



INFORMATIONEN FÜR LEHRER

Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS): Besonderheiten in der Schule und Behandlungsmöglichkeiten

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Kindesalters ist eine Erkrankung, die durch die Kardinalsymptome „motorische Unruhe“ (Zappeligkeit), „Störungen der Aufmerksamkeit“ und „Störung der Impulskontrolle (Handeln ohne zu Denken)“ gekennzeichnet ist. Über vier Prozent aller Schulkinder leiden unter dieser Störung. Auch wenn die Ursachen der Erkrankung noch nicht vollständig entschlüsselt sind, ist davon auszugehen, dass fehlerhafte Abläufe im Bereich der chemischen Botenstoffe im Gehirn eine ausschlaggebende Rolle spielen. Erbliche Faktoren scheinen bei einem Teil dieser Kinder ursächlich beteiligt zu sein.

Kinder mit ADHS stellen sehr hohe Anforderungen an ihre Lehrer. Es sind vielfältige Maßnahmen erforderlich, mit solchen „Sorgenkindern“ in der Schule und insbesondere im Unterricht adäquat umzugehen.

Im Unterricht fallen die betroffenen Kinder bei flüchtigem Hinsehen durch Tagträumereien auf. Bei genauerer Beobachtung lässt sich feststellen, dass ihre Aufmerksamkeit generell stark beeinträchtigt ist. Nur in ausgesprochen schweren Fällen steht die motorische Unruhe mit ungerichteten Bewegungen, Aufstehen und Herumlaufen usw. während des Unterrichts im Vordergrund. Häufiger ist es, dass die Kinder in der Schulstunde ihre

Aufmerksamkeit nicht auf die Aufgaben, sondern auf ständig wechselnde Reize richten: so beschäftigen sie sich z.B. mit ihren Fingern oder Haaren, ihren Kleidungsstücken, Bleistiften oder Ähnlichem, während sich ihre gesunden Klassenkameraden problemlos auf das Unterrichtsgeschehen konzentrieren können. Zusätzlich führt die Störung der Impulskontrolle zu Störverhalten: die Kinder beginnen mit den Aufgaben, noch ehe sie vollständig gestellt wurden, haben diese dann nicht verstanden und führen sie nicht zu Ende. Sie können sich kaum sinnvoll an Gruppenarbeiten beteiligen, sind häufig die ersten, die bei Fragen die Hände heben, egal ob sie die Fragen beantworten können oder nicht. Dieses Verhalten stört die Arbeitsatmosphäre der Klasse oft nachhaltig und lässt die Kinder zu Außenseitern werden. Daneben haben die betroffenen Kinder oft große Schwierigkeiten, echte Freundschaften zu schließen. Auch der Sozialkontakt wird durch die Impulsivität behindert, die Begegnung mit anderen Kindern ist sprunghaft und oberflächlich, echte Freundschaften werden nicht gepflegt. Aufgrund ihrer Unruhe und Impulsivität ist ihnen kaum möglich, an eher ruhigen Spielen teilzunehmen. Häufig verhalten sie sich anderen Kindern gegenüber sehr dominant und versuchen Probleme durch aggressives Verhalten zu lösen. Dies geht nicht selten so weit, dass sie von

ihren Klassenkameraden regelrecht gefürchtet werden.

Das Vorliegen einer ADHS sagt nichts über die intellektuelle Begabung der Betroffenen aus. Aufgrund ihrer beschriebenen Beeinträchtigungen erbringen Kinder mit ADHS aber selbst bei guter oder durchschnittlicher Begabung deutlich schlechtere Schulleistungen als ihre gesunden Altersgenossen.

Stellt sich bei einem Schüler der Verdacht auf eine ADHS, sollten sich die Eltern vom Hausarzt eine Überweisung an einen Kinder- und Jugendpsychiater ausstellen lassen. Die Beobachtungen der Lehrer sind für Eltern und den Kinderpsychiater eine sehr wichtige Informationsquelle, da das Verhalten der Kinder in der strukturierten Situation des Unterrichts deutlich von seinem Verhalten zuhause abweichen kann. Der Schulpsychologe kann im Vorfeld schon prüfen, ob und wie stark Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Der Kinder- und Jugendpsychiater wird das Kind gründlich körperlich, neurologisch und psychiatrisch untersuchen. Dies ist außerordentlich wichtig, da auch körperliche Erkrankungen oder andere seelische Störungen eine ADHS vorgaukeln können. Bestätigt sich der Verdacht auf eine ADHS, muss umgehend eine Therapie eingeleitet werden.

Die Therapie der ADHS besteht aus den Fundamenten „medikamentöse Therapie“, „Psychotherapie“ und „Beratung der Kinder, deren Eltern und Bezugspersonen“. Eine rechtzeitige Behandlung ist für die Kinder sehr wichtig, da ansonsten weitere psychische Störungen hinzukommen und wichtige Entwicklungsaufgaben nicht angemessen bewältigt werden können.

