

2

Die Aufgabe der Sozialpädiatrischen Zentren besteht in der umfassenden Betreuung der Patienten. Zu berücksichtigen sind dabei die medizinischen, medizintechnischen, psychologischen und pädagogischen Erkenntnisse, immer unter diagnostischem und therapeutischem Aspekt. Von Bedeutung für die Struktur eines Sozialpädiatrischen Zentrums sind ebenso die regionalen Gegebenheiten und die Möglichkeit, auf Ressourcen außerhalb des Sozialpädiatrischen Zentrums zurückgreifen zu können.

Im Kapitel 2.1 sind die allgemeinen Aufgabenfelder in Sozialpädiatrischen Zentren beschrieben. Dies sind Angebote, die in allen bayerischen Sozialpädiatrischen Zentren vorgehalten werden. Die ergänzenden medizinisch-technischen Untersuchungsmethoden sind in Kapitel 2.2 dargestellt.

Spezielle Arbeitsfelder und Schwerpunkte werden in Kapitel 2.3 vorgestellt. Hierbei handelt es sich um Tätigkeitsgebiete, die nicht an allen Sozialpädiatrischen Zentren gleichermaßen vorgehalten werden. Die Sozialpädiatrischen Zentren nehmen jedoch gegenseitig spezielle Arbeitsfelder und Schwerpunkte in Anspruch, wenn dies für die Diagnostik oder Therapie des Patienten hilfreich ist.

2.1 Allgemeine Aufgabenfelder in Sozialpädiatrischen Zentren

2.1.1 Das ärztliche Aufgabenfeld

Eltern stellen ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum vor, weil sie sich Sorgen wegen seiner Entwicklung machen, vielleicht auch bereits deutliche Auffälligkeiten oder Störungen sehen. Sie benötigen dazu die Überweisung durch den niedergelassenen Arzt, mit dem häufig schon vorab ein Informationsaustausch und eine Absprache erfolgen. Behandelt werden Patienten von der Neugeborenenzeit bis zum Jugendalter, manchmal auch junge Erwachsene.

Nach Anmeldung und Vereinbarung des Untersuchungszeitpunktes findet ein Ersttermin bei einem Arzt bzw.

einer Ärztin statt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit besonderer Erfahrung über die regelgerechte körperliche, geistige und psychische Entwicklung des Kindes und ihre Abweichungen, d. h. in der Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie sowie Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, aber auch mit Interessen und vertieften Kenntnissen in der Psychotherapie oder anderen Spezialgebieten. Dieser Arzt wird nach der Erhebung der Vorgeschichte und der Untersuchung des Kindes je nach Fragestellung die

Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen und/oder therapeutischer sowie rehabilitativer Schritte mit den Eltern und dem Kind besprechen, gegebenenfalls mit anderen Bezugspersonen oder auch z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Beratungsstellen bzw. Heimen planen und begleiten. Das Ausmaß der medizinischen Betreuung ist bei jedem Kind anders und richtet sich nach individuellen Bedürfnissen. So wird z. B. ein Kind mit einer chronischen Erkrankung wie einer Epilepsie überwiegend vom Arzt betreut, ein Kind mit psychischen Störungen oder Teilleistungsschwächen meist in Zusammenarbeit mit den Psychologen/-innen. Dazu kommen weitere notwendige längerfristige Maßnahmen wie krankengymnastische Behandlung, ergotherapeutische, logopädische oder heilpädagogische Betreuung u. ä.

2.1.1.1 Biographische Anamnese

Ziel des Ersttermins ist es, ein möglichst genaues Bild über die Vorgeschichte des Kindes, seine bisherige Entwicklung und die Entstehungsbedingungen der Problematik zu gewinnen. Dies setzt eine ausführliche Schilderung des Entwicklungsverlaufes des Kindes durch die Eltern voraus, mit möglichst genauen Angaben über Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, die Entwicklung des Kindes in motorischer und sprachlicher Hinsicht, Angaben zu Selbstständigkeit, Freundeskreis, Aktivitäten, evtl. Schwächen oder Eigenarten, aber auch spezifischen Fähigkeiten und Begabungen. Eine besondere Bedeutung hat im Zusammenhang mit der Erhebung der Anamnese die Befragung nach möglicherweise in der Familie vorhandenen

genetisch bedingten Störungen / Syndromen. Erfragt werden auch Vorerkrankungen, Hinweise auf mögliche Belastungen, die soziale Situation des Kindes und der Familie, bei Schulkindern auch deren Leistungsfähigkeit und mögliche Schwächen oder Störungen. Bereits vorhandene Befunde, weitere wichtige Beobachtungen oder wichtige frühere Untersuchungsergebnisse werden in die aktuelle Befunderhebung einbezogen. Die Vorlieben des Kindes, das Verhalten in Familie, im Freundeskreis und in der Schule sowie die Ernährungs- und Schlafgewohnheiten des Kindes ergänzen diesen Eindruck. Als hilfreich haben sich Fragebögen erwiesen, die eine effektive Planung der Erstvorstellung oft sehr erleichtern.

2.1.1.2 Die ärztliche Untersuchung

Im Anamnesegespräch, das in der Regel im Beisein des Kindes bzw. des Jugendlichen und auch mit ihm geführt wird, schließt sich eine allgemeine körperliche, internistische Untersuchung an, bei der die Prüfung der Funktionen der Sinnesorgane und des Nervensystems im Vordergrund steht. Die Seh- und Hörfähigkeit, der Entwicklungsstand der Motorik sowie Gleichgewicht, Muskelkraft, Tast- und Spürsinn, Körpergefühl, Geschicklichkeit und Koordinationsfähigkeit werden überprüft (Abb. 2.1).

Auch allgemeine körperliche Auffälligkeiten, wie Minder- oder Hochwuchs, Störungen der Sexualentwicklung, Unter- oder Übergewicht, Haut- und Gelenkanomalien werden registriert. Sprachverständnis und Ausdrucksfähigkeit werden im Gespräch oder anhand kleiner Aufgaben erfasst. Dazu



Abb. 2.1: Entwicklungsdiagnostik

soll ein Überblick über höhere Funktionen des Gehirns, wie des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit oder der Lernfähigkeit, und ein Eindruck von der Stimmung und dem Temperament des Kindes gewonnen werden. Das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation wird beobachtet: Wie es mit der ungewohnten Situation umgeht, ob es sich altersangemessen verhält, was Distanz, Neugier, Abwehr, Bewegungsmaß und Interaktion betrifft.

2.1.1.3 Die medizinisch-technischen Untersuchungen

Oft sind weitere Untersuchungen erforderlich. So wird die Befunderhebung des Arztes z. B. durch die Ableitung einer Hirnstromkurve (Elektroenzephalogramm) vervollständigt, wodurch Hinweise auf umschriebene oder allgemeine Hirnfunktionsstörungen ge-

wonnen werden können, insbesondere ob eine erhöhte Anfallsbereitschaft im Sinne einer Epilepsie vorliegt.

Möglicherweise ist eine Blutentnahme nötig, damit durch laborchemische Bestimmungen evtl. bestehende allgemeine Erkrankungen, Störungen des Stoffwechsels oder andere vererbte Krankheiten erkennbar werden. Dies kann die Untersuchung des Erbmateri- als (Chromosomenanalyse, molekulargenetische Spezialuntersuchungen) einschließen. Bei gezieltem Hinweis sind weitere apparative Untersuchungen von Seh- und Hörfähigkeit, von Nerven- und Muskelfunktionen möglich, die bedarfsweise von bildgebenden Verfahren wie Ultraschall (Sonographie), Röntgen oder Schichtbildaufnahmen (Computer-, Magnetresonanztomographie, Abb. 2.2) ergänzt werden.



Abb. 2.2: Computertomographie

2.1.1.4 Weitere Untersuchungen

Häufig wird die Diagnostik durch den Arzt in psychologischer Richtung ergänzt werden müssen. Hierzu dienen u. a. Entwicklungs- und Leistungsverfahren zur Erfassung der intellektuellen Leistungsfähigkeit des Kindes oder spezieller Fähigkeiten wie Lesen, Rechtschreiben und Rechnen. Auch Fragebögen, Verhaltensbeobachtungen und Testverfahren zur Erfassung der emotionalen Situation des Kindes und Testverfahren zur Erfassung der familiären Situation werden eingesetzt. Es kann auch notwendig werden, weitere Fachärzte wie z. B. Orthopäden, HNO-Ärzte, Augenärzte u. a. hinzuzuziehen.

Einige Sozialpädiatrische Zentren sind an Kinderkliniken angeschlossen bzw. haben eine Bettenstation. Hier kann bedarfsweise bei schwer betroffenen Patienten stationäre Diagnostik, Beob-

achtung, Therapie und Rehabilitation erfolgen. Die gesamten Konzepte der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sind familienorientiert, weshalb die Mitaufnahme der Eltern nicht nur erwünscht, sondern in aller Regel unverzichtbar ist (Abb. 2.3).

Die genannten medizinischen und psychologischen Untersuchungen werden je nach Fragestellung ausgewählt. Dazu sind meist mehrere Termine notwendig, die Schritt für Schritt geplant und mit den Eltern besprochen werden.

Der Arzt wird den diagnostischen Prozess begleiten und anschließend gemeinsam mit Psychologen und Therapeuten die Ergebnisse der Untersuchungen und die sich daraus ergebenden Therapiemöglichkeiten besprechen. Das Ziel im Sozialpädiatrischen Zentrum ist es, Eltern in der Förderung ihrer Kinder anzuleiten, Übungsverfahren mit ihnen zu



Abb. 2.3: Mutter-Kind-Bettenstation

trainieren bzw. auch durch intensive Beratung und gegebenenfalls eine Therapie häufig vorhandene Störungen der Interaktionen zwischen den betroffenen Patienten und ihrem psychosozialen Umfeld positiv zu beeinflussen.

2.1.1.5 Das Team im Sozialpädiatrischen Zentrum

Die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgt unter der Verantwortung des Arztes. Um der Vielzahl von Ansprüchen und Problemstellungen gerecht zu werden, hat sich im Sozialpädiatrischen Zentrum die Zusammenarbeit im interdisziplinären (fachübergreifenden) Team bewährt. Dieses besteht aus verschiedenen Berufsgruppen wie Psychologen, Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Sozial- und Heilpädagogen, Beratungslehrern sowie Musik-

und Kunsttherapeuten u. a.

Das interdisziplinäre Team ist geradezu zum Charakteristikum der Arbeitsweise eines Sozialpädiatrischen Zentrums geworden. Unter ärztlicher Leitung arbeiten hier die Fachkräfte aus verschiedenen medizinischen und psychosozialen Bereichen patientenbezogen zusammen, erfolgt der Informationsaustausch und die Meinungsbildung. Die Vertreter jedes Fachgebietes stellen ihre Sichtweise der Problematik dar und in einer Zusammenschau wird dann das weitere Vorgehen geplant. Die Ergebnisse der umfassenden Abklärung führen schließlich zu einer oder zumeist mehreren Diagnosen, aus denen der Behandlungs-/Rehabilitationsplan abgeleitet wird.

In Abstimmung mit dem Team legt der Arzt die notwendigen therapeutischen Maßnahmen fest. Ihm obliegt auch die Überwachung und Steuerung dieser Therapie. Sofern die Therapie am So-

zialpädiatrischen Zentrum durchgeführt wird, wird der Patient in regelmäßigen Abständen, üblicherweise alle drei bis sechs Monate, vom Arzt zu einer Verlaufskontrolle einbestellt. Dabei werden nach vorausgegangenem Informationsaustausch mit den Therapeuten Fortschritt und Verlauf beurteilt und das weitere Vorgehen besprochen.

2.1.1.6 Krankheitsbilder – Möglichkeiten und Grenzen

Aufgrund der Vielzahl von Berufsgruppen, die am Sozialpädiatrischen Zentrum unter fachärztlicher Leitung zusammenarbeiten, können Kinder und Jugendliche mit sehr unterschiedlichen Krankheits- und Störungsbildern, Behinderungen und ggf. Mehrfachbehinderungen vorgestellt und behandelt/rehabilitiert werden.

Hierzu zählen beispielsweise

Kinderneurologische Krankheiten:

- geistige Entwicklungsstörungen und Behinderungen
- genetisch bedingte Erkrankungen / Syndrome
- zerebrale Bewegungsstörungen und andere Körperbehinderungen
- zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
- Störungen der Sinnesorgane
- Muskelerkrankungen
- neurodegenerative Erkrankungen
- Hydrozephalus, Spina bifida
- rezidivierende Kopfschmerzen und Migräne
- Folgezustände von Hirnschädigungen (Abb. 2.4)
- schwere chronische Krankheiten und ihre Folgen



Abb. 2.4: Krankengymnastische Behandlung eines Kindes mit einer spastischen Halbseitenlähmung, in diesem Fall links

Psychosomatische Störungsbilder:

- Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter
- autistische Störungen
- Störungen des Sprechens, der Sprache und des Kommunikationsverhaltens
- emotionale Störungen und Belastungsreaktionen
- Störungen mit Aufmerksamkeitsdefizit und/oder Hyperaktivität
- Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Sozialverhaltens
- Angststörungen, Zwangssyndrome, Tics
- psychosomatische Symptome
- Belastungs- und Anpassungsstörungen
- Essstörungen
- depressive Störungen
- Enuresis, Enkopresis
- Alkohol-/Drogenmissbrauch, Suizidalität, Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens
- Kinder mit vermehrtem Schreiverhalten („Schreikinder“)

Störung des sozialen oder familiären Umfeldes:

- familiäre Interaktionsstörungen
- körperliche Misshandlung und Vernachlässigung
- sexueller Missbrauch bzw. Misshandlung
- dissoziales Verhalten bei fehlenden sozialen Bindungen
- drogenabhängige und drogengefährdete Kinder und Jugendliche

Umschriebene Entwicklungsrückstände:

- Teilleistungsstörungen
- Langzeitbegleitung nach Früh- und Risikogeburt

Die Einbeziehung der Eltern ist von größter Bedeutung. Deshalb werden Therapieplan und Behandlung ausführlich mit ihnen besprochen. Die Therapie/Rehabilitation kann am Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgen, aber auch wohnortnah, wenn geeignete Möglichkeiten vorhanden sind.

Eine humangenetische Beratung kann erforderlich sein auch im Zusammenhang mit weiter bestehendem Kinderwunsch bei bereits vorhandenem Kind oder Jugendlichen mit unklarer Entwicklungsstörung oder Behinderung.

Allgemeinmedizinische Krankheiten werden in aller Regel im Sozialpädiatrischen Zentrum nicht behandelt, auch werden keine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Primär weitervermittelt werden auch Patienten mit akuten, stationär behandlungsbedürftigen Krankheiten.

2.1.1.7 Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit ist nicht nur innerhalb des Sozialpädiatrischen Zentrums ein unverzichtbarer Faktor, sondern auch nach außen eine wesentliche Voraussetzung. Sie erfordert ein hohes Maß an Organisationstalent, Planungsgeschick und Kooperationsbereitschaft des einzelnen Mitarbeiters, denn es müssen wichtige Vorbefunde von anderen Stellen eingeholt und in die aktuelle Arbeit mit einbezogen werden; bisweilen wird das Kind bzw. der Jugendliche noch ergänzend an andere Fachärzte, Fachambulanzen oder Fachkliniken überwiesen. Ein Austausch mit dem überweisenden Haus- oder Kinderarzt, mit den in der Umgebung niedergelassenen Therapeuten, Ehe- oder Familienberatungs-

stellen, den Erziehungsberatungsstellen, den Schulen, insbesondere den Schulpsychologischen Diensten, den Förderzentren, den Frühförderstellen oder den Jugend-, Sozial- und Gesundheitsämtern wird zur weiteren Planung von Hilfemaßnahmen oft notwendig. Auch ist die Zusammenarbeit mit Heimen, Tagesstätten, kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und Diensten bzw. Kliniken, aber auch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen unerlässlich.

Es wird deutlich, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Stellen sowohl innerhalb als auch nach Außen für das Sozialpädiatrische Zentrum die wichtigste Voraussetzung darstellt, um ein umfassendes Bild von der Problematik des Kindes und seiner Familie zu gewinnen und effektive

Maßnahmen für dessen Behandlung zu planen. Die diagnostische, beratende und therapeutische/rehabilitative Arbeit erstreckt sich oft über einen längeren Zeitraum. Durch den hohen Zeitaufwand während dieses Prozesses können sich bisweilen Wartezeiten ergeben, auch sind nicht immer zugleich die benötigten therapeutischen Maßnahmen verfügbar. Zusätzlich müssen die verschiedenen Erwartungen der Beteiligten „auf einen gemeinsamen Nenner“ gebracht werden und bestehende Entwicklungs- und Fördermöglichkeiten des Kindes zwar behutsam, aber auch offen und realistisch besprochen werden. Um so effektiver und befriedigender ist es, Kinder über längere Zeiträume begleiten, die Familien entlasten und Fortschritte beim Kind beobachten zu können.

Literatur:

- *Michaelis R., Niemann G. (1999): Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Thieme Verlag, Stuttgart*
- *Straßburg H.-M., Dacheneder W., Kreß W. (2000): Entwicklungsstörungen bei Kindern. Urban und Fischer Verlag, München*
- *Schlack H. G. (2000): Sozialpädiatrie, Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, New York*

2.1.2 Ärztliche und psychologische Psychotherapie

2.1.2.1 Einleitung

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – diese Feststellung bleibt im Allgemeinen unwidersprochen. Dies betrifft aber nicht nur die Körperlichkeit, sondern auch das Seelische und das Verhalten der Kinder. Kinder haben für

ihre Nöte und Sorgen völlig andere Verarbeitungsstrategien als Erwachsene. Sie leiden wie Erwachsene, können ihren Kummer oder ihre Sorgen oft aber nicht artikulieren, werden krank, entwickeln psychosomatische Probleme wie Kopfschmerzen, Einnässen, Schulängste

u.a. Oft sind die Erkrankungen der Kinder oder ihre Störungen Ausdruck eines tiefen Unglücklichseins. Sie können nicht alleine zum Arzt gehen, müssen über ihre Symptome oder ihr zunehmend auffälliges Verhalten, aggressiv oder zurückgezogen, eine Botschaft senden. Wird sie aufgenommen, kann Hilfe folgen. Wird sie übersehen oder ignoriert, entwickeln sich manifeste Störungsbilder.

Werden diese Kinder in einem Sozialpädiatrischen Zentrum vorgestellt, besteht die Möglichkeit einer differenzierten ärztlichen, psychologischen und fachtherapeutischen Diagnostik. Am Ende einer solchen Diagnostikphase erfolgt die Befundbesprechung im Team der beteiligten Diagnostiker und es werden Schlussfolgerungen erarbeitet. Im Beratungsgespräch, dem Gespräch, bei dem die Befunde den Eltern und eventuell auch dem Patienten differenziert erläutert werden und bei dem auf die Darstellung der Stärken und auch der Schwächen des Betroffenen geachtet wird, werden auch Interventionsmöglichkeiten vorgeschlagen. Soweit sich die Notwendigkeit eines therapeutischen Vorgehens zeigt, werden den Eltern bzw. den Patienten entsprechende Vorschläge gemacht. Handelt es sich um seelische und Verhaltensprobleme, eventuell in Kombination mit funktionellen Entwicklungsstörungen wie z. B. Lese- Rechtschreibstörungen oder anderen, empfehlen die Fachleute eine psychotherapeutische Maßnahme.

2.1.2.1 Was ist Psychotherapie?

Die allgemeinste Antwort wäre: Eine Behandlung nicht mit medikamentösen, sondern mit psychologischen Mitteln durch einen dafür ausgebildeten

Arzt, Psychologen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine exaktere Definition würde lauten: Psychotherapie ist die bewusste und geplante Behandlung von psychosozialen oder psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidensumständen mit wissenschaftlichpsychotherapeutischen Methoden.

Die Kinderpsychotherapie hat dabei insbesondere die Besonderheiten des Kindseins in seiner Gesamtheit, seiner Lebens- und Erlebenssituation zu berücksichtigen. Sie ist keine Miniaturausgabe der Erwachsenenpsychotherapie, deshalb ist auch eine spezielle Ausbildung besonders empfehlenswert.

2.1.2.2 Was kann Psychotherapie?

Ziel einer psychotherapeutischen Maßnahme ist die Heilung oder Linderung von psychischen Störungen mit Krankheitswert. Psychotherapie im Kindesalter kann die Krankheitssymptomatik, unter der das Kind leidet und die zur Vorstellung führt, bearbeiten, ohne dabei die zugrunde liegenden Konflikte zu ignorieren. Im Gegenteil, häufig müssen Konflikte bearbeitet werden, um die Krankheitssymptomatik zu beseitigen. Anders formuliert: Das Kind muss in die Lage versetzt werden, sein Krankheitssymptom über die Konfliktlösung aufzugeben. Wir sprechen von einem ursachen- und symptomorientierten Vorgehen. Günstig ist eine solche Vorgehensweise vor allem im Rahmen einer Einzeltherapie, d. h. Kind und Therapeut/-in sind während der Therapie allein. Wichtige Ziele einer solchen therapeutischen Arbeit sind die Stärkung der emotionalen und sozialen Fähigkeiten und die positive Einflussnahme auf die kognitiven Fä-

higkeiten und Fertigkeiten des Kindes. Wir könnten diese Arbeit auch ressourcenorientiert nennen, berücksichtigt sie doch vorhandene Stärken oder Teilstärken des Kindes, seine Lebenskraft, seine Durchsetzungsstärke oder seinen Lebensmut.

