



Doğal Öğretim Projesi



MODUL 2

Entwicklungsschwierigkeiten Was ist das?

* Diese Broschüre widmet sich Entwicklungsschwierigkeiten von Klein- und Vorschulkindern zwischen 3 und 6 Jahren



Doğal Öğretim Projesi



Entwicklungsschwierigkeiten Was ist das?

* Diese Broschüre widmet sich Entwicklungsschwierigkeiten von Klein- und Vorschulkindern zwischen 3 und 6 Jahren



Erasmus+

Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben

Inhalt

Einleitung	1
Lernbeeinträchtigungen bzw. Intelligenzminderung	2
Kinder mit DOWN SYNDROM (Trisomie 21)	11
Hörminderung	17
Verminderte Sehfähigkeit	22
Sprach- und Sprechstörungen	31
Autismus Spektrum Störung	36
AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG	40
ZEREBRALPARESE	47

Einleitung

Entwicklungsstörungen können körperliche, emotionale und/oder Beeinträchtigungen des Lernens umfassen. Beeinträchtigungen entstehen in der Regel vor dem 22. Lebensjahr und sind meist lebenslang vorhanden (AAIDD, 2010).

Der spezifischere Begriff „Intelligenzminderung oder Lernbeeinträchtigung“ wird dabei häufig als Synonym dafür verwendet, wenn Teilhabebeeinträchtigungen des Lernens im Vordergrund stehen. Intelligenzminderungen oder Lernbeeinträchtigungen sowie die Autismus Spektrum Störung sind dabei die meist verbreitetsten Entwicklungsstörungen. Auch die Infantile Zerebralparese stellt eine Art der Entwicklungsstörung dar.

Welche Entwicklungsstörungen unterschieden werden können und wie häufig diese verbreitet sind, erfahren Sie in diesem Teil des Buches. Dies lernen Sie an Hand von Beispielen, und zwar vor allem für das Alter vor dem Eintritt in die Schule, d.h. zwischen 3 und 6 Jahren.

Lernbeeinträchtigungen bzw. Intelligenzminderung

Was meinen wir damit?

Lernbeeinträchtigungen oder Intelligenzminderungen wirken sich auf den Alltag eines Kindes aus. Dies kann sich in generell in der Entwicklung, in neuen Situationen, in der Kommunikation, der Mobilität oder den Beziehungen der Kinder bemerkbar machen. Dies umfasst auch Situationen, in denen z.B. ein Kind nicht alterstypisch teilhaben kann oder sich schwertut, komplexe Zusammenhänge zu verstehen. Dies können Zeichen für eine Entwicklungsstörung sein.

Was genau eine Entwicklungsstörung ist, ist Teil anhaltender wissenschaftlicher Diskussionen und kann verschiedenste Teilhabebereiche eines Kindes betreffen.

Wissenschaftlich kann dies umfassen

- A) mentale Funktionen bzw. den Teilhabebereich Lernen**
- B) das adaptives Verhalten bzw. seine Fähigkeit zur Verhaltenssteuerung (d.h. den Teilhabebereich „Aufgaben und Anforderungen“ betreffend) und**
- C) die Notwendigkeit von unterstützenden Maßnahmen**



Entwicklungsschwierigkeiten – was ist das?

Mentale Funktionen bzw. Teilhabe am Lernen: Kinder mit einer Entwicklungsstörung können unterschiedliche Schwierigkeiten in ihrer Entwicklung zeigen. Dies lässt sich durch bestimmte Tests (die häufig die Intelligenz eines Kindes testen) bestimmen. Auch in Bezug ihre Teilhabe am Lernen bzw. in ihrer Kommunikation oder an sozialen gesellschaftlichen Aspekten können sich Einschränkungen zeigen.

Adaptives Verhalten oder Teilhabe an „Anforderungen und Aufgaben“ u.a.: Kinder mit einer Entwicklungsstörung können unterschiedliche Schwierigkeiten haben, sich in herausfordernden Situationen anzupassen oder ihr Verhalten (alterstypischen Erwartungen gemäß) zu steuern (z.B. mit Frustration umzugehen)



Unterstützende Maßnahmen: Unterstützende Maßnahmen können sich nach Bedarf jederzeit ändern. Manche Menschen brauchen mehr Unterstützung, das kann sich auch von Zeit zu Zeit ändern. In diesem Zusammenhang brauchen Kinder mit einer erheblichen bis vollständigen Teilhabebeeinträchtigung viel mehr Unterstützung als Kinder mit einer leichten Teilhabebeeinträchtigung. Zudem können sich diese unterstützenden Maßnahmen jederzeit nach den Bedürfnissen der Kinder ändern. Deswegen ist es sehr wichtig, auf jedes Kind individuell einzugehen, sich genug Zeit zu nehmen und gut strukturiert und geplant zu arbeiten.

Kinder, die Entwicklungsschwierigkeiten (als Oberbegriff) im Allgemeinen zeigen, könnten durch vier unterschiedliche Maßnahmen unterstützt werden:



Besonderheiten von Kindern mit einer Lernbeeinträchtigung bzw. Intelligenz-minderung

Um von inklusionspädagogischen Maßnahmen zu profitieren, ist die Diagnostik und (funktionale) Klassifizierung der Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten sehr wichtig. Manche Kinder haben Schwierigkeiten im Teilhabebereich Lernen in der Schule und in ihren Interaktionen oder können sich nicht so selbstversorgen wie andere Kinder in ihrer Altersgruppe. Kinder mit solchen Teilhabebeeinträchtigungen bilden eine kleine Gruppe. Sie sind in den ersten Lebensjahren nicht leicht zu erkennen. Die Rolle der Frühförder:Innen, KITA-Erzieher:Innen spielt hierbei eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang ist es für Fachkräfte wichtig zu verstehen, wie Teilhabebeeinträchtigungen definiert werden und wie sich dies individuell bei Kinder zeigen kann.

Der Erfolg von Eingliederungsmaßnahmen in allgemeinbildenden Schulen steht in direktem Zusammenhang mit den Anpassungen, die von den Lehrkräften im Unterricht vorgenommen werden können. Wirksame Anpassungen im Unterricht sind sehr wichtig, um den (schulischen) Erfolg der Schüler zu steigern.

Lernbeeinträchtigungen oder Intelligenzminderungen mit Blick auf Körperfunktionen und damit zusammenhängende Teilhabebereiche)

➤ Kinder mit Lernbeeinträchtigungen oder Intelligenzminderungen können sich schwer tun, Informationen sowohl im Langzeit- als auch im Kurzzeitgedächtnis zu sammeln und zu nutzen.

➤ Sie können auch Hilfe benötigen, Strategien zur Speicherung von Informationen im Kurz- und Langzeitgedächtnis anzuwenden.

➤ Sie können auch Unterstützung brauchen, gelernte Informationen aus dem Gedächtnis auf verschiedene Umgebungen, Zeiten, Menschen und Bereiche zu übertragen oder zu verallgemeinern.

➤ Sie bleiben meist kurz bei einer Sache oder brauchen spezielle Settings, um sich nur auf einen bestimmten Reiz zu konzentrieren.

➤ Sie können Hilfe brauchen, die für sie notwendigen Informationen aus verschiedenen Reizen aufzunehmen und zu nutzen.

➤ Sie mögen sich in ihrer Teilhabe am Lernen schwer tun, die Lösung eines Problems zu planen, Lösungen zu kontrollieren, umzusetzen und die Ergebnisse zu bewerten.

➤ Sie brauchen meist Hilfe, Konzepte, Begrifflichkeiten oder schulisches Wissen zu erwerben.

➤ Sie brauchen häufig eine einfachere Sprache, abstrakte Begriffe, Definitionen und Konzepte zu erwerben.

➤ Bei Anforderungen brauchen sie häufig Unterstützung beim Verstehen von Zeitkonzepten

➤ Ihre früheren Misserfolge und Ängste können dazu führen, dass sie sich weniger anstrengen, um ein Ziel zu erreichen, und ihre Motivation zu Neuem könnte dadurch verringert sein..

Teilhabe an Interaktionen

Die Mehrheit der Kinder mit kognitiven Einschränkungen können sich schwer tun, Beziehungen einzugehen.

Eingeschränkter alterstypischer Beziehungsaufbau kann dazu führen, dass sie Schwierigkeiten haben, Freunde zu finden oder von Gleichaltrigen akzeptiert zu werden.

Sie brauchen häufig Hilfe, soziale Signale zu erfassen oder können dadurch Schwierigkeiten haben, Verhalten richtig zu interpretieren.

Häufig suchen sie einen Freund/eine Freundin, von deren Anwesenheit sie in sozialen Gruppen bisweilen abhängig scheinen (z.B. wenn in der KITA der beste Freund nicht anwesend ist)..

Bei Anforderungen und Aufgaben könnten sie sich schwerer tun, Verantwortung zu übernehmen. Das bezieht sich auch darauf, eine Aufgabe selbständig zu beginnen und fortzuführen.

Bisweilen fällt es ihnen schwer, Regeln des Spiels, der Klasse und der Gesellschaft zu befolgen.

In ihrer Teilhabe an Interaktion und Kommunikation mag es ihnen schwerfallen, angemessen auf die Wünsche und Erwartungen der Menschen in ihrer Umgebung zu reagieren.

Das kann auch den Umstand betreffen, ihre Gefühle und Gedanken klar und unabhängig auszudrücken.

Kinder mit einer Lernbeeinträchtigung oder Intelligenzminderung brauchen im schulischen und sprachlichen Umfeld des Klassenzimmers/-Gruppenraums, um in Bezug auf Sprache und soziale Beziehungen erfolgreich zu sein. Interaktionen mit alterstypisch entwickelten Gleichaltrigen erweisen sich dabei als vorteilhaft.

Sprechen und Teilhabe an Kommunikation

➤ Kinder mit Lernbeeinträchtigungen oder Intelligenzminderung brauchen (je nach Grad der Teilhabebeeinträchtigung) Hilfe, Sprache zu verstehen.

➤ Verzögerungen in der funktionalen Sprachentwicklung, ihrer Aussprache- oder ihrem Redefluss treten bei ihnen häufiger auf, als bei Gleichaltrigen mit „alterstypischer“ Entwicklung.

➤ Ihre rezeptiven und expressiven Sprachkenntnisse erscheinen bisweilen begrenzt.

➤ Sie brauchen meist sehr klare Anweisungen, wenn es um das Befolgen von Aufträgen geben.

➤ Sie brauchen häufig durch die Gesprächspartner:Innen Hilfe, ein Gespräch zu beginnen, wenn es um das Führen einer Unterhaltung geht.

➤ Sie können sich schwertun, einen Dialog im Rahmen eines bestimmten Themas aufrechtzuerhalten oder zu initiieren.

➤ Im Gruppengeschehen brauchen sie häufig mehr Zeit und Raum, sich zu Wort zu melden oder zu wissen, wann sie sprechen dürfen/sollen und wann nicht.

➤ Schwierigkeiten in der Artikulation einzelner Silben, in der Stimmmodulation oder im Redefluss (wie .B, Stottern und Artikulation können auftreten).

Konkretisierung ist bei der Unterstützung des Sprachverständnis von Kindern mit Lernbeeinträchtigungen oder Intelligenzminderung wichtig. Das kann bedeuten, sie in alle Situationen einzubeziehen, d.h. sie aktiv zu engagieren oder Dinge konkret zu vermitteln: Wenn die Lehrkraft beispielsweise einen neuen Begriff mithilfe von konkreten Objekten, Modellen oder Bildkarten erklärt, wird es Kindern leichter fallen, dies zu erlernen

Neuromuskuläre und gesundheitliche Merkmale sowie Teilhabe an Mobilität



Ungefähr die Hälfte der Kinder mit Lernbeeinträchtigungen oder Intelligenzminde- rung brauchen Hilfe bei psychomotorische Übungen, im Vergleich zu anderen Gleich- altrigen.



