

Färber, Hans-Peter und Liebenow, Hermann

Integratives Betreuungskonzept für impulsiv- koordinationsschwache Kinder

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 10, S. 375-380

urn:nbn:de:bsz-psydok-35243

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child)	265
KISCHKEL, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities)	254
SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children)	250
VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Streß und Streßbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction)	260

Erziehungsberatung

BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers)	222
HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services)	55

Familientherapie

KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family)	293
V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives)	368

Forschungsergebnisse

BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Streß im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment)	204
BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients)	322
BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children)	134
HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children)	78

HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project)	61
HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions)	90
LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit)	138
MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family)	184
REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents)	96
SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions)	85

Jugendhilfe

SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogic, Counseling and Organisation)	171
---	-----

Praxisberichte

BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents)	177
FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome)	375
ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center)	284

Psychotherapie

ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule)	298
--	-----

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulietherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Aus der Beratungsstelle für Jugend- und Erziehungsfragen des Landkreises Reutlingen in Münsingen

Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationsschwache Kinder

Von Hans-Peter Färber und Hermann Liebenow

Zusammenfassung

In Erziehungsberatungsstellen werden häufig Kinder mit den Verhaltensauffälligkeiten, die als Symptome des diskutierten MCD-Syndroms gelten, vorgestellt. Ihnen soll Hilfe, ihren Eltern und Bezugspersonen Beratung geboten werden. Wir stellen hier die typischen Elemente unseres integrierten Betreuungskonzeptes für Grundschüler vor.

1 Problematik

Aufgrund der Ähnlichkeiten in der Symptomatik, bei der Gruppenzusammenstellung und -durchführung sowie in der Therapieevaluation klassifizieren wir eine Gruppe von Kindern, die zur Erziehungsberatung vorgestellt werden, phänotypisch als ‚impulsiv-koordinations-

schwache Kinder‘. „Das Syndrom soll das variabel Auftretende in eine wiedererkennbare Form fassen“ (LEMP 1988, S.32). Wir wollen damit nicht zur ätiologischen Diskussion beitragen, sondern mittels dieser ‚Förderdiagnose‘ (NEUHÄUSER 1980) Handlungs- und Reflexionsfähigkeit für die Praxis erhalten.

Besondere Aufmerksamkeit widmen wir, über die üblicherweise genannten Auffälligkeiten hinaus, den sekundären Problemen (vgl. BAUER 1986, S.39 ff., 67 ff., 87; RUF-BÄCHTIGER 1987, S.80 ff.).

Das Kind erkennt mit seiner hohen emotionalen Empfindsamkeit seine soziale und emotionale Situation genau und leidet unter seinen Selbstbeobachtungen und den (identitätsbildenden) Rückmeldungen aus der sozialen Umwelt sehr (was Kindergarten- und Schulkinder in Szeno-Gestaltungen deutlich ausdrücken).

Wo die soziale Rangfolge eindeutig ist (z. B. durch große Altersunterschiede), entstehen längere Interaktionssequenzen. Ansonsten ‚wählt‘ das impulsiv-koordinationsschwache Kind bevorzugt auffällige und zumeist störende Verhaltensweisen, um allgemeine Kooperations-/Anpassungsanforderungen an die anderen Kinder zu delegieren (z. B. als ‚Klassenclown‘, der mit seinen Escapaden die Lacher kurzfristig hinter sich bringt).

Interaktionsprobleme mit Eltern und Bezugspersonen betreffen mit zunehmendem Alter besonders die ‚Disziplin‘ und werden durch *wechselseitige* Enttäuschungen aufrechterhaltend genährt. In Anforderungssituationen gelingt es dem impulsiv-koordinationsschwachen Kind besonders gut, sich selbst und die Erwachsenen vom ursprünglichen Problem zu einer anderen Fragestellung zu ‚verführen‘. Alle Partner fühlen sich ‚genervt‘. Da das meist insgesamt durchschnittlich begabte Kind seine Leistungsprobleme selbst spürt und nur zu häufig abfällig darauf aufmerksam gemacht wurde, versucht es, Leistungen zu vermeiden (z. B. durch Clownerien vom Thema abzulenken), vorzutäuschen (z. B. durch Auswendig-Lesen) oder zu verweigern (z. B. durch ‚Trotz‘).

