

Restreaktion frühkindlicher Reflexe
Die Auswirkung persistierender Reflexe auf das
Lernen und Verhalten eines Kindes

Masterarbeit

an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Education (MEd)

Eingereicht bei

HProf.in MMag.a DDDr.in Ulrike Kipman

vorgelegt von

Anna-Sophie Zipfer, BEd

41800124

Oberalm, 12.04.2024

Vorwort

Das Thema der Masterarbeit „Restreaktionen frühkindlicher Reflexe – die Auswirkung persistierender Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines Kindes“ wurde aus persönlichem Interesse gewählt. Im Rahmen einer Fortbildung habe ich erstmals von persistierenden frühkindlichen Reflexen und deren Auswirkungen im (Schul-)Alltag gehört. Kinder verbringen viel Zeit in Bildungseinrichtungen, weshalb das Wissen und Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Lehrperson einen bedeutsamen Einfluss auf den Schulerfolg eines Kindes haben.

Als Volksschullehrerin sehe ich mich in der Verantwortung, auf die Gegebenheiten und Bedürfnisse, die Kinder in den Schulalltag mitbringen, einzugehen. Dabei möchte ich sinnvolle Maßnahmen setzen, um Schwierigkeiten entgegenzuwirken.

Mein Dank gilt zuerst meiner Betreuerin HProf.in MMag.a DDDr.in Ulrike Kipman für die unkomplizierte Betreuung und das wertschätzende Feedback zu meiner Arbeit.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Interviewpartner*innen, die sich Zeit genommen haben, um ihr Wissen und ihre Erfahrung mit mir zu teilen.

Ein großer Dank gilt meiner Mutter, meinem Partner und meinen Freund*innen, die mich stets unterstützt haben und mir mit motivierenden Worten und guten Ratschlägen zur Seite standen.

Kurzzusammenfassung

Jeder Mensch wird mit einer Vielzahl frühkindlicher und lebensnotwendiger Reflexe geboren, einige entwickeln sich in der ersten Lebenszeit. Bei manchen Kindern werden diese jedoch nicht gehemmt und haben dadurch Auswirkungen auf das Lernen und Verhalten. Dies äußert sich nicht nur im privaten Umfeld des Kindes, sondern auch im Schulalltag. Lehrpersonen betroffener Kinder können hierbei Unterstützungsmaßnahmen anbieten. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen: *Welche Auswirkungen haben persistierende Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines Kindes? Wie kann die Lehrperson Kinder mit Restreaktionen frühkindlicher Reflexe unterstützen?* Um diese Fragen fundiert zu beantworten, wurde wissenschaftliche Literatur untersucht und Leitfadeninterviews mit Expert*innen durchgeführt. Die Interviewauswertung legt die Auswirkung persistierender frühkindlicher Reflexe im Schulalltag eines Kindes und mögliche Hilfestellungen seitens der Lehrperson vor. Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviews wurden mit der Literatur abgeglichen und zeigten zu jedem der ausgewählten Reflexe die breitgefächerten Auswirkungen und Fördermöglichkeiten im Schulalltag auf. Die Forschung hat gezeigt, dass persistierende frühkindliche Reflexe tiefgreifende Auswirkungen auf das Lernen und Verhalten eines Kindes haben, die sich vor allem im Schulalltag zeigen. Zudem wurden Methoden genannt, die Lehrpersonen einsetzen können, um betroffene Kinder bestmöglich zu unterstützen und ihnen eine optimale Lernumgebung zu bieten. Dazu zählen die Sitzplatzwahl, die Atmosphäre in der Klasse sowie verschiedene Unterrichtsmethoden. Wichtig ist hierbei, dass individuell auf die Bedürfnisse der Kinder eingegangen wird und die Maßnahmen an das betroffene Kind angepasst werden.

Abstract

Everyone is born with a variety of early and vital reflexes, some of which develop in the first few years of life. In some children, however, these are not inhibited and therefore have an impact on learning and behaviour. This not only manifests itself in the child's private environment, but also in everyday school life. Teachers of affected children can offer different support measures here. This study addresses the following questions: *What effects do persistent reflexes have on a child's learning and behaviour? How can teachers support children with residual reactions of early childhood reflexes?* In order to answer these questions in a well-founded manner, scientific literature was analysed and guided interviews were conducted with experts. The interview analysis presents the impact of persistent early childhood reflexes in a child's everyday school life and possible assistance from the teacher. The findings from the interviews were compared with the literature and showed the wide-ranging effects and support options in everyday school life for each of the selected reflexes. Research has shown that persistent early childhood reflexes have a profound impact on a child's learning and behaviour, which is particularly evident in everyday school life. Methods that teachers can use to provide affected children with the best possible support and an optimal learning environment were also identified. These include the choice of seats, the atmosphere in the classroom and various teaching methods. It is important that the needs of the children are addressed individually and that the measures are adapted to the child.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Kurzzusammenfassung	3
Abstract	4
1 Einleitung	6
2 Theoretische Grundlagen	8
2.1 <i>Reflexe</i>	8
2.2 <i>Frühkindliche Reflexe</i>	9
2.3 <i>Einteilung frühkindlicher Reflexe</i>	10
2.4 <i>Hemmung frühkindlicher Reflexe</i>	13
2.5 <i>Persistierende Reflexe</i>	14
3 Frühkindliche Reflexe	18
3.1 <i>Der Moro-Reflex</i>	18
3.2 <i>Der asymmetrisch tonische Nackenreflex</i>	26
3.3 <i>Der symmetrisch tonische Nackenreflex</i>	34
3.4 <i>Der Such- und Saugreflex</i>	40
3.5 <i>Der Palmarreflex</i>	45
3.6 <i>Der Plantarreflex</i>	50
3.7 <i>Der spinale Galantreflex</i>	54
4 Qualitative Forschung	59
4.1 <i>Fragestellung und Zielsetzung</i>	59
4.2 <i>Methodisches Vorgehen</i>	60
4.3 <i>Auswertung der Interviews</i>	64
4.4 <i>Darlegung der Ergebnisse</i>	66
5 Schlussfolgerungen: Verknüpfung von Theorie und Empirie	74
6 Fazit	80
7 Literaturverzeichnis	81
8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	84
9 Anhang	86
9.1 <i>Transkripte Interviews</i>	86
9.2 <i>Kategorien zur Auswertung der Interviews</i>	169
10 Eidesstaatliche Erklärung	189

1 Einleitung

Frühkindliche Reflexe sind angeborene Verhaltensweisen, die sich weltweit beobachten lassen (Sacher, 2018, S. 3). Sie entwickeln sich vorwiegend in der Schwangerschaft und erfüllen in unterschiedlichen Zeiträumen bestimmte Aufgaben. Bis zum vierten Lebensjahr sollten diese gehemmt sein. Werden sie nicht ausreichend gehemmt, sind sie restreaktiv und werden als Entwicklungshemmer mitgetragen (Sieber & Queißer, 2021, S. 16–23). Auch bei geringen Ausprägungen von nicht gehemmten Reflexen kann es bei Kindern zu sehr starken Problemen kommen (Sieber & Queißer, 2021, S. 135).

Eine INPP-Studie hat 2004 aufgezeigt, dass 48 Prozent der Zweitklässler in Nordirland persistierende Reflexe aufweisen (INPP, 2004). Eine Studie im Jahr 2015 kam zu dem Schluss, dass 65 Prozent der Kinder zwischen vier und sechs Jahren Restreaktionen frühkindlicher Reflexe haben, die sich auf die Entwicklung und Leistungsfähigkeit auswirken (Gieysztor, Choińska & Paprocka-Borowicz, 2015, S. 1–6).

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Auswirkungen persistierender Reflexe im Schulalltag eines Kindes untersucht und der Frage nachgegangen, wie sich diese auf das Lernen und Verhalten auswirken. Ein weiterer Fokus wird daraufgelegt, wie Lehrpersonen betroffene Kinder unterstützen können.

Anhand aktueller wissenschaftlicher Literatur werden die Begrifflichkeiten der (persistierenden) frühkindlichen Reflexe geklärt. Ausgewählte Reflexe werden beschrieben und deren Auswirkungen im Schultag und mögliche Hilfestellungen angeführt. Mithilfe der Leitfadeninterviews werden die Folgen einzelner persistierender Reflexe und Hilfestellungen seitens der Lehrperson aus den Erfahrungen der Expert*innen beschrieben.

Der Hauptteil der vorliegenden Arbeit ist folgendermaßen gegliedert:

In *Kapitel 2* werden Definitionen zu Reflexen und frühkindlichen Reflexen gegeben, frühkindliche Reflexe werden in verschiedene Phasen eingeteilt und genauer erläutert, die Hemmung frühkindlicher Reflexe und persistierender Reflexe werden dargestellt.

Ausgewählte frühkindliche Reflexe werden in *Kapitel 3* genauer beleuchtet. Diese werden erklärt, die Auswirkungen von Restreflexen genannt, Reflextests angeführt und Auswirkungen und Hilfestellungen im Schulalltag aufgezeigt.

Kapitel 4 beschreibt die empirische Forschung und stellt die gewonnenen Ergebnisse dar.

In *Kapitel 5* werden die Erkenntnisse aus der Fachliteratur mit den Erkenntnissen aus den Leitfadeninterviews verknüpft.

Ein abschließendes Fazit in *Kapitel 6* fasst die Erkenntnisse der Arbeit zusammen, gibt einen Ausblick auf weiterführende Forschungen und beschreibt den Mehrwert der Auseinandersetzung mit dem Thema für Lehrpersonen.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Reflexe

Reflexe werden als unbewusste motorische Reaktionen beschrieben, die nach Hölcher (2019, S. 20) „durch einen sensorischen Stimulus wie Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Berührung oder Bewegung ausgelöst werden und im Gehirn zu entsprechenden Verarbeitungsprozessen führen“. Da es sich um eine unbewusste Reaktion handelt, kann jene Muskelreaktion vom Menschen auch nicht unterdrückt werden (Sieber & Queißer, 2021, S. 16).

Reflexe sind häufig eine Schutzreaktion, um Körperbereiche oder das Leben im Allgemeinen zu schützen. Dazu zählt zum Beispiel, dass die Hand bei Berührung mit der heißen Herdplatte blitzschnell und ohne nachzudenken, weggezogen wird. Es gibt jedoch auch Reflexe, die für die Nahrungsaufnahme oder das soziale Verhalten notwendig sind. Zu den notwendigen Reflexen für die Nahrungsaufnahme zählen der Schluck- und Speichelreflex. Mit einigen Reflexen kommen Menschen auf die Welt. Im Gegensatz dazu gibt es Bewegungen, die erlernt werden und dann reflexhaft ausgeführt werden. Dazu zählen gehen und Fahrrad fahren (Sieber & Queißer, 2021, S. 16–17).

Erste Erkenntnisse über die Reflexe gab es bereits im 5. Jahrhundert vor Christus im Zuge der Erforschung des Nervensystems (Kotter, 2012, S. 305). Die Begriffe Reflex und Reflexbewegung verwendete René Descartes erstmals im 17. Jahrhundert bei einer wissenschaftlichen Veröffentlichung, bei der er versuchte, die Vorgänge des menschlichen Körpers zu beschreiben (Kotter, 2012, S. 13). René Descartes entwickelte eine Theorie, die unwillkürliche Bewegungen und die damit verbundenen Erscheinungen beschreibt (Kotter, 2012, S. 18). Reflexe zählen zu den ersten neuralen Mechanismen, die wissenschaftlich erforscht und beschrieben wurden (Kotter, 2012, S. 128).

2.2 Frühkindliche Reflexe

Frühkindliche Reflexe sind angeborene Verhaltensweisen. Diese sind auf der ganzen Welt beobachtbar (Sacher, 2018, S. 3). Sie werden auch als primitive Reflexe oder als angeborene Fremdreﬂexe bezeichnet. Frühkindliche Reflexe entwickeln sich vorwiegend in der Schwangerschaft und erfüllen in unterschiedlichen Zeiträumen bestimmte Aufgaben. Bis zum vierten Lebensjahr sollten diese gehemmt sein (Sieber & Queißer, 2021, S. 16–17).

Sobald ein Kind außerhalb des Körpers der Mutter ist, muss es anfangen, die eigenen Bedürfnisse zu erfüllen. Die frühkindlichen Reflexe dienen dem Baby, um in der neuen Umgebung überleben zu können (Goddard Blythe, 2009, S. 19). „Kinder kommen nicht fertig und auch nicht als kleine Erwachsene auf die Welt, sondern unreif und hilfsbedürftig. Nichts, was sie am Anfang machen, ist bewusst – alles beruht auf unbewussten, automatisch ablaufenden Handlungen und Bewegungen“ (Sieber & Queißer, 2021, S. 19). Sie haben sowohl einen Überlebenswert, bilden aber auch die Grundlage zum Erlernen komplexer motorischer Fähigkeiten. Einige Reflexe haben auch den Effekt, dass sie erfreuliche Interaktionen zwischen einem Elternteil und dem Säugling initiieren. Sie können auch dazu dienen, das Baby zu beruhigen, indem sie die Stimulierung kontrollieren (Berk, 2011, S. 137–138).

Leben bedeutet Bewegung und auf diese sind Menschen von Beginn an angewiesen, um die Welt zu erkunden und sich an die Lebensbedingungen anzupassen. Die Bewegungen werden benötigt, um Nervenverbindungen herzustellen (Meyers & Hohmann, 2023, S. 15). Angeborene Fremdreﬂexe bilden einen maßgeblichen Bestandteil der sensomotorischen Entwicklung. Lernprozesse werden initiiert und unterstützt (Sacher, 2018, S. 10). Die sich wiederholenden Bewegungen durch die Reflexe helfen bei der Bildung und Verbindung von Nervenzellen (Sieber & Queißer, 2021, S. 52).

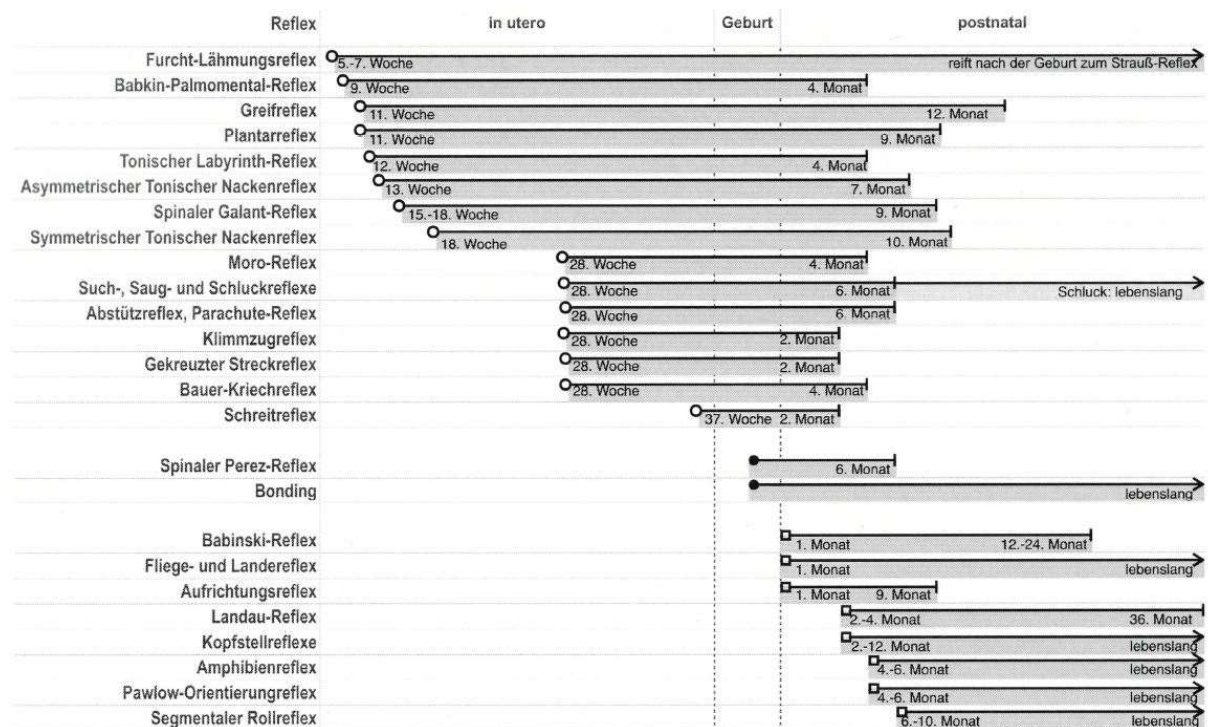
Jede Bewegung, die im Laufe eines Lebens erlernt wird, hat ihren Ursprung in den frühkindlichen Reflexen aus der Säuglingszeit. Wenn diese primären Bewegungsmuster nicht ausreichend ausgeführt wurden, ist jede darauffolgende neue Bewegung schwer zu erlernen (Hölscher, 2013, S. 80).

Wenn das Gehirn reif genug ist, können die automatisierten Bewegungsabläufe in den Hintergrund treten, um die Koordination der Muskulatur und somit die Bewegungen selbst zu steuern (Sieber & Queißer, 2021, S. 19).

Die frühkindlichen Reflexe sind somit nur eine begrenzte Zeit notwendig. Wenn ihre Aufgabe, das Baby in den ersten Lebensmonaten am Leben zu halten, abgeschlossen ist, sollten sie vom Gehirn kontrolliert werden können (Goddard Blythe, 2009, S. 19).

2.3 Einteilung frühkindlicher Reflexe

Die Heranreifung und die Entwicklungsaufgaben der Reflexe und deren Bewegungen werden grundsätzlich in drei Zeiträume eingeteilt: die Schwangerschaft, also die intrauterine Zeit oder in utero Zeit, die Zeit der Geburt und die Zeit nach der Geburt, die auch als postpartale oder postnatale Zeit bezeichnet wird (Sieber & Queißer, 2021, S. 21).



Die Reflexe in ihrem zeitlichen Verlauf

Abbildung 1: Reflexe in ihrem zeitlichen Verlauf (Hölscher, 2013, S. 16)

2.3.1 Reflexe in der Schwangerschaft

Frühkindliche Reflexe sind bereits während der Schwangerschaft vorhanden. Sie stellen die ursprünglichen Bewegungsmuster dar und sind für die erste Verbindung des ungeborenen und heranreifenden Körpers und des Gehirns verantwortlich. Bereits in dieser Phase entwickelt sich das Nervensystem, welches für die Gesundheit, die Entwicklung und das Wohlbefinden notwendig ist. Wiederkehrende Bewegungen stellen Pfade im Nervensystem her und verfestigen diese. Dadurch können Informationen transportiert werden und gleichzeitig entsteht ein Abbild des Körpers im Gehirn, was wiederum die Entwicklung der Körperregionen unterstützt (Sieber & Queißer, 2021, S. 17–18).

Die frühkindlichen Reflexe sind in der Schwangerschaft für die Lage und Haltung im Mutterleib und den Schutz vor Umschlingungen der Nabelschnur zuständig (Sieber & Queißer, 2021, S. 18). Außerdem haben frühkindliche Reflexe intrauterin die Aufgabe, dass sie das Ungeborene dazu befähigen, sich im Mutterleib zu bewegen und wenn notwendig, auch selbst zu beschützen, wenn Belastungen eintreten. Zu den vorab genannten Gefahren zählen beispielsweise Unfälle der Mutter, psychischer oder körperlicher Stress, verlängerte Geburtsverläufe oder vorzeitige Wehen. Durch die Aktivierung der ausgebildeten Reflexe, können die Stressfaktoren und die damit verbundenen Gefahren abgewandt werden (Meyers, 2023, S. 7–8).

Bewegungen des Fötus im Bauch sind bereits früher vorhanden, als von schwangeren Personen wahrgenommen wird. Die Bewegungsaktivitäten nehmen bis zum Ende, kurz vor der Geburt, zu und werden in der Endphase durch den Platzmangel im Bauch wieder vermindert (Beigel, 2011, S. 83). Bereits ab der sechsten Schwangerschaftswoche lässt sich der erste frühkindliche Reflex, der Furchtlähmungsreflex, beobachten. Ab der neunten bis zwölften Schwangerschaftswoche tritt der Mororeflex ein, der tonische Nackenreflex vorwärts ist ab der zwölften Woche zu sehen. Der Handgreifreflex wird bereits ab der zehnten Woche ausgelöst (Sieber & Queißer, 2021, S. 47–51).

2.3.2 Reflexe während der Geburt

Als peripartale Reflexe werden solche bezeichnet, die vor oder während einer Geburt aktiv sind. Als Vorbereitung der Geburt sind sie dafür zuständig, dass das Ungeborene richtig liegt und die Position des Schädels angepasst wird (Meyers, 2023, S. 8).

Während der Geburt helfen frühkindliche Reflexe dem Baby, um durch den Geburtskanal zu kommen (Sieber & Queißer, 2021, S. 18). Sobald der Kopf des Babys den Weg nach außen geschafft hat, hilft die reflexartige seitliche Drehung des Kopfes dabei, dass auch die Schultern geboren werden können. Die Kopfdrehung führt dazu, dass der Körper eine Schräglage einnimmt – ein Arm wird gestreckt, während der andere gebeugt wird. Durch diese Drehbewegung wird das Baby insgesamt schmaler und schafft es leichter nach draußen (Sieber & Queißer, 2021, S. 49). Wenn diese Reflexe nicht vorhanden wären, wäre eine Geburt nicht möglich. Die Geburt ist der Start des Lebens außerhalb der beschützenden Hülle der Mutter (Sieber & Queißer, 2021, S. 18).

2.3.3 Reflexe nach der Geburt

Reflexe, die sich erst nach der Geburt entwickeln, werden als posturale Reaktionen bezeichnet (Goddard Blythe, 2021, S. 35).

Nach der Geburt muss das Kind motorisch und neuronal reifen, sich also bis zur vollen Funktionsfähigkeit entwickeln. Die frühkindlichen Reflexe nach der Geburt helfen dem Neugeborenen, sich motorisch und sensorisch zu entwickeln. Sie stellen eine Verbindung zwischen allen bereits vorhandenen Gehirnarealen und den Körperteilen her. Aufgabe ist es, unter den Bedingungen der Schwerkraft das Baby zu entwickeln, aufzurichten und Stabilität zu erlangen (Sieber & Queißer, 2021, S. 18–19).

2.4 Hemmung frühkindlicher Reflexe

Frühkindliche Reflexe sollen bis zum vierten Lebensjahr gehemmt werden. Eine Hemmung bedeutet, dass die Bewegungen der Muskeln allmählich in den Hintergrund treten. Grund dafür ist, dass die wichtigsten Nervenbahnen im Gehirn durch die frühkindlichen Reflexe bereits funktionsfähig geworden sind. Das Kind kann sich demnach willkürlich bewegen (Sieber & Queißer, 2021, S. 17). Die Hemmung frühkindlicher Reflexe ist oftmals mit dem Erlernen neuer Fertigkeiten verbunden (Godard Blythe, 2009, S. 20). Die Hemmung, beziehungsweise Integration der frühkindlichen Reflexe ist notwendig, ansonsten ist der Mensch immer damit beschäftigt, Kompensationsstrategien zu entwickeln (Hölscher, 2019, S. 20).

Reflexreaktionen sollen nach diesem Zeitraum nicht mehr vorhanden sein, jedoch bleiben die Bewegungsmuster immer abrufbar. Bei der vollständigen Integration bedeutet das, dass keine störenden motorischen Reflexreaktionen dazwischen schießen (Hölscher, 2013, S. 80–81). Im Kindesalter sollten die Verhaltensweisen, die auf den frühkindlichen Reflexen und deren Reaktionen beruhen, soweit integriert sein, dass sowohl die Herkunft als auch die Interaktionen nicht mehr zu erkennen sind. In ihrer Funktion werden sie jedoch behalten und modifiziert oder gehemmt (Sacher, 2018, S. 79). In Extremsituationen und Notfällen können diese wieder genutzt werden (Sieber & Queißer, 2021, S. 17).

Die Integration frühkindlicher Reflexe ist von mehreren Faktoren abhängig. Das Zusammenspiel der Wahrnehmungsinformationen ist bedeutend, es sind somit die Qualität, die Quantität und die Interaktion der sensorischen Verarbeitung von Informationen notwendig. Zudem sind auch die zentrale Verarbeitung und Beantwortung von Informationen ausschlaggebend. Weiters ist die Flexibilität der angemessenen motorischen Fähigkeiten bedeutsam. Als letzter, aber dennoch wichtiger Faktor wird der Einfluss durch Lernerfahrungen genannt (Sacher, 2018, S. 81).

2.5 Persistierende Reflexe

Frühkindliche Reflexe begleiten das Kind eine Zeit lang, jedoch sollten diese nach einiger Zeit in einen Ruhezustand verfallen, weil sie nicht mehr gebraucht werden. Ist dies nicht der Fall, so trainiert der Reflex das Kind immer wieder mit, obwohl eine alleinige Ausführung schon möglich wäre. Reflexe, die nicht ausreichend gehemmt wurden, sind restaktiv und werden als persistierende Reflexe bezeichnet. Die allgemeine Entwicklung läuft weiter, jedoch werden die frühkindlichen Reflexe als Stolpersteine, beziehungsweise als Entwicklungshemmer mitgetragen (Sieber & Queißer, 2021, S. 19–23). Auch bei geringen Ausprägungen von nicht gehemmten Reflexen kann es bei Kindern zu sehr starken Problemen kommen (Sieber & Queißer, 2021, S. 135).

Eine Studie von INPP wurde 2004 in Nordirland durchgeführt. Diese ergab, dass 48 Prozent der Zweitklässler und 35 Prozent der Fünftklässler persistierende Reflexe aufweisen. Betroffene Kinder hatten in der Schule größere Schwierigkeiten als Kinder, deren Reflexe vollständig integriert waren (INPP, 2004). Gieysztor, Choińska und Paprocka-Borowicz (2015, S. 1–6) führten eine Studie mit Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren durch. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass frühkindliche Reflexe bei mehr als 65 Prozent der Kinder nicht gehemmt wurden. Diese wirken sich auf die motorische Entwicklung aus. Je stärker die Reflexe vorhanden waren, desto geringer war ihre motorische Leistungsfähigkeit. In dieser Studie wurde beobachtet, dass Mädchen eine höhere Reflexintegration aufwiesen.

Laut Goddard Blythe (2009, S. 192–193) gibt es verschiedenste Anzeichen für entwicklungsneurologische Verzögerungen. Bei den frühkindlichen Reflexen lässt eine Vielzahl der Faktoren auf eine mögliche Entwicklungsverzögerung schließen. Anzeichen in der Schwangerschaft sind beispielsweise heftiges Erbrechen, Unfälle oder Infektionen, starker Stress, exzessiver Alkohol- und/oder Drogenkonsum, rauchen oder eine drohende Fehlgeburt. Während der Geburt sind verlängerte Wehen oder eine Sturzgeburt, eine Zangen- oder Saugglockengeburt, eine Steißgeburt, ein Kaiserschnitt oder die um den Hals gewickelte Nabelschnur Indizien. Zudem sind auch Babys, die mindestens zwei Wochen zu früh oder über zwei Wochen nach dem eigentlichen Geburtstermin auf die Welt kommen, ein Hinweis. Bei

Neugeborenen sind folgende Risikofaktoren ein wichtiger Indikator auf eine mögliche Entwicklungsverzögerung: geringes Geburtsgewicht und damit verbunden der Brutkasten, ein verformter Schädel, eine starke Gelbsucht, die notwendige Wiederbelebung des Babys und Probleme während des ersten halben Jahres beim Stillen und Füttern.

Kinderärzt*innen untersuchen während der ersten Vorsorgeuntersuchungen die frühkindlichen Reflexe durch eine aktive Testung, aber auch durch die Beobachtung der Spontanhaltung des Kindes. Der körperliche und der neurologische Entwicklungsstand wird in den Fokus genommen. Dabei werden sowohl die altersgerechte Entwicklung als auch individuelle Unterschiede berücksichtigt. Bei Auffälligkeiten werden weitere Kontrollen angedacht, um das Vorhandensein frühkindlicher Reflexe weiterhin zu überprüfen (Sieber & Queißer, 2021, S. 102).

Die Auswirkungen von Restreaktionen frühkindlicher Reflexe sind tiefgreifend. Sie haben Einfluss auf die weitere Entwicklung als auch die Hemmung anderer frühkindlicher Reflexe (Sieber & Queißer, 2021, S. 72). Wenn frühkindliche Reflexe nach dem sechsten bis zwölften Monat nach der Geburt noch vorhanden sind, werden sie als abweichend eingestuft und sie werden als Schwäche oder Unterentwicklung des Nervensystems angesehen (Goddard Blythe, 2009, S. 19). Dies kann das Erlernen der Bewegungskoordination eines Kindes beeinträchtigen, beziehungsweise unmöglich machen (Rossmann, 2016, S. 62). Das wiederum führt dazu, dass die Entwicklung von Halte- oder auch Stellreflexen verhindert und somit die Kontaktaufnahme des Kindes zu seiner Umwelt eingeschränkt wird (Goddard Blythe, 2009, S. 20).

Bestehende Restreflexe führen häufig zu chronischem primärem Stress. Die persistierenden Reflexe erzeugen jedoch nicht nur primären Stress, sondern durch die Auswirkungen auch sekundären Stress. Dazu zählen inadäquates Verhalten, eine veränderte Sensorik, Wahrnehmung und Reizverarbeitung und eine Veränderung im Ernährungs- und Schlafverhalten. Das Kind erfährt dadurch ungerechtes Verhalten aus der Umwelt und eine schlechte Stimmung in der eigenen Familie. Manche Kinder merken auch selbst den Unterschied von ihnen im Vergleich zu anderen Kindern. Diese Faktoren schließen den Teufelskreis und führen wiederum zu Druck, Angst und weiteren Stressbelastungen (Sieber & Queißer, 2021, S. 111–113).

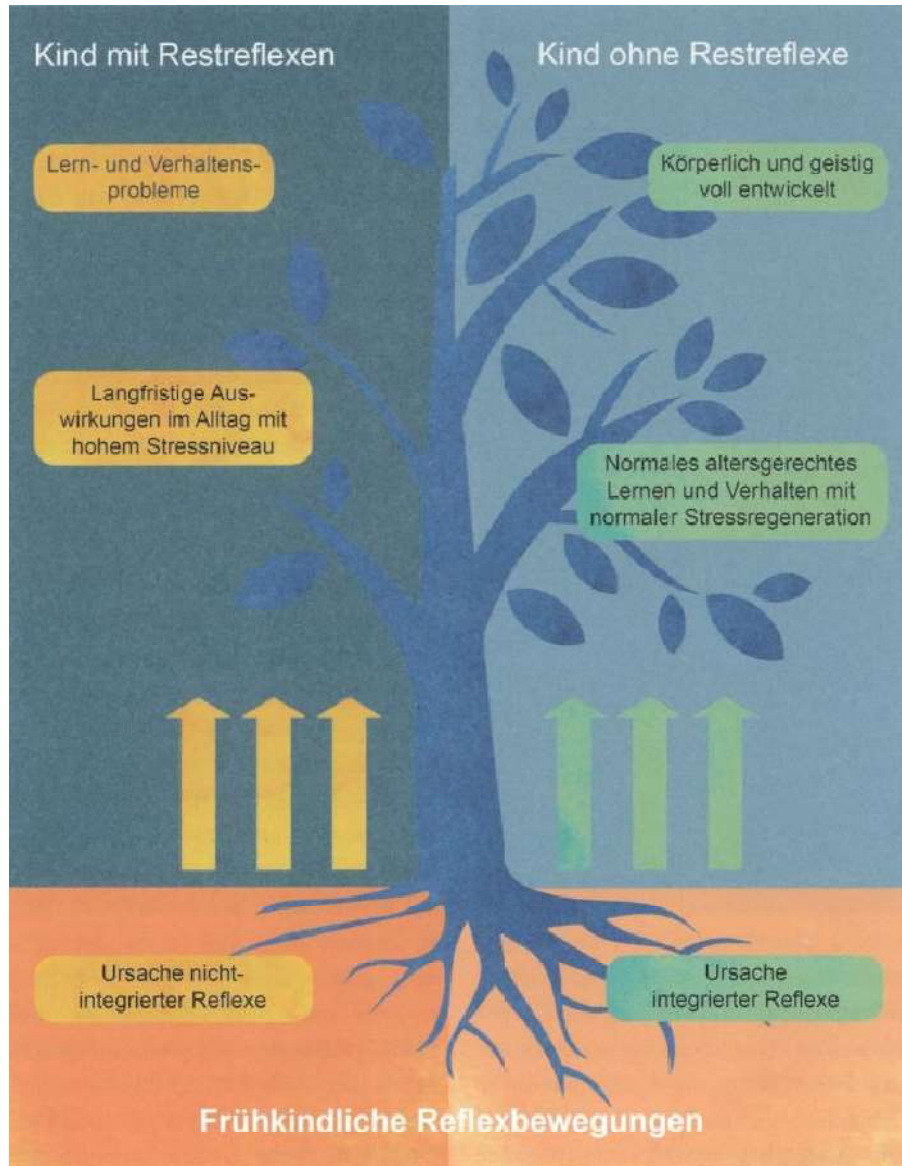


Abbildung 2: Vergleich nicht-integrierte und integrierte frühkindliche Reflexe (Sieber & Queißer, 2021, S. 20)

Bei persistierenden Reflexen tritt ein Reflex immer wieder auf, sobald die Stressbelastung zu groß wird. Unbewusst und ohne, dass die Person etwas dagegen tun kann, fällt sie wieder in das Reflexmuster hinein. Wichtig ist hierbei, die störenden Bewegungen zu unterbrechen, denn auch diese werden sonst vom Gehirn weiterhin erlernt und gefestigt. Bei Unterbrechungen werden im Gehirn neue Muster erlernt. Unmöglich ist dies jedoch im Schlaf, denn hier fallen Kompensationsstrategien weg. Somit werden Haltungen von nicht integrierten Reflexen sichtbar. Muskelspannungen, die in der Nacht unwillkürlich stattfinden, können die Ursache dafür sein, dass die Erholung, die der Körper braucht, nicht vorhanden ist (Hölscher, 2013, S. 81–

82). Bei Restreaktionen werden durch bestimmte Stimuli Reflexe ausgelöst. Dadurch kommt es zu Auffälligkeiten in der Wahrnehmung, als auch zu unkontrollierten und nicht zielgerichteten Bewegungen. Je weniger Reflexe integriert wurden, desto schlechter können Bewegungsabläufe ausgeführt werden (Hölscher, 2019, S. 21–22). Das bestätigt auch die Studie von Gieysztor, Choińska und Paprocka-Borowicz (2015, S. 1).

„Kinder entwickeln sich mit allem, was ihnen zur Verfügung steht, immer bestmöglich, erreichen den bestmöglichen Status und stellen das bestmögliche Gleichgewicht her – sie balancieren sich aus“ (Sieber & Queißer, 2021, S. 135). Kompensation spielt immer dann eine Rolle, wenn auf innere und körpereigene Störfaktoren reagiert werden muss. Diese schränkt zwar insgesamt die Handlungsfähigkeit ein, jedoch werden Teilsysteme und die damit verbundene Funktion des gesamten Systems optimiert (Sacher, 2018, S. 82). Auch wenn frühkindliche Reflexe im späteren Alter noch stark vorhanden sind, schaffen Kinder es oft sehr gut, diese auszugleichen und zu kompensieren. Diese Kompensation führt jedoch zu einer Fehlspannung in der Muskulatur und das wiederum bringt das Kind in einen Stresskreislauf (Sieber & Queißer, 2021, S. 135).

Zusammenfassend kommt es durch die persistierenden frühkindlichen Reflexe zu Stress, verminderter Leistungsfähigkeit, körperlichen Fehlbelastungen und mangelndem Selbstvertrauen. Diese Faktoren beeinflussen und verstärken sich gegenseitig (Sieber & Queißer, 2021, S. 115).

3 Frühkindliche Reflexe

Expert*innen berichten in einschlägiger Fachliteratur von 20 verschiedenen frühkindlichen Reflexen. Die Bearbeitung aller Reflexe würde den Rahmen der Masterarbeit übersteigen, weshalb für diese Arbeit sieben frühkindliche Reflexe ausgewählt wurden, welche maßgebliche Auswirkungen im Schulalltag zeigen. Diese werden näher beschrieben, die Folgen erläutert und mögliche Hilfestellungen für Lehrpersonen vorgestellt.

3.1 Der Mororeflex

3.1.1 *Beschreibung*

Der Mororeflex wurde nach Ernst Moro, einem deutschen Kinderarzt, benannt (Beigel, 2011, S. 86). Er wurde erstmals 1918 von Moro beschrieben, der feststellte, dass der Reflex in Schrecksituationen ausgelöst wird (Kotter, 2012, S. 231). Dieser ist der einzige primitive Reflex, der mit allen Sinnessystemen in Verbindung steht (Goddard Blythe, 2009, S. 28).

Der Mororeflex wird durch plötzliche und unerwartete Reize, wie die Stimulation des Gleichgewichtsorgans im Innenohr, bei vestibulären Änderungen der Kopfhaltung, bei Geräuschen, plötzlichen Bewegungen oder plötzlichen Lichtwechsel, durch Schmerz, unsanfte Berührungen oder Temperaturveränderungen, ausgelöst. Ein Baby ist nicht fähig zu analysieren, ob Sinneseindrücke von außen eine tatsächliche Bedrohung darstellen (Goddard Blythe, 2009, S. 23–24).

Die erste körperliche Reaktion auf den Mororeflex ist die unmittelbare Erregung. Es erfolgt die Abduktion, also die Öffnung der Arme und der Beine nach außen. Die Arme werden symmetrisch aufwärts und weg vom Körper bewegt, die Hände werden geöffnet. Darauf folgt schnelles Einatmen, ein kurzes Aufschrecken oder Erstarren. Im Anschluss findet die Adduktion statt, bei der die Arme und Beine geschlossen werden. Schrittweise werden die Arme dann in eine Haltung geführt, die als Umklammerungshaltung des Körpers wahrgenommen wird. Darauf folgt das Ausatmen, das häufig von einem Schrei begleitet wird. In einem nächsten Schritt wird die sogenannte „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ ausgelöst, wodurch das

sympathische Nervensystem aktiviert wird. Das wiederum hat zur Folge, dass die Stresshormone Cortisol und Adrenalin freigesetzt werden. Am Ende dieser Reaktion stehen teilweise Gefühlsausbrüche, die durch Wut oder Tränen wahrgenommen werden können (Goddard Blythe, 2009, S. 23–24).



Abbildung 3: Der Mororeflex (Hölscher, 2013, S. 36)

Der Mororeflex zählt zu den Schreckreaktionen (Sieber & Queißer, 2021, S. 24). Er gilt als Alarmreaktion, die mit einer Hilflosigkeit verbunden ist. Der Schrei dient dazu, die sofortige Aufmerksamkeit der Bezugsperson zu gewinnen (Goddard Blythe, 2021, S. 46). Außerdem wird dadurch ein Stressregulationssystem ausgebildet und der Mensch wird auf die Verarbeitung von Gefahrensituationen vorbereitet (Sieber & Queißer, 2021, S. 68).

Er entsteht in der neunten bis 32. Woche im Mutterleib (Goddard Blythe, 2009, S. 138). Das Ungeborene streckt bereits ab der zehnten Schwangerschaftswoche bei starken Reizen, Stress oder Angst den gesamten Körper. Die zweite Phase, in der sich der Körper nach dem Strecken wieder zusammenzieht, wird etwa ab der sechzehnten Schwangerschaftswoche ausgeführt (Sieber & Queißer, 2021, S. 24).

Bei der Geburt ist der Mororeflex bereits vollständig vorhanden (Beigel, 2011, S. 86). Er ist für den ersten Atemzug und den ersten Schrei des Babys verantwortlich und symbolisiert somit den Startschuss für ein Leben außerhalb des Körpers der Mutter (Goddard Blythe, 2009, S. 25; Sieber & Queißer, 2021, S. 24). Der Reflex

wird von der Hebamme oftmals durch einen Klaps auf den Po ausgelöst (Goddard Blythe, 2009, S. 25).

Die Hemmung erfolgt im zweiten bis vierten Lebensmonat (Goddard Blythe, 2009, S. 23). Der Mororeflex wird vom Strausreflex abgelöst. In einer Situation des Schrecks oder der Angst, wird kurz gezuckt, gleichzeitig wird jedoch geprüft, ob die Situation gefährlich ist und welche Maßnahmen notwendig sind, um der Situation unbeschadet zu entkommen. Beim Strausreflex wird im Gegensatz zum Mororeflex bewusst gehandelt (Sieber & Queißer, 2021, S. 24–25).

Auch bei erwachsenen Menschen können noch Reste der Mororeaktion beobachtet werden. In Schrecksituationen werden beide Arme hochgeworfen und die Finger gespreizt. Im Gesicht lässt sich die Öffnung des Mundes beobachten, während die Augen aufgerissen und die Augenbrauen nach oben gezogen werden (Zinke-Wolter, 2000, S. 70). Eine solche Reaktion ist beim Erwachsenen zu sehen, wenn er/sie das Gleichgewicht verliert (Rossmann, 2016, S. 63).

3.1.2 Auswirkungen eines persistierenden Mororeflexes

Wenn der Mororeflex nicht im Zeitraum vom zweiten bis vierten Lebensmonat gehemmt wird, so kann dies zu einer Hypersensitivität des Kindes führen. Diese wirkt sich auf einen oder auch auf mehrere sensorischen Kanäle aus (Goddard Blythe, 2009, S. 25). „Alles wird als gefährlich und lebensbedrohlich wahrgenommen.“ (Sieber & Queißer, 2021, S. 75). Dadurch können Reize wie plötzliche Geräusche, Bewegungen, Licht, Veränderungen von Haltungen oder auch Balance den Reflex unerwartet auslösen. Das Kind befindet sich ununterbrochen in Alarmbereitschaft und fällt somit in einen Teufelskreis: Durch die Aktivität des Reflexes wird die Produktion der Stresshormone Adrenalin und Cortisol angeregt. Diese Hormone erhöhen dann die Sensibilität als auch das Reaktionsvermögen auf äußere Reize. Die Stresshormone Adrenalin und Cortisol spielen auch eine große Rolle bei der Abwehr von Allergien und Infektionen – sie sind die Hauptabwehrstoffe des Körpers. Wenn diese ständig im Körper aktiv sind, so können sie ihrer primären Funktion nicht nachkommen. Die Vorräte werden unzureichend und somit sind eine ausreichende Immunität und die Reaktion auf Allergene nicht mehr gewährleistet (Goddard Blythe, 2009, S. 25–26).

Das Kind mit einem persistierenden Mororeflex kann auf zwei Arten reagieren. Entweder wird es ein ängstliches Kind, das sich häufig zurückzieht und Probleme bei der Kontaktaufnahme mit anderen hat (Goddard Blythe, 2009, S. 25). Es lehnt Kontaktsportarten ab und findet es schwierig, eine Beziehung zu Gleichaltrigen aufzubauen. Mit Erwachsenen hingegen kommt es sehr gut zurecht. Körperliche Zuneigung kann nur schwer akzeptiert und gezeigt werden (Goddard Blythe, 2021, S. 53). Oder es zeigt sich als überaktives und aggressives Kind, das Körpersprachen nicht versteht, sich schnell aufregt und Situationen dominiert (Goddard Blythe, 2009, S. 25). Häufig sind die Betroffenen Buben, die mit Aktionismus, Kraftausdrücken und Lautstärke reagieren, um ihre Angst nicht zu zeigen (Sieber & Queißer, 2021, S. 72). Beide Typen versuchen Strategien zu finden, um die Kontrolle über die eigene emotionale Reaktion zu behalten (Goddard Blythe, 2009, S. 25).

Der anhaltende Mororeflex hat im Gegensatz zu anderen persistierenden Reflexen Auswirkungen auf die gesamte emotionale Persönlichkeit des Kindes. Die Langzeitwirkungen des beibehaltenen Mororeflexes sind körperliche Furcht, Gleichgewichtsprobleme und damit einhergehend schlechte Balance und Koordination, Probleme mit der visuellen Wahrnehmung, Lichtempfindlichkeit und mangelnde Reaktionen von den Pupillen auf Licht, mögliche auditive Verwirrung durch die Überempfindlichkeit bei bestimmten Geräuschen, Allergien und Immunschwächen, ungünstige Reaktionen auf einige Medikamente, mangelnde Ausdauer und schlechtes Durchhaltevermögen, Abneigung gegenüber Veränderungen als auch Überraschungen und eine schlechte Anpassungsfähigkeit (Goddard Blythe, 2009, S. 26–27).

3.1.3 *Reflex*test

3.1.3.1 *Reflex*test für den vestibulär ausgelösten Mororeflex

Um zu testen, ob der Mororeflex noch vorhanden ist, legt sich das Kind auf den Rücken, streckt beide Arme aus und legt die Hände auf den Boden. Unter den Schultern befindet sich ein kleines Kissen, der Kopf wird von der testenden Person gestützt und befindet sich etwa fünf Zentimeter über dem Wirbelsäulen-Niveau (Goddard Blythe, 2009, S. 138).

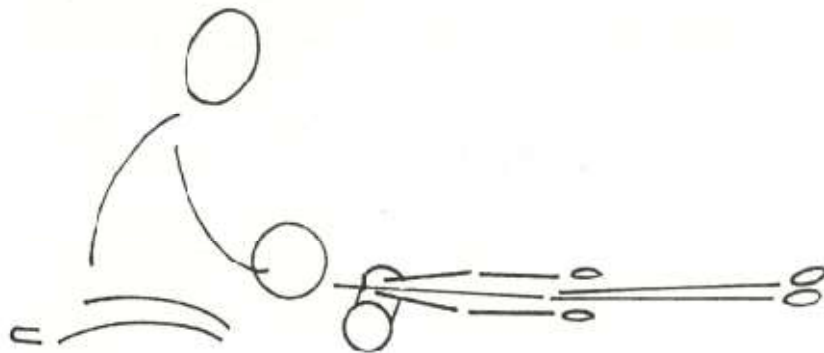


Abbildung 4: Ausgangsposition für den Mororeflex-Test (Goddard Blythe, 2009, S. 138)

Um den Test durchzuführen, lässt die testende Person den Kopf des Kindes fünf bis acht Zentimeter fallen. Dabei fällt der Kopf des Kindes von einer Hand in die andere, ohne den Boden zu berühren. Vorab bekam das Kind die Anweisung, dass die Hände schnellstmöglich vor der Brust gefaltet werden sollen, sobald es spürt, dass der Kopf Richtung Boden fällt (Goddard Blythe, 2009, S. 138).

Der Tester/Die Testerin beobachtet währenddessen, ob mit den Armen Auswärtsbewegungen gemacht werden oder ob eine Unfähigkeit oder Verzögerung gezeigt wird, wenn die Arme an der besagten Stelle gefaltet werden sollen. Außerdem wird darauf geachtet, ob nach dem Test eine Desorientierung oder Stressreaktion vorhanden ist, beziehungsweise ob eine Hautrötung oder Blässe auftritt (Goddard Blythe, 2009, S. 138–139).

3.1.3.2 Reflextest für den vestibulär ausgelösten Mororeflex in aufrechter Position

Der Mororeflex kann auch stehend getestet werden. Um den Test durchzuführen, steht die Testperson aufrecht, die Füße berühren sich. Die Arme werden gebeugt und im 45-Grad-Winkel vor dem Körper gehalten, die Hände bleiben dabei locker (Goddard Blythe, 2009, S. 140).

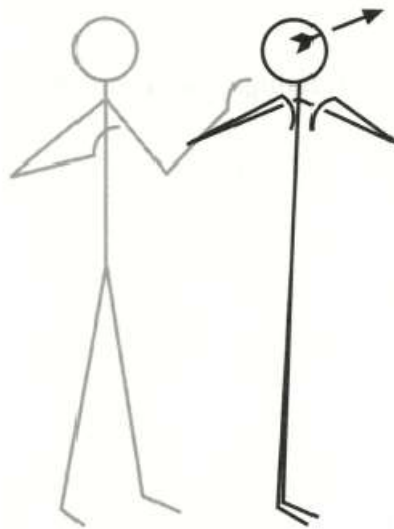


Abbildung 5: Ausgangsposition für den aufrechten Mororeflex-Test (Goddard Blythe, 2009, S. 140)

Die testende Person steht dahinter. Das Kind soll den Kopf zurückbeugen, als würde es an die Decke schauen und die Augen schließen. Bereits hier kann das Gleichgewicht beobachtet werden. Nun soll das Kind ruhig stehen und sich auf ein Zeichen starr wie ein Baumstamm zurückfallen lassen. Der Tester/Die Testerin beobachtet die Abduktion, also die Öffnung der Arme beim Fallen. Außerdem soll auf die Einatmung, beziehungsweise auf einen Schrei gehört werden, wenn das Kind das Gleichgewicht verliert. Nach der Testung wird auf eine Rötung oder Blässe geachtet. Es kann auch vorkommen, dass Kinder danach zittern oder sich zurückziehen (Goddard Blythe, 2009, S. 140–141).

3.1.4 Auswirkungen eines persistierenden Mororeflexes in der Schule

Auswirkungen des Mororeflexes in der Schule sind häufig Überreaktion und Hypersensitivität, eine Stimulusgebundenheit und Schwierigkeiten bei Ballspielen (Goddard Blythe, 2009, S. 194). Als Stimulusgebundenheit wird die Unfähigkeit beschrieben, unwesentliche Sinneseindrücke herauszufiltern und zu integrieren (Beigel, 2011, S. 88).

Dadurch, dass betroffene Kinder besser sehen können und visuelle Reize stärker wahrnehmen, kann es sein, dass die Lichtempfindlichkeit dazu führt, dass das weiße Papier die Kinder blendet und dadurch die Buchstaben nicht mehr wahrgenommen werden können (Sieber & Queißer, 2021, S. 72). Um visuell entspannen zu können, beugen sich betroffene Kinder auch häufig weit über ihre Arbeit, sodass das helle Licht gedämpft wird, welches für die Augen ermüdend und schmerzhaft sein kann. Die Pupillen werden so angepasst, dass sie auf gute Fernsicht ausgelegt sind. Deshalb erfordert das Lesen eine größere Anstrengung, abschreiben benötigt viel Zeit und die Konzentration lässt nach (Beigel, 2011, S. 111). Durch die Überbelastung der äußeren Reize sind Kinder schnell überreizt, körperlich unruhig und haben Probleme bei der Konzentration und Aufmerksamkeit. Außerdem fällt ihnen die Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen schwer (Sieber & Queißer, 2021, S. 72).

Betroffene Kinder zeigen Auffälligkeiten, wenn sie sich selbst malen sollen. Die Körperproportionen sind nicht stimmig, oftmals zeigt sich ein überdimensionierter Kopf oder es fehlen Körperteile. Außerdem fällt diesen Kindern das richtige Benennen der Körperteile schwer. Kritik können sie kaum annehmen, da Veränderungen auf sie bedrohlich wirken (Sieber & Queißer, 2021, S. 71–74).

Es erfordert eine hohe körperliche und mentale Anstrengung, um im täglichen Leben die Auswirkungen des persistierenden Reflexes zu kontrollieren (Goddard Blythe, 2021, S. 59).

3.1.5 Mögliche Hilfestellungen in der Schule

Da das Kind häufig überreagiert, ist es bedeutsam, in der Klasse eine Atmosphäre zu schaffen, die als ungefährlich wahrgenommen wird. Der Geräuschpegel soll reduziert werden und die Lehrperson soll sich beim Unterrichten wenig hin und her bewegen, um die Konzentration und Beschränkung der Augen zu erleichtern. Der Sitzplatz soll so gewählt werden, dass häufige Bewegungen in der Klasse nicht im Sichtfeld des Kindes stattfinden (Goddard Blythe, 2009, S. 186). Eine feste Sitzordnung über einen längeren Zeitraum, wobei die Tische frontal zur Tafel stehen, hilft laut Beigel (2011, S. 119).

Kinder mit einem persistierenden Mororeflex haben oft das Gefühl, sich nicht in der Gruppe einfügen zu können oder ausgeschlossen zu sein. Das hat zur Folge, dass die Selbsteinschätzung sehr gering oder labil ist. Eine Lehrperson kann hierbei helfen, das Selbstvertrauen des Kindes aufzubauen (Goddard Blythe, 2009, S. 186). Dies kann durch Lob und Anerkennung für Leistungen und Fähigkeiten erfolgen (Beigel, 2011, S. 119).

Gleichbleibende Regeln und Rituale im Schulalltag verhelfen den Kindern zu Sicherheit und Gewissheit (Beigel, 2011, S. 118). Eine Änderung im Schulalltag oder auch ein Schulausflug können Ängste hervorrufen (Beigel, 2011, S. 112). Anweisungen müssen klar formuliert sein. Die Möglichkeit zum Nachfragen bietet Sicherheit und kann zu Erfolgserlebnissen führen. Arbeitsblätter sollen gut und lesbar kopiert sein und so konzipiert sein, dass keine Orientierungslosigkeit hervorgerufen wird (Beigel, 2011, S. 119).

