

Pädagogische Interventionsmöglichkeiten bei Entwicklungsauffälligkeiten

- ▶ Workshop Rostock 2013
- ▶ Dr. André Jacob

Pädagogische Interventionsmöglichkeiten bei Entwicklungsauffälligkeiten

Gliederung

- ▶ Beobachtungs- und Bewertungskriterien
- ▶ Psychische Beeinträchtigungen
 - Hinführung
 - Besondere Beeinträchtigungen
 - ... der exekutiven Funktionen am Beispiel des ADHS
 - ... der Mentalisierung am Beispiel der Bindungsstörungen
 - ... der Wahrnehmung
 - tiefgreifende Entwicklungsstörungen am Beispiel des Autismus
- ▶ Grundlagen der Gesprächsführung mit Eltern



Beobachtungs- und Bewertungskriterien:

» Die diagnostischen Einschätzskalen (DES)

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen
(DES). München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen



Barth, K. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES). München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen

Einsatzbereich:

Bei Kindern im letzten Kindergartenjahr vor der Einschulung bzw. zu Beginn des schulischen Erstunterrichts.

Das Verfahren:

Die DES wurden entwickelt, um Kinder im Übergangsfeld Kindergarten/Schule möglichst früh und gezielt fördern zu können. Sie sind ein "Screening-Verfahren", das insbes. Erzieherinnen Hilfestellung bei der Beurteilung des Entwicklungsstandes eines Kindes geben soll. Diese Einschätzung erlaubt auch eine fundierte und kompetente Elternberatung sowie eine Orientierung darüber, wann bestimmte weitere Fachdienste (Kinderärzte, neuropädiatrische Zentren, Beratungsstellen, Sprach-, Ergo-, Mototherapeuten usw.) zur genaueren diagnostischen Klärung der Entwicklungsauffälligkeiten eingeschaltet werden sollen. Im Sinne einer präventiven Diagnostik können anhand der Aufgabenbereiche der DES die Faktoren bzw. Prozesse erkannt werden, die die weitere Entwicklung des Kindes behindern oder verzögern, so dass rechtzeitig ein geeigneter Förderplan aufgestellt werden kann. Es werden insgesamt 28 Leistungen in den Bereichen Wahrnehmung, Motorik, Gedächtnis, kognitive, soziale und emotionale Arbeit erfasst.

Bearbeitungsdauer:

1½ bis 2 Stunden



Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen

	Definition und Bereiche
Lateralität	
Grobmotorik	
Feinmotorik	
Augenmuskelkontrolle	
Auditives Kurzzeitgedächtnis	
Taktile Wahrnehmung	
Kinästhetische Wahrnehmung	
Körperschema	
Gestalt-Form-Auffassung	
Phonologische Bewusstheit	
Mengenerfassung	
Phonematische Diskriminationsfähigkeit	
Optische Diskriminationsfähigkeit	
Visuelle Figur-Grund-Erfassung	

Diagnostische Einschätzskalen

	Definition, Bereiche
Lautbildungsfähigkeit	
Visuelles Gedächtnis	
Sprachgedächtnis	
Handlungsplanung	
Visuelles Operieren	
Kontaktfähigkeit	
Konfliktverhalten	
Eigensteuerung und Kooperation	
Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer	
Aufmerksamkeit gegenüber gesprochenem Wort	
Ausführung von Anweisungen an die Gruppe	
Gefühlsstabilität und emotionale Zuwendungsfähigkeit	
Flexibilität des Verhaltens	
Neugierverhalten	

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen

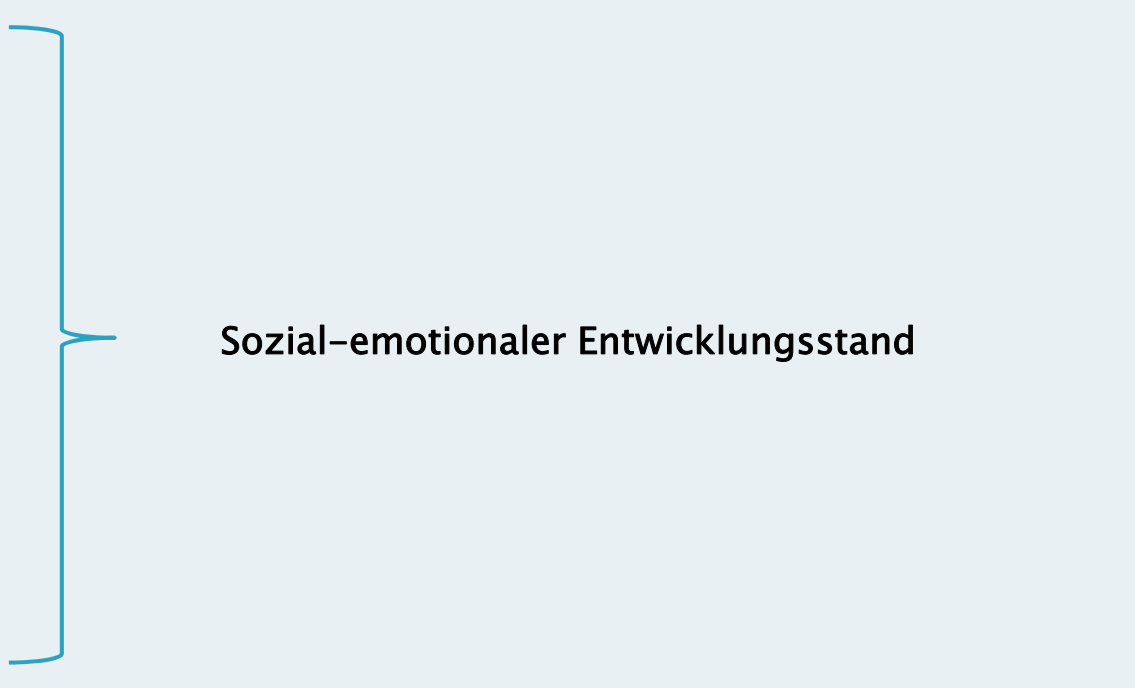
1. Beschreiben Sie bitte den Ihnen übergebenen diagnostischen Schwerpunkt bzw. Bereich kurz und knapp (Definition).
2. Überlegen Sie sich bitte eine Aufgabe an das Kind, mit dem Sie diesen Schwerpunkt, Bereich erfassen könnten (5jähriges Kind).

Diagnostische Einschätzskalen

	Definition und Bereiche
Lateralität	Hemisphärendominanz, Händigkeit
Grobmotorik	Gleichgewichtswahrnehmung, Körperkoordination
Feinmotorik	Finger- und Handgeschicklichkeit, visomotorische Koordination, Graphomotorik
Augenmuskelkontrolle	Fixieren, Ggst. im Kreisbogen führen, Wegen folgen
Auditives Kurzzeitgedächtnis	Rhythmus erfassen, Klatschrhythmus erfassen, Telefonnummern merken
Taktile Wahrnehmung	Berührungs-, Tastwahrnehmung (Punkte lokalisieren, Graphästhesie)
Kinästhetische Wahrnehmung	Muskel- und Bewegungswahrnehmung (Fingerdiff., Finger-Nase-versuch...)
Körperschema	Körperorientierung, Körperlage (Menschzeichnung, Körperteile...)
Gestalt-Form-Auffassung	Visuelles Gedächtnis, vis. Operieren
Phonologische Bewusstheit	Lautanalyse, Lautsynthese, Silbensegmentierung, Reimpaare erkennen
Mengenerfassung	
Phonematische Diskriminationsfähigkeit	Phonem. Differenzierung, Lautdifferenzierung
Optische Diskriminationsfähigkeit	visuelle Reizunterscheidung, vis. Aufmerksamkeitsspanne
Visuelle Figur-Grund-Erfassung	Vorder-Hintergrund-Unterscheidung

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen

	Definition, Bereiche
Lautbildungsfähigkeit	
Visuelles Gedächtnis	Symbolfolgegedächtnis
Sprachgedächtnis	Auditive Merkfähigkeit
Handlungsplanung	Zielbildung, Sequenzgedächtnis, Sprachverständnis
Visuelles Operieren	Reihenbildung, Größenzuordnung
Kontaktfähigkeit	 Sozial-emotionaler Entwicklungsstand
Konfliktverhalten	
Eigensteuerung und Kooperation	
Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer	
Aufmerksamkeit gegenüber gesprochenem Wort	
Ausführung von Anweisungen an die Gruppe	
Gefühlsstabilität und emotionale Zuwendungsfähigkeit	
Flexibilität des Verhaltens	
Neugierverhalten	

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen

	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils / teils	beein- trächtigt	stark beein- trächtigt
Lateralität					
Grobmotorik					
Feinmotorik					
Augenmuskelkontrolle					
Auditives Kurzzeitgedächtnis					
Taktile Wahrnehmung					
Kinästhetische Wahrnehmung					
Körperschema					
Gestalt-Form-Auffassung					
Phonologische Bewusstheit					
Mengenerfassung					
Phonematische Differenzierungsfähigkeit					
Optische Diskriminationsfähigkeit					
Visuelle Figur-Grund-Erfassung					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen

	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beein- trächtigt	stark beein- trächtigt
Lautbildungsfähigkeit					
Visuelles Gedächtnis					
Sprachgedächtnis					
Handlungsplanung					
Visuelles Operieren					
Kontaktfähigkeit					
Konfliktverhalten					
Eigensteuerung und Kooperation					
Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer					
Aufmerksamkeit gegenüber gesprochenem Wort					
Ausführung von Anweisungen an die Gruppe					
Gefühlsstabilität und emotionale Zuwendungsfähigkeit					
Flexibilität des Verhaltens					
Neugierverhalten					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Weitere Einschätzungsinstrumente:

Kiphard, E. J.: Wie weit ist ein Kind entwickelt?: Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung

Entwicklungstafel nach Kiphard

	A. OPTISCHE WAHRNEHMUNG	B. HANDGESCHICK	C. KÖRPERKONTROLLE
4 Jahre (48 Monate)	46. Puzzel aus 2 Teilen 47. Orientiert Detail zum Ganzen 48. Erkennt Junge und Mädchen 49. Findet 3 verschiedene Dinge 44. Ordnet Menge 2 optisch zu 43. Sortiert Autos und Tiere	46. Schneidet mit Schere 47. Knüpft auf und zu 48. Linie zwischen 2 Punkten 49. Knetet Kugel und Schlange 44. Schraubt, dreht Schraubel 43. Wäscht und trocknet Hände	46. Freitreppe auf, Fußwechsel 47. Sprung von Couch 48. 5 hintereinander Schlussprüge 49. 1 Hüpfen auf einem Bein 44. Jie Bahn 2 Sekunden balancieren 43. Geht mit Armbreitung
3 1/2 Jahre (42 Monate)	42. Orientiert sich draußen 41. Setzt 5 Formen ein 40. Räumt 5 Hochwürfel ein 39. Sortiert 3 Paar Löffel 38. Sortiert 3 Längen 37. Sortiert Grundfarben	42. Hält Stift mit Fingern 41. Zerschneidet Knete ab 40. Baut Turm aus 4 Würfeln 39. Wäscht 3 Beinen aus 38. Öffnet Zündschlüssel 37. Zieht Kleidung an	42. Freitreppe auf, Fußwechsel 41. Springt 20 cm weit, 5 cm hoch 40. Geht 3 m Stricken entlang 39. Trägt Wasserglas 3 m weit 38. Kickt Ballen aus der Luft 37. Führt Dreirad, Go-Kart
3 Jahre (36 Monate)	36. Unterscheidet 1 und viel 35. Erkennt Tätigkeit im Bild 34. Erkennt Orte wieder 33. Findet 2 verschiedene Dinge 32. Sortiert Tee- und Essstäbchen 31. Kennt seine Kleidung	36. Macht Rundformen 35. Gießt von Becher zu Becher 34. Falzt Papier 33. Holt Beinen mit Rechen 32. Reibt Perlen auf Draht 31. Steckt Kette ins Rohr	36. Selbstsprung von Treppe 35. Aussteigung über Stufen 34. Rennt 15 m ohne Hindernisse 33. Fußschussend, Augen zu 32. Freitreppe, nachgewetzt 31. Geht 3 m auf Zahnrad allein
2 1/2 Jahre (30 Monate)	30. Sortiert 2 Paar Löffel 29. Sortiert Löffel und Gabel 28. Kennt Nachbarn und Besuch 27. Ordnet 2 Formen zu 26. Ordnet 2 Farben zu 25. Ordnet 2 Größen zu	30. Baut Turm aus 4 Würfeln 29. Isst allein mit Löffel 28. Wirft Ball Oberkopf zu 27. Kippt Perle aus Flasche 26. Steckt Stock ins Rohr 25. Blätter Buchseiten um	30. Selbstsprung auf Boden 29. Geht 3 m auf Zahnrad 28. Führt Dreirad 27. Führt Dreirad 26. Führt Dreirad 25. Führt Dreirad
2 Jahre (24 Monate)	24. Ordnet 2 Dinge zum Bild 23. Zeigt Körperteil an Puppe 22. Findet austauschbare Dose 21. Steht bei Turmbau zu 20. Schließt Kopf als Nein 19. Ordnet Ding zum Ding	24. Zieht Kleidung aus 23. Kritzelt auf Papier 22. Tut Pörsche in Flasche 21. Öffnet Ratsverschluss 20. Baut Turm aus 2 Würfeln 19. Steckt Scheibe auf Stab	24. Zieht Kleidung an 23. Kritzelt auf Papier 22. Tut Pörsche in Flasche 21. Öffnet Ratsverschluss 20. Baut Turm aus 2 Würfeln 19. Steckt Scheibe auf Stab
1 1/2 Jahre (18 Monate)	18. Erkennt Personen vom weit 17. Belehrt gem Bildbuch 16. Betrachtet sich im Spiegel 15. Steht rollendem Ball nach 14. Kennt Eltern und Geschwister 13. Bevorzugt ein Spielzeug	18. Packt Eingeweidelas aus 17. Trinkt allein aus Tasse 16. Wirft Ding weg 15. Zeigt mit Zeigefinger 14. Räumt Dinge aus und ein 13. Schlägt Dinge aneinander	18. Packt Eingeweidelas aus 17. Trinkt allein aus Tasse 16. Wirft Ding weg 15. Zeigt mit Zeigefinger 14. Räumt Dinge aus und ein 13. Schlägt Dinge aneinander
1 Jahr (12 Monate)	12. Findet verdecktes Ding 11. Erkennt sein Fläschchen 10. Betrachtet seine Hände 9. Betrachtet Spiegelbild 8. Steht Hingewandern nach 7. Verfolgt gehende Personen	12. Daumen-Zeigefinger-Griff 11. Schließt Gegenstand 10. Belehrt, untersucht Dinge 9. Gibt Ding von Hand zu Hand 8. Nimmt 2 Dinge vom Tisch 7. Greift und lässt los	12. Daumen-Zeigefinger-Griff 11. Schließt Gegenstand 10. Belehrt, untersucht Dinge 9. Gibt Ding von Hand zu Hand 8. Nimmt 2 Dinge vom Tisch 7. Greift und lässt los
1/2 Jahr (6 Monate)	6. Richtet Augen parallel 5. Steht Pörsche auf Tisch 4. Betrachtet Ding in Hand 3. Steht Wegbewegung nach 2. Blickt ins Gesicht 1. Folgt bewegtem Objekt	6. Steckt Dinge in den Mund 5. Langt in Richtung Objekt 4. Spielt mit den Händchen 3. Zupft an seiner Kleidung 2. Armbreite- und Streckbewegung 1. Schließt Hand um Objekt	6. Steckt Dinge in den Mund 5. Langt in Richtung Objekt 4. Spielt mit den Händchen 3. Zupft an seiner Kleidung 2. Armbreite- und Streckbewegung 1. Schließt Hand um Objekt



Verlag Modernes Lernen; Auflage: 12. A. (2006)

The image shows two overlapping forms used for child development assessment. The top form is titled 'Erhebungsprotokoll' (Assessment Protocol) and the bottom form is titled 'Entwicklungsprofil' (Developmental Profile). Both forms include fields for child name, date, and assessor, and a large grid for recording developmental milestones across various domains like gross motor, fine motor, language, and social-emotional skills.

Erhebungsprotokoll

Kind: _____ Alter in Mon: _____
 Geschlecht: _____ Geb.datum: _____
 Betreuer: _____ Erheber: _____
 "Tut es" "Tut es teilweise" "Tut es nicht" "Wird nicht" "Auswertung"

Entwicklungsprofil

Kind: _____ Alter in Mon: _____
 Geschlecht: _____ Geb.datum: _____
 Betreuer: _____ Erheber: _____

Phasenreihe: 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

Umgangsbew. Körperpflege Sozial-Emotionale E. Spieltätigkeit Sprache Kognition Feinmotorik Grobmotorik

Prof. Dr. E. K. Heller & S. Heller, Freie Universität Berlin, Juli 2010

www.entwicklungstabelle.de



Weitere Einschätzungsinstrumente:

KOMPIK–Beobachtungsbogen

Kompetenzen und Interessen von Kindern

Mit KOMPIK können Sie die Entwicklung von Kita-Kindern im Alter von 3,5 bis 6 Jahren beobachten und dokumentieren.

KOMPIK stellt das einzelne Kind in den Mittelpunkt

Ein festes Raster mit Fragen und Antwortmöglichkeiten aus 11 Kompetenz- und

Interessensbereichen bildet ein strukturiertes

Verfahren zur Beobachtung und Einschätzung der Entwicklung des Kindes.

Die Beobachtung mit KOMPIK ist in den Kita-Alltag integriert, so wird das tatsächliche Verhalten der Kinder widergespiegelt



<http://www.keck-atlas.de/kompik.html>

Besondere
psychische Störungen und
Beeinträchtigungen der
Entwicklung
0 – 6

Was ist Entwicklung?



Psychische Beeinträchtigungen

BEGRIFFE

Entwicklung

Entwicklung verstehen wir als eine "richtungs- und zielbezogene zeitabhängige Veränderung, die wegen ihrer Gerichtetheit ihrem Wesen nach irreversibel ist. ...

Sie umfasst mindestens vier Komponenten, die sich in der Regel simultan verschränken und somit eine widerspruchsvolle dialektische Einheit bilden:

- Neubildung
- Stabilisierung
- Labilisierung und
- Elimination von Verhaltenssystemen".

(Schmidt, H.-D.: (1985) S. 221: Dialektische Aspekte der psychologischen Entwicklungstheorie in Z. Psychol. 3/85)



Psychische Beeinträchtigungen

Hinführung

- Begriffe „Norm“, „Krankheit“
- Das bio-psycho-soziale Vulnerabilitätsmodell
- Ebenen der Diagnostik
- Kriterien von Störung und Beeinträchtigung
- 3 theoretische Konzepte

Zum Normbegriff



Psychische Beeinträchtigungen

BEGRIFFE

Norm

bedeutet: Regel, Richtschnur, leitender Grundsatz, Vorschrift

Es gibt unterschiedliche Bedeutungen zu unterschiedlichen Zeiten

- statistischer Normbegriff: → kalkuliertes Risiko in einem Toleranzbereich
 - technischer Normbegriff:: → vereinheitlichter Maßstab (DIN-Norm)
 - psychologischer Normbegriff: → Bestimmung der Handlungsregulation von Menschen und von sozialen Gruppen
- Individualnormen
 - Gruppennormen
 - Schichtnormen
 - Systemnormen
 - allgemein menschliche Normen

Was ist Krankheit?



