

Michael Bohne, Sabine Ebersberger (Hrsg.)

# Entwicklung empowern mit PEP

Prozess- und embodimentfokussiert arbeiten  
mit Kindern und Jugendlichen

Mit einem Geleitwort von Tobias Renner  
sowie Beiträgen von Stefan Bettels · Marie-Ann  
von Detten · Ulla Engelhardt · Stefan Fischer · Cornelia  
Götz-Kühne · Sandra Hehrlein · Julia Hennig · Gunter  
Joas · Stefanie Kirschbaum · Josephin Lorenz · Gabriele  
Maderböck · Mélanie Maur · Emanuel Pavlić · Claudia A.  
Reinicke · Bettina Rohse · Detlef Scholz · Anja Thürnau

2022

# Inhalt

Geleitwort .....	11
Vorwort .....	13
<b>I PEP im Kindes- und Jugendalter: Ausgewählte Praxisfelder .....</b>	<b>19</b>
<b>1 »Bei PEP tut sich in jedem Fall was!« PEP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....</b>	<b>20</b>
<i>Gunter Joas, Emanuel Pavlić</i>	
1.1 Was es mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf sich hat .....	20
1.2 Integration von PEP in die Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	23
1.3 Fallbeispiel: Alicia will ihr Problem überwinden .....	29
1.4 Resümee .....	30
1.5 Zentrale Aussagen .....	31
<b>2 Konzentration einfangen und Aufregung umlenken – ADHS mit PEP leichter gemacht .....</b>	<b>32</b>
<i>Claudia A. Reinicke</i>	
2.1 ADHS als Lebenskunst .....	32
2.2 Integration von PEP bei ADHS-Betroffenen .....	40
2.3 Fallbeispiel: Paul wird zum Klopfexperten .....	44
2.4 Resümee .....	46
2.5 Zentrale Aussagen .....	46
<b>3 Monster-Zähmung im Sorgenland – Kreative und spielerisch leichte Lösungswege für Kinder und Jugendliche mit Ängsten .....</b>	<b>47</b>
<i>Ulla Engelhardt</i>	
3.1 Ängste bei Kindern und Jugendlichen .....	47
3.2 Hypno trifft PEP – die Heldenreise .....	49
3.3 Fallbeispiel: Monster-Zähmung im Sorgenland .....	51
3.4 Resümee .....	58
3.5 Zentrale Aussagen .....	58

<b>4</b>	<b>»Inzwischen spüre ich schon eine Entlastung, wenn ich nur ans Tappen denke.« PEP in der Psychotherapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>60</b>
	<i>Cornelia Götz-Kühne</i>	
4.1	Traumatherapie in einer ambulanten Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie .....	60
4.2	Integration von PEP .....	62
4.3	Fallbeispiel: Isabel lernt, bei aufkommenden Drucksituationen zu klopfen .....	64
4.4	Resümee .....	67
4.5	Zentrale Aussagen .....	68
<b>5</b>	<b>Rabe Rudi und der Wutanfall – Mit Handpuppen und Monsterparcours belastenden Erinnerungen die Stirn bieten</b> .....	<b>69</b>
	<i>Gabriele Maderböck</i>	
5.1	PEP in der Traumatherapie mit Kindern .....	69
5.2	Integration von PEP in die Traumatherapie mit Kindern .....	73
5.3	Fallbeispiel: Der ausflippende Rabe .....	74
5.4	Resümee .....	77
5.5	Zentrale Aussagen .....	78
<b>6</b>	<b>»Ich bin ich, weil ich anders nicht sein kann!« Selbstwirksamkeit fördern bei Kindern und Jugendlichen aus dem Autismusspektrum</b> .....	<b>79</b>
	<i>Josephin Lorenz</i>	
6.1	Vielfalt im Autismusspektrum .....	79
6.2	Integration von PEP in die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen aus dem Autismusspektrum .....	81
6.3	Fallbeispiele .....	86
6.4	Resümee .....	89
6.5	Zentrale Aussagen .....	89

<b>7</b>	<b>»Jetzt bringe ich meine PS auf die Straße!« Hochbegabung entfalten und (er)leben mit PEP</b>	<b>91</b>
	<i>Mélanie Maur</i>	
7.1	Hochbegabung ist nicht gleich Hochleistung	91
7.2	Schritt für Schritt zum Ziel gelangen – bedürfnisorientiert zur Selbstwirksamkeit finden	93
7.3	Fallbeispiele	98
7.4	Resümee	102
7.5	Zentrale Aussagen	102
<b>8</b>	<b>Der Drang, ein Held zu sein – PEP bei exzessiver Mediennutzung</b>	<b>103</b>
	<i>Detlef Scholz</i>	
8.1	Phänomenologische Aspekte internetbezogener Störungen und Diagnosekriterien	103
8.2	Veränderungen von Beziehungen als Voraussetzung und Folge exzessiver Internetnutzung	106
8.3	Therapeutische Aspekte	108
8.4	Fallbeispiel: Max sucht neue Abenteuer	111
8.5	Zentrale Aussagen	113
<b>9</b>	<b>Reframen statt gamen! – Junge Menschen kreativ mit Smartphone &amp; Co für PEP gewinnen</b>	<b>115</b>
	<i>Josephin Lorenz</i>	
9.1	Kreative Intervention zur Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstwert	115
9.2	Integration von PEP in den kreativen Prozess	116
9.3	Fallbeispiel: Rettungskräfte aktivieren	118
9.4	Resümee	120
9.5	Zentrale Aussagen	120

<b>II</b>	<b>PEP in Krisensituationen von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>123</b>
<b>10</b>	<b>»So will ich nicht mehr leben!« PEP bei akuter Suizidalität von Kindern und Jugendlichen</b>	<b>124</b>
	<i>Emanuel Pavlič, Gunter Joas</i>	
10.1	Suizidalität in der Akut- und Krisenversorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie	124
10.2	Integration von PEP	126
10.3	Fallbeispiel: Marie erscheint das Leben aussichtslos	133
10.4	Resümee	136
10.5	Zentrale Aussagen	136
<b>11</b>	<b>»Du verstehst mich echt, kann das sein?« Was PEP bei der Chatberatung von Kindern und Jugendlichen leistet</b>	<b>138</b>
	<i>Marie-Ann von Detten</i>	
11.1	Beratung und Krisenintervention per Handy-Chat	138
11.2	Integration von PEP	139
11.3	Fallbeispiele – vier Chatverläufe	144
11.4	Resümee	152
11.5	Zentrale Aussagen	153
<b>III</b>	<b>PEP im Kontext von Schule und Kita</b>	<b>155</b>
<b>12</b>	<b>Dem inneren Meckern Gehör schenken – Unbewusste Loyalitätskonflikte mit dem ZieGe-Test transformieren</b>	<b>156</b>
	<i>Mélanie Maur</i>	
12.1	Beratung und Interventionsmöglichkeiten im lerntherapeutischen Prozess	156
12.2	Integration von PEP in das Wirkungsgefüge des Lernens – Möglichkeiten des Zugangs zum inneren Dialog	160
12.3	Fallbeispiel: »Ich darf immer besser werden!«	165
12.4	Resümee	168
12.5	Zentrale Aussagen	169

<b>13 »Was stimmt denn nicht mit mir?«</b>	
<b>PEP bei Mobbingprozessen im schulischen Kontext</b>	<b>170</b>
<i>Bettina Rohse</i>	
13.1 Mobbing als Trauma auslösendes Gruppenereignis	170
13.2 Integration von PEP	172
13.3 Fallbeispiel: Mia tanzt wieder	178
13.4 Resümee	179
13.5 Zentrale Aussagen	180
<b>14 »Klopfen, Kurbeln, Augenverdrehen«</b>	
<b>PEP und Peppo in der Grundschule</b>	<b>181</b>
<i>Stefanie Kirschbaum</i>	
14.1 Klopfen mit Grundschulkindern	181
14.2 Integration von PEP	182
14.3 Resümee	191
14.4 Zentrale Aussagen	191
<b>15 »Ich fungiere als Klopfanker der Kinder«</b>	
<b>Mit PEP die Resilienz und Selbstwirksamkeit</b>	
<b>von Grundschulkindern stärken</b>	<b>192</b>
<i>Stefan Fischer, Julia Hennig</i>	
15.1 Wedding-Schule: Beschreibung und Philosophie	192
15.2 Konkrete Anwendungsmöglichkeiten von PEP	
im schulischen Kontext	194
15.3 Resümee	204
15.4 Zentrale Aussagen	204
<b>16 »Tierisch gut!«</b>	
<b>Interaktives Kindertheaterstück für die Grundschule</b>	
<b>mit PEP-Vertiefungskursen</b>	<b>205</b>
<i>Sandra Hehrlein, Stefan Bettels</i>	
16.1 Gewaltprävention in der Grundschule	205
16.2 Theaterstück mit PEP-Vertiefungskursen	
für Grundschulkindern	207
16.3 Fallbeispiel: Faires Streiten	212
16.4 Resümee	212
16.5 Zentrale Aussagen	213

<b>17 »Wenn es »Peng-Puff« in meinem Kopf macht«</b>	
<b>Stressreduktion und Selbstfürsorge in der Kita mit dem »Gefühle-Klopf-Lied mit PEP«</b> . . . . .	<b>214</b>
<i>Anja Thürnau</i>	
<b>17.1 Selbsthilfekompetenz und Selbstwirksamkeitserfahrung für Kinder mit hohem Stressniveau</b> . . . . .	<b>214</b>
<b>17.2</b> Integration von PEP als Resilienzfördernde Methode für Kinder und pädagogische Fachkräfte in der Kita . . . . .	<b>217</b>
<b>17.3</b> Fallbeispiele . . . . .	<b>222</b>
<b>17.4</b> Resümee . . . . .	<b>225</b>
<b>17.5</b> Zentrale Aussagen . . . . .	<b>225</b>
<b>Glossar</b> . . . . .	<b>227</b>
<b>Literatur</b> . . . . .	<b>230</b>
<b>Über die Autor-innen</b> . . . . .	<b>242</b>
<b>Über die Herausgeber-innen</b> . . . . .	<b>245</b>

# Vorwort

## Warum ein Buch über Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) mit Kindern und Jugendlichen?

Viele unserer Diskussionen der vergangenen Jahre in Fachkreisen und in der Gesellschaft haben immer wieder verdeutlicht, wie vulnerabel Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung sind, wenn sie selbst Belastendes erfahren oder dies in ihrem Umfeld passiert. In keiner Phase des Lebens ändern sich Menschen so schnell und stark wie in Kindheit und Adoleszenz. Das betrifft die physische Entwicklung ebenso wie die psychische. Werden dann in einer Phase der biologischen Vulnerabilität fundamentale emotionale Kernbedürfnisse nicht erfüllt, können sich para- oder dysfunktionale Bewältigungsstrategien verfestigen (Höwler 2016; Loose, Graaf u. Zarbock 2013, 2015; Resch u. Parzer 2015).

Mittlerweile zählen psychiatrische Diagnosen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Hölling, Schlack u. Petermann 2014). Sie gehen mit einem hohen Risiko einher, sich zu chronischen Erkrankungen zu entwickeln (Kessler et al. 2012). Der Verlauf der Coronapandemie hat diesen Trend noch verstärkt. Die Belastung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien wächst (Ravens-Sieberer et al. 2021). Beinahe ein Drittel der Kinder leidet ein Jahr nach Beginn der Pandemie unter psychischen Auffälligkeiten, depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden nehmen zu (Lemm 2021).

Diese Entwicklungen, die sich auch in unseren Diskussionen widerspiegeln, führen uns stetig vor Augen, dass wir uns mehr um die nächsten Generationen kümmern müssen. Wir brauchen mehr Angebote an und Unterstützung für diejenigen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Diese Maßnahmen müssen, um ihre Wirkung nicht zu verfehlen, speziell auf die jungen Klient:innen<sup>1</sup> ausgerichtet sein. Inwieweit hier die Prozess- und Embodimentfo-

---

<sup>1</sup> Zum Einsatz des sog. Mediopunkts (·) äußern wir uns etwas später in diesem Vorwort.

kussierte Psychologie (PEP) ihren Beitrag leisten kann, wird in dieser Publikation aufgezeigt.

Für Leser:innen, die sich für den Einsatz von PEP bei Kindern interessieren, stehen bisher die im Carl-Auer Verlag erschienenen Bände *Klopfen für Kinder* (Kirschbaum u. Bohne 2021) sowie *Klopfen mit Kindern* (Reinicke u. Bohne 2019) zur Verfügung. Eine Publikation, die sich explizit an diejenigen wendet, die professionell mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, fehlte bisher. Mit dem vorliegenden Buch schließen wir diese Lücke und geben einen breiten Einblick in die Praxis der PEP-Interventionen mit Kindern und Jugendlichen. Eine ideale Ergänzung zu diesem Sammelband ist das Arbeitsbuch *PEP-Tools für Therapie, Coaching und Pädagogik. Interventionen und Arbeitsmaterialien zur Prozess- und Embodimentfokussierten Psychologie* (Bohne u. Ebersberger 2022b), in dem die wichtigsten PEP-Interventionen zum Wiederholen, Nachlesen und Reflektieren zusammengefasst und mit praktischen Arbeitsblättern angereichert sind.