Die Kombination der verschiedenen Therapien (multimodales, „ganzheitliches“ Behandlungskonzept) führt zu besseren Behandlungsergebnissen, als die ausschließliche Anwendung einzelner Verfahren.

An Medikamenten werden überwiegend Stimulanzien eingesetzt. Präparate wie Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®) oder D-Amphetamin oder werden weltweit sehr häufig und mit großem Erfolg verordnet. Stimulanzien sind anregende Mittel, die die Aufmerksamkeit der betroffenen Kinder erhöhen. Auf den ersten Blick erscheint es unsinnig, dass Kindern, die ohnehin unruhig und rastlos sind, Medikamente verabreicht werden, die anregend (stimulierend) wirken. Tatsächlich sind die Kinder aber unruhig und hyperaktiv, weil sie *nicht wach genug* sind. Der ausgeprägte Bewegungsdrang ist nicht etwa Ausdruck von Lebenslust und ausgelassener Fröhlichkeit, sondern ist Anzeichen krankhaften und gequälten Verhaltens. Sie kennen dieses Phänomen in abgeschwächter Form sicher auch bei gesunden Kindern, die unruhig und zappelig werden, wenn sie völlig übermüdet sind. Die Wirksamkeit der Stimulanzien äußert sich in einer verbesserten Aufmerksamkeit. Dann sind die Kinder auch in der Lage, ihr Verhalten besser zu organisieren, adäquat mit anderen in Kontakt zu treten und altersentsprechende Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Die Abnahme der Bewegungsunruhe ist ein Anzeichen für eine bessere Selbstorganisation der Kinder, nicht dafür, dass sie „ruhig gestellt“ worden sind. Anregende Mittel wie Stimulanzien sind vom chemischen Wirkprinzip her nicht Lage, ruhig zu stellen. Stimulanzien sind auch keine „Lernpillen“ oder „Intelligenzmittel“. Die häufig feststellbaren besseren Schulleistungen bei erfolgreicher Therapie sind ein weiteres Anzeichen dafür, dass die Kinder ihre

Ressourcen wieder besser nutzen können. Leider gibt es bislang keine Medikamente, die eine ADHS heilen können. Werden die Stimulanzien ohne ärztliche Indikation abgesetzt, treten die Symptome in der Regel rasch wieder auf. Die Behandlung ist - wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch - eine langfristige. In den meisten Fällen wird sie zumindest ein Jahr durchgeführt, häufig aber deutlich länger. Der behandelnde Arzt wird von Zeit zu Zeit prüfen, ob eine Dosisreduktion oder ein Absetzen des Medikaments versucht werden kann.

Viele Eltern suchen in ihrer Not nach Hilfen und stoßen dabei auf wirkungslose, aber kostenintensive Behandlungen. Populär sind Diäten, wobei man generelle Eliminationsdiäten (Zucker, Salicylate, Phosphat) von individuellen Diäten (oligoantigene Diät) unterscheidet. Die Edu-Kinesiologie ist eine esoterische Behandlungsmethode und kommt einem Salontrick gleich. Die Therapie mit Bachblüten ist völlig sinnlos und irrational. Homöopathische Behandlungsansätze sind nicht Erfolg versprechend. Eine Ergotherapie vermag die Symptome einer ADHS nicht zu beeinflussen, wenngleich diese Behandlung bei einigen Kindern mit zusätzlichen Einschränkungen sinnvoll sein kann. Auch einige technische Hilfen (Lateralitätstrainer, „Brain-boy“) sind weder theoretisch fundiert, noch konnten sie ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Auch die sog. „videogestützte Feineinstellung der Medikamentendosis“ hat sich als irrelevant erwiesen, wenngleich sie den Eltern hohe Kosten verursacht. Dinge wie Bio-Resonanztherapie, Reiki und Cranio-Sakral-Therapie gehören in den Bereich der Schwarzen Magie. Manche sog. „Therapien“ sind mit enormen Nebenwirkungen belastet und stellen ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko dar (Afa-Algen).

Auch wenn Stimulanzien in Drogenakreisen gelegentlich in Kombination mit anderen Mitteln missbraucht werden, ist bislang bei Kindern mit ADHS in den über 60 Jahren der kontrollierten klinischen Anwendung noch kein einziger Fall einer Abhängigkeit aufgetreten. Eine Abhängigkeitsgefahr bei den behandelten Kindern besteht nicht. Untersuchungen haben ergeben, dass unbehandelte Kinder mit ADHS krankheitsbedingt ein sehr hohes Risiko in sich tragen, später einmal alkohol- oder drogenabhängig zu werden.

