

# STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 10 ■ August 2008 ■ ISSN 1991-9883

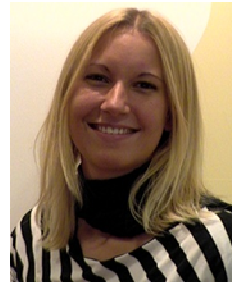
## ► Editorial

CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG

### Liebe LeserInnen!

Die vergangene Ausgabe der SID&Ts beschäftigte sich mit dem klinischen Erscheinungsbild von hyperkinetischen Störungen (HKS) sowie den diagnostischen Richtlinien. Der aktuelle Artikel informiert über therapeutische Interventionsmöglichkeiten bei HKS.

Da Kinder/Jugendliche mit HKS in der Regel in vielfältigen Lebens- und Funktionsbereichen beeinträchtigt sind, ist ein multimodaler Behandlungsansatz, welcher das Kind/den Jugendlichen, die Angehörigen und das soziale Umfeld berücksichtigt und mit ein bezieht, notwendig. Zunächst wird im Artikel auf die Wahl des Behandlungssettings eingegangen, anschließend werden psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Interventionsformen anhand eines Fallbeispiels erläutert. Als Beispiel für eine kind-/jugendlichenzentrierte Intervention wird das Konzept der in den Mini-Ambulatorien angebotenen verhaltenstherapeutisch orientierten Wirbelwindgruppe vorgestellt.



## Therapie von Hyperkinetischen Störungen (HKS)

T. BAUMGARTNER, E. SADILA-PLANK

### Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung?

Die Behandlung einer HKS kann je nach Indikation stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. In der Regel erfolgt die Behandlung der HKS im ambulanten Bereich. Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung an einer kinder-/jugendpsychiatrischen Abteilung/Klinik ist bei besonders schwer ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik oder bei schwer ausgeprägten komorbiden Störungen erforderlich. Bei mangelnden Ressourcen in der Familie, in der Schule/im Kindergarten oder bei ungünstigen psychosozialen Bedingungen, kann ebenso eine teilstationäre bzw. stationäre Behandlung indiziert sein. Auch, wenn eine Behandlung des Kindes im ambulanten Setting vorgenommen wurde, der Behandlungserfolg jedoch unzureichend ist, kann eine stationäre Intervention nötig werden. (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie, 2007)

### Welche psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Interventionsformen werden bei der Behandlung einer HKS angewandt?

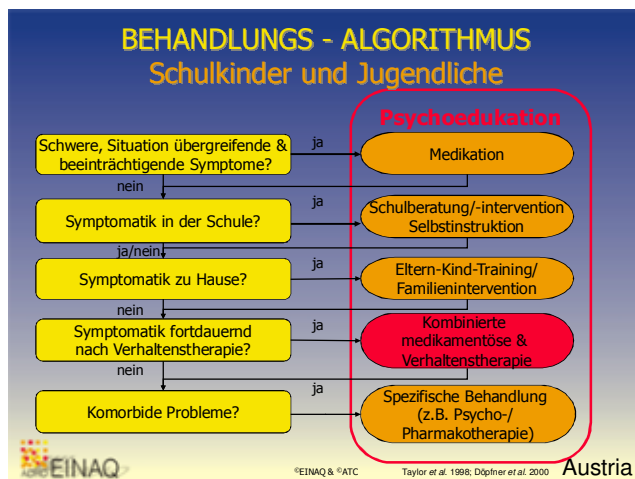
Die Therapie von Kindern mit HKS zählt nach Döpfner (2001) gegenwärtig zu den größten Herausforderungen der kinderpsychologischen und kinderpsychiatrischen Praxis und Forschung; erstens wegen der Häufigkeit der Problematik und zweitens wegen der hohen Beständigkeit des Krankheitsbildes. Kinder mit einer HKS zeigen in vielfältigen Lebens- und Funktionsbereichen Beeinträchtigungen. Dementsprechend verwundert es nicht, dass isolierte Behandlungsansätze häufig nicht die gewünschten Erfolge erzielen, sondern dass eine multimodale Behandlung notwendig ist. Die multimodale Therapie umfasst verschiedene Behandlungsbausteine, welche je nach Notwendigkeit im

