



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Was bewegt Kinder mit ADHS und wie können sie
bewegt werden?
Psychomotorische Förderung für die Integration von
Kindern mit ADHS in der Grundschule“

verfasst von / submitted by

Bettina Trimmel, BEd

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Psychomotorik

Betreut von / Supervisor:

Univ. Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	1
2	Einleitung	2
3	Was ist ADHS?	5
3.1	Begriffsklärung	5
3.1.1	Klassifikation und Symptome	6
3.1.2	Häufigkeit	10
3.1.3	Komorbide Störungen	10
3.2	Entstehungsfaktoren	11
3.2.1	Genetische Aspekte	12
3.2.2	Psychosoziale Aspekte	12
3.2.3	Neuropsychologische Aspekte (Exekutive Funktionen)	13
3.2.4	Neurochemische Aspekte	14
3.3	Therapiemöglichkeiten	15
3.3.1	Beratung und Maßnahmen im Alltag	15
3.3.2	Pädagogisch – psychologische Therapien	17
3.3.3	Kognitive Verhaltenstherapie	18
3.3.4	Medikamentöse Therapie	19
3.4	Zwischenresümee	20
4	Psychomotorik	21
4.1	Definition	21
4.2	Geschichte der Psychomotorik	23
4.3	Menschenbild	24
4.3.1	Das humanistische Menschenbild	24
4.4	Ziele und Inhalte der Psychomotorik	27
4.4.1	ICH-Kompetenz	28
4.4.2	SACH-Kompetenz	28
4.4.3	SOZIAL-Kompetenz	29
4.5	Psychomotorische Ansätze für die Arbeit mit Grundschulkindern (mit ADHS)	30
4.5.1	Kindliche Entwicklung im Grundschulalter	30
4.5.2	Konzeptionelle Ansätze der Psychomotorik	35
4.6	Zwischenresümee	39
5	Unterstützung der Kinder mit ADHS im Grundschulalltag	40
5.1	Psychomotorische Rahmenbedingungen in der Schule	40
5.1.1	Pädagogische Maßnahmen	41
5.1.2	Unterrichtsspezifische Maßnahmen	43
5.2	Psychomotorik im Bewegungsraum	46
5.2.1	Rahmenbedingungen psychomotorischer Fördereinheiten	46
5.2.2	Aufbau psychomotorischer Bewegungseinheiten	48
5.3	Psychomotorisches Praxiskonzept	51
5.3.1	Das Spiel	51
5.3.2	Psychomotorische Einheit	53
5.3.3	Psychomotorische Übungs- und Spielesammlung	57
5.4	Zwischenresümee	60
6	Diskussion	61
7	Zusammenfassung	63
	Literaturverzeichnis	66
	Abbildungsverzeichnis	70
	Tabellenverzeichnis	71
	Abstract..	72

1 Vorwort

ADHS ist seit Jahrzehnten ein viel diskutiertes und kontroverses Thema, welches von vielen Menschen sehr vorschnell als Begriff für auffällige Kinder verwendet wird. Die meisten kennen den Begriff ADHS vom Hören, vielleicht nur Einzelheiten, nie aber die Fakten und Details. Auch ich habe über ADHS immer nur einzelne Inhalte, sei es in meiner Ausbildung zur Volksschullehrerin, in meiner Schulzeit oder in den Medien, erfahren, mich aber mit dem Thema nie näher und vertiefender auseinandergesetzt. Es war aber immer schon mein Wunsch, spätestens als ich selbst in meiner eigenen Klasse vor ein paar Jahren einen Jungen unterrichtete, der ADHS diagnostiziert bekommen hat, mich mit dem Thema genauer auseinanderzusetzen sowie mehr darüber und für meinen Unterricht zu erfahren. Da war es für mich klar, dass ich mich nun in meiner Master-Thesis mit ADHS beschäftigen und dies mit der Psychomotorik verbinden möchte. Bei der Erstellung meiner Master – Thesis erhielt ich wichtige Einblicke in die Thematik Hyperaktivität und vor allem, wie ich damit im Unterricht umgehen, diese Kinder bestmöglich unterstützen und wie ich mit psychomotorischer Förderung alle meine Kinder fördern und fordern kann.

Mein Dank gilt meiner Familie und meinem Mann, die mit mich mit den wohlwollenden Worten immer wieder auf das Neue bestärkt haben und mir zur Hilfe standen, wie zum Beispiel beim Lesen der Arbeit.

Weiters möchte ich meiner Freundin und Studienkollegin Petra Tschach danken, die mir mit Rat und Tat zu Seite stand, bei Fragen, aber auch mit aufmunternden Worten, wenn die Motivation am Schreiben einmal abflaute.

Zuletzt möchte ich mich für die Unterstützung bei den Leitern der Lehrveranstaltung Wissenschaftliches Arbeiten, Dr. Michael Methlagl und Mag.^a Nina Stuppacher sowie bei meinem Betreuer, Univ. Prof. Mag. Dr. Otmar Weiß, bedanken.

„Ein Kind ist wie ein Schmetterling im Wind. Manche fliegen höher als andere, aber alle fliegen so gut sie können. Sie sollten nicht um die Wette fliegen, denn jeder ist anders, jeder ist speziell und jeder ist wunderschön“ (unbekannt).

Frei nach diesem Zitat, sollten wir alle Kinder wie einen Schmetterling sehen. Gerade in der psychomotorischen Förderung spiegelt sich das so wunderbar wieder. Die Psychomotorik sollte zur Lebenseinstellung werden, die wunderbar im Alltag mit Kindern einzusetzen ist. Abschließend möchte ich sagen, dass mich diese Arbeit, aber insbesondere das Studium Psychomotorik, in meiner Lebenseinstellung ein Stück weit verändert haben und ich mich nun auch auf einem wunderbaren Weg der eigenen Persönlichkeitsentwicklung befinde. Danke dafür an das tolle Studiumsangebot!

2 Einleitung

Quirlige Kinder und Wirbelwinde oder die nicht stillhaltenden Zappelphilippe sind nur einige von vielen Bezeichnungen für Kinder mit ADHS oder einer Hyperaktivitätsstörung. ADHS zählt zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter (Jenni, 2016, S. 271). 5-7% der Schüler und Schülerinnen haben ADHS diagnostiziert bekommen. Das heißt ungefähr ein Kind pro Klasse (KIGGS Study Group et al., 2014; zit. n. Mackowiak & Schramm, 2016, S. 5).

Die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung äußert sich durch Unaufmerksamkeit, mangelnde Impulskontrolle und motorische Hyperaktivität. Diese Hauptmerkmale und noch einige weitere begleiten die Betroffenen von der Kindheit an, bis ins Erwachsenenalter und darüber hinaus. Vor allem mit Eintritt in die Grundschule kommt es häufig zur Verschlechterung der Symptome, da hier Ruhe, Konzentration und Fokussierung für die Wissensvermittlung gefordert sind und werden (Wohnhas-Baggerd, 2008, S. 11).

Die Kinder werden so schon von Früh an mit negativen Äußerungen, Ablehnung und Konflikten verschiedenster Art konfrontiert. Aus der Negativspirale ist es für sie schwierig herauszukommen, da Kinder mit ADHS sehr oft missverstanden oder nicht verstanden werden. Die Schullaufbahn hindurch werden sie meist auf ihre Störung hin reduziert, ständig ermahnt oder abgelehnt – es ist hier nicht verwunderlich, warum die betroffenen Kinder dann noch verhaltensauffälliger werden (Wohnhas-Baggerd, 2008, S. 11f).

Gerade das Anderssein und der ständige Bewegungs- oder Rededrang dieser Kinder ist für uns Lehrer und Lehrerinnen im geregelten Schulalltag oftmals eine große Herausforderung und die Frage nach rascher Hilfe drängt sich auf. „Zugang zum Kind wäre [...] mehr ein Hineinhorchen in die Individualität, die Andersartigkeit, das Nicht-Normale, was immer es sein soll“ (Passolt, 2003, S. 8).

Im Umgang mit hyperaktiven Kindern ist ein Schubladendenken wenig von Vorteil. Der Balanceakt zwischen Ärger, Aggression, Abneigung und den positiven Seiten, wie Einfühlbarkeit, Verständnis miteinander leben und voneinander lernen, ist nicht immer einfach, schon gar nicht im oftmals schwierigen Schulalltag. Zwar wird der Weg, den man gemeinsam mit solchen Kindern geht, nicht immer leicht sein und es wird auch kein Rezept dafür geben, wie jemand am besten mit ihnen umgehen kann, jedoch besteht die Chance, mehr Empathie sowie Verständnis für ihre Situation zu entwickeln und gemeinsam daran zu wachsen (Passolt, 2003, S. 8).

Wie kann also Kindern mit ADHS Raum gegeben werden, um mit ihnen im Schulalltag gut zu leben und zu arbeiten? „Was kann da naheliegender sein, als in der Arbeit mit hyperaktiven Kindern an dem Punkt zu beginnen [...] was ihnen ihr Liebstes ist. Was viele ihnen verbieten: an und mit der Bewegung zu arbeiten und zu leben“ (Passolt, 2003, S. 8f).

Aufgrund dieser Feststellung von Passolt (2003, S. 8f), hinsichtlich einer wichtigen Therapiechance für Kinder mit ADHS, nämlich Bewegung – Bewegung mit dem ganzen Körper, Geist und Seele, beschäftigt sich die Verfasserin in dieser Arbeit mit diesem Thema, genauer in einer der Forschungsfragen, die lautet:

- Wie kann Psychomotorik Kinder mit ADHS im Schulalltag unterstützen und dazu beitragen, einzelne Kinder mit ADHS in der Klasse zu integrieren?

Da drängt sich natürlich die Frage auf: Warum sollen nur Kinder mit ADHS gefördert werden? Wäre es nicht für alle Beteiligten, Klassenkollegen, Lehrer und Lehrerinnen, von Vorteil, wenn die psychomotorische Förderung für sie alle eingesetzt wird? Deswegen beschäftigt sich die Verfasserin mit einer zweiten wichtigen Forschungsfrage:

- Wie können Klassenkollegen und Klassenkolleginnen von Kindern mit ADHS in der Gruppe gestärkt werden?

In dieser Master-Thesis soll daher geklärt werden, wie Psychomotorik, als ganzheitliche Fördermethode, Kinder mit ADHS im Schulalltag unterstützen und diesen Kindern helfen kann, sich in der Klassengemeinschaft zu integrieren. Die psychomotorische Förderung soll jedoch auch den anderen Klassenkollegen und Klassenkolleginnen zugutekommen und sie im Miteinander stärken.

Im ersten Kapitel werden zunächst der Begriff ADHS definiert, die wichtigsten Symptome und Klassifizierungskataloge vorgestellt, sowie begleitende Störungen, wie Störungen des Sozialverhaltens (Schramm, 2016, S. 25) beschrieben. Weiters werden die verschiedensten Entstehungsfaktoren gegenübergestellt, einzelne Therapiemöglichkeiten, außer die Psychomotorik, die in Kapitel 4 ausführlich behandelt wird, beleuchtet und eine kurze Kritik an der oftmals schnellen Diagnose der ADHS geübt.

Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich mit der Psychomotorik, ihren wesentlichen Grundgedanken und mit dem Ansatz der kindzentrierten psychomotorischen Entwicklungsförderung als Therapiemethode für Kinder mit ADHS (Zimmer, 2012, S. 11).

Im anschließenden Kapitel geht die Verfasserin detaillierter auf die Psychomotorik als unterstützende Methode für Kinder mit ADHS im Grundschulalltag ein und klärt wichtige Rahmenbedingungen des Schulsystems, sowie pädagogische und unterrichtsspezifische

Maßnahmen, besonders für Kinder mit der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung. Ein abschließendes psychomotorisches Praxiskonzept, mit beispielhaften Stundenbildern, zeigt auf, welche Chance Psychomotorik als Fördermethode für Kinder mit ADHS und deren Klassenkollegen und Klassenkolleginnen im Schulalltag sein kann.

Ziel der Master-Thesis ist es, herauszufinden, wie ADHS-Kinder und auch deren Klassenkollegen und Klassenkolleginnen optimal im Unterricht der Grundschule (in der Klasse oder im Bewegungsraum) mit einem psychomotorischen Bewegungskonzept unterstützt werden können.

Die wichtigsten Erkenntnisse werden in der Diskussion gegenübergestellt und diskutiert. Die Zusammenfassung der Master-Thesis bildet den Abschluss dieser Arbeit.

3 Was ist ADHS?

Im folgenden Kapitel wird der Begriff ADHS genauer definiert und beleuchtet, seine unterschiedlichsten Ursachen thematisiert und mehrere Therapiemöglichkeiten diskutiert und beschrieben.

3.1 Begriffsklärung

ADHS ist kein modernes Störungsbild unserer Zeit. Die Symptome, wie motorische Unruhe, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, sind schon seit mehreren Jahrzehnten bekannt. Im 19. Jahrhundert wurden alle Menschen, die die zuvor genannten Symptome aufwiesen, als ‚hyperaktiv‘ beschrieben. Auch in der Geschichte des Zappelphilipps von Heinrich Hoffmann spiegeln sich diese Grundmerkmale eines hyperaktiven Kindes wieder (Neuhaus, 2016, S.14).

Eine einheitliche Definition der Störung hat es lange Zeit nicht gegeben und ist auch heutzutage noch schwer zu finden. In den 1950er Jahren fand man heraus, dass bei Menschen mit ADHS eine „minimale Hirnschädigung“ vorhanden sei und nannte das Syndrom ab sofort minimale zerebrale Dysfunktion (Neuhaus, 2016, S. 14f). Zum Störungsbild zählten nun auch Lernstörungen und Teilleistungsstörungen und es wurde ein Zusammenhang mit der Störung im Gehirn vermutet. Da aber eine genaue Abgrenzung der verschiedenen Störungen nicht möglich war und auch die hirnorganische Störung nicht genau belegt werden konnte, ging man sehr schnell zu einer anderen Begriffsfindung über (Wohnhas-Baggerd, 2008, S.17). Zunächst wurden dann in der Literatur und Forschung die Begriffe „hyperkinetisches Syndrom, Hyperaktivität oder hyperkinetische Störung“ (Wohnhas-Baggerd, 2008, S. 17) verwendet, die jedoch, nach späteren Untersuchungen, nur einen Teil – ein Hauptsymptom, des heutzutage verwendeten Begriffes ADHS beschreiben. Auch Cordula Neuhaus (2016, S.15) schreibt, dass motorische Unruhe nur ein Teilaspekt der Störung ist, dies in den 1970er Jahren auf Forschungskongressen bewiesen wurde und seitdem ADHS als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom bezeichnet wird.

ADHS ist der Überbegriff von vielerlei Störungen und Problemen, die parallel einhergehen, wie zum Beispiel Lern-, Verhaltens- und Beziehungsstörungen, die wiederum nicht nur dem Betroffenen selbst Schwierigkeiten bereiten, sondern auch extreme Auswirkungen auf das Lebensumfeld der Kinder, Schule, Eltern, Freunde, hat (Altherr, 2003, S.11).

Jans, Kreiker und Warnke (2008, S. 791) sowie Neuhaus (2016, S. 32) sind sich einig, dass ADHS, wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung kurz genannt wird, „wohl die häufigste psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter ist“ (Neuhaus, 2016, S. 32).

3.1.1 Klassifikation und Symptome

Die überall gültigen Hauptmerkmale einer ADHS sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und motorische Hyperaktivität (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014, S. 9; Gawrilow, 2009, S. 9). Diese Hauptsymptome und andere wichtige Merkmale der psychischen Störung, sind in zwei anerkannten psychiatrischen Kriterienkatalogen klassifiziert und genauer beschrieben. Nachfolgend werden nun die zwei Klassifikationssysteme, die DSM-IV und die ICD-10, vorgestellt und näher beschrieben. In beiden Klassifikationen werden die Kriterien einer ADHS aufgezeigt, die sich ähneln, aber nicht genau übereinstimmen. Identisch ist, dass die beschriebenen Symptome „in zwei oder mehreren Lebensbereichen auftreten müssen“, deutliche Beeinträchtigungen, die dem Entwicklungsstand nicht entsprechen, gegeben sein müssen und all die Auffälligkeiten mindestens schon sechs Monate andauern sollen (Schramm, 2016, S. 21f; Neuhaus, 2016, S. 35). Die beiden Klassifikationen unterscheiden sich jedoch beim Auftreten der Problematik, demnach die DSM-IV besagt, dass ADHS – Symptome vor dem 12. Lebensjahr zum ersten Mal aufgetreten sein müssen und die ICD sieht ein erstmaliges Auftreten vor dem sechsten Lebensjahr vor (Schramm, 2016, S. 22).

3.1.1.1 DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Dieses Klassifikationssystem wird von der American Psychiatric Association herausgegeben und liegt nun in der fünften Version vor (Frölich et al., 2014, S. 9). Dieses Diagnosesystem verwendet den englischen Begriff ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), der dem deutschen Begriff ADHS gleich zu setzen ist. Nach dem DSM-IV werden ca. 4-8% der Kinder als auffällig diagnostiziert (Schulte-Körne, 2008, S. 740).

Die DSM-IV unterscheidet zwischen drei verschiedenen Typen der ADHS:

- der *Mischtypus*, der alle drei Hauptsymptome (hyperaktiv, impulsiv und unaufmerksam) und deren Kriterien erfüllt
- der vorwiegend *unaufmerksame Typus*, bei dem die Kriterien der Unaufmerksamkeit erfüllt sein müssen, jedoch nicht die der Impulsivität und Hyperaktivität

- der vorwiegend *hyperaktive und impulsive Typus*, bei dem die Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt sein müssen, jedoch nicht die der Unaufmerksamkeit (Schramm, 2016, S. 21; Neuhaus, 2016, S. 32)

Eine detaillierte Darstellung der verschiedenen Subtypen der ADHS, ist in Abb.1 zu sehen.

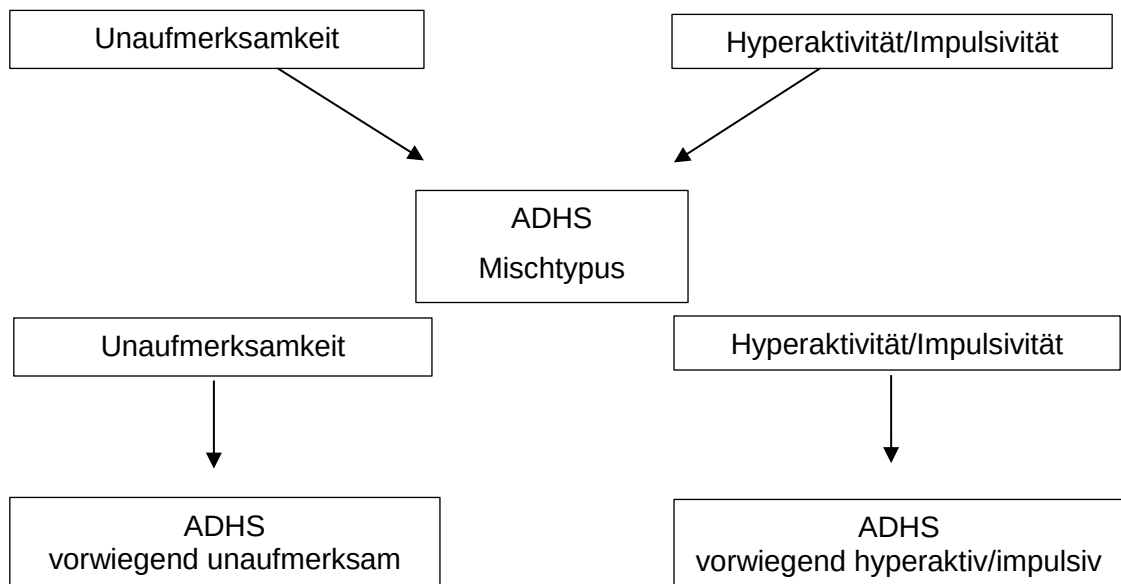


Abbildung 1: ADHS-Diagnosen nach dem DSM-IV-TR (mod. n. Gawrilow, 2009, S. 11)

Wichtig für eine Einteilung, sind die Symptomkriterien, die in beiden Katalogen beinahe identisch angeführt werden. Das erste Hauptmerkmal *Unaufmerksamkeit* zeigt sich in folgenden charakteristischen Kriterien:

Das Kind...

- ...macht vermehrt Flüchtigkeitsfehler und beachtet wichtige Details nicht.
- ...hat oftmals Schwierigkeiten über einen längeren Zeitraum hinweg aufmerksam zu sein (z.B. beim Spielen und Lernen).
- ...scheint oft in Gedanken versunken zu sein und reagiert nicht, wenn es angesprochen wird.
- ...kann Arbeiten nicht zu Ende bringen (z.B. Schularbeiten).
- ...hat oft Schwierigkeiten ordentlich und organisiert zu arbeiten beziehungsweise Ordnung am Arbeitsplatz zu halten.

- ...beschäftigt sich nur ungern mit langandauernden Aufgaben, die es noch dazu nicht sonderlich interessieren.
- ...verliert immer wieder einmal wichtige Arbeitsmaterialien.
- ...lässt sich sehr leicht von der Umgebung ablenken.
- ...ist sehr leicht vergesslich (z.B. Hausarbeit). (Neuhaus, 2016, S. 32-35; Gawrilow, 2009, S. 9f; Schramm, 2016, S. 18ff)

Das zweite Hauptmerkmal der ADHS, Hyperaktivität, zeigt sich folgendermaßen:

Das Kind...

- ...kann nicht ruhig sitzen bleiben und bewegt sehr oft seine Gliedmaßen.
- ...steht auf, läuft oder klettert in unpassenden Situationen (z.B. während des Unterrichts).
- ...kann sich nur sehr schwer in Ruhe beschäftigen oder etwas spielen.
- ...wirkt angetrieben und rastlos. (Neuhaus, 2016, S. 32-35; Gawrilow, 2009, S. 9f; Schramm, 2016, S. 18ff)

Das letzte Merkmal, die Impulsivität, hat folgende Kriterien:

Das Kind...

- ...redet viel und wann es ihm passt und unterbricht dabei auch gerne andere Personen.
- ...kann schwer etwas abwarten oder erwarten.
- ...stört häufig andere Kinder mitten im Spiel oder nimmt Dinge anderer Kinder ohne vorher zu fragen weg. (Neuhaus, 2016, S. 32-35; Gawrilow, 2009, S. 9f; Schramm, 2016, S. 18ff)

Neuhaus (2016, S. 40ff) führt noch weitere typische Merkmale bei ADHS an, die so in den Kriterienkatalogen nicht angeführt sind. Bei „ausgeprägter Symptomatik nach den Kriterienkatalogen finden sich bei den Betroffenen noch weitere Besonderheiten“:

Die betroffenen Kinder...

- ...handeln sehr gerecht (für sich und andere).
- ...sind wissbegierig und neugierig.
- ...sind hoch konzentriert, bei Dingen, die sie persönlich sehr interessieren.
- ...sind personenbezogen. Dann können sie sich wohlfühlen.
- ...sind kreativ, erfinderisch und ideenreich.
- ...wollen beim Spielen oder Laufen nicht gerne aufhören.
- ...haben eine mangelnde Fähigkeit zur Selbsteinschätzung.
- ...haben graphomotorische Probleme, vor allem beim Dosieren ihrer Kraft.

3.1.1.2 ICD-10 (International Classification of Diseases)

Der zweite Klassifizierungskatalog, ist die in Europa verbreitete International Classification of Diseases, kurz ICD, welche von der WHO herausgegeben wird und nun in der 10. Version vorliegt. Die diagnostischen Kriterien werden hier nicht so umfangreich angegeben, wie bei der DSM-IV, was wiederum die Häufigkeit der Diagnosestellung verringert (Neuhaus, 2016, S. 35). In diesem Diagnosemanuell wird ADHS auch am Treffendsten definiert, beziehungsweise ist die Definition allgemein gültig. Nach der ICD-10 ist ADHS, „eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung“ (Schramm, 2016, S. 14).

