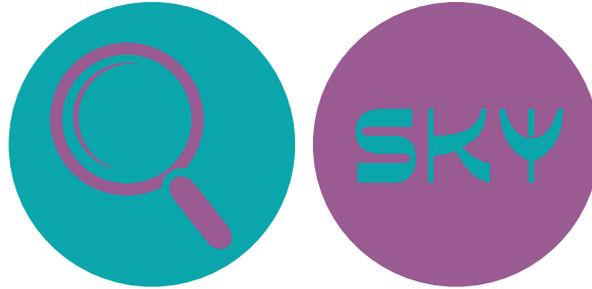




universität
wien



SKY-

**Selbstsicher, Kompetent – for the
Youth**

Manual

für

**Früherziehungs-, Hort- und
KindergartenpädagogInnen**

Dieses Werk wurde im Rahmen des Projekts „SKY: Selbstsicher, Kompetent – For the Youth!“ erstellt, gefördert im Rahmen von Sparkling Science des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft. Es ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des SKY-Teams oder des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Das Projekt „SKY“ wurde gefördert vom Bundesministerium für Wissenschaft im Rahmen von „Sparkling Science“ (<http://www.sparklingscience.at>). Das Forschungsprogramm „Sparkling Science“ hat sich zum Ziel gesetzt Schule und Wissenschaft zu verbinden. Im Projekt „SKY“ (Laufzeit von September 2008 bis April 2010) arbeiteten SchülerInnen mit Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen der Lehr- und Forschungspraxis, Fakultät für Psychologie, der Universität Wien zusammen. Da es auch unter pädagogischen Berufen vielfach noch Wissensdefizite bezüglich der Entstehung psychischer Störungen, dem Berufsbild von Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen, sowie spezifischer Anlaufstellen in Österreich gibt, wurde das vorliegende Manual entwickelt. Dieses Handbuch richtet sich speziell an Kindergarten-, Hort- und FrüherziehungspädagogInnen. Das Manual wurde gemeinsam mit Schülerinnen der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Steyr/Oberösterreich ausgearbeitet, um einerseits einen Überblick über psychische Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters zu bieten und andererseits sehr praxisorientierte Übungen für soziale Fertigkeiten im Kindergarten, Hort und Früherziehung Bereich darzustellen.. Für Fragen und Informationen steht Ihnen das Team der Lehr- und Forschungspraxis der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien zur Verfügung, die Kontaktadresse finden Sie am Ende des Handbuchs unter „Impressum“. Besonders danken möchten wir an dieser Stelle den Schülerinnen der 4A (Jahrgang 2008/2009), und besonders Frau Mag. Ecker und Frau Pichler, ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Das Team von „SKY“ und die SchülerInnen der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, Steyr/Oberösterreich wünschen Ihnen viel Interesse beim Lesen dieses Manuals!

Dr. Birgit U. Stetina, Mag. Mario Lehenbauer, Mag. Maria Gutmann, Mag. Dunja Tasic, Mag. Karoline Turner, Mag. Christiane Reinisch, Mag. Katharina Vytiska

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	6
Einleitung: Klinisch-psychologische Behandlung im Kindes- und Jugendalter	7
Störungen des Sozialverhaltens (Dissozialität)	15
Hyperkinetische Störungen (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom).....	17
Angststörungen	19
Schlafstörungen	21
Sprachentwicklungsstörungen und Sprechstörungen.....	23
Mutismus	26
Autismus.....	28
Essstörungen	30
Kindesmisshandlung	33
Sexueller Missbrauch	35
Teil B: Praktische Übungen für Früherziehung, Kindergarten und Hort.....	37
Selbstsicherheit und Soziale Kompetenz in Hort und Kindergarten	38
Fingerspiel.....	40
Bewegungsausgleich für Kinder	42
Planung einer Bewegungseinheit	46
Bruno – ein schüchterner Bär	49
Fantasiegeschichte / Gute Nacht-Geschichte (Mittagsschlaf)	51
Gefühle–Projekt.....	53
Ideensammlung für ein Ernährungsprojekt.....	56
Körperskizzen zeichnen	58
Übungen und Spielideen zum Thema Vertrauen in Verbindung mit Sinneswahrnehmungen für Hortkinder	59
Literaturverzeichnis	61
Impressum.....	62

Teil A: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Einleitung: Klinisch-psychologische Behandlung im Kindes- und Jugendalter

Aktuelle klinisch-psychologische Behandlung orientiert sich stark am bio-psycho-sozialen Rahmenmodell. Das bedeutet, dass als Ursache für psychische Störungen sowohl biologische (z.B. genetische), psychologische (z.B. fehlangepasste Gedanken) als auch soziale (z.B. das Fehlen stabiler emotionaler Beziehungen) Faktoren angenommen werden. Das Modell impliziert die Annahme, dass psychische Störungen (mit wenigen Ausnahmen) nicht plötzlich auftreten, sondern sich über längere Zeiträume hinweg und in Abhängigkeit zahlreicher Einflussfaktoren entwickeln. Daher ist es oftmals möglich, mittels präventiver psychologischer Interventionen bereits vor der Entstehung einer psychischen Erkrankung anzusetzen und die psychische Gesundheit des Betroffenen zu erhalten.

Psychische Störungen betreffen nicht nur erwachsene Menschen, sondern auch Kinder und Jugendliche. Aktuelle klinisch-psychologische Behandlung orientiert sich sehr stark am bio-psycho-sozialen Rahmenmodell. Das bedeutet, dass für psychische Störungen sowohl biologische (beispielsweise genetische), psychologische (beispielsweise fehlangepasste Gedanken) sowie soziale (beispielsweise fehlende stabile emotionale Beziehungen) Faktoren verantwortlich sind.

Definition psychischer Störungen:

Eine psychische Störung liegt vor, wenn das Verhalten und/oder das Erleben des Kindes und Jugendlichen bei Berücksichtigung seines Altersstandes

- nicht normal ist (z.B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, Erwartungen der Gesellschaft, Art und Ausmaß der Störung) und/oder
- zu einer Beeinträchtigung führt (z.B. durch persönliche Leiden, soziale Einengung, Behinderung der Entwicklung, Auswirkungen auf Dritte).

Als Beispiele für eine Normabweichung können Bettnässen nach dem Alter von 5 Jahren oder Trennungsängste jenseits des Kleinkindalters genannt werden. Psychische Störungen entstehen vielfach im Zusammenhang mit Belastungen aus der Umwelt. Derartige Belastungen – wie z.B. die Scheidung der Eltern oder ein überfordernder

Schulwechsel – erhöhen das Risiko für die Entwicklung von seelischen Störungen (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2005).

Im Vergleich zu psychischen Störungen bei Erwachsenen gibt es eine Reihe von besonderen Merkmalen abweichenden Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter, die eine eindeutige Abgrenzung zum Gesunden erschweren. Dazu zählt die schnelle und umfassende Veränderung von Physis, Fähigkeiten, Verhalten, Emotionen und sozialem Status in der kindlichen Entwicklung. Außerdem sind die meisten Symptome, die als Kriterien für Diagnosen dienen, auch bei gesunden Kindern vorhanden, allerdings in quantitativ anderer Ausprägung. Weiterhin kann eine Verhaltensweise je nach Alter und Entwicklungsstand normal oder pathologisch sein (z. B. Einkoten). Viele Verhaltensweisen sind zusätzlich von äußeren Bedingungen (Situation, Person, Umwelt) abhängig und treten nicht situationsübergreifend auf (z. B. Essstörungen). Ein weiteres Problem ist die alters- und entwicklungsabhängig eingeschränkte Fähigkeit zur Krankheitswahrnehmung, -bewertung und Selbstauskunft. Fremdurteile werden wiederum von der Subjektivität und den Eigeninteressen der Urteiler, aber auch vom Bildungsniveau, von der Beziehung zum Kind und vielen weiteren Dingen beeinflusst. Schließlich sind in sehr jungen Jahren körperliche und seelische Störungen nur schwer zu trennen (z. B. Bauchschmerzen). Mit wenigen Ausnahmen werden daher Diagnosen erst ab dem Vorschulalter vergeben.

Die oben genannten Gründe haben dazu geführt, dass die WHO für das Klassifikationssystem der seelischen Störungen des Kindes- und Jugendalters zusätzliche Gesichtspunkte berücksichtigte. Aufgrund der besonderen Bedeutung des Entwicklungshintergrundes sowie der Begleitumstände von seelischen Störungen des Kindes- und Jugendalters werden diese jeweils auf mehreren diagnostischen Ebenen erfasst. Dieses spezielle Ordnungssystem wird als multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) bezeichnet. Es umfasst die folgenden sechs diagnostischen Ebenen:

Achse 1: Erfasst die jeweilige psychische Störung (z.B. eine Angststörung). Auf dieser Ebene können auch zusätzlich bestehende Störungen (z.B. Einnässen) erfasst werden.

Achse 2: Entwicklungsstörungen. Hier wird nur eine kleine Anzahl von speziellen Störungen erfasst, welche sich durch eine Verzögerung einzelner oder weitreichender Anteile der Entwicklung auszeichnen (z.B. Sprachentwicklungsstörung).

Achse 3: Intelligenz. Die meisten seelischen Störungen des Kindes- und Jugendalters treten bei normal intelligenten Kindern auf, allerdings auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer Intelligenzminderung. Eine derartige geistige Behinderung oder auch eine Lernbehinderung kann mit weiteren seelischen Störungen – wie z.B. einer hyperkinetischen Störung – verbunden sein, die dann jeweils auf Achse 1 erfasst werden.

Achse 4: körperliche Krankheiten. Kinder mit seelischen Störungen können nicht nur zusätzlich von körperlichen Krankheiten betroffen sein, sondern es gilt auch zu berücksichtigen, dass viele chronische körperliche Erkrankungen das Risiko für eine seelische Störung deutlich erhöhen. Dieser Umstand wird z.B. mit der Möglichkeit der Zuordnung von Diagnosen auf die Achse 1 und Achse 4 berücksichtigt.

Achse 5: begleitende psychosoziale Umstände. Hier wird eine Reihe von Begleitumständen erfasst, welche für die seelischen Störungen des Kindes- und Jugendalters von großer Bedeutung sind. Dazu zählen z.B. abweichende Beziehungen in der Familie, wie ein Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung oder die Disharmonie zwischen den Ehepartnern, eine möglicherweise vorliegende psychische Störung eines anderen Familienmitgliedes, ungünstige Erziehungsbedingungen, Aufwachsen in einem Heim, belastende Lebensereignisse durch den Verlust einer liebevollen Beziehung, gesellschaftliche Belastungsfaktoren durch Auswanderungen oder soziale Verpflanzung, sowie weitere Bedingungen, welche die Entwicklung einer seelischen Störung beeinflussen können.

Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung. Hier werden die Beziehungen zu

Familienangehörigen, Gleichaltrigen, Erwachsenen außerhalb der Familie, die Bewältigung von sozialen Situationen, die schulische und berufliche Anpassung sowie Interessen und Freizeitaktivitäten beurteilt. Dabei werden insgesamt neun Stufen unterschieden, die von hervorragend oder guter sozialer Anpassung bis zur Abhängigkeit von ständiger Betreuung reichen und im Einzelnen genau beschrieben sind (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2005).

Dem Ansatz der Entwicklungspsychopathologie folgend bieten die jeweils alters- und entwicklungsgemäßen Anforderungen an Kinder und Jugendliche einen systematischen Ausgangspunkt zur Ordnung möglicher Psychopathologien. Erste Problembereiche liegen bereits im Säuglingsalter in Form der so genannten Regulationsstörungen der

frühen Kindheit vor (v. a. Fütter-, Gedeih-, Schlaf- und Schreistörung). Im 2. Lebensjahr können den Entwicklungsschritten entsprechend Deprivations- oder Entwicklungsstörungen mit Verdacht auf frühkindliche Behinderung oder Autismus erkannt werden. Im Kleinkind- und Vorschulalter sind bereits externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten umschriebener Art sowie Entwicklungsverzögerungen unterscheidbar (oppositionell, aggressiv, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit bzw. Ängste, Depressionen, aber auch Schlafstörungen, Essstörungen, Störungen der Ausscheidung). Ab der mittleren Kindheit werden Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Schulängste, depressive Reaktionen, aber auch psychosomatische Störungen, Zwänge und Tics sowie Lern- und Leistungsprobleme unterschieden. Mit Beginn des Jugendalters treten Dissozialität, Drogenabhängigkeit, affektive Störungen mit und ohne Suizidalität, aber auch Angststörungen, Phobien, Essstörungen, Zwangsstörungen und schizophrene Psychosen auf.

