



universität
wien

MASTER THESIS

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

Psychomotorische Förderung des Selbstkonzeptes in
der Kinder- und Jugendrehabilitation

verfasst von / submitted by

Julia Mair

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna 2019

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	Rehabilitation – Kinder- und Jugendrehabilitation	4
3.1	Definition	4
3.2	Situation in Österreich	5
3.3	Art und Aufteilung rehabilitativer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich.....	7
3.4	Angebote der rehabilitativen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich.....	9
3.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Grundlage der Rehabilitation	10
3.6	Anknüpfungspunkte der Psychomotorik zu den anderen Disziplinen innerhalb einer rehabilitativen Einrichtung.....	14
4	Psychomotorik – Der Mensch in Bewegung ist mehr als die Summe seiner Teile.....	17
4.1	Der Mensch als bio-psycho-geistig-soziale Einheit	19
4.2	Die Rolle der Psychomotorikerin und des Psychomotorikers	20
4.3	Ressourcen und Stärken statt Defizite und Mängel	22
4.4	Salutogenese – weniger gesund ≠ krank	24
4.5	Psychomotorische Förderung in Abgrenzung zur Therapie	28
5	Das Selbstkonzept – Wie bin ich? oder: Wie bin ich eigentlich?.....	33
5.1	Definition	33
5.2	Aufbau und Entwicklung des Selbstkonzeptes im Altersverlauf	37
5.2.1	Kindheit	38
5.2.2	Jugend	40
5.2.3	Erwachsenenalter, Seniorenalter.....	41
5.3	Das Selbstkonzept aus verschiedenen Blickwinkeln.....	43
5.3.1	Aus Sicht der Hirnforschung	43
5.3.2	Aus Sicht der (psychomotorischen) Diagnostik.....	46
5.4	Die Bedeutung des Selbstkonzeptes.....	47
5.4.1	...in der Kinderrehabilitation	47
5.4.2	...in der Psychomotorik	50
5.5	Schlussfolgerungen für die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes.....	51
6	Praxisteil: psychomotorisches Konzept zur Stärkung des Selbstkonzeptes in der Kinderrehabilitation	55
6.1	Rahmenbedingungen	55
6.1.1	Raum	55
6.1.2	Zeit.....	56
6.1.3	Material	57
6.1.4	Gruppensetting.....	59
6.1.5	Themen und Inhalte.....	60
6.1.6	Grundhaltung.....	62
6.2	Ablauf.....	64
6.2.1	Planung	65
6.2.2	Einstimmung.....	67
6.2.3	Hauptteil	68
6.2.4	Abschluss.....	69
6.2.5	Reflexion	69
6.3	Stundenbilder	70
7	Diskussion	83

8	Zusammenfassung	85
	Literaturverzeichnis	89
	Abbildungsverzeichnis	94
	Tabellenverzeichnis	95
	Anhang.....	96
	Abstract	98

1 Vorwort

Der vorliegenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der psychomotorischen Förderung im Umfeld einer Kinder- und Jugendrehabilitation liegt mein besonderes persönliches Interesse zugrunde. Dieses Interesse ist aus persönlicher Erfahrung mit medizinischer Rehabilitation und meiner Arbeit als Kindergartenpädagogin entstanden.

Die theoretische Fundierung eines praktisch unmittelbar anwendbaren Konzeptansatzes zur Förderung des Selbstkonzeptes in einer Kinder- und Jugendrehabilitation ist mir ein besonderes Anliegen und stellt die Grundlage dieser Arbeit dar.

Für die Unterstützung bei formalen Fragen und bei der Korrektur der Arbeit bedanke ich mich bei Mag. Nina Stuppacher.

Meinen besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle meinem Lebensgefährten Alexander Pfaller aussprechen, der mich die gesamte Studienzeit hinweg unterstützt, motiviert und ausgehalten hat.

Auch meiner Familie und meinen Freunden (vor allem meiner Mama und meiner Tante Marina Koubek) danke ich besonders für ihr Verständnis, ihre Unterstützung und ihre Hilfe beim Korrekturlesen.

2 Einleitung

Eine medizinische Rehabilitation findet in der Regel nach einschneidenden, oftmals in mehrfacher Hinsicht belastenden, Erlebnissen statt. Dies gilt für Erwachsene, Jugendliche und Kinder gleichermaßen. Im Bereich der Kinder und Jugendrehabilitation sind allerdings andere Konzepte notwendig, als im Erwachsenenbereich. Das betrifft nicht nur die baulichen und strukturellen Gegebenheiten, welche an die jungen Patientinnen und Patienten anzupassen sind. Auch Art und Weise, wie Krankheitsbewältigungs- und Verarbeitungsstrategien erlernt und vermittelt werden, können auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abgestimmt werden. Dies ist im Hinblick auf die starke Auswirkung von psychosozialen Sekundärbelastungen, wie eine negative Selbstwahrnehmung, von besonderer Bedeutung.

Nach langjähriger Vorarbeit hat nun Österreich darauf reagiert, woraufhin eigene Kinder- und Jugendrehabilitationszentren eröffnet bzw. erbaut werden konnten. In diesem speziellen Umfeld kann disziplinübergreifend auf ganzheitliche und ressourcenorientierte Weise mit den Kindern und Jugendlichen gearbeitet werden. Diese Arbeit umfasst die medizinisch indizierten Gegebenheiten und die damit einhergehenden psychosozialen und geistigen Themen. Das Selbstkonzept ist eines jener Themen und wirkt sich mit der individuellen Entwicklung besonders auf die Möglichkeiten und Herausforderungen in der rehabilitativen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus.

Eine Stärkung des Selbstkonzeptes kann demnach positive Effekte auf die verschiedenen Arbeitsbereiche innerhalb einer solchen Einrichtung bewirken. Da das Selbstkonzept elementarer Bestandteil psychomotorischer Förderung ist, stellt sich die Frage, welchen Mehrwert die Psychomotorik im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation in Bezug auf die Stärkung des Selbstkonzeptes bieten kann. Mit dieser Fragestellung setzt sich die vorliegende Master-Thesis mittels Literaturrecherche auseinander.

Zunächst wird ein Überblick über verschiedene Definitionen von Rehabilitation bzw. Kinder- und Jugendrehabilitation gegeben, um in weiterer Folge die Situation in Österreich in diesem Bereich näher zu beleuchten. Den Fragen, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Kinder- und Jugendrehabilitation stattfinden kann und wie und in welcher Form hier psychomotorische Anknüpfungspunkte vorhanden sind, wird nachgegangen.

Im darauffolgenden Kapitel wird auf die Grundlagen der Psychomotorik eingegangen. Sowohl auf jene Grundlagen, welche sich generell in psychomotorischer Förderung wiederfinden, als auch auf jene, die speziell in der Kinder- und Jugendrehabilitation zum Tragen kommen.

Das nächste Kapitel geht vertiefend auf das Selbstkonzept ein. Dessen Entwicklung und Bedeutung werden aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet um daraus Schlussfolgerungen für die Förderung des Selbstkonzeptes abzuleiten.

Dieser theoretischen Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept folgt eine praktische. Hier werden Theorie und Praxis zusammengeführt und ein Ansatz eines praktisch anwendbaren Konzeptes zur psychomotorischen Förderung des Selbstkonzeptes innerhalb einer Kinder- und Jugendrehabilitation entwickelt.

Abschließend werden die Ergebnisse der Arbeit in Bezug auf die Forschungsfrage diskutiert und zusammengefasst.

3 Rehabilitation – Kinder- und Jugendrehabilitation

Eine Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen weist in vielen verschiedenen Bereichen Unterschiede zu einer Erwachsenenrehabilitation auf und hat individuelle und gesellschaftliche Auswirkungen (Gyimesi et al., 2016, S. 82). Sie ermöglicht den jungen Menschen eine selbstbestimmte Handlungsfähigkeit unter veränderten körperlichen, psychischen, sozialen und geistigen Voraussetzungen (Sperl et al., 2011, S. 618). Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Definitionen von Rehabilitation und in weiterer Folge über die spezielle Situation der Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich.

3.1 Definition

Die vorherrschenden Definitionen von Rehabilitation beziehen sich durchgehend auf Maßnahmen, die einer Person helfen sollen, Beschwerden und Einschränkungen zu verringern. Die Definitionen unterscheiden sich allerdings in der Detailgenauigkeit.

So heißt es im Bericht des WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation (WHO, 1981, S. 9), dass eine Rehabilitation alle Maßnahmen einschließt, die zur Reduzierung von Einschränkungen und zur sozialen Integration von beeinträchtigten Menschen beitragen.

Die reine Wortdefinition ist bereits etwas detaillierter und spricht nicht nur von sozialer bzw. gesellschaftlicher Wiedereingliederung nach einer Krankheit oder bei einer geistigen Behinderung, sondern spricht auch die berufliche Wiedereingliederung an (Duden, 2018).

Richards, Elliott, Cottiar und Stevenson (1995, S. 703-705) gehen in ihrer Erklärung etwas näher auf die Bereiche ein, in welchen Einschränkungen und die Reduzierungen derselben zu finden sind. Sie beschreiben die Rehabilitation als Prozess der dabei hilft, innerhalb der körperlichen Möglichkeiten das physische, kognitive, psychische und soziale Optimum einer Person zu erreichen. Diese Definition zeigt, wie sehr der psychomotorische Gedanke, wie er in Kapitel 4.1. beschrieben ist und die Arbeits- und Denkweise der Rehabilitation miteinander im Einklang stehen.

In Österreich ist die Definition und Herangehensweise der Sozialversicherung bzw. des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ausschlaggebend, da die Rehabilitation nach dessen Grundlagen gehandhabt wird. Diese Grundlagen finden sich im Rehabilitationsplan wieder und geben Aufschluss über die Definition von Rehabilitation der österreichischen Sozialversicherung. Diese versteht die Rehabilitation bzw.

medizinische Rehabilitation als Arbeit mit einem Menschen in Zusammenhang mit einer akutmedizinischen Behandlung. Das heißt, sie ist nach einem Unfall, einer Krankheit oder bei chronischen Beschwerden anzuwenden. Sie unterscheidet sich von einer Kur und anderen Gesundheitsvorsorgeangeboten in erster Linie durch die Zielsetzung. Die Möglichkeit wieder ein eigenständiges Leben führen zu können und in das Berufs- und Ausbildungsleben eingegliedert werden zu können, steht in der Rehabilitation im Vordergrund (Gyimesi et al., 2016, S. 16). Dabei wird auf das bio-psycho-soziale Modell verwiesen, wonach Symptome eines Menschen nicht isoliert, sondern ganzheitlich betrachtet werden. Die biologischen, psychologischen und sozialen Komponenten eines Menschen werden als zusammenhängende, miteinander vernetzte Ebenen gesehen, die sich gegenseitig beeinflussen (Egger, 2005, S. 5). Hier ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem rehabilitativen Ansatz und dem psychomotorischen Gedanken festzustellen.

Eine Differenzierung zwischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und von Erwachsenen findet sich nach der österreichischen Definition in den baulichen Anforderungen, der Aufenthaltsdauer, in Bezug auf Begleitpersonen und Gestaltung der Rehabilitationsmaßnahmen, der Freizeitangebote, der pädagogischen Betreuung und der Erreichbarkeit (Gyimesi et al., 2016, S. 82-84). Diese Unterschiede sind im Rehabilitationsplan detailliert angeführt und somit gemeinsam mit der Bedarfserhebung, auf die im nächsten Teilkapitel noch näher eingegangen wird, Grundlage der Erweiterungen bzw. des Neubaus rehabilitativer Zentren für Kinder und Jugendliche in den Jahren 2018 und 2019.

Eine nähere Betrachtung der Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich, über die Definition hinaus, findet im nächsten Teilkapitel statt.

3.2 Situation in Österreich

Die Geschichte der Kinderrehabilitation in Österreich ist noch eine recht kurze. Bis 2017 gab es in Österreich keine eigenen Rehabilitationszentren oder –standorte für Kinder und Jugendliche. Diese wurden meist unter Berücksichtigung der medizinischen Indikation an rehabilitative Standorte verwiesen, in denen hauptsächlich Menschen mittleren und höheren Alters zu finden sind. Das bedeutet, dass die gesamte Umgebung von den baulichen Strukturen über die Möglichkeit, Angehörige miteinzubeziehen, bis hin zur Freizeitgestaltung, nicht kindgerecht gestaltet war.

Ausnahmen bilden Rehabilitationskliniken, die innerhalb ihrer Strukturen eine eigene Station bzw. einzelne Zimmer für Kinder- und Jugendrehabilitation zur Verfügung stellen.

Dazu gehören die Klinik Judendorf-Straßengel, die Klinik Wilhering oder der Radkersburger Hof (Kerbl, 2011, S. 33).

Den Anspruch auf eigene Kinder- und Jugendrehabilitationszentren und die entsprechende Umsetzung dazu, haben in Österreich vorrangig die ÖGKJ (Österreichische Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde) und der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erhoben.

2010 entstanden erste Arbeitsgruppen, die sich intensiv mit Finanzierung, Bettenbedarf und Indikationsgruppen im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation auseinandersetzten. Dabei wurde ein Bedarf an Betten für Kinder und Jugendliche im rehabilitativen Bereich von 340-450 Betten festgestellt. Diese intensive Auseinandersetzung hatte zur Folge, dass das Kapitel Kinder- und Jugendrehabilitation in den Rehabilitationsplan 2012 des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger aufgenommen wurde. Der aktuelle Rehabilitationsplan 2016 bildet die Grundlage der Kinder- und Jugendrehabilitation aus Sicht der Sozialversicherung in Österreich.

Die Klärung der finanziellen Beteiligungen von Bund und Ländern und die Definition von Versorgungsgebieten bildeten den Start für den Bau bzw. Ausbau der ersten rehabilitativen Zentren bzw. Bettenstationen für Kinder und Jugendliche im Jahr 2017 (Sperl, 2017, S. 257).

2018 haben in Kooperation mit der österreichischen Sozialversicherung zwei von fünf Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche in Österreich ihren Betrieb bereits aufgenommen. Des Weiteren wurde in der Rehabilitationsklinik Judendorf-Straßengel die Station für Kinder und Jugendliche ausgebaut. Die vorerst letzten drei Zentren für Kinder- und Jugendrehabilitation werden ihre Pforten im Jahr 2019 öffnen (GÖG, 2017¹).

In den nächsten Kapiteln wird beschrieben, was unter Rehabilitation zu verstehen ist und in welcher Form bzw. mit welchen Angeboten diese in Österreich im Kinder- und Jugendbereich umgesetzt wird.

¹ GÖG – Gesundheit Österreich GmbH. Zugriff am 11. Juli 2018
<https://rehakompass.goeg.at/#/einrichtungen?viewType=list&typ=KiJuStat>

3.3 Art und Aufteilung rehabilitativer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich

Wie bereits in Kapitel 3.1 erwähnt, richtet sich das aktuelle bzw. kommende Angebot an rehabilitativen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich nach dem Rehabilitationsplan 2016. Dieser Plan beinhaltet die strukturellen Grundlagen der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche und den geschätzten bzw. errechneten Bedarf an Betten für diesen Bereich der Rehabilitation. Die Berechnung wurde für das Jahr 2020 angestellt und die demografische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen unter 19 Jahren wurde mit einbezogen. Aufgeteilt auf verschiedene Indikationsbereiche beläuft sich der Bedarf demnach auf insgesamt 343 Betten.

Zu dieser Anzahl hinzuzuzählen sind noch 110 Kinderbetten und 50 Betten für Angehörige des Indikationsbereiches der psychisch kranken Kinder. Diese wurden noch nicht in die regulären Berechnungen einbezogen, da es sich vorerst um eine reine Schätzung handelt (Gyimesi et al., 2016, S. 157).

Dieser Bedarf soll durch die geplanten Aus- und Neubauten abgedeckt werden. Ab 2019 gestaltet sich das vorhandene Angebot an Rehabilitationsbetten für Kinder und Jugendliche wie folgt:

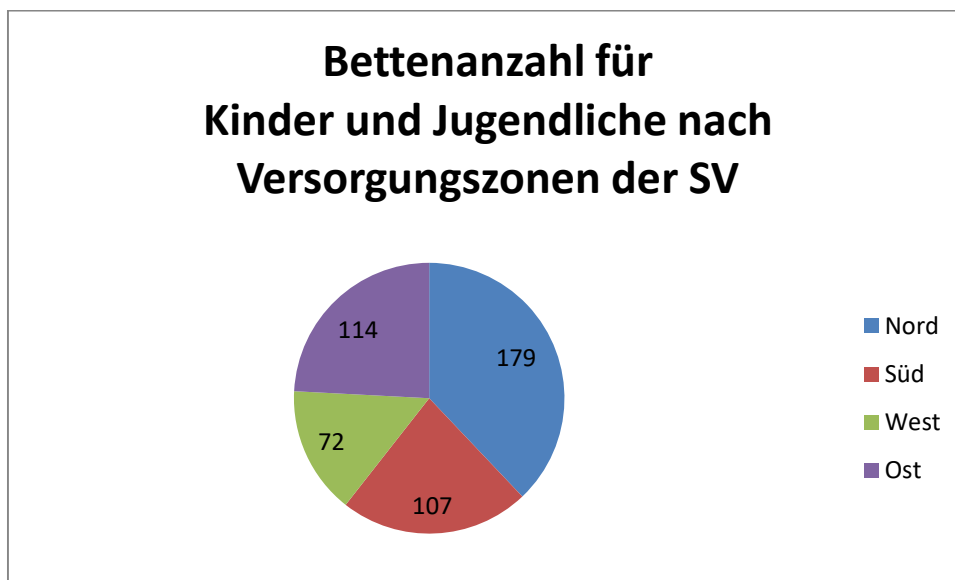


Abbildung 1: Aufteilung der Betten im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation nach Versorgungszonen des Hauptverbandes der Sozialversicherung.

Die in der Abbildung angegebenen Zonen sind bundesländerübergreifend. Die Zone Nord umfasst die Bundesländer Oberösterreich und Salzburg, zur Zone Süd ist die Steiermark zu zählen, in der Zone West ist Tirol enthalten und die Zone Ost enthält Niederösterreich.

Diese 472 Betten verteilen sich über die Zonen hinweg auf Einrichtungen, die als eigene Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche geführt werden und auf Einrichtungen, die innerhalb einer Klinik oder einer Erwachsenenrehabilitation ein Kontingent an Betten für die Kinder- und Jugendrehabilitation zur Verfügung stellen.

Zu den Anstalten, die einzelne Betten bzw. Stationen innerhalb einer Erwachsenenrehabilitation anbieten, sind die Rehabilitation Radkersburg – kids chance, die Rehabilitationsklinik Judendorf-Straßengel und die Klinik Wilhering zu zählen.

Das Neurologische Rehabilitationszentrum reKIZ ist über die SALK (Salzburger Landeskliniken) mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität verbunden und bietet ausschließlich Kinder- und Jugendrehabilitation an (SALK, 2018).

Die Rehabilitationszentren Rohrbach, Leuwaldhof, Wildbad, Ederhof, Wiesing und Bad Erlach sind ebenfalls ausschließlich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert, jedoch nicht unmittelbar an eine Klinik angeschlossen.

Geografisch betrachtet, sind die Institutionen fast auf das gesamte Gebiet Österreich verteilt, wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht.



Abbildung 2: Einrichtungen für bzw. mit Kinder- und Jugendrehabilitationsbetten in Österreich (erstellt mit Stepmap).

Wie bereits erwähnt, wird der Bedarf und das tatsächliche Angebot an Rehabilitationsplätzen für Kinder und Jugendliche nach Indikationsbereichen eingeteilt und berechnet. Jede der angegebenen Einrichtungen hat Spezialisierungen und verfolgt rehabilitative Schwerpunkte. Nach diesen Schwerpunkten und nach den Erfordernissen, die der Rehabilitationsplan 2016 speziell für die Kinder- und Jugendrehabilitation vorsieht, richtet sich das Angebot an medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Betreuung. Wie dieses Angebot aussieht und wie es laut Rehabilitationsplan 2016 definiert wird, wird im nachfolgenden Kapitel behandelt.