Jedoch wird hier zwischen drei Definitionen unterschieden:

- „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität“ (WHO, 2016)

Verglichen mit der DSM-IV, ist die ICD-10 eher veraltet und trennt ADHS nicht nach Subtypen. Die ICD-10 sieht im Falle des gleichzeitigen Auftretens mehrerer Störungen eine Kombinationsdiagnose vor. Die DSM-IV sieht hingegen vor, hier mehrere Diagnosen zu stellen. Die angegebenen Symptome einer ADHS sind in beiden Katalogen weitgehend gleich (Schramm, 2016, S. 21).

Die verschiedenen Definitionen nach der ICD-10 sind in Abb. 2 dargestellt.

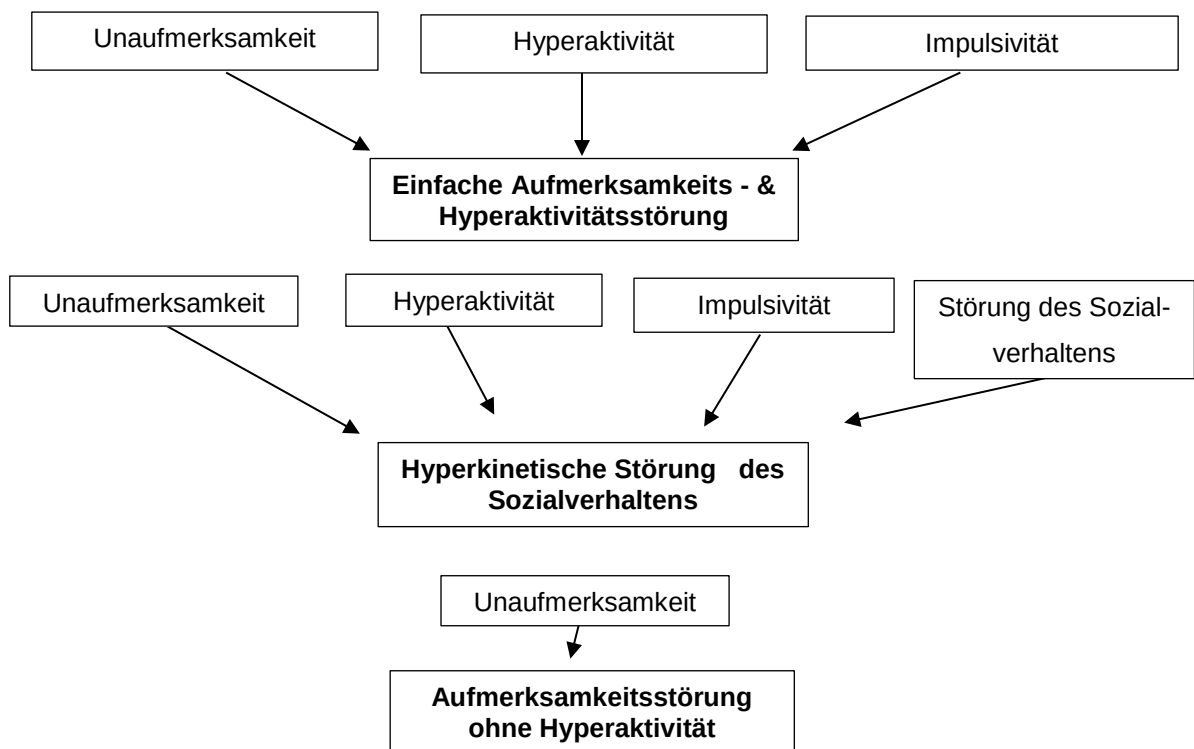


Abbildung 2: ADHS-Diagnosen nach ICD-10-GM (mod. n. Gawrilow, 2009, S. 13)

3.1.2 Häufigkeit

Jenni (2016, S. 271) meint, dass ADHS, „die wohl am häufigsten diagnostizierte Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter“ ist und, dass „in Europa etwa 5% aller Kinder“ ADHS diagnostiziert haben. International geht man davon aus, dass 3-8% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren von der Diagnose ADHS betroffen sind. ADHS tritt vermehrt im Kindes- oder Jugendalter auf, zieht sich jedoch bis ins Erwachsenenalter, wo die Symptome oftmals schwächer zu tragen kommen (Neuhaus, 2016, S. 36). Gawrilow (2009, S. 17) führt an, dass auf der ganzen Welt etwa 6-10% der Kinder ADHS haben und, dass vermehrt Buben diese Diagnose erhalten. Die Autorin gibt hierzu ein Verhältnis von 3:1 bis 6:1 an. Das heißt, auf drei Buben mit ADHS, folgt nur ein Mädchen mit derselben Diagnose. Demnach müsste in jedem Klassenzimmer mindestens ein Kind mit ADHS sitzen. Allgemein ist ADHS eine psychische Störung, die vermehrt bei Buben auftritt und viele Menschen auch ihr ganzes Leben lang begleitet (Gawrilow, 2009, S. 17). Nach Schulte-Körne (2008, S. 742) sind Buben zwei- bis sogar viermal öfter von der Diagnose betroffen, als Mädchen. Mädchen würden, so der Autor, häufiger von der Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität betroffen sein und weniger Probleme im sozialen Bereich vorweisen, als Jungen.

Ein kurzer Exkurs zu Österreich zeigt, dass es keine wissenschaftliche Studie gibt, die zeigt, wie verbreitet ADHS im Kindes- und Jugendalter in Österreich ist. Jedoch gibt der Artikel des Bundesministeriums für Gesundheit (2013, S. 6) an, dass ungefähr zwei Drittel der Kinder mit ADHS auch im Erwachsenenalter noch daran leiden.

3.1.3 Komorbide Störungen

Schulte – Körne (2008, S. 746) meint, dass bei mehr als der Hälfte aller, mit ADHS diagnostizierten Kindern, auch komorbide Störungen auftreten. Buchmann und Häßler (2004, S. 199) geben sogar an, dass „bis zu 70%“ der ADHS – Kinder begleitende Störungen aufweisen. Komorbide Störungen, das heißt „begleitend auftretende und diagnostisch abgrenzbare Störungen entwickeln sich entweder aus der Folge der ADHS [...] oder sie liegen auch unabhängig von der ADHS vor“ (Frölich et al., 2014, S. 25). Oftmals äußern sich diese begleitenden psychischen Störungen viel stärker, als die tatsächlichen ADHS – Symptome, die dann als verhaltensauffällige Reaktion gegenüber den anderen Symptomen auftreten (Jenni, 2016, S. 272). ADHS – Kinder, die auch begleitenden Störungen ausgesetzt sind, haben ein zusätzlich erschwertes Leben und leiden unter einer beeinträchtigten Lebensqualität.

Für die weitere Entwicklung der ADHS ist es wesentlich, komorbide Störung rasch zu erkennen und zu behandeln, da sie einen hohen Risikofaktor für die leidende Person darstellen (Gawrilow, 2009, S. 15; Schulte – Körne, 2008, S. 746).

Die häufigsten begleitenden Störungen, sind Störungsbilder, die sich nach außen hin zeigen, sogenannte externalisierende Verhaltensstörungen, wie Störungen des Sozialverhaltens und Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten (Schramm, 2016, S. 25). Bei den meisten Kindern bis 12 Jahren, die unter oppositionellen Verhaltensstörungen leiden, wird auch ADHS diagnostiziert (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2013, S. 7). Besondere Kennzeichen dieser Verhaltensstörungen, sind leichte Erregbarkeit, Streit oder aggressives Verhalten (Schramm, 2016, S. 25).

Die zweithäufigsten komorbiden Störungen sind Störungsbilder, die sich im Inneren eines betroffenen Menschen zeigen, sogenannte „internalisierende Verhaltensstörungen, wie „Depressivität und Angststörungen“ (Schramm, 2016, S. 25). Internalisierende Störungen treten nicht gleich zu Beginn der ADHS auf, sondern im Laufe der Krankheit, aufgrund eines verschlechterten Entwicklungsverlaufes und der Reaktionen des Umfeldes (Schulte – Körne, 2008, S. 746; Schramm, 2016, S. 25; Gawrilow, 2009, S. 15).

Natürlich gibt es noch weitere komorbide Störungen, wie Lern-, Zwangs- sowie Schlafstörungen oder Tics, auf die die Verfasserin jedoch nicht mehr näher eingeht. In der nachfolgenden Tab. 1 wird die Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht über die Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern mit ADHS

Komorbide Störungen	Häufigkeit
Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten	40 – 60%
Störung des Sozialverhaltens	30 – 50%
Depressionen	10 – 40%
Angststörungen	15 – 35%
Lernstörungen, Teilleistungsschwächen	10 – 35%
Tic-Störungen und Tourette-Syndrom	10 – 20%

Quelle: Schramm, 2013; zit. n. Schramm (2016, S. 24)

3.2 Entstehungsfaktoren

ADHS weist kein typisches Krankheitsbild auf, bei dem die einzelnen Anzeichen Hinweise auf den Grund der Entstehung geben (Altherr, 2003, S.11). Es fällt sehr schwer eine bestimmte Ursache für ADHS zu definieren. Vielmehr entsteht ADHS durch ein Zusammen-

wirken vielerlei Faktoren. Eine Verbindung von biologischen und psychosozialen Faktoren ist seit den letzten Jahren viel diskutiert und gilt, mit hoher Wahrscheinlichkeit, als die Hauptursache für ADHS (Gawrilow, 2009, S. 19; Schramm, 2016, S. 27f). Jenni (2016, S. 271) meint sogar: „ADHS ist eine Störung, die aus einem komplexen und bisher wenig verstandenen Zusammenspiel zwischen neuro-biologischen, genetischen, psychischen und sozialen Faktoren entsteht.“ In den folgenden Unterkapiteln befasst sich die Verfasserin nun mit den verschiedensten ursächlichen Faktoren der ADHS.

3.2.1 Genetische Aspekte

Laut Altherr (2003, S. 16) ist ADHS bei einigen Patienten erblich bedingt. Das heißt, die Eltern oder die näheren Verwandten von betroffenen ADHS-Kindern leiden an ähnlichen Symptomen, wie ihre Kinder und haben diese vererbt (Frölich et al., 2014, S. 32). Erwachsene mit ADHS vererben mit einer Wahrscheinlichkeit von 40-60% die Krankheit an ihre Kinder weiter (Kessler et al., 2006; zit. n. Frölich et al., 2014, S. 33). Genetische Erforschungen haben bei ADHS-Patienten bestimmte Gene gefunden, die in den Dopaminhaushalt eingreifen. Zudem sind diese Gene derart verändert, sodass eine Entstehung von ADHS begünstigt wird (Gawrilow, 2009, S. 20). Ein Gen alleine kann die Störung ADHS jedoch nicht auslösen. Auch in Adoptions- und Zwillingsstudien ist die genetische Ursache belegt worden. Bei eineiigen Zwillingen zum Beispiel herrscht eine 50-80% Deckung bestimmter Symptome der ADHS vor. Bei zweieiigen Zwillingen nur eine 34% Deckung (Gawrilow, 2009, S. 20; Frölich et al., 2014, S. 31). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ADHS viel öfter durch Vererbung entsteht, als andere psychische Störungen (Schramm, 2016, S. 30).

3.2.2 Psychosoziale Aspekte

Am besten sah oder sieht man gesellschaftliche Veränderungen im Verhalten der Kinder. „Ihre Hyperaktivität zeigt am unverfälschten die Wirkungen bestimmter gesellschaftlicher Entwicklungen auf den Menschen“ (Luckert, 2003, S. 32).

Luckert (2003, S. 32) ist auch der Meinung, dass die verschiedensten soziokulturellen Bedingungen, die Entstehung von psychischen Störungen, vor allem ADHS, begünstigen. Sie entstehen oftmals aus der Folge mehrerer Entwicklungen der heutigen Zeit und aus den Gegebenheiten im Alltag der Menschen.

Verschiedene Umweltfaktoren, wie ein schlechtes familiäres Umfeld, galten früher als eine der Ursachen für die Entstehung von ADHS. Doch gilt dies heutzutage nicht mehr.

Vielmehr tragen diese Umweltfaktoren zusätzlich, aber nicht alleinig, zu einer Verschlechterung der psychischen Störung bei. Oftmals können aufgrund der Symptome einzelne Schwierigkeiten im Miteinander der Klasse oder in der Familie auftreten. Vereinzelt werden dadurch auch komorbide Störungen begünstigt (Döpfner et al., 2000; zit. n. Gawrilow, 2009, S. 22). Auch sozioökonomische Faktoren, wie geringes Einkommen der Eltern, niedriges Bildungsniveau oder Arbeitslosigkeit der Eltern, können die Hauptsymptome der ADHS verstärken und zur Bildung von zusätzlichen Störungsbildern führen (Schramm, 2016, S. 31). Vor allem im Schulwesen, aber auch im Zuhause kann, ein nicht auf die Störung angepasster Erziehungsstil, zu Streit, Aggressionen und Konflikten jeglicher Art führen. Dies ist besonders tragisch, da die Art der Interaktionen wichtig ist für die weitere Entwicklung der Störung. Bei den meisten Familien zeigt sich jedoch ein negativer Erziehungsstil mit Bestrafungen, negativen Äußerungen und Kontrolle im Gegenzug zu positiver Bestärkung, Förderung oder angepassten Sanktionen (Schreyer & Hampel, 2009; zit. n. Schramm, 2016, S. 31).

3.2.3 Neuropsychologische Aspekte (Exekutive Funktionen)

Laut zahlreicher Studien, sind bei Kindern mit ADHS die sogenannten exekutiven Funktionen gestört. Das sind wichtige kognitive Strategien für das Lösen von Problemen, das Planen von Handlungen, das Arbeitsgedächtnis oder die Reaktionshemmung (Gawrilow, 2009, S. 21; Kathkouda, 2017, S. 4). Voraussetzungen für gute neuropsychologische Fähigkeiten sind zum Beispiel „ein intaktes Frontalhirn [...], insbesondere der Präfrontale Cortex [...], ein ausbalanciertes Zusammenspiel neuronaler Regelkreise, Neutrophine und Neurotransmitter“ (Kathkouda, 2017, S. 6). Der wichtigste Teil im Gehirn für die Regulation der exekutiven Funktionen ist der Präfrontale Cortex, der seinen Sitz im vordersten Teil des Stirnlappens hat (Frölich et al., 2014, S. 36). Untersuchungen haben ergeben, dass bei einer ADHS der vordere Bereich des Stirnhirns – der Präfrontale Cortex, eine Durchblutungsstörung aufweist. Dieser Bereich ist für die Regulation der Aufmerksamkeit eines Menschen von wichtiger Bedeutung. Bei ADHS-Kindern sind die „sensomotorischen Rindenfelder“ mehr durchblutet, was Rückschluss auf die oftmals raschen und unüberlegten, nicht richtig dosierten Reaktionen dieser Kinder gibt (Neuhaus, 2016, S. 52).

Gawrilow (2009, S. 22) meint, dass vier wichtige neuropsychologische Strategien bei Kindern mit ADHS beeinträchtigt sind und, dass die Verhinderung von Impulsen gänzlich fehlt.

Diese vier gestörten exekutiven Funktionen sind „das Arbeitsgedächtnis, die Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit, die Internalisierung und Automatisierung von Sprache und die Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen“ (Barkley, 1997; zit. n. Gawrilow, 2009, S. 21). Zusammengefasst heißt das für ein Kind mit ADHS, dass es Schwierigkeiten hat...

- ...sich nonverbale Dinge langfristig zu merken.
- ...Impulse, wie starke Emotionen zu unterdrücken.
- ...Sprache so im Arbeitsgedächtnis zu speichern, sodass sie mühelos verwendet werden kann.
- ...Handlungsabläufe genau einzuhalten (Gawrilow, 2009, S. 21f).

3.2.4 Neurochemische Aspekte

Aufbauend auf Studien hinsichtlich der Störung der exekutiven Funktionen und der daraus resultierenden Störung des Präfrontalen Cortex bei einer ADHS, haben Untersuchungen im Jahr 2003, neurochemische Störungen im Transmitter-Haushalt des Gehirns festgestellt (Altherr, 2003, S. 16). Auch Kathkouda (2017, S. 9) bringt ADHS in den Zusammenhang mit den Neurotransmittersystemen. „Transmitter (z.B. Dopamin, Serotonin, Noradrenalin) sind chemische Überträgerstoffe für Nervenimpulse im Gehirn“ (Altherr, 2003, S. 16). Bei einer Erkrankung, wie ADHS, kann man eine Dysregulation der zwei Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin feststellen. Ein normal funktionierendes Neurotransmittersystem ist unter anderem für das Entstehen eines Langzeitgedächtnisses, für genügend Motivation, Aufmerksamkeit und Belohnung zuständig (Neuhaus, 2016, S. 52). Ein Hauptproblem ist daher bei ADHS-Patienten, dass sie ständig versuchen, ihren Belohnungshaushalt anzuregen, indem sie stets etwas Neues, Interessantes und Aktives tun wollen und somit mehr Dopamin ausgeschüttet wird. Wie vorhin angesprochen, ist auch das Noradrenalinssystem, welches für die Orientierung und die Aufmerksamkeit zuständig ist, gestört. Das nordadrenerge Botenstoffsystem sollte die Aufmerksamkeit regelmäßig ankurbeln und es somit für die Menschen leichter machen, auf ihr Langzeitgedächtnis zuzugreifen. Dies funktioniert bei ADHS jedoch nicht (Neuhaus, 2016, S. 52f). Eine weitere Ursache für ADHS ist der verminderte Glukosestoffwechsel in der vorderen Hirnregion (Gawrilow, 2009, 20). Auch Altherr (2003, S. 16) stimmt dieser Erkenntnis zu. Er meint, dass vor allem in den vorderen Hirnregionen, also im Vorderhirn, und in den sprachenregelnden Regionen, ein mangelnder Glukosestoffwechsel vorzuweisen ist. Die betroffenen Gebiete sind maßgeblich für die Regelung der Konzentration und Motorik zuständig.

„Diese Funktionsstörung führt wahrscheinlich zu einer Dysbalance von erregenden und hemmenden Zentren im Gehirn, wobei die hemmenden Zentren [...] weniger aktiv sind und dadurch die erregenden Zentren ein Übergewicht bekommen, was sich nach außen im Bild der Hyperaktivität zeigt“ (Altherr, 2003, S. 16). Bei Kindern mit ADHS stehen die antreibenden Faktoren im Vordergrund. Es könnte natürlich auch sein, dass die verhandelten Faktoren nicht ausreichend angeregt werden. Dies äußert sich dann im typischen hyperaktiven Verhalten (Altherr, 2003, S. 16).

3.3 Therapiemöglichkeiten

So wie es die verschiedensten Ursachen für eine ADHS gibt, gibt es auch unzählige Therapiemöglichkeiten. Einige Möglichkeiten, Betroffene zu unterstützen, werden folgend von der Verfasserin angeführt. Näher geht sie dabei auf die unterstützenden Methoden im Umfeld Schule ein, die der medikamentösen Therapieform entgegengesetzt werden. Auf alle bewegungstherapeutischen Möglichkeiten, wie Ergotherapie, Entspannungstherapie und hauptsächlich die Psychomotorik, wird im Kapitel 4 und Kapitel 5 näher eingegangen.

Einleitend zum Thema Therapiemöglichkeiten stellt Neuhaus (2016, S. 158) klar: „Da es nicht ‚die‘ Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gibt, sondern jeder Betroffene seine ganz individuelle Begabung, Temperamentslage und unter Umständen eine oder mehrere Zusatzstörungen hat sowie ein ganz spezifisches Umfeld, kann es natürlich auch nicht ‚die‘ Therapie geben“ (Neuhaus, 2016, S. 158). Erprobte Erforschungen verweisen auf die Effektivität einer multimodalen Therapie, einer Kombination mehrerer Therapieformen (Gawrilow, 2009, S. 51). Welche Kombinationen und welche Therapieansätze helfen, müssen bei jedem Betroffenen individuell beobachtet werden (Schramm & Dalhoff, 2016, S. 156). Die nun angeführten Interventionsmaßnahmen dienen der Linderung sowie Handhabung bestimmter ADHS - Symptome und zur Reduktion von komorbiden Problemen. So kann eine Verbindung von psychosozialen und pharmakologischen Therapieformen die auftretenden Probleme abschwächen und bessern, jedoch muss die Therapie regelmäßig angewendet werden (Barkley, 2004; zit. n. Schramm & Dalhoff, 2016, S. 156).

3.3.1 Beratung und Maßnahmen im Alltag

Die erste Intervention sollte immer die Beratung und Psychoedukation der Eltern, der Lehrkräfte und der betroffenen Kinder sein (Frölich et al., 2014, S. 64; Gawrilow, 2009, S. 51).

Vor allem in den ersten Gesprächen sollte der Therapeut oder die Therapeutin alle Beteiligten über die Störung ADHS aufklären und informieren. Wichtig ist es dabei auch, auf die Ursachen einzugehen und zu betonen, dass ADHS nicht aufgrund eines speziellen Erziehungsstils oder anderen Umweltfaktoren ausgelöst werden kann. Für die Eltern sind dies wichtige und beruhigende Fakten (Gawrilow, 2009, S. 51). Jans, Kreiker und Warnke (2008, S. 791) fügen dem hinzu, dass sich „die Beratung auf die Darstellung der Ergebnisse der Diagnostik, des Störungsbildes und seines Zusammenhanges zu den individuellen Schwierigkeiten des Kindes, grundlegender Strategien zur Unterstützung des Kindes und zum Umgang mit dem Kind sowie der zu empfehlenden therapeutischen Maßnahmen bezieht.“ Wichtig sind auch der Miteinbezug und die Beratung der Lehrer oder Lehrerinnen des betroffenen Kindes, auf die in Kapitel 5 näher eingegangen wird (Buchmann & Häßler, 2004, S. 200; Jans et al., 2008, S. 791). Besonders im Vordergrund stehen hier dann bestimmte Interventionen in Kindergarten oder Schule, um das Verständnis für das Störungsbild zu schärfen (Bundesministerium für Gesundheit, 2003, S. 13). Aufbauend auf die erste Beratung und weiteren Gespräche, sollen von Seiten der Eltern erste Maßnahmen im Alltag des Kindes eingebaut werden, die diesen erleichtern sollen. Krowatschek (2004; zit. n. Gawrilow, 2009, S. 52) führt dabei folgende Schritte für einen geregelteren Alltag an:

- Gespräche mit den Lehrkräften suchen und ein gutes Miteinander forcieren
- geregelte und gut geplante Tagesabläufe einplanen und absprechen, sowie fixierte Rituale einbauen, wie ein gemeinsames Frühstück
- viel Lob anwenden, auch bei kleinen alltäglichen Dingen, vor allem wenn das Kind es von sich selbst aus tut
- Verstärkerpläne einsetzen (mit kleinen Belohnungen), wie zum Beispiel einem gemeinsamen Ausflug
- klar definierte Regeln einführen, an die man sich genau halten kann
- Auszeiten in Konfliktsituationen geben und festlegen (Kind aus der Situation herausnehmen)

Neuhaus (2016, S. 164) führt außerdem noch eine wichtige Maßnahme an. Bevor eine umfassendere Behandlung begonnen werden kann, sollten das ganze Umfeld des Kindes hinterfragt und tägliche Abläufe dokumentiert werden. Ein Wochenplaner, in dem detailliert die einzelnen Tagesabläufe eingetragen werden, kann hier erste Abhilfe schaffen und bei der Erstellung gezielter und geregelter Abläufe helfen.