3.2 Der asymmetrisch tonische Nackenreflex

3.2.1 Beschreibung

Der asymmetrisch tonische Nackenreflex (ATNR) bewirkt bei der Drehung des Kopfes in eine Richtung, eine Streckung des Arms und Beins auf dieser Seite. Die Extremitäten der anderen Seite beugen sich (Sieber & Queißer, 2021, S. 26). Auf der Seite des Gesichtes wird die Nackenmuskulatur kontrahiert, auf der Rückseite gedehnt (Sacher, 2018, S. 37).

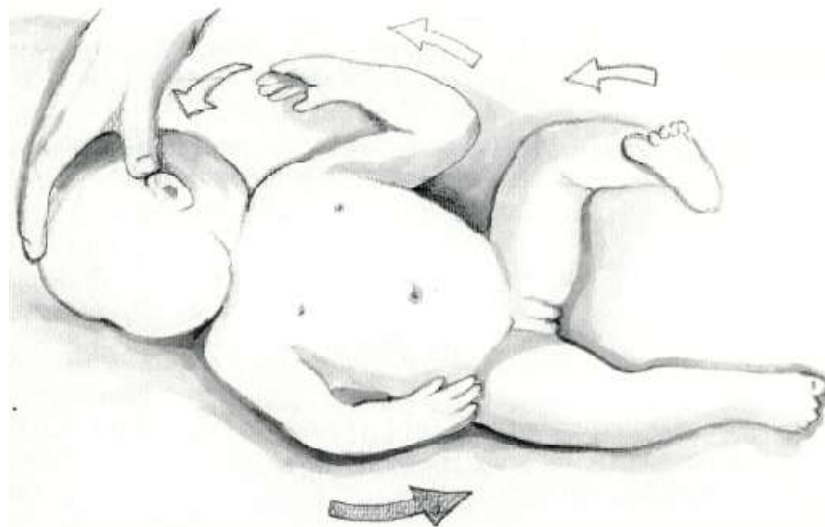


Abbildung 6: Der asymmetrisch tonische Nackenreflex (Hölscher, 2013, S. 28)

Der asymmetrisch tonische Nackenreflex entsteht in der 18. Schwangerschaftswoche und ist somit bei der Geburt bereits vollständig vorhanden. Er soll sechs Monate nach der Geburt gehemmt werden (Goddard Blythe, 2009, S. 32).

Der ATNR bildet sich etwa in der Zeit heraus, in der die Schwangere zum ersten Mal die Bewegungen des Ungeborenen spürt. Im Laufe der Schwangerschaft werden diese Bewegungen intensiviert. Sie dienen der Bewegungsentwicklung, denn Drehbewegungen werden auf engem Raum trainiert und der Aufbau des Muskeltonus wird damit gefördert. Der ATNR wird in der Schwangerschaft aktiviert, wenn die Sauerstoffversorgung des Fötus beeinträchtigt wird, beispielsweise durch die Kompression der Nabelschnur (Meyers, 2023, S. 16). Während der Schwangerschaft hilft der ATNR dem Baby, auf Lageveränderungen der Mutter zu reagieren und eine gemütliche Haltung zu erlangen (Goddard Blythe, 2021, S. 67).

Das Baby kann aktiv am Geburtsprozess teilnehmen, wenn der ATNR vollständig entwickelt ist. Dieser ist zusammen mit anderen Reflexen für die Beweglichkeit und Flexibilität verantwortlich. Gleichzeitig verstärkt der Prozess der Geburt die frühkindlichen Reflexe, sodass diese in den ersten Lebensmonaten aktiv sind. Demnach haben Kinder, die durch einen Kaiserschnitt zur Welt kommen, ein höheres Risiko für Entwicklungsverzögerungen (Goddard Blythe, 2009, S. 33). Beim Geburtsvorgang spielen Drehungen des Babys eine große Rolle, denn dadurch passt es sich dem Becken der Mutter an. Druck am Nacken des Babys macht die Schultern und Hüften beweglicher (Meyers, 2023, S. 17). Der ATNR wird durch den Massageeffekt während der Wehen weiterhin aktiviert und verstärkt (Beigel, 2011, S. 92).

Nach der Geburt ist der ATNR dafür verantwortlich, dass die Luftröhre frei ist, um zu atmen, auch wenn das Neugeborene auf dem Bauch liegt. Der Streckmuskeltonus wird verstärkt, wobei jeweils eine Seite trainiert wird (Goddard Blythe, 2009, S. 33). Er ist zudem für die Differenzierung der rechten und linken Körperseite zuständig, sowie für die Entwicklung des Sehsinns und des Hörsinns (Sieber & Queißer, 2021, S. 68). Außerdem wird der Mechanismus zum Strecken und Beugen der Arme und Beine trainiert (Sieber & Queißer, 2021, S. 55). Beim ATNR werden die Augen geschult, die sich mit dem Kopf zum Arm drehen. Dies bietet die Grundlage für die Augen-Hand-Koordination (Goddard Blythe, 2021, S. 69). Die Nahsicht wird trainiert und der Säugling lernt, bis zum Ende seines Arms zu schauen (Hölscher, 2019, S. 53).

Der ATNR kann schwächer werden, wenn er seine Aufgaben erfüllt hat. Dazu zählt die Stärkung der Nackenmuskulatur, die Verbesserung der Kopfkontrolle und die Weiterentwicklung der visuellen Fähigkeiten (Goddard Blythe, 2021, S. 70). Nach vier bis sechs Monaten soll die Hemmung eintreten, sodass das Kind krabbeln und kriechen lernen kann (Beigel, 2011, S. 92).

3.2.2 Auswirkungen eines persistierenden asymmetrisch tonischen Nackenreflexes

Bei einem persistierenden asymmetrisch tonischen Nackenreflex stellt die Kreuzung der Körpermitte eine Schwierigkeit dar. Er macht es unmöglich, auf dem Bauch mit einer fließenden Kreuzmusterbewegung zu kriechen. Die Kriech- bzw. auch Krabbelbewegung ist jedoch für die Koordination von Augen und Händen von Bedeutung. Beim Laufen leidet beeinträchtigt der persistierende ATNR das Gleichgewicht, da die Bewegung des Kopfes eine Streckung der Gliedmaßen auf der jeweiligen Seite zur Folge hat (Goddard Blythe, 2009, S. 34). Die Ausbildung der Lateraliät wird beeinflusst. Somit können die dominierende Hand, der dominierende Fuß und das dominierende Ohr nicht ausgeprägt werden. Damit stehen die Raumwahrnehmung, die Raumbeziehung und die Körpervorstellung in Zusammenhang (Beigel, 2011, S. 121). Die visuelle und auditive Wahrnehmung wird beeinträchtigt und die Raumorientierung begrenzt. Es kann zu Gleichgewichtsproblemen kommen (Hölscher, 2013, S. 30).

So stellt auch das Weitergeben eines Gegenstandes von einer Hand in die andere Hand eine Schwierigkeit dar, wenn dabei der Kopf gedreht wird. Dies sollte im Alter von 28 Wochen möglich sein. Der ATNR stellt eine unsichtbare Barriere dar, die verhindert, dass in sämtlichen Tätigkeiten die Körpermitte überschritten wird (Goddard Blythe, 2009, S. 35). Betroffene Kinder werden oftmals als tollpatschig beschrieben, da die Armbewegungen immer wieder versehentliche Missgeschicke auslösen (Sieber & Queißer, 2021, S. 83). Beispielsweise beim Fahrradfahren wird der Reflex beim Linksabbiegen häufig ausgelöst. Das Kind sollte nach links sehen, bevor es abbiegt. Durch die Kopfdrehung wird der ATNR ausgelöst und das Kind lenkt automatisch nach links (Hölscher, 2019, S. 57).

3.2.3 *Reflextest*

3.2.3.1 *Standardtest*

Der Standardtest wurde für Babys entwickelt. Bei älteren Kindern können die Reaktionen ausbleiben (Goddard Blythe, 2009, S. 144).

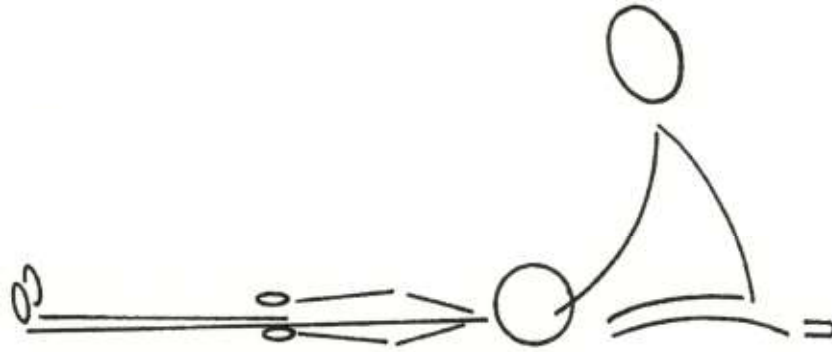


Abbildung 7: Ausgangsposition für den Standard Reflextest des asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 144)

Die Testperson liegt auf dem Rücken, die Arme befinden sich leicht angewinkelt daneben, die Hände ruhen. Der Kopf soll entspannt und auf der Mittellinie des Körpers ausgerichtet sein. Nun wird der Kopf in eine Richtung gedreht, wo die Position für 15 bis 20 Sekunden gehalten wird. Die Reaktion der Arme und Beine wird beobachtet. Im Anschluss wird der Kopf wieder in die Ausgangsposition gedreht, dort wird einige Sekunden verweilt und im Anschluss wird der Vorgang auf der anderen Seite wiederholt. Beobachtet werden alle Bewegungen der Hand, des Arms, des Fußes und des Beines der Seite, auf die der Kopf gedreht wird. Außerdem deutet auch die Unfähigkeit der Entspannung der Nackenmuskeln auf einen bestehenden ATNR hin (Goddard Blythe, 2009, S. 144–145).

3.2.3.2 *Schilder-Test*

Beim Schilder-Test steht die Testperson, die Füße berühren sich, die Arme werden auf Höhe der Schultern nach vorne gestreckt. Die Hände hängen locker nach unten und die Augen werden geschlossen. Die testende Person steht dahinter und gibt die Anweisung, dass die Hände auch bei der Bewegung des Kopfes nach vorne ausgestreckt bleiben sollen. Nun wird der Kopf des Kindes langsam zur Seite

gedreht, bis das Kinn parallel zur Schulter ausgerichtet ist. In dieser Position wird 10 Sekunden gewartet, danach wieder zur Mitte ausgerichtet und zur anderen Seite durchgeführt. Der gesamte Vorgang wird bis zu vier Mal wiederholt. Beobachtet werden hierbei sämtliche Bewegungen der Hand und des Arms auf der Seite der Drehung des Kopfes (Goddard Blythe, 2009, S. 146–147).

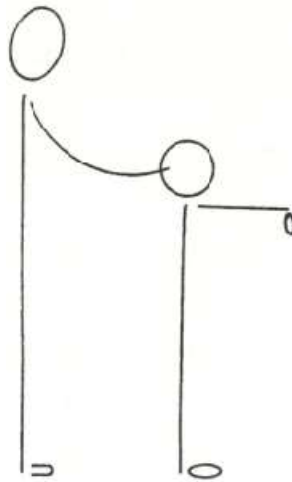


Abbildung 8: Ausgangsposition für den Schilder Reflextest des asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 146)

3.2.3.3 Der Tansley Test

Im Alter von sechs Jahren sollten Kinder dazu im Stande sein, einfache Figuren genau abzumalen. Diese Fähigkeit wird mithilfe des Tansley-Tests eruiert (Sieber & Queißer, 2021, S. 81).

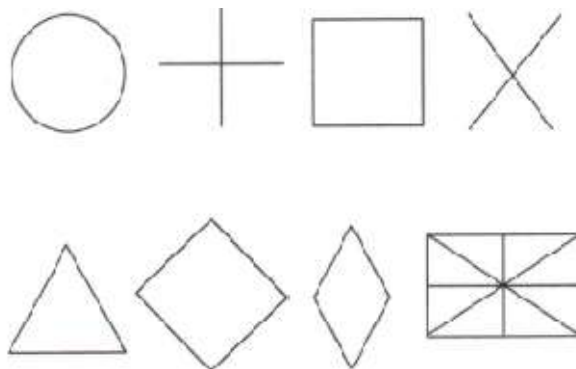


Abbildung 9: Vorlagenblatt des Tansley-Tests (Sieber & Queißer, 2021, S. 81)

In der nachfolgenden Abbildung hat ein Kind mit einem aktiven asymmetrisch tonischen Nackenreflex den Tansley-Test durchgeführt. Es wird deutlich, dass eine Überschreitung der Blattmitte nach links nicht möglich ist. Es wird hauptsächlich die rechte Seite des Blattes beschrieben (Sieber & Queißer, 2021, S. 84–85).



Abbildung 10: Ergebnis des Tansley-Tests mit einem aktiven asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 84)

3.2.4 Auswirkungen eines persistierenden asymmetrisch tonischen Nackenreflexes in der Schule

Schreiben fällt betroffenen Kindern sehr schwer, da sie sich immer gleichzeitig auf die Ausführung und die Gedanken konzentrieren müssen. Dadurch wird der kognitive Prozess eingeschränkt, sodass das Kind die Aufmerksamkeit nicht auf die Gedanken lenken kann. Die Handschrift eines Kindes mit persistierendem ATNR ist auffällig. Bei jeder Kopfbewegung wird ein Arm ausgestreckt, der sich öffnen will. Dadurch hat das Kind einen enormen Kraftaufwand, um über einen längeren Zeitraum ein Schreibgerät zu halten und zu benutzen. Um das zu kompensieren, wird übermäßiger Druck ausgeübt. Manche Kinder drehen sich das Heft so, dass die Überkreuzung nicht notwendig ist (Goddard Blythe, 2009, S. 35–36). Je schlechter der Reflex integriert wurde, desto mehr wird das vor dem Kind liegende Blatt gedreht (Hölscher, 2019, S. 56).



Abbildung 11: Blattlage beim Schreiben mit einem aktiven asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 84)

Betroffene Kinder schreiben häufig nur auf einer Blattseite, zum Beispiel nur rechts von der Mittellinie. Bei Hilfestellungen und Markierungen, um am Zeilenanfang zu beginnen, schaffen sie das einige Zeilen lang, jedoch wird der Beginn dann wieder in die Mitte verlegt. Ein weiteres Merkmal im Schriftbild kann sein, dass die Schrift in den Zeilen immer weiter nach unten abfällt. Bei Linkshändern wird die Schrift auf der rechten Blatthälfte häufig immer kleiner (Sieber & Queißer, 2021, S. 84–85).

Die Zusammenarbeit der Augen bildet eine Grundlage für viele schulische Leistungen. Ein Auge übernimmt die Führung, dadurch kann die Zusammenarbeit gelingen. Ist jedoch die Lateralität unausgeprägt, so wechselt das führende Auge, wodurch wiederum das Gesehene verschwimmt (Beigel, 2011, S. 122). Da auch die Kreuzung der Mittellinie mit den Augen eine Schwierigkeit darstellt, kann einem Gegenstand auf einer waagrechten Linie nicht gefolgt werden. Daraus resultieren Probleme beim flüssigen Lesen (Goddard Blythe, 2009, S. 35). Zudem werden beim Lesen durch die Kopfbewegung Buchstaben oder Wörter ausgelassen (Hölscher, 2013, S. 30).

3.2.5 *Mögliche Hilfestellungen in der Schule*

Kinder mit einem persistierenden ATNR brauchen im Schreibprozess einen zusätzlichen Platz, sodass das Heft gedreht werden kann. Da die Verschriftlichung von Ideen schwerfällt, können betroffene Kinder ihre Gedanken in mündlichen Diskussionen besser einbringen und diese dann zusammengefasst in Stichwörtern oder Kernsätzen verschriftlichen. Bei der Rechtschreibung und Grammatik kann die Verwendung eines Computers eine gute Hilfestellung sein, da dadurch die körperliche

Einschränkung überwunden wird. Beim Lesen stellt ein Stift, der auf das Gelesene zeigt, eine Hilfestellung dar, somit wird verhindert, dass es bei der Drehung des Kopfes die Textstelle verliert (Goddard Blythe, 2009, S. 186–187).

Betroffene Kinder haben weniger Probleme beim Schreiben in der Druckschrift als in der Schreibschrift. Dies hängt damit zusammen, dass kürzere, schnellere und nicht überkreuzende Bewegungen notwendig sind (Beigel, 2011, S. 124). Es ist hilfreich, wenn die Lineatur deutlich und großzügig ist, die Kinder ausreichend Zeit haben und der Lehrstoff über mehrere Sinneskanäle angeboten wird (Beigel, 2011, S. 129).

3.3 Der symmetrisch tonische Nackenreflex

3.3.1 Beschreibung

Der symmetrisch tonische Nackenreflex (STNR) wird durch das Beugen und Heben des Kopfes ausgelöst (Beigel, 2011, S. 97). Er teilt den Körper horizontal in zwei Hälften (Goddard Blythe, 2009, S. 52). Hierbei arbeiten die linke und rechte Körperhälfte symmetrisch zusammen (Beigel, 2011, S. 98). Wird der Kopf angehoben, beugt sich der untere Teil des Körpers und die obere Körperhälfte wird gestreckt (Goddard Blythe, 2009, S. 52).



Abbildung 12: Streckung des symmetrisch tonischen Nackenreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 50)

Bei einer Senkung des Kopfes beugen sich die Arme und die Beine werden gestreckt (Goddard Blythe, 2009, S. 52). Die Arme können das Körpergewicht nicht mehr halten und sie geben nach (Goddard Blythe, 2021, S. 75).



Abbildung 13: Beugung des symmetrisch tonischen Nackenreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 50)

Der STNR entwickelt sich während der Schwangerschaft und ist ab dem Moment der Geburt aktiv. Er schwächt ab und tritt dann zwischen dem sechsten und achten Monat wieder auf (Goddard Blythe, 2021, S. 74). Das Neugeborene kann sich durch den Reflex über den Bauch zur Brust der Mutter bewegen (Goddard Blythe, 2009, S. 51). Innerhalb einer Stunde kann es somit an der Brust saugen. Diese Form des Kriechens lässt sich etwa nach einer Woche nicht mehr beobachten (Goddard Blythe, 2021, S. 75–76).

Der Reflex hilft dem Kind, sich aus der Bauchlage heraus auf die Knie und Hände aufzurichten (Goddard Blythe, 2009, S. 51). Der STNR dient dazu, dass Bewegungsmöglichkeiten erweitert und die Aufrichtung ermöglicht wird (Sieber & Queißer, 2021, S. 68). Ziel ist es, aus dem Vierfüßlerstand ins Stehen zu kommen. Das Kind greift nach oben, hält sich fest und beugt beim Hochziehen die Ellbogen. Dadurch zieht der Kopf nach unten und die Knie und Hüften werden gestreckt (Goddard Blythe, 2021, S. 75).

Außerdem wird durch den symmetrisch tonischen Nackenreflex die Augenmuskulatur trainiert (Sieber & Queißer, 2021, S. 68). Der STNR folgt auf den ATNR und löst diesen ab. Beim ATNR ist die Fähigkeit zu sehen auf eine Armlänge beschränkt, wohingegen beim STNR die Fernsicht im Fokus steht (Hölscher, 2013, S. 34). Der Reflex hilft den Augen, Objekte in der Nähe zu fixieren, wenn die Arme gebeugt sind. Gleichzeitig wird geübt, Gegenstände in der Entfernung zu sehen, wenn die Arme gestreckt sind. Er hilft also dabei, die Weit- und Nahsicht zu schulen (Beigel, 2011, S. 98).

Der STNR stellt den Übergang zum Krabbeln dar (Beigel, 2011, S. 98). Durch das Hin- und Herwippen auf den Händen und Knien wird der symmetrisch tonische Nackenreflex nach einiger Zeit gehemmt. Wenn er nach dieser Phase aktiv bleibt, kann dies dazu führen, dass die Krabbelphase nicht stattfinden kann (Goddard Blythe, 2009, S. 54). Sobald der Reflex gehemmt ist, kann das Kleinkind im Kreuzmuster krabbeln. Krabbeln ist von Bedeutung, da das Bewusstsein für die Körperseiten, die Lateralität und der Richtungssinn geschult werden (Beigel, 2011, S. 98). Zusätzlich entspricht der Abstand von Augen und Händen beim Krabbeln etwa dem Abstand beim späteren Schreiben (Beigel, 2011, S. 142).

3.3.2 Auswirkungen eines persistierenden symmetrisch tonischen Nackenreflexes

Ein persistierender STNR hemmt die Bewegungsmöglichkeiten eines Kindes stark (Zinke-Wolter, 2000, S. 71). Wenn der STNR nicht zeitgerecht integriert wird, so kommt das Baby kaum oder gar nicht in den Vierfüßlerstand, da die Hüfte nicht gehoben werden kann (Hölscher, 2019, S. 61). Wenn das Kind es dennoch in den Vierfüßlerstand schafft und nach unten sieht, fällt es auf sein Gesicht, da sich die Arme reflexartig beugen (Zinke-Wolter, 2000, S. 72). Kinder, deren symmetrisch tonischer Nackenreflex noch aktiv ist, krabbeln meist nicht. Wenn sie dennoch zu krabbeln versuchen, bewegen sie sich in unsynchronisierten Bewegungen fort (Goddard Blythe, 2009, S. 52). Eine Folge dessen sind Sehschwächen bis hin zu Sehfehlern, da ein wichtiger Entwicklungsschritt – das Krabbeln – ausgelassen wurde. Die Augenmuskulatur arbeitet nicht synchron, was dazu führt, dass Kinder häufig Doppelbilder sehen, obwohl sie eigentlich gut sehen können (Sieber & Queißer, 2021, S. 88).

Restreaktionen des STNR beeinflussen die Körperhaltung und die Koordination des Körpers (Beigel, 2011, S. 99). Betroffene Kinder haben eine schlechte Haltung und sacken beim Sitzen zusammen (Goddard Blythe, 2009, S. 55). Die Streckung des STNR drückt sich dadurch aus, dass der Kopf vor der Mittellinie des Körpers gehalten wird und ein Hohlkreuz vorhanden ist. Der Blick ist nach unten gerichtet, die Aufrichtung erfordert viel Kraft. Der persistierende STNR mit einer Beugung ist dadurch geprägt, dass der Kopf hinter der körperlichen Mitte steht. In beiden Fällen sind die Füße beim Gehen nach außen gedreht, beim Sitzen fallen die Knie nach außen (Hölscher, 2019, S. 62–63). Zudem fühlen sich Kinder mit einem persistierenden STNR häufig unwohl in ihrem Körper, wodurch es eine Herausforderung darstellt, still zu sitzen oder koordinierte Bewegungen durchzuführen (Goddard Blythe, 2021, S. 80). Dies erschwert das Abschreiben, Schwimmenlernen und Fahrradfahren (Beigel, 2011, S. 99).

3.3.3 Reflextest

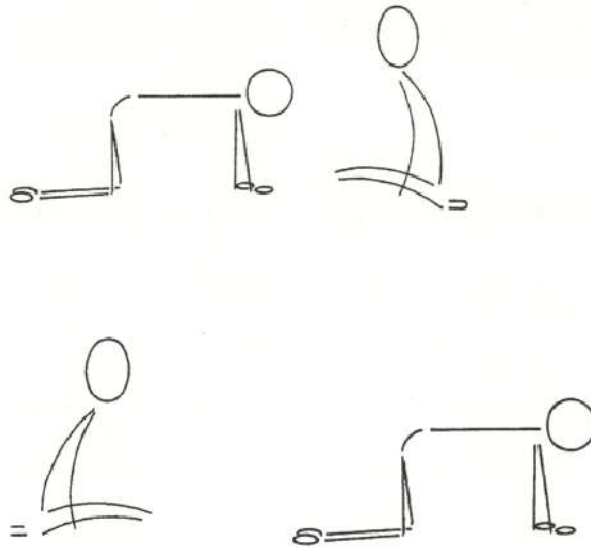


Abbildung 14: Ausgangsposition für den Reflextest des symmetrisch tonischen Nackenreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 154)

Die zu testende Person soll in die Ausgangslage des Vierfüßlerstandes gehen und wird dazu aufgefordert, die Position zu halten, während der Kopf abgesenkt wird. Im Anschluss wird die Kopfposition so geändert, dass die Testperson auf die Decke schaut und dabei wieder die Ausgangsposition hält. Der Vorgang wird bis zu sechs Mal wiederholt. Es wird beobachtet, ob ausgehend von der Beugung des Kopfes nach oben die Arme gestreckt und die Knie gebeugt oder durch die Kopfbewegung nach unten die Arme gebeugt und die Knie gestreckt werden (Goddard Blythe, 2009, S. 154–155).

3.3.3.1 Der Tansley-Test

Hier wird derselbe Test wie beim ATNR durchgeführt. Eine vorgegebene Zeichnung soll gleich abgezeichnet werden. Kinder mit einem vorhandenen STNR erstellen hier eine Doppelbildzeichnung (Sieber & Queißer, 2021, S. 89).

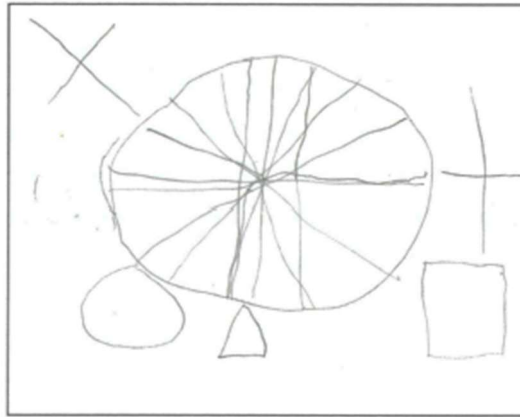


Abbildung 15: Ergebnis des Tansley-Tests mit einem aktiven symmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 89)

3.3.4 Auswirkungen eines persistierenden symmetrisch tonischen Nackenreflexes in der Schule

Ein vorhandener STNR in der Schule kann dazu führen, dass das Beugen des Kopfes die Beugung der Arme herbeiführt und betroffene Kinder demnach fast auf ihrem Tisch liegen (Goddard Blythe, 2009, S. 55). Zudem stützen Kinder häufig ihren Kopf beim Schreiben ab (Hölscher, 2019, S. 63). Abschreiben von der Tafel stellt eine besonders große Herausforderung dar, da die Lageveränderung des Nackens zu einer Handlungsveränderung führt (Beigel, 2011, S. 141). Wenn das Kind auf die Tafel schaut, streckt sich der Kopf nach hinten. Dadurch strecken sich die Hüfte und die Arme, die Knie beugen sich. Beim nach unten Schauen beugen sich die Arme und die Beine werden gestreckt. Das Kind versucht, diese Muskelspannungen zu kompensieren. Eine Form davon ist, dass sich das Kind auf die Beine setzt oder diese um den Tischfuß schlingt (Sieber & Queißer, 2021, S. 90).



Abbildung 16: Sitzpositionen mit einem aktiven symmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 90)

Schriftliche Arbeiten werden teilweise verweigert oder häufig frühzeitig abgegeben. Betroffene Kinder haben eine verkrampfte Handschrift, das wiederum dazu führt, dass schulische Leistungen verschlechtert werden (Beigel, 2011, S. 141). Das Kind ist langsam beim Abschreiben (Goddard Blythe, 2009, S. 56).

Viele grobmotorische Fähigkeiten sind von einem persistierenden STNR betroffen. Dazu zählen Brustschwimmen, Klettern an einem Seil, Kastenspringen und das Ausführen eines Handstandes (Goddard Blythe, 2021, S. 80).

3.3.5 Mögliche Hilfestellungen in der Schule

Haltungsfreiheit beim Arbeiten kann dem Kind helfen. Auch wenn die Haltung für Außenstehende ungünstig wirkt, so führt sie dennoch zu einem besseren Arbeitsverhalten beim Kind. Unterstützend wirken Stehpulte, freie Entscheidungen beim Sitzen oder auch abgeschrägte Schreibpulte. Außerdem sind Möglichkeiten zum Aufstehen hilfreich (Beigel, 2011, S. 142–144). Bedeutsam ist hierbei, dass der Kopf in einer aufrechten Position bleiben kann (Goddard Blythe, 2009, S. 187). Die Kinder ziehen es häufig vor, am Boden zu arbeiten, da in dieser Position weder Arme noch Beine angewinkelt werden müssen (Goddard Blythe, 2021, S. 79).

Betroffene Kinder schneiden bei schriftlichen Arbeiten schlechter ab als bei mündlichen Überprüfungen. In die Beurteilung soll die Entstehung von Arbeiten miteinbezogen und nicht nur das Endprodukt bewertet werden. Der Energieaufwand ist bei bestimmten Arbeiten deutlich höher. Schriftliche Arbeiten sollen verkürzt oder abgeändert werden, teilweise besteht auch die Möglichkeit der mündlichen Abgabe. Wenn mit Arbeitsblättern gearbeitet wird, so sollen diese in Abschnitte gegliedert und deutlich strukturiert sein. Das Lernen und Verhalten kann durch bewegtes Lernen, multisensorische Angebote und Bewegungspausen unterstützt werden (Beigel, 2011, S. 141–144).

3.4 Der Such- und Saugreflex

3.4.1 Beschreibung

Der Such- und der Saugreflex wurden erstmals 1859 von Adolf Kussmaul detailliert beschrieben. Der Suchreflex geht dem Saugreflex voran, sodass der Säugling Nahrung aufnehmen kann (Kotter, 2012, S. 150).

Die Kombination des Such- und Saugreflexes hat die Aufgabe, dass das Baby die Nahrungsquelle findet, sich dieser zuwendet und den Mund bereits geöffnet hat, sodass es entweder die Brust oder das Fläschchen umschließen kann. Anschließend startet die Bewegung des Saugens und Schluckens (Goddard Blythe, 2009, S. 37).



Abbildung 17: Der Suchreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 37)

Der Suchreflex wird durch einen leichten Reiz im Bereich der Wange oder des Mundwinkels ausgelöst. Das Baby dreht daraufhin den Kopf in die Richtung, aus der es den Reiz wahrgenommen hat. Es öffnet währenddessen den Mund und streckt die Zunge heraus als Vorbereitung zum Saugen (Goddard Blythe, 2009, S. 37; Beigel, 2011, S. 94; Sieber & Queißer, 2021, S. 28). Der Saugreflex wird durch den Kontakt am Gaumen ausgelöst, es folgen rhythmische Saugbewegungen (Goddard Blythe, 2021, S. 91).

Erste Bewegungen des Suchens, Saugens und Schluckens entwickeln sich etwa in der zehnten bis zwölften Woche der Schwangerschaft. Im Mutterleib sind diese

Bewegungen notwendig, um das Volumen des Fruchtwassers auszugleichen. Saugbewegungen werden im Uterus ab der 18. Schwangerschaftswoche beobachtet. Die Häufigkeit des Saugens hängt vom Geschmack des Fruchtwassers ab, der von der Nahrung der Mutter beeinflusst wird. In den späteren Schwangerschaftsmonaten nimmt die Häufigkeit der Saugbewegungen zu. Echte Schluckbewegungen lassen sich ab der 18. bis 24. Woche beobachten. Die Kombination aus Saugen und Schlucken ist erst ab der 23. bis 34. Woche möglich. Der Suchreflex bildet sich im Zeitraum der 24. bis 28. Woche aus. Nach der Geburt leitet ein Suchreflex zum Saugreflex über, sodass Nahrung aufgenommen werden kann (Goddard Blythe, 2021, S. 91–95).

Odent stellt laut Goddard Blythe (2009, S. 37; 2021, S. 92) fest, dass der Suchreflex in den ersten Lebensstunden am stärksten ist. Sollte es innerhalb der ersten Stunden nicht zu einem Sucherfolg kommen, so wird der Reflex abgeschwächt – so beispielsweise bei Neugeborenen, die nach der Geburt Zeit im Brutkasten verbringen.

Die Berührung der Wange wird als Signal für die Nahrungsaufnahme aufgefasst (Beigel, 2011, S. 94). Rochat hat laut Sacher (2018, S. 31) bereits 1998 Untersuchungen gemacht, in der die Eigen- und Fremdstimulation beobachtet wurde. Der Suchreflex wird demnach nur ausgelöst, wenn die Region im Gesicht von einer anderen Person berührt wird. Wenn das Neugeborene selbst diese Bereiche berührt, so bleibt der Reflex aus (Sacher, 2018, S. 31). Prechtl hat bereits in einer Veröffentlichung 1976 festgestellt, dass das Auftreten des Reflexes sowie die Intensität von der Sättigung und der Wachheit des Säuglings abhängig ist (Kotter, 2012, S. 154; Goddard Blythe, 2009, S. 38).

Die drei Reflexe – Suchreflex, Saugreflex und Schluckreflex – in Kombination haben die Aufgabe, den Schluckablauf zu entwickeln und die Mundmuskulatur zu stärken (Sieber & Queißer, 2021, S. 68). Das Saugen hat neben der Nahrungsaufnahme auch die Funktion, dass sich das Neugeborene entspannen kann (Sacher, 2018, S. 30–31). Durch die Reflexe werden die Gesichtsmuskeln trainiert, die für das Lächeln notwendig sind (Goddard Blythe, 2021, S. 94). Zudem wird die Nackenmuskulatur gestärkt, die Verdauung unterstützt und die Sprache vorbereitet (Hölscher, 2013, S. 40). Im ersten Lebensjahr hat der Mund des Babys nicht nur die Aufgabe Nahrung aufzunehmen, sondern auch die Umwelt zu erkunden. Ein Gegenstand wird

erkundet, indem der Geschmack getestet, die Beschaffenheit wahrgenommen und der Gegenstand in den Mund genommen wird. Das Baby kann dadurch das Aussehen eines Gegenstandes mit dem Gefühl, das es durch den Mundraum erhalten hat, abgleichen (Goddard Blythe, 2021, S. 92–93).

Die Hemmung des Suchreflexes sollte drei bis vier Monate nach der Geburt eintreten (Goddard Blythe, 2009, S. 37). Der Saugreflex bleibt bis zum sechsten Lebensmonat aktiv. Der Schluckreflex ist beim Menschen lebenslang aktiv (Sieber & Queißer, 2021, S. 28).

3.4.2 Auswirkungen eines persistierenden Such- und Saugreflexes

Wenn der Such- und Saugreflex persistiert, hat das Einfluss auf die Stellung der Zunge im Mund. Diese verbleibt weit vorne, wodurch ein reiferes Schluckmuster nicht ausgebildet werden kann. Es kann auch Einfluss auf den Lippenschluss haben, der Mund wird nicht vollständig geschlossen. Durch die Kombination des unreifen Schluckmusters und des offenen Mundes sammelt sich Speichel im vorderen Mundraum an, kann aber nicht hinuntergeschluckt werden. Dadurch haben betroffene Kinder häufig ein nasses Kinn oder auch Flecken des Speichels auf der Kleidung (Goddard Blythe, 2021, S. 94). Zudem wird die Bewegungsabfolge der Zunge, die beim Schlucken benötigt wird, verhindert. Das führt dazu, dass der Speichelfluss heftig und die Kontrolle der Mundmuskulatur nicht richtig entwickelt ist. Daraus resultieren Schwierigkeiten bei der Aufnahme fester Nahrung (Goddard Blythe, 2009, S. 38; Beigel, 2011, S. 145). Eine Integration des Saugreflexes bewirkt, dass es zum bewussten Saugen und Kauen übergeht (Hölscher, 2013, S. 39). Bleibt der orale Reflex vorhanden, so wirkt sich dies auf die Sensibilität wie auch auf unreife Reaktionen durch Berührungen im Bereich des Mundes aus (Goddard Blythe, 2009, S. 38).

3.4.3 *Reflextest*

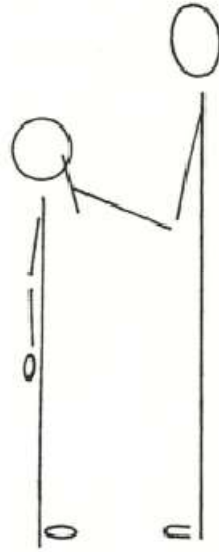


Abbildung 18: Ausgangsposition für den Reflextest des Such- und Saugreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 148)

3.4.3.1 *Reflextest Suchreflex*

Die Person, die getestet wird, steht mit geschlossenen Beinen vor der Testperson. Die testende Person streicht mit einem weichen Pinsel mehrmals pro Seite von der Außenseite der Nasenwurzel bis zum Mundwinkel abwärts. Dabei wird beobachtet, ob ein Zucken oder Bewegungen im Mundbereich sichtbar werden. Möglicherweise zieht die zu testende Person auch den Kopf zurück und somit vom Reiz weg (Goddard Blythe, 2009, S. 148).

3.4.3.2 *Reflextest Saugreflex*

Um den Saugreflex zu testen, wird die gleiche Ausgangsposition verwendet. Diesmal wird jedoch der mittlere Bereich der Oberlippe mit einem Pinsel stimuliert. Die Lippenbewegung wird beobachtet – vor allem ein „Kräuseln“, das unwillkürlich im Bereich der Lippe auftritt (Goddard Blythe, 2009, S. 149).

3.4.4 *Auswirkungen eines persistierenden Such- und Saugreflexes in der Schule*

Zu den schulischen Problemen eines anhaltenden Such- und Saugreflexes zählen eine schlechte Artikulation und anhaltendes Daumenlutschen (Goddard Blythe, 2009, S. 195). Kinder mit einem persistierenden Saugreflex erkennt man häufig an

den Problemen bei der Aussprache. Durch die Zungenposition – zu weit vorne im Mundraum – lispeln oder nuscheln betroffene Kinder. Zudem werden dadurch die Zähne nach vorne geschoben, was wiederum zu einem offenen Biss führt – die Zähne liegen nicht aufeinander. Eine weitere Auswirkung ist der verstärkte Speichelfluss, durch den sich Kinder häufiger verschlucken (Sieber & Queißer, 2021, S. 91–92).

Betroffene Kinder lutschen, knabbern oder nuckeln an Schulmaterialien. Sind diese nicht zur Verfügung, so werden Kleidungsstücke als Kompensationsmöglichkeit verwendet (Beigel, 2011, S. 145). Beim Schreiben hängt die Zunge aus dem Mund und das Daumenlutschen hält lange an (Hölscher, 2013, S. 40).

3.4.5 Mögliche Hilfestellungen in der Schule

Der Rolle der Lehrperson als Sprachvorbild, das klar und deutlich spricht und gut artikuliert, kommt hier einer besonderen Bedeutung zu. Die sprachliche Erziehung kann durch tägliches Vorlesen unterstützt werden und auch zum täglichen Singen wird geraten. Einzelne Buchstaben sollen deutlich gesprochen werden – auch von den Kindern. Der Schriftspracherwerb kann im Bereich der Buchstabeneinführung durch Handzeichen unterstützt werden (Beigel, 2011, S. 148).

3.5 Der Palmarreflex

3.5.1 *Beschreibung*

Der Palmarreflex gehört zusammen mit dem Plantarreflex zu den Greifreflexen (Beigel, 2011, S. 89). Der Handgreifreflex wurde erstmals 1882 von Wilhelm Preyer beschrieben. Er hat in einer Veröffentlichung ausgeführt, dass ein Säugling den Finger umklammert, wenn dieser in die Hand gelegt wird. Louis Robinson ergänzte 1891 diesen Aspekt durch das Phänomen, dass ein Neugeborenes durch den Greifreflex das eigene Körpergewicht halten kann (Kotter, 2012, S. 175–176).

Der Palmarreflex wird durch einen Gegenstand, der quer in die Hand des Kindes gelegt wird, ausgelöst (Goddard Blythe, 2021, S. 85). Durch die Berührung in der Handfläche führen die Finger reflexartig eine Greifbewegungen aus (Sieber & Queißer, 2021, S. 92; Goddard Blythe, 2009, S.29). Zuerst legt sich der Mittelfinger um den Gegenstand, dann der Ringfinger und der kleine Finger und zum Schluss der Daumen und Zeigefinger. Meist liegt dabei der Daumen unter dem Zeigefinger. Der Reflex wird in zwei Phasen unterteilt. In der ersten Phase, die auch als Fang- oder Greifphase bezeichnet wird, werden die Finger schnell gebeugt und zusammengezogen. In der zweiten Phase, der sogenannten Haltephase, hält die Beugung der Finger an (Goddard Blythe, 2021, S. 85). Die Hand verweilt so lange in dieser Position, bis der Reiz entfernt wird (Beigel, 2011, S. 89). Der Reflex ist in den ersten Lebensstagen so stark, dass das Neugeborene das eigene Körpergewicht damit halten könnte (Goddard Blythe, 2021, S. 85; Beigel, 2011, S. 89; Kotter, 2012, S. 175–176).



Abbildung 19: Der Palmarreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 29)

Der Palmarreflex entsteht in der elften Woche der Schwangerschaft und ist bei der Geburt bereits vollständig vorhanden (Goddard Blythe, 2009, S. 29). In den ersten zwölf Tagen nach der Geburt ist er am stärksten ausgeprägt, wird dann im Alter von vier bis sechs Monaten schwächer und sollte mit Ende des ersten Lebensjahres gehemmt sein (Goddard Blythe, 2021, S. 85).

Der Reflex ist laut Hölscher (2013, S. 22) für die grobmotorische Entwicklung der Hände zuständig. Außerdem können dadurch die rechte und linke Körperseite unterschieden werden. Der Reflex schult die Koordination von Hand und Mund und Hand und Fuß. Beigel (2011, S. 91) sieht die wesentliche Aufgabe des Palmarreflexes in der feinmotorischen Koordination, sowie in der Entwicklung der Sprache und Artikulation.

Die Stärke des Reflexes kann variieren. Nach der Nahrungsaufnahme ist er deutlich schwächer als zuvor. In den ersten vier Monaten nach der Geburt ist der Palmarreflex mit den Saugbewegungen während der Nahrungsaufnahme gekoppelt (Goddard Blythe, 2021, S. 86). Die sogenannte Babkin-Reaktion entsteht im Zusammenhang mit dem Palmarreflex. Während des Stillens kommt es durch die Bewegung des Saugens zur Auslösung des Reflexes. Die knetende Handbewegung ist für den Milchfluss förderlich. Das Zusammenspiel zwischen dem Mund und der Hand funktioniert aber auch in die andere Richtung. Durch die Auslösung des Palmarreflexes wird der Mund geöffnet, was beim Stillen wiederum hilfreich ist (Sieber & Queißer,

2021, S. 28). Bleibt dieses Phänomen über den genannten Zeitraum hinaus bestehen, so kann dies zu Problemen der Sprachentwicklung und den eigenständigen Bewegungen der Finger führen (Goddard Blythe, 2021, S. 86).

Der Palmarreflex sollte sich so umwandeln, dass sich ausgehend vom unwillkürlichen Greifen die Kontrolle über die Finger entwickelt, bis im Alter von 36 Wochen der Pinzettengriff den Reflex ablöst (Beigel, 2011, S. 89; Goddard Blythe, 2009, S. 29). Etwa ab dem fünften Lebensmonat kann das Baby Gegenstände loslassen. In dieser Phase werden häufig Gegenstände fallen gelassen. Diese werden vom Erwachsenen aufgehoben und der Vorgang wiederholt sich. Aus diesem Prozess heraus entwickeln sich geschickte Bewegungen der Finger und Hände (Goddard Blythe, 2021, S. 87).

3.5.2 Auswirkungen eines persistierenden Palmarreflexes

Ein persistierender Palmarreflex führt dazu, dass das Kind einen schlecht entwickelten Pinzettengriff hat, wodurch die Feinmotorik beeinträchtigt wird und die manuelle Geschicklichkeit sehr gering ist. Die Bewegungen der Hände und des Mundes bleiben gekoppelt. Dies kann sich sowohl auf die Sprache, als auch auf manuelle Tätigkeiten auswirken. Die Hände bewegen sich beim Sprechen, der Mund bewegt sich, wenn mit den Händen gearbeitet wird. Die Handflächen des betroffenen Kindes sind überempfindlich gegenüber taktilen Reizen (Goddard Blythe, 2021, S. 88). Somit kann es zu einer Beeinträchtigung der Gleichgewichtsreaktion kommen, da sich das Kind nicht auf der offenen Hand abstützen kann (Beigel, 2011, S. 89). Hölscher (2013, S. 22) ergänzt zudem, dass die Entwicklung der Händigkeit länger dauert. Es besteht eine Unsicherheit in der Augen-Hand-Koordination und in der Augen-Fuß-Koordination.

3.5.3 Reflextest

Die zu testende Person befindet sich in einer stehenden Position. Die Füße sind zusammengestellt, die Arme angewinkelt, mit nach oben zeigenden Handflächen. Die testende Person streicht mit einem Pinsel über die Handfläche und wiederholt diesen Vorgang zwei Mal. Beobachtet werden hierbei alle Bewegungen von Daumen und den anderen Fingern in die Richtung, aus der der Reiz kommt. Außerdem

wird auf eine extreme Empfindlichkeit in den Handinnenflächen geachtet (Goddard Blythe, 2009, S. 142–143).



Abbildung 20: Testverlauf des Reflextest für den Palmarreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 142)

3.5.4 Auswirkungen eines persistierenden Palmarreflexes in der Schule

Die erste Bewegung eines Kindes, das ein Schreibgerät halten will, ist palmar. Das bedeutet, dass es den Stift mit der ganzen Hand umklammert und der Arm nach innen gedreht ist. Das Kind malt in dieser Phase grobmotorisch, da auch der Arm nicht am Tisch aufliegt. Diese Phase soll in den Dreifingergriff übergehen, wodurch das Kind auch feinmotorische Bewegungen ausführen kann (Goddard Blythe, 2021, S. 87). Ein aktiver Handgreifreflex führt dazu, dass bei einem Reiz in der Handfläche, so auch bei einem Stift, automatisch die Hand geschlossen wird. Eine Öffnung der Hand ist nur durch den Muskeleinsatz möglich. Deshalb ist eine flexible Fingerbewegung kaum möglich und der Stift wird zu fest gehalten. Die Hand verkrampft und dadurch wird es unmöglich, entspannt zu schreiben. Jegliche feinmotorische Aktivitäten werden somit anstrengend und oftmals erfolglos (Sieber & Queißer, 2021, S. 95). Die falsche Stifthaltung führt zu einer auffälligen Handschrift (Beigel, 2011, S. 150).

Bei einem persistierenden Palmarreflex ist oftmals durch die Babkin-Reaktion der Mund mit den Händen gekoppelt. Beim Schreiben oder Malen bewegt sich der Mund ständig mit. Durch die ständigen Mundbewegungen beim Malen wird dies häufig von den Kindern vermieden. Es kommt zudem beim Kind zu Schwierigkeiten in der Sprache und Artikulation (Beigel, 2011, S. 150; Goddard Blythe, 2009, S. 31). Laut

Bärbel Hölscher (2019, S. 82) besteht ein Zusammenhang zwischen Handbewegungen, Schrift und Sprache. Ein sauberer Pinzettengriff führt zu einer besseren Entwicklung der Sprache und des Schreibprozesses. Ist der Reflex nicht integriert, so drückt das Kind beim Schreiben zu fest auf und die Haltung des Dreipunktgriffes ist kaum möglich. Einige Kinder bewegen ihre Zunge gekoppelt mit den Schreibbewegungen hin und her.

3.5.5 Mögliche Hilfestellungen in der Schule

Da betroffene Kinder schulisch beim Schreiben eingeschränkt sind, gelten als Hilfestellung alle Übungen zur Förderung der Feinmotorik als hilfreich. Um die Kinder beim Schreibprozess zu unterstützen, können Stifthilfen angeboten werden, wodurch der Stift im Dreipunktgriff gehalten werden kann. Außerdem sind alle feinmotorischen Arbeiten wie kneten, malen, knüllen und sägen förderlich. Fingerspiele und Klatschspiele, sowie das Handarbeiten und instrumentaler Unterricht können unterstützend wirken (Beigel, 2011, S. 151).

3.6 Der Plantarreflex

3.6.1 Beschreibung

Der Fußgreifreflex wurde erstmals 1931 von Johann Galant als „Fußsohlengreifreflex“ beschrieben. Er entdeckte den Reflex, da er nach Analogien zum Handgreifreflex suchte und kam zum Entschluss, dass der Fußgreifreflex ähnlich funktioniert, jedoch die Zehen zu kurz sind, um wirklich greifen zu können (Kotter, 2012, S. 186).

Der Plantarreflex ist mit dem Palmarreflex verwandt, da bei beiden auf einen durch Druck ausgelösten Reiz eine Greifbewegung folgt. Beim Palmarreflex greifen die Finger zu, beim Plantarreflex werden die Zehen gebeugt. Die plantare Reaktion ist wesentlich schwächer als die palmare Reaktion. Jedoch sind auch die Zehen dazu in der Lage, einen schmalen Gegenstand zu greifen (Goddard Blythe, 2021, S. 88).

Die Reaktion auf den Reflex ist das Einklammern der Zehen durch die Berührung am mittleren Fußballen. Beim Loslassen werden die Zehen gespreizt (Beigel, 2011, S. 91).



Abbildung 21: Der Plantarreflex (Hölscher, 2019, S. 90)

Der Plantarreflex entsteht, wie auch der Palmarreflex, in der elften Woche der Schwangerschaft und ist somit bei der Geburt vorhanden (Beigel, 2011, S. 91). Er bleibt bis zum zwölften Lebensmonat erhalten (Sieber & Queißer, 2021, S. 28).

Im ersten Lebensjahr hat der Plantarreflex die Aufgabe, dass die Fuß- und Zehenmuskulatur angeregt und trainiert wird (Goddard Blythe, 2021, S. 90; Sieber & Queißer, 2021, S. 70). Zudem dient er als Vorbereitung, um die Hand-Fuß-Koordination, sowie die Unterscheidung der rechten und linken Körperseite auszubilden (Hölscher, 2013, S. 24).

Etwa ab dem neunten Lebensmonat soll die Integration so weit vorangeschritten sein, dass sich die Zehen nicht bei jeder Berührung des Fußes am Boden einrollen. Im Zeitraum davor sollten Babys nicht mit den Füßen auf den Boden gestellt werden, da dadurch der Reflex immer wieder ausgelöst wird (Hölscher, 2019, S. 90). Der Reflex sollte mit einem Jahr vollständig integriert sein, damit das Kind in den aufrechten Stand kommen kann (Goddard Blythe, 2021, S. 88). Nach der Integration sorgt er dafür, dass der Fuß sauber abgerollt wird (Hölscher, 2019, S. 90).

3.6.2 Auswirkungen eines persistierenden Plantarreflexes

Wenn der Reflex fortbesteht, so führen die Zehen bei jeder Berührung des Fußballs eine Greifbewegung aus. Dies geschieht bei jedem Schritt, wodurch eine akkurate Fußbewegung unmöglich wird (Sieber & Queißer, 2021, S. 94). Der Stand mit dem flachen Fuß und das Abrollen werden erschwert, beziehungsweise auch verhindert (Beigel, 2011, S. 91).

Einige Kinder kompensieren die Auslösung des Reflexes dadurch, dass sie im Zehenspitzen gehen, wodurch wiederum die Achillessehne verkürzt wird (Hölscher, 2013, S. 24; Sieber & Queißer, 2021, S. 94). Durch den wippenden Gang oder den Zehenspitzen gehen stehen die Füße unter einer großen Spannung. Diese lässt sich am gewölbten Fußrücken oder den angespannten Sehnen erkennen (Hölscher, 2019, S. 91). Durch Kompensationsmechanismen kann es zu orthopädischen Fehlhaltungen kommen (Beigel, 2011, S. 91).

Durch das Fortbestehen des Reflexes wird die Fußstellung durch die Bodenberührung verändert. Beim Gehen werden durch den Druck auf die Fußsohle die Zehen eingerollt, wodurch sich die Fußsohle krümmt. Dadurch kann es zu einer Schwerkraftverunsicherung kommen und das Gleichgewicht wird beeinträchtigt (Goddard Blythe, 2021, S. 90–91).

3.6.3 *Reflextest*

Um den Plantarreflex zu testen, muss die zu testende Person den Fuß entspannen. Die Testperson fährt mit einem stumpfen Gegenstand von der Ferse bis zum kleinen Zeh und dann in einem Bogen in Richtung des großen Zehs. Beobachtet wird, ob sich die Zehen durch die Berührung beugen und versuchen zu greifen (The plantar reflex – Babinski's sign, 2011).

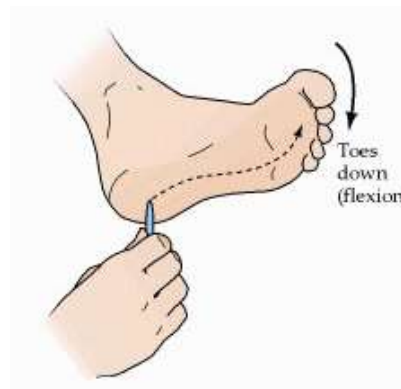


Abbildung 22: Testverlauf für den Reflextest des Plantarreflex (The plantar reflex – Babinski's sign, 2011)

3.6.4 *Auswirkungen eines persistierenden Plantarreflexes in der Schule*

Die Fußstellung kann zu Verunsicherungen in der Schwerkraft führen, wodurch die Steuerung des Gleichgewichts und der Körperhaltung beeinflusst wird. Teilweise sind die Auswirkungen lediglich eine Überempfindlichkeit auf unebenen Oberflächen, jedoch werden manche Kinder in ihrer Körperhaltung und beim Gehen und Laufen beeinträchtigt. Eine Unlust zum Laufen kann die Folge sein (Goddard Blythe, 2021, S. 91). Zudem bleibt bei Fortbestehen des Reflexes die Hand-Fußkoordination unsicher (Hölscher, 2013, S. 24).