3.4 Angebote der rehabilitativen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich

Das Angebot der entsprechenden Institutionen richtet sich nach folgenden Indikationsgruppen, welche im Rehabilitationsplan 2016 festgehalten wurden (Gyimesi et al., 2016, S. 85-121):

- Bewegungs- und Stützapparat, Rheumatologie
- Herz-Kreislauf-System
- Kinderchirurgie
- Neuro- und Neurotraumarehabilitation
- Atmungsorgane
- Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
- Hämatologie/Onkologie/Stammzelltransplantation
- Mental Health

Zusätzlich dazu bietet das Rehabilitationszentrum Ederhof in Tirol spezielle Rehabilitation für organtransplantierte Kinder und Jugendliche an.

Neben den medizinischen und therapeutischen Angeboten, sind auch die pädagogischen und die der Freizeitgestaltung in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich strukturiert. So gibt es in einigen Einrichtungen eine Heilstättenschule, teilweise bis zur Oberstufe, in anderen zusätzlich einen integrierten Kindergarten. Die Freizeitgestaltung wird unter anderem mittels Wald- und Freizeitpädagogik bedient und als wichtiger Teil der Rehabilitation angesehen. Sie wird daher in den meisten Einrichtungen für Kinder und Jugendliche explizit erwähnt. So zielen die Freizeitangebote des Leuwaldhofs beispielsweise ge-

zielt auf die Gewinnung bzw. Rückgewinnung von Selbstvertrauen, Regelverständnis oder der Freude am Leben ab (Leuwaldhof, 2018).

Dadurch wird deutlich, dass nicht nur der medizinisch-therapeutische Schwerpunkt ein wichtiges Kriterium in der Kinder- und Jugendrehabilitation ist, sondern auch die Strukturen, in die dieser eingebettet ist. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit des Fachpersonals in der Kinder- und Jugendrehabilitation ist also nicht nur förderlich, sondern notwendig.

3.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Grundlage der Rehabilitation

Die Zusammenarbeit in rehabilitativen Einrichtungen kann grundsätzlich interdisziplinär, multi- oder transprofessionell stattfinden.

Multiprofessionell kann in diesem Zusammenhang als paralleles, disziplinbezogenes Arbeiten mit einem Patienten oder einer Patientin verstanden werden. Bei Transprofessionalität besteht ein disziplinübergreifendes, patientenorientiertes Ziel. Bei der Erreichung dessen, werden Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen den einzelnen Professionen verschoben und können sich überschneiden. Interprofessionelle oder –disziplinäre Zusammenarbeit bezeichnet einen Arbeitsprozess, an dem mehrere Professionen als Team beteiligt sind, das Ziel ebenfalls patientenorientiert als Team definiert wird, die Zuständigkeiten jedoch klar innerhalb der jeweiligen Profession oder Disziplin geregelt sind (Körner & Becker, 2017, S. 361).

Diese Form der Zusammenarbeit hat sich in der Praxis bewährt und wird als wichtige Grundlage in der Rehabilitation angesehen (Körner & Bengel, 2004, S. 361). Doch auch die transdisziplinäre Arbeitsweise ist bereits erprobt und wird beispielsweise in der Rehaklinik Radkersburg mit Erfolg angewendet (Kubik, 2010, S. 16).

Der Interdisziplinarität innerhalb einer Rehabilitation kommt, vor allem aber bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, ein hoher Stellenwert zu.

Besonders deutlich wird diese Thematik bei einem einfachen Beispiel: Fünf verschiedene Personen haben die Aufgabe, sich zu dem Spruch „Hab Sonne im Herzen“ etwas vorzustellen und anschließend diese Sonne aufzuzeichnen. Mit Sicherheit werden alle fünf Sonnen ganz unterschiedlich aussehen (Gerber, 2004, S. 43). Die Unterschiede in den Zeichnungen entstehen durch die verschiedenen Erfahrungen und den damit verbunde-

nen Assoziationen, die bei jedem Menschen individuelle Prozesse und Denkmuster zur Folge haben (Gerber, 2004, S. 37). Darauf aufbauend sieht jeder Mensch, auch innerhalb seiner ausgeübten Profession, einen anderen Menschen aus bestimmten Blickwinkeln. Zu den angesprochenen Erfahrungen zählen unter anderem die erlernten Techniken und Theorien einer Tätigkeit. Fachkräfte beispielsweise der Pädagogik, Logopädie, Physiotherapie, Entwicklungspsychologie sowie Ärzte und Ärztinnen aus den unterschiedlichen medizinischen Bereichen werden demnach ein Kind oder einen jugendlichen Menschen oft aus der, ihnen angestammten Sichtweise, betrachten. Umso wichtiger ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen allgemein, sowie im Speziellen innerhalb einer rehabilitativen Einrichtung.

Aus Sicht der Personen, die in der Rehabilitation tätig sind, ist die Interdisziplinarität also ein wichtiges Prinzip, um einen Menschen in seiner Gesamtheit sehen zu können um dadurch geeignete Therapien, Förderungen und gegebenenfalls ein geeignetes Umfeld dafür schaffen zu können.

Aus Sicht der Patientin und des Patienten ist die interdisziplinäre Struktur ein wichtiger Faktor, der den Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum positiv mitgestaltet.

Gerade in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist oftmals die Auseinandersetzung mit psychosozialen und emotionalen Thematiken der medizinischen Auseinandersetzung vorgelagert. Dazu gehören Themen wie Verhaltensauffälligkeiten, Aggression, Angst oder körperliche Einschränkungen, die durch eine Beeinträchtigung aufkommen können und die sich wiederum auf die Motivation der Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen auswirken können (Petermann & Warschburger, 1999, S. 17). Durch aufmerksames und feinfühliges Personal in der Betreuung, das die Kinder und Jugendlichen durch den Rehabilitationsalltag begleitet, können diese Themen erkannt und durch Austausch mit dem therapeutischen und medizinischen Personal in die rehabilitative Arbeit eingebunden werden (Stachow, Küppers-Chinnow & Scheewe, 2017, S. 132).

Eine Zusammenarbeit und ein Austausch von Beobachtungen zwischen dem (sozial-)pädagogischen und dem medizinischen Personal sind daher von großer Bedeutung.

Zur, bereits erwähnten, positiven Gestaltung des Aufenthaltes ist unter anderem die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer gewissen „Normalität“, im Sinne von Alltags-handlungen, notwendig. Maßgeblich beitragen können dazu ein integrierter Kindergarten und eine integrierte Heilstättenschule. Sie stellen eine Art simulierten Alltag dar und können aufzeigen, wie dieser eventuell nach Beendigung der Rehabilitationszeit aussehen

kann bzw. was umgestellt oder adaptiert werden sollte (Petermann & Warschburger, 1999, S. 17). Dies wird bei jedem Kind bzw. jugendlichen Menschen anders aussehen, da die Umgangsweise mit einer Krankheit oder Einschränkung stark von individuellen Faktoren, wie dem Entwicklungsalter abhängt.

Die Interdisziplinarität ist in diesem Sinne also sowohl als fachkräfteübergreifender Austausch, als auch als Vernetzung der verschiedenen Disziplinen zu sehen. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Elemente, welche in der kindzentrierten, interdisziplinären Arbeit zusammentreffen. Dazu gehört der jeweilige, individuelle Entwicklungsstand, das familiäre Umfeld und die medizinischen Aspekte, welche sich wiederum sozial, psychisch und/oder medizinisch auswirken können.

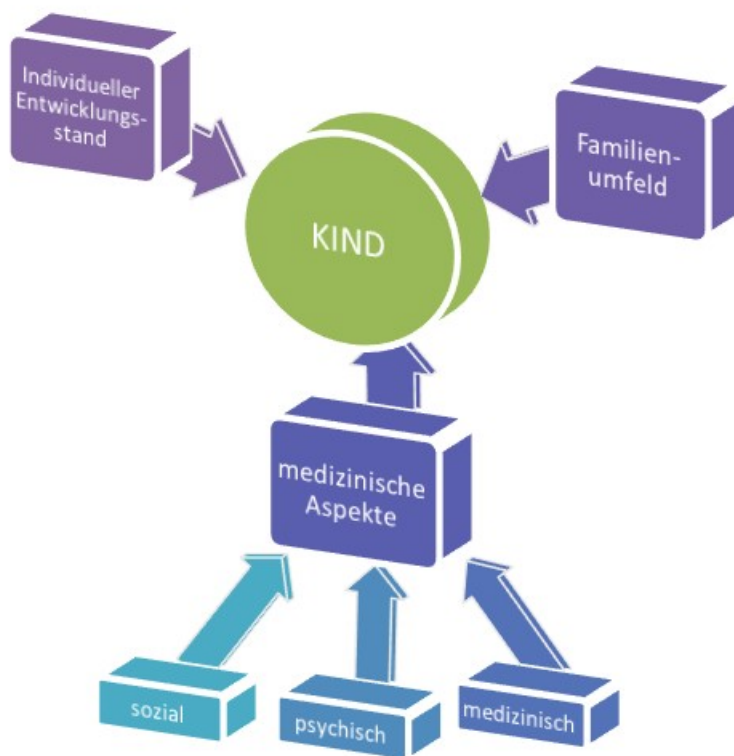


Abbildung 3: Vernetzte Themen einer Kinder- und Jugendrehabilitation (mod. n. Petermann & Warschburger, 1999, S. 18).

Die Kooperation der handelnden Personen der einzelnen Disziplinen hat den Effekt der ganzheitlichen Sicht auf die jungen Menschen und ermöglicht die Erreichung unterschiedlicher Zielsetzungen. Die Krankheit bzw. Beeinträchtigung zu akzeptieren, den Umgang damit zu erlernen und positiv in den Alltag integrieren zu können und Schutzfaktoren aufzubauen sind einige der wichtigen Ziele, die eine Kinder- und Jugendrehabilitation ver-

folgt. Doch auch Hilfestellung bei der Planung weiterführender, ambulanter Fördermöglichkeiten ist hinzuzuzählen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 71). Bei all diesen Intentionen ist die Einbeziehung der Familie ein wichtiger Aspekt, bei dem die interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders zum Tragen kommt, denn die genannten Zielsetzungen beziehen sich nicht nur auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen, sondern auch auf die Bezugspersonen. Diese sind oftmals als Co-Therapeutinnen und Co-Therapeuten zu sehen, haben jedoch oft selbst mit den gegebenen und notwendigen Veränderungen zu kämpfen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 74). Die familienorientierte Rehabilitation trägt diesen Herausforderungen und Aufgaben Rechnung, indem die Familienmitglieder als Sekundärpatientinnen und -patienten ebenfalls in den Behandlungsplan einbezogen werden, wie dies beispielsweise im Leuwaldhof im Bundesland Salzburg gelebt wird (Fischmeister & Sperl, 2018, S. 231).

Die Familie ist demnach wichtiger Teil der therapeutischen Maßnahmen und gleichzeitig trägt sie die erlernten, neuen Informationen und Verhaltensweisen über die Zeit in der Rehabilitation hinweg mit den Kindern und Jugendlichen in den Alltag hinein. Daher kommt den Bezugspersonen innerhalb der Familie eine wichtige Über- und Vermittlerrolle zu, auf die sie während des Aufenthaltes in der rehabilitativen Einrichtung vorbereitet und begleitet werden. Begleitet im Sinne einer erweiterten Zusammenarbeit mit den Institutionen, in denen sich die betroffenen jungen Menschen nach dem Rehabilitationsaufenthalt aufhalten werden. Dazu zählen Kindergärten, Schulen, etwaige Förderstellen, ambulantes Therapiepersonal und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Petermann & Warschburger, 1999, S. 74 & 81). Bei Jugendlichen ist zusätzlich die spezielle Begleitung der Transition wichtig. Dazu gehören Angebote und Kooperationen, die eine positive Auseinandersetzung mit den Themen Berufs- und Ausbildungsstart, Sexualität und Identitätsfindung ermöglichen und fördern (Fischmeister & Sperl, 2018, S. 234).

Gerade in Bezug auf die erweiterte Zusammenarbeit mit nachfolgenden Institutionen, die Fortführung erlernter Verhaltensweisen und die positive, motivierte Krankheitsbewältigung ist die Wohnortnähe als entscheidender Faktor zu erwähnen. Hat die stationäre, wohnortferne Rehabilitation ausschlaggebende Vorteile, wie umfassende Ausstattung oder die Interdisziplinarität während des Aufenthaltes aufzuweisen, so ist die Wohnortnähe in Zusammenhang mit weiterführenden Maßnahmen und Angeboten bedeutsam (Petermann & Warschburger, 1999, S. 100).

Diese Angebote können einer stationären Intervention vorangehen, diese begleiten und auch zur Fortführung dienen. Form und Art der komplementären, ambulanten Maßnahmen können ganz unterschiedlich sein. Dabei kann es sich beispielsweise um Schulungen für Bezugspersonen, Berufsfindungsprogramme für Jugendliche oder um unter-

schiedliche Bewegungsangebote für Kinder, Jugendliche und deren Familien handeln. In jedem Fall ist eine Kooperation mit der Rehabilitationsinstitution, also eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Für die Psychomotorik wäre hier ein Anknüpfungspunkt als nachgelagertes, ambulant angebot nach einer Rehabilitation. Doch nicht nur hier, sondern auch während der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen kann die Psychomotorik als begleitendes Angebot unterstützend wirken (Petermann & Warschburger, 1999, S. 103).

3.6 Anknüpfungspunkte der Psychomotorik zu den anderen Disziplinen innerhalb einer rehabilitativen Einrichtung

Die Anknüpfungspunkte der Psychomotorik im rehabilitativen Bereich entstehen durch ein ähnliches Verständnis von Ganzheitlichkeit, menschenzentriertem Arbeiten und Individualität. Auch die ressourcenorientierte Herangehensweise ist sowohl der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und der Psychomotorik gemein.

Im herkömmlichen Verlauf einer Rehabilitation, im Speziellen einer Kinder- und Jugendrehabilitation, kann die Psychomotorik zu unterschiedlichen Zeitpunkten als unterstützendes und begleitendes Instrument eingesetzt werden.

Dies beginnt bereits bei der Erstbeobachtung bzw. der Erstuntersuchung, die zu Beginn der Rehabilitation stattfindet. Eine psychomotorisch gestaltete Einheit kann als Beobachtungs- und Informationsgrundlage im Sinne einer Erstuntersuchung dienen. Verglichen mit der diagnostischen Herangehensweise in der Kinder- und Jugendrehabilitation Radkersburg stellen sich bei der individualisierten Diagnostik der Psychomotorik wichtige Gemeinsamkeiten heraus. So schreibt Eggert (2008a, S. 186) im Zuge der psychomotorischen Förderung von Beobachtungssituationen, die mithilfe von Inventaren geschaffen werden und dem Alltagserleben des Kindes entsprechen. Dabei können Verhaltensweisen, Ressourcen und Defizite erkannt werden. Kubik (2010, S. 17) beschreibt in seinem Artikel den Ablauf der Erstuntersuchung im Radkersburger Hof als ärztlich und therapeutisch gleichzeitig stattfindenden Vorgang, bei dem Defizite und Ressourcen festgestellt werden können, die dem realen Umfeld des Kindes entsprechen. Zudem definieren beide die Organisation in Gruppen als Rahmenbedingung.

Haben bereits erste Therapien und Behandlungen stattgefunden, verändern sich die Handlungsmöglichkeiten der jungen Patientinnen und Patienten. Es können neue Bewegungen stattfinden, die sich auf das Körpergefühl und damit auf das Selbstkonzept auswirken. In psychomotorischen Einheiten können Kinder und Jugendliche ihre neu erwor-

benen Kompetenzen und Ressourcen ausprobieren. Sie können sich und ihren Körper auf ganz individuelle Weise und ohne therapeutisches Ziel testen und neu kennenlernen.

Im weiteren Verlauf der Rehabilitation spielen der Umgang mit der Erkrankung und deren Bewältigung eine große Rolle. Es konnte festgestellt werden, dass in den Rehabilitationsablauf integrierte Schulungsprogramme einen großen Teil zu einer positiven Bewältigung beitragen können. Im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation sollten diese Programme auch Eltern und Geschwister mit einbeziehen, da der Familie, wie in Kapitel 3.5 angeführt, eine große Bedeutung zukommt. Ziele und Inhalte solcher Schulungen sind unter anderem die Stärkung der vorhandenen Ressourcen, der Umgang mit den eigenen Emotionen, Selbsteinschätzung und Selbstwertstärkung. Dies gilt sowohl für die jungen Patientinnen und Patienten, als auch deren Geschwister und Eltern, die oftmals eine emotionale Entlastung brauchen (Vries, Hampel & Petermann, 2017, S. 104). Aus psychomotorischer Sicht können hier Eltern-Kind-Gruppen, Geschwistergruppen oder Familiengruppen einen wichtigen Beitrag leisten. Über die Bewegung, deren Rahmen im psychomotorischen Sinne individuell gestaltet wird, können bindungs- und beziehungsfördernde Impulse gesetzt werden. Selbsterfahrungen, die hier gesammelt werden können, werden zu einem gemeinsamen Familienerlebnis, das neue Perspektiven und Handlungsspielräume eröffnen kann. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten kann im Wechselspiel mit gegenseitigem Vertrauen entstehen und wachsen (Zimmer, 2012, S. 174). Dieser Herangehensweise entsprechen die ersten Erfahrungen, die im Zuge der familienorientierten Rehabilitation auf dem Leuwaldhof im Bundesland Salzburg gemacht wurden. Diese zeigen, dass gerade gemeinsame Aktivitäten im gesamten Familienverband wichtig sind, da vorangehende Trennungen durch diverse Behandlungen und Spitalsaufenthalte diesen meist belastet haben (Fischmeister & Sperl, 2018, S. 233).

Im Sinne der individualisierten Förderdiagnostik können psychomotorische Einheiten zur rehabilitativen Verlaufsdagnostik beitragen, die für die Erreichung des individuellen Therapiezieles von großer Wichtigkeit ist (Petermann & Warschburger, 1999, S. 37). Die vielfältigen und mehrschichtigen Beobachtungen, die während einer psychomotorischen Förderereinheit wahrgenommen werden, können im interdisziplinären Austausch das Gesamtbild der Kinder und Jugendlichen komplettieren. Es können Beziehungs- und Verhaltensmuster und motorische Ressourcen beobachtet werden (Eggert, 2008a, S. 190). Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang die Rolle der Psychomotorikerin und des Psychomotorikers und deren Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen in der Gruppe, worauf in Kapitel 4.2. eingegangen wird.

Ist der reguläre Aufenthalt einer stationären Rehabilitation beendet, entsteht ein Bedarf an ambulanten Maßnahmen und Fördermöglichkeiten in diversen Bereichen. Dazu zählen intensiver Informationsaustausch mit Institutionen, in welche die jungen Patientinnen und Patienten nach der Rehabilitation wieder eingegliedert werden sollen, wie beispielsweise Kindergarten und Schule. Aber auch weitere medizinische, therapeutische und fördernde Maßnahmen, die ambulant weitergeführt werden sollen. Körperliche Aktivität und Bewegung spielen bei den fördernden Maßnahmen eine große Rolle, da sich diese sowohl auf die körperliche Leistungsfähigkeit, als auch auf die empfundene Lebensqualität positiv auswirken und depressive Verstimmungen und Antriebslosigkeit verringern können (Däggelmann et al., 2017, S. 120). Daher ist die ambulante Förderung als Anknüpfungspunkt für die Psychomotorik zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu nennen. Hier kann die neu gewonnene Mobilität und das damit zusammenhängende Körper-, bzw. Selbstkonzept auf die Probe gestellt und getestet werden. Es können neue soziale Kontakte geknüpft und die Erfahrungen aus der Rehabilitation in den Alltag transferiert werden. Die Einheiten können als altershomogene Gruppen oder als Familiengruppen stattfinden. Dem intraindividuellen Vergleich ist jedoch in jedem Fall großer Wert beizumessen, da dies dem Menschenbild und der psychomotorischen Arbeitsweise entspricht.