Bei sozialen Störungen, die häufig als Verhaltensstörungen mit hyperaktiven und aggressiven Störungsbildern auffallen, aber auch bei emotionalen Problemen bieten sich nicht nur einzeltherapeutische Maßnahmen, sondern auch Gruppentherapien an. Hier übernimmt der Therapeut wie bei der Einzeltherapie die Führung, kann sich aber mit zunehmender Etablierung der Gruppe etwas zurückziehen, weil die Gruppe selbst zum Co-Therapeuten wird. Wir sprechen dann vom Wirksamwerden gruppenspezifischer Prozesse. Das heißt, die Kinder nehmen gegenseitig Einfluss auf ihre Verhaltensweisen, lernen diese zu sehen und anzusprechen.

Unerlässlicher Bestandteil einer Psychotherapie ist die Einbeziehung der Eltern bzw. anderer Bezugspersonen, falls die Eltern nicht mehr die Kinder betreuen, z. B. Pflegeeltern oder Erzieher in Einrichtungen. Über die Erwachsenen erfolgt nicht nur die Information über die familiären und sozialen Hintergründe, sondern sie sind unmittelbar an der Entwicklung des Kindes beteiligt. Sie müssen lernen, Verantwortung zu übernehmen bzw. zu tragen und dabei auch zu akzeptieren, dass von therapeutischer Seite Veränderungen für die Beziehungen in der Familie bewirkt werden. Oft sind die familiären Probleme mitbestimmend für die Probleme bzw. die Krankheit des Kindes. Wir sprechen auch davon, dass das Kind der „Symptomträger“ der Familie ist. Um so wichtiger ist es,

eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt, Psychologe, Eltern und Kind herzustellen, um die Ressourcen einer Familie zu erkennen und ihre Möglichkeiten zur Linderung oder zum Abbau der Problematik zu nutzen.

Eine wichtige Rolle spielt die Psychotherapie auch im Rahmen einer psychologischen Begleitung oder Betreuung von Patient und Familie in Belastungssituationen, z. B. nach der Diagnostik einer schweren Behinderung oder Entwicklungsstörung. Hier geht es um sachkundige, aber auch einfühlsame Beratung, Erläuterung möglicher Entwicklungshilfen und vor allem um Stabilisierung der Situation, falls eine psychische Krise in der Familie entstanden ist. Auch in solchen Fällen gilt es, problem-, aber auch ressourcenorientiert zu arbeiten, Fragen zum praktischen Umgang mit Krankheit oder Behinderung zu besprechen, Vorschläge zu machen, wie das Kind gefördert und integriert werden kann, z. B. welche Kindergarten- oder Schulform geeignet wäre.

2.1.2.3 Was ist für eine erfolgreiche Psychotherapie erforderlich?

Psychotherapie ist wie jede andere therapeutische Maßnahme an die Wissenschaftlichkeit der Methode und an die fachliche Kompetenz des Anwenders gebunden. Viele psychotherapeutische Verfahren sind im psychologischen und klinischen Alltag anerkannt und ihre Wirksamkeit am Patienten auch gesichert. Aber wie bei vielen funktionellen Therapien, die wir im Sozialpädiatrischen Zentrum einsetzen, z. B. bei Lernstörungen, bei Entwicklungsstörungen der Sprache oder der Motorik, fehlen manchen Therapien Effektivitätsnachweise.

Um so wichtiger ist es, zu Beginn der Therapie eine konkrete Therapiezielformulierung vorzunehmen. Patient und Eltern müssen sich auf dieses Therapieziel einlassen können, müssen es akzeptieren und selbst mittragen.

Ohne Mitarbeit des Patienten, oder anders formuliert, gegen seinen Widerstand, wird ein Therapieerfolg nicht zu erreichen sein. Dies ist umso wichtiger, als im psychischen Bereich ein Teil der Symptome nur bewusst oder unbewusst mit Widerstand aufgegeben werden. Häufig sind aufdeckende Schritte im Rahmen des therapeutischen Vorgehens notwendig, um den Patienten dies bewusst werden zu lassen. Im gleichen Maße soll ihm mit Hilfe von angebotenen Lösungsstrategien die Möglichkeit gegeben werden, Veränderungen an sich selbst oder in seinem Umfeld zuzulassen (Abb. 2.5).

Wichtig ist auch, zu Beginn der Therapie auf die Therapiedauer einzugehen, um Klarheiten über die Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Therapiehäufigkeit sollte exakt geklärt werden. Je klarer die Rahmenbedingungen bezüglich Ort, Zeit und Ziel, umso günstiger sind die Chancen auf eine gute Zusammenarbeit (Compliance) des Patienten. Häufige Wechsel in den Rahmenbedingungen, vielleicht sogar Therapeutenwechsel, bringen Unsicherheiten und Irritationen und verzögern oder verhindern Erfolge.

Psychotherapie ist auch keine Erziehung oder Ersatzerziehung, wie die Eltern dies oft erhoffen. Manche Eltern möchten gerne, dass im psychotherapeutischen Prozess die Therapeuten zum Ersatzerzieher werden. Psychotherapie und Erziehung unterscheiden sich, ohne dass sie gegensätzliche Pole wären. Immerhin hat bereits Anna



Abb. 2.5: Familiengespräch zu Therapiebeginn zur Festlegung des Therapieziels und des Therapieablaufs

Freud auf die erzieherischen Anteile der Kinderpsychotherapie hingewiesen. Psychotherapie ist und bleibt aber eine Krankenbehandlung, d. h. sie kann im streng definierten Sinne nicht jede Gefühlsschwankung oder jedes Problem angehen, sondern bleibt der Behandlung psychischer Störungen und Erkrankungen vorbehalten. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum hat ausgezeichnete Möglichkeiten, die Psychotherapie mit anderen Behandlungsmaßnahmen bei Kindern, z. B. einer funktionellen Therapie, zu kombinieren. Wir sprechen von einem multimodalen Vorgehen in der Therapie.

2.1.2.4 Welche Psychotherapieformen kommen zur Anwendung?

In Abhängigkeit von der Symptomatik des Kindes wird von den Ärzten, Psychologen oder anderen Fachkräften im Team des Sozialpädiatrischen Zentrums beim Beratungsgespräch ein Therapieversuch gemacht. Dieser Therapieversuch richtet sich primär nach der Symptomatik des Patienten, berücksichtigt dabei Alter und Entwicklungsstand und vor allem auch die sozialen Rahmenbedingungen. Entscheiden werden muss über Einzel- oder Gruppentherapie, die Therapiefrequenz, den Ort usw.. Nicht jede Therapieform ist gleichermaßen geeignet. Es muss die spezifische Situation des Patienten Berücksichtigung finden. Ebenso bedeutungsvoll ist natürlich auch die fachliche Ausbildung des Therapeuten, sei es ein Arzt, der eine psychotherapeutische Ausbildung durchlaufen hat, oder ein Psychologe oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit vorhergehender pädagogischer Ausbildung. Nicht jeder kann gleichermaßen die zahlreichen Therapieverfahren beherrschen. Somit

wird entschieden, ob und welche Therapieverfahren zum Einsatz kommen, z. B. psychoanalytische, gesprächsorientierte Verfahren, verhaltens- oder familientherapeutische Techniken, Entspannungsverfahren oder begleitende Verfahren wie Kunst- oder Musiktherapie.

2.1.2.5 Wichtige Therapieverfahren

2.1.2.5.1 Psychoanalytisch orientierte Kindertherapien

Die psychoanalytisch orientierten Kindertherapien (Abb. 2.6) sind alle mit Sigmund Freud zumindest inhaltlich verbunden. Obwohl er selbst wenig mit Kindern arbeitete – bekannte und berühmte Ausnahme ist die Therapie vom kleinen Hans – legte er doch durch seine Erkenntnisse und Entwicklungen den Grundstock für diese Therapierichtung. Seine Tochter Anna Freud und seine berühmte Schülerin Melanie Klein haben dann unabhängig voneinander, vor allem während ihrer Londoner Zeit, Theorien und Techniken zu Kindertherapien entwickelt und ausgestaltet. Die analytische Kinderpsychotherapie unterscheidet sich in einigen Punkten wesentlich von der Erwachsenenanalyse, nicht nur, weil die Kinder äußert ungerne auf der Analytikercouch liegen, sondern auch im inhaltlichen Bereich. Bei Kindern ist die Fähigkeit, Gedanken und Gefühle zu beschreiben, bekanntermaßen (noch) nicht gut entwickelt. Größere Kinder, die zwar schon Gedanken und Gefühle kennen, scheuen sich häufig darüber zu sprechen, vor allem Buben im pubertären Alter. Das Prinzip der Übertragung, nämlich im Therapeuten Anteile von Vater oder Mutter zu sehen und mit ihm diese Beziehung zu be-

arbeiten, wirkt in der Kindertherapie nicht so gut wie bei Erwachsenen. Bei Kindern darf sich der Analytiker auch nicht so zurücknehmen wie bei den Großen, er muss sich mehr um Empathie, Hilfsbereitschaft und Wärme bemühen. Eine wichtige Rolle nimmt in der analytischen Therapie das Spiel ein. In und mit dem Spiel kann das Kind Probleme und Symptome sichtbar machen. Das Spiel ist Medium, nicht das Ziel. Es ersetzt, wenn auch nicht vollständig, das Wort oder den Dialog. Allerdings muss der Therapeut dann die Signale aufnehmen, die das Kind während des Spieles übermittelt. Er muss die Signale verstehen und therapeutisch umsetzen. Hier unterscheiden sich auch die Therapien von Anna Freud und Melanie Klein. Bei Melanie Klein wird in ihrer analytischen Therapie das Spiel die eigentliche Technik.

Das Kind kann seine Phantasien und Ängste im freien Spiel ausdrücken und der Therapeut deutet sie dann verbal und versucht, sie für die Heilung des Patienten nutzbar zu machen.

Der Entschluss zu einer analytischen Psychotherapie muss sorgfältig abgewogen werden. Er setzt hohe Kenntnisse und eine spezielle Ausbildung des Therapeuten voraus. Hinzu kommt die häufig längere Dauer einer Therapie, da die angestrebte Ich-Stärkung, die die Triebe und Impulse besser kontrollieren soll, individuell sehr unterschiedlich einsetzt. Man sollte von einer Therapiedauer von ca. 50 Stunden, d. h. einem Therapiejahr oder länger ausgehen.

Sonderformen der analytischen Psychotherapie sind die Verfahren nach C.



Abb. 2.6: Im gemeinsamen Spiel mit dem Therapeuten werden die inneren Konflikte des Kindes erlebbar und verarbeitet.

G. Jung und Alfred Adler, wobei z. B. bei der Jung'schen Therapie Handpuppen-, Sand- und Rollenspiele sowie Malen, Zeichnen und Modellieren eingesetzt werden. Das Kind kann somit symbolhaft seine Nöte und Sorgen, seine Konflikte und Ängste verdeutlichen.

2.1.2.5.2 Verhaltenstherapien

Die Verhaltenstherapien gehen in ihren Ansätzen davon aus, dass es sich bei dem Problem des Kindes um ein gelerntes, unangepasstes Verhalten oder ein Defizit im Erlernen des angemessenen Handelns handelt. Damit unterscheidet sich diese Therapierichtung grundsätzlich von der psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapie, wo das Verhalten des Kindes als Ausdruck innerpsychischer Konflikte angesehen wird, die es zu besprechen und über eine Symbolebene zu lösen gilt. Die Verhaltenstherapien sind im Allgemeinen durch die Anwendung der modernen Lerntheorien gekennzeichnet. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Einbeziehung der Familie, der Schule usw..

Die Verhaltenstherapien gehen von verschiedenen Modellen aus, wobei die bekanntesten (sie seien trotz des komplizierten Namens hier einmal genannt) die des klassischen Konditionierens nach Pawlow und die des sogenannten instrumentellen bzw. operanten Konditionierens sind. Diese Konzepte, auch die der Lerntheorie, wurden in den letzten Jahren ergänzt durch Erkenntnisse aus Psychologie, Physiologie und Neuropsychologie.

Techniken der Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Techniken haben sich in fast allen Bereichen von

Verhaltens- und auch emotionalen Auffälligkeiten etabliert. Störungen des Sozialverhaltens wie aggressives Verhalten, Beziehungsstörungen innerhalb der Familie oder im schulischen Rahmen lassen sich mit der Verhaltenstherapie gut beeinflussen. Dabei wird die Vorgehensweise altersabhängig variiert.

Als wichtiges Arbeitsmaterial vor allem bei der Aufarbeitung von gestörten Beziehungsmustern hat sich die Interaktionsanalyse mit Hilfe der Videotechnik bewährt (Modell nach Jansen). Mit Hilfe der Videoaufnahme, bei der Lernsituationen, Diskussions- und Spielrunden der Familie oder der Gruppe aufgezeichnet werden, können die Verhaltensmuster mit den Eltern und den Kindern getrennt oder gemeinsam analysiert werden. Die Familie erlernt anhand des Videos ein neues Verhaltensmuster.

Eine breite Anwendung finden die bereits oben genannten operanten Verfahren. Dabei soll die erwünschte Verhaltensänderung des Kindes, z. B. das Einhalten von Regeln usw., durch abgesprochene positive oder negative Rückmeldung, z. B. der Eltern, erzielt werden. Damit sich die Eltern aber nicht wie allzu oft in Streit oder Diskussionen mit dem Kind einlassen müssen, kommen sogenannte Verstärker zum Einsatz, die für ein abgesprochenes positives Verhalten gegeben oder für ein nicht erreichtes wieder entzogen werden. Auf dieser Basis beruhen dann auch die sogenannten Verstärkerpläne. Solche Verstärkerprogramme finden bei einer Reihe von Störungen im Kindesalter Anwendung.

Eine modifizierte Vorgehensweise ist das Tokenprogramm. Dabei wird mit

generalisierten Verstärkern, z. B. Plastikchips, gearbeitet, die das Kind dann gegen primäre Verstärker (gemeinsame Freizeitgestaltung, Süßigkeiten, Computerspiele oder Fernsehstunde) nach vorheriger Absprache eintauschen kann.

Diese Verstärkerprogramme kommen bei den Kindern oft sehr gut an, können sie doch sehen, wie viele Punkte, Smilies o. a. sie bereits für das abgesprochene Verhalten erhalten haben und ob sich die Anstrengungen lohnen. Hintergrundziel bleibt die angestrebte Verhaltensänderung, die dann ab einem bestimmten Zeitpunkt auch ohne positive oder negative Verstärker bestehen bleiben soll.

Neben der Technik der Verhaltensumstellung spielen seit den 60er und 70er Jahren in der Verhaltenstherapie weitere wichtige Methoden bzw. Techniken eine Rolle. Beispielsweise geht es beim Modelllernen um das Training sozialer Fertigkeiten durch Lernen an einer Modellsituation. Dies ist sinnvoll, wenn Patienten nicht in der Lage sind, sprachliche Anweisungen richtig aufzunehmen und umzusetzen. Dann kann am Modell, z. B. Therapeut und Eltern, vorgeführt und gelernt werden. Grundlage bilden die Arbeiten des amerikanischen Psychologen Bandura.

Eine weitere Vorgehensweise in der Verhaltenstherapie ist die sogenannte systematische Desensibilisierung, wie sie z. B. bei Angststörungen zur Anwendung kommt. Der Ablauf gliedert sich dann etwa in folgende Schritte: Der Patient erlernt zuerst eine Entspannungstechnik (am günstigsten die progressive Muskelentspannung). Er

sucht sich anschließend mehrere Situationen aus, die ihm Angst machen, und übt in der Folge, sich in einer Angstvorstellung (von leichter bis zu großer Angst) schrittweise zu entspannen, um so die Angst abzubauen. Es wird also das Angstpotential systematisch gesteigert, um dann im gleichen Maße diese Angst beherrschen zu lernen.

Geläufiger sind heute Konfrontationsverfahren. Der Patient wird mit den Situationen konfrontiert, die seine Angst auslösen, und darf nicht mit Hilfe des Vermeidungsverhaltens (z. B. mit morgendlichen Bauchschmerzen oder morgendlichen Atemnotanfällen vor Schulbeginn) ausweichen. Dies gelingt nur unter sachkundiger Hilfe des Therapeuten, der bei einer solchen Überflutungssituation unmittelbar beim Patienten bleibt. In einer weiteren Therapiephase übernimmt dann der Patient mehr Eigenverantwortung und absolviert die Übungen ohne Therapeut.

Zur Verhaltenstherapie gehört auch das Selbstsicherheitstraining zum Abbau sozialer Ängste und zum Aufbau sozialer Fertigkeiten. Diese Methode kommt vor allem bei Selbstunsicherheiten und Kontaktschwierigkeiten, wie sie manche Kinder im Alltag haben, zum Einsatz. Dabei werden dann auch Rollenspiele, Videofeedback, das Training in Alltagssituationen mit Selbstkontrollverfahren und Ähnlichem eingesetzt. Hierzu liegen eine Reihe differenzierter Therapieprogramme, z. B. von Petermann und Mitarbeitern, vor. Selbstkontrollverfahren spielen eine wichtige Rolle in der Therapie von Lernstörungen, bei Abhängigkeiten und Essstörungen.

2.1.2.5.3 Familientherapie

Die Bedeutung der Familie als wichtigste soziale Gruppe für das Kind, für sein seelisches und auch körperliches Wohlbefinden und somit für seine gesunde Entwicklung ist unbestritten. Belastungssituationen in diesem „System“, wie wir es auch nennen können, wie permanente Ehestreitigkeiten, Trennung der Eltern, massive soziale Konflikte in der Familie, Krankheiten oder Geschwisterrivalitäten, belasten die Kinder erheblich. Sie verursachen Störungen oder Krankheiten und fördern dissoziale Entwicklungen. Familientherapeutische Methoden, die in diesem Bereich häufig zur Anwendung kommen, arbeiten deshalb nicht nur mit dem Einzelkind, sondern mit der ganzen Familie. Die Zielvorstellung besteht im Erreichen eines befriedigenden Zusammenlebens der Familie und einer positiven Persönlichkeitsentwicklung möglichst aller beteiligter Familienmitglieder.

Gemeinsam mit der Verhaltenstherapie, psychoanalytischen und personen-zentrierten Therapieansätzen gehören familientherapeutische Methoden heute zum festen Bestandteil der psychotherapeutischen Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum. Im Gegensatz z. B. zur Psychoanalyse und anderen Methoden, die oft auf dem theoretischen Modell eines Vordenkers wie z. B. S. Freud oder den Vorstellungen einer Arbeitsgruppe beruhen, haben sich in den letzten Jahrzehnten zeit- und ortsversetzt verschiedene familientherapeutische Konzepte entwickelt.

In Vereinfachung lassen sich diese Konzepte einerseits der sogenannten strategischen Familientherapie zuordnen, zu der unter anderem die Methoden der Gruppe um Watzlawick und

der sehr bekannten „Mailänder Schule“ um Selvini-Palazzoli gehören, die mit dem Begriff der systemischen Familientherapie verknüpft sind. In einer zweiten Richtung werden Methoden zusammengefasst, die als strukturelle Familientherapie bezeichnet werden (z. B. Arbeitsgruppe von Minuchin).

In Verbindung mit den drei großen psychotherapeutischen Richtungen gibt es auch die psychoanalytisch geprägte, mit verhaltenstherapeutischen Konzepten und mit erlebnisorientierten, „humanistischen“ Vorstellungen arbeitende Familientherapie.

Diese nicht nur den Laien verwirrende Vielfalt von Methoden lässt sich jedoch zum besseren Verständnis auf einige Grundannahmen reduzieren, die alle Familientherapeuten vertreten, nämlich: Das kindliche Verhalten ist ein Teilaspekt sogenannter übergeordneter Systeme, z. B. der Familie. Die psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen können Symptom eines ursächlichen familiären Beziehungskonfliktes sein. Bei der Behandlung von psychisch auffälligen Kindern sollte die Situation der Familie und des gesamten sozialen Umfeldes mit berücksichtigt werden.

Die Anwendung der familientherapeutischen Sichtweise ist auch bei anderen therapeutischen Arbeiten hilfreich, beeinflussen sich doch individuelle psychische Störungen der Kinder mit familiären Beziehungen wechselseitig. Dabei hat es sich als günstig erwiesen, die Methoden flexibel einzusetzen und für den gesamten Bereich der Zusammenarbeit mit den Eltern, die ihr Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum vorstellen, zu nutzen.

Dabei kann sich die Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen entwickeln, wobei die häufigste Form die der Eltern- und Familienberatung darstellt. Dabei findet neben der Einzeltherapie des Kindes eine regelmäßige Beratung und ein Gedankenaustausch mit den Eltern statt, um sie zu informieren, zu beraten und zu unterstützen. Wir sprechen auch von der Herstellung eines Therapiebündnisses.

Die beiden weiteren Ebenen sind durch zunehmende therapeutische Aufgabenübertragung an Eltern und Familie gekennzeichnet. So geht es darum, die Familie in die Lage zu versetzen, die psychischen Probleme des Patienten verstehen zu lernen, die eigenen Reaktionen zu erkennen und Lösungsansätze gemeinsam zu erarbeiten. Wir sprechen auch von einer kindbezogenen Eltern- und Familienarbeit. In einer dritten Ebene werden dann die auffälligen, gestörten familiären Beziehungen besprochen und bearbeitet (beziehungsorientierte Familientherapie).

Während die Eltern- und Familienberatung einen immanenten Bestandteil jedweder therapeutischen Arbeit auch im funktionellen Bereich darstellt, ist ein familientherapeutisches Arbeiten im engeren Sinne an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Dazu gehört die Qualifikation des Therapeuten ebenso wie die Problematik des Kindes und die Situation seiner Familie. Zu berücksichtigen sind der Schweregrad der Störung des Kindes oder des Jugendlichen, die Prognose der Erkrankung und die Bewältigungsmöglichkeit des Patienten. Im familiären Bereich sind der Umfang familiärer und sozialer Belastungen, psy-

chische Störungen von Familienmitgliedern und die Ausprägung familiärer Auffälligkeiten bzw. Störungen zu beachten. Schwere dissoziale und psychische Störungen des Kindes als auch Familien mit massiven Zerrüttungen und ohne Ressourcen in der Problembewältigung (Copingmöglichkeiten) sind für eine Familientherapie nicht geeignet.