3.6.5 *Mögliche Hilfestellungen in der Schule*

Strümpfe und Schuhe werden umständlich angezogen, da sich die Zehen immer wieder einrollen. Betroffene Kinder fühlen sich von Socken und Patschen eingeeengt. Es kann hilfreich sein, das Tragen von Socken oder Patschen nicht vorzuschreiben (Hölscher, 2013, S. 24).

Für die motorische Entwicklung empfiehlt Beigel (2011, S. 104–105), dass Kinder vielfältige grob- als auch feinmotorische Bewegungserfahrungen machen dürfen. Zusätzlich sind Wahrnehmungserfahrungen, Tasterfahrungen und Erfahrungen in der Natur förderlich.

3.7 Der spinale Galantreflex

3.7.1 Beschreibung

Der spinale Galantreflex wurde erstmals 1917 in einer Dissertation von Johann Susmann Galant als Rückgratreflex beschrieben (Kotter, 2012, S. 216; Sacher, 2018, S. 34).

Der spinale Galantreflex kann ausgelöst werden, wenn sich das Baby in Bauchlage befindet. Dabei werden weder der Kopf noch die Hüften gestützt. Ein Stimulus am Rücken, seitlich der Wirbelsäule, führt dazu, dass die Hüfte um 45 Grad in die Richtung des Reizes gebeugt wird (Goddard Blythe, 2009, S. 40). Auf der Seite, auf der der Reiz ausgelöst wurde, wird das Bein dieser Seite angezogen (Hölscher, 2013, S. 31). Eine beidseitige Stimulation führt zum Harnabgang (Sieber & Queißer, 2021, S. 26).



Abbildung 23: Der spinale Galantreflex (Hölscher, 2013, S. 31)

Der spinale Galantreflex entsteht in der 20. Woche der Schwangerschaft und ist bei der Geburt bereits vorhanden (Goddard Blythe, 2009, S. 40). Er bleibt neun Lebensmonate aktiv (Sieber & Queißer, 2021, S. 26).

Es wird vermutet, dass der spinale Galantreflex im Mutterleib als Schalleiter dient. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat kann ein Fötus auf Geräusche reagieren. Es können jedoch nur Geräusche wahrgenommen werden, deren Übertragung über

die Knochenleiter stattfindet. Expert*innen gehen davon aus, dass Schwingungen die Haut stimulieren, wodurch der Reflex ausgelöst und die Schwingung zum Ohr transportiert wird (Goddard Blythe, 2021, S. 97–98). Eine weitere Funktion in der Schwangerschaft ist die Kopfdrehung. Der Reflex bringt das ungeborene Kind vor der Geburt in die richtige Position (Hölscher, 2013, S. 32).

Während der Geburt spielt der spinale Galantreflex eine bedeutende Rolle. Beim Geburtsvorgang werden die Muskeln der Scheidewand zusammengezogen, wodurch das Ungeborene im Lendenwirbelbereich stimuliert wird. Infolgedessen wird eine einseitige Rotationsbewegung im Bereich der Hüfte ausgelöst (Goddard Blythe, 2009, S. 41). Dies macht die Schultern und Hüften des Babys flexibel. Der Druck der Kontraktionen während der Wehen bereitet zudem die Nieren auf das spätere Wasserlassen vor (Goddard Blythe, 2021, S. 98).

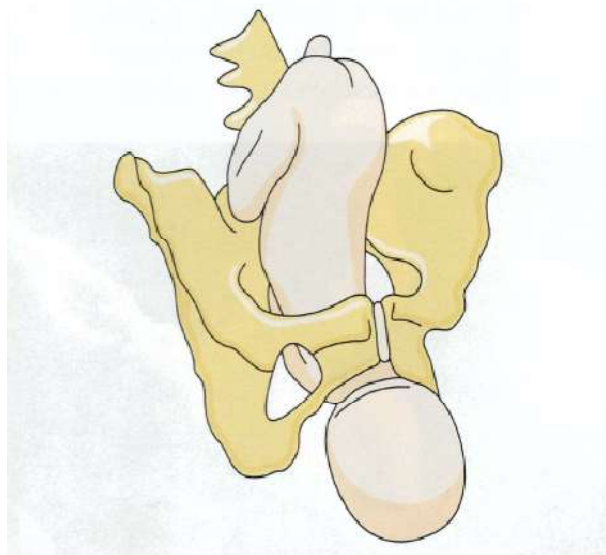


Abbildung 24: Der spinale Galantreflex während der Geburt (Sacher, 2018, S. 35)

Nach der Geburt wird durch den Reflex die Beweglichkeit im Rumpf trainiert, die für das Kriechen, Krabbeln und Gehen notwendig ist (Goddard Blythe, 2021, S. 98). Der Reflex soll auf beiden Körperseiten gleich stark ausgeprägt sein (Goddard Blythe, 2009, S. 40). Zudem ist er für die Entwicklung des Hörens und der Ausreifung des im Innenohr verankerten Gleichgewichts zuständig (Hölscher, 2013, S. 32).

Die Hemmung des spinalen Galantreflexes beginnt mit zwei bis drei Monaten (Goddard Blythe, 2021, S. 96). Diese ist notwendig, sodass das Kind die Regulation des Urinflusses mit zunehmendem Alter selbst übernehmen und mit dem Körper Drehbewegungen ausführen kann (Sieber & Queißer, 2021, S. 68).

3.7.2 *Auswirkungen eines persistierenden spinalen Galantreflexes*

Bei einem persistierenden spinalen Galantreflex kann dieser durch eine Berührung im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgelöst werden. Werden beide Seiten gleichzeitig stimuliert, führt es dazu, dass das Kind urinieren muss, da es meist eine schlechte Kontrolle über die Blase hat. Deshalb bleiben sie auch häufig nach dem Alter von fünf Jahren Bettnässer (Goddard Blythe, 2009, S. 42).

Betroffene Kinder sind am Becken und Rücken überempfindlich (Meyers, 2023, S. 18). Kleidungsstücke, die Berührung einer Stuhllehne, sowie das Schlafen in Rückenlage können den Reflex auslösen (Goddard Blythe, 2021, S. 100).

Wenn Restreflexe nur einseitig auftreten, führt dies zu einer Beeinträchtigung der Haltung und des Gangs. Der Gang wirkt hinkend und kann in weiterer Folge zu einer Skoliose führen. Zudem wird die allgemeine Beweglichkeit eingeschränkt (Goddard Blythe, 2009, S. 43). Eine Vielzahl an Bewegungen kann nicht flüssig ausgeführt werden (Beigel, 2011, S. 153).

3.7.3 *Reflextest*



Abbildung 25: Ausgangsposition für den Reflextest des spinalen Galantreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 150)

Die zu testende Person begibt sich in den Vierfüßlerstand. Die testende Person streicht mit einem Pinsel in einer Entfernung von eineinhalb Zentimeter entlang der

Wirbelsäule von den Schulterblättern bis zum Bereich der Lendenwirbelsäule. Dieser Vorgang wird zuerst auf einer Seite, dann auf der anderen ausgeführt. Der Vorgang wird insgesamt bis zu dreimal wiederholt. Beobachtet werden alle Bewegungen nach außen im Bereich der Hüfte (Goddard Blythe, 2009, S. 150).

3.7.4 Auswirkungen eines persistierenden spinalen Galantreflexes in der Schule

Kinder mit einem persistierenden spinalen Galantreflex können kaum ruhig sitzen. Sie zappeln und rutschen auf ihrem Stuhl und wechseln häufig die Sitzposition. Das ist darauf zurückzuführen, dass der Bund der Hose oder die Berührung der Stuhllehne beim Anlehnen den Reflex auslöst (Goddard Blythe, 2009, S. 42–43). Deshalb sitzen betroffene Kinder häufig mit einem Hohlkreuz am Stuhl, um die Lehne nicht zu berühren. Eine Alternative ist der Sitz vorne am Rand des Stuhls (Sieber & Queißer, 2021, S. 85).



Abbildung 26: Sitzhaltung mit einem persistierenden spinalen Galantreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 85)

Durch den persistierenden Reflex ist das Kurzzeitgedächtnis und die Konzentration beeinträchtigt (Goddard Blythe, 2009, S. 43). In Kombination mit dem unruhigen Sitz kann daraus eine schlechte Handschrift resultieren, die sich wiederum auf schulische Leistungen auswirken kann (Hölscher, 2013, S. 32).

3.7.5 Mögliche Hilfestellungen in der Schule

Für betroffene Kinder ist es hilfreich, wenn sie in der Schule die Erlaubnis bekommen, jederzeit die Toilette zu besuchen – auch im Unterricht. Regelmäßige Trinkangebote sind wichtig, denn die Kinder trinken häufig aus Angst, zu oft auf die Toilette zu gehen, zu wenig. Alternative Sitzangebote können entlasten, ebenso wie regelmäßige Bewegungszeiten im Unterricht (Beigel, 2011, S. 153). Um Berührungen im sensiblen Bereich zu verhindern, ziehen es betroffene Kinder häufig vor, Aufgaben am Bauch liegend zu erledigen (Goddard Blythe, 2021, S. 100).

4 Qualitative Forschung

Zusätzlich zur theoretischen Vertiefung der frühkindlichen Reflexe, deren Auswirkungen im Schulalltag eines Kindes und mögliche Hilfestellungen seitens der Lehrperson werden Erfahrungen von Expert*innen ergänzt. Zu Beginn werden Fragestellung und Zielsetzung erläutert und das Forschungsdesign vorgestellt. Die Wahl der Forschungsmethode mithilfe von Leitfadeninterviews wird begründet. In einem letzten Schritt werden die Daten, die aus den Interviews gewonnen werden, ausgewertet und daraus Schlussfolgerungen gezogen.

Laut Schecker, Parchmann und Krüger (2014, S. 11) kann zwischen qualitativer und quantitativer Forschung unterschieden werden. Bei quantitativen Verfahren werden Mengen gemessen oder gezählt. Dadurch können Wahrscheinlichkeiten und Häufigkeiten sichtbar gemacht werden. Im Gegensatz dazu untersucht die qualitative Forschung Bedeutungen, die sich nicht messen und als Zahlen darstellen lassen (Roos & Leutwyler, 2022, S. 188). In der vorliegenden Arbeit wird qualitativ geforscht, um ergänzende Informationen zur Fachliteratur zu erhalten.

4.1 Fragestellung und Zielsetzung

Im Rahmen einer Fortbildung habe ich erstmals von persistierenden frühkindlichen Reflexen erfahren, die sich bei Kindern im (schulischen) Alltag auswirken. Kinder verbringen viel Zeit in Bildungseinrichtungen, weshalb Wissen und Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Lehrperson einen bedeutsamen Einfluss auf den Schulerfolg haben können. Daraus entwickelte sich mein Interesse und die Motivation, mich mit diesem Thema intensiver auseinanderzusetzen.

Einen besonderen Mehrwert bieten dahingehend die Expert*innen-Interviews, da sich die befragten Personen täglich mit den persistierenden frühkindlichen Reflexen, deren Auswirkungen, Behandlungsmöglichkeiten und möglichen Hilfestellungen im Alltag auseinandersetzen. Durch die Arbeit soll das Bewusstsein für persistierende frühkindliche Reflexe erweitert werden, gleichzeitig soll sie eine Hilfestellung für Lehrpersonen mit betroffenen Kindern darstellen.

Die folgenden Forschungsfragen stehen im Zentrum dieser Masterarbeit:

Welche Auswirkungen haben persistierende Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines Kindes? Wie kann die Lehrperson Kinder mit Restreaktionen frühkindlicher Reflexe unterstützen?

Um die Forschungsfrage fundiert zu beantworten, wurden eine wissenschaftliche Literaturrecherche als auch qualitative Interviews mit Personen, die sich mit persistierenden Reflexen beschäftigen, durchgeführt. Die Grundbasis der Arbeit stellt die Literaturrecherche dar, diese wird durch die Erkenntnisse aus den Interviews ergänzt.

4.2 Methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit werden Leitfadeninterviews als Forschungsmethode gewählt. „Ein Interview ist eine Befragung, bei der ein Interviewer durch Gesprächsimpulse einen Interviewten zum Sprechen anregt. Dies geschieht mit dem Ziel, persönliche Informationen, Einstellungen, Haltungen, Wissen oder Vorstellungen zu ermitteln“ (Krüger & Riemeier, 2014, S. 133).

Gläser und Laudel (2010, S. 41–42) unterscheiden zwischen (voll-)standardisierten, halbstandardisierten und nichtstandardisierten Interviews. Bei standardisierten Interviews gelten die gleichen Frage- und Antwortmöglichkeiten für alle Interviewpartner*innen. Die Reihenfolge der Fragen ist gleichbleibend und die Antwort der interviewten Person wird aus vorgegebenen Möglichkeiten ausgewählt. Bei einem halbstandardisierten Interview sind die Fragen und die Reihenfolge festgelegt, jedoch kann der/die Interviewpartner*in frei antworten. Bei nichtstandardisierten Interviews sind weder die Fragen noch die Antworten standardisiert. Nichtstandardisierte Interviews gehören zu den qualitativen Forschungsmethoden. Dazu gehören auch die in der Arbeit verwendeten Leitfadeninterviews.

4.2.1 Leitfadengestütztes Interview

Das Leitfadeninterview gilt als nichtstandardisierte Methode des Interviews und zeichnet sich durch offene Fragen als Gesprächsgrundlage aus. Es dient dazu, soziale Prozesse durch einen Experten oder eine Expertin zu rekonstruieren (Gläser & Laudel, 2010, S. 111). Beim Expert*inneninterview besteht das Interesse des/der Interviewer*in nicht primär auf der interviewten Person, sondern an der Eigenschaft, dass es sich um einen/eine Expert*in für ein ausgewähltes Handlungsfeld handelt (Flick, 2016, S. 214).

Leitfadengestützte Interviews werden laut Niebert und Gropengießer (2014, S. 122) eingesetzt, um wissenschaftliches als auch alltägliches Wissen zu rekonstruieren. Gläser und Laudel (2010, S. 112) ergänzen, dass der Inhalt und die Rollenverteilung im Interview durch das Informationsziel der fragenden Person bestimmt werden. Der/die Interviewer*in steuert mit den gestellten Fragen das Gespräch und holt benötigte Informationen ein.

4.2.2 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden ist ein Erhebungsinstrument mit verschriftlichten Fragen. Dieser Leitfaden stellt ein Grundgerüst dar, welches jedoch anders als beim standardisierten Leitfaden dem/der Interviewer*in die Freiheit für die Entscheidung der Reihenfolge und Form der Fragen überlässt (Gläser & Laudel, 2010, S. 142). Roos und Leutwyler (2022, S. 255) betonen, dass der Interviewleitfaden fokussiert und zielgerichtet sein soll, um ertragreiche Antworten zu erhalten. Er wird mithilfe eines theoretischen Vorwissens und dem Forschungsschwerpunkt formuliert und schriftlich festgehalten.

Der Interviewleitfaden stellt sicher, dass bei der Durchführung mehrerer Interviews gleichartige Informationen eingeholt werden können (Gläser & Laudel, 2010, S. 143). Er gibt eine Orientierung für das Gespräch, soll jedoch den Gesprächsfluss nicht einengen (Niebert & Gropengießer, 2014, S. 125). Durch den Interviewleitfaden hat der/die Interviewer*in die Möglichkeit, theoretische Vorüberlegungen mit einzubeziehen. Die interviewte Person beantwortet die gestellten Fragen je nach vorhandenem Wissen und Interesse (Niebert & Gropengießer, 2014, S. 125–126; Gläser & Laudel, 2010, S. 115).

Der verwendete Leitfaden wird folgendermaßen gegliedert:

1. Fragen zur Einleitung

- Welchen Beruf üben Sie aus?
- Wie wurden Sie auf das Thema frühkindliche Reflexe beziehungsweise persistierende frühkindliche Reflexe aufmerksam?
- Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit frühkindlichen Reflexen?
- Können Sie bitte die Verbindung Ihres Berufes mit den frühkindlichen Reflexen genauer erläutern?

2. (Persistierende) Frühkindliche Reflexe

- Wie viele Kinder sind von persistierenden frühkindlichen Reflexen betroffen? Gibt es eine Tendenz, ob mehr Mädchen oder Buben betroffen sind?
- Welche Ursachen gibt es, dass frühkindliche Reflexe nicht gehemmt werden?
- Welcher Reflex bleibt Ihrer Erfahrung nach am öftesten vorhanden?

3. Persistierende frühkindliche Reflexe und ihre Auswirkungen

Beibehaltene frühkindliche Reflexe wirken sich auf das Lern- und Arbeitsverhalten der Kinder aus. Nachfolgend würde ich gerne zu ausgewählten frühkindlichen Reflexen aus Ihrer Erfahrung wissen:

- Wie äußert sich der persistierende frühkindliche Reflex im Schulalltag des betroffenen Kindes?
- Verändern sich die Symptome bei Kindern in den ersten vier Jahren der Schule?
- Wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unterstützen?

1. Der Moro reflex
2. Der asymmetrisch tonische Nacken reflex
3. Der symmetrisch tonische Nacken reflex
4. Der Saug- und Such reflex
5. Der Palmar reflex
6. Der Plantar reflex

7. Der spinale Galantreflex

4. **Behandlung persistierender frühkindlicher Reflexe**

- Mit welcher Methode arbeiten Sie, um bestehende frühkindliche Reflexe zu integrieren?
- Wie lange braucht ein Kind im Durchschnitt, um erste Erfolge zu erzielen?
- Gibt es Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach für alle Kinder, mit und ohne persistierende frühkindliche Reflexe hilfreich sind?

5. **Abschlussfragen**

- Können Sie mir im Hinblick auf Materialien und Bücher noch Tipps mit auf meinen Weg geben?
- Möchten Sie sonst noch etwas sagen?

4.2.3 *Auswahl der Interviewpartner*innen*

Die ausgewählten Interviewpartner*innen sind maßgebend für die Qualität der erhaltenen Informationen. Um alle erforderlichen Informationen zu erhalten, sind mehrere Partner*innen für das Interview notwendig, die sich mit der Thematik befassen. Die befragten Personen berichten aus ihrer persönlichen Perspektive, die sich auf die erfragten Informationen auswirken können. Dies ist ein weiterer Grund, Informationen von mehreren Teilnehmer*innen einzuholen (Gläser & Laudel, 2010, S. 117).

Die Wahl der Interviewpartner*innen fiel auf dieser Grundlage auf Personen, die sich beruflich mit der Thematik der frühkindlichen Reflexe und persistierenden frühkindlichen Reflexe auseinandersetzen und mir aus ihrer Erfahrung dazu berichten konnten. Im Anschluss werden die fünf Interviewpartner*innen kurz beschrieben:

- Interviewpartnerin 1 (B1): Frau V. S. arbeitet als neuroenergetische Kinesio-
login und beschäftigt sich seit zweieinhalb bis drei Jahren mit dem Thema
(persistierende) frühkindliche Reflexe. Sie arbeitet in der Reflexintegration
mit kinesiologischen Methoden.

- Interviewpartnerin 2 (B2): Frau V. W. arbeitet als Physiotherapeutin und beschäftigt sich seit 23 Jahren mit (persistierenden) frühkindlichen Reflexen. In der Reflexintegration arbeitet sie mit der Rota-Therapie nach Sally Goddard.
- Interviewpartnerin 3 (B3): Frau E. G. arbeitet in ihrer eigenen Praxis und bietet psychologische Beratung, Supervision und neuromotorische Entwicklungsförderung an. Sie beschäftigt sich seit elf Jahren mit den (persistierenden) frühkindlichen Reflexen und arbeitet in der Integration mit der INPP-Methode.
- Interviewpartnerin 4 (B4): Frau E. S. arbeitet als Kinderärztin und beschäftigt sich seit 15 Jahren mit (persistierenden) frühkindlichen Reflexen. Sie arbeitet nicht in der Reflexintegration, empfiehlt jedoch die INPP-Methode und die MNRI-Methode.
- Interviewpartnerin 5 (B5): Frau A. G. arbeitet als Familiencoach und Reflexintegrationstrainerin. Sie beschäftigt sich seit zwei Jahren mit (persistierenden) frühkindlichen Reflexen und arbeitet in der Reflexintegration mit dem Bewegungsprogramm Rexi Rockstar von Silke Krämer und Kinflex, das kinnesiologische Methoden einfließen lässt.

4.3 Auswertung der Interviews

„Die Auswertung hat zum Ziel, die empirische Frage zu beantworten, die Bestandteil der Untersuchung war“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 246). Bei der Datenaufbereitung ist der erste Schritt die Transkription. Alle Äußerungen der interviewten Person werden von einem digitalen Tonträger in einen Fließtext übertragen (Krüger & Riemeier, 2014, S. 135). Nach der Verschriftlichung wird das Interview anonymisiert (Gläser & Laudel, 2010, S. 194).

Expert*inneninterviews werden mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Gläser & Laudel, 2010, S. 197). Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Verfahren der Textanalyse, die systematisch, theorie- und regelgeleitet ist. Sie dient der Sicherung der Gütekriterien Reliabilität, Objektivität und Validität (Krüger & Riemeier, 2014, S. 133). Dabei werden Methoden der quantitativen Inhaltsanalyse verwendet: Ein

geschlossenes Kategoriensystem wird erstellt, der Text wird in Analyseeinheiten gegliedert und anschließend auf relevante Informationen durchsucht (Gläser & Laudel, 2010, S. 197–198). Ein Kategoriensystem hilft bei der Strukturierung des Materials. Alle Textabschnitte, die einer Kategorie angehören, werden extrahiert (Mayring, 2022, S. 96). Kategorien können induktiv oder deduktiv entwickelt werden. Eine deduktive Kategorienbildung findet statt, wenn die Kategorienbildung vor der Datenanalyse geschieht. In diesem Fall wird vom Allgemeinen – abgeleitet von der Theorie – auf das Besondere geschlossen. Induktive Kategorienbildung funktioniert gegenteilig. Vom Besonderen – von vorliegenden Daten – wird auf das Allgemeine und die Theorie geschlossen (Roos & Leutwyler, 2022, S. 323). In einem letzten Schritt werden die Informationen zu Kategorien zugeordnet und in ihrer Häufigkeit bestimmt, also quantifiziert. Die Häufigkeit des Auftretens gibt Rückschlüsse auf die Bedeutung des Sachverhalts (Gläser & Laudel, 2010, S. 197–198).

Die Qualitative Inhaltsanalyse wird in fünf Schritte gegliedert:

1. Datenmaterial vorbereiten: In dieser Phase verschafft sich die auswertende Person einen Überblick über das Datenmaterial.
2. Kategorien entwickeln: Kategorien werden entwickelt, um die Texte danach zu durchsuchen. Ziel davon ist es, ähnliche Aussagen nach Kriterien zusammenzufassen.
3. Codieren: Relevante Informationen werden aus dem Text herausgefiltert und den Kategorien zugeordnet.
4. Analysieren: Gesammelte Informationen werden strukturiert, zusammengefasst und kontextualisiert.
5. Darstellung der Analyse: Die Ergebnisse der vorangegangenen Analyse werden in Form eines Berichts dargestellt (Roos & Leutwyler, 2022, S. 321, zitiert nach Gläser & Laudel, 2009, S. 199–201; Mayring & Brunner, 2010, S. 326–228).

Für die Auswertung der Interviews wurden folgende Kategorien verwendet:

1. Der Mororeflex im Schulalltag
2. Hilfestellungen beim Mororeflex im Schulalltag
3. Der asymmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag
4. Hilfestellungen beim asymmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag
5. Der symmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag
6. Hilfestellungen beim symmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag
7. Der Saug- und Suchreflex im Schulalltag
8. Hilfestellungen beim Saug- und Suchreflex im Schulalltag
9. Der Palmarreflex im Schulalltag
10. Hilfestellungen beim Palmarreflex im Schulalltag
11. Der Plantarreflex im Schulalltag
12. Hilfestellungen beim Plantarreflex im Schulalltag
13. Der spinale Galantreflex im Schulalltag
14. Hilfestellungen beim spinalen Galantreflex im Schulalltag

4.4 Darlegung der Ergebnisse

Im Folgenden wird auf jede Kategorie eingegangen und Kernaussagen von Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse werden nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring als Bericht dargestellt.

4.4.1 *Der Mororeflex im Schulalltag*

Der Mororeflex zeichnet sich laut vier der fünf Befragten (B1 Z. 101–102, B2 Z. 126–128, B3 Z. 166–168 und B4 Z. 90–91) durch die Überreizung und Stimulusgebundenheit des Kindes aus. Das betroffene Kind wendet sich allen Reizen zu, die in der Klasse entstehen und wird dadurch häufig verunsichert. Die Befragten B1 (Z. 103–105) und B5 (Z. 84–85) ergänzen dazu die körperliche Unruhe, in die das Kind verfällt. Neue Situationen stellen laut B1 (Z. 105–107), B2 (Z. 173–174) und B4 (Z. 99–103) für betroffene Kinder eine Herausforderung dar. Sie haben ihren Schulalltag gern gleichbleibend und brauchen länger, um sich in neue Situationen zu

integrieren. Im Bereich der sozialen Fähigkeiten haben sich B1 (Z. 111–114), B2 (Z. 185–187), und B3 (Z. 156–158) geäußert. Die Befragte 1 (Z. 111–114) hat erwähnt, dass Kinder mit einem persistierenden Mororeflex soziale Interaktionsprobleme haben und schlecht mit Kritik umgehen können. B2 (Z. 185–187) hat ein geringes Selbstwertgefühl des Kindes genannt. B3 (Z. 156–162) ergänzt, dass betroffene Kinder Schwierigkeiten haben, neue Freunde zu finden und sich oftmals zurückziehen. Vier der Befragten Personen (B1 Z. 108–111, B2 Z. 166–167, B3 Z. 154–155, B5 Z. 85–86) waren sich einig, dass ein persistierender Mororeflex Auswirkungen auf das schulische Lernen hat – besonders auf die Konzentration und Aufmerksamkeit. B3 (Z. 168–170) hat diesbezüglich ergänzt, dass es dem Kind schwerfällt, in einer Zeile zu lesen und diese zu verfolgen. B5 (Z. 77–79) hat auf die Lichtempfindlichkeit Bezug genommen – ein weißes Blatt blendet das Kind und Buchstaben fangen an zu tanzen. Das hat wiederum Einfluss auf das Leseverständnis.

4.4.2 Hilfestellungen beim Mororeflex im Schulalltag

Kinder mit einem persistierenden Mororeflex können im Schulalltag durch Strukturen, Routinen und festgelegte Abläufe unterstützt werden – darüber sind sich vier der befragten Personen einig (B1 Z. 128–131, B2 Z. 175–178, B4 Z. 125–127, B5 Z. 97). Sie betonen hierbei auch die Wahl des Sitzplatzes. B1 (Z. 132–134) und B5 (Z. 98) sind einer Meinung, dass ein festgelegter Sitzplatz, der nicht gewechselt wird, hilfreich sein kann. B2 (Z. 280–283) würde das Kind in die erste Reihe setzen, um wenig Reize von vorne zu erhalten. B4 (Z. 131–135) würde für das betroffene Kind einen Sitzplatz finden, der hinter dem Kind geschützt und reizarm ist, um so Unsicherheiten zu vermeiden. Alle fünf Interviewpartnerinnen (B1 Z. 134–138, B2 Z. 286–288, B3 Z. 198–203, B4 Z. 122–124, B5 Z. 96–98) erwähnen, dass die Lehrperson eine große Rolle spielt. B1 (Z. 134–138) betont, dass diese alle Veränderungen mit dem Kind besprechen soll. B2 (Z. 286–288) meint, dass der/die Lehrer*in dem Kind mehr Zeit für Aufgaben geben soll. B3 (Z. 198–203) sieht die Rolle der Lehrperson in der Beziehungsarbeit, um den Selbstwert des Kindes zu stärken und das Kind in der Gruppe zu integrieren. B4 (Z. 124) sieht die Notwendigkeit der Beziehung zwischen Lehrer*in und Kind, um Sicherheit zu vermitteln. Die Klassenraumgestaltung und eine angenehme Atmosphäre durch die Lehrperson ergänzt B5 (Z. 96–97). Um Kinder mit Restreaktionen des Mororeflexes zu unterstützen, finden

B2 (Z. 300–301), B4 (Z. 142–144) und B5 (Z.109–110) Bewegungspausen und zusätzliche Pausen für die Nahrungsaufnahme wichtig. Um Kinder in ihren Arbeitsphasen zu unterstützen, sollen Lehrpersonen laut B5 (Z. 101–104) klare Anweisungen bei Arbeitsaufträgen geben. Arbeitsblätter sollen klar strukturiert und gut lesbar sein, sowie wenig Ablenkungen beinhalten. B3 (Z. 206–209) erwähnt farbige Heftumschläge auf weißem Papier, sodass die Lichtempfindlichkeit kompensiert wird.

4.4.3 Der asymmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag

Vier der fünf Interviewpartnerinnen (B1 Z. 161–164, B2 Z. 341–243, B3 Z. 215–217, B4 Z. 150–151) gaben als Auswirkung eines persistierenden asymmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag Probleme bei der Überkreuzung der Mittellinie an. Alle vier haben erwähnt, dass Kinder häufig das Blatt drehen, um die Überkreuzung zu vermeiden. B2 (Z. 358–363) und B4 (Z. 182–185) ergänzen, dass der Schriftbeginn in den Zeilen immer weiter eingerückt wird. B3 (Z. 224–225) und B4 (Z. 157–160) fügen hinzu, dass betroffene Kinder beim Lesen mit der Überkreuzung der Mittellinie Probleme haben. B4 (Z.161–162) erwähnt zudem die Verdrehung von Zahlen und Buchstaben und das Lesen in die falsche Richtung. Drei Befragte (B2 Z. 364–365, B3 Z. 225–227, B4 Z. 152) berichten darüber, dass die Ausbildung der Seitigkeit bei einem persistierenden ATNR nicht erfolgt. B1 (Z. 163–164), B4 (167–169) und B5 (Z. 124) sehen als Auswirkung im Schulalltag die körperliche Anspannung. B1 (Z. 158–160) fügt hinzu, dass Verständnisprobleme im Schulalltag häufig auftreten. Das umfassende Begreifen wie ein Blatt als Ganzes oder die Uhrzeit stellt eine Herausforderung für B2 (Z. 355–257) dar.

4.4.4 Hilfestellungen beim asymmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag

Als Hilfestellung beim ATNR nennen vier Interviewpartnerinnen (B2 Z. 325–327, B3 Z. 240–241, B4 Z. 190, B5 Z. 128) eine frontale Sitzordnung. Ergänzend dazu äußert B3 (Z. 233–234), dass Kinder ihre Sitzposition frei wählen und das Blatt drehen dürfen, für B5 (Z. 133–134) ist ausreichend Platz links und rechts von Bedeutung. B1 (Z. 166–173) und B3 (Z.234–235) finden koordinative Übungen zur Überkreuzung der Mittellinie in der Schule hilfreich. Eine Schablone oder ein Finger beim Lesen wird als Möglichkeit von B4 (Z. 195–196) und B5 (Z. 136–137) genannt, um

die Zeile bei der Kreuzung der Mittellinie nicht zu verlieren. B4 (Z. 199–203) erwähnt zudem, dass betroffene Kinder mehr Zeit brauchen, ein Aufsatz bei der Stifthaltung hilfreich sein kann, größere Linien das Arbeiten erleichtern und Wissensüberprüfungen mündlich leichter für betroffene Kinder sind. B5 (Z. 140–142) sieht es als wichtige Methode an, dass Blätter beim Abschreiben übereinander und nicht nebeneinandergelegt werden.

4.4.5 Der symmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag

Die Auswirkungen des STNR im Schulalltag beschreiben alle fünf befragten Personen (B1 Z. 185–186, B2 Z. 377–379, B3 Z. 243, B4 Z. 207–210, B5 Z. 149) mit motorischer Unruhe. B1 (186–188) und B2 (Z. 378) ergänzen dazu, dass Entwicklungssprünge wie das Krabbeln übersprungen werden. Die starre Körperhaltung führt laut B2 (Z. 380–383) dazu, dass Kinder keinen Purzelbaum machen und nicht schwimmen können. B3 (Z. 249–250) und B4 (Z. 207–210) sehen die Auswirkung im Schulalltag zudem in der Sitzhaltung. Kinder sitzen auf ihren Beinen oder wickeln sie um ein Stuhlbein. Visuelle Probleme durch die Augenbewegung beschreiben B1 (Z. 188–190), B3 (Z. 254–258) und B5 (Z. 145–146). B3 (254–258) sieht Probleme beim Lesen, da der Fokus durch die vertikale Augenbewegung verloren geht. B4 (Z. 229) ergänzt, dass betroffene Kinder mehr Zeit bei Arbeitsaufträgen benötigen und B5 (Z. 147–148) erwähnt eine schnelle Ermüdung betroffener Kinder.

4.4.6 Hilfestellungen beim symmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag

Die Sitzposition ist für alle Befragten eine wichtige Hilfestellung im Schulalltag bei Kindern mit einem aktiven STNR. Hierbei soll es laut B1 (Z. 199–201) und B5 (Z. 153–154) genügend Platz zum Arbeiten geben, B2 (Z. 392–394), B3 (Z. 262–264) und B4 (Z. 225–226) erwähnen die Möglichkeit den Arbeitsplatz auch auf den Boden in eine liegende Haltung zu verlegen. B2 (Z. 401–403) sieht es als Hilfestellung, den Kindern die Möglichkeit zu geben, die Sitzposition am eigenen Sessel zu variieren und die Tafel so zu stellen, dass die Kopfbewegung vertikal vermieden werden kann. B3 (Z. 260–262), B4 (Z. 225) und B5 (Z. 153) finden Stehpulte zum Arbeiten sinnvoll. Gegen die körperliche Unruhe erwähnen B3 (Z. 264) und B4 (Z. 229–231)

häufige Bewegungspausen. Da betroffene Kinder Schwierigkeiten bei schriftlichen Arbeiten haben, sieht B4 (Z. 229–231) ausreichend Zeit und kürzere Arbeiten als Hilfestellung an, während B5 (Z. 154–158) Abwechslung bei schriftlichen Arbeiten wichtig findet. B4 (Z. 231–232) sieht das Abschreiben von der Tafel als Schwierigkeit an, die durch das Abschreiben von einem anderen Blatt kompensiert werden kann.

4.4.7 Der Saug- und Suchreflex im Schulalltag

Bei den Auswirkungen des Saug- und Suchreflex im Schulalltag sind sich alle Befragten (B1 Z. 203–207, B2 Z. 426–430, B3 Z. 279–282, B4 Z. 242–244, B5 Z. 161) einig, dass sich dieser auf eine undeutliche Artikulation und die Sprache auswirkt. Dabei kann es laut B2 (Z. 428–430) dazu kommen, dass Kinder lispeln oder Konsonanten verschlucken. B1 (Z. 215–217), B2 (Z. 447–449), B4 (Z. 236–238) und B5 (Z. 161–163) erwähnen zudem, dass diese Kinder häufig an ihren Nägeln, an Stiften oder an T-Shirts kauen und immer etwas im Mund haben wollen. B1 (Z. 203–207) und B4 (Z. 245) berichten, dass betroffene Kinder einen vermehrten Speichelfluss haben. B1 (Z. 211–215) nennt den Zusammenhang mit dem Plantarreflex und somit auch Auswirkungen auf die Feinmotorik. B3 (Z. 276–277) ergänzt dazu, dass beim Schreiben Mundbewegungen vorhanden sein können.

4.4.8 Hilfestellungen beim Saug- und Suchreflex im Schulalltag

Um Kindern mit einem persistierenden Saug- und Suchreflex in der Schule zu helfen, sehen B2 (Z. 454–456), B3 (Z. 286–287) und B4 (Z. 247) nur die Möglichkeit, die Situation hinzunehmen und Kontakt mit Therapeut*innen aufzunehmen. B1 (Z. 229–230) und B5 (Z. 166–167) sehen die Lehrperson als Sprachvorbild, die helfen kann, indem sie deutlich spricht und häufig vorliest. B1 (Z. 227–229) erwähnt zudem ein Training der Muskulatur mithilfe von Puste- und Saugspielen. B5 (Z. 167–171) findet es hilfreich, Zungenbrecher, Gedichte, häufiges Singen und Spiele zur Förderung der Mund- und Feinmotorik anzubieten.

4.4.9 Der Palmarreflex im Schulalltag

Zu den Auswirkungen eines persistierenden Palmarreflex äußerten sich vier der befragten Personen (B1 Z. 233–235, B3 Z. 297–298, B4 Z. 252–254, B5 Z. 174–175) mit einer verkrampften Stifthalterung. B1 (Z. 233–235), B2 (Z. 470–472) und B5 (Z.

173–174) ergänzen dazu, dass betroffene Kinder ein auffälliges und schlecht leserliches Schriftbild haben. B1 (Z. 237–239), B2 (Z. 476) und B3 (Z. 297–298) erwähnen feinmotorische Probleme und manuelle Ungeschicklichkeit im Schulalltag. Eine Verbindung des Palmarreflex mit der Sprache und Mundmotorik haben B1 (Z. 237–239), B2 (Z. 488–489), B3 (Z. 303–307) und B5 (Z. 173) hergestellt. B2 (Z. 478–481) hat zudem erwähnt, dass Kinder durch ihre Überempfindlichkeit in der Handinnenfläche in der Schule Probleme mit der Schere haben.

4.4.10 Hilfestellungen beim Palmarreflex im Schulalltag

Um Kindern mit einem aktiven Palmarreflex in der Schule zu helfen, haben B1 (Z. 243–245), B2 (Z. 500) und B4 (Z. 256–258) Stiftilfen erwähnt, um die Stifthalterung zu verbessern. B2 (Z. 492–500) hat dazu die Auswahl der Stifte ergänzt. Das Schreiben mit Füllfeder und dünnen Stiften fällt den Kindern schwer. Um in der Schule helfend zu agieren, nennen B1 (Z. 245–246) und B5 (Z. 177–179) Fingerspiele und andere Methoden der feinmotorischen Betätigung wie kneten und malen. B3 (Z. 310–312) sieht als einzige Fördermöglichkeit, als Lehrperson nachsichtig zu sein. B4 (Z. 258–260) sieht die Notwendigkeit darin, die Kinder nicht zu lange und zu viel auf einmal schreiben zu lassen, um Ermüdung zu vermeiden. B2 (Z. 501–506) nennt eine besondere Schere, die automatisch aufgeht als Möglichkeit, um das Kind im Schulalltag zu entlasten.

4.4.11 Der Plantarreflex im Schulalltag

Die Befragte B4 (Z. 262) sieht keine Auswirkungen eines persistierenden Plantarreflex im Schulalltag. B1 (Z. 248–250), B2 (Z. 520–523), und B3 (Z. 317–318) beschreiben im Schulalltag einen unsicheren Gang – häufig auf den Zehenspitzen – Gleichgewichtsprobleme und ein auffälliges Gangbild. Zwei Befragte (B1 Z. 253–254, B2 Z. 546–549) nennen als Schwierigkeit das Anziehen von Socken oder Schuhen. B2 (Z. 532–537) sieht eine Auswirkung auf den Sitz des Kindes, denn betroffene Kinder sitzen gern im Zwischenfersensitz, können jedoch nicht im Schneidersitz oder Fersensitz sitzen. B5 (Z. 181–182) beschreibt als Einzige die Auswirkungen auf die Handschrift und Sprache der betroffenen Kinder.

4.4.12 Hilfestellungen beim Plantarreflex im Schulalltag

Da B4 (Z. 262) keine Auswirkungen im Schulalltag sieht, nennt sie keine möglichen Hilfestellungen für Kinder mit einem persistierenden Plantarreflex. B3 (Z. 327–328) sieht es als Möglichkeit, die Kinder zur körperlichen Betätigung anzuregen, B5 (Z. 185–186) an der Position, wie die Kinder stehen, zu arbeiten. B1 (Z. 257–263) nennt als Hilfestellung kleine Übungen, die die Zehen lockern und die Belastung des ganzen Fußes trainieren. Außerdem kann laut ihr dem Kind beim Anziehen geholfen oder mehr Zeit gegeben werden. B2 (Z. 559–561) sieht die Hilfe in der Bestärkung des Kindes, wenn es etwas gut gemacht hat.

4.4.13 Der spinale Galantreflex im Schulalltag

Bei den Auswirkungen des persistierenden spinalen Galantreflex im Schulalltag sind sich vier der Befragten (B1 Z. 265, B2 Z. 586–587, B3 Z. 340–343, B4 Z. 277–279) einig, dass diese Kinder häufig noch im Schulalter Bettnässen. B1 (Z. 266, 271–272) ergänzt das durch einen häufigen Harndrang und Verdauungsprobleme. B2 (Z. 574–576) und B3 (Z. 344) sehen die Auswirkung darin, dass betroffene Kinder nicht auf Ausflüge mitfahren wollen. Alle fünf Befragten (B1 Z. 272–273, B2 Z. 635–637, B3 Z. 339–340, B4 Z. 267–268, B5 Z. 194–195) sehen als Auffälligkeit in der Schule die motorische Unruhe. Betroffene Kinder können nicht ruhig auf ihrem Sessel sitzen und rutschen häufig hin und her. B1 (Z. 276–278) benennt den spinalen Galantreflex in diesem Zusammenhang als Tollpatsch-Syndrom, da den Kindern häufig das Besteck hinunterfällt oder sie ein Glas ausschütten. Durch die Unruhe kommen B1 (Z. 281–284), B2 (Z. 635–637) und B5 (Z. 196–197) zu dem Schluss, dass sich dies auch auf die Konzentration und Aufmerksamkeit beim Arbeiten auswirkt. B1 (Z. 278–280) und B4 (Z. 275) benennen als Schwierigkeit im Schulalltag, dass Kinder von ihrer Kleidung gestört werden können, B1 (Z. 278–280) benennt hier besonders enge Kleidung im Lendenwirbelbereich. B2 (Z. 621–626) erwähnt als Einzige, dass es zu einer Haltungsasymmetrie und damit verbunden zu einem auffälligen Gangbild kommen kann.

4.4.14 Hilfestellungen beim spinalen Galantreflex im Schulalltag

Als wichtige Möglichkeit der Hilfestellung bei einem persistierenden spinalen Galantreflex nennen B1 (Z. 287–290), B2 (Z. 605–607), B4 (Z. 286–287) und B5 (Z. 207) die Erlaubnis, jederzeit dem Harndrang nachzugehen. Für B2 (Z. 603–604) und B5 ist es zusätzlich wichtig, den Kindern zu erlauben, beziehungsweise sie auch daran zu erinnern, dass sie ausreichend trinken. Als geeignete Möglichkeit sehen B1 (Z. 295–297), B4 (Z. 282–283) und B5 (Z. 199–202) die Wahl einer alternativen Sitzmöglichkeit. B1 (Z. 295–298) nennt Sitzpolster oder Bälle, B4 (Z. 283) einen Stuhl ohne Lehne und B5 (Z. 199–200) ergänzt die Arbeit im Stehen oder Liegen. Für B4 (Z. 276) ist es zudem bedeutend, den Kindern zu erlauben, bequemere Kleidung zu tragen. B1 (Z. 291–292) nennt als einzige Person motorische Pausen als Hilfestellung im Schulalltag.

5 Schlussfolgerungen: Verknüpfung von Theorie und Empirie

Frühkindliche Reflexe sind angeborene Verhaltensweisen, die weltweit beobachtet werden (Sacher, 2018, S. 3). Sie sind nur eine begrenzte Zeit lang notwendig, um das Baby am Leben zu erhalten, danach können sie vom Gehirn kontrolliert werden (Goddard Blythe, 2009, S. 19). Die Reflexe gehen in einen Ruhezustand über, da sie nicht mehr gebraucht werden. Werden Reflexe nicht ausreichend gehemmt, sind sie restaktiv und beeinflussen die weitere Entwicklung des Kindes (Sieber & Queißer, 2021, S. 19–23). Auch bei geringen Ausprägungen von nicht gehemmtten Reflexen kann es bei Kindern zu sehr starken Problemen kommen (Sieber & Queißer, 2021, S. 135).

Ziel dieser Arbeit ist es, die Forschungsfragen *Welche Auswirkungen haben persistierende Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines Kindes? Wie kann die Lehrperson Kinder mit Restreaktionen frühkindlicher Reflexe unterstützen?* zu beantworten. Sowohl wissenschaftliche Literatur als auch Expert*inneninterviews haben dazu beigetragen, den Forschungsfragen gründlich und breitgefächert nachzugehen.

Der Mororeflex äußert sich im Schulalltag durch die Stimulusgebundenheit, Hypersensitivität und Überreaktion (Goddard Blythe, 2009, S. 194). Zu diesem Schluss sind auch vier der fünf Befragten gekommen. Zudem wird in der Literatur von der Lichtempfindlichkeit betroffener Kinder und damit verbundenen Problemen beim Lesen berichtet (Sieber & Queißer, 2021, S. 72). Dies hat nur eine Person im Interview erwähnt. Sowohl die Befragten als auch Beigel (2011, S. 111) und Sieber und Queißer (2017, S. 71) sehen Auswirkungen eines persistierenden Mororeflex in der Aufmerksamkeit und Konzentration. Drei der Befragten nannten Schwierigkeiten in den sozialen Fähigkeiten, dem Sieber und Queißer (2021, S. 72) zustimmen. Um Kinder mit einem persistierenden Mororeflex im Schulalltag zu unterstützen, plädiert Goddard Blythe (2009, S. 186), dass eine angenehme Atmosphäre und ein reizarmer Sitzplatz von Bedeutung sind. Beigel (2011, S. 119) betont dazu, die Notwendigkeit einer festen Sitzordnung über einen längeren Zeitraum. Dieselben

Maßnahmen wurden von vier Interviewpartnerinnen genannt. Gleichbleibende Regeln und Rituale vermitteln Kindern Sicherheit (Beigel, 2011, S. 118), das wurde auch vom Großteil der Befragten betont. Zudem spielt die Lehrperson eine bedeutende Rolle beim Aufbau des Selbstvertrauens (Goddard Blythe, 2009, S. 186). Die Rolle der Lehrperson bei einem nicht gehemmten Mororeflex wurde von allen Befragten als wichtig erachtet.

Der persistierende asymmetrisch tonische Nackenreflex äußert sich im Schulalltag vor allem in der Überkreuzung der Mittellinie – darüber sind sich sowohl Fachliteratur (Goddard Blythe, 2009, S. 35–36; Sieber & Queißer, 2021, S. 84–85; Hölscher, 2019, S. 56) als auch vier der Befragten einig. Goddard Blythe (2009, S. 35–36) und Hölscher (2019, S. 56) erwähnen, dass das Blatt beim Schreiben häufig gedreht wird, um so die Mittellinienkreuzung zu vermeiden. Vier Interviewpartnerinnen haben das ebenso erwähnt. Zusätzlich haben zwei davon beobachtet, dass der Schriftbeginn in den Zeilen immer weiter eingerückt wird. Sieber und Queißer (2011, S. 84 – 85) ergänzen zur Einrückung, dass häufig nur eine Blattseite beschrieben oder die Schrift zur rechten Seite hin kleiner wird. Drei Interviewpartnerinnen haben als Auswirkung im Schulalltag angegeben, dass sich die Seitigkeit nicht ausprägt. Zu diesem Schluss kommt auch die Fachliteratur (Beigel, 2011, S. 122) – durch die unklare Dominanz der Augen verschwimmt das Gesehene. Beim Lesen wird zusätzlich angeführt, dass es den Kindern schwerfällt, einer waagrechten Linie über die Mittellinie zu folgen, wodurch flüssiges Lesen kaum möglich ist (Goddard Blythe, 2009, S. 35). Auch im Interview wurde diese Schwierigkeit von zwei der Befragten angegeben. Um betroffene Kinder zu unterstützen, schlägt Goddard Blythe (2009, S. 186–187) vor, schriftliche Arbeiten zu reduzieren und beim Lesen eine Hilfestellung zu verwenden, um die Zeile nicht zu verlieren. Diese Meinung teilen auch zwei befragte Personen. In der Fachliteratur wird zusätzlich erwähnt, dass größere Linien und ausreichend Zeit notwendig sind. Für vier Interviewpartnerinnen ist eine frontale Sitzposition und ausreichend Platz eine notwendige Hilfestellung.

Bei den Auswirkungen des symmetrisch tonischen Nackenreflexes waren sich alle fünf Interviewpartnerinnen über eine körperliche Unruhe einig. Diese wird auch in der Literatur erwähnt, da betroffene Kinder bei jeder Lageänderung des Kopfes eine Bewegung mit den Füßen und Armen ausführen (Beigel, 2011, S. 141; Goddard

Blythe, 2009, S. 55; Hölscher, 2019, S. 63; Sieber & Queißer, 2021, S. 90). Eine Einigkeit zwischen Literatur und den Befragten besteht zudem in der Problematik beim Erlernen grobmotorischer Fähigkeiten wie Schwimmen oder bei der Ausführung eines Purzelbaums (Goddard Blythe, 2021, S. 80). Zusätzlich wurde in den Interviews vier Mal erwähnt, dass das Lesen durch die vertikale Augenbewegung eine Schwierigkeit darstellt. Dass das Kind mehr Zeit für Arbeitsaufträge braucht, hat sowohl Goddard Blythe (2009, S. 56), als auch eine Interviewpartnerin erwähnt. Um Kinder mit einem beibehaltenen symmetrisch tonischen Nackenreflex zu unterstützen, ist für alle Befragten, als auch für Beigel (2011, S. 142–144) die Haltungsfreiheit beim Arbeiten von großer Bedeutung. Hierbei werden sowohl stehendes und liegendes Arbeiten als auch die freie Wahl der Sitzposition am Sessel genannt. Dass schriftliche Arbeiten eine Problematik darstellen und deshalb mündliche Arbeiten alternativ angeboten werden sollen, ist für Beigel (2011, S. 141–144) ein wichtiger Aspekt. Dazu ergänzen zwei Interviewpartnerinnen, dass schriftliche Arbeiten kurz gehalten und abwechslungsreich gestaltet werden sollen.

Ein persistierender Such- und Saugreflex äußert sich im Schulalltag laut allen Befragten und der Fachliteratur (Goddard Blythe, 2009, S. 195; Sieber & Queißer, 2021, S. 91–92) in einer undeutlichen Artikulation. Dazu zählt lispeln, nuscheln oder das Verschlucken von Buchstaben. Zusätzlich wird von Beigel (2011, S. 145) und vier Interviewpartnerinnen erwähnt, dass betroffene Kinder an ihren Nägeln, Schulmaterialien oder auch Kleidungsstücken knabbern, nuckeln oder lutschen. Um betroffene Kinder zu unterstützen, sehen drei Interviewpartnerinnen keine Möglichkeiten bei der Lehrperson, lediglich die Kontaktaufnahme zu Therapeut*innen. Zwei Interviewpartnerinnen, sowie Beigel (2011, S. 148) sehen die Rolle der Lehrperson als bedeutsam – sie kann als Sprachvorbild fungieren und den Kindern täglich vorlesen und mit ihnen singen.

Auswirkungen im Schulalltag bei einem nicht gehemmten Palmarreflex sehen vier der Befragten wie auch die Fachliteratur (Sieber & Queißer, 2021, S. 95) in einer verkrampften und grobmotorischen Stifthaltung. Diese wirkt sich auf die Handschrift der Kinder aus, die auffällig und schlecht leserlich ist – darüber sind sich drei der Befragten und Beigel (2011, S. 150) einig. Die feinmotorische Ungeschicklichkeit betrifft jedoch nicht nur die Stifthaltung, sondern alle Tätigkeiten, bei denen die

Feinmotorik benötigt wird (Goddard Blythe, 2021, S. 87; Sieber & Queißer, 2021, S. 95). Diese manuelle Ungeschicklichkeit, die auch im Schulalltag häufig wahrgenommen wird, erwähnen mehr als die Hälfte der Interviewpartnerinnen. Sowohl drei der Befragten als auch Beigel (2011, S. 149–150) und Goddard Blythe (2009, S. 31) sind sich über den Zusammenhang zwischen dem Palmarreflex, der Sprache und Mundmotorik einig. Beim Schreiben bewegt sich häufig die Zunge mit und betroffene Kinder haben Probleme in der Artikulation. Um Kinder mit Restreaktionen eines Palmarreflexes im Schulalltag zu unterstützen, schlagen Beigel (2011, S. 151) und zwei Interviewpartnerinnen feinmotorische Arbeiten vor. Dazu zählen kneten, malen oder auch Fingerspiele. Zusätzlich wird von zwei der Befragten eine Stifthilfe als Fördermöglichkeit genannt, um die Stifthaltung zu verbessern. Eine Interviewpartnerin nennt als Hilfsmöglichkeit eine Schere, die automatisch wieder aufgeht, um so das Schneiden in der Schule zu erleichtern.