3.3.2 Pädagogisch – psychologische Therapien

Pädagogisch-psychologische Therapien kommen vor allem im schulischen Umfeld zum Tragen und erleichtern wesentlich, den oftmals gestörten Unterricht. Kindern, die an der ADHS leiden, wird es aufgrund vielerlei Symptomen erschwert, dem Unterricht zu folgen oder auch bei den angebotenen Lernsituationen gewissenhaft mitzumachen (Jans et al., 2008, S. 794). Die pädagogischen Therapien beinhalten verschiedenste Bereiche, wie eine Strukturierung des Schulalltags und Hilfestellungen beim Lernen (Gawrilow, 2009, S. 53). Folgend werden einige dieser Methoden vorgestellt.

3.3.2.1 Konzentrationstraining

Konzentrationsübungen werden im schulischen Rahmen vermehrt im Förderunterricht angeboten, sollten aber auch bei ADHS-Kindern im Klassenverband während des Unterrichts eingesetzt werden. Wichtig ist jeden Tag 10 bis 15 Minuten dafür einzuplanen, dies vorerst einmal einen Monat hindurch durchzuführen und die Entwicklungen zu beobachten. Ziel dieses Trainings ist ganz klar die Verbesserung der Aufmerksamkeit im Unterricht und des Arbeitsverhaltens (Gawrilow, 2009, S. 54).

3.3.2.2 Lernstrategietraining

Bei dieser Trainingsmethode sollen die Kinder Strategien kennenlernen, die ihnen den Unterrichtsalltag erleichtern sollen und sie unterstützen, Übungen richtig zu bearbeiten (Gawrilow, 2009, S. 54). Auch wenn das Kind keine ADHS vorweist, müssten solche Strategien neu erlernt werden. Hilfreiche Lernstrategien sind zum Beispiel:

- Bewusstsein für die Stärken und Schwächen beim Erlernen von Inhalten schärfen
 - Bewusstsein schärfen, wozu ich die Lerninhalte brauche
 - Wissen, wie ich beim Lernen vorgehen und wie ich die Inhalte gliedern muss
- (Gawrilow, 2009, S. 55)

3.3.2.3 Selbstregulationstraining

Dieses Training ist vor allem wichtig für die Regulation von impulsiven, schnellen Handlungen oder Äußerungen im Unterricht. Nach Gawrilow (2009, S. 55) erleichtern sogenannte Wenn – dann – Pläne den Schulalltag von ADHS – Kindern. Besonders das Herausplatzen von Antworten ist für den geregelten Unterricht sehr störend.

Hier kommen dann die Wenn – dann – Pläne zum Einsatz, wie zum Beispiel: ‚Stopp: Immer, wenn ich eine Antwort weiß, dann warte ich, bis der Lehrer mich aufruft‘ (Gawrilow, 2009, S. 55). Die Pläne können nicht nur bei diesem Störungsverhalten eingesetzt werden, sondern auch bei unruhigem Verhalten in eigentlich ruhigen Situationen oder bei frühzeitigem Arbeitsbeginn, ohne konkrete, vorherige Anweisungen der Lehrperson.

3.3.3 Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie wird gerne ab dem Schulalter als Therapieform eingesetzt, da für ein optimales Therapieergebnis eine gewisse kognitive Reife vorausgesetzt wird (Frölich et al., 2014, S. 68). Im besten Falle beinhaltet die Verhaltenstherapie Betreuungen in der Schule sowie Kind- und Elterntrainings (Gawrilow, 2009, S. 59). Bei Einsatz der kognitiven Therapie geht man von einer Verbesserung in den verschiedensten Lernbereichen aus, indem man gezielt mit den Symptomen und an ihnen übt (Frölich et al., 2014, S. 69). Döpfner (2000; zit. n. Gawrilow, 2009, S. 59) ist der Meinung, dass die kindzentrierte Verhaltenstherapie mehrere Trainingstools beinhalten sollte. Damit meint er zum Beispiel das „Spiel-, Selbstinstruktions-, Selbstmanagement- und Selbstregulations-training (zur Verstärkung der Kontrolle des eigenen Denkens, Handelns und Fühlens)“. Beim Selbstinstruktionstraining soll eine bessere Handlungsplanung, Impulskontrolle und Problemlösung forciert werden (Altherr, 2003, S. 19). Das Kind hilft sich dabei selbst, mit gezielten, verbalen Anleitungen und soll so seine Impulse besser kontrollieren können (Frölich et al., 2014, S. 69). Gemeinsam mit geschulten Therapeuten wird zuerst an Anleitungen für Problemlösungen gearbeitet und eine genaue Frage definiert, wie zum Beispiel: „Was ist mein Problem?“. Dann wird eine Antwort festgelegt („Was muss ich tun?“, „Wie muss ich es tun?“), die sich das Kind laut vorsagt und so verinnerlicht. Anschließend wird auf etwaige Fehler eingegangen („Habe ich es richtig gemacht?“). Wenn etwas nicht gut gegangen ist, sollen sich die Kinder selbst bestärken und Lob zusprechen (Altherr, 2003, S. 19). Allgemein verbessern sich die Fähigkeiten bei einem ADHS-Kind, wenn zusätzlich auch Selbstmanagementtrainings eingesetzt werden, bei denen die Kinder ihr eigenes Tun und Handeln in ihrem näheren Umfeld (Schule, Familie) beobachten und reflektieren sollen (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2013, S. 27). „In den kritischen sozialen oder Leistungssituationen soll der Patient alternatives, angemessenes Verhalten zeigen, indem er versucht, sich an bestimmte Regeln zu halten und indem er sich für eine erfolgreiche Situationsbewältigung selbst positiv verstärkt“ (Döpfner et al., 2013, S. 27). Kognitive Verhaltenstherapien werden vermehrt gemeinsam mit Medikamenten als Therapieform bei ADHS – Betroffenen eingesetzt (Altherr, 2003, S. 19).

Wichtig ist bei der kognitiven Therapie, dass die Kinder die erlernten Dinge in ihrem täglichen Leben, zuhause oder in der Schule, gut anwenden können. Da bei dieser Therapiemethode auch Elterntrainings durchgeführt werden, sollten diese wichtige Therapiebausteine beinhalten. Beispielsweise Verstärkerpläne für zuhause, wo das Kind Punkte für ein erreichtes Zielverhalten bekommt, und nach einer gewissen Punkteanzahl eine Belohnung, ein Ausflug oder ähnliches, folgen sollte. Auch eine Art Auszeitmethode sollte von den Eltern zuhause eingeführt werden. Hier wird mit den Kindern eine Auszeit oder ein Auszeitraum vereinbart, falls Schwierigkeiten im Alltag auftreten sollten (Gawrilow, 2009, S. 59f).

Verhaltenstherapeutische Interventionen im schulischen Bereich sollten auch Verstärkerpläne, sogenannte Token-Systeme beinhalten. Hier wird bei positiven Verhalten des Kindes ein Sticker oder ähnliches vergeben. Im Gegenzug dazu gibt es auch das sogenannte Response-Cost-Verfahren, welches vorsieht, erhaltene Sticker wieder zu entziehen, falls ein nicht erwünschtes Verhalten auftreten sollte (Gawrilow, 2009, S. 60).

Ein weitgehend bekanntes Therapieprogramm, welches alle Gruppen (Kind, Eltern, Schule) miteinschließt, ist das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten“ – kurz „THOP“ genannt, von Döpfner, Schürmann und Frölich (2002; zit. n. Gawrilow, 2009, S. 60).

3.3.4 Medikamentöse Therapie

Weltweit gibt es heutzutage ungefähr zehn Millionen Kinder, die diagnostiziert an ADHS leiden und auch mit Medikamenten, wie Ritalin therapiert werden. Die meisten dieser Kinder leben in Amerika und Europa (Hüther & Bonney, 2016, S. 24).

Das Konzept einer reinen medikamentösen Therapieform muss heutzutage sehr kritisch beleuchtet werden, da viele Argumente, die vor Jahren noch eindeutig dafür gesprochen haben, nun schon veraltet erscheinen, beziehungsweise es schon viele andere effektive Behandlungsmethoden gibt (Hüther et al., 2016, S. 24f).

Bei einer Therapie mit Medikamenten ist auch immer eine umfassende Beratung, sowie Begleitung während der Anwendung notwendig. Drogenbeauftragte fordern sogar, dass Medikation „nur im Rahmen eines umfassenden medizinischen Behandlungskonzeptes anzuwenden sei, dass auch die Beratung der Eltern sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen enthält“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 69).

Eine medikamentöse Therapie darf nur unter den folgenden Voraussetzungen angewendet werden:

- Die Symptome der ADHS sind sehr stark entwickelt und schränken die Aktivitäten im Alltag, familiären Bereich und die schulische Leistungsfähigkeit erheblich ein.
- Die Kinder nehmen bereits in anderen Therapien (zum Beispiel Verhaltenstherapie) teil, jedoch bessern sich die Symptome der ADHS nicht (Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 16).

3.4 Zwischenresümee

ADHS ist eine Störung, die vermehrt bei Buben im Kindes- und Jugendalter auftritt, und durch die drei Hauptmerkmale Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit charakterisiert ist. Diese Verhaltensstörung kann erblich bedingt, aber auch durch Umwelteinflüsse oder neuropsychologische Störungen begünstigt sein. Vor allem im Umfeld des betroffenen Kindes, ist man um Möglichkeiten bemüht, ADHS so gut es geht zu therapieren und die Kinder zu unterstützen. Um eine ADHS zu behandeln oder zu therapieren gibt es verschiedenste Therapieformen. Nur Medikamente, wie Ritalin zu verschreiben, ist hierbei nicht die Lösung. Vielmehr eine Verbindung von verschiedensten Therapieformen, kann das betroffene Kind bestens in seinem Alltag unterstützen.

Eine dieser Therapieformen ist die Psychomotorik, welche im nächsten Kapitel von der Verfasserin ausführlich vorgestellt wird. Die Psychomotorik versteht sich darin, das Kind als Ganzes zu sehen. Es soll mit all seinen Bedürfnissen, Begabungen oder Auffälligkeiten im Mittelpunkt des Geschehens stehen. Nicht die Verhaltensauffälligkeit wird in die Mitte gerückt, sondern das Kind in seiner Gesamtheit ist von Bedeutung. Wenn sich das Kind mit ADHS in seiner Ganzheit, mit „Hoffnungen, Ängsten, Auffälligkeiten und Bedürfnissen“ angenommen fühlt, dann „ergeben sich daraus auch ganz konkrete Konsequenzen für eine Förderung“ (Zimmer, 2012, S. 29).

4 Psychomotorik

Im folgenden Kapitel wird die Psychomotorik von der Verfasserin näher vorgestellt. Zunächst wird der Begriff genauer definiert und der geschichtliche Werdegang der Psychomotorik aufgezeigt. Die Erklärung des Menschenbildes und der wesentlichen Ziele der Psychomotorik, sollen eine Vertiefung in die Thematik darstellen. Die Psychomotorik als Therapieform für Kinder mit ADHS wird am Ende des Kapitels vorgestellt, beziehungsweise in Zusammenhang mit der Arbeit mit ADHS-Kindern im Grundschulbereich gebracht.

4.1 Definition

Das Wort Psychomotorik kann auf vielerlei Arten definiert werden und wird sowohl als Nomen, als auch adjektivisch (psychomotorisch) verwendet (Zimmer, 2012, S. 21). Die Verfasserin definiert Psychomotorik in zweierlei Hinsicht, als Begriff sowie die Verbindung von Prozessen und als die Bezeichnung, für eine Art der ganzheitlichen Bewegungserziehung.

Die Wörter Psyche und Motorik haben als alleinige Wörter schon eine große Bedeutung. In dem Begriff Psychomotorik jedoch, werden sie zu einem wichtigen und aussagekräftigeren Begriff vereint. Die Psychomotorik ist somit eine Verbindung von „Wahrnehmen – Bewegung – Erleben – Lernen und Handeln“. Die Psyche eines Menschen und dessen Motorik sind jederzeit in Verbindung zueinander und wirken immer gemeinsam (Majewski & Majewska, 2012, S. 19). Zimmer (2012, S. 21) definiert hier noch genauer, indem sie sagt: „Psychomotorik kann als Einheit körperlich-motorischer und psychisch-geistiger Prozesse verstanden werden. Jeder Mensch ist eine solche psychomotorische Einheit.“ Genauer gesagt findet Bewegung nie ohne psychische Abläufe statt. So ist es auch mit der kindlichen Entwicklung, die in einer wechselseitigen Beziehung mit der psychomotorischen Entwicklung steht. In der kindlichen Bewegungsentwicklung ist nicht nur die Motorik von großer Bedeutung, sondern eben auch das Handeln, Denken, Fühlen und vor allem das bewusste Erleben (Zimmer, 2012, S. 21).

Psychomotorik wird auch als „pädagogisch - therapeutisches Konzept“ definiert, welches sich der Motorik und der Gefühle, sowie psychischen Vorgänge eines Kindes und dessen Verbindung bedient. Mit Bewegungshandlungen soll das Kind, vor allem bei seinen psychischen Vorgängen, als auch bei der Gesamtentwicklung geholfen werden. Dies erfolgt jedoch nur, wenn zuvor eine Beziehung zu dem Kind aufgebaut wird, seitens des Übungsleiters, aber hauptsächlich über die Bewegung (Zimmer, 2012, S. 21f).

Kiphard (1994, S. 12) spricht bei Psychomotorik von einer „kindgemäßen Art der Bewegungserziehung“, die das Kind in den Mittelpunkt der Handlungen stellt und es als ganze Einheit aller menschlichen Entwicklungsprozesse versteht. Das Erleben, die Persönlichkeitsentwicklung und die freie, ungezwungene Entwicklung eines jeden Kindes wird hierbei wieder in den Mittelpunkt gestellt und bildet einen Gegensatz zu herkömmlichen sportpädagogischen Erziehungsmethoden, bei denen der Leistung und defizitärem Verhalten Vorrang gegeben wird.

Diese Art von Bewegungserziehung definiert sich nicht über eine einzige Methode. Vielmehr beinhaltet die Psychomotorik viele verschiedene „pädagogisch-therapeutische Programme, die von einer möglichen Intervention mittels Bewegung ausgehen, um motorische, kognitive und soziale Prozesse zu fördern“ (Bielefeld, 1987; zit. n. Hecker, 2000, S.12).

Diesen beiden Definitionen von Psychomotorik steht noch eine wichtige dritte Beschreibung gegenüber. Psychomotorik ist auch ein wichtiger Teilbereich in der kindlichen, motorischen Entwicklung. Diese Definition wird oftmals im medizinischen Bereich herangezogen (Majewski & Majewska, 2012, S. 22). Hecker (2000, S. 12) geht hier noch genauer darauf ein, indem sie sagt, dass Psychomotorik eben einen Abschnitt der Motorik des Kindes oder noch genauer des ganzen Menschen darstellt und, dass folgende Teilbereiche gemeinsam mit der Psychomotorik die Gesamtheit der Motorik bilden (siehe Abbildung 3).

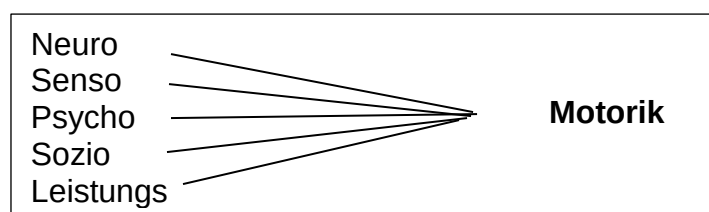


Abbildung 3: Teilbereiche der Motorik (mod. n. Hecker, 2000, S. 12)

Die Neuromotorik beschäftigt sich mit der Bewegung, die durch neurologische Regelung erfolgt und speziell mit den frühkindlichen Reflexen. Das Wahrnehmen und Fühlen mit allen Sinnen und anschließende Ausführen einer bestimmten Bewegung, wird Sensomotorik genannt. In der Psychomotorik stehen das Erleben und die Begeisterung an der Bewegung im Vordergrund. Das gemeinsame Interagieren im Spiel und die Kommunikation mit anderen Kindern, werden in der Phase der Soziomotorik zusammengefasst. Abschließend werden in der Leistungsmotorik, „mess- und bewertbare Bewegungen“ beschrieben (Hecker, 2000, S.12; Majewski & Majewska, 2012, S. 22).

4.2 Geschichte der Psychomotorik

Ernst J. Kiphard gilt als der Begründer der deutschen Psychomotorik, die in den 50er Jahren in Deutschland entstanden ist. Der Begriff Psychomotorik wurde jedoch schon 1938 von Charlotte Pfeffer, in einem Schriftstück über die Psychomotorik, verwendet (Majewski & Majewska, 2012, S. 13). Frankreich beschäftigte sich sogar schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts mit der Psychomotorik. In den darauffolgenden Jahren und Jahrzehnten, breitete sich diese in Europa und auch in den USA aus (Hecker, 2000, S. 24).

Für den deutschsprachigen Raum und die Weiterentwicklung der Psychomotorik ist das Jahr 1955 von großer Bedeutung. Kiphard, der zu diesem Zeitpunkt als Sportlehrer und Sporttherapeut in der Jugendpsychiatrie Güthersloh arbeitete, kreierte gemeinsam mit dem Jugendpsychiater Hünnekens die Psychomotorische Übungsbehandlung (Majewski & Majewska, 2012, S. 79). Mit den gesammelten Übungen therapierte er vor allem verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Einer seiner wichtigsten Erkenntnisse: „Bewegungsbeherrschung ist der erste Schritt zur Selbstbeherrschung“ (Majewski & Majewska, 2012, S.13). Im Jahr 1960 erschien *Bewegung heilt*, ein Buch von Kiphard, über seine Erkenntnisse, die er in seiner Arbeit mit verhaltensauffälligen Kinder bis dahin gesammelt hatte, und den Ansätzen seiner psychomotorischen Idee (Kiphard, 1994, S. 14).

So wie sich die Lehrinhalte und Ansätze der Psychomotorik stets weiterentwickelten, so veränderten sich auch die Begriffe und Definitionen. Der Begriff Motopädagogik löst den Begriff der Psychomotorik ab und stellt einen Fachbereich der Motologie dar (Zimmer, 2012, S. 19). Die Motologie vereint alle Bereiche, die sich mit Motorik und Bewegungshandlungen des Menschen, sowie Bewegungsstörungen und Behandlungsmethoden dieser beschäftigen. So sind zum Beispiel Motopädagogik, Motodiagnostik und Mototherapie wichtige Bereiche der Motologie (Bielefeld, 1987; zit. n. Hecker, 2000, S. 13). Heute werden Psychomotorik und Motopädagogik gleichgestellt verwendet, obwohl die Begriffe dennoch andere Bedeutungen haben. Zimmer (2012, S. 19) definiert dies so: „Motopädagogik und Mototherapie arbeiten im Sinne der Psychomotorik.“ In der Wissenschaft und auch international ist Psychomotorik jedoch dem Begriff Motopädagogik vorzuziehen (Zimmer, 2012, S. 19).

Die Motopädagogik wird vor allem in pädagogischen Einrichtungen, wie zum Beispiel Schulen, als Gesamtkonzept zur Vorbeugung und Unterstützung von motorischen und psychischen Störungen oder Lernstörungen eingesetzt. Mit Hilfe von psychomotorischen Übungen sollen betroffene Kinder oder Jugendliche gefördert und in ihrer Persönlichkeitsbildung unterstützt werden.

Die Mototherapie wiederum, wird zumeist in Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt, wo Patienten schon motorische oder psychische Störungen diagnostiziert bekommen haben. Die Therapie macht es sich zum Ziel, die Störungen mittels psychomotorischer Übungen und Ansätze zu verbessern oder auch zu verhindern (Kiphard, 1994, S. 13).

4.3 Menschenbild

Wie auch bei anderen praktischen oder theoretischen Konzepten, wird in der Psychomotorik ein bestimmtes Menschenbild für die Arbeit, in der Gruppe oder im Einzelsetting, herangezogen. Ein Menschenbild beschreibt Vermutungen über den Menschen, seine Bedürfnisse, seine psychischen und emotionalen Gegebenheiten, seinen sozialen Hintergrund oder seine Überzeugungen. All diese Dinge äußern sich im Tun oder in der Bewegung bei jedem einzelnen Individuum, denn der Mensch ist unabdingbar mit all diesen Dingen verbunden. In der Psychomotorik wird der Mensch als Ganzes, als Gesamtheit in den Mittelpunkt gestellt. Dieses Menschenbild wird als humanistisches Menschenbild bezeichnet (Zimmer, 2012, S. 25f).

Zimmer (2012, S. 25) beschreibt dies noch näher, indem sie sagt: „Menschenbilder haben für das praktische Handeln Orientierungsfunktion.“ Vor allem in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern, speziell mit ADHS-Betroffenen, ist es sehr wichtig, das Kind mit all seinen positiven und negativen Eigenschaften und Gegebenheiten zu betrachten, um hier gezielt zu fördern. Noch dazu wird hier das Menschenbild durch die Auffassung, dass „das kindliche Verhalten als das Produkt einer intakten Verarbeitung“ (Zimmer, 2012, S. 25) im Gehirn oder zum Beispiel als das Produkt einer genetischen Disposition verstanden wird, noch näher definiert. Diese Aussagen geben dann einen wichtigen Hinweis für die Psychomotorikerin oder dem Psychomotoriker auf Therapie- und Fördermöglichkeiten. Tatsache ist, wenn das Kind Verhaltensprobleme zeigt, aber diese wegen sozialen Problemen oder Selbstwertproblemen entstanden sind, dann ist auch die Fördermaßnahme eine ganz andere. Das betroffene Kind unterliegt hier wieder einem ganz anderen Menschenbild (Zimmer, 2012, S. 25).

4.3.1 Das humanistische Menschenbild

„Psychomotorische Handlung wird als Aktivität der ganzen Person“ gesehen (Eggert, 2008b, S. 37).

In der praktischen Arbeit soll zwar schon die Bewegung im Mittelpunkt der gemeinsamen Übungseinheiten stehen, grundsätzlich gilt aber, dass die Bewegung nur ein Teilbereich des Gesamtbildes eines Menschen ausmacht.

Kindliche Handlungen sind eine Verbindung von Bewegung, Sprache, kognitiven und psychischen Prozessen sowie der Freude am Tun (Eggert, 2008b, S. 36). „Die Psychomotorische Idee ermöglicht den Kindern, über Bewegung, sich selbst, ihre materiale Umwelt und ihr soziales Bezugssystem besser kennenzulernen und zu nutzen“ (Naschwitz – Moritz, 2000a, S. 104). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Einbettung des Kindes mit all seinen Prozessen in seiner sozialen und physikalischen Umwelt.