Nach dem wichtigen familiendiagnostischen Interview am Beginn der Therapie kommen je nach Situation und Kompetenz der Familie verschiedene therapeutische Techniken zum Einsatz. So werden in der Therapiesitzung verschiedene Gesprächsmethoden als auch aktionale Therapieabschnitte, wie z. B. das der Veränderung der Sitzordnung oder das bekannte Aufstellen der Familienskulptur (Patient darf die Familie so aufstellen, wie er sie im Augenblick erlebt), genutzt. Für die Abschnitte zwischen den Therapiestunden hat die Familie verschiedene Verhaltensaufgaben und in den sogenannten Familienverträgen fixierte Aufgaben, die von Termin zu Termin aktualisiert werden, zu realisieren. Die Zahl der Therapiestunden und die Abstände zwischen den Terminen werden sehr variabel gehalten. Oft ist die Therapiefrequenz nicht hoch und es genügen bereits wenige intensive Therapiestunden, um befriedigende Veränderungen beim Patienten, z. B. den Abbau von Verhaltensauffälligkeiten etwa des aggressiven Musters, die Überwindung von Trennungsängsten und andere emotionale Auffälligkeiten, z. B. Essprobleme, einzuleiten und eine befriedigende Situation in der Familie herbeizuführen, die durch erhöhte Eigenverantwortung, Hilfsbereitschaft und gegenseitige Toleranz gekennzeichnet ist.

2.1.2.5.4 Weitere Therapieverfahren

Klientenzentrierte Spieltherapie

Im früheren und mittleren Kindesalter, bevorzugt im Vorschul- und frühen Schulalter, finden verschiedene spieltherapeutische Verfahren Anwendung, die sich den nondirektiven oder psychoanalytisch orientierten Verfahren zuordnen lassen. Die spieltherapeutischen Verfahren haben einen hohen Aufforderungscharakter an die Kinder und sind deshalb sehr beliebt. Speziell sei hier auf die nondirektive Spieltherapie nach Axline hingewiesen.

In dieser Therapierichtung geht es im Gegensatz z. B. zu den verhaltenstherapeutischen Techniken, wo relativ viel „gesteuert“ wird, um eine minimale Lenkung des Kindes. Das Kind spielt

und beschäftigt sich in einem Raum, ohne dass daran bestimmte Bedingungen geknüpft sind. Ziel ist die Förderung der seelischen Wachstumspotentiale des Kindes. Der Therapeut ist dabei eine Art freundlicher Begleiter, er lässt das Kind Zuneigung, Wärme und Wertschätzung spüren. Allerdings gibt es doch einige Grenzsetzungen zur Schonung des Materials, wenn zu heftig im Spiel agiert wird. Auch sind günstigerweise die zeitlichen und örtlichen Rahmenbedingungen abzusprechen, so dass das Kind die notwendige Sicherheit und auch Orientierung erhält.

Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Bei Jugendlichen hat sich eine gesprächstherapeutische Vorgehens-



Abb. 2.7: Zur Einleitung der Gesprächspsychotherapie bei Schulproblemen wird die Besprechung eines Buches genutzt.

weise bewährt. Dabei übernimmt der Therapeut in der Therapie mit größeren Kindern bzw. Jugendlichen die Aufgabe eines wohlwollenden Zuhörers, der im Gespräch Verständnis für entstandene Schwierigkeiten oder Probleme zeigt und den Jugendlichen hilft, eigene Lösungen für das Problem zu finden. Mit Ratschlägen hält er sich etwas zurück, er ist eher darauf bedacht, dass der Patient selbst Lösungswege findet und angeht. Dabei wird die Therapie umso glaubwürdiger, je mehr Echtheit und Natürlichkeit der Therapeut in die therapeutische Arbeit einfließen lassen kann.

Die Gesprächspsychotherapien sind auch besonders für sogenannte Kurzpsychotherapien von z. B. 15 - 20 Therapiestunden geeignet, falls sich die zur Vorstellung führenden Probleme in diesem Zeitraum lösen lassen (Abb. 2.7).

Therapiekombinationen

Im therapeutischen Alltag, besonders bei größeren Kindern und Jugendlichen, hat es sich als sinnvoll erwiesen, nicht ausschließlich eine Therapie-technik oder -methode einzusetzen, sondern das Vorgehen flexibel den jeweiligen individuellen Bedürfnissen des Patienten anzupassen und die Methoden auch sinnvoll zu kombinieren.

Eingesetzt werden können neben der Gesprächstherapie auch andere Verfahren, z. B. die klientenzentrierte Gestalttherapie, das Psychodrama, das katathyme Bilderleben (Tagträumtechnik), die Kunst- und Musiktherapie und die Bewegungstherapie. All die aufgeführten therapeutischen Techniken sind sowohl einzeln als auch in Kombinationen einsetzbar (Abb. 2.8).



Abb. 2.8: Kunsttherapie als Teil des Therapieprogramms bei einer Jugendlichen mit emotionalen Problemen

2.1.2.5.5 Entspannungs- und Suggestivtherapien

Entspannungsverfahren sind bei psychosomatischen Störungen, z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Einnässen, aber auch bei Schul- und Versagensängsten gut zum Angst- und Stressabbau und zur körperlich-geistigen Erholung geeignet. In der Therapie werden sie häufig in Kombination mit anderen Verfahren eingesetzt. Bei psychosomatischen Beschwerden sind organische Ursachen vor Therapiebeginn durch eine gründliche Diagnostik auszuschließen.

Autogenes Training

Sehr bekannt ist das autogene Training, wobei es für das Kindesalter eine Reihe von speziellen Modifikationen, besonders von Biermann und Kruse, gibt. Im Handel sind eine Reihe von Büchern, Ton- und Video-

kassetten, mit denen daheim geübt werden kann. Günstiger ist allerdings die Teilnahme an einem entsprechenden Kurs oder das Erlernen beim Therapeuten. Grundprinzip des autogenen Trainings ist die gedankliche Entspannung, anfangs unter Fremd-, später durch Selbstsuggestion. Erreicht wird eine Beeinflussung des vegetativen Nervensystems. Es wird das Gefühl von Wärme, Schwere und Ruhe suggeriert und damit ein angenehmer Entspannungszustand und ein positives Körpergefühl erzeugt (Abb. 2.9).

Progressive Muskelrelaxation (nach Jacobson)

Die sogenannte progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) hat sich ebenfalls als gut geeignetes Entspannungsverfahren für jüngere und ältere Kinder erwiesen. Hier ist der selbstsuggerierende Effekt nicht vorhanden, denn es wird direkt die Will-



Abb. 2.9: Durchführung des autogenen Trainings in der Gruppe unter Anleitung eines Therapeuten

kürmuskulatur angesprochen. Dadurch ist das Verfahren direkter und für das Kind schneller erlebbar. Somit könnte man diese Entspannungsmethode auch als schrittweises Entspannen von Muskelgruppen bezeichnen. Das Kind erlernt schrittweise, beginnend am Arm oder im Gesichtsbereich und dann weiter über Schulter, Rumpf und Füße, Muskelgruppen anzuspannen und dann sofort wieder zu entspannen. Der Vorteil ist, dass die Entspannungsvorgänge nicht nur geistig vorgestellt, sondern direkt spürbar sind. Dadurch ist diese Entspannungsmethode effektiv und kann dann auch zu Hause in den meisten Fällen gut angewandt werden. Auch bei Jugendlichen, die manchmal zu Therapiebeginn zögerlich oder zurückhaltend sind, zeigt die Muskelentspannung einen guten Effekt in der Behandlung von Ängsten und bei den schon erwähnten psychosomatischen Beschwerden (Abb. 2.10).

Suggestivtherapien – Hypnose

Man kann die Entspannungstechniken auch mit suggestiven Verfahren koppeln, wie es z. B. bei der Hypnose oder dem katathymen Bilderleben möglich ist. Dadurch gelingt es in der Therapie recht bald, neue seelische Einstellungen oder Verhaltensmuster suggestiv zu vermitteln und damit Fehleinstellungen abzubauen.

So kann die Hypnose als bekanntestes suggestives Verfahren als Entspannungsverfahren in Form von Heil- und Ruhehypnose eingesetzt werden. Andererseits kann sie auch durch die Suggestion von Selbstwertanerkennung und Zuversicht zur inneren Ausgeglichenheit und Selbstwertstabilisierung beitragen. Dies spielt beim Abbau einer Reihe von psychosomatischen und Angststörungen bekanntermaßen eine wichtige Rolle.



Abb. 2.10: Schulkinder erlernen mit Hilfe eines Therapeuten die progressive Muskelentspannung.

2.1.2.5.6 Der psychotherapeutische Alltag oder welche Therapie ist die richtige?

Die in den Sozialpädiatrischen Zentren vorgestellten Kinder und Jugendlichen zeigen eine große Vielfalt körperlicher und / oder seelischer Auffälligkeiten und Störungen. Häufig handelt es sich nicht um ein Einzelproblem, etwa ein körperliches Gebrechen, eine Epilepsie oder eine Tetraparese, sondern um mehrere, ineinander greifende, sich wechselseitig beeinflussende Störungen, die es zu erkennen und anzugehen gilt.

Der Epilepsiepatient verlangt neben der fachgerechten neuropädiatrischen Betreuung Hilfe bei der Bewältigung seines schwierigen Schulalltages. Nach differenzierter neurologischer und psychologischer Diagnostik sind eventuell funktionelle Therapien wegen Teilleistungsstörungen zu organisieren. Mit den Eltern gemeinsam wird möglicherweise ein Schulwechsel zu diskutieren und zu planen sein. Die zunehmenden Verhaltens- und Konzentrationsprobleme, zum Teil durch schulische Überforderung bedingt, belasten den Patienten und in zunehmendem Maße auch die Familie und verlangen dringend psychotherapeutische Hilfe. Die geschilderte Situation lässt sich problemlos auf andere Störungsbilder übertragen, denken wir an die Kinder mit schweren Teilleistungsstörungen, z. B. einer Legasthenie oder Dyskalkulie, einer Spracherwerbs- oder motorischen Störung.

Hier sind neben funktionalen Hilfestellungen oft psychotherapeutische Maßnahmen zur Selbstwertstabilisierung, zum Abbau von Schul- und Versagensängsten ebenso nötig wie unterstützende familientherapeutische

Schritte, nachdem sich in der Familie eine negative, von gegenseitigen Vorwürfen geprägte Stimmung entwickelt hat.

Kinder mit einer ausgeprägten hyperkinetischen Störung sind in erheblichem Maße in ihrer schulischen Entwicklung gefährdet, haben Probleme bei der Bewältigung von Teilleistungsschwächen und Schwierigkeiten im Kontakt mit Lehrern oder Gleichaltrigen. Das belastet die familiäre Situation sehr.

Hier wie bei den anderen Beispielen wird schnell ersichtlich, dass einzeltherapeutische Schritte zwar erforderlich, aber erst im Kontext mit anderen Maßnahmen effektiv werden. Diese systemische Sicht- und Vorgehensweise hat sich in den vergangenen Jahren in zunehmendem Maße durchgesetzt.

Dies bedeutet aus unserer Sicht keine Abkehr von oder Abwertung der etablierten psychotherapeutischen Verfahren, wie sie auch weiter oben vorgestellt wurden. Verschiedene psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter können mit einer Einzeltherapie in Form einer Einzel- oder Gruppentherapie gut geheilt oder zumindest gelindert werden.

Auch ist nicht immer eine länger dauernde und kontinuierliche therapeutische Maßnahme notwendig oder möglich. Oft sind einige Stunden im Sinne einer Erziehungsberatung ausreichend, z. B. bei Trennungsproblemen zu Schulbeginn eines 6- oder 7-Jährigen. Dann kann sich das Problem vielleicht schon aufgelöst haben. Auch dramatischere Ereignisse bedürfen nicht immer einer längerfristigen Therapie, akute Belastungsreaktionen benö-

tigen eine Krisenintervention, der sich dann auch eventuell eine stationäre Behandlungsmaßnahme anschließen muss. Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder bedürfen häufiger entwicklungsbegleitender therapeutischer Maßnahmen. Ihren Familien ist Beratung und Unterstützung zu gewähren und bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Leben mit der Behinderung (Copingstrategien) zu helfen, wozu immer wieder Therapiestunden nötig werden können.

Ähnlich wie bei den funktionellen Therapien ein Paradigmawechsel hin zu erhöhter Effektivität in der Betreuung und zu mehr Hilfestellung zur Selbsthilfe bei den betroffenen Familien erfolgt, setzt sich auch im psychotherapeutischen Alltag eine sinnvolle und abgestimmte Kombinationsbehandlung von mehreren psychotherapeutischen Verfahren oder eine Kombination aus psychotherapeutischen funktionellen (Teilleistungstherapien) und sozialpädagogischen Maßnahmen durch.

Ein gutes Beispiel ist das therapeutische Vorgehen beim hyperkinetischen Syndrom mit und ohne Störung des Sozialverhaltens. Begonnen wird hierbei mit einer verhaltenstherapeutisch orientierten Einzelbetreuung mit Übungsprogramm und Selbstinstruktionstraining, es folgen eine intensive Elternberatung (keine ausgesprochene Familientherapie), eine Zusammenarbeit mit der Schule oder dem Kindergarten, woran sich dann ein Wechsel in eine Gruppenbetreuung, z. B. einer Gruppe zur Entwicklung sozialer Kompetenzen, anschließt. Parallel erfolgt, oft schon von Therapiebeginn an, eine medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien, z. B. Ritalin, wobei dosisabhängig Hyperaktivität,

kognitive Parameter und das Sozialverhalten verbessert werden können. Teilweise kommen auch schriftlich vorliegende, gut strukturierte Therapieprogramme wie das Programm „Trotzpetter und Wackelkopf“ zur Anwendung, in denen das multimodale Vorgehen gut erkennbar ist.

Effektivitätsstudien haben inzwischen die Vorzüge dieser komplexen Vorgehensweise, bei der Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und andere Fachtherapeuten vertrauensvoll zusammenarbeiten, gut gesichert.

Die eingangs erhobene Frage nach der richtigen Therapieform sollte in diesem Zusammenhang gesehen und beantwortet werden. Unter Berücksichtigung der Kompetenzen des Therapeuten und der Möglichkeiten der Einrichtung sollte diejenige Therapieform oder Kombination ausgewählt werden, die den Erfordernissen des Störungsbildes des Kindes bzw. der Familie am besten entspricht, die auch ausreichende Akzeptanz durch die Betroffenen erfährt und die den wissenschaftlichen Effektivitätskriterien standhält. Am häufigsten zur Anwendung kommen derzeit verhaltens- und familientherapeutische Techniken, personenzentrierte Verfahren und Spieltherapien, wobei die verhaltenstherapeutischen Techniken bei den Effektivitätsnachweisen sehr günstig abschneiden.

Eine Psychotherapie sollte den Patienten natürlich zum Nachdenken anregen, Veränderungen induzieren, manchmal dabei auch schmerzhaft sein dürfen und nicht langweilig sein. Der Patient sollte wissen, warum er kommt, er sollte sein Therapieziel kennen und sich über Erreichtes gemeinsam mit dem Therapeuten freuen können.

2.1.2.5.7 Zusammenfassung

Psychotherapeutische Verfahren kommen heute in allen Sozialpädiatrischen Zentren zur Anwendung. Sie sind wichtiger Bestandteil des therapeutischen Gesamtkonzeptes. Nach differenzierter Diagnostik durch Ärzte, Psychologen und andere Fachvertreter erfolgt im Beratungsgespräch die Befundauswertung und die Indikationsstellung zur Therapie. Mit Kind und Eltern wird die Therapie abgestimmt und dabei die Therapiezieldefinition vorgenommen. Entscheidend für die Wahl einer Therapie ist die Art der Störungsbilder. Während vor allem Verhaltensstörungen und Lernprobleme eine Domäne der Verhaltenstherapie sind, können bei seelischen Traumata, die in

der Entwicklung durchgemacht wurden, bei Angststörungen und psychosomatischen Krankheitsbildern auch andere Therapieverfahren, wie z. B. Kinderanalyse, Spiel- und Gesprächstherapien und familientherapeutische Ansätze, als Einzel- oder Kombinationsverfahren eingesetzt werden. Dabei sichert eine systemische Sichtweise die Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Besonders gilt es, die Eltern in die therapeutische Arbeit einzubinden und wenn möglich zu Co-Therapeuten zu qualifizieren. Wichtig ist das therapiebegleitende Überprüfen der Therapieeffektivität und das eventuelle Korrigieren des Therapiezieles. Nur die Berücksichtigung aller Aspekte im Sinne eines multimodalen Vorgehens sichert den gewünschten therapeutischen Erfolg.

Literatur:

- Aichele K., Volk G. (1993): *Kinder in Psychotherapie: Eine Einführung*. Bonz-Verlag, Waiblingen – Hohenacker
- Aichinger A., Holl W. (1997): *Psychodrama – Gruppentherapie mit Kindern*. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz
- Biermann G. (1996): *Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen.*, Ernst Reinhardt Verlag, München – Basel
- Dührssen A. (1989): *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Gauda G. (1994): *Therapie für Kinder*. Kösel Verlag, München
- Johnen W. (1995): *Muskelentspannung nach Jacobson*. Gräfe und Unzer Verlag, München
- Leuner H.-C., Horn G., Klessmann E. (1997): *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. Ernst Reinhardt Verlag, München – Basel
- Olness K., Kohen D. P. (2001): *Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie*. Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg
- Reinelt T., Bogyi G., Schuch B. (Hrsg.) (1997): *Lehrbuch der Kinderpsychotherapie*. Ernst Reinhardt Verlag, München – Basel
- Remschmidt H. (Hrsg.) (1997): *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Thieme Verlag, Stuttgart – New York

- Schlippe A. von, Schweitzer J. (2000): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Steinhausen H.-C., Aster M. von (Hrsg.) (1999): *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim

2.1.3 Psychologische Diagnostik und Therapie

Die psychologische Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum ist geprägt durch die Wechselwirkungen zwischen biologisch und psychisch bzw. interaktionell bedingten Störungen. In der Diagnostik gilt es, diese Störungen in ihrem Erscheinungsbild zu erkennen und zu differenzieren und dann in der therapeutischen Unterstützung eine Linderung und Besserung oder ein kompetentes Umgehen mit der Erkrankung oder Behinderung zu erreichen. Dabei wird nicht nur mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen, sondern unter Einbezug der Familie und eventuell auch des erweiterten sozialen Umfeldes gearbeitet.

Schwerpunkt der psychologischen Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum ist die fachübergreifende Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, die eine ganzheitliche Sichtweise der Patienten und ihrer Probleme ermöglicht. Ein sehr enger und intensiver Informationsaustausch findet mit den Ärzten im Sozialpädiatrischen Zentrum statt, insbesondere während des diagnostischen Prozesses bei Erst- und Kontrolluntersuchungen und bei der Planung der Behandlungsziele und deren Vermittlung an die Patienten und ihre Familien. Diplompsychologen im Sozialpädiatrischen Zentrum haben spezielle Kenntnisse und Erfahrungen zu kinderneurologischen Krankheiten,

zu Entwicklungsstörungen und Behinderungen unterschiedlichster Art, sowohl im diagnostischen als auch im psychotherapeutischen Bereich erworben.

2.1.3.1 Störungsbilder

Die Vorstellungsgründe bei Diplompsychologen in Sozialpädiatrischen Zentren sind sehr vielfältig. Eine der häufigsten Fragestellungen der Eltern betrifft die Einschätzung des Entwicklungsstandes ihres Kindes, wie z. B.: „Liegt eine Entwicklungsverzögerung, eine Lernstörung oder eine Teilleistungsschwäche vor, und wie wirkt sich die Störung auf die weitere Schullaufbahn aus?“

Andere Vorstellungsgründe beziehen sich auf das Verhalten und in Verbindung damit oft auf familiäre Probleme und Unsicherheiten in Erziehungsfragen.

Häufige psychologische Fragestellungen im Sozialpädiatrischen Zentrum betreffen Diagnostik und Therapie, z. B. bei folgenden Krankheiten, Störungen und Behinderungen:

- Entwicklungsverzögerungen
- Lernbehinderung oder geistige Behinderung

- genetisch bedingte Entwicklungsstörungen
- Mehrfachbehinderung
- Sprach- und Sprachverständnisstörungen, Kommunikationsstörungen und Stottern
- psychische und neuropsychologische Störungen bei Körperbehinderungen wie Infantilen Zerebralparesen, Spina bifida, Querschnittslähmungen oder neuromuskulären Erkrankungen
- neuropsychologische oder psychische Störungen bei Epilepsie oder nach Schädel-Hirn-Trauma
- neuropsychologische oder psychische Störungen bei Sinnesbehinderungen wie bei angeborenen oder erworbenen Seh- oder Hörstörungen bzw. nach Therapie mit Cochlear-Implant
- Autismus
- Teilleistungsstörungen wie Lese-Rechtschreibstörung und Rechenstörung
- Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und Hyperaktivitätssyndrom
- psychische Störungen bei Kindern mit chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus, Asthma
- psychosomatische Störungen und Essstörungen wie Anorexie, Bulimie, Adipositas
- Enuresis und Enkopresis
- frühkindliche Regulationsstörungen: frühkindliche Trink- und Essstörungen, exzessives Schreien
- Schlafstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens, u. a. dissoziales Verhalten, Aggressivität
- Bindungsstörungen und Störungen sozialer Funktionen
- emotionale Störungen, z. B. Angststörungen oder depressive Entwicklungen
- Kriseninterventionen bei psychosozialen Gefährdungen, Suizidalität

- Belastungs- und Anpassungsstörungen, z. B. nach traumatischen Erlebnissen, Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder durch Armut und soziale Benachteiligung
- Zwangsstörungen und Ticstörungen

2.1.3.2 Psychologische Diagnostik

Je nach Problemstellung und Alter des Kindes oder Jugendlichen umfasst die ausführliche psychologische Diagnostik die Eigen- und Fremdanamnese, Explorationsgespräche mit dem Kind oder Jugendlichen, eine Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik sowie eine Diagnostik des Verhaltens, der Persönlichkeit und der familiären Einflüsse. Die psychologische Diagnostik kann im Einzelfall zeitaufwendig sein und sich über mehrere Termine erstrecken.