Der persistierende Plantarreflex wirkt sich im Schulalltag durch Gleichgewichtsprobleme und einen unsicheren Gang aus – darüber sind sich drei der Befragten und Goddard Blythe (2021, S. 91) einig. Eine der Befragten geht davon aus, dass der Plantarreflex keine Auswirkungen für das Kind in der Schule hat. Von den Befragten äußern zwei Personen, dass betroffene Kinder Schwierigkeiten beim Anziehen von Socken oder Schuhen haben. Eine davon sieht die Auswirkungen im Sitzen – der Zwischenfersensitz wird von diesen Kindern als Alternative verwendet, da sie nicht im Schneidersitz oder Fersensitz sitzen können. Hölscher (2013, S. 24) sieht eine Auswirkung in der unsicheren Hand-Fuß-Koordination. Um Kinder in der Schule zu unterstützen, plädiert Beigel (2011, S. 104–105), vielfältige Bewegungserfahrungen im grob-, als auch feinmotorischen Bereich zu ermöglichen. Die Interviewpartnerinnen sehen Möglichkeiten in der positiven Bestärkung des Kindes, in der Anregung zur körperlichen Betätigung oder mit Übungen zur Lockerung und Belastung der Fußmuskulatur.

Der spinale Galantreflex äußert sich laut allen Befragten und Goddard Blythe (2009, S. 42–43) in motorischer Unruhe. Diese zeigt sich durch eine häufig wechselnde Sitzposition und ein ständiges Zappeln und Herumrutschen am Sessel. Betroffene Kinder fühlen sich von enger Kleidung oder der Stuhllehne gestört. Goddard Blythe (2009, S. 43) und drei der Interviewpartnerinnen sehen durch die Unruhe

Auswirkungen auf die Konzentration und Aufmerksamkeit des betroffenen Kindes. Hölscher (2013, S. 32) macht darauf aufmerksam, dass durch die körperliche Unruhe eine schlechte Handschrift resultiert, die wiederum Auswirkungen auf schulische Leistungen haben kann. Vier der Befragten sehen die Auswirkung im Schulalltag, da Kinder häufig noch im höheren Alter Bettnässen und somit nicht zu Ausflügen mitfahren wollen. Eine Befragte benennt das Tollpatsch-Syndrom im Zusammenhang mit dem spinalen Galantreflex, da den Kindern häufig Missgeschicke passieren. Um betroffene Kinder in ihrem Schulalltag zu unterstützen, erwähnt Beigel (2011, S. 153), dass Kinder jederzeit die Toilette besuchen dürfen und regelmäßige Trinkangebote erforderlich sind. Vier der Befragten äußern dazu, dass es wichtig ist, jederzeit dem Harndrang nachgehen zu dürfen. Zwei der Befragten finden die Erlaubnis, beziehungsweise auch die Erinnerung zum Trinken notwendig. Um die körperliche Unruhe zu verringern, plädiert Goddard Blythe (2021, S. 100), die Kinder am Bauch liegend arbeiten zu lassen. Auch drei der Interviewpartnerinnen sehen die Wahl der Sitzmöglichkeit als mögliche Hilfestellung im Schulalltag an. Es werden Sitzpölster, Bälle, Stühle ohne Lehnen oder das Arbeiten im Stehen oder Liegen erwähnt. Für eine Interviewpartnerin sind motorische Pausen und Bewegung ein wichtiger Faktor der Entlastung.

Folgende Abbildung zeigt zusammenfassend mögliche Maßnahmen aus der Fachliteratur sowie aus den Expert*innen-Interviews, welche Lehrpersonen bei Kindern mit persistierenden Reflexen im Unterricht einsetzen können.

Unterstützende Maßnahmen im Unterricht

Mororeflex	<ul style="list-style-type: none">• Strukturen, Routinen, festgelegte Abläufe• klare Arbeitsanweisungen• festgelegter Sitzplatz• gute Beziehung zwischen Lehrperson und Kind• Bewegungspausen
Asymmetrisch tonischer Nackenreflex	<ul style="list-style-type: none">• frontale Sitzordnung und freie Wahl der Sitzposition• ausreichend Zeit und Platz zum Arbeiten• Übungen zur Überkreuzung der Körpermitte• Schablone oder Finger beim Lesen• mündliche Wissensüberprüfungen
Symmetrisch tonischer Nackenreflex	<ul style="list-style-type: none">• flexible Sitz- und Arbeitsmöglichkeiten• ausreichend Platz zum Arbeiten• Tafelhöhe anpassen• abwechslungsreiches Arbeiten• Bewegungspausen
Such- und Saugreflex	<ul style="list-style-type: none">• deutliche Artikulation beim Sprechen• häufiges Vorlesen• Muskulaturtraining mit Puste- und Saugspielen• Zungenbrecher und Gedichte• häufiges Singen
Palmarreflex	<ul style="list-style-type: none">• Stifthalten für eine richtige Stifthaltung• Fingerspiele• feinmotorische Betätigungen wie kneten und malen• kurze Schreibaufträge
Plantarreflex	<ul style="list-style-type: none">• Übungen zur Zehenlockerung und Belastung des ganzen Fußes• Hilfestellung beim Anziehen• ausreichend Zeit• zur körperlichen Betätigung anregen
Spinaler Galantreflex	<ul style="list-style-type: none">• Erlaubnis, jederzeit dem Harndrang nachzugehen• Erinnerung ans Trinken• alternative Sitzmöglichkeiten• Erlaubnis, bequeme Kleidung zu tragen• motorische Pausen

Abbildung 27: Unterstützende Maßnahmen im Unterricht (eigene Darstellung)

6 Fazit

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit folgenden Forschungsfragen: *Welche Auswirkungen haben persistierende Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines Kindes? Wie kann die Lehrperson Kinder mit Restreaktionen frühkindlicher Reflexe unterstützen?*. Für die Beantwortung wurde wissenschaftliche Literatur aufgearbeitet und mit den Erfahrungen von Expert*innen aus der Praxis untermauert.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass persistierende frühkindliche Reflexe tiefgreifende Auswirkungen auf das Lernen und Verhalten eines Kindes haben. Lehrpersonen, die sich dessen bewusst sind, können unterstützend wirken, um so den Schulalltag betroffener Kinder zu erleichtern und eine adäquate Lernumgebung zu schaffen. Maßgebend ist hierbei, dass individuell auf die Bedürfnisse der Kinder eingegangen wird.

Die fünf durchgeführten Expert*inneninterviews gaben einen umfassenden Einblick in die Praxis. Mit der Durchführung weiterer Interviews könnten noch weitere Stolpersteine im Schulalltag von Kindern mit persistierenden Reflexen aufgedeckt und passende Fördermaßnahmen genannt werden. Im Hinblick auf die geführten Interviews und unterschiedlichen Herangehensweisen der befragten Personen, wäre eine weitere Forschung im Sinne der unterschiedlichen Behandlungsmethoden frühkindlicher Reflexe spannend und aufschlussreich.

Eine weiterführende Forschung könnte weitere frühkindliche Reflexe in den Fokus nehmen und diese beschreiben, deren Auswirkungen im Schulalltag und mögliche Hilfestellungen erläutern. Das Thema der (persistierenden) frühkindlichen Reflexe bietet vielfältige Möglichkeiten der Auseinandersetzung.

Die intensive Auseinandersetzung mit den (persistierenden) frühkindlichen Reflexen im Kontext Schule bietet die Aneignung von Wissen zu einem bisher wenig bekannten Thema und Maßnahmen für Lehrpersonen, die Kinder mit persistierenden frühkindlichen Reflexen in der Klasse haben. Die Thematik bietet Potenzial, um sich mit Kolleg*innen auszutauschen und sie auf die weitgehend unbekanntes Problematik im Schulalltag aufmerksam zu machen.

7 Literaturverzeichnis

Beigel, D. (2011). *Flügel und Wurzeln. Persistierende Restreaktionen frühkindlicher Reflexe und ihre Auswirkungen auf Lernen und Verhalten* (5. Aufl.). Dortmund: Löer.

Berk, L. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl.). Hallbergmos: Pearson.

Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (7. Aufl.). Hamburg: Rohwolt.

Gieysztor, E., Choińska, A. & Paprocka-Borowicz, M. (2015). *Persistence of primitive reflexes and associated motor problems in healthy preschool children*. Termedia & Banach.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.

Goddard Blythe, S. (2009). *Greifen und BeGreifen. Wie Lernen und Verhalten mit frühkindlichen Reflexen zusammenhängen* (8. Aufl.). Kirchzarten: VAK.

Goddard Blythe, S. (2021). *Attention, Balance and Coordination – das ABC des Lernerfolgs. Grundlagen der INPP-Methode* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Hölscher, B. (2013). *Kraftvoll! Reflexe prägen das Leben* (2. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.

Hölscher, B. (2019). *Zentrierung. Reflexintegration zur Lösung von körperlichen Haltungsproblemen* (1. Aufl.). Bielefeld: Kamphausen.

- INPP (2004). *An evaluation of the pilot INPP Movement Programme in Primary Schools in the Northern Eastern Library Board, Northern Ireland*. Abgerufen am 13.01.2024 von <https://inpp.info/forschung>
- Kotter, C. (2012). *Entdeckungsgeschichte frühkindlicher Reflexe. Unter Betrachtung der historischen Entwicklung der Reflexlehre*. Freiburg: Centaurus.
- Krüger, D. & Riemeier, T. (2014). Die qualitative Inhaltsanalyse – eine Methode zur Auswertung von Interviews. In D. Krüger, I. Parchmann & H. Schecker (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung* (S. 133–145). Heidelberg: Springer Spektrum.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meyers, R. & Hohmann, R. (2023). *(Über)Leben mit Reflexen – Band 2. Reflexintegrationsprogramm (RIP)* (2. Aufl.). Leipzig: Amazon Distribution.
- Meyers, R. (2023). *(Über)Leben mit Reflexen. Vorteil und Leid durch persistierende frühkindliche Reflexe* (2. Aufl.). Leipzig: Amazon Distribution.
- Niebert, K. & Gropengießer, H. (2014). Leitfadengestütztes Interview. In D. Krüger, I. Parchmann & H. Schecker (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung* (S. 121–132). Heidelberg: Springer Spektrum.
- Roos, M. & Leutwyler, B. (2022). *Wissenschaftliches Arbeiten im Lehramtsstudium. Recherchieren, schreiben, forschen* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.

- Rossmann, P. (2016). *Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Sacher, R. (2018). *Angeborene Fremdreﬂexe. Haltung und Verhalten früh regulieren* (2. Aufl.). München: Elsevier.
- Schecker, H., Parchmann, I. & Krüger, D. (2014). Formate und Methoden naturwissenschaftsdidaktischer Forschung. In D. Krüger, I. Parchmann & H. Schecker (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung* (S. 1–14). Heidelberg: Springer Spektrum.
- Sieber, C. & Queißer, C. (2021). *Wieder im Gleichgewicht. Der bedeutende Einfluss frühkindlicher Reflexe auf das Gehirn unserer Kinder* (3. Aufl.). München: Kösel.
- The plantar reflex - Babinski's sign. (2011). *In Medicine Hack*. Abgerufen am 09.02.2024 von <https://www.medicinehack.com/2011/07/plantar-reflex-babinskis-sign.html>
- Zinke-Wolter, P. (2000). *Spüren- Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen* (4. Aufl.). Dortmund: Borgmann.

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Reflexe in ihrem zeitlichen Verlauf (Hölscher, 2013, S. 16).....	10
Abbildung 2: Vergleich nicht-integrierte und integrierte frühkindliche Reflexe (Sieber & Queißer, 2021, S. 20).....	16
Abbildung 3: Der Mororeflex (Hölscher, 2013, S. 36).....	19
Abbildung 4: Ausgangsposition für den Mororeflex-Test (Goddard Blythe, 2009, S. 138)	22
Abbildung 5: Ausgangsposition für den aufrechten Mororeflex-Test (Goddard Blythe, 2009, S. 140).....	23
Abbildung 6: Der asymmetrisch tonische Nackenreflex (Hölscher, 2013, S. 28).....	26
Abbildung 7: Ausgangsposition für den Standard Reflextest des asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 144)	29
Abbildung 8: Ausgangsposition für den Schilder Reflextest des asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 146)	30
Abbildung 9: Vorlagenblatt des Tansley-Tests (Sieber & Queißer, 2021, S. 81).....	30
Abbildung 10: Ergebnis des Tansley-Tests mit einem aktiven asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 84).....	31
Abbildung 11: Blattlage beim Schreiben mit einem aktiven asymmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 84).....	32
Abbildung 12: Streckung des symmetrisch tonischen Nackenreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 50).....	34
Abbildung 13: Beugung des symmetrisch tonischen Nackenreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 50).....	34
Abbildung 14: Ausgangsposition für den Reflextest des symmetrisch tonischen Nackenreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 154)	37
Abbildung 15: Ergebnis des Tansley-Tests mit einem aktiven symmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 89).....	38
Abbildung 16: Sitzpositionen mit einem aktiven symmetrisch tonischen Nackenreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 90)	38
Abbildung 17: Der Suchreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 37).....	40
Abbildung 18: Ausgangsposition für den Reflextest des Such- und Saugreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 148).....	43
Abbildung 19: Der Palmarreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 29).....	46

Abbildung 20: Testverlauf des Reflextest für den Palmarreflex (Goddard Blythe, 2009, S. 142).....	48
Abbildung 21: Der Plantarreflex (Hölscher, 2019, S. 90)	50
Abbildung 22: Testverlauf für den Reflextest des Plantarreflex (The plantar reflex – Babinski’s sign, 2011)	52
Abbildung 23: Der spinale Galantreflex (Hölscher, 2013, S. 31)	54
Abbildung 24: Der spinale Galantreflex während der Geburt (Sacher, 2018, S. 35)	55
Abbildung 25: Ausgangsposition für den Reflextest des spinalen Galantreflexes (Goddard Blythe, 2009, S. 150).....	56
Abbildung 26: Sitzhaltung mit einem persistierenden spinalen Galantreflex (Sieber & Queißer, 2021, S. 85).....	57
Abbildung 27: Unterstützende Maßnahmen im Unterricht (eigene Darstellung).....	79

9 Anhang

9.1 Transkripte Interviews

9.1.1 *Transkript Interview 1*

I = Interviewerin B1 = Befragte 1

1 **I:** Hallo. Schön, dass Sie sich Zeit nehmen, um mit mir das Interview zu führen. Ich
2 heiÙe Anna-Sophie Zipfer und mache derzeit den Master an der Pädagogischen Hoch-
3 schule in Salzburg. Meine Masterarbeit trägt den Titel „Restreaktion frühkindlicher Re-
4 flexe - Die Auswirkung persistierender Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines
5 Kindes“. Das Interview dauert in etwa 30 Minuten. Um im Anschluss ein Transkript
6 anzufertigen und die Aussagen auszuwerten, bitte ich Sie um die Zustimmung der Auf-
7 nahme. Der Name wird anonymisiert.

8 **B1:** Passt.

9 **I:** Dann kommen wir direkt zu den Fragen der Einleitung. Welchen Beruf üben Sie aus?

10 **B1:** Genau, also ich bin neuroenergetische Kinesiologin. Genau, das ist eine spezielle
11 Kinesiologie-Richtung, die einfach viel mit den neuroemotionalen Bahnen arbeitet. Das
12 heißt, man schaut da immer auch in die Gehirnregionen mit dem Nervensystem. Alles,
13 was da verbunden ist. Ja genau. Und da gehört eben unter anderem auch – ein großer
14 Teil ist eben, sind die frühkindlichen Reflexe

15 **I:** Wie wurden Sie auf das Thema frühkindliche Reflexe beziehungsweise persistie-
16 rende frühkindliche Reflexe aufmerksam?

17 **B1:** Genau, eben durch die Kinesiologie. Eben, das war eben eine Fortbildung oder
18 eine Weiterbildung. Und den Kurs habe ich vor ungefähr zweieinhalb, drei Jahren ge-
19 macht.

20 **I:** Das passt dann eh zur nächsten Frage. Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit
21 frühkindlichen Reflexen?

22 **B1:** Genau, also circa zweieinhalb bis drei Jahre.

23 **I:** Und können Sie bitte die Verbindung Ihres Berufes mit den frühkindlichen Reflexen
24 genauer erläutern?

25 **B1:** Genau, also, das ist eben der Gründer von der neuroenergetischen Kinesiologie,
26 der Hugo Tobar, hat da ganz viel Forschung betrieben und hat eben versucht, dass
27 man die kinesiologischen Methoden mit der Integration von den frühkindlichen Refle-
28 xen verbindet. Das heißt, die Arbeit, die ich mache, ist, wenn Klienten zu mir kommen,
29 also Eltern mit Kindern, wo halt Lernschwierigkeiten sind, Konzentrationsstörungen,
30 Probleme in der sozialen Interaktion, dann ist halt ein Teil bei der Kinesiologie getestet
31 man ja immer, was braucht es jetzt zu diesem Thema und ein Teil sind eben die früh-
32 kindlichen Reflexe, das heißt ich mache da die Testung, ob ein frühkindlicher Reflex
33 eben noch persistierend ist und wenn es den anzeigt, dann mache ich eben die In-
34 tegration über die Kinesiologie, also über die kinesiologischen Methoden. Genau

2:32

35 **I:** Dann zu den persistierenden frühkindlichen Reflexen. Wie viele Kinder sind von per-
36 sistierenden frühkindlichen Reflexen betroffen und gibt es eine Tendenz, ob mehr
37 Mädchen oder Buben betroffen sind?

38 **B1:** Ja, also ich finde, das wie viele ist sehr schwierig zu sagen, zum betiteln. Also ich
39 glaube, das ist relativ. Also es gibt da nicht so viel Forschung dazu, jetzt, also, so eine
40 Prozentzahl an sich habe ich nicht. Mein Gefühl oder meine Betrachtung ist in der
41 Praxis eben, dass es irgendwie immer mehr werden. Also, dass immer mehr Kinder
42 die persistierenden Reflexe haben. Und von der Tendenz ob es Mädchen oder Buben
43 mehr sind, ist bei mir jetzt noch nichts Klares rausgekommen, also dass es eher so
44 mal sind es Buben, mal sind es Mädchen. Also es ist auch von der Tendenz jetzt,
45 welcher Reflex persistierend ist, kommt jetzt auch nicht eine klare Tendenz heraus,
46 was bei Mädchen oder bei Buben häufiger ausschlag. Also was ich klar sagen kann,
47 ist, gefühlsmäßig wird es mehr. Genau

48 **I:** Welche Ursachen gibt es, dass frühkindliche Reflexe nicht gehemmt werden?

49 **B1:** Ja, das ist halt, also es fängt, ein Grund davon, sage ich mal ist, schon einmal die
50 Schwangerschaft. Das heißt einfach, wenn in der Schwangerschaft von der Mutter
51 eventuell auch schon persistierende Reflexe bei der Mutter vorhanden sind oder ein
52 erhöhtes Angsterleben, dann ist das meiner Meinung nach ein Grund, weil ja viel auch
53 übertragen wird auf das Kind schon im Mutterleib. Dann natürlich auch Faktoren wie
54 Alkohol, Drogen, also ein Missbrauch von Substanzen. Die Geburt ist ein ganz ein,
55 ganz ein großer Teil. Das ist auch immer eine der ersten Fragen, die ich stelle bei den
56 Behandlungen von frühkindlichen Reflexen. Also die Geburt ist ein ganz ein großer
57 Teil, warum dann Reflexe sich nicht hemmen. Das heißt einfach diese erhöhte Kaiser-
58 schnittrate, diese Eingriffe in die Geburten. Also sei es jetzt Wehenhemmer, wehen-
59 fördernde Mittel, Zangengeburt, also alles, was eben diesen natürlichen Verlauf
60 nicht zulässt. Weil es gibt ja gewisse Reflexe, die ja nur durch die Geburt ausgelöst
61 werden. Also der ATNR ist ja wirklich diese letzte Drehung bei der Geburt, wo dann
62 auch die Schulter geboren wird oder der TLR vorwärts ist ja auch – der wird ja wirklich
63 nur durch eine natürliche Geburt ausgelöst, das heißt, wenn da ein Kaiserschnitt statt-
64 findet, sage ich einmal, fehlt der schon einmal, dass der den Start bekommen hat. Ja,
65 dann eben in dem ersten Lebensjahr, finde ich, ist immer so ein Grund für persistie-
66 rende Reflexe einfach, wenn man dem Kind sage ich mal, nicht so diesen Bewegungs-
67 freiraum gibt. Also wenn das Kind viel zum Beispiel nur in Rückenlage liegen darf,
68 wenn man es viel da dann in die Wippe legt, wenn man dann diese Lauflernwagerl hat,
69 wo halt Sachen vielleicht einfach zu schnell gehen oder halt eingeschränkt sind oder
70 wenn man halt einfach so dieses vergleichen, was ja auch bei den Eltern oft ist, ja kann
71 dein Kind das schon, kann dein Kind das schon. Da halt einfach dann diese falsche
72 Förderung gibt, dass das Kind etwas schneller macht, als es von sich aus machen
73 würde und da generell finde ich ein ganz ein großer Faktor ist in der heutigen Zeit oder
74 der heutigen Gesellschaft so dieses, dass Kinder oft nicht so diese adäquaten Reize
75 ausleben dürfen. Also es ist, glaube ich, schon mehr, als jetzt zum Beispiel bei mir in
76 der Kindheit, wo wir halt einfach rausgelaufen sind in den Wald und da teilweise und
77 mit Freunden einfach alleine unterwegs waren schon als Kleinkinder, ist halt jetzt heut-
78 zutage halt nicht mehr so gegeben, weil alles vom Lebensraum sich irgendwie ändert
79 und dadurch ist halt vielen das nicht gegeben, dieses Laufen auf unebenem Boden.
80 Das barfuß Laufen, vielleicht im Dreck wühlen, das Hüpfen, das ist halt mehr immer

81 so ein bisschen Helikopter-mäßig, wo halt Kinder sage ich mal so, diese ganzen Reize
82 und alles nicht so ausleben können, wie es vielleicht notwendig wäre. Genau.

6:32

83 **I:** Danke. Welcher Reflex bleibt Ihrer Meinung nach am öftesten vorhanden? Gibt es
84 da eine Tendenz?

85 **B1:** Also meine Tendenz, was ich aus der Praxis erlebe, ist eigentlich der Mororeflex.
86 Genau, der am häufigsten anzeigt. Der ist auch der Reflex, der sage ich mal, bei er-
87 wachsenen Klienten, also wenn es jetzt nicht nur um die Kinder geht, wo der auch zum
88 Beispiel bei Depressionen, bei Burnout, bei Angststörungen, so Panikthemen, was ich
89 eben auch alles behandle, wo der auch am häufigsten anzeigt. Also, dass der im Hin-
90 tergrund noch mitschwingt.

7:08

91 **I:** Ok. Beibehaltene frühkindliche Reflexe wirken sich auf das Lern- und Arbeitsverhal-
92 ten der Kinder aus. Nachfolgend würde ich gerne zu ausgewählten frühkindlichen Re-
93 flexen aus Ihrer Erfahrung wissen: Wie äußert sich der persistierende frühkindliche
94 Reflex im Schulalltag des betroffenen Kindes? Verändern sich die Symptome bei Kin-
95 dern in den ersten vier Jahren der Schule? Wie können Lehrpersonen betroffene Kin-
96 der in der Schule unterstützen? Der erste Reflex, von dem ich das gerne wissen würde,
97 wäre der Mororeflex.

98 **B1:** Der Mororeflex, der äußert sich eigentlich, indem sage ich mal, dass er halt schon
99 einen Einfluss auf die Entwicklung oder die Hemmung der anderen Reflexe hat. Er ist
100 ja eigentlich einer, der neben dem Furchtlähmungsreflex, einer der ersten Reflexe, der
101 ja stattfindet schon im Mutterleib. Und äußern tut er sich dann, sage ich mal, so im
102 Schulalter oder auch im Kleinkindalter schon einfach so, diese Überreizung oder Über-
103 reizbarkeit der Kinder. Das heißt, sie sind halt eigentlich immer in so einer Anspan-
104 nung, immer in einer so einer Hab-Acht-Stellung und das zeigt sich halt dann oft durch
105 körperliche Unruhe, durch Ängste. Also das sind dann oft die Kinder, die sich ganz
106 schwer tun, wenn neue Situationen daherkommen. Sei es jetzt Schuleintritt oder

107 Kindergarten eintritt, die dann ganz lange brauchen, bis sie sich integrieren können.
108 Die sich dann oft einfach hinter den Eltern verstecken. Im Schulalltag dann natürlich
109 Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, weil sie einfach immer so in einer An-
110 spannung sind und einfach diese Kapazitäten oft für die Konzentration nicht so gege-
111 ben sind. Verminderte Lernfähigkeit und eben auch dann diese sozialen Interaktions-
112 probleme. Das sind dann oft auch Kindern, die sich, die auch ganz schlecht, sage ich
113 mal, mit Kritik umgehen können oder auch mal schnell in die Aggression gehen, weil
114 sie halt einfach irgendwie mit dem raus müssen. Haben eine niedrige Stresstoleranz,
115 genau. Und die Lehrpersonen, wie die da unterstützen können, glaube ich, ist einfach
116 also erstens Mal, ist so diese, das gilt für alle Reflexe, das ist auch ein Thema, das ich
117 gerade versuche, eben mit diesen Vorträgen auch, dass man dieses Thema frühkind-
118 liche Reflexe einfach auch an das Lehrpersonal hinaus trägt oder auch an Kindergar-
119 tenpädagog*innen, weil das einfach so ein Thema ist, was bei ganz vielen noch gar
120 nicht präsent ist. Also viele wissen, dass in dieser Entwicklung bei den Kindern und die
121 ersten Sachen sind dann eigentlich Ergotherapie, Logopädie, Schulpsychologie, wenn
122 halt was Auffälliges ist, aber es ist halt leider oft vom, sage ich mal, von der, wie sagt
123 man? Von der, vom Erfolg von den Therapien oft nicht so erfolgreich, wenn im Hinter-
124 grund noch der Reflex mitläuft, weil der ja auch, wenn man jetzt Erfolge erzielt, bei der
125 Ergotherapie, das hat ja alles seine Berechtigung, ist es halt oft leider so, dass ja dann
126 der Reflex immer wieder reinfunkt. Und das ist halt glaube ich das allergrößte für alle
127 Reflexe bei der Unterstützung, dieses Bewusstsein, dass es die frühkindlichen Reflexe
128 gibt und was die für Auswirkungen haben auf die Kinder. Und da beim Moro reflex spe-
129 zifisch ist jetzt wirklich, dass das Lehrpersonal schaut, dass das Kind halt – es sind ja
130 oft Kinder, die dann ganz stark einfach Strukturen oder Routinen auch haben, die sie
131 nachleben können. Also, dass man wirklich dem Kind irgendwie diesen Raum bietet.
132 Dass es zum Beispiel nicht den Sitzplatzwechsel mitmachen muss, wenn da jetzt die
133 Klasse durchgemischt wird, sondern dass es wirklich so einen fixen Sitzplatz hat, die
134 fixe Routine. Dass man halt einfach ganz genau darauf achtet, dass man in Ruhe mit
135 dem Kind alles bespricht, dass man dem vielleicht einfach ein bisschen mehr Raum
136 auch gibt von der Zeit oder vom Erledigen von den Aufgaben. Genau, dass man es
137 dahingehend einfach unterstützt und gerade einfach bei neuen Situationen, dass man
138 das vorab vielleicht schon bespricht mit dem Kind, dass da etwas Neues daherkommt.

11:03

139 I: Und verändern sich die Symptome in den ersten vier Jahren der Schule oder bleiben
140 die gleich beim Mororeflex?

141 B1: Also, wenn er nicht behandelt wird, also wenn er persistierend bleibt, dann würde
142 ich sagen, dass er sie tendenziell eher verstärkt die Symptome, weil natürlich der Leis-
143 tungsdruck noch mehr wird. Natürlich auch die Interaktion mit den Schülern. Das ist ja
144 – man kennt das ja aus dem eigenen Schulalltag von früher noch. Es ist – es gibt halt
145 dann einfach noch diese Interaktionen, dieses eventuell einfach auch tuscheln oder
146 Grüppchenbildung und das sind dann meistens dann Kinder, die natürlich vielleicht
147 dann nicht so mit hin kommen oder nicht so in einer Gruppe involviert sind. Da kommt
148 halt dann auch die emotionale Komponente daher. Deswegen ist es tendenziell eher,
149 dass es stärker wird, genau.

11:50

150 I: Ok. Dann der nächste Reflex ist der asymmetrisch tonische Nackenreflex

151 B1: Genau. Da sind – wie äußert sich der? Beim ATNR ist es eigentlich so, dass die
152 Sprachentwicklung ein Feld ist, das betroffen ist, wenn er persistierend bleibt. Dann
153 sind Gleichgewichtsprobleme, das heißt, die sind dann oft im Turnunterricht Sachen,
154 wo man merkt, die Kinder haben unkoordinierte Arm- und Beinbewegungen, die tun
155 sich vielleicht auch einfach schwer bei dem räumlichen Einordnen, also beim Ball fan-
156 gen oder so. Verständnisprobleme. Der ATNR ist ja der Reflex, der ca. bei 75% aller
157 Kinder mit Lese- und Schreibproblemen eben auch anschlägt, also der da auch eben
158 für Lese- und Schreibprobleme sehr prägnant ist. Genau. Also das Verständnis, also
159 dieses Aufnehmen von Gesprochenem von der Lehrerin oder vom Lehrer zum Bei-
160 spiel, dann wirklich dieses Umsetzen, diese auditive visuelle Wahrnehmung. Was, wie
161 äußert er sich noch? Genau, dieser ATNR ist ja auch das mit der Mittellinie. Also Kin-
162 der, die dann den Zettel eher schräg hinlegen dann, damit sie diese Mittellinie, diese
163 imaginäre nicht überkreuzen müssen jetzt bei einem Zettel oder beim Malen. Das
164 heißt, sie haben von der Sitzhaltung dann immer dieses eingedrehte. Genau und auch
165 dann dieses tollpatschige Verhalten, eben durch diese unkoordinierten Bewegungen.
166 Und ja, da ist es eigentlich ähnliche sage ich mal vom Lehrpersonal. Also einfach

167 dieses Wissen darum, was ist es, was steckt da beim Kind dahinter und ja einfach
168 auch, dass man sie da gerade eben, was das Koordinative, das Gleichgewichtsmäßige
169 einfach, dass man da mehr vielleicht das mehr integriert. Dass man dem Kind dann
170 mehr einberäumt, dass es im Sportunterricht zum Beispiel mehr gefördert wird, dass
171 es im freien Lernen, in der Förderstunde eventuell die Möglichkeit bekommt, dass man
172 da auf das körperliche schaut, dass man einfach auch da das Kind eventuell mit an-
173 deren Übungen noch fördert. Und vom Verständnis her, dass man wirklich schaut,
174 dass man ganz klar spricht und ganz klar auch dieses Aufnehmen, Erfassen vom Kind
175 von dem Defizit, dass man da eingeht.

176 **I:** Verändern sich hier die Symptome in den ersten vier Schuljahren?

177 **B1:** Tendenziell würde ich sagen, ist das bei allen Reflexen. Ja, dass wenn es durch
178 dieses mehr und mehr werden von den Sachen halt – die Kinder sind ja dann oft – sie
179 lernen ja schon, dass sie mit diesen Sachen irgendwie umgehen oder es irgendwie
180 kompensieren. Aber ich sage mal, innerlich kostet es ja immer mehr Kapazität, diese
181 Kompensation dieser Dinge. Und dadurch ist es tendenziell, würde ich sagen jetzt bei
182 allen Reflexen, dass es so ist, wenn sie persistierend bleiben, dass sie, dass sie sich
183 verschlechtern oder dass die Symptome mehr werden, ja.

14:49

184 **I:** Ok. Dann der symmetrisch tonische Nackenreflex

185 **B1:** Der äußert sich im Schulalltag hauptsächlich eben durch das Koordinative und
186 durch das Gleichgewicht. Motorische Schwächen und genau, das ist ja der Reflex,
187 wenn zum Beispiel eben Entwicklungssprünge übersprungen werden, wie zum Bei-
188 spiel das Krabbeln. Da äußert sich eben zum Beispiel so auch mit dem visuellen, also
189 da kann tendenziell auch sein, dass Kinder eben die Probleme haben mit dem Sehen,
190 also Sehschwäche, Sehfehler ist dann auch so ein Thema, wie sich der zeigt. Genau,
191 jetzt überlege ich noch, ob da noch etwas dazu gehört. Nein, das ist eigentlich so, wie
192 er sich jetzt zeigt, genau. Von den Möglichkeiten, wie es das Lehrpersonal unterstüt-
193 zen kann, würde ich sagen, da einfach auch wieder dieser Bewegungsfreiraum. Also,
194 dass man einfach auch zulässt zum Beispiel, dass man sagt, dass eben vom Abschrei-
195 ben vom Schreibpult mit dem Sehen oder so, dass man da eben ja auch eine gute

196 Kombination findet, dass das Kind wirklich einen guten Platz hat zum Sehen von den
197 Sachen, dass es von den Schreibpositionen, also von den Sitzpositionen eher frei wäh-
198 len darf, dass es vielleicht auch einfach woanders sitzen kann, dass es vielleicht teil-
199 weise auch am Boden sitzen kann, dass eine andere Spürfläche ist, dass es auch
200 genug Platz hat. Also, dass es zum Beispiel vielleicht einen Tisch alleine hat, dass es
201 sich da ein bisschen ausbreiten kann.

16:23

202 **I:** Dann der Saug- und Suchreflex

203 **B1:** Der zeigt sich zum Beispiel durch die Überempfindlichkeit da im Mundbereich. Das
204 merkt man dann bei Kindern oft, wenn die Artikulation nicht so klar ist, also eher eine
205 undeutliche Artikulation ist oder wenn man merkt bei gewissen Wörtern oder wenn
206 Kinder viel sprechen müssen, dass dann oft auch so ein bisschen der Speichelfluss
207 übrig bleibt. Die Kinder tun sich dann oft beim Pfeifen zum Beispiel schwerer oder
208 beim, also wenn sie im Singen zum Beispiel verschiedene Sachen ausprobieren müs-
209 sen oder auch so pusten. Oder auch zum Beispiel, wenn man so Ansaugübungen
210 macht, wenn man mit einem Strohhalm zum Beispiel versucht eine Feder oder so an-
211 zuzaugen. Der Greif-, Such- und, also der Palmar-, Such- und Plantarreflex sind ja
212 irgendwie auch so miteinander verbunden. Das wird man oft gar nicht meinen, das
213 heißt, wenn der im Mundbereich der Saugreflex persistierend ist, kann es eben auch
214 sein, dass es dadurch auch eine Auswirkung auf die Feinmotorik hat, das merkt man
215 dann auch oft. Zahnfehlstellungen sieht man oft. Das sind dann auch die Kinder, die
216 das noch brauchen, dass sie zum Beispiel die Stifte beißen oder dass sie Nägel kauen
217 oder dass sie irgendetwas im Mund haben. Also einfach so dieses Gefühl zu haben,
218 an irgendetwas nuckeln zu können. Genau. Tendenziell wird meiner Erfahrung nach
219 der, also, schlechter würde ich bei diesem Reflex jetzt gar nicht sagen. Es ist halt ein-
220 fach, dass es dann da bleibt. Also man merkt schon, das geht dann nicht weg, das ist
221 dann – da hilft es auch nicht wenn man sagt zum Beispiel man gibt jetzt auf die Nägel
222 eben so eine Flüssigkeit drauf, dass die Nägel nicht gebissen werden oder man macht
223 so etwas auf den Stift rauf, dass die Stifte nicht so gebissen werden. Dieses Gefühl
224 oder dieser Zwang, da irgendetwas in den Mund reinzuschieben, der bleibt halt.

225 Genau, für die Schule zum Unterstützen, ist, dass man da halt wirklich schaut, von der
226 Artikulation her, dass man schaut, dass man den Kindern auch wirklich das – die Buch-
227 staben oder Wörter ganz, ganz, ganz klar und deutlich aussprechen zu lassen, dass
228 man sie eben zum Beispiel auch fördert, diese Muskulatur zu trainieren mit Puste- oder
229 Saugspielen. Genau, vorlesen ist da ganz wichtig, weil man da wirklich die Artikulation
230 von anderen sehr deutlich vorgesprochen bekommen. Das wären jetzt ein paar so
231 Punkte.

18:57

232 I: Dann der Palmarreflex

233 **B1:** Der hat eben diese auffällige Stifthaltung, also eine sehr verkrampfte Stifthaltung
234 sieht man da oft oder dass die Handschrift dann ganz krakelig oder schlecht zum Le-
235 sen ist. Bei den Kindern ist es dann oft, dass man merkt, wenn sie malen oder sich
236 konzentrieren beim Schreiben, dass der Mund sich mitbewegt oder die Zunge dann
237 raussteht. Da ist auch wieder die Sprachentwicklung, also Sprachverzögerung – also
238 Entwicklungsverzögerung bei der Sprache lernen und eben auch die Artikulation und
239 auch so feinmotorische Probleme oder manuelle Ungeschicklichkeit, genau. Und da
240 sind auch ähnliche Sachen für die Lehrer vom – also sage ich mal, was man unterstüt-
241 zen kann. Jetzt muss ich gerade mal nachschauen. Also gerade eben genau so, alles
242 was so diese Feinmotorik, also was so diesen Reflex triggert. Also, dass man beim
243 Malen, beim Kneten, so verschiedene Tonarbeiten vielleicht anbietet. Da schon eben
244 so Stifthilfen, da gibt es ja diese Hilfen, wo man dann diesen richtigen Griff vom Stift-
245 halten besser ausüben kann. Fingerspiele, auch so instrumentaler Unterricht, sind so
246 ein paar Sachen, was man gut mitgeben kann.

20:17

247 I: Der Plantarreflex

248 **B1:** Ja. Der zeigt sich oft durch den Zehenspitzenengang. Also wenn Kinder so ein Tipto-
249 ing machen, also so auf den Zehenspitzen dahinlaufen und eher einen unsicheren
250 Gang haben und sich auf oft von der Körperspannung recht angespannt. Also die sind

251 oft ganz so versteift ein bisschen. Dann so einrollende Zehen merkt man dann oft an
252 den Socken bei den Kindern, dass das ein bisschen durchgelaufen ist, weil eine Fehl-
253 belastung der Füße ist und sie sich einfach auch generell schwer tun, wenn man sagt,
254 es geht jetzt ums Socken anziehen oder so um Schuhe anziehen. Genau, da als Lehr-
255 personal einfach, dass man auf das – das ein bisschen unterstützt, beim Anziehen
256 helfen oder da einfach wirklich noch ein bisschen mehr Zeit einräumen und im Turn-
257 unterricht oder auch so einfach Hilfen gibt oder vielleicht so Zehenübungen, wo man
258 einfach auch wirklich sagt, man kann das ein bisschen lockern. Es ist ja doch auch
259 einfach so ein bisschen das Einrollen der Zehen – ist ja doch auch eine Anspannung
260 in den Fußballen. Dass man da vielleicht einfach mit Massagebällen ein bisschen ar-
261 beitet oder halt in der Pause so kleine Übungen macht, wo die Kinder – wo einfach die
262 Belastung vom Fuß nicht nur von einem Teil vom Fuß, sondern vom ganzen Fuß statt-
263 findet.

21:34

264 **I:** Danke. Und als letzter der spinale Galantreflex

265 **B1:** Der hat ja dieses Haupt- , also dieses Hauptmerkmal ist ja dieses Bettnässen oder
266 Einnässen nach dem Alter von fünf Jahren oder auch so häufiger Harndrang. Das ist
267 wirklich ganz speziell bei dem Reflex. Das ist in der Praxis merke ich, wenn da jemand
268 kommt mit diesem Thema und dass die Kinder halt älter als fünf Jahre sind und die
269 das Problem mit dem Einnässen haben, ist das wirklich einer der Reflexe, der meis-
270 tens, also wirklich meistens nach einer Behandlung, da ist das Einnässen weg. Das ist
271 für die Kinder wird da wirklich sofort so ein Leidensdruck weggenommen. Verdauungs-
272 probleme können da beim spinalen Galant auch so ein Thema sein und dann diese
273 motorische Unruhe. Also gerade, wenn es um das Sitzen geht, weil der Reflex wird
274 durch den Lendenwirbel, durch den Bereich eben so getriggert wird, und das sind halt
275 die Kinder, die ständig wetzen, sich nicht anlehnen können, durch das zeigt sich das
276 ganz gut. Aber auch so dieses Tollpatsch-Syndrom, also das ist dann oft bei Kindern,
277 die eben beim Essen die Gabel hinunterfällt ständig oder das Glas wieder umgeschüt-
278 tet wird, kann das eben auch auf diesen Reflex hinweisen. Und so diese Abneigung
279 von enger Kleidung im Generellen und ganz speziell, wenn es beim

280 Lendenwirbelbereich, also zum Beispiel ein Gürtel oder enge Jeans oder so. Übermä-
281 ßige Schwatthaftigkeit merkt man dann auch. Das kommt eben durch diese Unruhe,
282 die durch diesen spinalen Galantreflex halt so generell schon im Kind wirkt und natür-
283 lich hat es dann eine Auswirkung auf die Konzentration, Konzentrationsfähigkeit oder
284 gerade auch das verminderte Kurzzeitgedächtnis. Also das sind dann oft die Kinder,
285 die sich schwer tun, bei so Reihenfolgen vervollständigen oder wenn man wirklich sagt,
286 du hast jetzt diese Aufgabe, dass du zuerst das und das und das holst in der Reihen-
287 folge. Die tun sich dann auch schwer, dass sie das wirklich so, ja, machen. Genau, da
288 ist halt einfach, dass man vielleicht als Lehrperson auch eben Rücksicht nimmt, wenn
289 das mit dem Harndrang ist, dass wirklich immer diese Freiheit gegeben ist, dass man
290 dem Harndrang nachgehen kann, weil das ist ja doch eine Belastung für das Kind auch
291 und dass man eventuell durch diese motorische Unruhe dem Kind auch einfach genü-
292 gend, sag ich mal, motorische Pausen anbietet. Also dass wirklich da die Möglichkeit
293 gegeben ist, dass zwischendrin vielleicht so kleine Pausen sind, wo einfach diese mo-
294 torische Freiheit auch genommen werden kann und eventuell auch von der Sitzmög-
295 lichkeit. Dass man da eventuell auch etwas findet, wo das Kind – also es ist auch
296 schwierig, weil wenn man sitzt, dann wird das ja auch getriggert, aber vielleicht gibt es
297 da dann auch Möglichkeiten über Bälle oder auch andere Sitzpölsterchen, wo einfach
298 auch das dann nicht ganz so der Druck auf das ist, ja, genau.

24:22

299 I: Ok. Zur Behandlung von persistierenden frühkindlichen Reflexen. Mit welcher Me-
300 thode arbeiten Sie, um bestehende frühkindliche Reflexe zu integrieren?

301 B1: Genau, das sind eben die verschiedenen Balancen, die da entwickelt wurden, also
302 für jeden Reflex. Beziehungsweise aus den Reflexen ist auch noch so gebündelt in
303 verschiedene Systeme, zum Beispiel das vestibuläre System. Und je nachdem, was
304 es da anzeigt, nehme ich dann quasi meine Unterlagen zu so einer Balance. Eine
305 Balance schaut dann so aus, dass man mal so eine Testung macht, was für eine Aus-
306 wirkung hat der Reflex, also hat der zum Beispiel jetzt nur eine Auswirkung auf den
307 oberen Körperbereich, auf das Ganzkörpersystem. Dann macht man oft noch so eine
308 Testung, so in welcher Hemisphäre, also ist es so vorne, also oben, unten, links,

309 rechts, vorne hinten. Und dann geht man da wirklich die verschiedensten Gehirnare-
310 ale, die den Reflexen zugeordnet sind, durch und geht da dann wirklich in die Tiefe zu
311 verschiedenen Neurotransmittern, Neuronen, diese ganzen Verbindungen, die eben
312 vom Nervensystem und vom, sage ich mal, vom ganzen System rund um das Gehirn,
313 wo auch die Reflexe ja, also liegen oder halt ausgelöst werden, geht man dann durch
314 und macht dann mit verschiedenen Stressungsmethoden, das ist meistens über Aku-
315 pressurpunkte oder über das Chakrasystem, also diese Energiezentrum im Körper,
316 über das integriert man das. Und da ist es dann immer so, nach jeder Behandlung
317 schaut man dann – also so eine Reflexintegration, wenn man die macht, die wirkt
318 meistens so zwei bis drei Wochen nach und nach drei Wochen kann man sagen, ist
319 so diese Behandlung, sage ich mal, dieses System so integriert und da muss man
320 dann schauen. Bei manchen Reflexen ist es wirklich so, dass sie mit einer Behandlung
321 gut integriert sind und bei manchen ist es so, dass es eine Teilintegration war und man
322 da noch einmal nacharbeiten muss. Genau, das Ziel oder die Effektivität von der Ba-
323 lance ist wirklich, dass man die Reflexe integriert und sie eben dann hemmt und sie
324 dann einfach auch weg sind.

26:27

325 **I:** Und wie lange braucht ein Kind im Durchschnitt, um erste Erfolge zu erzielen?

326 **B1:** Ja, das ist eben ganz unterschiedlich. Also da gibt es wirklich – im Durchschnitt ist
327 das schwer zu sagen, weil jedes Kind so individuell ist. Das kommt auch immer darauf
328 an, welches Alter hat das Kind, wenn es zu mir kommt und ist das jetzt ein Reflex oder
329 sind wirklich mehrere Reflexe? Das ist ja wirklich dann teilweise so, wenn ein Reflex
330 schon gehakt hat, dann da hinten raus noch andere mithaken. Wie ist das soziale,
331 emotionale Umfeld vom Kind? Also das sind ja dann oft auch so Sachen, war da zum
332 Beispiel in der Schule aufgrund von den Themen schon Mobbing, wie ist die Unterstüt-
333 zung oder das familiäre Umfeld. Da spielt natürlich mehr rein. Es gibt teilweise wirklich
334 Kinder, da ist es nach einer Behandlung gut und das war es und dann gibt es halt
335 Kinder, da braucht man halt einfach dann, ja, sage ich mal drei bis fünf Behandlungen,
336 weil einfach mehr Reflexe dann auftauchen oder das einfach verschiedene Themen
337 einfach mit sich bringt. Wo man dann sagt, der Reflex ist zwar integriert, aber man

338 muss jetzt von der emotionalen Seite oder vom Energie-Chakra-System jetzt irgendwie
339 noch nacharbeiten, dass das Kind auch wieder irgendwie gefestigt ist. Genau. Das
340 sind ja dann oft auch teilweise Kinder, die schon eine lange Geschichte an Behand-
341 lungen hinter sich haben, also die echt auch schon bei der Ergotherapie, Logopädie,
342 dann Schulpsychologen – also es gibt auch nicht nur diese Fälle, aber die einfach
343 schon viele, sage ich mal, Therapien mitgemacht haben, was ja auch jedes Mal Aus-
344 wirkungen auf die Kinder hat.

27:59

345 **I:** Und gibt es Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach für alle Kinder mit und ohne per-
346 sistierende frühkindliche Reflexe hilfreich sind?

347 **B1:** Ja, dieses vor allem – also glaube ich das, was wir vorab schon einmal besprochen
348 haben, dass man diesen Kindern den Freiraum wieder gewährt und wirklich wieder
349 sich selbst zu erleben, also dass man ihnen zutraut, dass sie einmal von einem Baum-
350 stamm herunterspringen und dass das, dass einfach diese Sachen, die von einer Neu-
351 gierde oder das System in uns weiß ja eigentlich, wir sind bereit jetzt für diese Bewe-
352 gungen und das auszutesten. Dass man den Kindern diese adäquaten Reize wieder
353 zulässt und man diese Bewegungsfreiheit zulässt. Und dann eine ganz eine, ganz eine
354 wichtige Maßnahme wäre meiner Meinung nach einfach wieder dieses zurück zu die-
355 sen natürlichen physiologischen Spontangeburt mit wenig Intervention oder einfach
356 gar keine Intervention. Da ist ja leider die Tendenz nach wie vor, dass ja die Kaiser-
357 schnittraten mehr werden oder auch einfach ein sehr hohes Level haben und auch ja
358 generell, also die anderen Interventionen, das ist ja – das System ist ja eigentlich für
359 das gemacht, dass es ohne irgendwas funktioniert und das wäre halt eine von den
360 Maßnahmen, die sehr wichtig wäre.

29:13

361 **I:** Können Sie mir im Hinblick auf Materialien und Bücher noch Tipps mit auf meinen
362 Weg geben?

363 **B1:** Ja, also ich glaube ich habe dir damals eh schon ein paar Tipps geschrieben von
364 den Büchern. Also ich weiß nicht, ob das damals noch dabei war, dieses ‚Flügel und
365 Wurzeln. War das auch schon dabei‘?

366 **I:** Ja.

367 **B1:** Und sonst so von den Materialien wäre mir jetzt nicht mehr recht viel mehr einge-
368 fallen. Genau, Ich glaube, das ‚Wieder im Gleichgewicht‘ habe ich dir damals gesagt.
369 Das ‚Kraftvoll‘. ‚Zentrierung‘ gibt es noch von der Bärbel Hölscher, ich weiß nicht, ob
370 ich das damals auch schon genannt habe, wo es die Bewegungsintegration gibt, also
371 wo wirklich so Übungen zur Reflexintegration drinnen sind. Genau.

372 **I:** Mhm. Und möchten Sie sonst noch etwas sagen?

373 **B1:** Ja, eigentlich nur, dass mein Gefühl ist, dass diese extreme Wichtigkeit, die eh
374 durch deine Arbeit jetzt auch das zeigt, dass jemand sich jetzt wirklich dem Thema
375 annimmt und das erarbeitet und einfach da etwas Wissenschaftliches auf die Beine
376 stellt. Die Wichtigkeit ist wirklich auch, dass man dieses Thema, sage ich mal, an die
377 Welt hinausträgt oder an die Eltern und die, die Pädagogen hinausträgt, weil es – wenn
378 die – erfahrungsgemäß, wenn die Leute davon wissen, geht ihnen allen ein Knopf auf
379 und man sieht die Kinder auch ganz mit anderen Augen. Also man weiß ja dann, es
380 ist ja klar, wenn da so ein Störfeld in dem Kind ist, das kann ja dann gar nicht anders
381 und die Kinder werden dann nochmal in ihren, sage ich mal, Gegebenheiten ganz an-
382 ders wertgeschätzt und man kann anders auf die Kinder zugehen und kann ihnen an-
383 ders Hilfe auch anbieten. Da ist meiner Meinung nach diese Bewusstseinsschaffung
384 zu dem Thema ist etwas ganz was Wichtiges. Was ich super finde, dass das eben
385 auch von dir jetzt passiert oder was auch mein Fokus ist oder mein Wunsch, dass ich
386 das noch schaffe, dass ich das mehr raustrage, genau. Das wäre es eigentlich. Weil
387 es ist schade, was auch ist, ist ja, dass es von der – diese frühkindlichen Reflexe wer-
388 den ja von den Ärzten in den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen auch getestet. Man
389 schaut ja, ob dieser – diese Reflexe, die zu einem gewissen Zeitpunkt ja aktiv sein
390 sollten, da schaut man ja zum Beispiel beim Hochziehen der Kinder, ob dieser Reflex
391 da ist und dann ist es aber so, dieses Nicht-Hemmen der Reflexe oder das Auswirken
392 der persistierenden Reflexe ist in der Schulmedizin oder in der Allgemeinmedizin leider
393 teilweise – es wird teilweise leider einfach weggeschwiegen. Also das will oft keiner

394 sehen, dass das wirklich – weil es ja wissenschaftlich leider auch nicht belegt ist, dass
395 diese persistierenden Reflexe Auswirkungen auf die Kinder haben oder auch auf uns
396 Erwachsene – das sind ja nicht nur Kinder, die sie haben, sondern das bleibt ja bis ins
397 Erwachsenenalter und das ist halt einfach auch etwas, das schön wäre, wenn da ein-
398 fach auch im Hinblick zur Schulmedizin, dass man da gemeinsam einfach für die Kin-
399 der oder für uns Erwachsenen das Bewusstsein schafft. Genau, das wären so die Sa-
400 chen, die ich da noch gerne sagen würde.

401 **I:** Ok, dann vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

402 **B1:** Gerne.

9.1.2 Transkript Interview 2

I = Interviewerin B2 = Befragte 2

1 **I:** Hallo. Schön, dass Sie sich Zeit nehmen, um mit mir das Interview zu führen. Ich
2 heie Anna-Sophie Zipfer und mache derzeit den Master an der Pädagogischen Hoch-
3 schule in Salzburg. Meine Masterarbeit trägt den Titel „Restreaktion frühkindlicher Re-
4 flexe - Die Auswirkung persistierender Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines
5 Kindes“. Das Interview dauert in etwa 30 Minuten. Um im Anschluss ein Transkript
6 anzufertigen und die Aussagen auszuwerten, bitte ich Sie um die Zustimmung der Auf-
7 nahme. Der Name wird anonymisiert.

8 **B2:** Du brauchst den Namen nicht anonymisieren. Ich freue mich, wenn ich mit dem
9 Namen erwähnt werde.