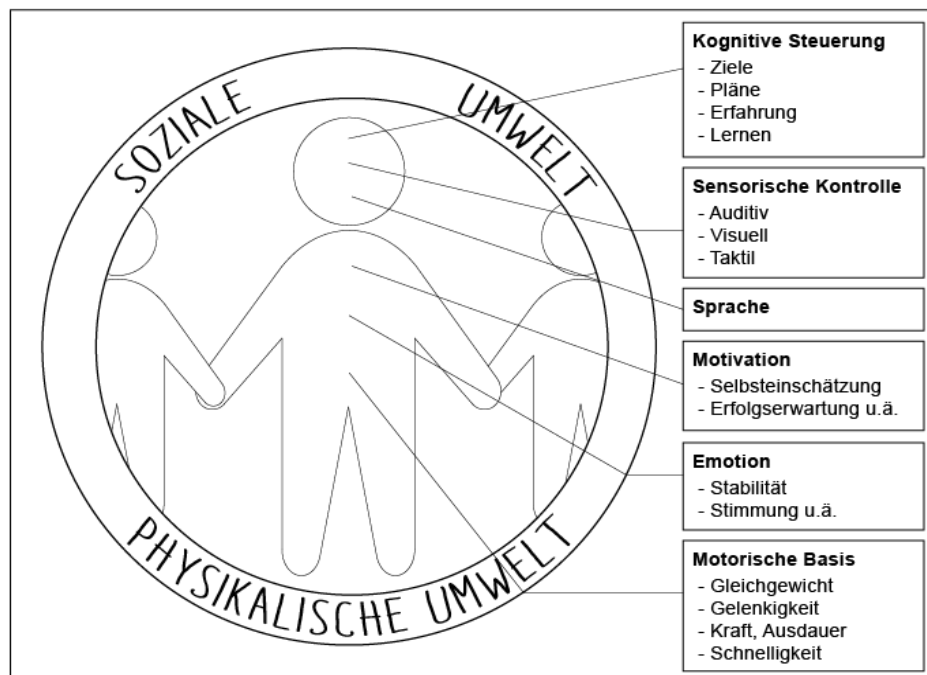


Abbildung 4: Das humanistische Menschenbild (mod. n. Eggert, 2008b, S. 37)

Völker (1980, S. 15ff; zit. n. Zimmer, 2012, S. 26f) beschreibt das Menschenbild in der Psychomotorik noch genauer, indem er es in mehrere, wichtige Punkte gliedert:

4.3.1.1 Selbstbestimmtheit und soziale Abhängigkeit

Jeder Mensch ist in seinen ersten Lebensjahren stark an seine Umwelt gebunden und von deren Handlungen abhängig. Doch im Laufe des Lebens strebt der Mensch nach Eigenständigkeit und „entwickelt ein aktives Selbst“. Er übernimmt selbst die Kontrolle über sein Leben und ist weitgehend unabhängig in seinen Handlungen von anderen Menschen. Selbstbestimmtheit meint aber nicht, dass der Mensch nicht um soziale Interaktionen und Verantwortung bemüht ist. Vielmehr definiert sich die Autonomie eines jeden einzelnen auch durch die soziale, wechselseitige Abhängigkeit.

Jedes Individuum gehört einer Gemeinschaft an, bei der es sich wohl- und sicher fühlen kann (Zimmer, 2012, S. 26f). Auch in der Bewegung erfahren Kinder Unabhängigkeit und Freiheit. Der Körper drückt in den jeweiligen motorischen Bewegungen des Kindes die eigene Selbstbestimmtheit aus (Zimmer, 2012, S. 27).

4.3.1.2 Selbstentfaltung

Jeder Mensch möchte sich selbst verwirklichen, seinen Wissenstand erweitern und seine Veranlagungen weiterentwickeln – sich selbst entfalten und immer neu entdecken. Selbstverwirklichung geschieht jedoch nicht von alleine und nur mit sich selbst. Die Umwelt spielt dabei eine wichtige Rolle. Die sozialen Bedingungen in der Umwelt eines jeden Individuums sind notwendig, um sich selbst zu entfalten und gefördert zu werden (Völker, 1980, S. 15ff; zit. n. Zimmer, 2012, S. 26f). Auch in den psychomotorischen Einheiten ist es wichtig, Angebote zur Selbstverwirklichung zu geben. In der Bewegung entdecken die Kinder viele neue Eigenschaften, die sie kreativ umsetzen können und somit auch ihre Umwelt beeinflussen können (Zimmer, 2012, S. 27).

4.3.1.3 Ziel- und Sinnorientierung

Nicht nur die Selbstständigkeit und Selbstverwirklichung eines Menschen ist wichtig, sondern auch die Orientierung nach einem Ziel und, dass dem Leben ein Sinn gegeben wird. Die Handlungen im Leben sollen sinnerfüllt und bedeutend sein. Die Bedürfnisse nach Sicherheit und Liebe müssen hierbei berücksichtigt werden und für ein sinnerfülltes Leben abgedeckt sein (Völker, 1980, S. 15ff; zit. n. Zimmer, 2012, S. 27). Psychomotorische Bewegungshandlungen sollen dem Kind „die Erfahrung sinnvollen Handelns“ vermitteln. Die Ergebnisse im Spiel sind von keiner wichtigen Bedeutung. Wichtig ist, dass die Kinder die Spiele oder Bewegungen gerne ausführen und mit Begeisterung dabei sind. Das gibt den Kindern ein Gefühl der Sicherheit und ein Erlebnis sinnvollen Handelns (Zimmer, 2012, S. 27).

4.3.1.4 Mensch als Ganzheit (Körper-Seele-Geist)

Der Körper, die Seele und der Geist des Menschen sind miteinander verbunden und werden als Ganzheit angesehen. „Psychische, kognitive, emotionale, soziale und somatische Prozesse sind aufeinander bezogen“ (Völker, 1980, S. 15ff; zit. n. Zimmer, 2012, S. 27). Bei allen Aktionen ist der Mensch immer als Ganzes beteiligt. Wenn Kinder in Bewegung sind, kommen alle inneren und äußeren Prozesse des Kindes zum Vorschein.

In der Psychomotorik ist es wichtig, das Kind im Gesamten zu betrachten, mit all seinen Befindlichkeiten und nicht nur nach gewissen Aspekten (Zimmer, 2012, S. 28).

4.4 Ziele und Inhalte der Psychomotorik

Die Psychomotorik ist nicht auf die Heilung von Krankheiten körperlicher oder seelischer Art spezialisiert, sondern will als Helfer in Situationen, wo Bewegung und Wahrnehmung zusammenwirken, agieren. Wie schon zuvor beim Unterpunkt Menschenbild angeführt, darf Bewegung nicht allein und rein körperlich angesehen werden, da sich alle wichtigen Befindlichkeiten des Menschen gegenseitig beeinflussen. Als Hauptziel der Psychomotorik gilt die Förderung des ganzen Kindes durch Bewegung, mithilfe von therapeutischen und pädagogischen Ansätzen. Die Weiterentwicklung des eigenen Selbst soll im Vordergrund stehen (Zimmer, 2012, S. 22).

Zu den wichtigen Zielen der Psychomotorik gehören laut Zimmer (2012, S. 22f) folgende Punkte:

- Förderung der Selbstständigkeit des Kindes – eigenständiges Handeln entwickeln
- Förderung der Eigenwahrnehmung des Kindes
- Förderung der sozialen Interaktionen und des gemeinsamen Tuns
- Förderung der Selbstwirksamkeit des Kindes

Kiphard (1992; zit. n. Hecker, 2000, S. 20f) fügt noch ein weiteres Ziel hinzu:

- Förderung der „intrinsischen Motivation“, der Eigenkreativität und -aktivität

Auch Majewski und Majewska (2012, S. 24f) beschäftigen sich mit der Vielzahl der Bildungsziele in der psychomotorischen Förderung. Hierzu geben sie folgende Ziele an:

- Förderung der sinnlichen und Körperwahrnehmung
- Stärkung der sozialen Kompetenz
- Entwicklung von Toleranz und Einfühlungsvermögen
- Förderung von Mut und Selbstbestimmtheit
- Anregung zum aktiven Denken
- „Verbesserung der motorischen und sensorischen Leistungsfähigkeit“
- Stärkung des seelischen Befindens
- Förderung der Kreativität und Motivation
- (...)

All diese Ziele sollen in kindgerecht aufbereiteten, lustvollen Bewegungseinheiten und anregenden Spielen eingebettet werden.

Psychomotorische Förderung ist nicht nur Förderung der motorischen Fertigkeiten eines Menschen, sondern vielmehr ein „Förder- und Lernprinzip und zielt ab auf Daseinsbewältigung und Daseinsfreude“ (Majewski & Majewska, 2012, S. 23).

In der psychomotorischen Förderung gibt es nicht nur klar definierte Ziele, sondern auch drei wichtige Hauptinhalte oder, wie Fischer (2009, S. 23) schreibt, drei „analytisch trennbare Kompetenzbereiche.“ In den nächsten Unterkapiteln werden diese drei klassischen Inhaltspunkte vorgestellt und genauer beschrieben.

4.4.1 ICH - Kompetenz

Bei der ICH – Kompetenz stehen die eigene Körperwahrnehmung und die Erfahrungen mit seinem Selbst im Vordergrund. Die Kinder sollen den eigenen Körper, seine Möglichkeiten und Beweglichkeit erfahren sowie lernen, über den Körper ihre Emotionen auszudrücken. Aufbau von Verständnis und Bejahung des eigenen Körpers und sich selbst als ganze Person sind wichtige Erfahrungen, die von den Kindern in Bewegungseinheiten zum Thema ICH – Kompetenz erworben werden sollen (Zimmer, 2012, S. 23; Fischer, 2009, S. 23; Kiphard, 1994, S. 50).

Fischer (2009, S. 23f) definiert die Kompetenzbereiche noch zusätzlich als „inhaltliche Lernfelder“, die in der psychomotorischen Förderung aufgegriffen werden sollen. Die ICH – Kompetenz beinhaltet das Lernfeld der Selbsterfahrung mit dem Körper. In der Bewegung lernt das Kind seinen Körper aktiv einzusetzen – ein handelndes Individuum zu sein. Der Körper drückt auch aktiv gegenwärtige Stimmungen, Ängste, Gedanken und Befindlichkeiten des Kindes aus. Geht es der Seele nicht gut, wirkt sich das zumeist auf den Körper aus – aber auch umgekehrt. „Der Körper ist der Spiegel psychischen Erlebens“ (Fischer, 2009, S. 24), ist ein bekanntes Sprichwort und ist eine tolle Veranschaulichung des Zusammenspiels zwischen Leib und Seele, welches in der psychomotorischen Förderung von großer Bedeutung ist.

4.4.2 SACH - Kompetenz

Bei der SACH – Kompetenz stehen die Erfahrungen mit der Umwelt, speziell mit den verschiedensten Materialien im Mittelpunkt. Hier soll erfahrbar gemacht werden, wie sich beispielsweise die Spielgegenstände bewegen lassen oder bewegen, wie sie beschaffen sind oder wie sie vom spielenden Kind in einem anderen Kontext gesetzt werden und in seiner herkömmlichen Verwendungsweise verändert werden können (Kiphard, 1994, S. 50).

Zimmer (2012, S. 24) fügt dem noch hinzu, dass Materialerfahrungen immer auch entdeckendes Bewegungslernen garantieren.

Fischer (2009, S. 24) definiert die SACH – Kompetenz als Lernfeld der Materialerfahrung. In Spielsituationen soll das Kind mit den verschiedensten Materialien seine Sachkompetenz erweitern und so auch den eigenen Handlungsspielraum vergrößern. Damit dies geschehen kann, muss dem Kind geeignetes Material, welches es zu experimentellem Tun und selbstständigem Handeln anregt, bereitgestellt werden. Besonders Gegenstände aus dem kindlichen Alltag (z.B. Bausteine, etc.) erleichtern dem Kind das kreative Handeln. Ein wichtiger Handlungsspielraum für das Kind ist aber vor allem die Natur (im Wald, an Wasserstellen, an Spielplätzen oder auf Wiesen), mit all ihrer Vielfalt an Materialien, die das Kind zu vielen neuen Erfahrungen anregen.

4.4.3 SOZIAL – Kompetenz

Bei der SOZIAL – Kompetenz steht der Umgang und die Interaktion mit anderen Kinder im Vordergrund. Miteinander und „nebeneinander“ handeln, alleine, in der Kleingruppe oder in der Großgruppe lassen Kinder soziale Erfahrungen machen (Kiphard, 1994, S. 50). Vielmehr soll hier auch über Bewegung miteinander in Kontakt getreten werden. In sozialen Situationen soll ein Regelverständnis aufgebaut werden, aber auch gelernt werden, wie Regeln gemeinsam verändert werden können. Nicht nur Kooperationsspiele verhelfen hier zur Erweiterung der Kompetenz, sondern auch Spiele zum Kräfteressen (Zimmer, 2012, S. 24).

Den letzten der klassischen Inhalte der Psychomotorik, nennt Fischer (2009, S. 24f) auch Lernfeld der Sozialerfahrung. „Nur im Kontakt mit Mitmenschen lernt der Mensch sich zu verständigen und auszudrücken“ (Fischer, 2009, S. 24). Im Lernfeld der Sozialerfahrung werden einige der Hauptziele abgedeckt. So erfahren die Kinder in den passenden Spielsituationen, wie es ist, aufeinander Acht zu geben, Empathie einzusetzen, kooperativ zu sein, seine Ideen den anderen zu vermitteln und „Verantwortung zu tragen“. Um diese Ziele zu erreichen, sind zum Beispiel Bewegungsparcours oder Abenteuerlandschaften, die gemeinsam bewältigt werden sollen, von großer Hilfe. Beim Bewegen in einem Gerätetaparcours werden nicht nur das Selbstbewusstsein gestärkt, sondern auch das Ziel miteinander etwas erreicht zu haben. Die soziale Erfahrung, die durch gegenseitige Unterstützung im Spiel oder bei schwierigen Aufgaben gemacht wird, ist besonders für Kinder, mit Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Störungen (zum Beispiel für Kinder mit ADHS), für ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung wichtig (Fischer, 2009, S.24f).

4.5 Psychomotorische Ansätze für die Arbeit mit Grundschulkindern (mit ADHS)

In diesem Unterkapitel werden die verschiedensten Ansätze der Psychomotorik und die Vorteile oder Nachteile jedes einzelnen Ansatzes für die Arbeit mit ADHS – Kindern thematisiert. Zuvor wird ein kurzer Einblick in die kindliche Entwicklungsspanne vom 6. – 10. Lebensjahr, also in das Grundschulalter, gegeben. Die Entwicklungsphase von einem normal entwickelten Kind, wird der eines ADHS – Kindes gegenübergestellt und mit theoretischen Bezügen, im Hinblick auf Erikson, untermauert.

4.5.1 Kindliche Entwicklung im Grundschulalter

„Kindesentwicklung ist subjektive Lebensgeschichte im Kontext sozialer und gesellschaftlicher Lebensumwelt“ (Brunner, 1994, S. 136; zit. n. Passolt, 1996, S. 19). Der Ablauf der kindlichen Entwicklung ist sehr vielschichtig. Die verschiedensten Punkte, soziale Gegebenheiten oder die Motorik des Kindes, sind fest miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig. Das Kind entwickelt sich nicht nur nach äußeren oder zählbaren Erscheinungen, indem es an Gewicht zunimmt oder ein Jahr älter wird, sondern erlangt durch den Austausch mit seiner Umwelt, eigenständiges Handeln und Autonomie – „sein Aktionsraum erweitert sich“ (Wolff, 2000, S. 25).

Bei der kindlichen Entwicklung ist es wichtig, dem Kind Zeit zu geben seine eigenen Schritte zu vollziehen und nicht Vorgänge beschleunigen zu wollen. Rücksicht und Geduld sind für die Wegbegleiter des Kindes von großer Bedeutung. Erwartungshaltungen von der Umwelt des Kindes sind enorme Einflussfaktoren, die auf die Entwicklung miteinwirken und die Kinder unbewusst beeinflussen. Sind die Anforderungen zu hoch, kann dies zu negativen Auswirkungen (zum Beispiel geringes Selbstbewusstsein) in der Entwicklung des Kindes führen (Passolt, 1996, S. 19). Insbesondere bei Kindern mit ADHS, unterscheidet sich die kindliche Entwicklung weitestgehend von der eines normalen Kindes. Beim Schuleintritt ist bei einem Kind mit ADHS zuvor schon im Kindergarten, zuhause oder gar im Babyalter Auffälliges vorgefallen, jedoch wird dies oft noch mit übermäßiger Freude an Bewegung abgetan. Oftmals fällt die innere Unruhe dieser Kinder schon in der Schwangerschaft auf, da diese Kinder sehr aktiv sind und durch vehementes Strampeln im Mutterleib der Mutter sogar Schmerzen bereiten können (Neuhaus, 2016, S. 66).

Entscheidend für die Erkennung erster Anzeichen einer ADHS ist der Schulbeginn, da hier die Probleme zu- und ihren Lauf nehmen.

Durch die Leistungs- und Lernanforderungen, die ein Kind mit ADHS nicht immer so bewältigen kann wie ein normal entwickeltes Kind, steigt die Hyperaktivität und die Kinder werden zunehmend impulsiv (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014, S. 21). Mattner (2003, S. 36) beschreibt die Schulzeit sogar ganz dramatisch als Beginn einer langen „Leidenszeit“. Das Verhalten der Kinder passt nicht zum gewünschten Verhaltensidealbild der Schule und führt demnach zu großen Reibungspunkten. Das Kind muss aufkeimende Bewegungen und Fantasien unterdrücken, um im Unterricht als normales Kind teilnehmen zu können, ohne in die Kategorie der verhaltensauffälligen Kinder eingeordnet zu werden (Mattner, 2003, S. 36).

Gerade die Psychomotorik gilt als helfender und unterstützender Wegbegleiter in der kindlichen Entwicklung, „da hier Kinder über Bewegung, Ausdruck und Interaktion konkrete Eigenerfahrungen sammeln und nutzen können“ (Naschwitz – Moritz, 2000a, S. 102). Durch gezielte Spiele und Übungen, die sich an den Interessen der Kinder orientieren, können in der Entwicklung Fortschritte erzielt werden. Die wichtigsten Lebensinteressen der Kinder sind der Drang nach Bewegung, alle möglichen Bewegungsarten zu erkunden, ohne dabei bewertet zu werden, miteinander Agieren in einer Gruppe, die Umwelt wahrnehmen und sich ihrer anpassen und die Äußerung von Gefühlen. Diese Interessen haben alle Kinder, egal ob behindert, verhaltensauffällig oder normal entwickelt (Naschwitz – Moritz, 2000a, S. 102).

4.5.1.1 Psychosoziale Entwicklung nach Erik H. Erikson im Hinblick auf die Grundschulzeit

Nach Erikson (1950, 1989¹¹; zit. n. Fischer, 2009, S. 151) ist Entwicklung immer eine Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel sich selbst zu finden. Das Kind soll mit seiner sozialen Umwelt in Kontakt treten – nur so kann sich die Identität des Kindes entfalten. Erikson (1950, 1989¹¹; zit. n. Fischer, 2009, S. 151) unterteilt die psychosoziale Entwicklung des Kindes in Entwicklungsphasen, die auch immer mit entwicklungsspezifischen Krisen einhergehen. Entwicklung erfolgt nie ohne Weiterentwicklung und Auseinandersetzung mit den entwicklungsrelevanten Themen. „Die angemessene Bewältigung von Konflikten besteht in der Ausbalancierung solch gegensätzlicher Ansprüche und wird als Entwicklungsaufgabe bezeichnet“ (Fischer, 2009, S. 151f). Konflikte, die nicht gleich in der jeweiligen Entwicklungsphase gelöst werden können, können in den weiteren Phasen aufgearbeitet werden. Geschieht dies jedoch nicht, können große Probleme in der weiteren Entwicklung auftreten (Erikson, 1989, S. 66; zit. n. Fischer, 2009, S. 152).

Für verhaltensauffällige Kinder, insbesondere Kinder mit ADHS, ist es wichtig, in der psychomotorischen Förderung Themen und Übungen einzubauen, die sich mit den Konflikten und Lebensphasen des Kindes auseinandersetzen und so die Identität des Kindes fördern sollen (Fischer, 2009, S. 153).

Die für die Grundschulzeit wichtige Lebensphase ist die vierte Phase nach Erikson, Werk-sinn vs. Minderwertigkeitsgefühl (Erikson, 1993, S. 98). Diese Entwicklungsphase erfolgt zwischen dem 6. Lebensjahr und der Pubertät. Sie wird auch Latenzperiode genannt. Der Leitsatz ist: „Ich bin, was ich lerne!“ Das Schulkind will etwas greifen und begreifen. Das heißt, es will Dinge herstellen und Nützliches erschaffen und dafür von den Erwachsenen gelobt und anerkannt werden. Wenn in der Schule solche Erfolgserlebnisse und Anerkennung von Seiten der Lehrkräfte ausbleiben, dann kann das Kind Minderwertigkeitsgefühle, ja sogar Versagensängste entwickeln. Eine negative Bewältigung dieser Phase, führt zu geringem Selbstbewusstsein, das mitunter das ganze Leben des Kindes mitbestehen bleibt. Für eine gute Entwicklung ist es von Notwendigkeit, dem Kind Erfolgserlebnisse erfahren zu lassen, das Kind zu loben und seine verborgenen Talente zu fördern. Die Kinder wollen in dieser Lebensphase alles erkunden und mitmachen. Diese Chance wird ihnen genommen, wenn darauf nicht eingegangen wird. Manchen Kindern fallen bestimmte Aufgaben vielleicht noch schwerer als den anderen und fühlen sich dadurch minderwertig (Voglsinger, 2016). Dies kann auch bei Kindern mit ADHS vorkommen, die sich dann schnell überfordert und minderwertig fühlen. „In diesem Alter trauen sich die Kinder [mit ADHS, d. Verf.] bei subjektivem Interesse alles zu – und erbringen auch immer verblüffende Einzelleistungen, wenn sich nicht schon durch eine lange Misserfolgsgeschichte ängstlich und/oder depressiv sind“ (Neuhaus, 2016, S. 77).

So ist es die Aufgabe des Psychomotorikers oder der Psychomotorikerin die jeweiligen Lebensphasen in ihrer Arbeit mit normalen und vor allem mit Kindern mit ADHS, aufzugreifen und in Spiel – und Erlebnisangeboten miteinfließen zu lassen. Ganz besonders in der Grundschulzeit muss von Seiten der Betreuungspersonen immer wieder Lob und Unterstützung für getane Leistungen erbracht, die Stärken des Kindes hervorgehoben und das Kind als aktiver Mitgestalter angesehen werden. Die Kinder wollen Neues entdecken, was sie insbesondere in Gruppenarbeiten, durch gemeinsames Lösen von herausfordernden Aufgaben oder im bewegten Lernen erreichen können. Dadurch können das Selbstvertrauen, die Selbstwirksamkeit, Fokussierung oder das Regelbewusstsein geschärft werden (Pammer, 2017).

4.5.1.2 Entwicklung mit ADHS contra Entwicklung ohne ADHS (Vorschul- und Grundschulalter)

Ab dem Vorschulalter sind häufig dann erste, konkrete Anzeichen im kindlichen Handeln zu sehen, die auf eine ADHS hindeuten. Diese Kinder sind ununterbrochen am Reden, vor allem mit Personen, mit denen sie einen engen Kontakt pflegen, und können aber genauso schnell aus dem Gespräch herausgleiten, plötzlich das Thema wechseln oder gar sich anderen Dingen zuwenden. Dinge, die ein Kind mit ADHS nicht interessieren oder an routinemäßige Abhandlungen, z.B. Zähneputzen oder Kleidung anziehen, erinnern, werden trödelhaft durchgeführt. Doch wenn sie etwas entdecken, dass ihr Interesse weckt und sie begeistern kann, dann sind sie sehr schnell und geschickt im Umsetzen dieser Aktivitäten. Dies führt dann auch oftmals zu Streitigkeiten mit anderen Kindern, da sie einfach in bestehende Spielsituationen hineinplatzen, ohne zuvor gefragt zu haben, ob sie hier mitspielen dürfen. Generell gilt für das Spielverhalten eines Vorschulkindes mit ADHS, dass es oftmals nicht gerne alleine spielen kann, aber wenn es von etwas begeistert ist, darin voll und ganz aufgeht und hoch konzentriert spielt. In Spielsituationen mit Gleichaltrigen, zeigt sich, dass Kinder mit ADHS Probleme haben, die vorhandenen Regeln einzuhalten und sehr schwer verlieren können. Dies führt dann zu aggressivem Verhalten den Mitspielern gegenüber und zu Wutausbrüchen (Neuhaus, 2016, S. 73).

Vorschulkindern mit ADHS fällt es nicht leicht sich einmal in Entspannung zu begeben. Sie sind ständig in Bewegung, wissen nicht wann genug ist und oft endet das lustige Toben in Streit und lautem Schreien. „Die Kriterien der Schulreife, nämlich abwarten zu können, bis man an der Reihe ist, und eine Frustration auszuhalten, werden nicht erfüllt“ (Neuhaus, 2016, S. 73).