Das nächste Kapitel widmet sich der Psychomotorik im Allgemeinen und geht auf eben jenes Menschenbild genauer ein.

4 Psychomotorik – Der Mensch in Bewegung ist mehr als die Summe seiner Teile

„Die psychomotorische Übungsbehandlung will nichts grundlegend Neues sein. Sie verwendet Brauchbares aus der Gymnastik, ... der Rhythmik, ... aus der gezielten motorischen Behandlung, ... und der Sinnes- und Bewegungsschulung“ (Hecker, Hünnekens & Kiphard, 1960, S. 11).

So erklären Hecker et al. (1960) die Entstehung ihrer Methode, die sie in der praktischen Arbeit mit entwicklungsverzögerten oder auffälligen Kindern anwenden. Daraus geht hervor, dass der Ursprung der Psychomotorik nicht einen einzigen Ausgangspunkt hat. Es handelt sich vielmehr um eine Zusammenstellung von Techniken, Anwendungen und Instrumentarien, die angewendet von Menschen mit einem ganz speziellen, wertschätzenden und vor allem ganzheitlichen Blick auf Kinder gemeinsame Erfolge ermöglicht hat. Die psychomotorische Übungsbehandlung, wie sie von Kiphard genannt wurde, ist der Ausgangspunkt der heute in Europa bekannten Psychomotorik.

Unmittelbare Beobachtungen von Kindern in der Praxis haben gezeigt, dass über Bewegung ein Zugang zum Inneren eines Kindes möglich ist. Die natürliche kindliche Bewegungsfreude wird für die Erarbeitung psychischer Themen wie Aggression und Verhaltensauffälligkeit genutzt. Dabei gibt es nicht eine bestimmte Technik oder einen richtigen Weg. Die individuelle Abstimmung auf die Kinder innerhalb einer Gruppe ist verpflichtend, die Gruppe selbst wird ebenfalls als Instrumentarium gesehen.

Aus der Praxis heraus haben sich europaweit unterschiedliche psychomotorische Richtungen und Strömungen entwickelt. Einige gehen dabei mehr auf die Sinneswahrnehmung, andere mehr auf Entspannung ein. Allen gemein ist jedoch die Bewegung als Grundlage und die ganzheitliche Sicht auf die Menschen (Fischer, 2009, S. 52).

Für eine legitime Verbreitung der psychomotorischen Arbeit war zusätzlich zu den beobachteten Erfolgen eine wissenschaftliche Fundierung notwendig, die durch Fachpublikationen und in weiterer Folge durch die Etablierung psychomotorischer bzw. motologischer Ausbildungen erfolgte.

In Österreich hat die wissenschaftliche und praktische Verbreitung der Psychomotorik mit Fortbildungen und einzelnen Lehrgängen in Niederösterreich begonnen. Ausgehend von der Arbeit mit Kindern hat sich das Repertoire im Laufe der Zeit auf das Feld der Erwachsenen und der älteren Menschen erweitert. Dem trägt letztendlich auch der entstandene Masterlehrgang der Universität Wien Rechnung, indem die Module von der kindlichen Frühförderung über Primar-, Sekundarstufe bis hin zur Psychomotorik mit Erwachsenen

und im Alter bzw. hohen Alter reichen, wie der nachfolgenden Modulaufstellung zu entnehmen ist (Postgraduate Center der Universität Wien, 2019).

M5 Psychomotorische Tätigkeitsfelder - Lehrveranstaltungen

Nr.	Titel der LV	ECTS
M5.1	Psychomotorik in der Frühförderung und im Kindergarten	2
M5.2	Psychomotorik in der Volksschule	2
M5.3	Psychomotorik in der Sekundarstufe	2
M5.4	Psychomotorik im Alter	2
M5.5	Psychomotorik mit Erwachsenen	2

Abbildung 4: Module der psychomotorischen Tätigkeitsfelder des MA Psychomotorik der Universität Wien (Postgraduate Center der Universität Wien²).

Dieser Lehrgang mit dem Abschluss Master of Arts (MA) hat sich aus früheren Lehrveranstaltungen heraus entwickelt und wird seit 2010 an der Universität Wien angeboten. Er soll nicht nur dazu beitragen, der Psychomotorik zu mehr wissenschaftlicher Anerkennung in Österreich und Europa zu verhelfen, sondern auch die psychomotorischen Grundgedanken in die verschiedenen Basisberufe in Gesundheit und Bildung zu tragen und damit einen wesentlichen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten (Weiß, 2012³).

Eben diese psychomotorischen Grundgedanken und Elemente werden in den nachfolgenden Kapiteln näher ausgeführt.

² Postgraduate Center der Universität Wien (2019). Zugriff am 27. Jänner 2019
<https://www.postgraduatecenter.at/weiterbildungsprogramme/gesundheitsnaturwissenschaften/psychomotorik/>

³ Universität Wien (2012). Zugriff am 10. Dezember 2018
<https://medienportal.univie.ac.at/presse/aktuelle-pressemeldungen/detailansicht/artikel/universitaet-bewegt-masterlehrgang-psychomotorik/>

4.1 Der Mensch als bio-psycho-geistig-soziale Einheit

Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild sieht die Psychomotorik die Bewegung als Grundelement zur Eröffnung der Welt an. Bewegung ist demnach keine reine Ausführung von motorischen Tätigkeiten, sondern sie ist gleichzeitig Ausdruck von Emotion, Umsetzung kognitiver Denkvorgänge und beziehungsstiftend. In die Psychomotorik fand dieser Zusammenhang durch Kiphards (1979, S. 7) Begriff der „Leib-Seele-Einheit“ Einzug. Mit der ökologisch-systemischen Perspektive wurde die Leib-Seele-Einheit Kiphards um die soziale Komponente erweitert. Nicht mehr das Individuum alleine stand im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern auch die Umwelt, in der es sich bewegt (Fischer, 2009, S. 164). Über die Bewegung können demnach körperliche und emotionale, kognitive und soziale Inhalte bedient und in Verbindung miteinander bearbeitet werden. Eine Einteilung der Inhalte in die einzelnen Bereiche ist möglich, eine eindeutige Abgrenzung voneinander jedoch nicht, da eine enge Wechselwirkung und gegenseitige Beeinflussung besteht. So ist beispielsweise die Motivation als emotionaler Inhalt anzuführen, jedoch ist sie Grundvoraussetzung um eine motorische Aktivität umzusetzen. Motorische Basiskompetenzen wie Körperspannung, Gleichgewicht, Kraft und Ausdauer können dem Bereich Körper zugeordnet werden, werden aber unter anderem von Emotionen beeinflusst. Zur sozialen Komponente zählt die Interaktion mit Anderen. Dies kann einerseits durch Sprache geschehen. Aber auch durch Mimik, Gestik und dergleichen findet Interaktion im sozialen Raum statt. Sie hat Auswirkungen auf die Kognition, indem beispielsweise Vergleiche angestellt und dadurch Handlungen anders ausgeführt werden, als dies zuvor der Fall gewesen wäre. Dadurch kann eine neue Erfahrung entstehen, die sich auf das Selbstkonzept auswirkt und eine Entwicklung in allen vier Bereichen, also ganzheitlich, nach sich ziehen kann (Eggert, 2008a, S. 36).

Doch nicht nur die Psychomotorik ist überzeugt vom Zusammenhang bzw. der Einheit von Sozialem, Emotion, Körper und Kognition. In der Medizin hat der Gedanke der biopsychosozialen Einheit ebenfalls Einzug gehalten und dient beispielsweise der Grazer Medizinischen Universität unter anderem als Leitsatz (Medizinische Universität Graz, 2018⁴). Medizinisch betrachtet bedeutet der Grundsatz, dass der Mensch als System aus zusammenhängenden Subsystemen besteht, die sich gegenseitig beeinflussen. Dadurch ist die ehemalige Einteilung in psychische oder physische Behandlung obsolet und wird durch

⁴ Medizinische Universität Graz (2018). Zugriff am 07. Dezember 2018
[https://www.medunigraz.at/die-med-uni-graz/die-universitaet/die-gesundheitsuniversitaet/leitsaetze/?sword_list\[\]=biopsychosozial&no_cache=1](https://www.medunigraz.at/die-med-uni-graz/die-universitaet/die-gesundheitsuniversitaet/leitsaetze/?sword_list[]=biopsychosozial&no_cache=1)

eine ganzheitliche Betrachtung ersetzt (Egger, 2005, S. 5). Daraus ist zu schließen, dass ein behandelnder Ansatz in jedem der einzelnen Bereiche, also biologisch, psychisch oder sozial stattfinden kann und sich entsprechend auf die anderen Bereiche auswirken wird.

Dieser Ansatz bzw. dieses Theoriemodell zeigt wesentliche Übereinstimmungen mit dem psychomotorischen Gedanken der bio-psycho-geistig-sozialen Einheit des Menschen. Weiters ist die Tatsache, dass das bio-psycho-soziale Modell wie es in der ICF (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) definiert wurde, explizite Erwähnung im Rehabilitationsplan 2016 findet als wichtiger Anhaltspunkt für die Psychomotorik in der Rehabilitation zu verstehen (Gyimesi et al., 2016, S. 8). Mit der genauen Verortung der Anknüpfungspunkte der psychomotorischen Förderung im rehabilitativen Arbeitsablauf beschäftigt sich das Kapitel 3.6. Anknüpfungspunkte der Psychomotorik zu den anderen Disziplinen.

Für die gelebte Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sind das Verständnis desselben, eine wertschätzende Haltung gegenüber Menschen und Freude an der gemeinsamen Arbeit essentiell. Daher kommt den Übungs- oder Gruppenleiterinnen und -leitern in der Psychomotorik eine wichtige Rolle zu. Mit eben dieser Rolle beschäftigt sich das nächste Teilkapitel näher.

4.2 Die Rolle der Psychomotorikerin und des Psychomotorikers

Ebendiese Rolle der Psychomotorikerin und des Psychomotorikers ist insofern von besonderer Bedeutung, als diese einen wichtigen Teil der Gruppe, in und mit der gearbeitet wird, darstellen (Eggert, 2008a, S. 133). Die Gruppe ist die Organisationsform, in der psychomotorische Förderung hauptsächlich stattfindet, und als Teil dieser Gruppe obliegt der Gruppenleitung ein harmonisches Zusammenspiel von individueller Förderung und gruppendynamischen Prozessen herzustellen und zu begleiten.

Grundvoraussetzung dafür ist eine vertrauensvolle und sichere Bindung zwischen den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen und der gruppenleitenden Person. Die psychomotorische Arbeit erstreckt sich meist über längere Zeiträume und findet in einer Regelmäßigkeit statt, die einen Aufbau an Bindung und Vertrauen nicht nur zulässt, sondern verlangt. Dabei sind die Psychomotorikerin und der Psychomotoriker als Teil der außerfamiliären sekundären bzw. tertiären Bezugspersonen zu betrachten, welche hierarchisch gesehen unter der primären Eltern-Kind-Beziehung steht und andere Funktionen als diese bedient. Dennoch gelten auch für diese Art der Bindungsgestaltung Interaktion und Dialog als Grundelemente. Innerhalb dieser Interaktionsräume haben die jungen Men-

schen die Möglichkeit sich im Wechselspiel von Autonomie und Unterstützung selbst auszuprobieren (Ahnert, 2009, S. 87-89). Hecker et al. (1960, S. 13) haben dieses Wechselspiel erkannt und bereits in ihrer psychomotorischen Übungsbehandlung eingesetzt, indem sie von anfangs straff vorgegebenen Aufgaben mit der Zeit zu frei gewählten Bewegungseinheiten und Strukturen übergehen. Die Übungsleiterin und der Übungsleiter treten während dieses Vorgangs im Laufe der Zeit immer mehr in den Hintergrund, wodurch die Selbstkompetenz der Kinder automatisch gestärkt und gefördert wird. Dementsprechend unterliegen in einer psychomotorischen Fördereinheit nicht nur die Kinder einem Wechselspiel, sondern auch die Psychomotorikerin und der Psychomotoriker. Es gilt, eine Balance aus Rückzug und Präsenz, ermöglichter Selbstständigkeit und Hilfestellung und intra- und interindividuellem Vergleich herzustellen (Zimmer, 2012, S. 162). Um diesen Ablauf über die Zeit hinweg nicht nur beobachten, sondern leiten zu können, ist ein ehrliches Interesse an den Themen und Charakteren der Kinder und Jugendlichen notwendig. Dadurch entstehen vielfältige und teilweise intensive Interaktionen, die sich einerseits vertrauensbildend auswirken und aus welchen andererseits die Themen hervorgehen, die in die psychomotorische Arbeit einfließen. Dieser Vorgang ist ganz im Sinne der psychomotorischen Förderdiagnostik zu verstehen. Es handelt sich dabei um Methoden des Beobachtens und Beschreibens von Handlungen und Verhalten, die es ermöglichen, daraus weitere Fördereinheiten zu gestalten. Daraus ergeben sich neben der Feinfühligkeit für die Interessen und Emotionen der Individuen und der Gruppe, auch Kompetenzen im Bereich der Diagnostik als grundlegende Voraussetzung für die Psychomotorikerin und den Psychomotoriker (Eggert, 2007, S. 67). Doch neben diesen fachlichen Kompetenzen ist die persönliche Einstellung zu erwähnen. Ein humorvoller, lebensfroher Zugang zum Leben kann, vor allem in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, ein spielerisches Verarbeiten von angstbesetzten Themen ermöglichen und gerade im rehabilitativen Bereich von schmerzhaften Therapien ablenken (Kiphard, 2004, S. 60).

Durch diese Grundvoraussetzungen ist es den psychomotorischen Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern möglich, vorhandene Ressourcen und individuelle Stärken der teilnehmenden jungen Menschen zu erkennen, zu fördern und sich gegebenenfalls mit anderen Bezugspersonen darüber auszutauschen. Die beiden nachfolgenden Teilkapitel widmen sich eben jenen Ressourcen und Stärken, die sowohl dem psychomotorischen Zugang zum Menschen wie auch dem der Salutogenese Antonovskys zugrunde liegen.

4.3 Ressourcen und Stärken statt Defizite und Mängel

Worte wie Ressourcen, Stärken, Defizite und Mängel verleiten oftmals zu einem stark kategorisierten und vereinfachten Bild dessen, was einem Menschen entweder aufbauend und stützend durchs Leben helfen oder aber sich hindernd auswirken kann. Ressourcen beispielsweise finden sich oftmals in der Resilienzforschung. Dabei handelt es sich um Faktoren, die sich zwar förderlich auf die Entwicklung auswirken, aber meist in Verbindung mit Risiken für dieselbe genannt werden. Es geht dabei darum, mit Schutzmechanismen Risiken zu verringern oder diesen vorzubeugen (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015, S. 28). Diese Schutzmechanismen können in personale und soziale Ressourcen eingeteilt werden, wobei beispielsweise positives Temperament und weibliches Geschlecht zur ersten und soziale Kompetenz und Selbstwahrnehmung zur zweiten Kategorie gezählt werden (Wustmann, 2004; zit. n. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2015, S. 30). Doch positiv wirkende Faktoren sind nicht nur bei dem Individuum selbst zu finden. Nach Bronfenbrenners ökosystemischem Modell sind diese Einflussfaktoren in eine ineinander verwobene Struktur eingebettet, die sich, vom Kind ausgehend, erweitert. So haben die Faktoren aus dem engsten Kreis der Beziehungen, dem Mikrosystem, zu dem beispielsweise die Familie zu zählen ist, den größten Einfluss und die des weitesten Umfeldes, dem Makrosystem den geringsten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009, S. 64).

Direkt auf das Individuum selbst bezieht sich hingegen der Begriff der Fähigkeiten. Er steht für sich allein und gibt Aufschluss über das Können eines Menschen. Diese Information dient sowohl dem Menschen selbst, als auch den diagnostizierenden Fachkräften.

Dieser Begriff steht daher in engem Zusammenhang mit dem Selbstkonzept und kann über das Fähigkeitskonzept als Teil des Selbstkonzeptes gesehen werden (siehe Kapitel 5). Wobei das „Können“ in diesem Fall in Verbindung mit dem Erreichen eines Zieles steht. Die Leistungen, die für die Erreichung eines individuellen Zieles erbracht werden, und die Art der Zielerreichung selbst werden vom Individuum bewertet und mit der eigenen Erwartungshaltung wiederum in Verbindung gesetzt. Die Rückschlüsse, die aus dieser Handlung und deren Bewertung gezogen werden, fließen in das Fähigkeitskonzept ein (Eggert, Reichenbach & Bode, 2014, S. 35). Einfach dargestellt, kann das Springen über einen Baumstamm ein kindliches Ziel sein. Hoch genug springen zu können ist die erwartete Leistung. Glückt der Sprung wird die Fähigkeit hoch springen zu können in das Fähigkeitskonzept integriert.

Die Begrifflichkeit der Stärken wird sowohl in pädagogischer, als auch psychomotorischer Literatur oft erwähnt. Sie sollten als Basis jeder Förderung bzw. jeder Begegnung in diag-

nostischem Zusammenhang dienen. Dabei handelt es sich um Interessen, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die einer Fördersituation positiven Charakter geben. Die Stärken eines Kindes oder eines jugendlichen Menschen, auch als „Fördermöglichkeiten“ bezeichnet, dienen als Grundlage für die Schaffung positiver Erlebnisse, mithilfe derer in weiterer Folge Einschränkungen minimiert, also „Förderbedürfnisse“ bearbeitet werden können (Eggert, 2007, S. 85).

All diese positiv besetzten Begriffe werden oft direkt mit negativ besetzten Worten wie Defizit, Mangel, Schwäche oder Störung in Verbindung gebracht. Dies rührt unter anderem von der kategorisierenden, selektiven medizinischen Diagnostik her. In der Medizin ist eine krankheitsorientierte Einteilung von Symptomen Gang und Gäbe und nach wie vor gängige Praxis, wie aus der aktuellen Definition von „Diagnose“ im klinischen Wörterbuch Pschyrembel hervorgeht: „Benennung einer Erkrankung und Endpunkt des diagnostischen Prozesses, in dem ...eine Zuordnung zu einem bekannten Krankheitsbild bzw. einer Störungskategorie gelingt“ (Pschyrembel, 2017, S. 406). Selbst Hecker, Hünneken und Kiphard (1960, S. 9 & 10) sind bei der Entwicklung der psychomotorischen Übungsbehandlung noch fest in der Denkweise von Störungsbildern verhaftet. So sprechen sie zwar bereits von der Wichtigkeit, das Können der Kinder für diese erlebbar zu machen, dennoch werden die Kinder in Gruppen wie „erziehungsauffällig“, „verhaltensgestört“, „hirngeschädigt“ und „neurotisch“ eingeteilt. Bei dieser Denkweise wird davon ausgegangen, dass das Erkennen eines Symptombildes, also einer Störung, eine Kategorisierung ermöglicht, welche wiederum einen eindeutigen Schluss über die Behebung der Störung zulässt. Vereinfacht ausgedrückt kann durch Niesen auf einen Schnupfen geschlossen werden, der mit einem Medikament behoben wird. Im sozialwissenschaftlichen Sektor ist dies jedoch zu kurz gegriffen. Der reine Blick auf eine Störung ermöglicht keinen Rückschluss auf eine Fördermöglichkeit (Eggert, 2007, S. 288). Nach Förster (1993, S. 144) entspräche dies einer trivialen Maschine, bei der Ursache, Operation und Wirkung eindeutig bestimmbar sind. Ähnlich wie bei einer Kaffeemaschine, bei der das Einfüllen und Mahlen von Bohnen unweigerlich zu gemahlenem Kaffee führt. Da Menschen, Kinder im Speziellen jedoch zu den „nicht-trivialsten, schöpferischsten, erstaunlichsten, unvorhersagbarsten Geschöpfen“ (Förster, 1993, S. 144) gehören, muss der Blick auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten gerichtet werden um ein Gleichgewicht zwischen diesen und den Ansprüchen der Gesellschaft schaffen bzw. fördern zu können (Eggert, 2007, S. 288).