Je nach Störungsbild können im Rahmen einer Behandlung unterschiedliche Maßnahmen erforderlich und hilfreich sein. Für klinisch-psychologische Interventionen gilt aber generell, dass sie sich am Hier und Jetzt, also der aktuellen Lebenssituation des Klienten, orientieren und nach einer ausführlichen Anamnese und fundierten Diagnostik eine zeitlich begrenzte Behandlung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse anstreben, das heißt der Fokus liegt darauf, die Störung und die damit verbundenen Symptome sowie das subjektive Leiden des Patienten konkret und relativ kurzfristig zu behandeln – hierin besteht ein Unterschied zu den meisten psychotherapeutischen Maßnahmen, die tendenziell über längere Zeit hinweg stattfinden (unter Umständen über mehrere Jahre hin).

Der/die klinische PsychologIn erfragt im Anamnesegespräch Behandlungs-relevante Informationen aus dem Leben des Patienten und konzentriert sich auf Ressourcen, die dem Betroffenen (oftmals unbewusst) zur Verfügung stehen, um sich seiner Störung zu stellen und diese zu bekämpfen. Diese Ressourcen-Fokussierung ist ein wichtiges Merkmal klinisch-psychologischer Arbeit; es bedeutet, die individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten des Patienten, die zu einer Verbesserung der Problematik beitragen können, durch die Behandlung zu stärken.

Bei der Wahl der Behandlungsmethode steht dem/der klinischen PsychologIn prinzipiell das gesamte Repertoire der psychologischen Forschung zur Verfügung, d.h. die Intervention kann entsprechend der Bedürfnisse des Patienten sehr unterschiedlich gestaltet werden. Aufgrund der sehr verschiedenartigen Schwerpunkte und Ausrichtungen dieser „Werkzeuge“, wählen die meisten PsychologInnen bzw. Institutionen einen bestimmten grundsätzlichen psychologisch-wissenschaftlichen Zugang, der ihrem Menschenbild, ihrer eigenen Persönlichkeit und bevorzugten Arbeitsweise gut entspricht. In der Lehr- und Forschungspraxis wird in diesem Sinne vornehmlich nach dem kognitionspsychologischen und dem verhaltenstherapeutischen Ansatz gearbeitet. Dies bedeutet, dass Einstellungen, Gedanken und Überzeugungen des Patienten, die fehlangepasst und somit für ihn schädlich sind, ausfindig gemacht und anhand von Protokollbögen oder (strukturierten) Tagebüchern beobachtet werden, um anschließend im Zuge einer kognitiven Umstrukturierung in Richtung einer gesünderen, positiveren psychischen Konstitution bearbeitet zu werden. Hierfür kommen z.B. Rollenspiele und Konfrontationsübungen zum Einsatz.

Um zu gewährleisten, dass die Inhalte der Behandlung auch im alltäglichen Leben des Klienten anwendbar sind, werden Maßnahmen für den Alltagstransfer eingesetzt. Darunter versteht man, dass der Klient unter Anleitung der/des Klinischen Psychologen/in Situationen aus seinem individuellen Leben bewusst unter dem Aspekt eines zu erlernenden Verhaltens aufsucht und zusätzlich sein Befinden, sowie seine Gedanken vor und nach dieser Situation protokolliert. Der/die Klinische PsychologIn gibt im Rahmen der Sitzung die Gelegenheit dazu, diesbezügliche Erfahrungen zu reflektieren und begleitet den Klienten so bei der Umsetzung seiner Behandlungsziele. Das regelmäßige Protokollieren spielt hierbei eine wichtige Rolle: es unterstützt zum Einen die Selbstreflexion des Patienten und ist zum Anderen auch nützlich, um persönliche Fortschritte sichtbar zu machen.

Zusätzlich zu diesen Maßnahmen wird der Patient im Rahmen der Behandlung auch dazu angeleitet, sich durch gezielte Übungen zu entspannen – eine Fähigkeit, die z.B. bei Angst, Unsicherheit etc. besonders bedeutsam ist, da Körper, Gedanken und Verhalten einander wie in einem Teufelskreis gegenseitig negativ verstärken können. Durch gezielte körperliche Entspannung wird ein solcher Kreislauf unterbrochen – Angst, Nervosität, innere Unruhe etc. sind mit Entspannung inkompatibel!

Psychische Störungen betreffen nicht nur erwachsene Menschen, sondern auch Kinder und Jugendliche. Manche Erkrankungen treten häufiger bei jungen Menschen als bei Erwachsenen auf, bei anderen ist es umgekehrt oder gleich verteilt. In jedem Fall ist es von großer Bedeutung, das Alter bzw. die besonderen Bedürfnisse unterschiedlicher Altersgruppen zu berücksichtigen. Für die pädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen finden sich im dritten Kapitel dieses Manuals zahlreiche Spiele und Übungen, die dabei helfen können, spezifische Fähigkeiten und Eigenschaften zu fördern. Falls aber der Verdacht auf eine manifeste psychische Störung besteht, sollte zur Abklärung und für eine etwaige Behandlung *unbedingt* ein Klinischer Psychologe/ eine klinische Psychologin herangezogen werden!

„Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen sind Spezialistinnen und Spezialisten sowohl im Erkennen von Problemen und Störungen des menschlichen Erlebens und Verhaltens als auch im Entwickeln von maßgeschneiderten Lösungen und Behandlungen. Durch den Einsatz modernster Methoden können Probleme in den Bereichen Lernen, Gedächtnis und Denken, Gefühle, Motivation, Ängste, Belastungen aufgrund körperlicher Erkrankungen oder einschneidender Erlebnisse und Lebenskrisen und vieles mehr punktgenau und rasch behandelt werden“ (Maria Rauch-Kallat, ehemalige Ministerin für Gesundheit und Frauen. In: Klinische Psychologie. Wenn's allein nicht weiter geht. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien 2005, S.5).

Daten

Folgend werden noch ein paar Daten zur Häufigkeiten von klinischen Störungen im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Die meisten Untersuchungen stammen aus den USA und England (13 bzw. 6 Studien). International liegt die durchschnittliche Gesamtprävalenz bei 15,8% (Minimum=1%, Maximum=51%). Altersgruppenspezifische Analysen ergaben, dass die Gesamtprävalenzen mit zunehmendem Alter anstiegen (mit einer mittleren Prävalenz von 10,2% für Vorschulkinder bis zu 16,5% für Jugendliche). Die ermittelten Prävalenzen hingen außerdem in ihrer Höhe von den Messinstrumenten und Fallkriterien ab. Auch international ließ sich kein auf- oder absteigender Trend in der mittleren Prävalenz über die Jahrzehnte feststellen.

Damit sind psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen. Als häufigste Störungen zeigten sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4%, gefolgt von dissozialen Störungen mit 7,5%. Es ergaben sich konsistent hohe Persistenzraten der Störungen von ungefähr 50%, wobei dissoziale Störungen die ungünstigsten Verläufe aufwiesen. Die häufigsten komorbiden Störungen waren dissoziale Störungen bei Vorliegen einer hyperkinetischen Störung und Angststörungen bei Vorliegen einer depressiven Störung. Bis zum Alter von 13 Jahren wurden durchgehend höhere Gesamtprävalenzen psychischer Störungen bei Jungen gefunden, wogegen im Zuge der Adoleszenz eine Angleichung der Raten erfolgte. Bei Jungen zeigten sich höhere Raten externalisierender Störungen, während Mädchen höhere Raten von Essstörungen und psychosomatischen Störungen aufwiesen. Ein differenziertes Bild zeigte sich für internalisierende Störungen. Während depressive Störungen ab dem späten Jugendalter doppelt so häufig beim weiblichen Geschlecht vorkamen, traten diese im Schulalter häufiger bei Jungen auf.

Aus den genannten Fakten lässt sich schließen, dass zu den wichtigsten **Risikofaktoren** das Alter (durch sensible Phasen wie z. B. Einschulung, körperliche Reifung im Jugendalter, Eintritt in das Berufsleben), das Geschlecht (Jungen zeigen bis zur Pubertät ein höheres Risiko für verschiedene, v. a. externalisierende Störungen, ein geringeres Entwicklungstempo und sind anfälliger gegenüber äußeren Belastungen, Mädchen sind v. a. ab der Pubertät anfällig für internalisierende Probleme und Essstörungen), die genetische Belastungen (z. B. das Down-Syndrom oder Epilepsie) sowie prä-, peri- und postnatale Komplikationen zählen.

Zu den bedeutsamsten krankheitsassoziierten Umweltfaktoren zählen familiäre Bedingungen wie der sozioökonomische Status, das Fehlen eines Elternteils bzw. Scheidung, die psychische oder physische Erkrankung eines Elternteils sowie die psychische und physische Vernachlässigung oder Misshandlung.

Protektive Faktoren, die die potenziell schädlichen Auswirkungen von Belastungen verhindern oder ausgleichen können, lassen sich gliedern in: personengebundene Faktoren (Resilienz, z. B. Selbstkonzept, Temperament, Intelligenz) und umweltgebundene Faktoren (inner- und außerfamiliäre).

Demnach verläuft etwa die Hälfte der Erkrankungen chronisch, die andere Hälfte remittiert innerhalb von ungefähr 5 Jahren. Die Befundlage zeigt, dass verstärkte Forschungsbemühungen zur Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter dringend erforderlich sind (Barkmann & Schulte-Markwort, 2007).

Im vorliegenden Manual werden im ersten Teil A die häufigsten psychischen Störungsbilder vorgestellt, die einzelnen Kapitel wurden von den Schülerinnen der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Steyr/OÖ. gestaltet. Teil B beschäftigt sich mit Übungen für die Praxis, die ebenfalls von den Schülerinnen gestaltet wurden. Für weiterführende Fragen (Adressen von Klinischen PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen in Ihrem Bundesland in Österreich) steht Ihnen das Team der Lehr- und Forschungspraxis sehr gerne zur Verfügung. Kontaktdaten entnehmen Sie bitte dem Impressum am Schluss!

Störungen des Sozialverhaltens (Dissozialität)

Allgemeine Beschreibung des Störungsbildes:

Störungen des Sozialverhaltens treten auf, wenn der/die Betroffene wiederholt und andauernd dissoziales, aufsässiges oder aggressives Verhalten zeigt. Diese Verhaltensweisen müssen aber über mindestens sechs Monate hinweg andauern. Es muss dabei auch das Entwicklungsniveau der betroffenen Person berücksichtigt werden (altersspezifisches Verhalten; zum Beispiel: Trotzphase).

Symptome:

Die Symptome einer Störung des Sozialverhaltens sind Grausamkeiten gegenüber Menschen oder Tieren, extremes Streiten und Tyrannisieren, erhebliche Beschädigung von Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schuleschwänzen und Weglaufen von Zuhause, ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche sowie Ungehorsam. Für eine Diagnose reicht eine starke Ausprägung einzelner Symptome, einzelne dissoziale Handlungen genügen jedoch nicht.

Formen:

- Störung des Sozialverhaltens, die auf den familiären Rahmen beschränkt ist
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten

Häufigkeit:

4-5% der Kinder und Jugendlichen leiden an einer Störung des Sozialverhaltens; dabei sind Jungen vier Mal häufiger als Mädchen betroffen. Das Risiko steigt bei: Zugehörigkeit zur Unterschicht, Kriminalität, psychischen Störungen der Eltern, beengten Wohnverhältnissen, lang bestehenden Partnerkonflikten und Heimunterbringungen.

Ursachen:

Bei den Ursachen stehen psychosoziale Bedingungen im Vordergrund. Dabei spielen im Besonderen familiäre Bedingungen wie das Erziehungsverhalten oder Partnerkonflikte der Eltern und soziale Faktoren wie beispielsweise eine schlechte Schulbildung der Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern, gesellschaftliche und finanzielle Benachteiligungen

eine bedeutende Rolle. Auch die Gruppe der Gleichaltrigen und die Schule können zur Entwicklung von Störungen des Sozialverhaltens beitragen. Weitere Einflussfaktoren stellen kulturelle und gesellschaftliche Faktoren, wie zum Beispiel die Darstellung von Gewalt im Fernsehen, dar.

Zugang der besuchten Institution:

Es ist den Hort-, Früherziehungs- und Kindergartenstätten kaum möglich einzugreifen, da der größte Einfluss von der Familie ausgeht. Man kann versuchen über günstige Elternarbeit, strukturierte Tagesabläufe, ein konsequentes Regelsystem, Verstärkung bei angemessenem Verhalten und Maßnahmen (Anbieten von alternativen Verhaltensweisen) bei unangemessenem Verhalten etwas zu erreichen.

Hyperkinetische Störungen (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)

Allgemeine Beschreibung des Störungsbildes:

Es treten zwei verschiedene Formen dieses Störungsbildes auf:

Einfache Aktivitäts- oder Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperkinetische Störungen (HKS) in Kombination mit Störungen des Sozialverhaltens. Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) stellt eine Unterform der HKS dar.