Über die Jahre hat das Kind dann gelernt, Aufforderungen zu ignorieren und auch wie man Eltern optimal ablenkt. Dabei wurde jedes Mal *nicht* gelernt, einen augenblicklichen Impuls zu bewältigen. Frustrationstoleranz wurde kaum ausgebildet. So bauen sich durch Übungsmangel sekundär mit der Zeit wesentli-

che Rückstände in der Fähigkeit zu emotionaler Bewältigung und im gesamten Verhaltensrepertoire auf. Ein großes Risiko ist nun, daß die Kinder in ihrer Leistungsfähigkeit von der Umwelt überfordert werden und in Teufelskreise und Aufschaukelungseffekte geraten können, die nicht selten zu ernststen und hartnäckigen Verhaltensauffälligkeiten, ja zur Delinquenz führen können: Überforderung führt zu Vermeidungsverhalten. Von Seiten der Umwelt, d. h. vor allem der Eltern, Lehrer und Erzieher wird dies als mangelnder ‚guter Wille‘ und als ‚Leistungsverweigerung‘ interpretiert. Das Kind gerät folglich immer mehr unter Druck, macht sich nicht selten die negative Fremdbewertung zu eigen und entwickelt ein negatives Körper- und Selbstkonzept. Gelingt es hier frühzeitig zu intervenieren, helfen häufig schon einfache Funktionsübungen mit Motivationsaufbau. Effektiver sind jedoch Übungsbehandlungen der zugrundeliegenden Teilleistungsschwächen bei gleichzeitiger psychischer Stabilisierung des Kindes.

Gelingt es nicht, die Teufelskreise zu durchbrechen, vergrößern sich die Probleme. Auch Spielkameraden reagieren dann häufig und sanktionieren das betroffene Kind, – Isolation droht.

Ergänzt um spezielle Fördertherapien ist somit ein mehrzүgiges Betreuungskonzept angezeigt (GRÜNEBERG/REMSCHMIDT 1984).

2 Dreizүgiges Betreuungskonzept

ELTERN und ggf. BEZUGSPERSONEN	KIND	ergänzende THERAPIEN/MASSNAHMEN
Selbstmeldung oder Empfehlung, z. B. von KiTa, Schule, Medizin		
ERSTKONTAKT je nach Wunsch mit Eltern, Mutter, Familie.		
ANAMNESE, Erziehungs-EINSTELLUNGEN und ERFAHRUNGEN	TESTUNG, z. B. mit KTK, Frostig, Raven CPM, HAWIK-R, mehreren SCENOs	ggf. spezielle Diagnostik oder Weiterempfehlung, z. B. an Kinderneurologie, Urologie, Logopädie
BERATUNG, mögl. von Eltern und Kind, ggf. mit weiteren Bezugspersonen, mit Empfehlungen oder gemeinsamer Therapieplanung.		
EINSTELLUNGSARBEIT z. ruhig-konsequentem Erziehungsverhalten	SCENO-Therapie für pos. Selbstbild und soz. Verständnis	
BERATUNG, möglichst von Eltern und Kind, ggf. mit weiteren Bezugspersonen, mit Bilanzierung oder weiterer Therapieplanung		in KOOPERATION oder im Hause:
begleitendes ELTERN/ MÜTTERSEMINAR ‚ruhig-konsequentes Erziehungsverhalten‘	PSYCHOMOTORISCHE ÜBUNGSBEHANDLUNG	FÖRDERTHERAPIE v. Teilleistungsschwächen, ANLEITUNG v. z. B. Hausaufgaben, Rollenspiel, etc.
(abschließende) BERATUNG, mögl. von Eltern und Kind, ggf. mit weiteren Bezugspersonen, mit Bilanzierung/ weiterer Therapieplanung		
NACH-BERATUNGEN (ggf. über Jahre)	ggf. 2. Gruppenphase	ggf. Fortsetzung der Fördertherapie/Anleitungen

Abbildung 1: Schematische Darstellung des dreizүgigen Betreuungskonzeptes

Wir gliedern unsere Betreuung in eine diagnostische und eine therapeutische Phase mit den jeweils drei Bezügen: (1) Eltern/Bezugspersonen, (2) Kind, (3) ergänzende Therapien und Maßnahmen. Dabei erfolgen bereits im diagnostischen Prozeß erste problemspezifische Ausrichtungen. Die Schematisierung (vgl. Abb.1) ist idealtypisch; in der Praxis verfließen die Phasen und Züge. Aber die bilanzierenden Beratungen strukturieren den Gesamtprozeß.