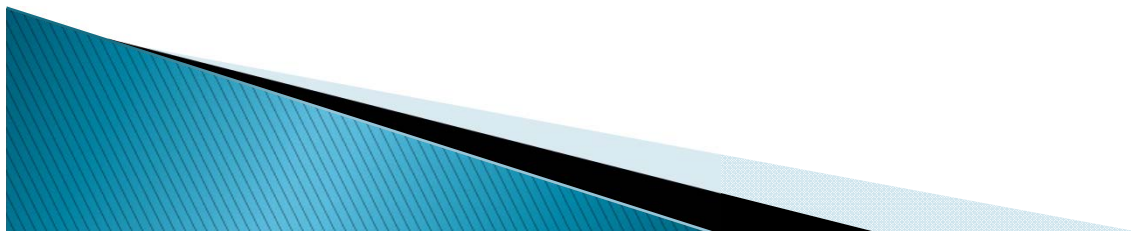
Psychische Beeinträchtigungen

BEGRIFFE

Krankheit

Definition

„Als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen (des Erlebens und Verhaltens – A. J.), der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“ (*Remschmidt 1988*)



Psychische Beeinträchtigungen

BEGRIFFE

Krankheit

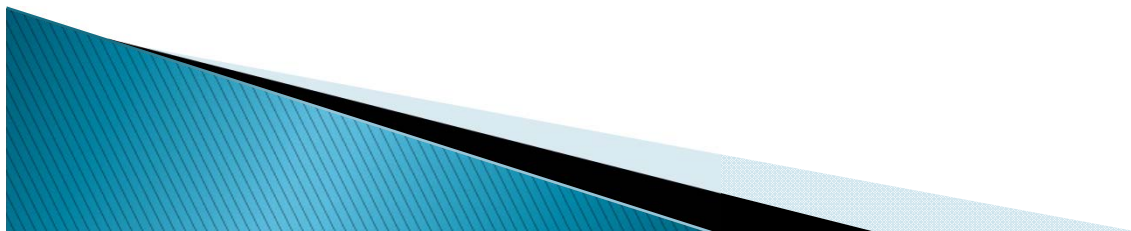
Definition

„Als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung bezeichnen wir einen Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen (des Erlebens und Verhaltens – A. J.), der durch Beginn, Verlauf und ggf. auch Ende eine zeitliche Dimension aufweist und ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen“ (*Remschmidt 1988*)

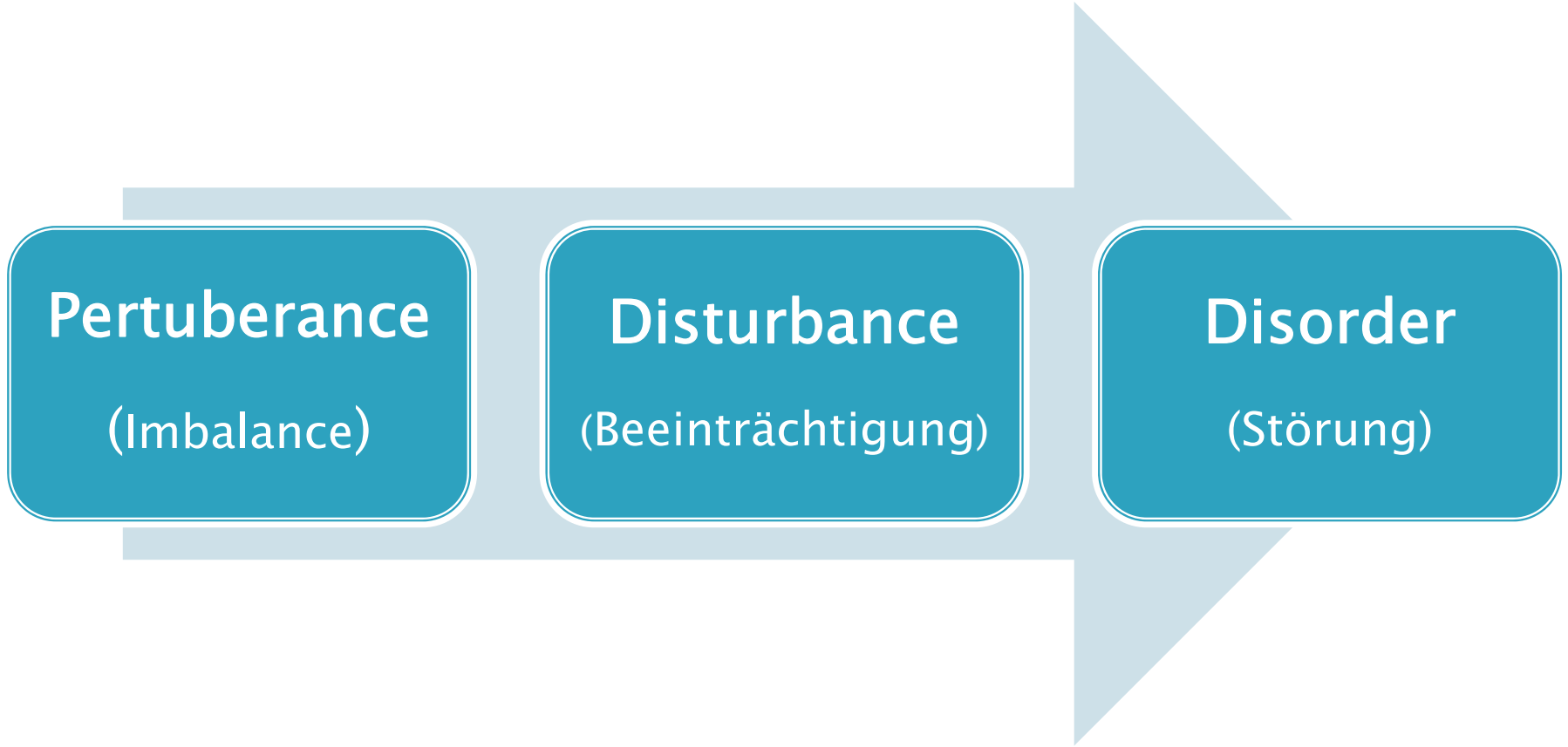
Probleme bei der Krankheitsdefinition bei Kindern und Jugendlichen:

- Entwicklungsdimension führt zu einer stärkeren Variabilität
 - hohe Geschwindigkeit der kindl. Entwicklung beeinflusst stark das Wechselspiel von pathogenen und protektiven Einflussfaktoren
 - andere Einsichtsfähigkeit von Kindern in die Symptomatik und in die Auswirkungen
- 

Beeinträchtigung und Störung



Beeinträchtigung und Störung

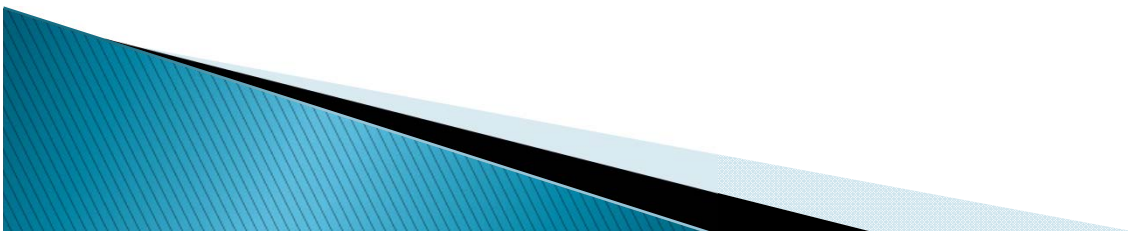


Perturbation
(Imbalance)

Disturbance
(Beeinträchtigung)

Disorder
(Störung)

Wie entwickeln sich Störungen?



Wie entwickeln sich Störungen?

Genetische Ausstattung

schwieriges Temperament

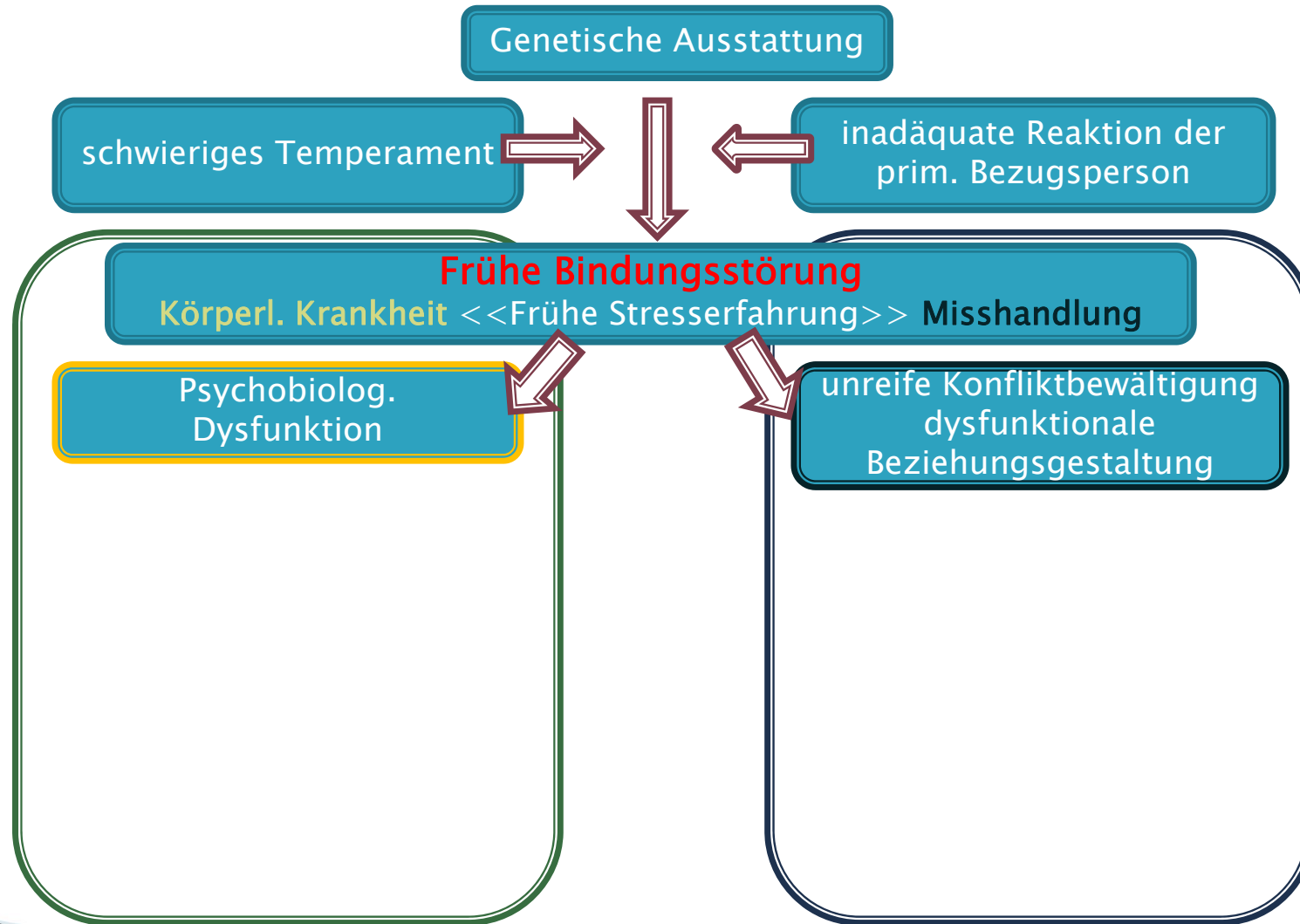
inadäquate Reaktion der
prim. Bezugsperson

Tiber Egle, U. (2005): Langzeitfolgen früher
Stresserfahrungen. In: Cierpka, M. (Hrsg.): S. 43

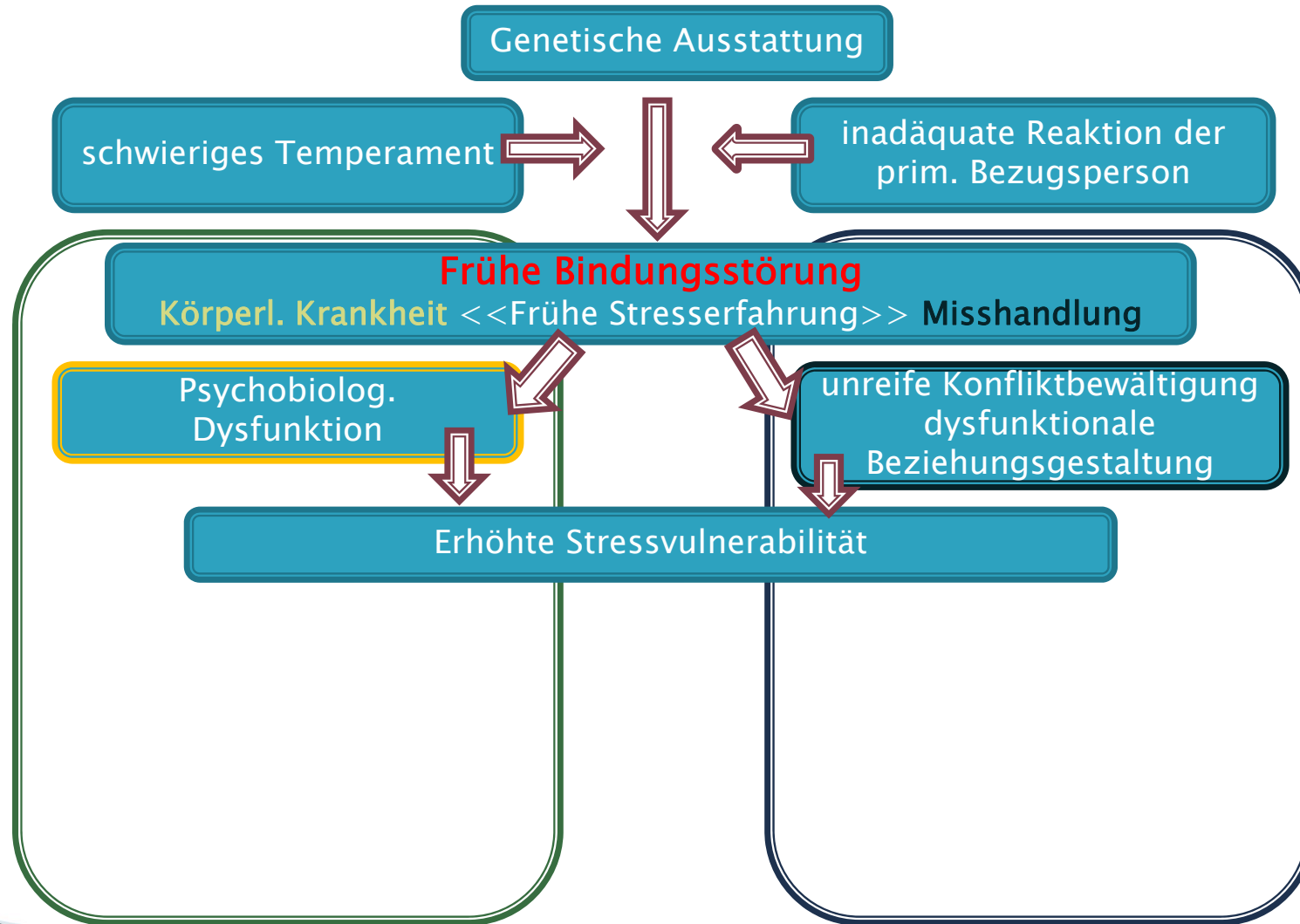
Wie entwickeln sich Störungen?



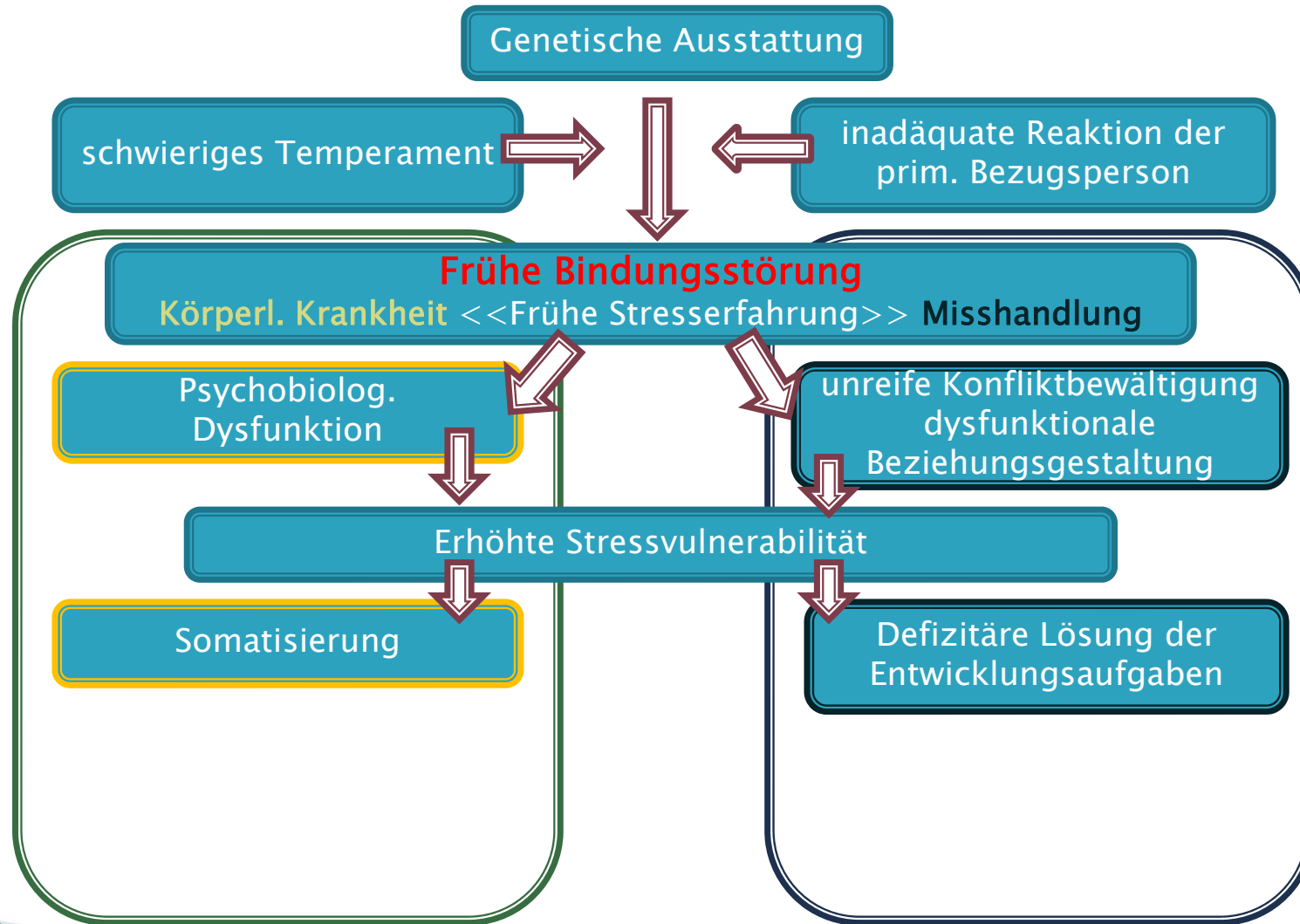
Wie entwickeln sich Störungen?