HKS:

HKS äußert sich durch Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizite und Impulsivität (Schwierigkeiten, das eigene Verhalten zu planen und zu steuern). Dieses Störungsbild tritt in der Regel schon sehr früh, meist vor dem fünften Lebensjahr, auf. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist, dass im Fall einer HKS eine Kombination von überaktivem Verhalten mit starker Unaufmerksamkeit vorliegt. Kennzeichnend ist außerdem, dass die typischen Verhaltensmerkmale situationsunabhängig und über die Zeit stabil sind.

ADS:

ADS stellt eine Unterform der HKS dar, welche speziell im Jugend- und Erwachsenenalter als Restsymptom einer hyperkinetischen Störung übrig bleibt. Betroffene werden eher als träge und tagträumerisch und weniger als hyperaktiv wahrgenommen.

Um von ADS sprechen zu können, müssen mindestens sechs von folgenden neun Verhaltensweisen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem dem Entwicklungsniveau nicht angemessenen Ausmaß auftreten:

- Häufige Unaufmerksamkeiten gegenüber Details
- Schwierigkeiten beim Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spiel
- Betroffene scheinen oft nicht zuzuhören
- Häufige keine Durchführung von Aufträgen
- Unfähigkeit, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren oder strukturieren
- Aufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen verlangen, werden vermieden oder verweigert
- Äußere Reize lenken leicht ab

- Häufiger Verlust von Gegenständen, die für bestimmte Aufgaben notwendig sind
- Dinge im täglichen Ablauf werden oft vergessen

Häufigkeit:

2 – 9,5 % aller Kinder und Jugendlichen sind von HKS betroffen. Bei Jungen tritt diese Störung drei- bis neunmal häufiger auf als bei Mädchen. Für ADS sind aufgrund verschiedener Definitionen keine genauen Zahlen bekannt, es sind aber deutlich weniger als 10% der Kinder betroffen.

Ursachen:

Neben der bedeutenden Rolle erblicher und biologischer Faktoren zeigt sich bei hyperkinetischen Störungen häufig ein Zusammenhang mit dem Auftreten weiterer psychischer Störungen innerhalb der Familie. Des Weiteren wurde mehrfach eine geringe Beziehung zwischen der Entstehung hyperkinetischer Störungen und einer Bleibelastung nachgewiesen. Alkoholgenuss, die Einnahme von Medikamenten und Nikotingenuss während der Schwangerschaft können auch zu HKS bzw. ADS führen.

Was kann ich als FrüherziehungspädagogIn, KindergartenpädagogIn, HortpädagogIn machen?

Es müssen vor allem sonderpädagogische Maßnahmen ergriffen werden. Weiters ist die Zusammenarbeit mit den Eltern und die Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenz der Kinder sehr wichtig.

Isabella Rozanek, Christine Gerstmayr, Katharina Schmollngruber

Angststörungen

Definition:

- Angst ist eine uns Menschen angeborene Schutzfunktion, deshalb ist jeder Mensch grundsätzlich für Angst empfänglich.
- Angst ist einerseits ein subjektiv erlebtes Gefühl und andererseits das zentrale Alarm- und Abwehrsystem des Organismus, das bei Bedrohung jeder Art aktiviert wird.
- Von einer Angststörung wird gesprochen, wenn entweder ein nicht mehr normales Ausmaß unklarer Ängste vorliegt oder Ängste in Bezug auf generell ungefährliche Situationen oder Gegenstände bestehen.
- Ängste und Phobien lassen sich dann nicht löschen, wenn die Auslöser dafür vermieden werden → Vermeidungsverhalten verhindert ein Umlernen.

Arten von Angststörungen:

- Generalisierte Angststörungen (Befürchtungen erstrecken sich auf viele, voneinander unabhängige Situationen und Lebensbereiche)
- Agoraphobie (Angst vor offenen Plätzen und Menschenmengen)
- Soziale Phobien (Angst vor sozialen Situationen, in denen es zu Kontakt mit anderen Menschen kommt)
- Spezifische Phobien (Anhaltende Furcht vor bestimmten Objekten, z.B. Tieren)
- Störungen mit Trennungsangst (Angst vor Trennung von nahen Bezugspersonen)
- Panikstörungen (unvorhersehbare akute Angstattacken)

Im Kindes- und Jugendalter werden drei weitere Formen von Angststörungen unterschieden:

- emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters (übermäßige Angst vor der Trennung von einer nahe stehenden Bezugsperson)
- phobische Störungen des Kindesalters (Angst vor natürlichen Ereignissen, z.B. Dunkelheit, oder Angst vor körperlichen Verletzungen, z.B. durch bestimmte Nahrung)
- Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (hauptsächlich Furcht vor Fremden, aber teilweise auch vor vertrauten Umgebungen wie der Schule)

Häufigkeit:

Angaben zur Häufigkeit in Bezug auf alle der genannten Angststörungen variieren von 6 bis 18 %.

Ursachen:

Inwieweit erbliche Faktoren an der Entstehung von Angststörungen beteiligt sind, ist nach jetzigem Wissensstand noch unklar.

Lernen am Modell, also eine Orientierung am ängstlichen Vorbild, spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

Ebenso stellen das individuelle Temperament sowie belastende Lebensereignisse und Umweltveränderungen bedeutende Einflussfaktoren dar.

Therapie:

- Klinisch-psychologische Behandlung
- Verhaltenstherapie (z.B. Konfrontation oder Selbstsicherheitstraining)
- Elternberatung

Schlafstörungen

Definition:

Schlafstörungen sind durch eine Verminderung, eine Steigerung oder eine unnatürliche Unterbrechung des Schlafes gekennzeichnet.

Man unterscheidet demnach drei große Gruppen von Schlafstörungen: Ein- und Durchschlafstörungen, Störungen mit gesteigertem Schlaf und die Klasse der abnormen Schlafstörungen (Pavor nocturnus bzw. Nachtschreck, Reden im Schlaf, Schlafwandeln).

Häufigkeit:

Ein- und Durchschlafstörungen sind im Kindesalter relativ häufig. Im Säuglingsalter trifft es circa 50% aller Säuglinge. Im Alter zwischen 2 und 7 Jahren sind bei circa 20% der Kinder Einschlafstörungen und ab dem 7. Lebensjahr bei bis zu 50% zu beobachten.

Angsträume kommen im Kindesalter ebenfalls häufig vor. Bis zum 5. Lebensjahr sind circa 60% betroffen. Die Häufigkeit sinkt jedoch mit zunehmendem Alter.

Schlafwandeln wird bei circa 5% der Kinder beobachtet.

Der sogenannte Nachtschreck (Pavor nocturnus) tritt bei etwa 1% bis 4% aller Kinder vor allem im Vorschul- und frühen Schulalter auf.

Erscheinungsbild:

Ein- und Durchschlafstörungen bei Kindern sind oftmals auf akute familiäre oder schulische Belastungsfaktoren zurückzuführen. Langanhaltende Schlafstörungen können jedoch mitunter Bestandteil einer anderen psychischen Störung, wie zum Beispiel einer Angststörung, sein.

Den drei Formen der abnormen Schlafstörungen ist zunächst gemeinsam, dass sie nur phasenweise auftreten. Außerdem zeigen oftmals Familienmitglieder ähnliche Probleme. Ein weiteres gemeinsames Merkmal dieser Störungen ist, dass sie jeweils nur in bestimmten Abschnitten des nächtlichen Schlafes, und zwar beim Übergang in eine Tiefschlafphase, auftreten. Oft können sich die Kinder am nächsten Morgen auch nicht mehr an die „gestörte“ Nacht erinnern.

Während einer typischen Episode des *Nachtschrecks* setzen sich die Kinder unvermittelt aus dem Schlaf heraus aufrecht im Bett auf, schreien oft laut und starren in die Luft. Oftmals sind sie zudem nicht ansprechbar und verwirrt.

Schlafwandeln und *Reden im Schlaf* weisen ein ähnliches Erscheinungsbild auf. Typische Merkmale stellen auch hier ein plötzliches Aufsetzen im Bett sowie ein glasiger, starrer Blick dar. Bewegungen des Kindes wirken oft unbeholfen und die Sprache ist meist unverständlich.

Neben diesen Störungen kann es im Jugendalter noch zu weiteren, jedoch sehr seltenen Formen von Schlafstörungen kommen, so beispielsweise zur Narkolepsie, bei der es untertags zu Schlafanfällen kommen kann, oder zur Schlafapnoe. Bei letzterer kommt es während des Schlafes zu einem kurzfristigen, bis zu einer Minute dauernden Aussetzen der Atmung.

Ursachen:

Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind zum Teil auf die noch nicht abgeschlossene Reifung des Gehirns zurückzuführen.

Ein- und Durchschlafstörungen hängen aber wahrscheinlich sehr viel mehr mit Umweltbedingungen, wie vorhandene Belastungen in der Familie, der Schule oder dem Freundeskreis, zusammen. Ein weiterer Faktor bei der Entstehung von Schlafstörungen sind schließlich übergeordnete seelische Störungen.

Im Zusammenhang mit den drei Formen *abnormer Schlafstörungen* spielt vor allem die Reifungsverzögerung des Gehirns eine zentrale Rolle. In einigen Fällen können auch Entzündungen oder Verletzungen des Gehirns zur Entstehung einer Schlafstörung beitragen.

Therapie:

Viele Schlafstörungen treten nur vorübergehend auf, daher ist eine Beratung der Eltern oftmals ausreichend, um vorhandene Belastungen oder Spannungen abzubauen.

Gut geeignet sind in diesem Zusammenhang auch Vorgehensweisen der Verhaltenstherapie. Das Ziel ist hier, Eltern zu vermitteln, wie sie angemessen mit den Schlafstörungen ihres Kindes umgehen..

Vorsichtig sollte man jedoch mit der Verordnung von Schlafmitteln sein.

Anna Weißenbacher & Carina Wagner

Sprachentwicklungsstörungen und Sprechstörungen

Sprachentwicklungsstörungen:

Sprachentwicklungsstörungen sind durch eine Verzögerung oder Beeinträchtigung des normalen Spracherwerbs ab der frühen Kindheit charakterisiert. Sie müssen von den Sprechstörungen abgegrenzt werden und sind nicht neurologisch bedingt.

Merkmale einer Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) sind eindeutig abnorme Sprachelemente, die nicht einer frühen Entwicklungsphase entsprechen. Häufig treten folgende begleitende Probleme auf:

- Lernstörungen (Lese- und Rechtschreibschwäche)
- Beziehungsstörungen
- begleitende psychische Störungen

3 Formen von Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind zu unterscheiden:

- Störung der Aussprache (Artikulationsstörung): bezeichnet eine gestörte, dem Intelligenzalter des Kindes nicht entsprechende Aussprache bei normaler Entwicklung der übrigen sprachlichen Fähigkeiten. Im Allgemeinen kann man unterschiedliche Schweregrade beobachten.
- Expressive Sprachstörung (die ausgedrückte Sprache): liegt vor, wenn das Kind deutlich schlechter spricht als aufgrund seiner Intelligenz zu erwarten wäre und wenn das Sprachverständnis normal ist.
- Rezeptive Sprachentwicklungsstörung (die aufgenommene Sprache): ist gegeben, wenn das Sprachverständnis des Kindes unterhalb des aufgrund seiner Intelligenz zu erwartenden Niveaus liegt. Fast immer treten in Zusammenhang mit dieser Störung gleichzeitig eine Artikulationsstörung und eine expressive Sprachstörung auf.

Die SES dürfen nicht mit den Sprechstörungen verwechselt werden, obwohl sie sich im Grundprinzip sehr ähnlich sind.

Sprechstörungen:

Zu den Sprechstörungen, die auch als Redeflussstörungen bezeichnet werden, zählen das Stottern und das Poltern.

- *Stottern*: ist eine Sprechstörung mit einem sogenannten tonischen Anteil, worunter ein Pressen der Atmung, der Stimme und der Aussprache zu verstehen ist. Des Weiteren werden häufig Wortsilben, insbesondere am Satzanfang, wiederholt.
- *Poltern*: Damit wird ein überstürzter, unrhythmischer Redefluss mit undeutlicher Aussprache bezeichnet, sodass die Verständlichkeit der Sprache schwieriger ist.

Prävalenzraten:

SES: Schätzungen zufolge sind 5-6% aller Kinder und Jugendlichen von einer Artikulationsstörung betroffen, weitere 5% weisen eine Expressive oder Rezeptive SES auf. Jungen sind zweimal häufiger von SES betroffen.

Sprechstörungen: 1% der Bevölkerung zeigt Symptome des Stotterns, wobei es jedoch bei 80% der Fälle zu einer spontanen Rückbildung während der Kindheit kommt. Jungen sind auch in diesem Fall 10 Mal häufiger betroffen als Mädchen. Poltern wird häufig nicht als ein Symptom mit Störungswert erkannt, deshalb gibt es keine genauen Zahlen zur Häufigkeit.

