

Wir wachsen mit unseren Kindern



4. Internationaler Kinderkongress in Essen

31. Oktober - 1. November 2009

AD(H)S

eine gemeinsame multidisziplinäre Aufgabe



Kongressreader



www.kinderkongress.de





Inhaltsverzeichnis

1. Tag

„Jetzt pass doch endlich mal auf!“

Wie wird Aufmerksamkeit gesteuert?

Vortrag von Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato

"Wann ist AD(H)S AD(H)S?"

Definition, Entstehungsmodell und Diagnostik

Vortrag von Dr. med. Ulrich Kohns

"Kinder und Eltern fordern uns heraus"

Therapie in kontinuierlichem Dialog und ständiger Anpassung

Vortrag von Ute Gerresheim

Zappeln mit allen Sinnen.

Entwicklung braucht Bewegung

Vortrag von Karin Hirsch-Gerdes und Birgit Pammé

„Jetzt hör doch endlich mal zu!“

Die Notwendigkeit guten Hörens für die Entwicklung

Vortrag von Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato & Georg Berger

Kevin hat Schule

Verhaltenauffälligkeit in Schule und Unterricht

Workshop von Dr. Klaus Peter Kleinsimon

Spiele zum Erlernen von Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle

Workshop von Brigitte Kleine-Harmeyer

2. Tag

Psychomotorische Therapie bei hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern

Vortrag von Detlev Panten

Die Erkennung und Bedeutung von Visuellen Wahrnehmungsstörungen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten

Vortrag von Sabine Tolksdorf

„Das probier ich aus!“

Mit Eltern Handlungsalternativen für zu Hause erarbeiten

Workshop von Jennifer Peters

Aus der Praxis für die Praxis

Hilfen für den Alltag: Struktur, Punktepläne, Lob und mehr...

Workshop von Heike Körner

Mutige Kinder brauchen mutige Erwachsene.

Das Encouraging-Training Schoenaker Konzept®

Workshop von Markus Schulte-Hötzel





Inhaltsverzeichnis

1. Tag

„Jetzt pass doch endlich mal auf!“

Wie wird Aufmerksamkeit gesteuert?

Vortrag von Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato

"Wann ist AD(H)S AD(H)S?"

Definition, Entstehungsmodell und Diagnostik

Vortrag von Dr. med. Ulrich Kohns

"Kinder und Eltern fordern uns heraus"

Therapie in kontinuierlichem Dialog und ständiger Anpassung

Vortrag von Ute Gerresheim

Zappeln mit allen Sinnen.

Entwicklung braucht Bewegung

Vortrag von Karin Hirsch-Gerdes und Birgit Pammé

„Jetzt hör doch endlich mal zu!“

Die Notwendigkeit guten Hörens für die Entwicklung

Vortrag von Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato & Georg Berger

Kevin hat Schule

Verhaltensauffälligkeit in Schule und Unterricht

Workshop von Dr. Klaus Peter Kleinsimon

Spiele zum Erlernen von Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle

Workshop von Brigitte Kleine-Harmeyer

2. Tag

Psychomotorische Therapie bei hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern

Vortrag von Detlev Panten

Die Erkennung und Bedeutung von Visuellen Wahrnehmungsstörungen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten

Vortrag von Sabine Tolksdorf

„Das probier ich aus!“

Mit Eltern Handlungsalternativen für zu Hause erarbeiten

Workshop von Jennifer Peters

Aus der Praxis für die Praxis

Hilfen für den Alltag: Struktur, Punktepläne, Lob und mehr...

Workshop von Heike Körner

Mutige Kinder brauchen mutige Erwachsene.

Das Encouraging-Training Schoenaker Konzept®

Workshop von Markus Schulte-Hötzel





1. Tag
31. Oktober 2009

„Jetzt pass doch endlich mal auf!“

Wie wird Aufmerksamkeit gesteuert?

Vortrag von
Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato



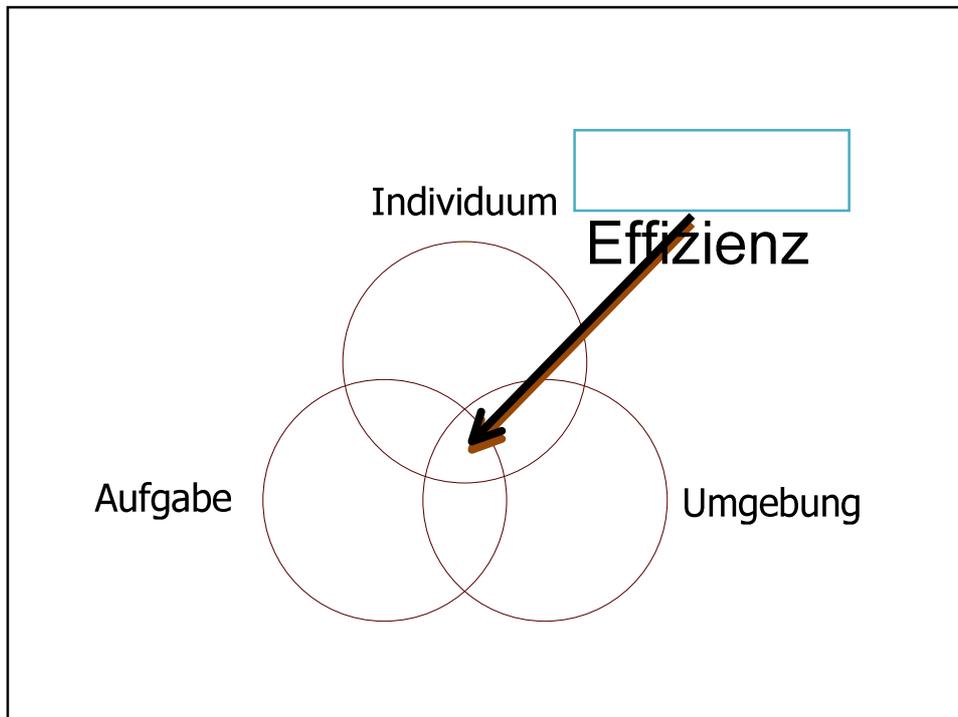


Wie wird Aufmerksamkeit gesteuert?

Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato

Lokalisation einer Funktion

- ein Areal beisteuert zu spezifischer neuronalen Aktivität
- Funktionen werden durch neuronale Netze durchgeführt
- Nicht durch isolierte Zentren



Nervensystem

**Kontrolliert, koordiniert, integriert und
ist verantwortlich für die eigene
Homöostase und die der anderen
Systeme des Organismus.**



Die Entwicklung des NS wird beeinflusst durch:

- das genetische Programm
- epigenetische Faktoren
 - pränatale Mikro-Umgebung
 - äußere Umgebung

„ Jeder weiß, was Aufmerksamkeit heißt “

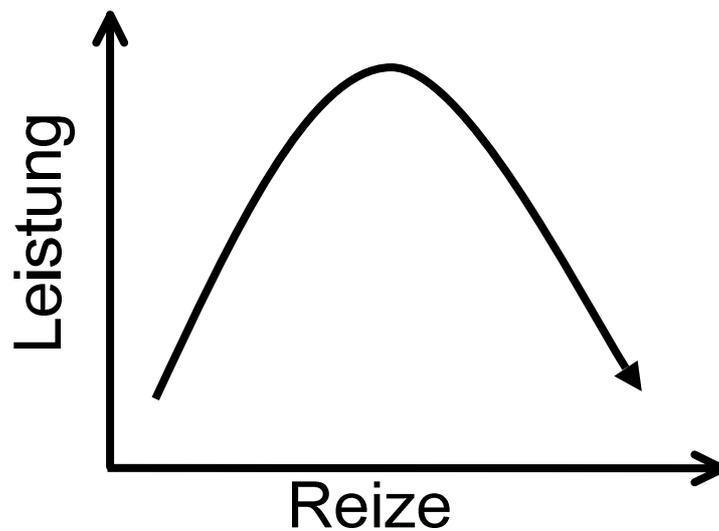
William James 1890

Aufmerksamkeitsfunktionen sind
Basisleistungen für nahezu jede
praktische oder intellektuelle Tätigkeit



Aufmerksamkeitsfunktionen stellen keine allein stehende Leistung dar, sondern sind an vielfältigen Prozessen beteiligt:

- Wahrnehmung
- Gedächtnis
- Planen und Handeln
- Sprachproduktion und –rezeption
- Orientierung im Raum
- Problemlösung



Gesetz von Yerkes und Dodson



Aufmerksamkeitsdimensionen

Intensität

1. *Alertness*
(Aufmerksamkeitsaktivierung)
2. Daueraufmerksamkeit
3. Vigilanz

Alertness

(Aufmerksamkeitsaktivierung)

- Allgemeine Wachheit (intrinsische bzw. tonische *Alertness*)
- zeigt Variabilität im Tagesablauf
- steigert das allgemeine Aufmerksamkeitsniveau nach einem Warnreiz (phasische *Alertness*)



Daueraufmerksamkeit

- umfasst alle Situationen, die unter relativ hoher Reizdichte eine längere Aufmerksamkeitszuwendung verlangen, einschließlich Leistungen mit einer größeren kognitiven Beanspruchung.

Vigilanz

- Zeitlicher Prozess
- Fähigkeit, die Aufmerksamkeit unter Einsatz mentaler Anstrengung auch über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechtzuerhalten.
- Aufrechterhaltung des Aufmerksamkeitsniveaus unter extrem monotonen Bedingungen mit einer sehr geringen Frequenz der kritischen Signale (z. B. Radarbeobachtung, nächtliche Autobahnfahrt, Kontrolltätigkeit am Fließband).



Aufmerksamkeitsdimensionen

Selektivität

1. Selektive oder fokussierte
2. Visuell-räumliche selektive Aufmerksamkeit, Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus
3. Geteilte oder verteilte Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeit

1. Subkortikales diffuses Netzwerk vermittelt *Arousal*
 - a) ARAS
 - Ursprung im Hirnstamm und Thalamus (Ncl. interlaminaris)
 - beeinflusst Limbisches System und Neocortex
 - b) Basales Vorderhirn
 - Acetylcholinerg
 - c) Locus coeruleus
 - Noradrenalin
 - d) Substantia nigra und ventrales Tegmentum
 - Dopamin
 - e) Raphe nuclei
 - Serotonin
 - f) Hypothalamus
 - GABA und Histamin



Aufmerksamkeit

2. Gemischt kortikales-subkortikales Netzwerk
vermittelt Ausrichtung auf Reize
3. Kortikales Netzwerk vermittelt selektive
Aufmerksamkeit

Formatio reticularis



Hirnstamm

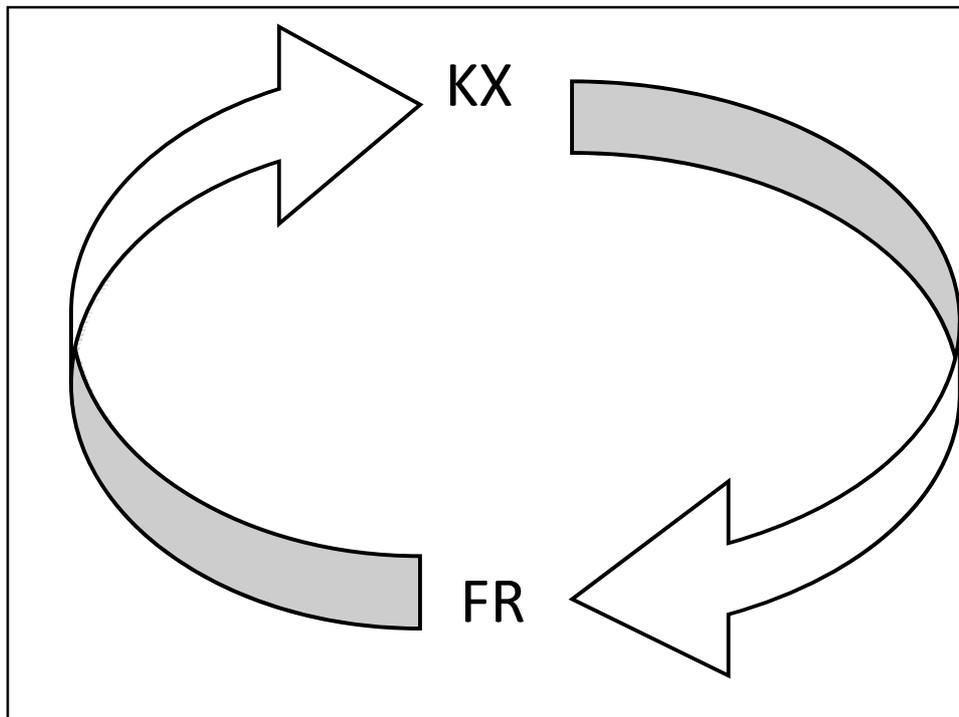
- Mesencephalon
(Mittelhirn)
- Pons
(Brücke)
- Medulla oblongata [Bulbus]
(Verlängertes Mark)

Aufsteigendes

Reticuläres

Aktivierendes

System



Entwicklung

Das Bombardement von Reizen
bildet den Hintergrund für die
Grundaktivität des ZNS
und damit für die Entfaltung
des genetischen Programms.

Stemme, G. & Laage-Hellman, A.: Frühkindliche Bewegungsentwicklung.
Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Heft 3, Mai., 1990.



Entwicklung

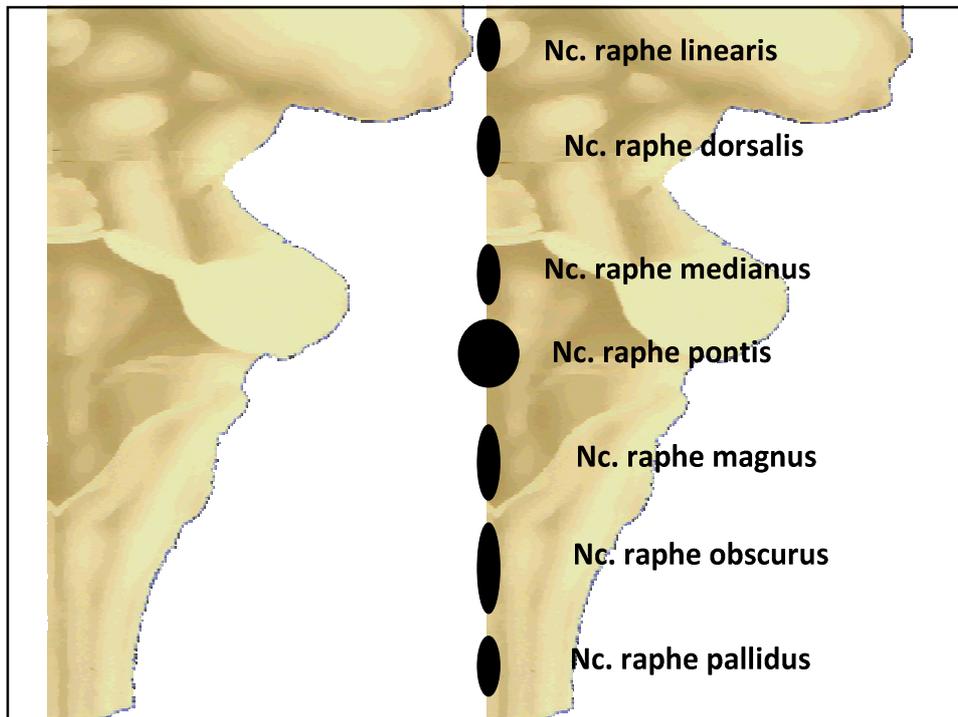
Gleichzeitig bedarf es jedoch einer sorgfältigen Filterung, damit nur einige wichtige Eindrücke aus den verschiedenen Sinnesbereichen verarbeitet und eben „sinnvoll“ integriert werden können.

Stemme, G. & Laage-Hellman, A.: Frühkindliche Bewegungsentwicklung. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Heft 3, Mai., 1990.

Entwicklung

Diese Aussortierung ist ein sehr aktiver Adaptationsprozess, dessen Störung eine Chaotisierung des Kindes zur Folge hätte und die Entfaltung seiner Anlagen hemmen würde.

Stemme, G. & Laage-Hellman, A.: Frühkindliche Bewegungsentwicklung. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Heft 3, Mai., 1990.



Serotonin (ZNS)

- Auswirkung auf die Stimmungslage
- den Schlaf-Wach-Rhythmus
- Schmerzwahrnehmung
- Körpertemperatur
- Nahrungsaufnahme



"Wann ist AD(H)S AD(H)S?"

Definition, Entstehungsmodell und Diagnostik

Vortrag von
Dr. med. Ulrich Kohns





„Wann ist AD(H)S AD(H)S?“

Definition, Entstehungsmodell und Diagnostik

© Kohns

Dr. Ulrich Kohns
Kinder- und Jugendarzt
Psychotherapie
Homöopathie

Sozialpädiatrische Praxis
Klarastr. 31 45130 Essen

Tel. 0201/774666
Fax 0201/7266013
dr.kohns@t-online.de

www.drkohns.de



Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft ADHS
der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mitglied der INAQ Interdisziplinäres Netzwerk ADHS
Qualitätssicherung

Mitglied im advisory board Strattera® Lilly

Mitglied im advisory board UCB
Mitarbeit bei UCB für quids-letter

Referent für Lilly, Medice, UCB

Seminare für Therapeuten, Erzieher, Lehrer und
Eltern



© Dr. med. Ulrich Kohns



Definition der ADHS

© Kohns

Hyperkinetische Störungen (HKS) nach ICD-10, V (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)

Hyperkinetische Störungen ...

- ... ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität ...
- ... in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß ...
- ... situationsübergreifend ...
- ... in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen konstant ...
- ... beginnt vor dem Alter von 6 Jahren ...

ICD-10

(international classification of diseases)

F 90 Hyperkinetische Störungen

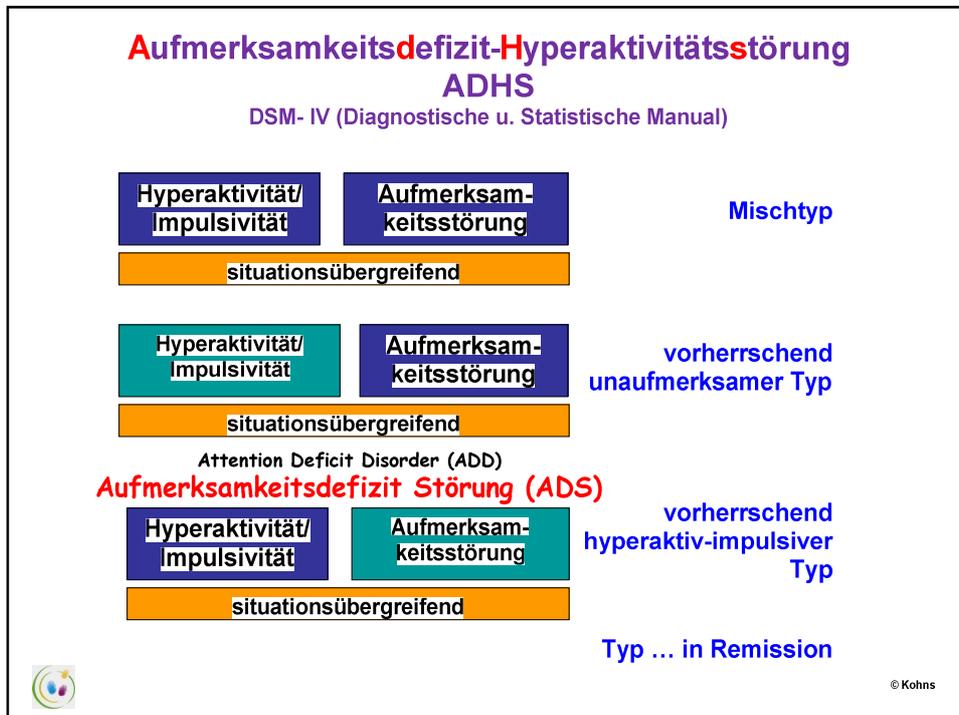
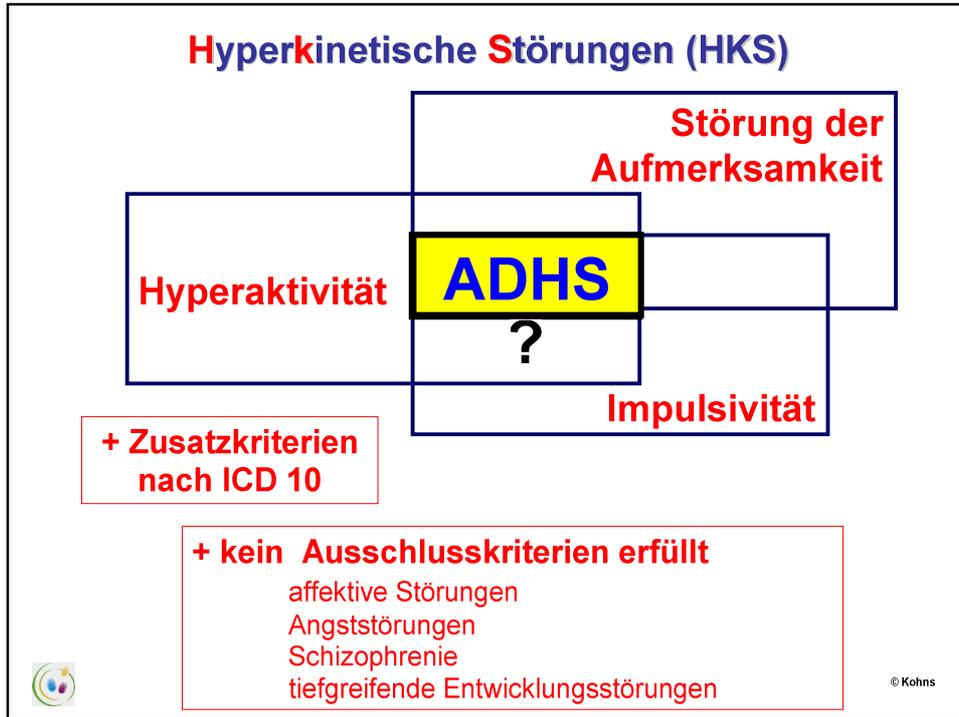
**F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
Hyperaktivität
+ Aufmerksamkeitsstörung
+ situationsübergreifend
+ Zusatzkriterien**

F 90.1 hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens



© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



© Dr. med. Ulrich Kohns



ADHS - Fazit

- *ADHS ist die häufigste psychiatrische Störung in der Kindheit¹*
- *die Häufigkeit hängt von diagnostischen Methoden und kulturellen Unterschieden der Bevölkerung ab¹⁻³*
- *die Häufigkeit liegt zwischen 3% to 16% in der Weltliteratur^{1,2,4}*
- *das durchschnittliche Alter bei Diagnosestellung ist 5 bis 7 Jahre⁵*
- *Jungen sind eher als Mädchen betroffen – aber nicht mehr mit zunehmendem Alter^{6,7}*
- *die Häufigkeit bei Erwachsenen zwischen 1–7% in der Literatur^{5,8,9}*



1 AAP, 2000 2 Rowland et al, 2001
3 Dwivedi & Banhatti, 2005 4 APA DSM-IV-TR, 2000
5 Datamonitor, 2004 6 Hill et al, 1996
7 Biederman et al, 2000 8 Wasserstein, 2005 © Kohns
9 AACAP, 1997

Entstehungsmodell der ADHS

© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



ADHS – Verhaltensgenetik

63% und mehr der Patienten sind familiär vorbelastet

Familienstudien hohe Prävalenz bei Verwandten 1. und 2. Grades
Zwillingsstudien 51% Konkordanz bei MZ, 33% bei DZ
Adoptionsstudien 8% ADHS Eltern, 6% Adoptiveltern