Trotz all der anderen Art von Entwicklung, gibt es auch positive Seiten. Im Vorschulalter entwickeln Kinder eine große Hilfsbereitschaft und erkennen sehr gut, wenn jemand Hilfe benötigt. Diese bleibt meist ein Leben lang erhalten. Auch das auffällige Interesse an der Tierwelt und Natur ist typisch für ein ADHS – Kind. Diesen Kindern ist es auch wichtig, dass alles gerecht abläuft und alle, hauptsächlich sie selbst, gerecht behandelt werden (Neuhaus, 2016, S. 74).

Im Vor- und Grundschulalter unterscheidet sich bei der Entwicklung des Denkens einiges von normal entwickelten Kindern. ADHS – Kinder haben keinerlei Zeitvorstellungen und leben immer im „Hier und Jetzt“. Wohingegen andere Kinder eine Zeitvorstellung bis zu einem Tag entwickeln, wird dies bei Menschen mit ADHS in ihrem ganzen Leben nie geschehen. Bis zum 6. Lebensjahr verwechseln Kinder oft Realität mit Fantasie, das nennt man magisch – animistische Partizipation.

Diese Denkweise bleibt bei Kindern mit ADHS noch lange bestehen, genauso wie das anschauliche Denken, das sich bei normalen Kindern weiterentwickelt, hier aber anhält. Bei der Entwicklung der räumlichen Entwicklung wiederum, sind Kinder mit ADHS, anderen Kindern weit voraus, da sie bereits mit 11/2 Jahren eine solche Orientierungsfähigkeit entwickeln und alles rund um sie entdecken wollen (Neuhaus, 2016, S. 75f).

Beim Spielen mit einem ADHS – Kind kommt es meist zu Chaos, da alle Spielsachen verstreut werden, aber hinterher nicht mehr aufgeräumt werden wollen. Im Grundschulalter kann Aufräumen nur erfolgen, wenn die Kinder von Bezugspersonen angeleitet werden und Hilfe bekommen. Das gleiche Muster setzt sich in der Schultasche oder im Federpennal fort. Stifte gehen verloren, Radiergummis sind ständig kaputt, Stifte werden zerbrochen oder Schulmaterialien werden generell öfters verloren. Hierbei benötigen die Kinder eine ständige Kontrolle von Seiten des Elternhauses oder der Lehrpersonen. Schon zu Beginn der Grundschulzeit zeigt sich, dass diese Kinder häufig ihre Stifte verkrampft halten und allzu fest aufdrücken beim Schreiben. Auch das Erlernen von Buchstaben ist von Schwierigkeiten geprägt, da neue Buchstaben nach wenigen Tagen wieder vergessen werden und nur durch ständiges Üben und vielen Wiederholungen automatisiert werden können. Generell haben solche Kinder Schwierigkeiten, neue Informationen vollständig aufzunehmen. Oft behalten sie nur die Hälfte der neugelernten Inhalte. Wenn sich Anweisungen oder Erklärungen von Seiten der Lehrkräfte verändern, dann fällt es ihnen noch viel schwieriger die Informationen zu behalten, beziehungsweise überhaupt abzuspeichern (Neuhaus, 2016, S. 76).

„Normalerweise entsteht ab Ende der Grundschulzeit die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und [...] die Fähigkeit zur Selbstreflexion“ (Neuhaus, 2016, S. 79). Doch bei Kindern mit ADHS geschieht dies nicht bis nie. Das Einfühlungsvermögen für Emotionen anderer Kinder wird im Grundschulalter gut entwickelt. Auffällig ist auch, dass Kinder mit ADHS schwer soziale Regeln einhalten können und in der Entwicklungsphase des Vorschulalters hängen bleiben, die als „vormoralisch“ gilt – ich bin gehorsam, sonst folgt eine Strafe, doch die eigenen Befindlichkeiten dominieren (Neuhaus, 2016, S. 80).

Zusammengefasst ist die Entwicklung eines Kindes, vor allem im Vorschul- und Grundschulalter von schwierigen Phasen geprägt, die zwischendurch von positiven Eigenschaften des Kindes überstrahlt werden. Neuhaus nennt dies „die etwas andere Entwicklung im Lebensverlauf“ (Neuhaus, 2016, S. 66). Sie meint abschließend auch, dass aus den Entwicklungsverläufen dieser Kinder schon vor Schuleintritt so viel zu erkennen ist, nur leider hier noch keine Diagnosen gestellt, oder die Kinder mit Maßnahmen unterstützt werden.

Gerade im Vergleich mit der normalen Entwicklung eines Kindes, werden so schon früh, viel zu viele Gelegenheiten zur Abhilfe vertan und immer wieder mit Beschreibungen, wie Trotzverhalten, Umbruchsphasen und Anschuldigungen an das Elternhaus abgetan (Neuhaus, 2016, S 66).

4.5.2 Konzeptionelle Ansätze der Psychomotorik

Die Psychomotorik und ihre Ansätze haben sich über die Jahre immer wieder weiterentwickelt und verändert. Das ganzheitliche Menschenbild und auch „die Förderung von Kindern, meist mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und speziellen Bedürfnissen“, ist bei allen konzeptionellen Ansätzen der Psychomotorik gleich, jedoch unterscheiden sie sich anhand ihrer Handlungen und Anleitungen beziehungsweise Umsetzungen (Zimmer, 2012, S. 38). Die Verfasserin möchte in diesem Unterkapitel drei Ansätze genauer vorstellen, die für ihre praktische Arbeit mit Kindern, vor allem mit ADHS – Kindern, von großer Bedeutung sind.

4.5.2.1 Psychomotorische Übungsbehandlung nach KIPHARD

Ernst J. Kiphard entwickelte im Jahr 1955 gemeinsam mit Helmut Hünneke die Psychomotorische Übungsbehandlung, kurz PMÜ genannt. Wie zuvor im Kapitel Geschichte der Psychomotorik angemerkt, beschäftigte sich Kiphard vor allem mit verhaltensauffälligen Kindern im psychomotorischen Bereich. Aus seiner Arbeit mit diesen Kindern, entstand eben diese Zusammenstellung und Übungsreihe (Fischer, 2009, S. 199). In den Übungen verpackte er entwicklungspsychologische, verhaltenstherapeutische und psychotherapeutische Grundlagen (Hünnekens & Kiphard, 1975, S. 15; zit. n. Fischer, 2009, S. 199). Genauer gesagt findet man in den Übungen viele Bewegungsangebote, die sowohl das soziale Miteinander, als auch die Wahrnehmung stärken sollen. Kiphard bietet somit eine Sammlung verschiedener Übungen aus diesen Bereichen, die frei wählbar sind und für jeden Psychomotoriker und jede Psychomotorikerin individuell einsetzbar sind beziehungsweise Schwerpunkt bezogen eingesetzt werden können. Die Kinder sollen selbstständig handeln und sich kreativ mit gut gewähltem Material auseinandersetzen. Kiphard sieht seine Übungen nicht als Leistungstraining und lehrerzentrierte Abhandlungen, da dies mit der psychomotorischen Einstellung zu einer kindgemäßen Gestaltung solcher Einheiten, nicht vereinbar wäre (Zimmer, 2012, S. 39).

Hecker (2000, S. 18) meint jedoch, dass bei diesem psychomotorischen Ansatz von Kiphard, der Psychomotoriker und die Psychomotorikerin für die Förderung des Kindes zuständig sind und eigene Ideen, kreative Eigenprozesse oder Anliegen der Kinder bei der PMÜ, im Gegensatz zu anderen Ansätzen, zu kurz kommen. Generell wurde die PMÜ ab den 80er Jahren stark kritisiert.

Zunächst wurde sie „als zu sehr medizinisch-psychiatrisch und defizitorientiert“ klassifiziert und als Konzept beschrieben, welches nur auf die Mängel der Kinder eingeht, jedoch nicht bei ihren Stärken ansetzt (Majewski & Majewska, 2012, S. 82). Majewski und Majewska (2012, S. 80) besagen aber, dass vor allem für verhaltensauffällige und hyperaktive Kinder die PMÜ sehr geeignet und sogar von hoher Notwendigkeit ist, da die Konfrontation mit seinen Stärken, Schwächen oder Ängsten mithilfe der Bewegung, als Ausdrucksmittel, die Persönlichkeit eines jeden Kindes festigen und stärken soll.

Kiphard hat die Übungen in drei große Bereiche eingeteilt: „Wahrnehmung, Bewegung und Emotional – sozialer Bereich“ (Majewski & Majewska, 2012, S. 83). Diese Bereiche stellen sogenannte Lernziele dar, die in der psychomotorischen Förderung mithilfe seiner Übungen erreicht werden sollen. Jeder Lernzielbereich hat auch bestimmte Förderaufgaben zugeteilt bekommen. So beinhaltet der Bereich Wahrnehmung beispielsweise, Übungen zur Sinnesschulung und Raumorientierung und der Bereich Bewegung, von Gemeinschaftsspielen bis hin zu Gleichgewichts- und Selbsterfahrungsübungen, ein breit gefächertes Repertoire, welches sich unter anderem auch der Akrobatik und Clownspielen bedient (Majewski & Majewska, 2012, S. 83 – 86).

4.5.2.2 Die sensorische Integrationsbehandlung

Jean Ayres gilt als eine der wichtigsten Vertreterinnen der sensorischen Integrationsbehandlung. Ihrer Meinung nach, ist Wahrnehmung unabdingbar mit Bewegung verbunden. Wenn die Wahrnehmungsbereiche eines Kindes stark beeinträchtigt sind, dann hat dies auch Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes (Zimmer, 2012, S. 42). Fischer (2009, S. 210) definiert dies noch genauer, indem er schreibt: „[...] Bewegung, als Träger der Wahrnehmungsintegration und damit der Gesamtentwicklung des Kindes [...]“. Gerade bei Kindern mit ADHS oder anderen Lern-, Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, ist ein gut integriertes sensorisches und motorisches System oftmals nicht erkennbar. So muss besonders bei diesen Kindern die Verbindung von Bewegung und Wahrnehmung einen hohen Stellenwert einnehmen (Zimmer, 2012, S. 42). Laut Ayres (2002, S. 102; zit. n. Zimmer, 2012, S. 43) entstehen die zuvor angeführten Störungen, wenn die sensorischen Reize im Gehirn nicht korrekt verarbeitet und integriert werden.

Ayres nennt drei wichtige Sinnessysteme, das Gleichgewichtssystem, das propriozeptive System und das taktile System, die für die kindliche Entwicklung und Entfaltung von Wichtigkeit sind. Besonders das vestibuläre System sieht sie als das „alles vereinende Bezugssystem“ (Zimmer, 2012, S. 43).

Die sensorische Integration erfolgt über vier Hauptebenen. Kinder, die sensorisch gefördert werden und diese Sinnesreize gut aufnehmen und zum Gehirn weiterleiten, weisen eine positivere Entwicklung auf, als Kinder, bei denen die Sinne vernachlässigt werden und die Reizweiterleitung nicht angemessen funktioniert. Die erste Ebene der sensorischen Integration beginnt schon gleich nach der Geburt, bei der Integration von Berührungsreizen, wie Berührungen durch Kontaktpersonen oder Saugreflexe. Die zweite Ebene erfolgt, wenn die zuvor genannten drei Hauptsinnessysteme ordentlich verarbeitet werden. Hier entstehen zum Beispiel die Eigenwahrnehmung und das Körperschema. Eine gesunde Eigenwahrnehmung lässt Kinder über längere Zeit konzentrierter und lernbereiter sein. Bei der dritten Ebene kommen auch der Seh- und Hörsinn dazu, die für das Sprachlernen und die Sprechfertigkeit von Bedeutung sind. Der Seh- und der Hörsinn können sich nur entfalten, wenn zuvor schon alle anderen Sinnessysteme integriert worden sind. Bei der vierten Ebene geht es um das erreichte Ziel aller sensorischen Integrationen (Fischer, 2009, S. 207ff).

Gefahr dieses Konzeptes ist, dass beim Kind nur die Sinnesfunktionen primär im Vordergrund stehen und alle anderen Bereiche, die das Kind und seine Umwelt ausmachen, meist außer Acht gelassen werden. Ayres meint hingegen, dass Kinder sich in Spielen entfalten sollen und auch einmal selbstbestimmt handeln sollen, jedoch geht dies meist unter. Wichtig ist oft nur, wie das Kind auf Reize reagiert, welche Handlungen es dann aufgrund dieser Reize ausführt und nicht welche individuellen Gewichte der Ausübung beigemessen werden (Zimmer, 2012, S. 43).

4.5.2.3 Der kindzentrierte Ansatz nach Zimmer

Majewski und Majewska (2012, S. 129) beschreiben den kindzentrierten Ansatz nach Zimmer, als „einen der wichtigsten psychomotorischen Ansätze im deutschen Sprachraum“. Renate Zimmer ist seit den 80er Jahren eine wichtige Wegbereiterin und Botschafterin der deutschen Psychomotorik, Professorin für Sportwissenschaft in Osnabrück und nebenbei auch als Psychomotorikerin in Therapiegruppen tätig. Sie vertritt den Ansatz der kindzentrierten Psychomotorik, wo Spiel und Freude im Vordergrund stehen und Leistungsdruck und Übungsabfolgen weitgehend verbannt werden (Majewski & Majewska, 2012, S. 129f).

Die Kinder sollen sich in der Bewegung selbst entfalten und neue Möglichkeiten entdecken können. So meint Zimmer (2012, S. 44), Psychomotorik ist „Hilfe zur Selbsthilfe“. Mit Zimmers Spielangebot sollen Kinder ihr Selbstbewusstsein stärken und ihr Selbst neu kennenlernen. Es geht dabei nicht um eine Fehlerbehebung oder immer um eine Stärkung der kindlichen Motorik, sondern um eine Wahrnehmungschärfung, insbesondere um Probleme der eigenen Motorik selbst wahrzunehmen und anders damit zurecht zu kommen.

Der Psychomotoriker und die Psychomotorikerin sollen das Kind bei seinem eigenen Lernprozess unterstützen und vielmehr als Begleiter fungieren. Bestärkende Rückmeldungen sollen Kritik ablösen, um den Kindern so positiv zur Seite zu stehen (Zimmer, 2012, S. 44). Die Übungsleiter sollen nicht Spiel für Spiel anleiten, sondern das Kind selbst entscheiden lassen, woran und womit es heute arbeiten will. Die Handlung und Idee kommt vom Kind und muss mit geeignetem, kindzentriertem Material, unterstützt werden oder in bewegungsorientierten Erlebnissituationen eingebaut werden. Die Erwachsenen sind am Beobachten, Unterstützen, Mitspielen und versuchen Ideen, die vom Kind kommen, aufzugreifen und in anderen Bewegungssituationen miteinzubeziehen (Fischer, 2009, S. 225). Körper- und Bewegungserfahrungen bieten den Kindern die Möglichkeit ihr Selbstvertrauen zu stärken, sich selbst neu zu entdecken und ihr eigenes Selbstkonzept positiv zu beeinflussen (Zimmer, 2011a, 2011c; zit. n. Zimmer, 2012, S. 44f). Bestärkende Worte von allen Wegbegleitern des Kindes verbessern weitgehend ihr Selbstkonzept. Ständig negative Äußerungen und Bewertungen, bringen das Kind wortwörtlich aus seinem Konzept, das Selbstkonzept ins Wanken und auch das Selbstvertrauen leidet darunter (Majewski & Majewska, 2012, S. 131). Zimmer sieht in der Bildung eines gesunden Selbstkonzepts eine der Hauptaufgaben der Psychomotorik (Zimmer, 2012, S. 24). Das Konzept von Zimmer ist in vier wichtige Punkte eingeteilt, folgt aber keiner bestimmten Reihenfolge und jede Übung kann individuell eingesetzt werden. Es ist keine „gezielte Behandlung von Entwicklungsauffälligkeiten“ (Majewski & Majewska, 2012, S. 132). Die verschiedensten Bewegungsangebote und Ideen nach Zimmer, lässt die Verfasserin im nächsten Kapitel miteinfließen.

4.6 Zwischenresümee

Die Psychomotorik ist eine von vielen alternativen Therapieformen der ADHS, die das Kind mit all seinen Verhaltensauffälligkeiten, Stärken und Schwächen in den Mittelpunkt stellt und hier mit bewegungs- und erlebnisorientierten Spielsituationen sowie Bewegungslandschaften die Kinder gezielt fördern und unterstützen will.

Von Ernst J. Kiphard in den 50er - Jahren in Deutschland begründet, hat sich die Psychomotorik in den weiteren Jahren auf Europa und auch bis in die USA ausgebreitet. Die Jahre waren auch geprägt von den verschiedensten konzeptionellen Ansätzen. Maßgeblich geprägt wurde die Psychomotorik von der PMÜ= Psychomotorischen Übungsbehandlung, die unter anderem auch Kiphard entwickelt hat.

Über die Jahre wurde der Wunsch nach einem kindzentrierteren Modell immer größer, bis schließlich, Zimmer, die maßgeblich für die Weiterentwicklung der Psychomotorik war, den kindzentrierten Ansatz entwickelte. Hier steht das Kind mit all seinen Fehlern, Entwicklungsverzögerungen und auch Stärken im Mittelpunkt der Handlungen und darf mit den verschiedensten Materialien auf Entdeckungsreise gehen. Zu den wichtigsten Inhalten der Psychomotorik zählen die ICH -, die SACH – und die SOZIAL – Kompetenz. Ziel ist es, diese Inhalte in Form von Übungen und Spielen aufzugreifen, um beispielsweise das Selbstvertrauen, die Eigenaktivität und die Selbstwirksamkeit der Kinder zu stärken. Im Hinblick auf ADHS, ist dies gerade bei entwicklungsauffälligen Kinder von großer Bedeutung. Wie schon zuvor im Kapitel erwähnt, ist es für verhaltensauffällige Kinder, insbesondere Kinder mit ADHS, wichtig, in der psychomotorischen Förderung, Themen und Übungen einzubauen, die sich mit den Konflikten und Lebensphasen des Kindes auseinandersetzen und so die Identität des Kindes fördern sollen (Fischer, 2009, S. 153).

Wichtig ist es, diese Themen auch im Unterrichtsalltag mit ADHS – Kindern miteinzubeziehen und den Unterricht mit psychomotorischen Angeboten zu bereichern. Im nächsten Kapitel wird nun näher darauf eingegangen, wie diese Kinder im Unterricht bestmöglich gefördert und unterstützt werden können.

5 Unterstützung der Kinder mit ADHS im Grundschulalltag

In diesem Kapitel beschäftigt sich die Verfasserin mit pädagogischen, organisatorischen und unterrichtsspezifischen Maßnahmen und Rahmenbedingungen im Hinblick auf den Grundschulalltag. Besonderen Wert wird hier auf die Methodik und die Organisation des Unterrichtsalltags mit ADHS – Kindern gelegt. Wie muss der Unterricht mit ADHS - Kindern ablaufen? Welche Methoden, Vereinbarungen und Rituale sind wichtig, um einen geregelten Schulalltag zu haben, um besonders ADHS – Kinder bestmöglich zu unterstützen? Insbesondere die Verbindung von ADHS und Psychomotorik – Psychomotorik im Klassenraum und Bewegungsraum, Psychomotorik als Wegbegleiter im Schulalltag für verhaltensauffällige und normal entwickelte Kinder, sollen hier als wichtigste Aspekte der Master - Thesis gesehen werden.

5.1 Psychomotorische Rahmenbedingungen in der Schule

Im Schulalltag gibt es viele Rahmenbedingungen, wie Regeln, Rituale oder Verhaltenskodex, die einzuhalten sind, um einen bestmöglichen Unterrichtsablauf zu ermöglichen. Bei Schuleintritt werden, insbesondere an Kinder mit ADHS, sehr hohe Anforderungen im Unterrichtsalltag gestellt. Die Kinder müssen sich in die Klasse einfinden, Freunde finden, Regeln im Spiel und Unterricht einhalten und Akzeptanz zeigen. „Doch genau da liegt das Problem: In der Zweierbeziehung können einfache Regeln noch akzeptiert und verstanden werden; doch sind mehrere Kinder beteiligt, eine Gruppe, und sollen strengere Regeln [...] eingehalten werden, so ist es nicht mehr möglich“ (Skrodzki, 2003, S. 152). ADHS – Kinder akzeptieren Regeln nur schwer und wenn, dann wollen sie diese nach den eigenen Bedürfnissen hin verändern. Dies führt im Schulalltag zu vermehrtem Streit, bis hin zu Ausgrenzung und Frustration. Die niedrige Frustrationstoleranz löst auch Aggressionen und eine Selbstunzufriedenheit bei den Betroffenen aus. So werden oft Gesten und Gesichtsausdrücke der anderen Kinder falsch interpretiert und so das aggressive Potential der ADHS – Kinder erhöht (Skrodzki, 2003, S. 152f). „Kennzeichnend für ihre Schullaufbahn ist, daß es immer Schwierigkeiten gibt [...]“ (Skrodzki, 2003, S. 154).

In den nächsten Unterkapiteln wird die Verfasserin näher auf die pädagogischen und unterrichtsspezifischen Maßnahmen eingehen, die in der Klasse mit einem ADHS – Kind als hilfreich für den Unterrichtsalltag sind und zusätzlich diesen Kindern helfen, sich in die Klasse zu integrieren.

5.1.1 Pädagogische Maßnahmen

Allgemein gilt für schulpflichtige Kinder mit ADHS, dass sie in das Regelschulsystem eingeschult werden müssen, solange nicht schon erhebliche Beeinträchtigungen vorliegen (Neuhaus, 2016, S. 171). Deswegen muss sich die Lehrperson in der Grundschule ausreichend mit der Thematik ADHS auseinandersetzen, das Kind mit seiner „Störung“ annehmen und ihren Unterricht methodisch beziehungsweise didaktisch gut planen. Jedes Kind, ob Störung oder nicht, sollte das bekommen, was es jetzt gerade benötigt (Neuhaus, 2016, S. 172). Auch Weiss (2012, S. 20) meint, dass Lehrkräfte, die mit ADHS – Kindern arbeiten gut über die Störung Bescheid wissen müssen, um das Kind dann mit all seinen Stärken, Ängsten oder schlechten Eigenschaften annehmen zu können. „In der Erziehung von Kindern [...] mit ADHS muss man sich tatsächlich vollständig von all dem verabschieden, was für andere Kinder [...] empfohlen wird“ (Neuhaus, 2016, S. 160). Vielfältige Strafen, negative Sanktionen oder „Belohnungsentzug“ bei Regelverletzungen werden bei Kindern mit ADHS nicht zur Besserung führen. Auch ist es wichtig detaillierte Angaben zu machen und nichts zu versprechen, dass dann nicht eingehalten werden kann, denn ein „vielleicht“ gibt es für ADHS – Kinder nicht. Eine liebevolle, aber strenge und konsequente Erziehung ist im Elternhaus und auch in der Schule für diese Kinder das Beste (Neuhaus, 2016, S. 160). Weiss (2012, S. 20) spricht hier sogar von einer „liebevollen Unterstützung“ der Kinder, die nur gelingen kann, wenn eine ruhige, angenehme und geborgene Umgebung für diese Kinder geschaffen wird. Weiters führt Weiss (2012, S. 20f) viele konkrete Ratschläge an, die Lehrkräfte in ihrer pädagogischen Grundhaltung unterstützen sollen:

- Eine positive Beziehung zu diesen Kindern aufbauen und wohlwollend entgegenreten. Die Kinder merken jegliche Ablehnung sehr schnell und reagieren hier oftmals mit Verweigerung und Verstärkung der ursprünglichen Probleme.
- Lehrer und Lehrerinnen dürfen negative Äußerungen oder Störungen im Unterricht niemals auf sich selbst beziehen. Den Kindern geht es in diesen Situationen meist am schlechtesten und können dies nicht anders ausdrücken.
- Problemsituationen sollten nicht überdramatisiert werden, jedoch auch nicht übergangen werden. Ein Hineinsteigern in die Situationen führt aber wieder zu größeren Schwierigkeiten der kindlichen Probleme.
- Wichtig ist viel Lob einzusetzen, anstatt die Kinder immer an ihre negativen Eigenschaften zu erinnern.
- Unterstützung und positive Gespräche mit anderen Kollegen und Kolleginnen sind wichtig für einen guten Austausch. Achtung – nur negative Gespräche führen zu nichts weiter.