Sie brauchen vielleicht Unterstützung beim Gleichgewicht, bei der Bewegung, in Hand-Augen-Koordination und Rhythmik.



Sie greifen vielleicht anders als Gleichaltrige (z.B. mittels Faustgriff, das kann auch die Verwendung von Scheren, Stiften, Löffeln und Gabeln, Knüpfen von Knoten mit einem Reißverschluss, kleine Blockstücke betreffen. Beim Gehen, Klettern, Laufen, Springen, Hüpfen, Werfen, Fangen oder Aktivitäten wie Klopfen etc. mögen sie mehr Zeit oder Unterstützung benötigen.



Viele Eltern berichten auch mehr gesundheitliche Sorgen, wie z.B. häufigeres Kranksein.



Manche Kinder brauchen Hilfe mit der Nahrungsaufnahme, dem Schlucken oder Unterstützung des Magen- Darmtraktes (durch Diäten, eine Magensonde...).



Körperstrukturell zeigen einige Kinder Probleme mit Knochen und Gelenken (z.B. Kontraktionen) oder einen schwachen Muskeltonus..



Körperfunktional können sie auch Seh- und/oder Hörprobleme haben.



Bei manchen Kinder kann eine Epilepsie eine Begleiterscheinung der Diagnose sein.



Endokrinologisch sollten auch Schilddrüsenstörungen nicht ausgeschlossen werden.



Manche Kinder zeigen Erkrankungen der Atemwege, der Ohren und der Lunge.

Körperstrukturell kann auch das körperliche Erscheinungsbild variieren (z.B. die Größe ihres Kopfes, ihre Zahnstellung etc. je nach Grad der Beeinträchtigung.

Kinder mit DOWN SYNDROM (Trisomie 21)

Was kennzeichnet Trisomie 21?

Das Down-Syndrom ist die häufigste aller genetischen Veränderungen. Es ist eine strukturelle Chromosomenveränderung. Unter normalen Bedingungen hat jedes Baby 23 Chromosomen. Aufgrund des doppelten Chromosomensatzes, 23 von der Mutter und 23 vom Vater, verfügen Menschen im Allgemeinen über 46 Chromosomen. Menschen mit Down-Syndrom haben 47 statt 46 Chromosomen. Aufgrund der Überzahl eines Chromosoms kommt es zu einem sogenannten Gendosisseffekt (da das Chromosom 21 dreifach vorhanden ist). Ein erheblicher Anteil der Babys und Kinder, bei denen das Down-Syndrom diagnostiziert wird, kann somit leichte Einschränkungen beim Lernen oder in der Intelligenz aufweisen.

Die genaue Ursache des Down-Syndroms ist nicht bekannt, aber es scheint sich um eine Störung in der Zellteilung zu handeln, aber es ist immer noch nicht genau bekannt, was diese Störung der Zellteilung verursacht.

Außerdem ist das Down-Syndrom nicht spezifisch für eine bestimmte bestimmte Ethnie, ein bestimmtes Alter, eine bestimmte geografische Lage oder eine bestimmte soziale Schicht: Das Erscheinungsbild Down-Syndrom kann Menschen aus fast jeder Region und jeder Schicht betreffen.

Menschen mit Down Syndrom zeigen in der Regel (wenn auch individuell unterschiedlich) ausgeprägte körperstrukturelle Merkmale.

Wenn ein Baby mit Down-Syndrom geboren wird, kann durch eine körperliche (genetische) Untersuchung des Babys festgestellt werden, ob das Baby das betroffen. Darüber hinaus können während der Schwangerschaft Tests durchgeführt werden, um das Vorliegen eines Down-Syndroms festzustellen. Leider gibt es derzeit keine ursächliche Behandlung, die das Down-Syndrom „heilen“ kann. Mit der Entwicklung der Medizin gibt es heute zwar zahlreiche medizinische und chirurgische Methoden und Anwendungen, die die Lebensqualität und die gesundheitlichen Schwierigkeiten von Kindern mit Down-Syndrom verringern können (z.B. die Behandlung von Herzfehlern usw.).

Gleichzeitig zeigen Studien, dass Kinder, bei denen das Down-Syndrom diagnostiziert wurde, im Bereich ihrer Teilhabe durch frühzeitige Angebote und die ihnen angebotenen Bildungsmöglichkeiten erhebliche Verbesserungen aufweisen und sich leichter mit altersstypische Herausforderungen umgehen können (Batu, 2011; Connolly, Morgan, Russell, & Fulliton, 1993; Yoder & Warren, 2004).

Körperstrukturelle Merkmale

➤ Kinder mit Down-Syndrom sehen sich untereinander sehr ähnlich, auch wenn dies im Einzelfall nicht zutreffen mag.

➤ Häufig wirken ihr Kopf kleiner und der Hals kürzer.

➤ Häufig ist eine schräge Augenfalte, teilweise mit weiter auseinanderliegenden Augen zu beobachten.

➤ Auch ihre Nase mag kleiner erscheinen, ihr Nasenbein erscheint flacher, die Nasenwurzel verkleinert.

➤ Der Mund ist in der Regel klein.

➤ Im Zusammenhang mit einem verkleinerten Rachenraum wirkt ihre Zunge vergrößert, was zu funktionalen Problemen in der Aussprache bzw. in ihre Teilhabe an Kommunikation führen kann.

➤ Auch in der Zahnstellung kann es individuell zu Unterschieden kommen.

➤ Bei manchen Menschen wirken die Ohren verkleinert.

➤ Körperfunktional lässt sich bisweilen eine verringerte Muskelspannung beobachten.


➤ Bisweilen ist auch eine Überstreckbarkeit einzelner Gelenke zu beobachten.


➤ Eine sogenannte Vierfingerfurche gilt als eines der Merkmale für Menschen mit Down-Syndroms. Diese Linie erscheint auch tiefer als bei alterstypisch entwickelten Menschen I.


➤ Bei manchen Menschen mit Down Syndrom wirken die Hände groß, die Finger teilweise kürzer.


➤ Viele Menschen mit Down Syndrom erscheinen eher kleinwüchsig, bisweilen wirken sie dadurch gedrungenen. Eltern beschreiben manchmal auch helle und empfindliche Haut.


Gesundheitsprobleme


 Statistisch wird beschrieben, dass 40 Prozent der Kinder mit Down-Syndrom an einer Herzerkrankung leiden.


 Bisweilen werden auch Beeinträchtigung oder Störung im Dünndarm berichtet. Reflux bzw. Erkrankungen des Verdauungssystems sowie Verstopfung können dadurch auftreten.

 Körperfunktionell kann ihr Immunsystem geschwächt sein. Viele Menschen mit Down Syndrom leiden an wiederkehrenden Mittelohrentzündungen und Infektionen der oberen Atemwege.







 Körperfunktionell kann ihr Immunsystem geschwächt sein. Viele Menschen mit Down Syndrom leiden an wiederkehrenden Mittelohrentzündungen und Infektionen der oberen Atemwege.

 Körperfunktional schielen 57 % der Säuglinge und Kinder mit Down Syndrom. Dadurch können Schwierigkeiten wie Kurz- oder Weitsichtigkeit auftreten. Häufigerer Astigmatismus, Grauer Star, verstopfte Tränenkanäle sind ebenfalls Anzeichen.






 Körperfunktional zeigen sich bei 40-60 % der Säuglinge und Kinder mit Down-Syndrom Hörverluste, sodass eine HNO-Abklärung dringend notwendig erscheint.

 Körperstrukturell sind auch Verschiebungen der Kniescheibe, Skoliosen als Beeinträchtigung der Wirbelsäule zu beobachten: muskuloskeletale Probleme (z.B. Hüftluxationen oder Plattfüße) werden als mögliche Ursachen diskutiert

Mentale Funktionen und Teilhabe am Lernen

-  Intelligenzminderungen und Teilhabebeeinträchtigungen beim Lernen sind häufig zu beobachten.
-  Bei abstrakten Denkprozessen (z.B. beim Probleme lösen oder in der Begriffsbildung) brauchen sie bisweilen Unterstützung.
-  Ihr visuelles Kurzzeitgedächtnis ist viel besser als ihr verbales Gedächtnis.
-  Kinder mit Down Syndrom bleiben in der Regel (je nach Lebensalter) in Bezug auf ihre Aufmerksamkeit kurz bei einer Sache.
-  Auch wenn sie sich gut an Liedtexte erinnern können, brauchen sie für häufigere Wiederholungen (in Bezug auf ihre Gedächtnisleistung).
-  Dennoch erlernen die meisten Kinder mit Down-Syndrom Wörter, können Sätze lesen, die Grundfarben und geometrische Formen oder einen Rhythmus erlernen. Viele können zählen oder Zahlen lesen.

Sprechen und Teilhabe an Kommunikation

-  In der Sprech- und Sprachentwicklung von Kindern mit Down-Syndrom zeigt sich meist ab dem 2. Lebensjahr eine Verlangsamung.
-  Obwohl sich ihre Kommunikationsfähigkeiten somit langsamer entwickeln, sind sie gut darin, nonverbale Kommunikation zu verstehen und Blickkontakt herzustellen.
-  Kinder mit Down-Syndrom entwickeln ihre Sprache in der Regel zwischen 24 Monaten und 36 Monaten.
-  Im Zusammenhang mit den funktionalen Herausforderungen in der Sprachmotorik sind sie viel besser im sprachlichen Verstehen als im Ausdruck.
-  Ihre Grammatik kann bisweilen einfach wirken.

Personbezogene Aspekte und Teilhabe an Beziehungen

➤ Im Allgemeinen wirken Kinder mit Down Syndrom fröhlich, sympathisch, liebevoll, gesellig und gut mit anderen Kindern verbunden, die kommunizieren können.

➤ Sie sind gut darin, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten. Sie lernen Vieles durch ihre „typisch teilhabenden“ Altersgenossen und ahmen Vieles nach.

Neuromuskuläre Funktionen und Teilhabe an Mobilität und Selbstversorgung

➤ Kinder mit Down-Syndrom entwickeln einige motorische Fähigkeiten wie die Kopfkontrolle, das Sitzen ohne Unterstützung oder das freie Laufen später als ihre Altersgenossen.

➤ Obwohl sie somit in der Bewegungskoordination (z.B. im Gleichgewicht, ihrer Kraft, ihrer Hand-Augen-Koordination, oder in ihrem Gang) mehr Zeit für ihre Entwicklung brauchen, können sie bereits in jungen Jahren grundlegende Fertigkeiten des täglichen Lebens erlernen, wie z. B. Gehen in Bezug auf ihre Mobilität oder das selbständige Anziehen, Essen etc. in Bezug auf ihre Selbstversorgung.

➤ Manchen Kindern brauchen bei Gleichgewichtsübungen (z.B. in der KITA) Hilfe.

➤ Bei manchen Kindern helfen Übungen zur Stärkung ihrer Körperspannung (z.B. in der Physiotherapie), um die Rumpfhaltung aufzurichten.

Hörminderung

Was ist eine Hörminderung?

Hörminderung: der teilweise oder vollständige Verlust des Hörvermögens führt zu Verzögerungen bei der Entwicklung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit, was zur Beeinträchtigung schulischer Leistungen und der sozialen Integration führen kann. Dieses Problem bei der Entwicklung von Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten kann dazu führen, dass hörgeschädigte Kinder in anderen Teilhabebereichen Beeinträchtigungen aufweisen, aber es sollte betont werden, dass diese Beeinträchtigungen, die hauptsächlich auf die Hörminderung zurückzuführen sind, nicht bedeuten, dass sie sich von ihren hörenden Altersgenossen unterscheiden. Es wichtig, so früh wie möglich unterstützende Maßnahmen zu ergreifen, wie den Einsatz von Hörgeräten oder Frühförderung.


Wir haben bereits erwähnt, dass Kinder mit Hörminderung aufgrund Beeinträchtigungen in ihrer Kommunikation sowie im Bereich Lernen oder Interaktionen vielfältige Bedürfnisse haben können. Hörminderung kann in erster Linie zu Verzögerungen bei der mündlichen Sprache und den kommunikativen Fähigkeiten führen. Aufgrund dieser Verzögerung können diese Kinder auch Verzögerungen in den Bereichen Lernen und Interaktionen erfahren.