Ursachen der Entstehung:

- *SES*: Da alle Entwicklungsstörungen in Zusammenhang mit der Reifung des Zentralnervensystems stehen, spielen auch hier zunächst biologische Faktoren eine bedeutende Rolle. Für die Artikulationsstörung gibt es keine bestimmten Hinweise, die ausschließlich für diese Störung gelten. In Bezug auf Expressive und Rezeptive SES konnten erhöhte Raten feinneurologischer Zeichen nachgewiesen werden. Des Weiteren wird in diversen aktuellen Theorien auch eine erbliche Veranlagung betont, die jedoch erst durch Belastungsfaktoren aus der Umwelt zur Entwicklung einer Störung führen kann.
- *Sprechstörungen*: Beim Stottern wird eher von einer biologischen Basis für die Entstehung ausgegangen. In diesem Zusammenhang spielen vor allem Hirnfunktionsstörungen eine bedeutende Rolle. Erbliche Faktoren können auch für dieses Symptom ausschlaggebend sein, genauso wie seelische Faktoren. Für das Poltern herrscht die Annahme vor, dass eine erblich-familiär bedingte Sprachschwäche die Basis der Sprechstörung darstellt. Eine weitere Rolle spielen Hirnreifungsfaktoren. Zudem wird vermutet, dass auch hier Anlage-Faktoren

entscheidend sein können, da Poltern vor allem beim männlichen Geschlecht beobachtet werden kann.

Praktische Tipps für KindergärtnerInnen und HortpädagogInnen:

- Das Gespräch mit den Eltern suchen und diese weiter verweisen zu FachärztInnen, wenn einem eine Sprachstörung auffällt
- Einfache Sprachübungen mit dem Kind durchführen
- Zusammenarbeit mit LogopädInnen (z.B. Einladung in den Kindergarten,..)
- Gruppengespräch durchführen, wenn Hänseleien oder komische Fragen von Seiten der anderen Kinder kommen
- Sprachfördernde Brettspiele, für die Gruppe und die betroffene Einzelperson

Anna Weißenbacher und Carina Wagner

Mutismus

Definition:

Kinder reden trotz normaler Sprachfähigkeit nicht

Formen:

→ *Elektiver Mutismus* (Bsp.: Kind spricht in der Familie ganz normal, in anderen Umgebungen schweigt es)

→ *Totaler Mutismus* (Sprechen wird vollständig eingestellt)

Häufigkeit

Mutismus tritt sehr selten auf. Studien zufolge tritt elektiver Mutismus bei 0,5% aller Kinder auf. Bezüglich der Häufigkeit von totalem Mutismus liegen keine Zahlen vor.

Erscheinungsbild:

→ setzt meist im Vorschulalter ein

→ bei elektivem Mutismus: Auswahl der Personen / Situationen, mit und in denen das Kind *nicht* spricht (am häufigsten in der Schule bzw. gegenüber Fremden)

→ *begleitende Symptome*: Schüchternheit, Ängstlichkeit, Sozialangst, Rückzug; selten: depressive Verstimmungen; noch seltener: trotzig-aggressives Verhalten

→ Missverständnis: Schweigen ist *nicht* gleich Trotz!; eher: Schweigen = *Angst vorm Sprechen*

→ Mutismus kann in Verbindung mit Einnässen, Schlafstörungen, Essstörungen, Ticks, Einkoten auftreten

Ursachen:

Zusammenspiel erblicher Faktoren, des Temperaments sowie der Persönlichkeitsanlagen des Kindes wahrscheinlich

Weitere Risikofaktoren: Sprachentwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter, Herkunft aus fremder Kultur, Misshandlungen etc.

Therapie:

→ Vorgehensweisen der Psycho- und Verhaltenstherapie, Familientherapie, schulbezogene Beratungsmaßnahmen, Einbezug der Familie in die Therapie

→ *keinen* überflüssigen, wirkungslosen Druck auf das Kind ausüben

Autismus

Es gibt zwei Formen:

- Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom)
- Asperger-Syndrom

Charakteristika des frühkindlichen Autismus:

- schwere Beziehungsstörung im Sinne eines Mangels an sozialem Austausch:
 - Unfähigkeit, Signale der menschlichen Umwelt wahrzunehmen
 - Mangelnde Reaktion auf Gefühle, kaum Einsatz sozialer Signale (Augenkontakt)
- Beeinträchtigung der Verständigung in Form eines Mangels an Feinabstimmung und Gegenseitigkeit in einer Unterhaltung:
 - Wiederholung von Äußerungen des Gesprächspartners
 - Vertauschung der Bezeichnungen Ich und Du
 - Wortneubildungen, ungewöhnliche Bezeichnung für Gegenstände oder Ereignisse
 - Ungewöhnliche, meist monotone Sprachmelodie
- Sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen, Aktivitäten
 - Störung des Spielverhaltens (Mangel an Fantasie und Vorstellungskraft)
 - Ungewöhnliche Interessen (Zahlen, Daten, Fahrpläne), Aktivitäten
 - Rituale, Handlungen mit immer gleich bleibendem Ablauf → Veränderung des Ablaufs führt zu Wutausbrüchen und Verzweiflung
- Begleitsymptome:
 - Intelligenzminderung
 - Zusätzliche Störung in verschiedenen Sinnesbereichen

Charakteristika des Asperger-Syndroms:

- Störungen der Beziehungsfähigkeit (auffälliger Blickkontakt, mangelnder Ausdruck, fehlendes Einfühlungsvermögen)
- Normale Sprachentwicklung
- Normale oder überdurchschnittliche Intelligenz
- Tritt später auf und in einem geringeren Schweregrad

Häufigkeit:

- Frühkindlicher Autismus: 2 bis 17 Fälle pro 10000 Kinder
- Asperger-Syndrom: 1 bis 3 Fälle pro 10000 Kinder
- beide Störungen treten häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf

Ursachen:

- bei beiden Störungen klare Hinweise auf erbliche Faktoren
- Verstärkung dieser Annahme durch weitere Faktoren, so zum Beispiel die Geschlechtsverteilung, die Intelligenzverteilung oder die Verknüpfung von Autismus mit Epilepsie

Therapie:

- Betreuung in einer Sondereinrichtung (meist ein Leben lang)
- Selbsthilfegruppen wie z.B.: „Hilfe für das autistische Kind“
- Behandlung kann auch ambulant und teilstationär erfolgen
- Ansätze der Verhaltenstherapie zum Aufbau sozialer und sprachlicher Fertigkeiten
- Elternarbeit ist sehr wichtig (Eltern sind die „Co- Therapeuten“)
- Medikamente können eingesetzt werden, jedoch nur als stützende Maßnahme (in krisenhaften Situationen, um den Autisten zu schützen)
- Asperger-Syndrom: Psychotherapie, kognitive Therapie

„Nur jeder sechste Autist ist in der Lage, sich beruflich und sozial zu integrieren.“

Tipps für den Kindergarten:

- Das Kind so gut wie möglich in die Gruppe integrieren
- Andere Kinder darüber informieren
- Rollenspiele/Pantomime
- Malen zu bestimmten Themen
- Alle Sinne ansprechen (z.B.: Massagen, Wahrnehmungsspiele)
- Rhythmik → Dialog mit Instrumenten...

Birgit Gmainer, Miriam Reindl, Alexandra Schimpl

Essstörungen

3 Hauptformen von Essstörungen:

- Anorexie (Magersucht)
- Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)
- Esssucht

Anorexie (Magersucht)

- Ist die bekannteste und bestuntersuchte Essstörung
- Merkmale:
 - Körpergewicht liegt mind. 15% unter dem erwarteten Gewicht
 - Gewichtsverlust ist durch die Patienten selbst herbeigeführt
 - Ausgeprägte Wahrnehmungsverzerrung des eigenen Körpers
 - Störung der Hormonregulation (z.B. Ausbleiben der Menstruation)
 - Verzögerung der pubertären Entwicklungsschritte (falls Anorexibeginn bereits vor Pubertät)
 - Beginnt häufig im Jugendalter
- Häufigkeitsrate: <1% der weiblichen Bevölkerung (15-20 mal häufiger betroffen als Jungen und Männer)
- Ursachen: Probleme sich zu verselbstständigen, erbliche Faktoren, familiäre Faktoren (starke Betonung von Gewicht, Nahrung, Erscheinungsbild), gesellschaftliche Elemente (Schönheitsideal, Leistungsdruck)

Bulimia nervosa

- Merkmale:
 - Andauernde Beschäftigung mit Essen, Gier nach Nahrungsmitteln (Essattacken)
 - Versuch, dickmachenden Effekten der Nahrung durch verschiedene Vorgehensweisen entgegen zu wirken (Erbrechen)
 - Krankhafte Furcht dick zu werden
 - Meist geht der Bulimie eine Anorexie voraus
- Häufigkeitsrate:
 - Ist im Jugendalter selten, tritt meist erst zu Beginn des Erwachsenenalters auf

- nur Heißhungerattacken: 10% der Weltbevölkerung
- Bulimia nervosa: 1% d. Weltbevölkerung
- Anteil der weiblichen Patienten überwiegt
- Ursachen: Verhaltensbereitschaften, psychische Faktoren wie Gefühle von Spannung, Einsamkeit, Langeweile oder Angst und einem schlanken Schönheitsideal nacheifern
- Entstehung eines bulimischen Teufelskreises (Verbindung der psychischen Faktoren mit dem gestörten Essverhalten)

Esssucht

- Zwanghaftes Essen und *dauerndes Denken an „Essen“* und an die Folgen für den Körper
- Betroffene essen entweder zu viel oder sie kontrollieren ihr Gewicht mit komplizierten Systemen von Essen, Diäten, Fasten und Bewegung
- Esssucht führt häufig zu Übergewicht oder Fettleibigkeit mit den zugehörigen gesundheitlichen und sozialen Problemen
- Übergewichtige fühlen sich oft als Versager und Außenseiter

Krankheitsverlauf:

- Essstörungen sind langwierige Krankheiten mit Neigung zu Rückfällen oder chronischem Verlauf
- Ungefähr 6% der Magersüchtigen sterben während akuter Krankheitsabschnitte an medizinischen Komplikationen
- Bulimie: Heilungsrate: 50%

Therapie:

- stationäre Behandlung auf mehreren Ebenen (medizinisch, diätetisch, psycho- und verhaltenstherapeutisch)
- teilweise auch Familientherapie und Elternberatung
- Selbsthilfegruppen

Pädagogische Maßnahmen:

- Über das Körperbild sprechen
- Körperarbeit zeigen (Bewegung)

- Entspannen lernen
- Eigene Stärken erfahren (Selbstvertrauen)
- Wahrnehmung & Körperbewusstsein fördern
- „So wie DU bist, bist DU okay.“

Konstanze Illecker, Anna Baumgartner, Marina Raml

Kindesmisshandlung

Definition:

Unter Kindesmisshandlung versteht man körperliche Verletzungen bzw. eine schwerwiegende Gefährdung der körperlichen Gesundheit eines Kindes, die meist von Eltern oder Erziehungsberechtigten ausgeführt werden bzw. wird.

Zwischen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung besteht ein fließender Übergang. Unter Vernachlässigung fallen jene Zustände, in denen wesentliche Bedürfnisse sowohl der physischen als auch der psychischen Entwicklung des Kindes nicht befriedigt werden (keine Ernährung, Mangel an Zuwendung usw.).

Die Kindesmisshandlung kann in zwei Formen eingeteilt werden: in die *leichteren Formen* (welche viel häufiger auftreten) wie: Quetschungen, Schürfwunden oder offene Wunden; und in die *schwereren Formen*. Darunter fallen Hirnblutungen, Knochenbrüche und Weichteilschwellungen. Wie oft Kindesmisshandlungen tatsächlich geschehen, ist schwer zu ermitteln. Man kann jedoch sagen, dass das Verhältnis von aufgedeckten zu nicht aufgedeckten Fällen von Kindesmisshandlung bei etwa 1:15-20 liegt. Bei etwa zwei Drittel aller aufgedeckten Fälle handelt es sich um besonders junge Kinder. Diese sind leichter verletzbar und können sich noch nicht wirklich verteidigen. Sehr häufig ist die Kindesmisshandlung kein einmaliges Ereignis. Oftmals wiederholt es sich und erstreckt sich teilweise über Jahre. Bei Mädchen tritt Kindesmisshandlung – oft in Kombination mit sexuellem Missbrauch – nach der Pubertät viel häufiger auf als bei Buben.