2.1.3.2.1 Erstgespräch und Anamnese

Dieser Anteil der Untersuchung wird in einzelnen Sozialpädiatrischen Zentren vom Arzt und Psychologen gemeinsam durchgeführt. Dies erleichtert Absprachen über die anschließende Diagnostik- und Therapieplanung und erspart den Patienten Doppelschilderungen.

Die psychologische Anamnese beginnt in der Regel mit der Frage nach den Vorstellungsgründen und den Erwartungen, die das Kind oder seine Eltern mit einer Untersuchung im Sozialpädiatrischen Zentrum verbinden. Beide, Kind oder Jugendlicher und Eltern, können ausführlich ihre Sicht der Probleme und Erwartungen oder Hoffnungen schildern. Im Gespräch und durch detaillierte Fragen wird sich der Untersucher einer möglichst genauen Vorstellung von den ge-

schilderten Problemen und eventueller Therapieansätze nähern. Dazu gehören Fragen nach dem Beginn und dem Verlauf der Symptomatik sowie möglicherweise bestehender situativer Zusammenhänge.

Es schließt sich eine umfangreiche Abklärung der aktuellen Situation des Kindes an, bei der allgemeine Daten wie Angaben zur Familie sowie Informationen über die Situation in Kindergarten oder Schule, über Interessen, über Spiel und Kontakte zu anderen Kindern erhoben werden. Neben den Problemen oder Defiziten des Kindes werden besonders die Ressourcen, die Fähigkeiten, Stärken und Möglichkeiten des Kindes und der Familie eingehend betrachtet. Wichtig ist ebenfalls das Erkennen der familiären Werte, der emotionalen Einbettung in die Familie, des Erziehungsstils, der Vorbilder des Kindes und der Erwartungen der Familie bezüglich des Kindes.

Außerdem wird beim Erstkontakt abgeklärt, ob neben dem Vorstellungsgrund noch weitere Auffälligkeiten des Kindes, z. B. in seinem Verhalten, eine Rolle spielen. Erfragt werden auch die bisherigen Maßnahmen, die zur Linderung der Symptomatik durchgeführt worden sind.

Neben den symptombezogenen anamnestischen Daten umfasst die psychologische Anamnese Fragen zur Entwicklung des Kindes. Bei dieser werden zahlreiche Entwicklungsdaten erhoben. U. a. werden Einflussfaktoren während der Schwangerschaft, während und nach der Geburt (prä-, peri- und postnatale Faktoren) erfragt und sogenannte Meilensteine der Entwicklung, wie z. B.: „Wann hat das Kind zu gehen oder zu sprechen begonnen?“,

„Wann hat es begonnen, ICH' zu sagen oder sich und Bekannte mit Namen zu nennen?“, „Seit wann spielt es Funktions- oder Rollenspiele oder kann es Bilderbuchgeschichten verstehen oder erkennbare Dinge zeichnen?“ usw. Es werden in der Vergangenheit liegende, bedeutende Lebensereignisse wie Krankheiten oder Krankenhausaufenthalte thematisiert und ebenso die Übergänge in neue Lebensumfelder wie Kindergarten und Schule. Als ein besonders wichtiger Bereich wird die familiäre Situation und die Beziehungsqualität während der Entwicklung des Kindes angesprochen. Dazu können beispielsweise folgende Fragen gestellt werden: „Wie war die familiäre Situation bei der Geburt?“, „Wie war die Beziehung der Eltern?“, „Lebt das Kind in einer Familie mit beiden Elternteilen oder leben diese getrennt und seit wann?“, „Lebt es bei der Mutter, dem Vater oder den Großeltern?“ und so fort.

Als weitere diagnostische Hilfe werden bei Bedarf und mit Einverständnis der Eltern Fremdanamnesen erhoben, z. B. durch Gespräche mit den Erzieherinnen im Kindergarten, mit der Frühförderstelle, mit Lehrern, mit der Erziehungsberatungsstelle und mit anderen Institutionen, in denen das Kind betreut wird. Bereits erstellte schriftliche Befunde oder Beurteilungen wie ärztliche, psychologische und erzieherische Berichte oder Schulzeugnisse werden mit einbezogen.

Als Ergebnis des Erstgesprächs können Untersucher und Klienten oft die Probleme und Fragestellungen näher eingrenzen und klarer formulieren und gemeinsam die weiteren diagnostischen Schritte absprechen, die zu einer Therapieplanung erforderlich sind.

Schon im Erstgespräch versucht der Untersucher zu erkennen, wie groß der Leidensdruck des Kindes und der Familie ist und wie stark die Motivation des Kindes oder Jugendlichen und seiner Eltern ist, um an der Problematik zu arbeiten und die Situation verändern zu wollen. Dem Erstgespräch müssen manchmal weitere psychologische Explorationsgespräche mit dem Kind oder dem Jugendlichen folgen, um die Problematik und ihre Wahrnehmung durch die Kinder genauer zu erfassen.

2.1.3.2.2 Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik

Schon bei Säuglingen und Kleinkindern kann mit Entwicklungstests, die verschiedene Bereiche der kindlichen Entwicklung erfassen, festgestellt werden, ob ein Kind altersgemäß entwickelt ist. Bei kleinen Kindern füh-

ren meistens die Kinderärzte im Sozialpädiatrischen Zentrum solche Entwicklungstests durch. Bei den Leistungstests kann man unterscheiden zwischen allgemeinen Intelligenztests (Abb. 2.11), die die allgemeine kognitive Entwicklung bzw. Begabung des Kindes abklären, und speziellen Tests zur Untersuchung von spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie z. B. von visueller oder auditiver Verarbeitung, Gedächtnis, Sprache oder Sprachverständnis. Zur letzteren Gruppe zählen auch die verschiedenen Konzentrationstests oder die Tests zur Einschätzung der schulischen Fertigkeiten wie Rechentests, Rechtschreib- und Lesetests.

Bei neuropsychologischen Auffälligkeiten, z. B. bei manchen Epilepsieformen oder nach Schädel-Hirn-Traumen, werden ergänzend neuropsychologische Testverfahren verwendet.



Abb. 2.11: Intelligenztest, hier mit dem Untertest ‚Bilder ergänzen‘ des HAWIK-III

2.1.3.2.3 Verhaltensbeobachtung

Das Verhalten des Kindes in verschiedenen Situationen erlaubt sehr wichtige diagnostische Rückschlüsse in vielen Bereichen: Es sagt u. a. etwas aus über die Form des Kontakts mit anderen Personen, über gegenseitige Achtung und Gefühlsäußerungen, über Ängste und Rückzugstendenzen, über Frustration bei Misserfolgen oder über Interessen, Motivation und Kreativität, über ein altersgemäßes Verstehen von Spielen, Erzählungen und Zusammenhängen aus der Welt des Kindes. Vor allem auf der Grundlage der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktionen lässt sich die Bindungsqualität der Eltern-Kind-Beziehung und der familiäre Umgang mit Autonomiebestrebungen des Kindes einschätzen.

Das Verhalten des Kindes wird in Spiel- und in Leistungssituationen beobachtet, in Einzel-, Gruppen- und Familiensituationen. Das Spiel kann frei, durch den Untersucher oder durch Spielmaterial und Spielsituation strukturiert sein. Beobachtungen in Leistungs- oder Anforderungssituationen betreffen z. B. Hausaufgaben (Kind alleine oder mit Eltern oder mit Untersucher), Tests oder andere altersgemäße Aufgaben. Manchmal ist auch eine Verhaltensbeobachtung in Alltagssituationen, wie z. B. im Kindergarten oder in der Schule, notwendig. Schon beim Anamnesegespräch während der Erstuntersuchung ergänzen sich die geschilderten Informationen und die begleitenden Verhaltensbeobachtungen gegenseitig in ihrer diagnostischen Aussage.

Bei Zustimmung der Eltern und des Kindes kann die Beobachtung auch verdeckt durch eine Einwegscheibe erfolgen. Das Verhalten kann bei Bedarf

mit Video aufgezeichnet und später mit Eltern und Kindern im Detail besprochen werden.

Zusätzliche Informationsquellen zum Verhalten sind Fragebögen und Einschätzskalen für Kinder, Jugendliche, Eltern, Erzieher oder Lehrer. Dies können allgemeine Beurteilungsbögen sein, z. B. zur Beschreibung des Verhaltens eines Vorschulkindes, oder spezifische Bögen, z. B. zur Abklärung spezifischer Störungen wie dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom.

2.1.3.2.4 Persönlichkeitsdiagnostik

Zur Persönlichkeitsdiagnostik werden zum einen ausführliche, mehrfaktorielle Persönlichkeitstests verwendet, die die Selbsteinschätzung des Kindes oder des Jugendlichen erheben. Neben diesen mehrdimensionalen Messinstrumenten gibt es auch Skalen, die sich nur auf eine spezifische Eigenschaft oder bestimmte Verhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen beziehen, wie z. B. Aggressionsfragebögen oder Angstfragebögen. Zur Persönlichkeitsdiagnostik werden außerdem projektive Testverfahren angewendet: z. B. sollen die Kinder Sätze ergänzen, zu Bildern Geschichten erzählen, zu einem bestimmten Thema ein Bild zeichnen (Abb. 2.12 und 2.13) oder mit vorgegebenen Materialien eine für sie bedeutende Begebenheit darstellen. Die Ergebnisse werden abschließend in Zusammenhang mit den Informationen aus der Anamnese und den anderen diagnostischen Verfahren interpretiert.

2.1.3.2.5 Familiendiagnostik

Mit Hilfe von familiendiagnostischen Verfahren gewinnt man Einblick in die

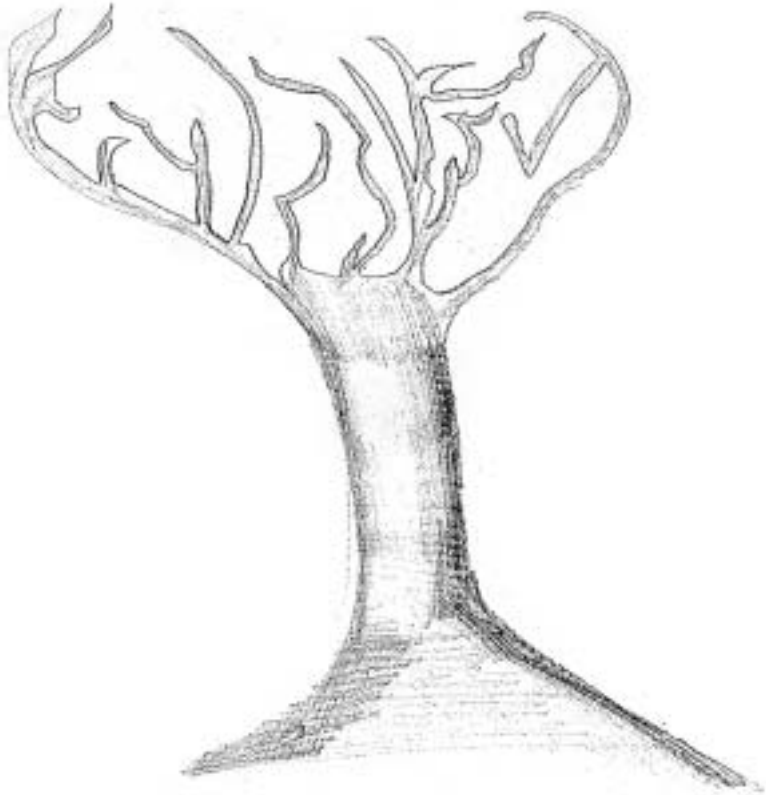


Abb. 2.12: Baumtest von einem 13-jährigen Schüler, der erhebliche Schul- und Verhaltensprobleme hat und sehr stark isoliert ist.



Abb. 2.13: Tierverwandlungstest eines 13-jährigen Jungen (gleicher Junge wie Abb. 2.12). Die Tierwahl und die weit herausgestreckte Zunge weisen auf die angespannte Situation zwischen Vater und Sohn hin.

familiäre Situation. Solche Verfahren sind projektive Tests, Fragebögen, Einschätzskalen, Explorationsgespräche und Interaktionsbeobachtungen. Man kann u. a. unterschiedliche subjektive Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder und besondere Interaktionsmuster erkennen. Gegebenenfalls werden auch andere Bezugspersonen, wie z. B. Großeltern, Pflegeeltern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen etc., in die Diagnostik einbezogen.

2.1.3.3 Diagnosefindung

Die psychologische Diagnostik stellt einen Prozess dar, in dem häufig von einem Breitbandverfahren schrittweise zur Differentialdiagnostik gegangen wird. In diesem oft mehrere Termine umfassenden und manchmal über einen längeren Zeitraum verlaufenden Prozess werden verschiedene Hypothesen zur Diagnose geprüft.

Die erhobenen psychologischen Befunde werden zusammengefasst, interpretiert und mit den Befunden der Ärzte und ggf. Therapeuten in einem gemeinsamen Gespräch abgeglichen.

Im interdisziplinären Team wird die sozialpädiatrische Diagnose gestellt, werden geeignete Behandlungsmaßnahmen überlegt, ggf. wird eine weitere Differentialdiagnostik eingeleitet und ein Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen und seiner Familie erstellt.

2.1.3.4 Elterngespräch

In einem häufig gemeinsamen Gespräch mit dem Arzt und gegebenenfalls mit den weiteren an der Diagnostik beteiligten Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter werden den Eltern Informationen zum Störungsbild und zur Prognose mitgeteilt und empfehlenswerte therapeutische Interventionen oder Termine zur Verlaufsdagnostik besprochen. Mit den Eltern wird vereinbart, welche Therapiemaßnahmen im Sozialpädiatrischen Zentrum oder außerhalb eingeleitet werden. Das Diagnostikteam wird den Eltern – soweit möglich – durch die Vermittlung von Adressen behilflich sein.

Die Diagnosevermittlung ist der Einstieg in ein therapeutisches Gespräch mit den Eltern über die psychische und familiäre Situation, die durch die Entwicklungsstörung oder Behinderung des Kindes entstanden ist.

2.1.3.5 Interventionen

Im Sozialpädiatrischen Zentrum bieten Diplompsychologen verschiedene Interventionen in Form von Beratungsgesprächen für Eltern und Familien in Bezug auf die Problematik des Patienten an. Dies sind z. B. Einzelgespräche bei Bedarf oder Gespräche in zeitlich begrenzten Blöcken sowie über einen längeren Zeitraum hinweg. Ziel dieser Gespräche ist die psychotherapeutische Begleitung des Patienten und seiner Familie beim Umgang mit Alltagsproblemen als Folge seiner Krankheit oder Behinderung sowie bei der psychischen Verarbeitung von Krankheit oder Behinderung oder bei der Bewältigung einer Krise. Für Kinder können Einzel- oder Gruppentherapien sinnvoll sein. Je nach Indikation und den Möglichkeiten eines Sozialpädiatrischen Zentrums werden verschiedene psychotherapeutische Methoden angeboten: Dies sind u. a. Verhaltenstherapie, Familientherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Zum Ziel

haben diese psychotherapeutischen Interventionen immer die Heilung oder die Linderung von Störungen mit Krankheitswert. Ein Teil der in Sozialpädiatrischen Zentren durchgeführten Psychotherapien wird durch die im Sozialpädiatrischen Zentrum tätigen Diplompsychologen durchgeführt, die meist als psychologische Psychotherapeuten oder als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten approbiert sind.

2.1.3.6 Zusammenarbeit im Team und im sozialen Netz

Für die Diplompsychologen im Sozialpädiatrischen Zentrum nimmt die interdisziplinäre Zusammenarbeit einen

großen Raum ein. Zusammen mit Ärzten und den Therapeuten der anderen Berufsgruppen besprechen die Diplompsychologen diagnostische Ergebnisse und Erfahrungen und klären Fragestellungen im patientenbezogenen Kleinteam. Dies hat zum Ziel, die Therapieansätze zu überdenken und gegebenenfalls neu zu planen. Es kann auch der Klärung der Stellung des Therapeuten innerhalb des Beziehungssystems Therapeut, Kind und Eltern dienen, mit dem Ziel, eine Therapie zu optimieren. Wenn nötig, leitet der Diplompsychologe auch Hilfen für die Familie über Fachleute vor Ort oder Institutionen ein und trifft Absprachen mit diesen, sofern die Eltern damit einverstanden sind.

Literatur:

- Brack U. B. (1986): *Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern.* Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg, München – Weinheim
- Hackenberg W. (1983): *Die psychosoziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder.* G. Schindele Verlag, Heidelberg
- Hinze D. (1991): *Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozess der Auseinandersetzung im Vergleich.* HVA / Edition Schindele, Heidelberg
- Krause M. P. (1986): *Psychotherapeutische Elternarbeit als notwendige Ergänzung der Frühtherapie.* In: *Sozialpädiatrie in Klinik und Praxis* 8/2, S. 110 - 115
- Krause M. P. (1997): *Elterliche Bewältigung und Entwicklung des behinderten Kindes.* Lang Verlag, Frankfurt/M
- Sarimski K. (1997): *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome.* Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Sarimski K. (2000): *Frühgeburt als Herausforderung.* Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

2.1.4 Sozialpädagogik

2.1.4.1 Was ist Sozialpädagogik?

Sozialpädagogik richtet sich an Menschen jeden Alters und aus allen Bevölkerungsgruppen in unterschiedlich erschwerten Lebenslagen. Sie kann in den verschiedensten Bereichen aktiv werden, z. B. als Frühförderung oder Vorschulerziehung, im Heimbereich, bei Jugendämtern, Beratungsstellen und als Arbeit mit alten Menschen oder Ausländern.

Ausgangspunkt des sozialpädagogischen Handelns ist das Bemühen um die Selbstverwirklichung der Betroffenen. Der Sozialpädagoge soll den Menschen Hilfe bieten und sie befähigen, ihre Probleme zu bewältigen und ihre Lebensaufgaben zu erfüllen. Er ermöglicht so die gesellschaftliche Eingliederung bzw. Wiedereingliederung. Ebenso gibt er ihnen Impulse, Rahmenbedingungen ihrer Umwelt zu verändern.

2.1.4.2 Sozialpädagogik im Sozialpädiatrischen Zentrum und ihre Zielsetzung

Im Sozialpädiatrischen Zentrum befasst sich die Sozialpädagogik mit Menschen, die in ihrer persönlichen Entwicklung Förderung brauchen oder von belastenden Situationen betroffen sind. Sie werden beraten und unterstützt. Der Sozialpädagoge versucht dabei, den Menschen in seiner Gesamtsituation zu betrachten und "Hilfe zur Selbsthilfe" anzubieten. In enger Zusammenarbeit mit dem Betroffenen, dem sozialpädiatrischen Team und anderen Beteiligten, z. B. Lehrern, Erziehern und anderen Fachdiensten, werden geeignete Lösungen erarbeitet.

2.1.4.3 Tätigkeitsschwerpunkte

2.1.4.3.1 Aufstellung von Behandlungsplänen

Zu Beginn des pädagogischen Handelns sammelt der Sozialpädagoge Informationen über Lebensgeschichte, Familienhintergründe, kritische Lebensereignisse, Belastungen o. ä. Dies ermöglicht ihm einen Zugang zum Patienten, indem er unterschiedliche Sichtweisen und Ebenen nebeneinander stellt. Der Sozialpädagoge versucht, gemeinsam mit den Beteiligten die Probleme aufzudecken. Er klärt, welche Ressourcen vorhanden sind, welche Schritte und Ziele aus eigener Initiative und welche nur durch andere erreicht werden können, ggf. werden Rechtsfragen geklärt.

Erst wenn klar ist, wo die Problematik liegt, können die weiteren Ziele darauf abgestimmt werden. Auf mögliche Angebote und Hilfen wird im Folgenden noch genauer eingegangen.

In regelmäßigen Abständen sollte eine "Zwischenbilanz" gezogen und die Diagnose und das weitere Vorgehen darauf abgestimmt werden. Als Instrument dafür können die regelmäßig angefertigten Behandlungsberichte angesehen werden.

2.1.4.3.2 Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten

Im Rahmen der familienbegleitenden Tätigkeit findet häufig eine sozialrechtliche Beratung statt, in der dem Klienten Möglichkeiten aufgezeigt werden, die im Gesetz vorgesehenen Hilfen zu erlangen und einen Nachteilsausgleich zu erhalten. Die Fragen der Betrof-

fenen liegen im Bereich der Pflegeversicherung (SGB XI), des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG), aller spezifischen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Hilfen durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) bis hin zu Informationen über Mutter-Kind-Kuren, Ferienfreizeiten, Erziehungsurlaubs- und Erziehungsregelungen.

Im Rahmen der ärztlichen Diagnostik stellt sich beispielsweise heraus, dass ein Kind sehr starke körperliche Beeinträchtigungen hat. Mit den Eltern wird in der sozialrechtlichen Beratung besprochen, welche Hilfen und Ansprüche bei der Krankenkasse bzw. den kommunalen Trägern geltend gemacht werden können.

So besteht die Möglichkeit, für ein Kind mit einer schweren Behinderung neben Pflegegeld (§ 36 ff. SGB XI) auch einen Schwerbehindertenausweis (§ 4 SchwbG) zu beantragen. Für diese Kinder sind oftmals auch orthopädische und medizinische Hilfsmittel notwendig, die von der Krankenkasse finanziert werden. Beim Ausfüllen der Formulare unterstützt der Sozialpädagoge den Klienten und begleitet ihn ggf. bei Behördengängen.