Um Probleme wie Sprach- und Kommunikationsbedarf, soziale Anpassung und Schulversagen aufgrund von Hörverlust zu vermeiden, ist es sehr wichtig, einen Prozess in Gang zu setzen, der die Auswirkungen von Hörminderung minimiert, indem man zunächst medizinisch eingreift und den Hörverlust in einem frühen Alter erkennt. Wenn dies frühzeitig erfolgt, kann ein frühzeitiges medizinisches Eingreifen die bestehende Hörminderung und damit die negativen Auswirkungen des Verlusts beseitigen. Kann das bestehende Problem jedoch trotz der Intervention nicht behoben werden, muss sichergestellt werden, dass das Kind so bald wie möglich und gleichzeitig mit den medizinischen Interventionen von Hörhilfetechnologien (z. B. Hörgeräte, Cochlea-Implantate) profitiert. Wichtig: die frühzeitige Erkennung einer Hörschädigung und der frühzeitige Einsatz von Hörgeräten sind wichtig für die sprachlich-sprachliche, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung des Kindes mit Hörschädigung. Es geht um eine frühzeitige Diagnose, die Bereitstellung von frühzeitigen audiopädagogischen Leistungen für diese Kinder, nach medizinischer Interventionen, und um ihre Förderung in einem geeigneten Bildungsumfeld. Der pädagogische Förderprozess muss angemessen und bedarfsorientiert erfolgen.


Während diese Phase sollten Fachkräfte die Priorität auf Sprache und Kommunikation setzen. Die Förderung sollte individuell und bedürfnisorientiert erfolgen.


Im Folgenden finden Sie Informationen über die Merkmale hörgeschädigter Kinder, die bei der Planung und Umsetzung von Fördermaßnahmen berücksichtigt werden sollten.


Merkmale von Kindern mit Hörminderung: Sprache und Kommunikation


 Aufgrund der Hörminderung haben diese Kinder wahrscheinlich Probleme in ihren Hörfunktionen. Daher sollte der erste wichtige Schritt beim Erwerb von Sprache und Sprechen darin bestehen, die Hörfunktion durch Hörgeräte zu erhöhen

 Kinder, die an einer Hörminderung leiden, können auch Probleme bei Unterhaltungen haben oder z.B. Spiele mit anderen zu initiieren oder aktiv zu gestalten


 Kinder mit einem eingeschränkten Hörvermögen könnten Hilfe brauchen, sich in Worte zu fassen. Sie brauchen auch Hilfestellungen, Anweisungen und Fragen zu verstehen. Auch Gespräche anderer zu verstehen, zu interpretieren und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen könnte ihnen ohne Hilfe schwerer fallen.


 Kinder mit einer Hörminderung könnten beeinträchtigt sein, so wie hörende Kinder, Sprache zu erwerben, da letztere die Geräusche, die sie aus der Umwelt hören, von klein auf zuordnen. Daher ist der (verbale) Wortschatz von Kindern mit Hörschädigung bisweilen begrenzt.


 Trotz der Bemühungen, die Beeinträchtigung des Gehörs so weit wie möglich technisch zu mindern, könnten Kinder mit Hörminderung auch Hilfe beim Sprachverständnis benötigen. In diesem Sinne sollte auch ihr Redefluss, ihr Rhythmus, der Klang und ihr Akzent beobachtet werden, alles wichtige Bestandteile der Sprache sind.


 Kinder mit einem eingeschränkten Hörvermögen, können Hilfe brauchen, ihre Wünsche, Gefühle und Gedanken zum Ausdruck zu bringen.


Teilhabe am Lernen


 Teilhabe am Lernen hängt bei Kindern mit Hörschädigung von einigen wichtigen Faktoren ab.


 Diese Faktoren beziehen sich darauf, ob ein Kind ein zusätzliches Problem hat, das sich negativ auf das Lernen und den Stand der Sprachentwicklung auswirkt.


 Wenn es zusätzliche Probleme sowie Sprachprobleme gibt, ist die Wahrscheinlichkeit von Teilhabebeeinträchtigungen beim Lernen ebenfalls hoch.

 Das kognitive Niveau hörgeschädigter Kinder unterscheidet sich nicht von dem ihrer normalhörenden Altersgenossen. Die folgenden Arten von Problemen können jedoch in assoziierten Teilhabebereichen des Lernens beobachtet werden.

 Aufgrund des eingeschränkten auditiven Inputs können Kinder mit einer Hörminderung Schwierigkeiten beim Denken und Schlussfolgern, bei der Klassifizierung und bei der Herstellung von Zusammenhängen sowie beim Erklären haben.

 Kinder mit einer Hörminderung können je nach Art und Grad des Hörverlusts Hilfe brauchen, auditive Reize auf die gleiche Weise wahrnehmen. Dies steht auch mit Kapazitätseinschränkungen im Kurzzeitgedächtnis und im Arbeitsgedächtnis im Zusammenhang. Das bedeutet, dass das Kind auch Schwierigkeiten im Langzeitgedächtnis hat.

 Aufgrund von Hörverlust kann es Unterstützung beim Sprechen, Lernen und Empfangen von Informationen benötigen. Damit hängt auch das Lernen zusammen, wenn klassische Lehrmethoden in Kindergarten und Schule eingesetzt werden.

 Durch eine verkürzte Aufmerksamkeitspanne können Kinder auch in Lehr-Lernsituationen Hilfe benötigen.

Höhere (körperfunktionale) kognitive Funktionen sowie Teilhabe am Lesenlernen



Ein begrenzter Wortschatz, Verzögerungen beim Erwerb grammatikalischer Strukturen können dazu führen, dass Kinder mit Hörminderung Schwierigkeiten beim Lesen-lernen und Verstehen des Gelesenen haben.



Sie brauchen möglicherweise Hilfe in Situationen, die abstraktes Denken erfordern bzw. dabei, Metaphern und Sprichwörter zu verstehen.

Teilhabe an Interaktionen



Hörgeschädigte Kinder können Hilfe brauchen, mit normal hörenden Menschen in Kontakt zu treten und zu bleiben.



Diese Kommunikationsschwierigkeiten können sich auch negativ auf die soziale und emotionale Entwicklung auswirken.



Verhaltensprobleme wie Wut und Gereiztheit können bei hörgeschädigten Kindern zum Teil häufiger beobachtet werden als bei ihren Altersgenossen. Dies ist nicht nur auf den Verlust des Hörvermögens zurückzuführen, sondern kann damit zusammenhängen, dass sie soziale Signale anderer Kinder nicht immer richtig verstehen oder frustriert sind, wenn sie sich ausdrücken wollen.



Kinder mit einer Hörminderung vermeiden dadurch häufig soziale Interaktionen und Beziehungen. Während sie im Allgemeinen keine Probleme mit ebenfalls hörgeminderten Kindern haben, fällt es ihnen schwer, mit Normalhörenden zu interagieren.

Verminderte Sehfähigkeit

Was ist eine verminderte Sehfähigkeit ?

Personen mit Sehbehinderung

Dies bezeichnet Menschen, die taktile und auditive Materialien benötigen, um andere Sinne als das Sehen in einem Förderprozess zu benutzen

Personen mit verringerter Sehfähigkeit

Dies bezeichnet Menschen, die ihren (Rest)Sehsinn zu Lern-zwecken einsetzen können.

Betrachtet man die Definition eines Menschen mit einer Sehbehinderung, so denkt man zunächst an seine Teilhabe am Lesen. Diese Menschen können ihr Sehvermögen kaum effektiv zum Lernen einsetzen und benötigen somit Braille-Schrift oder Hörbücher zum Lesen.

Menschen mit geringem Sehvermögen benötigen dagegen Hilfsmittel wie Brillen und Lupen, Materialien wie große Schrift, Beleuchtung, Kontraste sowie taktile und auditive Umgebungsbedingungen, die das Lernen mit anderen Sinnen als dem Sehen unterstützen, um ihr visuelles Potenzial bestmöglich zu nutzen.

Entwicklungsschwierigkeiten – was ist das?

Das Erkennen möglicher Anzeichen einer Sehbehinderung ist für pädagogische Fachkräfte sehr wichtig, damit sie die Kinder an die notwendigen Einrichtungen und Organisationen für eine frühzeitige Diagnose und Intervention weiterleiten können (z.B. eine Sehschule). In der nachstehenden Tabelle sind mögliche Symptome einer Sehbehinderung aufgeführt:

Verhalten	Beschwerden	Erscheinung
Ständiges Reiben	Juckende, brennende Augen, das Gefühl, dass etwas im Auge ist	Schielen
Ständiges Zumachen eines Auges	Unfähigkeit gut zu sehen	Schwellungen, Rötungen an den Augenlidern
Kopf nach vorne lehnen, um weit entfernte Objekte, die Tafel etc. zu sehen	Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit nach dem Lesen oder anderen Nahsichtaufgaben	Augentränen
Schwenken des Kopfes von links nach rechts oder auf und ab, besser zu sehen	Trüb sehen, doppelt sehen	Wiederkehrende Infektionen an den Augenlidern
Schwierigkeiten beim Lesen / bei der Nahsicht		auf Fotos mit Blitzlicht weiße statt rote Augen
Gegenstände vor das Auge halten		Ständiges Zittern des Augapfels
Häufiges Blinzeln		
Schwierigkeiten beim Sehen entfernter Objekte		
Zusammenkneifen der Augen		
Unbeteiligt wirken z.B. während der Veranstaltungen		

Von der frühen Kindheit an werden viele Fähigkeiten durch Beobachtung und Nachahmung von Erwachsenen erworben, ohne dass ein systematisches Unterweisen des Kindes stattfindet. Aus diesem Grund nimmt der Sehsinn einen sehr wichtigen Platz beim Erlernen vieler Konzepte und Fähigkeiten ein, die es Kindern ermöglichen, verschiedene Ereignisse zu beobachten und ihr tägliches Leben unabhängig fortzusetzen. So entwickeln sich beispielsweise kommunikative Fähigkeiten wie das Grüßen, sprachliche Fähigkeiten wie das Bilden von Sätzen durch das richtige Zusammensetzen von Wörtern, motorische Fähigkeiten wie Gehen und Laufen, grundlegende Fähigkeiten des täglichen Lebens wie das Benutzen von Besteck, An- und Auskleiden und sozial-emotionale Fähigkeiten wie gegenseitiges Helfen, Zusammenarbeit, Befolgen von Anweisungen und Ausdrucksfähigkeit durch Beobachtung und Nachahmung.

Da das Sehen eine wichtige Rolle beim Lernen spielt, können sich Defizite im Sehvermögen negativ auf alle Teilhabebereiche des Individuums auswirken. Das Ausmaß, in dem das Kind von der Behinderung betroffen sein kann, hängt von der Art der Behinderung, dem Zeitpunkt ihres Auftretens und der Qualität der Erfahrungen ab, die dem Kind ab dem Zeitpunkt der Diagnose geboten werden. Aus diesem Grund tragen die pädagogischen Fachkräfte eine große Verantwortung für die Qualität der Förderung, die dem Kind angeboten wird, um die negativen Auswirkungen zu verringern. Die Auswirkungen der Sehbehinderung auf die Teilhabebereiche und die zu treffenden Empfehlungen sind in den Tabellen auf den folgenden Seiten zusammengefasst.

Einflüsse verminderter Sehfähigkeit auf die Teilhabe: Mobilität



Der wichtigste Stimulus für den Teilhabebereich der Mobilität ist das "Sehen". Das Sehen begleitet die Bewegung. Ein Kind mit einer Sehbehinderung versucht nicht, sich im Liegen oder Sitzen spontan zu bewegen. Es versucht nicht aufzustehen, dreht sich nicht von rechts nach links, legt sich im Sitzen nicht hin, versucht nicht zu greifen oder zu krabbeln. Bei diesen Handlungen geht es um die auf dem Sehen basierende Selbstwahrnehmung und die Bereitschaft, diese zu ändern.