10 **I:** Ok gerne, danke. Dann starten wir gleich mit den einleitenden Fragen. Welchen Be-
11 ruf üben Sie aus?

12 **B2:** Ich bin seit 2001 Physiotherapeutin und übe diesen Beruf seitdem auch aus.

13 **I:** Wie wurden Sie auf das Thema frühkindliche Reflexe beziehungsweise persistie-
14 rende frühkindliche Reflexe aufmerksam?

15 **B2:** Dieses Thema hatten wir auch als Ausbildungsinhalt in der Ausbildung, weil wir ja
16 auch sehr sehr viele Stunden auch Kinderheilkunde haben und Neurologie und auch
17 Psychiatrie. Und nachdem diese frühkindlichen persistierenden Reflexe ja in viele Be-
18 reiche hineinspielen, haben wir den Bereich vor allem in der Neurologie behandelt. Ja.
19 Also das ist eigentlich schon seit der Ausbildung ein Thema und der Grund, warum ich
20 mich jetzt noch weitergebildet habe in diese Richtung, ist, dass ich einfach in meiner
21 Arbeit gemerkt habe, dass man Kinder da noch gezielt unterstützen könnte und des-
22 wegen habe ich mir noch ein paar neue Inhalte sozusagen geholt on Top auf die Aus-
23 bildung.

24 **I:** Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit frühkindlichen Reflexen?

25 **B2:** Naja, 23 Jahre.

26 I: Und können Sie bitte die Verbindung Ihres Berufes mit den frühkindlichen Reflexen
27 genauer erläutern?

28 **B2:** Ja gerne. Also ich habe das Spezialgebiet Kinderorthopädie. Man fragt sich jetzt,
29 was hat Orthopädie mit frühkindlichen Reflexen zu tun? Ich hole jetzt einmal ganz kurz
30 aus. Grundsätzlich hat der Bereich der Neurologie sehr sehr viel mit diesen Reflexen
31 zu tun, denn wenn ein Kind mit einer Hirnschädigung auf die Welt kommt, dann ist es
32 meistens so, dass Reflexe fehlen oder Reflexe zu stark da sind und die werden dann
33 ganz gezielt behandelt. Da kommen verschiedene Therapiemethoden zum Einsatz in
34 der Physiotherapie. Ich beschäftige mich mit Kinderorthopädie und habe gemerkt,
35 dass auch in der – was Haltung und Haltungsverfäler oder Haltungsschwächen anbe-
36 langt, diese persistierenden Reflexe eine große Rolle spielen im Sinne der Tonusre-
37 gulation, im Sinne der Bewegungsansteuerung, im Sinne der Raumwahrnehmung und
38 auch der Sensibilität der Kinder. Ja, das ist nicht nur das ein Gelenk irgendwie nicht
39 so tut, wie es will – es wird ja alles vom zentralen Nervensystem gesteuert und da
40 habe ich eben gemerkt, aha, interessant, also die Haltung hat ganz ganz viel mit To-
41 nusregulation zu tun natürlich und wenn man dann so ein bisschen testet, ob da ir-
42 gendwo sich ein persistierender Reflex versteckt, da komme ich manchmal darauf,
43 dass es so ist und da wollte ich eben viel gezielter noch arbeiten und die Kinder in
44 diese Richtung unterstützen. Und deswegen habe ich dann die Rota-Therapie, zum
45 Beispiel, die große Ausbildung noch zusätzlich gemacht.

3:33

46 I: Ok. Wie viele Kinder sind von persistierenden frühkindlichen Reflexen betroffen und
47 gibt es eine Tendenz, ob mehr Mädchen oder mehr Buben betroffen sind?

48 **B2:** Es gibt sicher Studien im Bereich der Neurologie, wo diese persistierenden früh-
49 kindlichen Reflexe sehr oft auftreten, also gerade bei kindlicher Zerebralparese zum
50 Beispiel. Da gibt es Studien dazu, da habe ich keine Zahlen an der Hand, aber das
51 kann man leicht nachlesen. Das, wo es schwieriger wird, ist, wenn man in den Bereich
52 kommt, wo man sagt, irgendwie merkt man, dass da ein Reflex am Tun ist aber man
53 kann es nicht wirklich nachvollziehen. Also es gibt kein Geburtstrauma, es gibt eigent-
54 lich nicht die Ursache und trotzdem merkt man, es gibt Probleme in dieser

55 Spannungsregulation oder Tonusregulation. Und da gibt es eigentlich keine Studie
56 dazu, ja. Weil es haben viele Kinder, gerade wenn sie in die Schule kommen, merken
57 Lehrer ein kleines Aufmerksamkeitsproblem zum Beispiel oder dass sie nicht gut still
58 sitzen können oder sehr stark auf akustische und visuelle Reize reagieren und fragen
59 sich, wie kommt denn das? Und solche Kinder entwickeln oft auch Lernschwächen, ja.
60 Aber man kann es nicht eindeutig zurückführen auf die Ursache, dass da ein frühkind-
61 licher Reflex so eindeutig dabei ist. Also da gibt es eigentlich keine Studienlage. In
62 dem Bereich arbeitet man empirisch, würde ich einmal sagen. Das heißt, man schaut,
63 in der Diagnose bei uns als Physiotherapeuten machen wir spezielle Tests und wenn
64 dann herauskommt, aha, da ist einer der Reflexe anscheinend noch im Hintergrund
65 aktiv, dann behandeln wir und wenn die Behandlung quasi anschlägt, dann haben wir
66 sozusagen den empirischen Beweis, aha, ja, man könnte Recht gehabt haben, dass
67 sich hier ein Mororeflex versteckt oder dass sich hier ein asymmetrisch tonischer Na-
68 ckenreflex versteckt und so weiter. Aber Studien ist schwierig. Aber es gibt, wie gesagt,
69 für diesen ganz eindeutigen Bereich in der Neurologie gibt es viele Studien und da
70 wirst du wahrscheinlich auch Mädchen Burschen finden, vielleicht gibt es da auch Un-
71 terschiede. Ich bemerke jetzt keine, ja.

5:55

72 **I:** Ok. Und welche Ursachen gibt es, dass frühkindliche Reflexe nicht gehemmt wer-
73 den?

74 **B2:** Naja, da muss man jetzt wieder unterscheiden. Da muss man jetzt unterscheiden,
75 nicht. Es gibt eindeutige Ursachen, wie eben ein Geburtstrauma, ein Sauerstoffman-
76 gel, eine zugrunde liegende neurologische Erkrankung. Das kann der Grund sein, wa-
77 rum diese Reflexe nicht gehemmt werden, weil das zentrale Nervensystem sich nicht
78 richtig myelinisiert. Das heißt die Nervenverbindungen und Gehirnzentren arbeiten
79 nicht gut miteinander und dann kommt es eben zu so einem überschießenden Reflex
80 oder ein Reflex, der eben nicht vorhanden ist oder eben zu einem persistierenden Re-
81 flex, der eindeutig da ist. Also, die kann man ja auch austesten. Ich sage nur Plantar-
82 reflex, Saugreflex und so weiter. Und Kinder, gerade im Zerebralparese-Bereich, ha-
83 ben eindeutig einen Reflex, der noch da ist, ja, also, der persistiert und sie in ihrer

84 normalen Alltagsfunktionen und Bewegungen behindert. Und zwar so stark, dass sie
85 oft nicht selbstständig essen können oder eben auch an den Rollstuhl gebunden sind.
86 Und die Ursachen für den Rest, wo man sagt, eigentlich gibt es nicht das Trauma, es
87 gab bei der Geburt nichts, es gab keinen Unfall, kein Schädel-Hirn-Trauma, also da ist
88 eigentlich nichts da, da kann man nicht wirklich sagen, was die Ursache ist, ja. Ausge-
89 löst werden diese persistierenden Reflexe dann über Kopfhaltungen und da merkt man
90 – da kommen wir dann später noch dazu – dass in der Schule zum Beispiel über Kopf-
91 drehen plötzlich ein asymmetrisch tonischer Nackenreflex ausgelöst wird und das Kind
92 nicht gut schreiben kann und sich da nicht konzentrieren kann und so weiter. Aber da
93 gibt es nicht die Ursache dazu, ja.

7:50

94 I: Ok. Und welcher Reflex bleibt Ihrer Erfahrung nach am öftesten vorhanden?

95 B2: Naja, das was ich merke, der überall mitspielt in alle Sinnesbereiche ist der
96 Mororeflex, ja. Das ist der, der eigentlich alle Sinne beeinflusst, also sehen, hören,
97 riechen, schmecken, bewegen und Lagewahrnehmung auch, Gleichgewicht. Und der
98 mischt sich irgendwie überall ein. Also da könnte man sagen, das ist einer der stärks-
99 ten Reflexe, der ja auch beim Säugling einer der ganz wichtigen Reflexe ist, wenn es
100 ums Überleben geht, abgesehen vom Saugreflex natürlich, ja. Und es haben ja auch
101 viele Erwachsene Restreflexe vom Moro, ja. Das merkt man, wenn man erschrickt,
102 macht man, ja, und das ist eigentlich von der Bewegung her ein Mororeflex, ja.

8:55

103 I: Ok, dann kommen wir gleich konkret zu den Reflexen. Beibehaltene frühkindliche
104 Reflexe wirken sich auf das Lern- und Arbeitsverhalten der Kinder aus. Nachfolgend
105 würde ich gerne zu ausgewählten frühkindlichen Reflexen aus Ihrer Erfahrung wissen:
106 Wie äußert sich der persistierende frühkindliche Reflex im Schulalltag des betroffenen
107 Kindes? Verändern sich die Symptome bei Kindern in den ersten vier Jahren der
108 Schule? Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unterstützen?
109 Und der erste Reflex, von dem ich das gerne wissen würde, ist der Mororeflex.

110 **B2:** Ja, also, wie ich schon gesagt habe, der Mororeflex ist irgendwie überall dabei und
111 nochmal zur Erklärung, der Mororeflex spielt in alle Sinnessysteme mit. Also, da hast
112 du das Vestibularsystem, das taktil-propriozeptive System. Ich habe mir Notizen ge-
113 macht, ja. Das auditive System, das visuelle, das olfaktorische und das gustatorische
114 Sinnessystem. Also man sieht schon, alles, was den Menschen in seiner Sensorik
115 ausmacht ist auch Teil des Moros, ja. Und der Moro hat ja bei den Säuglingen das,
116 dass sie, wenn sie erschrecken, egal auf was für einen Reiz jetzt. Wir haben schon
117 gehört, alle fünf Sinne. Das heißt, das kann ein akustischer Reiz sein, das kann ein
118 plötzlicher Lichtreiz sein, das kann – Ärzte testen das oft, dass sie das Baby so versu-
119 chen, also sie lassen es nicht fallen, aber sie machen so diese Tendenz und dann
120 erschrickt das Kind auch. Da wären wir bei diesem vestibulären Bereich, ja. Arme ge-
121 hen auf, große Schreckreaktion, Mund geht auf. Das ist die erste Reaktion, das Ab-
122 spreizen. Und die zweite, die zweite Reaktion ist das Anklammern, sagt man eigent-
123 lich, ja. Das heißt, das ist ein Überlebensmodus, das, ich muss mich an der Mama
124 anhalten, ja. Also das ist sozusagen ein, wie der aussieht. Und wie er jetzt die Kinder
125 beeinflusst, ist, sie können, ich sage nicht so müssen, also außer er ist jetzt neurolo-
126 gisch wirklich da im Sinne einer Hirnschädigung. Aber man sieht zum Beispiel Prob-
127 leme im Gleichgewicht und in der Koordination, Ängstlichkeit, weil die Kinder oft sehr
128 übersensibel sind auf Reize. Das heißt, sie können nicht unterscheiden, zum Beispiel
129 akustisch, wenn man jetzt in die Pädagogik hineingeht – die Kinder machen einen
130 lustigen Buchstabentag und am Buchstabentag sitzen die Kinder nicht an ihrem Platz,
131 sondern sie bewegen sich durch den Raum und haben verschiedene Aufgaben und
132 wenn ein Kind jetzt mit einem, sagen wir mal, persistierenden Mororeflex da dabei ist,
133 dann kann es nicht unterscheiden, welcher akustische Reiz ist wichtig und welcher
134 nicht. Das heißt, es reagiert auf alles, was da einströmt. Auch visuell, ja und ist die
135 ganze Zeit abgelenkt und kann sich eigentlich auf seine Tätigkeit nicht konzentrieren
136 und diese Kinder ermüden dann sehr schnell, weil sie einfach so überreizt sind von
137 den Sinnen, die da einprasseln. Und im Kindesalter ist die sensorische Integration
138 noch nicht so geübt, ja, das heißt die Kinder haben noch nicht ihre Schubladen, so wie
139 Erwachsene, wo sie sagen, aha, das ist wichtig, das geben wir da hin, das ist nicht
140 wichtig, das sortieren wir aus, sondern sie nehmen alles einmal auf. Das heißt diese
141 Kinder werden bei solchen Aktivitäten, die gut gemeint sind, ja, werden die wahrschein-
142 lich relativ schnell aussteigen und aussteigen sieht man dann im Sinne entweder sie

143 werden unruhig und fangen an zu stören, ja. Also das ist dieses Stören, dass oft dann
144 auch in vielen Gruppen diese Kinder stören. Oder sie ziehen sich zurück, sie können
145 die Aufgabe nicht lösen, die gestellt wird, ja, weil sie eben sehr, sehr schnell überfor-
146 dert sind und ermüden, ja. Stimmungsschwankungen können sein, taktile Überemp-
147 findlichkeit, also ich habe zum Beispiel eine Freundin, die hat einen Sohn, der ist völlig
148 gesund, aber wir nehmen an, dass da ein Moro ein bisschen im Hintergrund ist, weil
149 der mag es gar nicht, wenn Kleidung kratzt. Also der muss überall Markerl heraus-
150 schneiden, die Unterhosen dürfen nicht zu sehr spannen, das muss alles locker sein,
151 ja, ganz bestimmte Stoffe nur, ja. Und wenn man das zum Beispiel nicht berücksichtigt,
152 ja, dann ist das Kind auch halt unruhig, ja oder will keine Haube aufsetzen, also, oder
153 Handschuhe anziehen oder solche Dinge, oder keine Schuhe anziehen, ja. Also das
154 merkt man zum Beispiel. Ja, auditiv, visuell haben wir schon gesagt. Im auditiven Be-
155 reich habe ich schon geklärt, im visuellen ist es genauso. Du hast die Tafel vorne, ja,
156 und die Kinder sollten sich eigentlich auf die Tafel und auf ihr Heft fokussieren und sie
157 sehen aber alles Mögliche, ja, den Nachbarn, der das macht und zwei Bänke vorne
158 noch da den und alles bunt und alles schön. Weil gerade in der Grundschule versucht
159 man Kinder ja über Farben auch im, im – zu orientieren und diesen Kindern kann das
160 aber zu viel sein. Also die wären glücklicher mit schwarz-weiß und nicht mit rot, lila,
161 blau, grün, gelb, alles, ja. Weil das ist ihnen dann auch zu viel und das herumzappeln
162 von Nachbarn ist ja zum Beispiel – mein Sohn zum Beispiel, ja der schreibt Schular-
163 beiten und der ist immer super abgelenkt, wenn irgendein Nachbar irgendwie herum-
164 zappelt und dann kann er sich halt auf seine Sachen nicht mehr konzentrieren, weil für
165 ihn ist alles, was er sieht, wichtig. Und ich würde nicht sagen, dass er ein typischer
166 Moro ist, ja, aber spielt ein bisschen mit. Daraus folgt, sie haben eine mangelnde Kon-
167 zentration und Ausdauer, Schulängste können daraus entstehen, dass sie nicht in die
168 Schule gehen wollen, denn diese Kinder sind intelligent, ja. Also ein persistierender
169 Reflex, der jetzt nicht im neurologischen Bereich da ist, ja, also keine richtige Diag-
170 nose, aber der so da ist, betrifft Kinder, die völlig normal und intelligent sind, ja. Und
171 diese Kinder entwickeln dann auch, oder kann sein, Schulängste, ja. Also dann dieses
172 Bauchweh oder Kopfweh oder oder so ja. Darauf kann man auch ein bisschen auf-
173 merksam sein. Ja, beim Moro auch diese Abneigung gegenüber Veränderungen, also
174 gerade, wenn ein Kind sich jetzt in einem Bereich schon gesettelt hat, wie ein kleiner
175 Fisch im Aquarium, ja, weiß ganz genau in der Früh passiert das, also auch die Abläufe

176 sind wichtig, ja. Also es kann sein, dass diese Kinder so ein bisschen ein zwanghaftes
177 Verhalten entwickeln, einfach, weil sie durch diese Abläufe, ja, Sicherheit bekommen,
178 weil sie wissen, was passieren wird. Und wenn dann zum Beispiel die Crunchies in der
179 Früh aus sind und dann stehen Cornflakes da, könnte dieses Kind schon damit über-
180 fordert sein und damit ist der Morgen kaputt, ja. Oder wenn eine andere Lehrerin in die
181 Klasse kommt, ja. Also die Kinder haben sich jetzt eingestellt schon auf die Bewegun-
182 gen, die die Lehrerin in der Klasse macht, auf ihre Stimme, auf ihren Unterrichtsstil,
183 und dann kommt plötzlich eine andere Lehrerin und dann sind sie verwirrt und müssen
184 sich wieder neu einstellen, ja und das kann eben dann auch zu Konzentrationsstörun-
185 gen führen und zu Verhaltensauffälligkeiten. Ja, natürlich ein mangelndes Selbstwert-
186 gefühl dann, weil die Kinder ja sehr genau merken, dass irgendetwas nicht passt und
187 dass sie anders sind als ihre Schulkollegen, ja. Also das ist so ein bisschen der Moro
188 und du siehst schon, man denkt immer, ja der Moro ist die Bewegung, ja. Der Moro ist
189 viel, viel mehr und deswegen bin ich der Meinung, dass er der Reflex ist, der sich
190 überall irgendwie einmischt, selbst bei uns Erwachsenen, ja. Also ich bin letztens im
191 Zug gefahren und hatte davor einen ganzen Tag Webinar, das ich unterrichtet habe
192 und alleine dieser Bahnhof war für mich schon, ja, wo ich sonst, wenn ich ausgeschla-
193 fen bin, gut gegessen habe, den Tag beginne, könnte ich durch den Bahnhof gehen,
194 das wäre mir alles egal. Aber dadurch, dass ich schon so angestrengt gearbeitet habe,
195 war mein Energielevel schon relativ weit unten und damit war ich mit diesen sensori-
196 schen Reizen visuell und auch auditiv, überlastet. Und ich habe mir dann im Zug ein-
197 fach Ohropax hineingegeben, weil ich mir gedacht habe, das kann ich ausschalten, die
198 auditiven, ja, und ich habe meine Augen zugemacht und mir gedacht, dann tue ich
199 auch meine visuellen Reize ein bisschen runter dämmen und damit war es dann gut.
200 Also man sieht, auch bei Erwachsenen spielt das eine Rolle, ja.

17:44

201 **I:** Und verändern sich die Symptome bei Kindern in den ersten vier Jahren der Schule
202 oder bleiben die gleich?

203 **B2:** Das kommt darauf an, wie stark das ausgeprägt ist. Und wie gesagt, nachdem
204 man keine ein-eindeutige Ursache kennt, ja, ist das oft so ein, ein Mischsymptom, wo

205 man nicht sagen kann, das genau ist es und das behandle ich. Man kann das behan-
206 deln und kann darauf hoffen, dass alle anderen Dinge, die betroffen sind, wie Koordi-
207 nation, haben wir schon gehört, wie die Schulangst und so, das sind ja sehr viele The-
208 men, ja. Man kann beobachten, ob sich das bessert, ja. Aber grundsätzlich ist es so,
209 habe ich schon beobachtet, je später man anfängt, da einzugreifen und das Kind zu
210 begleiten, desto schwieriger wird es, ja. Ja, die Schule ist der Zeitpunkt, wo solche
211 Auffälligkeiten aufpoppen, weil in der Schule ist fokussieren wichtig, in der Schule ist
212 körperliche Ruhe wichtig, also das Sitzen, ja, in der Schule ist Feinmotorik ganz wich-
213 tig, ja, in der Schule muss man schon diese sensorische Integration gelernt haben,
214 damit man auch sich dann eben fokussieren kann auf Aufgaben. Du musst eine Ko-
215 operationsbereitschaft entwickelt haben, also die Schulkinder steigen ja eigentlich
216 schon mit einem Grundpaket an Fertigkeiten ein, ja. Und wenn das aber in – davor
217 nicht erlernt werden konnte, nicht weil sie s im Kindergarten nicht als Angebot gehabt
218 hätten, weißt du, sondern weil sie es einfach nicht integrieren konnten in ihr System ja
219 – im Kindergarten fällt das manchmal nicht so auf, weil da kann ein Kind aus der
220 Gruppe hinaus gehen und sich seinen Ruheraum suchen in der Lesecke oder in der
221 Puppenecke oder sonst was, ja. In der Schule geht das nicht mehr und deswegen
222 poppen diese Dinge in der Schule auf. Und es gibt auch keine Studien dazu, wie
223 schnell Kinder mit einer bestimmten Therapie sozusagen in eine Besserung kommen.
224 Das kann man auch wieder nur empirisch feststellen. Ich habe gemerkt, ich hatte ein
225 Kind zum Beispiel mit einem persistierenden Reflex, die aber gar nicht deswegen zu
226 mir gekommen ist, sondern die Mama ist deswegen zu mir gekommen, weil das Kind
227 bei der Schuleinstiegsüberprüfung motorisch auffällig war. Also auf einem Bein stehen
228 war ein Problem, ja, dann hat die Mama gesagt, sie zappelt immer so herum, ja, man
229 kann mit ihr nirgendwo hingehen, in kein Restaurant, weil die muss immer aufstehen
230 und herumlaufen, ja, und deswegen kam sie zu mir. Und sie hat auch Kopfweg gehabt,
231 ja. Und das war interessant, weil bei der zum Beispiel habe ich eine Behandlung ge-
232 macht und habe der Mutter zwei Übungen mitgegeben aus der Rota-Therapie, die die
233 Mutter wirklich konsequent jeden Tag gemacht hat und binnen einer Woche war das
234 Kopfweg einmal weg. Ja. Bei anderen Kindern arbeitet man länger. Aber da gibt es
235 auch keine Studien dazu. Da kann ich nur sagen, ich habe Kinder, wo eine Behandlung
236 super anschlägt und natürlich dann das Üben zu Hause, was ganz, ganz wichtig ist,
237 ja. Und bei anderen Kindern arbeitet man wirklich lange und ist dann auch wichtig,

238 dass eine Lernbegleitung noch dazu kommt, ja. Also viele Pädagogen haben ja Zu-
239 satzausbildungen, Legasthenie zum Beispiel, ja, und man sagt ja auch bei Legasthe-
240 nie, spielen diese Reflexe ja auch mit, ja. Also die Kinder haben dann manchmal zu-
241 sätzlich auch Ergotherapie oder eine Legasthenie-Lernbetreuung oder vielleicht sogar
242 Logopädie, ja. Also je besser man das Kind da dann einpackt, desto mehr sage ich
243 mal, besteht die Chance, ja, dass es sich rasch bessert. Im Wachstum wissen wir, die
244 Myelinisierung der Nervenbahnen wird nicht mehr, das ist im ersten Lebensjahr eigent-
245 lich das Maximum, ja, und die Verbindung von neuronalen Ebenen funktioniert, wenn
246 man älter wird, immer langsamer. Das heißt eigentlich, wäre es ideal, wenn man diese
247 Kinder schon sehr, sehr früh und zwar im Säuglingsalter schon herausfiltern könnte,
248 und sie behandelt könnte. Das könnte verhindern, dass sie später in der Schule Prob-
249 leme bekommen. Aber Kinderärzte sind oft nicht sensibilisiert auf das Thema und sa-
250 gen dann, ja, es passt eh alles, keine Auffälligkeit im Sinne, keine neurologische Auf-
251 fälligkeit, ja. Und Eltern sind einfach noch nicht geschult genug, um dann zu sagen,
252 ich möchte trotzdem, weil das fällt mir auf. Also da ist keiner Schuld, sagen wir es mal
253 so. Der Grund ist, dass es so eine Grauzone ist, diese persistierenden Reflexe. Und
254 dass man eben nicht ein-eindeutig sagen kann, ja, der Reflex. Außer natürlich im ein-
255 deutigen neurologischen Bereich, da schon. Da fällt das auch jedem auf und zwar sehr
256 früh, weil das haben dann schon Säuglinge, haben dann diese Probleme, ja. Also ein-
257 deutig, wenn ein Reflex nur auf einer Seite vorhanden ist oder gar nicht oder abge-
258 schwächt oder überschießend oder zu lange da ist, ja. Also wenn man den zu lange
259 auslösen kann, ist es eine eindeutige Diagnose und dann kann man auch eindeutig
260 behandeln, ja, im neurologischen Bereich, ja. Da muss man auch immer schauen, wie
261 entwickelt sich ein Kind? Weil ein Kind ist wie ein Blumenstrauß ein bunter, ja. Also
262 das sind nicht nur rote Tulpen, sondern das sind rote, pinke, weiße, alle möglichen
263 Farben, ja, und man arbeitet an der roten Tulpe und kann dann die weißen und blauen
264 und ich weiß nicht was alle auch erreichen. Kann man, ja. Wenn man hofft, dass die
265 Plastizität des Gehirns es schafft, neue Verbindungen und gesündere Verbindungen
266 zu machen. Aber es ist immer so ein Reinrufen in einen Wald, ja. Und da muss man
267 schauen, was kommt zurück.

23:42

268 I: Und beim Mororeflex, wie können Lehrpersonen die Kinder in der Schule unterstüt-
269 zen? Gibt es da Möglichkeiten?

270 B2: Ja, also das habe ich schon gesagt. Man kann, also wenn, wenn man zum Beispiel
271 jetzt, wenn das Kind in einer Therapie ist, in einer Physiotherapie, wäre mein erster
272 Tipp, falls die Pädagogin Zeit findet, sich mit der Therapeutin in Kontakt zu setzen, ja,
273 damit sie einmal überhaupt weiß, was ist da los, ja. Also, egal, ob es jetzt eine Ergo-
274 therapeutin ist oder eine Physiotherapeutin. Die Eltern sind da auch sehr gute An-
275 sprechpartner, weil wenn eine Therapie gemacht wird, wissen das die Eltern. Und dann
276 kann sie sich von dort natürlich Tipps holen, weil jedes Kind wie gesagt ist anders und
277 jedes Kind braucht etwas anderes. Weil wenn ich ein Kinder, ein Kind habe mit einem
278 überempfindlichen auditiven System und ich tu es aber visuell quasi beschützen, bringt
279 das nichts. Ich, weil ich den falschen Sinn anspreche. Also ich muss wirklich genau
280 wissen, in welches, in welche Richtung geht es, ja. Eine Idee wäre zum Beispiel das
281 Kind in der Klasse so hinzusetzen, dass es möglichst wenig Reize von vorne hat, also
282 das Kind in die erste Reihe zu setzen zum Beispiel, ja oder wenn man sagt, man ändert
283 die Sitz, ja die Sitzordnung, was ja gerade in der Grundschule auch wichtig ist, ja, dass
284 die Kinder immer wieder woanders sitzen, dass man vielleicht bei dem Kind schaut,
285 mit wem verträgt das Kind sich wirklich gut, also wo ist da schon einmal eine Harmonie,
286 wo ist das Kind hier entspannt und darauf Rücksicht nimmt. Ja, vielleicht den Kindern
287 auch vielleicht ein bisschen mehr Zeit lassen mit dem Wissen, das braucht einfach
288 jetzt mehr Zeit, um sich an eine neue Situation zu gewöhnen, ja. Also gibt sehr viele
289 Möglichkeiten. Schwierig ist es natürlich, wenn man sagt, man will die auditiven Reize
290 irgendwie ausschalten, kann man in einer Klasse kaum, weil man kann dem Kind ja
291 keine Kopfhörer aufsetzen, ja. Also das funktioniert schlecht. Oder eine, eine, eine,
292 was über die Augen geben, ja, das funktioniert wahrscheinlich schlecht. Man kann
293 nicht die ganze Klasse nur an dieses Kind anpassen, ja, das wird auch nicht funktio-
294 nieren. Aber so Kleinigkeiten wie zum Beispiel Sitzordnung, ja, oder dass man schaut,
295 dass Abläufe ganz klar sind, ja, machen ja viele Pädagogen, wenn du in die Klasse
296 kommst, wird zuerst die Schultasche ausgeräumt, die Aufgaben werden abgegeben,
297 ja, das sind Abläufe – also diese Abläufe auch sichtbar machen im Sinne eines Boards,
298 ja, wo die Kinder genau sehen, ja, jetzt ist das dran, jetzt ist das dran, jetzt ist das dran,

299 ja. Damit sie, eben, diese Veränderungen, damit das nicht so plötzlich kommt, ja. Also
300 das wären ein paar Ideen zum Beispiel, in die Richtung zu arbeiten. Oder Pausen
301 machen, kleine Bewegungspausen machen oder die Kinder – also mein, die Lehrerin
302 zum Beispiel – ich habe ja drei Kinder – und mein jüngster geht jetzt in die erste Volks-
303 schule und die hat hinten so eine Lesecke, so eine Couch, ja, die Kindern auch die
304 Möglichkeit geben, dass sie da ausweichen dürfen und sich da eine Pause gönnen
305 dürfen, ja, und die Couch hat sie sehr gut hingestellt. Nämlich so, dass die Couch nicht
306 zur Klasse schaut, sondern die schaut aus dem Fenster hinaus. Das ist auch wichtig,
307 weil wenn Kinder so überreizt sind, brauchen die nicht noch mehr Input, sondern die
308 wollen einfach mal zur Ruhe kommen und wenn man ihnen quasi einen ruhigen Aus-
309 blick gibt, wo die Augen sich einmal entspannen können, auch eine Möglichkeit, ja, in
310 die Richtung ein bisschen zu arbeiten, ja.

27:17

311 I: Ok. Dann der nächste Reflex wäre der asymmetrisch tonische Nackenreflex. Wie
312 wirkt sich der im Schulalltag aus und wie können Lehrpersonen helfen?

313 B2: Ja, also der asymmetrisch tonische Nackenreflex ist ähnlich, also nicht ähnlich,
314 aber er beeinflusst auch viele Sinnessysteme, nicht so viele wie der Moro, aber doch.
315 Nämlich auch das vestibular- als Gleichgewichtssystem, das propriozeptive System,
316 das auditive und visuelle System. Das ist einmal der ATNR. Und ein ganz klassisches
317 Beispiel vom ATNR ist zum Beispiel, wenn die Sitzordnung so ist, dass die Bänke im
318 rechten Winkel zum, zur Tafel stehen. Das heißt, das Kind schreibt von links nach
319 rechts beim Rechtshänder und muss den Kopf immer zum Beispiel nach rechts dre-
320 hen, um zur Tafel zu schauen, ja. Und über dieses Kopfdrehen wird ja dieser asym-
321 metrisch tonische Nackenreflex ausgelöst, ja. Und was hat er für eine, für eine, für eine
322 Reaktion? Das heißt, dort wo der Kopf hindreht, streckt sich der Körper. Das heißt, der
323 Arm geht weg vom Körper, ja, und damit wird es schwierig, ja. Weil das Kind soll ja
324 schreiben. Das heißt, der Arm gehört ja eigentlich in die Mitte und nicht auf die Seite
325 hinaus, ja. Also das ist ein Auslöser, das, da kann man als Pädagoge sehr schön da-
326 rauf Rücksicht nehmen, indem man diese Kinder nicht seitlich zur Tafel setzt, sondern
327 mit dem Blick frontal nach vorne, ja. Weil dann müssen sie nur den Kopf heben, um

328 zur Tafel zu schauen und wieder hinunter schauen und schreiben und mit dieser Be-
329 wegung wird der asymmetrisch tonische Reflex nicht ausgelöst, der wird nur über das
330 seitliche Drehen ausgelöst, ja.

28:59

331 **I:** Und verändern sich? Oh, entschuldigung.

332 **B2:** Ja?

333 **I:** Verändern sich die Symptome in den ersten vier Schuljahren oder bleiben die gleich?

334 **B2:** Das ist genau so, wie mit dem Moro. Das ist genau so, wie beim Mororeflex. Al-
335 lerdings ist es schon so, dass je öfter du diese Bewegung machst, desto mehr schleicht
336 sich dieses Bewegungsmuster auch ein und wird im Gehirn gespeichert und gefestigt.
337 Also du löst immer wieder aus, ja. Und durch das Wiederholen tust du natürlich der
338 Spannungssituation oder Tonusregulation nichts Gutes. Also da würde ich einmal sa-
339 gen, man kann es auch verstärken. Und dann wird es nicht besser werden, ja. Also,
340 durch das dauernde Machen wird es nicht besser, ja, sondern schlechter, das gilt für
341 alle Reflexe. Ja, das kann sein, dass das Blatt zum Beispiel beim Malen oder beim
342 Schreiben gedreht wird und dass die Kinder dann so schief sitzen als Ganzer sich total
343 verdrehen, damit sie diesen Reflex nicht auslösen müssen, ja, also damit der Kopf in
344 der Mitte bleibt, gleichen sie das aus. Daraus können wieder Haltungsprobleme ent-
345 stehen, also gerade bei so einseitigen Reflexen, die man auch einseitig benutzt, weil
346 die Tafel ja nur rechts steht, zum Beispiel, ja. Also Kopf links drehen wird gar nicht
347 gebraucht, rechts wird es immer gebraucht. Kann sein, dass eine Sehstörung entwi-
348 ckelt wird, dass ein Aug zum Beispiel stärker ist als der andere, es kann eine Haltungs-
349 störungen entstehen, im Sinne der Skoliose, eines seitlichen Verziegens, ja. Die Kin-
350 der können Verspannungen bekommen. Also alles das spielt eine Rolle, ja. Zum Bei-
351 spiel, also, was auch für Pädagogen interessant ist, ist Uhrzeit lernen, ja. Das kann
352 erschwert sein, weil der asymmetrisch tonische Nackenreflex ist einseitig, ja. Und
353 wenn du jetzt ein Kind hast, wo du sagst, auf die linke Seite wird er nicht ausgelöst,
354 aber rechts, dann haben die Kinder eine sehr starke Wahrnehmung auf eine Seite und
355 auf die andere Seite ist sie geschwächte. Also alles, was so umfassendes Begreifen
356 ist und ein Blatt als Ganzes erfassen, ist schwierig. Und die Uhr ist ja rund, ja, und da

357 musst du ja beide Seiten mit einbeziehen. Das kann dann für diese Kinder ein Problem
358 werden. Oder manchmal merkt man es auch, wie sie malen, ja, dass alles auf einer
359 Seite pickt und die andere Seite ist überhaupt nicht beschrieben oder bemalt, ja. Oder
360 sie schreiben dann, wenn das Blatt quasi in der Mitte liegt, tun sie sich so verziehen,
361 damit sie darüber kommen und wenn sie in der Mitte bleiben sollen, schreiben sie so,
362 so schräg, also sie fangen an zwar links oben und mit der Zeit geht der Schriftbeginn
363 immer mehr in die Blattmitte hinein, ja, das sieht man beim Schriftbild zum Beispiel, ja.
364 Rechts-links-Unterscheidung kann für diese Kinder ein Thema sein, also da sind wir in
365 der Legasthenie eigentlich schon, wenn wir es jetzt ganz groß macht das Thema, ja.
366 Also Kinder mit Legasthenie haben womöglich auch, aber nicht erforscht ja, auch einen
367 schlummernden persistierenden ATNR.

368 **I:** Ok, der nächste

369 **B2:** Also Lese-Rechtschreibschwäche und da sind wir halt voll im schulischen Bereich,
370 ja.

32:25

371 **I:** Der nächste wäre der symmetrisch tonische Nackenreflex

372 **B2:** Ja, der symmetrisch tonische Nackenreflex ist wieder etwas anders. Der ist sehr,
373 der ist symmetrisch. Das heißt, der betrifft den ganzen Körper. Der asymmetrisch to-
374 nische wird ja nur auf einer Seite ausgelöst, je nachdem wohin der Kopf gedreht wird.
375 Und der betrifft auch diese vier Systeme: vestibuläres System, propriozeptives Sys-
376 tem, auditives und visuelles System. Und in all diesen Systemen können eben Prob-
377 leme auch auftreten, ja. Also, beim symmetrisch tonischen Nackenreflex können mo-
378 torische Auffälligkeiten, motorische Unruhe, ja, dass die, dass die die Kinder das Krab-
379 beln zum Beispiel auslassen, ja, das kann auch passieren. Sehr verspannte Muskeln,
380 ja, also eine sehr starre Körperhaltung. Das sind Kinder, die keinen Purzelbaum ma-
381 chen können, beziehungsweise, wenn sie es versuchen, dann machen sie mehr so
382 einen Handstand-Überschlag, ja, weil dieses einrollen einfach nicht gut funktioniert.
383 Schwimmen lernen, ja, ein Problem. Die Kinder gehen auf Zehenspitzen, ja, also all
384 das kann man auch – und da siehst du, das geht sehr stark in diese motorische, in die
385 motorische Richtung. Der ATNR und auch der Moro, die sind sehr, sehr viel in diesen

386 sensorischen System auch drinnen und der symmetrisch tonische Nackenreflex ist in
387 der Motorik, also da merkt man eine Auffälligkeit und das sind Kinder, die oft auch zu
388 mir kommen, ja.

389 **I:** Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unterstützen?

390 **B2:** Ja, also das ist wieder das Thema Sitzhaltung, ja. Die Kinder sind oft unruhig,
391 können nicht so lange sitzen, das heißt, da wäre die Möglichkeit, dass man als Päd-
392 agoge – und das machen, wie gesagt, eh schon viele – dass sie am Anfang der Stunde
393 einen Sitzkreis machen, wo die Kinder einmal am Boden sitzen können. Oder sie dür-
394 fen sich auf den Bauch legen, ja, habe ich auch schon gesehen. Also die Kinder müs-
395 sen nicht sitzen, weil das eben für Kinder mit so einem persistierenden Reflex ist das
396 anstrengend und schwierig und dann fangen sie zum Zappeln an. Dass man eben
397 sagt, ihr dürft euch auch auf den Bauch legen, ihr könnt euch auch, wenn ich eine
398 Geschichte vorlese, auch auf den Rücken legen, ja. Ganz gescheit sind Sitzpölster auf
399 dem Sessel, weil die Sessel sind sehr hart und alleine durch diese Härte wird man
400 schon ein bisschen zappeliger, ja, und die Pölster die machen da schon relativ viel gut.
401 Dass die Kinder eben auch ihre Sitzhaltung am Sessel variieren dürfen, das heißt ein
402 Bein unterschlagen zum Beispiel, ja, oder überhaupt auch im Fersensitz so am Sessel
403 sitzen wäre auch eine Möglichkeit, ja. Und natürlich diese, die Kopfbewegungen hinauf
404 und hinunter im Sinne von, vielleicht schauen, dass die Tafel nicht ganz so weit nach
405 oben gestellt ist, ja, weil die Kinder sitzen ja relativ tief, gerade in der Grundschule und
406 müssen dann den Kopf sehr weit nach oben heben, um zu lesen und dieses nach oben
407 strecken des Kopfes löst wieder den Reflex aus, ja. Um das zu behindern, könnte man
408 schauen, dass man mehr in ihrem Blickfeld ist, wo vielleicht nur die Augen sich auf-
409 und abbewegen müssen, aber nicht der ganze Kopf, ja. Eine Möglichkeit, natürlich
410 kann man dann, wenn man, wenn man jetzt ganz genau ist, wenn man den Kindern
411 anziehen hilft, ja, darauf achten, dass man die Haube nicht von vorne nach hinten
412 anzieht, ja, weil das löst wieder auch den Reflex aus, sondern die Haube von hinten
413 nach vorne, weil dann geht das Kind eher in das, in das, den Kopf nach unten, damit
414 hemmt es den Reflex, also der Kopf. Das wäre auch eine Möglichkeit.

36:23

415 **I:** Ok. Unser nächster Reflex wäre der Saug- und Suchreflex. Wie äußert sich der im
416 Schulalltag und wie können Lehrpersonen helfen?

417 **B2:** Ah, du musst noch einmal wiederholen, ich habe gerade auf bestätigen gedrückt.
418 Sag die Frage noch einmal, damit sie ja drauf ist.

419 **I:** Der nächste Reflex wäre der Saug- und Suchreflex. Wie äußert sich der im Schulall-
420 tag des betroffenen Kindes und wie können Lehrpersonen helfen?

421 **B2:** Also ich habe mit dem Saug- und Suchreflex in meiner Praxis weniger zu tun, es
422 kann allerdings sein, dass es, wie gesagt, so ein Graubild ist, wo ein paar Reflexe
423 mitspielen und beim Saug- und Suchreflex, das sind Kinder, die zum Beispiel gerne
424 Nägel beißen, ja, also die immer gerne irgendwas im Mund haben, ja, die da sehr
425 unruhig sind, Kaugummi kauen ganz viel und auch Sprachprobleme haben. Also das
426 geht eher dann in Richtung Logopädie. Das sind Kinder die Sprach – vielleicht Sprach-
427 fehler haben oder eine Sprachauffälligkeit haben und das ist etwas, was oft schon im
428 Kindergartenalter auffällt, ja. Und die Kinder, das ist sehr ein-eindeutig, wenn ein
429 Sprachfehler ist, wird auch sofort bemerkt, also ein Lispeln zum Beispiel, ja, oder das
430 Verschlucken von irgendwelchen Konsonanten und die werden relativ gut gefördert
431 mit Logopädie und das sollte sich dann eigentlich Richtung Schulalter auch wieder
432 gegeben haben, ja. Weil es gibt, es gibt kaum Kinder, die mit einer Sprachstörung oder
433 einem Sprachfehler in die Schule kommen, ja. Also das ist meistens mit dem Grund-
434 schulalter dann erledigt. Außer es wird eben zu spät erkannt oder man lässt sich zu
435 viel Zeit, dann muss man es im Schulalter auf jeden Fall berücksichtigen und da kön-
436 nen die Pädagogen relativ wenig tun. Also, wenn es sich wirklich um einen Sprachfeh-
437 ler handelt, kann man es im Schulalltag, das ist, glaube ich sehr schwierig, ja. Wenn
438 ein Kind mit einem S ein Problem hat, ja, das S, dann kann man als Pädagoge da nicht
439 groß drauf eingehen, weil einfach die Zeit fehlt, ja. Aber auch hier wieder mein Tipp:
440 Wenn es in Richtung Sprachstörung oder Sprachfehler geht, Kontakt zur Logopädin,
441 vielleicht gibt es irgendwie ganz einfache Spiele, die man mit der ganzen Klasse spie-
442 len kann, ja. Die Logopäden haben ja auch eine Schatzkiste voller kindgerechter
443 Mundmuskulatur, Gesichtsmuskulatur, Zunge, ich weiß nicht, was die da alles ma-
444 chen, das ist wirklich interessant, weil es sich eben in so einer Dysfunktion im oralen

445 Bereich auch ausbilden kann. Also das sind auch Kinder, die auch immer mit offenem
446 Mund vielleicht auch kauen, ja, oder sich gerne verschlucken oder manche Sachen
447 gar nicht essen wollen, weil sie hier einfach sehr sensibel oder überreizt sind, ja. Oder
448 eben die Fingernägel-Beißer, das bringt in dem Fall dann nichts dem Kind zu sagen,
449 hör auf Nägel zu beißen, ja. Weil ein persistierender Reflex kann willentlich kurz unter-
450 brochen werden, aber dann schlägt er wieder voll durch, ja. Das ist das Problem an
451 diesen Reflexen, ja. Also ein Kind kann sich konzentrieren einige Zeit und sobald aber
452 jetzt zum Beispiel wieder der Blick zur Tafel geht und was abgeschrieben werden soll,
453 dann schreibt es mit der rechten Hand und die linke ist schon wieder im Mund, ja.
454 Wenn man jetzt als Pädagoge weiß, aha, das dürfte ein Thema sein, weil da habe ich
455 mit den Eltern gesprochen, da habe ich mit der Logopädin vielleicht gesprochen, dann
456 kann man so darauf Rücksicht nehmen, dass man einfach sagt, ja ich tu das Kind nicht
457 dauernd ermahnen, weil es bringt nichts, ja. Ich muss eigentlich muss ich damit leben.
458 Es ist wie es ist, ja. Und das permanente Ermahnen oder dann vielleicht sogar regle-
459 mentieren das Kind, das ist dann der Schuss, der nach hinten los geht, weil das Kind
460 kann es einfach nicht ändern, ja, auch wenn es sich bemüht. Also sobald die Lehrerin
461 sagt, Finger aus dem Mund, gibt sie es aus dem Mund und dann ist wieder Schulalltag
462 und dann zack ist es wieder drinnen, ja. Und wenn man zu viel ermahnt, dann frustriert
463 man die Kinder halt, ja und dann wollen sie vielleicht deshalb nicht mehr in die Schule
464 gehen.

41:00

465 **I:** Ja, ok. Der nächste wäre der Palmarreflex.

466 **B2:** Ja der Palmarreflex ist auch wieder etwas, das sehr stark in das Schreiben hinein-
467 wirkt, also du hast im Kindergartenalter dürfen die Kinder ja noch so Grobmotorisch
468 unterwegs sein, also mit Fingerfarben malen und so weiter und dann in Richtung
469 Schule wird es immer feiner und der Palmarreflex ist ja, sobald hier Kontakt hinein-
470 kommt, schließt sich die Hand, ja. Und das kann natürlich ein Thema werden, wenn
471 du jetzt in die Graphomotorik gehst, also im Sinne des Schriftbilds zum Beispiel, dass
472 die Kinder sehr, sehr viel Kraft einsetzen, ja, und das sind so Kinder, wo dann der
473 Bleistift noch auf Seite vier zu sehen ist, ja, obwohl nur auf Seite eins geschrieben

474 werden sollte, siehst du noch auf Seite vier den Abdruck. Oder die so ganz stark ra-
475 dieren, ja, und dann ist die Seite ja auch schon zerrissen, ja. Also das sind so Über-
476 bleibsel vom Palmarreflex. Was kann es noch sein? Eben manuelle Geschicklichkeit
477 fällt eben oft schon sehr früh auf, auch im Kindergarten, wenn es ans Basteln geht zum
478 Beispiel. Kinder tun sich wahnsinnig schwer mit Schere, ja, also dieses das da, ja. Weil
479 was hast du da? Immer aufmachen, schließen, aufmachen, schließen und du hast
480 permanent was in der Hand drin als Kontakt und wenn du jetzt einen persistierenden
481 Palmarreflex hast, ist es das. Aus. Es ist nicht das. Es ist nur das Zumachen. Und beim
482 Schere schneiden musst du ja auf- und zumachen, also da kann es sein, dass die
483 Kinder, wenn du sagst, wir schneiden etwas aus und der Pädagoge oder die Pädago-
484 gin denkt sich, sie macht den Kindern damit eine Freude – die Kinder haben keine
485 Freude damit. Ja. Überempfindlichkeit an der Handinnenfläche, also wenn man jetzt
486 sagt, naja, da mache ich eine Igelballmassage über die Handfläche oder was, ja, das
487 geht gar nicht, ja, das mögen sie überhaupt nicht. Das sind eben dann so gut gemeinte
488 Ansätze, die voll nach hinten losgehen, ja, da muss man aufpassen. Manchmal ist der
489 Palmarreflex auch kombiniert mit Sprachproblemen, also das ist auch auffällig, ja. Was
490 kann man jetzt als Pädagoge machen? Wie gesagt, sich informieren wieder und wenn
491 ich merke, dass dieses Kind so grobmotorisch noch unterwegs ist und so diesen, die-
492 sen Sprung in diese feine Motorik nicht schafft, dann kann ich mir meinen Teil dazu
493 denken und vielleicht dem Kind, wenn es darum geht, mit Füllfeder zu schreiben zu
494 lernen, ja, dem Kind vielleicht trotzdem noch die Chance gebe, mit einem anderen Stift
495 zu schreiben, der für das Kind besser funktioniert, ja. Weil gerade mit Füllfeder braucht
496 man eine sehr, sehr gute, feine Bewegungsansteuerung und wenn das nicht klappt,
497 dann hat man wahrscheinlich nur noch zerfetztes Papier, weil die Füllfeder da durch-
498 schneidet, ja. Und die Kinder sind super frustriert. Also vielleicht einen dickeren Stift,
499 der irgendwie nicht so viel Kraft erfordert zu halten, ja, also auch diese dünnen Blei-
500 stifte, das ist total schwierig, ja. Also vielleicht Griff-Verdickungen verwenden oder eine
501 Schere, die man nicht in die Hand hineinnimmt, sondern es gibt ja welche, die so
502 schneiden. Kennst du die?

503 I: Nein.

504 **B2:** Die gehen automatisch auf und zu. Da muss man nicht so machen, ja, sondern da
505 drückt man nur nieder und die gehen, die haben so eine Feder drinnen, die wieder
506 aufmacht.

507 **I:** Ahh ok.

508 **B2:** Ja. Also, mit dem könnte man ein Kind zum Beispiel in die Richtung unterstützen.
509 Da kann es auch schneiden und muss nicht quasi aussetzen und ist immer das pat-
510 scherte Kind, das nichts zusammenbringt in der Klasse, ja, das, ja, sondern es kann
511 super schneiden, macht es halt mit der anderen Schere. Das wäre im pädagogischen
512 Alltag eine Fördermöglichkeit.

44:50

513 **I:** Ok, dann der Plantarreflex.

514 **B2:** Ja, der Plantarreflex ist ja, da bemerkt man, also da ist in drei Bereichen: vestibular,
515 propriozeptiv und taktiler System. Und beim Plantarreflex hat man die Überemp-
516 findlichkeit auf der Fußsohle und das ist ganz klar, nicht, also wenn du den Fuß hast,
517 ist der Plantar nichts anderes wie der Palmarreflex, wird ausgelöst durch Kontakt und
518 dann schließen sich die Zehen, ja, so. Das heißt, das sind Kinder, die nicht gerne
519 Socken tragen, nicht gerne Schuhe tragen, weil sie einfach sehr überempfindlich sind
520 im Bereich der Fußsohlen. Du kannst auch Auffälligkeiten haben, dass die Kinder zum
521 Beispiel auf Zehenspitzen laufen, ja, einfach um diesen Kontakt an dieser Innenseite
522 zu reduzieren, ja, um das zu umgehen, was ja an sich intelligent ist, also sie versuchen,
523 das zu verhindern. Es kann sein, dass die Kinder später zum Gehen oder Stehen kom-
524 men in der motorischen Entwicklung. Bis 18 Monate sagt man ja, sollte der Gehbeginn
525 sein. Dass die Kinder einfach sehr lange Krabbeln. Was ist beim Krabbeln? Da sind
526 die Fußsohlen in der Luft und kann kein Kontakt, ja. Das heißt die Kinder krabbeln sehr
527 ausdauernd, weil sie irgendwie im Hintergrund vielleicht schon wissen, könnte ein
528 Problem werden, ja, also das könnten auch Spätgeher sein, wo du dir denkst, was ist
529 da los, ja, das Kind ist völlig normal entwickelt, aber es kommt irgendwie nicht zum
530 Gehen, es kommt nicht zum Gehen, ja. Kann eine Ursache sein. Das sind Kinder, die
531 Wahrscheinlich mit Laufspielen nicht sehr viel Freude haben in der Schule, ja und die
532 sich vielleicht immer wieder gerne hinsetzen. Das sind Kinder, die sitzen gerne im

533 Zwischenfersensitz. Warum? Weil da auch die Fußsohlen in der Luft sind, ja, also kei-
534 nen Kontakt mit dem Körper. Schneidersitz könnte ein Problem werden, weil im
535 Schneidersitz hast du ja wieder Körperkontakt. Oder Fersensitz mögen sie auch gar
536 nicht, weil da sitzen sie auf ihren, auf der Fußsohle darauf und damit wird ja eigentlich
537 dieser Reflex auch ausgelöst. Sind Kinder, die ich in meiner Therapie habe mit Fuß-
538 entwicklungsstörungen, also alles was, was die Orthopädie zu bieten hat, ja, kann hier
539 eine Rolle spielen. Was habe ich noch aufgeschrieben? Ja, Gleichgewichtsprobleme,
540 ja. Wenn ein Kind nicht sicher auf beiden Beinen stehen kann, weil die Zehen vielleicht
541 immer so zusammenrollen, ja, dann wird es mit dem Gleichgewicht ein Thema haben.
542 Also im Turnen zum Beispiel, wenn du Pädagogin bist, merkst du im Turnen das Kind
543 ist einfach so ungeschickt, ja. Das stolpert viel, läuft auf den Zehenspitzen, hat keinen
544 Spaß am Fangenspielen oder solche Dinge, ja, mag es irgendwie nicht. Wenn man
545 das weiß im Hintergrund, aha, da könnte eine Überempfindlichkeit da sein, weil beim
546 Umziehen in der Garderobe ist das Socken anziehen auch immer ein Thema, ja, das
547 Kind will vielleicht keine Hausschuhe anziehen oder wenn, dann nur ganz weiche, auf
548 keinen Fall irgendwelche geschlossenen harten Hausschuhe, nein und am liebsten
549 rennt es in Socken durch die Klasse, ja. Da kann man sich schon ein bisschen seinen
550 Teil denken und wenn das Kind dann eben im Unterricht oder im, im Turnunterricht in
551 die Richtung so vermeidet, könnte man im Hintergrund haben, aha, vielleicht hat das
552 eben auch damit zu tun. Direktes Fördern ist glaube ich beim Palm, äh Plantarreflex
553 sehr schwierig, ja, weil im Turnunterricht, ja, wird halt bewegt, aber, was ich immer
554 sage: Das beste was ein Pädagoge machen kann oder eine Pädagogin ist das Kind
555 bestärken, ja. Weil ein Kind versucht immer, seine 100 Prozent zu geben, ja. Und auch
556 Kinder, die egal in welche, in welche Richtung gehend, sei es eine kleine Autismus-
557 Spektrum-Störung, sei es jetzt eine Lernschwierigkeit, eine kleine Über, Überempfind-
558 lichkeit und so, die probieren trotzdem 100 Prozent zu geben, ja. Das heißt, sie für das
559 zu tadeln, was sie nicht können ist keine gute Idee. Ich würde sie eher dort abholen,
560 wo sie sind, im Sinne von, sie haben ein Potenzial, sie können etwas sehr sehr gut
561 und das bestärke ich und lobe sie proaktiv, ja. Wenn das Kind geschafft hat im Se, im
562 Sitzkreis ruhig zu sitzen und das ist vielleicht sogar auf den Fersen gesessen, dann
563 lobe ich das Kind, ja, und sage, du bist heute toll gesessen. War es, war es für dich
564 gut? Ja? Wie hat es für dich geklappt? Zum Beispiel oder ich habe gesehen du hast
565 dich bemüht, ja. Also Positives bestärken.