ADHS – Molekulargenetik

**komplex-genetische Ursache
aber mit nur geringer Effektstärke!**

ADHS – Folge erworbener hirnstruktureller Störungen

- **vorgeburtliche Störungen**
z. B. Infektionen, Minderversorgung, Alkohol, Drogen,
Nikotin (>10 Zig./Tag: um 60% erhöhtes Risiko für Hyperaktivität und Ablenkbarkeit)
- **Extreme Frühgeburtlichkeit mit Komplikationen**
- **Geburtskomplikationen**
- **Erkrankungen der Stirnhirnregionen**
(Entzündungen, Tumoren, Verletzungen)



© Kohns

HKS/ADHS als biopsychosoziales Störbild

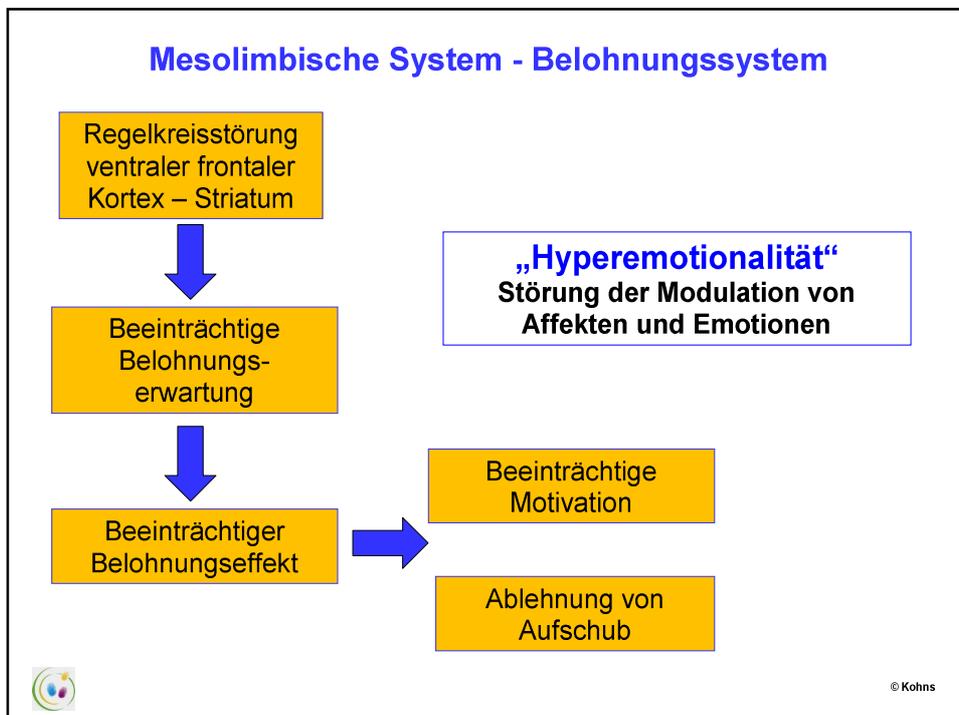
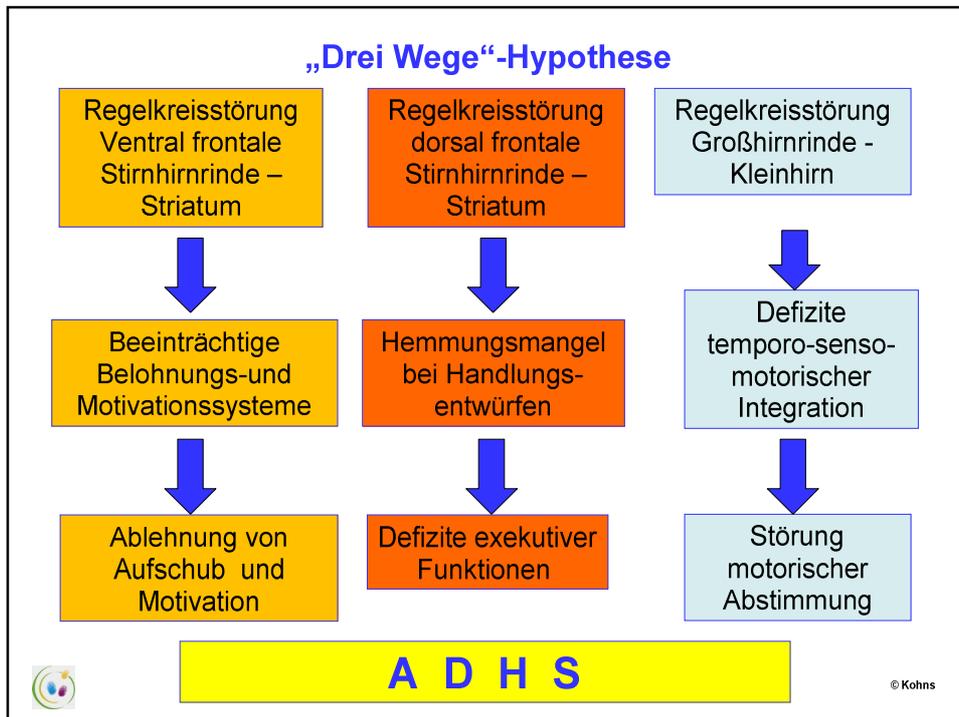
- Vielzahl von weltweit durchgeführten, bildgebenden Untersuchungen der Hirnstruktur und der Hirnfunktion mit verschiedenen Untersuchungen der Hirnaktivität:
**ADHS als Folge der Störungen jener Hirnfunktionen,
die von Dopamin abhängig sind**
- **davon betroffene Hirnregionen und ihre Netzwerke sind**

Stirnhirn-Stammhirn-Regionen mit
mesolimbische System,
nigrostriatel System,
mesocorticale System,
tuberoinfundibuläre System.

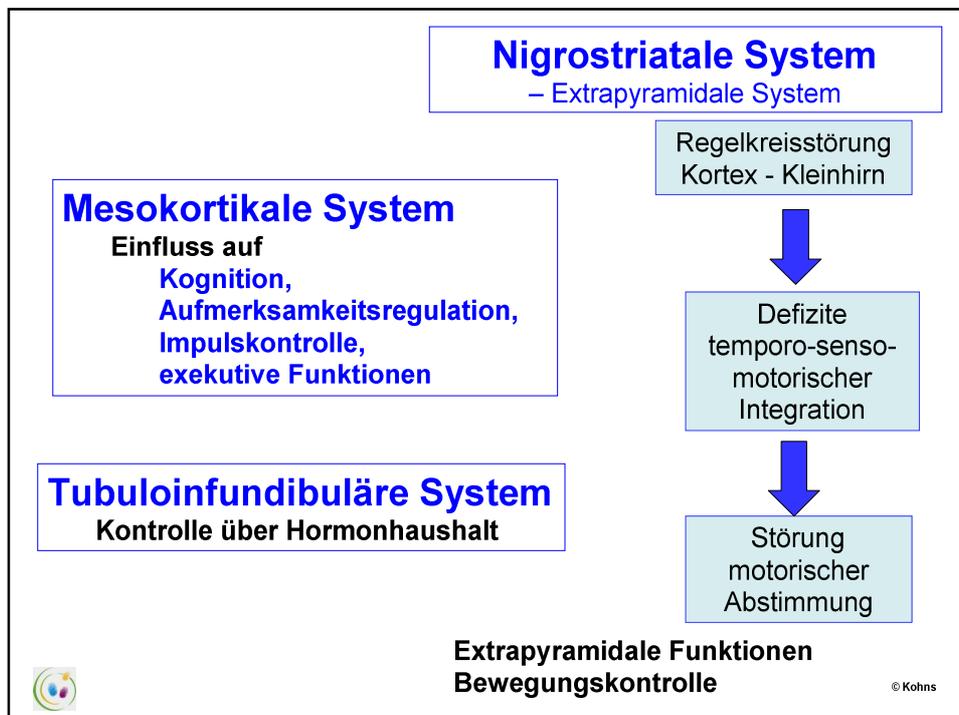
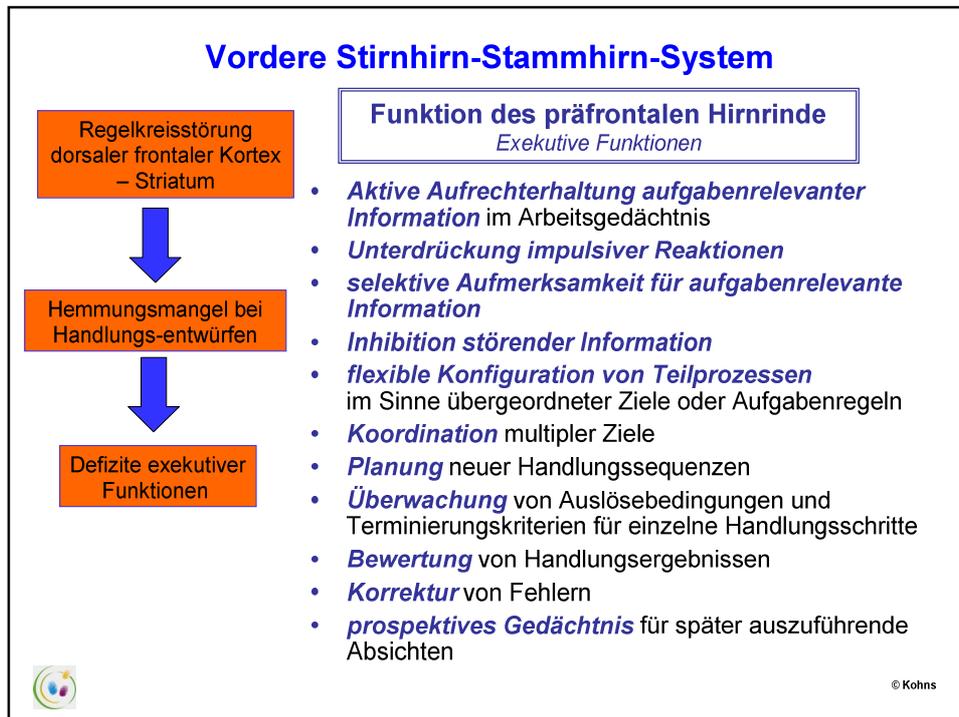


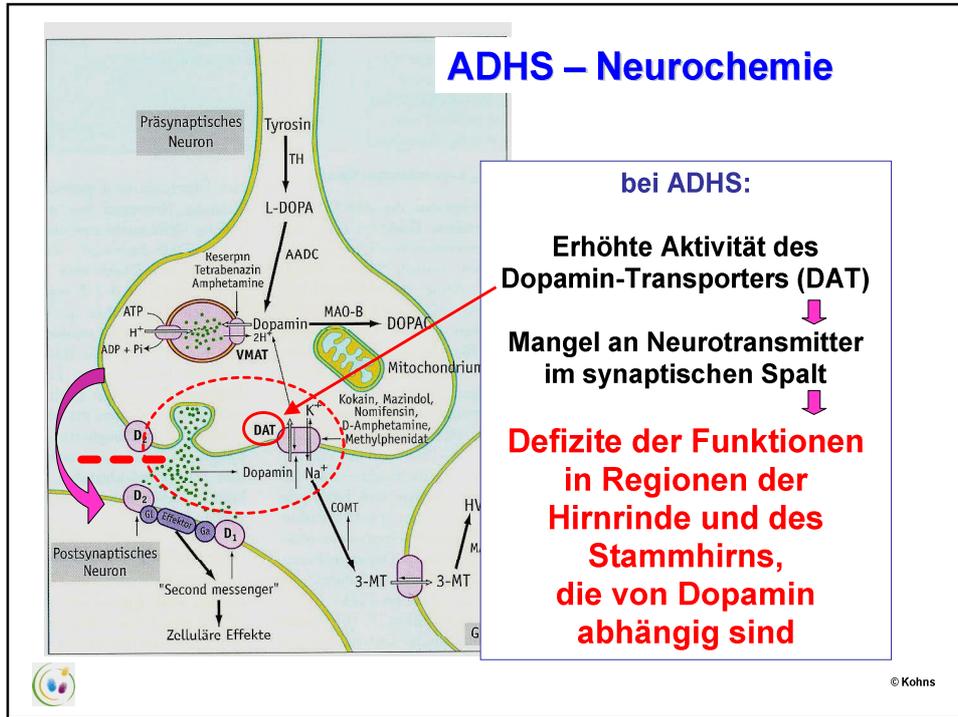
© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



© Dr. med. Ulrich Kohns







ADHS - Psychosoziale Faktoren

Modulierende Faktoren

- Familiäre Instabilität
- Partnerkonflikte
- Psychische Störung eines Elternteils
- Erziehungsdefizit
- Negative Eltern-Kind-Beziehung
- Niedriger sozioökonomischer Status

Soziale und psychosoziale Bedingungen
wirken auf die Qualität der Symptome ein und
beeinflussen die Folgen der ADHS.

**Erziehungsfehler
sind nicht die Ursache der ADHS!**

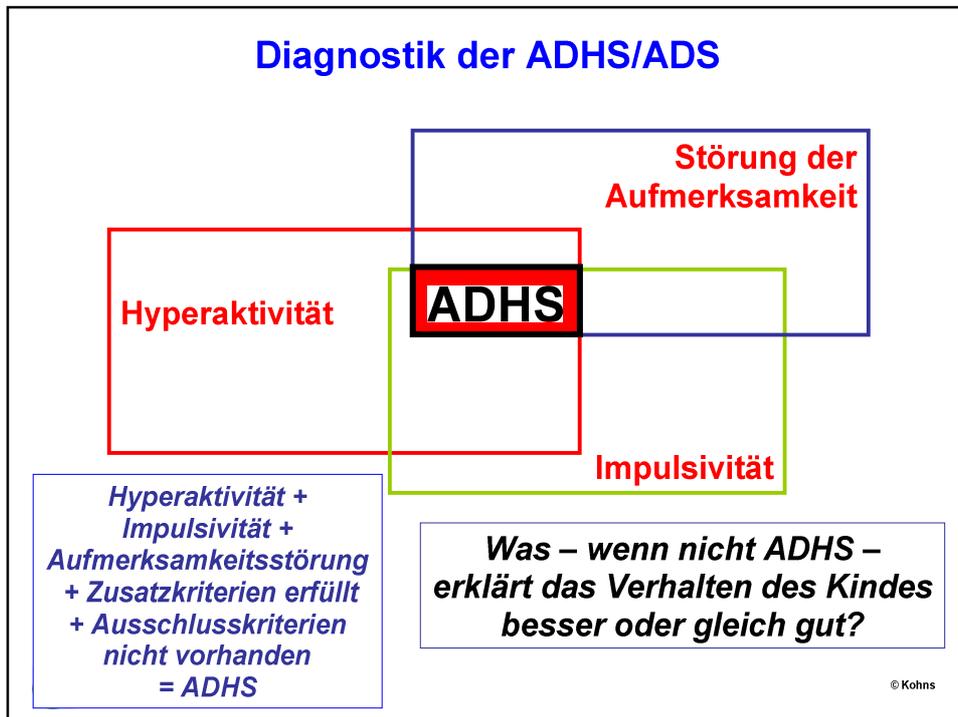


© Kohns

Diagnostik der ADHS

© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Aufmerksamkeitsstörung/ Hyperaktivität-Impulsivität

Symptom

- infolge mangelnder Förderung
- bei körperlicher Störung
z. B. Anfallsleiden, Medikamente, hormonelle Störungen, Hör- und Sehstörungen
- bei psychischer Störung
z. B. Über- und Unterforderung, Ängste, Verstimmungen, Zwänge, Anpassungsstörung, Beziehungsstörung, Autismus-Störung, Depression u. a.
- bei hirnorganisch bedingter ADHS

© Kohns



Diagnostik der diagnoserelevanten Symptome und Befunde nach ICD-10

Hyperaktivität
Aufmerksamkeitsstörung
Vorgeschichte
Entwicklungsstand
Soziale Bedingungen

© Kohns

Störungsspezifische Diagnostik bei ADHS/ADS

- Modul Anamnese**
 - Wertung aktueller Klagen
 - Entwicklungsgeschichte
 - biographische Vorgeschichte
- Modul Untersuchung**
 - körperlich
- Modul Untersuchung**
 - Verhaltensbeobachtung
 - neurofunktionell-psychiatrisch
- Modul Abgrenzung**

© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



<h3 style="text-align: center; color: blue;">Störungsrelevante Rahmenbedingungen</h3> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <h4 style="text-align: center; color: blue;">Sozialanamnese</h4> <ul style="list-style-type: none"> Elternstruktur Familiengeschichte sozioökonomische Belastungen <ul style="list-style-type: none"> Bisherige Interventionen </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <h4 style="text-align: center; color: blue;">Psychosoziale Belastung</h4> <ul style="list-style-type: none"> Leistungsstörungen Emotionale Störungen </div>	<h3 style="text-align: center; color: blue;">Diagnostik bei ADHS/ADS</h3> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <h4 style="text-align: center; color: blue;">Untersuchungen</h4> <ul style="list-style-type: none"> - körperlich: Größe, Gewicht, Kopfumfang, Blutdruck, Herzfrequenz, Fehlbildungszeichen - neurologisch-funktionell: sensomotorische Funktionen, nervale Störungen - psychologisch: Stimmung, Interaktion, Selbstwert - technisch (Sehen, Hören, Blut, evtl.: EEG, EKG) - Entwicklungsdiagnostik - Psychometrische Tests - evtl. Intelligenzdiagnostik </div>
---	---

Assoziierte Erkrankungen bei ADHS/ADS

F 80-83 **umschriebene Entwicklungsstörungen 40 %**

- des Sprechens/der Sprache F 80
- der schulischer Fertigkeiten F 81
- der motorischen Funktionen F 82

infolge Störungen der sensorischen Wahrnehmung und Integration und Programmsteuerung

F 70-79 Intelligenzstörungen 13%	F 95 Tic-Störungen 11%*	F 84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen
F 91 Sozialverhaltensstörungen 14%* Oppos. Trotzverh. 40%*	F 41 / F 93 Angststörungen 34 %*	F 30-39 affektive Störungen, depressive Störungen 4 %*

* %-Angabe nach MTA-Studie



Es gibt keine spezifischen Tests und keine apparative Diagnostik für HKS/ADHS!

© Kohns



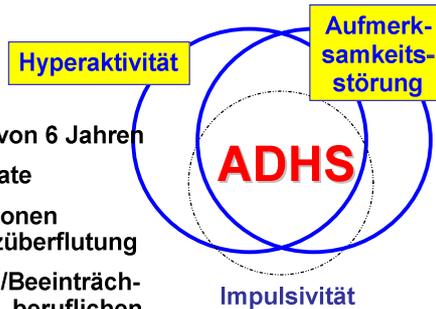
einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung HKS (ICD-10: F90.0)

für Diagnose notwendig:

- Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität notwendigerweise vorhanden
- beide Symptome in mehr als einer Situation (Familie, Schule u. a.)

+ Zusatzkriterien

- Störungsbeginn vor dem Alter von 6 Jahren
- Störungsdauer mehr als 6 Monate
- Symptomverstärkung in Situationen der Selbstbehauptung und Reizüberflutung
- Symptome verursachen Leiden/Beeinträchtigung der sozialen, schulische, beruflichen Funktionsfähigkeit

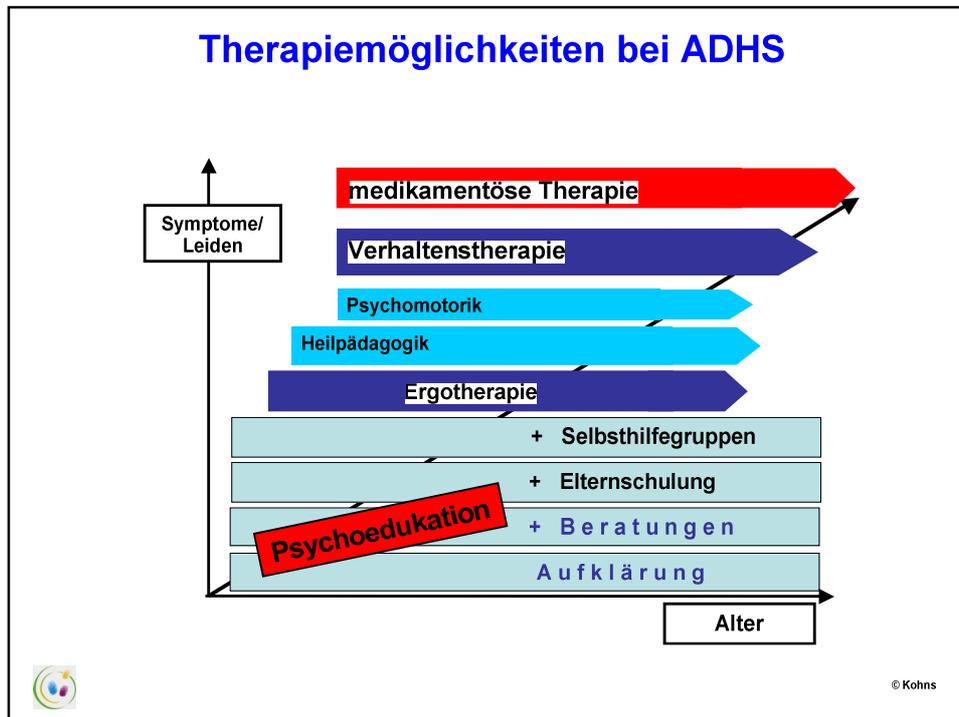


+ Ausschlusskriterien nicht erfüllt

© Kohns

Stellenwert medikamentöser Therapie der ADHS

© Dr. med. Ulrich Kohns



Methylphenidat – Anwendung bei ADHS

1. Die *Methylphenidat* - Behandlung ist weltweit die am längsten, umfangreichsten und am besten untersuchte Behandlung der ADHS.
„Zu keinem anderen Gebiet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es so zahlreiche wissenschaftliche Daten.“ (Trott 2006)
2. Die *Methylphenidat* - Behandlung ist weltweit seit Jahrzehnten in Leitlinien zur Behandlung der ADHS eingeführte Standard in der Therapie.
3. Die *Methylphenidat* – Behandlung hat durch weltweit hundertfache Zahl von Plazebo-kontrollierten, randomisierten, doppelblind geführten Studien ihren unmittelbaren Nutzen in der Behandlung bewiesen.
4. Die *Methylphenidat* - Behandlung ist in der Mehrzahl der Fälle mit ADHS unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung.



© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Unmittelbarer Anlass zur Psychostimulanzientherapie



Die Therapie muss zunächst dort ansetzen, wo das Problem am größten ist.