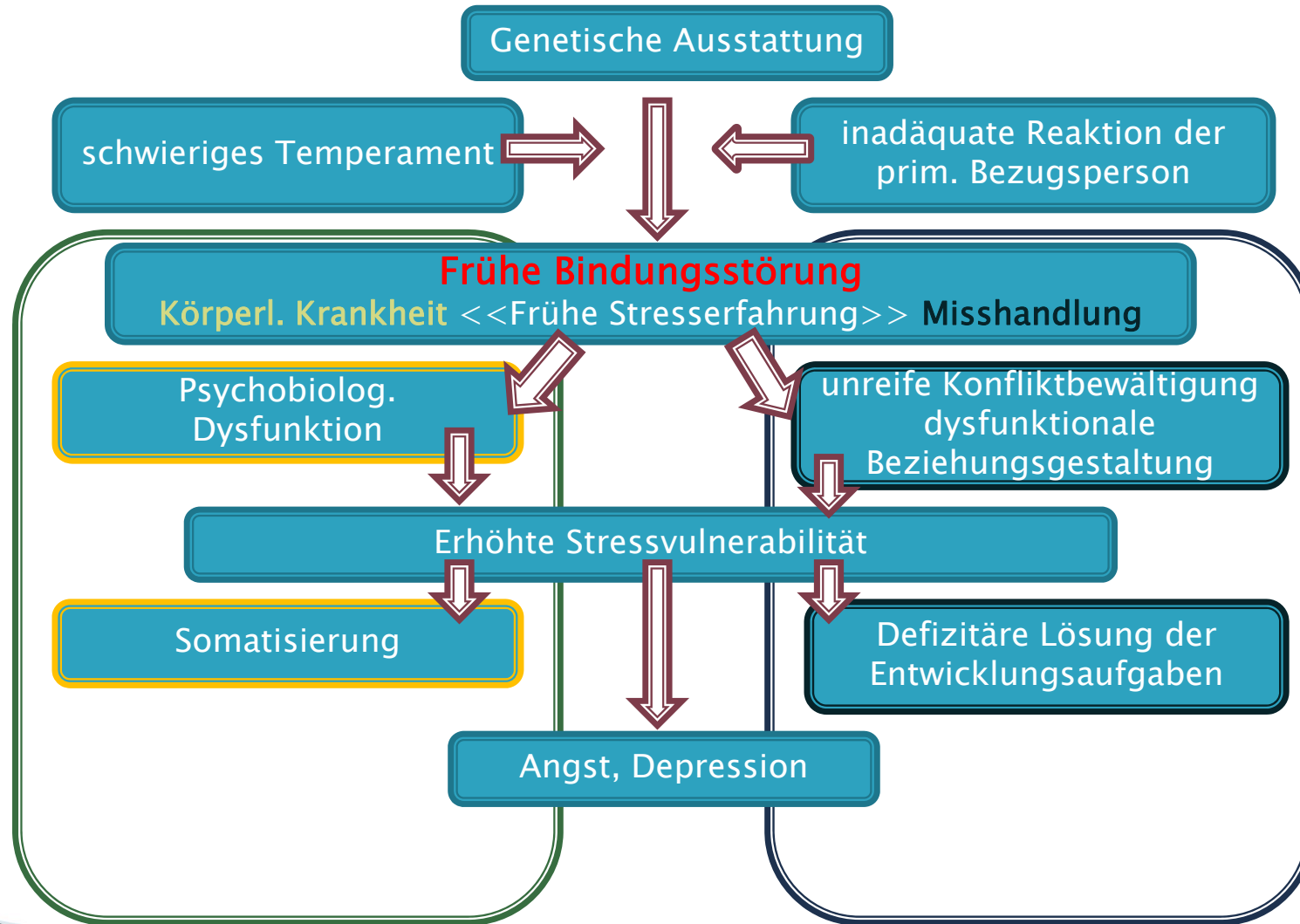
Wie entwickeln sich Störungen?



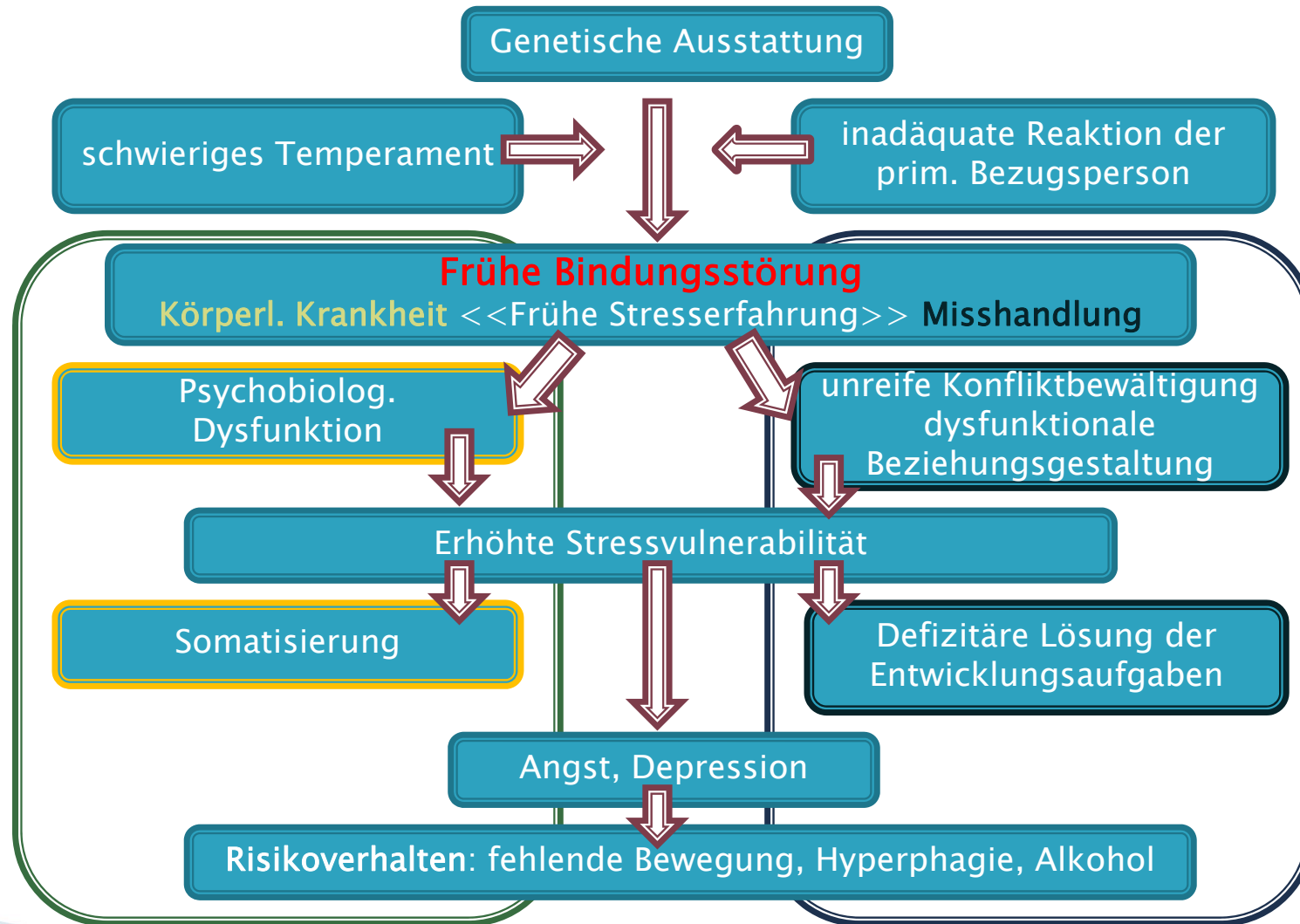
Wie entwickeln sich Störungen?



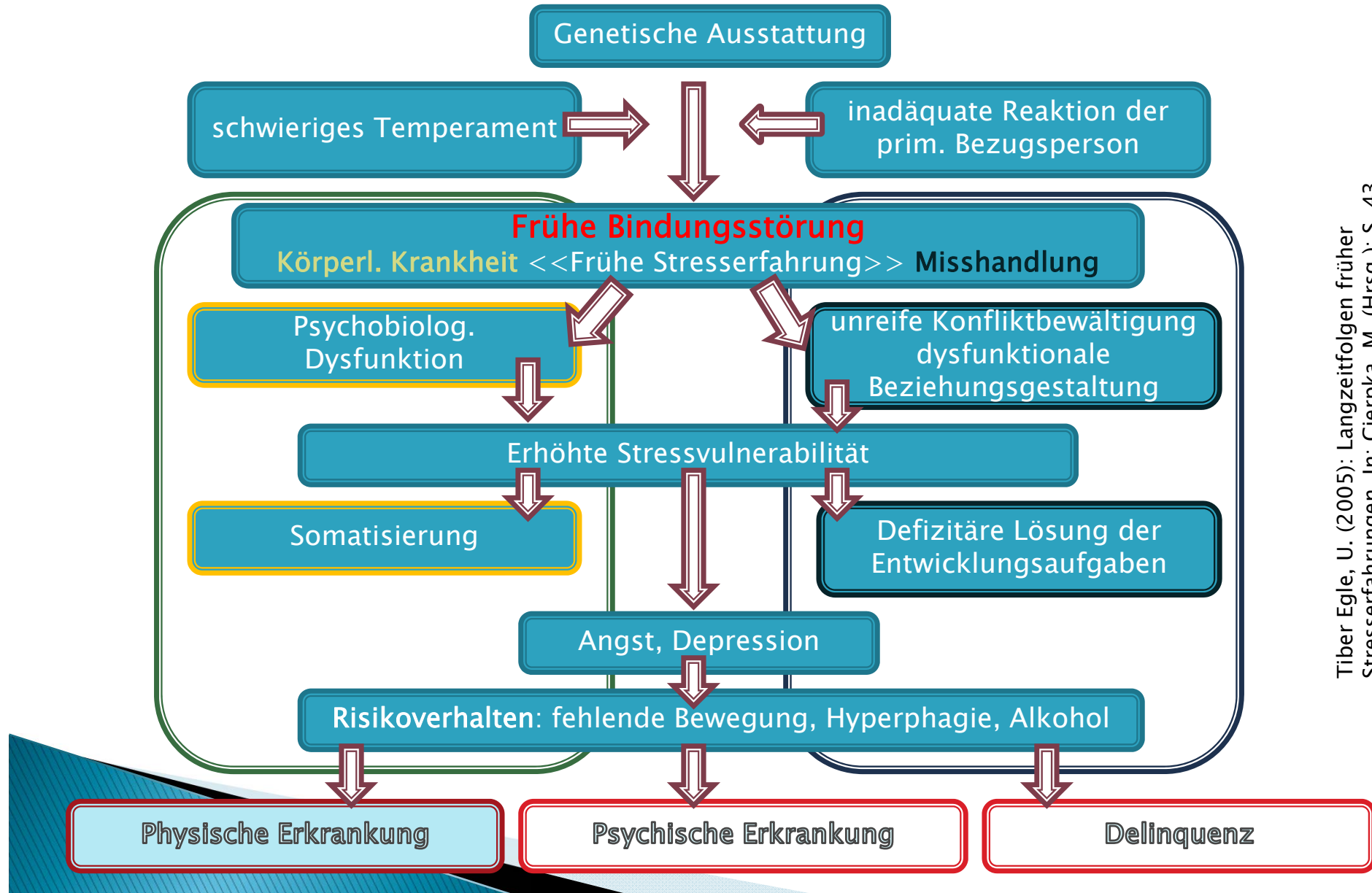
Wie entwickeln sich Störungen?



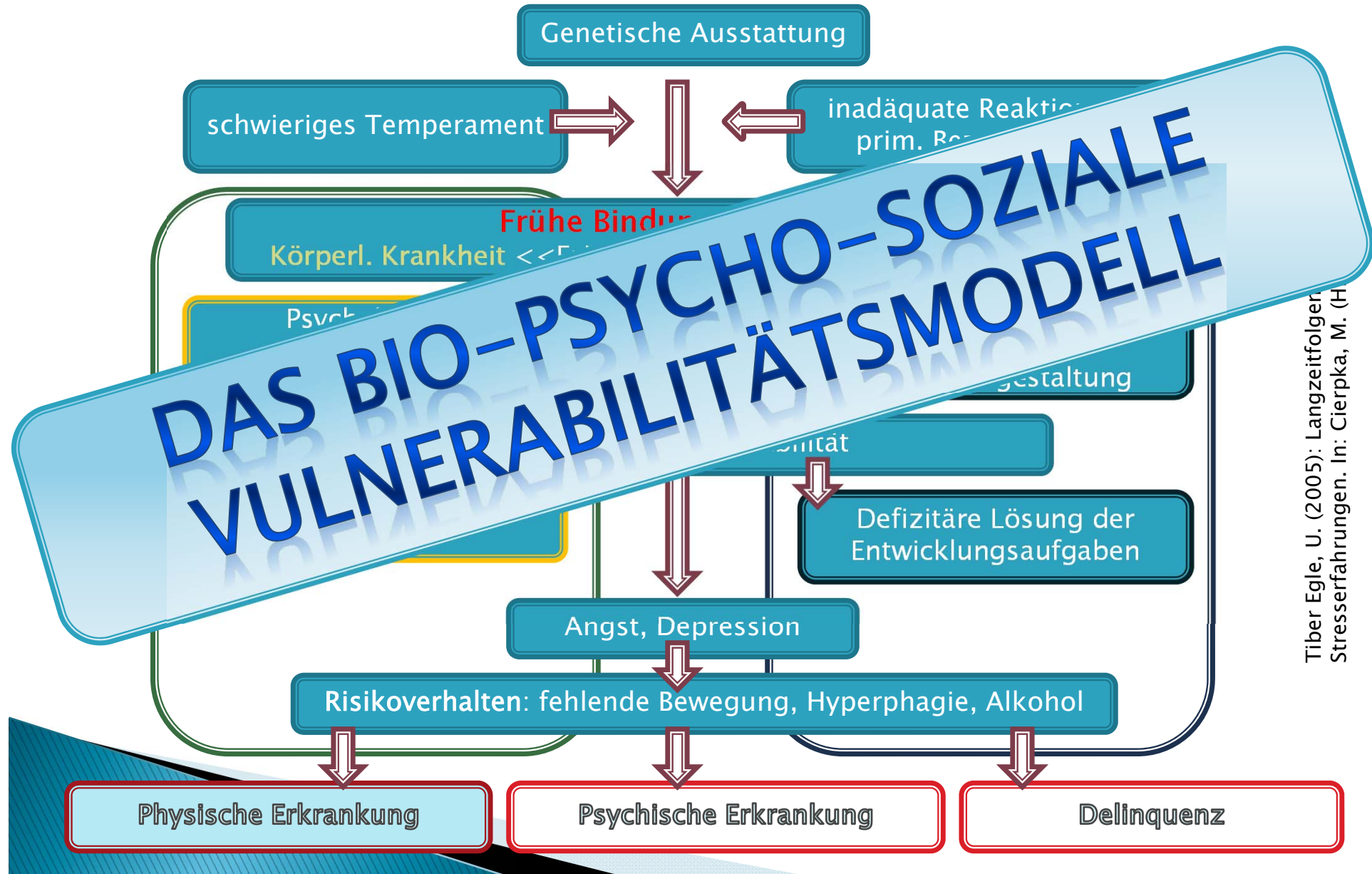
Wie entwickeln sich Störungen?



Wie entwickeln sich Störungen?



Wie entwickeln sich Störungen?



Psychische Beeinträchtigungen

Einige Schlussfolgerungen

Komplexität	Das Verstehen von Störungen bedarf immer eines Verstehens von komplexen und dynamischen Sachverhalten
Dynamik	
Wechselwirkung, Rückkoppelung	Körper und Psyche bilden ein komplexes Wechselspiel.
Konditionalität statt Kausalität	Es gibt mehrere Einflussfaktoren (Bedingungen) und keine Kausalität
Stressreduktion	Interventionen müssen sich auf die Reduktion von erlebten Stress (chronisch und akut) beziehen.



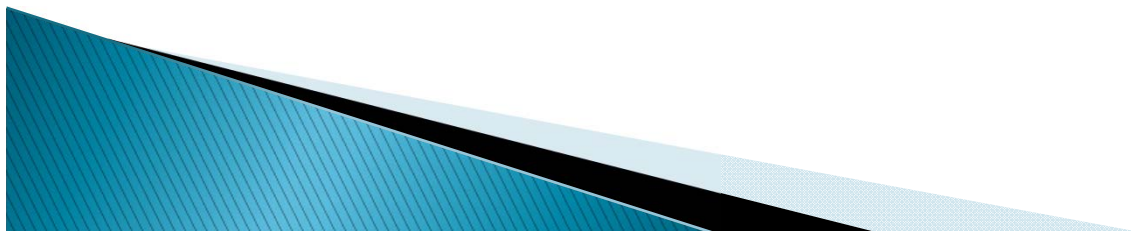
Psychische Beeinträchtigungen

Einige Schlussfolgerungen

Frühe Stresserfahrung wird gespeichert	Aktueller Stress hat häufig sehr früh erlebte Hintergründe, die sich epigenetisch und hormonell „gespeichert und verfestigt“ haben.
langfristige Interventionen	Daher stellt sich die positive Wirkung stressreduzierender Interventionen meistens erst nach langer Zeit ein.
Beziehungsorientierte Interventionen	Stressreduzierende Interventionen haben stets ein körperliches und ein psychisches Moment. Das psychische Moment zielt auf beziehungs-orientierte Interventionen.



Wie lassen sich psychische
Beeinträchtigungen beschreiben?



Psychische Beeinträchtigungen beschreiben

Ebenen des Phänomens	Fragen des Diagnostikers
➤ Symptomatik des Kindes	Was zeigt das Kind?
➤ Erleben des Beobachters	Was löst das Beobachtete in mir aus?
➤ Kausale (konditionale) Ebene	Wie erklärt „man“ das Beobachtete? „man“: ich oder Theorie oder andere Beteiligte
➤ Funktionale Ebene (Sinn)	Was „bedeutet“ das Beobachtete?
➤ Ontogenetische Ebene	Wie entwickelte sich das Beobachtete?