- Schriftliche Strafen sollten vermieden werden. Die Kinder tun sich von Grund auf schon schwerer beim Schreiben und entwickeln so noch mehr Abneigung dagegen. Besser wäre, das Kind eine Zusatzleistung in der Klasse erbringen zu lassen, wie z.B. den Boden zusammenzukehren.

All diese Ratschläge sind von großer Bedeutung, aber noch wichtiger für die pädagogische Arbeit sind Regeln innerhalb der Schule und im Klassenraum. „Regeln [...] sind ‚Fundamente des Klassenraums‘ und beinhalten Erwartungsnormen an das Verhalten der Schüler/innen“ (Evertson, 2010; zit. n. Lahtz & Mackowiak, 2016, S. 111). Kindern mit ADHS gelingt es jedoch oftmals sehr schwer sich an Regeln zu halten, was wiederum zu Problemen im Unterrichtsalltag führt. Aufgrund ihrer Symptome können ADHS – Kinder häufig nicht anders reagieren, denn Impulse zu steuern oder aufmerksam zu sein, fällt ihnen eben sehr schwer (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014, S. 98). Gemeinsames Aufstellen von einigen, wenigen Regeln, hilft auch ADHS – Kindern wesentlich bei der Einhaltung, da sie beim Findungsprozess dabei waren. Die Regeln sollten möglichst sichtbar in der Klasse aufgehängt werden, sodass bei einem möglichen Regelverstoß, gleich darauf gezeigt werden und so hingewiesen werden kann (Weiss, 2012, S. 21). Die Konsequenzen bei Regelmissachtungen, müssen vorab genau geklärt, eingehalten und sofort umgesetzt werden (Lahtz & Mackowiak, 2016, S. 112f). Wichtig ist der richtige Umgang mit dem Störverhalten. Die Lehrkräfte müssen in solchen Situationen ruhig und gelassen bleiben, denn je besonnener und bestimmter die Lehrkraft reagiert, desto besser können die Kinder dies auch annehmen (Weiss, 2012, S. 22).

Bei ersten Anzeichen einer aufkeimenden Problematik, ist es von Vorteil, das Kind mit ADHS abzulenken, es jedoch immer im Blickfeld zu haben. Falls dies nicht mehr funktioniert, gibt es auch die sogenannte Auszeit, wo das Kind vor den Klassenraum gesetzt wird, bis es sich wieder beruhigt hat. Wichtig ist bei allen Deeskalationen, dass man immer gleich den Unterricht fortsetzt und nicht die Problematik noch mehr vertieft (Weiss, 2012, S. 22). Ein sogenannter Verstärkerplan, wo Kinder für den Tag oder für ein angemessenes Verhalten eine positive Rückmeldung in Form eines Stickers bekommen, ist eines „der wirksamsten Interventionen im Schulkontext zur Verhaltensänderung bei Kindern [...] mit ADHS [...]“ (Lahtz & Mackowiak, 2016, S. 115).

Vor allem die Mitschüler und Mitschülerinnen der ADHS – Kinder leiden unter den immer wieder aufkeimenden Problemen im Schulalltag. Das Problemkind sollte jedoch nie eine gesonderte Stellung in der Klasse annehmen. Man sollte immer bemüht sein, es in die Klasse zu integrieren. Übersehen werden darf dabei nicht, dass solche Kinder oft ausgegrenzt und gemobbt werden. Hier gilt rascher Handlungsbedarf.

Die Mitschüler und Mitschülerinnen der ADHS – Kinder kennen oft schon genau, wie sie diese behandeln, damit die Situation eskaliert. Hier muss gerecht verfahren werden und genau geklärt werden, wer hier beteiligt ist (Weiss, 2012, S. 22).

Als letzte wichtige pädagogische Maßnahme gilt das Fördern der individuellen Stärken eines ADHS – Kindes und um die richtige Nutzung dieser Stärken. ADHS – Kinder haben zum Beispiel die besondere Gabe ehrlich ihren Standpunkt zu äußern, sind ideenreich und kreativ veranlagt und helfen gerne anderen Menschen. Es hilft, wenn im Unterricht eventuell Ideen dieser Kinder aufgegriffen werden oder wenn diese Kinder zum Helfen in bestimmten Situationen eingeteilt werden. Sie können auch mehr Gelegenheiten bekommen sich kreativ bzw. sportlich auszutoben oder eventuell ein geliebtes Buch vorzustellen. Die Kinder fühlen sich wichtig, ihr Selbstbewusstsein steigt und sie haben eine sinnvolle Aufgabe zu bewältigen. Lob und Anerkennung dürfen hier nicht fehlen (Weiss, 2012, S. 23).

5.1.2 Unterrichtsspezifische Maßnahmen

Schüler und Schülerinnen mit ADHS haben viele Gründe, warum es ihnen schwer fällt dem Unterricht angemessen zu folgen und die Regeln gezielt einzuhalten. Einerseits liegt es eben an ihrer Impulskontrolle und dem Bewegungsdrang, andererseits an der Unaufmerksamkeit, weswegen sie viele wichtige Informationen im Unterricht nicht mitbekommen (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014, S. 93).

Frölich, Döpfner und Banaschewski (2014, S. 93f) führen hier gezielte Maßnahmen an, die Störungen im Unterrichtsgeschehen minimieren sollen und die weitgehend von der Lehrperson durchgeführt werden können:

- **Sitzplatzwahl:** Das ADHS – Kind soll immer nahe bei der Lehrperson sitzen. Im besten Fall ein Einzeltisch, der nicht den Blick zum Fenster frei gibt und für Ablenkung sorgt. Der Sitzplatz bleibt dem Kind das ganze Schuljahr hindurch zugeteilt. Ein Wechsel verunsichert das Kind zunehmend.
- **Lautstärke:** Bei Erklärungen von Aufgaben oder bei Anweisungen muss es in der Klasse ruhig sein, damit ein ADHS – Kind den Erklärungen folgen kann.
- **Kontakt Lehrperson – ADHS - Kind:** Die Lehrperson kann durch Berührungen z.B. an der Schulter, mit Blickkontakt oder durch gezielter Ansprache mit dem Vornamen mit dem Kind in Kontakt treten oder es auf Vereinbarungen hinweisen.

Eine Erleichterung für die Lehrperson stellen aber auditive und visuelle Signale dar, die vorher mit dem Kind besprochen werden müssen und dann gezielt eingesetzt werden können, z.B. bei einem Regelbruch.

- **Anweisungen:** Die Lehrperson sollte stets in einem bestimmten, klaren Tonfall mit dem Kind sprechen und freundlich dabei bleiben. Kurze, aber prägnante Anweisungen helfen wesentlich. Unterstützt werden können die Anweisungen auch mit Bildkarten.
- **Lob:** Wenn ein ADHS – Kind die Aufgabe gut gelöst hat oder wichtige Regeln befolgt hat, sollte immer gelobt werden oder sogar mit einem Verstärkerplan gearbeitet werden.
- **Keine unnötigen Pausen:** Es muss immer vorab geklärt werden, was nach einer Aufgabe als nächstes gemacht werden soll. Sonst kann es zu unnötigem Störverhalten kommen.

Auch Weiss (2012, S. 21f) hat Ratschläge, wie Unterricht mit ADHS – Kindern gut gelingen kann. Einige ähneln denen der Autoren Frölich, Döpfner und Banaschewski (2014), andere wiederum sind neu und können gut eingesetzt werden:

- **Guter Sitzplatz:** Weiss (2012, S. 21) meint auch, dass ein Einzeltisch oder ein Platz bei einem ruhigen Mitschüler oder einer Mitschülerin sehr viel bewirkt. Auf dem Tisch sollte auch nie mehr sein, als unbedingt notwendig.
- **Negative Veränderungen:** Negative Dinge immer früh besprechen und nicht zischendurch. Dies führt zu einer guten Einstellung auf die folgenden Punkte.
- **Unterrichtsplanung:** Viele kurze Einheiten planen, die es dem Kind ermöglichen sich bestmöglich zu konzentrieren. Freiarbeit so gut es geht für diese Kinder zu vermeiden, da sie sich selbst kaum bis gar nicht organisieren können. Deswegen benötigen sie hier wieder Hilfe.
- **Rituale:** Rituale und regelmäßige Planungspunkte innerhalb des Unterrichtstages helfen den Kindern sehr, sich auf das Geschehen einzustimmen und einzulassen.

- **Bewegung:** ADHS – Kinder haben einen überschwänglichen Bewegungsdrang. Lehrpersonen sollten im Unterricht immer wieder Bewegung miteinbauen. Vor allem nach langen Konzentrationsphasen.
- **Lautes Lob:** Alles Positive hervorheben und die Kinder in ihren Stärken bestärken. „Wichtig ist die Verstärkung der Anstrengungsbereitschaft und nicht nur des Handlungsergebnisses“ (Weiss, 2012, S. 22).
- **Wenn – Dann – Pläne:** Konkrete Handlungen mit dem Kind besprechen - wenn es das macht, dann erfolgt dies. So lernt das Kind selbst, Dinge und Vereinbarungen einzuhalten und sich Ziele zu setzen.

Neuhaus (2016, S. 172) definiert hier noch näher, wie Unterricht mit ADHS – Kindern gelingen kann, indem sie sagt, dass es auch wesentlich auf die Lehrperson und ihr Verhalten beziehungsweise Auftreten in der Klasse ankommt. Laut ADHS – Kindern sollten Lehrer oder Lehrerinnen humorvoll, loyal, durchsetzungsstark, methodisch und didaktisch gut vorbereitet und vor allem positiv bestärkend sein.

Weiters meint Neuhaus (2016, S. 172), dass der Unterricht klar strukturiert sein soll und meist nach dem gleichen Schema beginnen sollte, indem der Aufbau und die Erwartungen klar besprochen werden:

- Was lernen wir in dieser Stunde?
- Welche Verhaltensregeln sind für diese Stunde wichtig? z.B. Hand heben
- Welche Schulsachen brauchen die Kinder?
- Welche Materialien hat die Lehrkraft für Hilfestellungen mitgebracht?
- Zusammenfassung vorher gelernter Dinge, die für den Aufbau der Inhalte wichtig sind
- Unterstützung dieser Einleitung mit Bildkarten

Eine zusätzliche Hilfe für den Unterricht sind auch noch die nächsten Punkte:

- Die Schüler und Schülerinnen müssen ihren Tisch auf den Unterricht vorbereiten und frei räumen.
- Wer an der Reihe ist, spricht, sonst niemand!
- Üben ist wichtig, denn es kann nicht alles gleich beherrscht werden!
- Auffälligkeiten oder Streitereien werden gestoppt, aber eingehend erst nach der Einheit miteinander geklärt.
- Wünsche für den Unterricht sind von den Kindern gerne gesehen und können miteinfließen (Neuhaus, 2016, S. 173).

5.2 Psychomotorik im Bewegungsraum

Psychomotorische Förderung hat zum Ziel die verschiedensten Bereiche, wie Wahrnehmung, Motorik und Körpererfahrung durch gezielte Maßnahmen zu fördern. Vor allem motorisch auffälligen oder bewegungsverweigernden Kindern soll hiermit wieder die Freude an Bewegung nähergebracht werden. Viel wichtiger als spezielle psychomotorische Geräte, wie Pedalo, Schwungtuch oder Rollbretter, sind der Umgang der Kinder mit den Geräten und die Erfahrung, die sie damit machen. Ziel der psychomotorischen Einheiten ist es, dass Kinder selbstständig handeln und agieren, ihre soziale Bereitschaft und Kompetenz in der Gruppe erweitern, ihre persönliche Wahrnehmung festigen und ihre guten Eigenschaften oder Fertigkeiten erkennen und sich dessen auch bewusst sind (Zimmer, 2012, S. 22f).

Wichtige Inhalte einer Psychomotorikstunde sind:

- Körpererfahrungen und Selbsterfahrungen
den eigenen Körper wahrnehmen und erkunden, Körperschema, Körperbewusstsein entwickeln, den eigenen Körper annehmen, wie er ist
- Materialerfahrungen
Auseinandersetzung mit dem bereitgestellten Material, Problemlösen, Erfahrungen in der gegebenen Umwelt sammeln, Lernen durch Bewegung
- Sozialerfahrungen
mit den anderen Teilnehmern über Bewegung in Kontakt treten und kommunizieren, sich eigene Regeln ausmachen und Spielwelten kreieren, Nähe und Distanz erfahren (Zimmer, 2012, S. 23f).

„Im Vordergrund [einer Förderstunde, d. Verf.] stehen erlebnisorientierte Bewegungsangebote, die dem Kind die Möglichkeit geben, sich selbst als wichtiges Mitglied der Gruppe zu erfahren, die den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes unterstützen und ihm Erfahrungen des Selbstwirksam-Seins vermitteln“ (Zimmer, 2012, S. 24). Solch eine psychomotorische Stunde ist eine vielfältige und nicht festgelegte, und auf keinen Fall komplett durchgeplante Übungseinheit. Den Kindern soll eine Teilnahme im Prozess des Stundenaufbaus gewährleistet werden. Das heißt jedem Kind wird die Möglichkeit gegeben, sich aktiv an der Stunde zu beteiligen (Zimmer, 2012, 24f).

5.2.1 Rahmenbedingungen psychomotorischer Fördereinheiten

Zu den Rahmenbedingungen zählen wichtige Dinge, wie die Materialien, der Bewegungsraum, die Zeitdauer und die Rituale einer Übungsstunde (Zimmer, 2012, S. 144).

5.2.1.1 Gruppengröße

Hinsichtlich der Arbeit mit hyperaktiven Kindern, wäre eine Gruppengröße von bis zu fünf Kindern optimal, wobei dies im schulischen Rahmen oftmals so nicht durchführbar ist. Diese Gruppe sollten dann aber auch nur maximal zwei Kinder mit ADHS besuchen. Eine gute Mischung aus hyperaktiven und ruhigen, eher zurückhaltenden Kindern, wäre die beste Lösung (Schindler, 2003, S. 89).

5.2.1.2 Raum und Zeit

Die psychomotorischen Einheiten können überall durchgeführt werden, sei es in einer Turnhalle, auf einer Wiese, in einem kleineren Bewegungsraum oder im Wald. Oftmals bestimmen die Gruppengröße und auch die Bewegungswünsche der Kinder den Raum. Eine große Turnhalle lässt schnell einmal eine kleinere Gruppe von Kindern, noch kleiner aussehen und außerdem verlieren sich hier die sozialen Kontakte. Für eine Bewegungslandschaft ist eine Turnhalle jedoch von Vorteil, da hier viele Geräte optimal aufgebaut werden können. Der Gruppenleiter oder die Gruppenleiterin sollte daher die Raumgröße und Gegebenheit genau auf ihre Gruppe ausrichten (Zimmer, 2012, S. 145f).

Die Dauer einer psychomotorischen Einheit ist individuell zu gestalten und vor allem auch vom Alter der Kinder und den örtlichen Gegebenheiten abhängig. In der Schule hält man sich meist an die vorgegebene Schulstundeneinheit von 50 Minuten. Außerhalb einer pädagogischen Einrichtung kann eine Einheit schon einmal bis zu 60 Minuten dauern, wobei dann das Wegräumen und Umziehen noch extra dazu gerechnet wird. Eine Förderung sollte regelmäßig, etwa einmal pro Woche stattfinden und bis zu einem Jahr so durchgeführt werden. Ob ein Kind eine längere Förderung benötigt oder die Gruppe verlassen kann, muss jeweils genau behandelt werden (Zimmer, 2012, 148f).

5.2.1.3 Psychomotorisches Material

Es gibt typische psychomotorische Materialien, wie das Pedalo oder das Rollbrett. Verwendet werden können in der Psychomotorik von Großgeräten, wie Kästen oder Barren, bis hin zu Alltagsgegenständen alle möglichen Übungsgeräte. Wichtige Elemente sind Materialien zum Bauen von Dingen, wie Schaumstoffteile oder Bauklötze und Materialien zur Förderung des Gleichgewichtssinns, wie Wackelbretter und Kreisel. Außerdem Klettergelegenheiten, wie Leitern, Stangen, Taue, Sprossenwände oder dicke Seile und alle möglichen Materialien für den Gebrauch im sozialen Spiel, wie Luftballone, Decken, Bälle, Bohnensäckchen, Hütchen und vieles mehr (Zimmer, 2012, S. 146f).

5.2.1.4 Rituale

Rituale sind für alle Kinder wichtig, aber gerade für Kinder mit ADHS ist es wichtig, wenn fixe Rahmenpunkte festgelegt werden. So sollen die Begrüßung und die Besprechungen immer zum Beispiel im Kreis stattfinden. Auch fix abgesprochene Regeln sind wichtig, lieber wenige, dafür konsequent eingehaltene Regeln (Volkamer & Zimmer, 1986; zit. n. Schindler, 2003, S. 89). Bei Regelbruch sollten zuvor schon Vereinbarungen und Konsequenzen getroffen werden, die dann auch zum Greifen kommen, wie die gelbe Karte oder eine Auszeit vom Spiel. Hier hat Konsequenz die oberste Priorität (Schindler, 2003, S. 90).

5.2.1.5 Beziehung Kind – Pädagoge oder Pädagogin

Wichtig ist dabei, wie ich als Pädagoge oder Pädagogin mit dem jeweiligen Kind in Beziehung trete. Eine offene Haltung dem Kind gegenüber führt zu einem leichteren Kennenlernen, als etwaige voreingenommene Haltungen. „Das Verstehen – Wollen führt zum aufspürenden Dialog“ (Schindler, 2003, S. 93). Dazu hilft es sich vertrauensvoll, einführend und authentisch zu begegnen. Wenn das Kind loslassen kann und sich angenommen fühlt, dann ist der erste Schritt in eine gute Beziehungsgestaltung getan (Schindler, 2003, S. 93).

5.2.2 Aufbau psychomotorischer Bewegungseinheiten

Psychomotorische Förderstunden müssen zuvor von den Pädagogen und Pädagoginnen genau geplant werden. Hierbei empfiehlt es sich, an ein Planungsschema zu halten. Jede Stunde sollte einem ähnlichen Schema folgen. Nach Eggert (2008b, S. 196) beginnt die Stunde mit einer Anfangsphase, die in eine Erlebnisphase übergeht und am Ende der Stunde gibt es eine Schluss- und Beruhigungsphase. Die Anfangsphase beinhaltet erstes, freies Bewegen, gemeinschaftliche Aufwärmspiele und Besprechungen im Regel- und Gesprächskreis. Die Erlebnisphase kann dann anschließend ein spezielles Thema, wie zum Beispiel Gleichgewicht, verpackt in Übungs- und Bewegungssituationen behandeln oder es werden verschiedene Bereiche angesprochen und in Bewegungslandschaften verpackt. Eigenerfahrungen, Gruppenerfahrungen und Materialerfahrungen sollen in dieser Phase erlebt werden. In der Abschlussphase sollen die Kinder zur Ruhe kommen und Erlebtes noch einmal im Abschlusskreis reflektieren können (Eggert, 2008b, S. 197).

Auch Zimmer (2012, S. 155f) wendet ein Grundgerüst für die Planung und Durchführung psychomotorischer Einheiten an:

- *Einstimmungsphase*: Sitzkreis mit Regelbesprechung oder Nachbesprechung der letzten Einheit
- *individuelle Bewegungsangebote*: ersten Bewegungsdrang stillen; jedes Kind darf für sich mit geeignetem Material, Erfahrungen sammeln
- *Gruppenangebote*: gemeinsames Spiel; gemeinsames Aufbauen von Spielgeräten und Bewegungslandschaften; soziales Miteinander erleben
- *Schlussphase und Entspannung*: Spiele zur Entspannung; Rituale im Sitzkreis; Besprechung der Stunde und Ausblick bzw. Wünsche für die nächste Stunde

Majewski und Majewska (2012, S. 110) erwähnen in ihrem Buch, dass es laut Kiphard speziell für verhaltensauffällige und hyperaktive Kinder eine bestimmte Phasenplanung für die psychomotorischen Stunden gibt. Der Grundgedanke hinter dieser Planung ist der, dass jede Phase einen Zeitraum von mehreren Übungsstunden hintereinander durchgeführt und dann in die nächste Phase übergegangen werden soll. „Erst nach Absättigung motorischer Primitivmuster [...] kann es sinnvoll sein, ganz allmählich (und vom Kinde unbemerkt) die wilden Bewegungsströme der Kinder in immer konstruktivere Bahnen umzuleiten“ (Kiphard, 1994, S. 158). Für den Unterricht in der Grundschule könnte es sich empfehlen, all diese Phasen zu versuchen auch in einer Psychomotorikstunde miteinzubauen, da diese sich optimal an den Aufbau dieser Stunden orientiert und Kinder mit ADHS hier besonders gefordert werden.

Der Aufbau gliedert sich in 5 Phasen:

- *Enthemmungsphase*: hyperaktive Kinder können sich hier austoben, abreagieren, ihren Impulsen freien Lauf geben
- *Experimentierphase*: Spielangebote, Stärkung von Ich-, Sozial- und Sachkompetenz
- *Kathartische Phase*: Arbeit an den eigenen Emotionen; Ausdruck von Gefühlen; Verarbeitung von Konflikten
- *Strukturierungsphase*: Entspannungsübungen; Übungen zur Brems- und Steuerungsfähigkeit
- *Soziale Integrationsphase*: Integration der Kinder in die soziale Umwelt – die Klassengemeinschaft, ... (Majewski & Majewska, 2012, S. 110)

Im Hinblick auf die Durchführung einer psychomotorischen Einheit nach dieser Planung, geht Kiphard (1994, S. 157) noch genauer darauf ein, indem er meint, dass es wichtig ist hyperaktiven Kindern in den ersten Psychomotorikstunden viele Aktivitäten anzubieten,

die ihr Gleichgewicht anregen. Der Pädagoge oder die Pädagogin sollen den oftmals unkontrollierten Bewegungsdrang zulassen, da sich die Kinder dadurch selbst stimulieren.

Hyperaktive Kinder lieben Übungen, bei denen sie schaukeln, sich drehen, wippen oder springen können. Sie liefern, indem sie diese Übungen durchführen, ihrem nicht intakten vestibulärem System, starke Reize. So können sie sich selbst beruhigen und etwas von ihrem hyperaktiven Level herunterholen. „Wir sollten diesen ‚vestibulären‘ Reizhunger therapeutisch nutzen, indem wir Gelegenheiten und Gerätschaften bereitstellen, mit denen die Kinder diesen ‚Hunger‘ stillen können“ (Kiphard & Fröhlich, 1981; zit. n. Kiphard, 1994, S. 158). Geeignet sind dafür zum Beispiel Rollbretter, selbst gebaute Schaukeln und Rutschen oder Geräte mit denen man sich eindrehen kann (alle möglichen Körperachsen betreffend). Kiphard (1994, S. 158) schreibt auch, dass nach Ayres, diese Spielangebote nicht die Hyperaktivität der Kinder auf einmal verschwinden lassen, sondern, dass sich vielmehr die Kontrolle über den eigenen Körper und die eigenen Bewegungsfunktionen rasch verbessern.

In den weiteren Phasen sollen die Gleichgewichtsübungen immer mehr verringert werden und nur mehr gemeinsam mit anderen Übungen zum Beispiel in einer Bewegungslandschaft angeboten werden. Wichtig sind in den weiteren Phasen die sogenannten „motorischen Brems- und Steuerungsübungen“ (Kiphard, 1994, S. 158). Diese Übungen können in Spielsituationen eingebaut werden, wenn zum Beispiel alle Kinder Autos sind und auf ein Signal (akustisch oder visuell) hin sofort anhalten und bremsen müssen oder man baut diese Übungen in Lauf- und Hindernisparcours ein.