Das vorliegende Buch enthält zahlreiche Beiträge unter anderem von Dozent:innen der Fortbildung der PEP-Kinder- und -Jugendkurse und weiteren sehr erfahrenen PEP-Anwender:innen. In der Zukunft kann es also auch als Lehrbuch zur theoretischen Vertiefung im Rahmen der PEP-Kinder- und -Jugendkurse genutzt werden.

### **Konzept des Buches**

In vorliegendem Buch dokumentieren wir, wie PEP sowohl in Psychotherapie und Coaching als auch im pädagogischen Kontext mit Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden kann. Wir beleuchten, wie Therapeut:innen, Ärzt:innen, Coachs, Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte PEP kreativ und innovativ in ihre Arbeit integrieren und wie sie PEP an der Schnittstelle zu anderen therapeutischen und pädagogischen Methoden anwenden.

Um dem oben genannten Anspruch der Wissensvermittlung gerecht zu werden und den Leser:innen den Zugang zur Expertise der Beitragsautor:innen zu vereinfachen, haben alle Beiträge, wie schon in Bohne und Ebersberger (2019), eine weitgehend einheitliche Struktur:

- Zu Beginn erhalten Sie, im Fokus des jeweiligen Beitrags, eine allgemeine Darstellung des Settings oder der Diagnose. Hier wird in der Hauptsache Faktenwissen vermittelt zu Epidemio-

logie, Diagnosekriterien, typischen Symptomen, Verlauf, möglichen Therapieansätzen, Besonderheiten und Herausforderungen des Settings.

- Daran schließt sich ein Abschnitt an, der im Detail diskutiert, wie PEP in den jeweiligen Kontext integriert werden kann. Ein oder mehrere Fallbeispiele illustrieren die Herangehensweise. Dieser Abschnitt jedes Beitrags vermittelt Praxiserfahrungen und zeigt neben dem vorher beschriebenen Kontext auf, wie interveniert wurde und welche Folgen bzw. Wirkungen sich daraus ergeben haben. Die Leser-innen können damit die beschriebene PEP-Intervention besser beurteilen, an der Erfahrung der Autor-innen partizipieren und das Wissen schneller in eigene Handlungen übersetzen. Diese Übersetzung in die praktische Anwendung wird durch weiterführendes Zusatzmaterial, das als Online-Material Teil der Publikation ist, vereinfacht und unterstützt.
- Nachdem ein Resümee den Beitrag abrundet, finden Sie am Ende jedes Kapitels die zentralen Aussagen des Beitrags noch einmal prägnant zusammengefasst. Wer also vor dem Lesen eines Kapitels schon gespannt auf die zentralen Aussagen ist, sei auf das Ende der Kapitel verwiesen.

Die gesamte zitierte Literatur wird über alle Beiträge hinweg in ein gemeinsames Literaturverzeichnis am Ende des Buches zusammengeführt. Wir verzichten auf kapitelweise Literaturverzeichnisse, da diese zu Doppelungen geführt hätten. Vor dem Literaturverzeichnis erläutern wir in einem kurzen Glossar Fachbegriffe der PEP, die vielleicht nicht unmittelbar bekannt sind.

Wir bemühen uns, die Texte in diesem Buch gendersensibel zu formulieren. Es geht uns darum, dass sich alle Menschen angesprochen fühlen und gleichermaßen von den Leser-innen mitgedacht werden. Typografisch verwenden wir den sog. Mediopunkt (·) als Experiment dafür, wie in einem Sammelband mit unterschiedlichen Autor-innen und unterschiedlichen Schreibstilen eine gendersensible Sprache aussehen kann. Der besseren Lesbarkeit wegen werden Artikel oder Adjektive im Singular in den meisten Fällen in der weiblichen Form dekliniert. An Stellen, an denen die jeweilige Geschlechtszugehörigkeit von Bedeutung ist, differenzieren wir sprachlich. Ob diese Herangehensweise letztendlich überzeugt, sind

wir auch nach Abschluss des Buches nach wie vor etwas unsicher.

### **Aufbau des Buches**

In *Teil I* des Buches (Kap. 1 bis 9) nehmen die Beiträge PEP bei häufigen Diagnosen und in ausgewählten Praxisfeldern im Kindes- und Jugendalter in den Blick. Dazu beginnen Gunter Joas und Emanuel Pavlič mit einer Werkschau zu PEP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kap. 1). Claudia A. Reinicke zeigt uns, wie ADHS mit PEP besser bewältigt werden kann (Kap. 2). Ulla Engelhardt findet kreative Lösungen für Kinder und Jugendliche mit Ängsten (Kap. 3). Wie PEP in der Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden kann, erfahren wir in den Beiträgen von Cornelia Götz-Kühne (Kap. 4) und Gabi Maderböck (Kap. 5). Kinder und Jugendliche aus dem Autismusspektrum stehen im Zentrum des Beitrags von Josephin Lorenz (Kap. 6). Mélanie Maur macht Hochbegabung zum Thema ihres Beitrags (Kap. 7). Neue Technologien werden von Detlef Scholz und Josephin Lorenz adressiert. Detlef Scholz befasst sich mit der Frage exzessiver Mediennutzung (Kap. 8), und Josephin Lorenz zeigt den Einsatz von Smartphone & Co zur Selbstwertstärkung bei Kindern und Jugendlichen (Kap. 9).

Welchen Beitrag PEP in Krisensituationen leisten kann, erfahren Sie in *Teil II* dieses Buches. Emanuel Pavlič und Gunter Joas geben Einblick in die Behandlung akuter Suizidalität mit PEP im Kindes- und Jugendalter (Kap. 10). Marie-Ann von Detten zeigt, wie PEP in die Chatberatung integriert werden kann (Kap. 11).

*Teil III* eröffnet Einblicke in ein junges Anwendungsgebiet der Prozess- und Embodimentfokussierten Psychologie: PEP in Schule und Kita (Kap. 12 bis 17). Mélanie Maur führt den ZieGe-Test zur Transformierung von Loyalitätskonflikten im Rahmen der Lerntherapie ein (Kap. 12). Bettina Rohse zeigt, wie PEP als Coachingmethode bei Mobbingprozessen eingesetzt werden kann (Kap. 13). In Stefanie Kirschbaums Beitrag spielt der Elefant Peppo bei der Anwendung von PEP in der Grundschule eine wichtige Rolle (Kap. 14). Ebenfalls im Setting Grundschule illustrieren Stefan Fischer und Julia Hennig, wie mit PEP die Resilienz und Selbstwirksamkeit der Kinder gestärkt werden kann (Kap. 15). Sandra Hehrlein und Stefan Bettels entführen uns in ihr interaktives Kindertheaterstück zur Gewaltprävention (Kap. 16). Für die Kita hat Anja Thürnau das »Gefühle-Klopf-Lied mit PEP« auf die Melodie von »Meine Oma fährt im Hühnerstall Motorrad« entwickelt. Die Autorin zeigt auf, wie

das Lied zur Stressreduktion stark belasteter Kinder und zur Selbstfürsorge für pädagogische Fachkräfte Anwendung finden kann (Kap. 17).

### **Hinweise zum Online-Zusatzmaterial**

Als Ergänzung zu den Inhalten dieses Bandes finden Sie online Schaubilder, Arbeits- und Informationsblätter als umfangreiches Zusatzmaterial. Ein Pfeil (→) weist Sie während des Lesens symbolisch darauf hin. Dieses Material können Sie in Ihrer praktischen Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen nutzen und Ihren Klient:innen, deren Eltern oder Bezugspersonen mit nach Hause geben.<sup>2</sup>

### **Dank**

Ein Vorwort bietet die schöne Gelegenheit, Dank auszusprechen. Unser ganz besonderer Dank richtet sich an alle Autor:innen, die unser Buchprojekt mit ihrem Praxiswissen, ihrer Zuverlässigkeit und ihrem Engagement erst ermöglicht haben. Wir danken auch den Mitarbeiter:innen des Carl-Auer Verlags für ihre freundliche und professionelle Begleitung, insbesondere Dr. Ralf Holtzmann und Nora Wilmsmann. Bei unserem Lektor Markus Pohlmann möchten wir uns vielmals dafür bedanken, dass er uns wieder einmal in jeder Hinsicht eine Unterstützung und Hilfe gewesen ist. Und unser Dank gilt natürlich auch allen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich auf PEP eingelassen haben und uns gezeigt haben, welche Potenziale in einer Selbstentwicklung mit PEP stecken.

*Hannover und München, im März 2022  
Michael Bohne und Sabine Ebersberger*

---

2 <https://www.carl-auer.de/entwicklung-empowern-mit-pep>.

# I PEP im Kindes- und Jugendalter: Ausgewählte Praxisfelder

# 1 »Bei PEP tut sich in jedem Fall was!« PEP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

*Gunter Joas, Emanuel Pavlić*

## 1.1 Was es mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf sich hat

Allein schon der Begriff Kinder- und Jugendpsychiatrie hat für viele Menschen immer noch eine eher abschreckende Wirkung. Obwohl psychische Erkrankungen inzwischen immer breiter diskutiert werden, fällt es vielen Familien schwer, die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie niederschwellig zu nutzen. Häufig mit der Konsequenz der Nichtbewältigung des Alltags oder des Zusammenbruchs im seelischen Erleben. Nicht selten ist erst dann der Punkt erreicht, an dem die Familien der betroffenen Kinder und Jugendlichen den Weg in die Kinder- und Jugendpsychiatrie wagen. Bis zur Entscheidung der Familie, in einen regulären therapeutischen Prozess in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzusteigen, kann es immer wieder zu ambulanten oder stationären Krisenvorstellungen kommen.

In den allerwenigsten Fällen ist es Idee der Kinder bzw. Jugendlichen, das Hilfesystem Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anspruch zu nehmen. Sehr oft sind psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen durch psychosoziale Belastungsfaktoren stark beeinflusst. Auch wenn der Anamneseerhebung und der Diagnostik aus schulmedizinischer Sicht im Rahmen einer Erstvorstellung eine übergeordnete Rolle zukommt, ist es wichtig, einen vertrauensvollen Zugang zu den minderjährigen Klient:innen zu entwickeln. Die Behandlung stellt generell einen Balanceakt zwischen einer einzeltherapeutischen und einer familientherapeutischen Vorgehensweise dar. Meist kommen die Kinder und Jugendlichen nicht aus eigenem Antrieb in die Klinik. Bestenfalls kommen sie einfach mit. Unsere Aufgabe ist, die Diagnostik als gemeinsamen Entdeckungsprozess mit ihnen zu gestalten und so einen ersten Schritt in Richtung einer hilfreichen Veränderung zu ermöglichen.

### 1.1.1 Einstieg

Beim ersten gemeinsamen Kontakt gilt es wertzuschätzen, dass die Klient-in mitgekommen ist. Man sollte dabei sowohl bei geplanten Kontakten, aber auch bei Krisenvorstellungen das Gespräch mit dem Kind beginnen und die Eltern dafür zuvor um deren Erlaubnis bitten. Es ist wichtig, gerade mit den die Klient-innen eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Es hat sich deshalb bewährt, den Klient-innen wertschätzend entgegenzutreten, sie von den Anwesenden jeweils als Erste zu begrüßen und ihnen anzubieten, erst einmal allein mit der Therapeut-in zu sprechen. Viele Klient-innen können dieses Angebot ohne Weiteres annehmen.

Zu Beginn des Gesprächs wird die Klient-in gefragt, wessen Idee es denn gewesen sei, heute hierherzukommen. Oftmals hat das Kind bzw. die oder der Jugendliche erst kurz zuvor erfahren, dass es zu einer Vorstellung in die Klinik kommen soll. Es bietet sich nun an, die Klient-innen erst recht zu loben, dass sie mitgekommen sind und, wenn sie schon da sind, die Möglichkeit zu einem Gespräch zu nutzen. Nur wie kann nun nach solch einem Einstieg das weitere Gespräch beispielhaft gestaltet werden, um die Klient-in und die Familie »abzuholen«?

### 1.1.2 Diagnostik als gemeinsamer Entdeckungsprozess

Im Sinne eines transparenten Vorgehens bieten sich visualisierende Techniken an, beispielsweise die Arbeit mit dem Flipchart. Zunächst wird gemeinsam mit den Klient-innen ein *Familiengramm* erstellt. Das bietet Raum, in spielerischer Weise etwas über den Familienkontext zu erfahren. Im nächsten Schritt werden die diversen Lebenskontexte Familie, Schule, Freizeit, Vorlieben etc. sehr ressourcenorientiert auf dem Flipchart vermerkt. Die Stärken der Klient-innen werden besonders hervorgehoben. Nach dem Herausarbeiten der Ressourcen und einer Runde erneuten Lobens stellt sich nun die Frage, weshalb der junge Mensch heute gekommen ist und welche guten Gründe es für die Vorstellung geben könnte.