Eine reine Bearbeitung von beobachteten Störungen wäre demnach eine Verfehlung des Förderzieles in der Psychomotorik. Daher ist die Zielsetzung einer psychomotorischen Förderdiagnostik nicht eine Kategorisierung nach medizinischem Verständnis, sondern einen Überblick über die individuellen Handlungsmöglichkeiten eines Kindes zu erlangen.

Dieser erlaubt es die Fördereinheiten derart zu gestalten, dass diese Handlungsmöglichkeiten erweitert und in Beziehung mit der realen Umwelt des Kindes positiv angewendet werden können (Eggert, 2007, S. 180).

Die Kompetenzen der Menschen in den Vordergrund zu stellen und diese als Ausgangslage einer Intervention zu sehen ist daher unter anderem Grundlage der psychomotorischen Arbeit. Jedoch stellen diese isoliert noch keine Arbeitsgrundlage dar. Durch die ökosystemische Sichtweise werden die beobachtbaren Handlungen des Kindes in Zusammenhang mit dessen Umwelt und Beziehungsgestaltung gesetzt. Das Selbstkonzept wird in die Beobachtungen mit einbezogen.

Eine Einteilung nach Störungsbildern kann dazu führen, dass die Psychomotorikerin und der Psychomotoriker voreingenommen agieren, wodurch das Selbstkonzept des Kindes negativ beeinflusst wird, dies wiederum hat zur Folge, dass beim Kind selbst die Störung eher gesehen wird, als die Fähigkeiten. Gleiches gilt umgekehrt bei der bewussten Wahrnehmung der Kompetenzen des Kindes durch die Psychomotorikerin und den Psychomotoriker. Dadurch erhält das Kind positive Rückmeldungen, die es in sein Selbstkonzept integrieren kann, wodurch die Motivation steigt, an weiteren Fördermöglichkeiten teilzunehmen (Eggert, 2007, S. 293). Hier wird die Komponente der Beziehung als Grundlage der psychomotorischen Arbeit deutlich.

Von den Ressourcen und Stärken auszugehen ist demnach nicht als Arbeitsinstrument oder Technik anzusehen, sondern bildet gemeinsam mit der beziehungsgestaltenden Rolle des psychomotorischen Personals und dem ganzheitlichen Menschenbild eine Basis auf der psychomotorische Arbeit im Sinne eines förderdiagnostischen Prozesses beruht.

Innerhalb der medizinischen Disziplinen gibt es Ansätze, die auf ähnlicher Grundlage fußen und in der rehabilitativen Medizin von Bedeutung sind. Dazu zählt der salutogenetische Ansatz Antonovskys, der zu „Schatzsuche statt Fehlerfahndung“ aufruft und in Kapitel 5. zum Thema Selbstkonzept ebenfalls vorkommt (Schiffer, 2013, S. 44).

4.4 Salutogenese – weniger gesund ≠ krank

Vor dem Hintergrund des traumatischen Erlebnisses des Holocaust hat Aaron Antonovsky untersucht, was einige der Überlebenden in die Lage einer „guten psychischen Gesundheit“ versetzt hat. Die Kernfrage, die diesen Untersuchungen und in weiterer Folge dem Konzept der Salutogenese zugrunde liegt ist: „Welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?“ (Antonovsky, 1997, S. 15 & 30).

Mit dieser Kernfrage wurde der Erklärung des salutogenetischen Ansatzes bereits etwas vorgegriffen. Sie beinhaltet bereits das Kontinuum, eine der Grundlagen des Modells nach Antonovsky. Demnach ist der Zustand eines Menschen nicht in die beiden Kategorien Gesund oder Krank einzuordnen, es handelt sich vielmehr um ein Kontinuum, wobei diese beiden Zustände jeweils das Ende bzw. einen Pol desselben darstellen. Die nachfolgende Abbildung zeigt jenes Kontinuum auf welchem sich die Gesundheit, beeinflusst durch verschiedene Faktoren, in Richtung des einen oder anderen Pols bewegen kann.

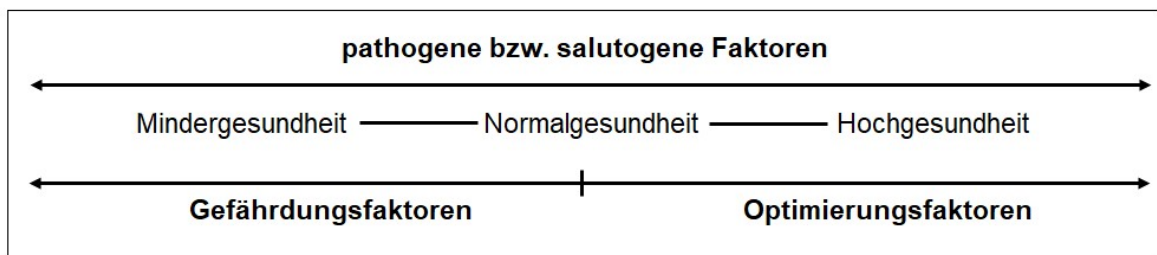


Abbildung 5: Gesundheitskontinuum nach Antonovsky (mod. n. Walter, Abel & Niemann, 2010, S. 101).

Aus der, bereits angesprochenen, Kernfrage geht hervor, dass die Gesundheit im Vordergrund der Betrachtung steht und nicht die Krankheit oder die Einschränkungen derselben. Ausgehend von dem Begriff der Pathogenese, der Lehre von der „Entstehung und Entwicklung von Krankheiten“ ist die Salutogenese als die Lehre der „Entstehung und Bewahrung der Gesundheit“ zu verstehen (Pschyrembel, 2017, S. 1590 & S. 1362).

Die Grundlagen der Salutogenese sind zum Teil der psychomotorischen Förderdiagnostik sehr ähnlich. Dazu gehört das, bereits erwähnte, Kontinuum auf dem sich jeder Mensch mehr oder weniger in Richtung des Pols „Gesundheit“ bewegt. Die Faktoren, die zu dieser Bewegung innerhalb des Kontinuums führen, sind immer in der Gesamtheit des Menschen, also auch in seiner Umwelt zu suchen (Antonovsky, 1997, S. 30). Es ist innerhalb eines ganzheitlichen Bildes eines Menschen von den stärkenden, positiven Komponenten im Leben dieser Person auszugehen. Doch auch die Rolle des Fachpersonals bleibt in den weiteren Entwicklungen des salutogenetischen Konzepts nicht unerwähnt. Um ein ganzheitliches Bild eines Menschen zu bekommen muss dieses in Beziehung mit ihm treten. Doch diese Beziehung ist nicht hierarchisch oder als Abhängigkeitsverhältnis zu sehen. Es besteht eine gemeinsame Verantwortung der Gesundheit gegenüber. Demnach sind medizinische Fachkraft, Patientin und Patient in Kooperation für den Weg in Richtung Gesundheit und dessen Gestaltung zuständig (Ross, 2010, S. 165). Für diese Gestaltung ist es wichtig, die Symptome, die pathogenetisch einer Krankheit zugeordnet

werden als Zeichen des Körpers zu sehen und anzunehmen. Dies ist gerade bei chronischen Beschwerden ein bedeutender Zugang, da es dabei oftmals einen geeigneten, positiven Umgang zu finden gilt, der einem Wohlfühl im Leben nicht im Wege steht. Feldenkrais (1978, S. 40-42) spricht in diesem Zusammenhang vom Eigenwert, der unabhängig von dem durch die Gesellschaft zugeordneten Wert vom Individuum selbst gesehen und definiert werden soll. Als Beispiel führt er Kinder an, die mit einer Einschränkung auf die Welt gekommen sind und diese nicht als Einschränkung wahrnehmen. Sie wachsen mit ihren individuellen Fähigkeiten auf und können sich selbst in wertschätzender Weise sehen. Diese Wertschätzung sich selbst gegenüber kann nur erreicht werden, wenn nicht die Einschränkung, sondern die Möglichkeiten im Vordergrund stehen. Ist dies nicht der Fall, kann eine persönliche Entwicklung zwar stattfinden, aber nur unter großer Anstrengung und nicht im gleichen Ausmaß. Entstehen Einschränkungen oder Beschwerden jedoch im Laufe des Lebens sind diese im salutogenetischen Kontext als Hinweis des Körpers zu verstehen, dem nachgegangen werden kann um das subjektive Gesundheitsempfinden wieder zu stärken. Pathogen betrachtet stellt beispielsweise ein Tinnitus eine unangenehme Wahrnehmungsstörung dar, in der salutogenen Sichtweise handelt es sich dabei um ein Signal, dessen Bedeutung es herauszufinden gilt. Dabei können die persönlichen Fähigkeiten wie sich selbst wahrnehmen zu können oder intellektuelle Kompetenz als Ressourcen genutzt werden oder als kopflastige Überempfindlichkeit als Hindernis definiert werden (Ross, 2010, S. 163). Für die Nutzung der angesprochenen Fähigkeiten und Ressourcen ist wiederum die Eigenverantwortung der Patientin und des Patienten gefragt. Nur sie selbst können diese aktiv in ihre Gesundheitsförderung mit einbeziehen und brauchen dafür die nötige Motivation. Diese ist vor allem im Bereich der Rehabilitation von großer Bedeutung und wird durch bewusste Einbindung der Kinder und gegebenenfalls deren Bezugspersonen gestärkt und dadurch der Rehabilitationserfolg gesteigert (Cibis & Hüller, 2001, S. 42). Im Sinne der Salutogenese kommt hier die Handhabbarkeit zum Tragen. Dabei handelt es sich um die Kompetenz, eigene Fähigkeiten und Ressourcen wahrzunehmen und sie als geeignet zu erachten, die gestellten Herausforderungen damit meistern zu können (Antonovsky, 1997, S. 35). Umgelegt auf die Rehabilitation bedeutet dies ein bewusstes, gemeinsames Entgegenreten von Patientin, Patient und den involvierten Fachleuten gegenüber den, bei chronischen und schweren Erkrankungen oder nach Unfällen oftmals vorherrschenden Gefühlen wie Ohnmacht, Ausgeliefertsein oder nicht handlungsfähig zu sein. Dabei geht es nicht etwa um Anpassung oder Kompensation, wie oft im medizinischen Bereich betont. Es geht vielmehr um eine von Patientin und Patient mitbestimmte Förderung innerhalb der (noch) zur Verfügung stehenden Fähigkeiten, wobei wiederum die Handhabbarkeit zu besonderer Bedeutung kommt, da

für eine Stabilisierung des Rehabilitationserfolges die Anwendbarkeit des gemeinsam Gelernten im Alltag notwendig ist (Cibis & Hüller, 2001, S. 41).

In der rehabilitativen Praxis Österreichs hat die Salutogenese bereits Einzug gehalten. Gerade die Auffassung, dass Patientinnen und Patienten selbst die Kompetenzen haben, zu ihrem Gesundheitsverlauf beizutragen und diese entsprechend zu stärken, findet sich in Rehabilitationseinrichtungen wieder. Die Selbsttätigkeit erlangt immer größere Bedeutung und findet sich beispielsweise als Unterpunkt der Salutogenese als Leitbild der Pflege in der Rehabilitationsklinik Wien Baumgarten wieder (Rehaklinik Wien Baumgarten, 2013⁵).

Es sind also deutliche Gemeinsamkeiten zwischen dem Ansatz der Salutogenese nach Antonovsky, wie er im medizinisch-therapeutischen und rehabilitativen Arbeitsfeld bereits Einzug gehalten hat und der psychomotorischen Denk- und Arbeitsweise feststellbar. Jedoch wird die Psychomotorik als handlungsorientierte Fördermethode angesehen und kann präventiv, komplementär oder nachgelagert zu einer Therapie Anwendung finden. Eine Abgrenzung zum therapeutischen Bereich ist, wenn auch in ineinander laufender Form, gegeben und wird im nachfolgenden Kapitel näher ausgeführt.

⁵ Rehaklinik Wien Baumgarten (2013). Zugriff am 26. Dezember 2018
<https://rehawienbaumgarten.at/Rehaklinik/Rehaklinik/Salutogenese.aspx>

4.5 Psychomotorische Förderung in Abgrenzung zur Therapie

Die Psychomotorik befindet sich in einer Schnittmenge von Therapie und Rehabilitation, von Prävention und Gesundheitsvorsorge und von Pädagogik und Förderung. Zu all diesen Bereichen hat die Psychomotorik ihre Überschneidungen und Abgrenzungen zugleich, wie in der nachstehenden Abbildung deutlich wird.

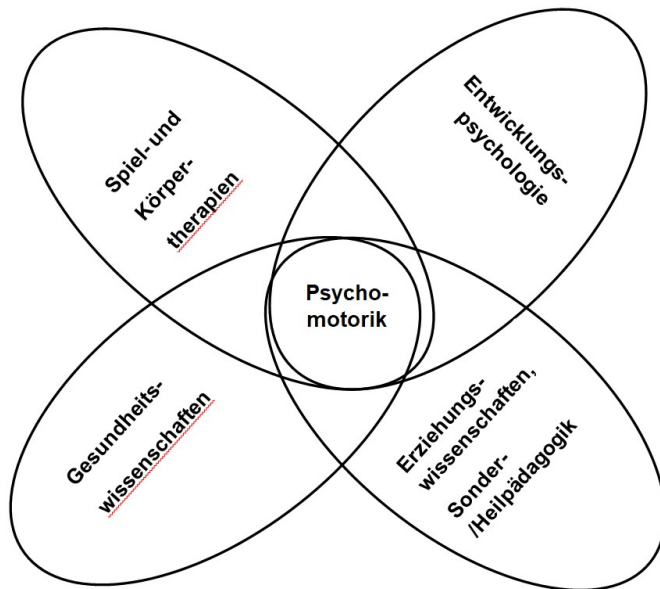


Abbildung 6: Psychomotorik als Schnittstelle (mod. n. Kühlenkamp, 2017, S. 156).

Eine erste vorsichtige Abgrenzung der Psychomotorik zum pädagogischen und einigen therapeutischen Bereichen kann sicherlich durch das Element der Bewegung als Basis jeglicher psychomotorischer Arbeit gezogen werden. Jedoch gibt es auch körper- bzw. bewegungsorientierte Therapien wie die Ergo- oder Physiotherapie. In ihrer Historie war die Psychomotorik in einen pädagogischen und einen therapeutischen Teilbereich gegliedert. Beide Teilbereiche waren als Motopädagogik und Mototherapie in die Bewegungslehre, der Motologie, integriert (Krus, 2015b, S. 38). Eine Weiterentwicklung der Psychomotorik in Theorie und Praxis hat von dieser Dichotomie weg, hin zu einer breiteren Etablierung als Fördermethode in eben jener Schnittfläche geführt. In Abgrenzung zur Therapie kann also ein Blick auf die unterschiedlichen Zielsetzungen eine Differenzierung schaffen. So sind die beiden genannten Therapieformen, gemeinsam mit der Psychotherapie eher pathologisch orientiert, also primär an der Behebung eines, teilweise medizinisch diagnostizierten, Problems interessiert. Wenngleich in ihrer Gesamtheit die Therapeutinnen und Therapeuten durch ihre Maßnahmen sowohl körperliche, als auch seelische Aspekte des Individuums betrachten, werden diese Betrachtungen meist getrennt voneinander durch unterschiedliche Menschen angestellt (Zimmer, 2012, S. 22). Gleiches

gilt für die Rehabilitation in der trotz verstärkter Sicht auf die Ressourcen, die „Störungen“ am Anfang stehen, allein schon um eine Finanzierung zu rechtfertigen. Im weiteren therapeutischen Verlauf hat die Behebung dieser Störungen, formuliert als Rehabilitationsziel, oberste Priorität (Gerdes & Weis, 2000, S. 56). Wobei eine gezielte Behandlung von Störungen, sofern sie vom Individuum als solche empfunden werden, oftmals notwendig und wichtig sein kann um dem behandelten Menschen eine Teilhabe an weiteren Förderungen erst zu ermöglichen (Eggert, 2008a, S. 39). Dies gilt für Therapie und Rehabilitation gleichermaßen, wobei die Rehabilitation, im Sinne der Abbildung, zum Feld der Gesundheitswissenschaften zu zählen ist. Ebenso wie die bereits angesprochene Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsförderung. In diesem Bereich ist eine Abgrenzung durch die Herangehensweise und die Zielsetzung weniger deutlich, da eine starke Übereinstimmung mit der psychomotorischen Praxis und Theorie herrscht. Sowohl die Orientierung an den Stärken und Ressourcen eines Menschen, als auch die Wahrnehmung des Menschen als bio-psycho-soziale Einheit und die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes sind Grundpfeiler der Gesundheitsförderung. Im Hinblick auf die zugrundeliegenden Bezugstheorien der Psychomotorik und der Gesundheitsförderung sind eher Gemeinsamkeiten, als Differenzen zu sehen. Beide Wissenschaftsbereiche beziehen sich auf Erkenntnisse aus der Medizin, der Soziologie, der Psychologie und der Pädagogik (Haas, 2007, S. 124). Muss also eine Grenzziehung der psychomotorischen Förderung zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge stattfinden, so ist diese am ehesten im Verlauf der beiden Bereiche vorzunehmen. Im Falle der Psychomotorik ist dies der aufeinander aufbauende Verlauf von Entwicklung, da die Psychomotorik als „entwicklungstheoriegeleitete Handlungswissenschaft“ bezeichnet wird (Fischer, 2009, S. 122). Im Gegenzug dazu wird die Gesundheit als Kontinuum betrachtet, auf welchem sie in beide Richtungen ausschlagen kann (Kuhlenkamp, 2017, S. 137). Wobei in der Psychomotorik, trotz des starken Bezugs auf Entwicklungstheorien, die salutogenetische Denkweise großen Stellenwert hat, vor allem im Sinne der Stärkung der individuellen Ressourcen (siehe Kapitel 4.3 & 4.4). Im Bereich der Gesundheitswissenschaften ist die Prävention anzusiedeln. Eine Abgrenzung zur Psychomotorik ist, ähnlich wie im therapeutischen Gebiet, durch die Grundorientierung an Störungen oder Krankheiten möglich. Als Prävention wird „die Gesamtheit aller Maßnahmen, die eine gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder ihren Eintritt verzögern“ verstanden (Pschyrembel, 2017, S. 1457).