Inhalt der weiteren Beratung kann auch sein, den angemessenen Kindergarten bzw. die leistungsgerechte Schulform für das Kind zu finden und entsprechende Kontakte herzustellen.

2.1.4.3.3 Erziehungsberatung

Ziel der Erziehungsberatung ist es, durch Gespräche, pädagogische und psychotherapeutische Hilfen Verhaltensauffälligkeiten und -beeinträchtigungen zu erkennen und zu bearbeiten bzw. deren Entstehung zu verhindern.

Diese sind in allen Entwicklungsphasen, vom Kleinkindalter bis zur Pubertät, denkbar.

Die (heil)-pädagogischen Maßnahmen erfordern eine unterschiedliche Dauer der Einflussnahme, wobei eine systematische Beobachtung erforderlich ist.

Beratung und Behandlung sollten in einer möglichst frühen Phase der Entstehung von Auffälligkeiten erfolgen. Es muss geprüft werden, inwieweit und in welcher Form die gesamte Familie und das soziale Umfeld sowie der Kindergarten bzw. die Schule des auffälligen Kindes in den Prozess mit einbezogen werden können.

Beispielsweise gibt es häufig Probleme beim Anziehen, bei den Mahlzeiten, in Hausaufgabensituationen und beim Zubettgehen o. ä. Mit den Eltern werden die Situationen besprochen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Diese müssen der besonderen familiären Situation angepasst sein und sich im häuslichen Bereich gut umsetzen lassen. Ziel ist es, den Eltern im Rahmen der Beratung mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern zu vermitteln.

2.1.4.3.4 Hausbesuche

In manchen Fällen ist es angebracht, die pädagogischen Maßnahmen und Beratungen bei den Familien zu Hause durchzuführen.

Anlass regelmäßiger Hausbesuche können organisatorische Gründe sein, wie z. B. fehlende Fahrmöglichkeiten o. ä. Der Sozialpädagoge gibt dann vor Ort Hilfestellung bei der Strukturierung des Haushaltes und des Tagesablaufes. Zudem werden die Eltern zur

entwicklungsadäquaten Förderung ihres Kindes angeleitet und entsprechendes Spielmaterial wird eingeführt. Ein einmaliger Hausbesuch kann angestrebt werden, um das Kind in der gewohnten Umgebung kennen zu lernen. Kinder mit sozialen Verhaltensauffälligkeiten (Ängstlichkeit, Aggressivität usw.) benehmen sich zu Hause oft anders als in einer fremden Situation.

Durch die neu gewonnenen Eindrücke können sich so ergänzende Ansatzpunkte für die weitere Förderung ergeben, z. B. hinsichtlich bestehender Geschwisterrivalitäten, Spiel- und Erziehungsverhalten der Eltern, Wohnsituation u. ä. Der Hausbesuch ist somit ein zusätzliches Mittel der sozialpädagogischen Arbeit, um die "Hilfe zur Selbsthilfe" einzuleiten und im häuslichen Umfeld umzusetzen.

2.1.4.3.5 Einzel- und Gruppenangebote

Einen weiteren Aufgabenbereich des Sozialpädagogen stellt die Einzelförderung von Kindern mit Wahrnehmungsschwächen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen oder sozialen Verhaltensauffälligkeiten dar. In der intensiven Arbeit mit dem Kind, immer unter Einbeziehung der Eltern, wird eine Besserung der Situation angestrebt. (Abb. 2.14)

So hat beispielsweise ein Kind mit einer Aufmerksamkeitsstörung ein auffälliges Verhalten im Schulalltag entwickelt. Darüber hinaus kommt es bei Hausaufgaben immer wieder zu einem Konflikt zwischen Mutter bzw. Vater und Kind. Hier ist neben einer Förderung des Kindes auch eine enge



Abb. 2.14: Therapie bei Lese- / Rechtschreibschwierigkeiten, hier mit dem Übungsmaterial Lesen

Zusammenarbeit mit den Eltern (evtl. videogestützt) erforderlich, um eine Entlastung der häuslichen Situation zu erreichen. Auch wenn eine Besserung erzielt wurde, können durchaus weiterhin Probleme im Umgang mit anderen bestehen. Soziale Kompetenz und eine konfliktfreie Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen lässt sich oftmals nur schwer in der Einzelsituation mit dem Kind trainieren und ausformen. In der Gruppe treten dagegen Konflikte zwangsläufig auf und können aus pädagogisch-therapeutischer Sicht genutzt werden. Für motorisch-, sozial- oder verhaltensauffällige Kinder, die häufig einen Außenseiterstatus einnehmen, stellt eine Gruppenmaßnahme eine Möglichkeit dar, in einem geschützten Rahmen positive Erfahrungen mit Gleichaltrigen zu erleben. Diesen Prozess gilt es von Seiten der Gruppenleitung professionell aktiv zu unterstützen und zu fördern. Um einen optimalen Verlauf

gewährleisten zu können, ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z. B. Ergotherapeut, Psychologe etc., sehr wichtig (Abb. 2.15).

2.1.4.3.6 Kontakte und Vermittlungen zu anderen Einrichtungen

Aus der Beratung im Sozialpädiatrischen Zentrum entwickelt sich u. U. die Vermittlung an andere und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie z. B. dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Suchtberatung, der Schuldnerberatung oder Kontakte zu Selbsthilfegruppen.

Bei schwerwiegenden familiären Problemen ist die Einschaltung des Jugendamtes, in Absprache mit den Eltern, oftmals sinnvoll und notwendig. Um ein Problem ganzheitlich anzugehen, ist ein enger Kontakt bzw. Austausch mit Kindergarten, Schule, Hort etc. unerlässlich.



Abb. 2.15: Gruppentherapie, zunächst in der Klein-, später in der Großgruppe bei sozialen Störungen. Spiel und Therapie werden verbunden.

Ebenso ist die Teamarbeit mit den Kollegen innerhalb des Sozialpädiatrischen Zentrums erforderlich. Hier spielen die wöchentlichen Besprechungen eine bedeutende Rolle.

2.1.4.4 Schlusswort

Das Leitmotto der Sozialpädagogik im Sozialpädiatrischen Zentrum lautet:

"Hilfe zur Selbsthilfe!"

Dies setzt einerseits voraus, dass Eltern und Kinder zu einer Zusammenarbeit bereit und an einer Änderung der Situation interessiert sind. Zum anderen sind die positive Wert-

schätzung und das einführende Verstehen des Sozialpädagogen dem Klienten gegenüber Grundlage der Arbeit. Besonders prägnant hat diesen Gedankengang N. A. Cummings ausgedrückt:

"Ich werde Ihnen beistehen, solange Sie mich brauchen. Dafür erwarte ich von Ihnen, dass Sie mit mir zusammen daran arbeiten, meine Hilfe so bald wie möglich überflüssig zu machen."

Wir möchten dazu beitragen, den Menschen in seinem sozialen Netzwerk zu betrachten. Diese Sichtweise ermöglicht es, den Blick bewusst auf vorhandene Stärken und Ressourcen zu lenken und dort mit der Arbeit anzusetzen.

Literatur:

- *Döpfner / Schürmann / Lehmkuhl (1999): Wackelpeter und Trotzkopf. Psychologie Verlags Union, Weinheim*
- *Jansen / Streit (1992): Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden im Umgang mit Schul- und Lernproblemen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg*
- *Kast-Zahn (1997): Jedes Kind kann Regeln lernen. Oberstebrink-Verlag GmbH, Ratingen-Lintorf, 5. Auflage*
- *Knauth (1995): Behindertes Kind. Ratgeber durch Behindertenrecht. Deutscher Taschenbuch-Verlag, München*
- *Kreft / Mielenz (1988): Wörterbuch soziale Arbeit. Beltz-Verlag, Weinheim, 3. Auflage*
- *Neuhaus C. (1999): Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Urania-Ravensburger, Berlin, 5. Auflage*

2.1.5 Physiotherapie

2.1.5.1 Was ist Physiotherapie?

Die Physiotherapie (früher als Krankengymnastik bezeichnet) ist eine ärztlich verordnete Therapie, die Bewegung – vornehmlich die Eigentätigkeit des Patienten – zu Heilungszwecken benutzt.

Sie gibt Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung verloren gegangener Funktionen. Voraussetzung für die Behandlung ist der physiotherapeutische Befund, der in der Neuropädiatrie nicht nur die physischen, sondern auch die psychischen und sozialen Gegebenheiten mit einbeziehen muss. Anatomisches und physiologisches Wissen sowie genaue Kenntnisse über spezielle Krankheitsbilder sind für die vielfältigen Aufgaben der Physiotherapie unerlässlich.

Auch motorische Tests wie der Cross-Motor-Function-Test werden in Einzelfällen angewandt. Die Beherrschung und die Auswahl verschiedener Behandlungstechniken, kombiniert mit praktischer Erfahrung, bestimmen den Erfolg der Therapie. Eine wesentliche Rolle nimmt dabei die persönliche Begegnung von Behandler und Patient ein, ebenso wichtig ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

2.1.5.2 Aufgabengebiete der Physiotherapie

2.1.5.2.1 Die Betreuung von zu früh geborenen Babys und Kleinkindern

Frühgeborene Kinder sind von Geburt an vielerlei Risiken ausgesetzt. Zum einen liegen Gefahren in der Unreife und Verletzlichkeit ihrer Organe, zum anderen leiden sie oft an den psy-

chischen Folgen einer gestörten frühen Mutter-Kind-Beziehung. Hier können Physiotherapeuten wertvolle Hilfe leisten. Durch konkrete Anleitungen im „Handling“ können wir den Eltern Mut zur Versorgung ihres Kindes machen. Wir können helfen, die physische und psychische Nähe zwischen Eltern und Kind zu vermitteln und durch Lagerungshilfen und sanfte Körperstimulation die sensorische und motorische Entwicklung des Kindes zu fördern.

Die Signale des Kindes wahrzunehmen und richtig zu deuten, ist eine weitere wichtige Vermittlungsaufgabe des Therapeuten. Manche Eltern berichten, dass sie nach dem stationären Krankenhausaufenthalt das Gefühl und die Sorge haben, in ein Loch zu fallen und daher froh sind, eine ambulante Weiterbetreuung am Sozialpädiatrischen Zentrum zu erhalten. Uns Physiotherapeuten kommt dabei die wichtige Rolle zu, den Eltern beizustehen, ihnen zu helfen, das richtige Maß an Ruhe und Zuwendung zu finden, Ängste und Sorgen zu äußern und ihnen die möglichen physiotherapeutischen Vorgehensweisen und Techniken der Frühgeborenen-Förderung zu vermitteln.

Spezielle Maßnahmen und Techniken zur Frühgeborenen-Förderung

Atemtherapie

Beim Frühgeborenen ist die Entwicklung der Lunge meist noch nicht abgeschlossen. Die fehlende Lungenreife und die dabei auftretenden Komplikationen können zu Störungen der Atmung führen.

Folgende Maßnahmen können Frühgeborene mit Atemproblemen unterstützen (Abb. 2.16):

- Stimme der Mutter
- Körperkontakt mit der Mutter
- entspannende Ausgangsstellungen
- Verminderung der Reizmenge
- Atemhilfe im Sinne der Kontaktatmung
- wenn nötig leichte Bewegungen von „Mini-Rotationen“
- Lageänderung
- sanfte manuelle Vibrationen
- Inhalationen
- krankengymnastische Verfahren

Uterus lässt ihm nicht mehr viel Spielraum für Bewegung. Diese Zeit des Gehalten-Werdens, des Sich-Spürens im eng gewordenen Uterus ist beim Frühgeborenen sehr verkürzt. Es hat deshalb einen Nachholbedarf, der über das normale Bedürfnis nach Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit des zum Termin geborenen Kindes hinausgeht. Speziell entwickelte Lagerungshilfen sollen dem Frühgeborenen einen Teil des im Uterus versäumten Haltes nachempfinden lassen.

Lagerung

In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft verliert der Fötus immer mehr an Bewegungsfreiheit, da durch die Gewichts- und Größenzunahme der Platz im Mutterleib immer weniger wird. Der Fötus erfährt vor allem in diesen letzten Wochen vor der Geburt viel Halt, Sicherheit und Geborgenheit. Der

Eine gute Lagerung orientiert sich am Wohlbefinden des Kindes. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- „Nestchen“ mit zusammengerolldem Handtuch oder Lagerungskissen
- auf der Brust der Mutter („Känguru“) / des Vaters
- Lullababy (Federwiege)



Abb. 2.16: Stimulation von Frühgeborenen schon im Inkubator durch Berührungsreize

- Hängematte
- „Indianerwickeln“ in weiches Deckchen
- Tragetuch
- auf dem Schoß der Mutter / des Vaters (Abb.2.17)

Lullababy, Hängematte, Schoß und Tragetuch fördern zusätzlich die vestibuläre Entwicklung (Gleichgewichtssinn).

Langjährige Erfahrungen machen deutlich, dass diese, den Bedürfnissen des Frühgeborenen angepassten Lagerungsmethoden die physiologische sensomotorische Entwicklung begünstigen und erheblich zur Harmonisierung der Mutter/Vater-Kind-Beziehung beitragen.

Mini Handling

„Mini-Handling“ bedeutet eine Minimierung der Reize beim Umgang mit dem Frühgeborenen (Abb. 2.18). Die Physiotherapeutin zeigt dabei den Eltern, wie sie z. B. ihr Kind richtig aus der Rückenlage hoch nehmen sollten. Man bespricht Transfers auf dem Schoß und beim Tragen und wie An- und Ausziehen über vorsichtiges Drehen erleichtert werden kann.

Eine speziell für Frühgeburten entwickelte Babymassage mit sanftem Druck auf die Gelenke empfehlen wir den Eltern zur Unterstützung der Entwicklung einer positiven Körperwahrnehmung.



Abb. 2.17: Stimulation des Kindes durch Spielen auf dem Schoß und Aufbau des Blickkontaktes



Abb. 2.18: Das richtige Halten eines Kindes beim Tragen wird im Rahmen der Handling-Beratung vermittelt.

Trinkförderung

Das Trinken steht in engem Zusammenhang mit den vorangegangenen physiotherapeutischen Maßnahmen. Eine gute Ausgangsstellung ist ebenso wichtig für den Saug- und Schluckvorgang wie für die Harmonisierung der Atmung. Nicht wenige frühgeborene Kinder haben auf Grund ihrer Krankheitsgeschichte Probleme bei der Nahrungsaufnahme.

Ein vorsichtiges Behandlungsprogramm für die sensomotorische Wahrnehmung der Gesichts-, Mund- und Halsmuskulatur kann dabei oft sehr hilfreich sein.

2.1.5.2.2 Weitere Krankheitsbilder oder organische Störungen, die die sensomotorische Entwicklung im Kindesalter beeinträchtigen können

Neben der Betreuung unserer frühgeborenen Kinder schließt das vielseitige Aufgabengebiet der Physiotherapie an einem Sozialpädiatrischen Zentrum noch sehr viele andere unterschiedliche Krankheitsbilder und Störungen ein. Diese können sich auf den Bewegungsapparat und die damit verbundene sensomotorische Entwicklung auswirken.

Neurologische Krankheitsbilder

- motorische Entwicklungsretardierung
- Zerebralparese
- neurologisch bedingte Bewegungsabweichungen (z. B. Schiefhals, Haltungsasymmetrie, Plexusparese, Fußdeformitäten)
- neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. spinale Muskelatrophie, Muskeldystrophie)
- Querschnittslähmung (z. B. Spina bifida oder nach Verletzungen)

Orthopädische Krankheitsbilder

- Hüftdysplasie
- Skoliose
- Fußdeformitäten
- Komplexe Fehlbildungen (z. B. Arthrogyposis)

Weitere organische Störungen

- Atemwegserkrankungen
- Stoffwechselstörungen
- rheumatisch-entzündliche Erkrankungen

Komplexe Entwicklungsstörungen bei Syndromen

- Morbus Down
- Rett-Syndrom

2.1.5.3 Entwicklungsneurologische Therapieansätze

Angeborene und früh erworbene Hirnschädigungen gehören neben den oben erwähnten anderen Ursachen für eine sensomotorische Bewegungsstörung zum Hauptarbeitsgebiet der Physiotherapie an einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Die Entwicklung verschiedener, auf das Zentralnervensystem Einfluss nehmender Behandlungsmethoden hat dazu geführt, dass die Physiotherapie bei der frühen Behandlung zerebral geschädigter Kinder nicht mehr weg zu denken ist. All diese Methoden erheben den Anspruch, dem natürlichen Aufbau und der Entwick-

lung des kindlichen Nervensystems besonders gut zu entsprechen. Jeder Physiotherapeut hat sich meist eine Therapieart zum Schwerpunkt gemacht. Dabei sollte er sich jedoch eine Offenheit gegenüber anderen therapeutischen Möglichkeiten bewahren. Denn wer mit Kindern mit infantiler Zerebralparese arbeitet, sollte die Inhalte der wesentlichen Therapiekonzepte kennen und den Kontaktpersonen erläutern können.

Die wichtigsten Therapiekonzepte sollen kurz beschrieben werden.

2.1.5.3.1 Entwicklungskinesiologische Behandlung nach Vojta

Prof. Dr. med. Vaclav Vojta, ein tschechischer Neuropädiater, hat seit 1954 in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten (zuletzt am Kinderzentrum München) die Methode der Reflexloko-



Abb. 2.19: Das Vojta-Prinzip, 1. Phase Reflex-Umdrehen

motion (Abb. 2.19) erarbeitet, die inzwischen weltweit verbreitet ist. Die dazugehörige Diagnostik besteht aus drei Säulen:

- Beurteilung der Spontanmotorik
- Beurteilung der Lagereaktionen
- Beurteilung der Primitivreflexe

Das Vojta-Prinzip, auch Reflexlokomotion genannt, basiert auf den phylogenetischen Wurzeln der menschlichen Entwicklung. Die Grundlagen für die Reflexlokomotion bilden zwei Ganzkörpermuster: das Reflexkriechen und das Reflexumdrehen.

Aus genau beschriebenen Ausgangsstellungen und durch Auslösen definierter Zonen kommt es zu einer zentralen Aktivierung und daraus folgend zur globalen Muskelanspannung. Die so abgerufenen Reaktionen sind angeboren, reproduzierbar und entsprechen in ihren Teilmustern den Inhalten der idealmotorischen Ontogenese. Vom zentralen Nervensystem werden physiologische Bewegungsmuster abgerufen und auf Grund der Wiederholung gleichsam dort programmiert. Das ist die Basis für eine ökonomische Fortbewegung und zielgerichtete Motorik.

Das Vojta-Prinzip ist eine ganzheitliche Therapie und wirkt sich unter anderem auch positiv auf die Atemfunktion, die Koordination im orofazialen Bereich und auf das vegetative Nervensystem aus. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist ein tägliches, mehrfaches Wiederholen der Aktivierung bei Säuglingen und Kleinkindern. Insbesondere die Frühtherapie ist sehr erfolgreich.

Das Anwendungsgebiet des Vojta-Prinzips in der Pädiatrie umfasst Patienten aller Altersgruppen.

2.1.5.3.2 Bewegungspädagogik nach Pető

Kurz nach dem 2. Weltkrieg hat der ungarische Neurologe Dr. Pető in Budapest eine internatsmäßige Förderung zerebralparetischer Kinder entwickelt. Durch die Öffnung der Grenzen nach Osten wurde diese noch unbekannte Methode sehr schnell zum Hoffnungsschimmer vieler Eltern zerebralparetischer Kinder.

Die Pető-Methode basiert auf einem langfristigen Förderprogramm mit festgelegten Tagesstundenplänen. Die Durchführung ist abhängig von vier Faktoren:

- den Therapeuten (welche gleichzeitig unter pädagogischen Gesichtspunkten die Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie in ihrem Programm vermitteln),
- der Gruppenarbeit (in der Regel sollten die Aktivitäten in der Gruppe ablaufen),
- der rhythmischen Intention (die Bewegung wird durch Gesang und Sprechen begleitet),
- der Räumlichkeit (sparsame Ausstattung mit Pritschen, Sprossenstühlen und Leitern).

Das Ziel der Förderung ist, dass der Patient mit seiner Behinderung umzugehen lernt und den Alltag bewältigen kann. Musikalische Begleitung und das Zusammensein in der Gruppe wecken die Bewegungsfreude der Kinder. Diese Elemente sollten generell mehr in die Arbeit mit den uns anvertrauten Kindern einfließen.

2.1.5.3.3 Das Bobath-Konzept

Frau Berta Bobath begann in den dreißiger Jahren als emigrierte jüdische Krankengymnastin in London, das nach ihr benannte Konzept zu entwickeln. Sie wurde dabei durch ihren Ehemann, Dr. Karel Bobath, wissenschaftlich unterstützt. Nach dem Kriege verbreitete sich dieses Konzept von London aus rasch über die ganze Welt. Das Bobath-Konzept versteht die motorischen Schwierigkeiten eines cerebral geschädigten Kindes aus

- dem abnormen Haltungstonus,
- der Störung der reziproken Innervation,
- der Gebundenheit im pathologischen Bewegungsmuster, d. h. der abnorme Haltungstonus und die daraus folgenden pathologischen Bewegungsmuster verhindern ein ausgewogenes Zusammenspiel der Muskulatur.

Nach Bobath werden die daraus entstehenden Entwicklungsdefizite nicht nur als motorische, sondern als sensorimotorische Defizite begriffen.

Die Behandlung stützt sich nicht nur allein auf die Anbahnung von Stell- und Gleichgewichtsreaktionen, vielmehr will sie durch gezielte sensorische Stimulationen Körperregionen bewusst machen, die v. a. dem cerebral geschädigten Kind aufgrund seiner zu hohen oder zu niedrigen Muskelspannung und daher mangelnden Bewegungserfahrung oft völlig fremd sind. Erst das Bewusstwerden und Spüren der einzelnen Körperteile geben den betroffenen Patienten die Möglichkeit und somit die Chance, die Qualität ihrer Bewegungen zu verbessern (Abb. 2.20).