Leitlinie der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

„... eine primäre Pharmakotherapie ist meist dann indiziert, wenn eine stark ausgeprägte situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung (z.B. drohender Umschulung in Sonder-schule, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung) vorliegt.“

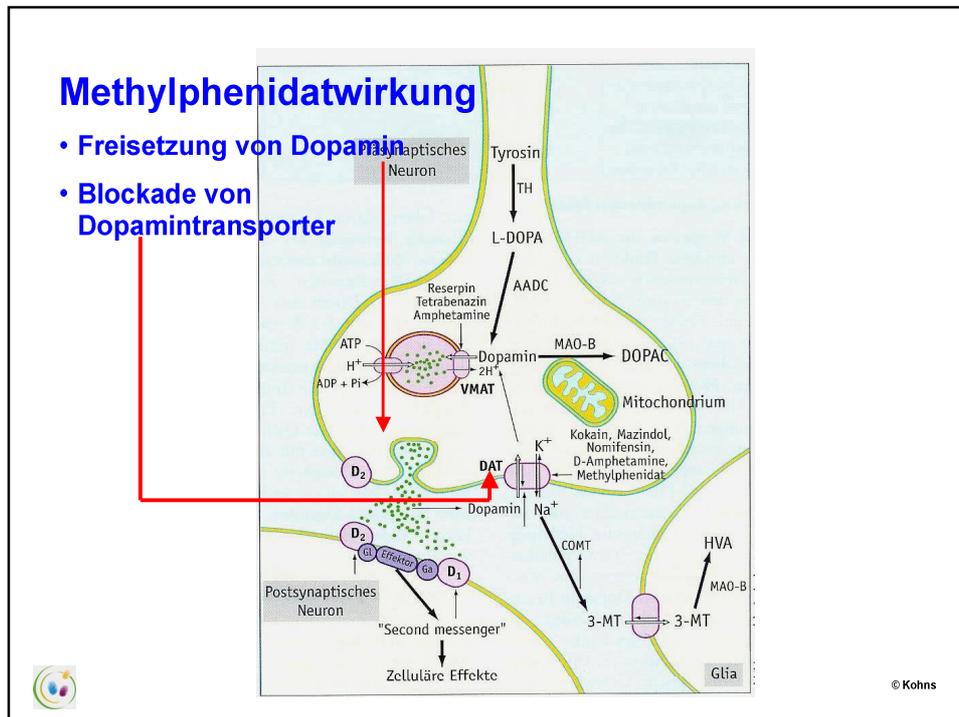
© Kohns

Möglichkeiten medikamentöser Therapie der ADHS/ADS

Dopaminerge Substanzen (Psychostimulanzien)	Noradrenerge Substanzen
<p>Methylphenidat</p> <ul style="list-style-type: none"> - nicht retardiertes MPH (IR-Präparate = immediate release) <i>Medikinet®/Ritalin®/Equasym®/MPH-...®</i> - retardiertes MPH (ER-Präparate = extended release) <i>Medikinet® ret. 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (50/50)</i> <i>Ritalin LA® 10mg, 20mg (50/50)</i> <i>Equasym® ret. 10 mg, 20 mg, 30 mg (30/70)</i> <i>Concerta® 18, 36, 54 (22/78)</i> <p>D-Amphetaminsulfat</p>	<p>Atomoxetin</p> <p><i>Strattera®</i></p>

Symptomatische Behandlung - unabhängig von Ätiologie

© Kohns



- ### Methylphenidat - Wirkungen auf exekutive Funktionen im Stirnhirn
- Verbesserung oder Normalisierung der Funktionen:**
- **selektive Aufmerksamkeit** für aufgabenrelevante Information
 - **Inhibition** störender Information
 - **Aktive Aufrechterhaltung** aufgabenrelevanter Information
 - **Unterdrückung impulsiver Reaktionen**
 - **flexible Konfiguration von Teilprozessen** im Sinne übergeordneter Ziele oder Aufgabenregeln
 - **Koordination** multipler Ziele
 - **Planung** neuer Handlungssequenzen
 - **Überwachung** von Auslösebedingungen und Terminierungskriterien für einzelne Handlungsschritte
 - **Bewertung** von Handlungsergebnissen
 - **Korrektur** von Fehlern
 - **prospektives Gedächtnis** für später auszuführende Absichten
- © Kohns



Wirkungen von Methylphenidat

allgemeine physiologische Wirkungen

- Erregung des retikulären Aktivierungssystems: Aufmerksamkeit ↑, anfängl. Schlafstörung, Appetitverminderung
- nur anfangs Wachstumshormonanstieg
- Herzfrequenz und RR (systolisch und diastolisch) schwach erhöht
- Sphinktertonus der Blase erhöht
- unspez. gastrointestinale Effekte
- uneinheitliche Beurteilung von Effekten auf EEG und EKG

Pharmakokinetik unretardierter MPH-Präparate

- **max. Blutspiegel nach 2 Std.**
- **Wirkbeginn nach 15-30 Min.**
- **Wirkdauer 0,5 – 4 Stunden**
- **unterschiedliche individuelle Ansprechbarkeit**

Methylphenidat
hat kein Suchtpotential,
macht kein Abhängigkeit,
verursacht kein Parkinson u. a.

seit über 50 Jahre im Einsatz
und kontinuierlich erforscht !



© Kohns

Durchführung der Therapie mit Methylphenidat

1. Diagnostik

Eigen- und Fremdanamnese
Entwicklungsstatus
neurologische Unters.
psychiatrische Unters.
körperliche Untersuchung
(KL, KG, KU, RR, HF, u. a.)
Prüfung der Sinnesfunktionen
Labordiagnostik
(BB, T4, TSH, Leberwerte,
evtl. EKG, EEG)

2. Ausschluss anderer Ursachen für das Verhalten

3. Eltern- und Patientenaufklärung (mit Literaturempfehlung)

4. Wahl der Therapieform

5. Indikationsstellung zur medikamentösen Therapie

6. Wahl des Medikaments

7. Festlegung der Zielsymptome

8. Medikamentöse Einstellung mit Dosisfindung



© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Prinzipien der Psychostimulanzien-Therapie

- Indikation ADHS/ADS
- Entwicklungsbeeinträchtigung u./o. Leiden
- Ausbleiben des Erfolgs anderer Therapie
- Fehlen der Möglichkeit anderer Therapie
- Krisenhafte Zuspitzung der Situation des Kindes u./o. Familie

- Höhe der Einzeldosis nach Wirkung und nach situationsabhängiger Anforderung
- (1) 2 - 3 Einzeldosen/Tag
- sehr bald retardiertes MPH
- Einhalten der max. Tagesdosis
- tägliche Therapie ca. 3 -12 Monate
- Kenntnis über Therapie im Umfeld begrenzen
- später reduzierte Tagesdosis z.B. 1 x täglich, danach Auslassversuch (Sa/So/Ferien)



**Hyperaktivität ohne ADHS
ist kein Grund
für die Behandlung mit Psychostimulanzien**

© Kohns

Methylphenidat - Behandlungsübersicht

(in Anlehnung an europäische Leitlinien)

- Einzeldosis beginnend mit 0,2 mg/kg KG/ED unretardiertes MPH, abhängig von guter Wirkung oder Auftreten von UAs gesteigert um 0,2 mg/kg KG/ED bis max. 0,7 mg/kg KG/ED vor Situation mit Behandlungsindikation
- nach Feststellung ED mit guter Wirkung dann situationsabhängig (1) 2 - 3 Einzeldosen/Tag
- nach situationsabhängiger Anforderung sehr bald retardiertes MPH, auch in Kombination mit unret. MPH
- tägliche Therapie in der Regel 6 - 24 Monate bis zur Kontrolle
- Kenntnis über Therapie im Umfeld begrenzen
- Erst im späteren Verlauf der Therapie ist eine reduzierte Tagesdosis z. B. auf 1 x täglich und noch später ein Auslassen möglich z. B. samstags, sonntags oder in Ferien



**Hyperaktivität ohne ADHS
ist kein Grund für die Behandlung mit Methylphenidat**

© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Vorteile nicht retardierter Methylphenidat - Präparate

- Resorption unabhängig von Art und Menge der Mahlzeit vor Einnahme
- Zeitpunkt des Wirkeintritts rasch feststellbar
- Wirkung der Einzeldosis auf ausgewählte Belastungssituation schnell beurteilbar
- Wirkdauer der Einzeldosis rasch feststellbar
- Wirkung verschiedener Einzeldosen in zeitlich überschaubarem Rahmen gut vergleichbar
- Vergleichbarkeit von Verhalten ohne und mit MPH in zeitlich überschaubarem Rahmen gut möglich
- Individuelle, effektive Einzeldosierung durch Möglichkeit kleiner Änderungen der Dosierung gut festlegbar
- Individuelle Dosierung durch Präparate mit unterschiedlichen Einzeldosen möglich
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen unmittelbar erkennbar
- Akute unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind von zeitlich eng begrenzter Dauer
- Optimierung der Therapie durch Kombination von nicht retardierten mit retardierten MPH-Präparaten möglich



© Kohns

Nachteile nicht retardierter Methylphenidat - Präparate

- Kurze Wirkdauer
- Notwendigkeit der Gabe mehrfacher Einzeldosen am Tag für gleichmäßige Wirksamkeit über den Tag
- Körperliche Wahrnehmungen bei Wirkeintritt
- Abrupter Wirkverlust

Vorteile retardierter Methylphenidat - Präparate

- Langsamer Eintritt der Wirkung
- Deutlich verlängerte Dauer der Wirkung
- Unterschiedlich lange Dauer der Wirkung bei verschiedenen Präparaten
- Langsamer Verlust der Wirkung
- Reduzierung der Häufigkeit von MPH-Gaben am Tag
- Verbesserung der Compliance in der Therapie
- Höhere Akzeptanz bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen



© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Retardierte MPH-Präparate

sofort / verzögert
freigesetzter Anteil MPH

Medikinet® ret.

5 mg/10 mg/20 mg/30 mg/40 mg

(50% / 50%)

ca. 6 - 8 Stunden

Ritalin LA®

10 mg/20 mg/40 mg

(50% / 50%)

ca. 6 - 8 Stunden

Equasym® ret.

20 mg/30 mg

(30% / 70%)

ca. 8 Stunden

Concerta®

18 mg/27 mg/36 mg/54 mg

(22% / 78%)

ca. 8-10 Stunden

Long-acting medications - ER-Präparate
= extended-release MPH

„2-Phasen-Präparate“ oder Kombinationspräparate



© Kohns

ADHS - multimodale Therapie

Psychoedukation

(Beratungskonzept)

- Vorstellung zu Ursachen der Störung und Therapieerwartung
- Information zum biopsychosozialen Störungskonzept
- Aufklärung über Therapiemöglichkeiten
- Gemeinsamer Behandlungsplan
- Lösungsmöglichkeiten für konkrete Problemsituationen

**Kombination
Psychoedukation und
Pharmakotherapie**

(im Einzelfall)

**Kombination
Pharmakotherapie,
Psychoedukation und
Psychotherapie
(Verhaltenstherapie u. a.)**



© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Grenzen der Therapie mit Stimulanzien

Probleme mit Methylphenidat/Amphetamin:

- Fehlende oder nicht ausreichende Wirksamkeit im Einzelfall
- **Nebenwirkungen:** Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Reizbarkeit, Kopfschmerzen
- „Persönlichkeitsveränderung“ unter der Medikation aus Sicht der Eltern oder der Patienten (Überdosierungsfolge?)
- **Kontraindikationen:** ausgeprägte Angst, Anspannung, Agitation, mot. Tics

Begrenzte Wirkungsdauer

- **Verschlechterung der Symptomatik nach Wirkverlust, besonders bei schlechter Compliance**
- Absetzen der Medikamente am Abend, am Wochenende und in den Ferien zur Vermeidung von Nebenwirkungen

Betäubungsmittelgesetz:

- Verurteile in veröffentlichter Meinung
- Erschwerte Verordnungsbedingungen durch Bedenken der Eltern
- Gefahr des Missbrauchs durch Dritte



© Kohns

Wirksamkeit Atomoxetin (Strattera®)

Kinder- und Jugendstudien:

- Wirksamkeit auf alle ADHS Kernsymptome
- Wirksamkeit vergleichbar mit Methylphenidat
- **Symptomverbesserungen bis abends und zum nächsten Morgen**
- **Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Eltern**
- Signifikante Behandlungsresponse nach zwei bis sechs Wochen (!) bei üblicher Dosissteigerung und weitere Symptomverbesserung über die folgenden Behandlungswochen
- Wirksamkeit mit Hilfe einer Reihe verschiedener Skalen aus Sicht von Prüfern, Eltern und Lehrern belegt
- **Wirksamkeit sowohl bei 1x täglicher Gabe und 2x täglicher Gabe nachgewiesen**
- Wirksamkeit bei begleitender Depression
- **Wirksamkeit in der Behandlung von ADHS bei Kinder und Erwachsenen mit begleitender oppositioneller Verhaltensstörung belegt**
- Verbesserung der ADHS-Kernsymptomatik und Tic-Störungen

© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Die medikamentöse Therapie der ADHS kann ...

**... ein Leben mit Nutzung aller vorhandener Fähigkeiten ermöglichen,
... die Folgen chronischen Versagens und die Erfahrungen ständig misslingender Interaktionen verhindern,
... die Entwicklung von Sozialentwicklungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen verhindern,
... vor Suchtgefährdung und Unfallgefährdung schützen**



... und ist in vielen Fällen von ADHS unerlässlich und oft Voraussetzung für Erfolge von Interventionen und begleitende Therapie.



© Kohns

ADHS - Schlussfolgerungen

- ADHS**
- ist eine Belastung für das Individuum, die Familie und die Gesellschaft
 - wird in den meisten Fällen durch zusätzliche Probleme kompliziert
 - bedarf in der Regel einer multimodalen Förderung und medikamentöser Therapie
 - kann durch eine individuelle Pharmakotherapie besser als bisher behandelt werden



Frühes Erkennen und kontinuierliche Behandlung sind wichtig!



© Kohns

© Dr. med. Ulrich Kohns



Literaturempfehlung (Eltern/Erzieher/Jugendliche)

- Cordula Neuhaus „Das hyperaktive Kind und seine Probleme“**
Urania Verlag 12,90 €
- Cordula Neuhaus „Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme“**
Urania Verlag 16,90 €
- Walter Eichlseder „Unkonzentriert?“**
Beltz-Verlag 9,95 €
- R.A. Barclay „Das große ADHS-Handbuch für Eltern“**
Huber Verlag 26,95 € ISBN 3-456-83819-0

Internetadressen:

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/ADHSLang.pdf>

<http://www.bv-ah.de>

(Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder)

<http://www.ads-hyperaktivitaet.de>

(Elterninitiative Frankfurt)

<http://www.adhs.ch>

www.hyperaktiv.de

www.drkohns.de



© Kohns





"Kinder und Eltern fordern uns heraus"

Therapie in kontinuierlichem Dialog und ständiger
Anpassung

Vortrag von
Ute Gerresheim





Vortrag:
„ Kinder fordern uns heraus „
Eine persönliche Sicht auf das Thema AD(H)S

Ute Gerresheim, Logopädin / Heilpraktikerin

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer !

Stellen Sie sich bitte folgende Situation vor:

Wir, der Verein Kinderkongresses e.V., saßen wieder einmal bei einem leckeren Essen hier im ZiFF beisammen.

Wir sammelten Informationen und diskutierten über neue Methoden, das Für und Wider sowie über Testverfahren zum Thema AD(H)S und bereiteten den heutigen Kongress vor.

Mehr und mehr braute sich bei mir innerhalb des Abends ein Gefühl in der Magengegend zusammen, das mit einem Stein zu beschreiben wäre.

Zu einem späteren Zeitpunkt konnte ich nur noch „ Stopp“ rufen, um meinen widersprüchlichen Gefühlen und Wahrnehmungen Ausdruck zu geben.

So stellte ich dann die Frage nach den MENSCHEN, die hinter der Beschreibung AD(H)S stehen und denen, die in der Therapie mit Ihnen umgehen bzw. sie einen Teil auf ihrem Lebensweg begleiten.

Hier sehen Sie das Bild eines Weges durch die bunte Vielfalt der Herbfarben. Es steht symbolisch für die Menschen, die in ihrer Individualität und mit ihren besonderen Herausforderungen mit ihrer eigenen Ordnung zu uns kommen.

In meiner logopädischen Therapie sehe ich mich selbst wie die Pflanzen zur linken Seite, die symbolisch für Wächter und Schützer des Weges stehen.

Wenn Menschen mit ihren Aufträgen, wie zum Beispiel dem Erlernen des korrekten Schluckens zu mir in die logopädische Therapie kommen, freue ich mich, wenn Menschen kommen, die diese bunte Vielfalt, aber auch Ordnung zeigen.

© Ute Gerresheim



Doch das ist der Idealzustand und eben nicht immer so.

Ein Jeder von Ihnen wird sicherlich schon erlebt haben, dass jede Therapieplanung, Struktur und das therapeutisch wirksame Ambiente manchmal in beinahe Sekundenschnelle zunichte gemacht wurde.

Nicht selten sind es aber nicht nur die Kinder selbst, die es so schnell schaffen, aus einer geplanten Ordnung ein Chaos entstehen zu lassen, sondern auch die begleitenden Elternteile.

Dass das Erlernen von neuen Methoden, die Durchführung von Tests richtig und wichtig sind, bleibt unumstritten, um mit diesen Situationen umgehen zu können. Ebenso unumstritten werden wir uns darüber einig sein, dass der **Mensch** der zu uns kommt (und seine Familie) mit seinen Besonderheiten, seiner Einzigartigkeit von uns angenommen werden muss.

Mein „Stein im Magen“ löste sich dann im Laufe des Abends auf. Wir fanden eine andere Art der Herangehensweise an das Thema „AD(H)S“ und machten die Menschen selbst zum Thema, ohne die Methoden zu vernachlässigen.

So stimmten alle darin überein, dass alle neuen und alten Methoden nur dann greifen können, wenn wir uns in den Therapien so verhalten:

präsent **präzise** **positiv**

Wir wissen, dass Allem und allen Menschen **ORDNUNG** und **ENERGIE** inne wohnt.



Es ist mein Auftrag als Therapeutin, den Menschen darin zu unterstützen, seine ureigene, in ihm inne wohnende Ordnung zu finden, indem seine individuelle Energie ihm dazu verhilft und ihn nicht behindert.

Genau das ist die Herausforderung für mich als Therapeutin, die nicht den Auftrag erhalten hat, das Kind wegen seines sog. AD(H)-Syndroms zu behandeln, sondern wegen anderer Störungen.

Die AD(H)S-Störung stellt sich häufig als Belastung, oft aber auch als Geschenk für mich dar.

Sie fordert mich und somit (be)fördert sie mich auch aus meiner scheinbaren therapeutischen Sicherheit heraus.

Ich bin gefordert, mich mit neuen Möglichkeiten, Testverfahren und Ideen zu beschäftigen.

Sie sehen nun ein Bild eines Weges mit einer relativen Unordnung und dennoch einem Reiz, dem wir uns nicht entziehen können, vor allem dann, wenn wir nicht nur die fallenden Blätter auf dem Weg sehen, sondern auch die Rose. Sie steht symbolisch für das Schöne, Besondere und Kreative der Menschen, über die wir hier, heute und morgen sprechen werden.

Im Sinne unseres Kinderkongress-Mottos „Wir wachsen mit unseren Kindern“ wünsche ich uns allen neue Erkenntnisse, ein neues Sehen, Hören, Fühlen mit allen Sinnen und vor allem mit dem Herzen.

Ihre Ute Gerresheim

Oktober 2009

© Ute Gerresheim





Zappeln mit allen **S**innen

Entwicklung braucht Bewegung

Vortrag von
Karin Hirsch-Gerdes und Birgit Pammé





„Zappeln mit allen Sinnen“



„Entwicklung
braucht Bewegung“

Wer sich nicht bewegt, bleibt sitzen



- Kinder brauchen eine „bewegte Kindheit“
- „Ich bewege, was ich spüre , - ich spüre, was ich bewege“



Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung



- Durch Motorik kann das Kind seine Umwelt „begreifen“ und „erfassen“
- aufrechter Gang (Hüfte) steht im Zusammenhang mit Handgeschicklichkeit und der Sprache

vestibuläres System

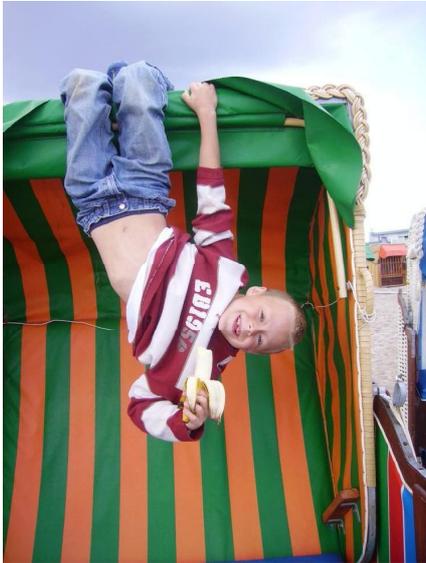


- reagiert auf jede Kopfbewegung
- Viele Verschaltungen zu anderen Systemen/ Gehirnteilen
- Beteiligt an der Tonusregulation / Körperstellung, Wachheitszustand, Konzentration, Aufmerksamkeit

© Karin Hirsch-Gerdes & Birgit Pammé



propriozeptiv – kinästhetisches System



- Lage und Bewegungsempfinden ohne visuelle Kontrolle
- Es reagiert auf Druck, Zug und Vibrationen
- Mitbeteiligt am Tonus, Körperschema, automatisierte Bewegungen

Zitat Frau Dr. Flehmig



“Das Zappeln bei unruhigen Kindern ist ein permanenter Stabilitätsversuch – so wie ein Säugling, der noch kein Gleichgewicht halten kann und kein adäquates Körpergefühl besitzt, - und sich ständig bewegt. AD(H)S Kinder haben keine Balance, sie fühlen sich als wären sie aus der Schwerelosigkeit des Weltraumes ins Schwerfeld der Erde zurückgekehrt.“

© Karin Hirsch-Gerdes & Birgit Pammé



Therapeutische Intervention



- Reduktion von vestibulären Reizen
- gezielte Reizangebote von propriozeptiven Reizen / Therapie mit sinnvollem Handlungskonzept verbinden

Therapeutische Intervention



- tiefe Positionen und Bewegungsübergänge „angeleitet“ nachspüren
- Körpermitte
- Rhythmus / Regeln / Rituale / Ruhe
- reizarmes Angebot gut strukturiert



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!!!



*„Jedes Kind ist, wie alle
Kinder, wie kein anderes
Kind“*

Wir wünschen Ihnen noch
viele neue Gedanken,
Ideen und Blickwinkel auf
diesem Kinderkongress !!





„Jetzt hör doch endlich mal zu!“

Die Notwendigkeit guten Hörens für die Entwicklung

Vortrag von
Prof. Dr. (BRA) Nelson Annunziato &
Georg Berger





Wie wichtig ist gutes Hören

- 1 -



Sonderpädagogisches Zentrum für Hörbeeinträchtigte - Kärnten

SOL Georg BERGER

9640 Kötschach-Mauthen 489

Mobiltel: 0664/6202795

E-Mail: ohr.gberger@gaital.at

Wie wichtig ist
gutes Hören für
die Gesamtentwicklung
meines Kindes?