Die guten Gründe: Die Angaben der Klient-innen werden in einer anderen Farbe auf dem Flipchart vermerkt. Auf Symptomebene werden sämtliche Anzeichen für das Problem vermerkt und auf einer Timeline eingezeichnet. Wann hat sich welches Symptom bzw.

Verhalten gezeigt? Welche Anlässe oder Ereignisse könnten mit dem Problem in Zusammenhang stehen?

Es bietet sich eine spielerische Skalierung der Problemschwere von 0 (»nicht vorhanden«) bis 10 (»schlimmer geht es nicht«) an. Weiter werden die Gedanken und Gefühle zu dem Problembereich abgefragt und ebenfalls auf dem Flipchart vermerkt.

Aus dem erhobenen Problembereich wird ein für den jungen Menschen stimmiger Satz für die Selbststärkungsübung abgeleitet, am Ende des Flipcharts aufgeschrieben und mit ihm eine Runde geklopft. Die Integration des Klopfens bereits im Rahmen der Erstvorstellung stärkt seine aktive Seite und eröffnet ihm Handlungsmöglichkeiten.

### **1.1.3 Auftragsklärung und Wahl des Settings**

Die Therapeut:in fasst dann alle Informationen anhand des Flipchartprotokolls zusammen und lobt die Klient:in für die tolle Arbeit, die nachher den Eltern gezeigt werden kann, wenn sie einverstanden ist. Die Therapeut:in holt sich ihr Einverständnis ein, das geschilderte Problem gemeinsam mit den Eltern zu besprechen und zu bearbeiten.

Anschließend werden die Eltern hinzugebeten und das gemeinsam Erarbeitete erläutert. Oftmals hören die Eltern völlig neue Aspekte (Fokusverschiebung). Die Eltern sind eingeladen, Ergänzungen vorzunehmen. Es folgt eine erste wertschätzende Hypothesenrunde zu den beschriebenen Problemen. Das Klopfen wird vorgestellt, und es bietet sich an, gemeinsam eine Runde zu klopfen. Den Klient:innen kommt dabei ein gewisser Expertenstatus zu. Es ist der erste fühlbare Schritt in eine lösungsorientierte Veränderung. Die Eltern werden eingeladen, mitzumachen. Damit wird auch verhindert, dass die Familie in eine ausgeprägte Problemtrance verfällt.

Gemeinsam werden dann aus dem entstandenen Ressourcenraum heraus die bestehenden Herausforderungen zusammengefasst, die jeweiligen Anliegen und Ziele festgehalten und anschließend der Behandlungsauftrag und das passende Setting geklärt. Wäre möglicherweise eine geplante tagesklinische, möglicherweise eine vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung sinnvoll? Genügt möglicherweise eine ambulante Psychotherapie? Vielleicht handelt es sich um eine kurze und ambulant handhabbare Krisenvorstellung, vielleicht ist eine vollstationäre Krisenintervention erforderlich.

Am Ende wird die Familie für die wertschätzende Zusammenarbeit und besonders die Klient-in für ihr Mitkommen nochmals wertgeschätzt. Die Familie wird eingeladen, die Protokolle auf dem Flipchart abzufotografieren. Die Therapeut-in erläutert, dass bei einem eventuellen nächsten Termin der erarbeitete Flipchart Protokoll wieder aufgehängt wird, um darauf dann die positiven Veränderungen zu ergänzen.

Wie auch immer Auftrag und passendes Setting letztendlich genau aussehen und wo auch immer »die Reise hingehen soll« – PEP lässt sich einerseits an verschiedenen Stellen der jeweiligen Behandlungsprozesse und andererseits auch bei verschiedenen Störungsbildern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anwenden. Daher möchten wir nach diesem Abschnitt als eine Art Appetizer in der Folge unsere Erfahrungswerte mit PEP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen einer Werkschau mit Ihnen teilen.

## **1.2 Integration von PEP in die Kinder- und Jugendpsychiatrie**

### **1.2.1 PEP in den verschiedenen Settings**

Die Anwendungsmöglichkeiten von PEP sind vielfältig. Schon beim *Erstkontakt*, der beispielhaft in der vorausgegangenen Einleitung illustriert wurde, kann PEP als erster Schritt hin zu einer Veränderung ausprobiert werden, sofern ein direkter Auftrag zur Veränderung vorliegt. Die gemeinsam formulierten Behandlungsziele und Gedankenfelder können, verfeinert und in Affirmationen »gegossen«, direkt eingesetzt, beschriebene parafunktionale Emotionen und Stresserleben können »beklopft« werden. Häufig beschreiben unsere Patient-innen schon hier, dass sich etwas tut, dass es sich irgendwie gut, gleichzeitig aber auch ungewohnt anfühlt. Die Belastung wird häufig als nicht mehr so greifbar oder aber auch als »weiter weg« beschrieben. PEP stellt in jedem Fall für die meisten unserer Patient-innen eine komplett neue Erfahrung dar.

Bei einem Teil unserer Patient-innen scheint die schnelle Veränderung für Skepsis (ob die Veränderung Bestand hat), Zweifel (ob das Problem ein echtes Problem war, wenn es nun schon besser sei) oder Verunsicherung (dass sich tatsächlich durch eigene Kraft eine erste Veränderung ergeben hat) zu sorgen. Manche Patient-innen bestehen – womöglich aus Gründen »innerer Abwehr« – sogar darauf,

dass es durch PEP keinen Deut besser sei, wenngleich ihr Embodiment positiv ist. Wie man also unschwer erkennen kann: Bei PEP tut sich in jedem Fall was!

Diese Dynamik kann in jedem anderen Setting und bei jedem weiteren Kontakt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie genutzt werden – beispielsweise auch im Rahmen von *ambulanten Kontakten*, die in unserer Klinik der Anbahnung einer tagesklinischen oder vollstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung dienen. Hier kann PEP als Soforthilfemaßnahme und wertvolle »Take-home-Überbrückungshilfe« bis zu einem Behandlungsbeginn im intensivierten Setting greifen.

Im (*teil*)stationären Setting bietet sich PEP als integrative Methode an, die problemlos in jeden Therapieprozess, ganz gleich welcher therapeutischen Schule, eingeflochten werden kann. PEP kann insbesondere in solchen Settings, in denen die Patient:innen den milieutherapeutischen Alltag miteinander bestreiten, sogar »identitätsstiftende« Technik und Kommunikationscode werden. Je besser Patient:innen PEP beherrschen, desto mehr entsteht ein wechselseitiger Austausch darüber. Nicht selten haben wir schon die Beobachtung gemacht, dass Patient:innen untereinander über die jeweiligen individuellen Affirmationen, Lieblingskloppunkte, die besten »Humorkative« und die kraftvollsten Sätze gesprochen und sich gegenseitig Tipps und Empfehlungen gegeben haben. Patient:innen, die sich in emotional aufgeladenen und stressbehafteten Situationen befinden, werden manchmal auch von Mitpatient:innen ans Klopfen erinnert. Hier genügt meist die Andeutung der Klopfbewegung in Richtung Brustbein.

In solchen intensiveren Behandlungsprozessen kann PEP sogar *als Familienkompetenz* etabliert werden. Viele Kinder und Jugendliche machen ihre Familien auf PEP neugierig, indem sie ihnen vom Klopfen und von ihren Rezepten oder »Lunchpaketen« erzählen. So können einerseits die Eltern und Geschwister unserer Patient:innen in die Welt von PEP eingeladen werden und sich stärken. Andererseits kann aber auch hier durch PEP eine gemeinsame Sprache entwickelt werden, ein Bezogenheit schaffendes Element, was jedem einzelnen Familienmitglied, aber auch dem Familienverbund einen »Selbstwirksamkeitsboost« verleihen kann.

Nicht zuletzt kann PEP auch im Rahmen *ambulanter oder stationärer Kriseninterventionen* eingesetzt werden. In diesen sehr zuge-

spitzten Situationen ist primär die Würdigung der schwierigen Situation unserer Patient:innen von hoher Bedeutung. Gerade in Krisen und auch in suizidalen Krisen finden sich die größten Chancen für Veränderung (Kap. 10). Behutsam und mit unseren Patient:innen Schritt haltend, kann PEP im Rahmen der Krisenintervention wieder den Raum für Möglichkeiten und Entwicklungen sichtbar, spürbar und erlebbar werden lassen.

### 1.2.2 PEP bei verschiedenen Diagnosen

PEP kann seine ganze Power bei psychischen Erkrankungen mit einer hohen emotionalen Beteiligung (z. B. Angsterkrankungen, akuten Belastungen oder posttraumatischem Stress) entfalten. Auch bei Erkrankungen, denen unbewusste bzw. vorbewusste negative Beziehungsmuster oder dysfunktionale Glaubenssätze zugrunde liegen (Anorexie, depressive Störungen), kann PEP sehr viel bewirken.

Es gibt jedoch auch *Einschränkungen*, was die Anwendungsbereiche und den Umfang der Interventionsmöglichkeiten betrifft, beispielsweise

- bei hochakuten psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Psychose, akute manische Exazerbation)
- bei akuten Intoxikationen – beispielsweise mit psychoaktiven Substanzen)
- im Bereich manifester Persönlichkeitsstörungen (abgesehen von emotionalem Stresserleben beispielsweise bei emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ).

Bei aller manchmal notwendigen Vorsicht kann PEP in jedem Fall, besonders hinsichtlich der Wirkung der Ressourcen(re)aktivierung, im Laufe eines Behandlungsprozesses einen wichtigen Beitrag zur Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen leisten.

Häufig entfaltet schon das »reine Klopfen« seine Wirkung, insbesondere als Tool zur Selbstregulation und Fokussierung. Dies gilt insbesondere, wenn wir Kinder und Jugendliche mit *ADHS* behandeln, die neben der Aufmerksamkeitsstörung Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität zeigen, sprich in ihrer Selbstlenkung eingeschränkt sind. Wir denken aber auch an Patient:innen, deren Anspannung sich auf andere Art und Weise äußert, beispielsweise als *Tic-Störungen*, sonstige *psychomotorische Unruhe*, *Einschlafstörun-*

gen oder als *steuerbar erlebter Stress bei Borderline-Patient-innen*: Das Klopfen kann schon hier direkt als hilfreiches und selbstwirksam anwendbares Instrument, als Werkzeug zum »Runterkommen« angewendet werden.

Nimmt man weitere spezifische Wirkbereiche von PEP bei verschiedenen Diagnosen in den Fokus, so ist die Behandlung von Ängsten und Angststörungen die Hauptindikation von PEP. Die dabei typische große emotionale Beteiligung kann mit PEP ideal aufgegriffen, genutzt und transformiert werden.

Bei unseren jüngeren Patient-innen spielen die »*emotionalen Störungen des Kindesalters*« neben den »adulten Formen« der Angst eine wichtige Rolle. Themen wie *Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit oder Geschwisterrivalität* sind zwar im Kindesalter in einem gewissen Rahmen normal. Bei unseren Patient-innen sind diese Themen jedoch übersteuert, nehmen manchmal derart viel emotionalen Raum ein, dass bestimmte alltägliche Aufgaben nicht mehr bewältigbar scheinen (wie der Schulbesuch bei Trennungsängsten). Nicht selten bestanden vorher bereits Ängste bei anderen Mitgliedern des Familiensystems, die einen optimalen Nährboden für die emotionalen Störungen der Kinder bildeten. Es kann sich also lohnen, bei den Störungen auch das Familiensystem in den Blick zu nehmen und PEP auch dort zu integrieren.

Schaut man nun gezielt auf die beschriebenen Ängste und auf adulte Angstformen wie *Panikstörungen, spezifische Phobien, soziale Phobien* etc., sehen wir einerseits deren hohe emotionale Komponente, für die »reines Klopfen« schon eine gute Behandlungsvariante darstellt. Sehr häufig spielen *unzureichend befriedigte Bedürfnisse* (z. B. das Bedürfnis nach Sicherheit oder nach Beziehung) eine große Rolle.

Der Blick auf die Big-Five-Lösungsblockaden zeigt bei unseren Patient-innen mit Angststörungen häufig: *Selbstvorwürfe* und *Altersregressionsphänomene* sind an der Tagesordnung. Eine Bearbeitung dieser Thematiken sorgt häufig und rasch für eine deutliche Reduktion der Angstsymptomatik. Bei *Ängsten mit Generalisierungscharakter*, die sich als hartnäckig erweisen, lohnt in jedem Fall der Einsatz des Kognitions-Kongruenz-Tests (KKT) – oder, systemisch gesehen, ein Blick auf die guten Gründe für die Hartnäckigkeit der Symptomatik. Nicht selten können durch entsprechende Transformationen Veränderungen herbeigeführt werden – Veränderungen im Sinne

eines positiven Embodiments und dadurch einer spür- und erleb-  
baren inneren Lösung der vorigen Blockade. Auch bei unseren jun-  
gen Patient:innen mit *Zwangsstörungen*, bei denen häufig eine stark  
affektive, insbesondere mit Angst besetzte Komponente im Hinter-  
grund wirkt, kann PEP sich auf ähnliche Art als Hilfe erweisen.