Die Physiotherapie unterstützt in der Therapie das Bewegen manuell unter Benutzung sog. Schlüsselzonen. Die Kunst des Therapeuten liegt dabei



Abb. 2.20: Motivierung zum Unterarmstütz

dain, diesen manuellen Kontakt so feinfühlig und so gering wie möglich zu halten und trotzdem immer die Qualität der Bewegung im Auge zu behalten. Biomechanisches Wissen und funktionelles Denken sind bei den bevorzugten diagonalen Dreh- und Gewichtsverlagerungsbewegungen äußerst wichtig, v. a. auch im Hinblick auf die große Gefahr für die Gelenke dieser Kinder.

Eine der größten Säulen der Bobath-Therapie ist die Motivation des Kindes. Was von außen oft den Anschein von lustigem Spielen hat, fordert im Grunde die komplette Aufmerksamkeit, Kreativität und das Einfühlungsvermögen des Therapeuten. Die emotionale Grundstimmung des Kindes zu erfassen, richtig damit umzugehen und so in einen guten Kontakt zum Kind zu kommen, sind die Basis für den Erfolg der Bobath-Therapie.

Eine weitere wichtige Säule ist das Erarbeiten einer möglichst hohen Selbstständigkeit, d. h., dass die erarbeiteten Bewegungskomponenten mehr und mehr vom Kind selbst übernommen werden können.

Beim sog. Handling versucht man die Therapie harmonisch in den Tagesablauf des Kindes zu integrieren. Der Familie werden sinnvolle Griffe für alltägliche Verrichtungen gezeigt. Dazu gehört auch eine Beratung für die Ausstattung mit zweckmäßigen Hilfsmitteln beim Sitzen, in der Fortbewegung, beim Essen, Spielen sowie für Bad und Toilette. Das Einbeziehen der Familie in die Therapie spielt daher eine entscheidende Rolle.

2.1.5.3.4 Orthesen- und Hilfsmittelversorgung

In Absprache mit dem Arzt, den Eltern, den Technikern und evtl. anderen Therapeuten kommt den Physiotherapeuten an einem Sozialpädagogischen Zentrum oft die Aufgabe zu, die Hilfsmittelversorgung der einzelnen Kinder zu organisieren.

Die Hilfen dienen dabei einerseits der Unterstützung der spezifischen Therapie (z. B. schiefe Ebene, mobile Unterlagen, Leitern), andererseits sollen sie den Alltag des Kindes und der Eltern erleichtern (z. B. Badehilfen, Autositz).

Die korrekte Versorgung bei Sitz- und Gehhilfen ist von besonderer Bedeutung, da hier die Gefahr von Fehlhaltungen und damit verbundenen Sekundärschäden wie Deformitäten und Kontrakturen sehr groß ist.

Grundsätzlich gilt, dass Hilfsmittel nur so lange eingesetzt werden, so lange sie die Selbstständigkeit des Kindes fördern und helfen, pathologische Haltungs- und Bewegungsmuster zu reduzieren.

2.1.5.3.5 Rollstuhltraining

Das Training dient zur Verbesserung der Geschicklichkeit im Umgang mit dem Rollstuhl. Der Patient erhält dadurch eine größere Selbstständigkeit und mehr Sicherheit im Alltag.

2.1.5.3.6 Physiotherapeutische Unterstützung nach Behandlung mit Botulinum-Toxin

(siehe Abschnitt 2.3.10 und Kapitel 4.1)

2.1.5.4 Weitere Techniken, die zusätzlich zur entwicklungsneurologischen Therapie angewendet werden

2.1.5.4.1 Orofaziale Therapie

Die orofaziale Regulationstherapie nach Castillo-Morales wird bei Kindern mit sensomotorischen Störungen im Bereich des Gesichts sowie des Mundes und Rachens angewandt (Abb. 2.21).

Sie ist besonders geeignet für die Behandlung von Saug-, Schluck-, Kau- und Artikulationsproblemen. Durch die Stimulation bestimmter Bereiche im Gesicht, im Mund und im Mundinnenraum, dem orofazialen Komplex, werden die sensomotorischen Bewe-

gungsabläufe der mimischen sowie der Zungen-, Kau- und Schluckmuskulatur verbessert und die Atmung positiv beeinflusst.

2.1.5.4.2 Craniosacrale Therapie

Die craniosacrale Therapie nach John Upledger ist eine sanfte manuelle Entspannung- und Bewegungstherapie. Im Mittelpunkt steht der craniosacrale Rhythmus, das Pulsieren der Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit. Mit minimalen Bewegungen unter einem Druck von 5 bis 10 Gramm versucht der Physiotherapeut Asymmetrien, Hindernisse und Blockaden im Schädel, im Gesicht, im Mundinnenraum, an der gesamten Wirbelsäule, an den Füßen und an den Hirn- und Rückenmarkshäuten sanft und präzise zu lösen. Das Ziel ist, Stö-



Abb. 2.21: Orofaciale Regulationstherapie nach Castillo-Morales zur Vorbereitung und Anbahnung der Nahrungsaufnahme

rungen im faszialen und im ossären (die Knochen betreffenden) Bereich wieder in ein Gleichgewicht zu bringen. John Upledger formuliert die Grundidee seiner Therapie so: „Der Therapeut setzt in Gang und der Körper wird sich selbst helfen.“

Diese Therapierichtung ist erst in jüngster Zeit bekannt geworden. Eine abschließende wissenschaftliche Beurteilung steht noch aus.

2.1.5.4.3 Andere Therapien

Sensorische Integration nach Jean Ayres (SI)

siehe Ergotherapieitel

Neuromuskuläre Fazilitation

Therapeutisches Schwimmen (Abb. 2.22)

Neben Psychomotorik wird an Sozialpädiatrischen Zentren manchmal auch therapeutisches Schwimmen angeboten. In Gruppen bis zu vier Kindern (mit oder ohne Eltern) können hier v. a. cerebralparetische Kinder den Einfluss des Wassers auf ihren Körper und seine Bewegungen erfahren. Schwimmen bedeutet für viele cerebralparetische Kinder einen Riesenspaß, da im Wasser Bewegungen möglich werden, die ihnen im Alltag oft so große Schwierigkeiten bereiten.

Die physikalischen Eigenschaften des Wassers wirken sich dabei äußerst positiv auf die Muskulatur, die Gelenke und damit den gesamten Organismus aus.



Abb. 2.22: Physiotherapie im Schwimmbad

Psychomotorik

Neben Einzelbehandlungen werden an Sozialpädiatrischen Zentren auch gruppentherapeutische Maßnahmen durchgeführt. In der Physiotherapie werden häufig Psychomotorikgruppen angeboten, die sich einmal wöchentlich treffen und in der Regel von zwei Therapeutinnen geleitet werden. Meist arbeiten wir hier mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fachbereiche, wie z. B. aus der Ergotherapie oder der Heilpädagogik, zusammen. Beim gemeinsamen Spielen und Handeln lernen die Kinder, sich gegenseitig zu unterstützen, aber auch, sich mit anderen Kindern auseinander zu setzen. Somit erfahren sie mehr von ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten und spüren ihre Grenzen.

Die Verbesserung des Sozialkontaktes, das Einbringen in die Gruppe, das Überwinden von eigenen Ängsten und sich im Spiel mit den anderen etwas zu trauen, und somit neue Bewegungserfahrungen zu machen, sind wichtige Ziele. Die regelmäßig stattfindenden Elternabende sind für Eltern und Therapeuten ein wichtiges Forum, um Informationen über Gruppenaktivitäten und den Stand der Kinder auszu-

tauschen. Beiden Seiten dient dies zum besseren Verständnis und Umgang mit den Kindern.

Manuelle Therapie / Myofaziale Techniken

Diese Therapiemöglichkeiten werden individuell zusätzlich eingesetzt, wenn Gelenkblockaden, Gelenkkontrakturen und muskuläre Verkürzungen vorhanden sind. Durch mobilisierende und Dreh-Dehn-Techniken werden diese Zustände gelöst.

2.1.5.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen im Sozialpädiatrischen Zentrum wirkt sich positiv auf die Erstellung eines sinnvollen, individuellen Behandlungsplanes für das einzelne Kind aus. Durch Erfahrungs- und Informationsaustausch mit den anderen Fachkräften erweitern die Therapeuten jeweils ihre eigene berufsspezifische Betrachtung des zu betreuenden Patienten. Es entsteht eine fundierte multiprofessionelle und ganzheitliche Sicht des Kindes.

Literatur:

- *Castillo-Morales R. (1998): Die orofaziale Regulationstherapie. Pflaum Verlag, München*
- *Dick A. / Weitbrecht W.-U. / Lindroth M. (1996): Prävention von Entwicklungsstörungen bei Frühgeborenen. Pflaum Verlag, München*
- *Feldkamp M. (1996): Das zerebralparetische Kind. Pflaum Verlag, München*
- *Largo R. H. (2001): Babyjahre. Piper, München*
- *Pikler E. (2000): Lasst mir Zeit. Pflaum Verlag, München*
- *Vojta V. (2000): Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. 6. Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart*

2.1.6 Ergotherapie

Die Ergotherapie gehört zu den Fachrichtungen, die seit Entstehung der Sozialpädiatrischen Zentren im multidisziplinären Team vertreten sind. ErgotherapeutInnen haben in ihrer Ausbildung eine Spezialisierung in Pädiatrie, die dann im Sozialpädiatrischen Zentrum nochmals ihre spezifische Ausprägung erfährt.

Alle ErgotherapeutInnen haben somit eine gemeinsame Arbeitsbasis, jedoch können einzelne Methoden von Zentrum zu Zentrum variieren. Folgende therapeutische Konzepte werden häufig einbezogen:

- Sensorische Integrationstherapie
- Bobath-Therapie
- Neuroentwicklungsphysiologischer Aufbau nach Pörnbacher (NEPA)
- Orofaciale Therapie nach Castillo-Morales
- Entwicklungstherapie
- Activities of Daily Living (ADL)
- Einsatz des Computers als Kommunikations- und Lernhilfe
- Verschiedene Ansätze zur Verbesserung der Feinmotorik, Graphomotorik und Wahrnehmung
- Basale Stimulation
- Affolter-Konzept
- Psychomotorik

Der Ergotherapie geht in jedem Fall eine ärztliche Untersuchung, zum Teil auch eine psychologische Untersuchung und Indikationsstellung voraus. Ergänzend führt die ErgotherapeutIn eigene Beobachtungen nach speziellen Gesichtspunkten wie auch ergotherapie-spezifische Tests durch. Nach dieser Befunderhebung werden zusammen mit dem behandelnden Arzt Therapieziele festgelegt.

Übergeordnete Ziele sind:

- größtmögliche Selbständigkeit und Handlungsfähigkeit im Alltag, im Spiel, in Kindergarten und Schule
- Verbesserung der Motorik, Koordination, Wahrnehmung und Kommunikation
- Unterstützung der Entwicklung, um Entwicklungsverzögerungen und –rückstände so gering wie möglich zu halten

Die Behandlung erfolgt in Einzel- oder Gruppentherapie sowie in Einzeltherapie im Gruppenverband. Die intensive Zusammenarbeit mit den Eltern sowie die Beratung und der Austausch mit anderen das Kind betreuenden Personen sind unabdingbare Bestandteile der Behandlung.

2.1.6.1 Sensorisch Integrative Therapie nach Jean Ayres (SI)

Zielgruppe: Kinder mit Defiziten in der sensorischen Verarbeitung, Teilleistungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, körperlicher und geistiger Behinderung, emotionalen Störungen, Störungen der Nahrungsaufnahme.

Ziele: Verbesserung der sensorischen Verarbeitung als Grundlage für Handlungskompetenz und Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt. Verbesserung der motorischen Koordination.

Theorie und Praxis der Sensorisch Integrativen Therapie wurden von Jean Ayres zunächst für Ergotherapeutinnen und später für Krankengymnastinnen entwickelt. Alle Informationen, die wir über unsere Welt erhalten, werden über das sensorische System weiterge-

leitet. Viele der Vorgänge verlaufen außerhalb unseres Bewußtseins. Sinneswahrnehmungen wie Schmecken, Riechen, Tasten, Sehen und Hören sind allgemein bekannt. Darüber hinaus muß das Zentralnervensystem noch folgende Informationen verarbeiten: Berührung, Bewegung, Schwerkraft und Körperstellungen. Wie das Auge visuelle Informationen aufnimmt und von der Interpretation im Gehirn abhängig ist, so haben auch alle sensorischen Systeme Rezeptoren, die die Information an das Gehirn weiterleiten. So wird leichte Berührung über Zellen in der Haut als Schmerz, Temperatur oder Druck weitergeleitet und schützt so das Individuum vor Verletzungen. Strukturen im Innenohr erkennen Bewegung und Positionswechsel des Kopfes. Muskeln, Gelenke und Sehnen ermöglichen die Wahrnehmung der Körperposition (Stellung). Wenn trotz intakter Sinnesorgane Informationen nicht geordnet zum Gehirn weiterleitet werden, sprechen wir von einer Dysfunktion der Sensorischen Integration. Diese kann sich äußern in:

- Unruhe, Dysregulation beim Säugling
- Problemen in der Nahrungsaufnahme
- Entwicklungsverzögerungen
- Mängeln in den Bewegungsabläufen wie auch den Bewegungsübergängen
- Hyperaktivität
- Aufmerksamkeits- und Lernstörungen
- Sozioemotionalen Problemen

In der Babybehandlung wird zusammen mit den Eltern evaluiert, ob eine SI-Dysfunktion Grundlage für z. B. unruhiges Verhalten sein kann. Es werden dann Strategien entwickelt und angewandt, die es dem Säugling

ermöglichen sollen, seine Bedürfnisse so zu äußern, daß sich die Eltern optimal darauf einstellen können. Allgemein sind die Therapieinhalte wie folgt:

SI-Therapie liefert kontrollierte sensorische Reize, insbesondere vestibulär, taktil und propriozeptiv, zur Körperintegration und motorischen Planung. Stimuli werden entweder mit bahnenden oder hemmenden Effekten angeboten und durchgeführt. Die Therapie beginnt beim Entwicklungsstand des Kindes. Das Einnehmen und Halten von bestimmten Körperstellungen im Raum sind bedeutende Therapieinhalte. Die Therapeutin hat das Kind während der Therapie durch ständige Beobachtung zu begleiten. Die Behandlung sollte in einem dafür speziell ausgestatteten Therapieraum stattfinden, der dies ermöglicht (Abb. 2.23).

Die SI-Therapie findet in der Regel als Einzeltherapie (Abb. 2.24) im Gruppenverband statt. So wird jedes Kind, seinen Bedürfnissen entsprechend, von seiner Therapeutin begleitet und erlebt gleichzeitig andere Kinder als anregendes Modell.

2.1.6.2 Bobath-Therapie

Zielgruppe:

Kinder mit Haltungs- und Bewegungsstörungen.

Ziele:

Verbesserung der sensomotorischen Möglichkeiten zur Erlangung größtmöglicher Selbständigkeit.

Das Bobath-Konzept hilft dem Therapeuten, die sensomotorische Entwicklung des Kindes zu verfolgen und Be-



Abb. 2.23: Der SI-Raum mit seinen zahlreichen therapeutischen Ansätzen zur sensorischen Integration



Abb. 2.24: Taktile Erfahrungen im Bällebad

eintrüchtigungen besser zu erkennen und zu verstehen. Bestimmte Techniken dienen dazu, pathologische Bewegungsmuster zu hemmen und physiologische Bewegungsmuster anzubahnen. Dadurch erhält das Kind eine angemessene Unterstützung seiner selbständigen motorischen Handlungsfähigkeit.

Die eigene Aktivität und Absicht des Kindes werden aufgenommen und ihm dazu verholfen, so viele Alltagsverrichtungen / Aktivitäten / Spiel wie möglich selbst zu tun. „Wie-mache-ich-das?“ wird sinnvoll und ökonomisch im Alltag mit dem Kind gestaltet. Das „Handling“ dieser Alltagssituationen erarbeiten Therapeutin-Kind-Eltern gemeinsam, so dass die Eltern eine handhabbare Unterstützung für sich und ihr Kind mit Bewegungsstörungen lernen und anwenden können.

2.1.6.3 Neuroentwicklungsphysiologischer Aufbau nach Pörnbacher (NEPA)

Zielgruppe:

Kinder mit schwerster Mehrfachbehinderung, Hemiparesen, Hypotonien, insbesondere Down-Syndrom.

Ziele:

Verbesserung

- der grob- und feinmotorischen Fähigkeiten
- der mundmotorischen Fähigkeiten
- der Atemqualität
- der Wahrnehmungsqualität
- der Entwicklung der akustischen und optischen Orientierung

Über spezifische Lagerungselemente aus der Bauchlage heraus (Keillagerung, Rollbrettlagerung, Rotationslage-

rung) wird das Kind aktiviert, Anpassungsreaktionen im Sinne von Koordinations- und Fortbewegungsmustern zu entwickeln.

2.1.6.4 Orofaciale Therapie nach Castillo Morales

Zielgruppe:

Kinder mit Störungen der Nahrungsaufnahme vor dem Hintergrund sensorischer und / oder motorischer Auffälligkeiten.

Ziele:

Verbesserung der Nahrungsaufnahme und der mimischen Ausdrucksmöglichkeiten.

Schwerpunkt der Behandlung ist es, das System der Mundmotorik mit dem gesamten motorischen System des ganzen Körpers so vorzubereiten und zu regulieren, dass eine koordinierte Steuerung (Abb. 2.25)

- zwischen der Aufnahme von Nahrung in den Mund (Saugen oder Abnehmen der Nahrung vom Löffel)
- dem Hin- und Herbewegen und Transportieren von Nahrung (sstücken) im Mund
- dem Zerkleinern und Kauen und dem
- Schlucken möglich ist.

Dafür suchen Therapeutin-Eltern-Kind gemeinsam nach geeigneten Positionen und Mobilier zum Stillen / Flasche geben / Füttern / selbständig Essen. Umschriebene motorische und sensorische Probleme im und um den Mund können mit gezielten Übungen behandelt werden, die die Eltern von der Therapeutin erlernen und später anwenden können.



Abb. 2.25: Orofaciale Therapie nach Castillo Morales bei mundmotorischer Störung

Behandelt werden Kinder aller Altersgruppen mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme aufgrund von Bewegungs- und / oder Wahrnehmungsstörungen

2.1.6.5 Entwicklungstherapie

Zielgruppe:

Kinder mit Entwicklungsrückständen unterschiedlichster Ursachen.

Ziele:

Verknüpfung von Entwicklungsalter und chronologischem Alter.

Die Entwicklungstherapie (Abb. 2.26) ist ein Frühtherapiekonzept, das in den

70er Jahren im Kinderzentrum München entwickelt wurde. Es basiert auf der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, welche als diagnostische Basis und Richtschnur für den Aufbau der Entwicklungsschritte dient. Dabei werden folgende Entwicklungsbereiche erfasst: Krabbelalter, Sitzalter, Laufalter, Greifalter, Perzeptionsalter, Sprechalter, Sprachverständnisalter, Sozialalter, Selbstständigkeitsalter. Ausgehend vom aktuellen Entwicklungsstand des Kindes und damit von seinen vorhandenen Kompetenzen werden Spielangebote zur Erreichung des nächsten Entwicklungsschrittes gemacht.

Die angemessenen Spielmaterialien und das dosierte Angebot helfen dem Kind, sich und seine Umwelt zu begreifen und neue Fertigkeiten zu erlangen. Die enge Zusammenarbeit mit den Eltern fördert deren Beobachtungsfähigkeit und unterstützt den Therapieprozess maßgeblich. Für Kinder, deren individuelle Entwicklung nicht im Toleranzbereich der Normalentwicklung liegt, kann diese Therapieform angemessen sein.

2.1.6.6 Aktivitäten des täglichen Lebens: Activities of Daily Living – ADL

Zielgruppe:

Kinder mit Problemen in Alltagsverrichtungen und Selbstversorgung (Anziehen, Hygiene, Essen etc.).

Ziele:

Training von Alltagshandlungen, Hilfsmittelversorgung, Steigerung der Motivation zur Selbstversorgung.

Der Bereich ADL befaßt sich mit der Bewältigung von Alltagsaktivitäten wie



Abb. 2.26: Entwicklungstherapie

z. B. Körperpflege, An- und Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme und hat die größtmögliche Selbständigkeit des Kindes oder Jugendlichen bei der Verrichtung dieser Tätigkeiten zum Ziel.

Gemeinsam mit dem Kind / Jugendlichen und seinen Eltern / Bezugspersonen werden Probleme bei der Alltagsbewältigung erörtert und individuelle Lösungen angeboten.

Die Hilfestellung kann in Form von Ausprobieren und Üben konkreter Handlungen (Wasch- und Anziehtraining, Rollstuhltraining, Einhänderschnürung etc.), Anpassung von Alltagsgegenständen (Griffverdickungen, Klettverschlüsse, rutschfeste Unterlagen etc.) oder mit Hilfsmitteln (Spezialbesteck/-geschirr oder Einhänderschere) erfolgen.

2.1.6.7 Unterstützte Kommunikation

Zielgruppe:

Kinder mit Zerebralparese, insbesondere Athetose, Mehrfachbehinderung, Schädel-Hirntrauma, neuromuskuläre Erkrankungen.

Ziele:

Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten. Diese Ziele können durch Anbahnung im Umgang mit technischen Geräten wie elektronisches Spielzeug usw., Erprobung und Training am Computer, Erprobung und Auswahl der passenden Adaptionen und Zusatzausrüstung, Erprobung und Auswahl von Kommunikationsgeräten, Zusammenarbeit mit Herstellern erreicht werden.