49:38

566 **I:** Ok. Und dann sind wir schon beim letzten Reflex angelangt: der spinale Galantreflex.

567 **B2:** Ja, der ist ein bisschen, schwierig, ja, also in der Schule, beim spinalen Galantreflex. Ich habe selber einen, einen Sohn, der, wo ich mir immer wieder denke, vielleicht
568 flex. Ich habe selber einen, einen Sohn, der, wo ich mir immer wieder denke, vielleicht
569 ist der auch noch ein bisschen aktiv. Der spinale Galantreflex hat sehr viel mit Blase,
570 mit der Blase zu tun, also mit sauber werden, ja. Und das, da wo er auffällig wird oder
571 wo man sich denken könnte, hmh, sind Kinder, die auf der urologischen Seite keine
572 Thema haben, also wo die Blase in Ordnung ist, wo die Harnröhre lang genug ist, wo
573 organisch quasi alles gut ist, ja, und trotzdem sind sie nicht trocken, ja, oder bemerken
574 immer zu spät, dass sie lulu müssen, ja. Das sind Kinder, die noch in der ersten oder
575 zweiten Grundschule unruhig werden, wenn es um Ausflüge geht, weil sie ganz genau
576 wissen, da haben sie kein Klo in der Nähe, ja. Der spinale Galantreflex wird ja ausge-
577 löst durch ein Streichen am unteren Rücken, also seitlich der Wirbelsäule und damit
578 wird quasi eine Reaktion in der Muskulatur verursacht, im Sinne eines Verziehens des
579 Körpers. Der Galantreflex ist ja auch für die Geburt ganz wichtig, dass ein Kind sich in
580 den Geburtskanal sich hineinfinden kann, also da spielt der Galantreflex eine große
581 Rolle, aber er hat auch eine starke Verbindung zu diesem Blasenreflex-System, ja.
582 Also es gibt ja eine äußere und innere Blasenmuskulatur, den einen kann man ja, den
583 sphincter externus, kann man willentlich steuern, den internus weniger, ja. Und wenn
584 dann zum Beispiel eine Kleidung, ja, die du hast, eine Unterhose, die vielleicht zu eng
585 ist und die berührt diese Stelle immer, ja, dann kann dieser Reflex wie gesagt ausge-
586 löst werden, ja, und damit macht das Kind in die Hose, ja. Also das sind auch Bettnäs-
587 ser noch, ja, wo das nie wirklich funktioniert hat und da wäre jetzt ein Tipp – nicht an
588 Pädagogen, sondern Eltern, bei uns funktioniert das ganz gut, dass wir eine Klingel-
589 hose machen. Das heißt, da gibt es ein System, da kannst du in die Unterhose kannst
590 du einen Sensor hinein, ja, klicken, der reagiert auf Nässe und hast dann ein Empfän-
591 gersystem und das Empfängersystem alarmiert dann, wenn das da unten ein bisschen
592 nass ist und piepst. Und dann wacht das Kind in der Nacht auf vom Piepsen, merkt,
593 ah, ich muss ja aufs Klo und kann aufs Klo gehen, ja. Und damit könntest du das, im
594 Sinne von du machst es dem Kind einfach leichter, ja, also es ist nicht ein, nein du bist
595 so ein Baby, du brauchst noch so eine komische Hose, nein, du unterstützt das Kind
596 in seinem Potenzial, weil es will ja aufstehen, kein Kind will in die Hose machen in der

597 Nacht, das ist unangenehm, ja, das ist kalt. In der Klasse ist es auch schirch, da schämt
598 man sich, ja. Also in der Nacht zum Beispiel zu Hause wäre jetzt dann eine Klingelhose
599 und als Pädagogin in diese Richtung die Kinder immer wieder daran erinnern, dass sie
600 A: trinken, weil diese Kinder vermeiden dann trinken, weil sie genau wissen, wenn ich
601 viel trinke oder genug trinke muss ich aufs Klo und das könnte ein Problem werden,
602 weil wir gerade eine Schreibaufgabe machen und ich will nicht stören, ich will nicht
603 sagen, dass ich lulu muss und jetzt bleibe ich noch sitzen, ja. Also als Pädagogin im-
604 mer wieder sagen regelmäßig trinken, immer erinnern und dann auch ganz klar, finde
605 ich, darf man das auch sagen, ihr dürft jederzeit aufs Klo gehen, ja, auch fünf Minuten
606 nach dem Läuten, nach der Pause, auch fünf Minuten nach der Pause, dürft ihr noch
607 aufs Klo gehen, ja. Es gibt ja oft diese, diese veraltete Ansicht, es war jetzt eh Pause,
608 da hättet ihr aufs Klo gehen können, jetzt ist Unterricht, jetzt musst du es aushalten,
609 ja. Das ist nicht gut, weil wenn man jetzt sich Kinder anschaut, wie funktionieren die.
610 Und was passiert in der Pause alles, ja? Also in der Pause habe ich einmal Hunger
611 und Durst, also ich gehe nach vorne zum Waschbecken, muss mir was zum Trinken
612 holen, dann stehen vielleicht noch zwei vor mir, dann muss ich warten, ja. Dann muss
613 ich zurück auf meinen Platz, dann will der Nachbar irgendwas von mir, dann komme
614 ich nicht zum Trinken oder zum Essen. Dann muss ich noch herumlaufen, weil es ir-
615 gendwie gerade so lustig ist und dann sind fünf Minuten Pause vorbei und ich sitze
616 und dann komme ich drauf, jetzt muss ich aufs Klo, ja. Also da muss gar nicht der
617 Reflex persistierend da sein, sondern das ist einfach - Kinder, ja. Die müssen auch
618 zwei Minuten nach der Pause aufs Klo. Ja, was kann da noch zum Beispiel beim Ga-
619 lantreflex sein? Dass sie auf einer Seite, weil wir haben ja gesagt, der wird einseitig
620 ausgelöst, also entweder rechts paravertebral oder links paravertebral und je nachdem
621 verzieht sich quasi der Körper. Es kann sein, dass du eine Haltungsasymmetrie entwi-
622 ckelst, ja, im Sinne auch wieder einer Skoliose, weil du immer einseitig auslöst und
623 immer einseitig dich verbiegst und es kann auch sein, dass eine Hüftgelenksentwick-
624 lung eingeschränkt ist, weil auf einer Seite mehr die Innenrotatoren aktiviert werden
625 durch den Galantreflex, also das Eindrehen des Oberschenkelkopfs, ja, und damit
626 könnte eine Rotationsproblems im Sinne der Außenrotation entstehen. Was heißt das?
627 Das Kind kann Auffälligkeiten haben in seinem Gangbild, das es irgendwie so komisch
628 humpelt oder so und es geht einwärts, ja, vor allem auf einer Seite, da dreht der Fuß
629 immer hinein. Das ist kein Thema vom Fuß, das ist meistens ein Thema von weiter

630 oben, also vom Hüftbecken und vom Lendenwirbelsäulenbereich. Also das sind Sa-
631 chen, wo man sagt, da könnte es auffällig sein. Oder dass das Kind auch gerne stol-
632 pert, weil es einfach auf einer Seite immer wieder diesen Reflex auslöst oder der die
633 Muskulatur einfach stört, ja, in dieser Entwicklung und Ansteuerungen von Bewegun-
634 gen. Das könnte der Galant sein, ja. Und natürlich haben wir wieder, wie bei allen
635 anderen Reflexen auch, beeinflusst auch andere Sinnessysteme. Also, du hast auch
636 wieder vielleicht eine Problem – Kurzzeitgedächtnisprobleme, Konzentration, ja, mo-
637 torisch unruhige Kinder, das ist meistens so das Gesamtbild, nicht. Da passt was nicht
638 in der Aufmerksamkeit, da passt was nicht in der Motorik, das ist sozusagen. Und da
639 muss man herausfiltern, was es ist und da helfen eben ganz spezielle Tests, die man
640 eben dann auch in dieser, egal was für eine Ausbildung du eben als Physiotherapeutin
641 zum Beispiel machst, also ich habe die Rota-Therapie, aber es gibt zum Beispiel auch
642 die Bobath-Therapie, es gibt die Vojta-Therapie, eine der größten Therapien, was das
643 anbelangt. Da kann man sehr, sehr gut gerade mit neurologisch auffälligen Kindern
644 kann man super gut arbeiten. Vojta war einer der Therapeuten, der diese Reflexin-
645 tegration als einer der ersten aufs Tablett gebracht hat, ja. Also da gibt es viele, viele
646 Möglichkeiten, wo man da arbeitet.

56:36

647 **I:** Das leitet eh gleich zu unserer nächsten Frage über: zur Behandlung der persistie-
648 renden frühkindlichen Reflexe. Mit welcher Methode arbeiten Sie, um bestehende früh-
649 kindliche Reflexe zu integrieren?

650 **B2:** Na ich wie gesagt, ich arbeite mit der Rota-Therapie. Und da auch mit der Therapie
651 nach der Sally Goddard und da, jetzt fällt es mir nicht ein, lass mich mal schauen, ob
652 ich da irgendwo ein Buch herumliegen hab, wo sie drauf ist. Also Sally Goddard Blythe
653 ist eine der großen und die Dorothea Beigel, genau, Dorothea Beigel, die haben tolle
654 Bücher geschrieben und da sind sehr, sehr viele Anleitungen auch drinnen, wie man
655 mit Kindern spielerisch zum Beispiel mit Liedern, mit Fingerspielen, ja, mit bestimmten
656 Bewegungen Reflexe integrieren kann. Das sind Dinge, die ich sozusagen in der Rota-
657 Therapie-Ausbildung auch mitbekommen habe und in die ich mich einfach jetzt noch
658 mehr einlese, ja. Aber ich arbeite vorwiegend mit der Rota-Therapie. Was heißt Rota?

659 Das heißt, dass man bemerkt hat, dass man über Rotationen und zwar im Raum, ja,
660 also du hast ja, wenn du dir den Raum anschaust, sehr viele Ebenen. Du hast eine
661 Transversalebene, eine Frontalebene, eine Sagittalebene, ja, und um alle diese Ebe-
662 nen oder in diesen Ebenen finden Rotationen statt, wenn du dich bewegst, ja. Und
663 dann kann man eben sagen, man arbeitet mit den Rotationen im Raum, also man
664 bewegt den Körper zum Beispiel im Sinne eines Rollens vorwärts oder Rollens auf die
665 Seite, ja, also da hätte man diese Rotationen im Raum. Oder eine Vorwärtsbeuge ist
666 ja auch eine Rotation, wenn du es so möchtest, auf, in einer Ebene, ja. Oder wenn du
667 den Körper so drehst, hast du wieder eine Rotation drinnen. Und die Rota-Therapie
668 arbeitet zusätzlich noch mit der gegensinnigen Verschraubung Schultergürtel gegen
669 Beckengürtel. Das heißt, du hast in der Wirbelsäule, und ich mache das jetzt so, diese
670 Bewegung, wie ein Handtuch, dass du auswringst, ein nasses, ja. Eine gegensinnige
671 Verschraubung. Und die Theorie dahinter ist die, dass diese Rotation eine Spannungs-
672 regulation in deinem zentralen Nervensystem machen kann. Das heißt, eine Tonungs-
673 – eine Tonusregulation, ja, damit ein Reflex, der vielleicht sich zu stark immer wieder
674 meldet, weil das ist ja, wenn man vom neurologischen Bereich weggeht – wann kommt
675 ein, wann persistiert ein Reflex im nicht neurologischen Bereich ok? Sagen wir es ein-
676 mal so. Weil da muss ich vorsichtig sein, weil da muss man sehr, sehr stark trennen,
677 ja. Also für diesen Bereich der Grauzone gibt es keine Forschung, ja, da gibt es nur
678 empirische Beobachtungen, ja. Und die, die, die Theorie dahinter ist die, dass du ja in
679 der Entwicklung vom Säugling Reflexe hast, beginnend, die unwillkürlich sind. Und mit
680 der Myelisierung des Nervensystems und mit der Entwicklung und Reifung des zent-
681 ralen Nervensystems werden diese Reflexe gelöscht und durch willkürliche Bewegun-
682 gen ersetzt, ja. Und wenn diese willkürlichen Bewegungen nicht gut ausgebildet sind,
683 dann kommt der Reflex hoch, quasi, und ist so wie ein Helfersystem, wenn du es so
684 möchtest, ja. Also der meint es gar nicht böse. Das Hirn greift auf eine ältere Struktur
685 zurück, nämlich auf das Stammhirn, ja, weil vom Stammhirn werden die Reflexe auch
686 gesteuert. Von der Instanz darüber wird, wird Bewegung reguliert und aktiv angesteu-
687 ert und bewusst und wenn das da in diesem bewussten Ansteuern nicht klappt, dann
688 wird auf eine tiefere Ebene im Gehirn zurückgegriffen, ja, und da liegen die Reflexe
689 drinnen. Und dann kann sein, dass sich dieser Reflex eben einmischt, ja. Und das ist
690 eben das, was in der Rota-Therapie dann versucht wird. Es wird versucht, diese zu
691 hohe Spannung, ja, zu regulieren, damit sich die Funktion wieder gut entwickeln kann,

692 ja. Weil der Reflex ist ein sehr, sage ich mal, fast wie ein Stalker, ja. So, ich werde
693 gebraucht, ja, dann bin ich immer da, ja. Das heißt die Kinder können nicht mehr das
694 regulieren willentlich, weil der immer sich einmischt, ja. Persistierende Reflexe sieht
695 man auch im Schlaf, ja. In den Schlafpositionen der Kinder. Es gibt Kinder, die drehen
696 sich wie ein Helikopter im Schlaf im Bett, ja. Es gibt Kinder, die, die, die schlafen auf
697 den Knien, Popsch in der Höhe und der Kopf am Bett, ja. Es gibt Kinder, die schlafen
698 in so einer Fötal-Position, die brauchen ganz viele Stofftiere im Bett, damit sie ja ihre
699 Grenzen spüren, ja. Das heißt, Reflexe kannst du kaum willentlich ausschalten, indem
700 du daran denkst, aha, jetzt schalte ich ihn aus. Das geht nicht, ja. Und über diese
701 Rotation kannst du einen, eine Spannungsregulation im Körper bewirken, die auf alle
702 Ebenen wirkt. Also wir haben schon gehört, nicht, das Vestibularsystem, das proprio-
703 zeptive, das auditive, das visuelle, alles, sogar die Spannung in den Organen, weil die
704 sind von Muskeln umhüllt, von lauter Muskulatur. Da sind wir beim Galant und bei der
705 Blase zum Beispiel, ja. Dass du über diese Rotationen einen Tonusausgleich schaffst
706 und zwar in allen Systemen dann. Also, die Systeme, die sagen, ja, das könnte ich
707 brauchen, die nehmen sich dann das, ja. Das heißt du bist überall, in allen Sinnessys-
708 temen, in Organsystemen, Verdauung, alles, ja. Und dann kannst du nur beobachten,
709 wenn du das Kind dann oder wenn das Kind wieder in der speziellen Situation ist, in
710 der der Reflex sich immer wieder zeigt, kann es schon im – besser in einem Normtonus
711 sein oder ist noch immer ein überschießender Tonus da? Ist das verständlich?

712 I: Mhm, danke. Ja.

713 B2: Das ist eigentlich so ein bisschen der Hintergrund von der Rota-Therapie, also
714 dass du eben diese Rotationen machst und damit den Tonus regulierst.

1:03:06

715 I: Und wie lange braucht ein Kind im Durchschnitt, um erste Erfolge zu erzielen?

716 B2: Naja, das haben wir schon gehabt, also, das habe ich am Anfang gesagt. Ich habe
717 wie gesagt ein Kind gehabt, das war mit einer Behandlung und tägliches Üben von
718 zwei Rota-Therapie-Positionen, das war nach einer Woche war einmal ein Symptom,

719 ja, wo man sagt, das könnte mit diesem Reflex zu tun haben, nämlich der Kopf-
720 schmerz, ja, das war weg. Ja. Das unruhige, die unruhige, das unruhige Herumtrap-
721 peln, ja, das ist dann auch mit der Zeit besser geworden und die Mutter – das war
722 interessant nämlich – das Kind hatte so eine Migräne, ja und hat gesagt, sie hat dann,
723 wie diese Aura wieder gekommen ist und das Kind gesagt hat, ich, mir ist schwindelig
724 und da gibt es ja bestimmte Aura-Symptome, ja, bevor so ein Migräne-Anfall kommt,
725 hat die Mutter dieses Kind sofort in eine Rota-Lagerung gebracht und konnte über
726 diese Lagerung diesen Migräne-Anfall abmindern. Das heißt, das ist nicht so schlimm
727 heraus gekommen, weil das Kind hat auch gespieben, ja, und alles und sie hat dann
728 gesagt, der Migräne-Anfall war nicht so stark und viel kürzer und das Kind hat nicht
729 gespieben, weil ich - und sie hat gesagt, sie glaubt daran – sie hat das Kind sofort in
730 diese Rotations-Lagerung gebracht und das konsequent mit dem Kind geübt und es
731 kam dann, wie gesagt, nicht so ein starker Anfall. Aber es kann sein, dass du auch
732 einfach lange, lange Zeit damit arbeiten musst und eigentlich immer so wie, wie, wie
733 Sand schaufeln, ja. Wenn du am Meer sitzt und eine Sandburg bauen magst aus ganz
734 trockenem Sand und du willst wie so eine Höhle bauen, in dem Moment, wo du grabst,
735 hast du eine schöne Höhle und sobald du aufhörst, kommt der Sand, wusch, und
736 macht es wieder platt, ja. Und es kann sein, dass du bei diesen Reflexen immer wieder
737 am Graben bist mit deiner Behandlung und sobald du aufhörst, wusch, ja. Es kann dir
738 passieren. Aber es gibt, wie gesagt, was das, diese Grauzone der persistierenden Re-
739 flexe anbelangt, gibt es keine Studien. Es gibt tolle Bücher, die sich alle auf empirische
740 Dinge stützen, ja, aber so eine richtige handfeste Studie dieser Grauzone gibt es nicht.
741 Es gibt natürlich ganz viele Studien, haben wir schon gesagt, im Bereich auch mit Rota-
742 Therapie, also da ist ein-eindeutig sieht man, dass dieser Reflex jetzt nicht so stark ist,
743 ja, ganz eindeutig. Aber bei an und für sich gesunden Kindern, wo man sagt, ah, da ist
744 so eine Tendenz und das wirkt sich in einer Lernschwäche aus und so weiter, ist
745 schwierig, ja.

1:05:46

746 I: Und gibt es Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach für alle Kinder, mit und ohne per-
747 sistierende frühkindliche Reflexe hilfreich sind?

748 **B2:** Ja, vielfältiges Bewegen.

749 **I:** Ok.

750 **B2:** Ja, also, Kinder – beginnt im Säuglingsalter, dass man die Kinder nicht in ihrer
751 Entwicklung behindert, das heißt, dass sie sich frei bewegen dürfen. Und Kindergar-
752 tenkinder einfach mit Spaß kindgerecht Bewegung fördern, und zwar auf allen Ebenen,
753 egal ob am Boden, im Vierfüßler, im Sitzen, im Stehen, Rückenlage, egal, alle Ebenen
754 benutzen, so wie es die Rota-Therapie auch macht, nicht, in allen Ebenen bewegen
755 und viel auch in die Rotation arbeiten, ja, das wäre eine Maßnahme, wenn man so
756 sagen kann. Das Beachten der Ruhephasen von Kindern und der Konzentrationszeit,
757 ja. Das ist auch eine Maßnahme, wenn man es so möchte, die, die man sehr, sehr gut
758 umsetzen kann, ja. Und dann das lange Sitzen in der Schule und das Konzentrieren
759 ist nicht ideal, das wissen wir eh, das sagen nicht nur die Therapeuten, das sagen
760 auch die Pädagogen und versuchen halt ihr bestes, da Kindern Abwechslung zu bie-
761 ten, weil es einfach nicht kindgerecht ist, ja, sich zu lange zu konzentrieren im Sitzen,
762 ja, das funktioniert nicht gut. Das ist auch eine Maßnahme, ja. Also frühkindliche Be-
763 wegungsförderung, Bewegung mit Spaß, man kann so viel lernen, Kooperationsbereit-
764 schaft, Frustrationstoleranz, ja. Also ich bin der volle Fan von Bewegung und dazu gibt
765 es viele Studien. Da musst du nur im Bereich der Psychomotorik hineingehen. Bewe-
766 gung und Lernen ist ein System. Deswegen bin ich voll die, der Bewegungsfan, darum
767 bin ich auch Physiotherapeutin.

1:07:36

768 **I:** Sehr gut. Danke. Dann kommen wir schon zu den Abschlussfragen. Können Sie mir
769 im Hinblick auf Materialien und Bücher noch Tipps mit auf den Weg geben? Also wir
770 haben die Dorothea Beigel schon gehört und die Sally.

771 **B2:** Dorothea Beigel hat tolle Bücher geschrieben, die schreibt man Dorothea mit th
772 und dann Beigel mit ei g e l, wenn du die googelst kommen alle möglichen Bücher von
773 ihr raus. Auch sehr gut ist die Sally Goddard, schreibt man Sally, schau ich zeige es
774 dir.

775 **I:** Ja, das habe ich eh auch verwendet.

776 **B2:** Und das Buch. Greifen und Begreifen eben von ihr. Sind natürlich Bücher, die
777 schon mehr in den Sachbuch- und Fachbuch-Bereich gehen, ja. Also das, da, da
778 braucht man eine gute Geduld, um sich da hineinzulesen in dieses Thema, ja. Aber
779 das sind halt Bücher von Menschen, die wirklich was verstehen von ihrem Fach. Es
780 gibt leider sehr, sehr viele Bücher, die dieses Thema auch so ein bisschen behandeln,
781 die für mich nicht wertvoll sind, weil sie zum Teil auch falsche Dinge sagen, ja. Darum
782 bleibe ich lieber bei diesen Fachbüchern von eben der Dorothea Beigel oder eben der
783 Sally Goddard Blythe. Wenn man Lust hat, kann man auch den Herrn Voijta lesen, den
784 schreibt man V o i j, glaube ich, j t a, ja. Der ist allerdings schon sehr medizinisch, ja.
785 Und, ja, wenn man da mal anfängt in dem Bereich, dann kriegt man relativ schnell
786 heraus, glaube ich auch, wer da gut ist und wer da einfach nur irgendwas macht. Ja.

787 **I:** Mhm, ok. Dann danke. Und möchten Sie sonst noch etwas sagen?

788 **B2:** Nein, also ich glaube, wir haben, wir haben, was die Themen der Fachbereichsar-
789 beit anbelangt, sind wir relativ viel durch. Man kann zu allen Reflexen natürlich Literatur
790 sich holen, also gerade bei der Sally Goddard Blythe oder auch bei der Dorothea Bei-
791 gel werden die Reflexe auch sehr gut beschrieben in der Theorie, also, ab wann bis
792 wann, wie, wie ausgelöst und wie gehemmt und so weiter, also das ist vielleicht ein
793 Tipp noch von mir. Ja, und dann freue ich mich, dass ich als Expertin sozusagen mein
794 Wissen ein bisschen ausschütten durfte und freue mich, wenn du mich in deiner Arbeit
795 erwähnst, das ist für mich meine Bezahlung sozusagen, ja, dass ich irgendwo nament-
796 lich noch erwähnt werde oder meine Homepage noch wo steht, oder, ja.

797 **I:** Ja, sehr gerne. Dann vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

798 **B2:** Sehr, sehr gerne.

Interviewpartnerin: Veronika Winter

Homepage: www.2balance.at

9.1.3 *Transkript Interview 3*

I = Interviewerin B3 = Befragte 3

1 **I:** Hallo. Schön, dass Sie sich Zeit nehmen, um mit mir das Interview zu führen. Ich
2 heie Anna-Sophie Zipfer und mache derzeit den Master an der Pädagogischen Hoch-
3 schule in Salzburg. Meine Masterarbeit trägt den Titel „Restreaktion frühkindlicher Re-
4 flexe - Die Auswirkung persistierender Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines
5 Kindes“. Das Interview dauert in etwa 30 Minuten. Um im Anschluss ein Transkript
6 anzufertigen und die Aussagen auszuwerten, bitte ich Sie um die Zustimmung der Auf-
7 nahme. Der Name wird anonymisiert.

8 **B3:** Ja, gern.

9 **I:** Gut, dann Fragen zur Einleitung. Welchen Beruf üben Sie aus?

10 **B3:** Ja, ich bin Unternehmerin und Selbstständige eigentlich, neue Selbstständige
11 nennt sich das. Also ich, ich biete an, psychologische Beratung, Supervision und neu-
12 romotorische Entwicklungsförderung in eigener Praxis.

13 **I:** Wie würden Sie auf das Thema frühkindliche Reflexe, beziehungsweise persistie-
14 rende frühkindliche Reflexe aufmerksam?

15 **B3:** Das war, also damals war ich noch Lehrerin, das war 2013, da habe ich eine Fort-
16 bildung gemacht, im Rahmen der Lehrer*innen-Ausbildung, Fortbildung und da habe
17 ich, genau, das war ein allgemeines, eine allgemeine Information zu den frühkindlichen
18 Reflexen und daraufhin habe ich bei mir an der Schule eine Fortbildung, ja, organisiert
19 zum neuromotorischen Schulprogramm von INPP.

20 **I:** Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit frühkindlichen Reflexen?

21 **B3:** Eben seit 2013, seit ich das zum ersten Mal gehört habe. Und in der, also in mei-
22 ner, für die Praxis, für die Einzelförderung, es gibt jetzt zwei Bereiche von INPP. Das
23 eine ist die, das Schulprogramm, was für, für, was halt Pädagoginnen lernen können,
24 die man in der Schule macht für Gruppen oder auch im Kindergarten oder in Hortgrup-
25 pen. Das habe ich 2013, im Endeffekt dann 2014 richtig kennengelernt und auch

26 2014/15 und 15/16 für zwei Schuljahre habe ich es dann mit der eigenen Klasse ge-
27 macht und dann 2016 habe ich angefangen mit der, mit der Weiterbildung für INPP für
28 die Einzelförderung.

29 **I:** Und können Sie bitte die Verbindung Ihres Berufes mit den frühkindlichen Reflexen
30 genauer erläutern?

31 **B3:** Ja, das sind eigentlich ja zwei Berufe. Also ich habe den Beruf Lehrerin gehabt
32 und als Lehrerin finde ich es total wichtig, dass die, die, ja, dass die Pädagoginnen da
33 Bescheid wissen, wäre eigentlich gut, auch im Kindergartenbereich. Die Verbindung
34 ist die, dass ich eben frühkindliche Reflexe, beziehungsweise eigentlich ja, wir arbeiten
35 mit neuromotorischer Unreife, dass sich die neuromotorische Unreife ganz oft bei Kin-
36 dern in der Schule zeigt, weil es, weil es sich eben auf das Lernen auswirkt und vor
37 allem auch auf die Konzentration. Dass Kinder, die in größeren Gruppen dann sind
38 anders arbeiten, als wenn sie daheim alleine sind und ja, darum sollten eigentlich Leh-
39 rer da ganz viel Bescheid wissen eigentlich. Und der andere Beruf, die psychologische
40 Beratung, die nutze ich eigentlich, das nutze ich natürlich auch im Kontext der Zusam-
41 menarbeit mit den Eltern, dass ich und auch mit dem Kind arbeite ich als Pädagogin
42 eigentlich und mit den Eltern eher auf dieser psychologischen Schiene. Die brauchen
43 natürlich auch pädagogische Tipps, aber auch, ich kann, man kann ja auch mit Er-
44 wachsenen arbeiten und da ist es, also mit INPP und da ist die psychologische, ja das
45 Psychologische insofern wichtig, weil die Leute dann oft ein bisschen neben der Spur
46 sind, ein bisschen, ja, psychologische Unterstützung brauchen im Rahmen der INPP,
47 des INPP-Trainings.

4:24

48 **I:** Wie viele Kinder sind von persistierenden frühkindlichen Reflexen betroffen und gibt
49 es eine Tendenz, ob mehr Mädchen oder mehr Buben betroffen sind?

50 **B3:** Also das mit den Mädchen, Buben, das weiß ich nicht. Ich kann da jetzt echt nur
51 aus eigener Erfahrung reden. Also es gibt, es gibt vielleicht Studien, da kann ich da
52 vielleicht ein paar Tipps geben noch, ich weiß es jetzt aber nicht, ob sich das irgend-
53 jemand angeschaut hat, wie viele Kinder wirklich davon betroffen sind. Ich habe aber
54 selbst. Also wie viele Kinder da betroffen sind, gibt es vielleicht schon auch Studien,

55 die kann man sich anschauen. Ich für mich habe, ich habe ja eine Studie gemacht mit
56 erster, zweiter Klasse Volksschule und da habe ich geschaut, wie das Schulprogramm,
57 wie das greift. Also wie die Kinder, wie sich die entwickeln, wenn sie das Schulpro-
58 gramm machen im Vergleich zu Kindern, die das Schulprogramm nicht machen, das
59 INPP-Schulprogramm und man hat dann schon sehr deutlich gesehen, dass pro
60 Klasse circa zwei Kinder dieses Schulprogramm nicht machen können, weil sie einfach
61 diese motorischen Voraussetzungen nicht haben und das würde ich sagen, sind diese
62 zwei Kinder, diese durchschnittlichen zwei Kinder pro Klasse, die eigentlich eine Ein-
63 zelförderung brauchen und die. Wobei meine Wiener Kolleginnen sagen, bei ihnen ist
64 es mehr. Und ich glaube auch, dass es vielleicht, das war damals, das war ja 2018
65 glaube ich, also angefangen habe ich schon 2016 damit, fertig geworden bin ich dann
66 2020, wobei das dann mit Corona keinen richtigen Abschluss gegeben hat, also es ist
67 schon wieder eine Weile her und anscheinend wird das, wird das, wird das schon
68 mehr, also die Lehrer sagen schon, dass das jetzt mehr ist als nur diese zwei Kinder.
69 Also ich glaube, dass da, da bräuchte man mehr Studien oder, oder aktuellere Studien
70 auch wie viele Kinder da jetzt wirklich betroffen sind, die das Programm nicht machen
71 können. Mädchen und Buben traue ich mir jetzt nicht sagen, wer da mehr davon be-
72 troffen ist. Ich glaube eher, dass das bei Burschen nach meiner Erfahrung, also das ist
73 jetzt wirklich, da habe ich keine Studie oder so, aber persönliche Erfahrung ist es eher
74 so, dass man es bei den Mädchen weniger wahrnimmt, dass da etwas nicht so stimmt.
75 Weil Mädchen das vielleicht auch eher anders zeigen, eher in den Rückzug gehen
76 oder so und die Burschen vielleicht eher so mit Verhaltensauffälligkeiten, die kommen
77 mit Verhaltensauffälligkeiten zu mir, die einfach in der Klasse schwer zum Händeln
78 sind.

79 **I:** Ok.

80 **B3:** Also da würde ich sagen, dass man vielleicht eher die Burschen sieht, obwohl ich
81 nicht weiß, ob das dann, ob da mehr neuromotorische Unreife da ist, als bei Mädchen.
82 Wie viele Kinder sind betroffen? Da habe ich jetzt auch gerade noch einen Gedanken
83 gehabt. Vielleicht kommt er wieder, ich weiß es nicht.

7:43

84 **I:** Welche Ursachen gibt es, dass frühkindliche Reflexe nicht gehemmt werden?

85 **B3:** Prinzipiell werden frühkindliche Reflexe nicht gehemmt, wenn es, also es gibt mehr
86 Ursachen. Es gibt die Ursache, diese genetische Veranlagung, dass da die Eltern auch
87 schon betroffen waren davon und das auch weitervererben an die Kinder. Da kann
88 man darauf kommen, wenn vielleicht schon die Eltern Schwierigkeiten gehabt haben
89 in der Schule, dass da vielleicht schon so ADHS-Symptomatiken da waren. Aber da-
90 mals hat man das noch nicht so benannt. Dann gibt es die Möglichkeit, dass vielleicht
91 in der Schwangerschaft Schwierigkeiten waren, dass da die Mutter vielleicht emotional
92 belastet war, durch einen Infekt belastet war, dass Chemikalien, wenn man etwas ein-
93 nimmt, auch sich auf das Kind einwirken, ist auch bekannt. Oder auch wenn es Schwie-
94 rigkeiten gegeben hat, gerade zum Ende hin von der Schwangerschaft, wenn die Mut-
95 ter viel hat liegen müssen, zum Beispiel, also alles, was in der Schwangerschaft
96 schwierig war für die Mutter, ist potenziell, ja auch belastend für das Kind und kann
97 dann auch verhindern, dass die später dann, wenn das Kind ein bisschen auch schon
98 auf der Welt ist und schon älter ist, dann die Reflexe nicht gehemmt werden. Und wenn
99 die, wenn die Geburt schwierig war. Wenn es ein Kaiserschnitt war, wenn die Mutter
100 sehr, ja, wenn sie auch wieder emotional belastet war, da gibt es ganz viele unter-
101 schiedliche Möglichkeiten. Oder auch, wenn es auch mechanische Hilfsmittel gegeben
102 hat, gibt oft noch diesen Kristeller-Handgriff, gibt die Zangengeburt, also solche Dinge
103 die, oder auch wenn es eine recht lange Geburt war, wenn es eine Frühgeburt war.
104 Alles, was irgendwie schwierig war bei der Geburt, ich meine eine Geburt ist sowieso
105 schwierig, aber, ja, außerhalb der Norm ist, dann, dann ist es möglich, dass dann das
106 später dann, dass die Reflexe einfach noch, ja, nachwirken und dann aber nicht ge-
107 hemmt wird vom Gehirn. Was auch sein kann, ist zum Beispiel, was fällt mir jetzt ein,
108 wenn das Kind dann schon auf der Welt ist, zum Beispiel, und es war ein Frühchen,
109 das wurde schon beobachtet, dass die Kinder, wenn sie im Brutkasten liegen und die-
110 sen Suchreflex haben, dieses Suchen mit dem Mund und dann aber nichts, nichts
111 kriegen, also wenn da keine Mutterbrust kommt, dass sich dann dieser Rück, also das
112 irgendwie rückbildet, dieses, dieser Suchreflex weniger stark wird, weil es keine Ant-
113 wort gibt oder zumindest nicht so schnell. Wenn die Mutter da wäre und wenn dann
114 dieser Reflex sich zurückbildet, dann kann er dann später, er wirkt einfach dann

115 weniger stark und kann dann auch nicht losgelassen werden und bleibt einfach erhal-
116 ten dem Kind und wird nicht integriert.

10:35

117 I: Ok. Und welcher Reflex bleibt Ihrer Erfahrung nach am öftesten vorhanden?

118 **B3:** Das kann man nicht sagen, glaube ich. Das ist einfach, ich glaube, am öftesten
119 nicht, aber der, der am belastendsten ist, das ist der Mororeflex, der frühkindliche
120 Schreckreflex, der einfach emotional das Kind belastet, der es vom Gleichgewicht her
121 belastet, also solche Kinder sind oft sehr auffällig, die den Mororeflex haben und dann,
122 dann kommen, mit dem kommt man öfter. Wenn man jetzt zum Beispiel nur den Such-
123 reflex noch hat, ist das jetzt nicht so dramatisch, dass man mit dem extra wohin geht.
124 Möglicherweise schon, da geht man dann eher vielleicht zur Ergotherapie oder so oder
125 zur Logopädie, aber der kommt dann nicht zu mir.

11:22

126 I: Ok. Dann kommen wir gleich zu den persistierenden frühkindlichen Reflexen und
127 den Auswirkungen. Beibehaltene frühkindliche Reflexe wirken sich auf das Lern- und
128 Arbeitsverhalten der Kinder aus. Nachfolgend würde ich gerne zu ausgewählten früh-
129 kindlichen Reflexen aus Ihrer Erfahrung wissen: Wie äußert sich der persistierende
130 frühkindliche Reflex im Schulalltag des betroffenen Kindes? Verändern sich die Symp-
131 tome bei Kindern in den ersten vier Jahren der Schule? Und wie können Lehrpersonen
132 betroffene Kinder in der Schule unterstützen? Und der erste Reflex ist der, den wir eh
133 schon angesprochen haben, der Mororeflex.

134 **B3:** Vielleicht ganz kurz noch, bevor ich zu den Reflexen komme, es ist jetzt ein Reflex
135 ist ja ein, einfach nur ein, ein Symptom dafür, dass da neuromotorisch etwas nicht
136 ausgereift ist. Also eigentlich, eigentlich geht es um neuromotorische Unreife und wenn
137 das, wenn da, wenn da noch etwas unreif ist, zeigt sich das einfach durch diese früh-
138 kindlichen Reflexe. Und wie zeigt sich das? Also der Mororeflex. Wie äußert sich der
139 Mororeflex im Schulalltag? Der ist ganz, der ist sehr umfangreich eigentlich. Der
140 Mororeflex, der kann ausgelöst werden durch jeglichen Stimulus, der irgendwo auf uns

141 zukommt, also der alle Sinne, so, eigentlich sind alle Sinne davon betroffen, können
142 davon betroffen sein, das muss gar nicht sein, aber es können alle Sinne möglicher-
143 weise den Mororeflex auslösen. Also nicht der Sinn selbst, sondern das, was da rein
144 kommt. Der Mororeflex kann ausgelöst werden durch irgendetwas, das plötzlich in
145 mein Blickfeld kommt, irgendwas, das ich plötzlich höre, irgendwas, das ich plötzlich
146 spüre, auch schmecke oder rieche, es kann auch der Mororeflex durch jeglichen Sin-
147 nesreiz ausgelöst werden und darum ist es auch oft so, dass die Kinder durch ganz
148 viele Kleinigkeiten, also vermeintliche Kleinigkeiten plötzlich total, ja, auf 180 sind, also
149 die sind dann oft verhaltensauffällig diese Kinder, weil einfach Kleinig- , also von Au-
150 ßenstehenden als Kleinigkeiten wahrgenommene Dinge für das Kind ein großes
151 Drama sind. Also die können zum Beispiel, ja Dinge, die sie, die nehmen, die nehmen
152 ganz viel wahr, die hören einfach ganz, ganz viel, die sehen, denen fällt einfach alles
153 auf und durch das können sie auch ganz schwer herausfiltern, was ist jetzt das für
154 mich Wichtige und auf was soll ich eigentlich mich jetzt konzentrieren, also ganz oft
155 sind da Konzentrationsschwierigkeiten, ganz leichte Ablenkbarkeit, das ist der Morore-
156 flex. Die Kinder sind oft solche Kinder, die wenig soziale Fähigkeiten haben, weil sie
157 oft so überschießende Reaktionen haben anderen Kindern gegenüber und darum ist
158 das für die Kinder oft schwieriger, dass sie Freunde finden. Der Moro kann aber auch,
159 kann im Gegenteil sich auswirken, dass die Kinder sich sehr zurückziehen und durch
160 dieses Zurückgezogene dann auch weniger Freundschaften finden, weil es sehr ver-
161 unsichert sein kann, dass der Mororeflex, was da immer, was, was potenziell gefährlich
162 ist, die Reaktion dann nicht ist, ich kämpfe jetzt, sondern ich ziehe mich zurück und,
163 und, ja schütze mich selbst eigentlich. Rückzugsreflex ist da auch vielleicht ein Thema,
164 also der hängt mit dem Mororeflex zusammen und kann dann auch eher dazu führen,
165 dass das Kind sich zurückzieht aus dem, aus dem ganzen Geschehen von der Schule.
166 Die Kinder sind einfach durch das, dass sie so leicht ablenkbar sind, auch sehr Stimu-
167 lus-gebunden, das heißt, sie tun sich auch schwer, dass sie etwas fokussieren, mit
168 den Augen fokussieren. Der Mororeflex wirkt sich auch auf die Augen aus, weil die
169 Kinder mit den Augen auch immer überall sind und dann es ihnen schwerfällt, dass sie
170 die Zeile verfolgen und da lesen. Genau.

16:29

171 **I:** Ändern sich die Symptome in den ersten vier Schuljahren oder bleiben die gleich?

172 **B3:** Wenn man nichts dagegen tut, also es ist unterschiedlich glaube ich. Das ist, das
173 kann man so gar nicht, das kann man sicher so nie sagen. Kinder lernen vielleicht
174 damit umzugehen. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass sie eine unterstützende
175 Lehrerinnen haben oder mehr oder eine Lehrerin haben, die da vielleicht, wenn die
176 den Kindern helfen können, wenn sie da sensibel sind den Kindern gegenüber, viel-
177 leicht sogar davon wissen, was sie haben, wenn die wissen, ok, die sind ein typischer
178 Moro, dann kann ich vielleicht als Lehrerin auch damit leichter umgehen und kann
179 dann mit den, also kann dann dem Kind als Lehrerin auch so eine Unterstützung sein,
180 dass das Kind dann lernt, damit umzugehen, dass es diesen Moro hat. Das kann ich
181 mir schon vorstellen. Manchmal wird es vielleicht sogar noch schlimmer. Manchmal
182 wird es immer schlimmer, je höher dann die Anforderungen werden dann in der Schule,
183 manchmal wird es so sein, dass wenn die Kinder in die Schule kommen das schon
184 einmal ganz, ganz schwierig wird und dann für sie schwer wird, dass sie diese Schwie-
185 rigkeiten kompensieren. Wenn sie dann vielleicht ein bisschen reinkommen in das Pro-
186 gramm, geht es wieder und oft ist es so, dass es in der dritten oder vierten Klasse
187 wieder schwieriger wird, weil dann die Anforderungen steigen und das Kind wieder
188 merkt, ah ich schaffe das nicht und dass es dann wieder schwieriger wird. Also es kann
189 sich immer ins Positive, ins Negative ändern, ja, das ist unterschiedlich, bei allen Re-
190 flexen.

#17:53

191 **I:** Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder unterstützen?

192 **B3:** Also Kinder mit einem Mororeflex haben ganz oft das Thema Selbstwert, geringer
193 Selbstwert, weil sie eh der Frau Lehrer versprechen, dass sie nicht mehr so ausflippen
194 oder der Lehrerin versprechen, jetzt konzentrieren sie sich, jetzt passen sie auf und
195 dann funktioniert das aber trotzdem wieder nicht und dann denken sie im Nachhinein,
196 also ich höre das ganz oft, ma ich bin so blöd, ich bin ein Trottel. Diese Kinder haben
197 ganz oft so dieses Gefühl, ich möchte ja, aber ich, aus irgendeinem Grund geht es
198 nicht, ich bin so blöd. Ja, also dieser Selbstwert, da das Kind zu unterstützen und dem

199 Kind zu helfen, wäre schon einmal wichtig. Was auch wichtig ist, ist bei solchen Kin-
200 dern, dass man da ein bisschen sie unterstützt mit der, mit der Gruppe zurecht zu
201 kommen, dass die anderen auch ein bisschen verstehen, ok, der kann das nicht so
202 leicht wie andere Kinder, also Unterstützung auch in der Interaktion mit anderen Kin-
203 dern. Was vielleicht auch bei solchen, bei Moro-Kindern oft auch eine Hilfe ist, ist so
204 eine, eine, eine, eine, denen tut, manchen, die so einen visuellen Moro haben, denen
205 tut es wirklich weh, wenn sie diese schwarze Schrift auf weißem Untergrund immer
206 lesen müssen. Da geht es vielleicht leichter, wenn es ein färbige, so ein färbige
207 Heftumschläge gibt es da, die das darüber legen über diese schwarz-weiß, über das
208 Papier, dass das dann für sie nicht so anstrengend ist, dass sie da diesen schwarz-
209 weiß-Kontrast kompensieren müssen. Das wäre zum Beispiel auch.

#19:27

210 **I:** Ok. Dann der nächste Reflex wäre der asymmetrisch tonische Nackenreflex. Wie
211 äußert sich der in der Schule und wie können Lehrpersonen helfen?

212 **B3:** Der asymmetrisch tonische Nackenreflex, da gibt es ganz viele Dinge, ich sage
213 nur zwei, oder, genügt das?

214 **I:** Ja.

215 **B3:** Weil das ist auch so viel, genau wie der Moro. Der asymmetrisch tonische Na-
216 ckenreflex bewirkt, dass die Kinder oft so ein Problem haben mit der Mittellinie, mit der
217 Körper-Mittellinien-Überkreuzung, dass es beim Schreiben schwierig wird. Jedes Mal,
218 wenn das Kind auch mit den Augen über die Körper-Mittellinie schauen soll, dass es
219 da Schwierigkeiten gibt, darum drehen die Kinder ganz oft das Blatt, dass es so ist das
220 Blatt, dann drehen sie es so. Da kann man natürlich jetzt schwer schreiben, aber die
221 kippen das teilweise bis zu 90 Grad das Blatt, einfach um beim Schreiben nicht über
222 die Mittellinie zu müssen und wenn es, auch beim Schauen, dass sie dann nicht über
223 die Mittellinie drüber schauen müssen, sondern eigentlich nur von unten nach oben
224 schreiben oder lesen. Also diese Augenfolge-Bewegungen horizontal sind erschwert
225 und die Überkreuzung der Mittellinie ist erschwert. Oft ist es dann auch so, dass die
226 Kinder keine eigene Seitigkeit entwickeln, keine Dominanz von der rechten Hand, die
227 sind oft unentschieden und schreiben vielleicht mit der rechten Hand, schneiden mit

228 der linken. Das kann aber nicht nur die Hände betreffen, sondern auch die Augen und
229 die Ohren und die Beine und dann wird es auch oft schwierig, gerade beim Schauen
230 oder auch beim Hören, ob ich jetzt rechts höre oder mal links höre, da wird es dann
231 eben schwierig.

232 **I:** Und wie können Lehrpersonen da unterstützen?

233 **B3:** Zum Beispiel die Kinder so sitzen lassen, wie sie wollen. Also das Kind das, das
234 Blatt drehen lassen. Es gibt eh sowieso ganz viele Übungen auch zur Mittellinien-Über-
235 kreuzung, die helfen den Kindern sicher auch. Schwierig wird es für solche Kinder,
236 wenn es zum Beispiel ein, eine U-förmige Sitzordnung gibt und sie müssen immer den
237 Kopf entweder nach rechts oder nach links drehen, dann ist immer der ATNR die Re-
238 aktion, die Reaktion vom ATNR, die körperliche, dass sich da die, die, die Arme stre-
239 cken in die Richtung. Das muss dann immer kompensiert werden unbewusst, also
240 wenn es beim Kind nicht, also für so ein Kind ist eigentlich eine frontale Sitzordnung
241 ideal, wenn es den Kopf nicht zur Seite dreht.

21:50

242 **I:** Danke. Dann wäre der nächste Reflex der symmetrisch tonische Nackenreflex.

243 **B3:** Der äußert sich im Schulalltag durch körperliche Unruhe. Der Reflex ist so, dass
244 wenn ich den Kopf nach unten gebe, dann beugen sich die Arme, strecken sich die
245 Beine. Wenn ich den Kopf nach oben hebe, dann strecken sich die Arme, beugen sich
246 die Beine. Und wenn das Kind immer wieder zur Lehrerin oder zur Tafel schaut, dann
247 wieder zum Blatt auf den Tisch schaut, ist jedes mal so eine körperliche Reaktion da-
248 bei, die einfach für das Kind total belastend ist. Denn gerade, wenn die Lehrerin auch
249 sagt, jetzt sitz einmal ruhig, das geht für so ein Kind nicht. Die sitzen sich dann oft auf
250 die Beine drauf oder sie liegen auf dem Tisch, genau. Was für die Kinder auch oft
251 schwierig ist, ist die Augenfolgebewegung vertikal. Das heißt, wenn ich die, die Augen
252 von oben nach unten bewege, ist immer so ein, ja, ein problematisch, ist immer etwas
253 dabei, wo dann, nicht jedem Kind natürlich, es gilt für alle Symptome, wenn ich diesen
254 Reflex habe, dann gibt es vielleicht Kinder, die dieses Problem gar nicht haben. Aber
255 oft sehe ich da, dass die Kinder beim rauf runter schauen immer wieder so den Fokus
256 verlieren, also dass da einmal kurz der, der Fokus weg ist von dem wo ich gerade

257 hingeschaut habe und dann müssen sich die Kinder wieder auf dem Blatt neu orien-
258 tieren und schauen wo, wo sie eigentlich gerade sind.

259 **I:** Und wie kann man da unterstützen als Lehrperson?

260 **B3:** Was die Kinder oft brauchen, wäre so, wären Stehpulte, dass sie stehen dürfen
261 beim Schreiben. Wenn ich den Kopf unten habe, dann möchten sich die Beine stre-
262 cken. Und wenn ich stehe, dann strecken sich die Beine sowieso, also da, stehen wäre
263 gut. Kann man auch im Liegen, wäre auch eine Möglichkeit, wenn die Kinder im Liegen
264 schreiben dürfen, einfach ja. Oder auch viel Bewegung, wenn sie in der Pause, be-
265 wegte Pause brauchen die Kinder oder als Lehrerin erlauben, dass das Kind drei Mal
266 während der Stunde aufs Klo geht. Wir wissen, sie brauchen nicht aufs Klo gehen,
267 aber sie möchten gerne einmal hinüber laufen zum Klo und wieder zurück laufen, das
268 genügt dann schon. Dann ist wieder die Energie draußen und sie können möglicher-
269 weise besser ruhig sitzen.

270 **I:** Ok.

271 **B3:** Und die Kinder spielen gern am Boden, krabbeln, Katze Hund. Also wenn die da
272 Möglichkeiten haben, zum Beispiel Lego oder Bausteine, wo sie am Boden spielen
273 dürfen in der Pause, das wäre gut.

24:12

274 **I:** Dann der nächste ist der Saug- und Suchreflex.

275 **B3:** Der Saug- und. Der äußert sich oft durch, ach nein, warte mal, doch. Der äußert
276 sich, das ist die Frage. Der äußert sich durch Mundbewegungen vielleicht beim Schrei-
277 ben, dass da die Zunge dabei ist. Auch beim Essen, es ist oft wenn oder ja, generell,
278 die Zungenlage ist oft falsch, weil durch den Saug, durch Suchreflex die Zunge nach
279 vorne gestreckt wird. Die Kinder haben oft logopädische Schwierigkeiten, also kennen
280 die Logopäden dann oft sehr gut. Such- und Saugreflex, ja, also Sprachfehler, Sprech-
281 fehler, die haben oft Schwierigkeiten mit der Aussprache und dadurch halt natürlich
282 auch oft dann Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, grammatikalisch. Nein
283 grammatikalisch würde ich sagen, eher der ATNR, aber sprechen, die Sprechentwick-
284 lung die macht etwas durch den Such- und Saugreflex.

285 I: Und wie können Lehrpersonen unterstützen?

286 **B3:** Also der Such- und Saugreflex glaube ich, hilft nur Reflexintegration. Da muss die
287 Lehrerin nehmen, was sie bekommt.

288 I: Ok.

289 **B3:** Da kann man echt schwer unterstützen. Ich darf zum Beispiel als Lehrerin erlau-
290 ben, dass das Kind an, an, an Stiften knabbert, dass das Kind mit Strohalm trinkt, die
291 brauchen ganz viel Stimulation der Mundregion und auch diese Bewegungen, diese
292 Saugbewegungen mit dem Mund. Die trinken gern mit Strohalm und knabbern gern
293 an Dingen, die sind oft auch ein bisschen, vielleicht haben einen vermehrten Speichel-
294 fluss. Da kann man aber eigentlich nicht mehr machen, wenn der Such- und Saugre-
295 flex da dabei ist, braucht es eine Reflexintegration.