Um Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen von Pädagogik und Psychomotorik darstellen zu können, ist eine differenziertere Betrachtung der Pädagogik nötig. Unter dem Begriff der Pädagogik werden zielgerichtete, erzieherische Handlungen im weitesten Sinne zusammengefasst. Diese Handlungen können im praktischen Geschehen, als Erziehungs-

praxis stattfinden, oder aber im wissenschaftlichen Bereich, der Erziehungswissenschaft. Im Laufe der Zeit haben sich innerhalb dieser breiten Disziplin mehrere Teilbereiche entwickelt. Dazu zählen beispielsweise Schulpädagogik, Freizeitpädagogik, Sozialpädagogik, Geragogik (Bubolz-Lutz, 2007, S. 11) oder Heil- und Sonderpädagogik (Altenthan et. al., 2008, S. 12-13). Bewegung wird in unterschiedlicher Ausprägung in all diesen Teilbereichen thematisiert, oftmals über den Sport und dessen Ausübung. Doch bereits in den 1970er Jahren fand die Psychomotorik ihren Weg in diese und andere Bereiche der Pädagogik. Kiphard (1979, S. 256) selbst hat dazu beigetragen, dass die psychomotorische „Erziehung durch Bewegung“ nach dem Start in einem klinischen Setting in die Bereiche der Sonderpädagogik, aber auch weiter in die Schul- und Vorschulpädagogik einfließen konnte. Ganz im Sinne der Life-Span-Perspektive, dem lebenslangen Lernen und Entwickeln, hat die Psychomotorik auch in der Arbeit mit Menschen im Alter bzw. hohen Alter an Bedeutung gewonnen. Der von Marianne Eisenburger geprägte Begriff der Motogagogik trägt dem Rechnung (Kuhlenkamp, 2017, S. 716). In der psychomotorischen Arbeit stehen dennoch oftmals Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen bzw. mit Bedarf an Förderung im Vordergrund, was zu einer Nähe zur Heil- und Sonderpädagogik führt (Fischer, 2009, S. 252). Vor dem Basisgedanken, dass kindliches Lernen in Bewegung stattfindet und demnach jeder „Bewegungsraum ein Lernraum“ ist, gibt es Bestrebungen, die psychomotorische Arbeitsweise in den Regelunterricht zu integrieren. Ein Beispiel dafür ist das Projekt der „bewegten Klasse“ in Niederösterreich. Dabei handelt es sich um ein Projekt, das in den 1990er Jahren in Niederösterreich initiiert wurde, um motiviertem Lehrpersonal den bewegten Lernprozess als selbstständige hocheffektive Wissensaneignung der Kinder näher zu bringen. Dies geschieht in Form von Fortbildungseinheiten, die von den teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrern selbst mitbestimmt werden. Ganz im Sinne der Psychomotorik finden diese Fortbildungen meist in praktischer Auseinandersetzung statt, um den Lehrkörper die Inhalte ebenfalls unmittelbar erfahren zu lassen. Bereits dem Namen des Projektes ist zu entnehmen, dass die praktischen Inhalte nicht lediglich für den Sportunterricht bzw. die Turnstunden konzipiert sind, sondern zur Umsetzung in der Klasse. Durch den ganzheitlichen Gedanken, der dahinter steht, ist allerdings der gesamte Lernbereich der Schule mit ihren Pausenräumlichkeiten, dem Schulhof und den Sportbereichen damit gemeint (Voglsinger, 2004, S. 73-91). Positive Rückmeldungen von Schülerinnen und Schülern, dem teilnehmenden Lehrpersonal und den Eltern haben dazu geführt, dass das Konzept mittlerweile in die niederösterreichische tut-gut-Initiative aufgenommen und damit auf breitere Beine gestellt werden konnte (noetutgut.at). Ein weiteres Projekt mit großer, positiver Resonanz ist das Projekt „Bewegtes Lernen – Das Wiener Modell“. Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein Projekt im schulischen Bereich mit dem Ziel des Lernens mit allen Sinnen, mit und durch Bewegung.

Die enge Einbindung des Lehrkörpers und der Eltern ist hier ein wichtiger Aspekt, der es ermöglicht, die Bewegung nicht nur in den Pausen oder im Turnunterricht, sondern gegenstandsübergreifend als Methode anzuwenden (Thuma, 2007, S. 26).

Doch nicht nur in diesem pädagogischen Feld hat die Psychomotorik Einzug gehalten. Die Grundlagen der Ganzheitlichkeit, der Bewegung als Grundeinstellung und Handlungsorientierung finden auch in der sozialpädagogischen Praxis Anwendung. Dies zeigt unter anderem die Implementierung der Psychomotorik als zusätzliches Wahlmodul innerhalb der Ausbildung für Soziale Arbeit in Darmstadt. Die sozialpädagogischen Praktika finden in pädagogischen bzw. sozialen Einrichtungen von der Kindertagesstätte über die Schule bis zum Seniorenzentrum statt (Eckert & Nickel, 2015, S. 77).

Berührungspunkte, Überschneidungen und Ähnlichkeiten zwischen Psychomotorik und Pädagogik können, allein durch gemeinsame Entwicklungsschritte und gegenseitige Beeinflussung, definiert werden. Die Abgrenzungen hingegen liegen eher in der Zielsetzung. Ein besonders deutlicher Unterschied liegt in der Vermittlung eines bestimmten Inhaltes oder Kulturgutes, der in der Erziehung bzw. Pädagogik vorhanden ist. Die psychomotorische Arbeitsweise kann zur Erlernung dessen beitragen, indem sie Freiräume für Selbstentwicklung schafft (Kuhlenkamp, 2017, S. 126). Es geht dabei weniger um direkte Vermittlung von Inhalten, sondern vielmehr um Fördermöglichkeiten, die gleichzeitig Basisbedürfnisse befriedigen und Basiskompetenzen stärken, um Inhalte entweder zu transportieren oder aber zu verarbeiten.

Wie zu Beginn dieses Teilkapitels erwähnt, wird die Psychomotorik in einer Schnittfläche verortet und hat dadurch Berührungspunkte zu verschiedenen Disziplinen. So wichtig die Abgrenzung zu diesen ist, so wichtig ist die Betonung der Gemeinsamkeiten und der Zusammenarbeit. Die psychomotorische Praxis und Wissenschaft wurde und wird von anderen Wissenschaften und deren Erkenntnissen gespeist. Hier liegt die bedeutende Stärke der Psychomotorik. Als „Brücke“ wie Eggert (2008a, S. 150) es formuliert, kann in der psychomotorischen Praxis auf die individuellen Bedürfnisse der teilnehmenden Menschen in besonderer Weise eingegangen werden. Bildlich gesprochen kann die Psychomotorik als großer Sack voller Pflanzensamen betrachtet werden, aus dem je nach Bedarf psychologisch, entwicklungsbezogen, pädagogisch oder therapeutisch geprägte Samen verwendet werden. Was und in welcher Weise daraus erwächst bestimmen jedoch die geförderten Menschen selbst.

Besonders dadurch ist eine offene Orientierung zu anderen Disziplinen und eine ständige Weiterentwicklung der Psychomotorik notwendig und wichtig (Kuhlenkamp, 2017, S. 159).

Ein Blick über den psychomotorischen Tellerrand und die Grundhaltung des Miteinander statt Gegeneinander sind demnach die Basis und die Stärke der Psychomotorik.

5 Das Selbstkonzept – Wie bin ich? oder: Wie bin ich eigentlich?

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit einer der Komponenten, der auf dem Weg in Richtung Gesundheit, um Antonovskys Kontinuum bildlich zu skizzieren, eine große Bedeutung zukommt. Dies ist nicht nur im speziellen Bereich der Rehabilitation der Fall, sondern generell im menschlichen Leben. Die Rede ist vom Selbstkonzept.

Die Bedeutung dieses Wortes ist keineswegs eindeutig und in Fachkreisen kursieren unterschiedliche Definitionen dafür. Diesen Definitionen widmet sich der folgende Absatz.

5.1 Definition

Nachfolgend wird ein Überblick über die vorherrschenden Erklärungen gegeben um anschließend so klar wie möglich zu einem schlüssigen Bild über das Selbstkonzept zu kommen.

Mit Bezug auf das Selbstkonzept werden immer wieder folgende Begrifflichkeiten genannt: Persönlichkeit, Identität, Selbstbild oder Selbstwertgefühl. Antonovsky (1997, S. 34) hat in diesem Zusammenhang den Begriff „Sense of coherence“ (SOC) geprägt, der meist als Kohärenzgefühl oder Kohärenzsinn übersetzt wird.

Zum Einstieg in die Begriffsdefinitionen möchte ich den Begriff der Persönlichkeit näher betrachten. Darunter wird die „Gesamtheit der Eigenschaften und Verhaltensdispositionen eines Menschen“ verstanden (Hannover & Greve, 2012, S. 544). Die Persönlichkeit kann als grober Überbegriff verstanden werden, der mit der Begrifflichkeit der Identität eng zusammenhängt und biologische Anlagen miteinschließt. Sie kann als die Summe aller Eigenschaften, Herangehensweisen, Ausdrucksarten und Umgangsformen gesehen werden. Oder wie Feldenkrais es beschreibt, handelt es sich um die „Unterschiede vom einen zum andern, die man beobachten kann, wenn zwei das Gleiche tun.“ (Feldenkrais, 1978, S. 31). Die Identität entwickelt sich durch die Verarbeitungen von Erlebnissen und Erfahrungen und durch die Unterscheidung eines Individuums von anderen (Zimmer, 2012, S. 51). Eben diese Erlebnisse und Erfahrungen, die im Laufe der Entwicklung gesammelt werden, liefern Informationen über das Selbst. Dabei gibt es beobachtbare Merkmale wie die Größe, die Haarfarbe oder die eigene Beobachtung, in Mathematik eher nicht so gut zu sein. Diese beobachtbaren Merkmale bilden das Selbstbild. Und dann gibt es die emotionale Komponente zu diesen Beobachtungen. Diese sagt aus, ob die beobachteten Merkmale positiv, negativ oder neutral wahrgenommen werden und stellt das Selbstwert-

gefühl dar. Hier wird also gewertet. Um im Beispiel der Mathematik zu bleiben: „Dass ich in Mathematik nicht gut bin, ist mir peinlich.“ Die Kombination aus Selbstbild und Selbstwertgefühl ergibt nach Zimmer schließlich das Selbstkonzept (Zimmer, 2012, S. 52). Um das Bild des Selbstkonzeptes zu komplettieren ist Aaron Antonovskys Konzept des „Sense of coherence“ (SOC) unumgänglich.

Der SOC zeigt das Ausmaß der drei Hauptkomponenten, die für ein positives Selbstkonzept nach Antonovsky ausmachen. Dazu gehören:

- Das Vertrauen, dass „die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind“;
- Das Vertrauen, dass dem Menschen „die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen“;
- Das Vertrauen, dass „diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997, S. 36)

Kurz gesagt zeigt der „Sense of coherence“ (SOC) ob jemand sich für die Herausforderungen und Erlebnisse des Lebens gerüstet fühlt und ob er sich diese zutraut bzw. in welchem Ausmaß dies der Fall ist.

Das Selbstkonzept kann also als Teil der Persönlichkeit oder Identität gesehen werden. Es beinhaltet Informationen über uns selbst in Bezug auf Körper, Kognition, sozialen und emotionalen Bereich. Diese erhalten wir von außen, oder haben sie selbst erfahren und für uns bewertet. In weiterer Folge entstehen einzelne Subkonzepte, die zusammengesetzt ein Gesamtbild, das Selbstkonzept bilden. Diese Selbstkonzeptbereiche werden bei jedem Menschen auf individuelle Weise strukturiert. Fähigkeitskonzept, Körperkonzept, Selbsteinschätzung, Selbstbewertung und Selbstbild können beispielsweise auf verschiedenen Ebenen oder als Netzwerk angeordnet werden (Mummendey, 2006, S. 218). Die nachfolgende Grafik zeigt eine hierarchisch aufgebaute Selbstkonzeptstruktur, die durch die aufeinander aufbauende Anordnung der unterschiedlichen Selbstkonzepte, ein generelles Selbstkonzept bildet.

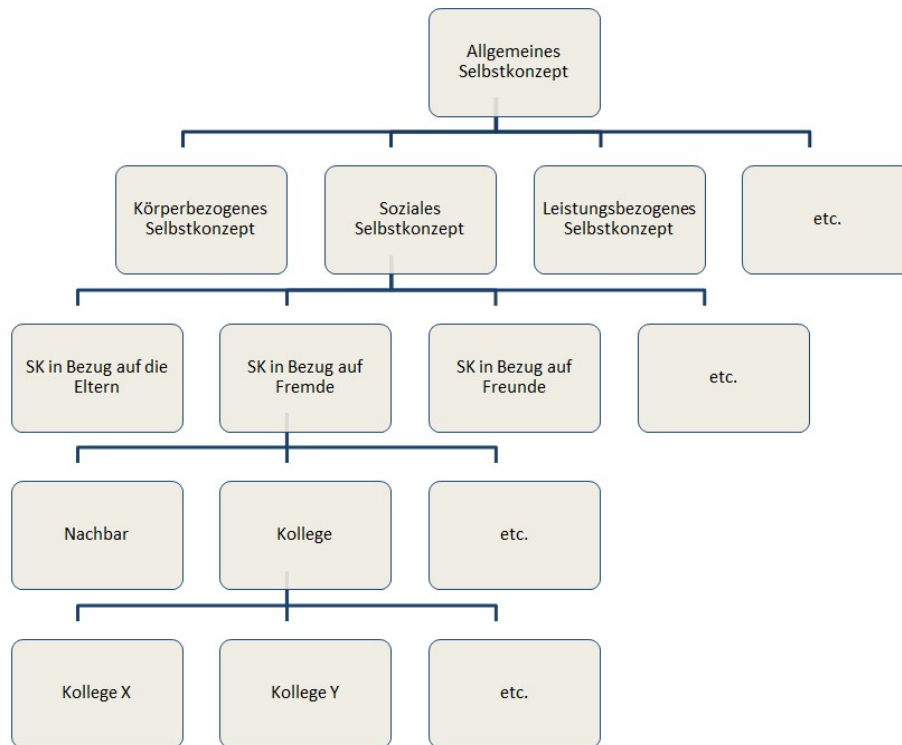


Abbildung 7: Hierarchische Darstellung unterschiedlicher allgemeiner und spezifischer Selbstkonzeptbereiche (mod. n. Mummendey, 2006, S. 218).

Als Netzwerkstruktur, wie in der nachfolgenden Abbildung dargestellt, werden die Eindrücke sichtbar, die zur Bildung des Selbstkonzeptes beitragen. Dabei werden Eindrücke aus ähnlichen Erfahrungen zusammengefasst und mit Zwischenverbindungen dargestellt. So wirkt sich beispielsweise die Erkenntnis gerne Fahrrad zu fahren, zu schwimmen und zu laufen auf die Selbsteinschätzung sportlich zu sein, aus.

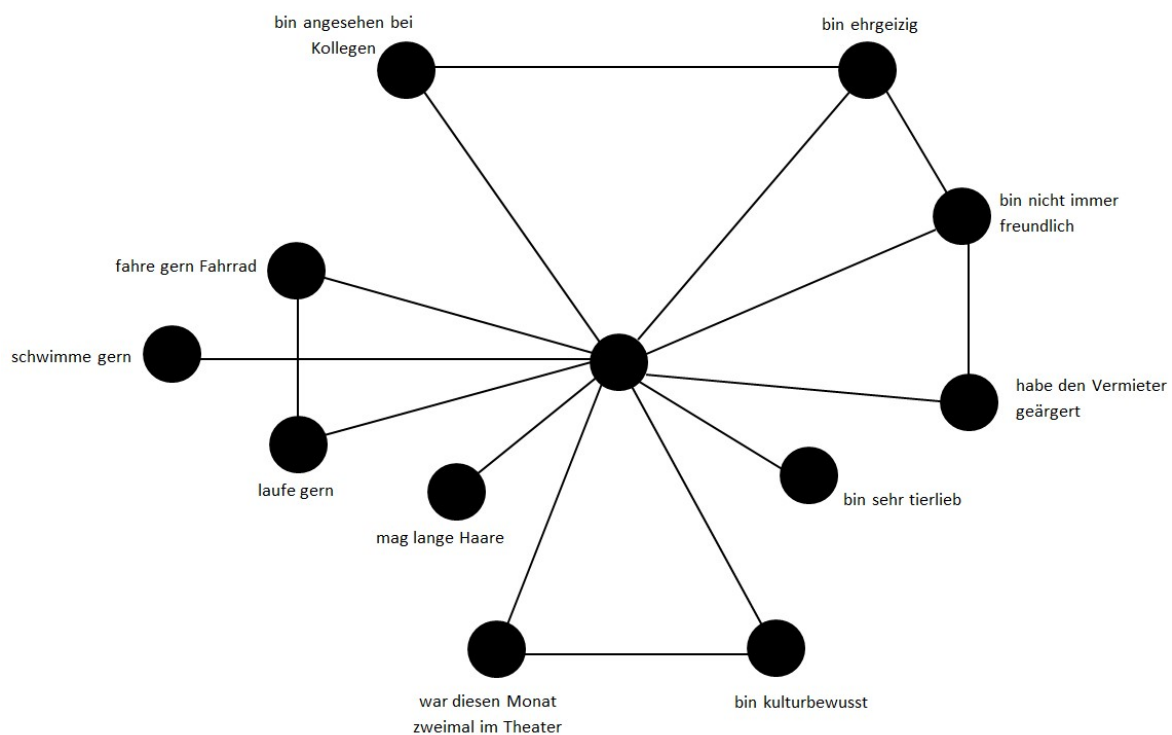


Abbildung 8: Assoziatives Netzwerk von Kognitionen über die eigene Person (mod. n. Mummendey, 2006, S. 218).

Doch nicht nur neu gewonnene Eindrücke, sondern auch bereits erlebte, also Erinnerungen, stellen eine wichtige Informationsquelle dar. Sie liefern uns Merkmale oder Handlungsweisen aus Situationen, die wir erlebt haben und uns immer wieder vergegenwärtigen können. Erst durch das Erinnern an Erlebtes in Kombination mit den erlebten Gefühlen können Fähigkeiten als kontinuierlich verfügbar erlebt werden und in ein Konzept über das Selbst integriert werden (Mummendey, 2006, S. 47). Unser Selbstkonzept sagt uns, ob und was wir uns zutrauen und ob wir uns gestellten Aufgaben gegenüber gewachsen fühlen. Diese Informationen und deren Bewertungen werden vermutlich von anderen Personen ganz anders gesehen. Es geht daher nicht um eine rein objektive Beschreibung einer Person, es geht vielmehr um den ganz persönlichen, individuellen Eindruck von sich selbst mit allen Emotionen, die damit einhergehen.

Der Frage woher wir die Informationen über uns selbst beziehen und wie daraus ein Eindruck von uns selbst entsteht, geht das nächste Teilkapitel auf den Grund.

5.2 Aufbau und Entwicklung des Selbstkonzeptes im Altersverlauf

Das Selbstkonzept kann nicht als abschließendes Ergebnis eines stabilen Entwicklungsverlaufes gesehen werden. Es ist vielmehr als Prozess zu definieren, der sich über die gesamte Lebensspanne hinweg vollzieht und eine lebenslange Entwicklungsaufgabe darstellt. Dieser Prozess ist dadurch gekennzeichnet, dass Themen, Erlebnisse oder andere Informationsquellen, die zum Selbstkonzept beitragen, zu unterschiedlichen Lebenszeitpunkten unterschiedlich bewertet werden. Also, um in Antonovskys Sprache zu sprechen: Die Bedeutsamkeit bestimmter Situationen ist alters- und situationsabhängig.

Dennoch ist die angesprochene Informationsgewinnung und –verarbeitung das Um und Auf für die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes. Diese Informationsgewinnung findet im Sinne von Erlebnissen, Handlungen und Interaktionen mit sich und der Umwelt statt. Die Gefühle, Körperreaktionen oder Hypothesen die dadurch entstehen, bilden und stärken bzw. verändern über den Verlauf des Lebens hinweg das Selbstkonzept. Beginnend mit unwillkürlichen Muskelbewegungen bis hin zu willkürlich gelenkten Handlungsabläufen. Da die Situationen bzw. Quellen aus welchen Informationen über das Selbst gewonnen werden können besonders vielfältig sind, ist eine Kategorisierung sinnvoll. Eggert, Reichenbach und Bode (2014, S. 22) haben eine solche vorgenommen und schlagen folgende Kategorien vor:

- Fremdbeurteilungen
- Sozialer Vergleich
- Selbstbeobachtung
- Selbstbezogenes Denken
- Innerer Dialog
- Sinnessysteme

Doch die Bedeutung und der Einsatz der jeweiligen Kategorien innerhalb des Lebensverlaufes sind unterschiedlich. Während die Kategorie der Sinnessysteme bereits im Mutterleib zum Einsatz kommt, erlangt der soziale Vergleich erst einige Jahre später Bedeutung. Und die Kategorie der Selbstbeobachtung wird uns ab einem bestimmten Punkt der Entwicklung ein ständiger Begleiter sein. Dem Beginn und dem Verlauf dieses Prozesses, des Prozesses Selbstkonzept, widmen sich die nächsten Seiten.