2.1 Diagnostische Phase

Erziehungsberaterische Diagnostik ist üblicherweise Summationsdiagnostik und geschieht meist in Kooperation mit anderen Fachkräften (vgl. BAUER 1986, S.79), hier selbstverständlich auch mit Medizinern.

2.1.1 Eltern und Bezugspersonen

Bereits die ausführliche Anamneseerhebung führt immer wieder zu den elterlichen Erziehungseinstellungen und -erfahrungen. Besonders imponieren hier die so anders erlebten Erfahrungen von Eltern mit ihrem vorgestellten Kind gegenüber Erfahrungen mit den Geschwistern. Üblicherweise haben sich die Eltern schon wiederholt selbst zutiefst in Frage gestellt, sich immer wieder auf Gleichbehandlung wie bei den Geschwistern verpflichtet, Rat in ihrer Umgebung gesucht. Dennoch fühlen sie sich überfordert, hilflos, festgefahren. Nun erwarten sie alles Denkbare, von Diätplänen über Festhaltetherapie bis Schulkritik.

Nach (möglichst elterlicher) Rücksprache mit Erziehern/Lehrern und (Kinder-)Arzt ist es Aufgabe der Beratungsstelle, Eltern, Kind und Bezugspersonen eine nicht-stigmatisierende Hilfe für den Alltag zu geben.

2.1.2 Kind

Besonders motodiagnostische Auffälligkeiten gelten als Symptome einer postulierten ‚MCD‘ und sind auch für uns zunächst klassifikationsleitend (vgl. KIPHARD 1983, Teil II, S.171). Erhebliche Schwankungen der Untertestwerte in Leistungstests, z.B. im HAWIK-R oder PET, lassen einerseits auf Teilleistungsschwächen schließen und machen andererseits verständlich, daß Eltern verunsichert sind und behaupten: „Wenn er will, kann er.“

2.1.3 Ergänzende Therapien und Maßnahmen

Schon während der diagnostischen Anfangsphase können spezielle Prüfungen und Übungen (z.B. zu einer Lese-/Rechtschreibschwäche) und Rückfragen oder Weitervermittlungen (z.B. an Fachärzte) sinnvoll sein. Diese Maßnahmen haben aber eine Eigendynamik, sodaß sie nur bedingt in den allgemeinen Betreuungsprozeß eingepplant werden können.

Die Testdiagnostik von Teilleistungen hat das Problem, daß stets verschiedene und komplexe (intramodale, intermodale, serielle) Verarbeitungsmechanismen betei-

ligt sind. Ferner kann eine Leistungsschwäche (z.B. der Umsetzung von Graphemen wie „eu, ei“ in Phoneme) mehrfach bedingt sein, (z.B. durch eine Artikulationsstörung, eine visuelle Gliederungsschwäche oder Versagensangst, vgl. GRAICHEN 1986).

Daher empfiehlt sich *einerseits* eine summarische Hypothesenbildung anhand aller Testleistungen und des Testverhaltens sowie *andererseits* der Verzicht auf eine zu differenzierte pädagogisch-therapeutische Planung. Es gibt eben keine generelle Therapie für alle Teilleistungsschwächen (BAUER 1986, S.135).

Die von SCHLOTTKE und ROTH (1989) entwickelte Interventionsperspektive, daß Kinder auch über angeleitet erlernte kognitiv-behaviorale Selbstinstruktionen ihre Aufmerksamkeit und ihr Aktivierungsniveau kontrollieren könnten, legt eine Ergänzung des beschriebenen Konzeptes nahe.

2.1.4 Beratung

Dabei ist es sehr wichtig, die Schlußfolgerungen aus Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Testdiagnostik und Rücksprachen wirklich *mit* den Bezugspersonen zu erarbeiten und so die Ableitung des Therapiekonzepts vorzubereiten (BAUER 1986, S.121). Transparenz und Überzeugtheit sind die Voraussetzungen eines tragfähigen Arbeitsbündnisses für eine Hilfe zu ausdauernder Selbsthilfe.

