



Protokoll 1: Reizreduzierte Übergangsgestaltung und Sitzungsankunft



1

Klinischer Kontext und Zielsetzung



Der Wechsel vom Außenraum in das Therapiezimmer stellt für Kinder mit ADHS oft eine signifikante Regulationshürde dar. Reizüberflutung, motorische Anspannung und ungefilterte Impulse führen häufig zu Desorganisation unmittelbar zu Beginn der Einheit. Dieses Protokoll strukturiert die ersten 5 bis 7 Minuten durch gezielte Reizdämpfung und einen klar definierten propriozeptiven Pfad, um ein arbeitsfähiges Erregungsniveau zu erreichen.

- **Zielgruppe:** Kinder im Vor- und Grundschulalter mit motorischer Unruhe und Transitionsdysregulation.
- **Fokus:** Strukturierte Reizabschirmung, taktil-propriozeptives Feedback und klare Orientierungsmarken.
- **Anwendungsbereich:** Beginn jeder Einzelsitzung vor Beginn kognitiver oder spieltherapeutischer Aufgaben.



Praxishinweis zur Reizabschirmung

Bereits vor Eintreffen des Kindes offene Spielregale mit blickdichten Vorhängen verdecken und diffuses Tageslicht statt greller Deckenbeleuchtung wählen. Visuelle Reizarmut entlastet die exekutive Filterfunktion unmittelbar beim Betreten.



2

Standardisierter 4-Schritte-Ablauf beim Eintreffen

Führen Sie den Einstieg routiniert und ohne verbale Überfrachtung durch. Die Abfolge kombiniert äußere Ordnung mit strukturierter Körperarbeit.

1

Schritt 1: Reizgeschleuste Ankunft (Minute 0–1)



Begrüßung an der Schwelle mit ruhiger, tiefer Stimme. Jacke und Schuhe werden an einer fest markierten Garderobenbox abgelegt. Direkte Blickzuwendung auf Augenhöhe, ohne komplexe Arbeitsanweisungen.

2

Schritt 2: Motorischer Entlastungspfad (Minute 1–3)



Das Kind durchquert einen kurzen, vorgegebenen Bodenpfad aus sensorischen Trittsteinen oder einem Balancierstreifen. Alternativ: 5 gezielte Wandschübe mit festem Druck, um propriozeptives Feedback zu aktivieren.

3

Schritt 3: Visuelle Zentrierung am Platz (Minute 3–5)



Einnahme des vorbereiteten Sitzplatzes (z. B. Keilkissen oder Pezziball mit Noppen). Platzierung eines klaren Fokus-Objekts (z. B. kleine Sanduhr oder Tagesplan-Karte) direkt vor das Kind.

4

Schritt 4: Transparente Sitzungsvorschau (Minute 5–7)



Kurzes Durchgehen der maximal 3 visualisierten Sitzungsbausteine mit Piktogrammkarten. Das Kind heftet das erste Symbol an die Tafel und signalisiert Arbeitsbereitschaft.



3

Praxis-Fallbeispiel: Hannes (8 Jahre)



Hannes stürmt regelmäßig atemlos und lautstark in die Praxis, rennt sofort zu den Spielzeugkisten und wirft Gegenstände um, wenn er direkt an den Arbeitstisch gebeten wird.

- **Ausgangslage:** Hohe motorische Impulsivität, rasche Überforderung durch offene Materialauswahl.
- **Intervention:** Einführung des Entlastungspfades (drei Balancierkissen, gefolgt von zwei beidarmigen Wandschüben) direkt nach dem Schuheasziehen.
- **Ergebnis:** Hannes nutzt die klare körperliche Grenze, um Atemrhythmus und Tonus zu senken. Die motorische Suchbewegung entfällt, und er setzt sich ohne verbale Konfrontation an den Tisch.



Achtung bei starker Reizsuche

Verweigert das Kind das Anhalten am Pfad, keine körperliche Restriktion anwenden. Bieten Sie stattdessen eine gewichtete Weste oder ein schweres Kissen für den Schoß am Sitzplatz als alternatives propriozeptives Angebot an.



Wie reagiert das Kind auf den motorischen Entlastungspfad?



Kind ist nach dem Pfad motorisch ruhiger und ansprechbar



Unmittelbar mit der visuellen Sitzungsvorschau (Schritt 4) starten und erstes Piktogramm anheften lassen.



Kind zeigt anhaltend hohe Reizsuche oder überschießende Bewegung



Pfad um einen zweiten Durchgang mit höherem Widerstand erweitern (z. B. Krabbeln unter einer Gymnastikmatte oder dosiertes Ziehen an einem Thera-Band).



4

Dokumentation und Verlaufskontrolle

Erfassen Sie die Beobachtungen der ersten 7 Minuten zur Verlaufsevaluation über die Therapiestunden hinweg.

☐ Datum / Sitzungsnummer / Name des Kindes:

☐ Erregungsniveau beim Eintreffen (Skala 1–5; 1 = apathisch, 3 = fokussiert, 5 = stark übererregt):

☐ Beobachtung beim Entlastungspfad (Tonus, Kooperation, Verweildauer):

☐ Benötigte Zeit bis zum Erreichen der Arbeitsbereitschaft (Minuten):

☐ Ergebnisnotiz & Anpassungsbedarf für die Folgesitzung:

Protokoll 2: Visuelle Aufmerksamkeitslenkung – Intervention & Ablauf



Klinischer Kontext & Zielsetzung

Kinder mit ADHS zeigen häufig Schwierigkeiten, komplexe Aufgabeninstruktionen gegen visuelle oder auditive Reize im Raum abzugrenzen. Dieses Praxisprotokoll dient Fachkräften (Therapeut*innen, Psycholog*innen) zur gezielten Strukturierung von Arbeitsaufträgen mittels Zweischritt-Farbmarkierung und Time-Timer. Es ermöglicht eine standardisierte Erfassung auftretender Ablenkfaktoren sowie die direkte Verlaufskontrolle innerhalb der Sitzung.