26:17

296 I: Ok. Dann der nächste ist der Palmarreflex.

297 **B3:** Der Palmarreflex, der wirkt, oder, der äußert sich im Schulalltag durch schlechte
298 feinmotorische Fähigkeiten, falsche Stifthaltung. Es gibt zwischen diesem Such- und
299 Saugreflex und dem Greifreflex eine neuronale Verbindung, das ist die Babkin-Reak-
300 tion, das heißt, wenn, gerade wenn das Baby auf die Welt kommt, streicht oft, wenn
301 es saugen will, genügt es, wenn man über die Handinnenfläche des Babys einen Druck
302 ausübt, einen leichten mit dem Daumen und durch das wird dann der Suchreflex aus-
303 gelöst und der Saugreflex. Also da gibt es eine neuronale Verbindung und wenn ich
304 das zum Palmarreflex habe, diesen Handgreifreflex, dann kann es sein, dass auch die
305 Mundmotorik beeinträchtigt ist. Umgekehrt auch, also wenn ich den Saugreflex habe,
306 kann es auch sein, dass ich feinmotorische Schwierigkeiten habe, das habe ich vorhin
307 nicht gesagt. Genau. Also da gibt es eine gegenseitige, also Palmarreflex kann auch
308 sein, dass da so, dass diese Mundmotorik schwach ist.

309 I: Und wie kann ich da Kinder als Lehrperson unterstützen?

310 **B3:** Glaube ich auch hauptsächlich durch Reflexintegration, dass man, als Lehrerin
311 kann ich nur nachsichtig sein, dass da das Kind einfach wirklich nicht mehr

312 zusammenbringt feinmotorisch. Die mögen keine, keine zum Beispiel kein Fädeln, Per-
313 len auffädeln und solche Dinge, das fällt einfach schwer, weil die, das Greifen so
314 schwierig ist und wenn ich da einfach, da kann ich nur nachsichtig sein und sagen, ok,
315 schöner schreiben geht gar nicht bei dem Kind.

28:05

316 **I:** Ok. Dann ist der nächste der Plantarreflex.

317 **B3:** Der Fußgreifreflex, der wirkt sich in der Schule aus, am ehesten durch ein auffäl-
318 liges Gangbild. Der wirkt sich aus, also der kann sich auswirken auf die Körperhaltung,
319 das merkt man dann beim, beim, beim Turnunterricht. Ja. Ich habe jetzt vor kurzem
320 mit einer Logopädin darüber gesprochen, die sagt auch, diese Achse, also wenn da,
321 wenn die, wenn die Körperhaltung schräg ist, wirkt sich das auch auf das Sprechen
322 aus. Das ist generell, wenn die Körperhaltung nicht, nicht gerade ist, wirkt es sich viel-
323 leicht auch auf das Gleichgewicht aus. Gleichgewichtsschwierigkeiten, Gleichge-
324 wichtsschwierigkeiten gibt es bei, bei ganz vielen Reflexen, beim Plantarreflex ist es
325 halt körperlich, warum man nicht im Gleichgewicht ist.

326 **I:** Und wie kann man da als Lehrperson unterstützen?

327 **B3:** Da kann man eigentlich nur anregen zur körperlichen Betätigung, ich glaube, dass
328 es sonst gar nicht recht was anderes gibt.

29:20

329 **I:** Und dann sind wir schon beim letzten Reflex. Der spinale Galantreflex.

330 **B3:** Der spinal, puh, das ist der, wir sagen auch Zappelphilipp-Reflex dazu. Der spinale
331 Galantreflex, der wird ja ausgelöst über ein, ein, wenn man drüber streicht über die
332 Lendenwirbel und der löst eine, eine, der löst eine, na, Beckenrotation sagt man nicht,
333 haben die Physiotherapeutinnen gesagt, Beckenbewegung oder was löst er einfach
334 aus. So ein, ein Schlenken im, im Becken und Entschuldigung, bei mir burt da was,
335 mein Moro ist dann dort fixiert, weißt? Und der wirkt sich aus, einfach weil, wenn da
336 hinten, wenn wir, wenn zum Beispiel, wenn die Hose hinten im Lendenwirbel drüber

337 streicht, kann es sein, dass der Reflex schon ausgelöst wird. Also beim Sitzen, dass
338 er ausgelöst wird und dann habe ich immer so eine körperliche Unruhe, ich habe immer
339 so ein, eine Bewegung im Becken und da ist es eben dann schwierig fürs Kind da ruhig
340 sitzen zu bleiben, ja, das ist der Zappelphilipp. Oder er könnte sich auch auswirken auf
341 die Regulation unserer Blase, das heißt, die Kinder haben oft das Problem, dass sie
342 noch Bettnässen, kann auch bis, bis, ja, kann auch noch Zehnjährige treffen oder spä-
343 ter noch. Kinder, die schon in der Nacht dann nur ins, wo es dann ins Bett, also in, in
344 die Hose geht und solche Kinder fahren dann halt nicht mit, wenn man auf Klassenfahrt
345 fährt oder auch die können nicht bei Freunden übernachten. Genau.

346 I: Wie kann man da als Lehrperson unterstützend wirken?

347 **B3:** Spinal Galant. Ich glaube auch einfach, da müsste man vielleicht die, wer Außen-
348 stehender die Lehrperson unterstützen, dass sie das aushält, dass die Kinder einfach
349 wirklich sehr unruhig sind. Das muss man dann einfach aushalten. Also die Kinder,
350 keine Ahnung. Fällt mir jetzt echt nichts ein, wie man da unterstützen kann. Da kann
351 man als Lehrerin einfach nur sagen, ok, ich weiß, was dich beschäftigt, ich weiß, dass
352 du da ein Problem hast und darum lasse ich dich einfach ein bisschen unruhiger sein.

31:42

353 I: Ok, dann kommen wir zur Behandlung persistierender frühkindlicher Reflexe. Mit
354 welcher Methode arbeiten Sie, um bestehende frühkindliche Reflexe zu integrieren?

355 **B3:** Ja ich arbeite mit der INPP-Methode. Sollte ich die genauer beschreiben?

356 I: Gern.

357 **B3:** Was genau möchten Sie da wissen?

358 I: Wie die Methode funktioniert, also.

359 **B3:** Also so ein Ablauf oder was beim Kind passieren soll?

360 I: Vielleicht beides ein bisschen.

361 **B3:** INPP, also ich schaue mir das, also erst ist immer ein Elterngespräch, wir können
362 gern dann nochmal einsteigen, gell, ich glaube, dass es uns irgendwann einmal raus-
363 schmeißt.

364 **I:** Gerne, danke.

365 **B3:** Dann komme ich nochmal. Das erste ist immer ein Elterngespräch, da erzählen
366 die Eltern, wo die Themen sind beim Kind, welche Probleme es hat, wo die Schwierig-
367 keiten früher waren, also dass man da wirklich einmal schaut, kommt INPP überhaupt
368 in Frage. Gibt es, also waren Probleme in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder
369 so? Also da wird einmal festgestellt, ob INPP das Richtige ist für die Familie und dann
370 gibt es einmal ein Screening. Das heißt ein, ein längerer Termin mit dem Kind und da
371 schaue ich mir genau an, wie, wie, welche grobmotorischen Fähigkeiten hat das Kind,
372 wo sind da die Schwierigkeiten in der Grobmotorik, wo sind die Schwierigkeiten in der
373 Feinmotorik, koordinativ, bei schnellen, kurzen Bewegungen. Wo hat das Kind Schwie-
374 rigkeiten mit der Propriozeption, also mit der Eigenwahrnehmung, wo spürt es sich zu
375 wenig das Kind? Und ein Punkt bei diesem Screening ist auch die Reflexe, also, das
376 wird immer so als das Wichtigste vom Ganzen hingestellt, welche Reflexe haben wir
377 und wie können wir sie integrieren, aber eigentlich schaut man sich das Gesamtpaket
378 an und auch welche Reflexe da sind und dann arbeitet man halt je nachdem, welche
379 Reflexe da waren und wie die, wie das, also Gleichgewicht ist auch ein ganz ein großes
380 Thema. Welche Schwierigkeiten beim Gleichgewicht waren? Und dann entscheidet
381 man sich eben für eine Übung. Und, und diese Übung wird von der Familie dann ge-
382 macht, zwei Monate lang, und dann trifft man sich wieder und dann schauen wir, was
383 hat sich, was hat es, was hat sich getan, was ist zu Hause anders geworden, was ist
384 in der Schule anders geworden und was ist jetzt – dann schaue ich mir das Kind auch
385 wieder ein bisschen an, also so eine kurze Überprüfung, was hat sich grobmotorisch
386 getan, was hat sich vom Gleichgewicht her getan und dann schauen wir weiter. Gibt
387 es eine neue Übung oder bleiben wir bei der alten? Genau. Und so, so reift einfach
388 dann das Kind, in dem Kind wieder etwas aus, was vorher nicht war und durch das,
389 dass dann alles ausreift, werden auch die Reflexe integriert und dann, ja, hoffentlich
390 verschwinden auch die Probleme dann vom Kind. Wo wir ganz, also, wo mein, ja, ein
391 ganz ein wichtiges Indiz ist immer auch die Menschzeichnung. Ich lasse das Kind jedes
392 Mal eine Menschzeichnung anfertigen und darum ist es auch, das ist, auch vielleicht

393 von vorhin. Verändern sich die Symptome beim Kind? Es ist fast egal, wenn da ein
394 Kind ein Thema hat mit neu, mit der neuromotorischen Reife, dann sieht man ganz,
395 ganz oft Zeichnungen, die sich sehr ähnlich sind, ganz egal ob das Kind jetzt fünf oder,
396 naja, fünf vielleicht noch nicht, aber sieben Jahre alt war oder sechs Jahre alt war oder
397 ob es neun Jahre alt war. Also da gibt es ganz viel Parallelen, wo die Kinder, die sich,
398 die sich die Zeichnung zum Beispiel, die sich selbst nicht ausmalen, wo Finger fehlen
399 oder wo Hände fehlen oder Füße. Das passiert beim Sechsjährigen genau so wie beim
400 Neunjährigen, wenn einfach das Gespür nicht da ist. Und dann später, wenn man dann
401 beim Training, dass wir weiter sind, dann tut sich beim Sechsjährigen plötzlich etwas,
402 auf einmal sind Finger da, genau so beim Neunjährigen, auf einmal kommt etwas dazu,
403 was vorher gefehlt hat.

35:43.

404 **I:** Und wie lange braucht ein Kind im Durchschnitt, um erste Erfolge zu erzielen?

405 **B3:** Das passiert manchmal schon nach einer Woche. Ich treffe mich auch nach einer
406 Woche nach dem Screening mit den Eltern und dann erzählen manchmal schon wel-
407 che, die, wo sich schon viel getan hat. Manchmal passiert es zuerst so, dass es ins
408 Negative vielleicht fällt, dass das Kind, dass es in eine, ja, eine Trotzphase wieder
409 durchmacht oder so, dass es schwieriger wird und dann erst die Erfolge kommen. Also
410 so eine Anfangsverschlechterung kann sein und manchmal dauert es länger. Manch-
411 mal dauert es vielleicht ein Monat oder so, dass, dass sich etwas tut, oder zwei. Ganz
412 unterschiedlich.

36:19

413 **I:** Und gibt es Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach für alle Kinder mit und ohne per-
414 sistierende frühkindliche Reflexe hilfreich sind?

415 **B3:** Ich habe ja eine Studie gemacht zum neuromotorischen Schulreifeprogramm und
416 da machen alle Kinder mit, egal ob es ein Thema gibt oder nicht und ich habe das
417 Gefühl, ja, ich habe das schon gesehen bei diesen Kindern, dass sie da immer, immer
418 ist so ein Ausdruck, gell, immer kann man nicht sagen, aber dass sich auch bei

419 Kindern, die eigentlich unauffällig waren in der Schule, dass sich da auch etwas getan
420 hat, dass die auch noch einmal besser geworden sind. Zum Beispiel, ich denke gerade
421 an einen Burschen, der war total im Mittelfeld bei dem, bei diesem Screening, also
422 schulisch, von seinen schulischen Leistungen her im Mittelfeld und dann haben wir das
423 Programm gemacht und plötzlich war der ganz, ganz vorne und hat total super Leis-
424 tungen gebracht, also, profitieren können alle Kinder vom Schulprogramm, auch die,
425 die jetzt einmal nicht auffällig sind. Vielleicht hat der das auch gut kompensieren kön-
426 nen, was er, was ihn belastet hat, aber vielleicht waren auch gar nicht so viele da und
427 das bisschen, was ihm da noch gefehlt hat, das hat ihm dann echt total geholfen, dass
428 wir da noch einmal ausgereift haben.

37:35

429 I: Können Sie mir im Hinblick auf Materialien und Bücher noch Tipps mit auf meinen
430 Weg geben?

431 B3: Ja. Sollte ich dir etwas schicken? Oder ich weiß ja nicht. Können wir per du sein?

432 I: Gerne.

433 B3: Oder. Wir können gerne per du sein. Ich habe da schon, ich kann dir eine Liste
434 schicken, aber ich weiß jetzt nicht, welche hast du schon. Hast du schon ein paar
435 Bücher?

436 I: Ja, ich habe schon mit ein paar gearbeitet.

437 B3: Welche?

438 I: Von der Dorothea Beigel, von der Sally Goddard, Hölscher habe ich Bücher, genau.

439 B3: Bitte?

440 I: Von der Hölscher, jetzt weiß ich nicht, wie die noch heißt.

441 B3: Aha. Also ich habe aus, fast ausschließlich Bücher von der Sally zu den frühkind-
442 lichen Reflexen. Also, die, die ich habe, die ich sonst noch, die ich sonst, also gut.
443 Diese Beigel, die habe ich auch. Also, was ich schon auch habe, ist zum Beispiel die-
444 ses da, kennst du das? Ayres.

445 I: Ja.

446 B3: Das ist voll gut. Hast du greifen und begreifen von der Sally oder?

447 I: Ja. Und das attention, balance and coordination.

448 B3: Ja, das ist schwierig, gell. Hast du das gelesen?

449 I: Ja, Ausschnitte davon.

450 B3: Ja, weil das ist ganz schön schwierig. Genau, dieses neuromotorische Schulreife-
451 programm gibt es auch noch. Wo sie dann speziell die Übungen auch, a, aus Deutsch-
452 land. Weiß ich jetzt nicht, ob ich dir das weitergeben kann, aber ich kann dir zum Bei-
453 spiel ihre Literaturliste schicken.

454 I: Sehr gerne.

455 B3: Oder?

456 I: Ja, gerne.

457 B3: Ich habe einmal einen Artikel geschrieben, da sind ein paar Forschungen auch
458 drinnen. Ich habe einen Artikel geschrieben für eine psychologische Zeitschrift. Soll
459 ich dir das schicken oder kennst du den?

460 I: Ja, voll gerne. Nein, ich glaube, den kenne ich nicht.

461 B3: Auf Scholar findest du ihn auch, aber ich kann ihn dir schicken.

462 I: Ja voll gerne, danke.

463 B3: Dann schicke ich. Gut, dann schauen wir noch bei der Hoth, ob da vielleicht etwas
464 dabei ist für dich.

39:50

465 I: Ok, dann danke. Und als letzte Frage, möchtest du sonst noch etwas sagen?

466 B3: Ja gibt es von dir irgendwas noch, was dir spontan eingefallen ist, was? Also, wie
467 gesagt der TLR, der tonische Labyrinthreflex ist eigentlich neben dem Mororeflex auch
468 derjenige, der die Kinder am meisten beeinflusst, weil er so einen, einfach durch diese

469 Kopfbewegung nach oben unten da eine irrsinnige Unsicherheit auslösen kann, also
470 die Kinder haben ganz oft ein Thema mit dem Selbstbewusstsein, dann der wirkt sich
471 auch total stark auf die Augenmotorik aus, weil er einfach auch so aufs Gleichgewicht
472 wirkt, da sitzt ja das Gleichgewichtsorgan ja im Innenohr und das ist da so, ja, das hat
473 eine enge Verbindung. Der wirkt sich aufs Gleichgewicht aus und auch ganz viel auf
474 die Eigenwahrnehmung, dass die Kinder oft ein schlechtes, ein schlechtere, eine
475 schlechtere innere Landkarte auch haben, also selber nicht so genau wissen, wo ihre,
476 wo bei ihnen oben unten links und rechts ist und dann auch im Außen ganz oft nicht
477 genau, ja, sich schwer tun halt mit Ordnungen halten, mit den Abfolgen halten, die
478 haben ganz oft Schwierigkeiten in Mathematik, aber auch in Deutsch, weil dieses
479 Buchstaben verdrehen dann da ist. Also der wirkt sich ganz stark aus auf das. Also,
480 wenn du noch die Möglichkeit hast, würde ich den TLR reinnehmen in dein Programm.

481 **I:** Sehr gut, dann danke für den Tipp und danke, dass du dir die Zeit genommen hast
482 für das Interview.

483 **B3:** Ja, voll super, danke, dass du mich gefragt hast.

9.1.4 *Transkript Interview 4*

I = Interviewerin B4 = Befragte 4

1 **I:** Hallo. Schön, dass Sie sich Zeit nehmen, um mit mir das Interview zu führen. Ich
2 heiße Anna-Sophie Zipfer und mache derzeit den Master an der Pädagogischen Hoch-
3 schule in Salzburg. Meine Masterarbeit trägt den Titel „Restreaktion frühkindlicher Re-
4 flexe - Die Auswirkung persistierender Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines
5 Kindes“. Das Interview dauert in etwa 30 Minuten. Um im Anschluss ein Transkript
6 anzufertigen und die Aussagen auszuwerten, bitte ich Sie um die Zustimmung der Auf-
7 nahme. Der Name wird anonymisiert.

8 **B4:** Alles gut.

9 **I:** Gut, dann einleitend die erste Frage: Welchen Beruf üben Sie aus?

10 **B4:** Ich bin Kinderärztin.

11 **I:** Wie wurden Sie auf das Thema frühkindliche Reflexe beziehungsweise persistie-
12 rende frühkindliche Reflexe aufmerksam?

13 **B4:** Ich war in meiner Tätigkeit als Kinderärztin habe ich auch ADHS-Abklärungen ge-
14 macht oder mache ich immer noch und habe, bin nicht sehr glücklich, mit dem, dem
15 Zugang der Schulmedizin mit diesem Thema umzugehen und habe mich im Zuge des-
16 sen da mit verschiedenen Methoden beschäftigt und bin bei einem Vortrag, auf einem,
17 einem Kongress habe ich einen Vortrag gehört über frühkindliche Reflexe und das fand
18 ich total schlüssig und hat mir auch im Hinblick auf ADHS eigentlich viel erklären kön-
19 nen und so habe ich das vor mittlerweile, ich weiß es auch nicht mehr, 15 Jahren oder
20 so, angefangen, mich damit zu beschäftigen.

21 **I:** Das passt eh zur nächsten Frage: Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit früh-
22 kindlichen Reflexen?

23 **B4:** Ja, also ungefähr so 15 Jahre, also ich habe das so dann, ich habe dann Thera-
24 peuten besucht, die sich damit sehr beschäftigen und diese INPP-Therapie und habe
25 das dann auch mit meinen eigenen Kindern durchgemacht, also seitens, von Seiten

26 der Mutter her. Mittlerweile mache ich ganz viele Abklärungen, wo es um Wahrneh-
27 mungs-Frage-Themen geht und ADHS-Themen geht und da schaue ich bei fast jedem
28 Kind auch auf frühkindliche Reflexe.

29 **I:** Und können Sie bitte die Verbindung Ihres Berufes mit den frühkindlichen Reflexen
30 genauer erläutern?

31 **B4:** Ja, also ich habe jetzt eine, eine Praxis für, für Kinder mit, sage ich mal, Kinder,
32 die eben im schulischen Alltag oder Kindergartenalltag nicht zurecht kommen und viele
33 auch, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen und ganz viele, wo man so sagt, die spüren
34 sich nicht richtig und da achte ich bei all diesen Kindern immer darauf, ob sie noch
35 frühkindliche Reflexe haben, also quasi eher ursächliche Herangehensweise für sen-
36 sorische Integrationsstörungen. Und das ist einfach im Zuge meiner diagnostischen
37 Abklärung gehört das bei allen dazu. Ja

3:08

38 **I:** Ok. Wie viele Kinder sind von persistierenden frühkindlichen Reflexen betroffen und
39 gibt es eine Tendenz, ob mehr Mädchen oder Buben betroffen sind?

40 **B4:** Ich muss gestehen, ich hab den Leitfaden gerade selber erst entdeckt, darum
41 habe ich das nicht nachgeschaut. Ich kann keine Zahl sagen. Also gefühlt, ich weiß
42 nicht, was die Zahl in der Literatur ist, aber gefühlt ist es so für mich, dass ich schon,
43 also ich sehe viele Kinder, ich habe sicher über 1000 Kinder jetzt schon, weit über
44 1000 Kinder abgeklärt und es, es spielt glaube ich bei sehr vielen Kindern eine Rolle,
45 ja. Also ich glaube, dass es relativ häufig ist. Ich persönlich sehe mehr Buben als Mäd-
46 chen und, aber ich kann nicht sagen, ob es Mädchen besser kompensieren können
47 als Buben oder ob es wirklich weniger sind, das weiß ich nicht. Ich könnte mir auch
48 vorstellen, dass Mädchen manchmal das besser kompensieren können und ich, ich
49 habe mir auch schon oft die Frage gestellt oder werde das oft gefragt, ob es das früher
50 nicht so häufig gab und da glaube ich, dass es sicherlich so ist, dass es viel schwieriger
51 ist jetzt diese Reflexe zu kompensieren, weil ich glaube unsere Gesellschaft so schnell-
52 lebig und so reizüberfordernd ist, dass die Kompensationsfähigkeit einfach so einge-
53 schränkt ist bei den Kindern im Gegensatz zu früher. Und dadurch ein Leidensdruck
54 dadurch entsteht.

55 I: Ok, danke. Welche Ursachen gibt es, dass frühkindliche Reflexe nicht gehemmt wer-
56 den?

57 **B4:** Ich glaube, all das, was Stress verursacht, weil ich denke Stress einfach der Faktor
58 ist, der das System blockiert, also dieses Entwicklungssystem blockiert, der Reflexe.
59 Und Stress kann natürlich auf mütterlicher oder kindlicher Ebene sein, von Medika-
60 mente, Infektionen, andere Art der Erkrankungen, Toxine, aber auch sicher psychi-
61 scher Stress. Und ich glaube alles, das abweichend vom natürlichen Verlauf ist, also
62 sei es Kaiserschnitt, wobei ich nicht weiß, was ist zuerst, die Henne oder das Ei, ge-
63 nau so wie Mütter, die lange liegen müssen und sich dadurch nicht entsprechend be-
64 wegen könne, weil ich glaube auch das spielt eine große Rolle bei der Ausreifung der
65 Reflexe. Und, genau, also, ja.

66 I: Und welcher Reflex bleibt Ihrer Erfahrung nach am öftesten vorhanden?

67 **B4:** Ich habe das Gefühl, so der Moro ist schon so ein Klassiker.

68 I: Ok, danke.

69 **B4:** Also ich denke, die sind miteinander so verwoben, dass es selten nur einen betrifft,
70 also, es, es hängen dann meist mehrere, also nie nur einer.

6:20

71 I: Ok. Beibehaltene frühkindliche Reflexe wirken sich auf das Lern- und Arbeitsverhal-
72 ten der Kinder aus. Nachfolgend würde ich gerne zu ausgewählten frühkindlichen Re-
73 flexen aus Ihrer Erfahrung wissen: Wie äußert sich der persistierende frühkindliche
74 Reflex im Schulalltag des Kindes? Verändern sich die Symptome bei Kindern in den
75 ersten vier Jahren der Kinder in der Schule? Und wie können Lehrpersonen betroffene
76 Kinder in der Schule unterstützen? Und da würde ich sagen, wir fangen gleich mit dem
77 Mororeflex an.

78 **B4:** Ja. Also bei dem Mororeflex, denke ich, ist es ganz, ganz häufig klassisch, dass
79 die Kinder sehr schnell in, in Stress kommen, ausgelöst durch eben Reize, ganz oft
80 akustische Reize, aber auch visuelle Reize, Berührungsreize. Ich denke, dass die,
81 also, Reize, die sie nicht, die im Außen passieren, die sie nicht kontrollieren können,

82 die besonders intensiv sind oder unvorhergesehen auftreten und im Körper kommt es
83 eben zu einer, zu einer Stresshormonausschüttung unter anderem und klassischer-
84 weise sind das dann auch Kinder, die so überdreht sind, weil sie voller Adrenalin und
85 Cortisol sind, dass sie dann sehr, sehr schnell überdreht sind und nicht mehr zur Ruhe
86 kommen und aber auch gleichzeitig dazu neigen, wie wir alle, wenn unsere Stresssys-
87 teme aktiviert sind, dass sie dann eher auf, auf Verhaltensweisen, die eben aus dem
88 Stresssystem herauskommen, reagieren und dass das ist Flucht, tot stellen oder
89 Kampf. Also klassisch Wutanfälle entwickeln oder aus vermeintlichen Nichtigkeiten
90 heraus oder sich verstecken, genau. Und das andere, was häufig ist, dass sie sich
91 allen Reizen zuwenden und dadurch eben dieses Bild der starken Ablenkbarkeit tra-
92 gen, weil sie sich ständig vergewissern müssen, ob sie noch sicher sind, wenn zum
93 Beispiel hinter ihnen etwas passiert oder wer herumläuft oder in der Klasse viel los ist,
94 dass sie da einfach auch sich immer umdrehen müssen. Genau, sie sind ganz oft sind
95 sie, einfach weil sie so verunsichert sind auf körperlicher Ebene und durch diese Um-
96 gebungsreize so stark verunsichert werden, sind sie sicher auch sehr stark neigen sie
97 dazu, dass sie gerne die Kontrolle behalten, dass sie gerne alles gleichbleibend haben
98 wollen, überschaubar haben wollen, die Fäden in der Hand haben wollen und dass
99 auch oft so typisch ist, dass sie in neuen Situationen erstmal so, so schüchtern oder
100 zurückhaltend sind oder noch ein bisschen klammern an den Bezugspersonen und
101 nicht so offen rein gehen und nicht selten auch eher ängstlicher sind, als andere Kinder
102 und auch viele, viele Dinge sie schneller verunsichern, was auch klar ist, weil viele
103 Reize sie tatsächlich schneller verunsichern.

104 **I:** Verändern

105 **B4:** und dadurch natürlich sie das nicht mögen.

106 **I:** Entschuldigung.

107 **B4:** Kein Problem.

9:30

108 **I:** Verändern sich die Symptome bei den Kindern in den ersten vier Schuljahren oder
109 bleiben die gleich?

110 **B4:** Ich glaube schon, dass sie sich verändern, weil sie mehr Strategien lernen, damit
111 umzugehen, also ich glaube bei den meisten ist es schon natürlich in dem Vorschulal-
112 ter, erste Klasse deutlicher als später, das gilt aber für alle Reflexe. Es, ich habe aber
113 auch ganz viele Kinder, die dann in so einen Teufelskreis hineinkommen, doch, durch
114 Ablehnung, Abwertung, rausgeschickt werden, dass sie da also ausgeschlossen wer-
115 den, so, aus der Klasse oder aus der Gruppe, dass sie dadurch schon auch, das sich
116 nochmal negativ verstärkt. Aber ich glaube, dass so, wenn diese Abwertungen und so
117 nicht so speziell ausgeprägt vorhanden sind und die Kinder nicht mit dem auch noch
118 kämpfen müssen, rein spontan, wird es glaube ich ein bisschen besser werden über
119 die Zeit.

120 **I:** Und wie können Lehrer oder Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unter-
121 stützen beim Mororeflex?

122 **B4:** Ich glaube, ganz wichtig ist, alles was das Stresssystem reduziert und damit das
123 Stresssystem ganz unspezifisch reduziert wird, ist es, denke ich, ganz wichtig, eine
124 gute Beziehung zum Kind aufzubauen, die dem Kind auch Sicherheit vermitteln kann.
125 Dem Kind klare Orientierung und Struktur vorgeben, weil das auch natürlich das
126 Stresssystem tatsächlich reduziert und und verringert. Wie so ein bisschen ein Unter-
127 richt auf Schienen mit so klaren voraussehbaren, ja, Abläufen. Gut vorbereiten auf
128 Dinge, die sich verändern oder wenn mal was anders ist und dann gegebenenfalls auf
129 die Nähe des Kindes einfach durch die Nähe und Präsenz zu dem Kind diese Sicher-
130 heit zusätzlich vermitteln, wenn es schwierige Situationen, halt das Kind zu sich holen
131 oder oder sich daneben setzen oder oder solche Sachen machen. Ich glaube, es wäre
132 gut, einen Sitzplatz zu haben, wo hinter dem Kind geschützt ist, also dass nicht ganz
133 viel hinter dem Kind Unvorhergesehenes passiert, so dass das Kind von hinten her
134 sich so geschützt fühlt, dass es sich einfach auf das, was vor ihm geht, stattfindet,
135 besser fokussieren kann. Weil Stress natürlich auch das Insulin beeinflusst, ist es auch
136 gut, darauf zu achten, dass die Kinder immer wieder auch kleine Mahlzeiten, häufige
137 kleine Mahlzeiten zu sich nehmen können, damit sie nicht immer in den Unterzucker
138 reinkommen durch diese Stresshormon-Aktivierung und dadurch dann nochmal mehr
139 in den Stress reinkommen. Ich glaube, dass es ihnen, dass es gut ist, ihnen da, sie,
140 sie, sie einfach eng zu begleiten, also und immer wieder Pausen einzubauen, ja, dass
141 sich auch einfach, dass sie diesen, dieses angeflutete Ritalin – ah Adrenalin auch

142 immer wieder abbauen können. Bewegungseinheiten machen, aus, also Auslauf, für
143 genug Auslauf sorgen, immer wieder aufstehen lassen zwischendurch und so, das
144 auch sehr wertvoll ist. Und gegebenenfalls abschirmen der Reize durch reizärmere
145 Lernplätze, Kopfhörer, was auch immer, dass diese Lichtblitze nicht so irgendwie sind.
146 Und nicht ständig umsetzen.

13:12

147 **I:** Dann der nächste Reflex, wo ich gerne wissen würde, wie sich der im Schulalltag
148 auswirkt und wie Lehrpersonen unterstützen können, ist der asymmetrisch tonische
149 Nackenreflex.

150 **B4:** Beim ATNR da geht es natürlich auch immer ganz fest darum, über die Körper-
151 mitte, also die Körpermitte kreuzen zu können, also das sind oft auch Kinder, wo, wo
152 keine sichere Rechts- oder Linkshändigkeit haben. Also es gibt so Kinder, wo man
153 nicht weiß, ob sie Rechts- oder Linkshänder sind oder wo sie selber nicht wissen, also
154 die Ausbildung der Seitigkeit ist da ganz oft gestört und da finde ich es zum Beispiel
155 wichtig, die Kinder nicht, da jetzt irgendwie in eine Richtung zu drängen, sondern die
156 Reflexe auszureifen und dann wird relativ klar, welche, welche Seite die bessere oder
157 die passendere Seite ist. Ich glaube, also, dass natürlich vom Optischen her gibt es da
158 sicher viele, viele Themen, dass es beim Lesen schwieriger ist, dass Buchstaben ver-
159 schwimmen können und Zahlen ausgelassen werden, Ziffern ausgelassen werden,
160 dass beim Lesen so immer so Sprünge von den Augenbewegungen her da sind. Oder
161 auch das Verdrehen von Zahlen, also Dreier und seiten-, also spiegelverkehrt das Ver-
162 drehen von Zahlen oder Buchstaben. Dass die Kinder so im, im, in die, also die, die
163 Arbeitsrichtung falsch herum lesen, also nicht von links nach rechts, sondern von
164 rechts nach links, das kann sein beim Lesen oder bei Reihenfolgen oder so oder wo
165 sie anfangen am Blatt zu arbeiten, dass das ganz häufig auch ein Thema ist. Oder
166 auch beim Abschreiben durcheinander bringen kann und dann natürlich auch vom,
167 vom Schreiben an sich, von der Graphomotorik ist ganz oft so, dass der ganze Arm,
168 Schulter-, Nackenbereich, Hand, sehr angespannt ist, weil der Körper quasi gegen die
169 Streckung des, die durch den Reflex bedingt ist, arbeiten muss und das macht natür-
170 lich ein, ein, sehr viel schwieriger und anspruchsvoller, so geschwungene Linien zu

171 schreiben oder Formen oder Figuren zu schreiben oder auf den Linien zu schreiben
172 oder genau in so ein Kästchen hinein zu schreiben weil je angespannter, umso schwie-
173 riger sind gerade so geschwungene Figuren noch einmal mehr, die Stifthaltung auch
174 dadurch auch sehr verkrampft ist, die Kinder fest aufdrücken in der Regel. Viele drehen
175 auch das Blatt, also sie schreiben quasi, drehen das Blatt, also wenn es um 100, 90
176 Grad gedreht ist, um auch der Kopfbewegungen entgegenzuwirken oder, oder, oder
177 lümmeln so, dass sie den Kopf halten oder aufstützen, damit die Kopfdrehung keine
178 Armbewegung auslöst. Dass, durch diese Anspannung sind sie natürlich auch nicht
179 schnell beim Schreiben, also Schreibtempo. Kinder können oft schön, manchmal sogar
180 schön schreiben, aber nur langsam und nicht schnell und schön und weil die Grapho-
181 motorik so anspruchsvoll ist, ist natürlich auch die Rechtschreibung leidet dann oft da-
182 runter, weil nicht gleichzeitig auf alles geachtet werden kann. Und manchmal ist es
183 auch so, dass die Kinder so nicht immer am Anfang der Zeile anfangen, sondern immer
184 weiter hinein rutschen am Zeilenanfang, sodass der Zeilenanfang immer weiter im
185 Blatt drinnen anfängt, wobei ich das ehrlicherweise noch nicht so oft gesehen habe,
186 aber es kommt schon auch manchmal vor. Genau. Und auch vom, von der akustischen
187 Verarbeitung her, vom ATNR ist auch da eine leichte Differenzierung manchmal da,
188 das genaue Hören ist oft ein bisschen schwieriger.

189 **I:** Und wie können Lehrpersonen diese Kinder unterstützen?

190 **B4:** Ich denke, da sind so Kinder frontal, also dass die nicht immer diese Kopfdrehung,
191 da seitliche Kopfdrehung haben, sondern eher so frontal sitzen günstig. Ich denke
192 auch da eher auch mal nicht zu, zu streng mit der Graphomotorik zu sein, sondern
193 eher auch einmal da die Kinder nicht zermürben, wenn sie nicht so super schön oder
194 so verkrampft ausmalen, dass sie da nicht die Freude generell daran verlieren. Und
195 einfach auch so halt beim Lesen Schablonen verwenden oder mit dem Finger zeigen,
196 damit man die Zeile nicht so verliert. Von der, von der Stifthaltung her kann man na-
197 türlich auch mit so Aufsätzen oder oder Drei, was weiß ich, so Spezialaufsätze, dass
198 die Stifthaltung leichter ist. Auch wenn das alles nur Kompensation ist, gell, aber trotz-
199 dem schon einmal hilfreich. Und auch nicht Zeitdruck, Zeitdruck entstehen lassen und
200 vielleicht auch mal das schreiben abnehmen lassen und mündliche Wissensüberprü-
201 fungen machen zwischendurch und das Schreiben abnehmen. Genau. Und und auch

202 von den Linien her, ihnen da großzügig Linien und Platz geben, dass sie nicht so in
203 das Kleine hineinschreiben müssen.

18:38

204 **I:** Dann der nächste Reflex ist der symmetrisch tonische Nackenreflex. Wie wirkt sich
205 der im Schulalltag aus?

206 **B4:** Der symmetrisch tonische Nackenreflex der ist natürlich auch vor allem durch die
207 Kopfbewegung immer die Folgebewegung des ganzen Körpers. Das hat natürlich auch
208 immer mit der Sitzhaltung dann schnell, also die Kinder sind dann ständig am herum-
209 wuseln, vor allem wenn sie immer Heft und so diesen Blickwinkel da haben müssen,
210 dass sie da tatsächlich auch ständig am ganzen Körper in Bewegung sind. Sind oft
211 Kinder, die auch im Zehenspitzen Gang immer noch häufig fallen. Auch eher so beim
212 Ball fangen ungeschicklicher, ungeschicktes, also im, also im Turnen sage ich jetzt mal
213 generell ungeschickter sind. Und diese Kopfbewegung immer natürlich auch zu, dazu
214 führt, dass, dass, dass die dann oft auch so sitzen, dass sie ihre Beine fixieren, also
215 dass sie zum Beispiel knien oder, oder um den Stuhlbein so die Beine wickeln, sage
216 ich jetzt mal, dass sie fixiert sind, dass sie dann dieser, dieser, dieser ständigen Be-
217 wegung aus oder ausweichen können. Und das sind dadurch natürlich Sachen wo
218 abschreiben von der Tafel oder wo diese Bewegung natürlich oft auch gemacht wird,
219 kostet dann natürlich besonders viel Energie und auch Zeit, also auch da schauen,
220 also ist es klar, dass sie mehr Zeit brauchen und nicht so schnell schreiben können
221 und immer adaptieren können. Genau

222 **I:** Wie können Lehrpersonen da unterstützend wirken?

223 **B4:** Ich glaube, es ist gut, dass man da tatsächlich auch vermeintlich ungünstige Sitz-
224 haltungen toleriert, weil das eine Kompensation des Kindes sein kann, so zu sitzen
225 oder auch einmal im Stehen Kinder arbeiten zu lassen oder, oder auch eben kniend
226 oder am Boden liegend, also da sehr, sehr viele Möglichkeiten da dem Kind auch aus-
227 probieren lassen und auch immer wieder aufstehen lassen. Manchmal ist auch so ein
228 abgeschrägter Pult leichter, also so ein ganz horizontaler Pult von der, von der, also
229 vom, von der Fläche her. Ausreichend Zeit geben, schriftliche Arbeiten halt nicht, also
230 eher kürzer halten, kürzere, häufig kürzere Intervalle und dann wieder Pausen

231 einbauen, nicht zu lange Kinder, also sehr viel von der Tafel abschreiben lassen, son-
232 dern eher auch wieder auf dem Papier das anbieten, dass sie dann eher nicht immer
233 diese Kopfposition-Haltung einnehmen müssen. Genau. Und einfach generell diesen
234 aufwändigen Weg halt tolerieren, also, ja.

21:48

235 **I:** Dann der Saug- und Suchreflex. Wie wirkt sich der auf den Schulalltag aus?

236 **B4:** Da ist es oft so, dass ich von Müttern und Kindern höre, die ständig irgendwelche
237 Dinge in den Kopf, ah, in den Mund nehmen, also sei es Stifte kauen oder T-Shirts
238 kauen oder oder so Bänderl vom Pulli oder so kauen. Das ist sehr häufig der Fall. In
239 dem Alter ist es seltener, bei jüngeren Kindern dann dass sie den Schnuller nicht her-
240 geben können, aber im Schulalter ist das dann meist doch weniger das Thema. Die
241 immer irgendetwas da im Mund haben müssen und manchmal auch bei Kindern, die
242 so ein bisschen undeutlich und verwaschen sprechen, also dass da auch die Sprach-
243 entwicklung her nicht ganz so, also es nicht so einfach ist, so genau die ganze Mus-
244 kulatur so zu platzieren, weil das oft dann mit einer Hypotonie da im Mundbereich ein-
245 hergeht oder auch einen vermehrten Speichelfluss.

246 **I:** Und wie können Lehrpersonen diese Kinder unterstützen?

247 **B4:** Ich glaube einfach tolerieren, dass sie das machen, am Weg. In der Hoffnung,
248 dass es, wenn die Therapie vorbei ist, man die Gewohnheiten dann abgewöhnen kann
249 und einstellen kann, aber das würde, den Stress würde ich mir nicht antun, während
250 der Saugreflex aktiv ist.

23:12

251 **I:** Ok. Dann, wie äußert sich der Palmarreflex im Schulalltag?

252 **B4:** Das ist so eher der beim Greifen von der Stifhaltung, dass das einfach dann noch
253 sehr angespannt, sehr fest ist, sehr Stifhaltung schwierig ist, und, und genau und sehr
254 viel Druck angewendet wird.

255 **I:** Wie kann man da als Lehrperson helfen?

256 **B4:** Ich denke auch einfach schauen, dass man da vielleicht vorübergehend schon
257 irgendetwas auf den Stift hinaufsteckt oder so, dass er da besser gehalten werden
258 kann und klarer ist für das Kind, wie die Haltung sein darf. Und auch da beim Schreiben
259 halt nicht zu, zu lange und zu viel auf einmal schreiben lassen, weil das schon sehr
260 ermüdend ist für das Kind.

24:00

261 **I:** Dann der Plantarreflex. Wie äußert sich der im Schulalltag?

262 **B4:** Ich glaube nicht, dass der viele Probleme macht, würde mir jetzt nicht einfallen.
263 Was der speziell, dass man da jetzt spezielle, als Lehrer speziell oder als Kind speziell
264 in der Schule durch den gefordert wird, wüsste ich jetzt nicht.

24:24

265 **I:** Ok. Und dann zuletzt der spinale Galantreflex.

266 **B4:** Der spinale Galantreflex ist, der ist natürlich, dadurch dass Kinder im unteren Rü-
267 cken irgendwie Berührungen, also schnell da reagieren, indem sie so herumwuseln,
268 ist es natürlich das ruhig sitzen nochmal total schwierig. Da ist es sicher gut eine, auch
269 zu überlegen, ob man einen Stuhl nimmt ohne Lehne, damit da nicht immer die Rei-
270 zungen sind, wobei es natürlich schon auch schwierig ist, weil hier oft auch muskuläre
271 Hypotonie, dass die, dass da einfach das aufrechte Sitzen schon extrem anstrengend
272 für die Kinder dann ist, da muss man dann einfach halt so schauen, was ist für das
273 Kind letztlich der bessere Benefit, ja. Keine Rückenlehne oder schafft es, ist es so
274 oder, ist es zu anstrengend ohne Lehne zu sitzen, oder, oder zu wechseln vielleicht.
275 Es kann aber auch sein, dass die Kleidung sehr störend ist, also dass man dann wirk-
276 lich auch den Kindern zulässt, bisschen eine bequemere Kleidung zu tragen, damit da
277 nicht ständig die Reize im unteren Rücken sind. Und das letzte: Natürlich spielt auch
278 eine Rolle nochmal das Einnässen, wobei das eher dann zu Hause der Fall ist, als
279 dann in der Schule selber. Aber auch das kann natürlich beim spinalen Galant noch
280 ein Thema sein.

281 I: Und wie kann man da als Lehrperson unterstützen?

282 **B4:** Wie, wie gesagt schauen, wenn, wenn er extrem ist zu schauen, dass man wirklich
283 keine, eine, einen, eine Sitzgelegenheit ohne Lehne findet und und da einfach sonst
284 auch eben wenn, wenn Einnässen ein Thema ist mit dem Kind ein bisschen eine Re-
285 gelmäßigkeit, nur damit es nicht bloßgestellt ist in der Schule dadurch, dass man ein-
286 fach ausmacht, man schickt es aufs Klo, dass man sich da zusammen was, was über-
287 legt mit dem Kind, dass das Kind da nicht in so Situationen gelangt, wo es bloßgestellt
288 wird. Ja, dass es zum Beispiel in der Pause automatisch aufs Klo geht oder keine
289 Ahnung was, ja. Aber das sind oft meist Themen, die werden eher zu Hause als im
290 Schulalltag glaube ich eine Rolle spielen. Aber das wären so die Dinge, an die ich noch
291 denken würde.

26:43

292 I: Danke. Und nun zur Behandlung von persistierenden frühkindlichen Reflexen. Mit
293 welcher Methode arbeiten Sie, um bestehende frühkindliche Reflexe zu integrieren?

294 **B4:** Also ich, ich persönlich bin nicht Therapeut. Von dem her, empfehle ich nur und
295 ich empfehle eigentlich immer die INPP-Methode, weil ich die sehr, als sehr wertvoll
296 erlebe und und auch wirklich die Kinder in der gesamten Reflexentwicklung her gut
297 abholen und ich finde es auch mit vom zeitlichen Aufwand her gut umzusetzen, weil
298 zehn Minuten zu Hause eigentlich ein Zeitrahmen sind, der, der mehrheitlich schon
299 möglich ist. Und was ich auch sehr, sehr gut finde ist diese MNRI-Methode, die oft
300 ergänzend zu INPP natürlich super ist. Die ist nicht ganz so strukturiert, erlaubt
301 dadurch aber auch mit, mit je nachdem mit dem Reflex auch zu arbeiten, der gerade
302 den meisten Leidensdruck verursacht und nicht so ganz ein Konzept von A nach Z ist
303 wie das INPP-Konzept. Und vor allem ermöglicht es auch zum Beispiel, weil schon in
304 der Therapie schon viel gearbeitet wird, kann, also in der Therapiestunde, dass man
305 auch mit Kindern mit Beeinträchtigungen und oder jüngeren Kindern gut arbeiten kann.
306 Weil die INPP-Methode eigentlich erst ab fünf so richtig gut greift.

307 I: Und wie lange braucht ein Kind im Durchschnitt, um erste Erfolge zu erzielen?

308 **B4:** Typischerweise wird, fängt man so mit dem Furchtlähmungsreflex, Mororeflex an
309 und da ist es so, dass man schon innerhalb von, sage ich mal, ein zwei Monaten merkt,
310 dass sich da was verbessert.

311 **I:** Und gibt es Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach für alle Kinder mit und ohne per-
312 sistierende frühkindliche Reflexe hilfreich sind?

313 **B4:** Ja, also ich denke bei allen Kindern ist es gut, stressreduzierende Maßnahmen,
314 den Kindern stressreduzierend zu begegnen, also da eben ganz, ganz klar, gut struk-
315 turiert und auch, auch vor allem klar orientiert und in guter Beziehung sein mit den
316 Kindern. Das halte ich für das aller-allerwesentlichste sowieso. Und ich glaube, es ist
317 wichtig, nicht die Kinder zu funktionalisieren, sondern auch als Lehrer sich als Teil der
318 Begegnung zu sehen und zu schauen, wie können wir gemeinsam, wie können wir
319 gemeinsam da einen guten Weg finden, dass, dass das Lernen gut gelingen kann und
320 nicht die Kinder zu pathologisieren, die nicht gerade in die Norm reinpassen, ohne was
321 zu ändern.

29:44

322 **I:** Ok. Danke. Können Sie mir im Hinblick auf Materialien und Bücher noch Tipps mit
323 auf meinen Weg geben?

324 **B4:** Ich, ich finde ganz gut dieses, das Buch Flügel und Wurzel von der Frau Beigel.
325 Ich weiß nicht, ob Sie das schon kennen?

326 **I:** Ja.

327 **B4:** Ja, dann gibt es so, ich, es gibt so Greifen und Begreifen, das ist so ein. Kennen
328 Sie auch?

329 **I:** Ja, das kenne ich auch, danke.

330 **B4:** Ja. Ich finde auch die, die Broschüren von INPP, die herausgegeben wurden, da
331 gibt es Broschüren für Eltern und Broschüren für Lehrer, die auch das recht gut und
332 kurz zusammenfassen, die man auch bei INPP, glaube ich, direkt bestellen kann. Das
333 sind so, das sind so die, die, die relativ gut lernbar. Und dann gibt es noch von MNRI
334 gibt es auch viele Bücher, wo, wo ganz viel in diese Richtung auch, das sind dann aber

335 die meisten englischsprachig. Und da geht es auch mit, mit, mit viel um Stress und
336 Trauma und frühkindliche Reflexe da ganz viele verschiedene Literaturen.

337 **I:** Ok, danke. Und die letzte Frage. Möchten Sie sonst noch etwas sagen?

338 **B4:** Ich freue mich, dass Sie, dass Sie das zum Thema machen, weil ich glaube, dass
339 es, es so ein wertvolles Thema ist, wo man so viele Kinder unterstützen könnte und
340 ich wünsche mir, dass das wirklich noch viel verbreiteter auch unter den Kinderärzten
341 und Ergotherapeuten, viel eine größere Rolle spielt und ich glaube, dass, darum bin
342 ich sehr froh und finde das cool, wenn es Leute gibt wie Sie, die das dann so aufgrei-
343 fen.

344 **I:** Danke! Und vielen Dank auch, dass Sie sich das Zeit fürs Interview genommen ha-
345 ben.

346 **B4:** Gerne.

9.1.5 *Transkript Interview 5*

I = Interviewerin B5 = Befragte 5

1 **I:** Hallo. Schön, dass Sie sich Zeit nehmen, um mit mir das Interview zu führen. Ich
2 heiÙe Anna-Sophie Zipfer und mache derzeit den Master an der Pädagogischen Hoch-
3 schule in Salzburg. Meine Masterarbeit trägt den Titel „Restreaktion frühkindlicher Re-
4 flexe - Die Auswirkung persistierender Reflexe auf das Lernen und Verhalten eines
5 Kindes“. Das Interview dauert in etwa 30 Minuten. Um im Anschluss ein Transkript
6 anzufertigen und die Aussagen auszuwerten, bitte ich Sie um die Zustimmung der Auf-
7 nahme. Der Name wird anonymisiert.

8 **B5:** Ja, das ist ok für mich.

9 **I:** Danke. Dann zur Einleitung. Welchen Beruf üben Sie aus?

10 **B5:** Ich bin selbstständig als Familiencoach und Reflexintegrationstrainer.

11 **I:** Wie wurden Sie auf das Thema frühkindliche Reflexe beziehungsweise persistie-
12 rende frühkindliche Reflexe aufmerksam?

13 **B5:** Durch eine Kinesiologin, bei der ich mit meinem Sohn war und sie hatte uns den
14 Tipp gegeben, weil er mit Unruhe und und mit, ja, also bei ihm waren immer diese,
15 diese engen, die Kleidung musste eng sein, die Socken mussten richtig sitzen und das
16 war bei uns immer ein riesen Thema frühmorgens vor der Schule, dass die Klamotten
17 nicht richtig gesessen haben oder nicht die richtigen waren und da hatte sie uns darauf
18 aufmerksam gemacht.

19 **I:** Wie lange beschäftigen Sie sich bereits mit frühkindlichen Reflexen?

20 **B5:** Seit zwei Jahren jetzt.

21 **I:** Und können Sie bitte die Verbindung Ihres Berufes mit den frühkindlichen Reflexen
22 genauer erläutern?

23 **B5:** Ja, wie gesagt arbeite ich selbstständig in meiner Praxis als Familiencoach und
24 habe mich da spezialisiert auf verhaltensauffällige Kinder und da mache ich sowohl

25 die Reflexintegration als auch das Familiencoaching dann zusammen mit den Kindern
26 beziehungsweise den Eltern.

1:49

27 **I:** Wie viele Kinder sind von persistierenden frühkindlichen Reflexen betroffen? Und
28 gibt es eine Tendenz, ob mehr Mädchen oder Buben betroffen sind?

29 **B5:** Also, Zahlen gibt es keine, da es ja leider keine offiziellen Studien gibt, das sind
30 alles Schätzungen beziehungsweise eigene Erfahrungen, die man macht. Ich persön-
31 lich als, als Mutter und jetzt auch Therapeutin bin der Meinung, dass jeder Mensch
32 persistierende frühkindliche hat. Die Frage ist, wie, wie zeigen sie sich oder wie gut
33 kann ich sie kompensieren? Wobei man tatsächlich bei jeder Kompensation immer
34 berücksichtigen muss, dass, dass das Körpersystem im Ungleichgewicht ist, insofern,
35 ja, bin ich der Meinung, wie gesagt, jeder Mensch hat frühkindliche Reflexe. Ich habe
36 auch noch keinen gehabt – jetzt ist es ja so, dass wir die Kinder hier bei uns behandeln
37 und mit der einen Methode nehmen wir auch vorher die Mutter mit auf die Liege und
38 auch bei den Eltern hat immer persistierende frühkindliche Reflexe gehabt, deswegen
39 glaube ich einfach, dass es, dass es bei jedem ist. Und die Frage ist eben, halt, wie
40 gesagt, wie zeigt sich das oder die Dinge, die sich zeigen, stören sie mich? Ja, also,
41 wie, wie auffällig, sage ich mal, sind die Symptome? Und Jungen und Mädchen glaube
42 ich, gibt es keinen Unterschied, den einzigen Unterschied, den es gibt, dass die Mäd-
43 chen einfach heute viel angepasster sind und einfach viel mehr kooperieren und dem-
44 nach weniger auffallen, was die Jungs eben halt nicht machen durch ihre, ihre, diese
45 Charaktereigenschaft, dass sie einfach viel ausprobieren und rebellieren und so weiter
46 und dadurch sind sie einfach mehr auffällig. Und ich glaube dadurch erscheint es so,
47 als wären es mehr Jungs, aber ich sehe da keinen Unterschied in meinen Erfahrungs-
48 werten.

49 **I:** Und welche Ursachen gibt es, dass frühkindliche Reflexe nicht gehemmt werden?