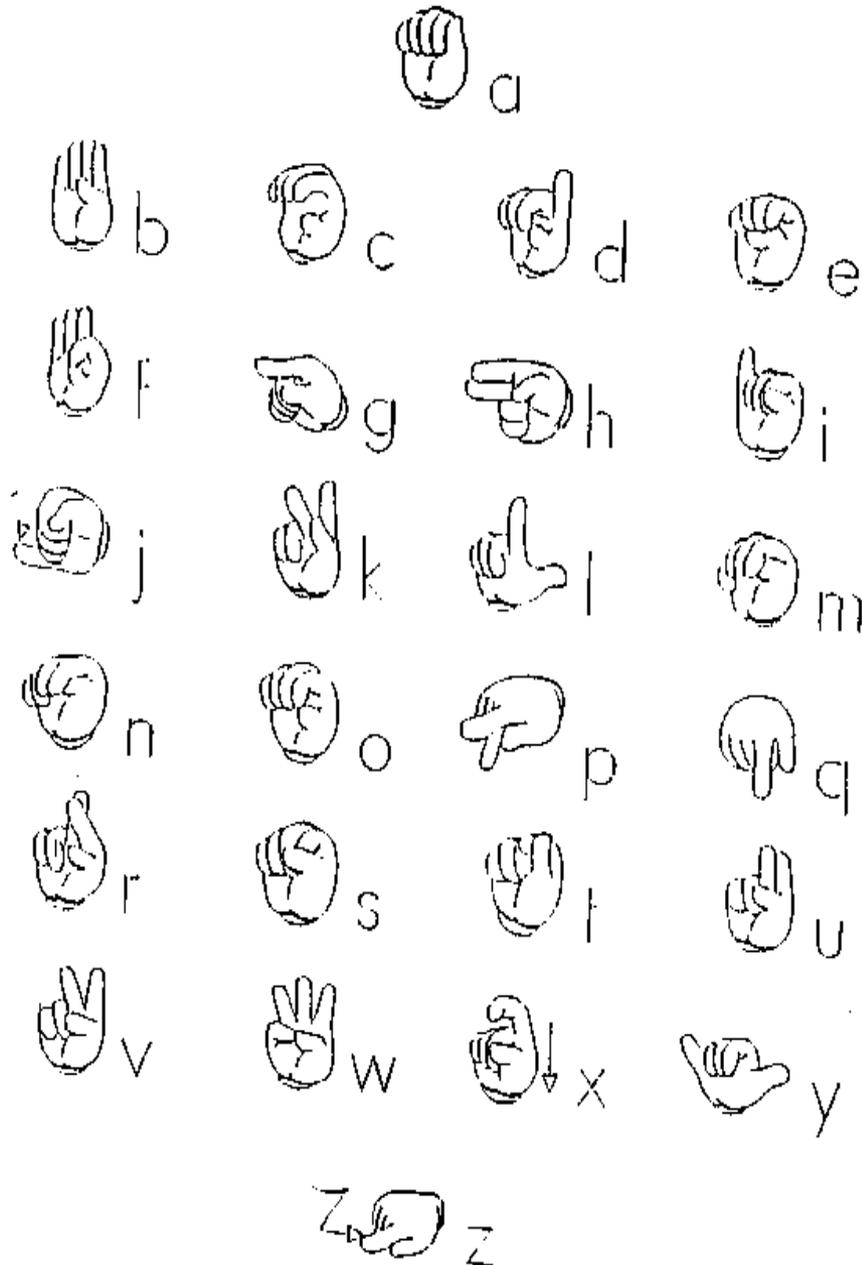




Wie wichtig ist gutes Hören

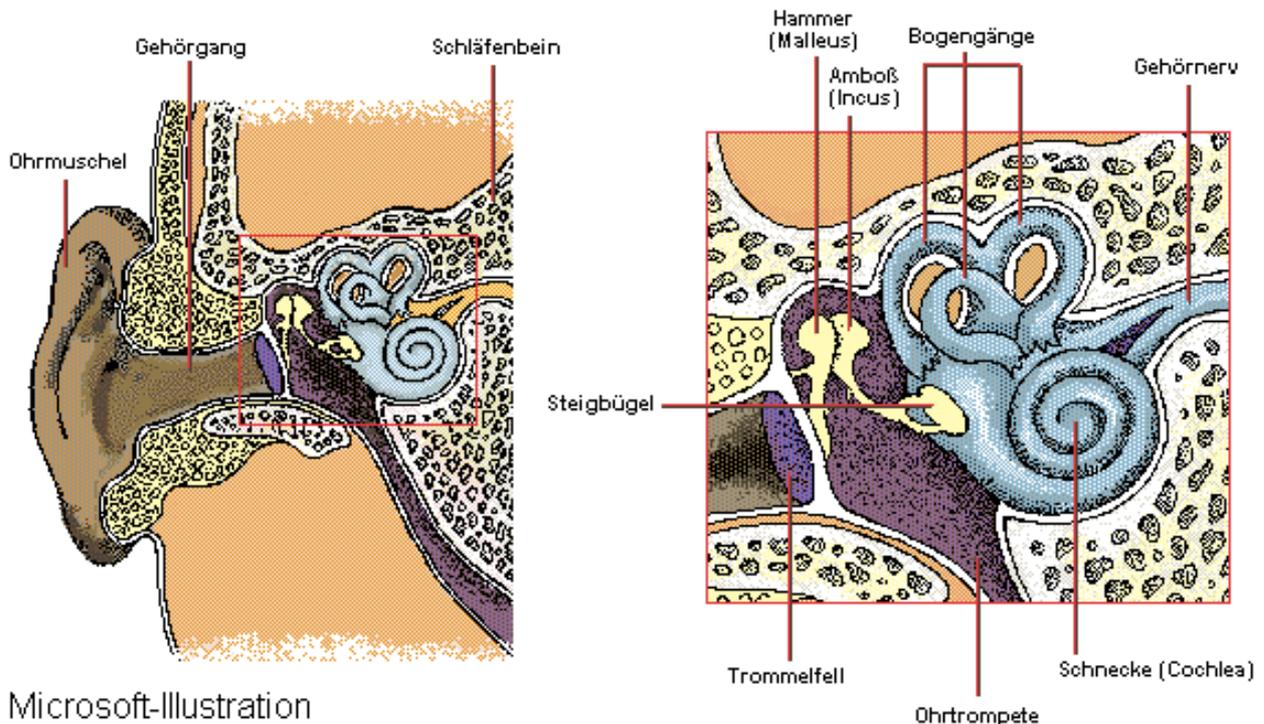
- 2 -

Das internationale Fingeralphabet





Das Ohr



Microsoft-Illustration

Frühkindlicher Sprachaufbau

In den letzten Monaten vor der Geburt eines Kindes entstehen während jeder Minute 500.000 Neuronen. Die bereits vorhandenen Neuronen verknüpfen sich in jeder Sekunde mittels zwei Millionen neuer Verbindungen. Ab der dreißigsten Schwangerschaftswoche kann der Fötus Vokale voneinander unterscheiden, was durch Hirnstromableitungen an gesunden Frühgeborenen nachgewiesen wurde. Bis zum Zeitpunkt der Geburt hört der Fötus alles leise und dumpf, weil der Schall durch die Gewebeschichten der Mutter und durch das Fruchtwasser um etwa 30 dB mit einem Steilabfall oberhalb 1.000 Hertz gedämpft wird. Ab dem Augenblick der Geburt hört das Neugeborene jeglichen Schall um fünf Oktaven ausgedehnter und um 30 dB lauter.

Mit zwei Jahren hat das Kleinkind bereits mehr gelernt als ein Erwachsener in einem achtsemestrigen Hochschulstudium.

Schon mit zwei Monaten kann es mehr Konsonanten von einander unterscheiden als ein Erwachsener. Mit acht Monaten hat sich diese Fähigkeit auf das Unterscheiden der in seinem Kulturkreis gebräuchlichen Laute kategorisiert. Mit sieben Monaten kann es auch schon einfache arithmetische Reihungen von einander unterscheiden. Mit acht Monaten erinnerte es sich an Wörter aus Geschichten, die ihm vierzehn Tage vorher vorgelesen wurden. Mit zwei Jahren besitzt es sogar schon ein implizites Verständnis für die Syntax in einfachen Hauptsatz-Nebensatz-Folgen.

Was bedeutet „implizites Verständnis“ oder auch „implizites Lernen“? Fast alles, was ein Mensch bis zum Eintritt in die Grundschule „lernt“, ist implizit. Das heißt, er lernt, ohne zu wissen, dass er lernt, und er kann das Gelernte zwar anwenden, aber nicht erläutern, nicht deklarieren. Er automatisiert seine Fertigkeiten durch immer neues Wiederholen zu hoher Meisterschaft, sofern seine genetischen Anlagen und seine verschiedenen sensorischen Inputkanäle dies hergeben. Betrachten wir dies im Einzelnen am Beispiel des Hörens, weil dies gut erforscht und von besonderer Bedeutung für das Lernen ist.





Früherkennung:

Entwicklung:

Das Gehör bildet die am frühesten entwickelte Sinnesfähigkeit.

Gleich eine Woche nach dem Entstehen neuen Lebens entwickeln sich an dem kleinen, etwa 1 cm großen Embryo kleine Ohren, die nur mithilfe eines Mikroskops erkennbar sind.

Nach **4,5 Monaten** ist bereits das eigentliche Hör-Organ, die Hörschnecke (Cochlea), **fertig ausgebildet** und in seinem Größenwachstum (die Größe entspricht der einer Erbse) abgeschlossen. In der **Mitte der Schwangerschaft** ist das Hörorgan **fertig ausgebildet - und hört**.

Von Anfang an nimmt das Kind im Mutterleib den Schall von außen wahr und gleich nach der Geburt kann das Neugeborene die Stimme der Mutter von fremden Stimmen unterscheiden.

Ein Säugling oder Kleinkind mit einer Hörbeeinträchtigung ist kein Kind, das nicht hören kann, sondern ein Kind, dessen gesamte Entwicklung verzögert wird. Ohne eine gesunde Hörfähigkeit entwickeln sich Neugierde, Aufmerksamkeit, Aktivität und Motorik nicht im natürlichen Zeitrahmen. Zumeist haben die Eltern bzw. Mütter als erste den Verdacht, dass mit ihrem Kind etwas nicht in Ordnung ist, da es sich anders verhält, als von ihnen erwartet.

Die vollständige Reifung der Hörbahnen im Gehirn erfolgt jedoch erst in den darauf folgenden Monaten und Jahren und wird durch gehörte Schallereignisse bestimmt. Die Voraussetzung dafür ist, dass Schallreize wahrgenommen und durch das Gehirn verarbeitet werden. Mit der Wahrnehmung von akustischen Reizen verbindet sich jedoch nicht allein die **Hör-Entwicklung**, sondern auch die **Sprach-Entwicklung**. Damit prägt das Gehör insgesamt den allgemeinen Entwicklungsstand des Neugeborenen.

Wenn das Kind nach der ersten Lallphase, etwa ab dem 4./5. Lebensmonat, mit seiner Stimme zu spielen beginnt, steuert es diese Lall-Spiele bereits mit seinem entwickelten Gehör.

Ohne Gehör bleibt dieser Schritt aus.

In jedem Fall kommt es darauf an, dass kurzfristig gehandelt und keine Zeit verschenkt wird. Mit jedem Tag ohne Gehör oder schlechtem Gehör verschlechtern sich die Entwicklungs-Chancen für das Hören, Sprechen und die damit verbundenen Fähigkeiten.

Fachleute gehen davon aus, dass unsere Sprachentwicklung mit 4 Jahren (1.460 Tage) weitgehend abgeschlossen ist.

Jeder Tag ohne gutes Hören fehlt in dieser Zeit der Sprachentwicklung.

Was kann auf eine Hörbeeinträchtigung hinweisen?

-  Fehlende oder mangelnde Reaktion auf akustische Reize
-  Überhören direkter Ansprache ohne Augenkontakt
-  Überhören akustischer Signale wie Telfonläuten, ...
-  Spätes Bemerkens herannahender Fahrzeuge im Straßenverkehr
-  Wiederkehrendes Falschverstehen





Wie wichtig ist gutes Hören

- 5 -

-  Überlaute Einstellung des Fernsehers, Anlage, MP3-Player, ...
-  Konzentrationsschwächen, besonders in größeren Kreisen (Kindergarten, Kindergruppe, Schule, ...)
-  Verzögerte Entwicklung im Umfang des Wortschatzes und/oder nicht altersgemäßer Satzbau
-  Rechtschreibprobleme
-  Lernstörungen (kontinuierlich, ab einem bestimmten Zeitpunkt steigend oder akut auftretend)
-  Neigungen zu sozialer Isolation, Kontaktschwäche, übermäßige Nervosität und /oder Aggressivität

Testverfahren

Physikalische Verfahren = Objektive Methode - ab Geburt

ERA – Akustisch evozierte Potentiale

Bei erhöhtem apparativen und zeitlichen Aufwand ermöglicht die Registrierung akustisch evozierter Potentiale von verschiedenen Stufen der Hörbahn wesentlich genauere Rückschlüsse auf den Verlauf der Hörschwelle und die Art des Hörschadens.

Otoakustische Emissionen

Unter otoakustischen Emissionen versteht man Schall, der im Innenohr entsteht und im äußeren Gehörgang nachgewiesen werden kann. Als Schallquelle werden die äußeren Haarzellen angesehen, die durch kleinste Schwingungen der Basilarmembran zu verstärkten Eigenschwingungen angeregt werden. Dabei geben sie aktiv Schall ab, der als otoakustische Emission im Gehörgang messbar ist.

Impedanzmessung

Die Messung umfasst die Aufnahme der druckabhängigen akustischen Trommelfellimpedanz (Tympanometrie) sowie die Bestimmung der frequenzabhängigen Stapediusreflexschwelle

www.hoeren.ksn.at

ohr.gberger@gaital.at

0664 6202795

©SOL Georg BERGER
SPZ-Team



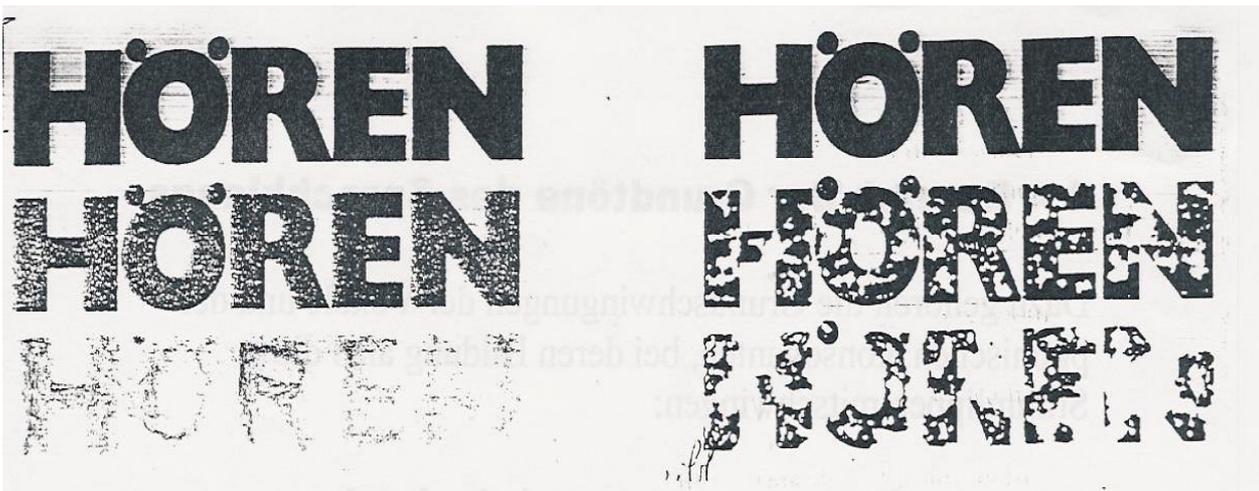


Psychoakustische Verfahren = Subjektive Methode (aktive Mitarbeit des Kindes)

Reflexaudiometrie	0 – 6 Mo
Verhaltensaudiometrie	4 Mo – 2,5 J.
Spielaudiometrie	ab 2 J.
Tonschwellenaudiometrie	ab 4. J. Luft- und Knochenleitungshörer wobei wenig Frequenzen
Sprachaudiometrie	ab 4. J.
Überschwellige Audiometrie	ab 6. J.

Schallleitungsschwerhörigkeit

Schallempfindungsschwerhörigkeit



Die Schallleitungsschwerhörigkeit, bei der ein so genanntes „schlechtes, leiseres Hören“ alle Tonfrequenzen gleichmäßig trifft, wirkt sich als Behinderung weniger nachteilig aus. Der Aufbau und damit die Verständlichkeit der Sprache bleibt weitgehend erhalten.

Deutlich anders wirkt sich dagegen die Schallempfindungsschwerhörigkeit aus, bei der der Schall in bestimmten Frequenzbereichen





Wie wichtig ist gutes Hören

- 7 -

- *** anders oder nicht empfunden wird,
- *** einzelne Töne verzerrt oder gar nicht gehört werden,
- *** Wörter falsch oder zerstückelt und
- *** Sätze nur andeutungsweise oder in Teilstücken verstanden

werden.

Trotz vielfacher Untersuchungen, kommt es immer wieder vor, dass diese „versteckte Sinnesbehinderung“ lange unbeachtet wird. Meistens können die betroffenen Kinder ihre Behinderung sehr gut kompensieren. Sie haben sich eine „Überlebenstaktik“ zurechtgelegt und es somit geschafft, dass sie unerkant blieb. Durch diese Kompensation fällt es selbst den engsten Vertrauenspersonen (meistens die Mütter) nicht auf, dass hier eine Sinnesbeeinträchtigung vorliegt.

Wobei wir uns dessen sehr wohl bewusst sind, dass gerade eine möglichst frühzeitige Erkennung einer Hörstörung – wie bei kaum einer anderen Behinderung – größte Bedeutung zukommt.

Darum werden speziell bei Risikokindern (dazu zählen jene Kinder, die beispielsweise

- in Familien aufwachsen, in denen bei nahen Verwandten Beeinträchtigungen (z.B. eine Schwerhörigkeit) vorkommen – genetische Faktoren,
- durch Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft eine Beobachtung notwendig erscheinen lassen,
- durch starke Geburtsgelbsucht bzw. Blutgruppenunverträglichkeit auffällig wurden,
- körperliche Missbildungen besonders an der Nase, den Ohren oder im Rachen aufweisen,
- Infektionskrankheiten wie Hirnhautentzündung, Masern, Mumps, durchmachten, unter Cerebralpareesen, hirnorganischen Anfällen, frühkindlichen Hirnschäden u.a. leiden,
- als Frühgeburten ein Geburtsgewicht von weniger als 2000 g aufweisen,
- wegen eines schwierigen Milieus als sozial bedingte Risikofälle zu bezeichnen sind),





im Kindergarten und später in der Schule Reihenuntersuchungen durchgeführt. Wie schon erwähnt, kann es trotz dieser vorsorglichen Maßnahmen in Einzelfällen möglich sein, dass eine vorhandene Hörbehinderung zu spät oder gar nicht bemerkt wird, speziell dann, wenn es um ein überdurchschnittliches intelligentes Kind handelt, das seine Hörbehinderung aus sich heraus kompensieren kann (jedoch bei über ca. 60 % Gesamtverlust wird es auch für diese Kinder kritisch).

Auffälligkeiten können sich im Sprach- („Schwerhörigensprache“), Leistungs- und auch im Sozialverhalten abzeichnen.

Einige Hinweise zur Beobachtung dieser „versteckten“ Sinnesbehinderung:

- ⇒ Das Kind wirkt unaufmerksam, wenn kein Blickkontakt gegeben ist
- ⇒ Sprachauffälligkeiten (Dyslalien, Dysgrammatismus)
- ⇒ Verwechslung ähnlich klingender Wörter (vgl. Tabelle S.7)
- ⇒ Auffällige Kopfhaltung des Kindes; wendet das gesunde Ohr der Schallquelle zu (hält den Kopf dadurch schief)
- ⇒ Falsche Befolgung von Anweisungen
- ⇒ Kind klagt über Ohrenschmerz, Ohrensausen oder Druckgefühle
- ⇒ usw.

Beobachtet die Kindergartenpädagogin eines oder mehrere dieser Symptome, so soll sie sich mit der Kindergartenleitung oder dem SPZ für Hörbeeinträchtigte in Kärnten

Das Team:





<p>Georg Berger Kötschach-Mauthen Tel.: 04715/8481 Mobil: 0664/6202795 E-Mail: ohr.gberger@gaital.at oder: georg.berger@spz-hoeren.ksn.at</p>	<p>Erich Pak Sonderpädagogisches Zentrum A 9800 Spittal, Dr. Albertinistr. 2 Fax: 04732/4263 Mobiltel.: 0664/6202794 E-Mail: erich.pak@spz-hoeren.ksn.at</p>	<p>Mag. Johann Weishaupt Überreg. SPZ für Hörbeeinträchtigte in Kärnten 9020 Klagenfurt, Kaufmannsasse 8 Tel.: 0463/508508115, Fax: 0463/508508834 Mobiltel.: 0664/6202868 E-Mail: johann.weishaupt@spz-hoeren.ksn.at</p>
---	--	--

in Verbindung setzen. Die Mitarbeiter sind sofort bereit, das Kind zu beobachten. Hier zählt unser Motto:

„Lieber einmal umsonst hingefahren, als das Kind „übersehen“ und somit seinem Schicksal mit all den Nachteilen zu überlassen!“

Erkrankungen des Ohres

Die häufigsten Erkrankungen des Ohres

Im äußeren Ohr	Im Mittelohr	Im Innenohr
<ul style="list-style-type: none"> • Verwachsungen des Gehörgangs • Verletzungen des Trommelfells 	<ul style="list-style-type: none"> • chronische Entzündungen • Otosklerose (ein Art Verkalkung der Gehörknöchelchen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung der Sinneszellen in der Schnecke • Schädigungen des Hörnervs

Optische Beispiele, wie ein hörgeschädigtes Kind „hört“:

„rage un An wor in die eiler der ommuni a ion“

bzw.