- **Zielgruppe:** Kinder im Grund- und Sekundarschulalter mit ADHS und hoher Reizoffenheit.
- **Fokus:** Reduktion von Handlungsabbrüchen durch optische Reizfilterung.
- **Materialbedarf:** Gelber und blauer Textmarker, analoger Zeittimer, strukturiertes Aufgabenblatt.

Aufgabenblatt

1. **Unterstreiche** die Verben im Text.
2. **Berechne** den Flächeninhalt des Rechtecks.



Methodenhinweis ohne Heilversprechen

Dieses Protokoll basiert auf bewährten verhaltenstherapeutischen Strukturierungshilfen. Die Bezeichnung "NeuroEquilibrium-Methode" versteht sich als deskriptives Strukturierungskonzept zur Reizregulation im Praxisalltag und impliziert keine eigenständige neurobiologische Heilwirkung oder externe Zertifizierung.



Standardisierter Praxisablauf: Schritt-für-Schritt

Führen Sie die Intervention gemeinsam mit dem Kind durch. Die schrittweise Reduktion von Komplexität sichert ein stabiles Arbeitsbündnis und entlastet das Arbeitsgedächtnis.

1

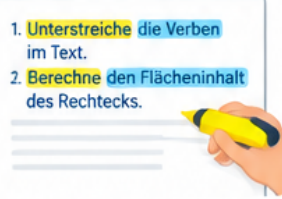
Schritt 1: Reizreduktion am Arbeitsplatz



Den Arbeitsbereich von allen nicht benötigten Materialien befreien. Nur das Zielaufgabenblatt, ein Schreibstift und zwei Textmarker (Gelb und Cyanblau) verbleiben im direkten Sichtfeld.

2

Schritt 2: Zweischritt-Farbmarkierung der Instruktion



Das Kind liest den Aufgabentext laut vor. Gemeinsam wird der Handlungsauftrag markiert: Gelb signalisiert das Handlungsverb ("Unterstreiche", "Berechne"), Cyanblau das Zielobjekt ("die Verben", "den Flächeninhalt").

3

Schritt 3: Visueller Zeittimer & Fokussierungsintervall



Einstellen einer klar sichtbaren analogen Countdown-Uhr (Time-Timer) auf 7 bis 12 Minuten. Vereinbarung: Bis das rote Feld abgelaufen ist, bleibt der Blick auf der markierten Aufgabe.

4

Schritt 4: Begleitende Dokumentation durch die Fachkraft



Während des Intervalls beobachtet die Fachkraft diskret das Blick- und Arbeitsverhalten. Ablenkimpulse werden im Protokollfeld strichlistenartig notiert, ohne die Arbeitsphase vorzeitig zu unterbrechen.



Entscheidungsweiche bei Reizdurchbrüchen

Tritt während des Intervalls ein deutlicher Aufmerksamkeitsverlust auf, orientieren Sie sich an folgender Vorgehensweise:

Welche Art der Ablenkung unterbricht den Arbeitsfokus des Kindes?



Externer Reiz

(z. B. Geräusche im Flur, Blick zum Fenster, Stift fällt herunter)

➔ Nonverbaler Zeigegestus auf das gelb markierte Handlungsverb. Kein Vorwurf; Timer sanft antippen, um den visuellen Anker zu reaktivieren.



Interner Impuls

(z. B. plötzlicher Redeimpuls, motorische Unruhe, Frustration)

➔ Kurze "Parkplatz-Notiz": Den Einfall stichwortartig auf einen separaten Zettel schreiben ("Gleich nach dem Timer!"). Danach sofortige Rückkehr zur Aufgabe.

➤ Protokoll 2: Praxisbeispiel & Dokumentationsbogen ➤



Konkretes Fallbeispiel aus der Praxis

Patient Jonas (9 Jahre, Diagnose ADHS vorwiegend unaufmerksamer Subtyp) überfliegt Sachaufgaben in Mathematik und beginnt sofort unüberlegt mit beliebigen Rechenoperationen. In der Therapiesitzung wurde Protokoll 2 eingesetzt: Jonas markierte im Text 'Lukas kauft 3 Hefte zu je 2 Euro und gibt 10 Euro' das Verb 'Berechne das Wechselgeld' gelb und den Betrag blau. Der Time-Timer wurde auf 8 Minuten fixiert. Jonas blickte dreimal kurz zur Praxistür, korrigierte seine Blickrichtung jedoch selbstständig anhand der Signalfarben. Die Aufgabe wurde fehlerfrei und ohne motorischen Ausbruch abgeschlossen.



- **Identifizierter Hauptablenkfaktor:** Optische Flurreize bei Türspalt.
- **Interventionserfolg:** 3 Ablenkimpulse registriert, alle durch visuelle Selbstkorrektur bewältigt.
- **Übertragungsempfehlung für Eltern:** Anwendung des gelb-blauen Textmarkers bei täglichen Hausaufgaben.



Therapeutische Dokumentation & Verlaufskontrolle

Erfassen Sie hier die quantitativen und qualitativen Beobachtungen der Arbeitseinheit zur fortlaufenden Verlaufsbeurteilung.

