch-psychologische** sowie **unterstützend-ergänzende** Maßnahmen unterteilen:

Bei den **medizinischen** Verfahren ist die **medikamentöse Therapie** mit **Psychostimulanzien** am wichtigsten. Die betreffenden Medikamente wie Ritalin®,



Medikinet® oder auch Concerta® werden nach eingehenden Untersuchungen i.d.R. vom **Kinderarzt** bzw. **Kinder- und Jugendlichen-Psychiater** verordnet. Sie sind rezeptpflichtig und fallen unter das Betäubungsmittelgesetz, weshalb sie umgangssprachlich häufig als „Droge“ bezeichnet werden. Die Medikamente nehmen Einfluss auf den Gehirnstoffwechsel und scheinen in der Lage zu sein, den vorhandenen Dopamin-Mangel auszugleichen und damit die Konzentration zu verbessern. Die Medikamente sollen den Kindern in erster Linie helfen, um **in der Schule** besser zu recht zu kommen. I.d.R. wird mit einer geringen Dosierung begonnen, die häufig erhöht wird, bis die Kinder „optimal eingestellt“ sind. Dabei muss die regelmäßige Einnahme zur Vermeidung von Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten medizinisch kontrolliert werden.

Es gibt verständlicherweise kontroverse Ansichten zur **medikamentösen ADS-Therapie**. Die damit verbundenen „Risiken und Nebenwirkungen“ werden dabei je nach Sichtweise sehr schnell verharmlost oder überspitzt. Dies verunsichert insbesondere **Eltern**, die eine Entscheidung dafür oder dagegen auch nicht leichtfertig treffen. Die elterlichen Befürchtungen und Ängste betreffen wesentlich die Frage nach den Neben- und Langzeitwirkungen der Medikamente („Macht Ritalin auf Dauer süchtig?“). Nicht selten werden Eltern heftig dafür kritisiert, wenn sie sich nach reiflicher Überlegung dafür entschieden haben, ihrem Kind ein Medikament zu geben.

Aus **schulpsychologischer Sicht** (die sich von der rein medizinischen Perspektive unterscheidet,) können wir Ihnen folgende **Erfahrungen** und **Tipps** geben:

Es gibt in Einzelfällen tatsächlich gute Gründe **für** die Einnahme von Ritalin bzw. vergleichbaren Medikamenten, insbesondere dann, wenn bereits zahlreiche Bemühungen um eine positive Verhaltensänderung fehlgeschlagen und die Beteiligten entsprechend hilflos sind. Tatsächlich gibt es gravierende Einzelfälle, in denen eine negative Schulkarriere dann wahrscheinlich wird und Kinder ohne Medikament als „nicht beschulbar“ gelten. Dementsprechend sind auch ihre Familien belastet.

Im Gegensatz dazu gibt es ebenso gute Gründe **gegen** die Einnahme von Medikamenten, in erster Linie wegen unerwünschter Neben- und ungeklärter Langzeitwirkungen. Für die medizinische Diagnose und Therapie von ADS kommen nur die örtlichen Kinderärzte, niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychiater oder pädiatrische Kliniken in Frage. Informieren Sie sich auch über andere Quellen, wie Bücher oder das Internet. Tauschen Sie Ihre Erfahrungen auch mit anderen Eltern aus, deren Kinder ebenfalls ein entsprechendes Medikament bekommen. Dazu gehören auch lokale „ADS-Selbsthilfegruppen“.

Verlassen Sie sich in keinem Fall nur auf „die Pille“, denn ein Medikament kann die anstrengende Erziehungsarbeit zwar erleichtern, aber keinesfalls ersetzen. **Medikamentöse Therapien** sollten stets mit **pädagogisch-psychologischen Maßnahmen** (siehe unten „Multimodale Therapie“) einhergehen, denn nur daraus ergeben sich die besten Chancen für eine positive Entwicklung.

Aus **psychologischer Sicht** hat die rein medizinische Betrachtungsweise von



ADS Nachteile: Wenn es zutreffen sollte, dass ADS eine „angeborene Krankheit“ ist (und medikamentös behandelt werden muss), bedeutet das zunächst einmal eine große Entlastung für Eltern, Kinder und Lehrkräfte: Niemand kann etwas dafür!