2.2 Therapeutische Phase

Ziel unserer Interventionen ist es zunächst, die komplexen und häufig zirkulär aufrechterhaltenden Bedingungsabläufe zu unterbrechen und die (Sub-)Systeme zur Umorganisation zu veranlassen (KILIAN 1989). Die entscheidende – aber nur selten ausreichende – Interventionsphase ist dann die Erarbeitung einer auf Ruhe, Konsequenz und Wirksamkeit ausgerichteten Erziehungseinstellung der Eltern/Bezugspersonen sowie der gleichzeitige Gewinn eines positiven Selbstbildes und sozialen Verständnisses beim Kind. Voraussetzung dafür ist, daß die Eltern und Bezugspersonen von Schuldgefühlen entlastet sind, gegenseitige Schuldzuweisungen überwunden haben und das Betreuungskonzept aktiv und vertrauensvoll tragen. Ergänzende Gruppenarbeit mit den Eltern und mit den Kindern kann die zunächst in Einzelarbeit erreichten Veränderungen weiter ausformen, generalisieren und stabilisieren.

2.2.1 Eltern und Bezugspersonen

Leitgedanke der Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen ist es, die bisherigen wirkungslosen Strafen und Tadel durch eine ruhig-konsequente Förderung und Steuerung in einer optimistischen Grundhaltung (GRISSEMAN 1986, S.149; MANUZZA 1988) zu ersetzen. Mit verhaltens-theoretischen Interaktionsanalysen (an der Tafel) (vgl. INNERHOFER 1977) können die anfänglichen Elternwünsche nach konkreten Erziehungshilfen (BAUER 1986, S.

121) gut aufgenommen werden. Die Elternarbeit kann nicht flexibel genug sein, um alle Möglichkeiten zur Verbesserung von Umfeldvariablen aufgreifen zu können (WHALEN et al. 1986). Insgesamt aber müssen ausführliche Gespräche und Selbsterfahrungen im Vordergrund stehen.

Im Elternseminar ‚Ruhig-konsequentes Erziehungsverhalten‘ diskutieren und erlernen Eltern die folgenden Grundregeln:

- Immer nur *Eines*, – das aber richtig!
- Heute, hier und *jetzt*, – nicht morgen, vielleicht und sowieso.
- Nichts neues, bevor das alte fertig *und* weggeräumt ist.
- Entweder – oder; – aber nur *gute Alternativen* zählen.
- Beim 2. *Mal* muß es klappen!
- Für Fehler gilt: *Wiedergutmachung*.
- Auf das *Mühegeben* kommt es an, – nicht auf's Ergebnis.
- Und die Grundeinstellung: „*Wir schaffen das schon!*“

Etlichen Familien helfen auch Gewohnheiten (1., 2., 3., ...) oder Sprichwörter (z. B. ‚Was Du heute kannst besorgen, ...‘). Strafe kann sein: Wiedergutmachung plus etwas mehr als Strafteil. Über allem aber steht die Erfahrung, daß die Ermunterung zu ruhiger Konsequenz vor allem eine Forderung an das eigene elterliche Alltagsverhalten ist.

Während des Elternseminars kann Einzelarbeit erforderlich bleiben: Die allmählichen Veränderungen bewirken bald auch unerwartete Wandlungen der Persönlichkeiten und Beziehungen. Wird die Ermunterung zu ruhig-konsequenter Erziehung als Aufforderung zu autoritärem Verhalten mißverstanden, helfen Selbsterfahrungen, die Tradierung der autoritären Anteile zu überwinden. Besondere Aufmerksamkeit ist darauf zu richten, daß die Gruppenkohäsion des Seminars nicht indirekt die Stigmatisierung der Kinder durch ihre Eltern verstärkt (PADAN u. EHLERS 1986).

2.2.2 Kind

2.2.2.1 Sceno-Therapie

Wie unser ganzes Betreuungskonzept, ist auch die Sceno-Arbeit mit dem Kind lediglich *eine* der therapeutischen Möglichkeiten. In der Phase der Einzelarbeit bekommen Mutter/Eltern und Kind je eigene Stunden (nacheinander); anschließend können sie noch zusammenkommen und einander berichten, wenn sie dies wünschen. Dieses Setting bringt beiden individuelle Wertschätzung entgegen und ermöglicht dennoch auch solidarische Anteilnahme und Neubeginn.

Die Szenen, die impulsiv-koordinationsschwache Kinder in der diagnostischen Phase frei gestalten, wirken zu meist entweder überfüllt oder thematisch aggressiv auf Geltung/Macht ausgerichtet.