1 Name des Kindes / Datum / Sitzungsnummer:

2 Verwendete Aufgabenstellung & Zeittimer-Dauer (Minuten):

3 Registrierte Ablenkfaktoren (Strichliste: Akustisch / Visuell / Intern motorisch):



Akustisch

☐☐☐☐☐

Visuell

☐☐☐☐☐

Intern motorisch

☐☐☐☐☐

4 Reaktion des Kindes auf die Zweischritt-Farbmarkierung (z. B. Blickfokussierung, Selbstkorrektur):

5 Ergebnisnotiz & Interventionserfolg (Aufgabenerfüllung, Frustrationstoleranz):

6 Konsequenz für Folgesitzung / Hausaufgabenvereinbarung mit Bezugspersonen:



Protokoll 3: Impulskontrolle im Regelspiel



Ziel und therapeutischer Kontext

Protokoll dient der verhaltenstherapeutischen Unterstützung

Kopplung eines klaren Körperankers mit einem verbalen Selbstinstruktions-signal wird die Handlungskette zwischen Spielreiz und Impulsreaktion gezielt unterbrochen, um Raum für überlegtes Handeln zu schaffen.

- **Zielgruppe:** Kinder mit ausgeprägter motorischer und verbaler Impulsivität im Regelspiel
- **Einsatzbereich:** Verhaltenstherapeutische Einzelsitzung oder Kleingruppe
- **Fokus:** Reaktionsverzögerung, Regelbefolgung und Frustrationstoleranz beim Verlieren oder Warten



Methodenhinweis zur Praxisanwendung

Dieses Protokoll dient als standardisierter Leitfaden zur Verhaltensbeobachtung und Selbstregulation. Es stellt kein eigenständiges Heilversprechen dar, sondern strukturiert bekannte verhaltenstherapeutische Techniken der Reaktionsverzögerung für den direkten Praxiseinsatz.



Praxisbeispiel: Durchführung in der Therapiesitzung

Konkretes Fallbeispiel zur Verdeutlichung der Durchführung im Praxisalltag:

- **Patient:** Felix (8 Jahre, Diagnose ADHS)
- **Spielsituation:** Reaktions- und Ablegespiel („Hallescher Würfelturm“). Typisches Verhalten: Reißt Karten an sich, bevor andere gewürfelt haben, wirft Spielsteine um bei Regelverlust.
- **Vorgehen:** Therapeut führt das Signal „Hände auf die Parkbank“ (Tischkante) ein. Bei aufsteigender Unruhe hebt der Therapeut die Hand als Stopp-Signal. Felix stoppt die Bewegung zur Kartenmitte, verankert die Hände an der Tischkante und zählt halblaut bis drei.
- **Verstärkung:** Für jedes erfolgreiche Innehalten erhält Felix einen Token-Punkt. Nach 10 Minuten Spielzeit konnte Felix bei 4 von 5 kritischen Spielsituationen den Zug eigenständig verzögern.



Stopp-Signal-Sequenz: Schritt-für-Schritt-Ablauf

Die Intervention gliedert sich in vier aufeinander aufbauende Phasen, die vor und während des Spiels gemeinsam mit dem Kind durchlaufen werden.

1

Schritt 1: Reiz- und Regelerklärung (Vor dem Spiel)

Wählen Sie ein einfaches Regelspiel (z. B. Kartenspiel oder Würfelspiel mit Wartezeiten). Vereinbaren Sie vor Spielbeginn das optische Stopp-Signal (z. B. rote Karte auf dem Tisch) sowie das körperliche Ankersignal.



2

Schritt 2: Körperanker etablieren (Die Parkposition)

Das Kind legt bei drohendem Vorpellen beide Hände flach auf die Tischkante oder die eigenen Oberschenkel („Parkposition“) und atmet einmal tief aus, bevor eine Spielfigur berührt oder ein Zug ausgeführt wird.



3

Schritt 3: Verbale Selbstinstruktion („Stopp – Erst schauen – Dann ziehen“)

Das Kind spricht die drei Teilschritte zunächst laut aus: „Stopp“ (Hände bleiben geparkt), „Schauen“ (Regel und Mitspieler prüfen), „Ziehen“ (überlegte Spielaktion ausführen). Im weiteren Verlauf wird die Instruktion leise geflüstert.



4

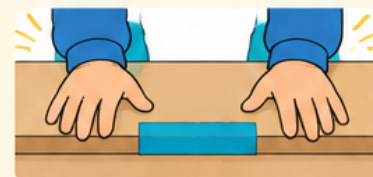
Schritt 4: Unmittelbare Verstärkung und Reflexion

Gelingt die Unterbrechung eines impulsiven Zuges, erfolgt sofortige soziale Verstärkung (spezifisches Lob für das Abwarten). Nach der Spielrunde reflektieren Therapeut und Kind gelungene Stopp-Momente.



Praxistipp für Therapeuten

Koppeln Sie den Körperanker stets mit einer sichtbaren Orientierungshilfe (z. B. farbiges Klebeband auf der Tischkante für die Handposition), um die kognitive Belastung während des Spiels zu minimieren.



Therapeutischer Entscheidungsbaum: Impulsdurchbrüche steuern

Entscheidungslogik bei unterschiedlicher Ausprägung der Impulskontrolle während des Spielverlaufs:

Wie reagiert das Kind auf das vereinbarte Stopp-Signal in der Spielsituation?

Kind ignoriert das Signal und agiert impulsiv weiter

Spiel kurz pausieren. Körperanker durch sanftes Vormachen spiegeln („Hände auf die Bank“). Spielgeschwindigkeit drosseln, Reizdichte reduzieren.