Die Kehrseite der Medaille ist allerdings die Frage nach der **Selbstverantwortung**: Eine ADS-Diagnose darf kein „Freibrief“ für problematisches Verhalten sein! Es bleibt also die Frage, was Eltern, Kinder und Schule trotzdem **aktiv dazu beitragen können**, um die Problematik zu entschärfen. Selbst wenn ADS tatsächlich „rein medizinisch“ begründet sein sollte, muss man auch danach fragen, wie damit pädagogisch sinnvoll umzugehen ist.

An dieser Stelle kommt also die **Erziehung** sozusagen „durch die Hintertür“ wieder mit ins Spiel. Sonst ist die medikamentöse Therapie relativ wirkungslos. Eine rein medizinische Sicht von ADS birgt die Gefahr, sämtliche Verantwortung an Medikamente abzugeben. Sie enbindet die beteiligten Personen letzten Endes von jeglicher persönlicher Verantwortung. Im günstigen Fall können Medikamente erzieherisches Handeln sehr erleichtern, im ungünstigen Fall können sie es aber auch sabotieren!

Neben der medikamentösen Behandlung von ADS sind **pädagogisch-psychologische Maßnahmen** also am wichtigsten: Das Hauptproblem besteht in der fehlenden Selbstkontrolle bzw. einer mangelhaften Eigensteuerung der Kinder. Die pädagogisch-psychologischen Maßnahmen zielen zunächst darauf ab, die **Außensteuerung** zu erhöhen, indem man den Kindern **Strukturen** vorgibt, an denen sie sich orien-

tieren können. Die stärkere Außensteuerung ist die Voraussetzung dafür, um schrittweise an der **Verhaltensmodifikation** (Verhaltensänderung) zu arbeiten. Hier hat sich insbesondere das **Prinzip der positiven Verstärkung** bewährt, bei dem die Kinder belohnt („verstärkt“) werden, wenn sie ein **angemessenes, erwünschtes Verhalten** zeigen.

In der Regel richten wir unsere Aufmerksamkeit zu oft auf das negative, problematische Verhalten der Kinder und wir reagieren darauf mit Sanktionen (Ermahnungen und Strafen). Diese Reaktion ist zwar „normal“, aber relativ wirkungslos. Psychologisch ist es nämlich so, dass **Strafen** nur dazu führen, ein problematisches Verhalten zu unterdrücken. Um einem Missverständnis gleich vorzubeugen: Wir wollen Ihnen nicht empfehlen, auf sämtliche Sanktionen zu verzichten. Bei schwerwiegenden Grenzüberschreitungen ist es nämlich sehr wichtig, entsprechend deutlich zu reagieren und Sanktionen auszusprechen. Man muss allerdings wissen, dass Strafen meistens nicht zu einer dauerhaften positiven Verhaltensänderung führen.

Das vorrangige Ziel besteht darin, den verhängnisvollen **Teufelskreis von „Kind stört – Erwachsener sanktioniert“** zu unterbrechen und dem Kind ein anderes, angemessenes Verhalten zu ermöglichen. Es geht primär nicht darum, störendes Verhalten zu unterlassen sondern darum, ein positives Verhalten zu entwickeln. Dies funktioniert am besten mit dem Prinzip der positiven Verstärkung und einer „Politik der kleinen Schritte“. Letzteres bedeutet, dass man sich zunächst auf **eine konkrete Verhaltensweise** konzentriert, die das Kind einüben soll. Entsprechende



Fortschritte des Kindes sollten möglichst konsequent **positiv verstärkt** werden. Auf diese Weise bekommt das Kind endlich Erfolgserlebnisse und positive Rückmeldungen, die so wichtig sind, um sein Selbstwertgefühl zu stärken.

In der **psychologischen Kindertherapie** gibt es sehr wirksame Methoden der Verhaltensmodifikation, die auf dem Prinzip der positiven Verstärkung beruhen und gute Erfolge erzielen (sog. „Verhaltenstherapie“). Leider sind die Therapeuten rar und die Wartezeiten lang. Es lohnt sich allerdings, **Zuhause** oder in der **Schule** ebenfalls mit entsprechenden Verstärker- oder Belohnungssystemen zu arbeiten, weil auch kleine Fortschritte so enorm wichtig sind.

Neben der medizinischen und pädagogisch-psychologischen Behandlung von ADS gibt es schließlich noch sog. **ergänzend-unterstützende Maßnahmen** wie zum Beispiel Ergotherapie, Entspannungstraining usw. Man sollte deren Effektivität allerdings nicht überschätzen, weil sie eben nur ergänzende jedoch keine substantiellen Effekte bewirken. Eine gute und empfehlenswerte Alternative ist übrigens jede Art von **Sport**.