Der beschriebenen Systematik folgend, finden sich ferner er-  
fahrungsgemäß Anwendungsmöglichkeiten bei Patient:innen mit  
Reaktionen auf schwere oder als bedrängend erlebte Belastungen.  
Bei *Anpassungsstörungen*, *akuten Belastungsreaktionen* (z. B. wenn  
Patient:innen einen vorübergehenden psychischen Schock im Rah-  
men einer Ausnahmesituation erlitten haben) und *posttraumatischem  
Stress*, insbesondere im Rahmen von einmaligen traumatischen Er-  
lebnissen (sog. Typ-I-Traumata), können das »reine Klopfen« und Si-  
cherheit spendende Affirmationen Abhilfe schaffen.

PEP kann gut mit anderen Techniken kombiniert werden. So ha-  
ben wir bei der Behandlung von Traumafolgestörungen sehr gute  
Erfahrungen mit der Kombination mit EMDR (Eye Movement De-  
sensitization and Reprocessing) gemacht. Während beispielsweise  
mit EMDR schwerpunktmäßig die wiederkehrenden traumatischen  
Erinnerungen bearbeitet wurden, stand beim Klopfen die Bearbei-  
tung der Übererregbarkeit (Hyperarousal) im Vordergrund.

Führt man sich die diagnostische Brille (Bohne 2021, S. 40) vor  
Augen, so richten wir unter Berücksichtigung *dys- bzw. parafunk-  
tionaler Emotionen* nun den Fokus vermehrt auf die dys- bzw. para-  
funktionalen Glaubens- und Beziehungsmuster, um die Behandlung  
jener Störungsbilder zu beleuchten, die ihren ursächlichen Schwer-  
punkt eher in diesem Bereich haben. Eine vertrauensvolle und trag-  
fähige therapeutische Beziehung ist unserer Erfahrung nach grund-  
legend für eine gute, schrittweise Bearbeitung dieser Thematiken.  
Für viele unserer Patient:innen ist das Ergründen tiefer liegender  
Thematiken absolutes Neuland. PEP bietet hier insofern eine gute  
Einstiegsmöglichkeit, als anfänglich auch im »verdeckten Modus«  
gearbeitet werden kann und so eine schrittweise Annäherung an die  
Themen unserer Patient:innen gelingt. Als therapeutische Grund-  
haltung bietet sich dabei an, behutsam und respektvoll, gleichzeitig  
locker, zutrauend sowie im besten Sinne »un-verschämt« zu sein  
und vorzugehen.

Wenn wir nun auf die diesbezüglichen spezifischen Diagnosen  
blicken, so sehen wir sehr viele Patient:innen in der Kinder- und

Jugendpsychiatrie, die an einer *depressiven Störung* leiden. Neben den Kardinalsymptomen depressive Stimmung, Antriebsarmut und Interessensverlust bestehen fast immer schwere Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens. Diese Patient:innen erleben häufig ihre Selbstakzeptanz als nicht vorhanden und richten fast immer massive Selbstvorwürfe gegen sich. Die behutsame Arbeit mit Affirmationen mit anfänglich starken Verdünnungen kann neben der schrittweisen Bearbeitung der Big-Five-Lösungsblockaden im Rahmen eines therapeutischen Gesamtbehandlungskonzepts häufig erste Veränderungen möglich machen. Zugrunde liegende psychodynamisch relevante Themen können mit dem Kognitions-Kongruenz-Test (KKT) angegangen werden. Nicht selten vermag das Tool hier schnell einige innere rote Ampeln aufzudecken, die als Ansatzpunkte für eine gelingende weitere Behandlung dienen können.

Dem KKT kommt in dieser Weise insbesondere bei der Behandlung von Patient:innen mit *Anorexie* eine sehr große Bedeutung zu. Diesem Störungsbild liegen fast immer vor- bzw. unbewusste Prozesse zugrunde, die im Rahmen der »Probebohrungen« durch den KKT hochgespült und greifbar gemacht werden können. Beim KKT und der Bewertung, was sich stimmig oder unstimmig anfühlt, haben die Patient:innen selbstverständlich die Entscheidungshoheit. Ihre ersten unmittelbaren Reaktionen auf die ausgesprochenen Testsätze (welche noch Unstimmigkeit aufweisen können, aber manchmal von den Patient:innen dennoch als stimmig bewertet werden) können wertvolle Informationen über die jeweilige Psychodynamik enthalten. So vermögen sie Ansatzpunkte für die weitere Behandlung zu liefern, zu deren Bearbeitung die Patient:innen zum Zeitpunkt der Exploration vielleicht noch nicht bereit waren.

Übrigens – PEP ist auch bei Patient:innen mit *psychosomatischen Beschwerden und somatoformen Störungsbildern* erfolgreich eingesetzt worden. (Bei Jugendlichen findet sich häufig eine undifferenzierte Somatisierungsstörung.)

Nicht zuletzt ist PEP in Bereichen hilfreich, bei denen Reden nicht nur nicht reicht, sondern auch nicht ausreichend möglich ist. Ob das nun eine Störung wie der *elektive Mutismus* ist, an dem sich Therapeut:innen sonst gerne die Zähne ausbeißen und es am liebsten hätten, dass die Patient:innen sofort wieder mit dem Sprechen beginnen, oder ob es sich um *Patient:innen mit Sprachbarriere* wie *unbegleitete minderjährige Geflüchtete* handelt: Die nonverbale Wirke-

bene von PEP kann hier voll ausgeschöpft werden und Handlungsspielräume für Patient:innen und Therapeut:innen eröffnen.

Es lässt sich unschwer erkennen: PEP ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits in vielen Punkten Bestandteil unserer Behandlungen und ein nicht mehr wegzudenkender Teil unseres Werkzeugkoffers. Unsere bisherigen Erfahrungen, die auf den Fortbildungsinhalten von PEP I und PEP II beruhen, sind dabei vielversprechend! Einige unserer Mitarbeiter:innen werden in Kürze die Weiterbildung mit den Inhalten aus PEP III abschließen. Wir sind daher sehr gespannt, wie wir die noch unbekannteren Inhalte, Neuentwicklungen und Verfeinerungen von PEP in unsere Behandlungen integrieren werden, und freuen uns bereits jetzt auf die neuen guten Erfahrungen!

### 1.3 Fallbeispiel: Alicia will ihr Problem überwinden

Die 11-jährige *Alicia* ist auf eigenen Wunsch und auf den Wunsch ihrer Eltern auf unserer Kinderstation aufgenommen worden, nachdem sie seit nunmehr zehn Wochen ihre Nahrungsaufnahme immer mehr reduziert und immer schneller Gewicht verloren hat. Nur noch die Aufnahme klarer Brühe ist ihr möglich, bei allen anderen Speisen befürchtet Alicia, erbrechen zu müssen. Ferner hat sie sich nach eigener Aussage ungefähr im selben Zeitraum immer mehr zurückgezogen, ist nicht mehr ihren Hobbies nachgegangen und hat die vergangenen beiden Wochen vor der Aufnahme auch nicht mehr die Schule besuchen können. Wie ihre Eltern berichten, hat Alicia einen »Hygienetick« entwickelt und ihre Hände immer häufiger waschen müssen, die nun wund gescheuert sind. Die Eltern äußern im Erstgespräch, dass Alicias Problematik womöglich mit der Krebserkrankung des Vaters zu tun hat, der vor ungefähr drei Monaten eine Chemotherapie begann. Die Eltern und Alicia wünschen sich, dass Alicia körperlich wieder zu Kräften kommt und lernt, ihre Ängste zu überwinden.

Im Rahmen des differenzierten und hochstrukturierten (milieu)therapeutischen Konzepts der vollstationären Behandlung wird neben der körperlichen Restitution Alicias der Fokus auf die ihrer Problematik zugrunde liegenden Thematiken gelegt. In diesem Zuge kommt auch PEP zum Einsatz. Bei der Bearbeitung der Angst bewirkt das Klopfen zunächst keine für Alicia erlebbare Veränderung.

## 2 Konzentration einfangen und Aufregung umlenken – ADHS mit PEP leichter gemacht

*Claudia A. Reinicke*

### 2.1 ADHS als Lebenskunst

Wenn wir über ADHS lesen, entdecken wir meistens Beschreibungen von Menschen, welche in den Bereichen Aufmerksamkeitseinschränkungen, Hyperaktivität und Impulsivität ein durchschnittliches Maß deutlich überschreiten. Diese drei Auffälligkeitsbereiche stellen die Hauptsymptome der diagnostischen Kriterien dar, die laut Definition mindestens sechs Monate in mehreren Lebensbereichen (z. B. Schule, Familie) auftreten müssen, eine Abweichung der alters-typischen Entwicklung repräsentieren und mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im Alltag einhergehen. Laut Robert Koch-Institut sind von ADHS weltweit ca. 5 % aller Menschen betroffen (Göbel et al. 2018).

Wenn wir von ADHS hören, kommen uns meist Beschreibungen bzw. Beschwerden zu Ohren, von – in den meisten Fällen – Kindern, die unruhig, zappelig unkonzentriert und häufig unwirsch sind, sich selbst oft nicht unter Kontrolle haben, Aufgaben nicht zu Ende führen können, in ihren Peergroups nicht angemessen »performen« und häufig den Anforderungen des Alltags nicht gerecht werden. Und wir hören von Jugendlichen, die während der Pubertät außer Rand und Band sind, kaum kontrollierbar, (fast) jede Grenze missachten und ziemlich häufig auf die schiefe Bahn geraten. Heutzutage erfahren wir auch mal von Erwachsenen, die immer wieder den Job wechseln, den Überblick bei verschiedenen Aufgaben nicht behalten, sondern hyperfokussiert Aufgabendetails in viel zu langer Zeit erledigen, manchmal jähzornig und impulsiv sind, in ihren Beziehungen nicht so richtig klarkommen und einfach die »reinsten Chaot-innen« sind. (Die aufgezählten Symptome sind im DSM-5 [American Psychiatric Association 2015] oder ICD-11 [WHO 2022] nachzulesen.) Von den Ruhigen, Verträumten, oft scheinbar nicht

Anwesenden, ihre Fähigkeiten nicht nutzenden »ADSlers-innen« hören wir viel seltener.

Wenn wir Menschen mit ADHS antreffen, begegnen wir meist sehr feinfühligen Personen, die so empfindliche Antennen haben, dass sie sofort merken, ob ihr Gegenüber sie leiden mag oder nicht – manchmal vielleicht sogar rascher als wir selbst. Wir begegnen da Menschen, die oft mit viel Humor durchs Leben gehen, vor Energie sprühen, scheinbar nicht müde werden, rund um die Uhr arbeiten, wenn auch nicht immer mit dem gewünschten Erfolg, die sich manchmal in Projekten verrennen, Misserfolge vermeintlich gut wegstecken oder sogar ignorieren. Dabei haben wir es einfach nur mit »Lebenskünstler-innen« zu tun, denen es gelungen ist trotz der unablässigen negativen Rückmeldungen aus der Umgebung (»Passt doch mal auf!«; »Nie gibst du acht!«; »Sitz doch mal still!«; »Kannst du dich nicht einfach normal konzentrieren?«; »Hast du mir schon wieder nicht zugehört?«; »Das hast du ja wieder nicht hingekriegt!«; »Das haben wir doch jetzt schon so oft besprochen!«; »Mit dir kann man ja nicht reden!«; »Das ist alles viel zu riskant.«) den Kopf nicht in den Sand zu stecken, sondern irgendwelche Strategien zu entwickeln – ob bewusst oder unbewusst, sei dahingestellt –, um mit ihren Besonderheiten in dieser Welt zurechtzukommen. Sie haben aufgrund dieser vielen »selbstwertkillenden« Rückmeldungen im tiefsten Innersten ein sehr negatives Selbstbild entwickelt, das nach außen oft durch Überheblichkeit, innere Distanzierung und umgekehrte Attributionen (»Die anderen sind schuld.«) verdeckt und dadurch oft übersehen wird. Nicht selten entwickeln sich daraus auch depressive Züge, Verweigerungshaltungen, lange motivationale Durststrecken oder einfach heftige Burn-outs. Aber auch aus tiefen Krisen erheben sich die Betroffenen häufig wie ein Phönix aus der Asche und agieren kreativ und geschäftig bis zum buchstäblichen Ende.

### 2.1.1 Epidemiologie

Heutzutage wissen wir, dass die Auffälligkeiten häufig schon im Kleinkindalter beginnen können, aber nicht müssen, und gelegentlich erst viel später entdeckt werden können als bislang gedacht. Erst im aktuellen DSM-5 wurde das Alterskriterium für das Auftreten der ersten syndromspezifischen Symptome auf das 12. Lebensjahr angehoben. Laut Schlack et al. (2007) liegen die Prävalenzen zwi-

schen 2,9 % im Vorschulalter und bis zu 7,9 % bei Jugendlichen. Die Diagnose wird also im Schulalter am häufigsten gestellt, weil die Betroffenen im bestehenden System ganz besondere Schwierigkeiten hervorrufen und weil deshalb in diesem Lebensabschnitt auch am häufigsten nach Unterstützung gesucht wird.

