

Was bedeutet ADS wirklich?

Beitrag von „Heli“ vom 15. Oktober 2008 21:22

Hallo liebe Leute,

ich habe eine Frage zu dem Verhalten von ADS-geplagten Schülern und deren Probleme im alltäglichem Unterricht.

In meiner 6. Klasse gibt es einen Schüler mit ADS (wie ich erfahren habe auch noch LRS, das arme Kind hat eine Menge Diagnosen).

Im Vorfeld bin ich über sein Verhalten aufgeklärt worden und war somit von seinen ersten Ausrastern (Türen knallen, Dinge auf den Boden schmeißen und extremes Rumschreien) nicht überrascht.

Was mich allerdings überrascht und mehr und mehr ärgert, sind die völlig harmlosen Situationen, die einen solchen "Anfall" auslösen. Zumeist geht es darum, dass dieser Schüler ganz normale Dinge leisten soll. Zum Beispiel Schreibaufgaben, oft auch Dinge, die vorheriges Überlegen benötigen. Bekommt er diese Sachen nicht geregelt wird er aggressiv und zum Teil verbal sehr ausfallend und beleidigend.

Das Problem dabei ist, dass diese - jetzt ständig vorkommenden - verbalen Entgleisungen ohne Konsequenzen bleiben! Ich habe schon öfter mit der Klassenleitung gesprochen und die Situationen erzählt, darauf bekomme ich als Antwort: Dieses Kind hat ADS, also Ohren zu und durch! Das ärgert mich und nützt diesem Kind gar nichts, da er nicht mehr daran gewöhnt ist, Regeln einzuhalten. Im Gegenteil, den Mitschülern wird eingetrichtert, dass sie SEINE Grenzen zu respektieren und ihn nicht zu provozieren haben. Er genießt fast "Narrenfreiheit".

Ich bin relativ neu an der Schule und unterrichte diesen Schüler nur 3 Stunden in der Woche. Das ist aber jedesmal wirklich furchtbar, weil er die ganze Klasse aufmischt.

So, ewig lange Einleitung, jetzt zur eigentlichen Frage: Sind ADS-Kinder wirklich nicht in der Lage, ihr Verhalten so zu beeinflussen, dass ein gewisses Maß an Respekt und Höflichkeit übrig bleibt? Mit Ausrastern kann ich leben, aber nicht mit Unverschämtheiten. Wenn mir die Hutschnur platzt und ich ihm sage, dass meine Grenzen auch nun erreicht sind, hört er mir gar nicht zu, sondern ballert weiter seine Unverschämtheiten heraus. Gehört das WIRKLICH zum Krankheitsbild oder zur Erziehung?

Ratlose Grüße,

Heli

Beitrag von „FrauBounty“ vom 15. Oktober 2008 21:58

impulsivität gehört ganz klar zum bild von adhs. ich denke, du meinst auch eher adhs als ads, oder?

ads ist eher die träumer-variante, stille kinder, die oft ein bisschen abwesend scheinen.

adhs geht häufig mit störungen des sozialverhaltens einher und auch mit emotionalen störungen (angststörungen, depressionen), was ja angesichts der negativen rückmeldungen, die diese kinder erfahren, nicht verwunderlich ist. auch häufig mit teilleistungsstörungen... ob da nicht eines ursächlich ist für das andere, müsste man schon im auge haben.

jedenfalls... mit laissez-faire tut man diesen kindern keinen gefallen. als fachlehrerin alleine wirst du da nicht viel ausrichten können, leider. aber evtl könnt ihr euch als team zusammen setzen - die situation ist ja nicht nur für das kind untragbar, sondern auch für euch lehrer. ein gemeinsames konzept, ggf mit einem verstärkersystem... klare, für das kind transparente regeln, enge kooperation und absprachen mit den eltern. ggf auch mit therapeuten, sofern das kind in behandlung ist. die meisten schreiben nach erlaubnis durch die eltern einen kurzen bericht für die schule.

adhs ist kein erziehungsfehler! sicher ist es so, dass sich manche komorbide auffälligkeit unter einem bestimmten erziehungsverhalten eher entwickelt, aber genauso kann eine entsprechende förderung von schule und eltern positive effekte erzielen.

na ja, und wenn er bei aufgaben, die "vorheriges überlegen benötigen" so schnell ausrastet, ist das doch ein sicheres zeichen dafür, dass der kleine kerl überfordert ist. evtl könntet ihr dann schon im vorfeld die situation entschärfen, indem ihr die aufgabenstellung modifiziert bzw ihm hilfen an die hand gebt, wie er sich die situation strukturieren kann.

so, das waren auf die schnelle ein paar gedanken zu dem thema...