Die effektivste ADS-Behandlung ergibt sich aus der **Kombination** von medizinischen, psychologischen (Verhaltensmodifikation) und ergänzend-unterstützenden Maßnahmen (sog. „Multimodale Therapie“). Diese Kombination ist in der Praxis allerdings leider nicht die Regel.

Das „ADS-Kind“ in der Schule

Kinder mit ADS verstoßen häufig gegen unsere Normen und gegen unsere Er-

wartung, wie sich Kinder benehmen sollten. Das wird **in der Schule** schnell zu einem Problem, **weil die Lehrerinnen und Lehrer von Kindern ein Verhalten einfordern, das bei ADS besonders schwer fällt**: über längere Zeit still sitzen zu bleiben, spontanes impulsives Verhalten zu unterdrücken, sich anzustrengen und konzentriert bei einer Sache zu bleiben. Nicht nur solche Kinder tun sich damit schwer.

In der **Schule** wird von den Kindern selbstverständlich Einordnung und Disziplin, das Einfügen in vorhandene **Regeln und Strukturen** erwartet. Die Schule konfrontiert die Kinder mit einem hohen Maß an Fremdbestimmung und Außensteuerung. Bei einer zunehmenden Zahl von Kindern beobachtet man Schwierigkeiten, vorgegebene Regeln und Strukturen zu respektieren. Bei „ADS-Kindern“ sind diese Schwierigkeiten besonders ausgeprägt. Sie stören, verweigern Arbeitsaufträge und widersetzen sich, sind unbequem und anstrengend. Lehrerinnen und Lehrer zeigen Verständnis, fühlen sich aber auch zunehmend hilflos und sind frustriert. So leiden „ADS-Kinder“ unter der Schule und die Schule leidet an ihnen.

Die **pädagogischen Maßnahmen** im Umgang mit ADS-Kindern zielen vorrangig darauf ab, den verhängnisvollen **Teufelskreis aus Stören und Ablehnung** zu durchbrechen und einer weiteren Eskalation entgegenzuwirken. Es ist nicht einfach, aus diesem Teufelskreis herauszukommen, **denn normalerweise richtet sich die Aufmerksamkeit der Lehrerinnen und Lehrer überwiegend auf das störende, negative Verhalten der Kinder**, das dann entsprechend sanktioniert wird. Viele Lehrkräfte nehmen sich die Zeit, immer wieder mit den Kindern zu sprechen und hoffen auf



deren Einsicht und Vernunft. Im Einzelgespräch zeigen sich die Kinder meistens auch einsichtig und geloben „Besserung“. Die Macht von Worten und Vernunft ist aber leider sehr begrenzt, so dass sich daraus meistens keine wirklichen Veränderungen ergeben. Auch Sanktionen bleiben häufig wirkungslos.

Aus unserer Sicht gibt es deshalb keine wirkungsvollere Alternative als die Arbeit am **konkreten Verhalten** der Kinder (Verhaltensmodifikation). Folgende Leitlinien sind dabei hilfreich:

„ADS-Kinder“ brauchen Strukturen, Regeln und Rituale!

Da die betroffenen Kinder zu einem „chaotischen Verhalten“ neigen und sehr leicht abzulenken sind, ist es wichtig, den Unterricht gut zu strukturieren und wiederkehrende Rituale einzubauen. Darüber hinaus ist es hilfreich, Dinge zu reduzieren, die ablenken können (z. B. Rücken zum Fenster; Einzelplatz). Arbeitsaufträge sollten möglichst verständlich, einfach und schrittweise erfolgen. U.U. Rückversicherung einholen, ob das Kind die Anweisung auch wirklich verstanden hat. Wichtige Klassenregeln müssen wiederholt erarbeitet und etabliert werden.

Volle Aufmerksamkeit für positives Verhalten!

„ADS-Kinder“ bekommen i.d.R. sehr viel Aufmerksamkeit und „negative Zuwendung“ für störendes, unangemessenes Verhalten, was dieses meist noch verstärkt. Stattdessen ist es besser, die Kinder konsequent zu **verstärken**, wenn sie ein **Zielverhalten** zeigen. („Prima. Ich habe gesehen, dass du dich gerade gemeldet hast, so wie wir es vereinbart haben.“)

Reden ist Silber, Handeln ist Gold!