Im Spiel gelingt es den Kindern lustbetont, ihr Verhalten oder Tun abbremsen zu lernen, was ihnen im Alltag oftmals sehr schwer fällt. Viel wichtiger noch, als diese Übungen, sind Übungen für die Sinne. Diese können schon früh, bei den ersten Bewegungseinheiten und auch im Unterricht in der Grundschule immer wieder eingesetzt werden. Wichtig ist dabei, dass der Sehsinn hier weitgehend „ausgeschaltet“ werden sollte, da gerade durch das Sehen ihrer Umgebung, hyperaktive Kinder sehr abgelenkt und unkonzentriert sind. Erst in Übungen, bei denen die Augen geschlossen werden, lernen die Kinder auch gezielt, ihre anderen Sinne miteinzubauen. Zunächst sollte der Tastsinn geschärft werden. Allmählich dann alle anderen Sinne, vor allem der akustische Sinn, indem „akustische Aufmerksamkeitsübungen“ durchgeführt werden (Kiphard, 1994, S. 158f).

Zuletzt sollte sich der Pädagoge oder die Pädagogin mit der Entschleunigung impulsiver Handlungen der Kinder beschäftigen. Hier könnte den Kindern, laut Kiphard (1994, S. 159) eine Folge von Wörtern helfen, schnelle Handlungen oder Antworten zu kanalisieren.

Die Abfolge lautet: „Halt! – Schau! – Höre! – Denke!“ Die Anwendung dieser Formel führt weitgehend zu einer verbesserten Handlungsplanung.

Erst wenn die Handlungsplanung verbessert wurde und die Impulse besser kontrolliert werden können, können in den psychomotorischen Einheiten auch Spiele und Übungen angeboten werden, die den Neigungen der Kinder entsprechen. Hauptaugenmerk könnte hier auch auf der Akrobatik und artistischen Übungen liegen (Kiphart, 2003, S. 81).

5.3 Psychomotorisches Praxiskonzept

Zunächst gibt die Verfasserin einen kurzen Einblick in die Thematik und Bedeutung des Spiels für Kinder, vor allem in der psychomotorischen Förderung. Anschließend wird eine psychomotorische Einheit vorgestellt, die besonders Kinder mit ADHS fördern und fordern soll. Eine abschließende Spiele- und Übungssammlung, gegliedert nach den wichtigsten Inhalten der Psychomotorik, ICH – Kompetenz, SACH – Kompetenz und SOZIAL – Kompetenz, soll als Ideen Anregung und Unterstützung für den Bewegungs- und Sportunterricht oder den Schulalltag mit ADHS – Kindern gesehen werden.

5.3.1 Das Spiel

Jeder von uns, glaubt zu wissen, was Spiel genau bedeutet, jedoch ist es gar nicht leicht, eine allgemein gültige Definition für den Begriff zu finden. Heutzutage gilt das Spiel oftmals als „Zeitvertreib und Mittel gegen Langeweile“ (Papousek, 2003, S. 26) und wird häufig mit Negativem assoziiert. Frei nach dem Zitat von Fein: „Spiel ist etwas, das zufriedene Kinder tun, wenn die Erwachsenen sie nicht mit anderen Aufgaben stören. Und Spiel ist etwas, das Erwachsene ihren Aufmerksamkeit fordernden Kindern zu tun empfehlen, um sie loszuwerden“ (Fein, 1981; zit. n. Papousek, 2003, S. 26f).

Im Gegenzug zu solchen negativen Äußerungen, gilt das Spiel, als eines der wichtigsten Bereiche des „*Fundamentalen Lebenssystems* des Menschen“ (Mogel, 2008, S. 6). Spiel ist nach Mogel (2008, S. 6), ein Geschehen, welches die Entwicklung fördert, das Selbstwertgefühl steigert und einen wichtigen Stellenwert im Leben eines Menschen einnimmt.

Mogel (2008, S. 4) meint auch, dass Spielen eine zweckfreie und selbstbestimmte Handlung ist, die von Neugier, Freude und Lusterleben getragen ist und sich kreativ und fantasievoll mit der Umwelt beschäftigt, sowie das Leben eines jeden bereichert.

Einer der bedeutendsten Entwicklungspsychologen, Jean Piaget, besagte, dass das Kinderspiel „eine Aktivitätsform der geistigen Entwicklung“ sei, und „im wesentlichen (!) eine assimilative Tätigkeit ist“ (Mogel, 2008, S. 19f). Das heißt, das Kind handelt nach den bereits entwickelten Handlungsmustern und –strukturen.

5.3.1.1 Bedeutung des Spiels für Kinder

Kinder spielen nicht, um ihre Funktionen und Fertigkeiten zu trainieren oder zu verbessern, sie haben Freude an dem Tun und im Erkunden ihrer Umwelt oder Erfahrungswelt. Das Spiel bietet für sie vielerlei lebenssichernde- und steigernde Inhalte, wie den flow – Effekt im frühen Kindesalter, neue Erkenntnisse und Erfahrungen mit den Gegenständen und Personen der kindesnahen Umwelt, die Verarbeitung von negativen Situationen, das Aufbauen einer sozialen Beziehung im Zusammenspiel mit anderen Spielpartnern und die Realitätsbewältigung (Oerter, 2008, S. 245 – 248).

Kennzeichnend für das kindliche Spiel sind nach Largo (2016, S. 272 – 275) auch folgende Inhalte:

- Das Kind muss sich in der Spielumgebung wohl- und geborgen fühlen.
- Das Spielverhalten folgt dem Entwicklungsfahrplan des Kindes, beziehungsweise spielt das Kind, seinem Entwicklungsstand folgend, bestimmte Spiele (vgl. Spielformen).
- Die Selbstkontrolle über die eigene Spielhandlung.
- Das Verhalten im Spiel ist in allen Kulturen und bei allen Kindern gleich.
- Das Kind hat Freude und Interesse am Spiel.

Auch Papousek (2003, S.27) meint, dass das Kind im Spiel eigene Erfahrungen macht und dadurch Neues dazu lernt, beziehungsweise dadurch Lernen und Spielen, obwohl es dem Kind nicht bewusst ist, verbinden kann. Besonders frühkindliches Spiel ist, vom Kind selbst geführtes Sammeln von Erfahrungen und eigenbestimmtes Lernen von neuen Inhalten. Die intrinsische Motivation des Kindes zum Entdecken von Neuem, führt zur erlebbarer Freude und Begeisterung im Spiel.

Dem Spiel lassen sich vier wichtige Merkmale zuordnen, die in allen Spielformen zu finden sind:

- Selbstzweck des Spiels (Mogel, 2008, S. 5),
- Wechsel der Wirklichkeit (Eintauchen in eine Fantasiewelt),
- Wiederholung und Ritual und
- Gegenstandsbezug (Oerter, 2007, S. 9).

5.3.2 Psychomotorische Einheit

In diesem Unterkapitel wird nun eine psychomotorische Stunde vorgestellt, die im Bewegungsraum mit einer ganzen Klasse durchführbar ist. Der Turnsaalplan veranschaulicht den Aufbau der Stationen im Bewegungsraum, lässt aber Spielraum zur Variation (siehe Abbildung 5).

Tabelle 2: Stundenbild Pirateninsel

Einheit: Pirateninsel Die Einheit gliedert sich in eine Anfangsphase (A), eine Erfahrungsphase (E) mit der Bewegungslandschaft und in eine Schlussphase (S). Besonders gefördert werden sollen Kinder mit ADHS und die Bereiche: Ausdauer, Gleichgewicht, Koordination, taktile Wahrnehmung, Körpererfahrung, Materialerfahrung, Sozialerfahrung und Gelenkigkeit (Eggert, 2008, S. 8)		
Übungsablauf	Material	Förderungsthema
<u>A</u> ✓ Ankommen in der Turnhalle, freies Bewegen ✓ Der „Rote Peter“ Zum Aufwärmen wird ein Laufspiel gespielt – der „Rote Peter“. Die Kinder verteilen sich im Raum. Zwei oder mehrere Kinder haben einen Piratenhut in der Hand und versuchen ihn, den anderen Mitspielern während dem Laufen aufzusetzen. Diese versuchen den Hut dann wieder loszuwerden und jemanden anderen aufzusetzen. Der Hut muss immer genommen werden (Zimmer, 2012, S. 213).	ev. Rollbretter, kleine Bälle, Springschnüre mehrere Piratenhüte	Stillen des ersten Bewegungsdrangs Ausdauer, Sozialerfahrung, Reaktion, Rollenwechsel

E Wir fahren zur Pirateninsel Gespräch und Einstimmung im Sitzkreis oder auf einer Matte in der Mitte der Turnhalle: Wie könnte so eine Pirateninsel aussehen? Wer könnte dort leben? Ideen der Kinder aufgreifen! Nun erzählt der Lehrer oder die Lehrerin eine Geschichte: „Um zu der Pirateninsel zu gelangen müssen wir mit einem großen Schiff dorthin fahren und durch die hohen Wellen reiten. Folgt ihr mir an Bord des Schiffes? Als Schiff dienen ein oder zwei Mattenwägen, auf denen die Kinder Platz nehmen und sich mithilfe eines dicken Taus zur Sprossenwand, wo die Pirateninsel beginnt, ziehen. „Wir sind endlich angekommen! Los geht's, wir erkunden die Abenteuer der Pirateninsel. Dabei müsst ihr vorsichtig sein, denn es können euch jederzeit wilde, fremde Tiere oder Menschen begegnen. Die Zeit auf der Insel ist aber begrenzt, denn noch bevor es dunkel wird, müssen wir zurückgekehrt sein!“ (Eggert, 2008a, S. 216) Wir erkunden die Insel Alle Kinder steigen aus ihren	Matte 2 Mattenwägen, 2 dicke Taue, Sprossenwand, Matte an der Sprossenwand zum Abstoppen; Knoten: Mastwurf	Sozialerfahrung, Materialerfahrungen, etwas selbst „bewegen“
--	--	---

Schiffen aus und beginnen die Pirateninsel zu erkunden. Sie klettern dabei entlang einer steilen Bergwand (Sprossenwand) bis sie zu einer Dschungellandschaft gelangen, wo sie sich von Liane zu Liane (Täue an der Halendecke) hanteln müssen, ohne dabei in den tiefen Sumpf zu fallen. Weiter geht es über eine äußerst wackelige Hängebrücke (Barren mit Seilen) bis sie am anderen Ufer angekommen sind. Dort geht es steil bergauf auf einen Berg (Kästen klein und groß, Langbank), von dem man eine tolle Aussicht über die ganze Insel genießen kann. Einmal dort oben angekommen, kommt man nur über eine Steilhangrutsche (2-3 Turnbänke eingehängt in die Sprossenwand und Weichböden darüberlegen), die eine rasante Fahrt bereithält, wieder hinunter. Über wackelige Steine (taktile Halbigelbälle und Reifen) geht es über einen Bach zu einer Höhle (Matten mit Langbank), die nur mit kleinen Wägen (Rollbretter) befahren werden darf. Kaum aus der Höhle herausgekommen wartet schon ein dichtes Pflanzengeäst (Rinparcours - mit Seilen verbundene Ringe), das überklettert werden muss, da der Boden hier aus heißem Gestein besteht.	aufgebaute Geräte, siehe Abbildung 5, S. 60	
	Täue ausgezogen und blaue Matten darunter	Gleichgewicht, Kraft, Materialerfahrung, Koordination
	1 Barren und fünf bunte Seile in U – Form zwischen den Barren hängen	Gleichgewicht
	1 kleiner Kasten, 2 große Kästen, 1 Langbank, Sprossenwand	Materialerfahrung
	2-3 Turnbänke, 2 Weichböden, 1 kleine Matte	Materialerfahrung
	8 taktile Bälle, 10 Reifen	taktile Wahrnehmung, Koordination
	Sprossenwand, 1 Langbank, 2 kleine Matten, Rollbretter	taktile Wahrnehmung, Schnelligkeit, Materialerfahrung
	mehrere Ringe ausgezogen und mit Seilen verbunden	Koordination, Kraft, Gleichgewicht, taktile Wahrnehmung

Bevor es dann bald dunkel auf der Insel, wird müssen noch die Affenschaukel (Weichboden an den Ringen befestigt) und die kreiselnden Lianen (Ringe zum Eindrehen) bezwungen werden. Auf einem wackeligen Steg müssen die gefundenen Kokosnüsse (umgedrehte Langbank auf einem Weichboden mit Bohnensäckchen) zum Schiff transportiert werden. Dann beginnt die gemeinsame Heimreise auf dem Schiff zurück zu unserem Heimaort (Balzano, 2015, Nr. 34, 71, 48, 67, 66, 53, 5, 80, 77, 84, 61).	1 Weichboden, 2 Paar Ringe, Seile 1 Langbank, 1 Weichboden, Bohnensäckchen	Gleichgewicht, Sozialerfahrung Körpererfahrung, Gleichgewicht Gleichgewicht, Materialerfahrung
<u>S</u> Schiffahrt zurück Die Kinder befinden sich alle wieder auf den Mattenwägen zurück zum Erzählkreis. Wenn sie angekommen sind, legen sie sich auf die Matten im Erzählkreis, schließen die Augen und die Lehrperson beginnt die Geschichte mit den Kindern nochmals in einer Fantasiegeschichte nachzusinnen. Zusätzlich verwendet sie z.B. Igelbälle und baut so taktile Reize in die Geschichte mit ein.	Matten Igelbälle, Malerrollen, Chiffontücher	taktile Wahrnehmung, Entspannung

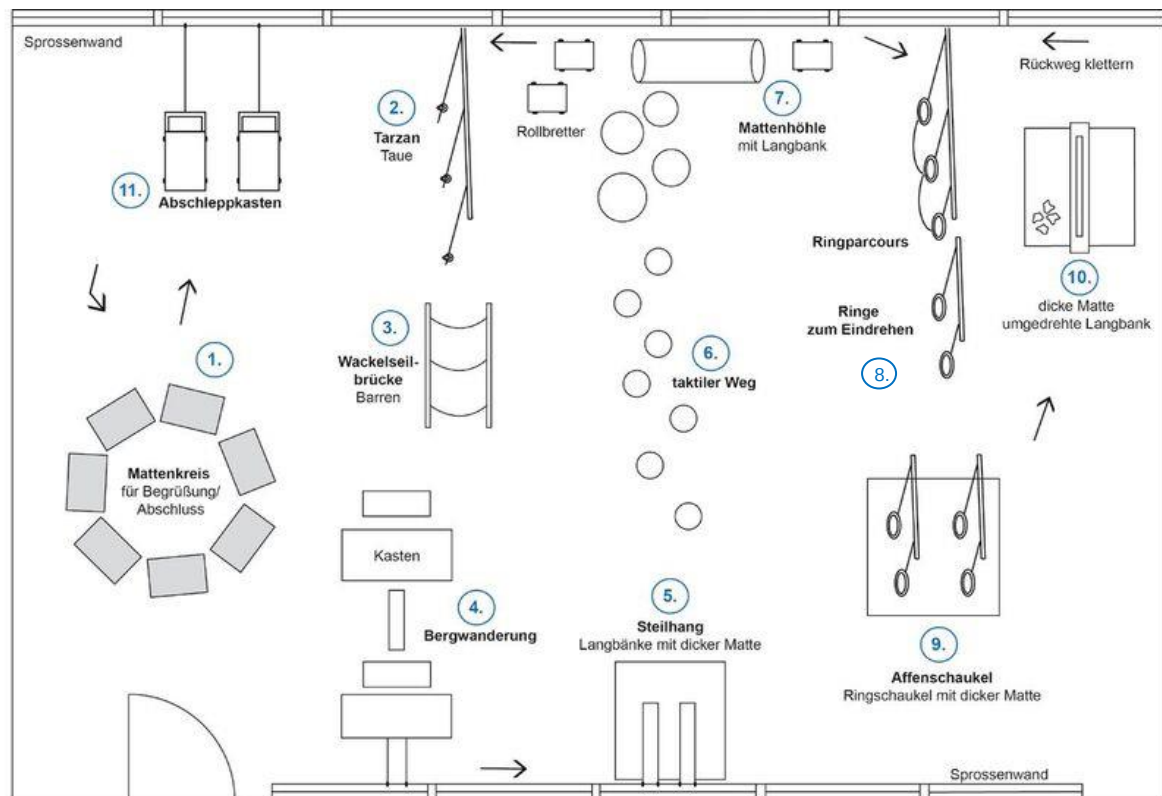


Abbildung 5: Turnsaalplan Pirateninsel

5.3.3 Psychomotorische Übungs- und Spielesammlung

Die folgenden Übungen und Spiele sind nach den drei wichtigen Inhaltsbereichen der psychomotorischen Bewegungsstunde, Körpererfahrung, Materialerfahrung und Sozialerfahrung, gegliedert. In jeden der drei Bereiche finden sich Übungen und Spiele zu den Basiskompetenzen und den sensorischen Funktionssystemen. Diese Übungen können flexibel eingesetzt werden und zu einem Stundenbild mit Geschichte verarbeitet werden. Wichtig dabei ist, dass all diese Übungen mit ADHS – Kindern durchgeführt werden können und vor allem mit der ganzen Klasse spielbar sind. Eine Beispielsequenz stellt die Verfasserin unter dem Punkt 5.3.2 vor (Eggert, 2008a, S. 9).

5.3.3.1 Körpererfahrung (ICH – Kompetenz)

- **Fliegender Teppich**

Eine Turnmatte wird zu einer Schaukel umfunktioniert, indem sie an den Ringen mit Sprungseilen befestigt wird. Die Seile werden in Schlaufen gelegt und bei der Matte links und rechts montiert. Dieses Bewegungsangebot eignet sich für max. drei Kinder und dient zur Entspannung, sowie Anregung des Gleichgewichtssinns (Zimmer, 2012 S. 243).

- **Von Schlaffi zu Herkules**

Die Kinder laufen in der Turnhalle durcheinander. Wenn der Psychomotoriker oder die Psychomotorikerin ruft: Schlaffi, lassen die Kinder ihre Schultern hängen und gehen mit hängendem Oberkörper durch den Raum. Wenn aber Herkules gerufen wird, richten sich die Kinder gerade auf und spannen Bauch-, Brust- und Rückenmuskulatur sowie ihre Arme an. Es wird ein schneller Wechsel der beiden Anweisungen empfohlen. Dieses Spiel dient zur Ent- und Anspannung (Grüger, 2014, S. 92).

- **Gehen mit dem Blindenstock**

Den Kindern werden die Augen verbunden. Sie müssen nun blind mit einem Blindenstock (Gymnastikstab) durch den Raum gehen, ohne jemanden anderen zu berühren oder zu verletzen. Der Schwierigkeitsgrad kann mit Hindernissen im Raum nochmals erhöht werden. Eventuell wird der Parcours dann zuvor mit geöffneten Augen ausprobiert. Gefördert wird hier, neben der Körpererfahrung, auch die taktile Wahrnehmung (Eggert, 2008a, S. 166).

- **Zauberlehrling**

Bei diesem Laufspiel laufen alle Kinder durcheinander. Wenn der Lehrer oder die Lehrerin ein Kind mit dem Zauberstab berührt, wird es zu einem beliebigen Tier verzaubert und muss sich fortan wie dieses Tier bewegen.

Die Kinder können durch nicht-verzauberte Mitspieler durch eine Berührung erlöst werden. Der Zauberlehrling kann auch ein Kind anstelle der Lehrperson sein. Gefördert werden die Koordination, Raumwahrnehmung und Ausdauer (Naschwitz – Moritz, 2000b, S. 164).

5.3.3.2 Materialerfahrung (SACH – Kompetenz)

- **Hamburger**

Die Kinder dürfen mit Matten einen eigenen Burger bauen. Statt echtem Käse oder Fleisch, legen sich die Kinder in die Zwischenräume der Matten. Als Untergrund dient eine dickere Matte, darauf kommen die ersten Kinder und anschließend wieder eine Matte. Der Hamburger kann beliebig hoch gebaut werden, aber die untersten Kinder müssen immer wieder gefragt werden, ob sie denn noch eine Schicht aushalten. Es dürfen keine Kinder aus dem Hamburger herausfallen. Hier werden die taktilen Sinne angeregt, aber auch die Tiefenwahrnehmung und die Wichtigkeit in einer Gruppe (Zimmer, 2012, S. 240).

- **Putzmaschine**

Hier dürfen die Kinder mit Teppichfliesen durch den Raum putzen und immer wieder ihre Position wechseln. Die Kinder können darauf knien, auf zwei Teppichfliesen stehen und wie ein Eisläufer durch den Raum flitzen oder sie werden von einem anderen an den Händen durch den Turnsaal gezogen. Hier gibt es die verschiedensten Differenzierungsmöglichkeiten. Bei dieser Übung werden das Gleichgewicht und die Koordination im Raum trainiert (Zimmer, 2012, S. 221).

- **Schiefe Ebene (mit dem Rollbrett)**

Für diese Übung benötigt das Kind schon einige Vorerfahrungen und Grundkenntnisse mit dem Rollbrett. Mit verschiedenen Geräten, wie Langbänke und Kästen, wird bei der Sprossenwand eine schiefe Ebene gebaut, die die Kinder mit dem Rollbrett hinuntersausen können. Dabei brauchen die Kinder viel Mut und auch Sicherheit mit dem Gerät. Gefördert werden „das Gleichgewicht, die Koordination und auch die visuelle Wahrnehmung“ (Eggert, 2008a, S. 187).

- **Steine im Sumpf**

In einem Parcours integriert liegen hintereinander mehrere Kreisel. Die Kinder dürfen den Sumpf (Boden) nicht berühren. So trainieren sie hier ihr Gleichgewicht und die Wahrnehmung (Eggert, 2008a, S. 193).

5.3.3.3 Sozialerfahrung (SOZIAL – Kompetenz)

- **Heizdecke**

Die Kinder benötigen dazu viele Bierdeckel oder auch Bohnen- oder Sandsäckchen. Ziel ist es, in der Gruppe von max. 3-5 Kindern, ein Kind langsam mit den Materialien zuzudecken. Anschließend kann das Kind entweder alle Dinge abschütteln oder die Partnerkinder decken das Kind Schritt für Schritt wieder auf. Die Kinder können bei dieser Übung Entspannung sowie Material- und Körpererfahrung sammeln. Auch der taktile Sinn wird angeregt (Zimmer, 2012, S. 245).

- **Statuen ertasten**

Aufgabe ist es bei dieser Übung, dass die Kinder paarweise ein Modell, ein Kind unter einem Tuch, ertasten und anschließend nachbauen. Ein Kind ist dabei der Bildhauer und eines das neue Modell. Das Hauptmodell kann unter dem Tuch oder der Decke eine beliebige Pose einnehmen und muss vom Bildhauer ertastet

werden, der dann sein Modell so nachbaut. Das Modell darf keine Anweisungen geben. Am Ende werden beide Modelle miteinander verglichen. Hier wird vor allem die taktile Wahrnehmung im Miteinander geschult (Eggert, 2008a, S. 172).

- **Fische fangen**

Die Kinder liegen alle bäuchlings im Kreis mit Blick nach innen. Sie geben einander die Hände und ein Kind versucht die Kinder aus dem Kreis an den Beinen herauszuziehen. Ist ein Kind herausgezogen worden, ist es automatisch ein neuer Fische. Ziel ist es, alle Fische aus dem Teich zu ziehen. Geschult wird hier neben der Sozialerfahrung auch die Kraft, die Tonusregulation und die kinästhetische Wahrnehmung (Naschwitz – Moritz, 2000b, S. 195).

- **Mein Raum**

Die Kinder gehen paarweise zusammen. Ein Kind steht in einem Reifen und muss seinen Raum verteidigen, das andere Kind steht außerhalb des Reifens und möchte in den Raum gelangen. Durch Ziehen oder Schieben versuchen die Kinder die Räume zu rauben. Auf ein Handzeichen, beenden die Kinder die Rangelei und setzen sich gemeinsam Rücken an Rücken in den Reifen, um sich zu spüren. Nach dieser Sequenz werden die Rollen getauscht und die Übung beginnt von vorne. Die taktile Wahrnehmung und das Gleichgewicht werden hier geschult (Naschwitz – Moritz, 2000b, S. 200).