Beitrag von „Mikael“ vom 15. Oktober 2008 23:22

Wende dich doch einmal in Verbindung mit dem Klassenlehrer an den zuständigen Schulpsychologen.

Ja, es gibt sie, auch wenn man sie fast niemals an den Schulen sieht. Die können auch einmal etwas für ihr Geld tun..

Es gibt z.B. die Möglichkeit der Unterrichtsbegleitung, wo jemand so einen problematischen Schüler mehrere Tage im Unterricht begleitet und dann Maßnahmen entwickelt.

Gruß !

Beitrag von „alias“ vom 16. Oktober 2008 00:11

Ob ADS,ADHS oder Erziehungsfehler vorliegen, können nur Fachleute beurteilen. Leider bezeichnen sich eine Menge Leute als solche, nennen sich Erziehungsberater, stellen Atteste aus - obwohl sie nur einen 4-Wochenkurs besucht haben. Weil sowas von Eltern gut bezahlt wird, gibt es dafür einen großen Markt. Und dann wird fleißig LRS, ADS, UMS und PDS diagnostiziert - das Kind ist krank, der Schuldige erkannt und die Eltern sind aus dem Schneider, denn sie haben sich ja gekümmert. Nach meiner persönlichen Statistik leiden auffallend viele Kinder von allein 'Erziehenden' und aus kriselnden Ehen unter ADS....

Kürzlich kam eine Mutter mit einem Fresszettel (anders kann man dieses "Diagramm" nicht bezeichnen), auf dem ihrem leistungsschwachen Kind ein "überdurchschnittlicher, außerkognitiver Intelligenzquotient" (Sic!) von 115 bescheinigt wurde. Scharlatanerie im Quadrat.

Letzlich kann nur ein Facharzt für Psychiatrie oder ein Sonderpädagoge mit Fachrichtung Erziehungshilfe ADS wirklich diagnostizieren. Dazu gehören fundierte medizinische Kenntnisse und hirnorganische Untersuchungen.

Bei den Stichworten ADS und Ritalin "goht mir's Messer im Sack auf" - falls ihr versteht, was ein Schwabe damit zu sagen pflegt.

Ritalin (das nebenbei bemerkt als Amphetaminpräparat unter das Betäubungsmittelgesetz fällt und chemisch mit "Speed" verwandt ist) dürfte eigentlich nur bei gestörtem Dopaminhaushalt im Gehirn verabreicht werden. Siehe dazu [Methylphenidat](#)

Leider verschreibt das mittlerweile jeder Feld- Wald- und Wiesendoktor.

In den Jahren 1997 bis 2002 stieg der Verbrauch in der BRD von 0,7 Mio Tabletten auf 31 Millionen Tabletten und der Gewinn der Firma Novartis ins Unermessliche. ([Quelle](#)). Dass hier wegen diesem grassierenden ADS-Virus nicht der gesundheitsnotstand ausgerufen wurde, hat mich schon immer gewundert.

Links zum Thema findest du bei google massenhaft oder hier etwas sortiert:

<http://www.autenrieths.de/links/linksju.htm>

Beitrag von „Dejana“ vom 16. Oktober 2008 09:55

■ Zitat

Original von Heli

Ich habe schon öfter mit der Klassenleitung gesprochen und die Situationen erzählt, darauf bekomme ich als Antwort: Dieses Kind hat ADS, also Ohren zu und durch! Das ärgert mich und nützt diesem Kind gar nichts, da er nicht mehr daran gewöhnt ist, Regeln einzuhalten. Im Gegenteil, den Mitschülern wird eingetrichtert, dass sie SEINE Grenzen zu respektieren und ihn nicht zu provozieren haben. Er genießt fast "Narrenfreiheit".

Man kann diesen Kindern helfen indem man versucht vorzubeugen, Auswege anbietet (z.B. Raum verlassen, wenn's zuviel wird und der rote Nebel langsam im Kopf aufsteigt...*grins*) und generell mit ihnen an Kontrollmechanismen arbeiten.