Psychische Beeinträchtigungen

Kriterien für psychische Beeinträchtigungen und Störungen

Generell:

- **Quantität:** Mangel, Exzess oder genügend
- **Qualität:** Angemessenheit oder Nichtangemessenheit
- **Performanz:** kontinuierlich oder diskontinuierlich



Psychische Beeinträchtigungen

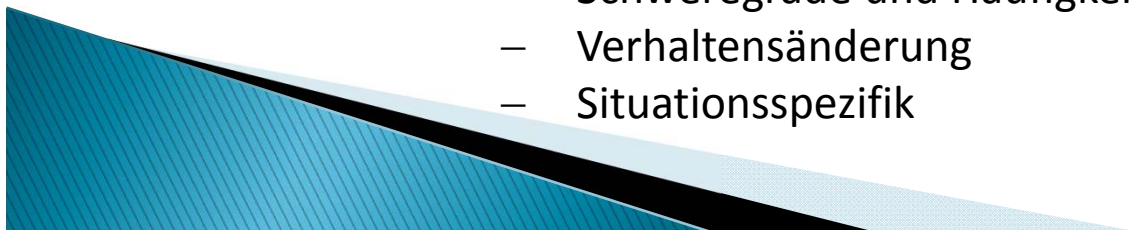
Kriterien für psychische Beeinträchtigungen und Störungen

Generell:

- **Quantität:** Mangel, Exzess oder genügend
- **Qualität:** Angemessenheit oder Nichtangemessenheit
- **Performanz:** kontinuierlich oder diskontinuierlich

Speziell:

- Angemessenheit hinsichtlich Alter und Geschlecht
- Persistenz
- Lebensumstände
- Soziokulturelle Gegebenheiten
- Ausmaß der Störung
- Art der Symptome
- Schweregrade und Häufigkeit der Symptome
- Verhaltensänderung
- Situationsspezifik



Psychische Beeinträchtigungen

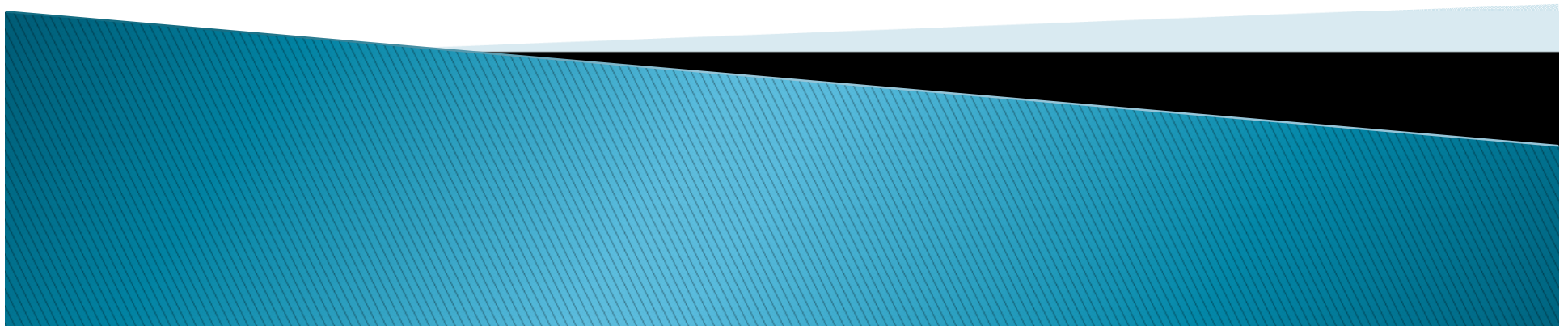
Kriterien der Beeinträchtigung

- Leiden
- soziale Einengung
- Inferenz mit der Entwicklung
- Auswirkung auf andere

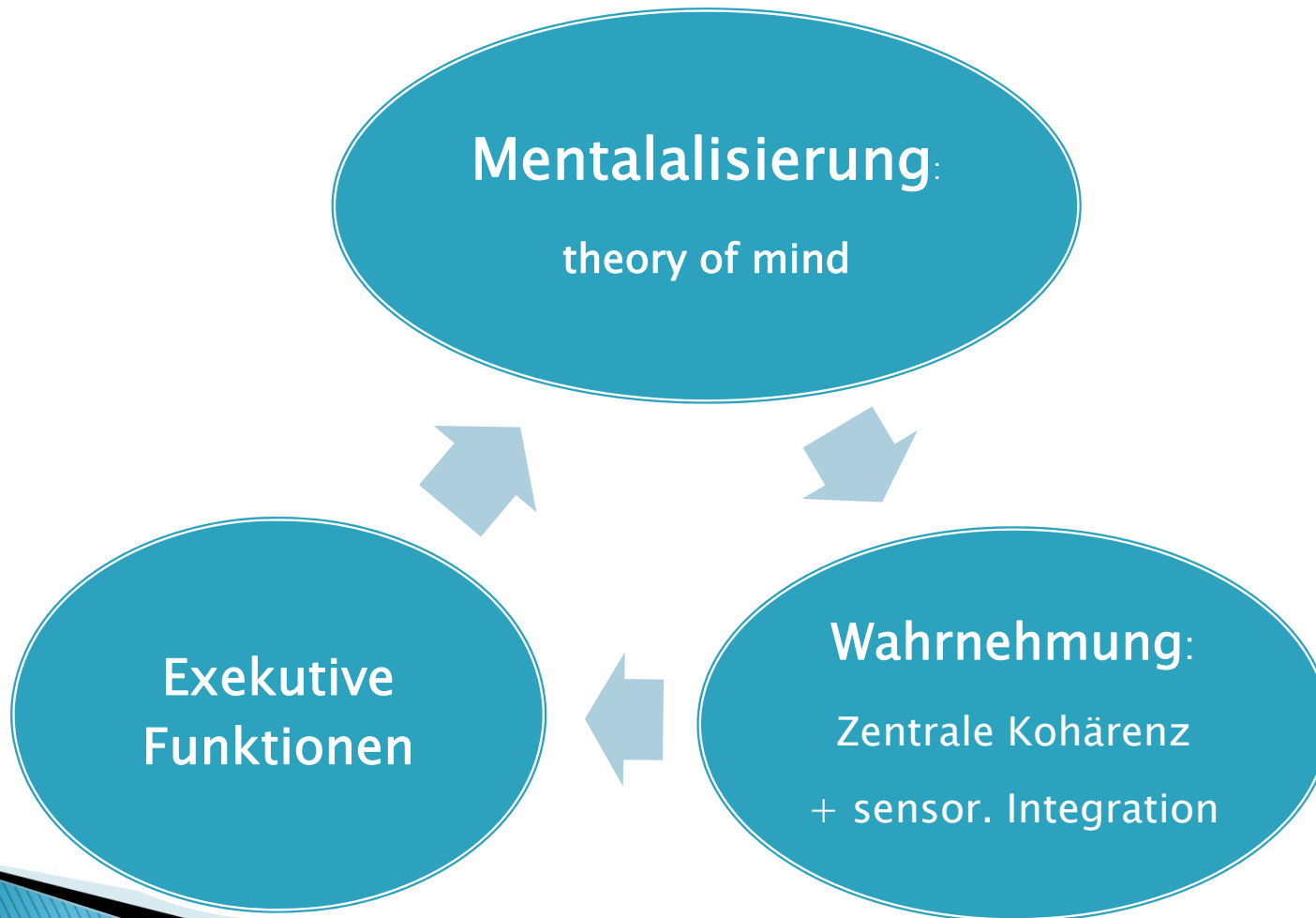


Drei theoretische Konzepte

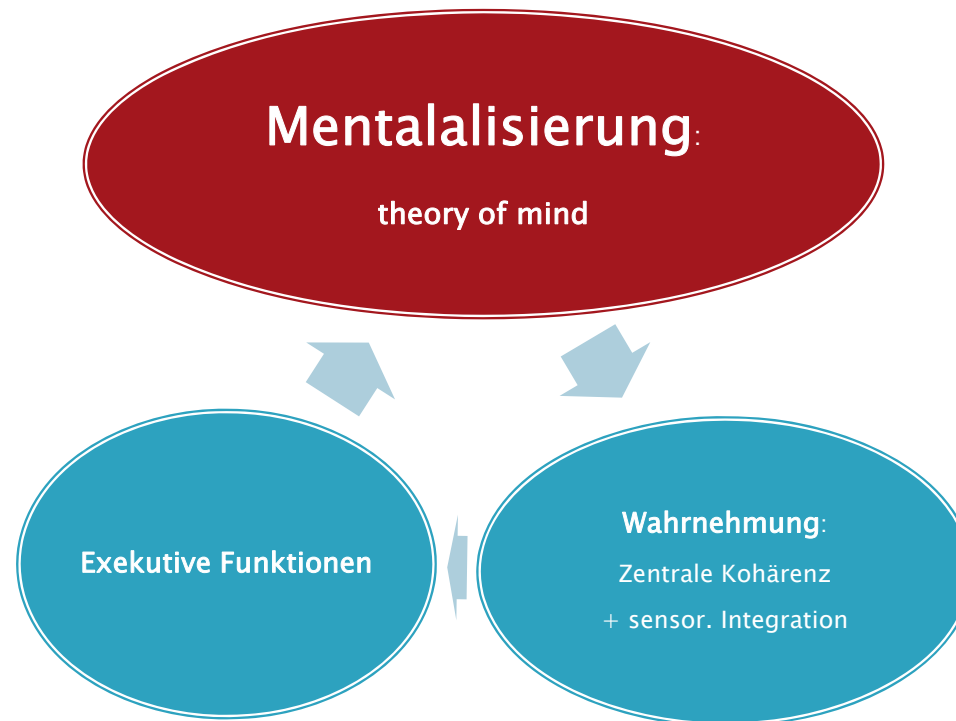
zur Beschreibung psychischer Funktionen



Drei Konzepte im Überblick



1. Das Konzept der Mentalisierung („theory of mind“)



1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽¹⁾

- entstanden aus dem Konzept der „theory of mind“ (Baron-Cohn 1995)
- Kernfrage ist: Wann und wie entdecken Säuglinge und Kleinkinder, dass sie selbst und andere Personen mit mentalen Zuständen sind?
- Mentale Zustände sind Einstellungen, Vorstellungen, Fühlen, Denken, Wünsche ...
- **Grundannahme:** das Mentale wird zuerst im Verhalten des anderen entdeckt, dieses wird zum Indikator für eigenes Mentales und später zur Prognose

1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽²⁾

- **Kernsatz:** Wir lernen uns selbst durch andere zu verstehen (Fonagy u.a. 2004)
- Mentalisierung dient der
 - Affektregulation,
 - der Vorhersage eigenen und fremden Verhaltens
 - der Abstimmung in sozialen Prozessen
- Mentalisierung bezieht sich auf 2 Schritte:
 1. die Beobachtung des Verhaltens anderer und sein eigenes Verhalten
 2. Ergründung der eigenen Mentalität (Selbstreflexion)

1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽²⁾

Entwicklungsschritte der Mentalisierung

Primäraffekte

1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽²⁾

Entwicklungsschritte der Mentalisierung

Primäraffekte

**Affektmarkierung und
-spiegelung**

(Vgl. Kalisch 2012)

1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽²⁾

Entwicklungsschritte der Mentalisierung

Primäraffekte

Affektmarkierung und –spiegelung

„**Playing with Reality**“

(Symbolspiel löst Realspiel
ab: „Als ob“)

1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽²⁾

Entwicklungsschritte der Mentalisierung

Primäraffekte

Affektmarkierung und –spiegelung

„**Playing with Reality**“

(Symbolspiel löst Realspiel
ab: „Als ob“)

Psychische Äquivalenz(modus)

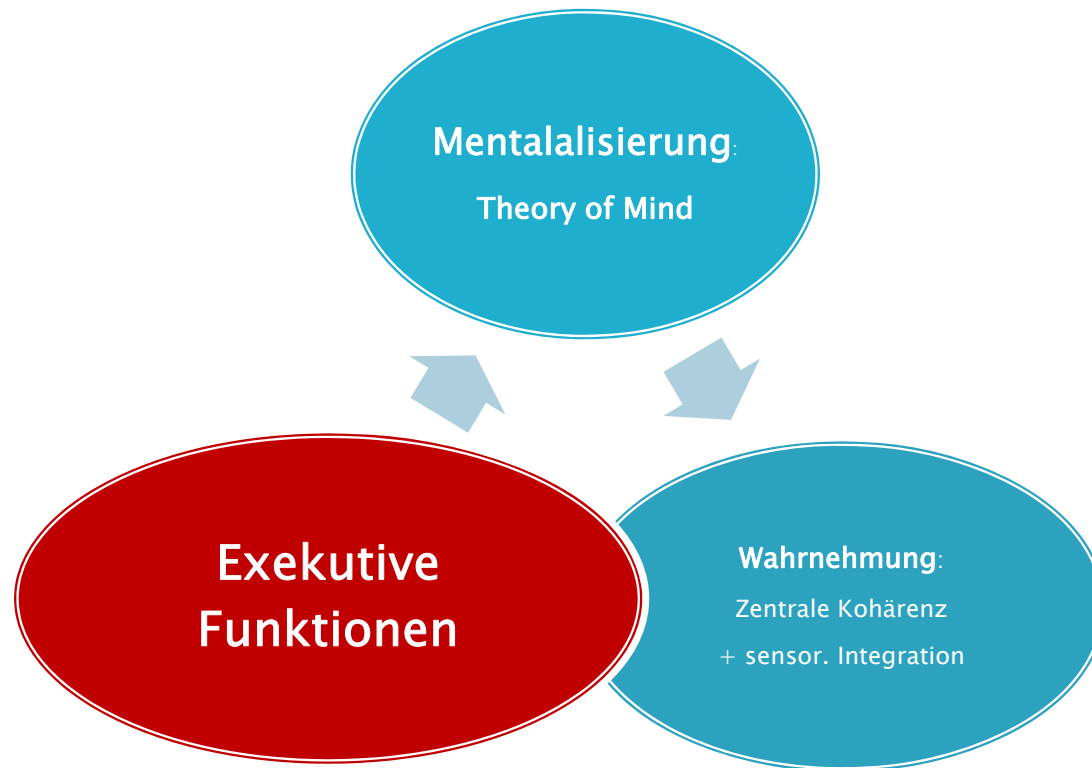
kindliche Gedanken haben einen realen
Effekt: Gedanke an ein Monster löst reale
Angst aus

1. Das Konzept der „Mentalisierung“ ⁽²⁾

Entwicklungsschritte der Mentalisierung



2. Das Konzept der „exekutiven Funktionen“



2. Das Konzept der „exekutiven Funktionen“ ⁽¹⁾

Die exekutiven Funktionen resultieren aus dem komplexen Zusammenspiel verschiedener Fähigkeiten und Fertigkeiten (deren Repräsentation sich vorwiegend im frontalen Cortex finden), die man – angelehnt an Hüther 2007 – wie folgt ordnen kann:



2. Das Konzept der „exekutiven Funktionen“ ⁽¹⁾

strategische Kompetenz	1. Fähigkeit, vorausschauend zu denken 2. Problemlösungskompetenz als „die Fähigkeit, komplexe Probleme zu durchschauen“
Problemlösungskompetenz	die Fähigkeit, komplexe Probleme zu durchschauen
Handlungskompetenz (Umsicht)	Fähigkeit, die Folgen des eigenen Tuns abzuschätzen



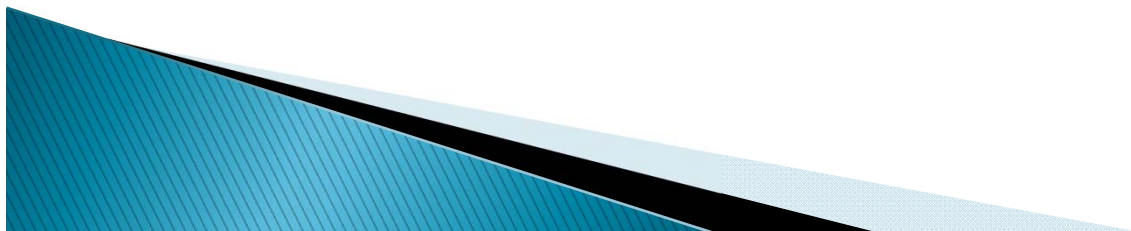
2. Das Konzept der „exekutiven Funktionen“ ⁽¹⁾

Motivation und Konzentrationsfähigkeit	Ermöglichen es, „die Aufmerksamkeit auf die Lösung eines bestimmten Problems zu fokussieren und sich dabei entsprechend konzentrieren zu können
Einsichtsfähigkeit und Flexibilität	Fähigkeit, „Fehler und Fehlentwicklungen bei der Suche nach einer Lösung rechtzeitig erkennen und korrigieren zu können“
Frustrationstoleranz, Impulskontrolle	Fähigkeit, „sich bei der Lösung von Aufgaben nicht von aufkommenden anderen Bedürfnissen überwältigen zu lassen.“



2. Das Konzept der „exekutiven Funktionen“ ⁽²⁾

Neben den exekutiven Funktionen des Kindes ist die Selbststeuerung jedoch auch abhängig von anderen Fähigkeiten wie beispielsweise zur sensorischen und motorischen Steuerung und Integration sowie von Fähigkeiten, die sich aus der Entfaltung und Realisierung von Teilleistungskompetenzen speisen, insbes. den sogen. Kulturtechniken des Lesens, Schreibens und Rechnens.



3. Konzepte der **Wahrnehmungsentwicklung** („zentrale Kohärenz“ und „sensorische Integration“)



3. Konzepte der Wahrnehmungsentwicklung

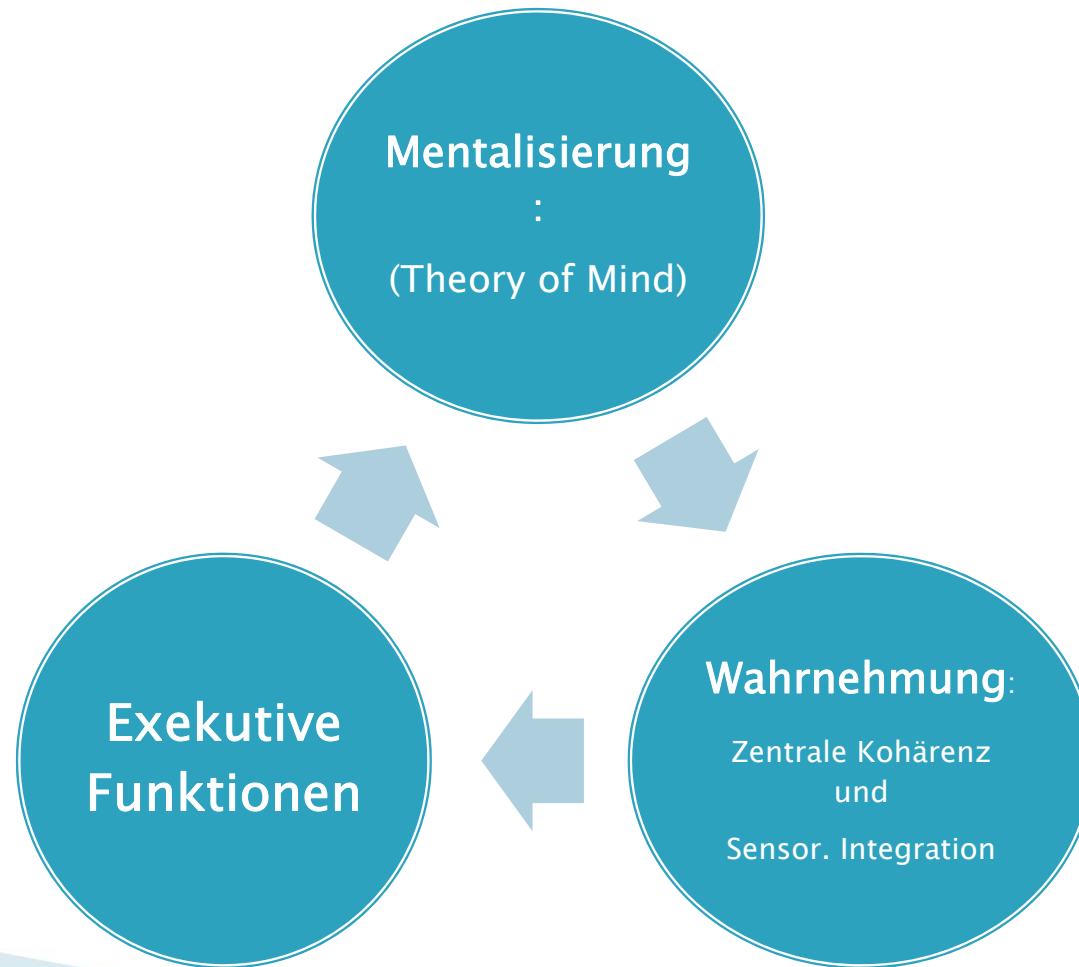
- A) das Konzept der „**zentralen Kohärenz**“ (Frith 1989)
- ... besagt, „dass Reize werden stets in ihrem Bezugssystem zu anderen Reizen und Informationen verstanden werden“
 - „Menschen, Objekte und Situationen werden unwillkürlich kontextgebunden und im Sinne einer kohärenten Gestalt wahrgenommen“
 - Beeinträchtigungen der zentralen Kohärenz gehen einher mit vereinzelter Wahrnehmungen und damit auch mit Schwierigkeiten, in komplexen Situationen – und soziale Situationen sind meistens komplex – situationsadäquat zu handeln

3. Konzepte der Wahrnehmungsentwicklung

B) Eng verbunden damit ist die Theorie der **sensorischen Integration** (Ayres z.B. 2002).

Sie beschreibt, wie die Entwicklung der Sinnesfähigkeiten bezogen einerseits auf jeden Einzelsinn und andererseits auf die Integration unterschiedlicher Sinneswahrnehmungen zu einer Gesamtwahrnehmungsgestalt von statten geht.