Einzelfall aufeinander abstimmt werden. Eine multimodale Therapie bezieht Psychotherapie, psychosoziale Interventionen und Pharmakotherapie mit ein (Döpfner, 2002; Lauth, Brack, Linderkamp, 2001). Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2007) kann die multimodale Behandlung die folgenden Interventionen umfassen:

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und des Erziehers bzw. des Klassenlehrers (wird immer durchgeführt)
- Elternt raining und Interventionen in der Familie (einschl. Familientherapie) zur Verminderung der Symptomatik in der Familie
- Interventionen im Kindergarten/in der Schule zur Verminderung der Symptomatik im Kindergarten/in der Schule
- Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter) zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining) oder zur Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens (Selbstmanagement)
- Pharmakotherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen
- Außerdem können diätetische Behandlungen (oligoantigene Diät; Omega-3/Omega-6 Supplementierung) sowie Neurofeedback möglicherweise hilfreich sein. Weitere Studien sind jedoch notwendig, um die Wirksamkeit und die Indikation dieser Intervention genauer abschätzen zu können.

Hinsichtlich der Planung der multimodalen Behandlung und der damit verbundenen Auswahl der einzelnen Therapiebausteine ist darauf zu achten, dass die Therapie dort ansetzt, wo die Probleme verstärkt auftreten; beim Kind, in der Familie, in der Schule oder im Kindergarten. (Döpfner, 2001). Dies ist deshalb relevant, weil die meisten Interventionen spezifisch wirken. Es kann nicht erwartet werden, dass durch Maßnahmen in der Familie sich automatisch auch die Probleme in der Schule/Kindergarten vermindern oder umgekehrt (Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl, 2000).

In der folgenden Abbildung nach EINAQ (European Interdisciplinary Network on ADHD Quality Assurance), wird der Behandlungs- Ablauf bei Schulkindern & Jugendlichen dargestellt:



### Psychoedukation:

Die Psychoedukation bildet die Grundlage jeder therapeutischen Intervention. Das betroffene Kind, Eltern, Bezugspersonen, Lehrer, Kindergärtner etc. werden über die Symptome der HKS, die möglichen Ursachen, den vermutlichen Verlauf und über die möglichen Behandlungsansätze aufgeklärt. Nach der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie (2007) kann die Aufklärung des Kindes etwa ab dem Schulalter in altersangemessener Form vorgenommen werden. Die Aufklärung des/der LehrersIn/KindergärtnerIn wird mit Einverständnis der Eltern immer dann durchgeführt, wenn in der Schule/im Kindergarten behandlungsbedürftige Auffälligkeiten auftreten (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

### Bezugspersonen bezogene Interventionen:

Zeigen sich die problematischen Verhaltensauffälligkeiten vor allem im familiären Bereich setzen die Interventionen auf der Eltern/Angehörigenebene an. Dabei soll eine Veränderung in der alltäglichen Eltern/Kind Interaktion, mit dem Ziel, Verhaltensprobleme des Kindes innerhalb der Familie zu vermindern, herbeigeführt werden (Döpfner, 2001). Die Eltern werden angeleitet, ihr Kind angemessen zu steuern. Nach Lauth, Brack & Linderkamp (2001) wurden solche Anleitungen bzw. Elterntrainings von Döpfner, Fröhlich & Schürmann, sowie Barkley und Kon van der Krol & Weller, vorgelegt. Die Elterntrainings sehen vor, dass die Eltern aufmerksames, zugewandtes und sozial erwünschtes Verhalten einerseits gezielt verstärken und andererseits dieses Verhalten durch eine überlegte Situationsgestaltung (z.B. zu Bettgehrituale) vorbereiten. Die