Das sollte ihnen keinen Blankoschein fuer Ausraster geben. Konsequenzen, klare Regeln und Strukturen sind genauso wichtig wie Verstaendnis.

Beitrag von „row-k“ vom 16. Oktober 2008 12:22

Hallo!

Was schon meine Vorgänger schrieben, ist auch meine Auffassung zu AD(H)S und ich möchte wie folgt ergänzen.

AD(H)S kann man "wegtrainieren"; dazu gab es eine wissenschaftliche Untersuchung und Erkenntnisse, die darauf hindeuten, dass es sich in den **wenigsten** Fällen um die wahre Krankheit selbst handelt.

Hier der [Link](#).

Beitrag von „row-k“ vom 16. Oktober 2008 12:34

Ja, Meike, so leicht ist das, denn "das Leben ist herrlich" leicht.

MUSS man denn alles kompliziert machen, wenn es auch einfach sein kann? Oh Gott ...

Beitrag von „Mikael“ vom 16. Oktober 2008 13:05

Ich frage mich immer, warum niemand auf die Idee kommt, zu hinterfragen, ob für "echte" ADHSler 6 Stunden oder mehr Regelunterricht mit 30 anderen Kindern in einer Klasse in viel zu kleinen Räumen wirklich das Richtige ist.

Aber halt, das war jetzt so gar nicht ideologisch und bildungspolitisch korrekt...

Gruß !

Beitrag von „row-k“ vom 16. Oktober 2008 13:27

Zitat

Original von Mikael

Ich frage mich immer, warum niemand auf die Idee kommt, zu hinterfragen, ob für "echte" ADHSler 6 Stunden oder mehr Regelunterricht mit 30 anderen Kindern in einer Klasse in viel zu kleinen Räumen wirklich das Richtige ist.

Aber halt, das war jetzt so gar nicht ideologisch und bildungspolitisch korrekt...

Gruß !

Interessante Frage und korrekt finde ich es auch.

Wir hatten 'mal einen "echten" ADSler in einer Klasse, der noch dazu immer das Gefühl hatte, die anderen Schüler lachten ihn aus. Für diesen Jungen waren manchmal schon zwei andere Menschen "zuviel", so dass er, wenn diese ihm (wenn er es nur glaubte) zu nahe traten, ausrastete.

Bei diesem Jungen war nichts zu machen; er kam irgendwann in eine Klinik ... schade, na ja ...

Beitrag von „Heli“ vom 16. Oktober 2008 19:07

Ich danke euch für eure ausführlichen und sehr hilfreichen Beiträge!

Eigentlich verbringt dieses ADS-Kind (ich habe nochmal geschaut, die Diagnose lautet wirklich ADS und nicht ADHS....mhm...vielleicht ein Druckfehler?) seine Unterrichtszeit in einer "Traum"-Schule. Das heißt, der Fachunterricht findet mit höchstens 15 Schülern statt, bei Unterrichtsphasen mit allen Schülern gibt es immer 2 Lehrer. Die Eltern sind intensiv und aktiv am Schulalltag beteiligt.

Was ich allerdings bezweifle ist die Intensität, mit der die Diagnose gestellt wurde. Das Kind wird ebenfalls mit Ritalin ruhig gestellt und falls es morgens das Medikament vergisst, ist der Tag nicht mehr zu retten. Heute war so ein Tag, zwar nicht in meinem Unterricht, aber die Auswirkungen hat jeder mitbekommen.

Ich habe heute angeregt nach den Herbstferien, (die beginnen in Sachsen morgen!) ein Gespräch mit allen Fachlehrern dieses Schülers zu führen und Möglichkeiten für ein gemeinsames und stressfreies unterrichten zu finden. Mittlerweile fühle ich mich auch ein wenig besser informiert.

Vielen Dank nochmal, auch für die Links!

Grüße,
Heli

Beitrag von „Panama“ vom 16. Oktober 2008 19:21

Zunächst muss auf jeden Fall von einer FACHPERSON abgeklärt werden, ob es sich überhaupt um AD(H)S handelt. Das können nur gute Kinderpsychiater in mehreren Sitzungen abklären. Es gibt nämlich verschiedene Ausprägungen, Mischformen etc. Meistens geht es auch mit dem bereits erwähnten LRS einher, ist erblich bedingt usw.

Das ist ein weites Feld, über das es verschiedene Meinungen und "Auswüchse" gibt.