5.2.1 Kindheit

Die Grundlage dafür, dass überhaupt erste Informationen über das Selbst gesammelt werden können, bildet die Wahrnehmung des eigenen Körpers in Abgrenzung zur Mutter bzw. zur Umwelt (Hannover & Greve, 2012, S. 549). Aufbauend darauf starten bereits die ersten Interaktionen, die der Befriedigung überlebensnotwendiger Bedürfnisse dienen. Feldenkrais beschreibt hier den Vorgang der Wahrnehmung beginnend mit unwillkürlich stattfindenden Berührungen bis zu den ersten willkürlichen Handlungen wie dem Saugen durch bewussten Einsatz von Lippen und Mund. Durch den weiteren Einsatz anderer Körperteile können erste Bezüge wie Entfernung und Raum hergestellt werden. Hier dienen also die Sinnessysteme als Hauptinformationsquellen (Feldenkrais, 1978, S. 34). Und hier sind die ersten Bausteine des Selbstkonzeptes zu finden. Erikson spricht hier von der Krise Urvertrauen vs. Ur-Misstrauen (Erikson, 1993, S. 62). Der Säugling und die Mutter stimmen sich im Idealfall bei der Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes aufeinander ab. Dem Gefühl hungrig zu sein folgt eine Lautäußerung, diese wiederum wird konstant mit dem Stillen oder dem Füttern mit der Flasche beantwortet. Doch es ist nicht nur das Vertrauen, das hier grundgelegt wird, sondern auch die Information, wichtig zu sein. Eine der drei Komponenten die den „sense of coherence“ lt. Antonovsky ausmachen: die Bedeutsamkeit (Antonovsky, 1997). Der Körper spielt also in der ersten Phase der Entwicklung eines Selbstkonzeptes eine Hauptrolle. Eggert et al. (2014, S. 32) nennen in diesem Zusammenhang das Körperkonzept als eines der Elemente aus dem das Selbstkonzept besteht. Dazu gehören Körperschema, das eher messbare Kenntnisse über den eigenen Körper beinhaltet und Körpergefühl, das die Emotion zum und Bewertung vom eigenen Körper beschreibt.

Filipp (1980; zit. n. Mummendey, 2006, S. 96) definiert für diesen ersten Aufbau vier Phasen, die von der Geburt des Kindes bis in den Verlauf des zweiten Lebensjahres reichen. Auch hier werden die Rückmeldungen des eigenen Körpers als erste Quelle für das Selbst genannt, die mit einer ersten Abgrenzung vom eigenen Körper zu dem anderer Personen einhergehen. Sind in den ersten Lebensmonaten hauptsächlich die propriozeptiven und kinästhetischen Reize vorrangig, so kommen ab etwa dem achten Lebensmonat, also der zweiten Phase nach Filipp, genauere visuelle Informationen hinzu. Dazu gehört die Fähigkeit, die Mutter von anderen Menschen auch visuell unterscheiden zu können. Die dritte Phase, die bis zum Ende des ersten Lebensjahres reicht, dient zur ersten Einteilung des Selbst in einfachen Kategorien. Dazu zählen das Geschlecht und das Alter, wobei das Alter noch auf „Kleinheit“ reduziert bleibt. Im zweiten Lebensjahr, der vierten Phase, wird der Rufname bereits mit der eigenen Person verbunden. Ein Lageschema des Körpers entsteht ebenfalls in dieser Phase. Dadurch kann dieser bereits

gezielt eingesetzt werden um Gegenstände der Umwelt zu erreichen. Innerhalb der ersten beiden Lebensjahre entsteht ein einfaches Konzept vom kindlichen Selbst.

Im Verlauf der nächsten Jahre findet beim Kleinkind eine „Selbst-Extension“ (Thomaes, 1986; zit. n. Mummendey, 2006, S. 96) statt. Das bedeutet, dass das Kind sich selbst und seiner direkten Umwelt immer mehr Eigenschaften zuweist und sein Selbst dadurch erweitert. Allerdings findet diese Selbst-Erweiterung noch innerhalb der, Kleinkindern typischen, Dichotomie von Gut und Böse statt. Daher ist eine Zuordnung einer Eigenschaft nur innerhalb dieser Weltanschauung möglich. Ein Kind in diesem Alter kann sich selbst nicht als manchmal mehr und manchmal weniger „brav“ sehen (Mummendey, 2006, S. 97). Es ist entweder brav oder schlimm. Für die psychomotorische Praxis hebt das die Bedeutung von Märchen und Geschichten hervor, in die das körperliche Erleben innerhalb einer Fördereinheit eingebunden wird. Innerhalb dieses körperlichen Erlebens finden Vergleiche hauptsächlich auf intraindividueller Basis statt. Es geht also vorrangig darum, was das Kind noch vor einiger Zeit konnte und was es jetzt kann. Dieser Zugang zum Kind und seinen Fähigkeiten entspricht wiederum stark der psychomotorischen Sichtweise, wie im Kapitel 4 bereits verdeutlicht wurde. Erst mit der Zunahme der Empathiefähigkeit, die etwa ab dem fünften Lebensjahr zu beobachten ist, kann sich das Kind differenzierter sehen. Im selben Zeitrahmen gewinnt der Vergleich mit anderen an Bedeutung. Die Entwicklungspsychologie spricht hier von der Entwicklungsvoraussetzung der Perspektivenübernahme, die es ermöglicht, eigene Handlungsweisen und Eigenschaften aus der Sicht eines anderen sehen zu können (Hannover & Greve, 2012, S. 549).

Der Vergleich innerhalb einer sozialen Gruppe ist beim Übergang zwischen Kindheit und Jugend als Informationsquelle bereits fest verankert. Das bietet die Möglichkeit, sich in der Jugend auf tiefgreifende Weise mit dem eigenen Ich, dem eigenen Wert und den eigenen Idealvorstellungen auseinanderzusetzen.

5.2.2 Jugend

Das Jugendalter ist in Österreich gesetzlich gesehen mit dem Begriff „junge Menschen“, „Personen unter 18“ oder „Personen zwischen 14 und 18 Jahren“ definiert (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2018⁶). Dass diese Begrifflichkeit aus entwicklungspsychologischer und aus psychomotorischer Sicht unzureichend ist, ist deutlich erkennbar. Die Entwicklungspsychologie spricht in Bezug auf Jugend von dem Zeitraum, der vom Beginn der Pubertät bis zum Ende des 20. Lebensjahres reicht (Silbereisen & Weichold, 2012, S. 236). Mummendey gibt noch eine weitere Kategorisierung in die drei Stadien des frühen Jugendalters, das von etwa 11 bis 14 Jahren reicht, das des mittleren, von 14 bis 18 Jahre und des späten Jugendalters, vom 18. bis zum 20. Lebensjahr (Mummendey, 2006, S. 100).

Die Thematik, die sich in diesem Entwicklungsstadium in den Vordergrund drängt, ist die der Abgrenzung vom Kind zum Erwachsenen. Besonders deutlich beschreibt Erikson die Themen dieser Phase, die er als Identität vs. Identitätsdiffusion bezeichnet (Erikson, 1993, S. 106).

Leistungen in Schule, Ausbildung und Beruf erlangen in diesem Zeitraum große Bedeutung, da sie zukunftsweisend sind. Es sind Entscheidungen zu treffen, die eine große Anzahl an positiven und negativen Möglichkeiten nach sich ziehen. Es sind Rollen einzunehmen, die noch nicht gefestigt sind und die oft erzwungen werden. Nach Erikson kommt es in dieser Phase darauf an, dass eine Zuversicht entsteht, die Zukunft mit all ihren Anforderungen positiv bewältigen zu können. Diese Zuversicht basiert auf dem Gefühl der Ich-Identität, die darauf beruht, sich selbst in ähnlicher Konstanz wahrzunehmen, wie es Außenstehende tun. Diese Ich-Identität entsteht durch die in der Kindheit erfahrenen Ich-Erlebnisse, die nun im Jugendalter mit der nötigen kognitiven Reife reflektiert und neu bewertet werden können (Erikson, 1993, S. 109). Die Kategorie des selbstbezogenen Denkens erlangt hier also höhere Bedeutung.

Tritt diese Zuversicht nicht ein, kann es nach Erikson zur Identitätsdiffusion kommen. Das bedeutet, dass der und die Jugendliche mit den zu treffenden Entscheidungen (Schultyp, Lehrausrichtung, Arbeitsfeld) überfordert sind oder, dass die von ihnen erwartete Rolle nicht zu ihrem Gefühl passt. Diese Unsicherheit kombiniert mit der durch physische Veränderungen unausweichlichen Unsicherheit kann zu einem „Ausbruch“ aus den Anforderungen des Systems führen. Das kann einen Schulabbruch bedeuten oder eine

⁶ Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2018). Zugriff am 09. Juni 2018 <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html>

kurze kriminelle Periode. Die Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes tritt in dieser Phase besonders durch intensive Vergleiche und Gruppenzusammengehörigkeiten in Erscheinung. Die Bildung von Cliques in denen streng geregelt ist, welche Attribute notwendig sind um dabei zu sein und welche eindeutige Abgrenzung bedeuten, kann in der Jugendzeit eine stärkende Ressource darstellen. Sie gibt den Halt, der in der diffusen Zeit notwendig ist (Erikson, 1993).

Doch Vergleiche finden selbstverständlich auch durch Leistung statt. Dementsprechend ist die schulische oder arbeitsbezogene Leistung ebenfalls von großer Bedeutung. Das Selbstkonzept kann dadurch in zwei Richtungen beeinflusst werden: Durch positive Rückmeldung über eine Leistung entsteht ein positiver Selbstwert; durch positiven Selbstwert in Bezug auf das Leistungsvermögen entsteht positive Leistung und dadurch wiederum ein positives Selbstkonzept. Das Spiel mit diesen Anforderungen, das Experimentieren mit Erlebnissen ist kennzeichnend für diese Lebensphase (Mummendey, 2006, S. 104). Es bietet die Möglichkeit, für sich selbst herauszufinden, welche Risiken man eingehen will, und auf Herausforderungen mit verschiedenen Strategien zu reagieren. Dadurch kann ein Selbstkonzept aufgebaut werden, das noch einigen Schwankungen unterliegt, dennoch als Grundstock für das Erwachsenenalter gesehen werden kann.

5.2.3 Erwachsenenalter, Seniorenalter

Da sich die vorliegende Masterthesis auf die Psychomotorik innerhalb der Kinder- und Jugendrehabilitation bezieht, wird das Kapitel über das Selbstkonzept im Erwachsenen- und Seniorenalter als kurzer Überblick gestaltet.

Die Grundannahme, das Selbstkonzept sei ein stabil entwickeltes System, das im Erwachsenenalter wenigen Veränderungen unterliegt, hat dazu geführt, dass diese Altersspanne in der Selbstkonzeptforschung lange als uninteressant eingestuft wurde. Doch die Life-span-Perspektive nach Baltes (1999) gibt eindeutig zu verstehen, dass diese Grundannahme einem Irrtum erlegen ist. Baltes geht von einer thematischen Veränderung und einem veränderten Einsatz vorhandener Ressourcen aus. Während in der Kindheit das Wachstum und im Erwachsenenalter die Aufrechterhaltung von Funktionen im Fokus steht, werden vorhandene Ressourcen im Alter für den Bereich der Kompensation eingesetzt. Dafür werden drei Prozesse benötigt, die in Kombination angewendet das Lernen im Erwachsenenalter prägen: Die Selektion, sie dient der gezielten Auswahl an Lerninhalten. Die Optimierung als Stärkung jener Fähigkeiten, die zur Erreichung definierter Ziele

notwendig sind. Und schließlich die Kompensation, mit der Strategien entwickelt werden um verlorene Fähigkeiten auszugleichen (Baltes, 1999).

In Bezug auf das Selbstkonzept sieht Erikson ebenfalls eine lebenslange Entwicklung, die nicht vor dem Erwachsenen-, Seniorenalter Halt macht. In seiner Phase von Integrität vs. Verzweiflung gilt es, die eigene Ich-Integrität zu finden und Verantwortung für den bisher gegangenen Lebensweg zu übernehmen (Erikson, 1993, S. 119). Diese Entwicklungsaufgabe kann dazu führen, dass das eigene Selbstbild ins Wanken gerät. Jedoch werden Informationen, die nicht zum Selbstkonzept passen und die es verändern könnten, im Erwachsenenalter eher als bedrohlich empfunden (Mummendey, 2006, S. 107). Dafür werden Strategien entwickelt, die das aktuelle Selbstkonzept schützen und eine Veränderung desselben vermeiden sollen. Antonovsky (1997, S. 131) geht ebenfalls davon aus, dass selbstkonzeptgefährdenden Erlebnissen mit Vermeidungsstrategien begegnet wird. Demnach ist eine der Strategien die Bedeutsamkeit des Erlebnisses neu zu definieren. Ist das Erlebnis nicht bedeutsam, hat es einen geringen Einfluss auf den sense of coherence (SOC), also auf das Selbstkonzept. In der salutogenetischen Sichtweise wird jedoch davon ausgegangen, dass ein Mensch mit einem hohen SOC-Wert, also mit positivem Selbstkonzept, diese Taktik nicht oder nur selten anwenden muss. (Antonovsky, 1997, S. 131).

Der Prozess der Selbstkonzept-Entwicklung ist also niemals als abgeschlossen anzusehen. Über alle Lebensabschnitte hinweg sind ständige Neubewertungen und ein ständiges Hinterfragen des eigenen Verhaltens als Triebfeder der Entwicklung und Veränderung des Selbstkonzeptes festzustellen.

Der Beginn der Entwicklung des Selbstkonzeptes kann also bereits im Mutterleib angesiedelt werden, da hier erste sinnliche Erfahrungen erlebt werden. Ist der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes im Säuglings- und Kleinkindalter noch eng mit der Bindung verknüpft, so erweitert sich der Blick auf sich selbst im weiteren Entwicklungsverlauf durch den vermehrten Blick auf andere. Dieser Vergleich in der Gruppe wird erst durch die Fähigkeit der Perspektivenübernahme möglich und erlangt im Jugendalter besondere Bedeutung. Während biologische und gesellschaftliche Themen im Jugendalter verunsichern können, bietet Zugehörigkeit zu einer Gruppe Halt. Um sich nicht selbst in der Gruppe zu verlieren ist jedoch eine Ich-Identität notwendig. Diese Phase ist also von Vergleichen und Abgrenzungen stark geprägt. Die Wichtigkeit, von anderen akzeptiert zu werden, weicht im Erwachsenenalter langsam der Selbstakzeptanz. Es finden hier Neubewertungen von Themen statt, die dazu führen, dass manches unwichtiger und anderes wichtiger wird. Und es werden Strategien entwickelt, die das Selbstkonzept stabil halten sollen. Im weite-

ren Altersverlauf erhält der Vergleich wieder mehr Bedeutung. Allerdings im intraindividuellen Bezug. Was kann ich noch? Was konnte ich früher?

Doch sind diese Veränderungen und Entwicklungen nicht nur rein psychologische Phänomene. Auch aus neurologischer Sicht finden ständige Veränderungen unter anderem durch Erlebnisse, Erfahrungen und Bewertungen statt. Dem Zusammenhang zwischen den neurologischen Veränderungen im Gehirn und dem Selbstkonzept widmet sich das nächste Teilkapitel.

5.3 Das Selbstkonzept aus verschiedenen Blickwinkeln

5.3.1 Aus Sicht der Hirnforschung

Um den eben erwähnten Zusammenhang zwischen der Entstehung und Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes und den neurologischen Bedingungen im Gehirn zu verstehen, ist ein kurzer Blick auf den Aufbau des Informationssystems des Gehirns zu werfen: das Nervensystem. Nur durch die Informationen, die von Nervenzelle zu Nervenzelle weitergegeben werden, können willkürliche und unwillkürliche Handlungen überhaupt stattfinden. Zu den unwillkürlichen Handlungen zählen beispielsweise Herzschlag, Blutlaufbahn, Haarwachstum und dergleichen. Willkürlich können unter anderem motorische Handlungen ausgeführt werden.

Die Informationsleitung der Nervenzelle findet über die Neuriten und Dendriten statt. Nervenfortsätze, die einerseits Informationen an den Zellkern und andererseits an weitere Nervenzellen weiterleiten (Tittel, 2016, S. 439). Und genau hier bei der Weiterleitung von einer Zelle zur nächsten findet die, für das Selbstkonzept spannende, Aktion statt.

Da sich beide Nervenzellen zwar sehr nahe kommen, aber nicht physisch miteinander verbunden sind, findet die Informationsleitung über Botenstoffe (Neurotransmitter) statt. Diese Botenstoffe bringen nun die Information von einer Nervenzelle über den synaptischen Spalt hinweg zur anderen Nervenzelle. Die Menge an Botenstoff, die Durchlässigkeit der „Andockstationen“ der Zellen und die Leitgeschwindigkeit sind nun ausschlaggebend dafür, ob die Verbindung (Synapse) stark oder schwach ausgebildet wird (Mazurek et al., 2010, S. 973). Doch was führt zur Verstärkung dieser Verbindungen? Es sind Erlebnisse, Erfahrungen, kurz gesagt der Gebrauch der Verbindung selbst. Jede Erfahrung, jedes Erlebnis stellt eine Informationsverbindung her. Ist es ein einmaliges, kurzes Erlebnis, wird die Verbindung wieder verschwinden. Ist das Erlebnis oder die Erfahrung jedoch besonders stark oder wird wiederholt erlebt, so wird die Verbindung gestärkt und bleibt

dauerhaft bestehen. Als Erfahrung oder Erlebnis kann jede Emotion, jeder Gedanke, jede Wahrnehmung gesehen werden (Spitzer, 2004, S. 31).

Gleiches gilt für die Wahrnehmung selbst. Nur was tatsächlich genutzt wird, kann wahrgenommen werden und bildet sich im Gehirn ab. Besonders deutlich wird das beim Versuch zwei Körperteile zu spüren, die unterschiedlich oft in Gebrauch sind. Durch Konzentration auf eine Fingerspitze wird es vielen Menschen möglich sein, diese zu spüren, beim Versuch, den Hinterkopf oder die Hüfte wahrzunehmen wird es für die meisten ungleich schwieriger werden (Feldenkrais, 1978, S. 44). Dies hängt mit der Repräsentation der Körperteile in der Großhirnrinde (Cortex) zusammen. In diesem Areal, dem motorischen Rindenfeld (Gyrus praecentralis), werden Körperteile schematisch abgebildet. Es entsteht eine Art Landkarte des eigenen Körpers. Für die psychomotorische Arbeit besonders hervorzuheben ist, dass die Körperteile nicht nach ihrer tatsächlichen Größe, sondern nach ihrer Bedeutung, also nach der Häufigkeit und Differenziertheit ihrer Verwendung im Gehirn abgebildet sind, wie in der nachfolgenden Darstellung verdeutlicht wird (Tittel, 2016, S. 446).

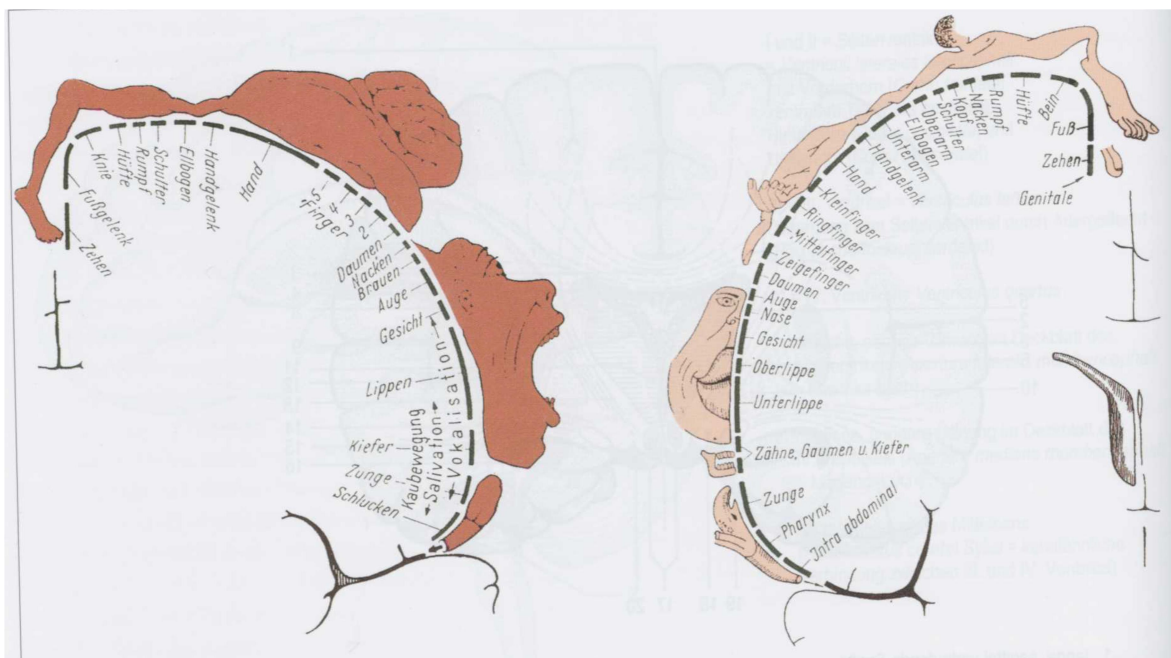


Abbildung 9: Repräsentation des Körpers in den primären Großhirnrindenfeldern der vorderen und hinteren Zentralwindung (Tittel, 2016, S. 446).