5.4 Zwischenresümee

Für einen gelingenden Schulalltag mit ADHS – Kindern sind pädagogische Ratschläge, wie die von Weiss (2012, S. 20f) sehr wichtig: Wichtig sind ein positiver Beziehungsaufbau, viel Lob und ein souveränes, konsequentes Auftreten. Auch die Wahl des Sitzplatzes oder Lautstärke in der Klasse sind ausschlaggebend, wie sich ein ADHS – Kind in der Klasse fühlt und konzentrieren kann (Frölich, Döpfner & Banaschewski, 2014, S. 93f). Nicht nur klassenspezifische Maßnahmen sind notwendig, sondern auch eine strukturierte Planung von psychomotorischen Bewegungseinheiten, in denen vor allem die Ich – Kompetenz, die Sach – Kompetenz und Sozial – Kompetenz der Kinder angesprochen werden soll (Zimmer, 2012, S. 24f). Speziell bei ADHS – Kindern muss auf eine Phaseneinteilung Wert gelegt werden, bei der sie sich zuerst auspowern können und anschließend mit den Förderbereichen, wie Gleichgewicht, gearbeitet werden kann. In der Praxiseinheit Pirateninsel, die einen Bewegungsparcours beinhaltet, hat die Verfasserin einige dieser Förderbereiche mitberücksichtigt.

6 Diskussion

Das Hauptaugenmerk in diesem Kapitel, liegt auf der Beantwortung der Forschungsfragen, die schon zu Beginn in der Einleitung vorgestellt worden sind. Zunächst will die Verfasserin der Master – Thesis herausfinden, ob und wie ADHS – Kinder mithilfe von psychomotorischen Übungen und Spielen besser in die Klasse integriert werden können beziehungsweise sie so besser ihren Schulalltag meistern können. Die erste Forschungsfrage lautet daher:

- *Wie kann Psychomotorik Kinder mit ADHS im Schulalltag unterstützen und dazu beitragen, einzelne Kinder mit ADHS in der Klasse zu integrieren?*

Die Psychomotorik ist eine von vielen alternativen Therapieformen der ADHS, die das Kind mit all seinen Verhaltensauffälligkeiten, Stärken und Schwächen in den Mittelpunkt stellt. Eine „alleinige Verabreichung von Stimulantien, wie das leider häufig geschieht, stellt (...) einen ärztlichen Kunstfehler dar“ (Altherr, 1989; zit. n. Kiphard, 2003, S. 70). Gerade bei Kindern mit ADHS, die einen kaum zu befriedigenden Bewegungsdrang vorweisen, ist die Erlebnispädagogik eine Form, wo sie ihren Bedürfnissen freien Lauf lassen und ihre eigenen Abenteuer erleben können. Psychomotorik kann daher die Kinder vor allem in Bewegungseinheiten in der Schule unterstützen, ist aber nur eine von vielen Maßnahmen bei einem Kind mit ADHS, jedoch eine der besseren und kinderfreundlichsten unter all den medizinisch – psychologischen Angeboten (Kiphard, 2003, S. 69). Den Kindern müssen hier von Seiten der Lehrkräfte die verschiedensten Übungsgeräte, Spiele und Übungen bereitgestellt werden, die sie auch in den Schulpausen oder bei mangelnder Konzentration im Unterricht einsetzen können. Solche Geräte sind zum Beispiel Schaukeln, Wippen, Kreisel oder Pedalos (Kiphard, 2003, S. 69). Grüger (2014, S. 10) gibt auch noch Rollbretter, Bälle, Seile, Reifen oder taktiles Material an. Wie schon in Kapitel 4 angegeben, gilt gerade die Psychomotorik als helfender und unterstützender Wegbegleiter in der kindlichen Entwicklung, „da hier Kinder über Bewegung, Ausdruck und Interaktion konkrete Eigenerfahrungen sammeln und nutzen können“ (Naschwitz – Moritz, 2000a, S. 102). So ist es wichtig von Seiten der Lehrkraft, die Psychomotorik im Unterricht und vor allem in Turnen immer wieder miteinzubauen, um Kindern mit ADHS vor allem zu helfen, ihren Bewegungsdrang zu stillen und ihnen zu zeigen, dass sie so angenommen werden, wie sie sind. Ganz besonders in der Grundschulzeit müssen von Seiten der Betreuungspersonen immer wieder Lob und Unterstützung für getane Leistungen erbracht, die Stärken des Kindes hervorgehoben und das Kind als aktiver Mitgestalter angesehen werden. Dadurch können das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit der Kinder gestärkt werden (Pammer, 2017).

ADHS – Kinder können bestmöglich in die Klassengemeinschaft integriert werden, wenn nicht nur Maßnahmen im Bewegungsbereich gesetzt werden, sondern auch die Umwelt des Kindes ein Stück weit verändert wird, wie zum Beispiel der Unterricht, oder Rituale im Elternhaus, die Kinder diagnostisch abgeklärt werden, sowie umfassende Aufklärung des Elternhauses und anderer Pädagogen vollzogen wird (Schindler, 2003, S. 88f). Denn Bewegungsinterventionen können die Kinder nicht vollkommen von der Hyperaktivität heilen, jedoch kann der Alltag der Kinder hier um einiges erleichtert und verbessert werden (Kiphard, 2003, S. 70).

In der zweiten Forschungsfrage stellt sich die Verfasserin die Frage, wie auch die anderen Kinder in der Klasse optimal im Alltag mit ADHS – Kindern unterstützt werden können. So lautet diese:

- *Wie können Klassenkollegen und Klassenkolleginnen von Kindern mit ADHS in der Gruppe gestärkt werden?*

„Nur im Kontakt mit Mitmenschen lernt der Mensch sich zu verständigen und auszudrücken“ (Fischer, 2009, S. 24). Das Zitat von Fischer im vierten Kapitel sagt Wesentliches über die Wichtigkeit des sozialen Miteinanders und der Stärkung der Klassengemeinschaft aus. In den passenden Spielsituationen erfahren die Kinder, wie es ist, aufeinander Acht zu geben, Empathie einzusetzen, kooperativ zu sein, ihre Ideen den anderen zu vermitteln und Verantwortung zu tragen. Um diese Ziele zu erreichen, sind zum Beispiel Bewegungsparcours oder Abenteuerlandschaften, die gemeinsam bewältigt werden sollen, von großer Hilfe. Beim Bewegen in einem Geräteparcours werden nicht nur das Selbstbewusstsein gestärkt, sondern auch das Ziel, miteinander etwas erreicht zu haben. Die soziale Erfahrung, die durch gegenseitige Unterstützung im Spiel entsteht ist besonders für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, aber eben auch für die Klassenkollegen und Klassenkolleginnen wichtig (Fischer, 2009, S. 24f).

Die gesamte Klasse kann von einem psychomotorischen Bewegungsunterricht und einer psychomotorischen Lebenseinstellung im Schulalltag profitieren. Ein Grundsatz ist die Stärkung der Stärken aller Kinder, denn gerade, wenn schwierige Dinge in den Hintergrund gerückt werden, geschieht hier eine Weiterentwicklung. Die Kinder bekommen Bestätigung und ihr Selbstvertrauen steigt, beziehungsweise auch die Selbstwahrnehmung verändert sich (Köckenberger, 2007, S. 253f).

7 Zusammenfassung

Die Master – Thesis verfolgt das Ziel, herauszufinden, ob beziehungsweise wie Psychomotorik dazu beitragen kann, Kinder mit ADHS zu fördern und bestmöglichst in die Klassengemeinschaft zu integrieren und wie mit Psychomotorik die gesamte Gruppe gestärkt werden kann.

So wurden zunächst die zentralen Themen der Master – Thesis, ADHS bei Kindern und Psychomotorik, im dritten und vierten Kapitel getrennt voneinander genauer beleuchtet und anschließend im fünften Kapitel, im praktischen Teil, die Verbindung zueinander behandelt.

Wie im Titel der Arbeit schon ersichtlich, legte die Verfasserin im Kapitel „Was ist ADHS?“ Wert darauf, was Kinder mit ADHS bewegt, warum sie so handeln, was dahintersteckt und welche Therapiemöglichkeiten es dazu gibt. Zunächst wurde der Begriff ADHS definiert. „ADHS ist ein komplexes Erscheinungsbild [...] - ein Syndrom“ (Köckenberger, 2007, S. 250). Die wichtigsten Merkmale einer ADHS sind Hyperaktivität, Impulsivität und ein Aufmerksamkeitsdefizit. ADHS – Kinder sind kaum miteinander vergleichbar, denn jeder hat andere Symptome, unterschiedliche Ausprägungen der Hauptmerkmale und vor allem andere Ursachen des Syndroms. Einerseits kann die Störung genetisch bedingt sein, neurochemisch- oder neuropsychologisch, andererseits auch psychosozial – abhängig von der Umwelt des Kindes (Köckenberger, 2007, S. 250). Wie schon im dritten Kapitel angeführt, wird die Diagnose ADHS vermehrt bei Buben gestellt. In jeder Grundschulklasse ist meistens ein Kind zu finden, das entweder die Diagnose ADHS gestellt bekommen hat oder Merkmale aufweist, die darauf hinweisen könnten (Gawrilow, 2009, S. 17). Die Therapiemöglichkeiten bei einer ADHS sind genauso vielfältig, wie die Ursachen dieser Störung. Dringend notwendig ist eine multimodale Therapie, die verschiedenste Ansätze vereint und so umfassend helfen kann. Dazu gehören die Aufklärungsarbeit der Eltern und pädagogischen Institutionen, Veränderungen im Schulalltag und auch im Alltag zuhause, spezielle Verhaltens- und Selbstanleitungsprogramme, medikamentöse Therapien, aber auch die Psychomotorik (Buchmann & Häßler, 2004, S. 200).

Daher beschäftigte sich die Verfasserin im vierten Kapitel eingehend mit der Psychomotorik als Therapiechance für hyperaktive Kinder. Zunächst wurde der Begriff Psychomotorik definiert und vorgestellt. „Psychomotorik kann als Einheit körperlich-motorischer und psychisch-geistiger Prozesse verstanden werden“ (Zimmer, 2012, S. 21).

Jeder Mensch hat solche psychomotorischen Abläufe. Psychomotorik kann auch als Erziehung angesehen werden, bei der Bewegung die Hauptrolle spielt und diese kindgemäß verpackt zum Tragen kommt. Das Kind steht hier immer im Mittelpunkt, mit all seinen Stärken, Schwächen und körperlich – geistigen Prozessen (Kiphard, 1994, S. 12). Ziel ist es, mit psychomotorischen Bewegungsangeboten, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, aber auch alle anderen Kinder mit normalen Entwicklungsverlauf, zu selbstständigen, sozialen, selbstwirksamen und wahrnehmenden Individuen zu machen beziehungsweise sie ein Stück weit dorthin zu fördern (Zimmer, 2012, S. 22f). Gerade für die kindliche Entwicklung ist die Psychomotorik ein geeigneter Wegbegleiter. Die Kinder können sich in den Bewegungen ausdrücken, neue Dinge erfahren und sich selbst spüren lernen (Naschwitz – Moritz, 2000a, S. 102). Da die kindliche Entwicklung von ADHS – Betroffenen im Gegensatz zu „normalen“ Kindern anders abläuft ist es wichtig im Bewegungsangebot auf die Bedürfnisse und aktuellen Lebensthemen der Kinder einzugehen (Pammer, 2017). Besonders Zimmer (2012, S. 44) findet hier mit ihrem kindzentrierten Ansatz in der Psychomotorik einen guten Zugang für die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern, indem sie sagt: Psychomotorik ist „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Im fünften und letzten Hauptkapitel der Master – Thesis beschäftigte sich die Verfasserin nun mit der Verknüpfung der ersten wesentlichen Inhalte, indem sie der zweiten wesentlichen Frage des Titels, ... und wie können diese Kinder bewegt werden?, auf die Spur ging. Zunächst wurden die pädagogischen und unterrichtsspezifischen Maßnahmen beziehungsweise Rahmenbedingungen im Grundschulalltag geklärt, die sehr wichtige und aufschlussreiche Hilfestellungen für die pädagogische Arbeit mit ADHS – Kindern aufgezeigt haben. Eine wichtige Erkenntnis ist zum Beispiel, wie Neuhaus (2016, S. 172) sagt, dass es enorm viel ausmacht, wie die Lehrperson in der Klasse auftritt und wie beziehungsweise welche Beziehung sie zu ADHS – Kindern aufbaut. Natürlich ist dies nicht nur im Unterrichtsalltag wichtig, sondern auch in den psychomotorischen Bewegungseinheiten. Hier sind auch noch andere Komponenten, wie die richtige Wahl des Übungsmaterials, die Gruppengröße, der richtige Raum und die Zeitdauer von Bedeutung (Zimmer, 2012, S. 144-149). Ein klar strukturierter Aufbau der Bewegungsstunde und eine Einteilung in verschiedenste Phasen, wie Enthemmungsphase, Experimentierphase, kathartische Phase und Strukturierungsphase ist besonders bei ADHS – Kindern für eine optimale Förderung wichtig (Majewski & Majewska, 2012, S. 110).

In der vorgestellten psychomotorischen Praxiseinheit werden diese Phasen und auch die Hauptförderungsthemen von ADHS – Kindern, wie das Gleichgewicht, berücksichtigt und im erlebnispädagogischen Bewegungsparcours Pirateninsel umgesetzt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass psychomotorische Bewegungsangebote durchaus eine Entlastung und Förderung einzelner Bereiche bei ADHS erzielen können sowie die Selbstregulation unterstützen, jedoch reicht diese Maßnahme nicht vollständig für eine Heilung der ADHS aus (Panten, 2007, S. 204). „Psychomotorik wirkt daher nur als integraler Bestandteil eines multimodalen Ansatzes“ (Schindler, 2003, S. 94).

Literaturverzeichnis

- Altherr, P. (2003). Das Hyperkinetische Syndrom des Kindesalters aus kinderpsychiatrischer Sicht: Diagnostik und Therapiemöglichkeiten im Überblick. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S. 11-22). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Balzano, S. (2015). *Kinder leicht bewegen. 99 wirkungsvolle Herausforderungen. Begeisterungsstürme entfachen. Wachstum und Entwicklung fördern* (2. Aufl.). Mödling: Eigenverlag – Mut tut gut.
- Buchmann, J. & Häßler, F. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Manu- almedizinische, neurophysiologische und kinderneuropsychiatrische Befunde. *Manuelle Medizin*, 42(3), 195-200.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2013, Juni). *AD(H)S. Aufmerksamkeits- Defizit/Hyperaktivitätsstörung. Bericht*. Zugriff am 7. Juni 2017 unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Nicht_uebertragbare_Krankheiten/A_D_H_S_Aufmerksamkeits_Defizit_Hyperaktivitaets_Stoerung
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter – Einfüh- rung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 11(2), 67–72.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (2., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Eggert, D. (2008a). *Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Arbeitsbuch* (7. Aufl.). Basel: borgmann.
- Eggert, D. (2008b). *Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Textband* (7. Aufl.). Basel: borgmann.
- Erikson, E. H. (1993). *Identität und Lebenszyklus: 3 Aufsätze* (13. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhr- kamp.
- Fischer, K. (2003). Hyperaktivität im frühen Kindesalter aus entwicklungstheoretischer Sicht. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S. 47-60). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fischer, K. (2009). *Einführung in die Psychomotorik* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Frölich, J., Döpfner, M. & Banaschewski, T. (2014). *ADHS in Schule und Unterricht. Pädagogisch- didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts* (1. Aufl.). Stutt- gart: Kohlhammer.
- Gawrilow, C. (2009). *ADHS*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Grüger, C. (2014). *Bewegungsspiele für eine gesunde Entwicklung. Psychomotorische Aktivitäten für Drinnen und Draußen zur Förderung kindlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten* (9. Aufl.). Münster: Ökotopia Verlag.

- Hecker, S. (2000). Psychomotorik. In R. Naschwitz – Moritz (Hrsg.), *Die Psychomotorische Idee. Grundlagen und Praxisanregungen* (S. 12-24). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2016). *Neues vom Zappelphilipp. ADS verstehen, vorbeugen und behandeln* (4., Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Jans, T., Kreiker, S. & Warnke, A. (2008). Multimodale Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter. *Der Nervenarzt*, 79(7), 791-799.
- Jenni, O. (2016). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Warum nicht ADHS-Spektrum?. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(4), 271-277.
- Kathkouda, C. (2017). Anatomie und Neurophysiologie unter besonderer Berücksichtigung des ZNS und der Sinnesorgane. Kindliche Entwicklungs- und Bewegungsstörungen II. Lehr- gangsunterlagen zum Universitätslehrgang Psychomotorik, Universität Wien, Wien.
- Kiphard, E. (1994). *Psychomotorik in Praxis und Theorie. Ausgewählte Themen der Motopädagogik und Mototherapie* (2., Aufl.). Gütersloh: Flöttmann Verlag.
- Kiphard, E. (2003). Das hyperaktive Kind aus psychomotorischer Sicht. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S. 64-84). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Köckenberger, H. (2007). AD(H)S mit Leib und Seele – neue Perspektiven für Kindergarten, Schule und Therapie. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bewegung·Bildung·Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 200-204). Schorndorf: Hoffmann-Verlag.
- Lahtz, T. & Mackowiak, K. (2016). Klassenführung im Kontext von ADHS. In K. Mackowiak & S. A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (S.97-125). Stuttgart: Kohlhammer.
- Largo, R. H. (2016). *Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren* (18., Aufl.). München und Berlin: Piper.
- Luckert, H. (2003). Hyperaktivität als Zivilisationsstörung. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S.24-33). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mackowiak, K. & Schramm, S. A. (2016). *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (1., Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Majewski, A. & Majewska, J. (2012). *Kinder stärken. Ein Leitfaden durch die psychomotorische Entwicklungsförderung – Theorie und Praxis* (Reihe Motorik Nr. 30). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Mattner, D. (2003). Vom Sinn des Zappelns – das Hyperkinetische Syndrom verstehen. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S.34-46). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mogel, H. (2008). *Psychologie des Kinderspiels. Von den frühesten Spielen bis zum Computerspiel* (3., erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.

- Naschwitz - Moritz, R. (2000a). Kindliche Entwicklungsunterstützung und die Psychomotorische Idee. In R. Naschwitz – Moritz (Hrsg.), *Die Psychomotorische Idee. Grundlagen und Praxisanregungen* (S. 102-137). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Naschwitz - Moritz, R. (2000b). Praxisanregungen. In R. Naschwitz – Moritz (Hrsg.), *Die Psychomotorische Idee. Grundlagen und Praxisanregungen* (S. 138-267). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Neuhaus, C. (2016). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung* (4., Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oerter, R. (2007). Zur Psychologie des Spiels. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 31(4), 7-32.
- Oerter, R. (2008). Kindheit. Spiel und kindliche Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl.) (S. 236 - 248). Weinheim: Beltz Verlag.
- Pammer, U. (2017). *Psychomotorik in der Sekundarstufe. Entwicklungsphasen und deren entwicklungspezifische Aufgaben nach Erikson*. Wien: Universitätslehrgang Psychomotorik.
- Panten, D. (2007). Psychomotorische Förderung bei Aufmerksamkeitsschwächen und –störungen. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bewegung·Bildung·Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 200-204). Schorndorf: Hoffmann-Verlag.
- Papousek, M. (2003). Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. In K. Gebauer & G. Hüther (Hrsg.), *Kinder brauchen Spielräume. Perspektiven für eine kreative Erziehung* (S. 23-39). Zürich: Walter.
- Passolt, M. (1996b). Übergangslos überaktiv – Aktive Kinder auf der Suche nach innerer und äußerer Balance. In M. Passolt (Hrsg.), *Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern* (S. 9-28). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Passolt, M. (2003). *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (3., Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schindler, J. (2003). „Ich kann meinen Motor einfach nicht abstellen!“ Hyperaktive Kinder verstehen lernen im psychomotorischen Spiel. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S. 85-95). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schramm, S. A. (2016). Störungsbild ADHS. In K. Mackowiak & S. A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (S. 13-36). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schramm, S. A. & Dalhoff, J. (2016). Therapeutische Angebote bei ADHS. In K. Mackowiak & S. A. Schramm (Hrsg.), *ADHS und Schule. Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention* (S. 155-174). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte – Körne, G. (2008). Diagnostik des ADHS. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 8, 740-747.

- Skrodzki, K. (2003). Langzeitbeobachtungen bei Kindern mit Hyperkinetischen Syndrom und Alltagsmanagement ihrer Probleme. In M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie* (S. 144-169). Stuttgart: Kohlhammer.
- Voglsinger, J. (2016). *Allgemeine Psychomotorik*. Wien: Universitätslehrgang Psychomotorik.
- Weiss, G. (2012). Empfehlungen für Lehrkräfte zum Umgang mit ADHS Kindern. *Heilpädagogik*, 2, 19-23.
- WHO. (2016). Klassifikationen. Zugriff am 5. Juni 2017 unter <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F90-F98>
- Wohnhas - Baggerd, U. (2008). *ADHS und Psychomotorik. Systemische Entwicklungsbegleitung als therapeutische Intervention* (Reihe Motorik Nr. 29). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Wolff, U. (2000). Die kindliche Entwicklung. In R. Naschwitz – Moritz (Hrsg.), *Die Psychomotorische Idee. Grundlagen und Praxisanregungen* (S. 25-43). Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Zimmer, R. (2012). *Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung* (13., Aufl.). Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ADHS-Diagnosen nach dem DSM-IV-TR (mod. n. Gawrilow, 2009, S. 11) ...	7
Abbildung 2: ADHS-Diagnosen nach ICD-10-GM (mod. n. Gawrilow, 2009, S.13)	9
Abbildung 3: Teilbereiche der Motorik (mod. n. Hecker, 2000, S. 12)	22
Abbildung 4: Das humanistische Menschenbild (mod. n. Eggert, 2008b, S. 37)	25
Abbildung 5: Turnsaalplan Pirateninsel	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern mit ADHS ...	11
Tabelle 2: Stundenbild Pirateninsel.....	53

Abstract

ADHS – eine Modediagnose der letzten Jahrzehnte oder vielmehr eine ernstzunehmende Störung? Können psychomotorischen Angebote den Schulalltag von hyperaktiven Kinder erleichtern? Diesen und noch weiteren Fragen geht die Verfasserin in dieser Master – Thesis auf den Grund. Tatsache ist, dass ADHS eine Verhaltensstörung ist, die sich meist in hyperaktiven, impulsiven und unaufmerksamen Verhalten zeigt. Neben der medikamentiven Therapie, gibt es zahlreiche andere Therapiemöglichkeiten, die Abhilfe schaffen sollen. Mit psychomotorischen Bewegungsangeboten kann eine Entlastung erzielt werden, jedoch können krankmachende Dinge der Umwelt hiermit nicht verändert werden. Die Psychomotorik als Lebenseinstellung und als Alltagsgestalter kann das Klima in der Klasse verändern und auch die Beziehung zu hyperaktiven Klassenkollegen beziehungsweise Klassenkolleginnen. Hilfreiche pädagogischen Ratschläge und Spielideen, insbesondere eine Beispielstunde für den Bewegungsraum können als Hilfe für die Arbeit mit ADHS – Kindern im Grundschulbereich gesehen werden. Abschließend kann gesagt werden – frei nach dem Titel der Master – Thesis „Was bewegt Kinder mit ADHS und wie können sie bewegt werden?“, dass hyperaktive Kinder eine ganze Menge innerlich bewegt und dass sie mit einer multimodalen Therapie gekoppelt mit psychomotorischen Einheiten sehr gut bewegt, beziehungsweise entlastet werden können.