Die Diagnose wird bei Jungen ungefähr viermal häufiger gestellt als bei Mädchen. Dies hat zum einen genetische Gründe und liegt zum anderen wahrscheinlich daran, dass Jungen häufig mehr hypermotorische Merkmale aufweisen und deshalb sehr viel auffälliger wirken und stärker in den Fokus geraten als der Anteil Mädchen, die eher verträumt und unaufmerksam sind. Dabei kann das Auftreten massiver Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, natürlich nach Ausschluss von Differenzialdiagnosen (Minderbegabung, Beeinträchtigung schulischer Fertigkeiten wie Lese-Rechtschreib-Störung und Dyskalkulie, Hörverarbeitungsstörung, Anpassungsschwierigkeiten, traumatische Erlebnisse etc.), bereits das Stellen der Diagnose ADHS rechtfertigen.

Interessanterweise sind die genannten Zahlen über die letzten Jahrzehnte hin weg ziemlich konstant geblieben. Ich selbst arbeite nun seit ca. 30 Jahren mit großer Freude mit Menschen, die nach allen Regeln der Kunst den diagnostischen Kriterien von ADHS entsprechen. Ich möchte hier aus eigener Erfahrung einige Anmerkungen machen:

Häufig berichten Eltern retrospektiv, dass bereits das Baby auffällig war. Allerdings scheint es genauso auch sog. Easy-to-handle-Babys unter den später ADHS-Diagnostizierten zu geben. Im Kindergartenalter fallen diese Kinder bereits häufig schon deutlich auf, werden aber seltener diagnostiziert, weil es in diesem Lebensabschnitt eine altersgemäße Hyperaktivität gibt und sich die Diagnostik deshalb schwieriger gestaltet.

Am häufigsten wird die Diagnose ADHS oder ADS im Schulalter gestellt. Lange Zeit glaubte man, die Symptomatik müsse bereits im Grundschulalter auftreten, weswegen häufig Jugendliche oder junge Erwachsene undiagnostiziert blieben, wenn ihre Symptomatik nicht so stark ausgeprägt war oder sie mit sehr geschickten Eltern und Grundschullehrer-innen gesegnet waren. Heutzutage ist klar, dass die Auffälligkeit erst im Erwachsenenalter erstmalig diagnostiziert werden kann. Ein Blick in die Wortbeiträge der Grundschulzeugnisse kann bei diagnostischen Erhebungen von Erwachsenen sehr

erhellend sein. Im Übrigen bleibt die Symptomatik bei manchen bis ins hohe Alter erhalten.

Neben dem Wissen über die Existenz einer genetischen Vulnerabilität für ADHS halte ich es für sehr wichtig und effizient, ADHS im Sinne von Barkley (Barkley 1997; Barkley et al. 2002) als eine von den katecholaminergen Neurotransmittersystemen verursachte Aktivitätsregulationsproblematik zu verstehen, die Probleme in den exekutiven Funktionen wie Verhaltenshemmung, Selbststeuerung und Arbeitsgedächtnis aufwirft – alles Prozesse, deren Steuerung Aktivitäten im präfrontalen Kortex voraussetzt. Diese Sichtweise impliziert unmittelbar einen Teil der therapeutisch relevanten Ziele und lässt die Frage nach dem Einfluss von Bottom-up-Techniken leicht herstellen – aber dazu später.

### 2.1.2 Diagnostik

Zur Diagnostik gehören ganz klar mindestens ein Leistungstest, unterschiedliche Aufmerksamkeits-tests, bei Kindern die Beobachtungen in einer Peergroup, ausführliche Anamnese mit Eltern und Pädagog:innen und ggf. differenzierte Abgrenzung von Teilleistungsauffälligkeiten. Ich mache bei Verdacht auf ADHS aus Erfahrung eine Intelligenztestung, wenn möglich in der allerersten Einzelsitzung mit dem Kind. Solange Menschen mit ADHS in einer neuen Umgebung sind, in der sie sich noch nicht auskennen und sich noch keine Gewohnheiten ausgebildet haben, ist ihr Leistungspotenzial in der Regel viel besser abrufbar. Ich halte eine Testung in der Eins-zu-eins-Situation für unabdingbar, weil sonst ADHS-spezifische Symptome vom Testleiter als solche nicht bemerkt und als mangelnde Leistungsfähigkeit fehlinterpretiert werden könnten.

Tatsächlich vereinbare ich meist eine Testsitzung für einen ganzen Vormittag, sodass die Intelligenztestung gleich zu Beginn, wenn die Klient:innen noch frisch sind, stattfinden kann und im Anschluss die Aufmerksamkeitsdiagnostik durchgeführt wird, was zusammen ungefähr der zeitlichen Belastung eines Schulvormittags entspricht.

Die Testergebnisse und -profile nehme ich zum Anlass, weitere diagnostische Tests in Betracht zu ziehen mit dem Ziel, eine bessere differenzialdiagnostische Abgrenzung zu erreichen und damit eine spezifischere Beratung im schulischen Bereich zu ermöglichen.

### 2.1.3 Therapieansätze

Aus der Verhaltenstheorie kommend, habe ich zu Beginn meiner therapeutischen Praxis vor allem mit Techniken gearbeitet, deren Wirksamkeit belegt ist: direkte verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Kind und selbstverständlich auch mit den Eltern. Schon damals war für mich aus meinen Erfahrungen in meinen studienbegleitenden Praktika offensichtlich, dass das Einbeziehen des Umfelds, von Kindergarten, Schule, Freizeitinstitutionen, für den Erfolg höchst relevant ist. So wurde das Trainieren von Handlungsorganisation, angemessenen Verhaltensweisen, sozialer Kompetenz, des angemessenen Ausdrucks von Gefühlen, das Bewältigen alltäglicher Routinen bei grundlegenden schulischen Fertigkeiten und vieles andere mehr zum Kernstück meiner therapeutischen Interventionen.

Zum Differenzieren von explosiven und funktionierenden Situationen, zur Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen, zur Steuerung des kindlichen Verhaltens sowie zur Selbstbeobachtung und zur Erlangung von mehr Selbstkontrolle im elterlichen Erziehungsstil habe ich ein *Elterntraining* entwickelt, aufbauend auf einer ressourcenorientierten Betrachtung des Kindes. Grundlage ist für mich immer eine ausführliche Diagnostik, die klare Analyse von Problemsituationen und das Schaffen von Verständnis für deren Entstehung – auf allen Seiten! Vor allem mit positiver, ressourcenorientierter Kommunikation und situationsangepasster Zielfokussierung habe ich versucht, das Umfeld mit ins Boot zu bekommen (Reinicke 2015). Formulierungen wie »Sie als Lehrerin wissen im alltäglichen Umfeld des Kindes viel besser als ich als dessen Therapeutin, die das Kind ja gar nicht so gut kennt, an welcher Stelle wir anfangen sollten« oder »Jetzt bin ich wirklich froh, denn Ihre Beschreibung der Auffälligkeiten des Kindes entspricht ganz den Ergebnissen meiner Diagnostik!« halfen oft, die Mitwirkungsbereitschaft zu erhöhen, neben einer ausführlichen, neurophysiologisch begründeten Erklärung der typischen Symptomatik (ebd.).

Natürlich spielte auch die Medikation in der Behandlung meiner Klient:innen schon immer eine Rolle, da die Wirksamkeit der Kombination aus Verhaltenstherapie und Medikation mit Methylphenidat wissenschaftlich belegt ist und sich als Königsweg der Behandlung erwiesen hat (z. B. Ludolph u. Pflazer 2013, S. 12). Allerdings lautet

mein Motto: »So viel wie nötig, so wenig wie möglich«, und ich bevorzuge eine möglichst undogmatische Vorgehensweise. Das heißt, für mich ist der medikamentöse Therapiebedarf offensichtlich, wenn Schullaufbahn und vorhandene intellektuelle Fähigkeiten auseinanderdriften oder Eltern ihre Kinder nicht mehr aushalten können. Demzufolge gehören für mich die Vermittlung entsprechender Ärzt:innen und die Zusammenarbeit mit diesen genauso wie das Erklären der Wirkungsweise von Methylphenidat mit dem Ziel, die Compliance bei Kind und Eltern zu schaffen, selbstverständlich dazu.

Meiner persönlichen Erfahrung nach wird jedoch viel zu oft, zu früh und manchmal auch mit leicht übergriffigem Nachdruck nach dem Medikament gegriffen, ohne möglichen hilfreichen Veränderungen in der Umgebung Zeit zum Wirken zu geben. Gemeint sind damit z. B. kurze Signale des Lehrpersonals, um den Arbeitsbeginn bemerkbar zu machen, Veränderungen des Sitzplatzes bzw. der Arbeitsbedingungen in der Schule, das Einführen von Ernährungsveränderungen, das Etablieren vermehrter Routineabläufe im Alltag, um z. B. der Vergesslichkeit beim Einpacken des schulischen Materials entgegenzuwirken, und vieles andere mehr. Den Eltern, die ihr Kind aufgrund kritischer Berichte über die Medikationsbehandlung gerne ohne Medikation durch welche Schule auch immer begleiten wollen, wird damit das Leben häufig unnötig schwer gemacht, weil die Verabreichung von Methylphenidat oft als allein selig machender Königsweg angesehen wird.

Im Laufe der Jahre habe ich ganz en passant in diversen Therapiesituationen hypnotherapeutische Elemente integriert. Abgesehen von sprachlichen Mustern, die die Motivation aller Beteiligten verbesserten, hielten verschiedene weitere Techniken Einzug in meine Arbeit mit diesen Lebenskünstler:innen. So z. B. Geschichten und Metaphern, die unbewusste Lösungsprozesse anregen, die Arbeit mit inneren Anteilen, die den Beteiligten oft sehr augenscheinlich bewusst macht, dass nicht das ganze Kind so anstrengend ist, sondern nur ein Teil seiner Persönlichkeit, sowie Imaginationen »funktionierender« Situationen und vieles andere mehr. Das Zusammenspiel dieser verschiedenen Techniken ist in dem von mir entwickelten KIKOS®-Kompass enthalten.

**KIKOS®**, der Kompass zur Integration komplexer Systeme –  
bringt Leichtigkeit in den Alltag mit ADHS zurück.

Irgendwie war mir in meiner langjährigen Arbeit mit Menschen mit ADHS aus frühen Erfahrungen heraus immer klar, dass therapeutisches Wirken viel effektiver, energiesparender und leichter wird, wenn die Eltern und auch das pädagogische Umfeld mitwirken. Umgekehrt kämpft ein Kind bei seinen Bemühungen um Verhaltensänderungen gegen Windmühlen, wenn dieses Umfeld nicht mit im Boot sitzt. So war für mich eine Zusammenarbeit mit dem Umfeld immer selbstverständlich, und mein Wirken war darauf ausgerichtet, den Einstieg in das Boot möglichst einladend zu gestalten.

Im Laufe der Jahre haben sich neben meiner verhaltenstherapeutischen Grundausbildung weitere praxiserprobte Techniken zunächst für meine Arbeitsweise mit Klient:innen mit ADHS und später auch mit anderer Klientel als hilfreich erwiesen:

- Trance und alle hypnotherapeutischen Elemente
- Ressourcenorientierung
- Impacttechniken
- PEP
- Lösungsfokussierung
- Embodiment
- alle anderen Techniken, die die Therapeut:in mitbringt.

Um die Vorgehensweise zu systematisieren, entwickelte ich ein Modell, das zunehmend einem Kompass glich. Einem Kompass, der Orientierung bietet, wie man die passende Technik entsprechend der eigenen Konstitution, Erfahrung und Herangehensweise in unterschiedlichen Situationen für sich selbst, für die Klient:innen und für das jeweilige Setting auswählt und anwendet (Abb. 1):

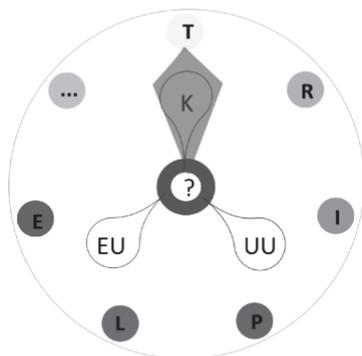


Abb. 1: KIKOS-Ansatz

Die Kompassscheibe stellt dabei die Therapeut-in oder Anwender-in mit ihrer Grundausbildung, ihrer Persönlichkeit und ihren ganz eigenen Erfahrungen dar. Liest die Therapeut-in oder Anwender-in die Buchstaben auf dem Kompass im Uhrzeigersinn, entsteht das Wort TRIPLE, wie dreifacher Erfolg oder drei Erfolge in Reihe.