Viele Fertigkeiten, die Mobilität erfordern, wie Halten, Loslassen, Essen und Anziehen, werden durch Beobachtung und Nachahmung erlernt. Daher haben Kinder mit Sehbehinderungen im Vergleich zu Gleichaltrigen weniger Lust, sich die Menschen, Gegenstände, Bewegungen und Situationen um sie herum anzusehen, z. B. den Kopf zu drehen, zu krabbeln, zu gehen, zu zeigen und Geräusche zu machen.



Aufgrund möglicher fehlender Übung können Muskeln dieser Kinder nicht gestärkt werden, und die Muskelschwäche kann zu unkontrollierten Bewegungen und Problemen bei der Gleichgewichtsmotorik wie Körperhaltung und Gehen führen.



Aktivitäten, die auditive und taktile Stimuli verwenden, sollten so organisiert werden, dass Kinder mit Sehbeeinträchtigungen Nachahmungsfähigkeiten erwerben. Wenn man zum Beispiel ein Spielzeug einsetzt, das beim Schlagen ein Geräusch macht, sollte man dafür sorgen, dass das Kind versteht, dass man die Aktion ausführt, indem es seine Hand auf Ihre Hand legt. Später, wenn Sie ein Geräusch machen, weiß es, wie Sie es machen, so dass es, wenn Sie ihm volle körperliche Hilfe geben, keinen Widerstand leisten und verstehen wird, was Sie zu tun versuchen.



Bevor ein Modell mit auditivem und taktilem Inhalt durch Geräusche oder das Berühren eines Körperteils zum Einsatz kommt, muss die Berührung erklärt werden und die Erlaubnis eingeholt werden. Außerdem muss dem Kind diese Handlung im Voraus erklärt werden. Mit der Zeit wird es die Sprache für die Handlungen entwickeln können, auch wenn es sie zunächst nicht versteht.



In der frühen Kindheit können einfache Hilfsmittel wie der Hula-Hoop-Reifen, der im Falle eines Sturzes als Puffer dienen kann, verwendet werden, um diesen Kindern eine unabhängige Bewegung beizubringen und ihnen dabei zu helfen, ihre Bewegungen zu regulieren, indem sie Sicherheit erhalten, um nicht zu stürzen.



In der Vorschulzeit ist es notwendig, mit dem Erlernen der Orientierung und der Unterarmschutzbewegung zu beginnen. Orientierungstraining wird es Kindern auch erleichtern, Umstellungen zu meistern, die im schulischen Umfeld vorgenommen werden müssen.



Um eine selbständige Bewegung zu ermöglichen, sollte das Erlernen des Umgangs mit dem Blindenstock vor der Einschulung abgeschlossen sein. Andernfalls droht eine zu große Abhängigkeit von einer Person



Die gebräuchlichsten Methoden für die unabhängige Fortbewegung von Menschen mit Sehbeeinträchtigung sind das Gehen mit Hilfe eines sehenden Führers, die Verwendung eines Blindenstocks, der Einsatz von Blindenhunden und die Verwendung elektronischer Geräte, zu denen auch Satellitennavigationssysteme gehören. Elektronische Systeme können eingesetzt werden, wenn das Problem der Zugänglichkeit (Internetanbindung, GPS..) gelöst ist und Kinder diese technischen Hilfsmittel auch verwenden können.



Unabhängige Bewegungsstrategien sollten ebenfalls gefördert werden. Die Förderung von Strategien kann auch mit kognitiven Fähigkeiten verbunden sein: zum Beispiel kann man sich merken, wie viele Schritte man gegangen ist, um ein gewisses Ziel zu erreichen oder ein Hindernis zu vermeiden.

Teilhabe am Lernen

Da sehgeminderte Kinder nicht durch Beobachten lernen können, ist es notwendig, ihnen reale Erfahrungen zu vermitteln (z. B. einen echten Baum berühren, um den Begriff "Baum" zu verstehen, an ihm riechen, die Beschaffenheit des Stammes und der Blätter wahrnehmen usw.), um viele Konzepte zu lernen.

Teilhabe am Lernen erfordert den Einsatz aller Sinne (Geschmack, Tastsinn, Sehvermögen, Geruch usw.), denn alles, was verarbeitet wird, wird zunächst über die Sinne wahrgenommen.

Zuordnen, Unterscheiden und Gruppieren – all dies sollte durch die Einsatz von Hilfsmitteln in Bezug auf Geschmack, Geruch, Textur und Klang gefördert werden.

Indem man Kinder das systematische Berühren (z.B. über Tastbücher) beibringt, kann man ihnen auch helfen, „ertastete Bilder“ von Gegenständen, die sie berühren, in ihrem Gedächtnis zu speichern.

Um relative Begriffe zu erlernen, kann man sie mit einer Hand das eine, mit der anderen das andere ertasten lassen und so zwei verschiedene Informationen zu vergleichen, die von beiden Händen stammen.

Die Vorstellung von Größe und Länge kann durch das Anlegen einer Hand und die Bewertung der Position im Verhältnis zur anderen Hand vermittelt werden.

Teilhabe an Kommunikation



Kinder mit einer Sehbeeinträchtigung können Gegenstände in ihrer Umgebung nicht oder nur sehr eingeschränkt sehen, so dass sie sich nicht für sie interessieren könnten oder anderen Menschen nicht durch Zeichen oder Geräusche mitteilen können, was sie wollen.



Die ersten drei Lebensjahre sind die Zeit, in der das Sprechen erlernt und der Wortschatz entwickelt wird. Zu diesem Zeitpunkt sollten für diese Kinder Gelegenheiten und reale Lebensumstände geschaffen werden, um so viele Gegenstände wie möglich zu erkennen und sie handzuhaben. Ein Kind sollte klare und deutliche Informationen über Gegenstände erhalten, es sollte die Menschen um sich herum durch Berühren beobachten können und auf diese Weise verstehen, zu welchen Körperteilen die verschiedenen Bewegungen gehören.



Der Aspekt des Lernens im Allgemeinen sollte nicht vernachlässigt werden, da er auch für die Sprachentwicklung von Bedeutung ist.

Teilhabe an Interaktionen



Der Sehsinn spielt eine Schlüsselrolle beim Wahrnehmen und Verstehen des Verhaltens anderer Menschen. Kommunikation und Interaktion sollten in der frühen Kindheit somit durch häufiges Rufen und Berühren eingeleitet werden.



Kinder sollten auch berühren dürfen, und sie sollten die Möglichkeit haben, beschreibende Merkmale für die Menschen in ihrer Umgebung zu bestimmen.



Zunächst sollte versucht werden, Menschen zu erkennen, vor allem anhand von Geräuschen, und zwar ab dem Zeitpunkt, an dem sie versuchen, sie durch Berührung zu erkennen. Während dieser Zeit können sich Gleichaltrige unwohl fühlen, wenn sie berührt werden.



Das Fehlen von visuellen Hinweisen erschwert es den Betroffenen, ihre Freunde (z. B. im Spielzimmer) zu finden und die Kommunikation mit ihnen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.



Geräusche sind auch wichtig für das Verständnis des Kindes für Menschen. Es kann somit versucht werden, die Gefühlslage der Menschen anhand ihrer Stimmen erschließen zu lassen.



Für sehbeeinträchtigte Menschen ist es sehr wichtig, mit Gleichaltrigen zusammen zu sein, sie beim gemeinsamen Spielen zu unterstützen, sie in ihrem sozial angemessenen Verhalten zu bestärken und ihnen unmittelbares Feedback für mögliches außergewöhnliches Verhalten (z.B. Blindismen) zu geben.

Spielen



Bei den frühen Spielfähigkeiten geht es darum, verschiedene Objekte zu erforschen und zu verstehen, was man mit ihnen machen kann. Beobachtungen sehbeeinträchtigter Kindern zur Verwendung von Gegenständen sind dabei recht begrenzt.



Es ist wichtig, Kindern mit Sehbeeinträchtigungen direkte Erfahrungen mit Gegenständen und ihren Funktionen zu vermitteln. Aus diesem Grund ist es für das Erlernen der Namen dieser Gegenstände nützlich, Modelle aller Arten von Gegenständen zu haben, die als Spielzeug in ihren Alltag integriert werden können.



Das Material, die Beschaffenheit und der Klang des Spielzeugs sind bei der Auswahl des Spielzeugs wichtiger als Farbe und Details. Sie können sogar Duftstoffe verwenden.



Da diese Kinder oft dazu neigen, allein zu spielen, müssen sie in der frühen Kindheit darin gefördert werden, sich in der Interaktion mit den Eltern abzuwechseln.



Auch das Teilen gehört zu den Fähigkeiten, die nach Erreichen der Objektpermanenz erlernt werden sollten. Es ist notwendig, Aktivitäten auszuwählen und zu gestalten, die Kinder dann auch bewältigen können.

Sprach- und Sprechstörungen

Was sind Sprach- und Sprechstörungen?

Kommunikation ist ein sozialer Prozess, der den Austausch von Nachrichten zwischen mindestens zwei Personen beinhaltet. Die Unterbrechung dieses Nachrichtenaustauschs und seine Abweichung von sozialen Normen wird als Kommunikationsstörung definiert. Sprach- und Sprechstörungen werden im Rahmen von Kommunikationsstörungen bewertet und sind unterschiedliche Bedingungen, die separat behandelt werden müssen.

Bevor wir uns den Sprachstörungen zuwenden, ist es notwendig, sich anzusehen, was Sprache ist. Sprache ist ein abstrakter und symbolischer Prozess, der zu Kommunikationszwecken eingesetzt wird. Mit anderen Worten, wir verwenden Sprache, um die Gedanken in unserem Kopf zu vermitteln. Sprache ist zweidimensional: als Sprachverständnis (=rezeptiv) und Sprachgebrauch (=expressiv).

Eine Sprachbehinderung ist also eine Beeinträchtigung bei der Verwendung und/oder dem Verständnis von Symbolsystemen. Mit anderen Worten: Es ist ein Zustand, in dem man Schwierigkeiten hat, zu verstehen, was andere sagen (rezeptive Sprache) oder seine Gefühle und Gedanken angemessen auszudrücken (expressive Sprache).

Rezeptive Sprache: Ein Kind, das Teilhabebeeinträchtigungen in der rezeptiven Sprache hat, kann Schwierigkeiten haben, Anweisungen wahrzunehmen und umzusetzen, was manchmal als Nachlässigkeit interpretiert werden kann. Diese Kinder verlangen oft, dass das, was ihnen gesagt wurde, wiederholt oder etwas deutlicher ausgedrückt wird. Diese Kinder haben Schwierigkeiten, den Anweisungen zu folgen, abstrakte Konzepte und Sprichwörter zu verstehen, Redewendungen zu verwenden, Anspielungen und Hauptgedanken zu finden und Wörter zu verstehen, die mehr als eine Bedeutung haben.

Die **expressive Sprache** hingegen manifestiert sich in der Fähigkeit, die Botschaft, die sie vermitteln will, zu kodieren. Mit anderen Worten, diese Situation äußert sich darin, dass die sprachlichen Fähigkeiten des Ausdrucks von jenen der Gleichaltrigen abweicht und sich im Vergleich zu den rezeptiven Sprachfähigkeiten häufig deutlicher manifestiert. (da die

Kinder in der Regel weniger sprechen). Außerdem haben sie Schwierigkeiten mit grammatikalischen Formen, dem Finden des richtigen Wortes und dem Lösen von Herausforderungen, die auftreten, wenn eine andere Person z.B.

die Botschaft, die vermittelt werden soll, nicht versteht. Einige Kinder mit eingeschränkten expressiven Sprachfähigkeiten neigen dazu, Gesten und Mimik zu verwenden oder versuchen, ihre Bedürfnisse in Ein- oder Zwei-Wort-Sätzen auszudrücken.