Die „Gestützte Kommunikation“ (englisch „Facilitated Communication“, abgekürzt „FC“) ist eine spezielle Me-

thode aus dem Spektrum der „Unterstützten Kommunikation“. Sie wird eingesetzt bei Patienten mit Körperbehinderung, geistiger Behinderung oder neurologischen Erkrankungen mit schweren Kommunikationsstörungen und Blockaden in der Ausführung willensgesteuerter Handlungen, die dadurch nicht in der Lage sind, in einem bestimmten Augenblick eine bestimmte Bewegung (z. B. die Zeigebewegung auf ein Bild / Symbol / Buchstaben) selbständig auszuführen.

Der „FC-Stützer“ ermöglicht es dem Schreiber mittels Stütze an der Hand, dem Handgelenk, dem Ellenbogen oder der Schulter, seine Bewegungen besser zu kontrollieren und im gewünschten Augenblick auf das Bild / Symbol / Buchstabe zu deuten.

2.1.6.8 Fein- und Graphomotorik

Zielgruppe:

Kinder mit Teilleistungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, fein- und grobmotorischen Störungen (Abb. 2.27).

Ziele:

Verbesserung der Feinmotorik hinsichtlich Handgebrauch und Werkzeuggebrauch. Begleitend werden Arbeitsstruktur, Konzentration, Ausdauer und Handlungsplanung berücksichtigt.

Die Feinmotorik bezieht sich hier hauptsächlich auf die Handgeschicklichkeit, die sich aus komplizierten, differenzierten Bewegungsabläufen zusammensetzt. Sie steht auch im Zusammenhang mit der Stabilität des Rumpfes und den Verhältnissen im Schulter-, Ellenbogen und Handgelenk.



Abb. 2.27: Übung der Feinmotorik und der Wahrnehmung mit dem Pertra-Spielsatz

Sie äußert sich in:

- Stabilität des Rumpfes bei gleichzeitiger Beweglichkeit von Schulter-, Ellbogen- und Handgelenke sowie die Fingerdifferenzierung
- Hand- und Fingerkraft sowie Kraftdosierung
- Zielgenauigkeit (auf der Grundlage der Auge-Hand-Koordination)
- Stereognosie: Oberflächenbeschaffenheit und Tiefenwahrnehmung

Die Graphomotorik gilt als eine sehr differenzierte Form der Feinmotorik, bei welcher die Handbewegungen zur Stifthaltung und zum Schreiben eingesetzt werden. Die Grundelemente der Schrift, wie Striche in verschiedenen Richtungen, Punkte, Bögen, Kreise, Ovale, Ober- und Unterlängen sowie Überkreuzungen, erlernt das Kind normalerweise vorbereitend bereits beim Malen auf spielerische Weise.

Weitere wichtige Voraussetzungen für das Schreibenlernen stellen die Koordination von Hand und Auge (Visuomotorik), die Fähigkeit, Buchstaben bzw. Worte innerhalb eines Textes wiederzufinden (Figur-Grundwahrnehmung) und in verschiedenen Schriftarten zu erkennen (Formkonstanz), ebenso das Erkennen der Lage im Raum sowie räumliche Beziehungen dar. Diese Aspekte finden in Tests und Therapieansätzen von Marianne Frostig große Beachtung.

Therapeutische Mittel können sein:

- Handwerkliches Arbeiten und bildnerisches Gestalten
- Gebrauch von Werkzeugen
- Spiele zur Förderung der Zielmotorik
- Spezielle graphomotorische Übungen, z. B. Schwungübungen, Formenzeichnen etc.

2.1.6.9 Basale Stimulation

Zielgruppe:

Kinder mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung.

Ziele:

Grundlegende Anbahnung von Wahrnehmungen in allen Sinnesbereichen.

In der Basalen Stimulation steht der kommunikative Aspekt eines schwerstbehinderten Kindes / Jugendlichen im Vordergrund.

Dieses Konzept wurde von Prof. Fröhlich entwickelt. Die Basale Stimulation versucht einen Mangel an Eigenerfahrung von Bewegung und damit eingeschränkte Umwelterfahrung zu kompensieren.

In der Ergotherapie werden Körperstimulationen hauptsächlich über Berührung (Vibration), passive Bewegung, Hörreize und Sehreize angeboten, um die Betroffenen vor einer Isolation zu bewahren und aktiven Kontakt anzubahnen und aufrecht zu erhalten.

2.1.6.10 Das Affolter-Konzept

Zielgruppe:

Kinder mit Entwicklungsstörungen, Antriebsarmut, Problemen in der Planung, schweren Wahrnehmungsstörungen infolge u. a. schwerer Hirnverletzungen.

Ziele:

Handlungsanbahnung, Handlungskompetenz, Problemlösungsverhalten im Alltag.

Dieses Behandlungskonzept ist ein Modell der geführten Bewegung. Das taktil-kinästhetische System wird hier

als Basis für das Lernen angesehen. Im weiteren wird das Zusammenspiel auch weiterer Sinnessysteme berücksichtigt – die sog. intermodale Organisation.

Das Kind erfährt so Zusammenhänge aus der Umwelt und durch Exploration sollen Problemlösungsstrategien erarbeitet werden.

2.1.6.11 Psychomotorik nach Kiphard

Zielgruppe:

Kinder mit Defiziten in der Bewegungserfahrung und Gruppenerfahrung im Spiel.

Ziele:

- Gruppenfähigkeit und soziale Kompetenz
- kreatives und aktives Umsetzen von Spielideen
- freies und ungebundenes Handeln unter Einbezug der Psyche, des emotionalen
- Wohlbefindens.

Kinder bringen eigene Ideen in die Gruppe ein und experimentieren mit Materialien. Sie setzen sich im Spiel mit sich selbst, der Gruppe, dem Therapeuten auseinander. Der Handlungsansatz liegt vermehrt bei den Stärken der Kinder, es werden Spaß und Freude an der Bewegung vermittelt

Literatur:

- Ayres, Jean, A. (2002): *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York
- Scheepers, Clara et al (2000): *Lehrbuch der Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln*. Thieme-Verlag, Stuttgart
- Fisher, Anne G., Murray, Elizabeth A., BUNDY, Anita C. (1991): *Sensory Integration – Theory and Practice*. F.A. Davis Company, Philadelphia
- Kull-Sadacharam, Kristiane (1990): *Evaluation der Praxie im Kindergartenalter*. In: *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, Heft 6
- Kull-Sadacharam, Kristiane (1991): *Sensorisch-integrative Vorgehensweise beim autistischen Kind*. In: *Praxis Ergotherapie*, Heft 5
- Castillo Morales, Rodolfo (1998): *Die orofaziale Regulationstherapie*. Pflaum Verlag, München

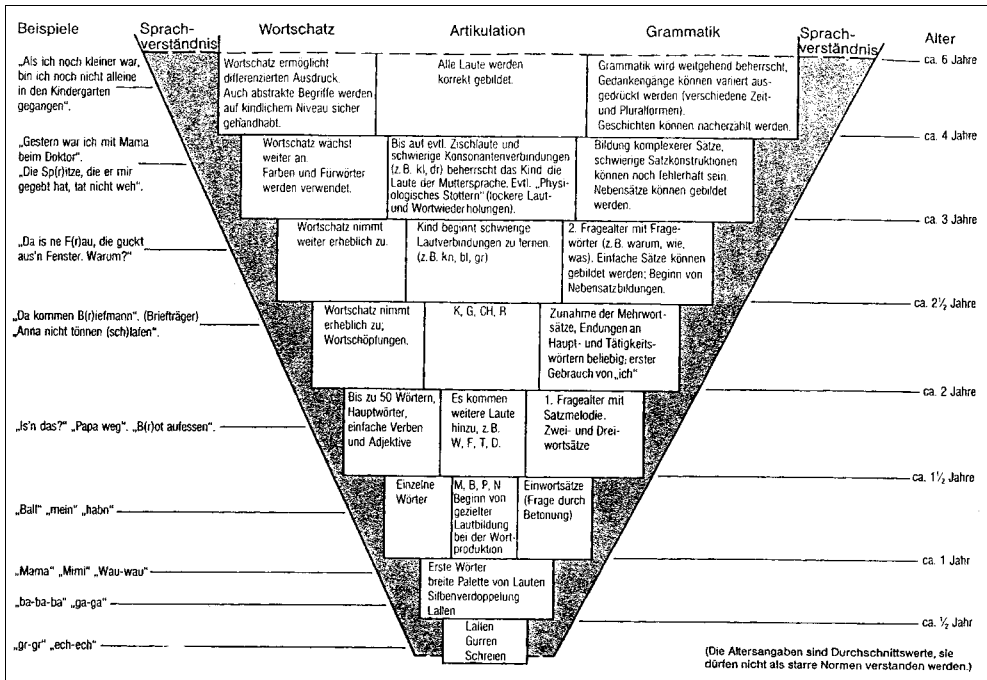


Abb. 2.30: Die physiologische Sprachentwicklung des Kindes in den ersten sechs Lebensjahren:

Die Kinder werden nach Überweisung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt zur Erstuntersuchung beim Kinderarzt vorgestellt. Stellt dieser sprachliche bzw. orofaziale Auffälligkeiten fest, wird das Kind in der Logopädie zur Diagnostik bzw. Therapie angemeldet. Die Diagnostik umfasst meist mehrere Termine und beinhaltet eine Anamnese (speziell auch bezüglich der Sprachentwicklung), Kommunikationsbeobachtung innerhalb einer Spielsituation und je nach Störungsbild verschiedene logopädische Tests.

Falls erforderlich wird in Absprache mit den Eltern Kontakt zu Schule, Kindergarten oder anderen betreuenden Stellen aufgenommen. Im Anschluss daran wird im interdisziplinären

Team entschieden, welche Form der Therapie am sinnvollsten erscheint, auch zunächst Einsatz von Ergotherapie oder anderer Therapien und ärztlicher Maßnahmen bei allgemeiner Entwicklungsverzögerung, um die Grundlagen für eine sprachliche Weiterentwicklung zu schaffen.

Kinder mit folgenden Schwierigkeiten werden behandelt (modifiziert nach Wendlandt):

2.1.7.3 Sprachentwicklungsverzögerung bzw. -störung

Unter Sprachentwicklungsverzögerung bzw. -störung versteht man die zeitliche und / oder inhaltliche Abweichung vom

physiologischen Spracherwerb. Jeder der im Folgenden beschriebenen Bereiche kann auch isoliert betroffen sein. Die oben aufgeführten Störungsbilder können sowohl in Kombination als auch isoliert auftreten.

Sprachverständnis

Grundlegend für den Spracherwerb ist das Sprachverständnis, d. h. das Verstehen des Inhaltes des Gesagten, ohne sich hauptsächlich an der Situation zu orientieren, und die adäquate Reaktion darauf. Kinder mit Sprachverständnisstörungen lernen früh, diese zu kompensieren, so dass sie oft sehr spät erkannt werden (Abb. 2.31). Auffallen können diese Kinder durch folgende Verhaltensweisen:

Sie

- fragen wenig nach,
- weichen aus bzw. wechseln das Thema,
- sagen oft „Ja“, um die Kommunikation aufrecht zu erhalten,
- orientieren sich sehr an anderen Kindern (beobachten Reaktionen anderer sehr genau, passen sich dem Verhalten anderer an, schauen sich Handlungen ab; dadurch entsteht häufig fälschlicherweise der Eindruck, das Kind hätte die Aufforderung richtig verstanden),
- können aggressives, unsicheres oder sehr angepasstes Verhalten zeigen,
- zeigen Echolalie.



Abb. 2.31: Die Differenzierung von Geräuschen (hier mit Hilfe des „Schüttelmemorys“) dient als Grundlage für Sprachwahrnehmung.

Betroffen sein können u. a. Kinder mit

- Problemen in der Aufmerksamkeitslenkung,
- mangelnder Auseinandersetzung mit und Erforschung von Umweltreizen,
- sprunghaftem Spielverhalten,
- eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten,
- Behinderung,
- Anfallsleiden,
- nicht ausreichender sprachlicher Anregung und Rückmeldung durch die nähere Umgebung,
- immer wiederkehrenden Infekten mit Mittelohrentzündung, auch wenn diese nicht mehr akut bestehen,
- vergrößerten Adenoiden (Polypen) und gleichzeitiger Einschränkung des Hörvermögens.

Therapie

Es wird versucht, das Sprachverstehen über Ausführen und Kommentieren einfacher, alltagsrelevanter und altersentsprechender Handlungen aufzubauen. Der spielerische Charakter fördert die Lernmotivation. Die Komplexität der sprachlichen Anforderungen, z. B. der Übergang vom Konkreten zum Abstrakten, steigt mit den Fähigkeiten des Kindes. Gemeinsam mit den Eltern werden konkrete Hilfestellungen für den Alltag des Kindes erarbeitet.

Das Therapiekonzept z. B. in Anlehnung an B. Zollinger, Logopädin und Psychologin, bietet sehr gute Möglichkeiten, Sprachverständnis zu entwickeln. Ein wesentliches Ziel ist es, dass das Kind lernt, Blickkontakt zu dem Gegenstand, mit dem es hantiert, herzustellen sowie auch zu der anwesenden Person und sich so gemeinsam darauf bezieht (Triangulärer Blickkontakt).

Der Therapeut / die Eltern verbalisieren mit viel Prosodie und Gestik die Handlung. So kann das Kind durch das Ansprechen der unterschiedlichen Sinneskanäle (taktile, visuelle, auditive) eine Verbindung zwischen Handlung und dem Gesagten herstellen. Es erfährt, dass es durch Sprache etwas bewirken und verändern kann, somit wird es sprechfreudiger, also sprachlich aktiver. So wird es dem Kind möglich, Vorstellungen, die nicht mehr an das Hier und Jetzt gebunden sind, zu vermitteln (z. B. Erlebnisse vom Wochenende). Der Grundstein für das Verstehen und somit auch den Erwerb der expressiven Sprache ist gelegt.

2.1.7.4 Wortschatz

2.1.7.4.1 Grundlage

Von einem eingeschränkten Wortschatz spricht man dann, wenn dem Kind die Bedeutung eines Wortes unklar ist oder das Wissen um den korrekten Gebrauch von Wörtern im Zusammenhang fehlt. Der Wortschatz ist abhängig von Alter und Erfahrungsbereich des Kindes. Eine Wortfindungsstörung liegt vor, wenn es dem Kind nur inkonstant gelingt, das passende Wort zu finden und der Abruf erschwert ist.

2.1.7.4.2 Typische Verhaltensweisen

Das Kind

- fragt nicht nach Bedeutungen,
- ersetzt Wörter durch allgemeine Oberbegriffe oder durch beziehungsnahe Wörter, lautlich ähnliche Wörter, umschreibt viel, demonstriert die Funktion des fehlenden Begriffes oder erfindet einen neuen Begriff,

- entwickelt Vermeidungsstrategien, wie z. B. Schweigen, oder antwortet ausweichend,
- bricht bei Wortfindungsstörungen häufig den Satz ab und baut Füllwörter ein.

2.1.7.4.3 Therapie

Die zu erarbeitenden Begriffe orientieren sich am Interesse des Kindes und an der Alltagsrelevanz. Es werden möglichst alle Wortarten (Substantive, Verben, Adjektive usw. von konkret zu abstrakt) erarbeitet. Spielerisch wird dem Kind ermöglicht, neue Begriffe kennen zu lernen und diese auch zu speichern. Grundlage hierfür ist auch die Sammlung von Erfahrung in allen Wahrnehmungsbereichen, z. B. durch Erasten, Riechen, Schmecken, Ausprobieren (Abb. 2.32).

Ferner werden Strategien erarbeitet, die es ermöglichen, die Wortform besser speichern und abrufen zu können, z. B. Reime erkennen, Silben klatschen, Anlaute identifizieren usw. Darüber hinaus wird dem Kind vermittelt, wie es bei fehlendem Wortwissen reagieren kann, z. B. durch Nachfragen von Bedeutungen oder Bedeutungsunterschieden oder durch Nachschlagen in Bilderbüchern.

2.1.7.5 Grammatik

2.1.7.5.1 Grundlage

Von einer grammatikalischen Störung spricht man dann, wenn das Kind Probleme hat, die Wörter im Satz korrekt zu stellen, wenn die Äußerungen unvollständig sind und Flexionsendungen falsch oder überhaupt nicht angewandt werden, z. B. "Der schmeißt des Ball



Abb. 2.32: Die Erweiterung des Wortschatzes mit Hilfe von Realgegenständen; durch die Einbeziehung des taktilen Sinnes wird das „Be-greifen“ ermöglicht.

über Zaun“ oder „Ich Puppe spielen“. Die Entwicklung der Grammatik verläuft in mehreren Phasen, die es dem Kind ermöglichen, vom Ein-Wort-Satz zu komplexen Satzstrukturen zu gelangen. Die Grammatik sollte bis zum Schuleintritt weitgehend beherrscht werden.

Betroffen sein können Kinder mit eingeschränktem Wortschatz und der Unfähigkeit, Handlungen in eine sinnvolle Abfolge zu bringen. Diese Kinder haben meist generell Probleme, Regeln zu verstehen und anzuwenden.

2.1.7.5.2 Therapie

Die Vermittlung von grammatikalischen Strukturen geschieht z. B. durch Modellierungstechniken, eingebettet in einen sinnvollen Situations- und Handlungskontext auf spielerischer Ebene (Abb. 2.33).

Hierbei kann auch der Wortschatz sehr gut erweitert werden. Zudem werden in diesem Rahmen auch Handlungsordnung und -ausführung geübt. Die Förderung der auditiven Aufmerksamkeit und Hörmerkspanne spielt zusätzlich eine wichtige Rolle für die bessere Erfassung grammatikalischer Strukturen durch das Kind. Evtl. ist erst eine Basistherapie durch Ergotherapeuten, z. B. durch eine allgemeine Wahrnehmungsförderung notwendig.

2.1.7.6 Artikulationsstörungen

Artikulationsstörungen (Dyslalien) können entweder isoliert oder in Kombination mit einer Sprachentwicklungsverzögerung/-störung auftreten. Es werden Laute wie beispielsweise „K“, „G“, „SCH“, „R“ und „S“ meist durch andere, einfacher zu bildende Laute

ersetzt (z. B. „Duchen“ statt „Kuchen“ oder „Loller“ statt „Roller“) oder ausgelassen (z. B. „Abe“ statt „Rabe“).

Das /S/ wird oft unscharf gesprochen (Sigmatismus); dabei kann die Zunge entweder vorne oder seitlich zwischen den Zähnen sein (Abb. 2.34). Auch kommt es vor, dass Kinder bestimmte Lautverbindungen vereinfachen (Konsonantenverbindungsschwäche), z. B. „Dan“ statt „Kran“.

In der Therapie werden die Laute spielerisch angebahnt und anfangs einzeln, dann im Wort und zuletzt im Satz geübt. Meist ist als Grundlage eine Verbesserung der Lippen- und Zungenbeweglichkeit (Mundmotorikübungen) nötig. Da es den Kindern oft schwer



Abb. 2.33: Das Erfassen eines Satzmutters wird erleichtert durch eine entsprechende grobmotorische Bewegung und visuelle Unterstützung.

fällt, den richtigen Laut von der Fehlbildung zu unterscheiden, werden Lautdiskriminationsübungen durchgeführt.

Einer offensichtlichen Artikulationsstörung kann auch eine Störung des phonologischen Regelsystems zugrunde liegen. Dabei hat das Kind Schwierigkeiten, einzelne Laute nach den Regeln der Muttersprache aneinander zu reihen, wobei die Laute sehr wohl sprechmotorisch gebildet werden können. Dies erschwert Lautanalyse und -synthese, was sich auch nachteilig auf den Schriftspracherwerb (Lesen, Schreiben) auswirken kann. Durch die Durchführung eines Screeningverfahrens zur Früherkennung von Lese- und Rechtschreibstörungen wird versucht, Kinder mit Risikofaktoren frühzeitig zu erfassen, um eine präventive Therapie rechtzeitig einleiten zu können. Schwerpunktmäßig wird an der au-

ditiven Wahrnehmung gearbeitet, d. h. Förderung der Diskriminationsfähigkeit, der Segmentierung von Silben, Wörtern und Sätzen und des Erkennens von Reimwörtern.

2.1.7.7 Störungen des Sprechablaufes und der Kommunikation

2.1.7.7.1 Stottern

Unter Stottern versteht man die zeitweise auftretende, situationsabhängige, willensunabhängige Unterbrechung des Redeflusses. Man unterscheidet dabei zwischen dem sog. Entwicklungstottern, das bei vielen Kindern zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr auftritt und nach dem Anwachsen der sprachlichen Fähigkeiten von selbst wieder abklingt, und dem „eigentlichen“ Stottern.



Abb. 2.34: Der Logopäde demonstriert dem Kind die richtige Lippenstellung zur Aussprache des Buchstaben „S“.

Hinweise auf beginnendes oder manifestes Stottern können sein:

- ein nur schwer zu lösendes Verharren in einer Artikulationsstellung mit Verspannung der umliegenden Muskulatur (tonisches Stottern);
- Laut-/ Silben-/ und Ganzwortwiederholungen (klonisches Stottern);
- klonisches und tonisches Stottern;
- Dehnungen, die länger als eine Sekunde dauern.

Besteht die Stottersymptomatik bereits länger, so können Sekundärsymptome auftreten wie:

- Vermeiden oder Abbruch des Blickkontaktes,
- Umgehen von bestimmten „gefährlichen“ Lauten und Wörtern,
- Mitbewegungen von Armen und Beinen sowie der mimischen Muskulatur,
- Verlust der Sprechfreude,
- Leidensdruck,
- Ängste und Schamgefühl.