Die Anwendung von KIKOS ist unabhängig von spezifischen therapeutischen Ausrichtungen und kann in alle integriert werden. Die einzelnen Systeme sind Klient-in (K), unmittelbares Umfeld (UU) und erweitertes Umfeld (EU) und werden in der Anwendung nach Bedarf kombiniert. Weitere Informationen sind verfügbar unter: <https://www.claudiaareinicke.de/kikos>.

An dieser Stelle möchte ich auch gerne aus meiner Erfahrung anfügen, dass bei Klient:innen mit ADHS die »Therapeutenvariable« eine ganz entscheidende Rolle spielt. Gewinnen diese Patient:innen den Eindruck, ihr therapeutisches Gegenüber habe nicht genügend Energie, agiere nicht auf Augenhöhe, habe kein Feeling für die Thematik oder ließe sich von ihnen zum Narren halten, dann wird das therapeutische Miteinander keinem Spaß machen, ineffektiv sein und die Menschen mit ADHS um viele ihrer vorhandenen Chancen bringen.

In meinen Vorgehensweisen hat mich neben meinen eigenen Erfahrungen Thom Hartmann (1997) erheblich geprägt: Er betrachtet ADHS nicht als Krankheit, sondern als eine Ausprägung bestimmter Fähigkeiten, die leider heutzutage und vor allem in unserem Schulsystem nicht mehr gebraucht werden. Diese Perspektive fand in meiner Wahrnehmung dieser Menschen einen sehr guten Nährboden, da sie dringend benötigte Ressourcen fokussiert und von den Betroffenen zutiefst wertschätzend erlebt wird. Dabei soll ADHS keinesfalls verharmlost werden, was manche Kritiker Hartmann vorgeworfen haben. Es geht lediglich darum, eine ressourcenorientierte Sichtweise zu fokussieren, die das Dilemma der Betroffenen in ihrem heutigen Umfeld erklären und einen handlungsorientierten, positiven Ausblick schaffen kann.

Doch fehlte mir vor allem in den Interventionen mit den Kindern und Jugendlichen immer noch eine prozessorientierte, »bottom up« gesteuerte körperliche Komponente, und zwar vor allem zur Emotionsregulation. Ich habe mit den Betroffenen viele Fähigkeiten zunächst in Bewegung trainiert, um sie dann Schritt für Schritt auf das weniger bewegungsintensive schulische Umfeld zu übertragen. Aber

bei der kognitiven Umstrukturierung und dem Erlernen von Impulskontrolle blieb immer etwas auf der Strecke – impulsivitäts- und vergesslichkeitsbedingt. Bis ich PEP kennenlernte! Ganz gleich ob in Einzelsitzungen, in Gruppensitzungen mit Kindern und manchmal additiv mit Eltern, in Eltern- oder Familiensitzungen, in Sitzungen mit dem pädagogischen Umfeld bis hin zu Sessions mit der ganzen Klasse – PEP ist kombinierbar mit all den anderen Techniken, die sich in diesen Behandlungen als hilfreich erwiesen haben, und deshalb für mich nicht mehr wegzudenken!

## 2.2 Integration von PEP bei ADHS-Betroffenen

Die Klopftechnik hilft ADHS-Betroffenen zunächst oft in akuten Situationen, um erstmals zu spüren, dass sie das Explodieren, also die mangelnde Impulskontrolle, durchaus beeinflussen können. Wichtig ist, sie diese Erfahrung erleben zu lassen, um sie dann kreativ im Alltag zu verankern. Dann nutze ich diese Erfahrung oft, um das Lernverhalten positiv zu beeinflussen, also zu Beginn einer Trainingseinheit, häufig gekoppelt mit Selbststärkung, weil das Lernen meist konsequent mit Selbst- und Fremdvorwürfen verwoben ist.

Die »Selbststärkungsübung« (auch »Kurbeln« genannt) eignet sich hervorragend, um die selbstabwertenden Gedanken beim Gewährwerden sämtlicher ADHS-Symptome und anderer »nerviger« Verhaltensweisen zu bearbeiten und erst mal zu akzeptieren, dass es diese gibt. Symptome werden ja manchmal negiert, um den Selbstwert zu schützen, und sämtliche Schuld wird gerne mal den anderen zugewiesen. Mit Kindergartenkindern eignen sich stärkende Sätze wie z. B.:

- *»Auch wenn ich das manchmal selber doof finde, wenn ich dies oder jenes tue, bin ich ein ganz tolles Kind und mögen mich meine Eltern (oder das geliebte Haustier oder das Kuschtier), so wie ich bin.«*
- *»Auch wenn ich oft Streit mit anderen habe, bin ich ein cooler Oscar (bzw. Name des Kindes)!«*
- *»Auch wenn das heute echt blöd war, kann ich das beim nächsten Mal anders!«*
- *»Auch wenn ich Streit mit XY hatte, mögen mich die anderen so, wie ich bin!«*
- *»Auch wenn ich lieber gar nicht in den Kindergarten will, bin ich ein netter Kerl / schaff ich das!«*

Weitere kindgerechte Vorgehensweisen finden Sie in meinem Buch *Klopfen mit Kindern* unter anderem im Kapitel über ADHS (Reinicke u. Bohne 2019, S.127 ff.). Für die größeren Kinder bietet *Selbstwert. Einfach. Stark. Der Selbstwertgenerator für junge Menschen* eine wahre Fundgrube (Bohne u. Ebersberger 2020a).

Die eigentliche Konzentrationsschwäche bei ADHS-Betroffenen lässt sich meiner Erfahrung nach durch das Klopfen nur kurzzeitig beeinflussen, wenn überhaupt. Wohl aber der Ärger darüber, nicht konzentriert zu sein. Außerdem hilft das Klopfen manchen Schüler-innen, die Zeit der Langeweile zu überbrücken und sich zu refokussieren, wenn man der Lehrer-in gerade mal wieder nicht folgen kann. (Sie kennen alle den Ausruf »Laaaangweilig!«, wenn über Schule gesprochen wird.) Dabei hat sich gezeigt, dass die zuvor gemeinsam erarbeiteten Selbststärkungssätze für diesen Zusammenhang öfters mal aufpoppen und von den ADHS-Betroffenen selbstständig verwendet werden können, zumal das Wahrnehmen von Konzentrationslecks meist zu Selbst- oder Fremdvorwürfen führt.

Der Kognitions-Kongruenz-Test (KKT) eignet sich auch für die Behandlung ADHS-Betroffener. Der Test ist ein fantastisches Instrument, um ihn manchmal auch nur auszugsweise mit den blockierten Patient-innen zu nutzen. Er wird in diesem Buch in den Kapiteln 5, 10, 12 und 13 weitergehend beschrieben.

### 2.2.1 PEP bei ADHS in Familiensitzungen

In Familiensitzungen lassen sich erfahrungsgemäß auch Selbststärkungsübungen vor den anderen Mitgliedern ganz geschmeidig einführen, wenn die Ankündigung solcher Techniken im Vorfeld bereits erfolgt ist. Die berührenden Momente, die entstehen, wenn beim Bericht über eine explosive Situation im häuslichen Umfeld einer der Beteiligten (oder auch alle) nach einer Klopfsession immer noch ziemlich sauer oder enttäuscht ist und dann vor den anderen sagt: *»Auch wenn meine Mutter mir an der Stelle ziemlich auf den Wecker geht, mag ich und schätze ich mich so, wie ich bin!«* oder gar *»... mögen mich meine Eltern, so wie ich bin!«*, haben mir die rasante Tiefenwirkung dieser Technik in Gruppensituationen verdeutlicht und mich die Anwendung in derartigen Sessions ausweiten lassen. So nutze ich Selbststärkungssätze auch für das Gegenüber, quasi als Fremdstärkungssätze. Eltern können also auch zu ihrem Kind sagen: *»Auch wenn wir immer wieder Streit bei diesem Thema haben,*

*lieben und akzeptieren wir dich so, wie du bist!*« Das führt zu ganz unterschiedlichen Reaktionen: von Ankuscheln und Entspannung bis zu Äußerungen wie »Stimmt doch überhaupt nicht!« und damit zur Fortführung dieser Intervention über Selbststärkungen z. B. mit dem Satz: *»Auch wenn XY [Name des Kindes] wegen der Streitigkeiten gar nicht mehr glaubt, dass ich ihn/sie liebe und akzeptiere, wie er/sie ist, bin ich eine gute Mutter / ein guter Vater und mache es so gut, wie ich es kann.«* Sie können sich vorstellen, dass das dann nicht der letzte Satz der Intervention bleibt und Kinder und Eltern voneinander erfahren, wie sie an sich selbst zweifeln bzw. was sie sich gegenseitig eigentlich vorwerfen. Die Auflösung der Blockaden erfolgt in kindgerechter Sprache mit möglichst von den Klient:innen selbst gewählten Formulierungen.

Im Kontext von ADHS hat das Klopfen mit der ganzen Familie natürlich noch einen ganz anderen Charme: Die ja oft auch selbst recht explosiven Eltern kommen dadurch viel leichter über die direkte Erfahrung vorwurfsarm zu der Erkenntnis, dass ihr eigenes Verhalten das Ausmaß des Verhaltens des Kindes erheblich beeinflusst. Damit rückt auch das Kind mit ADHS aus dem Fokus, die exklusive Ursache der Schwierigkeiten zu sein.

Aufgrund meiner großen Begeisterung für die in der PEP-Ausbildung erfahrenen Techniken wundert es mich gar nicht so sehr, dass diese sich ganz einfach in den Arbeitsalltag mit ADHS-Betroffenen integrieren lassen. Die oft über ihre eigenen Verhaltensweisen verzweifelten Kinder oder Eltern nehmen die neue Technik auf »spielerische« Weise gerne an. Das Einführen nehme ich gerne in Situationen vor, in denen die Klient:innen oder die Beteiligten bereits aufgeregt von misslichen Situationen erzählen und schon »auf 180 sind« – oft in Familiensitzungen, sodass sofort alle unmittelbar Beteiligten involviert sind. Die den Auftrag abholende Frage »Soll ich dir/euch/Ihnen jetzt mal gleich eine Technik zeigen, mit der man so eine Aufregung umlenken kann?« erzeugt recht einfach ein »Ja« und die Anwendung eine sofort veränderte Empfindung für die problematische Situation. Nicht selten wird direkt danach eine andere, positivere Betrachtung der Situation geäußert, samt dem großen Erstaunen, dass einem diese Sichtweise vorher noch gar nie eingefallen ist. Bei Skeptiker:innen kann über die neurophysiologische Erklärung von ADHS und die Beschreibung der Wirkungsweise des Klopfens oftmals zumindest die Zustimmung eingeholt werden, die Methode einmal zu versu-

chen. Wenn eine Patient:in diese Technik dennoch ablehnt, nutze ich aus dem KIKOS-Kompass eine andere Methode, wie z. B. Impact-Techniken, gerade auch weil es meist an Formulierungen fehlt. So können die Betroffenen ohne zu reden ins Spüren kommen und unbewusste Lösungsstrategien anregen. Solche Interventionen machen oftmals bislang verdeckte Empfindungen für alle sichtbar und lösen teilweise intensive Reaktionen bei den anderen Anwesenden aus. Dadurch kann es auch geschehen, dass das Anwenden des Klopfens doch noch interessant wird.

Unlängst habe ich bei einem Fünfjährigen zum ersten Mal erlebt, dass er keinesfalls mitklopfen wollte, nachdem die Eltern seine jüngste Konfliktsituation geschildert hatten. Er beobachtete aber das Vorgehen der Erwachsenen ganz genau. Nach der Intervention gab er über den Abstand zwischen den Händen einen deutlich geschrumpften Wert für »Unangenehm« an, während er verbal äußerte, es habe sich nichts verändert (was sich ja leicht mit dem »Nichtmitklopfen« erklären ließ) – scheinbar haben da seine Spiegelneuronen ganz konzentriert mitgearbeitet.

Übrigens können Kinder ab 3–4 Jahren schon an das Selbstklopfen herangeführt werden. Natürlich benutzen sie nicht alle Punkte, sondern nur die, die sie sich sofort gemerkt haben oder diejenigen Punkte, die intuitiv guttun.

### **2.2.2 PEP bei der Arbeit mit Klient:innen mit ADHS in Gruppensitzungen**

Mit ADHS-Klient:innen ist das Arbeiten in Gruppensituationen sehr angesagt, sei es zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, im Sinne des sozialen Miteinanders, der Konzentration in ablenkungsreicher Umgebung und vieles anderes mehr. Auch da ist die Kombination von Klopfübungen mit Selbst- und Fremdstärkung ein hocheffektives Mittel. Ich halte es dabei für wichtig, Kindern erst in Einzelsitzungen bestimmte Arbeitsstrategien, z. B. im Sinne der besseren Handlungsorganisation, beizubringen, bevor sie zu einer Gruppe stoßen oder eine kleine Gruppe neu zusammengesetzt wird, die dann langsam wachsen kann. Denn frustrierende Gruppenerlebnisse haben die Betroffenen genügend, also ist es wichtig, dass wir dafür sorgen, dass dies nicht auch noch in der Therapie passiert, jedenfalls nicht vor erfolgreichen Erfahrungen. Das laute Äußern einer Selbstbestärkung im Rahmen von Gruppenaufgaben, wie *»Auch wenn es die anderen nervt, dass ich langsamer bin, weiß ich, dass ich was anderes richtig*

gut kann!«, führt die anderen Teilnehmenden elegant auf einen Weg, auf dem sie ihre kritischen Worte zukünftig besser wählen – wenn man es lang genug trainiert und verstärkt.