„EID PIDISTER HARTSIG TSU EIDER FIKDIGEN
KONVELENZ INEIDER ROOS-SCHNATT AUF“





Ähnlich klingende Wörter, die das Verstehen und auch
das Absehen erschweren

Dreißig	↔	Weiß ich, fleißig
Achtzig	↔	Hat sich, macht sich
Gebäck	↔	Gepäck
Geist	↔	Geiz
Gras	↔	Glas
Glut	↔	Blut
Liebe	↔	Lippe
Staat	↔	Stadt, statt
Ofen	↔	offen
Höhle	↔	Hölle
Hüte	↔	Hütte
Beet	↔	Bett

Schallempfindungsstörung – Hochtonbereich:

gesagt	gehört
Zahn	Scham
Seil	Kleid
Sieb	Dieb
Erz	Herz
Pest	Text
Torf	Korb
Kranz	krank
Takt	acht
Drang	Rang

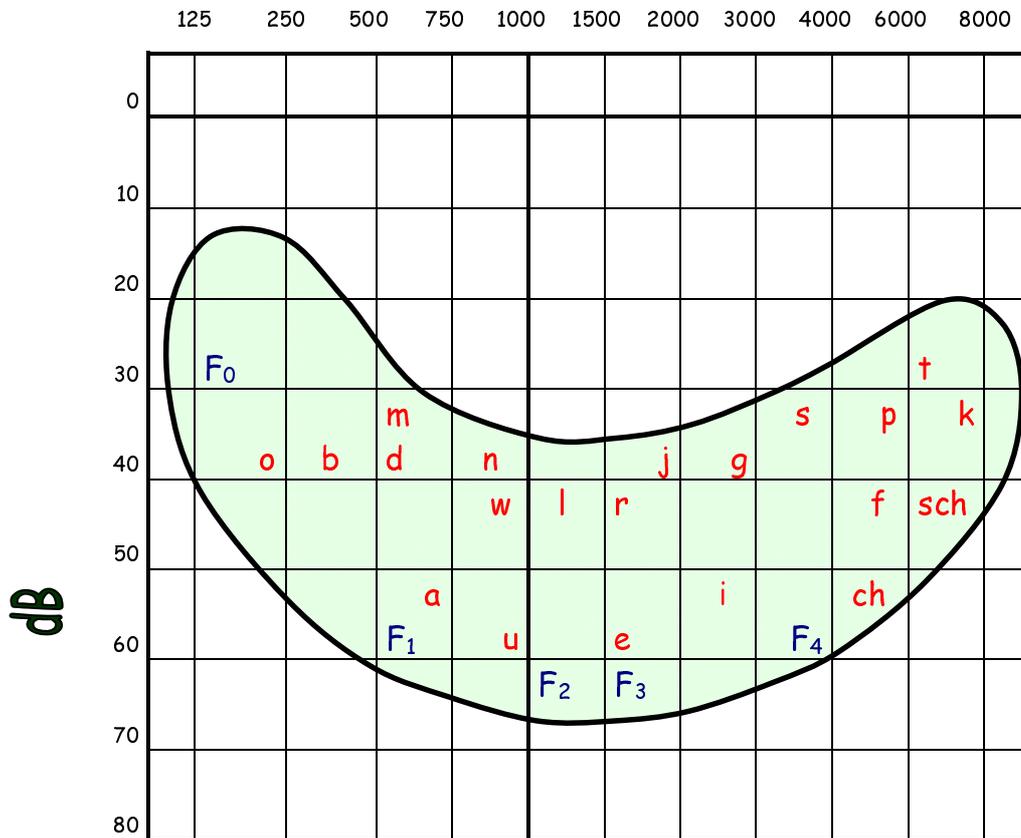
gesagt	gehört
Stoß	tot
Wurf	Turm
Sand	Hand
Frist	Blick
Laus	laut
fort	Korb
Wurf	Turm
Grab	Graf
Teich	kein





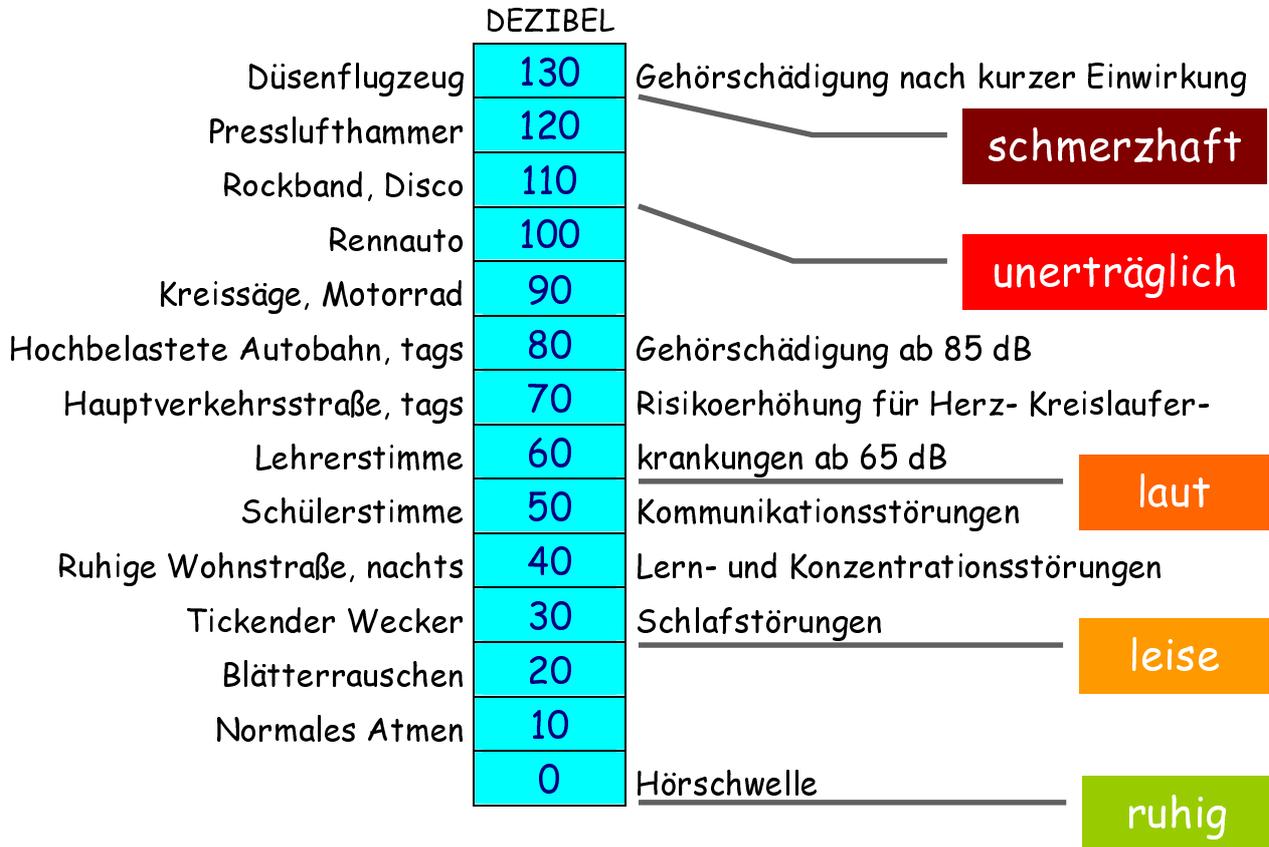
Sprachbanane

Hertz



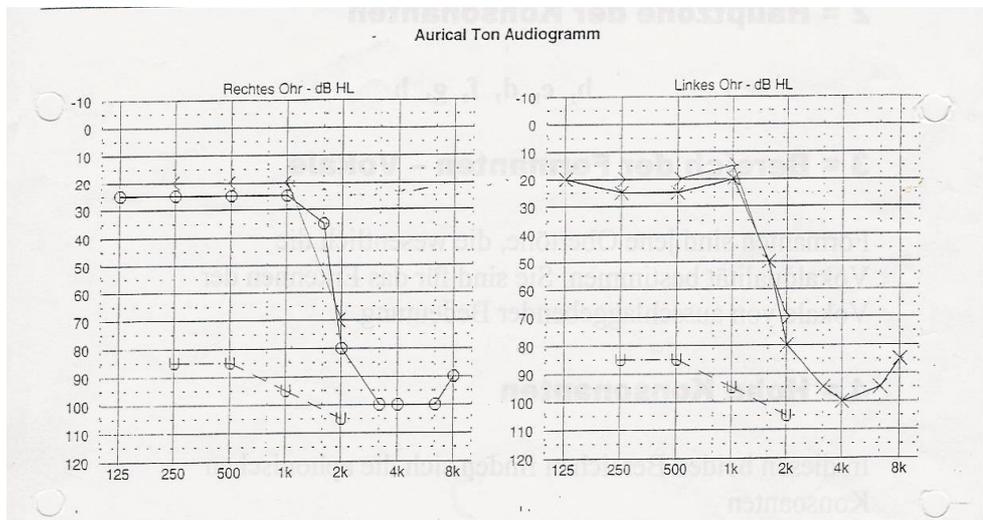


Schallintensität





Beispiel: Reintonaudiogramm eines _____



Schwerhörigkeit kann jeden Lebensbereich beeinträchtigen. Die Betroffenen fühlen sich häufig verunsichert, missverstanden, verkannt und in die Isolation gedrängt. Wer es mit hörbehinderten Menschen zu tun hat, sollte folgende einfache Hinweise beachten:

- * Der guthörende Partner sollte „Sprechen“ sichtbar machen, weil der Schwerhörige auch mit den Augen „hört“.
- * Dem Schwerhörigen immer das Gesicht zuwenden, damit er die Wörter zusätzlich von den Lippen ablesen kann.
- * Mit dem Schwerhörigen ruhig sprechen, deutlich und nicht zu schnell.
- * Mit dem Schwerhörigen nicht schreien, weil Schreien die Sprache verzerrt und sie besonders oft lärmempfindlich sind.
- * Unverstandenes geduldig wiederholen, weil Schwerhörige trotz konzentrierter Aufmerksamkeit vieles nicht richtig verstehen und Ungeduld der Gesprächspartner sie entmutigt.
- * Vor dem Gespräch Blickkontakt aufnehmen, weil Schwerhörigen sich auf das Gespräch einstellen müssen, um ihm folgen zu können.





- * Bei einem Gespräch sollen Nebengeräusche (Radio, Fernseher) vermeiden.
- * Dem Schwerhörigen vor allem in Gesellschaft das Gefühl vermitteln, dazu zu gehören.
- * Kurze und klare Sätze formulieren, weil Schwerhörige dann Nichtgehörtes leichter erraten können.
- * Bei Nichtverstehen den Schwerhörigen freundlich um Wiederholung bitten, weil Schwerhörigkeit und Ertaubung die Kontrolle der Aussprache beeinträchtigt und zu undeutlichem Sprechen führen kann.
- * Besonders wichtige Mitteilungen schriftlich machen, weil vor allem Ertaubte häufig darauf angewiesen sind.
- * Sich dem Schwerhörigen nicht von hinten nähern. Sie bekommen sonst einen Schreck, weil sie das Kommen nicht hören.

Raumakustik!

Sehr glatte Oberflächen wie z.B. feste Wandplatten, Fensterscheiben und große Schultafeln reflektieren fast allen Schall und absorbieren nur sehr wenig. Die meisten Wände sind jedoch stark durchlässig (porös) und schlucken einen beachtlichen Teil der Schallenergie. So gilt: Je größer die Durchlässigkeit einer Wand ist, desto größer ist die Absorption und desto geringer ist die Reflexion. Polstermöbel, Teppiche und Vorhänge sind gute Absorber, während Fliesen (z.B. in den Toiletten) gute Reflektoren sind.

Eine grafische Darstellung soll uns diese Problematik deutlicher darstellen:





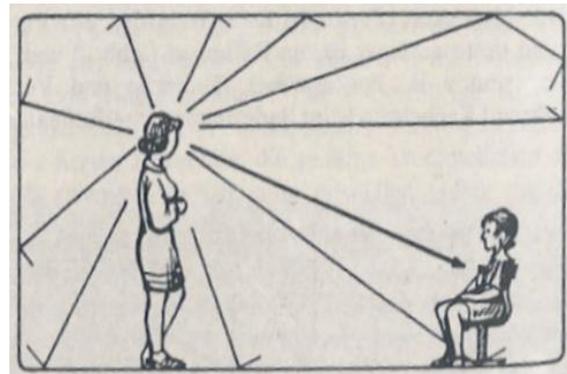
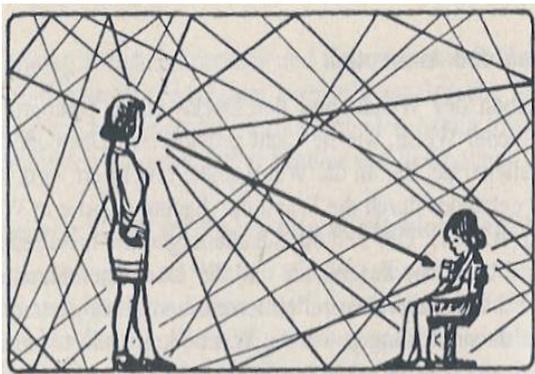
Wie wichtig ist gutes Hören

- 15 -

Zimmer mit starker Reflexion



Zimmer mit starker Absorption





Zwischendurch noch etwas zum Schmunzeln

Redensarten um das Ohr

Oft muss man „**die Ohren aufsperrn**“, zumindest aber ein „**offenes Ohr haben**“ für wichtige Informationen. Man ist dann „**ganz Ohr**“ oder „**spitzt die Ohren**“, damit ja nichts „**zum einen Ohr hinein und zum anderen Ohr hinausgeht**“. Fallweise sind uns schon Dinge „**zu Ohren gekommen**“, die uns nicht sehr freuen. Trotzdem dürfen wir „**die Ohren nicht hängen lassen**“, sondern müssen „**die Ohren steif halten**“. Oft treffen wir Mitmenschen, die es „**faustdick hinter den Ohren haben**“ und die uns gerne „**das Fell über die Ohren ziehen würden**“. Aber die Zeiten sind vorbei, in denen wir „**noch nicht trocken hinter den Ohren**“ waren. Wir können es nicht leiden, wenn uns jemand dauernd „**in den Ohren liegt**“, können aber nicht umhin, jemandem doch „**das Ohr zu leihen**“, denn „**wer Ohren hat zu hören, der höre**“.

Akustische Übungen

- 👂 Reimen – Silbenklatschen (+ Bewegung)
- 👂 Reimpaare – Boden auflegen, würfeln vor- bzw. zurückgehen
- 👂 Folie: Kannst du reimen?
- 👂 Folienstift: Minimalpaare
- 👂 Springen zum Reimwort (Wir legen die Kärtchen mit Reimwörtern so am Boden auf, dass wir von einer Karte zur andren springen können. Wir würfeln und springen je nach Würfelzahl neben den Kärtchen weiter. Nun müssen wir das dazugehörige Reimwort finden und dürfen entweder bis zum Reimwort nach vorne springen oder müssen zum Reimwort zurück. Wer ist als erster am Ziel?)





- 👂 Reagieren: Intermodalität – Kopf/Topf/Knopf usw.
- 👂 Pass auf! (Verschiedene Klatschmotive verlangen verschiedene Aktivitäten, z.B. 1 x = gehen, 2 x = stehen, 3 x = sitzen, usw. Der Schüler muss also akustische Signale in Bewegung umsetzen.)
- 👂 Wo hörst du ein Geräusch? Welches Geräusch hörst du? (Kassette)
- 👂 Aufforderungen – z.B. Zeige mit deinem linken Zeigefinger auf deine Nase! usw. (Auftragsverständnis!)
- 👂 Geräuschdosen – Gleiche Dosen sollen sich finden (Paarbildung)
- 👂 Telefonzahlen

Umgang mit hörgeschädigten Menschen





HÖRÜBERPRÜFUNG

im Kindergarten.....

Kind: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Tel. Nr: _____

Auffälligkeiten:

- Kind reagiert auf Arbeitsaufträge nicht/ nicht richtig!
- Kind fragt immer wieder nach
- Die Sprache ist verwaschen, die Endungslaute werden oft weggelassen

Grobtestung:

1. Entfernung von mind. 3 m, Kind schaut in andere Richtung, in leiser Sprache wird es mit seinem Namen gerufen

Reaktion: ja / nein

2. Mit Spielzeug (z.B. Küken, Ente...) wird ein Geräusch gemacht; Kind soll wieder dabei den Rücken zugewandt haben!

Reaktion: ja / nein

3. Hör-Spiele („Vögelchen, wie piepst du“.....u.a.)

Reaktion: ja / nein

Wenn bei Grobtestung jeweils keine Reaktion erfolgt Feintestung:
Siehe nächste Seite →





Feintestung:

Entfernung 3m, mit dem Rücken zur Testperson (1 Ohr mit hohler Hand verschließen)

Rechtes Ohr:

		gehört/ nicht gehört	
lautes Sprechen	Haus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Baum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
normales Sprechen	Hand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Semmel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leises Sprechen	Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Kasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Linkes Ohr:

		gehört/ nicht gehört	
lautes Sprechen	Hemd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
normales Sprechen	Meer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leises Sprechen	Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Boden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Kasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn eine Hörbeeinträchtigung festgestellt wurde, setzten sie sich mit dem überregionalen **SPZ** für Hörbeeinträchtigte in Kärnten und mit einem Jugendfürsorgearzt in Verbindung:

Das Team:

<p>Georg Berger Kötschach-Mauthen Tel.: 04715/8481 Mobil: 0664/6202795 E-Mail: ohr.gberger@gaital.at oder: georg.berger@spz-hoeren.ksn.at</p>	<p>Erich Pak Sonderpädagogisches Zentrum A 9800 Spittal, Dr. Albertinistr. 2 Fax: 04732/4263 Mobiltel.: 0664/6202794 E-Mail: erich.pak@spz-hoeren.ksn.at</p>	<p>Mag. Johann Weishaupt Überreg. SPZ für Hörbeeinträchtigte in Kärnten 9020 Klagenfurt, Kaufmannngasse 8 Tel.: 0463/508508115, Fax: 0463/508508834 Mobiltel.: 0664/6202868 E-Mail: johann.weishaupt@spz-hoeren.ksn.at</p>
---	--	---







Kevin hat Schule

Verhaltenauffälligkeit in Schule und Unterricht

Workshop von
Dr. Klaus Peter Kleinsimon





4. Internationaler Kinderkongress in Essen

Dr. Klaus Peter Kleinsimon
im Oktober 2009

Workshop 3

Kevin hat Schule ...

Verhaltensauffälligkeit in Schule und Unterricht

Kevin hat Schule ... und geschiedene Eltern und ADD ...
Chantal macht blau ... und Ärger und keine Hausaufgaben ...
Justin will lernen ... und Spaß haben und Geborgenheit ...
Celine kann streiten ... und noch nicht richtig schreiben ...
Dennis darf nicht spielen ... und nicht raus ...
Mike muss nachsitzen ... und sich konzentrieren und still sein ...
Fiona ist begabt ... und zickig und blond ...

Kevin wird beschult ... und bemuttert und behandelt ...

„Dass Du bei Wind an Winter denkst, das interessiert hier keinen!“
Manchmal ist es für Kinder gar nicht so leicht, mitzukriegen, was die Lehrerin will.
Wären Sie draufgekommen, dass die Lehrerin dem Kind helfen wollte, herauszufinden, welcher Selbstlaut am Ende des Wortes „Wind“ steht. Das findet man nämlich heraus, wenn man Wind verlängert: Man sagt „der Wind - die Winde“ ... wenn man denn weiß, was sie will. Eben nicht „der Wind - der Winter“.
Nur ein Beispiel.

Wohlgemerkt: Schule bildet und erzieht unsere Kinder und das ist auch gut so. Aber in der Schule finden sich die Kinder Situationen und Anforderungen gegenüber, die es im normalen Leben nicht (!) gibt. Und gerade Kinder mit Teilleistungsschwächen, Wahrnehmungsstörungen, Entwicklungsauffälligkeiten, Koordinationsproblemen, Aufmerksamkeitsdefiziten, Impulskontrollschwierigkeiten etc. sind diesen Anforderungen oft hilflos ausgeliefert.

Aus der Praxis des Schulpsychologen, der täglich im Unterricht in allen Schulformen (insbesondere in der Primarstufe) ist, wird ein Blick ins Klassenzimmer geöffnet. Normalerweise beraten Schulpsychologen Lehrkräfte oder bilden sie fort, damit auch die auffälligen Kinder (oder gerade auch die besonders unauffälligen) in der Schule verstanden und dadurch besser gefördert werden können.

In der Workshoparbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten wird „zu verstehen gegeben“, was Kinder in Schule und Unterricht erleben. Das kann für die therapeutische Arbeit selbst aber auch für die Elternarbeit nutzbar sein und Gespräche und Beratungen oder Zusammenarbeit mit Lehrerinnen und Lehrern erleichtern bzw. optimieren.

Noch ein Beispiel: Erste Klasse. Mario fragt laut in die Klasse: „Frau Richter, wie heißt die Farbe?“ Er hält einen Malstift hoch. Sein Nachbar sofort: „Kackfarbe“. Frau Richter (sehr geduldig und pädagogisch): „Man kann aber auch beige sagen!“ Mario prompt: „Ja. Aber man kann auch Kackfarbe sagen!“

Man kann sich ein Bild davon machen, wie Kinder sein sollten, um optimal von Unterricht profitieren zu können; man könnte sich aber auch ein Bild davon machen, wie Schule sein sollte, damit Kinder optimal lernen und sich entwickeln können.





Spiele zum Erlernen von Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle

Workshop von
Brigitte Kleine-Harmeyer





Spiele zum Erlernen von Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle (Impulskontrolle)

Referentin: Brigitte Kleine-Hameyer

*I tried to teach my child with books.
He gave me only puzzled looks.*

*I tried to teach my child with words.
They passed him by often unheard.*

*Despairingly I turned aside.
„How shall I teach this child“. I cried.*

*Into my hand he put the key.
„Come“ he said, play with me“.*

(aus einem Besucherkommentarbogen des „Children’s Museum“ in Louisiana/USA, Gerndt 1997)

Spielen ist eine wichtige Möglichkeit Einfluss zu nehmen auf den Prozess des Erlernens von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle und damit auf Reduktion von Problemen.

Die Bedeutung des Spiels für das Kind

Spielen wird in der Literatur immer wieder als die zentrale Tätigkeitsform des kindlichen Lebens beschrieben. Spielen erscheint einerseits sehr banal „Ach, die spielen ja nur!“. Andererseits ist es ein so komplexes Phänomen, welches nicht einheitlich zu definieren ist.

Die verschiedenen psychologischen Richtungen betrachten mit ihrem jeweils sehr speziellen Blickwinkel einzelne Aspekte des Gesamtphänomens.

Die Lerntheoretiker sehen das Spielen als eine Form des Lernens an und betonen das Erkundungs- und Explorationsverhalten.

Die Psychoanalyse sieht das Spiel als Ausdruck von unbewussten Prozessen. Das Spiel dient der Entfaltung des „Ich“.

In der Entwicklungspsychologie nach Piaget hat das Spiel eine ganz zentrale Bedeutung in der Entwicklung der intelligenten Funktionen.

Trotzdem gibt es einige Merkmale des Spiels, die in der Literatur immer wieder auftauchen und im Hinblick auf das Thema bedeutsam sind:

- Spielen geschieht um seiner selbst willen (Zweckfreiheit)
- Spielen ist Realitätskonstruktion (Quasi-Realität, Als-ob-Realität, die Welt vergessen und neu erschaffen)
- Spielen enthält unendliche Variationsmöglichkeiten
- Spielen beinhaltet Wiederholung
- Spielen enthält Spannungs- und Entspannungselemente. Wenig Spannung bedeutet Langeweile, zu viel Spannung bedeutet Stress.
- Spielen ist eng verbunden mit Gefühlen und Identitätsentwicklung. Nirgendwo sonst strengen sich Kinder mehr und ausdauernder an als in ihrem eigenen Spiel.
- Wenn Kinder Spiel-Räume haben, können sie ohne negative Konsequenzen spielerisch experimentieren und sich selbst überraschen und herausfordern. So geschieht Kompetenz- und Selbstwertsteigerung.
- Spielen entsteht spontan und klingt auch so wieder ab
- Spielen gewährt Einblick in das subjektive Erleben des Kindes

© Brigitte Kleine-Harmeyer



Welche Aspekte von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle finden sich in welchen Spielformen?

Grundsätzlich ist es so, dass Aufmerksamkeitssteuerung und Impulskontrolle stark abhängig sind von Motivation, so dass das Spiel, welches eine hohe Motivation beim Kind weckt, besonders geeignet ist. Bei Kindern mit ADHS/ADS sind es meist die freien Formen, die ihrer Persönlichkeit am meisten entsprechen.

Effektspiel:

Grundlegendes Merkmal der Effektspiele ist, dass sie ausschließlich bestimmt sind von der Freude am Tun. Sie haben keine Absichten und keinen Plan. Sie faszinieren ausschließlich durch ihre Effekte und sind nahezu altersunabhängig. Dazu gehören Seifenblasen, Jo-Jo-Spiele, Kreisel, aber auch Frisbee werfen, Reifen rollen.....

Je nach Effektspiel steht mehr der Wahrnehmungsaspekt oder der Bewegungsaspekt im Vordergrund. Alle Effektspiel binden in einem hohen Maße die Aufmerksamkeit des einzelnen und der Gruppe (geteilte Aufmerksamkeit).

Symbolspiel/Rollenspiel:

Im Symbol- und Rollenspiel inszeniert das Kind sein inneres Erleben ohne dies bewusst reflektieren zu können. Wichtig ist zu beachten, dass das Kind das Symbol-, Rollenspiel psychisch absolut real erlebt, obwohl das Kind zwischen Symbol und tatsächlichem Gegenstand unterscheidet.

Im Rollenspiel erlernt das Kind automatisch die sozialen Normen und Regeln, ohne das Erwachsene erzieherisch tätig werden müssen. In dem das Kind Rollen tauscht, lernt es Empathie und wächst in die Kultur und Struktur der Gesellschaft hinein.

Das lineare wie das komplexe Symbolspiel setzt voraus, dass ein Handlungsfaden stabil gehalten werden kann (Handlungsplanung und Durchführung, Arbeitsgedächtnis), dass Sequenzierung möglich ist.

Im Symbol- und Rollenspiel kann das Kind seine Kompetenzbereiche, seine positiven Eigenschaften zum Tragen bringen, vielleicht besser als in der Realität.

Konstruktionsspiel:

Im Konstruktionsspiel finden sich Erfahrungen aus der Umwelt wieder. Kinder bauen gerne Häuser oder Höhlen, um sich von der Umwelt zurückzuziehen.