Nun kommen wir zum *Erscheinungsbild* unter dem Blickwinkel des Opfers, also des Kindes: Säuglinge, die misshandelt wurden, sind leicht störrisch. Auch sprechen sie auf Versuche einer Kontaktaufnahme wenig an. Bei misshandelten Kleinkindern zeigt sich neben ihrer Entwicklungsverzögerung oftmals eine Unfähigkeit zum phantasievollen Spiel. Zudem verhalten sie sich häufig ziellos und unruhig. Bei Schulkindern treten zusätzlich zu Entwicklungsverzögerungen oft hyperkinetische Störungen auf. Im Jugendalter kommt es schließlich zu einem erhöhten Risiko, straffällig oder drogenabhängig zu werden.

Hinweise auf eine Kindesmisshandlung können sein:

- Eine Darstellung mit Verdacht auf wiederholte Verletzungen

- Beschuldigung der Geschwister oder Dritter für Verletzungen seitens der Eltern
- Behauptung der Eltern, das Kind habe sich selbst verletzt
- Eltern sind selbst in ihrer Kindheit Misshandlungsoffer gewesen.

Natürlich ist hier zu erwähnen, dass auf keinen Fall voreilige Schlüsse gezogen werden dürfen. Kindesmisshandlung ist ein sehr heikles Thema und mit Vorsicht zu genießen.

Ursachen:

Häufig liegen die Ursachen für Kindesmisshandlung in den eigenen negativen Kindheitserfahrungen der Eltern. Diese werden dann an die nächste Generation weitergegeben.

Kindesmisshandlung ist zudem häufig auf die Überforderung der Eltern zurückzuführen. Folgende Kinder sind besonders betroffen: Behinderte, Kranke oder Frühgeborene, uneheliche Kinder, Stiefkinder oder Heimkinder.

Auch soziale Faktoren wie beispielsweise finanzielle Belastungen innerhalb der Familie können die Wahrscheinlichkeit für Kindesmisshandlungen erhöhen.

Therapie:

Hauptziel ist es, die Kinder vor weiteren Misshandlungen zu schützen. Die Familie sollte unterstützt werden, sodass wieder eine positive Rolle bei der Erziehung der Kinder übernommen werden kann. Besteht die Gefahr einer Wiederholung des Missbrauchs, muss das Kind jedoch aus der Familie genommen werden. Zudem müssen die persönlichen Probleme der Eltern behandelt und ihnen auch die Freude über den Umgang mit dem Kind vermittelt werden. Wichtig ist auch, dass dem betroffenen Kind ein intensives Behandlungsprogramm geboten wird, in das, soweit möglich, auch die Eltern miteinbezogen werden. Eine Psychotherapie kann vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen aufgrund der dann bereits oft jahrelangen Misshandlung erforderlich sein.

Sexueller Missbrauch

Definition:

Sexueller Missbrauch liegt dann vor, wenn gegenüber dem Kind ein bestimmtes sexuelles Verhalten erzwungen wird und eine sexuelle Handlung zwischen einem Kind und einem beträchtlich älteren Menschen vollzogen wird.

Es lassen sich vier Formen unterscheiden:

- die Zurschaustellung von sexuellen Akten
- das Berühren der Geschlechtsteile des Kindes bzw. die Aufforderung zur Berührung oder Masturbation der Geschlechtsteile der Erwachsenen
- verschiedene Formen des sexuellen Verkehrs, ohne das Kind zu bedrohen
- die Vergewaltigung als akut erzwungener Geschlechtsverkehr

Für Mädchen besteht ein deutlich höheres Risiko, Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu werden. Es können natürlich alle Altersgruppen betroffen sein, doch besonders häufig tritt sexueller Missbrauch in der Pubertät auf. Oft spielt sich sexueller Missbrauch in der Familienwohnung ab. Hier kommen dann häufig Belohnungsangebote, Drohungen, Zwang oder körperliche Gewalt zum Einsatz. Die häufigste Form unter den aufgedeckten Fällen stellt die Inzestbeziehung zwischen Vater und Tochter dar. Gültige Zahlen gibt es wegen der starken Verheimlichungstendenzen und des ausgeübten Drucks durch die Täter sowie aufgrund der Angst der betroffenen Kinder vor Strafen nicht.

Für den sexuellen Missbrauch gibt es einerseits verhaltensbezogene Hinweise wie z.B.: dem Alter unangemessene sexuelle Aktivitäten; Trennungsängste, depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Beziehungsstörungen usw.; sowie andererseits eine Reihe von *körperlichen Symptomen*. Darunter fallen Verletzungen an den Geschlechtsteilen, Körperverletzungen an Brüsten, Gesäß, Schenkeln oder Unterleib, Geschlechtskrankheiten oder Schwangerschaft.

Täter sexuellen Missbrauchs weisen häufig psychische Auffälligkeiten auf. Oftmals steht ihr Verhalten auch in Zusammenhang mit negativen Erfahrungen in der eigenen Kindheit.

Behandlungsbedarf besteht für jede Form sexuellen Missbrauches. In diesem Zusammenhang ist jedoch oftmals auch abzuwägen, ob Verhöre durch Kriminalpolizei oder intensive Befragungen des Kindes nicht in mehr schaden als die sexuelle Handlung

selbst. Die Kinder müssen wieder alles von vorne durchmachen und jedes einzelne Detail in ihrem Bewusstsein noch einmal erleben! Auch hier gilt wieder: keine voreiligen Schlüsse ziehen! Es ist große Erfahrung erforderlich, um den Verdacht eines sexuellen Missbrauchs durch eine sorgfältige Untersuchung zu bestätigen!

Wie können nun Sie, als PädagogInnen, solchen Taten vorbeugen?

Hier ein paar praktische Hilfestellungen!

- *Rollenspiele*
 - Das Vertrauen zu den Bezugspersonen aufbauen, damit das Kind dann in der Lage ist, sich den Eltern bzw. den PädagogInnen anzuvertrauen.
- *Bücher*
 - Die Bilderbücher „Das kleine Ich-bin-Ich“ und „Eli Elefant“ von Mira Lobe eignen sich hervorragend, um mit den Kindern Selbstbewusstsein und Selbstakzeptanz zu besprechen und zu erarbeiten.
- *Sachgespräche*
 - ... bzw. vorbeugende Gespräche mit den Kindern führen wie z.B.: NIE in ein fremdes Auto steigen. Natürlich sollte man dies den Kindern auch spielerisch erläutern.
 - NEIN-Sagen erlernen mit den Kindern.

Barbara Schlögelhofer

Teil B: Praktische Übungen für Früherziehung, Kindergarten und Hort

Selbstsicherheit und Soziale Kompetenz in Hort und Kindergarten

Durch jahrelange Erziehung wird unser Unterbewusstsein geprägt, dadurch können sich schlechte Denkstrukturen entwickeln, die zu schüchternen, ängstlichen und ungeschickten Verhaltensweisen führen können.

Auch Kinder werden in der heutigen Zeit schon früh mit Stress konfrontiert. Es ist daher sehr wichtig, dass auch sie eine Möglichkeit finden, dem hektischen Alltag zu entfliehen, um Eindrücke zu verarbeiten und Energie zu tanken.

Es gibt einige Methoden, die mit Kindern durchgeführt werden können, um sie in ihrer Selbstkompetenz zu fördern, indem man ihnen die Möglichkeit zur notwendigen Entspannung gibt.

Ganz besonders im Hort ist es wichtig, den Kindern die Zeit und Möglichkeit zur Entspannung zu geben.

Folgende Übungen helfen dabei.

- Traumreisen/Phantasiereisen (bieten sich auch für den Kindergarten an)
- Meditationen mit den Kindern durchführen
- Einen bestimmten Raum für die Kinder einrichten, in dem sie sich entspannen können (Entspannungsmusik)
- Yoga
- Sport

Für den Aufbau der Selbstkompetenz ist es auch wichtig, dass Gruppenarbeiten durchgeführt werden wie z.B. Rätselreisen oder eine Schnitzeljagd. Die Kinder sollen die Möglichkeit bekommen, sich in der Gruppe einzubringen und mitzuraten. Das heißt, die schüchternen Kinder sollen nicht in eine Gruppe mit ausschließlich dominanten Kindern gebracht werden.

Auch Theaterstücke eignen sich für den Aufbau der Selbstkompetenz. Ein Stück, in das alle Kinder miteinbezogen werden, egal ob als Haupt- oder Nebenrolle, stellt eine gute Möglichkeit dafür dar.

Jedes Kind hat ein bestimmtes Talent. Die/Der Hortpädagogin/e sollte die Talente der einzelnen Kinder aufgreifen und in ihre Aktivitäten miteinbeziehen. Somit wird die Selbstkompetenz der Kinder gestärkt und besonders die schüchternen Kinder bekommen die Möglichkeit, mit ihrem Talent in den Vordergrund der Gruppe zu treten und ihr Können zu beweisen.

Die/der Hortpädagogin/e sollte den Kindern Entspannung und Selbstentfaltung im Alltag bieten.

Anna Weißenbacher

Fingerspiel

Der Apfel:

5 Finger stehen hier und fragen: (die eine Hand wird in die Höhe gehalten und die Finger bewegen sich)

"Wer kann denn diesen Apfel tragen?" (mit der Hand wird auf den Apfel gedeutet)

Der 1. Finger kann es nicht, (der Daumen legt sich auf den Apfel und schüttelt sich dann)

der 2. sagt: "Zuviel Gewicht!" (der Zeigefinger legt sich auf den Apfel und schüttelt sich dann)

Der 3. kann ihn auch nicht heben, (der Mittelfinger legt sich auf den Apfel und schüttelt sich dann)

der 4. schafft das nie im Leben. (der Ringfinger legt sich auf den Apfel und schüttelt sich dann)

Der 5. aber spricht: "Ganz allein, (der kleine Finger schüttelt sich gleich) so geht das nicht!"

Gemeinsam heben kurz darauf (alle Finger heben gemeinsam den Apfel in die Höhe)

5 Finger diesen Apfel auf.

Bildungsangebot für:

Früherziehung

Sozialform:

Alle Kinder der Gruppe; in etwa 10 – 15 Kinder im Alter von 1 – 3 Jahren

Raumsituation:

Im Gruppenraum (im Morgenkreis)

Medien:

15 Äpfel, großes Bild einer Hand – zerschnitten als Puzzle (4 – 8 Teile), Decke

Hinführung:

Die/der Pädagogin/e zeigt den Kindern die einzelnen Puzzleteile und legt sie vor den Kindern auf den Boden. Die Kinder werden dazu aufgefordert zu erraten, welches Bild entsteht. Nach und nach werden von der/dem Pädagogin/en die Teile zusammengefügt.

Schließlich werden die Kinder gefragt, was denn unsere Hände alles machen können (Winken, klatschen, begrüßen, patschen, Faust machen...).

Dies wird in der Gruppe ausprobiert. Nun werden die Kinder gefragt, was denn an unseren Händen dran ist (Finger). Die/der Pädagogin/e erklärt, dass wir an jeder Hand fünf Finger haben und diese werden nun gemeinsam abgezählt. Jedes Kind soll bei seiner eigenen Hand die Finger zählen. Die/der Pädagogin/e macht mit. Schließlich wird nochmals gezählt und dazu werden die Namen der entsprechenden Finger genannt.

Die Kinder werden aufgefordert, aufmerksam zuzuhören und zuzusehen, denn die Finger der/des Pädagogin/en werden nun noch etwas anderes ausprobieren.

Durchführung:

Nun wird das Fingerspiel von der/dem Pädagogin/en vorgezeigt. Der Apfel wird zuvor vor die/den Pädagogin/en gelegt. Methode des Fingerspiels: siehe oben. Alle Kinder bekommen nun ebenfalls einen Apfel vor die Füße gelegt. Sie werden darauf hingewiesen, den Apfel noch liegen zu lassen und die Bewegungen gleich mit der/dem Pädagogin/en mitzumachen. Nun wird das Fingerspiel noch zwei weitere Male durchgeführt. Die Kinder werden aufgefordert mitzusprechen.

Ausklang (es wird davon ausgegangen, dass zwei PädagogInnen in der Gruppe sind):

Eine Decke wird auf den Boden in die Mitte des Kreises gelegt und ein Kind wird gefragt, ob es sich auf diese legen möchte. (Falls nicht, kann dies zuerst zum Vorzeigen die/der Pädagogin/e übernehmen.) Die/Der andere Pädagogin/e probiert nun, das Kind bzw. die/den Pädagogin/en hochzuheben, aber alleine gelingt das nicht. Das Kind auf der Decke wird gefragt, ob es hochgehoben werden möchte. „Kinder ich brauche eure Hilfe, alleine schaffe ich das nicht“, mit diesen Worten sollen sich alle Kinder um das Kind auf der Decke sammeln und gemeinsam mit einer/m Pädagogin/en am Kopfende und einer/m am Fußende wird das Kind getragen. Dies kann zugleich auch der Übergang zur Jause oder in eine Freispielphase sein. So werden nach und nach alle Kinder einmal getragen. Denn gemeinsam funktioniert so etwas ja!!!!