Bauen Sie nicht so sehr auf die „Macht der Worte“. Natürlich ist die Kommunikation mit dem Kind sehr wichtig und unverzichtbar. Diese sollte aber mit konkreten Anleitungen und Hilfestellungen für das Kind einhergehen (z.B. Signal vereinbaren, wenn es abgelenkt ist).

Reagieren Sie möglichst besonnen, sachlich und konsequent!

Dies gilt gleichermaßen für Grenzüberschreitungen, die nicht hingenommen werden können und eine deutliche Reaktion bzw. Sanktion erfordern wie auch für positives Verhalten, das möglichst sofort und konsequent verstärkt werden sollte.

Verhaltensmodifikation mit einer „Politik der kleinen Schritte“!

Konzentrieren Sie sich zunächst nur auf **ein Ziel**, nicht mehrere gleichzeitig. Arbeiten Sie mit dem Kind gezielt an einer konkreten Verhaltensweise, wenn Sie ein Verstärkungs- bzw. Belohnungssystem einsetzen (z.B. „Wenn Du etwas sagen willst, musst Du vorher aufzeigen“).

Setzen Sie realistische Ziele!

Von einem „ADS-Kind“ zu erwarten, dass es lange Zeit still sitzt oder konzentriert und ausdauernd arbeitet, ist unrealistisch. Verbesserungen können nur schrittweise erfolgen, indem man realistische Ziele setzt, die das Kind gerade noch bewältigen kann. („Ich möchte, dass Du die nächsten zehn Minuten an dieser Aufgabe arbeitest. Danach kannst du eine Pause machen.“)

Arbeiten Sie an der Anstrengungsbereitschaft des Kindes!

Kindern mit ADS fällt es besonders schwer sich zu überwinden, unangenehme Aufgaben anzugehen. Sie rea-



gieren darauf mit starken Vermeidungstendenzen. Hier ist es wichtig „gegenzuhalten“ und die Kinder zu ermutigen, sich anzustrengen, obwohl es ihnen sehr schwer fällt. Dabei steht zunächst nicht das Arbeitsergebnis im Vordergrund, sondern das tatsächliche **Bemühen**, die Aufgabe zu meistern. („Ich weiß, wie schwer dir das jetzt gefallen ist, aber ich habe gesehen, wie toll du dich bemüht hast. Prima!“)

Diese Leitlinien für den Umgang mit ADS-Kindern gelten nicht nur für die Schule, sondern auch für den häuslichen Bereich, wo man mit den gleichen Faustregeln gute Erfolge erzielen kann (z.B. bei den Hausaufgaben).

Darüber hinaus ist sehr hilfreich, sich trotz aller Probleme immer wieder auch auf die vorhandenen **Stärken** der Kinder zu konzentrieren und jeden Fortschritt zu belohnen

Literatur:

Aust-Claus, I. & Hammer, P.M.: Das ADS-Buch. Neue Konzentrationshilfen für Zappelphilippe und Träumer. Oberstebrink Verlag, 1998.

Barkley, R. A.: Das große ADS-Handbuch für Eltern. Huber, 2005.

Born, A. & Oehler, C.: Lernen mit ADS-Kindern. Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. Kohlhammer-Verlag, 2002.

Dietz, F.: Wenn ich doch nur aufmerksam sein könnte! Ein hyperaktiver Jugendlicher berichtet. Eigendruck der Elternselbsthilfe ADS/Hyperaktivität, Frankfurt. Bestelladresse: Elternselbst-

hilfe ADS, Tel. 069/540822, Fax 069/791212732

Döpfner, M., Schürmann & Lehmkuhl, G.: Wackelpeter und Trotzkopf – Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Beltz-Verlag, 1999.

Döpfner, M., Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G.: Ratgeber Hyperkinetische Störungen. Hogrefe-Verlag, 2000.

Holowenko, H.: Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS). Wie Zappelkindern geholfen werden kann. Beltz-Verlag, Weinheim, 1999.

Dieses Buch bietet eine kurze und gute Einführung in die Thematik. Die Unterrichts- und Beratungspraxis werden dabei aber berücksichtigt. Empfehlenswert für alle Schulen!

Neuhaus, C.: Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Ravensburger-Verlag, 2000.

Rasdendorfer, N.: ADS – Und wenn es das nicht gibt? Verlag an der Ruhr, 2003.

Simchen, H.: Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln. Kohlhammer-Verlag, 2003.