verschiedenen Elterntrainings sind ähnlich aufgebaut. Im Folgenden werden einige Interventionen, angelehnt an das Elterntaining (THOP) von Döpfner, Schürmann & Fröhlich (2002) dargestellt. Am Beginn steht die Analyse der familiären Situation; dabei geht es um die Problemdefinition (Wo gibt es Probleme?, wie ist die Erziehung des Kindes organisiert?). Zumeist erweisen sich hier Standardsituationen wie z. B. „Hausübung machen“ oder „Mittagessen“ als schwierig. Darauf folgt die Erarbeitung eines gemeinsamen Störungskonzeptes. Dabei werden mit den Eltern ihre Vorstellungen und Vermutungen über die Ursachen des Problemverhaltens ihres Kindes diskutiert. Darauf aufbauend erfolgen die Festlegung der Behandlungsziele, sowie die Behandlungsplanung. Danach wird an der Erhöhung der Verstärkerwirksamkeit der Eltern gearbeitet. Häufig kommt es vor, dass die Eltern-Kind Beziehung bereits so angespannt ist, dass die Eltern nicht mehr positiv auf das Kind einwirken können und sich Eltern und Kind nur noch wechselseitig „bestrafen“. Um dieses Muster zu unterbrechen soll das Augenmerk auf positive Vorkommnisse mit dem Kind gelenkt werden. Die Eltern werden angeleitet sich auf die positiven Erlebnisse mit ihrem Kind zu konzentrieren (z.B. Sprechen sie mit ihrem Kind am Abend über die positiven Ereignisse des Tages). Zusätzlich werden die Eltern angeleitet eine „Spaß & Spielzeit“, in der die Bezugsperson und das Kind, unter Einhaltung genauer Regeln gemeinsam etwas unternehmen, einzuführen. Die gemeinsame „Spaß & Spielzeit“ fördert die positive Interaktion und verbessert langfristig die Beziehung zwischen Kind und Eltern. Anschließend wird mit den Eltern erarbeitet, wie sie mittels pädagogisch, therapeutischer Interventionen das impulsive und häufig auch oppositionelle Verhalten des Kindes steuern bzw. vermindern können. Dazu zählt die Einführung von Familienregeln (z.B. Beim Mittagessen sitzen bleiben) oder das Geben effektiver Aufforderungen. In einem nächsten Schritt werden die Eltern angeleitet gezielte erwünschte Verhaltensweisen des Kindes zu verstärken z.B. soziale Verstärkung bei Beachtung von Aufforderungen (Die Eltern loben ihr Kind unmittelbar verbal oder nonverbal, wenn es einer Aufforderung nachgekommen ist); soziale Verstärkung bei nicht störendem Verhalten (Die Eltern schenken ihrem Kind nur dann Aufmerksamkeit, wenn es sie bei ihrer eigenen Beschäftigung nicht stört). Ein Token-system (Belohnungssystem) ermöglicht den Eltern, das Kind bei erwünschten Verhaltensweisen unmittelbar zu loben (z. B. positive Verstärkung mit Hilfe des Punkteplans: Das Kind erhält immer dann Punkte, wenn es ihm gelingt sich an spezifische vorab vereinbarte Verhaltensregeln zu halten. Die Punkte werden später in kleine Geschenke eingetauscht, wodurch das Kind zur Verhaltensänderung motiviert wird. Die Eltern werden veranlasst ihre Aufmerksamkeit auf das positive Verhalten des Kindes zu lenken). Im Anschluss wird mit den Eltern besprochen wie sie wirkungsvolle Kontrolle aufbauen. Die Eltern werden angeleitet mit ihrem Kind Absprachen zu treffen, es an wichtige Grenzen und Regeln zu erinnern, häufiger zu überprüfen was das Kind macht und Konsequenzen folgen zu lassen. Als nächstes wird mit den Eltern besprochen bei Nichteinhaltung von Regeln oder Aufforderungen negative Konsequenzen zu setzen (z. B. Wenn das Kind das Spielzeug nicht wegräumt, darf es nicht fernsehen). Eine weitere Möglichkeit auf unerwünschtes Verhalten zu reagieren ist die sogenannte Auszeit. Das Kind wird für kurze Zeit, wenn es das Problemverhalten zeigt, aus der Situation genommen

(z.B. Wenn das Kind eine Regel bricht, wird es in sein Zimmer gebracht). Das Elterntraining erfolgt unter Anleitung eines/er Therapeuten/in, der/die die einzelnen Maßnahmen mit den Eltern vorbereitet und die Ausführung begleitet (Döpfner, Schürmann, Fröhlich 2002; Lauth, Brack, Linderkamp 2001; Barkley, 2005).