Stottern ist multifaktoriell bedingt, d. h. es sind u. a. psychoemotionale Belastungsfaktoren, genetische Faktoren wie auch Sprachentwicklungsprobleme als Ursache und aufrechterhaltende Variablen bekannt. Die Ursachenforschung ist jedoch noch nicht abgeschlossen. Um jedem Kind gerecht zu werden, wird sowohl eine logopädische als auch eine psychologische Diagnostik durchgeführt, so dass gemeinsam mit den Eltern ein individuelles Therapiekonzept erstellt werden kann. In der logopädischen Therapie werden, je nach Kind und Störungsbild, sowohl direkte (direkt am Symptom orientierte) als auch indirekte (spieltherapeutische) Ansätze verwendet. Eine intensive Zusammenarbeit und Mitarbeit der Eltern ist dabei unumgänglich, ferner werden

auch Gespräche im Setting Eltern-Therapeut-Psychologe angeboten. Eine frühzeitige Beratung über förderliches Verhalten kann verhindern, dass aus Entwicklungsstottern manifestes Stottern wird. Diese sollte spätestens dann erfolgen, wenn die Symptomatik bereits länger als ein halbes Jahr besteht.

2.1.7.7.2 Poltern

Unter Poltern versteht man eine sprachliche Gestaltungsschwäche mit schneller, überstürzter, undeutlicher Sprechweise. Die Symptomatik ähnelt z. T. der des Stotterns, die Form der Therapie unterscheidet sich jedoch grundlegend, so dass eine differenzierte Diagnostik hier unbedingt vonnöten ist.

Hauptmerkmale dieser Störung sind:

- überhastete Sprechweise mit anstrengungsfreien Silben- oder Wortteilwiederholungen,
- Artikulationsstörungen,
- Probleme in der Sprechplanung,
- fehlendes Störungsbewusstsein.

Therapieziel ist eine Besserung des Sprechablaufes und der Artikulation über gezielte Übungen zur Eigenwahrnehmung.

2.1.7.8 Sprachentwicklungsauffälligkeit mit mutistischem Verhalten

Bei Kindern mit mutistischem Verhalten liegen die Ursachen im psychischen Bereich. Oft sind diese Kinder „überbehütet“ oder werden überfordert. Es fällt häufig eine verzögerte Entwicklung in den Bereichen Motorik und / oder Sprache auf. Manche Kinder sprechen auch

nur mit bestimmten Personen (selektiver Mutismus) bei ansonsten normalem Sprechvermögen.

In der Therapie spielt die Kontaktaufnahme erst einmal die größte Rolle, wobei keinerlei Sprechdruck bestehen darf. Sobald das Kind dies spürt und sich in seiner Person wahrgenommen fühlt, wird es irgendwann zu sprechen beginnen. Dies kann dann sehr rapide gehen. Wichtig ist v. a. die Mitarbeit der Eltern, so dass das Kind zu Hause ebenfalls keinen Sprechdruck erlebt und die Eltern seine sprachlichen Äußerungen immer bestärken. Dadurch wird das Kind mehr und mehr ausprobieren und somit sprechfreudiger. Das Rückzugsverhalten und weitere mögliche Verhaltensauffälligkeiten können durch konsequenten und somit für das Kind verlässlichen Erziehungsstil positiv beeinflusst werden.

2.1.7.9 Stimmstörungen

2.1.7.9.1 Kindliche Dysphonie

Ist ein Kind auf Dauer heiser, hat es eine „kratzige“, verhauchte Stimme, evtl. verbunden mit Halsschmerzen oder einem „kloßigen“ Gefühl im Kehlkopfbereich, so könnte es sich um eine Stimmstörung handeln. Diese entsteht meist durch eine Überlastung der Stimme, z. B. durch übermäßiges Schreien oder häufiges Ansprechen gegen Lärm. Eine HNO-ärztliche Untersuchung gibt Aufschluss darüber, ob bereits organische Veränderungen (Stimmlippenknötchen) oder andere Ursachen vorliegen.

Konsequent durchgeführte Stimmübungen sowie eine Veränderung der Sprechgewohnheiten, evtl. auch in-

nerhalb der gesamten Familie, beeinflussen eine Stimmstörung positiv.

2.1.7.9.2 Näseln

Durch Näseln entsteht eine Veränderung des Stimmklanges. Man unterscheidet zwischen dem geschlossenen Näseln (Rhinophonia clausa), ähnlich dem Sprechklang beim Stockschnupfen, und dem offenen Näseln (Rhinophonia aperta), wo zu viel Luft durch die Nase entweicht. Beim geschlossenen Näseln sind vor allem die Nasale /m/ und /n/ betroffen, beim offenen Näseln werden Vokale und Konsonanten entstellt. Vor allem Kinder mit offenem Näseln sind für Außenstehende oft schwer zu verstehen. Es gibt sowohl funktionelle als auch organische Ursachen; meist tritt es als Begleiterscheinung bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Syndromen, bei behinderter Nasenatmung, durch Polypen oder nach Entfernung dieser auf. Beim offenen und gemischten Näseln ist die Funktion des Gaumensegels gestört.

2.1.7.10 Hörstörungen

2.1.7.10.1 Periphere Hörstörungen

Bei peripheren Hörstörungen wird so früh wie möglich, d. h. schon im Säuglingsalter; mit der Hörerziehung begonnen. Dabei soll das Kind lernen, auf Geräusche und Wörter seiner Umwelt aufmerksam zu werden und ihre Bedeutung zu erfassen (Abb. 2.35).

2.1.7.10.2 Zentral-auditive Wahrnehmungsstörung

Zentral-auditive Wahrnehmungsstörungen zeigen sich oft erst bei Kindern



Abb. 2.35: „Was macht der?“

im Vorschulalter. Therapieinhalte sind die Verbesserung der Unterscheidungsfähigkeit für Geräusche und Laute, die Schulung des Sequenzgedächtnisses für Geräusch- und Lautfolgen, die Analyse und Synthese von Silben, Wörtern und Sätzen und das Erkennen von Reimwörtern.

2.1.7.11 Orofaziale Dysfunktionen

2.1.7.11.1 Myofunktionelle Störung / Orofaziale Störungen

Im Vordergrund steht ein falsches Schluckmuster, d. h. die Zunge stößt vorne bzw. seitlich gegen / zwischen die Zähne, übt einen starken Druck aus und verursacht damit folgende sekundären Symptome: Kiefer- und Zahnfehlstellungen, offenen Mund, vermehrten Speichelfluss, hypotone Gesichts- und Zungenmuskulatur,

Missempfindungen und Störungen der Atem-, Sprech- und Stimmfunktion. Auch ganzkörperliche Fehlhaltungen können sich negativ auf den orofazialen Bereich auswirken.

Die Ursachen einer myofunktionellen Störung sind vielfältig. Überwiegend werden Kinder vorgestellt, bei denen über längere Zeit Lutschgewohnheiten (Daumen, Schnuller, Flasche) bestanden. Eine orofaziale Störung ist häufig Begleitsymptom bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Morbus Down, zerebralen Bewegungsstörungen, anderen neurologischen Erkrankungen und Syndromen, verursacht durch die Fehlbildung und den veränderten Tonus im ganzen Körper bzw. im orofazialen Komplex.

Die Ziele der myofunktionellen bzw. orofazialen Therapie sind die Korrektur

des falschen Schluckablaufes und des gestörten orofazialen Muskelgleichgewichtes. Die Behandlung der Sekundärsymptomatik wird dabei nicht außer Acht gelassen.

Durch rechtzeitige Therapie kann in manchen Fällen eine Zahnsparngensversorgung vermieden werden. Bei älteren Kindern, die schon spangensversorgt sind, ist dies eine sinnvolle Ergänzung um einer erneuten Kiefer- bzw. Zahnfehlstellung vorzubeugen.

Die Mitarbeit des Kindes bzw. der Eltern ist unerlässlich bei den alltäglichen Übungen für Zungenruhelage, Zungen- und Lippenmotorik und bei Schluckübungen. Als große Motivationshilfe hat sich die Arbeit in Kleingruppen bewährt (Abb. 2.36).

2.1.7.12 Störungen der Nahrungsaufnahme

Hierbei muss unterschieden werden, ob es sich um organische, psychogene oder funktionell bedingte Auffälligkeiten in den verschiedenen Phasen der Nahrungsaufnahme handelt (Saugen, Beißen, Kauen, Schlucken). Durch Beratung der Eltern hinsichtlich Essensumgebung, Hilfsmittelwahl, Nahrungskonsistenz und Art des Fütterns können wir schon sehr früh den Prozess des „Essenlernens“ positiv beeinflussen. Andere Möglichkeiten der Therapie können in der orofazialen Regulationstherapie nach Castillo-Morales (ORT) und in der proprio-neuromuskulären Fazilitation (PNF) gesehen werden.

Inhalte der Therapie sind neben der Erleichterung der Nahrungsaufnahme



Abb. 2.36: Logopädische Therapie mit mundmotorischen Übungen im Spiel

bzw. dem Anbahnen des korrekten Schluckmusters auch die Verbesserung der individuellen orofazialen Fähigkeiten (z. B. deutlichere Artikulation). Bei älteren Kindern kann die aktive Mitarbeit bei spielerischen Motorikübungen und Sensibilisierungsmaßnahmen des orofazialen Bereichs sehr hilfreich sein. Liegt eine eher psychogene Nahrungsverweigerung vor, kann eine zusätzliche psychologische Beratung am Sozialpädiatrischen Zentrum stattfinden.

2.1.7.13 Unterstützte Kommunikation

Unterstützte Kommunikation wird bei Kindern mit angeborener oder erworbener Behinderung eingesetzt, wenn sie sich nicht oder nur unzureichend über Lautsprache mitteilen können. Oft ist die nonverbale Kommunikation zu-

sätzlich durch eine gravierende motorische Behinderung erschwert. Durch die Kommunikationsförderung soll den nicht sprechenden Kindern und ihren Bezugspersonen so früh wie möglich, d. h. auch schon auf einer sehr basalen Stufe, zu erfolgreichen Kommunikationserfahrungen verholfen werden.

Wir wollen die Ausdrucksmöglichkeiten des nicht sprechenden Kindes durch die unterstützte Kommunikation verbessern. Das Kind soll besser verstanden werden, es soll lernen, seine Wünsche, seine Abneigungen, seine Probleme und seine Erfahrungen mitzuteilen. Je nachdem, welche Fähigkeiten ein Kind mitbringt, ist dies durch vorsprachliche Kommunikationsmittel (wie Zeigen oder Hinschauen), sprachunterstützende Gebärden, Kommunikationstafeln (mit Fotos, Bildern, Piktogrammen) oder elektronische Hilfsmittel (z. T. auch mit Sprachausgabe) möglich.

Literatur:

- *Bigenzahn W. (1995): Orofaciale Dysfunktionen im Kindesalter. Stuttgart*
- *Böhme G. (1998): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen –Therapie. Stuttgart*
- *Wendlandt W. (1995): Sprachstörungen im Kindesalter. Stuttgart (Schaubilder)*
- *Wirth G. (1990): Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Heidelberg*

2.1.8 Heilpädagogik

2.1.8.1 Was ist Heilpädagogik?

Die Heilpädagogik beschäftigt sich mit Menschen, deren Entwicklung unter „erschwerenden Bedingungen“ verläuft oder als solche gesehen und empfunden wird bzw. bei denen die Gefahr einer beeinträchtigten Entwicklung besteht. Wesentliche Aufgabe im Kindesalter ist das frühzeitige Erkennen und Fördern eines Kindes, wenn dessen Entwicklung gefährdet erscheint. Es geht dabei um die Förderung der Gesamtperson des Kindes in seinem sozialen Umfeld, im Kontext seiner Möglichkeiten und nicht um die isolierte Behebung eines so genannten Defektes. Im Vordergrund heilpädagogischer Arbeit steht der Aufbau einer wertschätzenden Beziehung zum Kind, d. h. der Aufbau tragender Beziehungserfahrungen, die die bisherigen Erfahrungen des Kindes positiv erweitern. Das Spiel dient dabei als Arena heilpädagogischen Handelns. Das Kind wird nicht fremdbestimmt behandelt, sondern es lernt, selbstbestimmt zu handeln.

Heilpädagogische Förderung ist in Bayern ein Arbeitsschwerpunkt der Frühförderstellen, mit denen die Sozialpädiatrischen Zentren eng zusammenarbeiten. Die heilpädagogische Förderung und Therapie im Sozialpädiatrischen Zentrum selbst sind eingebunden in die Kommunikationsstrukturen des Teams im Sozialpädiatrischen Zentrum. Davon profitieren besonders diejenigen Kinder, die weitere Therapien im Haus erhalten. Heilpädagogische Therapie im Sozialpädiatrischen Zentrum ist nicht nur im Alter vor dem Schuleintritt, sondern auch im Schul- und Jugendalter möglich. Heilpädagogische Therapie heilt oder mindert Entwicklungsstö-

rungen und trägt wesentlich dazu bei, Fehlentwicklungen vorzubeugen.

2.1.8.2 Ausbildung

Die Ausbildung von Heilpädagogen ist staatlich anerkannt. Sie haben sie entweder an einer Fachhochschule oder Universität mit einem Diplom abgeschlossen oder als Aufbaustudium an einer Fachakademie für Heilpädagogik im Anschluss an eine mindestens dreijährige Berufserfahrung als Erzieher, Sozialpädagoge, Heilerziehungspfleger, Kinder- oder Erwachsenenkrankenschwester, Altenpfleger oder Ergotherapeut. Die Ausbildungsschwerpunkte liegen im pädagogischen, psychologischen und im medizinischen Bereich. Einen wesentlichen Schwerpunkt in der Heilpädagogik-Ausbildung bilden Diagnostik und Therapie von entwicklungsverzögerten, behinderten, verhaltensauffälligen oder chronisch kranken Kindern.

Viele Heilpädagogen haben zusätzliche Therapieausbildungen, z. B. in der Montessori-Therapie oder Musiktherapie, oder sie haben psychotherapeutische Zusatzausbildungen in Verhaltens-, in Gestalt- oder Familientherapie.

2.1.8.3 Diagnostik und Therapie

Ziel der heilpädagogischen Diagnostik ist es, die ganze Persönlichkeit eines Kindes und dessen Entwicklungsmöglichkeiten zu erfassen und zu verstehen. Behinderungen oder auch nur geringe Teilleistungsschwächen können die Entwicklung der gesamten kindlichen Persönlichkeit beeinflussen.

Ein Heilpädagoge muss sowohl die Schwächen wie die Stärken des Kindes oder Jugendlichen erkennen und ebenso diejenigen in der Familie und in den weiteren sozialen Bezugssystemen. Diagnostische Verfahren dazu sind in erster Linie Spiel-, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen in Therapiesituationen, in der Familie oder im Kindergarten.

Mit Therapieangeboten aus dem sensorischen, sprachlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich unterstützt eine heilpädagogische Therapie die Entwicklung von Fähigkeiten in den Leistungsbereichen eines Kindes ebenso wie seine Persönlichkeit.

Behinderten Kindern fällt es oft schwer, ihre Umwelt zu erfassen, zu verstehen und sich in ihr zu orientieren. Sie

erleben häufig Misserfolge und ziehen sich zurück. Sie werden oft überfordert. „Hilf mir, es selbst zu tun!“, dieser Leitsatz von Maria Montessori prägt besonders die heilpädagogische Einstellung zum Kind. Der Heilpädagoge beobachtet das Kind, um sein Verhalten zu verstehen. Er baut eine therapeutisch definierte Beziehung zu ihm auf und bietet ihm adäquate Spiele an. Das Kind kann in dieser Beziehung zum Therapeuten in seinem eigenen Handeln sich selbst erleben und spüren und sich darüber freuen. So kann es seine Erlebnisse und Wahrnehmungen verinnerlichen und daraus ein Gefühl von Kompetenz entwickeln (Abb. 2.37).

Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zum Lernen und für die Entwicklung der Persönlichkeit. Gerade weil die Persönlichkeitsentwick-



Abb. 2.37: Heilpädagogische Therapie mit Montessori-Material

lung in der heilpädagogischen Therapie in besonderem Maße wichtig ist, spielt das freie, schöpferische Spiel des Kindes und zugleich das Erleben einer sicheren Beziehung eine wesentliche Rolle.

Dem geschilderten Vorgehen liegen zwei wichtige heilpädagogische Therapieverfahren zugrunde: Die heilpädagogische Übungsbehandlung und die heilpädagogische Spieltherapie. Sie werden in der Praxis häufig gleichzeitig und sich ergänzend eingesetzt. Entscheidende Entwicklungsimpulse erhält das kleine oder das behinderte Kind über das Spiel, das Spielmaterial und den Kontakt zu seinem Spielpartner. Das Spiel motiviert das Kind, die Spielgegenstände zu erkunden und was es mit und aus ihnen und in seiner Umgebung durch Beobachten, Nachahmen oder Übung machen kann. Zugleich erhält das Kind die Möglichkeit,

im Spiel in einer ihm gemäßen Form Konflikte zuzulassen und darzustellen, z. B. im Puppenspiel oder im Rollenspiel, beim Sandspielen oder Malen (Abb. 2.38).

In der Beziehung mit dem Heilpädagogen kann es neue Wege seines Verhaltens bzw. seines Umgangs mit Gefühlen ausprobieren. Das Kind erweitert seine Handlungskompetenzen und baut zugleich Vertrauen in sein eigenes Handeln und Können auf. Es werden Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen von der Geburt bis zur Volljährigkeit behandelt. Bei Kindern vom Säuglings- bis zum Vorschulalter steht die Einzeltherapie im Vordergrund. Im Schulalter und ggf. darüber hinaus wird oft eine Gruppentherapie zur Behandlung von Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen im sozial - emotionalen Bereich eingesetzt, u. a. in Form von Psychomotorik-



Abb. 2.38: Heilpädagogische Übungstherapie bei einem entwicklungsverzögerten Mädchen

gruppen. Therapien in der Gruppe haben zum Ziel, Entwicklungsschwierigkeiten durch soziales Lernen zu mindern, insbesondere bei Patienten mit besonderen Problemen wie z. B. bei Jugendlichen mit Gewaltbereitschaft.

In der Regel findet die heilpädagogische Behandlung in Form von Einzeltherapien statt. Gruppentherapien werden vorwiegend zur Behandlung von psychomotorischen und sozial-emotionalen Auffälligkeiten eingesetzt.

2.1.8.4 Elternarbeit

Einen großen Raum im Rahmen der heilpädagogischen Therapie nimmt die Elternarbeit ein. Bei kleinen Kindern sind meist Mutter oder Vater bei der Therapie mit anwesend. Der Heilpädagoge bietet Hilfen, die den Eltern ihr auffälliges oder behindertes Kind näher bringen und ihnen Sicherheit für die Erziehung ermöglichen. Er hilft ihnen, die Entwicklungsprozesse und die Erlebniswelt ihres Kindes zu verstehen. In Gesprächen versucht er, Schwierigkeiten durchschaubar zu machen und aufzulösen. Dies gelingt unter anderem auch mit gezielten Angeboten von Wahrnehmungserfahrungen für Eltern, z. B. bei Wahrnehmungsstörungen ihrer Kinder. Diese Elternarbeit begleitet die Therapie des Kindes oft über Jahre.

2.1.8.5 Welche Kinder kommen zur heilpädagogischen Therapie im Sozialpädiatrischen Zentrum?

- entwicklungsverzögerte Kinder
- lernbehinderte Kinder
- sinnesgeschädigte Kinder
- Kinder mit cerebralen Erkrankungen

wie Epilepsie, cerebralen Bewegungsstörungen, Zustand nach Schädel-Hirn-Traumen, Tumor-Operationen u.a.

- geistig und mehrfach behinderte Kinder
- Kinder mit genetischen Erkrankungen wie Down-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom u. a.
- Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oft als Folge einer Behinderung
- Kinder mit Teilleistungsstörungen
- Kinder mit Wahrnehmungsproblemen
- hyperaktive Kinder
- autistische Kinder
- Kinder mit emotionalen Entwicklungsstörungen, z. B. in der Interaktion und Kommunikation
- sozial benachteiligte Kinder nach Trennung, Scheidung etc.
- Kinder nach Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Gewalt u. ä.

2.1.8.6 Heilpädagogische Behandlungsmethoden

In der heilpädagogischen Therapie werden u. a. folgende Methoden eingesetzt und oft miteinander kombiniert:

- Heilpädagogische Übungsbehandlung
- Heilpädagogische Spieltherapie
- Heilpädagogisches Gestalten und Werken
- Heilpädagogische Rhythmik
- Psychomotorik nach Kiphard
- Methoden zur Wahrnehmungsförderung, z. B. nach Frostig
- Sensorische Integrationsbehandlung nach Ayres
- Körperorientierte Therapien, z. B. basale Stimulation und Kommunikation, Entspannungsübungen

Therapien nach ergänzenden Ausbildungen in psychotherapeutischen oder anderen Therapieverfahren, u. a.:

- Familientherapie
- Gestalttherapie
- Verhaltenstherapie
- Montessori-Therapie
- Musiktherapie

Literatur:

- *Fengler J., Jansen G. (1999): Handbuch der heilpädagogischen Psychologie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart*
- *Oy C. M. von, Sagi A. (1997): Lehrbuch der Heilpädagogischen Übungsbehandlung. Hilfe für das geistig behinderte Kind. Edition Schindele, Heidelberg*
- *Schmuzler H. J. (1999): Heilpädagogisches Grundwissen. Einführung in die Früherziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Herder Verlag, Freiburg – Basel – Wien*
- *Straßburg H. M., Dacheneder W., Kreß W. (2000): Entwicklungsstörungen bei Kindern. Grundlagen der interdisziplinären Betreuung. Gustav Fischer Verlag, München*
- *Zimmermann A. (2000): Ganzheitliche Wahrnehmungsförderung bei Kindern mit Entwicklungsproblemen. Verlag Modernes Lernen, Dortmund*