Zusammenfassung: Drei Konzepte im Überblick



Ausgewählte Beispiele von psychischen Beeinträchtigungen

- Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms

Ausgewählte Beispiele von psychischen Beeinträchtigungen

- Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms
- Beeinträchtigungen der Mentalisierung am Beispiel der Bindungsstörungen

Ausgewählte Beispiele von psychischen Beeinträchtigungen

- Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms
- Beeinträchtigungen der Mentalisierung am Beispiel der Bindungsstörungen
- Beeinträchtigungen der Wahrnehmung

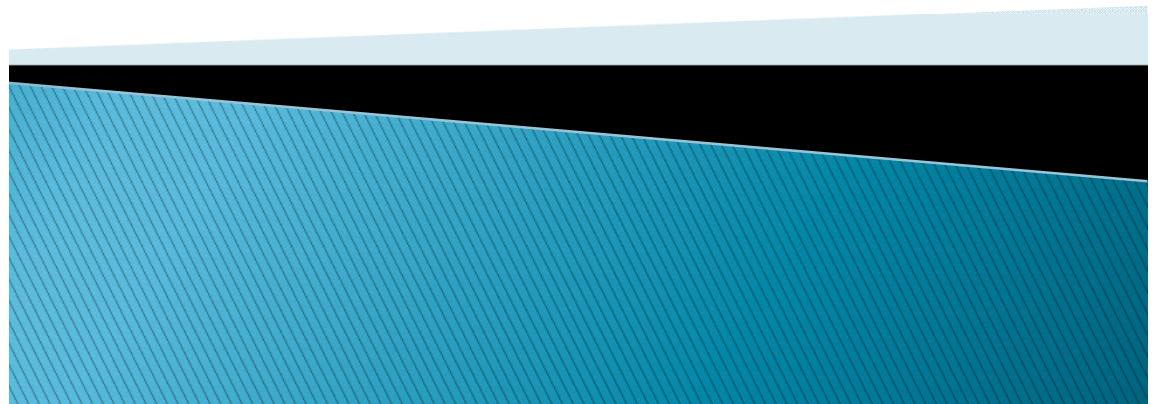
Ausgewählte Beispiele von psychischen Beeinträchtigungen

- Beeinträchtigungen exekutiver Funktionen am Beispiel des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms
- Beeinträchtigungen der Mentalisierung am Beispiel der Bindungsstörungen
- Beeinträchtigungen der Wahrnehmung
- Komplexe Beeinträchtigungen am Beispiel der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen des **Autismus**

Beeinträchtigungen von exekutiven Funktionen

Beispiel: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom

Der Irrwisch





1. Aufmerksamkeit

Vigilanz
(Wachheit)

Reaktionsbereitschaft

selektive Aufmerksamkeit

geteilte Aufmerksamkeit

rasche
Aufmerksamkeitsverschiebung

Achtsamkeit
(bewusstes Merken)

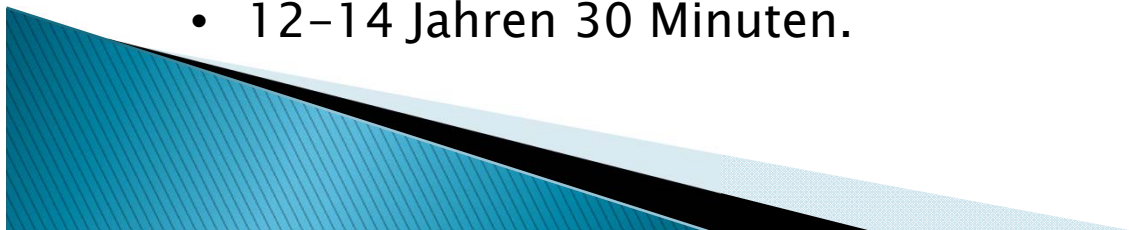


1. Aufmerksamkeit

Die Konzentrationsfähigkeit spiegelt sich vor allem in der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses wider, und das erreicht erst mit 25 Jahren die größte Leistungsfähigkeit. Beim fünfjährigen Kind ist die Fähigkeit des Zwischenspeicherns etwa beim Kopfrechnen noch sehr schwach ausgebildet und selbst ein 12- oder 14-Jähriger kann sich noch nicht so lange und intensiv konzentrieren wie ein 18-Jähriger.

Konzentrationsstörungen bei Kindern bzw. SchülerInnen werden in den meisten Fällen auf Grund einer oft fatalen **Fehleinschätzung von Eltern oder LehrerInnen** diagnostiziert, da diese von ihrer eigenen – meist ebenfalls maßlos überschätzten – Konzentrationsfähigkeit ausgehen. Im Durchschnitt "normal" wäre eine Konzentrationsdauer im Alter von

- 5–7 Jahren etwa 15 Minuten,
- 7–10 Jahren 20 Minuten,
- 10–12 Jahren 20–25 Minuten und
- 12–14 Jahren 30 Minuten.





2. Erregungssteuerung und Impulskontrolle

Impulsivität, auch *Leichtfertigkeit*, bezeichnet ein Verhalten, bei dem der Handelnde spontan und ohne jede Erwägung selbst naheliegender Konsequenzen auf Außenreize oder innere Impulse reagiert. Das Verhalten wirkt auf Außenstehende **situationsunangemessen und unkontrolliert**.

Neben verbalen und motorischen Reaktionen kann Impulsivität auch das Denken eines Menschen beherrschen; es ist dann gekennzeichnet durch vorschnelle Schlussfolgerungen und Entscheidungsfindungen. Ein weiteres Merkmal kann die Unfähigkeit sein, vorübergehende Unannehmlichkeiten im Hinblick auf eine erst später zu erwartende Belohnung in Kauf zu nehmen.

Untersuchungen zeigten, dass bestimmte genetische Faktoren, wie eine erhöhte Impulsivität und die geringe Hemmung von Nervensignalen in Zusammenhang mit der Hirnaktivität im Frontallappen stehen. Sie können zahlreiche klinische Symptome beeinflussen.



2. Erregungssteuerung und Impulskontrolle

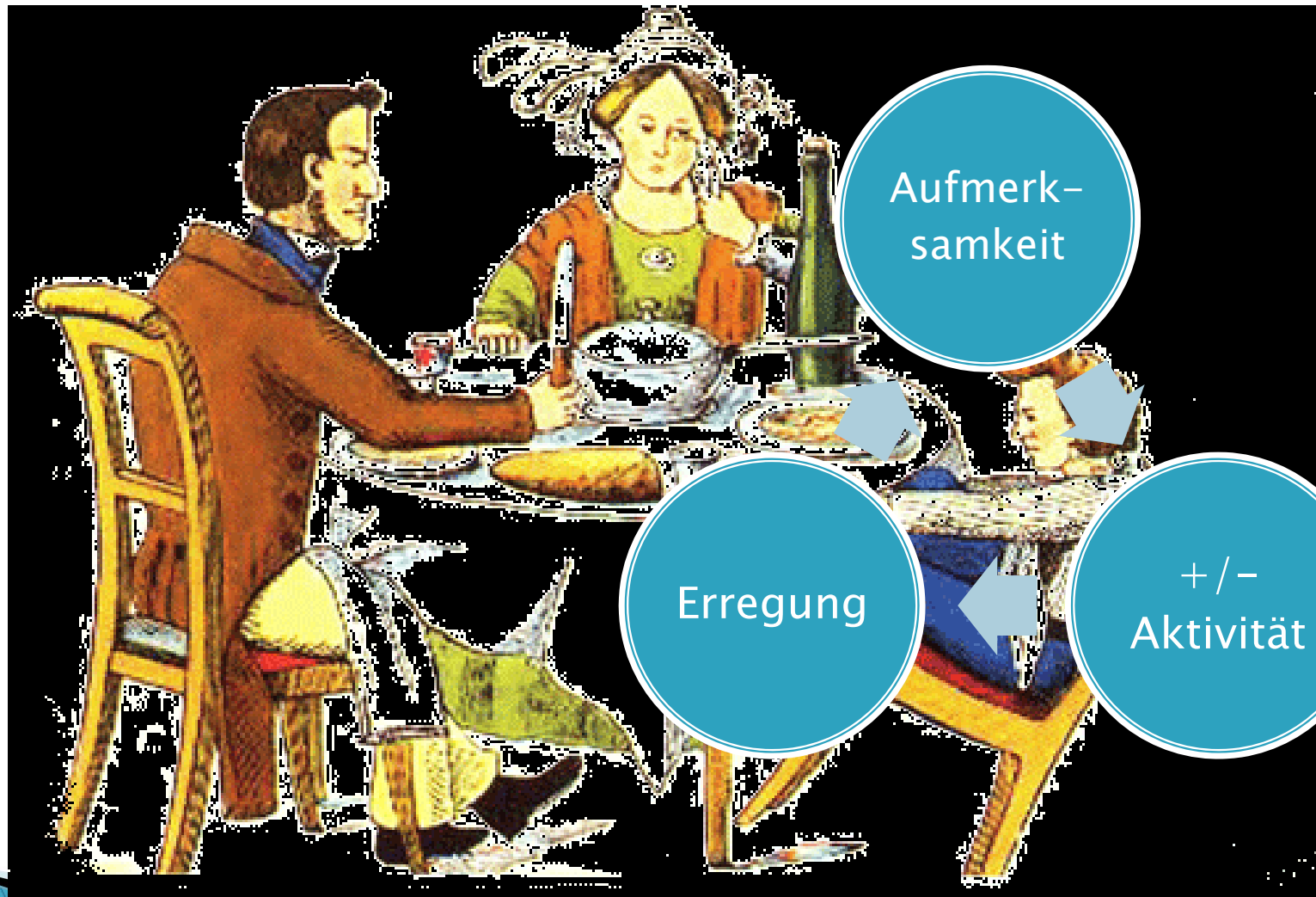
Impulsivität, (auch Selbstregulationsschwäche)
bezieht sich auf:

- Affekte
- Motivationen
- Verbale Äußerungen
- Motorische Kontrolle (auch die der Augen)

Der Mangel an Aufmerksamkeit und Impulskontrolle zeigt sich als
Störung der Nicht-Ablenkbarkeit



3. Aufmerksamkeitsdefizitstörung





3. Aufmerksamkeitsdefizitstörung

ADHS liegt vor,

- wenn unaufmerksames und impulsives Verhalten mit oder ohne deutliche Hyperaktivität ausgeprägt ist,
- nicht dem Alter und Entwicklungsstand entspricht und
- zu deutlicher Beeinträchtigung in verschiedenen sozialen Bezugssystemen und im Leistungsbereich von Schule und Beruf führt.
- Diese Auffälligkeiten sollen länger als 6 Monate bestehen und
- beeinträchtigende Symptome von Hyperaktivität–Impulsivität und Unaufmerksamkeit sollen bereits vor dem Alter von 7 Jahren vorhanden gewesen sein.
- Die Symptome sollen nicht ausschließlich im Rahmen einer tief greifenden Entwicklungsstörung (z.B. Autismus– Spektrum) oder Psychose auftreten und
- nicht besser durch andere somatische oder psychiatrische Störungen erklärt werden können.



3. Aufmerksamkeitsdefizitstörung

Häufigkeit

Aus international an der allgemeinen Bevölkerung erhobenen Daten ergibt sich eine Häufigkeit von 9,2% (5,8–13,6%) für Jungen und 2,9% (1,9–4,5%) für Mädchen.

Neuere deutsche Erhebungen fanden bei 6–10 Jahre alten Kindern in 6% eine ADHS (nach DSM-IV). Frühere deutsche Studien zeigten eine Jungen/Mädchen-Relation zwischen 2:1 beim vorherrschend unaufmerksamen Subtyp und 5:1 beim hyperaktivimpulsiven Subtyp

(funktionelle Aufmerksamkeitsstörungen liegen dann vor, wenn innerhalb des Leistungsspektrums einer Person, die Aufmerksamkeitsfunktionen deutlich beeinträchtigt ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Aufmerksamkeitsleistungen eine Standardabweichung unter dem sonstigen Leistungsspektrum dieser Person liegen. In solchen Fällen können die selektive und die geteilte Aufmerksamkeit aber auch die Vigilanz (tonische Wachheit) beeinträchtigt sein)





4. ADHS und Hochbegabung*

- Hochbegabung ist kein das ADHS oder anderes Problemverhalten bedingendes Moment (vgl. Marburger Hochbegabtenprojekt) sondern steht in signifikantem Zusammenhang zu besseren Schulleistungen
- ADHS-typische Probleme setzen „am neurobiologischen Status an und an der Schwäche des Kindes, seine Impulse zu kontrollieren“
- ADHS disponiert eher zur Minderleistung, als mit dem gemessenen IQ zu erwarten wäre.
- Beide Phänomene sind daher nicht logisch zusammen zu führen.
- Es gibt aktuell keine Belege dafür, dass beide Phänomene signifikant häufiger gemeinsam auftreten als andere Phänomene im Zusammenhang mit ADS
- Phänotypisch gibt es Ähnlichkeiten z.B. hinsichtlich des Neugierdrangs von hb-Kindern und der Reizsuche von ADS-Kindern

* Vgl. auch Götz Müller. www.ikvt.de Abruf 2012



4. ADHS und Hochbegabung*

- Auch wird bzgl. der Kreativität eine Gemeinsamkeit diskutiert, da die kognitive Sprunghaftigkeit der ADS-Kinder auch Kreativität freisetzen kann.
- Kommen ADHS und Hochbegabung gemeinsam vor, dann droht strukturell die Tendenz zur Minderleistung verbunden mit erheblichen Selbstwertproblemen, da Anspruch und Vermögen stark auseinanderzufallen drohen.
- Speziell das Unvermögen, erdachte Ziele nicht erreichen zu können und die aufgrund der Hb besonders wache Reflexion dieser Realisierungsschwäche, lassen das Hb-ADS-Kind leicht verzweifeln und entspr. Abwehrverhalten aufbauen.

* Vgl. auch Götz Müller. www.ikvt.de Abruf 2012



ADHS: einige Hinweise für ErzieherInnen

Bei erwünschtem Verhalten **häufig positive Rückmeldungen** geben; Lob auch für kleine Lernfortschritte und bei erkennbarem Bemühen um erwünschtes Verhalten.

Ermahnungen bei unerwünschtem Verhalten nutzen meist wenig, sie steigern u.U. nur unnötig das Erregungsniveau. Besser ist es häufig, **geringe Störungen zu ignorieren**, soweit für die Gruppe und den Lehrer tolerierbar

Bei nicht tolerierbaren Störungen können evtl. folgende Maßnahmen helfen:

- den Schüler aktiv in die Beschäftigung mit einzubinden;
- Aufträge erteilen;
- nonverbale Signale, die dem Kind bekannt sind oder mit dem Kind vereinbart werden;
- zum Kind gehen, die Hand auf die Schulter legen, beruhigend auf das Kind einwirken.

Rhythmisierung der Beschäftigung: erzieherzentrierte Phasen mit aufmerksamkeitsfördernden Elementen (Bilder, Erzählungen, Rätsel, Geräusche ...) im Wechsel mit Eigenaktivität des Kindes in Stillarbeitsphase.

Beim Phasenwechsel, vor wichtigen Unterrichtsabschnitten oder wenn die Unruhe erkennbar im Steigen begriffen ist, kurze "Konzentrationsspielchen" einbauen. Beispiele: Signale: z.B. Klingeln mit der Triangel zum Aufräumen des Arbeitsplatzes und ruhig werden; Spiel: hinter dem Stuhl stehen, erst setzen, wenn ein vereinbartes leises Geräusch zu hören ist, z.B. Klingeln des Schlüsselbundes, oder wenn der Kreisel aufhört sich zu drehen o.a.

Für Arbeitsaufträge **deutliche, einfach zu verstehende Arbeitsanweisungen geben und wiederholen lassen**;

Überschaubare Aufgabenabschnitte fördern die Motivation und bauen Mutlosigkeit und Frustration vor.

Situationen vermeiden, bei denen es voraussehbar zu einer Überforderung kommt..



ADHS und HB: einige Hinweise für ErzieherInnen



Grundprinzipien:

- (1) Klare räumliche und zeitliche Struktur, d. h.
 - Übersichtlichkeit und sprachliche Reduktion
 - Passung von Raum und Inhalt
 - Einheitliche Chronologie
- (2) stabiles Beziehungs (bindungs)angebot
 - stabile warmherzige Zuwendung
 - Konsequenz
 - Rückmeldung
- (3) Nutzung des kognitiven Potentials z. B. durch stärker (selbst)reflektierende Episoden



Diagnostische Einschätzskalen bei ADHS

	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beein- trächtigt	stark beein- trächtigt
Lateralität					
Grobmotorik					
Feinmotorik					
Augenmuskelkontrolle					
Auditives Kurzzeitgedächtnis					
Taktile Wahrnehmung					
Kinästhetische Wahrnehmung					
Körperschema					
Gestalt-Form-Auffassung					
Phonologische Bewusstheit					
Mengenerfassung					
Phonematische Differenzierungsfähigkeit					
Optische Diskriminationsfähigkeit					
Visuelle Figur-Grund-Erfassung					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen bei ADHS

	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
Lautbildungsfähigkeit					
Visuelles Gedächtnis					
Sprachgedächtnis					
Handlungsplanung					
Visuelles Operieren					
Kontaktfähigkeit					
Konfliktverhalten					
Eigensteuerung und Kooperation					
Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer					
Aufmerksamkeit gegenüber gesprochenem Wort					
Ausführung von Anweisungen an die Gruppe					
Gefühlsstabilität und emotionale Zuwendungsfähigkeit					
Flexibilität des Verhaltens					
Neugierverhalten					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Beeinträchtigung der Mentalisierung

(Einfühlung und Perspektivenübernahme)

Beispiel: Bindungsstörungen
Komm her – geh weg!