Während bei Kindern nur eine Störung der expressiven Sprache festgestellt werden kann, können Störungen der rezeptiven und expressiven Sprache auch gemeinsam auftreten.

Eine "**Sprachstörung**", d. h. Körperfunktionen wie phonetische/phonologische Regeln, das Lautsystem oder die Lautkombinationen einer Sprache betreffend bzw. morphematische/morphologische Regeln, die die Wortstruktur, die Wortformen, die Wortstämme und die Suffixe in den Wörtern regeln, des Weiteren syntaktische Regeln, die die Reihenfolge der Wörter bei der Bildung von Sätzen regeln oder semantische Regeln, die die Bedeutung von Wörtern und Sätzen regeln sowie pragmatische Regeln, liegt dann vor, wenn ein häufig funktionales Problem beim Verständnis und/oder bei der Anwendung einer oder mehrerer der genannten Regeln besteht, die den angemessenen Gebrauch der Sprachkomponenten regeln.

Im Allgemeinen ist der Spracherwerb ein Prozess, der von Kindern spontan und ohne große Schwierigkeiten erlernt wird. Einige Kinder können jedoch aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten beim Spracherwerb haben. Normalerweise beginnen Kinder im Alter von 11 bis 13 Monaten, ihre ersten Wörter zu produzieren, und man geht davon aus, dass Kinder im Alter von zwei Jahren im Durchschnitt 50 Wörter produzieren können. Das untere Limit liegt bei rund 20 in diesem Alter. Dies ist jedoch ein individueller Prozess, und die Geschwindigkeit des Spracherwerbs von Kindern kann eine gewisse Individualität aufweisen. Im Regelfall ist es aber so, dass ein Kind, das das Alter von 2 bis 3 Jahren erreicht hat und keine Wörter sprechen kann, ein Verdacht einer "Sprach- und Sprechverzögerung" vorliegen könnte, sodass das Aufsuchen Spezialist:innen emp-

fehlenswert ist.

Einige Kinder ab drei Jahren, die eine Verzögerung im Sprachausdrücken haben, können Sprache vielleicht nicht direkt verwenden. Sie versuchen, Gesten und vokale Laute einzusetzen. Kinder aus dieser Gruppe können oft die sprachlichen Merkmale ihrer Altersgenossen aufgreifen, wenn auch mit Verzögerung. Kinder mit expressiver Sprachverzögerung verfügen über bessere rezeptive Sprachkenntnisse als expressive Sprachkenntnisse. Einige Kinder mit einer Sprachverzögerung fangen zwar spät an zu

sprechen, holen aber ihre Altersgenossen ein, während andere nicht aufholen können und ihr ganzes Leben lang sprachliche Probleme haben werden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Kinder, die ihre Altersgenossen einholen, sich mehr Mühe geben, sich auszudrücken und Gesten zu verwenden. Sprach- und Sprechverzögerungen können durch verschiedene Beeinträchtigungen (mit)verursacht werden (Autismus, Lernschwierigkeiten, zerebrale Lähmung, Hörbehinderung usw.). Bisweilen gibt es aber auch keinen spezifischen Grund für diese Situation.

Bei einem Teil der Kinder, die spät sprechen, wird zu einem späteren Zeitpunkt eine „Störung“ diagnostiziert. Leistungen in Sprachtests, die unter dem Altersanspruch liegen, Divergenzen zwischen sprachlichen und nonverbalen Fähigkeiten und unerklärliche Sprachdefizite bei Kindern können dabei ein Hinweis sein.

Eine "**spezifische Sprachstörung**" ist eine Sprachstörung, die nicht durch geistige, soziale oder motorische Entwicklungsstörungen, sensorische Probleme wie Seh- oder Hörstörungen, neurologische Ursachen oder eine Verzögerung der allgemeinen geistigen Funktionen verursacht wird und zu erheblichen Einschränkungen der Sprache führt. Bei Kindern mit spezifischen Sprachstörungen sind sowohl qualitative als auch quantitative Unterschiede in der Sprachentwicklung im Vergleich zu Kindern gleichen intellektuellen Alters mit normaler Entwicklung festzustellen. Die sprachlichen Leistungen dieser Kinder sind geringer als ihre nonverbalen geistigen Leistungen. Kinder mit spezifischen Sprachstörungen haben Schwierigkeiten beim Erlernen von Sprachregeln, bei der Anpassung der Sprache an den Kontext und beim Zuordnen von Bedeutungen zu Wörtern. Es gibt qualitative Unterschiede, wie z. B. Schwierigkeiten, ein Gespräch zu

beginnen, dem Kontext unangemessene Antworten zu geben und nicht in der Lage sind, Gesprächsunterbrechungen durch andere Kinder zu vermeiden

Diese Kinder haben keine typische Sprachstörung. Zwar können manchmal sowohl die rezeptive als auch die expressive Sprache betroffen sein, und auch verschiedene Aspekte der Sprache können auf unterschiedliche Weise beeinträchtigt sein, doch scheint die Form der Sprache stärker betroffen zu sein als andere Aspekte. Obwohl es bei Kindern mit spezifischen Sprachstörungen keine Wahrnehmungsprobleme gibt, ist ihr Spracherwerb langsamer als der ihrer Altersgenossen. Funktional kann ihre Sprachverarbeitungsgeschwindigkeit, ihr auditives Unterscheidungsvermögen und ihr auditives Gedächtnis schwächer sein als die Leistungen ihrer typisch entwickelten Altersgenossen. Diese Kinder können auch Schwierigkeiten haben, bestimmte Laute voneinander zu unterscheiden und sich zu merken, was sie hören. Diese Merkmale verursachen auch Probleme bei der Verarbeitung des sprachlichen Inputs.

Sprache dient dazu, u.a. Inhalte zu übermitteln und sich in Zeichen oder schriftlich auszudrücken, aber dennoch ist die "Sprache" die am häufigsten verwendete Methode, um sich mit der Welt zu verständigen.

Sprechen ist (funktional) ein neurophysiologischer Prozess. Mit anderen Worten, es ist eine Art und Weise, in der wir unsere Gedanken durch die Töne, die von den an der Sprache beteiligten Organen erzeugt werden, kodieren und vermitteln. Die an der Sprache beteiligten Organe benötigen einen gesunden Hörmechanismus. Eine Sprachstörung ist ein Zustand, in dem die Sprachverständlichkeit aus strukturellen oder funktionellen Gründen variiert und schwierig wird. Die häufigste Störung, der wir im Schulalter begegnen, ist die "Artikulationsstörung".

"Artikulationsstörungen" werden definiert als funktionale Störungen bei der Produktion von Sprachlauten, z. B. Verzerrung und Veränderung von Lauten, Verwechslung von Lauten, Überspringen von Lauten. Der Erwerb aller Laute erfolgt nicht gleichzeitig, sondern in einer bestimmten Entwicklungsreihenfolge, und dieser Prozess setzt sich bis zum Ende des fünften Lebensjahres fort. Bei diesem Prozess wird anstelle des Ziellauts derjenige Laut produziert, der im Wortschatz des Kindes vorhanden ist und dem

Entwicklungsschwierigkeiten – was ist das?

Ziellaut am nächsten kommt. Diese Strategien werden als "informativische Erwerbsstrategien" bezeichnet.

Ein Kind, das gerade eingeschult wurde, sollte nun in der Lage sein, die Laute seiner Muttersprache zu produzieren, ohne dass es diese Strategien benötigt. Ist dies nicht der Fall, können die Verständlichkeit und die Kommunikation des Kindes erheblich beeinträchtigt werden. In der Zukunft können sich diese Probleme im Lesen und Schreiben niederschlagen. Wenn also nach dem 5. Lebensjahr immer noch Probleme mit dem Verstehen und der Produktion von Lauten bestehen, sollten Logopäd:innen hinzugezogen werden.

Eine weitere Sprachstörung ist das "Stottern", das zu den Störungen des Redeflusses gezählt wird. "Stottern" ist ein Zustand, bei dem der Fluss und der Rhythmus des Sprechens durch Laut- und/oder Silbenwiederholungen, Verlängerungen und Blockaden unterbrochen wird. Alle diese Merkmale können bei dem Kind gleichzeitig auftreten, aber auch eine oder verschiedene Kombinationen. Stottern kann sich im Laufe der Zeit verändern, es kann mit Verlängerungen beginnen und es können Silbenwiederholungen hinzukommen. So beginnt das Stottern in der Regel in den Vorschuljahren. Diese Form des Stotterns, die auch als entwicklungsbedingtes Stottern bezeichnet wird, tritt bei 5 von 100 Kindern im Alter zwischen zwei und fünf Jahren auf und löst sich bei 4 dieser Kinder spontan auf.

Bei einem von ihnen kann es jedoch dauerhaft bleiben. Es lässt sich nicht vorhersagen, welche davon dauerhaft sein wird, aber "sag es noch einmal, versuch es noch einmal" usw. stellen Hinweise hierfür da. Es ist angebracht, ohne Intervention die Sprache des Kindes geduldig anzuhören und an einen Sprachtherapeuten zu verweisen.

Einige dieser Defizite können durch pädagogischen Förderung vollständig beseitigt werden, während andere erheblich reduziert werden können. Wichtig ist, dass bei Kindern mit Sprach- und Sprechstörungen so früh wie möglich mit der Diagnose und dem Förderprozess begonnen wird und eine Einbindung in reguläre Bildungsprozesse ermöglicht wird, indem die notwendigen Anpassungen im Bildungsumfeld vorgenommen werden, die der Leistungsfähigkeit und den besonderen Charakteristika der Kinder entsprechen.





Autismus Spektrum Störung

Was ist Autismus Spektrum Störung?

Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (ICD 10) oder laut DSM V eine Autismus-Spektrum-Störung (ASD) ist definiert als eine neurologische Entwicklungsstörung, die durch Unzulänglichkeiten in der sozialen Kommunikation und Interaktion sowie durch begrenzte repetitive Verhaltensweisen gekennzeichnet ist (DSM-V, 2013). Ein Mensch mit Autismus kann Einschränkungen in seiner sozialer Interaktion, seiner verbalen und nonverbalen Kommunikation, und im Bereich Lernen (z.B. bei seinen Interessen und Aktivitäten) seit seiner frühen Kindheit aufweisen, sodas häufig sonderpädagogischer und/oder unterstützender Förderbedarfe vorliegt.

Der Begriff „Autismus-Spektrum-Störung“ (ASD) ist der modernste Begriff im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben wird.

Die APA hat die Diagnosekriterien für ASD mit dem 2013 veröffentlichten DSM-V aktualisiert. Laut DSM-V sind die Merkmale von ASD folgende:

-  Anhaltender Mangel an sozialer Kommunikation und sozialer Interaktion, der in verschiedenen Kontexten beobachtet wird,
-  Eingeschränkte und sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten,
-  Symptome treten in der frühen Kindheit auf
-  Beeinträchtigung der Funktionen des alltäglichen Lebens.

Teilhabe an Interaktion und Kommunikation



Bei Kindern mit ASD kann die Vermeidung von Blickkontakt beobachtet werden. Wenn Sie (als Erwachsene) Blickkontakt herstellen, kann es sein, dass der Blick auf die andere Seite gerichtet wird.



Auch bei der Nachahmung können bei Kindern mit ASD Hilfe benötigen. Sie sind möglicherweise nicht in der Lage, andere Menschen beim Spielen oder Lernen zu imitieren. Aus diesem Grund muss der Erwachsene in der Lage sein, Aufforderungen, die als Unterstützung gedacht sind, entsprechend den Bedürfnissen des Kindes einzusetzen.



Das Verhalten von Kindern mit ASD wirkt teilweise wie apathisch, schüchtern oder introvertiert. Diese Kinder ziehen es möglicherweise vor, bei Gruppenaktivitäten allein zu arbeiten und ihre Freunde zu meiden.