Übervolle Gestaltungen beziehen so viele Menschen, Tiere, Pflanzen und Gegenstände ein, wie das Kind fein-

motorisch unterbringen kann. Die Begrenzung der Sceno-Fläche wird übergangen. Zwar mag das Kind ein Gesamtthema angeben, doch wirken die Szenen interaktionsarm. Die Protagonisten sind nicht direkt erkennbar. Ältere Kinder mit massiven Sozialproblemen meiden bisweilen auch alle Personen.

In den thematisch geprägten Gestaltungen sind meist einerseits die expansiv-aggressiven Symbolfiguren prominent eingebracht, andererseits imponieren die Märchenfiguren und die mit viel feinmotorischer Mühe aufgestellten Blümchen und Kleinteile.

Ziel einer Sceno-Therapie ist die Gestaltung alltagsnaher Szenen mit Identifikation, Empathie und Abgrenzung in altersgemäßen Rollenspielen. Wenn die Gestaltungen dann auch wieder ein positives Selbstbild und ein angemessenes soziales und Regelverständnis spiegeln, kann die Kindertherapie vom symbolischen Spiel zur realen Gruppenerfahrung fortschreiten. Erscheinen die bisherigen Lern- und Beziehungserfahrungen der Einzelarbeit vielleicht auch als vorerst ausreichend, sollte eine spätere Weiterarbeit noch keinesfalls ausgeschlossen werden.

2.2.2.2 Psychomotorische Übungsbehandlung

Während ganzheitliche Aktivitätstherapien mit ihrer Ausrichtung auf Bewegung, Aktivitätskontrolle, Persönlichkeitsbildung und soziale Anpassung als am wirksamsten gelten, wird Krankengymnastik als weniger wirksam angesehen (BAUER 1986, S.141). Dies könnte auch mit daran liegen, daß die funktionsorientierte Krankengymnastik mit ihrem übenden Charakter nicht selten „Stigmatisierung durch Behandlungsbedürftigkeit“ (vgl. v. LÜPKE 1985) bedeutet, und daß für einen erfolgreichen therapeutischen Zugang ausschlaggebend ist, ein Kind in seiner Gesamtheit zu sehen.

Psychomotorische Förderung unterstützt den gesamten Entwicklungsprozeß des Kindes über die Förderung der Motorik, die als ‚Gesamt aus Bewegen, Wahrnehmen, Erleben und Handeln‘ verstanden wird. Wahrnehmung und Bewegung sind untrennbar miteinander verbunden. Schwächen in einzelnen Bereichen der Wahrnehmung wirken sich auf Differenzierung und Generalisierung von Bewegungsmustern aus, wie auch umgekehrt. Soziale Umgebung, psychische Situation, unterschiedliche Temperamente und die motorische Entwicklung bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. Auch dürfte die Entwicklung des kindlichen Identitätsgefühls stark vom Erleben der eigenen psychomotorischen Verhaltens- und Leistungsbereiche geprägt sein, – wie auch umgekehrt. Insofern ist der Begriff „Psychomotorik“ Ausdruck einer zirkulären Sichtweise (vgl. v. LÜPKE 1985).

Ich-Identität entwickelt sich über das Körper-Ich, über die Identifikation mit dem eigenen Körper. Ein positives Gefühl zum eigenen Körper, wie auch zu den eigenen motorischen Fähigkeiten, ist somit *Voraussetzung*, auch Schwächen und Probleme zu akzeptieren und zu ‚bearbeiten‘:

„Psychomotorisch‘ bedeutet, daß der jeweilige Bewegungsvorgang, die Bewegungsübung unter starkem inneren Erlebnis, unter Gefühlsbeteiligung vor sich geht, aber gleichzeitig auch von Denkvollzügen, von geistigem Erfahrungssammeln begleitet ist“ (KIPHARD 1983, Teil I, S. 115). „Das Anfangsziel einer psychomotorischen Therapie bei Kindern ist es, zunächst die motorischen Frustrationen und die vielen negativen Vorerfahrungen im Bewegungsbereich durch lustbetonte und persönlich erfolgreiche Bewegungs- und Sozialerfahrungen zu ersetzen. Vorerst werden deshalb nur die Stärken des Kindes genutzt, wobei die erkennbare Leistungssteigerung Ansporn für weiteres Bemühen ist. Hier werden erst allmählich, und für das Kind möglichst unmerklich, auch seine ‚Schwachstellen‘, d.h. individuell vorhandene funktionelle Defizite und Störungen der Wahrnehmung und Bewegung durch differenzierte Übungsangebote therapiert“ (KIPHARD, 1983, S. 123f.).