Ines Mayrhofer, Irina Steinfeld

Bewegungsausgleich für Kinder

Ein Bewegungsausgleich umfasst viele Bereiche. Im Vordergrund steht natürlich die Bewegung, doch Körpererfahrung, Gruppendynamik und soziale Kompetenz sollten nicht zu kurz kommen. Während des Bewegungsausgleichs ist es wichtig, dass die Kinder aufeinander acht geben.

Übungen:

Zum Aufwärmen:

Die Kinder bilden eine Schlange, das erste Kind bestimmt den Weg; wenn die/der Pädagogin/e auf die Trommel schlägt, kommt ein anderes Kind an die Reihe.

Variation: Man stellt einen Parcours auf, den das erste Kind so durchlaufen kann, wie es ihm gefällt. Bsp.: Slalom laufen durch Hüte, über eine Matte laufen,....

Ein großes und ein kleines Kind gehen zusammen. Das große Kind führt das kleine Kind durch einen Parcours. Man kann dann auch einen Tausch machen, dass das kleine Kind das große Kind führt. Variation: Einem Kind werden die Augen verbunden und es wird durch den Parcours geführt. Das Vertrauen der Kinder wird hier sehr stark gefördert, man sollte deshalb genau darauf achten, welche Kinder man zusammen gibt.

Wenn man einen Bewegungsausgleich mit Materialien macht, kann man die Kinder mit den Materialien experimentieren lassen. Wenn ein Kind etwas besonders gut macht, soll man es diese Übung vorzeigen lassen und alle anderen Kinder machen es nach. Es ist aber wichtig, dass dabei alle Kinder an die Reihe kommen.

Hauptteil:

Zwei Kinder stellen sich gegenüber, das eine Kind macht etwas vor und das andere Kind macht alles nach wie ein Spiegel. Es ist wichtig, dass auch einmal gewechselt wird und jedes Kind Übungen einmal vormacht und einmal nachmacht.

Die Kinder stellen sich in einem Kreis auf. Ein Kind geht durch und sucht sich ein anderes Kind aus und sagt entweder „Komm mit“ oder „Lauf weg“. Das ausgesuchte Kind muss das dann machen. Es geht darum, welches Kind schneller wieder in der Lücke ist.

Es ist wichtig, dass jedes Kind an die Reihe kommt. Die Kinder sollen dabei aufeinander achten und Rücksicht nehmen.

Ausklang:

Alle Kinder stellen sich im Kreis auf. Sie strecken ihre Hände zur Kreismitte und schließen die Augen. Anschließend versucht jedes Kind für seine beiden Hände entsprechende Partner zu finden. Jede Hand muss dabei eine andere Hand finden. Wenn möglich sollte vermieden werden, zwei Hände der gleichen Person zu fassen. Die anschließende Aufgabe ist leicht erklärt, aber oft schwer zu erledigen: der so entstandene Gordische Knoten muss gelöst werden. Die Hände dürften dazu nicht ausgelassen werden. Natürlich können dabei mehrere Kreise übrig bleiben, die auch ineinander verschlungen sein können.

Marlene Klein, Janine Immler, Alexandra Schimpl, Verena Sulzner

Gerade die Rhythmik bietet eine große Vielfalt an Methoden und Angeboten, die von bewegungsintensiven über sensible Übungen bis hin zu Entspannungsübungen reicht. Die Sozialform in der Rhythmik ist variabel, d.h. die Übung kann auf die Gruppe abgestimmt werden und somit können Defizite, ob beim Einzelkind oder in der Gesamtgruppe, ausgeglichen werden.

- *Übungen zur Vertrauensförderung*

Führen und geführt werden:

Ein Kind führt das andere blind durch den Raum. Wichtig dabei ist, dass nach einiger Zeit ein Wechsel stattfindet, damit dem Kind klar wird, dass nicht nur es selbst jemandem vertrauen kann, sondern dass auch ihm vertraut wird.

Riesenschlange:

Höchstens fünf Kinder halten sich an den Schultern fest und bilden somit eine Schlange. Das erste Kind hat die Augen offen, alle anderen Kinder haben sie geschlossen. Das erste

Kind führt die anderen durch den Raum und muss auf alle Kinder acht geben! Es trägt Verantwortung in einer Gruppe!

Das goldene Pendel:

Zwei Kinder stehen sich mit einem Abstand von ca. einem Meter gegenüber. Ein Kind stellt sich in die Mitte. Es schließt die Augen und lässt sich nach vorne und nach hinten fallen. Die beiden anderen Kinder müssen es immer behutsam auffangen und ihm Sicherheit geben. Das „Pendel“ lernt anderen zu vertrauen, die beiden anderen Kinder übernehmen Verantwortung über das pendelnde Kind.

- *Förderung der Gruppendynamik*

Schwebende Stange:

Die Kinder stellen sich in zwei Reihen gegenüber auf, Gesicht zueinander. Alle Kinder strecken einen Arm etwa in Brusthöhe vor sich, spreizen dabei den Zeigefinger nach vorne. Die Gruppe insgesamt soll etwa so lang sein wie die Stange (eher etwas kürzer). Die Spielleitung nimmt nun die Stange auf und legt sie auf die Zeigefinger der MitspielerInnen.

Sobald die Stange auf den Fingern der SpielerInnen ruht, gilt folgende Bedingung: Jedes Kind muss immer mit seinem Zeigefinger die Stange von unten berühren; die Hand darf also nicht von der Stange entfernt werden. Während diese Bedingung einzuhalten ist, erhält die Gruppe insgesamt folgende Aufgabe: die Stange muss (langsam) am Boden abgelegt werden. Diese einfach klingende Aufgabe wird einige Zeit zur Durchführung benötigen. Da alle SpielerInnen immer einen leichten Druck von unten auf die Stange ausüben (müssen), wird diese innerhalb kürzester Zeit nach oben weggedrückt werden. Es benötigt ein großes Maß an Gruppenkoordination, um die Stange tatsächlich bis zum Boden zu bewegen.

Einen Schoß für Jedermann:

Die Kinder stehen im Kreis hintereinander, sodass Jedermann den Rücken seines Vordermannes sieht. Auf Kommando setzen sich jetzt alle Kinder gleichzeitig nieder. Die Kinder sitzen nun alle auf dem Schoß ihres jeweiligen Hintermanns.

- *Förderung der sozialen und emotionalen Kompetenz durch musikalischen Einfluss*

Streitgespräch mit Instrumenten:

Zwei Kinder bekommen je ein Instrument und spielen diese so, dass sie mit ihren Instrumenten streiten. Sie dürfen dabei aber nicht ihre Stimme benutzen, sondern nur die Instrumente. Variationen: Leise oder laut, ein freundliches Gespräch, ein Gespräch unter Liebenden...

Eigene Laune durch Instrumente ausdrücken:

Die Kinder dürfen ihre eigenen Launen durch Instrumente ausdrücken. Die anderen sollen dabei genau drauf achten, wie sich das Kind fühlt und verhält. Wie können wir dem Kind helfen?

Dirigent sein:

Ein Kind ist der Dirigent und alle anderen sind das Orchester. Wenn das Kind beide Hände beisammen hat, ist es still. Je weiter das Kind die Hände auseinander gibt, desto lauter soll das Orchester spielen. So kann wieder ein Kind die Führung übernehmen und hat die Aufmerksamkeit aller anderen.

Rhythmen weitergeben:

Ein Kind gibt einen Rhythmus vor. Die anderen Kinder spielen ihn, entweder gemeinsam oder nacheinander, nach.

Gemeinsames Gebilde schaffen:

Die Kinder legen nacheinander die Instrumente zu einem Gebilde in der Mitte zusammen. Sie können ihr Instrument platzieren wie sie wollen. Wie sieht das Bild danach aus? Die Kinder können es von allen Seiten „fotografieren“.

Maschine bauen:

Die Kinder bauen gemeinsam eine Maschine. Ein Kind beginnt und bewegt einen Körperteil. Es macht dazu einen Laut. Ein anderes Kind stellt sich zum „bewegten“ Kind und macht eine andere Bewegung und einen Laut dazu. So entsteht eine große gemeinsame Maschine. Jedes Bauteil (Kind) der Maschine ist wichtig und notwendig, damit die Maschine funktioniert.

Maria Heigl, Birgit Gmainer und Gerlinde Infanger

Planung einer Bewegungseinheit

Institution Hort

Thema: „Miteinander – Gegeneinander“ zum Thema Piraterie

Sozialform: halbe Gruppe (ca. 10 Kinder), altersgemischt zwischen 7 und 10 Jahren

Raumsituation: Turnsaal

Medien: Weichbodenmatten, passende Musik, Langbänke, verschiedene Bälle, Reifen, diverse Materialien zum Bauen des Schiffes, Kärtchen, Behälter

Intentionen:

- Die Kinder sollen in Form eines Abenteuerspiels sich selbst und auch die anderen Kinder in verschiedenen Sozialformen erleben.
- Die Pädagogin/ der Pädagoge soll die Möglichkeit haben die soziale Kompetenz der Kinder gezielt beobachten zu können.
- Die Bewegungseinheit soll die Gruppengemeinschaft bestärken, und ein Gegeneinander- aber auch Miteinander-spielen möglich machen.

Hinführung:

Mögliche Aufwärmspiele zum Thema Piraterie und mehr:

- „*Rettet euch*“: Es werden, wenn vorhanden, 2 Weichbodenmatten im Turnsaal aufgelegt, rund um die Matten stehen jeweils ca. 5 Kinder (die durch Durchzählen oder Ähnliches bestimmt werden). Sobald die Musik ertönt, dürfen die Kinder auf die Matten steigen; dann ist ihr erstes Ziel eine Gruppe zu bilden, indem sie sich an den Händen halten. Die Kinder dürfen nun auf dem versinkenden Schiffsteil hüpfen (beidbeinig, von einem Bein auf das andere, im Kreis,...), gehen, usw. – alles außer stehen bleiben. Sobald ein Kind das schwimmende Schiffsteil mit einem anderen Körperteil als zum Beispiel den Füßen berührt, ist es versunken und muss sich irgendwo um die Matte setzen. Die anderen Kinder können das zu versinken drohende Kind retten, indem sie es an den Händen festhalten und nicht fallen lassen. Vor Spielbeginn wird der Zeitraum, in dem die Kinder ums Überleben kämpfen, festgelegt (Bsp.: mittels einer Stoppuhr, Musik, etc.).

Variationen: → die 2 Gruppen spielen gegeneinander die Gruppe mit den meisten Überlebenden gewinnt; → die Pädagogin/ der Pädagoge sieht die beiden

Gruppen als eine Mannschaft und legt im Vorhinein fest, wie viele Kinder übrig bleiben müssen, damit sie überleben

- *„Rettet das Schiff“*: Der Turnsaal wird durch 2 oder 3 Langbänke (je nach Turnsaalgröße) halbiert oder gedrittelt. In jede Hälfte kommen gleich viele Bälle (kleine und große, aber möglichst keine harten). Anschließend werden die Kinder in 2 Gruppen geteilt (beispielsweise mittels Durchzählen), danach sollen die Kinder durch das Schießen der Bälle in die andere Hälfte die Schiffe von den Hagelkörnern befreien. Nach einem bestimmten Zeitraum wird das Spiel gestoppt und die Hagelkörner werden gezählt. Wiederum kann das Ziel sein, möglichst wenige Bälle auf seinem Schiff zu haben, die Pädagogin/ der Pädagoge kann sich aber auch ein anderes Ziel überlegen. Bsp.: in jeder Hälfte sollen zum Schluss wieder ungefähr gleich viele Bälle sein etc.

Variation: → die Hagelkörner dürfen nur mit den Füßen, nicht mit den Händen geschossen werden

- *Mannschaftseinteilung*: Es werden Reifen in verschiedenen Farben im Raum aufgelegt. Sobald die Musik (Bsp.: Fluch der Karibik) ertönt, bewegen sich die Kinder passend zur Musik im Raum. Bei Musikstopp soll sich jedes Kind einen Reifen suchen und sich in diesen stellen. Wenn genug Zeit ist, kann man Reifen wegnehmen/dazugeben, Kinder ausscheiden lassen, mehrere Kinder in einen Reifen stellen lassen oder Ähnliches. WICHTIG: Beim letzten Spiel sollte für jedes Kind wieder ein Reifen vorhanden sein, da die Farbe des Reifens anschließend die Position des Kindes und die Gruppe am Schiff festlegt. Die Pädagogin/ der Pädagoge sollte sich im Vorhinein eine Liste anlegen mit den Farben der Reifen und der daraus folgenden Position des Kindes.