Kind hält kurz inne, zeigt aber starke motorische Unruhe

Atemzug-Anker hinzunehmen: Vor dem Zug dreimal tief durch die Nase ein- und durch den Mund ausatmen. Kurze Zwischenbelohnung für das Innehalten setzen.

Kind setzt den Körperanker eigenständig ein und wartet die Runde ab

Unmittelbares verbales Lob für Selbststeuerung. Übergang von lautem Aussprechen der Formel zu leisem innerem Mitsprechen initiieren.



Sitzungsdokumentation und Verlaufskontrolle

Dokumentieren Sie hier die quantitativen und qualitativen Beobachtungen der durchgeführten Spielsequenz für die Verlaufsakte.

Datum / Sitzungsnummer / Name des Kindes	
Eingesetztes Regelspiel und spezifischer Auslöser für Impulsivität	
Anzahl erforderlicher Fremdstopps (Therapeut) vs. Eigenstopps (Kind)	
Wirksamkeit des Körperankers („Parkposition“) und der verbalen Formel	
Therapeutische Beobachtungen, Frustrationstoleranz und nächste Schritte	



Therapeutische Anleitung: Aufgabenstrukturierung mit der Drei-Karten-Sequenz



Klinischer Kontext & Handlungsleitfaden für Fachkräfte

Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erleben komplexe Handlungsaufträge im Alltag und therapeutischen Setting häufig als unüberwindbare Barriere. Aufgrund beeinträchtigter Exekutivfunktionen (insbesondere Arbeitsgedächtnis und Handlungsplanung) führen mehrteilige Arbeitsanweisungen zu Handlungsabbrüchen, Ablenkbarkeit oder Verweigerungsverhalten. Dieses strukturierte Interventionsprotokoll operationalisiert Handlungsfolgen in eine visuell gestützte Drei-Karten-Sequenz (Starten, Bearbeiten, Abschließen), um Überforderung zu reduzieren und Selbstwirksamkeit gezielt aufzubauen.

- **Zielgruppe:** Kinder im Grundschul- und Sekundarstufe-I-Alter mit ADHS-Symptomatik.
- **Zielsetzung:** Reduktion exekutiver Überlastung durch sequentielle Reizreduktion und externe Struktur.
- **Rolle der Fachkraft:** Begleitung bei Zerlegung, Moderation der Selbsteinschätzung und Transfer in den Alltag.



Methodenhinweis zur Begriffsnutzung

Dieses Protokoll folgt den verhaltenstherapeutischen Grundsätzen der Verhaltenszerlegung und Stimuluskontrolle im Rahmen des NeuroEquilibrium-Übungsprogramms. Es stellt eine deskriptiv-strukturierende Praxisintervention dar und beinhaltet kein formales Heil- oder Zertifizierungsversprechen.



Standardisierter Durchführungsablauf in vier Schritten

Führen Sie das Kind strukturiert durch die Zerlegungs- und Arbeitsphase. Die Reduktion auf exakt drei Einzelschritte entlastet das Arbeitsgedächtnis spürbar.

1 Gesamtaufgabe identifizieren & visualisieren



Legen Sie das Gesamtziel fest (z. B. Hausaufgabe Mathematik fertigstellen oder Schultasche packen). Benennen Sie die Gesamtaufgabe sachlich, ohne emotionale Bewertung.

2 Sequenzieren in exakt drei Teilschritte



Formulieren Sie gemeinsam mit dem Kind genau drei sequenzielle Handlungen. Jede Handlung erhält eine eigene visuelle Karte: 1. Vorbereiten/Start, 2. Hauptaufgabe, 3. Abschlusskontrolle.

3 Fokussierte Bearbeitung Karte für Karte



Nur die jeweils aktive Karte liegt offen auf dem Arbeitsplatz; alle übrigen Karten bleiben verdeckt. Nach Beendigung wird die Karte umgedreht oder mit einem Häkchen versehen.

4 Selbstüberprüfung & Verstärkung



Das Kind vergleicht das Resultat anhand des Selbstüberprüfungsfeldes, setzt sein eigenes Gütekriterium und erhält unmittelbare Bestärkung für das Einhalten der Sequenz.



Wie reagieren Sie, wenn das Kind bei Teilschritt 2 (Hauptaufgabe) blockiert oder den Faden verliert?

Kind wirkt überfordert, starrt ins Leere oder weicht motorisch aus



- 1 Unterbrechen Sie nicht strafend. Decken Sie Karte 1 kurz als Beweis des bereits geschafften Erfolgs auf.
- 2 Zerlegen Sie Teilschritt 2 mündlich in zwei Mini-Aktionen (z. B. "Nur die ersten zwei Zeilen").

Kind beginnt eigenständig Nebentätigkeiten (Ablenkung durch Material)



- 1 Tippen Sie wortlos auf Karte 2.
- 2 Nutzen Sie ein nonverbales Aufmerksamkeits-Signal (Zeigen auf das Kartensymbol) und reduzieren Sie störende Gegenstände auf dem Tisch.

Arbeitsbogen & Verlaufskontrolle: Drei-Karten-Sequenz



Klinisches Fallbeispiel: Jonas (9 Jahre)

Jonas verweigert regelmäßig das Anfertigen von Textaufgaben im Fach Deutsch und reagiert bei mehrschrittigen Aufgabenstellungen mit Wutausbrüchen und innerem Rückzug.