Auf die Bildung und Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes umgelegt bedeutet das, dass Informationen über das Selbst ebenfalls Synapsen bilden. Und je mehr oder stärker empfundene Informationen über das Selbst gesammelt werden, desto stärker bzw. detaillierter wird das Bild und das Konzept, das ein Mensch über sich selbst hat. Nun sind es nicht

lediglich die Informationen selbst, die unser Bild von uns selbst ausmachen. Die reine Information, über ein Hindernis gesprungen zu sein, macht noch keinen besonderen Eindruck auf das Selbstwertsystem. Erst verbunden mit einer Emotion und eventuell einem Vergleichswert wird das Ereignis für das Selbstkonzept interessant. Also: Ich bin über ein Hindernis gesprungen, was mich besonders freut, weil ich das vor einem Monat noch nicht konnte. Durch die Verstrickung des Erlebnisses mit der Emotion wird die synaptische Verbindung gestärkt und mit ihr das Selbstwertgefühl. Das Selbstkonzept hat also einen Punkt mehr zu integrieren. Die Bewertung des Ereignisses ist also von essentieller Bedeutung. Doch wie ist ein Erlebnis zu bewerten? Diese Frage wird jeder Mensch anders beantworten. Neurologisch gesehen könnte man sagen, dass dazu bisher gesammelte Werte, die zu großen Teilen im präfrontalen Kontext gespeichert und hierarchisch geordnet wurden, herangezogen werden. Das ist jedoch etwas zu kurz gegriffen. Denn die Bedeutung eines Erlebnisses ist eng mit der Ausschüttung des „Glückshormons“ Dopamin verbunden. Dieser Botenstoff wird unter anderem dann vermehrt produziert, wenn Ereignisse positiv erlebt werden (Spitzer, 2004, S. 153). Gespeichert wird dann, dass eben jenes Ereignis es wert ist, Energie dafür aufzuwenden, es ist also wahrscheinlich, dass es wiederholt wird und dadurch wird wiederum eine stärkere Synapse entstehen. In diesem Zusammenhang ist Antonovskys Wert der Bedeutsamkeit für die Ausbildung eines Selbstkonzeptes nochmals zu erwähnen. Antonovsky ist ebenfalls davon ausgegangen, dass nur dann Energie für etwas aufgewendet wird, wenn es sich lohnt, wenn es also von Bedeutung ist (Antonovsky, 1997, S. 35).

Die neurologische Sicht auf die Entstehung des Selbstkonzeptes liefert also ein ähnliches Bild wie die entwicklungspsychologische. Im Kindesalter werden erste Verbindungen (Synapsen) durch Erlebnisse geschaffen, im Jugendalter können sich diese Landschaften noch etwas verändern. Das Erwachsenen- und Seniorenalter geht mit Veränderungen der synaptischen Landschaft einher, also mit Handlungen, die seltener als bisher ausgeführt werden und mit Alternativen, die dafür entwickelt werden, was wiederum zu neuen Verbindungen zwischen Nervenzellen führt.

Der intra- und interindividuelle Vergleich wird sowohl in der Entwicklungspsychologie als auch in der Neurologie als wichtiges Instrument der Informationsgewinnung über sich selbst gesehen, da dadurch eine Bewertung des Ereignisses stattfindet.

Aus dem Wissen über die Entstehung des Selbstkonzeptes können nun Schlussfolgerungen für die Voraussetzungen und die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes gezogen werden. Das Wissen um die Entstehung des Selbstkonzeptes ist für eine qualitativ hochwertige Diagnostik, vor allem im Sinne der psychomotorischen Förderdiagnostik entscheidend.

5.3.2 Aus Sicht der (psychomotorischen) Diagnostik

Die Diagnostik als Fachbereich unterliegt seit geraumer Zeit diversen Meinungsströmungen. So hat sich vor einigen Jahrzehnten die Diagnostik als wissenschaftliche Disziplin mit dem Anspruch auf quantitative Messung von objektiv erhobenen, reliablen und validen Daten durchgesetzt. In den letzten Jahren hat sich der Zugang zu dieser Thematik verändert. Individuelle Beobachtungen, Befragungen und Beschreibungen, im Team und in Beziehung zum Klienten durchgeführt, haben sich zusätzlich etabliert (Eggert, 2008a, S. 181). Der ökosystemische Gedanke hat Einzug in die diagnostischen Verfahren gefunden und zur Förderdiagnostik geführt. Allen diagnostischen Ansätzen zugrundeliegend ist allerdings das Ziel, mit der Diagnose einem Menschen zu helfen, die für ihn passendste Therapieform zu finden (Eggert, 2008a, S. 181).

Die ökosystemische Förderdiagnostik kommt der psychomotorischen Sichtweise des Menschen und dessen Förderung sehr nahe. Das Individuum wird nicht nur in seiner Ganzheitlichkeit gesehen, sondern auch in Bezug zu seiner Umwelt und seinen Beziehungen betrachtet. Dadurch entsteht ein breites Spektrum an Handlungs- und demnach an Beobachtungsbereichen. Menschliche Handlungen können aus diagnostischer Sicht nun in unterschiedlicher Weise und aus unterschiedlichen Situationen heraus beobachtet werden. Tests und Screenings beispielsweise setzen bestimmte Abläufe fest, innerhalb derer Aufgaben beobachtet und bewertet werden. Inventare können dagegen individuell auf das Kind abgestimmt werden. Es können unterschiedliche Zugangsweisen und unterschiedliche Techniken der Informationsgewinnung angewendet werden (Eggert, et al., 2014, S. 123). Techniken, die häufig zur Anwendung kommen, sind unter anderen Selbstbeschreibungungsverfahren und Persönlichkeitsfragebögen (Mummendey, 2006, S. 229). Zimmer (2012, S. 112) verwendet zur Erfassung des Selbstkonzeptes im Zuge psychomotorischer Förderung ebenfalls einen schriftlichen Fragebogen, der von den jeweils beteiligten Erwachsenen ausgefüllt wird. Doch auch die Beobachtung und das Arbeitsprodukt sind, gerade bei der diagnostischen Arbeit mit Kindern, wichtige Quellen zur Informationsgewinnung in Bezug auf das Selbstkonzept (Eggert et al., 2014, S. 124 & 130).

Als diagnostisch relevante Informationen über das Selbstkonzept können die unterschiedlichen Bereiche (siehe Kapitel 5.1.) des Selbstkonzeptes herangezogen werden. Der Weg zu diesen Informationen kann bei der Anwendung eines Inventars individuell auf die Klientinnen und Klienten abgestimmt und angepasst werden. Eggert, et al. (2014, S. 149-150) gehen bei dem, von ihnen entwickelten Selbstkonzeptinventar (SKI) von vier Hauptkategorien aus, die in unterschiedlichen Aufgaben beobachtet und beschrieben werden können. Diese Kategorien bestehen aus Körperkonzept, Fähigkeitskonzept, Selbsteinschätzung und Selbstbild bzw. Selbstbewertung. Wichtig zu betonen ist in diesem Fall, dass die

Art der Bewältigung der Aufgaben in offenen Spielsituationen oder in Kleingruppen beobachtet werden kann. Es ist daher keine klinisch konstruierte Einzelsituation notwendig. Die Qualität der Diagnostik anhand eines Inventars ist dennoch hoch zu bewerten, wenn Objektivität durch Austausch der beobachteten Situationen im Team herrscht und wenn Reliabilität und Validität durch erfahrenes Personal gewährleistet sind (Eggert, 2008a, S. 187). Dadurch wird deutlich, dass der professionellen Auswertung der durchgeführten Diagnostik mittels Inventar ein hoher Stellenwert zukommt, der sich abermals erhöht, wenn man die Diagnostiksituation gleichzeitig als Fördersituation annimmt. Die Ausführung der Aufgaben stellt gleichermaßen Informationsquelle und Entwicklungshandlung dar (Eggert et al., 2014, S. 124 & 130). Werden also gleiche bzw. ähnliche Aufgabenstellungen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes wiederholt angeboten und durchgeführt, so kann dies gleichzeitig als Entwicklungsförderung und als Verlaufsdiagnostik angesehen werden. Diese fortlaufende, sich wiederholende Diagnostik findet sich sowohl in der Psychomotorik als auch in der Kinderrehabilitation (Eggert et al., 2014, S. 154; Petermann & Warschburger, 1999, S. 37). Wobei die Diagnostik in der Kinderrehabilitation in verschiedenen Bereichen stattfindet und durch den behandelnden Arzt zusammengeführt wird. So steht die medizinische Diagnostik am Beginn bzw. zeitlich gesehen noch vor der Rehabilitation. Leistungsbezogene Diagnostik und Funktionsdiagnostik liefern Informationen über Einschränkungen im Alltag oder im schulischen Kontext. Sie stellen eine Grundlage für die Rehabilitationsziele dar. Die Erhebung und Einschätzung des Selbstkonzeptes ist ebenfalls ein Teilbereich der rehabilitativen Diagnostik, da auf diese Weise der Umgang mit der Krankheit selbst und Bewältigungsstrategien, wie aggressives Verhalten oder Rückzug, erkannt werden können (Petermann & Warschburger, 1999, S. 37). Auch die Information, wie das Kind mit Aufgaben umgeht und ob es sich diese grundsätzlich zutraut, ist für den Verlauf der Rehabilitation wichtig.

Das Selbstkonzept ist daher ein Bestandteil der Diagnostik in der Kinderrehabilitation, dem eine große Bedeutung zukommt. Eben jener Bedeutung wird im nächst Kapitel nachgegangen.

5.4 Die Bedeutung des Selbstkonzeptes...

5.4.1 ...in der Kinderrehabilitation

Das Selbstkonzept ist, wie bereits mehrfach betont, für jeden Menschen eine wichtige Komponente um ein freudvolles, positiv gestimmtes Lebensgefühl empfinden zu können. Doch gerade in den Jahren, in denen der grundlegende Aufbau des Selbstkonzeptes stattfindet, also in den Jahren der kindlichen Entwicklung können eine schwere oder chro-

nische Krankheit, ein Unfall oder eine hohe psychische Belastung zu schwerwiegenden Einschnitten in eben diesem Aufbau führen. Daher ist die Konzentration auf das Selbstkonzept innerhalb einer Kinderrehabilitation nicht nur sinnvoll, sondern notwendig.

In dem Alter, in dem ein Kind eine Kinderrehabilitation braucht, ist die Gestaltung des Selbstkonzeptes in vollem Gange. Es kann also nur geringfügig an frühere Fertigkeiten, Erinnerungen oder Kompetenzen angeknüpft werden, wie das bei einer Rehabilitation von Erwachsenen der Fall ist. Auch die grundlegende Zielsetzung der Rehabilitation selbst ist eine andere. Während Erwachsene den Wiedereintritt in ein Berufsleben anstreben können, sind für ein Kind oder einen jugendlichen Menschen die generelle Befähigung und die Stärkung des Willens, in ein Berufsleben eintreten zu können, im Vordergrund (Petermann & Warschburger, 1999, S. 234). Es geht also unter anderem darum, den Umgang mit der Krankheit zu erlernen, eigene Ressourcen zu finden, die der Bewältigung dienen und dem Kind das Vertrauen in sich selbst geben, die Krankheit bewältigen zu können. Dies alles sind grundlegende Thematiken des Selbstkonzeptes.

Innerhalb der medizinischen Kinderrehabilitation sind daher die so genannten psychosozialen Sekundärbelastungen von großem Interesse, da sie den Krankheitsverlauf und den Umgang damit entscheidend beeinflussen. Damit ist gemeint, dass die Selbstwahrnehmung eines Kindes große Auswirkungen auf dessen Krankheit hat. Fühlt sich das Kind aufgrund offensichtlicher Krankheitsanzeichen, wie beispielsweise Hautveränderungen, angestarrt oder ausgegrenzt, können sich die Symptome verschlechtern. Das wiederum kann zu Rückzug, Aggression oder Verweigerung von gesundheitsfördernden Maßnahmen führen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 113). Der soziale Kontakt zu gleichaltrigen Gruppen wird oft durch chronische oder schwere Krankheiten vermindert oder gar vermieden, was zu Isolation führen kann und dementsprechend zu einem eher negativen Bild von sich selbst. Die Erlebnisse, die also für den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes notwendig sind, können oft nicht oder nur eingeschränkt gemacht werden.

Doch es sind nicht nur die psychosozialen Aspekte, die für eine bewusste Stärkung des Selbstkonzeptes in der Kinderrehabilitation sprechen. Die körperliche Entwicklung und damit das Körperkonzept werden beeinträchtigt, wenn der Körper durch einen Unfall oder eine Krankheit anders aussieht als vorher oder eben auch anders arbeitet als bei anderen. Das Bild vom eigenen Körper definiert sich zu dem Zeitpunkt einer Rehabilitation stark an dem, was als negativ erlebt wird. Positive Erlebnisse mit dem eigenen Körper sind also für die Bereitschaft, medizinische und rehabilitative Interventionen mitzumachen und durchzuhalten elementar.

Innerhalb der Kinderrehabilitation kommt daher der Stärkung unterschiedlicher Bereiche des Selbstkonzeptes große Bedeutung zu. Dazu zählen die Einbindung des Kindes und des jugendlichen Menschen und deren Bezugspersonen in das therapeutische Geschehen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 42). Dadurch erlebt sich das Kind als kompetent im Umgang mit seiner Krankheit. Die Einbindung der Bezugspersonen ist in mehrfacher Hinsicht wichtig. Einerseits geht es darum, mit den Eltern gemeinsam einen Weg zu finden, dem Kind Kompetenzen im Umgang mit der Krankheit selbst zu übertragen. Andererseits gilt es, Wege zu finden, die den Eltern helfen, mit ihren eigenen Befürchtungen, Sorgen und Ängsten umzugehen (Petermann & Warschburger, 1996, S. 143). Positive Erlebnisse während einer Rehabilitation führen dazu, dass Kinder und Eltern offen mit der Krankheit oder den Folgen eines Unfalles umgehen können. Es wird eine offene Kommunikation mit anderen möglich und damit die Definition und Stärkung von Ressourcen. Diese trägt ebenfalls zur Stärkung des Selbstkonzeptes eines Kindes oder eines jugendlichen Menschen bei. Gerade der Austausch mit Gleichgesinnten, der in der Rehabilitationseinrichtung leicht möglich ist, kann sich dabei als wichtige Ressource herausstellen. Und zwar sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für deren Bezugspersonen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 234). Es kann also das Selbstbild um Informationen von anderen erweitert werden. Da die Konzentration auf das, was nicht gut funktioniert oder was zu rehabilitieren ist von ganz alleine kommt, ist die bewusste Stärkenorientierung ein wichtiger Punkt um ein positives Selbstkonzept zu fördern. Das bedeutet, Erfolgserlebnisse in Bereichen oder mit Körperregionen zu schaffen, die Teilleistungsschwächen in anderen Bereichen ausgleichen oder ersetzen können (Petermann & Warschburger, 1999, S. 267). Das können Bereiche wie Hobbys, Sport oder Schule sein, sofern sie mit dem Rehabilitationsplan vereinbar sind. Können sich Kinder in diesen Bereichen als kompetent erleben, wirkt sich das als Schutzfaktor im Hinblick auf den Umgang mit der Erkrankung aus (Petermann & Warschburger, 1996, S. 142). Die positiven Erlebnisse wirken sich in weiterer Folge wiederum auf die Motivation des Kindes aus, an therapeutischen Maßnahmen mitzumachen. Und genau diese Motivation ist notwendig, um Erlerntes nach der Rehabilitation fortsetzen zu können.

Ist eine Förderung des Selbstkonzeptes während einer Rehabilitation gelungen, so ist von einer größeren Bereitschaft auszugehen, das erlernte gesundheitsfördernde Verhalten im Alltag nach der Rehabilitation weiterzuführen. Diese Bereitschaft ist insofern besonders wichtig, als die Zeit in der Rehabilitationsinstitution in vielen Fällen nicht ausreicht um langfristig Verbesserungen erzielen und vor allem erhalten zu können. Daher kommen ambulanten Angeboten besondere Bedeutung zu. Diese können als Einzel- oder Gruppenangebote im oder rund um den Heimatort in Anspruch genommen werden und dienen

der weiteren Förderung der Prozesse, die während der Rehabilitation in Gang gekommen sind. Ein selbstsicherer Umgang mit sich selbst und der Krankheit oder den Folgen eines Unfalles im gesamten familiären Umfeld, aber insbesondere natürlich beim Patienten, der Patientin selbst ist daher als Schutzfaktor und als Stärkungsfaktor zu sehen, der zu einem weiteren positiven und stabilen Lebensweg beiträgt.

5.4.2 ...in der Psychomotorik

Um der Bedeutung des Selbstkonzeptes innerhalb der Psychomotorik auf den Grund gehen zu können, ist lediglich ein Blick auf die Basiselemente der psychomotorischen Förderung zu werfen. In der Psychomotorik ist der Mensch als bio-psycho-geistig-soziale Einheit zu sehen, welche sich in einem Ökosystem bewegt und sich durch Erfahrungen und Handlungen entwickelt (Voglsinger, 2004, S. 73-75). In der Psychomotorik bzw. der psychomotorischen Förderung werden nun Räume geschaffen, die vielfältige Erfahrungen und Handlungen und damit Entwicklung ermöglichen.

Gerade im Kindesalter sind Körpererlebnisse von elementarer Bedeutung, da diese direkt mit der Persönlichkeit in Zusammenhang stehen. Die Körpererfahrungen bilden die ersten Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“, also zwischen dem Individuum selbst und der Umwelt. Somit ist jede Körpererfahrung gleichzeitig auch eine Selbsterfahrung. In den bewegten Angeboten der Psychomotorik erhält das Kind die Möglichkeit, sich selbst kennen und einschätzen zu lernen. Es kann sich selbst in sicherer, vertrauter und wertschätzender Umgebung ausprobieren und seine eigenen Ideen einbringen und umsetzen. Die Selbstwirksamkeit ist daher integraler Bestandteil der Psychomotorik (Zimmer, 2012, S. 74). Nicht zuletzt ist die psychomotorische Organisation in Kleingruppen als „Instrument“ zu nennen. Der soziale Vergleich, der Teil des Aufbaus eines Selbstkonzeptes ist, wird dadurch ermöglicht, wobei der intraindividuelle Vergleich in der Psychomotorik mehr hervorgehoben wird.

Das Selbstkonzept ist also in all seinen Facetten Teil der psychomotorischen Einstellung und Förderung durch das Prinzip der Bewegungshandlung. Dennoch kann innerhalb einzelner Einheiten speziell die Förderung des Selbstkonzeptes oder Teilen davon in den Vordergrund gerückt werden. Nähere Ausführungen dazu werden im praktischen Teil (Kapitel 6) gegeben.

Da also die Eigen- und Selbsttätigkeit, die Selbstwirksamkeit, die Erfahrung von Ursache und Wirkung in Bezug auf die eigene Handlung und die körperliche Erfahrung sowohl Grundlagen der psychomotorischen Förderung als auch des Aufbaus eines positiven

Selbstkonzeptes sind, kann die Bedeutung des Selbstkonzeptes in der Psychomotorik als maßgebend angesehen werden.