Sicher gibt es viele Tricks und Kniffe, mit deren Hilfe man als Lehrer einem Kind mit AD(H)S den Schulalltag erleichtern kann.

Das funktioniert aber NUR, wenn alle Beteiligten mit helfen.

Grundsätzlich gilt: Solche Schüler brauchen dringend klare Strukturen und Ansagen, klare Absprachen und Vereinbarungen, konsequentes Handeln das ihnen einen Rahmen gibt, in dem sie sich bewegen können. Und: Einen ganz klar strukturierten Tagesablauf.

Wichtig auch fürs Elternhaus!

Panama

Beitrag von „Panama“ vom 16. Oktober 2008 19:23

P.S.

Kinderärzte sind NICHT in der Lage, in zehn Minuten sowas zu diagnostizieren.

Da bekomme ich jedes mal einen Anfall, wenn eine weitere Mutter mit einem Ritalin Rezept vor mir steht.....

der Kinderarzt hat gesagt.... blablabla.....

Panama

Beitrag von „FrauBounty“ vom 16. Oktober 2008 20:26

Zitat

Original von Mikael

Ich frage mich immer, warum niemand auf die Idee kommt, zu hinterfragen, ob für "echte" ADHSler 6 Stunden oder mehr Regelunterricht mit 30 anderen Kindern in einer Klasse in viel zu kleinen Räumen wirklich das Richtige ist.

adhs ist aber auch nicht gleichzusetzen mit förderschule. natürlich können adhs kinder auch an regelschulen gefördert werden... aber dann muss sich natürlich auch die schule auf die kinder einstellen. meike. hat da ja schon einige sehr gute punkte genannt.

im übrigen - ich darf das sagen, ich bin selber eine 😊 - können sonderpädagogen mit der fachrichtung e kein ad(h)s diagnostizieren. klar können wir bestimmte anhaltspunkte feststellen und ggf. einen förderbedarf in adhs-typischen bereichen feststellen, aber eine klare diagnose darf und kann nur ein mediziner stellen. und damit meine ich keinen kinderarzt, sondern einen kinder- und jugendpsychiater. da eine differentialdiagnose zu stellen, ist wirklich schwierig. ich wüsste zu gern, wie vielen kindern dieser "stempel" zu unrecht aufgedrückt wird.

Beitrag von „Panama“ vom 16. Oktober 2008 20:51

....Frau Bounty spricht mir ja sooooo aus der Seele!!!!!!

Hatte schon WIRKLICHE ADHS-Kinder. Die waren in mehreren Sitzungen bei einem Kinderpsychiater und sind von diesem auf den Kopf gestellt worden. Dann kam eine sehr differenzierte Diagnose!

Wir in der Regelschule können uns sehr gut auf viele ADHS - Kinder einstellen. NICHT auf alle. Aber es gibt viele, die in Regelschulen gut zurecht kommen!

WENN Elternhaus und Schule mitspielen!

Selbstverständlich würde ich auch NIE wagen, Diagnosen zu stellen. Ich gebe Hinweise und verweise die Eltern an Experten!

Panama

Beitrag von „Unlucky“ vom 16. Oktober 2008 21:30

Synonyme Begriffe für die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sind ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) oder hyperkinetische Störung. Die Störung ist gekennzeichnet durch eine anlagebedingte, situationsübergreifende, extreme motorische Unruhe und Getriebenheit sowie Störung der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle. Die ICD-10 unterscheidet eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) von einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1). Kennzeichnend ist, dass die Symptome situationsübergreifend (z. B. in der Schule, im Freundeskreis und in der Familie) auftreten, während der ersten fünf Lebensjahre begonnen haben und zeitlich überdauernd sind. Dabei zeigt sich bei ca. einem Drittel bis zu der Hälfte der Betroffenen eine Persistenz bis ins Erwachsenenalter.

Epidemiologie

Die Prävalenz des ADHS liegt bei 3 - 5% im Kindesalter. Dabei sind Jungen etwa 3 - 8-mal häufiger betroffen als Mädchen.