#### Interventionen in Schule/Kindergarten:

Die Schule und der Kindergarten stellen im Vergleich zur häuslichen Situation strukturiertere Lebensbereiche mit höherem Ablenkungspotential dar. Daher treten hyperkinetische Symptome in diesen Lebensbereichen häufig intensiver auf (Döpfner, 2001). Interventionen in der Familie und eine Therapie des Kindes genügen in der Regel nicht, um auch die Auffälligkeiten in der/dem Schule/Kindergarten zu vermindern. In der Zusammenarbeit mit der/dem Schule/Kindergarten stellen sich zwei Aufgaben; einerseits die Anleitung und Beratung des/der Lehrer/in oder Kindergärtner/in im Umgang mit dem hyperaktiven Kind, andererseits muss für eine geeignete Beschulung (z.B. Kleingruppe) des Kindes gesorgt werden. Die Beratung und Anleitung des/der Lehrer/in oder Kindergärtner/in orientiert sich an den Elterntrainings (Lauth, Brack, Linderkamp, 2001). Beim Elterntraining von Döpfner, Schürmann und Fröhlich (2001) wird dieses durch spezielle Bausteine für Interventionen in der/dem Schule/Kindergarten ergänzt. Nach Kontaktaufnahme zum/zur LehrerIn/KindergärtnerIn erfolgt die Problemdefinition, die Entwicklung eines gemeinsamen Störungskonzeptes gefolgt von der Behandlungsplanung. Das Behandlungsziel ist die Reduzierung aller, in der Problemdefinition, gesammelten Verhaltensprobleme. Für eine erfolgreiche Behandlung ist es entscheidend, die vorhandenen sowie die fehlenden Ressourcen der/des Schule/Kindergartens zu berücksichtigen.

#### Interventionen im Kindergarten

Veränderung der Gruppenzusammensetzung: Befindet sich das Kind in einer Gruppe mit mehreren unruhigen und expansiv auffälligen Kindern, ist ein Gruppenwechsel zu überlegen

Gestaltung des Gruppenraums: Schaffung gut strukturierter und voneinander abgegrenzter Spielbereiche

Tagesstruktur aufbauen: Gestaltung eines abwechslungsreichen und gut strukturierten Tagesablaufes

Förderung einer positiven Kind/KindergärtnerIn-Beziehung: Einführung einer Spaß & Spielzeit

Operante Methoden: Der Einsatz von operanten Methoden, wie zum Beispiel des Tokensystems (Punkteplans, Punkteschlange) hat sich im Kindergarten als ausgesprochen wirkungsvolle Interventionen erwiesen

Negative Konsequenzen: Erarbeitung mit dem Kindergärtner, welche negativen Konsequenzen mit den vorhandenen Ressourcen umsetzbar sind

#### Interventionen in der Schule:

Sitzplatz-Position bewusst wählen: Ein günstiger Sitzplatz für das Kind ist vorne gegenüber dem Lehrer, sodass die Ablenkungsmöglichkeiten gering sind und der Lehrer schnell beim Kind sein kann; das Kind neben ein Kind setzen, das ein positives Model sein kann

Kontrolle und Steuerung: Regelmäßige Kontrolle, ob das Kind im Unterricht mitkommt, zusätzliche verbale Erklärungen und Anweisungen zu Aufgabenstellungen geben, Kontrolle ob das Kind die Hausübung notiert hat

Förderung einer positiver Kind/LehrerIn-Beziehung: Situationen nützen mit dem Kind alleine zu reden (z.B. Sprechen sie während der Pausenaufsicht mit dem Kind über seine Interessen, Freizeitaktivitäten oder über seine besonderen Stärken)

Strukturierung des Unterrichts: Die einzelnen Unterrichtseinheiten sollen möglichst kurz und strukturiert gehalten werden, die Unterrichtseinheiten sollen zeitlich überschaubar und in sich abgeschlossen sein, vor Beginn der Stunde einen vorausschauenden Überblick über den Stoff und am Ende nochmals eine wiederholende Zusammenfassung geben

Pädagogisch therapeutische Interventionen: Klare und wirkungsvolle Aufforderungen geben, Regeln aufstellen, loben, wenn das Kind gewünschte Verhaltensweisen zeigt

Operante Methoden: Die operanten Methoden (Tokensystem und Verstärker-Entzugssystem), erweisen sich als wirkungsvolle Interventionen in der Schule (Döpfner, Schürmann, Fröhlich 2002; Lauth, Brack, Linderkamp 2001; Schäfer, Gerber 2007).