Bisweilen kann unangemessenes Lachen und Kichern bei Kindern mit ASD beobachtet werden. Zum Beispiel können diese Kinder plötzlich lachen oder kichern während einer Aktivität, bei der Stille erforderlich ist, wie zum Beispiel beim Vorlesen einer Geschichte.



Bei Kindern mit ASD kann bisweilen ein unangemessener Gebrauch von Spielzeug und Gegenständen beobachtet werden. Zum Beispiel können diese Kinder während der Freizeitaktivität die Räder des Autos drehen, anstatt das Auto zu bewegen.



Es ist zu beobachten, dass Kinder mit ASD auf ihre Routinen angewiesen sind und dass plötzliche Änderungen der Routinen ihnen Unbehagen bereiten. Zum Beispiel können diese Kinder unruhig werden, wenn sich eine Essensroutine (gleiche Tageszeit, gleicher Ort) ändert, und das gemeinsame Essen zu einer anderen Tageszeit, an einem anderen Ort stattfindet.



Es kann beobachtet werden, dass Kinder mit ASD Verhaltensweisen wie das Sortieren und Ordnen von Objekten zeigen und sich unwohl fühlen, wenn die Ordnung gestört ist. Zum Beispiel könnte ein Kind mit ASD die Puzzleteile, die es spielt, nach einem bestimmten Muster anordnen. Wenn man diese Ordnung durchbricht, führt dies zu einem Problemverhalten (meist zu Wut).



In Einzelfällen kann auch Wiederholung von Wörtern (Echolalie) bei Kindern mit ASD beobachtet werden. Diese Kinder können bestimmte Wörter ohne entsprechenden Kontext wiederholen.



Es ist zu beobachten, dass Kinder mit ASD auf einfache Anweisungen bisweilen kaum reagieren. Zum Beispiel kann ein Kind mit ASD weiter laufen, so als ob es nicht die Aufforderung zum Setzen gehört hätte.



Es ist zu beobachten, dass Kinder nicht um etwas bitten, was sie eigentlich erreichen wollen. Zum Beispiel bittet ein Kind mit ASD nicht um Wasser, obwohl es durstig ist.



Kinder mit ASD reagieren möglicherweise kaum auf Kommunikation. Zum Beispiel wenn ein Kind mit ASD nicht reagiert, wenn sein Name gerufen wird, oder seinen Kopf wegdreht und wegschaut.



Kinder mit ASD verwenden Pronomen möglicherweise in unpassender Weise. Zum Beispiel kann es sich selbst als "bei seinem/ihrer Namen" oder als "du" bezeichnen.



Kinder mit ASD geben möglicherweise unpassende Antworten auf Fragen zu einer Kurzgeschichte oder einer Situation. Wenn Sie zum Beispiel nach dem Namen des Helden in der Geschichte fragen, die Sie während des Lesens einer Geschichte erwähnen, kann es sein, dass er/sie den Namen eines Objekts statt des Namens des Helden angibt.

Entwicklungsschwierigkeiten – was ist das?



Bei Kindern mit ASD kann eine monotone, wenig emotionsstarke Sprache beobachtet werden. So kann es sein, dass ein Kind mit ASD mit einem roboterhaften Tonfall spricht, ohne Intonation.

Begrenzt wiederkehrende Verhaltensweisen und Interessen

Beispiele für Indikatoren



Bei Kindern mit ASD kann eine Tendenz beobachtet werden, bestimmte Nahrungsmittel kaum zu essen. Sie verweigern z.B. einzelne Lebensmittel beim Essen.



Bei Kindern mit ASD kann ein Probierverhalten gegenüber ungenießbaren Gegenständen beobachtet werden. Zum Beispiel kann ein Kind mit ASD an Spielzeug oder Stiften lutschen und versuchen, diese zu essen.



Bei Kindern mit ASD kann ein wiederholtes Schnüffelverhalten beobachtet werden. Zum Beispiel kann ein Kind mit ASD an Gegenständen, menschlichen Händen oder Haaren riechen.



Bisweilen kann ein wiederholtes Drehverhalten beobachtet werden. Ein Kind mit ASD kann das Verhalten zeigen, sich um sich selbst oder etwas im Kreis zu drehen.



Das Verhalten des Drehens von Gegenständen, die nicht zum Drehen bestimmt sind, ist ein häufig zu beobachtendes Verhalten. Zum Beispiel kann ein Kind mit ASD Objekte wie Teller, Tassen oder Gläser drehen.



Wenn sich ein Kind mit ASD von Ort zu Ort bewegt, kann es springen oder sich ruckartig (plötzlich) bewegen.



Kinder mit ASD können selbststimulierende Verhaltensweisen an den Tag legen. Zum Beispiel kann ein Kind mit ASD hohe oder andere Töne erzeugen, um sich selbst zu stimulieren (wie iii-iii).



Bei Kinder mit ASD sind beim Sitzen oder Stehen auf einem Stuhl hin und wieder Schaukelbewegungen zu beobachten.

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSTÖRUNG

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eines der häufigsten Probleme im Kindesalter. Die Störung, die früher als hyperkinetische Störung, organische Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung bekannt war, wurde in den letzten Jahren als ADHS bezeichnet. ADHS ist eine Störung, die in der Kindheit beginnt und sich durch Symptome wie ungewöhnliche Mobilität, Aufmerksamkeitsprobleme oder die Unfähigkeit zur Impulskontrolle äußert, wenn nicht die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden. Von frühester Kindheit an versucht der Mensch, seine Umwelt zu verstehen und zu interpretieren, und erwirbt dabei die Grundvoraussetzungen für fortgeschrittene Lernfähigkeiten. Eine der Grundvoraussetzungen, die der Mensch benötigt, um die oben genannten Fortschritte zu erzielen, ist die Aufmerksamkeit. Eine kurze Aufmerksamkeitsspanne von Kleinkindern erschwert es, diese Fähigkeiten angemessen zu erlernen, und in Fällen, die mit ADHS einhergehen, wird es für Kinder noch schwieriger, grundlegende Fähigkeiten wie Sequenzierung, Kommunikationsanbahnung, Zuhören usw. zu erwerben.

Die Auswirkungen von Aufmerksamkeit und Fokussierung auf die sozialen und erzieherischen Prozesse des Einzelnen ab der frühen Kindheit zeigen sich der Teilhabe am Lernen, der Mobilität und der Kommunikation, und die Verzögerungen, die aufgrund von ADHS in diesen Bereichen auftreten, können sich negativ auf die Teilhabe gesamt des Einzelnen auswirken. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Geschwindigkeit, mit der sich Beeinträchtigung auf den Einzelnen auswirken, und den erhaltenen Interventionen, der Art und Weise, wie die Behinderung auftritt, sowie der Zeit. In diesem Zusammenhang tragen Eltern, Lehrer:innen und andere Beteiligte, die im Leben des Kindes eine Rolle spielen, eine große Verantwortung dafür, die Auswirkungen der durch die Behinderung verursachten Probleme durch geeignete Erziehungs- und Interventionsmaßnahmen zu minimieren. In dieser Hinsicht wird die Kenntnis der Symptome von ADHS helfen, die negativen Auswirkungen dieser Beeinträchtigung zu minimieren.

Symptome von Hyperaktivität	Symptome von Aufmerksamkeits-Defizit
 Unruhe	Schwierigkeit, Anweisungen bis zum Ende zu befolgen
 Schwierigkeit, bei Bedarf zu sitzen	Schwierigkeiten, sich auf die Arbeit zu konzentrieren
 Schwierigkeit, ruhig zu spielen oder zu warten	Kinder mit ADHS scheinen nicht zuzuhören, wenn eine andere Person spricht
 Kinder mit ADHS reden nicht viel	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Details zu übersehen
 Sie neigen dazu, ständig gegen etwas zu stoßen	Schwierigkeit, Ordnung herzustellen oder aufrechtzuerhalten
 Probleme beim Stehen in einer Reihe und Warten	Häufiges Vergessen von Dingen
 Schwierigkeit zu warten / Aktivität oder Gespräche unterbrechen	Rasche Verlagerung des Interesses
 Handeln, ohne an die Konsequenzen zu denken	Unerledigte Aufgaben

Entwicklungsschwierigkeiten – was ist das?

In der frühen Kindheit zeigen Kinder Verhaltensweisen, wie z. B. dass sie von Natur aus aktiv sind und ihre Impulse schwerer kontrollieren können. Daher sind nicht alle Kinder, die diese Verhaltensweisen zeigen, von ADHS betroffen.

Um zu sagen, dass ein Kind von ADHS betroffen ist, muss es 2/3 der oben genannten Symptome "zusammen" aufweisen, und diese Symptome müssen vor dem Alter von 7 Jahren beobachtet werden. Es sollte immer daran gedacht werden, dass viele der oben genannten Symptome auch bei Kindern mit typischer Entwicklung beobachtet werden können.

Was ist eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung?

ADHS ist sowohl eine vielschichtige als auch eine häufige auftretende Beeinträchtigung. Personen, die von ADHS betroffen sind, zeigen daher ganz unterschiedliche und vielfältige Verhaltensweisen. Die Definition, die häufig zur Beschreibung von Personen, die von ADHS betroffen sind, verwendet wird, lautet folgendermaßen: "Ablenkende Aufmerksamkeit, übermäßige Aktivität und impulsive Bewegungen, die das soziale Leben, die Lernaktivitäten und die Kommunikation der Person beeinträchtigen und sich negativ auf das familiäre und schulische Umfeld der Person auswirken".

Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

1

Übermäßige Aktivität (Hyperaktivität): Unter Hyperaktivität versteht man eine intensive Aktivität ohne Grund und Ziel. Es gibt wichtige Unterschiede zwischen typischer Mobilität und der bei ADHS Kindern beobachteter Mobilität. Das Mobilitätsniveau aktiver Kinder nimmt nur zu, wenn sie sich langweilen oder aufgeregt sind, und das Mobilitätsniveau kann von Umgebung zu Umgebung variieren. Das Aktivitätsniveau von Kindern mit ADHS ist oft unabhängig von Langeweile oder Erregung und ist in fast jeder Umgebung zu beobachten. Kinder mit ADHS haben einen unermüdlischen Reservoir lebendiger Energie. Übermäßige Aktivität kann manchmal mit Ungehorsam, Sturheit, Wutgefühlen und Aggression einhergehen.

2

Aufmerksamkeitsprobleme: Funktionale Symptome wie Konzentrations-schwierigkeiten, leichte Ablenkbarkeit durch äußere Reize, Vergesslichkeit, häufiges Verlieren von Habseligkeiten oder Spielzeug und Desorganisation deuten darauf hin, dass Kinder Aufmerksamkeitsprobleme haben. Diese Kinder können sich schwer tun beim Lernen und beim Einhalten von Regeln, weil sie in Freundschaften und beim Spielen nachlässig sein können. Sie können sich nicht länger als ein paar Minuten konzentrieren, auch nicht auf Aktivitäten, die für sie von großem Interesse sind, mit Ausnahme visueller und auditiver Reize wie Videospiele.

3





Impulsivität (gefühlsbeherrscht): bedeutet, dass man handelt, ohne nachzudenken, d. h. ohne die Folgen seines Handelns zu bedenken. Kinder mit dieser Störung sind kaum in der Lage, ihre Reaktionen zu verzögern, sie hinauszuzögern, in einer Reihe zu warten oder angemessen zu handeln. Merkmale wie Eile, die Schwierigkeit, Aufforderungen aufzuschieben, sehr schnell auf Fragen zu reagieren und die Worte anderer zu unterbrechen, deuten darauf hin, dass Kinder Probleme mit der Impulsivität haben könnten.

Entwicklungsschwierigkeiten – was ist das?

ADHS kann sich darin äußern, dass übermäßige Mobilität, das Unaufmerksamkeit oder Impulsivität vorherrscht; diese drei Gruppen von Symptomen können auch zusammen auftreten.

Auch wenn ADHS eine eigenständige Störung ist, treten bei diesen Kindern häufig auch Lernschwierigkeiten, Verhaltensstörungen, oppositionelles Trotzverhalten, Tiks, Depressionen und Angstzustände (komorbid) auf.