- **Ausgangssituation:** Arbeitsblatt mit fünf Textfragen führt zu motorischer Unruhe und dem Ausruf „Das schaffe ich nie!“.
- **Einsatz der Drei-Karten-Sequenz:** Karte 1: „Überschrift und Frage 1 mit gelbem Textmarker markieren“ (Dauer: 2 Min). Karte 2: „Antwortsatz zu Frage 1 in das Heft schreiben“ (Dauer: 5 Min). Karte 3: „Wortanzahl prüfen und ersten Haken setzen“ (Dauer: 1 Min).
- **Therapeutische Beobachtung:** Durch die visuelle Isolation von Karte 1 sank die Latenzzeit bis zum Arbeitsbeginn von 18 Minuten auf unter 90 Sekunden.



Praxistipp für den Alltagstransfer

Geben Sie den Eltern die Drei-Karten-Methode als konkrete Schablone für häusliche Übergangssituationen mit (z. B. Morgenroutine:
1. Kleidung anziehen,
2. Frühstück,
3. Zähneputzen).



Praxisbogen: Drei-Karten-Sequenz & Kindgerechte Selbstüberprüfung

Dieses Arbeitsblatt wird gemeinsam in der Therapiesitzung ausgefüllt. Das Kind trägt die Teilschritte ein und nutzt das Kontrollfeld zur autonomen Bewertung.

1

KARTE 1: START



Was ist mein allererster kleiner Schritt? (z. B. Buch aufschlagen)

- ☐
- ☐

2

KARTE 2: MITTE



Was genau tue ich jetzt konzentriert? (Hauptschritt)

- ☐
- ☐

3

KARTE 3: ZIEL



Was ist der letzte Handgriff vor dem Feierabend? (z. B. Stifte einpacken)

- ☐
- ☐



Mein Selbst-Check

(Vom Kind auszufüllen: Habe ich die Schritte eingehalten?)

Wie zufrieden bin ich? [] Super geschafft [] Mit Hilfe geklappt [] War noch zu schwer:



Verlaufskontrolle & Therapeutische Dokumentation

Dokumentation des Konzentrationsverlaufs, des Unterstützungsbedarfs und der exekutiven Latenzzeit für die Verlaufsdiagnostik.

Initialer Widerstand / Handlungsaufschub vor Beginn (Skala 1-5 & Notizen):

Selbstständigkeitsgrad bei Durchführung der Teilschritte (Impulsunterdrückung & Fokus):

Beobachtete Regulationsstrategien & Barrieren während Karte 2:

Vereinbarung für den häuslichen/schulischen Transfer bis zur nächsten Sitzung:

Initialer Widerstand / Handlungsaufschub vor Beginn (Skala 1-5 & Notizen):	
Selbstständigkeitsgrad bei Durchführung der Teilschritte (Impulsunterdrückung & Fokus):	
Beobachtete Regulationsstrategien & Barrieren während Karte 2:	
Vereinbarung für den häuslichen/schulischen Transfer bis zur nächsten Sitzung:	

Protokoll 6: Deeskalation bei Frustrationstoleranz-Einbrüchen – Ablauf & Akutintervention



1 Klinischer Kontext und Zielsetzung



Kinder mit ADHS erleben bei Überforderung, Misserfolgen oder unvorhergesehenen Regelwechseln häufig abrupte Einbrüche der Frustrationstoleranz. In dieser Phase ist das verbale Problemlösen vorübergehend blockiert. Dieses Praxisprotokoll führt Therapeut*innen durch eine standardisierte Dreiphasen-Deeskalation: sensorische Reizreduktion, nonverbale Co-Regulation und eine anschließende strukturierte Reflexion. Das Verfahren dient der akuten Handlungsentlastung und ersetzt keine umfassende multimodale Diagnostik.

- **Reizreduktion vor Instruktion:** Keine moralischen Belehrungen während akuter autonomer Übererregung.
- **Körperorientierte Beruhigung:** Die Haltung des Therapeuten fungiert als externer physiologischer Anker.
- **Wiederherstellung der Kooperation:** Erst nach Rückkehr zum Ausgangserregungsniveau folgt die lösungsorientierte Einordnung.



Fokus für Therapeut*innen

Vermeiden Sie bei beginnender Eskalation langes Nachfragen nach dem "Warum". Nutzen Sie kurze, ruhige Ansagen und reduzieren Sie Blickkontakt sowie Sprechtempo gezielt.

2 Schritt-für-Schritt-Ablauf der Deeskalation



Der Ablauf gliedert sich in drei aufeinander aufbauende Phasen, die den Übergang von akuter Affektentlastung zu handlungsfähiger Selbstregulation sichern.

- **Phase 1: Reizunterbrechung** (Sekunde 0–30)
- **Phase 2: Nonverbale Co-Regulation** (Minute 1–5)
- **Phase 3: Gemeinsame Rekonstruktion** (Minute 6–15)



1 Schritt 1: Reizstopp und Sicherheitsbereich schaffen



Unterbrechen Sie sofort die frustrierende Aufgabe oder das Spiel. Schaffen Sie Raum, indem störende Gegenstände ruhig aus dem unmittelbaren Greifbereich entfernt werden. Wechseln Sie in eine seitlich versetzte Sitzposition ohne frontale Konfrontation.

2 Schritt 2: Nonverbale Co-Regulation aktivieren



Senken Sie die eigene Tonlage deutlich ab. Reduzieren Sie Sprache auf maximale Ein-Wort- oder Zwei-Wort-Signale ("Hier Pause", "Erst durchatmen"). Begleiten Sie dies durch sichtbar ruhige, verlangsamte Bauchatmung und entspannte Schultern als neuronales Spiegelangebot.