Lustvolle Bewegungs- und Sozialerfahrungen sind nur in einer entspannten, sicheren Atmosphäre möglich. Die Lernumgebung und die Beziehung zum Therapeuten sind in der psychomotorischen Übungsbehandlung von großer Bedeutung. Konkurrenz- und leistungsdruckfreie Situationen, wie auch motivierende Spiel- und Übungsangebote, tragen dazu bei, daß die Kinder sich schnell angenommen und wohl fühlen. Auf dieser Grundlage ist es dann möglich, Schwierigkeiten anzugehen und möglicherweise ‚aus dem Weg zu räumen‘. Psychomotorische Übungsgeräte sind wichtig. In handlungsorientierten Situationen bestimmen die Kinder in zunehmendem Maße selbst, was mit welchen Geräten am besten gemacht werden kann. Die Geräte erfüllen dabei verschiedene Funktionen, die nicht voneinander getrennt werden können (vgl. FRITZ 1987). So ist z.B. das Rollbrett ein Gerät, das gezielt zur Tonussteigerung einsetzbar ist (vgl. AYRES 1984, S. 104), das aber zugleich z.B. im Taxi-Spiel mit anderen Kindern eine soziale Funktion hat, oder als Ausdruck eigener Wut gegen die Wand geschleudert werden kann.

Die jeweiligen Situationen genau zu beobachten, ihren symbolischen Gehalt zu erfassen, Lernmöglichkeiten abzuschätzen, und eventuell die Situation schnell zu ändern, ist die Aufgabe des Therapeuten. Der Therapeut ist zugleich Organisator, Strukturierer, Spielpartner, Sicherheit gebende Person und teilnehmender Beobachter (vgl. auch FRANKE 1990). Die Therapiestunden sind ein ständiger förderdiagnostischer Prozeß. In den Stunden auftauchende Schwierigkeiten (z.B. aggressive oder destruktive Verhaltensweisen) werden aufgegriffen; Alternativen sollen gefunden werden. Dies kann verbal, aktional in der ganzen Gruppe, mit Hilfe von körperlicher Intervention oder auch in konstruktiver Umstrukturierung des Spielinhalts erfolgen. Mit ruhig-konsequentem Verhalten sind wir selbst Modell für ähnliche Problemsituationen, die Zuhause auftreten können.

2.2.3 Ergänzende Therapien und Maßnahmen

Die in Einzelfällen indizierten spezifische Fördertherapien (vgl. GRISSEMAN 1986) finden wie üblich in Einzelstunden, über eine angeleitete Bezugsperson oder in Kooperation mit externen Fachkräften statt. Wichtiger

als die ausdrücklichen erscheinen uns dabei die *impliziten Einflüsse*:

- ein Arbeitsklima mit Zeit, Ruhe und Raum;
- eindeutige Regeln und Erfolgskriterien;
- eine Aufteilung in definierte kurze Aufgabenblöcke;
- die Eigenarbeit (es geht um Aufgaben des Kindes);
- die Anleitung zu Selbstinstruktionen;
- intermittierende Verstärkung durch Lob, Ermunterung, Förderung;
- Hinweise für Verbesserungen statt Strafen („Wiedergutmachung“);
- sowie eine ausdrückliche Motivationsorientierung, d.h.: „Nicht auf's Ergebnis kommt es an, sondern auf's Sich-Mühe-Geben.“

Häufig wünschen Eltern von uns, daß wir sie in Konzentrationsübungen anleiten. Effektiver scheint jedoch die videogestützte Anleitung zu selbstständigkeitsfördernder Hausaufgaben-Begleitung.

In Lehrerberatungen bringen wir das Konzept des ‚strukturierten Unterrichts‘ ein (vgl. BAUER 1986, S. 128; GRISSEMAN 1986).