50 **B5:** Da gibt es verschiedene. Also einmal sind es natürlich die Schwangerschafts- und
51 die Geburtsverläufe, also die frühkindlichen Reflexe entwickeln sich ja schon im Mut-
52 terlaib und da kann es auch während der Schwangerschaft tatsächlich schon dazu
53 führen, dass frühkindliche Reflexe sich nicht richtig entwickeln. Dann gibt es

54 Frühgeburten, da ist es so, dass sie durch die, durch den Inkubationskasten oder Wär-
55 mebettchen oder wo die da liegen, fehlen denen natürlich verschiedene Stimulationen,
56 die sie in den ersten Wochen oder gar Monaten nicht bekommen. Kaiserschnitte, das
57 sind so die Klassiker und ja ungeeignete Entwicklungsmöglichkeiten, die, die man im,
58 im, oder Umgebungen die, die sie als Kleinkind tatsächlich hat. Wenn die Kinder viel
59 getragen werden oder irgendwie nicht den geeigneten Untergrund haben, um zu krab-
60 beln oder solche Dinge.

61 **I:** Und welcher Reflex bleibt Ihrer Erfahrung nach am öftesten vorhanden?

62 **B5:** Also der, der am öftesten vorhanden ist, kann ich jetzt nicht so behaupten. Der,
63 der für mich am sichtbarsten ist, ist tatsächlich der Mororeflex, weil das einfach der
64 Stressreflex ist und so lange ich Stress in meinem Körpersystem habe und da im Prin-
65 zip bei jeder Sinnesreizung ja in diesen Kampf- oder Fluchtmodus versetzt werde, ist
66 das für mich tatsächlich der, der am prägnantesten ist. Und der Mororeflex ist ja auch
67 bei der Reflextherapie ganz am Anfang dran und da zeigt sich meistens immer schon
68 die erste Veränderung. Insofern ist das für mich der, der Reflex schlechthin.

5:14

69 **I:** Beibehaltene frühkindliche Reflexe wirken sich auf das Lern- und Arbeitsverhalten
70 der Kinder aus. Nachfolgend würde ich gerne zu ausgewählten frühkindlichen Refle-
71 xen aus Ihrer Erfahrung wissen: Wie äußert sich der persistierende frühkindliche Re-
72 flex im Schulalltag des betroffenen Kindes? Verändern sich die Symptome bei Kindern
73 in den ersten vier Jahren der Schule? Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder
74 in der Schule unterstützen? Und der erste Reflex, von dem ich das gerne wissen
75 würde, ist der Mororeflex.

76 **B5:** Genau, also beim Mororeflex ist es so, dass da zum Beispiel durch die Lichtemp-
77 findlichkeit das weiße Blatt blenden kann und dadurch die Buchstaben anfangen zu
78 tanzen und das natürlich zu, zu, zu Schwierigkeiten beim Lesen kommen und vor allen
79 Dingen ist auch in dem Moment, wo ich im Stresssystem bin, aktiviert die, oder über-
80 nimmt mein Stammhirn die Tätigkeit und das hat natürlich auch Einfluss auf das Lese-
81 verständnis, weil das einfach nicht vom Stammhirn aus gesteuert wird. Und dann ist
82 natürlich auch durch diese Überflutung der, der, der Sinnesreizung und dieser nicht

83 möglichen Verarbeitung mein Körper die ganze Zeit in Alarmbereitschaft und dement-
84 sprechend hat das natürlich auch Auswirkungen auch zum Beispiel auf die Konzent-
85 ration und Aufmerksamkeit.

86 **I:** Verändern sich die Symptome bei Kindern in den ersten vier Jahren der Schule?

87 **B5:** Also das ist eine Antwort, die gebe ich auf alle Reflexe jetzt. Es kommt auf die
88 Kompensationsstrategie drauf an. Also normalerweise, sage ich mal, mit normalen, mit
89 normaler Weiterentwicklung würde ich sagen, nein. Die Frage ist, wie gut kann ich
90 vielleicht gewisse Dinge kompensieren, was auf der anderen Seite eben halt dazu
91 führt, dass was anderes auf der Strecke bleibt.

92 **I:** Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule beim Mororeflex un-
93 terstützen?

94 **B5:** Genau, also das gibt es bei dem Mororeflex tatsächlich einige. Beispielsweise eine
95 angenehme Atmosphäre bezüglich Geräuschen oder auch Farbgestaltung im Klas-
96 senraum sorgen, feste Regeln, Rituale, die für Sicherheit, für mehr Sicherheit sorgen,
97 eine feste und langfristige Sitzordnung. Es gibt ja Lehrer manchmal, die gefühlt jede
98 Woche oder alle zwei Wochen eine neue Sitzordnung machen, was die Kinder einfach
99 jedes Mal wieder in Stresssituationen bringt, also das wäre einfach diese Langfristig-
100 keit. Klare Anweisungen bei Arbeitsaufträgen, also nicht so Schwammiges, dass die
101 Kinder viel interpretieren und überlegen müssen, sondern wirklich ganz klar unterstrei-
102 che das Wort mit einem roten Stift und nicht unterstreiche oder markiere es irgendwie.
103 Also dass die Kinder einfach genau wissen, was sie machen sollen. Dann gut lesbare
104 Kopien, klar strukturierte Arbeitsblätter, die eben halt nicht zu viel Ablenkung auch auf
105 den Blättern haben mit irgendwelchen Grafiken oder so was, die überhaupt nicht sein
106 müssen. Dann wäre ganz wichtig, zwischendurch etwas essen zu dürfen, also nicht
107 nur zu en festgelegten Zeiten, sondern zwischendurch, um den Blutzuckerspiel zu re-
108 gulieren. Viel Bewegung und Entspannung und ja, allgemein, wie gesagt, die Räume
109 tatsächlich angenehm gestalten. Da kann man auch viel mit Pastelltönen zum Beispiel
110 arbeiten an den Wänden oder einzelne Flächen auch nur an den Wänden, wo man
111 wirklich sagt, das ist ein Quadratmeter in einer schönen Pastellfarbe, wo aber auch
112 keine, keine Bilder oder sonst irgendwas hängen, wo, wo mein System einfach so ein
113 bisschen runterfahren kann.

8:36

114 I: Ok. Dann wie äußert sich der asymmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag
115 eines Kindes?

116 B5: Genau, also, der ATNR ist ja ein Reflex, der durch die Kopfdrehung meinen Körper
117 in diese Fechterstellung versetzt, was natürlich dazu führt, in dem Moment, wo ich
118 mich drehe, zum Beispiel zur Tafel, ich meinen Nachbarn neben mir einen Tritt oder
119 einen Schlag verpasse. Und das versetzt mich natürlich auch in, in Stress. Ich bin
120 damit beschäftigt meinen Körper und diese Eigendynamik von meinem Körper natür-
121 lich ruhig zu halten, das geht auf die Konzentration, das geht auf die Aufmerksamkeit,
122 das führt natürlich zu Unruhe und auch natürlich ein bisschen zu, zu Frustration, weil
123 ich, wie gesagt, meinen eigenen Körper überhaupt gar nicht unter Kontrolle habe in
124 dem Moment, wo ich meinen Kopf drehe.

125 I: Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder unterstützen?

126 B5: Also ganz wichtig wäre bei diesem Reflex einen Sitzplatz frontal zur Tafel. Da sind
127 diese klassischen U-Sitzformen sage ich mal, die sind nicht geeignet, also wirklich ein-
128 fach gerade Linien und die, also in der Mitte gerade und an der Seite so ein bisschen
129 angeschrägt, sodass man quasi von der Seite quasi auch frontal an die Tafel gucken
130 kann, also von jeder Position her, wo die Kinder sitzen, sollte der Kopf komplett gerade
131 auf die Tafel gerichtet sein, das wäre ganz wichtig. Genügend Platz rechts und links,
132 das heißt, wenn ich meinen Kopf dann doch mal drehe, um vielleicht irgendwas aus
133 dem Ranzen oder so was rauszuholen, dass ich ausholen kann ohne meinen, meinen
134 Sitznachbarn zu schlagen. Beim Lesen eine Leseschablone oder den Lesefinger be-
135 nutzen, das hilft den Kindern auch sehr viel und beim Abschreiben die Blätter überei-
136 nander legen und nicht nebeneinander. Also in dem Moment, wo ich ja rechts ab-
137 schreibe oder links abschreibe, dreht sich ja auch mein Kopf und dann kommt auch
138 wieder diese Unruhe. Das heißt hier, die Blätter übereinander legen und dann habe
139 ich diese Kopfbewegung automatisch in, in dem Bereich vom Abschreiben zum Bei-
140 spiel rausgenommen.

10:32

141 **I:** Ok. Wie äußert sich der symmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag?

142 **B5:** Genau, also hier ist es ja so, dass die Kopfneigung oder die Kopfstreckung auch
143 dazu führt, dass sich meine Beinstellung verändert. Was natürlich das Lesen und
144 Schreiben erschwert, da die Position einfach mit einem, mit einem gebeugten Kopf
145 und und gebeugten Armen einfach nicht lange durchgehalten werden kann, sodass
146 hier schnelle, schnelle Ermüdung und ja dazu führt auch, dass ich mich einfach viel
147 schneller bewege, was dann wiederum zu Unruhe führt.

148 **I:** Und wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unterstützen?

149 **B5:** Genau, also hier ist ganz wichtig die Sitzposition, dass die Kinder einmal sitzen
150 dürfen, beispielsweise auf der Sitzkante, dass sie die Beine gestreckt halten dürfen
151 oder arbeiten im Stehen, dass sie genug Platz haben zum Arbeiten und eben halt nicht,
152 nicht, nicht so eingeeengt sind und hier auch das schriftliche Arbeiten unterbrechen mit,
153 mit verschiedenen Techniken. Dass sie zwischendurch zum Beispiel einbauen etwas
154 zu unterstreichen oder anzukreuzen oder irgendwie sowas, dass quasi nicht so mono-
155 ton immer das Gleiche ist, weil dadurch verändert man natürlich auch immer wieder
156 seine, seine Position.

11:48

157 **I:** Wie äußert sich der persistierende Saug- und Suchreflex im Schulalltag?

158 **B5:** Ja, also, der Saug- und Suchreflex, das ist ein Reflex, der, der sich durch Sprach-
159 probleme zeigt und dass man ständig irgendwo drauf am kauen ist, ganz oft diese
160 Stifte, die tatsächlich oben an der Kappe abgekaut sind oder die Pullis oder irgendwel-
161 che Tücher oder sonst irgendwas. Aber von den, von den Symptomen her ist es tat-
162 sächlich, geht es viel auf die Sprache, die Artikulationsmöglichkeit.

163 **I:** Wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unterstützen?

164 **B5:** Also hier wäre es wichtig, dass Sie einfach ein gutes Vorbild sind in Ihrer Sprache,
165 also hier klar und deutlich sprechen, dass Sie den Kindern, wenn möglich, täglich vor-
166 lesen, dass Sie Zungenbrecher üben, Gedichte üben, alle solche Dinge, die einfach
167 das ständige Wiederholen und schwierige Wiederholen von, von, von gewissen Texten

168 im Prinzip mit sich gibt. Dann Spiele zu Mund- und Fingermotorik verwenden und häu-
169 figes Singen, das ist auch etwas, das den Kindern hilft.

12:59

170 **I:** Wie äußert sich der persistierende Palmarreflex im Schulalltag?

171 **B5:** Also der Palmarreflex geht auf die Sprache und aber auch auf die Handschrift, da
172 ist also eine ganz schlechte Handschrift, ganz abgehakt und verkrampfte Stifthaltung.

173 **I:** Wie können Lehrpersonen betroffene Kinder unterstützen?

174 **B5:** Hier ist es ganz schön mit den Kindern Fingerspiele zu machen oder auch Dinge
175 wie malen, kneten, reißen, knüllen, also alles im Prinzip was irgendwie die, die, die,
176 die Fingerbewegung im Prinzip aktiviert.

13:34

177 **I:** Wie äußert sich der persistierende Plantarreflex im Schulalltag?

178 **B5:** Im Prinzip genau so wie der Palmarreflex, es geht auch auf die Handschrift oder
179 eben halt auch auf die Sprache.

180 **I:** Und wie können hier Lehrpersonen betroffene Kinder unterstützen?

181 **B5:** Dazu habe ich jetzt hier tatsächlich keine Idee. Da habe ich probiert, mich ein
182 bisschen noch zu informieren, aber habe da nicht wirklich was. Also hier ist vielleicht
183 auch mit der, mit der Position, wie die Kinder stehen, aber da weiß ich tatsächlich nicht,
184 was, was man da konkret in der Schule, im Kindergarten bieten könnte, um das zu
185 unterstützen.

14:11

186 **I:** Ok. Und der letzte Reflex: Wie äußert sich der spinale Galantreflex im Schulalltag?

187 **B5:** Ja, der spinale Galantreflex, das ist ja der Reflex, der hinten in der, an der Wirbel-
188 säule entlang im Prinzip auslöst, dass Kinder zum Beispiel, wenn sie rechts und links

189 stimuliert werden, auf die Toilette müssen und das ist dann dementsprechend der Re-
190 flex, der für motorische Unruhe sorgt, weil das Kind einfach die ganze Zeit probiert,
191 sage ich mal, der, den, den Reiz nicht auszulösen. Das heißt es ist unruhig auf seinem
192 Stuhl, himpelt die ganze Zeit hin und her, probiert nicht die Lehne zu berühren und das
193 geht natürlich auch auf die Aufmerksamkeit und die Konzentration.

194 **I:** Wie können Lehrpersonen betroffene Kinder in der Schule unterstützen?

195 **B5:** Hier wäre es wichtig, wenn die Kinder die Möglichkeit hätten, im Stehen oder im
196 Liegen sogar zu arbeiten, also nicht die Position im Sitzen, beziehungsweise vielleicht
197 Sitzmöglichkeiten auch, die keine Rückenlehne haben, da gibt es ja Gymnastikbälle
198 und Gesundheitsstühle und weiß ich nicht was, die einfach die Stimulation hinten am
199 Rücken vermeiden. Und, was viele Kinder haben, ist, weil sie eben halt durch die Sitz-
200 position oder durch das Aktivieren des Reflexes durch die Stuhllehne aufs Klo müssen,
201 vermeiden sie oft zu trinken und das ist natürlich fatal. Das heißt, hier wäre es wichtig,
202 dass die Kinder so viel trinken dürfen, wie sie wollen, auch währenddessen und auch
203 regelmäßig auf die Toilette gehen dürfen, weil ansonsten, ja, probieren sie halt, das
204 Nicht-Trinken, sage ich mal, also, auf das Trinken zu verzichten, damit sie nicht so oft
205 aufs Klo müssen, was aber eigentlich damit überhaupt gar nicht so wirklich was zu tun
206 hat und das wäre einfach wichtig, da den Toilettengang, sage ich mal, frei zu gestalten.

15:48

207 **I:** Ok, dann kommen wir zur Behandlung persistierender frühkindlicher Reflexe. Mit
208 welcher Methode arbeiten Sie, um bestehende frühkindliche Reflexe zu integrieren?

209 **B5:** Genau, also ich biete zwei Methoden in meiner Praxis an. Das eine ist Rexi Rock-
210 star von Silke Krämer. Da geht es mit Übungen, die über einen Zeitraum von acht bis
211 zehn Monaten ungefähr gemacht werden, da gibt es acht verschiedene Module. Jedes
212 Modul ist für eine, ein, eine Gruppe oder einen Reflex und dann, da gehen wir zusam-
213 men in meiner Praxis die Reflexe, also wir testen den Reflex, machen isometrische
214 Übungen zu Hause, die im Prinzip so das Startsignal sind, um diesen Reflex dann zu
215 bearbeiten und dann zeige ich den Kindern Übungen, die sie dann einen Monat lang
216 zu Hause machen müssen mit den Eltern zusammen oder eben auch alleine und nach
217 einem Monat kommen die dann wieder zurück, wir schauen, ob der Reflex integriert

218 ist und gehen dann mit dem gleichen Reflex wieder zum nächsten Reflex. Das dauert,
219 je nachdem wie fleißig die Kinder zu Hause sind, im besten Fall acht Monate, es sind
220 acht Module. Man hat aber immer mal einen Hänger oder Urlaub oder Krankheit oder
221 so was und das, ich sage eigentlich zehn Monate ist tatsächlich ein realistischer Zeit-
222 raum. Und dann biete ich noch Kinflex an, das ist die kinesiologische Methode, um die
223 Reflexe zu integrieren. Das geht schneller, weil die Reflexe ausschließlich in der Praxis
224 bearbeitet werden mit verschiedenen Übungen, das sind kinesiologische, isometrische
225 und Wahrnehmungsübungen, also auf drei verschiedenen Ebenen wird dort gearbeitet
226 und da werden die Übungen ausschließlich bei mir in der Praxis, also ich mache die
227 Übungen mit den Kindern quasi ausschließlich in der Praxis und die Zeit zu Hause
228 dient zur Regeneration und ja. Da geht es ungefähr zwei Monate.

229 **I:** Wie lange braucht ein Kind im Durchschnitt, um erste Erfolge zu erzielen?

230 **B5:** Das ist ganz unterschiedlich, kommt auf die Ausprägung der Reflexe an. Aber
231 tatsächlich, wie ich vorhin schon gesagt habe, ist der Moro-reflex ja ganz am Anfang
232 bei der Bearbeitung dran und da zeigen sich eigentlich bei den Allermeisten schon die
233 ersten Veränderungen entweder in die eine Richtung oder in die andere Richtung, also
234 eine Erstverschlimmerung kann es ja auch immer geben, aber ich sage immer, wenn
235 eine Erstverschlimmerung da ist, dann bedeutet das ja auch, dass, also dass wir ir-
236 gendetwas getroffen haben, was sich erstmal verschlimmern müsste, wir auf dem rich-
237 tigen Weg sind. Da ist aber tatsächlich ganz am Anfang schon eine, ist viel ruhiger,
238 regt sich nicht mehr so schnell auf oder selbst wenn er sich aufregt, dann kommt er
239 schneller wieder runter. Also diese Selbstregulation, die Wut, Gefühle und so weiter,
240 das Thema, das ist eigentlich relativ schnell, nach ein paar Tagen schon sichtbar.

241 **I:** Und gibt es Maßnahmen, die Ihrer Meinung nach für alle Kinder mit und ohne per-
242 sistierende frühkindliche Reflexe hilfreich sind?

243 **B5:** Also das sind natürlich Bewegungserfahrungen aller Art, also sei es klettern, ren-
244 nen, hüpfen, krieche, wie auch immer. Also alle Bewegungen im Prinzip, die man ma-
245 chen kann drinnen und draußen. Ganz viel tasten, also Tasterlebnisse wirklich mit, mit
246 kneten, mit Sand, mit Matsch, also, ich sage mal, alles, dass was das Kinderherz zum
247 Strahlen bringt, tatsächlich. Unterstützen dann natürlich grob- und feinmotorische Be-
248 wegungen, also da auch nicht zu überbehütet mit, Oh Mann, mein Kind kann das noch

249 nicht und du bist noch zu jung und weiß ich nicht was, sondern wirklich die Kinder da
250 machen lassen, Erfahrungen sammeln lassen und unterstützend einfach beiseite ste-
251 hen und ja. Das wäre so das, was jedes Kind bräuchte.

19:31

252 **I:** Können Sie mir im Hinblick auf Materialien und Bücher noch Tipps mit auf meinen
253 Weg geben?

254 **B5:** Also die Bücher, die ich am besten fand, aber das sind die Klassiker, deswegen
255 weiß ich nicht, ob, ob, ob Sie die jetzt schon haben oder ob das was ganz Neues ist.
256 Das ist einmal das Buch Wieder im Gleichgewicht von Christine Sieber und Doktor
257 Carsten, genau. Dann gibt es Flügel und Wurzel von Dorothea Beigel. Und dann gibt
258 es so ein ganz schönes Buch, da sind so motorische Förderungen Ich wäre jetzt mal
259 eine Fledermaus. Da sind Spiele und Bewegungsgeschichten für Kinder, da steht auch
260 ein bisschen was über die, die Reflexe drinnen und da sind einfach ganz tolle Übungen
261 drinnen, die man mit den Kindern in jeder Turnstunde, Turnverein, Schule, zu Hause
262 oder wie auch immer durchführen kann.

263 **I:** Danke. Und möchten Sie sonst noch etwas sagen?

264 **B5:** Nein, ich finde das ganz toll, dass ich das hier unterstützen darf. Das wäre das
265 einzige, das ich gerne noch sagen möchte.

266 **I:** Ok, dann vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

267 **B5:** Sehr gerne.

9.2 Kategorien zur Auswertung der Interviews

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Der Mororeflex im Schulalltag	Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des Mororeflex im Schulalltag hinweisen	<p>B1: Zeile 102–115 ...Überreizung oder Überreizbarkeit...immer in so einer Anspannung, immer in einer so einer Hab-Acht-Stellung...durch körperliche Unruhe, durch Ängste...ganz schwer tun, wenn neue Situationen daherkommen...die dann ganz lange brauchen, bis sie sich integrieren können. Die sich dann oft einfach hinter den Eltern verstecken...Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite...Verminderte Lernfähigkeit und...sozialen Interaktionsprobleme...die auch ganz schlecht...mit Kritik umgehen können oder auch mal schnell in die Aggression gehen ...Haben eine niedrige Stresstoleranz</p> <p>B2: Zeile 126–187 ...Probleme im Gleichgewicht und in der Koordination, Ängstlichkeit, ... übersensibel sind auf Reize...reagiert auf alles, was da einströmt... ist die ganze Zeit abgelenkt und kann sich eigentlich auf seine Tätigkeit nicht konzentrieren ... ermüden dann sehr schnell,...Stimmungsschwankungen können sein,...mangelnde Konzentration und Ausdauer, Schulängste können...entstehen,...Abneigung gegenüber Veränderungen...Konzentrationsstörungen... Verhaltensauffälligkeiten...mangelndes Selbstwertgefühl...</p> <p>B3: Zeile 138–170, 192–198 ...von Außenstehenden als Kleinigkeiten wahrgenommene Dinge für das Kind ein großes</p>	Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes

		<p>Drama sind...schwer herausfiltern, was ist jetzt das für mich wichtig und auf was soll ich eigentlich mich jetzt konzentrieren...Konzentrations-schwierigkeiten, ganz leichte Ablenkbarkeit... wenig soziale Fähigkeiten...oft schwieriger, dass sie Freunde finden...die Kinder sich sehr zurückziehen und durch dieses Zurückgezogene dann auch weniger Freundschaften finden,...auch sehr Stimulus-gebunden...schwer, dass sie etwas fokussieren...schwerfällt, dass sie die Zeile verfolgen und da lesen...geringer Selbstwert...</p> <p>B4: Zeile 78–103</p> <p>...sehr schnell in, in Stress kommen,...sehr schnell überdreht sind und nicht mehr zur Ruhe kommen...Wutanfälle entwickeln oder aus vermeintlichen Nichtigkeiten heraus oder sich verstecken...sie sich allen Reizen zuwenden...starken Ablenkbarkeit...sich ständig vergewissern müssen, ob sie noch sicher sind, wenn zum Beispiel hinter ihnen etwas passiert oder wer herumläuft oder in der Klasse viel los ist, dass sie da einfach auch sich immer umdrehen müssen...gerne die Kontrolle behalten,... alles gleichbleibend haben wollen, überschaubar haben wollen, die Fäden in der Hand haben wollen...in neuen Situationen...schüchtern oder zurückhaltend sind oder noch ein bisschen klammern an den Bezugspersonen und nicht so offen rein gehen und nicht selten auch eher ängstlicher sind,...viele Dinge sie schneller verunsichern,...</p>	
--	--	--	--

		<p>B5: Zeile 77–86</p> <p>...durch die Lichtempfindlichkeit das weiße Blatt blenden kann und dadurch die Buchstaben anfangen zu tanzen und...Schwierigkeiten beim Lesen...Einfluss auf das Leseverständnis ...mein Körper die ganze Zeit in Alarmbereitschaft...Auswirkungen...auf die Konzentration und Aufmerksamkeit.</p>	
<p>Hilfestellungen beim Mororeflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden Mororeflex hinweisen.</p>	<p>B1: Zeile 128–138</p> <p>...Strukturen oder Routinen auch haben, die sie nachleben können...nicht den Sitzplatzwechsel mitmachen muss, wenn da jetzt die Klasse durchgemischt wird, sondern dass es wirklich so einen fixen Sitzplatz hat, die fixe Routine...in Ruhe mit dem Kind alles bespricht, ...mehr Raum...von der Zeit oder vom Erledigen von den Aufgaben...gerade einfach bei neuen Situationen, dass man das vorab vielleicht schon bespricht mit dem Kind, dass da etwas Neues daherkommt.</p> <p>B2: Zeile 270–310</p> <p>... mit der Therapeutin in Kontakt zu setzen...in der Klasse so hinzusetzen, dass es möglichst wenig Reize von vorne hat,...in die erste Reihe zu setzen...mehr Zeit lassen...an eine neue Situation zu gewöhnen...Abläufe ganz klar sind...Abläufe auch sichtbar machen...Veränderungen, damit das nicht so plötzlich kommt,...kleine Bewegungspausen machen...Lesecke...zur Ruhe kommen...</p> <p>B3: Zeile 198–209</p> <p>...dieser Selbstwert, da das Kind zu unterstützen und dem Kind zu helfen...unterstützt mit...der Gruppe zurecht zu kommen...also</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

		<p>Unterstützung auch in der Interaktion mit anderen Kindern...denen tut es wirklich weh, wenn sie diese schwarze Schrift auf weißem Untergrund immer lesen müssen. Da geht es vielleicht leichter,...färbige Heftumschläge gibt es da, die das darüber legen über diese schwarz-weiß, über das Papier, dass das dann für sie nicht so anstrengend ist, dass sie da diesen schwarz-weiß-Kontrast kompensieren müssen...</p> <p>B4: Zeile 122-146</p> <p>...alles was das Stresssystem reduziert...eine gute Beziehung zum Kind aufzubauen, die dem Kind auch Sicherheit vermitteln kann...klare Orientierung und Struktur vorgeben...ein Unterricht...klaren voraussehbaren, ja, Abläufen. Gut vorbereiten auf Dinge, die sich verändern oder wenn mal was anders ist und dann gegebenenfalls auf die Nähe des Kindes einfach durch die Nähe und Präsenz zu dem Kind diese Sicherheit zusätzlich vermitteln...einen Sitzplatz zu haben, wo hinter dem Kind geschützt ist, also dass nicht ganz viel hinter dem Kind Unvorhergesehenes passiert, so dass das Kind von hinten her sich so geschützt fühlt, dass es sich einfach auf das, was vor ihm geht, stattfindet, besser fokussieren kann...kleine Mahlzeiten zu sich nehmen können, damit sie nicht immer in den Unterzucker reinkommen...immer wieder Pausen einzubauen,...Bewegungseinheiten machen...für genug Auslauf sorgen, immer wieder aufstehen lassen zwischendurch...gegebenenfalls abschirmen der Reize durch reizärmere Lernplätze, Kopfhörer,...</p>	
--	--	--	--

		<p>B5: Zeile 95–115</p> <p>...eine angenehme Atmosphäre bezüglich Geräuschen oder auch Farbgestaltung im Klassenraum sorgen, feste Regeln, Rituale, die für Sicherheit, für mehr Sicherheit sorgen, eine feste und langfristige Sitzordnung...Klare Anweisungen bei Arbeitsaufträgen, also nicht so Schwammiges, dass die Kinder viel interpretieren und überlegen müssen, sondern wirklich ganz klar...gut lesbare Kopien, klar strukturierte Arbeitsblätter, die eben halt nicht zu viel Ablenkung auch auf den Blättern haben mit irgendwelchen Grafiken...zwischen durch etwas essen zu dürfen, also nicht nur zu den festgelegten Zeiten,...Viel Bewegung und Entspannung...die Räume tatsächlich angenehm gestalten...mit Pastelltönen...</p>	
<p>Der asymmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des asymmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag hinweisen</p>	<p>B1: Zeile 151–166</p> <p>...die Sprachentwicklung...Gleichgewichtsprobleme,...die Kinder haben unkoordinierte Arm- und Beinbewegungen...schwer bei dem räumlichen Einordnen, also beim Ball fangen...Verständnisprobleme...für Lese- und Schreibprobleme sehr prägnant...das Verständnis, also dieses Aufnehmen von Gesprochenem von der Lehrerin oder vom Lehrer...Umsetzen, diese auditive visuelle Wahrnehmung...mit der Mittellinie. Also Kinder, die dann den Zettel eher schräg hinlegen...beim Malen. Das heißt, sie haben von der Sitzhaltung dann immer dieses eingedrehte...dieses tollpatschige Verhalten, eben durch diese unkoordinierten Bewegungen.</p>	<p>Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes</p>

		<p>B2: Zeile 341–367</p> <p>...das Blatt zum Beispiel beim Malen oder beim Schreiben gedreht wird und dass die Kinder dann so schief sitzen...sich total verdrehen...Haltungsprobleme entstehen...eine Sehstörung entwickelt wird,...Haltungsstörungen entstehen, im Sinne der Skoliose, eines seitlichen Verziehens...Verspannungen bekommen...Uhrzeit lernen...Also alles, was so umfassendes Begreifen ist und ein Blatt als Ganzes erfassen, ist schwierig...eine Seite ist überhaupt nicht beschrieben oder bemalt...schreiben sie so, so schräg, also sie fangen an zwar links oben und mit der Zeit geht der Schriftbeginn immer mehr in die Blattmitte hinein,...Rechts-links-Unterscheidung...</p> <p>B3: Zeile 215–231</p> <p>...die Kinder oft so ein Problem haben mit der Mittellinie, mit der Körper-Mittellinien-Überkreuzung, dass es beim Schreiben schwierig wird...darum drehen die Kinder ganz oft das Blatt,...die kippen das teilweise bis zu 90 Grad das Blatt, einfach um beim Schreiben nicht über die Mittellinie zu müssen...eigentlich nur von unten nach oben schreiben oder lesen...Augenfolge-Bewegungen horizontal sind erschwert und die Überkreuzung der Mittellinie ist erschwert...keine eigene Seitigkeit entwickeln, keine Dominanz...Das kann aber nicht nur die Hände betreffen, sondern auch die Augen und die Ohren und die Beine und dann wird es auch oft schwierig, gerade beim Schauen oder auch beim Hören, ob ich jetzt rechts höre oder mal links höre, da wird es dann eben schwierig.</p>	
--	--	--	--

		<p>B4: Zeile 150–188</p> <p>...keine sichere Rechts- oder Linkshändigkeit haben...beim Lesen schwieriger ist, dass Buchstaben verschwimmen können und Zahlen ausgelassen werden, Ziffern ausgelassen werden, dass beim Lesen so immer so Sprünge von den Augenbewegungen her da sind. Oder auch das Verdrehen von Zahlen,...das Verdrehen von Zahlen oder Buchstaben...die Arbeitsrichtung falsch herum lesen, also nicht von links nach rechts, sondern von rechts nach links...beim Abschreiben durcheinander bringen kann...Graphomotorik ist ganz oft so, dass der ganze Arm, Schulter-, Nackenbereich, Hand, sehr angespannt ist...viel schwieriger und anspruchsvoller, so geschwungene Linien zu schreiben oder Formen oder Figuren zu schreiben oder auf den Linien zu schreiben oder genau in so ein Kästchen hinein zu schreiben...die Stifthaltung...sehr verkrampft ist, die Kinder fest aufdrücken...drehen auch das Blatt,...90 Grad gedreht ist, um auch der Kopfbewegungen entgegenzuwirken oder, oder, oder lümmeln so, dass sie den Kopf halten oder aufstützen,...nicht schnell beim Schreiben, also Schreibtempo...weil die Graphomotorik so anspruchsvoll ist, ist natürlich auch die Rechtschreibung leidet dann oft darunter, weil nicht gleichzeitig auf alles geachtet werden kann...nicht immer am Anfang der Zeile anfangen, sondern immer weiter hinein rutschen am Zeilenanfang, sodass der Zeilenanfang immer weiter im Blatt drinnen anfängt,...</p>	
--	--	--	--

		<p>B5: Zeile 118–126</p> <p>...meinen Nachbarn neben mir einen Tritt oder einen Schlag verpasse...das versetzt mich natürlich auch in, in Stress...das geht auf die Aufmerksamkeit, das führt natürlich zu Unruhe und auch natürlich ein bisschen zu, zu Frustration, weil ich, wie gesagt, meinen eigenen Körper überhaupt gar nicht unter Kontrolle habe...</p>	
<p>Hilfestellungen beim asymmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden asymmetrisch tonischen Nackenreflex hinweisen.</p>	<p>B1: Zeile 166–175</p> <p>...dieses Wissen darum,...was das koordinative, das gleichgewichtsmäßige...dass man da mehr vielleicht das mehr integriert...dass es im Sportunterricht zum Beispiel mehr gefördert wird, dass es im freien Lernen, in der Förderstunde eventuell die Möglichkeit bekommt, dass man da auf das körperliche schaut,...dass man ganz klar spricht und ganz klar auch dieses Aufnehmen, Erfassen vom Kind von dem Defizit, dass man da eingeht.</p> <p>B2: Zeile 325–330</p> <p>...diese Kinder nicht seitlich zur Tafel setzt, sondern mit dem Blick frontal nach vorne...</p> <p>B3: Zeile 233–241</p> <p>Zum Beispiel die Kinder so sitzen lassen, wie sie wollen. Also das Kind das, das Blatt drehen lassen...Übungen auch zur Mittellinien-Überkreuzung, die helfen den Kindern sicher auch. Schwierig...eine U-förmige Sitzordnung...für so ein Kind ist eigentlich eine frontale Sitzordnung ideal...</p> <p>B4: Zeile 190–203</p> <p>...frontal sitzen günstig...nicht zu, zu streng mit der Graphomotorik zu sein,...beim Lesen</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

		<p>Schablonen verwenden oder mit dem Finger zeigen, damit man die Zeile nicht so verliert...Spezialaufsätze, dass die Stifthaltung leichter ist...nicht Zeitdruck, Zeitdruck entstehen lassen und vielleicht auch mal das schreiben abnehmen lassen und mündliche Wissensüberprüfungen machen zwischendurch und das Schreiben abnehmen...großzügig Linien und Platz geben, dass sie nicht so in das Kleine hineinschreiben müssen.</p> <p>B5: Zeile 128–142</p> <p>...einen Sitzplatz frontal zur Tafel. Da sind diese klassischen U-Sitzformen...die sind nicht geeignet...Genügend Platz rechts und links...Beim Lesen eine Leseschablone oder den Lesefinger benutzen, das hilft den Kindern auch sehr viel und beim Abschreiben die Blätter übereinander legen und nicht nebeneinander...</p>	
Der symmetrisch tonische Nackenreflex im Schulalltag	<p>Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des symmetrisch tonischen Nackenreflex im Schulalltag hinweisen</p>	<p>B1: Zeile 185–190</p> <p>...durch das Koordinative und durch das Gleichgewicht. Motorische Schwächen...Entwicklungssprünge übersprungen werden, wie zum Beispiel das Krabbeln...dem visuellen, also da kann tendenziell auch sein, dass Kinder eben die Probleme haben mit dem Sehen, also Sehschwäche, Sehfehler...</p> <p>B2: Zeile 377–385</p> <p>...motorische Auffälligkeiten, motorische Unruhe...das Krabbeln zum Beispiel auslösen...verspannte Muskeln...starre Körperhaltung...keinen Purzelbaum machen können...Schwimmen lernen, ja, ein Problem. Die Kinder gehen auf Zehenspitzen...</p>	<p>Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes</p>

		<p>B3: Zeile 243–258</p> <p>...körperliche Unruhe...sitzen sich dann oft auf die Beine drauf oder sie liegen auf dem Tisch...schwierig ist, ist die Augenfolgebewegung vertikal...beim rauf runter schauen immer wieder so den Fokus verlieren...und dann müssen sich die Kinder wieder auf dem Blatt neu orientieren und schauen wo, wo sie eigentlich gerade sind.</p> <p>B4: Zeile 206–222</p> <p>...Sitzhaltung...die Kinder sind dann ständig am herumwuseln...im Zehenspitzen-gang...beim Ball fangen ungeschicklicher...im Turnen sage ich jetzt mal generell ungeschickter sind...ihre Beine fixieren, also dass sie zum Beispiel knien oder, oder um den Stuhlbein so die Beine wickeln...mehr Zeit brauchen und nicht so schnell schreiben können...</p> <p>B5: Zeile 144–149</p> <p>...meine Beinstellung verändert. Was natürlich das Lesen und Schreiben erschwert...schnelle, schnelle Ermüdung und ja dazu führt auch, dass ich mich einfach viel schneller bewege, was dann wiederum zu Unruhe führt.</p>	
<p>Hilfestellungen beim symmetrischen Nackenreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden</p>	<p>B1: Zeile 192–201</p> <p>...Bewegungsfreiraum...guten Platz hat zum Sehen...Sitzpositionen eher frei wählen darf...teilweise auch am Boden sitzen...genug Platz hat...vielleicht einen Tisch alleine hat, dass es sich da ein bisschen ausbreiten kann.</p> <p>B2: Zeile 390–414</p> <p>...Kinder einmal am Boden sitzen können. Oder sie dürfen sich auf den Bauch</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

	<p>symmetrisch tonischen Nackenreflex hinweisen.</p>	<p>legen...auch auf den Rücken legen...Sitzpöster auf dem Sessel...Sitzhaltung am Sessel variieren dürfen, das heißt ein Bein unterschlagen zum Beispiel...auch im Fersensitz so am Sessel sitzen...die Tafel nicht ganz so weit nach oben gestellt ist, ja, weil die Kinder sitzen ja relativ tief...schauen, dass man mehr in ihrem Blickfeld ist, wo vielleicht nur die Augen sich auf- und abbewegen müssen, aber nicht der ganze Kopf...</p> <p>B3: Zeile 260–269 ...Stehpulte, dass sie stehen dürfen beim Schreiben...auch eine Möglichkeit, wenn die Kinder im Liegen schreiben dürfen...viel Bewegung, wenn sie in der Pause, bewegte Pause brauchen die Kinder oder als Lehrerin erlauben, dass das Kind drei Mal während der Stunde aufs Klo geht...</p> <p>B4: Zeile 223–234 ...auch vermeintlich ungünstige Sitzhaltungen toleriert...im Stehen Kinder arbeiten zu lassen oder, oder auch eben kniend oder am Boden liegend...ein abgeschrägter Pult leichter...Ausreichend Zeit geben, schriftliche Arbeiten...eher kürzer halten...häufig kürzere Intervalle und dann wieder Pausen einbauen, nicht zu lange...also sehr viel von der Tafel abschreiben lassen, sondern eher auch wieder auf dem Papier das anbieten, dass sie dann eher nicht immer diese Kopfposition-Haltung einnehmen müssen...</p>	
--	--	--	--

		<p>B5: Zeile 151–158</p> <p>...die Sitzposition, dass die Kinder einmal sitzen dürfen, beispielsweise auf der Sitzkante, dass sie die Beine gestreckt halten dürfen oder arbeiten im Stehen, dass sie genug Platz haben zum Arbeiten und eben halt nicht, nicht, nicht so eingengt sind und hier auch das schriftliche Arbeiten unterbrechen mit, mit verschiedenen Techniken. Dass sie zwischendurch zum Beispiel einbauen etwas zu unterstreichen oder anzukreuzen oder irgendwie so was, dass quasi nicht so monoton immer das Gleiche ist, weil dadurch verändert man natürlich auch immer wieder seine, seine Position.</p>	
<p>Der Saug- und Suchreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des Saug- und Suchreflex im Schulalltag hinweisen</p>	<p>B1: Zeile 203–217</p> <p>...Überempfindlichkeit da im Mundbereich...Artikulation nicht so klar ist, also eher eine undeutliche Artikulation...bei gewissen Wörtern oder wenn Kinder viel sprechen müssen...ein bisschen der Speichelfluss übrig bleibt...beim Pfeifen zum Beispiel schwerer...im Singen...oder auch so pusten. Oder...Ansaugübungen...der Palmar-, Such- und Plantarreflex sind ja irgendwie auch so miteinander verbunden...dadurch auch eine Auswirkung auf die Feinmotorik hat...zum Beispiel die Stifte beißen oder dass sie Nägel kauen oder dass sie irgendetwas im Mund haben.</p> <p>B2: Zeile 421–432</p> <p>...Nägel beißen, ja, also die immer gerne irgendwas im Mund haben, ja, die da sehr unruhig sind...auch Sprachprobleme haben...Sprachfehler haben oder eine Sprachauffälligkeit...ein Lispeln...oder das Verschlucken von irgendwelchen Konsonanten...</p>	<p>Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes</p>

		<p>B3: Zeile 275–284</p> <p>...äußert sich durch Mundbewegungen vielleicht beim Schreiben, dass da die Zunge dabei ist. Auch beim Essen...die Zungenlage ist oft falsch...oft logopädische Schwierigkeiten ...Sprachfehler, Sprechfehler, die haben oft Schwierigkeiten mit der Aussprache und dadurch halt natürlich auch oft dann Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache...die Sprechentwicklung die macht etwas...</p> <p>B4: Zeile 236–245</p> <p>...die ständig irgendwelche Dinge...in den Mund nehmen, also sei es Stifte kauen oder T-Shirts kauen...undeutlich und verwaschen sprechen, also dass da auch die Sprachentwicklung...Hypotonie da im Mundbereich...vermehrten Speichelfluss.</p> <p>B5: Zeile 160–164</p> <p>...durch Sprachprobleme zeigt und dass man ständig irgendwo drauf am Kauen ist, ganz oft diese Stifte...oder die Pullis oder irgendwelche Tücher oder sonst irgendwas... geht es viel auf die Sprache, die Artikulationsmöglichkeit.</p>	
<p>Hilfestellungen beim Saug- und Suchreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden Saug- und</p>	<p>B1: Zeile 225–230</p> <p>...die Buchstaben oder Wörter ganz, ganz, ganz klar und deutlich aussprechen zu lassen, dass man sie eben zum Beispiel auch fördert, diese Muskulatur zu trainieren mit Puste- oder Saugspielen. Genau, vorlesen ist da ganz wichtig, weil man da wirklich die Artikulation von anderen sehr deutlich vorgesprochen bekommen.</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

	Suchreflex hinweisen.	<p>B2: Zeile 440–464 ...Kontakt zur Logopädin...nicht dauernd ermahnen, weil es bringt nichts...</p> <p>B3: Zeile 286–287, 289–295 Also der Such- und Saugreflex glaube ich, hilft nur Reflexintegration...als Lehrerin erlauben, dass das Kind an, an, an Stiften knabbert, dass das Kind mit Strohalm trinkt...</p> <p>B4: Zeile 247–250 ...einfach tolerieren, dass sie das machen...</p> <p>B5: Zeile 166–171 ...ein gutes Vorbild sind in Ihrer Sprache, also hier klar und deutlich sprechen...wenn möglich, täglich vorlesen, dass Sie Zungenbrecher üben, Gedichte üben...das ständige Wiederholen...von gewissen Texten im Prinzip mit sich gibt. Dann Spiele zu Mund- und Fingermotorik verwenden und häufiges Singen...</p>	
<p>Der Palmarreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des Palmarreflex im Schulalltag hinweisen</p>	<p>B1: Zeile 233–239 ...auffällige Stifthaltung...sehr verkrampfte Stifthaltung...die Handschrift dann ganz krakelig oder schlecht zum Lesen ist...wenn sie malen oder sich konzentrieren beim Schreiben, dass der Mund sich mitbewegt oder die Zunge dann raussteht...die Sprachentwicklung, also Sprachverzögerung–also Entwicklungsverzögerung bei der Sprache lernen und eben auch die Artikulation und auch so feinmotorische Probleme oder manuelle Ungeschicklichkeit...</p> <p>B2: Zeile 466–489 ...sehr stark in das Schreiben hineinwirkt...im Sinne des Schriftbilds...sehr viel Kraft</p>	<p>Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes</p>

		<p>einsetzen...manuelle Geschicklichkeit fällt eben oft schon sehr früh auf...Kinder tun sich wahnsinnig schwer mit Schere...Überempfindlichkeit an der Handinnenfläche...auch kombiniert mit Sprachproblemen...</p> <p>B3: Zeile 297–308 ...schlechte feinmotorische Fähigkeiten, falsche Stifthaltung...auch die Mundmotorik beeinträchtigt ist...</p> <p>B4: Zeile 252–254 ...Stifthaltung...noch sehr angespannt, sehr fest ist...sehr viel Druck angewendet wird.</p> <p>B5: Zeile 173–175 ...die Sprache und aber auch auf die Handschrift, da ist also eine ganz schlechte Handschrift, ganz abgehakt und verkrampte Stifthaltung.</p>	
<p>Hilfestellungen beim Palmarreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden Palmarreflex hinweisen.</p>	<p>B1: Zeile 239–246 ...beim Malen, beim Kneten, so verschiedene Tonarbeiten vielleicht anbietet...Stifthilfen, ...diesen richtigen Griff vom Stifthalten besser ausüben kann. Fingerspiele, auch so instrumentaler Unterricht...</p> <p>B2: Zeile 490–512 ...wenn es darum geht, mit Füllfeder zu schreiben zu lernen, ja, dem Kind vielleicht trotzdem noch die Chance gebe, mit einem anderen Stift zu schreiben ... einen dickeren Stift, der irgendwie nicht so viel Kraft erfordert zu halten...Griff-Verdickungen verwenden oder eine Schere, die man nicht in die Hand hineinnimmt...Die gehen automatisch auf und zu...</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

		<p>B3: Zeile 310–315 ...als Lehrerin kann ich nur nachsichtig sein, dass da das Kind einfach wirklich nicht mehr zusammenbringt feinmotorisch...</p> <p>B4: Zeile 256–260 ...vorübergehend schon irgendetwas auf den Stift hinaufsteckt...besser gehalten werden kann und klarer ist für das Kind, wie die Haltung sein darf...nicht zu, zu lange und zu viel auf einmal schreiben lassen, weil das schon sehr ermüdend ist für das Kind.</p> <p>B5: Zeile 177–179 ...Fingerspiele zu machen oder auch Dinge wie malen, kneten, reißen, knüllen, also alles im Prinzip was irgendwie die, die, die, die Fingerbewegung im Prinzip aktiviert.</p>	
Der Plantarreflex im Schulalltag	Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des Plantarreflex im Schulalltag hinweisen	<p>B1: Zeile 248–254 ...Zehenspitzenangang...unsicheren Gang...von der Körperspannung recht angespannt...versteift...Dann so einrollende Zehen...schwer tun...Socken anziehen oder so um Schuhe anziehen.</p> <p>B2: Zeile 514–552 ...Überempfindlichkeit auf der Fußsohle...nicht gerne Socken tragen, nicht gerne Schuhe tragen...auf Zehenspitzen laufen...mit Laufspielen nicht sehr viel Freude haben in der Schule...sitzen gerne im Zwischenfersensitz...Schneidersitz könnte ein Problem werden...Fersensitz mögen sie auch gar nicht...mit Fußentwicklungsstörungen...Gleichgewichtsprobleme, ja...im Turnen das Kind ist einfach so ungeschickt...stolpert viel, läuft auf</p>	Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes

		<p>den Zehenspitzen, hat keinen Spaß am Fangenspielen...beim Umziehen in der Garderobe ist das Socken anziehen auch immer ein Thema...keine Hausschuhe anziehen...</p> <p>B3: Zeile 317–325 ...durch ein auffälliges Gangbild...die Körperhaltung, das merkt man...beim Turnunterricht...wenn die Körperhaltung schräg ist, wirkt sich das auch auf das Sprechen aus...Gleichgewichtsschwierigkeiten...</p> <p>B5: Zeile 181–182 ...auf die Handschrift oder eben halt auch auf die Sprache.</p>	
<p>Hilfestellungen beim Plantarreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden Plantarreflex hinweisen.</p>	<p>B1: Zeile 254–263 ...beim Anziehen helfen oder...mehr Zeit einräumen...Zehenübungen...bisschen lockern...mit Massagebällen...kleine Übungen...wo einfach die Belastung vom Fuß nicht nur von einem Teil vom Fuß, sondern vom ganzen Fuß stattfindet.</p> <p>B2: Zeile 552–565 ...das Kind bestärken, ja...sie für das zu tadeln, was sie nicht können ist keine gute Idee...dort abholen, wo sie sind, im Sinne von, sie haben ein Potenzial, sie können etwas sehr sehr gut und das bestärke ich und lobe sie...</p> <p>B3: Zeile 327–328 ...anregen zur körperlichen Betätigung...</p> <p>B5: Zeile 184–188 ...mit der, mit der Position, wie die Kinder stehen...</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

<p>Der spinale Galantreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Auswirkungen des spinalen Galantreflex im Schulalltag hinweisen</p>	<p>B1: Zeile 265–287 ...Bettnässen oder Einnässen nach dem Alter von fünf Jahren oder auch so häufiger Harn-drang...Verdauungsprobleme...motorische Unruhe. Also gerade, wenn es um das Sitzen geht...ständig wetzen, sich nicht anlehnen können...Tollpatsch-Syndrom...beim Essen die Gabel hinunterfällt ständig oder das Glas wieder umgeschüttet wird...Abneigung von enger Kleidung im Generellen und ganz speziell, wenn es beim Lendenwirbelbereich, also zum Beispiel ein Gürtel oder enge Jeans oder so. Übermäßige Schwatzhaftigkeit...Auswirkung auf die Konzentration, Konzentrationsfähigkeit...verminderte Kurzzeitgedächtnis...schwer tun, bei so Reihenfolgen vervollständigen...</p> <p>B2: Zeile 569–576, 619–637 ...unruhig werden, wenn es um Ausflüge geht, weil sie ganz genau wissen, da haben sie kein Klo in der Nähe, ja...eine Haltungsasymmetrie entwickelst, ja, im Sinne auch wieder einer Skoliose...Hüftgelenksentwicklung eingeschränkt ist...Auffälligkeiten haben in seinem Gangbild...komisch humpelt oder so und es geht einwärts, ja, vor allem auf einer Seite, da dreht der Fuß immer hinein...stolpert...Kurzzeitgedächtnisprobleme, Konzentration, ja, motorisch unruhige Kinder...</p> <p>B3: Zeile 330–345 ...eine körperliche Unruhe...schwierig fürs Kind da ruhig sitzen zu bleiben...auf die Regulation unserer Blase, das heißt, die Kinder haben oft das Problem, dass sie noch</p>	<p>Nur konkrete Auswirkungen im Alltag der Schule, keine Beschreibungen des Reflexes</p>
---	--	---	--

		<p>Bettnässen, kann auch bis, bis, ja, kann auch noch Zehnjährige treffen oder später noch...Kinder fahren dann halt nicht mit, wenn man auf Klassenfahrt fährt...</p> <p>B4: Zeile 266–268, 275–280 ...im unteren Rücken irgendwie Berührungen...so herumwuseln...ruhig sitzen nochmal total schwierig...Kleidung sehr störend...das Einnässen.</p> <p>B5: Zeile 193–197 ...motorische Unruhe...unruhig auf seinem Stuhl, himpelt die ganze Zeit hin und her, probiert nicht die Lehne zu berühren und das geht natürlich auch auf die Aufmerksamkeit und die Konzentration.</p>	
<p>Hilfestellungen beim spinalen Galantreflex im Schulalltag</p>	<p>Alle Textstellen, die auf Hilfestellungen von Seiten der Lehrperson bei Kindern mit einem persistierenden spinalen Galantreflex hinweisen.</p>	<p>B1: Zeile 287–298 ...immer diese Freiheit gegeben ist, dass man dem Harndrang nachgehen kann...motorische Pausen anbietet...motorische Freiheit auch genommen werden kann und eventuell auch von der Sitzmöglichkeit...Möglichkeiten über Bälle oder auch andere Sitzpösterchen...</p> <p>B2: Zeile 599–618 ...immer wieder daran erinnern, dass sie trinken...jederzeit aufs Klo gehen, ja, auch fünf Minuten nach dem Läuten, nach der Pause...</p> <p>B3: Zeile 347–352 ...fällt mir jetzt echt nichts ein, wie man da unterstützen kann. Da kann man als Lehrerin einfach nur sagen, ok, ich weiß, was dich beschäftigt, ich weiß, dass du da ein Problem hast und</p>	<p>Nur Methoden, die Lehrpersonen in der Schule einsetzen können</p>

		<p>darum lasse ich dich einfach ein bisschen unruhiger sein.</p> <p>B4: Zeile 266–277, 282–291 ...ob man einen Stuhl nimmt ohne Lehne...zulässt, bisschen eine bequemere Kleidung zu tragen...man schickt es aufs Klo...</p> <p>B5: Zeile 199–211 ...Möglichkeit hätten, im Stehen oder im Liegen sogar zu arbeiten...Sitzmöglichkeiten auch, die keine Rückenlehne haben, da gibt es ja Gymnastikbälle und Gesundheitsstühle...Kinder so viel trinken dürfen, wie sie wollen, auch währenddessen und auch regelmäßig auf die Toilette gehen dürfen...Toilettengang...frei zu gestalten.</p>	
--	--	--	--

10 Eidesstaatliche Erklärung

"Ich erkläre, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt."

(Satzung der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig, Studienrechtlichen Bestimmungen §5 (p))

Oberalm, April 2024

Anna-Sophie Zipfer