3 Schritt 3: Sensorische Erdung anbieten



Bieten Sie wahlfrei ein beruhigendes taktils oder propriozeptives Hilfsmittel an (z. B. Knetball, Kissen zum Festhalten, fester Stand beider Füße auf dem Boden). Drängen Sie das Hilfsmittel nicht auf, sondern legen Sie es in Sichtweite bereit.

4 Schritt 4: Affekt benennen und validieren



Sobald die motorische Unruhe nachlässt, spiegeln Sie kurz den erlebten Zustand ohne Bewertung: "Das war gerade extrem ärgerlich. Der Turm ist eingestürzt." Kein Belehren, kein "Aber du hast doch...".

5 Schritt 5: Rekonstruktion und Handlungsplan



Nutzen Sie das Thermometer-Modell oder Bildkarten, um den Auslöser kurz festzuhalten. Vereinbaren Sie genau einen nächsten Minischritt, um die Sitzung positiv und strukturiert fortzuführen.

3 Akut-Entscheidungsbaum bei Verhaltensspitzen



Orientierungshilfe zur schnellen Wahl der passenden Intervention je nach aktuellem Erregungsgrad des Kindes.

Welche Verhaltensreaktion zeigt das Kind aktuell in der Frustrationssituation?

Akute motorische Aggression (Gegenstände werfen, Treten)



Physische Sicherheit herstellen:

Abstand vergrößern, gefährdende Objekte wortlos wegräumen. Klare Schutzgrenze verbalisieren ("Ich Sorge dafür, dass hier alles heil bleibt"). Vollständiger Verzicht auf Erklärungen bis zur Entspannung.

Rückzug, Erstarrung oder lautstarkes Verweigern ("Ich mache gar nichts mehr!")



Druck sofort herausnehmen.

Nebeneinander sitzen, Blickrichtung in den Raum oder auf ein neutrales Objekt lenken. 2 Minuten Stille aushalten und sanfte Co-Regulation über eigene tiefe Ausatmung anbieten.

Verbale Beschwerde, beginnendes Weinen oder motorische Unruhe



Gefühl kurz verbalisieren ("Das ärgert dich riesig"). Knetball anbieten und gemeinsam drei tiefe Atemzüge ("Pustebäume") durchführen, bevor die Aufgabe in halber Schrittgröße neu gestartet wird.



Protokoll 6: Fallbeispiel und Verlaufskontrolle



4

Konkretes Praxisbeispiel aus der Einzelförderung

Praxisnahes Fallbeispiel zur Verdeutlichung der Technik bei Kindern mit hyperaktiv-impulsivem Schwerpunkt.

- **Ausgangslage:** Jonas (9 Jahre, Diagnose ADHS) spielt ein Regelspiel zur selektiven Aufmerksamkeit. Nach einem Fehlwurf fegt er die Spielfiguren vom Tisch, ballt die Fäuste und ruft lautstark, das Spiel sei unfair und blöd.
- **Intervention:** Der Therapeut greift nicht nach den Figuren, sondern lehnt sich ruhig zurück, atmet hörbar tief aus und legt beide Hände flach auf die Tischplatte. Er sagt mit tiefer, leiser Stimme: 'Stopp. Wir machen Pause.' Er schiebt das Spielfeld 30 cm weg und legt einen taktilen Noppenball auf den Tisch. Nach 90 Sekunden Schweigen greift Jonas nach dem Ball und beginnt ihn zu drücken. Der Therapeut validiert: 'Es ist total frustrierend, wenn ein Wurf danebengeht.'
- **Auflösung:** Jonas atmet aus und stimmt zu. Gemeinsam wird entschieden, vor dem nächsten Durchgang eine 'Zwei-Versuche-Regel' einzuführen.



Hinweis zur Dokumentation

Halten Sie Trigger, Dauer bis zur Wiederberuhigung und wirksame Co-Regulationsreize zeitnah fest, um im Team oder mit den Eltern konsistente Strategien abzustimmen.

5

Dokumentationsbogen: Deeskalationsverlauf & Co-Regulation



Dieses Protokollfeld dient der systematischen Erfassung von Frustrationsereignissen in der Therapiesitzung zur Verlaufskontrolle und Interventionsanpassung.

- Dokumentieren Sie die Beobachtungen unmittelbar im Anschluss an die Therapieeinheit.

Datum, Uhrzeit und Therapiesitzung Nr.:

.....

Konkreter Auslöser (z. B. Leistungsanforderung, Verlieren, unklare Instruktion):

.....
.....

Frühwarnzeichen vor dem Einbruch

(z. B. Muskelanspannung, Lautstärke, Atmung):

.....
.....

Eingesetzte Co-Regulations-Strategie

(z. B. Stille, Stimmabsenkung, Knetball):

.....
.....

Dauer bis zur Re-Stabilisierung (in Minuten)
sowie Reaktion des Kindes:

.....
.....

Ergebnisnotiz & Vereinbarung für Folgestunden

(z. B. verändertes Anforderungsniveau):

.....
.....
.....

Häusliche Morgenroutine und Reizpuffer – Leitfaden & Anwendung



1

Zielsetzung und Rahmenbedingungen



Dieses Protokoll dient Therapeuten und Fachkräften zur strukturierten Anleitung von Eltern und Bezugspersonen. Im Fokus steht die Etablierung einer reizarmen, verlässlichen Morgenroutine an Schultagen für Kinder mit ADHS. Ziel ist es, morgendliche Reizüberflutung und Eskalationen durch visuelle Strukturierung und feste zeitliche Puffer systematisch zu reduzieren.