Spiele, die zu tun haben mit Absperrungen (Ställe, Gefängnis, etc.) bauen vermitteln den Kindern das Gefühl von Macht und Kontrolle. Dies sind wichtige Erfahrungen für ängstliche und unsichere Kinder. Sie machen neue Erfahrungen, die ihnen im Alltag nur wenig möglich sind.

Auf kognitiver Ebene lernt das Kind zu planen, Ziele zu entwickeln und geordnet zu verfolgen. Es sammelt Erfahrungen im Umgang mit Formen, Größen, Proportionen, Statik, Materialbeschaffenheit (räumlich-konstruktive Fertigkeiten).

Das Kind bewertet seine Leistung und bildet so Anspruchsniveau und Frustrationstoleranz aus. Es erlernt Bewältigungsstrategien für Probleme. Aus Fehlern können neue Erkenntnisse entstehen.

Rezeptionsspiel: (aufnehmendes Spiel)

Es umfasst die passiven Formen des Spiels; anschauen und zuhören.

Über Bilderbücher und Geschichten erweitert das Kind seine Wahrnehmung und sein Wissen über die Welt, gleichzeitig macht es Selbst-Erfahrungen, indem es sich mit den Figuren in den Geschichten identifiziert. Stellvertretend setzen sich die Figuren mit dem auseinander, was auch das Kind bewegt.

Wichtig für den Spielcharakter ist die wiederholende Tätigkeit, d. h., das Kind kann gemäss seines Tempos immer wieder die gleiche Geschichte hören, die gleichen Bilder sehen. Das Kind entdeckt immer wieder neue Einzelheiten in den Bildern und Worten. Dies ist der Unterschied zum stereotypen Herunterspulen von Geschichten, wie es bei CDs leicht passiert.

© Brigitte Kleine-Harmeyer



Die Rezeptionsspiele sind häufig in Rituale eingebunden (Gute-Nacht-Rituale, Therapieende). Sie vermitteln Sicherheit, Geborgenheit, Vorhersehbarkeit).

Der Körperkontakt, die vertraute Stimme, die Fragen und Antworten, die sich aus dem Vorlesen entwickeln, spielen eine außerordentlich wichtige Rolle.

Regelspiel

Regelspiele sind Spiele nach festen Vorgabe. Die Regeln machen den Reiz des Spiels aus. Regelspiele sind die klassischen Brettspiele, aber auch Wettkampfspele im Sport, Strategiespiele und Lern- und Gedächtnisspiele

Die entwicklungsbedingt unterlegenen Kinder werden bei vielen Regelspielen zu ebenbürtigen Partnern z.B. Mensch ärgere dich nicht. Daraus ergibt sich eine Steigerung des Selbstwertgefühls, wenn es gewinnt und umgekehrt eine oft schwer zu verkraftende Niederlage. Das Verlieren lernen ist eine Entwicklungsaufgabe.

Das Regelspiel ermöglicht vielfältige Erfahrungen über den Sinn und den Nutzen von Regeln und der Notwendigkeit diese anzupassen. Der Spannungsbogen reicht von maximaler Stabilität/Sicherheit durch starre Regeln bis zur Auflösung des Spiels durch fehlende Strukturen.

Bewegungsspiel, Psychomotorik, Rhythmik:

Bewegungsspiele sind gekennzeichnet durch den Spaß an der Bewegung, der Freude an der Körperwahrnehmung und an der Körperkoordination. Eine bedeutende Rolle spielen das Zusammenspiel zwischen Denken und motorischer Umsetzung, das Miteinander und die Konkurrenz. Auch Bewegungsspiele orientieren sich an Regeln. Vorgaben entstehen aus räumlichen Bedingungen, aus Bedingungen des Materials und aus dem Umgang miteinander. Regeln müssen angepasst und abgestimmt werden.

Balgen, Raufen sind wichtige spielerische Möglichkeit zu lernen aggressive Impulse zu zügeln.

Über Stoppspiele wird gelernt, Handlungen im Fluss spielerisch zu unterbrechen (Aufmerksamkeit auf Signale, Impulskontrolle).

Bewegungsspiele sind häufig Wettkampfspele. Sie beruhen meist auf einem hohen Tempo und geben eine schnelle Rückmeldung.

Zusammenfassung:

intensives Spielen jeder Art fördert die Entwicklung von Aufmerksamkeit

intensives Spielen fördert selbstregulierende und soziale Fähigkeiten

insbesondere freie Spielformen ermöglichen Spielraum für den Ausdruck von Kreativität und hoher Aktivität

Gruppenarbeit:

Kinderspiele neu entdecken für das Erlernen von Aufmerksamkeit und Selbstregulation





2. Tag
1. November 2009

Psychomotorische Therapie

bei hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern

Vortrag von
Detlev Panten





D. Panten

Psychomotorische Therapie bei hyperaktiven, impulsiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern (Kurzfassung des Vortrags vom 01.11.09)

In der Diskussion um geeignete Behandlungskonzepte im Spektrum des AD(H)S-Syndroms nehmen körper- und bewegungsorientierter Verfahren nach wie vor einen eher geringen Stellenwert ein. Auch die Auswirkungen der „Psychomotorik“ bei ADHS/ADS-Kindern wird in der Fachdiskussion um effiziente Therapieverfahren aufgrund mangelnder evidenzbasierter Aussagen - es liegen keine Kontrollgruppen in hinreichender Qualität vor - (vgl. Döpfner/Lehmkuhl 2003) als wenig effektiv eingeschätzt: „zwar wird bei der Behandlung komorbider Entwicklungsdefizite die Anleitung zu konzentriertem und ausdauerndem Spiel- und Bewegungsverhalten als hilfreich angesehen... , der Transfer der Verhaltensänderungen von der Therapiesituation auf den Alltag wird als problematisch angesehen (Döpfner/Lehmkuhl 2003)“ (Panten 2005, S.49).

Dabei sind neben „Defiziten der Aufmerksamkeitssteuerung eine **mangelnde motorische Kontrolle** zentrale Aspekte der ADHS.

Der Mensch ist auf Bewegung programmiert! Ohne ein hohes Maß an körperlicher Aktivität wäre menschliches Überleben über viele Jahrtausende nicht möglich gewesen (Brooks/Wedekind 2009, S.121)- . Die aktuelle in den westlichen Industriestaaten aus evolutionärer Sicht höchst unphysiologische Situation – mit einem Minimum an Bewegung auskommen zu können – zeitigt bekanntermaßen körperliche und psychische Folgen „ wie Hypertonus, übermäßiges Essen zur Spannungsregulation, Übergewicht, Schlafstörungen, Angstzustände“ (ebenda), innere und äußere Unruhe – und das nicht nur bei Kindern und Jugendlichen.

Und wenn dann gerade im therapeutischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen überwiegend Medikation, Verhaltenstherapie, eventuell noch Elternberatung und –training im Fokus der Behandlung stehen, wo bleiben Körper und Bewegung, Sinne, Gefühle, Emotionen ? Im 13. Kinder- und Jugendbericht 2009 der Bundesregierung steht u.a.: „ein positives Körperempfinden und genügend freie Bewegungsmöglichkeiten haben eine wichtige Bedeutung für Stressabbau“. Und Stress haben heutzutage offensichtlich viele – auch und gerade Kinder mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefiziten.

In einer kontrollierten Pilotstudie „zur Wirksamkeit körperorientierter Therapieverfahren bei der Behandlung hyperaktiver Störungen“ (N=19) kommen Haffner et.al. 2006 zu folgenden Schlussfolgerungen: „Die Befunde der Pilotstudie legen nahe, dass Yoga als Intervention oder begleitende Therapie bei hyperkinetischen Störungen erfolgreich eingesetzt werden kann. Sie fordern dazu auf, die Wirksamkeit körperorientierter Therapieverfahren bei der Behandlung hyperaktiver Störungen in weiteren Studien systematisch zu prüfen“ .

Nicht zuletzt aufgrund solcher Ergebnisse halte ich die Integration körperbezogener Ansätze bzw. eines qualifizierten Bewegungs- und Beziehungsangebots – und das ist in unserer Klinik

© D. Panten



eben Psychomotorik – im Rahmen eines verantwortungsvollen Therapiekonzepts für AD(H)S und Co. für unverzichtbar.

Psychomotorik und ADHS

Aus dem Versuch, Heilpädagogik und Leibeserziehung mit Erkenntnissen aus Medizin, Psychologie und Soziologie zu verbinden, entwickelte sich in den 1950er und 60er Jahren die Psychomotorische Übungsbehandlung nach Hünnekens und Kiphard. Ausgangspunkt für diese Entwicklung war zunächst die Westfälische Klinik für Jugendpsychiatrie in Gütersloh, seit 1964 das Westfälische Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm. Seit zwei Jahren LWL-Klinik Hamm. Nach über 50 Jahren gibt es eine Vielzahl psychomotorisch-motologischer Ansätze (Seewald 2009), deren Bandbreite über die ursprüngliche Psychomotorische Übungsbehandlung hinaus kompetenztheoretische, kindzentrierte, verstehende, systemisch-konstruktivistische, kommunikationstheoretische, körperenergetische und analytisch orientierte Ansätze (Köckenberger2008), um nur einige zu nennen, umfasst. Insofern ist das Spektrum der Psychomotorik vielfältiger aber auch unübersichtlicher geworden.

Welche Bezugspunkte haben ADHS und Psychomotorik und welche Möglichkeiten der Entwicklungsunterstützung und -förderung gibt es über diese bewegungsorientierte Methode bei hyperaktiven, impulsiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern?

Kinder sind, leben und erleben sich in Bewegung. Hyperaktive Kinder suchen geradezu Bewegung. Und sie brauchen Bewegung, um sich zu spüren, zu erleben, um sich zu „entladen oder aufzuladen“ , um sich selbst zu erfahren und zu steuern.

Im Übrigen ermöglicht Bewegung einen verbesserten und optimierten Stoffwechsel - auch und gerade in unserem Zentralnervensystem - führt zu einem angemessen modulierten Aufmerksamkeits- und Aktivitätsniveau und erleichtert somit Lern- und Gedächtnisprozesse (vgl. Gasse 2005).

Psychomotorik bietet in ihrer Vielfältigkeit über ein „gruppenorientiertes Erlebnisfeld, spielerischen Bewegungsangeboten und attraktiven Materialangeboten“ (n. Köckenberger, 2005,27) einen Entwicklungsraum für Beziehungserfahrungen, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, für Kompetenz und Handlungsfähigkeit.

Klinische Psychomotorische Therapie

Als praxeologisch-integrativen Ansatz definieren wir die Klinische Psychomotorische Therapie in Hamm i.S. einer systematischen Weiterentwicklung der Psychomotorischen Übungsbehandlung nach Kiphard/Hünnekens im klinischen Bereich- angepasst und modifiziert an die veränderten und sich (ständig) verändernden strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem.

© D. Panten



Psychomotorik ist für uns ein Konzept der Persönlichkeitsentwicklung über Erleben, Erfahren und Kommunizieren mit und durch Bewegung, aber auch ein Konzept des Erfahrens und Begreifens sozialer Verhaltensweisen wie Toleranz, Rücksicht und Kooperation sowie die angemessene Bewältigung von Konfliktsituationen und Misserfolgen (Göbel, Panten 1998).

Psychomotorik ist stets auch individuelles Ausdrucksmittel der gesamten Persönlichkeit.

Hieraus leiten sich folgende allgemeine Behandlungsziele ab:

KPT - Allgemeine Behandlungsziele

- Stimulation und Förderung senso- und psychomotorischer Basiskompetenzen
- Aufbau und Entwicklung emotional-motivationaler Kompetenzen
- Beziehungs- und Verhaltensgestaltung im sozialen Kontext
- Abbau von Hemmungen und Ängsten
- Aufbau eines ausgewogenen Selbstkonzepts
- Aufmerksamkeitsmodulation und Impulskontrolle

Die jeweilige Ausrichtung und Differenzierung wie auch die durchaus unterschiedliche methodische Umsetzung erfolgt im Anschluss an eine gezielte diagnostische Befunderhebung und im Rahmen einer interdisziplinären Behandlungs- bzw. Therapieplanung.

In der LWL-Klinik Hamm ist die KPT auch in der ambulanten Behandlung ein fester Bestandteil eines **multimodalen Therapiekonzepts** bei Kindern mit ADS/ADHS, das nach einer sorgfältigen klinischen Abklärung mit entsprechender Diagnose nach ICD 10 und der sich daraus ableitenden Indikation eine dann u.U. notwendige medikamentöse Behandlung, eine psychomotorische Kleingruppentherapie und ggf. heilpädagogische Förderung und/oder psychoedukative Elternschulung umfasst.



Was spricht nun für eine psychomotorische Förderung bzw. Therapie bei aufmerksamkeits- und konzentrationsgestörten und hyperaktiven Kindern

- das **psychomotorische Setting** u.a. mit Angeboten wie Trampolin und Luftkissen, die nicht nur für die Stimulation und Regulation von vestibulärer und propriozeptiver Reizverarbeitung bedeutsam sind, mit wahrnehmungs- und handlungskompetenzfördernden Materialien, der Sinnes-, Selbst- und Körpererfahrung sowie variationsreichen Bewegungs- und Entspannungsspielen ist in aller Regel **hochmotivierend**. Wer motiviert handelt, verhält sich aufmerksamer, konzentrierter und ausdauernder. Dieses bedeutet auch für ADHS-Kinder, sich reizgebundener, strukturierter und situationsbezogener verhalten und handeln zu lernen.
- Zudem wirken sich **Bewegungsaktivitäten wie z.B. regelmäßiges und moderat ausdauerndes Trampolinspringen nicht nur positiv auf motorische und sensorische , vestibuläre und propriozeptive Regulationsprozesse aus, sondern auch auf übergeordnete Funktionen** wie z.B. **Kontrolle** und **Koordination** (= ordnen) von Handlungen, **Impulssteuerung** aber auch Konzentrationsförderung aus (Stichwort: erhöhter Sauerstoffumsatz, gesteigerte Hirndurchblutung also verbesserte Nährstoffversorgung im Präfrontalkortex).
- Und nicht zuletzt ermöglicht die **Gruppenstruktur einen Bezugsrahmen** für ein (**adäquates**) **psychosoziales Lernfeld, in dem Beziehungsaufbau und –gestaltung in einem individuell differenzierbaren Rahmen möglich sind**.
Die Kinder erleben sich so zum großen Teil als **Akteure ihrer eigenen Entwicklung**, die sie mit gestalten, was natürlich ein qualitativ anderes **Selbstwirksamkeitserleben** fördert.

Hierdurch werden die Voraussetzungen geschaffen, um z.B. folgende **Behandlungsziele** in der psychomotorischen Arbeit zu realisieren:

Behandlungsziele der Psychomotorischen Therapie bei AD(H)S:

- **Handlungs- und Bewegungsorganisation und –kontrolle**
- **Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstkonzept**



➤ **Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen**

➤ **Impulskontrolle und Verhaltenssteuerung**

➤ **Umgang mit Störreizen**

➤ **Aufmerksamkeitsmodulation und Reizselektion**

➤ **Regelbewusstsein**

Beobachten wir hyperaktive Kinder in ihren Handlungen und Bewegungen, lassen sich bereits allein durch aufmerksames Beobachten einige charakteristische Merkmale herausfiltern:

Ein spezifisches Bewegungsmerkmal steckt bereits in dem Kürzel ADHS – das H für Hyperaktivität. Individuell unterschiedlich ausgeprägt lässt sich häufig ein sehr gesteigertes Bewegungsbedürfnis beobachten, das sich neben dem Drang nach großräumigen Bewegungen darin zeigt, alles nicht nur eine Spur zu schnell und zu hastig zu tun. Häufig fehlt ein geordnetes Kraftmaß, die Bewegungsfeinsteuerung scheint wenig geordnet, z.T. erfolgen die Bewegungen impulsartig und wenig isoliert (ein Anzeichen für mangelnde Reifung im ZNS). Und als Ausdruck unausgewogener Körperwahrnehmung besteht eine gewisse Vorliebe für primitiv-archaische Bewegungsmuster und taktil-haptische Aktivitäten (Kiphard 1988).

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive werden aber nicht ausschließlich die „störenden“ und „beeinträchtigten“ Verhaltens-, Bewegungs- und Wahrnehmungsmuster fokussiert, sondern wir können auch feststellen, wie Köckenberger es sehr einführend formuliert, dass „das Kind über eine erfrischende Spontaneität und ansteckende Lebensfreude verfügt. Ihm entgeht nichts, es merkt sich (fast) alles und besitzt den Überblick (den es aber ebenso rasch wieder verlieren kann). Es kann blitzschnell reagieren. Es ist spielerisch und schnell begeistert. Es ist sehr kreativ und entdeckt immer eine Vielzahl Spielvariationen. Es ist nicht lange beleidigt oder verärgert. Es hat einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn. Es ist hilfsbereit, offen, ehrlich charmant und nicht nachtragend. Es gibt nicht auf und ist durchsetzungsfähig. Es ist ein Energiebündel und muss nicht mit seinen Kräften haushalten. Es ist fürsorglich und zeigt für kleinere Kinder großes Verständnis“ (2005, S.23).

Im klinischen Kontext reichen uns die eben beschriebenen Verhaltensbeschreibungen allerdings nicht allein zur Diagnosefindung bzw. zur Therapieindikation aus.



Eine psychomotorische Behandlungsindikation erfolgt auf der Basis einer i.a.R. im Vorfeld durchgeführten Motodiagnostik oder psychomotorischen Diagnostik, in deren Verlauf gerade auch im Hinblick auf eine individuelle Behandlungsplanung Kompetenzen und Ressourcen erfasst werden sollen.

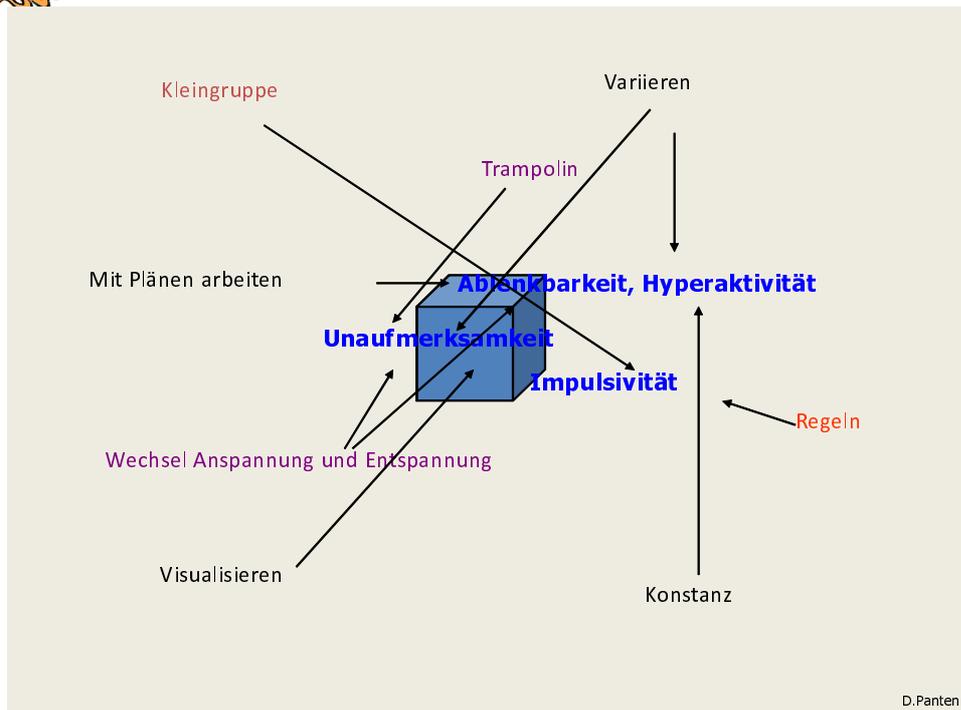
Bei differenzierter psychomotorischer Diagnostik lassen sich einige interessante Unterschiede in bezug auf eine mögliche Störungssymptomatik - „reines ADHS ja oder nein“ festhalten.

Ich unterscheide hier im wesentlichen zwischen drei verschiedenen „Typen“:

1. Aufmerksamkeitsstörungen aufgrund unzureichender **sozioemotionaler Bedingungen in den frühen Entwicklungsjahren**
2. Aufmerksamkeitsstörungen aufgrund **mangelhaft integrierter bzw. automatisierter und ökonomisierter basaler Funktionen**
3. Aufmerksamkeitsstörungen im Zusammenhang mit einer **hyperkinetischen Symptomatik**

Psychomotorische Behandlungsziele und Umsetzung

In der psychomotorischen Therapie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen stehen koordinative Anforderungen, bei denen möglichst spielerisch Gleichgewicht, Körper- und Muskelspannung und Bewegungssteuerung gefördert werden, aber auch unterschiedliche Aufgabenstellungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung in verschiedenen Bewegungs- und Ruhephasen im Vordergrund. Darüber hinaus werden unterschiedlich komplexe Spiel- und Übungssituationen zur taktilen, optischen und akustischen Reizverarbeitung und - *integration gestellt*. Über den Umgang mit vielfältig kombinierbaren Materialien werden u.a. Finger- und Handgeschicklichkeit, räumliches Denken und die Handlungsplanung geschult. Kooperative Bewegungsspiele und unterschiedliche Interaktionen in der Gruppe fördern unmittelbar das Sozialverhalten (Panten 2007).



Aufmerksamkeit:

Die Bewegungs- und Handlungssteuerung ist in hohem Maße abhängig von der Qualität der Motivation und Aufmerksamkeit sowie der Aufnahme, Analyse, Verarbeitung und Speicherung der damit verbundenen Prozesse. Der regelmäßige und systematische Einsatz des Großtrampolins führt zu einer intensiven zentralnervösen Stimulation, was sich insbesondere fördernd auf den Bereich der ersten funktionalen Hirneinheit – Regulation von Tonus, Wachheit und Aufmerksamkeit - (Luria 1992) auswirkt.

„Neben der wichtigen Wirkung auf die unwillkürliche Zentrierung der Aufmerksamkeit durch die das vestibuläre System stark ansprechenden Bewegungen auf dem Trampolin, kann die Generierung der willkürlichen, absichtsvollen Aufmerksamkeitsprozesse (Oberprogrammsteuerung) beeinflusst werden“ (Müller 2002, S.31). Damit ist das Trampolinspringen gerade für hyperaktive, hyperkinetische, impulsive, aufmerksamkeitsgestörte Kinder ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie.

Dabei steht nicht ausschließlich das Erlernen und Kombinieren von Sprungfertigkeiten im Vordergrund, sondern gerade über die Integration unterschiedlicher zusätzlicher Spielideen mit und ohne Materialien werden zusätzlich aufmerksamkeitssteigernde Impulse gesetzt (Panten 2005).

Ablenkbarkeit, Hyperaktivität

© D. Panten



Der methodische Aufbau der Therapiestunden, die Strukturierung von Material- und Spielangeboten, eine bewusste Material- und Reizselektion, die fein abgestimmte Variation der Situation, die systematische und sich wiederholende Berücksichtigung von Ruhe- und Entspannungsphasen bieten einen verlässlichen Handlungs- und Orientierungsrahmen. Sie vermitteln Beständigkeit aber auch Ruhe, Konstanz und Sicherheit, die es ermöglichen sollen, eigene (Sinnes)erfahrungen zu machen, sich zu strukturieren, sich Zeit zu nehmen, sich aus einander zu setzen.