Durchführung:

Die Pädagogin/der Pädagoge hat im Vorhinein Kärtchen für jede Gruppe am Schiff vorbereitet. Mögliche Kärtchen:

→ Aufgaben, Ziele, Probleme,.. der Gruppe

→ Baupläne des Schiffes: der zu bauende Teil des Schiffes der Gruppe ist genauer angeführt → Materialangabe, Position etc; der übrige Teil des Schiffes ist angedeutet damit sich die Kinder im Raum orientieren können

→ gemeinsame Aufgaben/Spiele

Ausklang:

„Codewort Körper“: Abschließend wird das Schiff wieder abgebaut, nur eine Matte bleibt am Boden liegen. Ein Krokodil schwimmt im Meer und droht die Kinder aufzufressen. Die einzige Möglichkeit, dass sich die Kinder retten, besteht darin den Körpercode richtig auszuführen.

Die Pädagogin/ der Pädagoge bereitet im Vorfeld Kärtchen vor, auf denen der Körpercode oben steht (Bsp.: 2 Hände, 7 Füße, 3 Köpfe). In einer Schüssel sind diese Kärtchen gesammelt, ein Kind darf den Körpercode ziehen und vorlesen. Anschließend sollen die Kinder den Körpercode richtig ausführen.

Miriam Reindl und Melanie Lederhilger

Bruno – ein schüchterner Bär

Geschichte für Kindergarten und Hort einsetzbar:

Bruno ist ein großer, brauner, schüchterner Bär. Er lebt in einer dunklen Höhle im Wald. Rund um die Höhle leben viele andere Tiere. Doch leider kennt Bruno seine Nachbarstiere nicht. Denn Bruno sitzt den ganzen Tag alleine in seiner Höhle. Brunos braunes Fell ist kuschelig und weich. Er könnte mit seiner Kraft Bäume ausreißen oder anderen Tieren großen Schrecken einjagen. Aber Bruno Bär ist zu schüchtern dafür.

Eines Tages klopft es an Brunos Tür. Er erschreckt und erhebt sich langsam aus seiner Blätterecke. Mit leisen Sohlen tappst er Richtung Türe. Dort angekommen wagt er einen vorsichtigen Blick durchs Schlüsselloch. Doch Bruno kann niemanden erkennen. Zaghaft brummt Bruno: „Hallo, ist da jemand?“ Bei genauerem Hinhören kann man eine leise Stimme hören. Hoppel, der Hase, steht fröhlich vor der Tür. „Hallo Bruno, möchtest du mit mir spielen?“ Brunos Gesicht bekommt einen traurigen Ausdruck. „Nein, lieber Hoppelhase, ich bin zu tollpatschig, um mit dir zu spielen!“ Enttäuscht hoppelt der Hase in den Wald zurück.

Einen Tag später klopft es erneut an Brunos Tür. Die Watschelente macht sich durch ihr Geschnattere von draußen bemerkbar: „Bruno, Bruno, komm schnell. Ich will mit dir schwimmen gehen. Hast du Lust?“ Doch Bruno schüttelt wieder nur seinen Kopf und sagt mit schüchterner Stimme: „Danke für die Einladung, aber ich glaube, ich würde im Wasser untergehen! Doch wenn du willst, setze ich mich an den Teichrand und schau dir beim Plantschen zu.“ Die Ente gibt sich zufrieden, schnappt Bruno an der Tatze und zeigt ihm den Weg zum Teich. Dort verbringen sie einen netten Nachmittag und gehen dann erschöpft nach Hause. Tags darauf klopft Stachel-Igel an Brunos Tür und fragt, ob Bruno mit ihm verstecken spielen will. Doch Bruno Bär schüttelt weinerlich den Kopf und brummt: „Nein, lieber Stachel-Igel, ich bin doch viel zu groß, um mich verstecken zu können. Aber wenn du willst, dann werde ich dich suchen.“ Lachend marschieren beide in den Wald hinein. Auch dieser Nachmittag vergeht in Windeseile. Beide spielen bis zur Dämmerung.

Am nächsten Tag schwingt Flatter-Vogel seine Flügel in Brunos Höhle. Zielstrebig steuert er den weichen Platz auf Brunos Schoß an. Mit großen Augen und geöffnetem Schnabel piepst er los: „Bruno, du lieber Bär. Wie wäre es, wenn wir im alten, uralten Waldbaum ein paar Lieder zwitschern? Na...hast du Lust?“ Bruno überlegt kurz, stimmt

Flutter-Vogel dann aber zu. Im Waldbaum angekommen verbringen beide Waldbewohner gemütliche und amüsante Stunden. Auch die anderen Waldbewohner lauschen aufmerksam den beiden Sängern. Hoppel-Hase, Watschel-Ente und Stachel-Igel setzen sich neben Bruno und Flutter-Vogel.

Nach und nach stimmen sie mit ein, bis es einen schönen lauten Chor ergibt.

Nach dem kleinen Waldkonzert wird Bruno von seinen neuen Freunden zu einem gemeinsamen Lagerfeuer eingeladen. Alle sind glücklich und froh, dass Bruno-Bär endlich einen Weg aus der Schüchternheit gefunden hat.

Sarah Greisinger und Konstanze Illecker

Fantasiegeschichte / Gute Nacht-Geschichte (Mittagsschlaf)

Gruppe Früherziehung

Diese Geschichte bietet dem Kind die Möglichkeit, in eine Welt einzutauchen, in der es seiner Fantasie freien Lauf lassen kann. Es kann sich zurückziehen und seine Ängste und Sorgen für einen Moment vergessen. Immer dann, wenn sich das Kind nicht geborgen oder wohl fühlt, kann es in diese (seine innere) Welt flüchten. Dem Kind wird mit dieser Geschichte vermittelt, dass es akzeptiert und verstanden wird.

Das Wolkenland

„Es ist schon spät! Zeit ins Bett zu gehen“ ruft deine Mama dir zu! Schnell gehst du mit deiner Mama ins Bad um dir noch deine Zähne zu putzen. Du bist schon so müde! Deine Mama zieht dir den Pyjama an und liest dir noch deine Lieblingsgeschichte vor. Gleich darauf schläfst du ein.

Auf einmal kitzelt dich etwas Weiches an der Nase. Es fühlt sich an wie eine weiche bunte Feder. Von diesem Kitzeln wirst du wach. Plötzlich siehst du auf deinem Bauch etwas Funkelndes und Helles! „Hallo ich bin’s, Johanna, die Fee vom Wolkenland! Komm mit mir ins Wolkenland, da gibt es viel zu entdecken!“ Damit du mitfliegen kannst, bestäubt dich Johanna mit einem goldenen Feenstaub. Auf einmal spürst du, wie du langsam über deinem Bett schwebst. Johanna nimmt dich bei der Hand und sagt: „Du brauchst keine Angst zu haben! Ich passe gut auf dich auf!“ Gemeinsam fliegt ihr nun den Wolken entgegen. Während eurer langen Reise trifft ihr auf den Wind: „Soll ich euch ein Stück mitnehmen?“, fragt er mit seiner tiefen Stimme. Nun werdet ihr vom Wind getragen und er führt euch immer näher ans Wolkenland heran. Du spürst den warmen Wind auf deiner Wange! Deine Haare kitzeln dich im Nacken und Johanna lächelt dir ins Gesicht.

Ein wenig später triffst du mit Johanna im Wolkenland ein. Ein bunter Schmetterling holt dich ab und bringt dich zu den anderen Kindern. „Weißt du“, sagt die Fee „jede Nacht besuchen uns viele Kinder von der ganzen Welt um mit uns zu spielen! Hier freuen sich alle Kinder darauf dich kennen zu lernen und mit dir zu lachen. Schau, da

kommt schon jemand her!“ Ein kleiner Bub kommt zu dir gelaufen und lädt dich ein, mit ihm ein Buch anzusehen. Du nickst und schon nimmt er dich an der Hand und führt dich in die große Kuschelecke. Dort siehst du sehr viele Kinder, die alle fröhlich und glücklich beisammen sitzen. Gemeinsam mit Theo siehst du dir dein Lieblingsbuch an. Theo findet dein Lieblingsbuch so toll, dass ihr es euch gleich noch einmal ansieht! Ein Mädchen kommt auf dich zugerannt und stellt sich vor: „Ich bin Sabine, willst du mit mir den Regenbogen besuchen? Er freut sich über jeden Besuch!“ Sofort springst du auf und gehst mit Sabine gemeinsam zum Regenbogen! Theo sieht sich noch einmal voller Freude dein Lieblingsbuch an! Von weitem siehst du schon den bunten Regenbogen lächeln!

Beim Regenbogen angekommen, begrüßt er euch freundlich und erzählt euch von seinen vielen Abenteuern mit den Kindern der ganzen Welt! Sabine und du bewundert die Farben des Regenbogens! Als ihr alle Farben erraten habt, sagt der Regenbogen: „So ihr Lieben. Es ist schon sehr spät und ich bin schon sooo müde und ihr bestimmt auch. Deshalb müsst ihr wieder zurück zu den anderen Kindern. Ihr könnt mich aber jederzeit wieder besuchen!“ Du und Sabine verabschiedet euch! Fee Johanna wartet schon auf dich, denn alle Kinder müssen nun ins Bett. Jedes Kind darf auf einer Wolke schlafen! Diese ist ganz weich und kuschelig! Es wird dir noch ein Gute Nacht-Lied vorgesungen und da schläfst du bald ein. Im Traum erscheint dir noch einmal die Fee Johanna und sagt: „Du kannst jederzeit zu uns ins Wolkenland kommen! Wir freuen uns immer auf dich! Schlaf gut!“ Damit du aber wirklich gut schlafen kannst, bekommst du von der Fee noch einen dicken Feenkuss und nun schläfst du tief und fest! Mitten in der Nacht wachst du mit einem Lächeln auf und du merkst, dass du wieder in deinem eigenen Bettchen liegst. Zufrieden schläfst du wieder ein und träumst von deinem nächsten Abenteuer im Wolkenland.

Barbara Schlögelhofer und Verena Steinmassl

Gefühle-Projekt

für den Hort

Einteilung:

1. Gefühle sammeln
2. Gefühle verbildlichen
3. Gefühle verbalisieren (schriftlich und mündlich)
4. Gefühle darstellen

1) *Gefühle sammeln:*

- Problemgeschichten erarbeiten; anschließend Gefühle durch Fragen zur Geschichte erarbeiten (Was glaubst du, was die Hauptperson in der entsprechenden Situation gefühlt hat? etc.)
- Gründe/Auslöser für entsprechende Gefühle gemeinsam finden und diskutieren (Kinder können eigene Erfahrungen einbringen)
- Fotos mit Menschen: verschiedene Gefühlsregungen entdecken und besprechen
- Weitere Möglichkeiten: Videos, Musik, Gedichte, Märchen, Bilderbücher, Situationen aus dem Alltag

→ Nach jeder Aktivität werden die gefundenen Gefühle auf Kärtchen geschrieben und auf einer Pinnwand oder ähnlichem wird Anschauungsmaterial gesammelt.

2) *Gefühle verbildlichen:*

- Malen zur Musik
- Kinder gestalten selbstständig symbolhafte Gesichter zu verschiedenen Gefühlsregungen (Anregungen → Pinnwand)
→ Vertiefung: ICH-bezogenes Zeichnen: So sehe ich aus wenn ich mich freue, ärgere, ...etc.
- Darstellen von verschiedenen Gefühlen durch nonfiguratives Zeichnen (Zorn, Verzweiflung, Verliebt sein, Trauer, Freude,)
- Gefühlsmemory herstellen
- Gefühlsbarometer (Scheibe mit Zeiger, der die Gefühle wiedergibt vgl. Uhr; Kartonstreifen mit Bildern zu Gefühlen die mit Wäschekluppen

gekennzeichnet werden), die Kinder haben jeden Tag die Chance ihre Gefühle, ihr derzeitiges Empfinden den anderen Kindern in Form eines Barometers zu zeigen

3) *Gefühle verbalisieren:*

- Wiederholen der im ersten Teil des Projekts gesammelten Gefühle bzw. sammeln, welche den Kindern noch einfallen (auf Kärtchen, Tafel, Flipchart,...)
- Interviews durchführen mit anderen Gruppen/PädagogInnen, mögliche Themen: deren Gefühlszustand, wie erleben sie Emotionen? (Kinder darauf aufmerksam machen, dass Interviewpartner nicht auf alle Fragen antworten müssen; Rücksicht nehmen)
- Arbeitsblätter zu verschiedenen Gefühlen erstellen
Inhalte: Was sieht man äußerlich? (Mimik, Gestik); Was fühlt man innerlich?; Wann habe ich mich zuletzt ... gefühlt? Wie kann ich anderen, die diese Gefühle empfinden, helfen?
- Gefühlsactivity (auf Basis des Spiels, nur mit Emotionen): Karten mit den Kindern herstellen (Spielbrett kann man vom ursprünglichen Spiel verwenden)

4) *Gefühle darstellen:*

- Gefühlsregungen nachstellen und fotografieren
- Rollenspiele: Inhalte selbst erarbeiten oder Geschichten als Vorlage nehmen
- Negative Ausartungen von Gefühlsdarstellungen besprechen: Konflikte nicht mit Gewalt lösen + produktive und verwendbare Lösungsvorschläge oder Alternativen erarbeiten und anbieten
- Emotionen musikalisch-rhythmisch zum Ausdruck bringen: Klanggeschichten, Instrumentengespräche (Frage-Antwort), Liedererarbeitungen
- Gefühle anderer interpretieren: Durch welche Verhaltensweisen und Anzeichen kann das Kind die Gefühle anderer deuten und interpretieren? + szenisch darstellen, Beispielbilder

→eventueller Abschluss des Projekts: Gefühlsfest (Aufführungen von Liedern, Rollenspielen, Geschichten,...)