- ✓ **Zielgruppe:** Bezugspersonen von Schulkindern mit ADHS oder ausgeprägten Exekutivfunktionsstörungen
- ✓ **Einsatzbereich:** Eltern-Coaching, Vorbereitung auf häusliche Übergänge, Schulpvorbereitung
- ✓ **Prinzip:** Externe Strukturierung ersetzt fehlende interne Handlungssteuerung am Morgen
- ✓ **Fokus:** Feste Reizpufferzonen ohne Bildschirme, akustische Hektik und Zeitdruck

i

Fachlicher Hinweis zur Anwendung

Dieses Protokoll dient der verhaltenstherapeutisch fundierten Strukturierungshilfe im häuslichen Umfeld. Es stellt kein Heilungsversprechen dar und ersetzt keine multimodale kinder- und jugendpsychiatrische Gesamtbehandlung.

2

Leitfaden für das Eltern-Coaching: Ablauf in 4 Schritten



Führen Sie die Bezugspersonen anhand dieses strukturierten 4-Schritte-Ablaufs durch die praktische Umsetzung der Morgenroutine. Besprechen Sie jeden Schritt detailliert und passen Sie die Bausteine an den individuellen Familienalltag an.

1

Schritt 1: Reizanalyse und Abendvorbereitung

Gemeinsam mit den Eltern typische morgendliche Reizauslöser identifizieren (z. B. Hektik, Fernseher, Diskussionen um Kleidung). Festlegen, welche Aufgaben verbindlich am Vorabend abgeschlossen werden (Kleidung bereitlegen, Schultasche packen, Frühstückstisch vorbereiten).



2

Schritt 2: Visuelle Ablaufleiste erstellen

Gemeinsam mit dem Kind eine lineare Bild- oder Symbolleiste mit maximal 4 bis 5 klaren Kernstationen anfertigen (z. B. Aufstehen, Frühstück, Anziehen, Zähneputzen, Ranzen aufsetzen). Jede erledigte Station wird durch Umklappen oder Klettmarkierung sichtbar beendet.



3

Schritt 3: 15-Minuten-Reizpuffer integrieren

Einen festen Puffer von 15 Minuten vor dem Verlassen der Wohnung einplanen. Diese Zeit ist absolut bildschirmfrei und dient dem ruhigen Übergang (z. B. Schuhe anziehen ohne Zeitnot, kurzes ruhiges Sitzen, trinken).



4

Schritt 4: Begleitende Elternhaltung und Reizreduktion

Die Bezugspersonen verpflichten sich zu kurzen, eindeutigen 1-Satz-Aufforderungen auf Augenhöhe statt wiederholter Zurufe aus Nachbarräumen. Reize im Raum werden minimiert (kein Radio/TV, kein lautes Geschirrkloppen).



3

Praxisszenario und Anwendungsbeispiel



Typische Ausgangssituation: Familie K. berichtet über tägliche Wutanfälle von Lukas (8 Jahre, Diagnose ADHS) vor Schulbeginn. Lukas trödelte beim Anziehen, verliert sich in Spielsachen und reagiert auf elterliche Mahnungen mit Frustration und Verweigerung. Häufig verlässt er das Haus aufgelöst und unkonzentriert.

- ✓ **Intervention:** Einführung einer Bildleiste an der Zimmertür (4 Stationen mit Piktogrammen)
- ✓ **Reizpuffer:** Wecker klingelt 20 Minuten früher; Kleidung liegt seit dem Vorabend nummeriert bereit
- ✓ **Regel:** Medienverbot für alle Familienmitglieder bis zum Verlassen der Wohnung
- ✓ **Beobachtetes Ergebnis nach 10 Tagen:** Lukas benötigt weiterhin Erinnerungen, orientiert sich jedoch selbstständig an der Bildleiste; morgendliche Eskalationen sanken von 5 auf 1 Vorfall pro Schulwoche.



Tipp für die Beratung

Lassen Sie die Eltern in der Sitzung demonstrieren, wie sie Anweisungen geben. Üben Sie den Wechsel von lauten Rufen aus der Küche hin zu ruhiger Ansprache auf Augenhöhe mit direktem Blickkontakt.



Entscheidungsmatrix & Verlaufsdokumentation



4 Entscheidungsmatrix: Anpassung bei morgendlichen Blockaden

Nutzen Sie diesen Entscheidungsbaum, wenn die Bezugspersonen von anhaltenden Widerständen oder Zeitverzögerungen während der Umsetzung berichten.



5 Verlaufskontrolle und Beratungsprotokoll



Dokumentieren Sie hier die Vereinbarungen der Eltern-Coaching-Sitzung sowie die Rückmeldungen aus der Nachbesprechung im Folgekontakt.

	Kind / Bezugspersonen & Datum des Erstgesprächs		
	Vereinbarte Kernstationen der Bildablaufeiste (z. B. 1. Waschen, 2. Anziehen...)		
	Konkrete Reizreduktionsmaßnahmen (z. B. Medienverzicht, vorbereitete Kleidung)		
	Dauer und Gestaltung des Reizpuffers vor Verlassen des Hauses		
	Ergebnisnotiz nach Erprobung (Häufigkeit von Eskalationen, Selbstständigkeit des Kindes)		
	Nächste therapeutische Schritte / Anpassungen im Eltern-Coaching		
	Verlaufskontrolle Elternarbeit	☐ Absprachen umgesetzt ☐ Rückmeldung erhalten	☐ Anpassungen vereinbart ☐ Nächster Termin festgelegt



PROTOKOLL 8: TRANSFER & ABSCHLUSS



Ziel und Praxiseinsatz

Dieses Protokoll dient der strukturierten Auswertung zum Abschluss einer Therapie- oder Fördereinheit bei ADHS. Es sichert den gezielten Transfer der erprobten Regulations- und Fokussierungsstrategien in den Alltag (Schule, Familie, Freizeit), dokumentiert das subjektive Erleben des Kindes und ermöglicht eine standardisierte Verlaufsbewertung für die nachfolgende Sitzungsplanung.