ACHTUNG! Nicht jedes aktive oder ungezogene Kind hat ADHS. Zwischen normaler Mobilität und der bei ADHS beobachteten Mobilität gibt es große Unterschiede. Diese Unterschiede sind in der nachstehenden Tabelle aufgeführt.

Alterstypische Mobilität	ADHS Mobilität
 ... ist absichtsvoll	Der Zweck ist häufig unklar
 Diese ist typisch für den Entwicklungsstand	Mobilität ist meist erhöht
 Diese ist je nach Kontext unterschiedlich. Zum Beispiel zu Hause aktiv, in der Schule ruhig	Diese lässt sich schwer einem Kontext zuordnen und kann in jeder Umgebung beobachtet werden.
 tritt häufiger in stressigen und aufregenden Situationen auf	... kann in allen Stimmungslagen beobachtet werden

Prävalenz zur Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

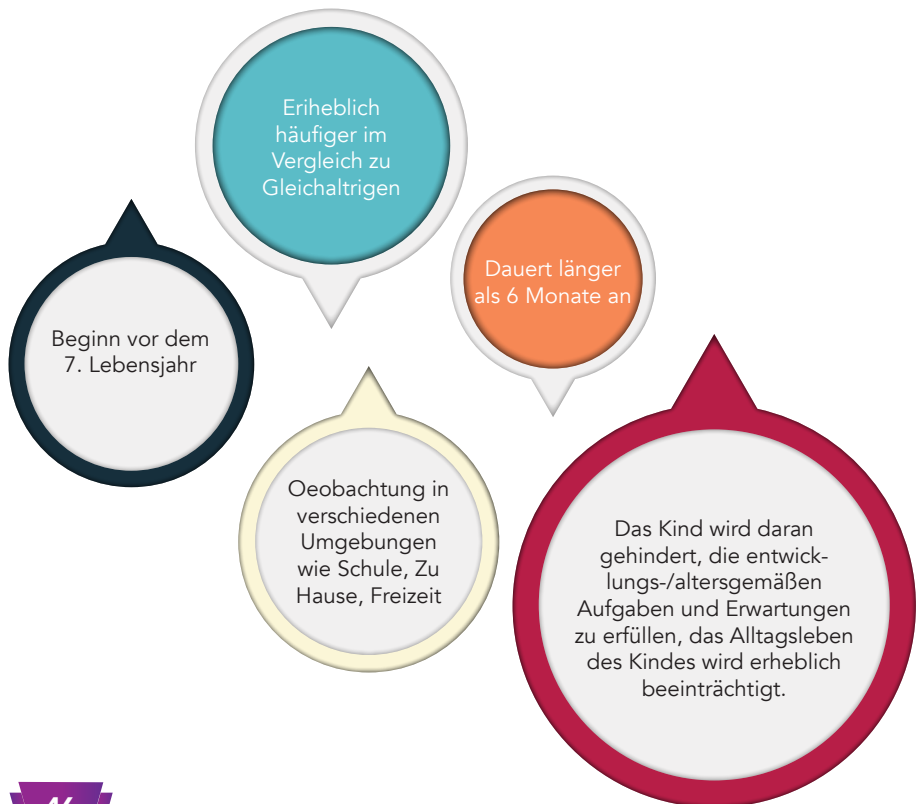
ADHS ist heutzutage ein sehr verbreitetes Problem. Obwohl die Prävalenzraten und Zahlen je nach Gesellschaft und Studie variieren, liegen die empirischen belegten Werte in den westlichen Gesellschaften zwischen 4-10 %,. Es ist bekannt, dass die Häufigkeit von ADHS bei Jungen 3-5 mal höher ist als bei Mädchen.

Mögliche Ursachen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Obwohl die möglichen Ursachen von ADHS in der Vergangenheit mit der anatomischen Struktur des Gehirns erklärt wurden, zeigen Untersuchungen, dass das Problem keine anatomische Grundlage hat; einige neuere Studien betonen jedoch Veränderungen in der chemischen Struktur des Gehirns und weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen dieser Störung und Hormonen geben könnte, die für die Nachrichtenübertragung zuständig sind, wie Dopamin, Serotonin und Noradrenalin. In dieser Hinsicht wird ADHS in den endgültigen Klassifikationssystemen unter dem Begriff der neurologischen Entwicklungsstörungen zusammengefasst. Auch hier ist bekannt, dass diese Kinder Probleme mit der Informationsverarbeitung haben. Obwohl die Gründe, die zu ADHS führen, nicht vollständig bekannt sind, wird berichtet, dass 25 % der Verwandten von Kindern, bei denen ADHS diagnostiziert wurde, dieses Problem haben, und diese Rate deutet darauf hin, dass eine der möglichen Ursachen erbliche (genetische) Ursachen sein könnten.

In welchen Situationen kann ADHS bei Kindern vermutet werden?

Die meisten Symptome, die mit ADHS in Verbindung gebracht werden, treten bei Kindern im Rahmen des typischen Entwicklungsprozesses auf. Aktivität und Ablenkung in Fällen extremer Erregung sind grundsätzlich typische Verhaltensweisen von Kindern, diese stellt keine Hyperaktivität oder Aufmerksamkeitsstörung dar. Die natürliche Mobilität in der Kindheit und die Bewegung bei ADHS unterscheiden sich erheblich voneinander. Um bei einem Individuum von ADHS sprechen zu können, müssen die Symptome mit Hyperaktivität, Unfähigkeit zur Impulskontrolle und mangelnder Aufmerksamkeit einhergehen



ZEREBRALPARESE

Was ist eine Zerebralparese?

Zerebralparese (CP) ist definiert als eine dauerhafte Gruppe von Störungen der Bewegungs- und Haltungsentwicklung, die sich durch eine unkontrollierte Muskelbewegung im Körper infolge einer Schädigung der motorischen Zentren im neurologischen System äußert. CP führt zu einer Verringerung des Aktivitätsniveaus des Kindes und zu Einschränkungen aufgrund einer nicht-progressiven Schädigung des neurologischen Systems. Auch wenn der in der Definition von CP verwendete Ausdruck "nicht-progressiv" für das neurologische System oder das Gehirngewebe gilt, sind die Auswirkungen dieses Systems auf den Bewegungsapparat im Laufe der Zeit unvermeidlich. Um es deutlicher auszudrücken: Es ist bekannt, dass Muskeln, Sehnen, Gelenke, Knochen und andere Strukturen, die Elemente des Bewegungssystems sind, im Laufe der Zeit von diesem neurologischen Problem beeinträchtigt werden und je nach Aktivitätseinschränkung zu bestimmten Problemen führen.

Das Hauptproblem bei CP ist, wie bereits erwähnt, der "Muskeltonus", und es treten sekundäre Probleme im Bewegungssystem auf, wie z. B. Muskelverkürzungen und eine Verschlechterung der Koordination sowie eine Abnahme der Gelenkbewegungen im Laufe der Zeit. Gleichzeitig werden bei Kindern mit CP auch Probleme wie Epilepsie, Probleme bei der Atmung und der Nahrungsaufnahme beobachtet, die mit den Haupt- und Nebenproblemen einhergehen. Das Vorhandensein dieser genannten multiplen Probleme, der Interventions- und der Erziehungsprozesse von Kindern mit CP, eines Teams aus verschiedenen Fachleuten (pädiatrische Neurolog:innen, Orthopäd:innen,, Physiotherapeut:innen,, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen,, Sonderschullehrer:innen,, Psycholog:innen,, Sozialarbeiter:innen, r, Orthopädietechniker:innen,, Ernährungs- und Diätassistent :innen, und andere Expert:innen) erfordert ein interdisziplinäres Modell.

Zerebralparese

Es handelt sich um eine nicht-progressive und umfassende neurologische Entwicklungsstörung, die je nach Wirkung der motorischen Zentren im Gehirn verschiedene Störungen und Probleme verursacht..

Zerebralparese

Vereinfacht ausgedrückt ist CP eine Bewegungs- und Haltungstörung, die durch eine Schädigung der motorischen Regionen des Gehirns entsteht.

Symptome und Probleme der Zerebralparese

Das Hauptproblem bei CP ist der Muskeltonus und dementsprechend Schwierigkeiten bei der Bewegung und Körperhaltung. Die Hauptsymptome bei Kindern sind: Verzögerung der motorischen Meilensteine (Teilhabe an Mobilität wie Gehen, Laufen, Springen, Hüpfen und Klettern; Schwierigkeiten beim Schreiben, Bleistifthalten, Umblättern usw.), Qualität der Bewegung und Probleme bei der Einleitung und Aufrechterhaltung von Bewegungen gegen die Schwerkraft. Wenn Kinder mit CP nicht in der Lage sind, selbständig zu gehen oder sich motorisch fortzubewegen, können sie sich auch rollend oder krabbelnd von einem Ort zum anderen bewegen oder in W-Form auf dem Boden sitzen. Bei Kindern mit CP, die selbständig gehen können, sind das Gehen auf den Fingerspitzen oder das Ausschwingen des Unterschenkels und des Fußes typische Symptome der CP. CP ist eine neurologische Entwicklungsstörung, bei der nicht nur die motorische Entwicklung inkl. Teilhabe an Mobilität beeinträchtigt ist, sondern auch andere Teilhabebereiche wie Sprache und Lernen betroffen sein können. Daher kann bei Kindern mit CP auch eine Störung des Muskeltonus auftreten, die das Hauptproblem darstellt, das durch die Schädigung der motorischen Bereiche im Gehirn verursacht wird, und folglich Schwierigkeiten bei der Bewegung und der Körperhaltung. Daher unterscheiden sich die Merkmale von Kindern mit CP aufgrund der Begleitprobleme.

Begleitende Probleme

Funktionale Störungen der Wahrnehmung



Da Bewegungsprobleme bei CP häufig sind, werden sensorische Probleme oft übersehen. Sensorische Störungen sind sehr häufig (97 %), insbesondere bei Kindern, bei denen die Spastik die Hälfte des Körpers betrifft, und sensorische Störungen in den Gliedmaßen auf der betroffenen Seite sind sehr häufig. Probleme wie Schwierigkeiten zwischen zwei stimulierten Punkten des Körpers zu unterscheiden, strukturelle Defizite in Muskel-, Gelenk-, Sehnen- und Bandstrukturen und Schwierigkeiten, das berührte Objekt zu erkennen, gehören zu den sensorischen Störungen, die bei Kindern mit CP auftreten.

Funktionale Sehbeeinträchtigungen



Motorische und intellektuelle Probleme bei Kindern mit CP machen es manchmal schwierig, eine Sehbeeinträchtigung zu erkennen. Mit zunehmendem Schweregrad der CP nimmt auch der Schweregrad der Sehbeeinträchtigung bei Kindern zu. Das "Schielen" ist eines der häufigsten Probleme. Darüber hinaus können bei Kindern mit CP, bei denen eine Körperseite betroffen ist, Blindheit, Weitsichtigkeit, Blindheit auf dem Auge der betroffenen Seite, Probleme mit dem räumlichen Sehen (90 %) und der visuellen Wahrnehmung (60 %) auftreten.

Hör-und Sprachstörungen



Hörstörungen treten bei etwa 25 % der CP auf, und Sprachstörungen werden häufig bei 42-81 % beobachtet. Sensorisch-neurale Schwerhörigkeit, insbesondere bei Kindern mit CP; sie ist mit angeborenen Problemen wie Vergiftungen, Röteln und Gelbsucht verbunden.

Höhere kognitive Probleme



Es ist schwierig, einen direkten Zusammenhang zwischen CP und höheren kognitiven Problemen herzustellen, und die Existenz vieler unterschiedlicher Untergruppen dieser neurologischen Störung verhindert die Verallgemeinerung in Richtung einer kognitiven Beeinträchtigung. Die kognitive Entwicklung ist bei Kindern mit schwerer Muskelbeteiligung risikoreicher, und Lernprozesse von Kindern in allen Untergruppen sollten sorgfältig bewertet werden.