Insbesondere der lustvolle und zweckfreie Charakter von Spielsituationen führt oft zu einem intensiven und ausdauernden Erleben des Augenblicks. Wenn Kindern Zeit und Raum ermöglicht wird (und nicht nur einmalig), können sich auch aufmerksamkeitsgestörte Kinder immer wieder in ihr gemeinsames Spiel vertiefen, variieren scheinbar Gleiches in immer neue Zusammenhänge, entwickeln Fantasie und Kreativität, treffen Absprachen, stellen Regeln auf.

Gerade Spiele bieten nahezu unerschöpfliche Möglichkeiten, Aufmerksamkeit über eine geordnete Sequenz von Ereignissen zu verteilen (vgl. Panten 2000).

Impulsivität

Nach dem Neurobiologen Hüther ist das **Gehirn nicht nur als Denk- sondern auch als entsprechend beanspruchtes und strukturiertes Sozialorgan** zu betrachten, was auch bedeutet, dass fast alles, was ein Mensch in seiner Entwicklung gelernt hat und lernt, er in seinem Soziosystem lernt.

Edelmann weist in seinen Untersuchungen nach, „dass nicht nur sensorische und motorische Handlungsmuster, **sondern alle Interaktionen zwischen Person und Umwelt in neuronalen Netzwerken des Gehirns codiert werden. ... Das heißt, auch zwischenmenschliche Erfahrungen werden als Veränderungen der neuronalen Matrix im Gehirn verankert.** In dem es sich selbst konstruiert, konstruiert das Gehirn Vorstellungen über die Beziehungen zwischen sich und seiner Umwelt“ (Hüther/Bonney 2002, S.77)

Die KPT versteht sich grundsätzlich als **(Klein-)gruppentherapie mit 5-7 Patienten**, was in Ausnahmefällen eine Einzeltherapie bei entsprechender Indikation nicht ausschließt. Die Integration in eine Behandlungsgruppe soll sich nach den individuellen Erfordernissen der Kinder und Jugendlichen richten und nicht ausschließlich nach z.B. Diagnosegruppen. **Das bedeutet eine Zusammenstellung i.S. einer therapeutisch möglichst optimal wirkenden Heterogenität der Kleingruppe.** Diese Konstellation wirkt sich auf hyperaktives Verhalten **unmittelbar verhaltensregulierend und impulsbindend aus.**

Klare Strukturen, Absprachen und Regeln werden in einer motivational und emotional durchgehend als anregend und angenehm empfundenen Gruppenatmosphäre vermittelt



und aufgrund des hohen Aufforderungscharakters der jeweiligen Spiel- und Bewegungssituationen bereitwilliger verinnerlicht.

Eine Gruppensituation vermittelt unmittelbar und ganz konkret soziale Erfahrungen, ermöglicht und fördert Beziehungsstrukturen, bietet ein Forum für Kooperation aber auch für Konfliktlösung und Konkurrenzsituation. **Rückmeldung über Erfolg und Misserfolg erfolgen unmittelbar im sozialen Kontext. Probleme können gemeinsam gelöst werden.**

So kann ein steuerschwaches und hyperaktives Kind, das sich in Alltagssituationen nur allzu oft als negativ bewertet fühlt, **die positiven Rückmeldungen gerade auch anderer Kinder erfahren**, die es ermöglichen, das angekratzte und beeinträchtigte Selbstwertgefühl wieder aufzubauen und allmählich wieder ein stabileres Selbstbewusstsein zu entwickeln:

Ich zeichne Daniel einen Buchstaben auf den Rücken, den er mit einer Tätigkeit in der Bewegungslandschaft verbinden soll – ein „V“. Daniel: „das ist ein „V“ wie Vangen“ „Fangen schreibt man nicht mit „V“, sagt Bastian. „Richtig“, meint Kevin „das schreibt man mit „Pf“, worauf alle anerkennend nicken.



2. Tag
1. November 2009

Psychomotorische Therapie

bei hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern

Vortrag von
Detlev Panten





Sabine Tolksdorf

- Staatl. geprüfte Augenoptikerin (HFAK) und Augenoptikermeisterin seit 1979
- Seit 1998 liegt der Tätigkeitsschwerpunkt in der Funktionaloptometrie.
- Anerkannter Fachberater für Funktionaloptometrie (WVAO, EGO) und Syntonic-Optometrie (WVAO, CSO)
- Vorsitzende des AK Funktionaloptometrie

Titel:

„Die Erkennung und Bedeutung von visuellen Wahrnehmungsstörungen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten“

Der Vortrag soll die Sensibilität für visuelle Wahrnehmungsstörungen wecken und mögliche Lösungswege anbieten.

Mangelnde visuelle Leistungsfähigkeit führt zu Veränderungen des Verhaltens, denn fast 90% aller Sinneseindrücke erleben wir durch das Sehen.

Bei der Geburt ist unser Sehen noch nicht vollständig entwickelt. Wir müssen das Sehen erst im Laufe der ersten Lebensjahre erlernen. Die Augen liefern Informationen, die im Gehirn in unterschiedlichen Arealen verarbeitet werden. Jede Information wird mit unserer Erfahrung verglichen und neu bewertet. Das geschieht unter Mitwirkung aller Sinne. So entstehen zahlreiche Verknüpfungen im Gehirn. Wir lernen. Dieses Lernen ist umso effektiver je präziser, eindeutiger und schneller die Informationen unser Gehirn erreichen. Das ist wiederum abhängig von unserer visuellen Leistungsfähigkeit.



Visuelle Defizite können sich in zahlreichen Auffälligkeiten und Ersatzhandlungen äußern. Diese sind u.a. schiefe Kopf- und Körperhaltung, ein zu geringer Arbeitsabstand, schlechte Schrift und Arbeitsblattaufteilung, Schwierigkeiten beim Ballspielen, Tollpatschigkeit, Orientierungsschwierigkeiten, geringe Aufmerksamkeitsspanne, schlechte Konzentration, mangelndes Sozialverhalten in der Gruppe, aber auch Hyperaktivität oder Tagträumerei.

Da eventuelle Defizite in einem speziellen Messverfahren gezielt ermittelt werden können, können sie auch gezielt aufgearbeitet werden. Ist eine Fern- und/oder Nahbrille nicht ausreichend, kann in einem optometrischen Visualtraining Hilfe gefunden werden.

Defizite in der visuellen Wahrnehmung können z. B. durch ungenügende Augenmotorik sowie durch eine fehlerhafte Stellung (Vergenz) der beiden Augen zueinander auf das fixierte Objekt hervorgerufen werden. Ebenso ist eine exakte Scharfstellung (Akkommodation) und die richtige Bildverarbeitung unter Einbezug aller Sinne (Perception) nötig.

Treten eine oder mehrere Störungen in diesen Bereichen auf, ist ein effektives und ausdauerndes Sehen und Arbeiten in der Schule nicht möglich.

Das optometrische Visualtraining ist ein individuell auf das visuelle Problem des Einzelnen abgestimmtes Trainingsprogramm. Ein mit Hilfe der funktionaloptometrischen Mess- und Prüfverfahren analysiertes Defizit der visuellen Wahrnehmung wird mit speziellen Übungen „aufgearbeitet“. Eine Pathologie muss zuvor durch einen Facharzt für Augenheilkunde ausgeschlossen sein.

Ziel des Visualtrainings ist es, durch das individuelle Trainingsprogramm das visuelle System von der Basis her aufzubauen, zu entwickeln und zu festigen, damit die täglichen visuellen Anforderungen besser bewältigt werden können.

Bei jedem Trainingstermin werden jeweils exakt aufeinander abgestimmte Übungen zur Augenmotorik, zur Vergenz, zur Akkommodation und zur Perception gezeigt und erläutert. Damit eine dauerhafte Integration in das visuelle System erfolgen kann, wird die jeweilige Stufe des Lernprozesses berücksichtigt. Alle 14 Tage wird dieser Status in unserem Institut überprüft, damit neue weiterführende Übungen erklärt werden können. Diese Übungen müssen dann täglich ca. 15 Minuten zu Hause wiederholt werden. In der Regel genügen 10-15 Trainingseinheiten und eine weitere selbständige Integrationsphase von ca. 3-6 Monaten. Motivation, Ausdauer, Regelmäßigkeit und persönliches Umsetzen des Visualtrainings sichern den dauerhaften Erfolg.

Reicht die visuelle Leistungsfähigkeit aus, um den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden, bedarf es keiner Ersatzhandlungen mehr.



„Das probier ich aus!“

Mit Eltern Handlungsalternativen für zu Hause erarbeiten

Workshop von
Jennifer Peters





"Das probier ich aus!"

Mit Eltern Handlungsalternativen für
zu Hause erarbeiten.

Jennifer Peters
Master Sozialmanagement / Dipl. Sozialpädagogin

Kinderkongress 01.11.2009

Der Werkzeugkoffer für gelingende Gespräche

Gesprächstechniken

Konstruktive
Haltung

Klare Werte

Selbstreflexion



Kreativität

Humor

01.11.2009

Jennifer Peters 2

© Jennifer Peters



Arbeitsannahmen bezüglich der Eltern

Grundsätzlich – außer es liegen eindeutige Beweise vor –
wollen alle Eltern:

- Stolz auf ihr Kind sein!
- Einen positiven Einfluss auf ihr Kind haben!
- Gute Nachrichten über ihr Kind und dessen Können hören!
- Ihren Kindern eine gute Erziehung geben, so dass sie eine Chance auf Erfolg haben!
- Dass es den Kindern einmal besser geht als ihnen!
- Eine gute Beziehung zu ihrem Kind haben!
- Hoffnungsvoll in Bezug auf ihre Kinder sein!
- Das Gefühl haben, gute Eltern zu sein!

Insoo Kim Berg, Brief Family Therapy Center, Milwaukee, USA

01.11.2009

Jennifer Peters 3

Konstruktive Haltungen gegenüber den Eltern

Wertschätzen!

Leistungen anerkennen!

Ihre wichtige Rolle als Eltern
anerkennen und miteinbeziehen!

Alle Gefühle erlauben!

Die Eltern verstehen wollen!

Beschreiben und erklären!

Gemeinsam suchen!

01.11.2009

Jennifer Peters 4

© Jennifer Peters



Was brauchen **Fachkräfte?**

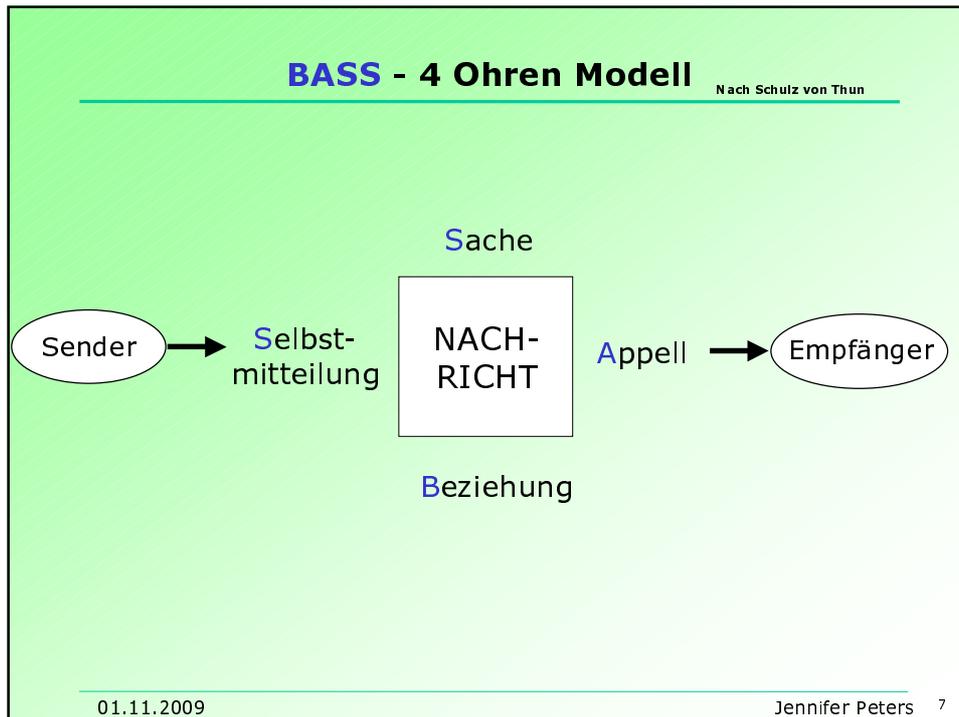
Bedürfnis nach ...

- Selbstverwirklichung
- ... Anregung, Spiel und Leistung
- ... seelische und körperliche Anerkennung
- ... Verständnis und soziale Anbindung
- ... Schutz und Sicherheit
- ... Physiologische Bedürfnisse

01.11.2009 Jennifer Peters 5

Gelingende Kommunikation

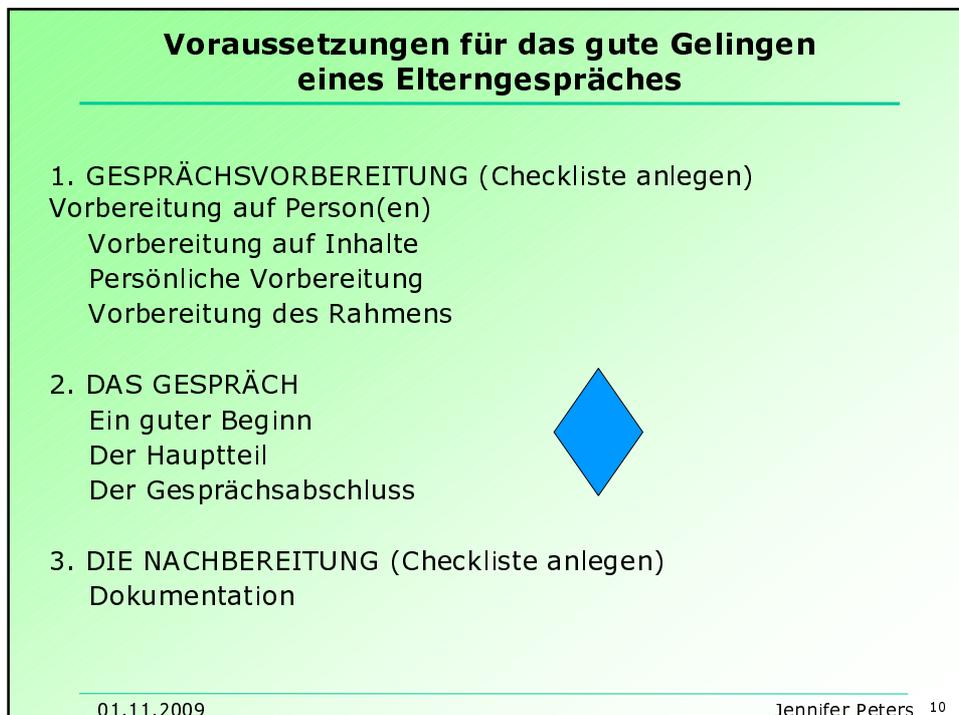
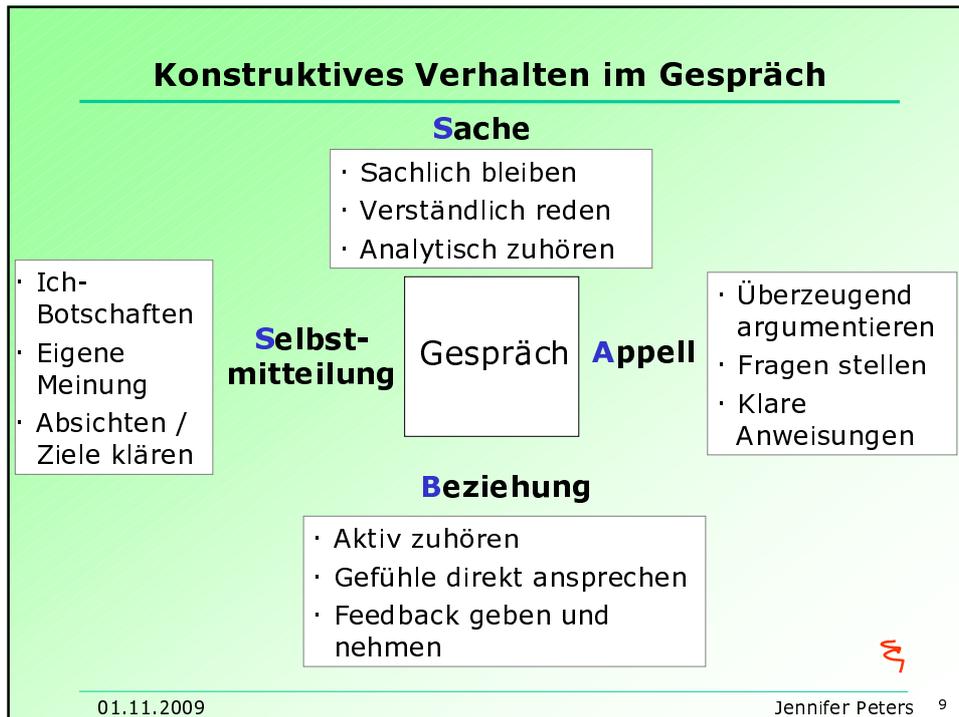
01.11.2009 Jennifer Peters 6



Meinen und verstehen

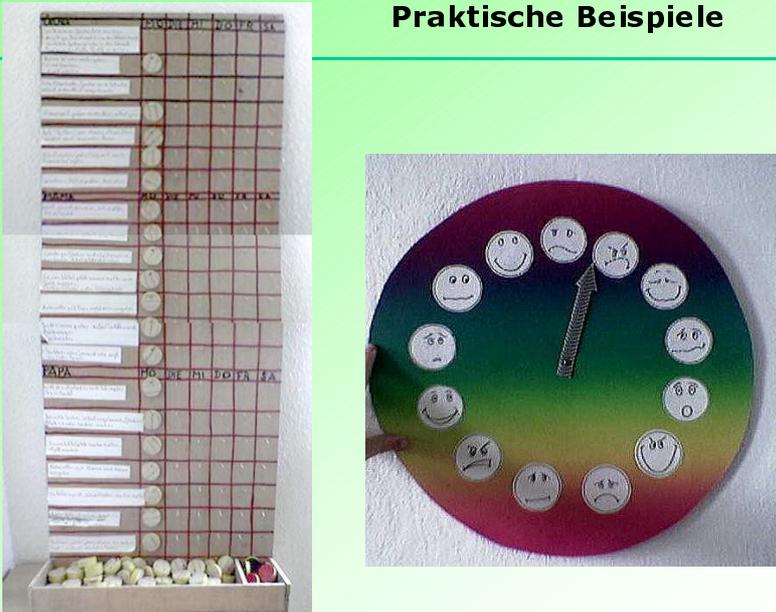
Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen.	BEZIEHUNG	Wie redet der mit mir, wen glaubt er vor sich zu haben?
Wozu ich dich veranlassen möchte.	APPELL	Was soll ich tun, denken, fühlen?
Worüber ich sachlich informiere.	SACHE	Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?
Was ich von mir / über mich selbst sage.	SELBSTMITTEILUNG	Was ist das für eine Person, was ist mit der los?

01.11.2009 Jennifer Peters 8





Praktische Beispiele



01.11.2009 Jennifer Peters 11

Zuhören

Zuhören
Zuhören heißt:
hin-hören;
inne-werden;
den, dem man zuhört,
an-nehmen,
gelten lassen,
ernst nehmen.

Ein Mensch,
der zuhören kann,
hat Seltenheitswert.
Manchmal kann einer,
der zuhört,
wichtiger sein
als ein Stück Brot.

Quelle unbekannt

01.11.2009 Jennifer Peters 12



Aus der Praxis für die Praxis -
Hilfen für den Alltag
Struktur, Punktepläne, Lob und mehr...

Workshop von
Heike Körner

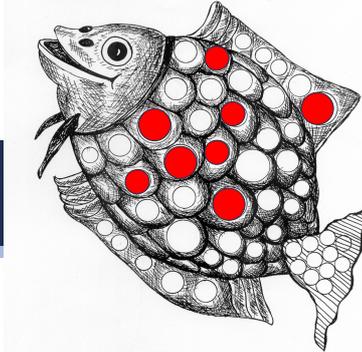






Punktepläne, Lob und mehr

■ Aus der Praxis für die Praxis



Essen, 01.11.2009

Heike Körner, Nadia Böcker
ZIFF - Essen



Vorstellung der Referentinnen

- Heike Körner
 - Physiotherapeutin an der Rheinischen Förderschule Oberhausen
 - ADHS-Beraterin
 - Psychomotorik-Ausbildung
 - Bobath-Therapeutin

- Nadia Böcker
 - Ergotherapeutin an der Rheinischen Förderschule Oberhausen
 - ADHS-Coach
 - Triple-P-Beraterin
 - Ausbildung zur Kommunikationspädagogin

01.11.2009Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die PraxisSeite 2 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Positive Eigenschaften



- viel Energie
- spontan
- finden ungewöhnliche Lösungen
- außergewöhnlich hilfsbereit
- viel Vorstellungskraft und Phantasie
- sehr sensibel für Stimmungen
- außergewöhnliches Gedächtnis für Kleinigkeiten
- gute Ideen
- blitzschnelles Reaktionsvermögen
- ständige Aufnahmebereitschaft
- nicht nachtragend bei Entschuldigungen

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 3 von 42

Positive Eigenschaften



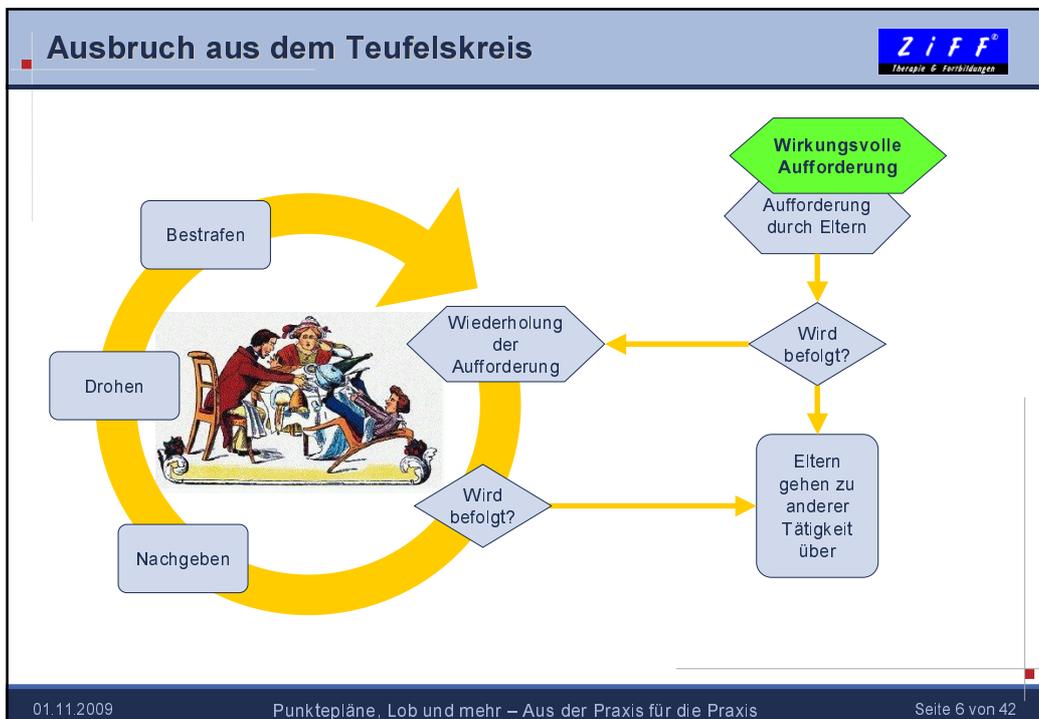
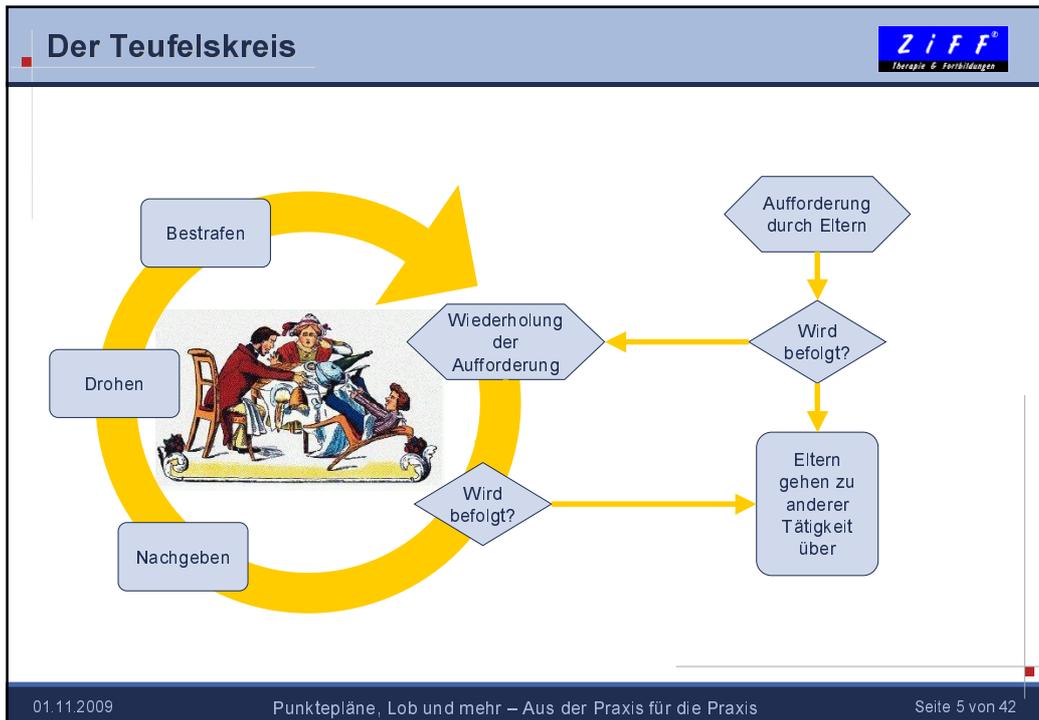
- häufig technisch begabt
- äußerst kreativ
- guter Orientierungssinn
- humorvoll
- empathisch
- oft Sonderbegabungen
- gute Krisenmanager