- Sicherung erarbeiteter Handlungsstrategien vor Stundenende
- Systematischer Abgleich zwischen kindlicher Selbstwahrnehmung und therapeutischer Verhaltensbeobachtung
- Formulierung verbindlicher, alltagsnaher Transferaufgaben für Familie oder Schule
- Kriterienbasierte Dokumentation zur fundierten Verlaufsbeurteilung



Praxis-Hinweis zur Zielanpassung

Die Bezeichnung **NeuroEquilibrium** beschreibt einen deskriptiv-praktischen Strukturierungsansatz zur Förderung des sensorischen und emotionalen Gleichgewichts. Sie beinhaltet kein Heilversprechen und ersetzt keine klinische Fachdiagnostik.



Leitfaden für den Sitzungsabschluss

Führen Sie den Abschluss strukturiert in vier Phasen durch. Planen Sie hierfür feste 8 bis 10 Minuten am Ende der Interventionseinheit ein.

- Feste Zeitgrenzen einhalten, um Hektik im Übergang zu vermeiden
- Visuelle Skalen nutzen, um Abstraktionsbarrieren für das Kind abzubauen

1 Signal zum Phasenübergang

Leiten Sie das Ende der aktiven Übung mit einem festen akustischen oder visuellen Ritual ein. Kündigen Sie die gemeinsame Reflexionsphase ruhig und bestimmt an.



2 Kindzentrierte Reflexion

Erfragen Sie mithilfe der visuellen Skalen das Befinden: Welche Regulationsübung hat heute am besten funktioniert? In welchem Moment stieg die Anspannung?



3 Konkrete Transfereinbarung

Wählen Sie exakt eine funktionierende Mini-Strategie für den Alltag aus. Definieren Sie gemeinsam den präzisen Auslöser und den Zeitpunkt der Durchführung zu Hause oder in der Schule.



4 Fachdokumentation und Zielabgleich

Halten Sie die Kernbeobachtungen unmittelbar nach Verabschiedung fest. Vergleichen Sie den aktuellen Zustand mit dem Ausgangsniveau zur Planung der Folgestunde.



Fallbeispiel: Transfer bei motorischer Unruhe

Praxisbeispiel zur Veranschaulichung einer wirksamen Alltagsübertragung bei ausgeprägter Hyperaktivität und Konzentrationsabbrüchen während der Hausaufgabenensituation.

- Patient: Paul, 9 Jahre, Diagnose ADHS (vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ)
- Stundenschwerpunkt: Wahrnehmung motorischer Übererregung und Einsatz der "Stopp-und-Druck"-Übung
- Zielerreichung in der Sitzung: Paul konnte Körpersignale für Unruhe benennen und nutzte ein Therapieknet-Kissen für 12 Minuten fokussiertes Arbeiten



3 tiefe Ausatmungen



Noppenkissen auf den Stuhl



5 Sekunden fest drücken



Erprobte Transfereinbarung

Vereinbarung für zu Hause: Vor Beginn der Mathematik-Hausaufgaben führt Paul 3 tiefe Ausatmungen durch und legt das Noppenkissen auf seinen Stuhl. Bei motorischem Impuls drückt er 5 Sekunden fest in die Knetmasse, statt vom Stuhl aufzuspringen.

Verlaufsdokumentation und Transfererfassung



Kind-Feedback und Selbstwahrnehmung

Gemeinsam mit dem Kind am Ende der Stunde auszufüllen. Verwenden Sie einfache Bewertungen und lassen Sie das Kind markieren oder ankreuzen.

- Skala: 1 = sehr schwer / unruhig, 5 = super gelungen / ausgeglichen
- Fokus auf gelungene Selbstwirksamkeitsmomente legen



Kind-Code / Pseudonym und Datum der Einheit

Heutiges Energielevel am Stundenende (Skala 1 bis 5 / Notiz)

Was hat mir heute am meisten geholfen, ruhig und aufmerksam zu bleiben?

Mein persönlicher 'Geheimtrick' für die Woche zu Hause / in der Schule:



Verlaufsdokumentation und Therapeutenbeobachtung

Strukturierter Dokumentationsbogen zur Erfassung von Regulationsparametern, Impulskontrolle und Interventionsverlauf.

- Dient als nachvollziehbarer Nachweis für den Gesamtverlauf der Förderreihe
- Ermöglicht kriteriengeleitete Anpassung der Reizdichte in Folgesitzungen



Beobachtete Impulskontrolle und Frustrationstoleranz (Verhaltensanker / Ausprägung):

Reaktionsmuster auf sensorische und kognitive Entlastungsangebote:

Vereinbarte Transferaufgabe mit Eltern bzw. Bezugspersonen:

Ergebnisnotiz & Konsequenz für die Zielstellung der Folgesitzung:



Wie stabil zeigte sich die Selbstregulation während der Anforderungsphasen?



Stabile Regulation mit geringer externer Prompting-Notwendigkeit



Schwierigkeitsgrad schrittweise erhöhen; Transferaufgabe um schulischen Kontext (z. B. Klassenraum) erweitern.



Wiederkehrende Übererregung oder Impulsdurchbrüche bei Aufgabenwechseln



Reizdichte in Folgestunde reduzieren; taktile Vorankündigung 2 Minuten vor Transitionsmomenten etablieren.