#### Kind/Jugendlichen bezogene Interventionen:

Hinsichtlich der auf das/den Kind/Jugendlichen bezogenen Behandlung ist abzuschätzen, ob das Kind/Jugendliche von einer Einzel- oder Gruppenbehandlung mehr profitieren kann. Bei stark ausgeprägter und übergreifender Symptomatik kann es sinnvoll sein, die Behandlung im Einzelsetting zu beginnen. In der Kind/Jugendlichen bezogenen Behandlung kommen überwiegend verhaltenstherapeutische Interventionen zum Einsatz. Dazu zählen u.a. Informations- und Motivationsmethoden, Spieltraining, Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagementtechniken.

Bei schwer ausgeprägter und übergreifender Symptomatik, sowie bei nicht hinreichender Wirkung der psychologischen, psychotherapeutischen, und psychosozialen Interventionen, kann die Kombination mit einer Stimulanzientherapie erforderlich sein (Döpfner, 2001; Neuhaus 2002).

Im Anschluss wird als Beispiel einer Kind/Jugendlichen zentrierte Gruppenintervention das Konzept der in den Miniambulatorien angebotenen *Wirbelwindgruppe*.

#### Wirbelwindgruppe:

Die *Wirbelwindgruppe* ist eine verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenintervention für Kinder mit einer hyperkinetischen Störung. Der Ablauf der Gruppentherapie sowie die Interventionen sind an das Basistraining aus dem Training für aufmerksamkeitsgestörte Kinder von Lauth & Schlotke (2002) angelehnt. Zusätzlich wird mit Materialien aus dem Marburger Konzentrationstraining (Krowatschek, Albrecht, & Krowatschek, 2007) und dem Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen- Attentioner (Jacobs, Heubrock, Muth, Petermann, 2007) gearbeitet. An der *Wirbelwindgruppe* können 5 bis maximal 6 Kinder ab einem Alter von 5 Jahren teilnehmen. Geleitet wird die *Wirbelwindgruppe* von einem/er Klinischen- und GesundheitspsychologenIn bzw. VerhaltenstherapeutenIn und einem/einer ErgotherapeutenIn. Bei der Zusammensetzung der Gruppe wird darauf geachtet, dass die TeilnehmerInnen hinsichtlich Alter bzw. Schulstufe und kognitiver Leistungsfähigkeit homogen sind. Die einzelnen Therapieeinheiten umfassen 90 Minuten. Die Gruppe ist eine geschlossene Gruppe, d.h über den gesamten Therapiezeitraum von 10 Einheiten nehmen dieselben Kinder und Therapeuten teil. Zu den Zielen der Gruppenbehandlung zählen die Vermittlung von handlungsrelevantem Wissen über die Aufmerksamkeitsstörung, die Stärkung der Basisfertigkeit

ten „genau hinsehen“, „genau zuhören“, „genau beschreiben“ und „genau wiedergeben“ und der Aufbau von planvollem eigenständigen und problemangemessen Herangehen an Handlungen und Aufgaben und der Erwerb von Selbststeuerung (Reaktionskontrolle). Neben spezifischen verhaltenstherapeutischen Techniken wie z.B. Selbstbeobachtung, Selbstinstruktion, Selbststeuerung, Rollenspiele, Entspannungsübungen, positive Verstärkung etc., werden auch therapeutische Geschichten, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspiele, sowie ergotherapeutische Übungen und Bewegungsspiele in die Behandlung eingebunden. Um die Teilnehmer zu motivieren, wird mit einem Belohnungssystem gearbeitet (Token Economy), das heißt, die Kinder erhalten für vorab festgelegte erwünschte Verhaltensweisen (z.B. Einhaltung der gemeinsam vereinbarten Gruppenregeln) oder für die Mitarbeit in der Gruppe Punkte, welche sie in reale Geschenke eintauschen können. Modellierungs- und Demonstrationsphasen, in denen der Therapeut den Kindern die förderliche Herangehensweisen demonstriert und Übungsphasen, in denen die Kinder selbstständig üben, wechseln ab. In Spiel- und Bewegungsphasen werden die Schwerpunkte der einzelnen Einheiten auf spielerischer Ebene nochmals aufgegriffen. Ziel ist ein Transfer der in der Gruppe erarbeiteten Techniken und Methoden auf den Alltag des Kindes. Die Eltern/Angehörigen werden zu den begleitenden Elternabenden eingeladen. Diese dienen der Aufklärung und Beratung, sowie der Stärkung der Erziehungskompetenzen.