Bindung



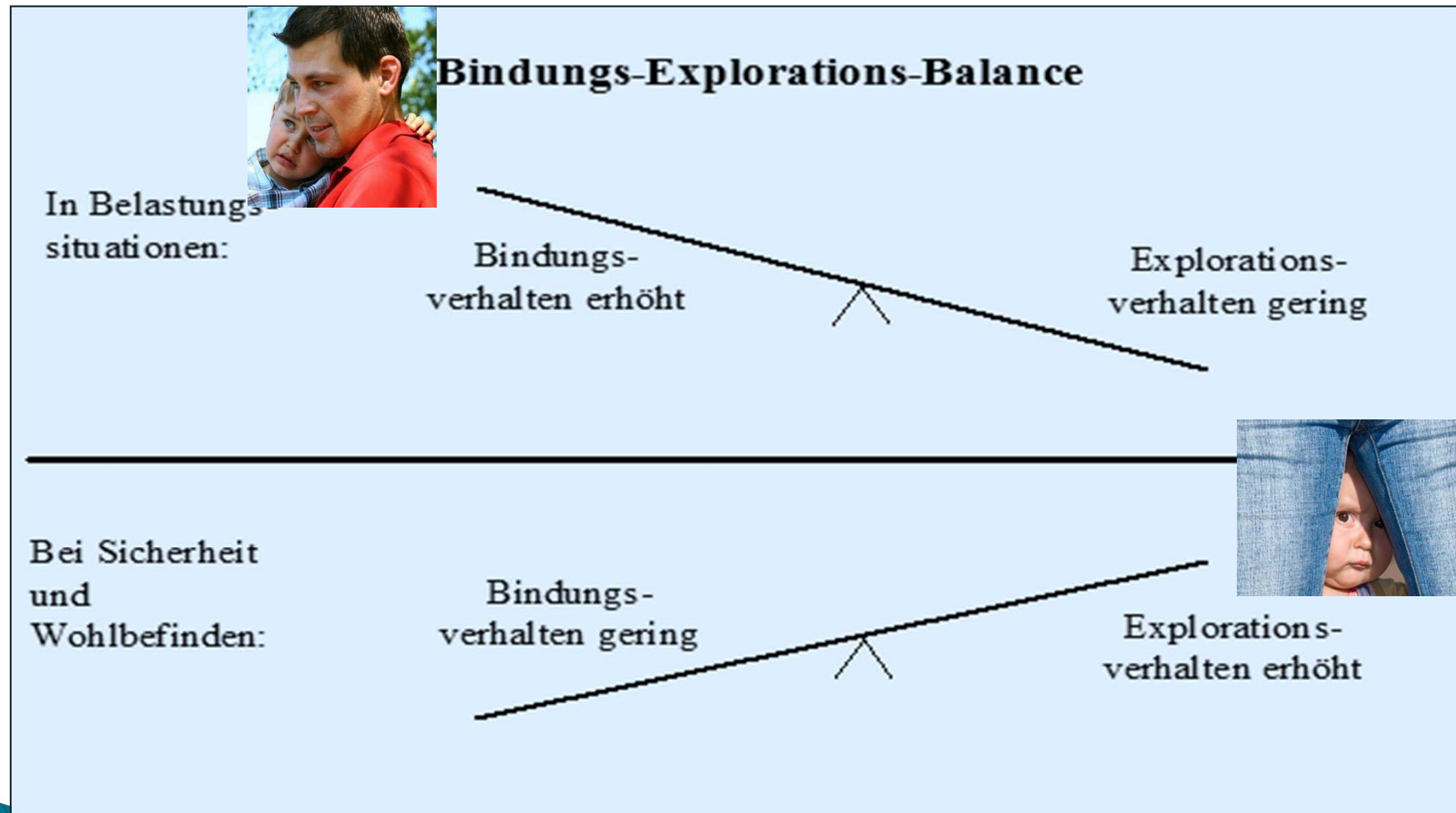
Bindung (engl.: attachment) ist die Bezeichnung für eine enge emotionale Beziehung zwischen Menschen. Das Neugeborene entwickelt eine spezielle Beziehung zu seinen Eltern oder anderen relevanten Bezugspersonen. Die Bindung veranlasst das Kleinkind, im Falle objektiv vorhandener oder subjektiv erlebter Gefahr (Bedrohung, Angst, Schmerz) Schutz und Beruhigung bei seinen Bezugspersonen zu suchen und zu erhalten. Bezugspersonen bzw. Bindungspersonen sind die Erwachsenen oder älteren Personen, mit welchen das Kind den intensivsten Kontakt in seinen ersten Lebensmonaten hatte.

Das Bindungsverhalten besteht aus verschiedenen beobachtbaren Verhaltensweisen wie Lächeln, Schreien, Festklammern, Zur-Mutter-Krabbeln, Suchen der Bezugsperson usw. Diese Verhaltensweisen werden als ein Verhaltenssystem beschrieben. Es ist genetisch vorgeprägt und bei allen Primatenkindern zu finden, besonders beim Menschen.

Konkretes Bindungsverhalten wird bei Wunsch nach Nähe oder in „Alarmsituationen“ aktiviert. Letztere werden von emotionalem Stress begleitet, beispielsweise bei zu großer Distanz zur Bezugsperson, bei Unwohlsein, Schmerz und Angst. Abgewiesene Bindungswünsche verstärken bindungssuchendes Verhalten. Es kann ebenfalls bei Wiederkehr einer Bezugsperson beobachtet werden.

Nähe zur Bindungsperson mit Blick- und / oder körperlichem Kontakt über eine kurze Zeit beenden i. d. R. bindungssuchendes Verhalten. Das Kind fühlt sich sicher und kann neugieriges Explorationsverhalten (Erkundungsverhalten) zeigen. Hierbei zeigt häufige Rückversicherung durch Blickkontakt zur Bindungsperson bei jungen Kindern, wie wesentlich sichere Bindung für die Erforschung der Welt und die spätere Aussteuerung beider Pole im Sinne gesunder Autonomie ist.

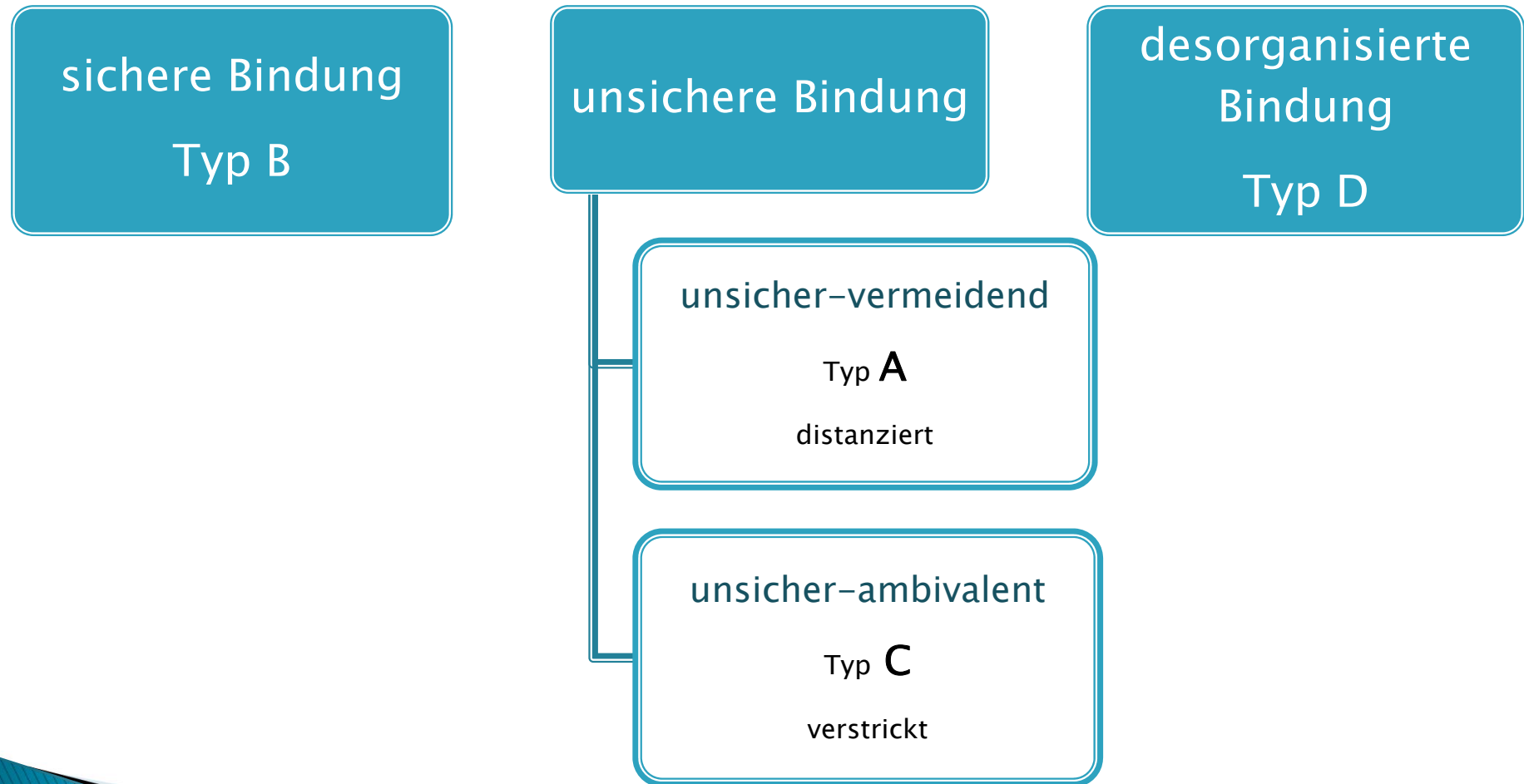
Bindung



Bindung



Bindungsmuster



Bindung



Bindungstypen

Frühkindliche Erfahrung

Spätere Auswirkung

Sichere Bindung

Diese Kinder setzen großes Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Verfügbarkeit der Bindungsperson und explorieren bei deren Anwesenheit ungestört.

Besseres Verständnis für Emotionen anderer
Engere Freundschaften
Soziale Beliebtheit
Schulerfolg

Anne Eckerle (2011) :

http://www.hochbegabtenhilfe.de/Hochbegabung_und_psychische_St%C3%B6rungen.html

Bindung



Bindungstypen	Frühkindliche Erfahrung	Spätere Auswirkung
Sichere Bindung	Diese Kinder setzen großes Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Verfügbarkeit der Bindungsperson und explorieren bei deren Anwesenheit ungestört.	Besseres Verständnis für Emotionen anderer Engere Freundschaften Soziale Beliebtheit Schulerfolg
Unsicher vermeidende Bindung	Unsicher-vermeidend gebundene Kinder haben die Bindungsperson als zurückweisend verinnerlicht. Um diese Zurückweisung zu vermeiden, vermeiden sie Nähe zu ihr.	Verbergen ihre Emotionen antizipieren ungünstige Reaktion Anderer

Bindung



Bindungstypen	Frühkindliche Erfahrung	Spätere Auswirkung
Sichere Bindung	Diese Kinder setzen großes Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Verfügbarkeit der Bindungsperson und explorieren bei deren Anwesenheit ungestört.	Besseres Verständnis für Emotionen anderer Engere Freundschaften Soziale Beliebtheit Schulerfolg
Unsicher vermeidende Bindung	Unsicher-vermeidend gebundene Kinder haben die Bindungsperson als zurückweisend verinnerlicht. Um diese Zurückweisung zu vermeiden, vermeiden sie Nähe zu ihr.	Verbergen ihre Emotionen antizipieren ungünstige Reaktion Anderer
Unsicher ambivalente Bindung	Unsicher ambivalent gebundene Kinder erleben ihre Bindungsperson als unberechenbar und widersprüchlich und entwickeln daraus ein Bedürfnis nach Vergewisserung und Kontrolle	Versuch, Aufmerksamkeit zu erreichen Selbstüberforderung oder Verweigerung Überanpassung oder Opposition

Anne Eckerle (2011) :

http://www.hochbegabtenhilfe.de/Hochbegabung_und_psychische_St%C3%B6rungen.html

Bindung



Bindungstypen	Frühkindliche Erfahrung	Spätere Auswirkung
Sichere Bindung	Diese Kinder setzen großes Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Verfügbarkeit der Bindungsperson und explorieren bei deren Anwesenheit ungestört.	Besseres Verständnis für Emotionen anderer Engere Freundschaften Soziale Beliebtheit Schulerfolg
Unsicher vermeidende Bindung	Unsicher-vermeidend gebundene Kinder haben die Bindungsperson als zurückweisend verinnerlicht. Um diese Zurückweisung zu vermeiden, vermeiden sie Nähe zu ihr.	Verbergen ihre Emotionen antizipieren ungünstige Reaktion Anderer
Unsicher ambivalente Bindung	Unsicher ambivalent gebundene Kinder erleben ihre Bindungsperson als unberechenbar und widersprüchlich und entwickeln daraus ein Bedürfnis nach Vergewisserung und Kontrolle	Versuch, Aufmerksamkeit zu erreichen Selbstüberforderung oder Verweigerung Überanpassung oder Opposition
Desorganisierte Bindung	Kleinkinder sind lange Zeit nicht in der Lage, eine klare Bindungsstrategie zu entwickeln und ihre Erwartungen an die Bindungsperson in einem Arbeitsmodell abzubilden.	Ambivalenz zwischen Versuch von Nähe und Bedürfnis nach Abwendung

Anne Eckerle (2011) :

http://www.hochbegabtenhilfe.de/Hochbegabung_und_psychische_St%C3%B6rungen.html

Bindung



Bindungsmuster nach AINSWORTH			
Sichere Bindung Typ B	Unsicher –vermeidende Bindung Typ A <i>„distanziert“</i>	Unsicher-ambivalente Bindung Typ C <i>„verstrickt“</i>	desorganisierte Bindung Typ D
– ausgewogenen Balance zwischen Bindungs- und Neugierverh. – offene Kommunik. der Gefühle, insbes. auch negativer, die zur Wiederherstellung der Gemeinsamkeit beitragen – Zuversicht in die Bindungsperson, dass sie das Leid beenden kann – Sicherheitsgewinn aus der Nähe zur Bindungsperson – bei genügender Sicherheit: erneutes Überwiegen der Neugier	– Überwiegen des Neugier-Beschäftigungs-systems auf Kosten des Bindungssystems – eingestreute unvermittelte Ärgerausbrüche – Verbergen, Unterdrücken von negat. Gefühlen zur Bindungsperson – aber Äußerung positiver Gefühle – Distanz zur Bindungsperson bei Leid – aus Furcht vor Zurückweisung – Sicherheitsgewinn aus Nähe, die auf Umwegen z.B. Spiel, Leistung erreicht wird – gelegentl. freundliches Verh. zu fremden als zur Bindungsperson	– Kind zeigt deutlich seine ambival. zw. Versuch nach Kontakt zur Mutter und seinen Widerstand dagegen – mäßig bis starkes Bemühen um Kontaktherstellung und – aufrechterhaltung – gleichzeitig auch Ärger – ärgerlicher und ängstlicher in „fremder Situation“ – oder darin starke Passivität – scheint aus dem Kontakt mit Bindungspers. keine Sicherheit zu gewinnen	– stereotype Bewegungen – Phasen von Starrheit – desorientiertes Verhalten – zielverfehlendes Verhalten – plötzliche Aktivitäts- oder Lustausbrüche – wie zufällig oder beiläufig aggres.. gegen Eltern – Angstverhalten bei Rückkehr der Eltern – Mutter ist für das Kind beängstigend oder selber verängstigt

Beeinträchtigte Bindung



Keine Anzeichen
von
Bindungsverhalten

Undifferenziertes
Bindungsverhalten

Psychosomatik

Übersteigertes
Bindungsverhalten

Beeinträchtigte Bindung



Keine Anzeichen von
Bindungsverhalten

Undifferenziertes
Bindungsverhalten

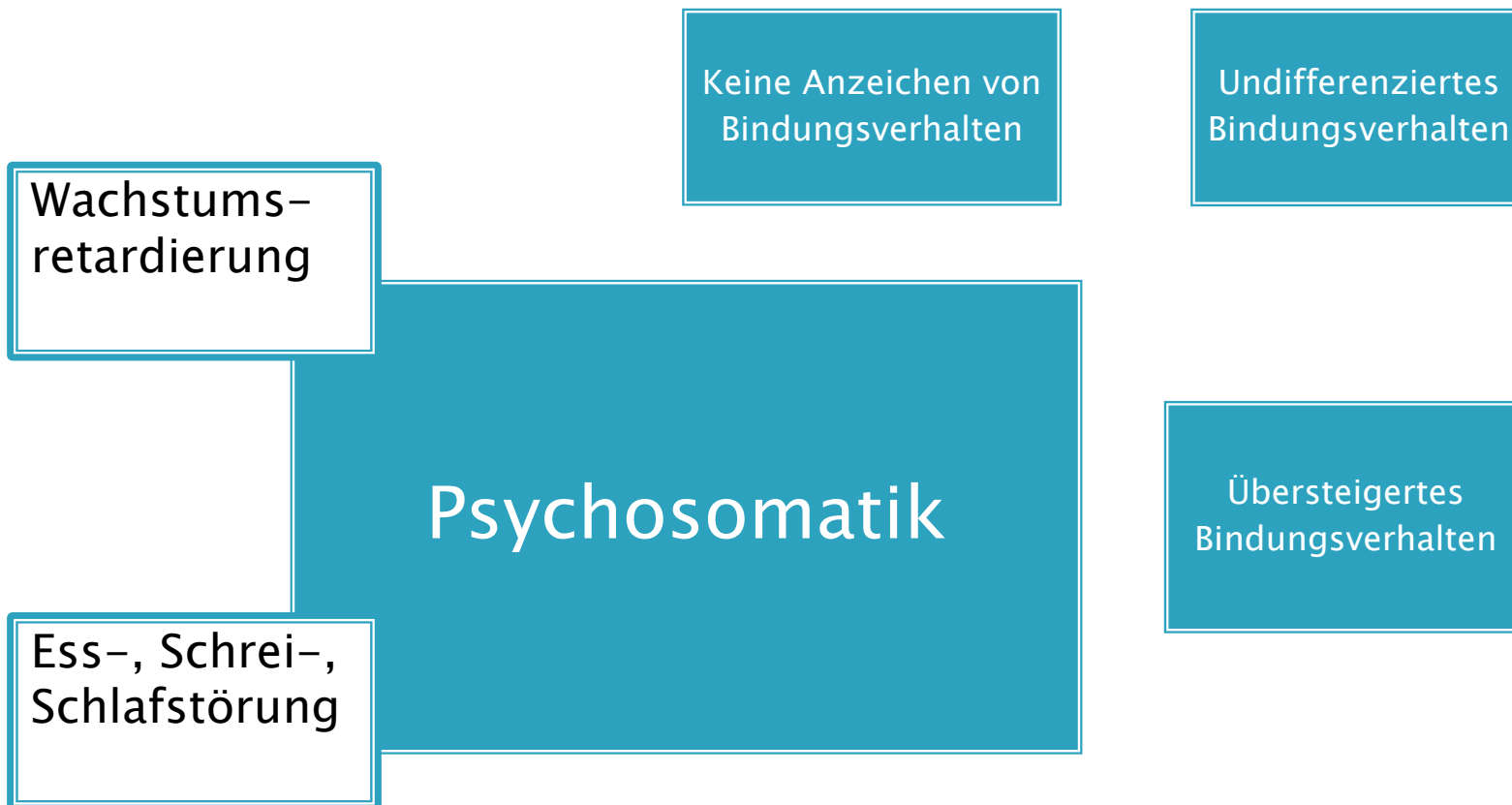
Soziale
Promiskuität

Unfall-
Risiko-
Verhalten

Psychosomatik

Übersteigertes
Bindungsverhalten

Beeinträchtigte Bindung



Beeinträchtigte Bindung



Keine Anzeichen von Bindungsverhalten

Undifferenziertes Bindungsverhalten

exzessiv
klammernd

Psychosomatik

Übersteigertes
Bindungsverhalten

gehemmtes
Bindungs-
verhalten

Rollenumkehr

aggressive
Symptomatik



Beeinträchtigte Bindung

Keine Anzeichen von Bindungsverhalten	Undifferenziertes Bindungsverhalten		Psychosomatische Symptomatik	
	soziale Promiskuität	Unfall-Risiko-Verhalten	Wachstumsretardierung	Eß-, Schrei-Schlafstörung
- Ki. zeigt kein Bindungsverhalten - wenden sich auc unter Bedrohung nicht an Bindungsperson - in trennungssit. kein Protest - oder: bei Trennung undifferenzierter Protest bei allen gleichartigsten prosoziales Verhalten und wenn, dann undifferenziert - erinnert an unsicher-vermeidendes BV (allerdings immer und nicht nur bei extremen Sit.)	- Fehlen einer vorsichtigen Reserviertheit bei Fremden - möchten im Streß getröstet werden, allerdings undifferenziert von jedem	- häufig verwickelt in Unfälle mit Selbst-, Fremdgefährdung - provozierten diese Unfälle durch eigenes risikovolles Verh. - Versichern sich in Risikosit. nicht der sicheren Basis („Social referencing“ fehlt)	- ausgeprägte emotional vermeidende bzw. distanzierte Bindungsperson - trotz ausreichender körperl. Pflege kann ein Wachstumsstillstand oder eine Verlangsamung eintreten - Bindungsunsicheres Verh. wie z.b. Eß und Fütterstörungen oder Schlafstörungen können bei längerer Dauer zu hormnelen Veränderungen führen, die sich in wachstumsstörungen äußern	
- erst nach 8. Lebensmonat diagnostisch identifizierbar (nach Fremdeln) - -Ähnlichkeit zu Autismus, abzugrenzen aber durch das Fehlen zusätzl. Stereotypien, von Vermeidung des Körperkontaktes u.a.	-	- abzugrenzen von Neugieverhalten - abzugrenzen von HKS, dass weniger zu häufigen Unfällen führt	- nicht nur auf Unterschicht begrenzt - differentialdiagn. zu allen anderen das Horonsystem berührenden körperl. Störungen und Krankheiten	