Ich will nicht in Abrede stellen, dass ADHS-Betroffene sich häufig in der Situation sehen, manche Vorgehensweisen öfter wiederholen und üben zu »dürfen« als andere Menschen, bis sie jederzeit abrufbar sind. Damit scheint auch die größte Schwierigkeit beim Einführen dieser Techniken eine gute Verankerung derselben zu sein, da sie sonst einfach vergessen werden, wenn es wieder explosiv wird. Außerdem explodieren Menschen mit ADHS meist schneller als andere, sie haben also weniger Vorwarnzeit, in der die Techniken angewandt werden können, um Verhaltensausrüche in konstruktivere Verhaltensweisen umzulenken. Dafür ist das soziale Umfeld eine hervorragende Ressource, die den Betroffenen dabei behilflich ist. Ein Grund mehr, die Nutzung des Klopfens sowohl im familiären als auch im schulischen Umfeld zu etablieren.

Es hat sich als sehr hilfreich erwiesen, Lehrpersonen – am besten gleich einer ganzen Fachlehrkräfterrunde – neben den geschickt und schulspezifisch übermittelten Diagnoseergebnissen auch gleich zu präsentieren, dass man dem Kind die Klopftechnik beigebracht hat. Dies ist sinnvoll, weil es erstens hilft, Fehldeutungen zu vermeiden, wenn das Kind im Unterricht klopfen sollte, und zweitens, weil viele Pädagog:innen in vorwurfsfreien Gesprächen über das Kind genauer nach dem Klopfen fragen, um es vielleicht mit der ganzen Klasse anzuwenden. Die hilfreiche Wirkung auf die Lehrperson selbst beim Vormachen der Klopftechnik brauche ich hier ja nicht genauer zu darzulegen.

### 2.3 Fallbeispiel: Paul wird zum Klopfexperten

Der 8-jährige *Paul* befindet sich in der 2. Klasse einer Grundschule mit offenem Unterricht. Paul kann nicht an seinen Aufgaben dranbleiben, ist abgelenkt, stört die anderen durch Herumlaufen und findet sozial keinen guten Anschluss. Vielmehr benimmt er sich den Mitschüler:innen gegenüber ungeschickt. Wenn ein Annäherungsversuch nicht funktioniert, wird er verbal ausfällig und wütend.

Die ADHS-Diagnostik dient u. a. dazu, mit der Lehrerin zu schauen, welchen Anforderungen er realistischerweise derzeit Folge leisten kann. Paul selbst vermag durch die Diagnose verstehen, dass er nicht

## 14 »Klopfen, Kurbeln, Augenverdrehen« PEP und Peppo in der Grundschule

*Stefanie Kirschbaum*

### 14.1 Klopfen mit Grundschulkindern

Eine schöne Vorstellung: Die Grundschule ist ein beliebter Wohlfühlort, an dem jedes Kind freudig und entspannt lernt. Doch in der Realität sieht es leider anders aus. Ein beachtlicher Anteil der Grundschul Kinder empfindet im Zusammenhang mit dem Schulbesuch Belastung und Stress. Dies äußert sich unter anderem in Form von sozialen oder leistungsbezogenen Ängsten, Unruhezuständen und Gefühlen von Überforderung oder Unterforderung (Walter u. Döpfner 2020; Melfsen, Beyer u. Walitza 2015). Schulangst und Schulphobie gehören mit einer Prävalenz vom 3,5 % zu den häufigsten chronischen psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (Deutsche Presseagentur 2020; Storm 2018, S. 25). Und dies sind nur die diagnostizierten Erkrankungen. Die tatsächliche Zahl der Kinder, die den Schulbesuch aus Belastungsgründen, zumindest temporär, vermeiden, dürfte deutlich höher liegen (Lenzen, Brunner u. Resch 2016; Ricking u. Albers 2019).

Zur Überwindung von Schulangst und anderen emotionalen Hürden benötigen Kinder Unterstützung. Doch diese Unterstützung muss nicht zwangsläufig im therapeutischen Einzelsetting stattfinden. Stattdessen können spielerisch-leichte Selbsthilferituale in den Schulalltag integriert werden, von denen alle Beteiligten profitieren. Lehrer:innen und Schüler:innen haben es dann buchstäblich selbst in der Hand, für Entspannung und Beruhigung zu sorgen. Mit morgendlichen Klopf- und Entspannungsübungen schaffen sie sehr gute Voraussetzungen für einen freudigen und erfolgreichen gemeinsamen Schulalltag.

In diesem Artikel schreibe ich aus der Sicht einer externen Unterstützerin, wie Grundschul Kinder mit PEP vertraut gemacht werden können. Ich beschreibe, was im Vorfeld unternommen werden kann, um Schulleitung, Kollegium und Eltern wirkungsvoll und ver-

lässlich ins Boot zu holen. Anschließend schauen wir, wie die Schulkinder mit Leichtigkeit zu Klopfexpert-innen werden. Das Praxisbeispiel einer Grundschulklasse, die sich für PEP und Peppo begeistern konnte, begleitet uns dabei.

## 14.2 Integration von PEP

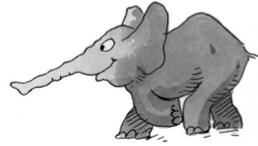
Wenn es um die Lösung von Problemen geht, lieben es Kinder spielerisch und leicht. Deuten wir Probleme daher mit Leichtigkeit um: als Situationen, für deren Bewältigung Kinder bestimmte Fähigkeiten benötigen. Der Gedanke, dass wir als Eltern, Pädagog-innen oder Therapeut-innen das Kind in der Entwicklung von Fähigkeiten unterstützen, ist Grundlage des erfolgreichen Programms »Ich schaffs!« des finnischen Kinderpsychiaters Ben Furman (Furman 2021). Hier werden Kinder auf eine ausgesprochen wertschätzende und ressourcenorientierte Art und Weise dabei unterstützt, diejenigen Fähigkeiten zu definieren und weiterzuentwickeln, die sie z. B. für einen entspannten Schulalltag benötigen.

Im System Schule sind Selbstregulationsfähigkeiten sowie die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und -ermutigung allseits benötigte Fähigkeiten. Reden reicht nicht, um neue Fähigkeiten zu erlernen, das wissen wir. Und daher bietet sich das Erlernen einer kindgerechten Selbsthilfetechnik an, die jederzeit zur Verfügung steht. Das Klopfen, wie es auch in der PEP-Methode genutzt wird, eignet sich dafür bestens, weil es spielerisch vermittelt, leicht erlernt und tatsächlich jederzeit ohne zusätzliche Hilfsmittel angewendet werden kann. Da das Klopfen fast ohne Sprache auskommt, kann es auch von den Schüler-innen (und Eltern) eingesetzt werden, welche die gemeinsame Unterrichtssprache erst noch erlernen müssen.

Der sympathische PEP-Integrationshelfer »Peppo« ist mit dabei und erweist sich nahezu als Garant dafür, dass es beim Kennenlernen von PEP unterhaltsam und spielerisch zugeht. Während das Klopfen und PEP inzwischen hinreichend bekannt sein dürfte, fragen Sie sich vielleicht: Wer ist Peppo, und was hat er mit PEP zu tun? Daher stelle ich ihn an dieser Stelle kurz vor:

**Wer ist Peppo?**

Peppo ist der kleine, klopfende Elefant aus dem PEP-Kinderbuch *Klopfen für Kinder* (Kirschbaum u. Bohne 2021, Illustration von Karl-H. Volkmann). Er taucht auf den Seitenrändern des Buches auf, stellt den Kindern neugierige Fragen und motiviert sie zum Mitmachen. Als Handpuppe unterstützt er die Klopfworkshops in den Grundschulklassen.

**Wie kommen PEP und Peppo in die Grundschule?**

Wir schauen uns nun eine schrittweise Vorgehensweise an, die sich in der Praxis bewährt hat. In den grau unterlegten Kästen finden Sie – zur Veranschaulichung – das Praxisbeispiel einer 3. Grundschulklasse mit ihrer Klassenlehrerin, die gemeinsam engagierte Klopfexpertinnen geworden sind.

**14.2.1 Vertrauen in Mensch und Methode aufbauen:  
Informations- und Kennenlerngespräch**

Am Anfang steht der Vertrauensaufbau. Denn eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Zusammenarbeit ist das Vertrauen sowohl in die Methode PEP als auch in die Person, welche die Methode vermittelt. Oft tauchen bereits im ersten Gespräch mit der Schulleitung bzw. den Lehrkräften Fragen auf wie: Was bewirkt das Klopfen? Warum funktioniert es? Kann ich etwas falsch machen? Was mache ich, wenn es keine Wirkung zeigt? Diese Fragen bringen zum Ausdruck, dass es einerseits ein sachliches Informationsbedürfnis gibt und andererseits (noch) Bedenken gegenüber der Methode bestehen. Es ist wichtig, dass vorhandene Bedenken erkannt und ernst genommen werden. Denn nur dann, wenn Lehrkräfte grundsätzlich überzeugt und neugierig auf die Methode sind, ist eine gute Voraussetzung für die Integration von PEP im Schulalltag geschaffen.

Dieses erste informative Gespräch sollte am besten persönlich oder per Videokonferenz mit der Schulleitung und weiteren Lehrkräften stattfinden. Es lassen sich dann bereits Klopfpunkte oder sogar eine komplette Klopfsequenz zeigen. Damit wird PEP als Methode transparenter. Meiner Erfahrung nach entsteht zusätzliches Vertrauen auch durch die Präsentation und das Verteilen von schriftlichen Informationen zu PEP bzw. durch den Hinweis auf Online-Infoquellen.

Gut informiert zu werden schafft Vertrauen. Daher bringe ich zum ersten Informationsgespräch gerne einige Bücher und Informationsmaterialien mit. Selbstverständlich dabei sind die beiden Bücher *Klopfen für Kinder* (Kirschbaum u. Bohne 2021) und *Klopfen mit Kindern* (Reinicke u. Bohne 2019), ein Exemplar von *Bitte klopfen!* (Bohne 2020a) ein *PEP-Tricks für Kinder*-Poster (Kirschbaum u. Bohne 2020) und »Peppo«, das Maskottchen-Plüschtier, sowie die Peppo-Handpuppe. Weiterhin nehme ich Flyer und Werbepostkarten sowie Ausdrücke der Zusatzmaterialien mit, die auf einer eigenen Landingpage des Carl-Auer Verlags kostenfrei zur Verfügung stehen: <https://www.carl-auer.de/zusatzmaterial-zu-klopfen-fuer-kinder> (Kirschbaum u. Bohne 2022a, 2022b). Das Plüschtier-maskottchen Peppo und die Peppo-Handpuppe können über <https://tesoro-verlag.de/produkt/peppo-plueschelefant-set/> bezogen werden.

#### 14.2.2 Das Kollegium ins Boot holen: Wissensvermittlung und hautnahe Selbsterfahrung mit PEP

Um das Kollegium ins Boot zu holen, braucht es mehr als Reden und Wissensvermittlung. Wichtig ist vor allem eine positive (im wahren Sinne des Wortes »hautnahe«) Selbsterfahrung mit dem Klopfen. Ein entsprechendes Angebot kann daher ein etwa zweistündiger Workshop mit dem Kollegium sein, welcher Wissensvermittlung und Selbsterfahrung miteinander vereint. Es ist ein wichtiger Punkt in dem Gesamtprozess, dass die Klassenlehrer-innen einen deutlichen Wissensvorsprung vor den Schulkindern haben.

Sobald die dringlichsten theoretischen Fragen rund um die Methode PEP geklärt sind, geht es an die Selbsterfahrung. Dafür überlegen sich die Lehrer-innen und Sozialarbeiter-innen in einem geführten Prozess ein eigenes Thema, das eine mittlere bis hohe Belastung mit sich bringt. Das individuelle Thema sollte dabei am besten anonym bleiben.

Zur Einordnung der Belastungsstärke kann die »Smiley-Gefühle-Skala« (vgl. Online-Zusatzmaterial → »Smiley-Gefühle-Skala«) eingeführt werden. Sie reicht von 1 bis 10 und misst die Stärke des unangenehmen Gefühls. Jeder Skalenwert wird von einem Smiley verdeutlicht, an denen sich vor allem Kinder gerne orientieren. Mit dem Einsatz der Skala schafft man die Möglichkeit, die Wirkung des Klopfens zu messen, indem vorab eine »Vorhermessung« und nach dem Klopfen eine »Nachher-Messung« vorgenommen wird.