#### *Medikamentöse Behandlung*

Die medikamentöse Behandlung von Hyperkinetischen Störungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen (entsprechende Untersuchungen in den Vereinigten Staaten wie auch im europäischen Raum). Diese Entwicklung wird von Experten kontrovers bewertet. Einerseits wird kritisch vor einem Fehlgebrauch bzw. einer Medikalisierung psychosozialer Probleme gewarnt, andererseits stehen dem die hohe Wirksamkeit und die positive Beeinflussung der schulischen und sozialen Entwicklung gegenüber. Eine Pharmakotherapie ist indiziert, wenn eine stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Kindes oder Jugendlichen oder seines Umfeldes und einer ausgeprägten Einschränkung der psychosozialen Anpassung (drohende Umschulung, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung, etc) vorliegt. Psychostimulantien (Methylphenidat, Amphetamin) sind am besten evaluiert, sehr wirkungsvoll und im Allgemeinen die Medikation der Wahl. Dem eindeutigen empirischen Nachweis über Kurzzeit-Wirksamkeit von Methylphenidat, steht eine geringe Anzahl von Untersuchungen über Langzeiteffekte gegenüber. Die bekanntesten Präparate sind Ritalin als schnell freisetzende Form und Concerta als verzögernd freisetzende Form. Atomoxetin (Strattera) ist ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer und kann bei begleitenden Störungen wie z. B. Tics, Angststörungen oder Depressionen gegeben werden. Vor jeder Medikation ist ein ausführliches Gespräch mit den Eltern und den Kind/Jugendlichen über Wirkungen und Nebenwirkungen nach Abklärung eventueller Kontraindikationen zu führen. Die Dosierung erfolgt entsprechend des Alters und

des Körpergewichtes des Patienten, regelmäßige Verlaufskontrollen sind je nach Verträglichkeit vorgesehen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2007; Lehmkuhl, Fröhlich, Sevecke et al, 2007).

#### **Fallvignette Andre**

In einer Befundbesprechung wurde mit der Mutter das gemeinsame weitere Vorgehen festgelegt.

#### **Säule Kind:**

Andre nahm an der Gruppenintervention *Wirbelwindgruppe* teil. Zu Beginn gelang es ihm nur schwer, sich an die gemeinsam vereinbarten Gruppenregeln zu halten. Die Einhaltung des erarbeiteten Handlungsablaufes bei den Übungsaufgaben war für Andre schwierig. Mit zunehmender Dauer gelang es ihm besser, sich selbst anzuleiten, Handlungsabläufe vorausschauend zu planen und abzuwarten. Die positive Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen mittels Token motivierte Andre sehr.

#### **Säule Familie:**

Die Kindsmutter nahm an den begleitenden Elternabenden teil. Zusätzlich nahm sie das Angebot der psychologischen Erziehungs-/Betreuungsberatung in Anspruch. Mit der Mutter wurden Maßnahmen zur Bewältigung der aktuellen alltäglichen Probleme erarbeitet. Hierbei handelte es sich um den Aufbau einer positiven Mutter/Kind Interaktion, die Strukturierung des Alltags, die Erarbeitung und Umsetzung von Familienregeln, sowie die positive Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen durch Lob und der Einsatz negativer Konsequenzen bei unerwünschtem Verhalten.

#### **Säule Umwelt:**

Es fand eine gemeinsame Helferkonferenz an Andres Schule statt, an welcher die Kindsmutter, die Hortbetreuerinnen, die Lehrerin und die betreuende Psychologin teilnahmen. Im Rahmen der Helferkonferenz fand eine Aufklärung der Lehrerin und Hortnerinnen über den diagnostischen Prozess, das Störungsbild und die geplanten Interventions-schritte statt. Weiter wurden konkrete Interventionsmöglichkeiten im Unterricht wie auch im Hort diskutiert.

#### **MMag. Tanja Baumgartner**

Klinische- und Gesundheitspsychologin  
MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan  
[tanja.baumgartner@promente-kijufa.at](mailto:tanja.baumgartner@promente-kijufa.at)

#### **Dr. Eva Sadila-Plank**

MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan  
FA für Kinder- und Jugendheilkunde/Kinder-  
und Jugendneuropsychiatrie/  
Ärztin für Psychotherapeutische Medizin  
[eva.sadila@promente-kijufa.at](mailto:eva.sadila@promente-kijufa.at)