Der Transfer auf Realsituationen kann sehr erleichtert werden. Beispielsweise kann eine neu erworbene psychomotorische Fähigkeit zunächst ins offene Kinderturnen oder ins Voltigieren überführt werden. Oder soll beispielsweise das soziale Verständnis gefördert werden, kann, ausgehend von Bildgeschichten über symbolische Sceno-Gestaltungen, zur realen Gruppeninteraktion fortgeschritten werden, um abschließend mit Gesprächen den Transfer auf das vielfältige Familien-, Schul- und Spielleben zu festigen.

3 Rahmenbedingungen

Nach nunmehr fünf Gruppen-/Seminar-Durchgängen mit jeweils 5 Kindern und etwa 15 Terminen liegen uns nur positive Rückmeldungen von Eltern und Bezugspersonen (zumeist Lehrer/innen und Ärzt/innen) vor. Für etwa 1/4 der bisher in diesem Konzept betreuten Kinder empfehlen wir eine Wiederholung der psychomotorischen Übungsbehandlung. Das Eltern-/Mütterseminar wurde in diesen Fällen nicht wiederholt; statt dessen boten wir Einzelberatungen an. Voraussetzung für dieses Betreuungskonzept ist in unserem Falle eine enge persönliche und institutionelle Kooperation, da der Motologe nicht an der Erziehungsberatungsstelle, sondern bei einer Behinderteneinrichtung angestellt ist.

Summary

An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome

There are many children in child guidance showing those behavior problems which are said to be symptoms of the discussed MBD-syndrome. They should get help, their parents should get advise. Here we present the typical elements of our combined therapeutic strategy, which we practise with pupils of primary schools.

Literatur

- AYRES, A.J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer. – BAUER, A. (1986): Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter. Berlin: Springer. – ESSER, G./SCHMIDT, M. (1987): Minimale cerebrale Dysfunktion – Leerformel oder Syndrom? Stuttgart: Enke. – FRANKE, U. (1990): Theraplay – eine direktive kommunikative Spieltherapie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 39, 12–17. – FRITZ, A. (1987): Förderprogramm für Kinder mit einer Minimalen Cerebralen Dysfunktion. Motorik, 10, 56–66. – GRAICHEN, J. (1986): Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen. Die Sprachheilarbeit 31, 60–74. – GRISSEMANN, H. (1986): Hyperaktive Kinder. Bern: Huber. – GRÜNEBERG, B./REMSCHMIDT, H. (1984): Störungen der sozialen Wahrnehmung bei Kindern mit minimaler cerebraler Dysfunktion. Z.f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie 12, 33–52. – INNERHOFER, P. (1977): Beobachtung – Interaktionsanalyse – Verhaltensänderung. Berlin: Springer. – KILIAN, H. (1989): Eine systemische Betrachtung der Hyperaktivität. – Überlegungen und Fallbeispiele. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 38, 90–96. – KIPHARD, E.J. (1983): Mototherapie. Teile I u. II. Dortmund: Modernes lernen. – LEMPP, R. (1988): Ist die MCD tatsächlich nur eine Leerformel? Ein wissenschaftstheoretisches Problem. Z.f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie, 16, 31–36. – LÜPKE, H.v. (1985): Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 34, 210–218. MANUZZA, S. et al. (1988): Hyperactive Boys Almost Grown Up. Arch. Gen. Psychiatry 45, 13–18. – NEUHÄUSER, G. (1980): Das leicht hirngeschädigte Kind. Zur Problematik aus medizinischer Sicht. Motorik, 3, 39–50. – PADAN, J./EHLERS, K. (1986): Optimale Betreuung hyperkinetischer Kinder. Kinderarzt 7, 1065–1066. RUF-BÄCHTIGER, L. (1987): Das frühkindliche Psychoorganische Syndrom. Stuttgart: Thieme. – SCHLOTTKE, P.F. u. ROTH, N. (1989): Aufmerksamkeitsstörungen bei Schulkindern: Neuere Ergebnisse zur Klassifizierung/Diagnostik und pädagogisch-psychologische Interventionsperspektiven. Z.f. Psychol. 197, 151–170. – WHALEN, C.K./HENKER, B. (1986): Cognitive Behavior Therapy for Hyperactive Children: What Do We Know? Journal of Children in Contemporary Society, 19, (1–2), 123–141.
- Anschr. d. Verf.: Hans-Peter Färber, Tulpenstraße 7, 7404 Ofterdingen; Hermann Liebenow, Beratungsstelle, Alte Schloßstraße 3, 7420 Münsingen.