Ätiologie

Die Vorstellung, dass das hyperkinetische Syndrom immer auf einer „minimalen zerebralen Dysfunktion“ (MCD) oder sonstigen Hirnfunktionsstörungen ohne eindeutiges neuropathologischen Korrelat basiert, hat sich nicht bestätigt. Die Genese des hyperkinetischen Syndroms ist als multikausal anzusehen. Dabei spielen genetische, aber auch weitere neurobiologische Erklärungsansätze eine wichtige Rolle. Für die Annahme genetischer Wirkfaktoren sprechen die Ergebnisse von Familien- und Zwillingsstudien sowie z. B. auch das deutliche Überwiegen des männlichen Geschlechts. Neuroanatomische und neurophysiologische Auffälligkeiten finden sich im Bereich des Frontalhirns und der Basalganglien. Die Wirksamkeit einer Behandlung mit Psychostimulanzien hat unterschiedliche neurochemische Hypothesen nahe gelegt. Gegenwärtig sprechen Befunde für eine Dysregulation der Konzentrations- oder Aktivierungsverhältnisse verschiedener

Neurotransmittersysteme. Weitere Erklärungsansätze sind perinatale Intoxikationen (z. B. mit Blei, aber auch mit Alkohol und besonders mit Nikotin). Gerade Adoptionsstudien haben aufgezeigt, dass Erziehung und Umwelt die Ausprägung der Symptomatik und den Verlauf beeinflussen, jedoch nicht als kausal für das Störungsbild anzusehen sind.

page 377

page 378

Symptomatik

Die Symptomatik wird bestimmt durch die Symptomtrias:

Hyperaktivität

Aufmerksamkeitsstörung

Impulsivität.

Die Hyperaktivität zeigt sich in einer exzessiven Ruhelosigkeit mit Herumlaufen, Nicht-Sitzenkönnen, ständigem Reden und Lärmen, einer ziellosen Aktivität mit häufigem Wackeln oder Zappeln. Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich darin, dass Tätigkeiten vorzeitig abgebrochen werden, es kommt zum häufigen abrupten Wechsel von Aktivitäten bei geringer Konzentrationsfähigkeit, hochgradiger Ablenkbarkeit und geringer Ausdauer. Die erhöhte Impulsivität äußert sich in einer mangelnden Impulskontrolle, besonders im Handlungsstil, und einer niedrigen Frustrationstoleranz. Schon im Säuglingsalter kann man bei 60% der später betroffenen Kinder eine ausgeprägte Unruhe und leichte Irritierbarkeit beobachten. Im Kleinkindalter fällt bei den Kindern zusätzlich eine deutliche „Gefahrenblindheit“ auf, und es kommt zu gehäuften Verletzungen und Gefährdungen, auch im Straßenverkehr. Aufgrund der Symptomatik kommt es im Schulalter zu Konflikten mit Mitschülern und Lehrern und es kann sich sekundär zusätzlich eine Störung im Sozialverhalten entwickeln. Im Jugendalter gehen die Symptome der motorischen Unruhe meistens zurück, die erhöhte Impulsivität und die verminderte Aufmerksamkeit bleiben jedoch häufig bestehen und die Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko, z. B. Drogen zu konsumieren, Verkehrsunfälle zu verursachen oder eine dissoziale Entwicklung zu nehmen.

Diagnostik

Die Diagnose wird gesichert durch eine sorgfältige Anamneseerhebung, die körperliche neurologische Untersuchung, durch die Ableitung eines EEG, den Laborstatus und neuropsychologische Testverfahren. Bewährt haben sich auch in der Diagnostik standardisierte Symptomskalen wie z. B. die Conners Rating Scales.

Differentialdiagnostisch müssen Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen, hirnorganische Psychosyndrome, Seh-Hör-Störungen und epileptische Psychosyndrome ausgeschlossen werden.

Komorbid finden sich häufig Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lese-Rechtschreib-Störungen, Angststörungen und Sprech- und Sprachstörungen.

Therapie

Therapeutisch bedarf es einer mehrdimensionalen Therapie, die auf der Beratung des Kindes und der Bezugspersonen fußt. Des Weiteren kommen psychotherapeutische, vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie eine spezifische [Pädagogik](#) und eine

Pharmakotherapie mit Psychostimulanzien zum Einsatz.

In der Psychotherapie haben sich bei Kindern verhaltenstherapeutische Programme wie Kontingenzprogramme, Selbstinstruktionstrainings und Selbstmanagementverfahren bewährt. Dabei lernt das Kind problematisches Verhalten zu erkennen und sein Spiel- und Arbeitsverhalten zu modifizieren. Eltern- und familienzentrierte Verfahren wie z. B. das Elterntaining zielen auf eine Reduktion problematischer Verhaltensweisen in der Familie und auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion ab.