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 4 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker





Aufforderungen richtig stellen



- Sicherstellen, dass man die Aufmerksamkeit des Kindes auf sich gelenkt hat:
 - Blickkontakt herstellen
 - in Augenhöhe gehen
 - ggf. Körperkontakt herstellen
- Das Kind direkt mit Namen ansprechen.
- Keine Frage formulieren, sondern das erwünschte Verhalten benennen. Statt „**Könntest Du bitte sitzen bleiben?**“ sagen Sie: „**Lisa, bleib sitzen.**“
- Die Aufgabenstellung vom Kind wiederholen lassen.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 7 von 42

Aufforderungen formulieren



- Klar und eindeutig.
- Das vom Kind erwartete Verhalten genau beschreiben.
- Mit ruhiger Stimme klar und deutlich sprechen.
- Auf offene und versteckte Vorwürfe verzichten.
- Vergangenes ruhen lassen.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 8 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Aufforderungen formulieren - Beispiele



- Robert springt auf dem Bett herum.
Statt „Hör auf mit dem Quatsch!“ sagen Sie →
„Robert, komm vom Bett runter.“
- Zwei Geschwister wollen im Kinderzimmer spielen.
Statt: „Zankt doch heute ausnahmsweise mal nicht.“ sagen Sie →
„Spielt freundlich miteinander.“

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 9 von 42

Aufforderungen formulieren



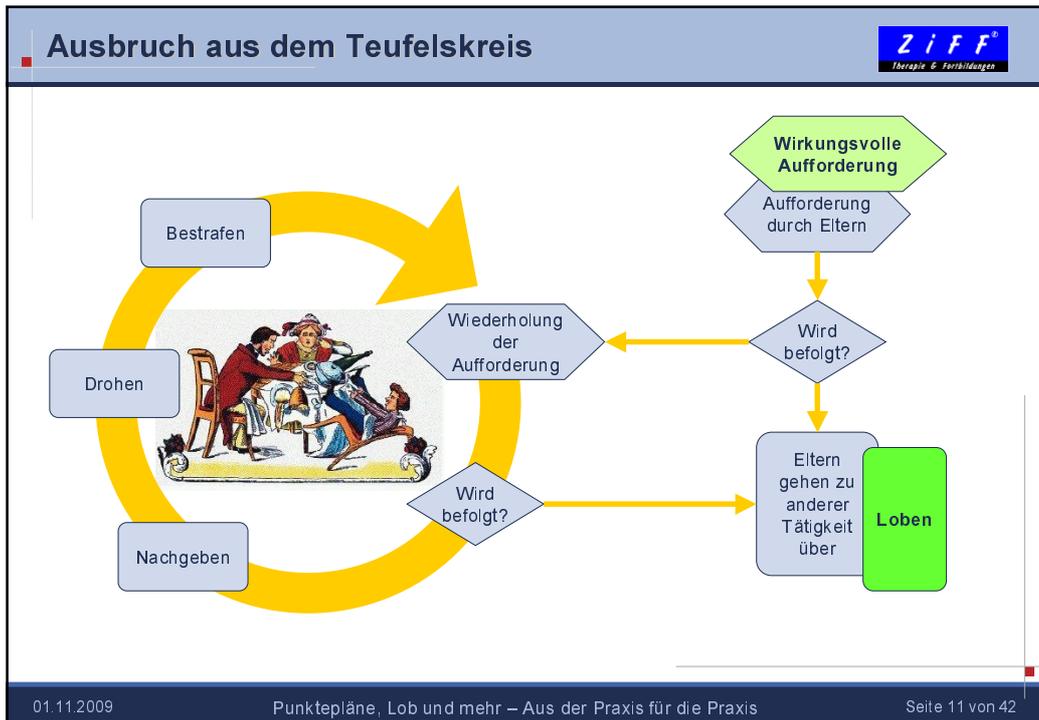
- Nur dann eine Aufforderung formulieren, wenn es wichtig genug ist.
Seien Sie sich vorher im Klaren über mögliche Auswirkungen.
- Die Priorität der Situation vorher einschätzen.
- Wenn man es nicht ernst meint, hat man bei 80% der Situationen keinen Erfolg.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 10 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



- ### Loben
- ZIFF[®]
Therapie & Fortbildungen
- Durch Loben werden die Stärken des Kindes in den Vordergrund gestellt.
 - Positives Verhalten wird verstärkt.
 - Das Kind wird motiviert, jenes Verhalten wieder zu zeigen, das gelobt wurde.
- 01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 12 von 42



Loben



- Loben Sie beschreibend, indem sie das vom Kind gezeigte, positive Verhalten benennen: „Prima, dass Du sofort gehört hast, als ich Dich darum gebeten habe.“
- Bei ADHS besonders die Anstrengungsbereitschaft loben, nie das Ergebnis: „Da hast Du Dir aber Mühe gegeben!“, „Du hast lange daran gearbeitet!“.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 13 von 42

Loben



- Loben Sie, wenn Sie es ehrlich meinen!
- Vermeiden Sie Formulierungen, in denen das Problemverhalten angesprochen wird. Statt: „Schön, dass ich es nicht erst 3 Mal sagen musste“, besser:
„Das hat sofort geklappt, prima!“
- Kritik und Lob nicht miteinander vermischen. Statt: „Das Arbeitsblatt hast du gut bearbeitet. Warum hast du das beim Matheblatt nicht auch so gemacht? Du kannst es doch, wenn du willst.“, besser:
„Toll, Du hast Dir viel Mühe gegeben und das Blatt gut bearbeitet.“

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 14 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Loben

Z i F F[®]
Therapie & Fortbildungen

- Kleine Schritte loben, z.B. beim Aufräumen des Zimmers bereits loben, wenn der erste Baustein in der Kiste ist.
- Sofort loben, wenn das gewünschte Verhalten auftritt.
- So oft loben, wie möglich.
- Beim Loben genau sagen, was gut war.

→ **Man kann nicht zuviel loben!**

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 15 von 42

Ausbruch aus dem Teufelskreis

Z i F F[®]
Therapie & Fortbildungen

```
graph TD; A[Wirkungsvolle Aufforderung] --> B[Aufforderung durch Eltern]; B --> C{Wird befolgt?}; C --> D[Wiederholung der Aufforderung]; C --> E[Eltern gehen zu anderer Tätigkeit über]; D --> F[Logische Konsequenz]; F --> G{Wird befolgt?}; G --> E; G --> H[Loben]; E --> I[Bestrafen]; E --> J[Drohen]; E --> K[Nachgeben]; I --> F; J --> F; K --> F; I --> C; J --> C; K --> C;
```

The diagram illustrates a cycle of behavior management. It starts with a 'Wirkungsvolle Aufforderung' (Effective instruction) leading to 'Aufforderung durch Eltern' (Instruction by parents). A decision point 'Wird befolgt?' (Is it followed?) follows. If not followed, it leads to 'Wiederholung der Aufforderung' (Repetition of instruction), which then leads to 'Logische Konsequenz' (Logical consequence). From 'Logische Konsequenz', another decision point 'Wird befolgt?' is shown. If not followed, it leads to 'Eltern gehen zu anderer Tätigkeit über' (Parents move to another activity), which then leads to 'Loben' (Praise). If followed, it also leads to 'Loben'. The 'Logische Konsequenz' box is linked to a circular flow of 'Bestrafen' (Punish), 'Drohen' (Threaten), and 'Nachgeben' (Give in), which then loops back to 'Wiederholung der Aufforderung'.

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 16 von 42



Logische Konsequenz



- Eignet sich für jedes Problemverhalten.
- Bezieht sich auf eine bestimmte Regel.
- Gibt dem Kind die Möglichkeit, nach einer gewissen Zeit sein Verhalten zu korrigieren. Das Kind darf seine Beschäftigung fortführen.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 17 von 42

Logische Konsequenz



- Die logische Konsequenz
- muss einen Bezug zur Situation haben,
 - erfolgt direkt nach dem Problemverhalten,
 - wird nicht diskutiert, weil sie sich auf eine bestehende Regel bezieht.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 18 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Logische Konsequenz - Beispiel

Z i F F
Therapie & Fortbildungen

- Ausgangssituation:
Das Kind trägt beim Fahrrad fahren keinen Helm.
- Es besteht die Regel:
Beim Fahrrad fahren wird ein Helm getragen.
- Logische Konsequenz:
Fahrrad für 5 Minuten wegnehmen. Nach 5 Minuten darf das Kind mit Helm wieder Fahrrad fahren.

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 19 von 42

Ausbruch aus dem Teufelskreis

Z i F F
Therapie & Fortbildungen

```
graph TD; A[Wirkungsvolle Aufforderung] --> B[Aufforderung durch Eltern]; B --> C{Wird befolgt?}; C -- Ja --> D[Eltern gehen zu anderer Tätigkeit über]; D --> E[Loben]; C -- Nein --> F[Wiederholung der Aufforderung]; F --> G[Bestrafen]; G --> H[Drohen]; H --> I[Nachgeben]; I --> J[Logische Konsequenz]; J --> F; K[Erinnerung an Regeln];
```

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 20 von 42



Regeln



- Regeln
 - müssen klar und eindeutig sein
 - müssen nachvollziehbar sein
 - sollten positiv formuliert sein
 - gelten für alle - bei Familienregeln auch für die Eltern
 - sollten dem Alter angemessen sein
 - werden gemeinsam erarbeitet
- Generell gilt:
 - einige wenige Regeln sind genug

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 21 von 42

Regeln folgen Grundprinzipien



- Regeln setzen das Entgegenbringen von gegenseitigem Respekt voraus.
- Regeln setzen voraus, dass die Verantwortung für das Handeln bei jedem selbst liegt.
- Regeln bieten die Möglichkeit der Entfaltung persönlicher Fähigkeiten.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 22 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Regeln - Effekte



- Dem Störenden wird nicht zu viel Aufmerksamkeit eingeräumt.
Dem Kind wird das „Podium“ für seine Auftritte entzogen.
- Die Atmosphäre verbessert sich.
- Es gibt keine Strafen, sondern das Kind entscheidet sich selbst, welches Verhalten mit welcher Konsequenz es wählt.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 23 von 42

Regeln - Frageprozess



- Was machst Du da gerade?
- Gegen welche Regel verstößt Du?
- Was geschieht, wenn Du gegen die Regel verstößt?
- **Wofür entscheidest Du Dich?**
- Wenn Du wieder störst, was passiert dann?

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 24 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Klassenregeln - Ziele

ZIFF[®]
Therapie & Fortbildungen

- Gewährleistung von störungsfreiem Unterricht.
- Schutz der Lernbereiten.
- Hilfen für störende Kinder - insofern, als sie Rückmeldung zur eigenverantwortlichen Steuerung ihres Verhaltens erhalten.

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 25 von 42

Ausbruch aus dem Teufelskreis

ZIFF[®]
Therapie & Fortbildungen

```
graph TD; A[Wirkungsvolle Aufforderung] --> B[Aufforderung durch Eltern]; B --> C{Wird befolgt?}; C --> D[Wiederholung der Aufforderung]; C --> E[Eltern gehen zu anderer Tätigkeit über]; D --> F[Bestrafen]; D --> G[Logische Konsequenz]; D --> H[Drohen]; D --> I[Nachgeben]; F --> J{Wird befolgt?}; G --> J; H --> J; I --> J; J --> E; E --> K[Lobe]; E --> L[Punktepläne];
```

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 26 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Punktepläne



- Punktepläne eignen sich besonders gut, um neues Verhalten einzuüben.
- Die Kinder lernen: „Es lohnt sich für mich, wenn ich mein Verhalten ändere.“
→ Verhaltensmodifikation durch positives Verstärken

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 27 von 42

Punktepläne - Voraussetzung



- **Wichtig** zu beachten:
Durchhaltefähige Bezugspersonen sind gefragt!
- Die konsequente Durchführung der Maßnahme muss bis zu 4 Wochen durchgehalten werden können.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 28 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Punktepläne - Richtlinien



- Ein bestimmtes Verhalten wird gemeinsam mit dem Kind herausgesucht und beschrieben.
- Das Verhalten muss konkret beobachtbar sein
- Die Formulierung muss positiv sein, z.B. „**Du schaffst es am Tisch sitzen zu bleiben, bis alle aufgegessen haben.**“
- Auf einem Punkteplan wird das positive Verhalten notiert.
- Immer wenn das Kind das vereinbarte Verhalten zeigt, erhält es einen Punkt.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 29 von 42

Punktepläne - Richtlinien



- Für eine bestimmte Menge Punkte bekommt es eine Belohnung.
- Die Punkte können gegen „Preise“ aus einer Schatzkiste eingetauscht werden.
- Es wird gemeinsam überlegt, wie viele Punkte ein Preis wert ist.
- Es muss alles gut durchdacht und vorbereitet sein!
- Die Belohnung erfolgt, sobald das Ziel erreicht ist.

- **Nehmen Sie keine Punkte wieder weg!**
- **Schleichen Sie die Punkte langsam aus, indem Sie diese seltener geben.**

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 30 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Punktepläne - Preise



- Als Preise bieten sich soziale Verstärker an:
 - Eine begehrte Aufgabe übernehmen
 - Ein Spiel im Sportunterricht aussuchen
 - Das Lieblingsessen aussuchen
 - Eine Extraspielzeit
- Als Preise können auch eingesetzt werden:
 - Aufkleber, Tattoos, Stempel, Stifte
 - Sammelkarten, Scherzartikel, Spielzeugautos, Radiergummis

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 31 von 42

Punktepläne - Vorteile



- Eindeutige, klare Kommunikation
- Unmittelbare Rückmeldung
- Keine Diskussionen, wenig Emotionen
- Kein Schimpfen und Meckern

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 32 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Punktepläne - Ansatz an Störungsschwerpunkten

Z i F F[®]
Therapie & Fortbildungen

- ADHS- Kinder fordern eindeutige Kommunikation. Nicht zu viel reden und erklären.
- ADHS- Kinder zeigen heftige Reaktion auf negative Reize, z.B. Kritik → darauf verzichtet das Verstärkersystem und stellt das gewünschte Verhalten in den Vordergrund
- ADHS- Kinder zeigen flache Reaktion auf positive Reize, z.B. Lob → Lob wird visualisiert und somit besser wahrgenommen durch den Einsatz von Verstärkersystemen

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 33 von 42

Ausbruch aus dem Teufelskreis

Z i F F[®]
Therapie & Fortbildungen

```
graph TD; subgraph Teufelskreis; direction TB; A[Bestrafen] --> B[Drohen]; B --> C[Logische Konsequenz]; C --> D[Erinnerung]; D --> E[Nachgeben]; E --> F[Wiederholen]; F --> A; end; G[Wird befolgt?] -- Ja --> H[Wirkungsvolle Aufforderung]; G -- Ja --> I[Aufforderung durch Eltern]; G -- Nein --> J[Eltern gehen zu anderer Tätigkeit über]; J --> K[Lobe Punktepläne]; L[Weitere Maßnahmen] --> G;
```

01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 34 von 42



Problemsituationen im Vorfeld planen



- Bereiten Sie ihr Kind vor.
- Mit dem Kind besprechen, was erwartet wird - an Regeln erinnern.
- Sprechen sie über Belohnungen.
- Sprechen Sie über Konsequenzen.
- Im Vorfeld Beschäftigungsmöglichkeiten überlegen - die Situation vorbereiten.
- Verstärken Sie wünschenswertes Verhalten.
- Besprechen Sie die Situation nachträglich.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 35 von 42

Problemsituationen im Vorfeld planen



- Den Urlaub nicht im 5 Sternehotel buchen.
- Keine Blumenvase auf den Tisch neben das Kind stellen. Das Kind kann das nicht leisten → Misserfolg → schlechtes Selbstbewusstsein.
- Auf dem Spielplatz nicht Beschleunigung und Rotation, besser klettern und balancieren.
- In der Freizeit nicht den Vergnügungspark aufsuchen, besser den Garten umgraben, eine Fahrradtour machen oder Spaziergänge machen.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 36 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Das „Balu- Prinzip“



- Tief durchatmen
- Langsam bis 10 zählen

- Stimme runternehmen
- Währenddessen nicht reden, nicht anschauen
- Kurz rausgehen - „bevor es knallt“



01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 37 von 42

Strukturhilfen geben



- Abläufe visualisieren
 - den Tagesablauf
 - den Stundenablauf
 - den Handlungsablauf

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 38 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Tipps und Tricks



- Reizarme Umfeldgestaltung – z.B. geschlossene Schränke statt offener Regale.
- Umstrukturierung des Kinderzimmers – dabei Unfallgefahr beachten.

- Bewegungsmöglichkeiten schaffen.
- Kleine Aufträge vergeben.
- Situationen für positive Rückmeldung schaffen.
- Wenig diskutieren, lieber handeln.
- Zeiten vereinbaren, an denen Dinge besprochen werden können.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 39 von 42

Tipps und Tricks



- Nonverbale Zeichen vereinbaren.
- Nach vorne setzen, alleine setzen. Deutlich machen, dass dies keine Strafe, sondern eine Hilfe ist.
- Niemals bloßstellen!
- Starthilfe geben, falls nötig.
- Kontrollieren - Hat er seine Hausaufgaben aufgeschrieben?
- Auszeit ermöglichen.

01.11.2009

Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis

Seite 40 von 42

© Heike Körner & Nadia Böcker



Situation beim Einkaufen

ZIFF
Therapie & Fortbildungen



01.11.2009 Punktepläne, Lob und mehr – Aus der Praxis für die Praxis Seite 41 von 42

ZIFF
Therapie & Fortbildungen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Sie haben sehr gut mitgearbeitet!

Wir beginnen nun mit der Arbeit in Gruppen

© Heike Körner & Nadia Böcker





Mutige Kinder brauchen mutige Erwachsene

Das Encouraging-Training Schoenaker Konzept[®]

Workshop von
Markus Schulte-Hötzel





Mutige Kinder brauchen mutige Erwachsene Das Encouraging-Training Schoenaker Konzept®

"Ermutigung bewirkt, dass wir unsere Stärken und Schwächen erkennen, Mut zur Unvollkommenheit und Lebensfreude entwickeln, unabhängiger und selbständiger werden und zu der Überzeugung gelangen: **Ich bin ich, und so wie ich bin, bin ich gut genug. Ich habe meinen Platz in der Welt, und was auch kommen mag, ich schaffe das schon irgendwie.** Ermutigung führt aber auch dazu, mehr Vertrauen und Interesse für andere zu entwickeln und seinen Beitrag zum Wohle der Gemeinschaft zu leisten.", sagt Theo Schoenaker. Somit benötigen nicht nur Kinder und besonders entmutigte Menschen, Ermutigung. Alle Menschen brauchen Ermutigung, um in ihrer Entwicklung zu wachsen.

Das Encouraging-Training (aus dem Englischen: Ermutigung) ist ein Konzept auf der Basis der Individualpsychologie. Die Individualpsychologie wurde Anfang des 20. Jahrhunderts von Alfred Adler in Wien begründet. Adler war zunächst ein Kollege von Sigmund Freud, bis sich ihre Ideen und Ansichten trennten und Adler seine eigene Psychologie entwickelte. Adlers Bestreben war es, die Erkenntnisse der Psychologie für jede Frau und jeden Mann zugänglich zu machen, so dass jeder sie im Alltag umsetzen kann. Es dauerte nicht lange und die ersten Erziehungsberatungsstellen wurden von ihm eröffnet. Rudolf Dreikurs, der bedeutendste Schüler Alfred Adlers verfasste seinen Erziehungsklassiker „Kinder fordern heraus“, der auch heute noch zu den meistgelesenen Büchern in diesem Bereich zählt. Theo Schoenaker war Schüler bei Dreikurs und entwickelte praxisnahe Konzepte, die Encouraging-Trainings.

Das Encouraging-Training für Eltern findet an 8 Terminen á 2 Stunden statt. In einer Kleingruppe werden mit Hilfe von praktischen Übungen, die in den Alltag umgesetzt werden, folgende Themen erarbeitet:

1. Einheit: Ermutigung in der Erziehung
2. Einheit: Das Zugehörigkeitsgefühl
3. Einheit: Die vier Prioritäten
4. Einheit: Natürliche und logische Folgen sowie beschränkte Wahlmöglichkeiten
5. Einheit: Verbindung von Denken, Fühlen, Handeln – Denken in Zuneigung
6. Einheit: Der situative Zielsatz
7. Einheit: Üble Nachrede – keine negativen Etiketten anhängen – wirkungsvolles soziales Dreieck
8. Einheit: Die vier Schritte zur Klärung der Beziehung

Im Workshop erhalten Sie einen ersten Einblick in den Ablauf des Encouraging-Trainings. Die Bedeutung des Zugehörigkeitsgefühls wird besprochen und diskutiert, denn jeder will sich zugehörig fühlen, Kinder und Erwachsene, um somit einen Beitrag für das Zusammenleben zu übernehmen.

Ich freue mich, Sie in meinem Workshop zu begrüßen!
Markus Schulte-Hötzel

weitere Informationen:

SCHOENAKER 2007 Mut tut gut. RDI-Verlag

SCHOENAKER/SCHOENAKER/PLATT 2007: Die Kunst, als Familie zu leben. Herder Verlag

www.ermutigungs-training.info

© Markus Schulte Hötzel

Einem wunderschönen
guten Tag!

isten Sie Widerstand!