Psychologische Probleme

Obwohl verschiedene Prävalenzraten für das Vorhandensein von emotionalen und Verhaltensproblemen bei Kindern mit CP angegeben werden, gibt es keine sehr validen Ergebnisse. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass Kinder mit CP ein unterschiedliches Maß an funktionalen Störungen in der Aufmerksamkeit, Zufriedenheit, Reizbarkeit, Selbstwertgefühl, Ängste und Sorgen aufweisen. Darüber hinaus ist das Aktivitätsniveau von CP-Kindern im Schulalter, insbesondere mit zunehmendem Alter, ebenso wie das ihrer Altersgenossen für die Schule nicht ausreichend, und sie nehmen nur in begrenztem Maße am Unterricht teil, so dass es für diese Kinder schwierig sein kann, Freundschaften zu schließen und zu pflegen.

Epilepsie

Epileptische Anfälle treten vor allem bei Kindern mit CP auf, wenn die Störung schwerer ist und der ganze Körper betroffen ist. Eine Dosisanpassung von antiepileptischen Medikamenten durch pädiatrische Neurolog:innen ist wichtig für die Bekämpfung der Epilepsie..

Probleme mit der oral-motorischen Kontrolle

Diese tritt häufiger bei Kindern mit einem hohen CP-Schweregrad auf. Unzureichende Schluckkoordination, unkontrollierte Zungenmanöver und Beißreflexe können zu Probleme bei der Nahrungsaufnahme und zum Verschlucken von Nahrung in die Luftröhre führen. Kontrollprobleme erschweren die Steuerung des Speichels und anderer Flüssigkeiten im Mund. Darüber hinaus können Defekte in der Zahnstruktur zur Entstehung von Mundhygiene und einigen Mundkrankheiten führen.

Ernährungsbezogene Herausforderungen

Unzureichende und unausgewogene Ernährung kann bei Kindern mit CP zum Problem werden. Schwächen in der Feinmotorik und der Mundmotorik, Reflux, Schwierigkeiten bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme und Schwierigkeiten, den Hunger auszudrücken, zeigen Ernährungsprobleme auf. Ein Ernährungsproblem wiederum ist ein Gesundheitsproblem und kann zu anderen Problemen im Körper, z. B. im Blut- und Immunsystem führen.

Probleme im Harn und Fortpflanzungssystem



Die Blasenkontrolle entwickelt sich bei Kindern mit CP erst spät. Besonders bei Kindern mit CP, bei denen kognitive Prozesse bzw. der ganze Körper betroffen sind, können Probleme bei der Harnkontrolle in deutlichem Maße auftreten.

Probleme bei der Atmung



Funktionale Probleme bei der Steuerung der Atemmuskulatur, Husten, Schluckbeschwerden, Reflux und geringe Belastbarkeit des Herzens und der Atemwege können zu Problemen und Krankheiten wie Keuchen, Lungeninfektionen, Lungenentzündung und unzureichender Belüftung der Lunge führen, indem sie Probleme in den Atemwegen verursachen..

Neuromuskulskeletale Probleme



Der Muskeltonus und die damit verbundenen Bewegungs- und Haltungsprobleme, die die Hauptprobleme bei CP darstellen, verursachen bei Kindern häufig langfristige Probleme des Bewegungsapparats. Spastische Muskeln und ihre Dehnung führen im Laufe der Zeit zu Verformungen der Knochenstruktur und der Gelenke, zum Verlust der Beweglichkeit der Gelenke und zu Funktionseinschränkungen. Bei Kindern mit CP, die gehen können, kann sich aufgrund der Spastik der Hinterbeinmuskulatur ein Zehengang entwickeln, der zu einer Deformierung des Knöchels und der Finger führt, und die große Zehe neigt zur zweiten Zehe. Aufgrund der Spastik bleibt das Kniegelenk gebeugt, der Kniegelenkwinkel nimmt ab, und dementsprechend kann es zu Einbußen bei der Bewegung von Hüfte und Taille kommen. All dies kann zu Schwierigkeiten beim aufrechten Stehen, Veränderungen der Wirbelsäulenstruktur, vermehrtem Buckeln, Krümmung der Wirbelsäule, Vergrößerung der Lendengrube, übermäßiger Beugung von Ellbogen, Handgelenk und Fingern und funktioneller Unfähigkeit, sie zu benutzen, sowie zum Verlust der Gelenkbewegungen im Laufe der Zeit führen.

Störung des Gangbildes



Ein erhöhter Muskeltonus (Spastizität) in den unteren Gliedmaßen von Kindern mit CP führt zur Beobachtung spezifischer Gangmuster. Der Scherengang, der Gang mit gebeugtem Knie, der Gang mit steifem Knie und der Zehengang sind die häufigsten Gangstörungen bei CP.

Quellen

- AAIDD (2010). *American association on intellectual and developmental disabilities*. http://aaid.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.V_Xuqsdpe-o
- Acarlar, F. (2013). Kaynaştırma modeli ve özel gereksinimli çocukların özellikleri. B. Sucuoğlu & H. Bakkaloğlu (Ed.), *Okul öncesinde kaynaştırma içinde* (s. 36-74). Ankara: Kök yayıncılık.
- Akçamete, G. (2006). *Genel eğitim okullarında özel gereksinimli olan öğrenciler ve özel eğitim*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Alexander, M. A., ve Matthews, D. J. (2010). *Pediatric rehabilitation principles and practice*. Demos Medical, New York.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations [Relevant paper]*. <http://www.asha.org/policy> adresinden 19.10.2016 tarihinde erişilmiştir.
- American Speech-Language-Hearing Association (2005). *Acoustics in Educational Settings: Position Statement*. <http://www.asha.org/policy/PS2005-00028/> adresinden 22.07.2015 tarihinde erişilmiştir.
- American Speech-Language-Hearing Association.(2011). *Speech and Language Disorders and Diseases*. <http://www.asha.org/public/speech/disorders/> adresinden 22.07.2015 tarihinde erişilmiştir.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Batu, E. S. (2011). *0-6 yaş arası Down Sendromlu çocuklar ve gelişimleri*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Baykoç, N. (Ed.). (2011). *Özel gereksinimli çocuklar ve özel eğitim*. Ankara: Eğiten kitap.
- Brambling, M. (2006). Divergent development of gross motor skills in children who are blind or sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100, 620-634.
- Brambling, M. (2006). Divergent development of manual skills in children who are blind or sighted. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100, 212-225.

- Brashear, A., ve Elovic, E. (2011). *Spasticity diagnosis and management*. Demos Medical, New York.
- Cavkaytar, A. (Ed.). (2013). *Özel eğitim*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Celeste, M. (2006). Play behaviors and social interactions of a child who is blind: In theory and practice. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(2), 75-90.
- Chaney, C. (1994). Language development, metalinguistic skills and emergent literacy skills in 3-year-old children in relation to social class. *Applied Psycholinguistics*, 15, 371-394.
- Connolly, B. H., Morgan, S. B., Russell, F. F., & Fulliton, W. L. (1993). A longitudinal study of children with Down Syndrome who experienced early intervention programming. *Physical Therapy*, 73(3), 170-179.
- Diken, İ. H. (Ed.). (2010). *İlköğretimde kaynaştırma*. Ankara: Pegem Akademi.
- Diken, İ. H. (Ed.). (2010). *Erken çocukluk eğitimi*. Ankara: Pegem Akademi.
- Diken, İ. H. (Ed.). (2015). *Özel eğitime gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim*. Ankara: Pegem Akademi.
- Diken, İ. H. & Bakkaloğlu, H. (Eds.). (2016). *Zihin yetersizliği ve Otizm Spektrum Bozukluğu*. Ankara: Pegem Akademi.
- Ege, P. (2006). Baş makale: Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7(2), 1-23.
- Ercan, E. S. (2008). *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite*. İstanbul: Doğan Kitap.
- Ercan, E. S. (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 6(2), 1-5.
- Ercan, E. S. (2014). *Anne-baba ve eğitimciler için dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite bozukluğu*. İstanbul: Pupa Yayınları.
- Eripek, S. (2009). *Zihinsel yetersizliği olan çocuklar*. Ankara: Maya Akademi.
- Grandin, T. (2010). *Resimlerle düşünmek*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

- Gürgür, H. (2013). İřitme yetersizliđine sahip çocuklar. S. Vuran (Ed.), *Özel eğitim içinde* (s. 253-286). Ankara: Maya Akademi Yayıncılık.
- Heward, W. L. (2013). *Exceptional children: An introduction to special education* (10th ed.). Upper SaddleRiver, NJ: Pearson Education.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliđi hiperaktivite bozukluđu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.
- Kirk, S. A., & Gallagher, J. J. (1989). *Educating exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Korkmaz, B. (2005). *Yađmur çocuklar-Otizm nedir?* İstanbul: Agora Kitaplıđı.
- Kuder, S. J. (1997). *Teaching students with language and communication disabilities*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kumin, L. (2012). *Early communication skills for children with Down Syndrome* (3rd ed.). USA: Woodbine House.
- Lauteslager, P. E. M. (2013). *Down Sendromlu çocuklarda motor geliřimi ve müdahalesi*. İstanbul: Down Sendromu Derneđi İktisadi İşletmesi.
- Lee, H., & Templeton, R. (2008). Ensuring equal Access to technology: Providing assistive technology for students with disabilities. *Theory Into Practice*, 47, 212-219.
- Levitt, S. (2004). *Treatment of Cerebral Palsy and motor delay* (4th ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Livaneliođlu, A., ve Kerem Günel, M. (2009). *Serabral Palside fizyoterapi*. Ankara: Yeni Özbek Matbası.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2013). *Özel eğitim hizmetleri tanıtım el kitabı*. http://mebk12.meb.gov.tr/meb_ıys_dosyalar/57/01/197751/dosyalar/2013_03/11021749_ısitme_yetersizligi_olan.pdf adresinden 22.07.2015 tarihinde erişilmiřtir.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2015). *İřitme engelliler için öđretmen kılavuz kitabı*. http://orgm.meb.gov.tr/meb_ıys_dosyalar/2015_03/05113228_tmeengellerretmenkilavuzktabi.pdf adresinden 22.07.2015 tarihinde erişilmiřtir.

- Mukaddes Motavalli, N. (2013). *Otizm spektrum bozukluęu tanı ve takip*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluęunun etiolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 5, 111-119.
- Stray-Gundersen, K. (Ed.). *Aileler ve uzmanlar için ilk rehber: Down Sendromlu bebekler*. İstanbul Down Sendromu Derneęi İktisadi İşletmesi.
- Stumbo, N. J., Martin, J. K., & Hedrick, B. N. (2009). Assistive technology: Impact on education, employment and independence of individuals with physical disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 30, 99-110.
- Sucuoęlu, B. (Ed.). (2009). *Zihin engelliler ve eğitimleri*. Ankara: Kök Yayıncılık.
- Şenol, S., İşeri, E., & Koçkar, A. İ. (2006). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluęu*. HYB Yayıncılık.
- Tecklin, J. S. (2015). *Pediatric physical therapy* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Tekin-İftar, E. (Ed.). (2012). *Otizm Spektrum Bozukluęu olan çocuklar ve eğitimleri*. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Topbaş, S. (2005). *Dil ve kavram gelişimi*. Ankara: Kök yayıncılık.
- Tuncer, T. (2012). Görme yetersizliği olan çocuklar. Vuran, S. (Ed.), *Özel eğitim içinde* (s. 291-321). Ankara: Maya Akademi.
- Vuran, S. (Ed.). (2013). *Özel eğitim*. Ankara: Maya Akademi.
- Wing, L. (2012). *Otizm el rehberi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Yılmaz, M., ve Koca, D. (2013). *Engelsiz yaşam kılavuzu*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Yoder, P. J., & Warren, S. F. (2004). Early predictors of language in children with and without Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(4), 285-300.

NOTIZEN

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



Dođal Öğretim Projesi

www.naturalisticteaching.com