Beeinträchtigte Bindung

Übersteigertes Bindungsverhalten			
<i>exzessiv-klammernd</i>	<i>Gehemmtes Bindungsverhalten</i>	<i>Aggressive Symptomatik</i>	<i>Rollenumkehr</i>
- Kinder sind nur in absoluter Nähe zur Bindungsperson beruhigt und ausgeglichen - in fremden Sit. überängstlich, körperl. Nähe suchend - auch im Schulalter noch auf den Arm strebend - wirken auf dem Arm oft noch mißtrauisch - bei Trennung heftige Widerstandssymptome - dadurch oft Vermeidung der Trennung	- bei Trennungen eher kein Widerstand - fallen durch übermäßige Anpassung auf - Aufforderungen und Befehle werden ohne Widerspruch ausgeführt - eher eingeschränkter positiver emot. Austausch - in Abwesenheit der Bindungsperson wirken sie eher freier und gelöster gegenüber fremden Personen - oft Erfahrungen von Gewalt und Mißbrauch, daher vorsichtig und zurückhaltend bei Bindungswünschen	- gestalten ihre Bindungsthematik vorw. durch körperl. u/o verbale Aggr. - aggr. Verhalten dominiert alles andere - auffallend: aggr. getöntes Familienthema - sobald sich aber Bindung entwickelt, kann die Aggr. schnell zurückweichen (allerdings eher Ausnahme, da andere den Bindungswunsch häufig wg. der Aggr. ablehnen)	- Parentifizierung: Kind erscheint überfürsorglich, kontrollierend, übernimmt Verantwortung der Bindungsperson - schränkt deshalb Erkundung und Neugier ein oder verzichtet zu rasch darauf - Kind ist bemüht, in der Nähe der Bindungspers. zu bleiben
- <i>ähnlich unsicher-ambivalent jedoch extrem übersteigert</i>		- <i>Unterscheidung von Dissoz., dass nicht nur auf Aggr. begrenzt ist</i>	- <i>ähnlich dem sicher gebundenen aber zu unterscheiden durch intensiveres aktiveres Elternverhalten und stärker explorierendes Verh. der Kinder</i>

Diagnostische Einschätzskalen bei Bindungsstörungen



	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beein- trächtigt	stark beein- trächtigt
Lateralität					
Grobmotorik					
Feinmotorik					
Augenmuskelkontrolle					
Auditives Kurzzeitgedächtnis					
Taktile Wahrnehmung					
Kinästhetische Wahrnehmung					
Körperschema					
Gestalt-Form-Auffassung					
Phonologische Bewusstheit					
Mengenerfassung					
Phonematische Differenzierungsfähigkeit					
Optische Diskriminationsfähigkeit					
Visuelle Figur-Grund-Erfassung					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen bei Bindungsstörungen



	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beein- trächtigt	stark beein- trächtigt
Lautbildungsfähigkeit					
Visuelles Gedächtnis					
Sprachgedächtnis					
Handlungsplanung					
Visuelles Operieren					
Kontaktfähigkeit					
Konfliktverhalten					
Eigensteuerung und Kooperation					
Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer					
Aufmerksamkeit gegenüber gesprochenem Wort					
Ausführung von Anweisungen an die Gruppe					
Gefühlsstabilität und emotionale Zuwendungsfähigkeit					
Flexibilität des Verhaltens					
Neugierverhalten					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag



Bindungstyp und Hochbegabung

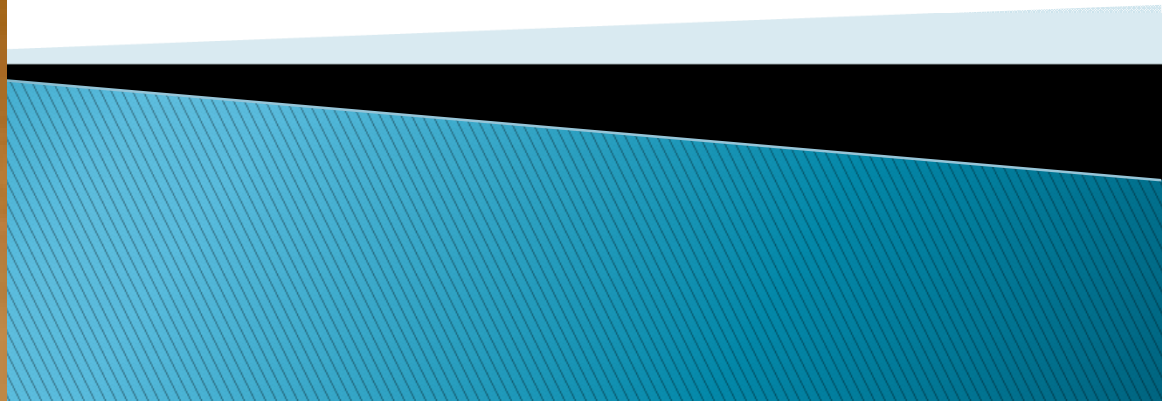
- ▶ Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Bindungstyp und Aufgabenengagement
- ▶ Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Bindungstyp und Kreativität
- ▶ **Aber: Positive Korrelation zwischen Bindungstyp und sozialen Kompetenzen**
- ▶ **Ferner: unsicher-ambivalent gebundene normal intelligente Kinder explorieren weniger**
- ▶ Der sichere Bindungstyp und der Gesamt-IQ-Wert stehen in keinem signifikanten korrelativen Zusammenhang .
- ▶ **Es zeigte sich aber, wie in der wissenschaftlichen Literatur vielfach nachgewiesen (Elicker, Englund & Sroufe., 1992; Scheuerer-Engelisch, 1995; Stephan, 1989; Suess, 1987), dass die beiden unsicheren Bindungstypen sowohl bei den hochbegabten, als auch bei den normalbegabten Kindern negativ, wenn auch nicht signifikant, mit den sozialen Kompetenzen korrelieren.**
- ▶ **Es muss also vermutet werden, dass es keinen Unterschied gibt zwischen normal intelligenten und hochbegabten Kindern hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Bindung einerseits und der Entwicklung von Intelligenz und sozialen Kompetenzen andererseits**



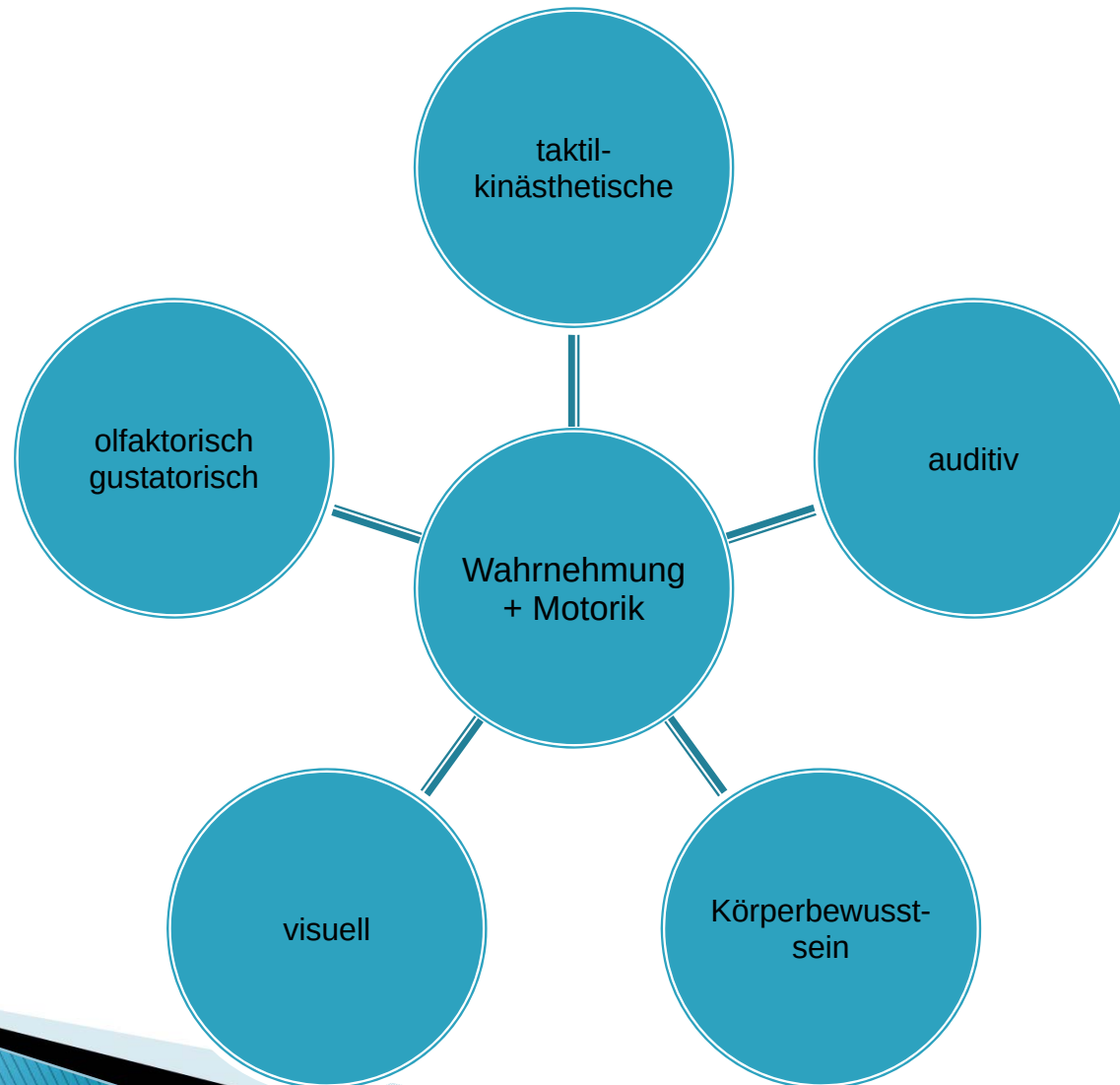
Bindungstyp und Hochbegabung

- ▶ Da soziale Kompetenzen in sozialen Interaktionen erworben und verändert werden, muss die Beratungsarbeit mit hochbegabten Kindern diese bei diesen Interaktionen fördern und ihnen Mittel und Instrumente an die Hand geben, um in diesen sozialen Situationen erfolgreich zu sein. Rindermann (1999) schlägt hier zum Beispiel vor, Kindern entsprechende Literatur zu geben, die bei diesen Sensibilität für soziale Probleme weckt und möglicherweise bei ersten Schritten zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen hilft.
- ▶ Zwar ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen hochbegabten unsicher-ambivalent gebundenen Kindern und deren Explorationsverhalten zeigen, jedoch gab es einen solchen Zusammenhang bei normal intelligenten Kindern. Insofern bedeutet dies einen Warnhinweis. In den Elterngesprächen sollte daher die Bindungs-Explorations-Imbalance Beachtung finden.

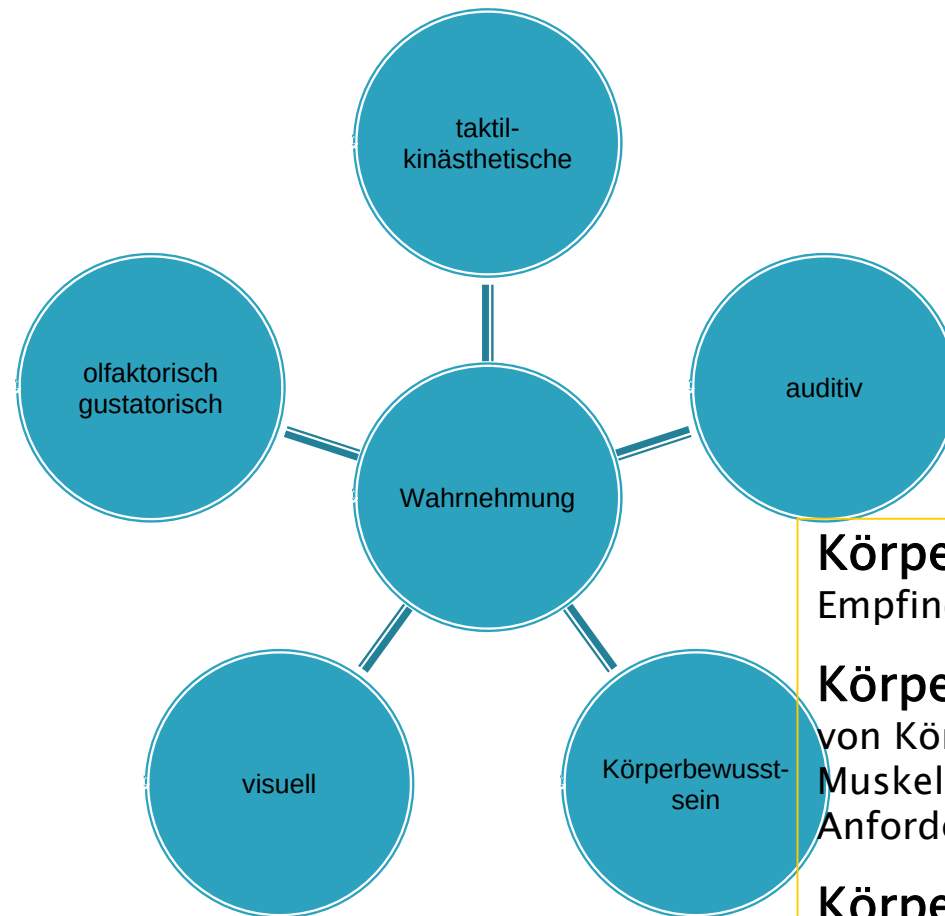
Beeinträchtigungen der Wahrnehmung (und Motorik)



Beeinträchtigungen der Wahrnehmung



Beeinträchtigungen der Wahrnehmung



Körperimago:
Empfindungen

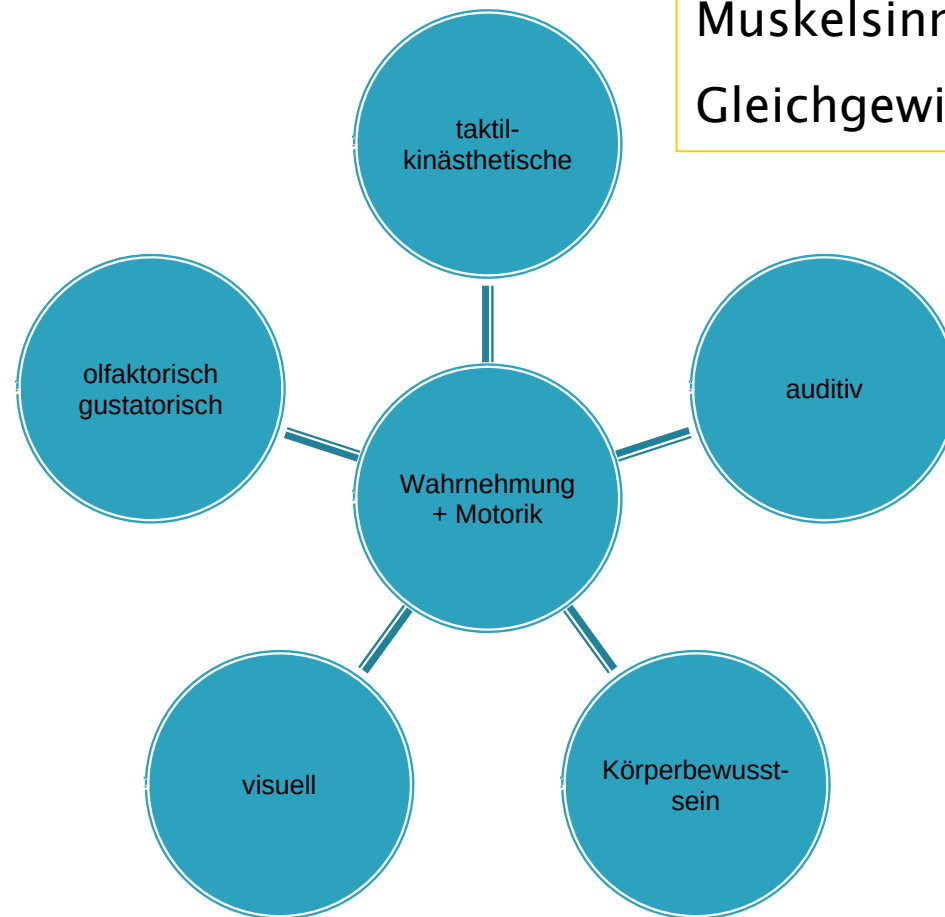
Körperschema: Anpassung
von Körperteilen und
Muskelspannung an
Anforderungen