Vertiefung des Projekts:

Umgang mit den eigenen Gefühlen und denen der anderen

Beispiele:

- *Ich und meine Gefühle: Emotionale Entwicklung für Kinder ab 5* von Holde Kreul und Dagmar Geisler von Loewe Verlag
- *Wie Kinder fühlen. Bibliothek der Gefühle* von Udo Baer und Gabriele Frick-Baer von Affenkönig
- *Meine Welt der Gefühle: Entdecken & Begreifen* von Astrid Hille, Dina Schäfer, und Jutta Garbert von Velber
- *Lustig, Traurig, Trotzig, Froh. Ich fühle mich mal so, mal so! Ein Buch mit phantasievollen Spielelementen* von Emma Brownjohn von Gabriel Verlag
- *Gefühle machen stark: Geschichten von Mut, Selbstbewusstsein und Versöhnung* von Achim Bröger, Julia Ginsbach, Iris Hardt, und Hans-Günther Döring von Arena
- *Gefühle sind wie Farben* von Alike von Beltz
- *Ein Dino zeigt Gefühle: Fühlen. Empfinden. Wahrnehmen* von Christa Manske und Heike Löffel von Mebes & Noack
- *Klanggeschichten für Kinder: Wie man Gefühle durch "elementare Musik" ausdrücken kann* von Marianne Wagner von Books on Demand GmbH
- *Mit Kindern Gefühle entdecken: Ein Vorlese-, Spiel- und Mitsingbuch. Mit Audio-CD* von Gerhard Friedrich, Renate Friedrich, Viola de Galgóczy, und Katja Wehner von Beltz

Quellenangabe: Barbara Lichtenegger; „Ge(h)fühle!“ Verlag: Veritas

Anna Baumgartner und Carina Wagner

Ideensammlung für ein Ernährungsprojekt

für Hortkinder (7-11 Jahre – jedoch genauso im Kindergarten verwendbar)

Grundüberlegungen:

Auf welche Themen beziehe/beschränke ich mich? Ausgewogene Ernährung, Selbstgekochtes, Ernährungs-„Aufklärung“ (Junk Food), Gesundes Essen, Bewegung, Sport, Gesundes Fast Food (Rohkost: Obst, Gemüse), Gesundheit im Allgemeinen, Medizinische Aspekte der Gesundheit, Ernährung in unterschiedlichen Ländern und Kulturen, etc.

Gibt es Kinder mit Essstörungen oder mangelndem Selbstwertgefühl, die ich vor oder während des Projektes besonders aufklären/stützen sollte? Wie ist die soziale Stellung dieser Kinder/dieses Kindes in der Gruppe? Ist es notwendig, zuerst mit der Gruppe im Bereich soziale Kompetenz und Toleranz zu arbeiten? Wie sieht das „Grande Finale“ aus? Wird ein Gesundheitsfest (öffentlich oder nur mit Eltern und Freunden) stattfinden? Soll bei diesem Projektabschluss ein Theater, Musical, Kochkurs, Kochwettbewerb, Produktverkostung, Präsentation des Projekts, usw. aufgeführt bzw. dargestellt werden?

Welche Angebote möchte ich durchführen?

Es gibt eine breite Auswahl an Möglichkeiten, wie ich unterschiedliche Sachverhalte mit den Kindern erarbeiten und vertiefen kann. Wichtig ist auch im Hort das Prinzip der Wiederholung. Information sollte, wenn sie einem Kind vermittelt wird, an Bekanntem und Neuem genauso ausgewogen sein, wie die Ernährung eines Menschen. Im folgenden Abschnitt sind einige Ideen aufgelistet, wie man Projekte zu den oben angeführten Themen gestalten könnte. Sie sollten aber nur als Denkanstöße betrachtet werden und müssen auf die jeweilige Gruppe und die äußeren Bedingungen individuell angepasst werden.

Cooking around the world:

Befinden sich in einer Gruppe viele Kinder mit Migrationshintergrund oder sind einige Eltern aufgrund von Urlaubserfahrungen „Experten“ eines anderen Landes, so ist dies eine für die Kinder interessante Variante andere (Koch)-Kulturen kennenzulernen.

Das Thema könnte so ausgeweitet werden, dass es sich auch hervorragend als eigenes Projektthema eignet. Eltern sollten mit ihren Kindern Rezepte des Heimatlandes gemeinsam zu Hause ausprobieren und eine Einkaufsliste verfassen. So verbringen sie nebenbei auch wertvolle Zeit gemeinsam. Je nach Bedürfnis und Wunsch der Eltern können die Kinder die Kochleitung bei der Gerichtzubereitung übernehmen oder sie besuchen den Hort selbst, um die Kultur zu beschreiben und erklären. Mit der ganzen Hortgruppe sollte nicht nur gekocht werden, sondern auch alle Aufgaben rundherum erledigt werden (Einkaufen, Aufdecken, Geschirr abwaschen/wegräumen,...)

Miriam Reindl und Melanie Lederhilger

Körperskizzen zeichnen

Schwerpunkt: Körperwahrnehmung – Selbstkompetenz

Sozialform: 1-2,5 Jahre, 4 Kinder

Raumsituation: am Boden, ruhige Atmosphäre, etwas abgeschottet

Intentionen:

- ➔ Soziale Kompetenz wird gefördert
- ➔ Sich selbst als Individuum wahrnehmen
- ➔ Im Mittelpunkt sein dürfen
- ➔ Vorsichtig miteinander umgehen lernen
- ➔ Seinen eigenen Körper kennen und benennen lernen
- ➔ Über sich selbst sprechen können
- ➔ Entscheiden können, was für mich richtig ist

Die PädagogInnen setzen sich mit 4-5 Kindern auf den Boden und bereiten große Papierbögen vor. Die Kinder dürfen ihre Hände eigenständig mit einer selbst ausgewählten Farbe nachziehen. Dann ziehen sich die Kinder gegenseitig die Hände nach und lernen so, aufeinander zu vertrauen, bzw. werden sie mit der Situation vertraut. Auch den PädagogInnen dürfen die Kinder die Hände nachziehen, da sie es dann sind, die ihren Körper nachmalen. Nun darf sich ein Kind (während ruhige Musik im Hintergrund spielt) auf den Bogen Papier legen und die PädagogInnen beginnen, den Körper des Kindes nachzuziehen. Sie bitten ein anderes Kind dabei zu helfen! Dann sehen sich die PädagogInnen gemeinsam mit den Kindern den so entstandenen Körper an und besprechen die verschiedenen Körperteile. Jedes Kind darf sich seinen Körper, sofern es möchte, einmal nachziehen lassen. In weiteren Aktivitäten dürfen die Kinder dann selbstständig ihre Körperskizzen mit verschiedenen Materialien verzieren. Anschließend werden die Körperskizzen im Gruppenraum ausgestellt; so bekommt jedes Kind das Gefühl wichtig und ein Teil der Gruppe zu sein. Außerdem kann man diese Skizzen für Gespräche über Gemeinsamkeiten zur Hand nehmen, Besonderheiten der Kinder hervorheben, oder auch einfach nur versuchen, sie anhand der Größe, Körperform, Haarlänge den richtigen Kindern zuzuteilen.

Sarah Wasserthal und Irene Schaubmair

Übungen und Spielideen zum Thema Vertrauen in Verbindung mit Sinneswahrnehmungen für Hortkinder

Die folgenden Spiele können Kindern dabei helfen, innerhalb einer Gruppe eine Vertrauensbasis aufzubauen. Bei allen Spielen und Übungen ist es wichtig, dass auf die anderen Kinder geachtet wird und das Vertrauen nicht missbraucht wird.

Blinder Roboter:

Für diese Partnerübung braucht man Augenbinden. Ein Kind hat verbundene Augen oder es kann die Augen schließen. Das zweite Kind steht hinter dem ersten Kind. Es werden verschiedene Zeichen vereinbart: wenn das hintere Kind dem vorderen auf die rechte Schulter klopft, muss es nach rechts gehen, wenn es auf die linke Schulter klopft nach links. Wenn es auf den Kopf klopft, muss das vordere Kind stehen bleiben oder weggehen. Es ist wichtig, dass den Kindern klar ist, dass sie nur vorsichtig klopfen dürfen und dass sie das Kind vor ihnen rechtzeitig vor Gegenständen oder der Wand die Richtung wechseln lassen müssen.

Blind führen:

Ein Kind hat die Augen verbunden, ein zweites Kind nimmt das erste an den Händen und führt es herum. Auf den Boden kann man verschiedene Materialien auflegen, über die das blinde Kind geführt wird (z.B. Bälle, Stäbe, Kastanien, Tastweg,...). Diese Übung kann auch im Freien, z.B. im Wald, durchgeführt werden.

Vertrauenskreis:

Ca. 6 Kinder stehen in einem engen Kreis, ein Kind steht in der Mitte dieses Kreises. Dieses Kind spannt seinen Körper an und lässt sich einfach in eine Richtung fallen. Die Kinder im Kreis fangen das Kind auf und schieben es leicht in eine andere Richtung und so weiter. Wenn das Kind in der Mitte will, kann es seine Augen schließen. Die Kinder im Kreis müssen gut darauf achten, dass das eine Kind nicht hinfällt und es nicht zu fest weiter geschoben wird.

Topf schlagen:

Ein Kind hat verbundene Augen und bekommt einen Kochlöffel in die Hand. Dann muss es am Boden krabbelnd nach einem umgestülpten Kochtopf suchen. Die anderen Kinder

müssen das Kind führen, indem sie ihm sagen, in welche Richtung es krabbeln muss. Ist es noch weit entfernt, rufen sie „kalt“ je näher es kommt, desto „wärmer“ wird es. Die Kinder müssen sich natürlich vorher viele verschiedene Begriffe zur Wärme überlegen. Damit das suchende Kind weiß, wo sich der Topf befindet, klopft es immer mit dem Kochlöffel auf den Boden. Erwischt es den Topf, so hört es das und es hat gewonnen. Als Preis kann eventuell unter dem Topf eine kleine Überraschung versteckt sein.

Jäger und Gejagter:

Alle Kinder stellen sich in einem Kreis auf, zwei Kinder stehen in der Mitte des Kreises. Eines von beiden, der Jäger, hat verbundene Augen, dieser muss das zweite Kind fangen. Um das Kind zu finden, darf er drei Mal ein Signal von sich geben, das gejagte Kind muss antworten. Kommt der Jäger in die Nähe der Kreiswand, müssen ihn die Kinder davon abhalten, aus dem Kreis zu gehen. Hat der Jäger den Gejagten nach drei Signalen nicht gefunden, so werden die Rollen getauscht und zwei andere Kinder Jäger und Gejagter.

Maria Payrhuber und Katharina Schmollngruber

Literaturverzeichnis

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2007). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter Epidemiologie und Diagnostik. Monatsschrift Kinderheilkunde 10, online publiziert am 12.September 2007. Springer Medizin Verlag.

Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. & Warnke, A. (2005). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) – Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Weinheim: Beltz.

Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Göttingen: Hogrefe.

Jugert, G. (2009). Fit for life. Module und Arbeitsblätter zum Training sozialer Kompetenz für Jugendliche. Weinheim: Juventa-Verlag.

Stangier, U., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2006). Soziale Phobie. Göttingen: Hogrefe.

Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1996). Das Assertiveness-Training-Programm (ATP): Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Anleitung für den Therapeuten. München: Pfeiffer

Vopel, K. (2004). Interaktionsspiele Band 1 (7. Auflage). Hamburg: [Isko-Press.](#)

Impressum

Dieses Werk wurde gefördert im Rahmen von Sparkling Science mit Mitteln des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung.

Lehr- und Forschungspraxis der Fakultät für Psychologie

Liebiggasse 5

1010 Wien

Tel.: +43 1 4277 47971

Email: lefop.psychologie@univie.ac.at

Homepage: <http://www.univie.ac.at/psychologie/lefop>