Sie als Pädagoge können ebenfalls eine Reihe von wichtigen Maßnahmen beachten oder durchführen, von denen der dauerhafte Erfolg einer Behandlung abhängig ist:

Auch wenn die schulische Situation krankheitsbedingt bereits „festgefahren“ erscheint, sollten die versuchen, dass Kind anzunehmen: sprechen Sie das Kind so oft wie möglich persönlich an, gehen Sie auf spontane Äußerungen des Kindes ein und vermitteln Sie ihm das Gefühl, dass es „gebraucht“ wird. Dies kann durch einfache Dienste und Aufgaben, wie Holdienste etc., geschehen. Hat es bereits eine Außen-seiterrolle im Klassenverband, schützen Sie es vor anderen Schülern oder vor weiteren Schaden durch sein krankhaftes Fehlverhalten.

Um Störsituationen im Unterricht besser in den Griff zu bekommen, reduzieren Sie Ermahnungen und verbale Korrekturen, so weit dies möglich ist. Loben Sie es, wenn Sie erwünschtes Verhalten sehen, noch bevor unerwünschtes Verhalten auftritt, und versuchen Sie - auch wenn es schwer fällt - Störverhalten bis zu einem für Sie noch akzeptablen Grad zu übersehen. Nicht selten ist der Tadel durch den Lehrer eine erwünschte Zuwendung für das Kind, das bereits gelernt hat, dass es ohnehin kaum positive Rückmeldungen erfährt. Da die

Kinder mit Enttäuschungen schlecht umzugehen vermögen, sind Leistungsspiele und allzu harte Wettkampfsituation weniger für sie geeignet. Ist eine Störsituation aufgetreten, bringt körperliche Bewegung häufig Besserung. Dies kann geschehen, dass Sie dem Kind eine Bewegungsaufgabe stellen, einen Holdienst verlangen etc.

Ist einmal ein Erregungszustand eingetreten, müssen Sie selbst unbedingt ruhig bleiben. Bleiben Sie in unmittelbarer Nähe des Kindes, ohne bedrohend zu erscheinen. Ein flüchtiger Körperkontakt kann sehr beruhigend für das erregte Kind sein. Zeigen Sie dem Kind, dass Sie seine Erregung verstanden haben, über seine Situation Bescheid wissen. Unterbinden Sie weitere Auseinandersetzungen mit Mitschülern im Erregungszustand. Schützen Sie es davor, vor den anderen Kindern als Verlierer dazustehen. Ein Weiterarbeiten in eine andere Richtung der jeweiligen Tätigkeit kann dem Kind helfen, Zeit zum Wiederfinden der Selbstkontrolle zu gewinnen. Sollte die Situation unbeherrschbar sein, entfernen Sie das Kind aus dem Raum und bringen Sie es an einen ruhigen Platz. Damit das Kind dies nicht als Strafe erlebt, sollte schon vorher mit ihm abgesprochen werden, dass dieser besondere Platz als Hilfe für Notfälle bereitsteht.

Im Klassenverband sollte das Kind so gut wie möglich integriert werden. Setzen Sie es nicht in die letzte Reihe oder alleine in eine Bank, sondern in Ihre unmittelbare Nähe. Möglicherweise findet sich ein ruhiger Mitschü-

ler, der eine Art „Patenschaft“ übernehmen kann. Suchen Sie nach Interessen oder Begabungen des Kindes auch im außerschulischen Bereich. Auch hierbei kann das Kind eine Bestätigung erfahren. Unterstützen und loben Sie die Klassenkameraden, wenn diese sich um das betroffene Kind bemühen und es an Gemeinschaftserlebnissen teilnehmen lassen.

Im Verlauf der Behandlungen sind Ihre Verhaltensbeobachtungen außerordentlich wichtig, um insbesondere die Wirksamkeit und den zeitlich richtigen Einsatz der Medikamente zu überprüfen. Ihren Eindruck sollten Sie im Gespräch den Eltern oder dem behandelnden Arzt mitteilen, bewährt haben sich daneben auch eigens dafür entwickelte Fragebögen (so genannte „Conners-Skalen“). Möglicherweise werden Sie solche vom behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater erhalten. Unterschätzen Sie bitte nicht die Wichtigkeit einer sorgfältigen Bearbeitung!

Auch wenn der Weg zur dauerhaften Besserung der Erkrankung lang und schwierig sein kann und oft in kleinen Etappen verläuft, lohnen sich die besonderen Anstrengungen im Umgang mit Kindern mit ADHS. Bei den allermeisten Patienten ist das multimodale Behandlungskonzept erfolgreich und verhindert weitere Fehlentwicklungen. Sie können einen wichtigen Beitrag dazu leisten!