Körperbegriff: Kenntnis
des Körpers

Praxie: Fähigkeit,
zielgerichtet und zweckmäßig
zu handeln



Hautsinn
Muskelsinn
Gleichgewichtssinn



Beeinträchtigungen der Wahrnehmung



Handmotorik

Hand-Hand-
Koordination

Auge-Hand-
Koordination

Mundmotorik

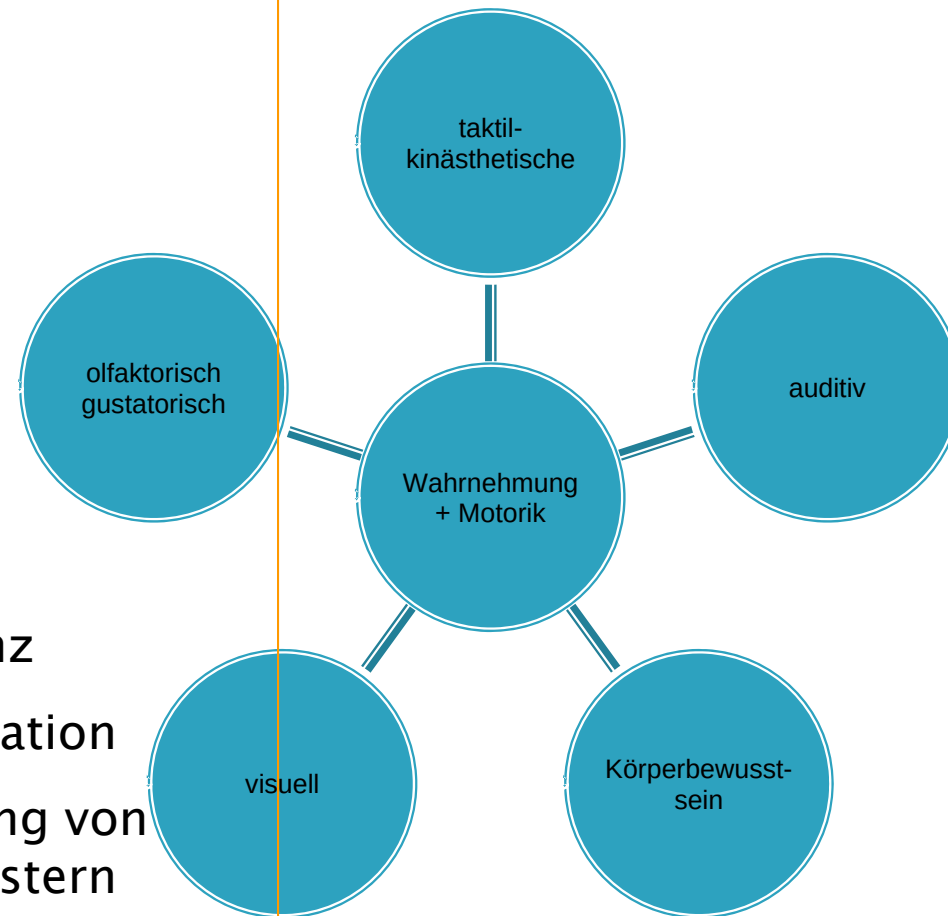
Lateralität

Augenmotorik

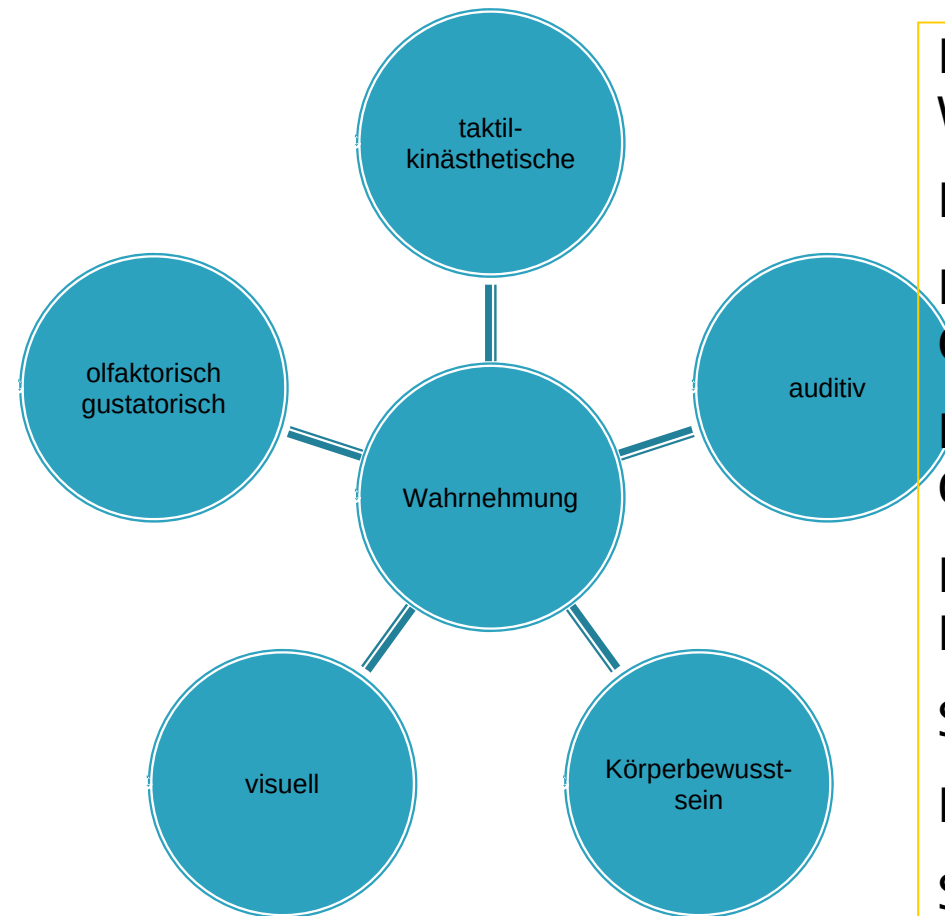
Seitendominanz

Körperkoordination

Automatisierung von
Bewegungsmustern



Beeinträchtigungen der Wahrnehmung



Figur-Grund-
Wahrnehmung

Lautdiskrimination

Identifizieren von
Geräuschquellen

Lokalisieren von
Geräuschquellen

Bewegungs- und
Richtungshören

Signale erkennen

Rhythmus erfassen

Seriale auditive
sprachliche

Leistungen

Beeinträchtigungen der Wahrnehmung



Augenbeweglichkeit

Verfolgen von
Bewegungen

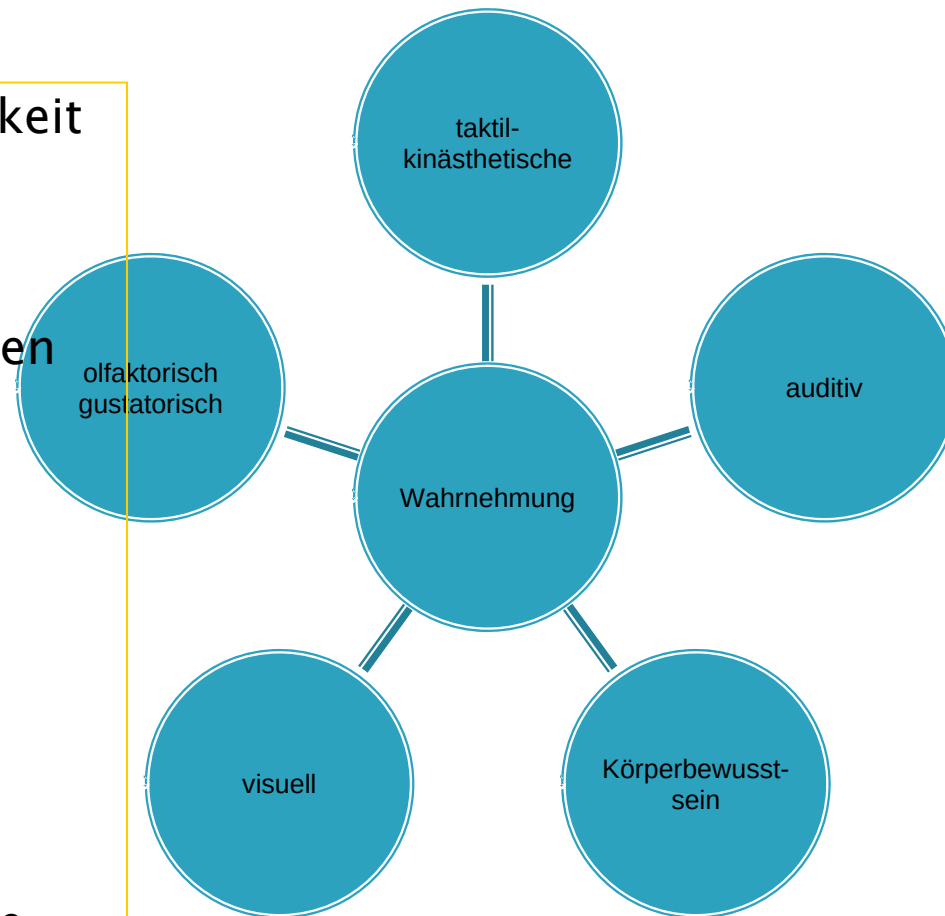
Verweilen, Fixieren

Figur-Grund-
Wahrnehmung

Räumliches
orientieren und
Vorstellen

Viso-motor.
Koordination

visoo-motorische
Übertragung



Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Menschen sind mir
unheimlich und so fremd ...



Autismus



Definition und Klassifikation

Diagnostische Leitlinien für den frühkindlichen Autismus nach ICD 10:

1. Qualitative Beeinträchtigung wechselseitiger sozialer Aktionen (z.B. unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale) wie z.B.
 - fehlender Blickkontakt
 - Ausbleiben des Lächelns
 - Keine antizipatorischen Bewegungen (Ausstrecken der Arme)
 - Viele symbiotische Verhaltensweisen z.B. nur essen in Anwesenheit der Eltern
2. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation (z.B. fehlender sozialer gebrauch der Sprache) wie z.B.
 - Fehlen von Gesten mit symbolischem Gehalt
 - Fehlendes Lallen
 - Echolalie
 - Sprechen von sich in der 3. Person



Autismus



Definition und Klassifikation

Diagnostische Leitlinien für den frühkindlichen Autismus nach ICD 10:

3. Eingeschränkte Interessen und stereotype Verhaltensmuster und Widerstand gegen Veränderungen wie z.B.
 - Zwanghaftes Verhältnis zur dinglichen Welt
 - Oft Störungen der Reaktion auf sinnliche Reize (Bevorzugung oder Ablehnung)
 - Stereotypien (Deutung als Selbststimulation) z.B. Augenbohren, Schaukeln, Schlagen mit den Händen auf die Ohren...)
 - Zweckentfremdung z. B. von Spielzeug
4. Unspezifische Probleme wie z.B. Befürchtungen, Phobien, Schlaf- und Essstörungen...
5. Manifestation vor dem 3. Lj

Häufigkeit: 5 auf 10.000 Kinder
Geschlechterrelation: 3,7 Jungen auf 1 Mädchen

Autismus



Definition und Klassifikation

Diagnostische Leitlinien für das Asperger-Syndrom nach ICD 10:

1. Fehlen einer Sprachentwicklungsverzögerung oder einer Verzögerung der kognitiven Entwicklung. Die Diagnose erfordert, dass einzelne Wörter im 2. Lj oder früher benutzt werden.
 - Kinder lernen sehr früh und oft sehr artikuliert zu sprechen
 - Intelligenz meistens im Normbereich oder darüber
 - Auffälligkeiten in der Sprechstimme
2. Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktionen (entspr. Den Kriterien des frühkindlichen Autismus) wie z.B.
 - Auffälliges nonverbales Verhalten
 - Unfähigkeit zur Herstellung von zwanglosen Beziehungen zu Gleichaltrigen
 - nur eingeschränkte emotionale Selbstregulation und Teilhabe an den Affekten anderer (Mentalisierungseinschränkungen)
 - Sozial oft Außenseiter



Autismus



Definition und Klassifikation

Diagnostische Leitlinien für das Asperger-Syndrom nach ICD 10:

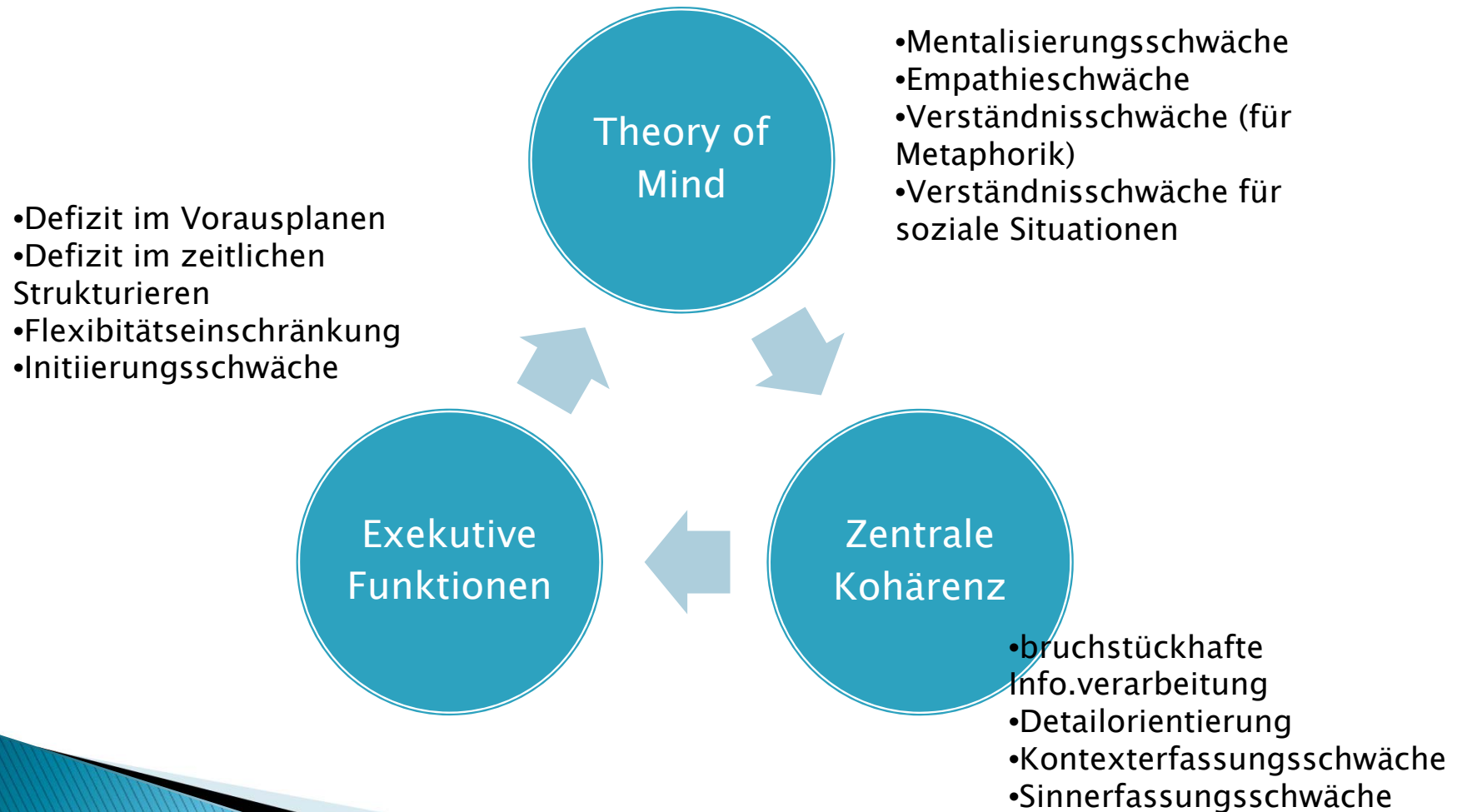
3. Ungewöhnliche und sehr ausgeprägte umschriebene Interessen (ausgestanzte Sonderinteressen) und stereotype Verhaltensmuster wie z.B.
 - Monomane Beschäftigung mit sehr umschriebenen Wissensgebieten, die nicht von allgemeinem Interesse sind
 - Oft ist nicht das Interesse selbst sondern das Ausmaß und die Intensität ungewöhnlich.
4. Die Störung ist nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zuzuordnen.
5. Zusätzlich häufig:
 - motorische Ungeschicklichkeit und
 - Dyspraxien incl. Einschränkungen der Handlungsplanung und -ausführung

Häufigkeit: ca. 30 auf 10.000 Kinder
Geschlechterrelation: 3,7 Jungen auf 1 Mädchen

Autismus



Theoretische Konzepte



Diagnostische Einschätzskalen bei Autismus



	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
Lateralität					
Grobmotorik					
Feinmotorik					
Augenmuskelkontrolle					
Auditives Kurzzeitgedächtnis					
Taktile Wahrnehmung					
Kinästhetische Wahrnehmung					
Körperschema					
Gestalt-Form-Auffassung					
Phonologische Bewusstheit					
Mengenerfassung					
Phonematische Differenzierungsfähigkeit					
Optische Diskriminationsfähigkeit					
Visuelle Figur-Grund-Erfassung					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Diagnostische Einschätzskalen bei Autismus



	sehr ausgeprägt	ausgeprägt	teils/teils	beein- trächtigt	stark beein- trächtigt
Lautbildungsfähigkeit					
Visuelles Gedächtnis					
Sprachgedächtnis					
Handlungsplanung					
Visuelles Operieren					
Kontaktfähigkeit					
Konfliktverhalten					
Eigensteuerung und Kooperation					
Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer					
Aufmerksamkeit gegenüber gesprochenem Wort					
Ausführung von Anweisungen an die Gruppe					
Gefühlsstabilität und emotionale Zuwendungsfähigkeit					
Flexibilität des Verhaltens					
Neugierverhalten					

Barth, K.-H. (2005): Die diagnostischen Einschätzskalen (DES).
München, Reinhardt-Verlag

Asperger und Hochbegabung:

„Twice exceptionals“ – zweifach Einzigartige

- ▶ Kinder,
 - die an einer Störung oder Behinderung leiden und
 - gleichzeitig hochbegabt sind
- ▶ beide Besonderheiten treten unabhängig voneinander auf
- ▶ fallen oft sehr spät erst auf
 - Symptome der Störung werden durch Hochbegabung maskiert und kompensiert
 - Hochbegabung wird durch Beeinträchtigung u.U. nicht erkannt

Asperger und Hochbegabung: „Twice exceptionals“ – zweifach Einzigartige

- ▶ Erweist sich ein Asperger-Kind auch als hochbegabt, kann Ihnen dies helfen, soziale Schwierigkeiten zu kompensieren:
- ▶ Das schnellere Denken verkürzt die für Asperger-Kinder typische kognitive Erschließung der sich ansonsten durch Empathie erschließenden sozialen Welt. Sie können daher rascher als andere Asperger-Kinder das Handicap in der sozialen Interaktion kompensieren.

Überprüfung der „Schnittmenge“ von Asperger und Hochbegabung

Inwiefern kann das Verhalten eines Hochbegabten als „autistisch“ fehldiagnostiziert werden?

1. „Treten die Probleme im Kreise vergleichbar intelligenter Kinder nicht mehr auf, ist zu vermuten, dass es sich weniger um eine autistische Störung als vielmehr um einen **Mangel an „Langsamkeitstoleranz“** handelt.“
2. Verwechslungen finden auch manchmal statt, weil die **Intensität** in der Beschäftigung mit einem Thema ähnlich stark sein kann.
3. **Geschlechtsstereotype** bzw. nicht erwartete Abweichungen davon, wie z.B. starkes technisches Interesse bei Mädchen und gleichzeitig weniger Interesse an sozialen Kontakten, führen dann nicht selten zu vorschnellen Zuschreibungen von Störungen

(Baudson 2010, S. 240–244)



Typische Symptome eines Kindes mit Asperger-Syndrom und Hochbegabung

Auf den ersten Blick:

- ▶ im Kindergarten oder in der Schule oft nicht bei der Sache
- ▶ beschäftigen sich mit Dingen in einer Art, die für ihr Alter ungewöhnlich ist (wie ein kleiner Erwachsener)
- ▶ Schwierigkeiten in Sozialkontakten zu Gleichaltrigen (Außenseiterrolle)

⇒ Kinder, die gleichzeitig zu wenig und zu viel können; brauchen auf den ersten Blick zwei gegensätzliche Dinge: Förderung und Schutz.

Gleichzeitige Überforderung – Unterforderung:



Soziale Überforderung

Kognitive Unterforderung



Barbara Rittmann
(Dipl.-Psychologin): Hamburger Autismus Institut

Förderliche Bedingungen für Asperger mit Hochbegabung:

- ▶ Zur Verhaltensreflektion: Tagebuch schreiben
- ▶ Wochenplan und –reflexion
- ▶ Freizeitbeschäftigungen sollen Struktur, Sinnhaftigkeit und Vorhersehbarkeit beinhalten; lechzen nach sachbezogener Beschäftigung (z.B. Schachspielen)
- ▶ besondere Fähigkeiten zeigen dürfen (z. B. Musik machen)
- ▶ Teilnahme an Gruppenaktivitäten auch dann sinnvoll, wenn Anforderung nur teilweise gemeistert werden kann
- ▶ sollten beobachten dürfen, ohne involviert zu sein (ohne reagieren zu müssen) um soziale Interaktion lernen zu können

Weitere Anregungen den Umgang mit Asperger mit Hochbegabung:

Hilfen bei Sprache und Kommunikation:

- Erklären des Sinns verschiedener sozialer Verhaltensweisen
- Dieses Erklären sollte in kleinen Schritten erfolgen.
- Beachte, dass Autisten die metakommunikative Bedeutung von Sprache (z.B. schafft das Reden über das Wetter Vertrauen) erklärt bekommen müssen

Keine vorschnelle Etikettierung.

Pädagogischer Umgang mit Autisten benötigt viel Ausbildung und Übung, was nicht nebenbei zu leisten ist
Daher ist Wissen über vertiefende Angebote wichtig sowie die Kompetenz, Eltern zur Akzeptanz und Mobilisierung solcher Hilfen anzuregen.



Pädagogische und therapeutische Hilfen:

- ▶ Schulische Maßnahmen
 - Schulbegleitung
 - Nachteilsausgleich
- ▶ Psychotherapie
 - bei Kindern: Spieltherapie mit psycho-
edukativer Ausrichtung, Visualisierung
 - Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen:
Gesprächstherapie angereichert durch diverse
kognitive Verfahren (KVT,
Kommunikationsanalyse etc.)