Anschließend leite ich die Anwesenden durch mehrere Klopf- und Selbststärkungssequenzen. Immer wieder baue ich Reflexions-schleifen ein, in denen wir über die spürbaren körperlichen, psychischen oder mentalen Wirkungen des Klopfens sprechen: Was zeigt sich? Was hat sich durch das Klopfen und »Kurbeln« (damit sind die Selbststärkungssequenzen gemeint) verändert? Sobald die ersten Rückmeldungen kommen, entsteht in der Regel ein sehr offener Austausch über die eigenen Wahrnehmungen. Im Anschluss sprechen wir über praktische Fragen rund um die Einführung des Klopfens in die Schulklassen.

Vier Lehrer-innen einer Grundschule, die grundsätzliches Interesse an PEP zeigen, folgen meiner Einladung zu einer zweistündigen Abendveranstaltung zum Thema »Stress einfach wegeklopfen«. In diesem Workshop geht es um mehr als reine Wissensvermittlung. Ich zeige den Teilnehmer-innen ganz praktisch, wie sie die Klopf-technik einsetzen können, um den eigenen Stress zu reduzieren. Geübt wird am Beispiel von stressauslösenden Themen, welche die Teilnehmer-innen jeweils für sich im Stillen definieren. Nach der ersten Klopfrunde frage ich nach Beobachtungen und Veränderungen. Die Lehrer-innen berichten von Entspannung auf körperlicher und mentaler Ebene. Bei einigen zeigen vor allem die »selbststärkenden« Sätze und das begleitende Kurbeln eine besonders gute Wirkung. Im Anschluss werden Fragen zu der Klopftechnik gestellt. Anhand von vorbereiteten Flipcharts spreche ich über die wahrscheinlichsten Wirkhypothesen (Bohne 2021, S. 87ff.), präsentiere zum Abschluss bereits ein paar Ideen zu einem Einsatz von PEP in der Grundschule und diskutiere darüber mit den Teilnehmer-innen.

Ergebnisse des Workshops: erweitertes Wissen rund um PEP, positive Selbsterfahrungen und die Vorfreude auf das Klopfen mit den Schulklassen.

### 14.2.3 Konkretes Planungsgespräch

Nun sind die Voraussetzungen geschaffen, um ganz konkret in die Planung zu gehen. Folgende Fragen stellen sich hier: Mit welcher Klassenlehrer-in oder mit welcher Klasse soll der erste Klopfworkshop durchgeführt werden? Welcher Vorlauf wird benötigt, und wie werden die Eltern ins Boot geholt?

In diesem Gespräch, das auch telefonisch oder per Videokonferenz stattfinden kann, werden die Weichen für das praktische Vorgehen gestellt.

Das Planungsgespräch findet eine Woche nach der Abendveranstaltung mit der Schulleitung und einer Lehrerin des Kollegiums statt. Die Schulleiterin hat nicht an dem Workshop teilnehmen können, ist jedoch durch den Bericht der anderen Lehrer-innen und durch das Lesen des Kinderbuches *Klopfen für Kinder* bestens informiert. Wir einigen uns auf ein Pilotprojekt für eine der beiden 3. Klassen. Die Klopfverfahren mit dieser Klasse sollen dann in die Workshops mit den weiteren Grundschulklassen fließen, sodass am Ende die gesamte Grundschule klopft.

#### 14.2.4 Eltern informieren und mit ihnen kooperieren

Ein wichtiges Thema der Vorbereitung ist das Gespräch mit der Schulleitung und den Lehrer-innen über die Kommunikation mit den Eltern. Hierfür gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Es könnte eine Einladung zu einem Elternabend erfolgen, bei dem über das Vorhaben informiert wird. Eventuell stellt sich die externe PEP-Trainer-in bei dieser Gelegenheit vor. Das schafft zusätzliches Vertrauen in das Vorhaben. Alternativ können Eltern mit einem Anschreiben und durch die Weitergabe von Informationsmaterial ins Boot geholt werden. Aus Datenschutzgründen wird die schriftliche Information der Eltern in der Regel von den Lehrkräften übernommen.

Dieser Schritt ist sehr wichtig und hilfreich, denn im besten Fall klopft nach und nach das gesamte Umfeld des Kindes, wenn Belastungen bestehen. Zu Hause könnten Eltern ihre Kinder an das Klopfen erinnern, mit ihnen gemeinsam in besonderen Situationen oder auch regelmäßig, z. B. vor dem Zubettgehen, klopfen. Dafür brauchen Eltern nicht unbedingt selbst einen Klopfworkshop besucht zu haben. Denn häufig erlebt man auch, dass Kinder von sich aus auf ihre Eltern, Großeltern und Geschwister zugehen, um ihnen das Klopfen zu zeigen. In diesem Fall ist es entscheidend, dass das Umfeld darauf vorbereitet ist und positiv reagiert.

Die Klassenlehrerin der 3. Grundschulklasse setzt ein Informationsschreiben an die Eltern auf, welches sie den Kindern zusammen mit dem Buchflyer zu *Klopfen für Kinder* mitgibt. Sie informiert darüber,

dass die Klasse mit dem Lesen des Buches beginnen wird, und erläutert, worum es in dem Buch geht. Die Klassenlehrerin informiert außerdem, dass ich als Mitautorin des Buches der Klasse in einem zweistündigen Workshop zeigen werde, wie die Klopftechnik funktioniert. Des Weiteren kündigt sie an, beim nächsten Elternabend über den Workshop und die Integration von PEP im Schulalltag zu berichten.

Sie sendet zudem den Link zu dem »Elternabend-Kapitel« (Kirschbaum u. Bohne 2022b), welches die Eltern, neben weiterem Material, auf der eigens vom Verlag eingerichteten Seite finden können (zum Download verfügbar unter: <https://www.carl-auer.de/klopfen-fur-kinder>). Auf dieser Seite sind übrigens die »PEP-Tricks auf einen Blick« besonders beliebt, welche die PEP-Tricks beschreiben und anschaulich illustrieren (Kirschbaum u. Bohne 2022a).

#### 14.2.5 Vorbereitung des Klopfworkshops

Ein weiterer wichtiger Teil der Vorbereitung besteht darin, die Grundschulklasse neugierig auf den Workshop zu machen. Es ist von großer Bedeutung, wie der Workshop angekündigt wird. Findet man dazu einen bestimmten Anlass (»die Aufregung vor einer Klassenfahrt«) oder einen anderen Aufhänger (z. B. das Unterrichtsthema »Gefühle«)? Es gibt viele Möglichkeiten, bei den Kindern Neugier und Vorfreude auf den Workshop zu wecken. Lesen Sie hier, wie die Lehrerin der 3. Grundschulklasse mithilfe des Vorlesebuchs *Klopfen für Kinder* (Kirschbaum u. Bohne 2021) die Aufmerksamkeit der Schüler:innen gewinnen und ihre Vorfreude auf den Workshop hervorlocken kann:

Die Klassenlehrerin und ich vereinbaren, dass sie die Schulklasse durch das Vorlesen des Kinderbuches *Klopfen für Kinder* auf den gemeinsamen PEP-Workshop vorbereitet. Dies solle wie ein Teaser funktionieren. Die Klassenlehrerin liest dazu an zwei bis drei Tagen vor dem Workshop bis Seite 31 oben aus dem Buch vor. Dies bedeutete, dass die Schulklasse schon mit den Hauptfiguren des Buches (Oskar, Max, Marie, Amal und Peppo) vertraut ist und gemeinsam geklopft hat, wenn ich zu dem Workshop komme. Somit sind die Kinder bereits angehende Klopfexpert:innen. Manche haben das Klopfen schon zu Hause gezeigt und geübt. Zudem sind sie ganz gespannt darauf, wie Oskars Geschichte weitergeht. Sie wissen, dass die Autorin

des Buches kommen und Peppo mitbringen wird. Ihre Vorfreude ist groß.

#### 14.2.6 Durchführung des Klopfworkshops

Für die Durchführung des Workshops empfiehlt sich eine Doppelstunde. Ein 90-minütiger Workshop bedeutet, dass genügend Zeit für eine kurzweilige Mischung aus Lesung, Klopfen, Singen, Mal- und Bastelaktivitäten und natürlich den Dialog mit der Handpuppe Peppo zur Verfügung steht. Um Kinder für eine Sache zu begeistern und zum Mitmachen zu animieren, gibt es vermutlich kein Richtig oder Falsch. Meines Erachtens ist es vor allem hilfreich, spontan auf das zu reagieren, was die Kinder sagen und fragen. Auch der Blick auf die Ressourcen der Kinder ist sehr wichtig. Diese Funktion hat in dem Praxisbeispiel vor allem Peppo übernommen:

Handpuppe Peppo betritt als Erstes den Raum und staunt darüber, wie toll die Klasse den Klassenraum eingerichtet und dekoriert hat. Peppo seufzt wohligh: »Hier gefällt es mir! Und außerdem bin ich ganz neugierig auf euch!« Er stellt ein paar Fragen und kommt mit den Kindern ins Gespräch. Danach unterhält er sich ein bisschen mit mir. »Warum sind wir eigentlich hier?«, will er wissen. Wir kommen natürlich auf den Klopfworkshop zu sprechen, und schon ist Peppo wieder ganz neugierig und fragt die Kinder, ob sie schon wissen, wie das Klopfen funktioniert. Gemeinsam mit Peppo staune ich darüber, wie toll die Kinder schon klopfen können, und fragt nach, was durch das Klopfen anders ist. Es ist spannend zu hören, wie die Kinder über die Wirkung des Klopfens sprechen. Peppo will außerdem wissen, ob die Kinder nur in der Schule klopfen oder ob sie es auch zu Hause schon einmal ausprobiert haben. Ein paar Kinder berichten daraufhin von ihren häuslichen Klopferfahrungen, bei denen zum Teil auch die Eltern dabei waren.

Danach frage ich die Kinder, ob sie wissen wollen, wie es bei Oskar weitergeht. Natürlich wollen sie das, und ich starte mit der Lesung auf der Seite 31. Bald kommen wir zu der Situation, in der Oskar das Kurbeln lernt und hier unterbricht uns Peppo, der sagt, wie toll er das Kurbeln findet, und fragt, ob die Kinder es auch mal ausprobieren wollen. Wir kurbeln mit verschiedenen Sätzen. Einige werden sogar von den Kindern vorgeschlagen.

Die Kinder hören mit Spannung zu, als es um Oskars zweite Wette geht und freuen sich, dass er es schließlich doch geschafft hat und mit seinem Opa ins Kino gehen darf. Wir halten inne, und Peppo fragt, was die Kinder gerne machen und worum sie an Oskars Stelle wetten würden. Danach lesen wir weiter aus dem Buch und kommen an die Stelle, wo Oskar feststellt, dass er dringend eine Erinnerungshilfe braucht. »Wie ist das denn bei euch mit der Erinnerung?«, will Peppo wissen und gibt zu, dass er auch mal etwas vergisst, obwohl er ein Elefant ist und Elefanten ja eigentlich nichts vergessen. Die Lesung endet mit der Textstelle, in der es um das Basteln von Erinnerungsankern geht.

Ich fragte die Kinder, ob sie Lust darauf haben, einen Erinnerungsanker zu basteln. Ich habe Ausmalbilder von Peppo dabei sowie ein paar weitere Materialien, aus denen die Kinder wählen können, welche Art von Erinnerungsanker sie basteln wollen. Das Basteln und Anschauen der Erinnerungsanker dauert ca. 30 Minuten. Danach packe ich das Poster *PEP-Tricks für Kinder* (Kirschbaum u. Bohne 2020) aus, wir suchen einen Platz zum Aufhängen und schauen es uns gemeinsam an. Peppo teilt anschließend jedem Kind und der Klassenlehrerin die Peppo-Postkarte *Klopf mal wieder!* aus, damit sich die Kinder besser an ihn und das Klopfen erinnern. Er erzählt, dass es ganz viele Situationen gibt, in denen das Klopfen und Kurbeln hilft und nennt typische unangenehme Gefühle, bei denen er klopft. »Werdet ihr euch rechtzeitig daran erinnern zu klopfen?«, will Peppo abschließend wissen. Die Kinder bejahen das. »Darf ich wiederkommen?«, fragt Peppo. »Ja!« Alle Kinder wollen, dass Peppo wiederkommt und sie ihm erzählen können, wie es mit dem Klopfen und Kurbeln weitergegangen ist.

Gerade der Einsatz der Handpuppe macht es möglich, sehr spielerisch mit den Kindern ins Gespräch (Möller 2007) und in die Klopfübung einzusteigen. Weitere Ideen sind Bewegungsangebote und das Singen eines »Klopfsongs«. Anja Thürnau (2021, S. 111) hat »Das Gefühle-Klopf-Lied mit PEP« auf die Melodie von »Meine Oma fährt im Hühnerstall Motorrad« komponiert (Kap. 17, Abb. 13). Wenn die Klassenlehrer·in oder die PEP-Trainer·in das Lied mit einem Instrument begleitet, macht das Singen allen noch mehr Spaß. Selbstverständlich hilft auch eine entsprechende musikalische Wiedergabe über Handy und Bluetooth-Musikbox.