Welche Schlussfolgerungen nun aus den unterschiedlichen Blickwinkeln für die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes gezogen werden können, wird im Folgenden beschrieben.

5.5 Schlussfolgerungen für die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Aufbau des Selbstkonzeptes und dessen Bedeutung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Nachfolgend sollen daraus Informationen abgeleitet werden, die für die praktische Förderung des Selbstkonzeptes grundlegend sind.

Zu Beginn der Entstehung eines positiven Selbstkonzeptes ist die Bindung zu einer oder mehreren Bezugspersonen von zentraler Bedeutung. Im Besonderen ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung sogenannter innerer Arbeitsmodelle zu nennen (Bowlby, 1975; zit. n. Brisch, 2009, S. 37). Diese Arbeitsmodelle dienen dem Kind dazu, das eigene und das Verhalten der Bezugsperson einschätzen zu können. Werden also von Geburt an die Bedürfnisse des Kindes adäquat beantwortet, lernt das Kind etwa bis zum Ende des ersten Lebensjahres, dass es sich auf die Bezugsperson verlassen kann. Es entsteht eine vertrauensvolle Beziehung und damit die Überzeugung, dass die Mutter oder der Vater zwar nicht immer neben dem Kind sind, aber zur Stelle sind, wenn sie gebraucht werden. Damit unumgänglich verbunden ist das Gefühl der Handhabbarkeit von Situationen, wie es Antonovsky (1997, S. 35) beobachtet hat. Das Kind lernt sich selbst als aktives Wesen kennen, das selbst es selbst in der Hand hat, seine Bedürfnisse zu äußern und sich dadurch Befriedigung derselben zu verschaffen.

Die Kombination aus dem Vertrauen in die Bezugspersonen, Erikson (1993, S. 62) nennt es Urvertrauen, und in die eigene Fähigkeit etwas ausrichten zu können, führen zu einem vermehrten Explorationsverhalten. Das Kind traut sich und traut es sich zu, selbst die Welt zu erkunden.

Gemeinsam mit den körperlichen Möglichkeiten erweitern sich die Möglichkeiten, die Umwelt zu erforschen, Eindrücke, Sinneswahrnehmungen, Erlebnisse und Erfahrungen zu sammeln. Dennoch wird immer wieder der Kontakt zur Bindungsperson oder den Bindungspersonen aufgenommen um Sicherheit zu tanken. Bowlby spricht hier von einem

lebenslangen Balancespiel, das immer wieder das Gleichgewicht zwischen Exploration und Bindung sucht (Bowlby, 1996; zit. n. Brisch, 2006, S. 39).

Für die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes bedeutet das, dass ein positiver Bezug, eine gute Bindung zu dem zu fördernden Menschen aufgebaut werden muss. Nur dann ist genügend Halt vorhanden, um neue Herausforderungen anzunehmen und Erfahrungen über sich selbst sammeln zu können.

Die Exploration, das Erforschen des Selbst und der Umwelt bzw. des Selbst in und mit der Umwelt ist ein weiterer wichtiger Punkt für die Entwicklung des Selbstkonzeptes. Dabei werden Erfahrungen gesammelt und Erlebnisse gemacht, die Informationen über die eigenen Fähigkeiten liefern. Dabei werden einige Herausforderungen gelingen, andere wiederum eher nicht. Wie das Ge- oder Misslingen bewertet wird, hängt dann stark davon ab, ob die Ursache dafür verstanden wird oder nicht. Ein Misserfolg kann demnach darauf zurückgeführt werden, dass die eigene Anstrengung zu niedrig war oder dass er unvermeidbar war, weil die Begabung dafür nicht vorhanden ist. Antonovsky spricht hier von der Verstehbarkeit, die dazu führt, dass sich der Mensch nicht ausgeliefert fühlt, sondern dass er es selbst in der Hand hat, etwas zu bewegen (Antonovsky, 1997, S. 35). Zimmer nennt in diesem Zusammenhang die „Attributierung“ (Zimmer, 2012, S. 70). Dabei werden für Konsequenzen die aus Handlungen entstehen, Ursachen gesucht. Werden die Ursachen für Handlungskonsequenzen auf das Individuum selbst zurückgeführt, so entsteht bei diesem eine höhere Motivation, weitere Handlungen zu setzen. Es wird in weiterer Folge davon ausgegangen, den Ausgang der nächsten Handlungen beeinflussen zu können. Beispielsweise wird es dann nicht als Pech empfunden, dass die Schularbeit danebengegangen ist, sondern auf zu wenig Übung. Über die Verstehbarkeit der Konsequenzen einer Aktion heraus, über das Gefühl nicht hilflos ausgeliefert, sondern handlungsfähig zu sein, entwickelt sich die Handhabbarkeit (Antonovsky, 1997, S. 35).

Positive Erlebnisse und Erfahrungen über und mit sich selbst können durch einen hohen Grad an Selbstbestimmung und durch angepasste Angebote gesammelt werden. Angepasst in dem Sinne dessen, dass der Schwierigkeitsgrad selbst gewählt werden kann. Dadurch können die eigenen Fähigkeiten ausgetestet und die Ursache eines etwaigen Misserfolges durch das Ausprobieren des niedrigeren Schwierigkeitsgrades überprüft und ausgeforscht werden.

Um sich selbst ausprobieren zu können, sind Bezugspersonen und Räume wichtig. Räume im Sinne von ortsungebundenen Erlebnisbereichen. Werden diese Bereiche gemeinsam mit anderen erforscht, entstehen viele Vergleichsmomente, die für die Bewertung von

Fähigkeiten und Handlungen von Bedeutung sind. Der Vergleich mit anderen hat einen besonderen Stellenwert, da dadurch die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten um die Fremdeinschätzung erweitert wird. Dabei hat die wahrgenommene Fremdeinschätzung eine stärkere Auswirkung auf das Selbstkonzept, als die tatsächliche. Die tatsächliche, oder direkte Fremdeinschätzung entsteht durch konkrete Äußerungen von anderen. Die wahrgenommene Fremdeinschätzung entsteht durch die Einschätzung eines Menschen, wie er von anderen gesehen wird (Eggert et al., 2014, S. 39). In diesem Kontext ist es wichtig zu betonen, dass der Vergleich mit anderen, besonders bei Kindern und Jugendlichen, in der Entwicklung fest verankert ist. Dennoch ist der intraindividuelle Vergleich für das positive Selbstkonzept von größerer Bedeutung und daher besonders bei der Arbeit mit Gruppen stets neu zu betonen (Zimmer, 2012, S. 72).

Aus den angeführten Schlussfolgerungen für die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes, vor allem im Hinblick auf die Kinder- und Jugendrehabilitation, lassen sich drei Grundprinzipien ableiten:

1. Eine stabile, angenehme, positive Bindung zu einer Bezugsperson (der Psychomotorikerin, dem Psychomotoriker) ist Grundvoraussetzung.
2. Erfahrungen und Erlebnisse, die innerhalb der Förderung erlebt werden, müssen als selbstbestimmbar und handhabbar erlebt werden.
3. Die Gruppe selbst ist als Fördermöglichkeit zu sehen. Die Vergleiche die angestellt werden, sollten sich jedoch in erster Linie auf das Kind selbst beziehen.

Durch elementare Bedeutung des Selbstkonzeptes, die Arbeitsweise und das Menschenbild in der Psychomotorik, können diese drei Regeln in besonders positiver Weise verbunden werden. Gerade Bewegungsangebote bieten einen hohen Aufforderungscharakter, der dazu anregt, sich selbst in Bezug zur Umwelt auszuprobieren und neue Erlebnisse zu suchen oder an alte Erfahrungen anzuknüpfen. Durch die Rolle der Psychomotorikerin, des Psychomotorikers entsteht die nötige Bindung und das nötige Vertrauen, sich an die Herausforderungen des Raumes (im oben genannten Sinne) im eigenen Tempo und den eigenen Bedürfnissen entsprechend heranzutrauen. Durch die Arbeit in der psychomotorischen Gruppe entstehen soziale Kontakte, die über den Vergleich hinaus, Anregungen und Hilfestellungen bieten.

Das Selbstkonzept ist lebensspannenübergreifend von großer Bedeutung. Es ist demnach nicht einer Institution, wie dem Kindergarten, oder der Schule, als zu fördernd „umzuhängen“. Ein positives Selbstkonzept ist für jeden Menschen hilfreich um sein Leben positiv und freudvoll meistern zu können.

Dennoch ist die Thematisierung des Selbstkonzeptes in der Institution Kinderrehabilitation sinnvoll. Denn gerade nach dem Erleben eines Unfalles oder einer Krankheit kommt diesem eine hohe Bedeutung zu, wie in Kapitel 5.4.1. ausgeführt wurde.

Der nachfolgende praktische Teil der Arbeit widmet sich den direkt umsetzbaren Möglichkeiten der psychomotorischen Förderung innerhalb eines Kinder- und Jugendrehabilitationszentrums oder einer ähnlichen Institution.

6 Praxisteil: psychomotorisches Konzept zur Stärkung des Selbstkonzeptes in der Kinderrehabilitation

Das vorliegende Kapitel soll eine praktische Ideensammlung an psychomotorischen Fördereinheiten darstellen, welche sich direkt in der Kinder- und Jugendrehabilitation umsetzen lässt. Es handelt sich dabei um direkt umsetzbare Einheiten, deren Struktur und theoretische Rahmenbedingungen vorgelagert beschrieben werden. Inhaltlich orientieren sich die geplanten Einheiten an der Stärkung des Selbstkonzeptes, wobei nicht vergessen werden darf, dass die Bedürfnisse und Themen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen immer einen besonderen Platz in der Planung von psychomotorischen Einheiten einnehmen.

6.1 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen einer psychomotorischen Förderung, oder auch Setting genannt, unterliegen keinen allgemeingültigen Regeln, welche bei jeder psychomotorischen Fördereinheit bzw. in jeder anbietenden Institution gleichermaßen anwendbar sind. Sie sollen vielmehr einen Überblick über die Elemente, welche sich auf eine psychomotorische Förderung auswirken, schaffen (Eggert, 2008a, S. 126 & 127).

6.1.1 Raum

Der Raum im Sinne eines befestigten Geländes oder Gebäudes ist als grundlegende Rahmenbedingung anzusehen, da er den greifbaren Rahmen bildet, innerhalb dessen jegliche Handlung der Einheit stattfindet. Die Bedeutung entsteht durch die unmittelbare Auswirkung der Raumgestaltung auf das soziale Gefüge einer Gruppe (Unsere Kinder, 2005, S. 11). So ist es sinnvoll, sich zu Beginn einer Einheit dem Raum zu widmen und das Erkunden desselben zu ermöglichen. Hecker et al. (1960, S. 11) beginnen daher bei den psychomotorischen Übungsbehandlungen mit der Raumbesichtigung. Dabei wird den Kindern und Jugendlichen spielerisch ermöglicht, sich mit dem Raum vertraut zu machen, in dem sie sich befinden und gleichzeitig mit den Gruppenmitgliedern, mit welchen sie den Raum teilen. Die Größe des vorhandenen Raumes ist dabei lediglich im Hinblick auf die Anzahl der Teilnehmenden ausschlaggebend. Jene Anzahl kann stark variieren und wird im Kapitel 6.1.4. in Zusammenhang mit dem Gruppensetting näher beleuchtet.

Als Räumlichkeiten können daher sowohl kleinere Bewegungsräume als auch Sporthallen dienen. Es ist jedoch bei beiden Möglichkeiten die Raumeinteilung unter Berücksichtigung

der Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zu gestalten. Eine große Sporthalle beispielsweise kann durch ihre Weiträumigkeit auf jüngere Kinder bedrohlich wirken. Durch die Gestaltung von Höhlen und anderen Rückzugsräumen kann dem Bedürfnis nach Sicherheit auch in großen Hallen entsprochen werden. Zusätzlich bieten große Räumlichkeiten eine breite Palette an Bewegungsmöglichkeiten, wie weiträumige Kletter-, Schaukel-, Rollbewegungen (Zimmer, 2012, S. 144-146). Außenräume wie Flächen im Freien, Parks, Gärten, Wald- und Wiesenflächen können ebenfalls für die psychomotorische Förderung genutzt werden, unterliegen allerdings ebenfalls der Bedingung der Anpassung an die Bedürfnisse. Beispielsweise kann eine Waldlichtung mittels Warnbändern eingegrenzt werden um den Kindern und Jugendlichen die Grenzen des Spielraumes zu verdeutlichen. Hecker et al. (1960, S. 12) hingegen sahen die psychomotorische Übungsbehandlung eher im geschlossenen Raum, da sie in der freien Natur zu viel Ablenkung vom Wesentlichen sahen.

In Bezug auf die Kinder- und Jugendrehabilitation ist der zur Verfügung stehende Raum institutionsabhängig unterschiedlich. Gesetzlich sind jedoch Sport-, Spiel- und Freizeiträume baulich einzuplanen (Gyimesi et al., 2016, S. 83). Eine Räumlichkeit für psychomotorische Förderung ist daher auf jeden Fall innerhalb einer Kinder- und Jugendrehabilitationseinrichtung vorhanden.

6.1.2 Zeit

Die zeitlichen Rahmenbedingungen richten sich nach den Möglichkeiten, die in der entsprechenden Institution zur Verfügung stehen und nach dem Entwicklungsalter der Kinder und Jugendlichen. So kann eine Einheit nach einer dreiviertel Stunde bereits beendet werden, weil die Konzentration der Kinder nachlässt, oder aber es werden Einheiten von 1 ½ Stunden angeboten, da sich eine Jugendgruppe beispielsweise mit dem Aufbau von Geräten vertiefend auseinandersetzen möchte. Im rehabilitativen Bereich wird sich die Dauer nach den zeitlichen Ressourcen innerhalb des Therapieplanes richten, sofern die Förderung nicht als Freizeitangebot geplant ist. Wichtiger als die Dauer der Einheiten, ist deren Regelmäßigkeit und Häufigkeit. So kann eine psychomotorische Förderung ihre Wirksamkeit meist erst nach einigen Monaten entfalten, da Vertrauens- und Beziehungsaufbau wichtige Elemente der Arbeit sind (Zimmer, 2012, S. 148; Hecker et al., 1960, S. 12). In der Kinder- und Jugendrehabilitation ist dieser Zeitfaktor nur bedingt gegeben. Eine Rehabilitationsphase dauert meist zwischen zwei und drei Wochen und wird, bedarfsabhängig, zwei bis dreimal pro Jahr wiederholt (Kidschance, 2018, S. 7). Die alters- und krankheitsspezifische Entwicklung ist, speziell bei Kindern, mit einer angemessenen Zeit

zur Gewöhnung zu berücksichtigen und kann sich ebenfalls auf die Dauer und die Häufigkeit der angebotenen Fördereinheiten auswirken (Petermann & Warschburger, 1999, S. 36). In diesem Sinne kann eine ambulante, der Rehabilitation nachgelagerte, psychomotorische Förderung von Bedeutung sein (siehe Kapitel 4.5.). Daher kann der Beginn solcher Fördereinheiten während der Rehabilitation kombiniert mit der ambulanten Weiterführung eine Möglichkeit darstellen, Erlerntes zu stabilisieren und in den Alltag zu transferieren. Dies kommt dem organisatorischen Ablauf einer Kinder- und Jugendrehabilitation entgegen, da die Transferierung in den Alltag oft schon in den Therapieplan integriert wird. So ist das Ende der stationären Rehabilitation im Kids Chance Therapiekonzept des Radkersburger Hofes auf den Wochenbeginn gelegt, um unmittelbar in den Alltag überzugehen.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht den zeitlichen Ablauf der Rehabilitation in der Institution des Radkersburger Hofes (Kids Chance Radkersburger Hof Therapiekonzept, 2018, S. 9).

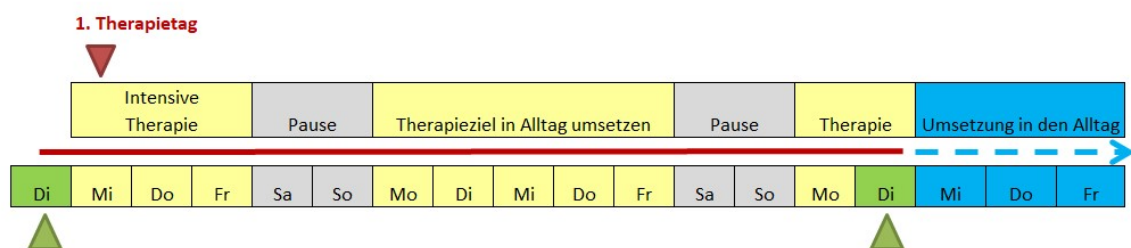


Abbildung 10: zeitliches Therapiekonzept Kids Chance (mod. n. Kids Chance Radkersburger Hof, 2018, S. 9⁷)

Daraus ist zu schließen, dass während der Therapiephasen maximal fünf psychomotorische Fördereinheiten zustande kommen könnten, wenn von einer Umsetzung zweimal pro Woche ausgegangen wird. Dies zeigt den möglichen Wert der Psychomotorik in der Fortführung als ambulantes Förderangebot.

6.1.3 Material

Eng mit den räumlichen Gegebenheiten verbunden, sind die Möglichkeiten des Materialeinsatzes. Die Auswahl desselben hat in der psychomotorischen Förderung großen Stellenwert. Dies ist unter anderem daran erkennbar, dass die Sachkompetenz zusammen mit Ich- und Sozialkompetenz zu den Grundkategorien zählt, in welche psychomotorische

⁷ Zugriff am 12. Jänner 2019 http://kids-chance.neuroreha.info/?page_id=156

Ziele eingeteilt werden können. Der Umgang mit unterschiedlichen Materialien ermöglicht vor allem Kindern, sich ein umfassendes eigenes Bild von den Gegenständen zu machen, die sie in ihrer Umwelt umgeben. Damit verbunden ist die Handlungsfähigkeit, die sie im spielerischen Ausprobieren der Materialien erweitern (Fischer, 2009, S. 24). Die sinnliche Wahrnehmung von Unterschieden, Kategorien und Zuordnungen wird durch den gezielten Einsatz von Material ebenfalls gefördert, indem beispielsweise Gegensätze wie heiß und kalt, schwer und leicht, hell und dunkel auf kreative Art selbstständig erforscht werden können. Im Jugendalter verändert sich die Intention des geplanten Materialeinsatzes. Die dingliche Umwelt dient mehr zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Können im Vergleich zu anderen. Wettbewerb und Leistung in beispielsweise Geschick, Reaktion und Koordination werden wichtiger (Hecker et al., 1960, S. 14). Die Anbindung einzelner infrastruktureller Bereiche der Erwachsenenrehabilitation, wie Kraftkammer oder Schwimmbecken, an die Kinder- und Jugendrehabilitation im Leuwaldhof im Bundesland Salzburg zeigt, dass dieser sportliche Zugang zu Bewegung im Jugendalter, nach wie vor aktuell ist (Fischmeister & Sperl, 2018, S. 232).

Daher sind in dieser Altersgruppe eher Geräte und Materialien zu wählen, die diesem Drang nachkommen, aber auch dazu auffordern, sich mit dem eigenen Körper auseinanderzusetzen. Durch die große Vielfalt kann eine vollständige Liste von psychomotorisch bedeutsamem Material hier nicht erstellt werden. Eine grobe Einteilung kann jedoch für die Praxis bereits hilfreich sein und enthält nach Zimmer (2012, S. 147) folgende Kategorien: Materialien und Geräte

- für Bau und Transport,
- für das Gleichgewichtsspiel,
- zum Klettern, Hängen und Springen,
- zum Fahren und Rollen.

Weiters führt Zimmer (2012, S. 146) Kombinationsgeräte an, welche mit Sprossenwänden, Seilen und Ähnlichem kombiniert werden können und Geräte, die das freie, individuelle Spiel der Kinder alleine, zu zweit und als Gruppe fördern. Doch auch Alltagsmaterialien haben in der Psychomotorik einen besonderen Stellenwert und kommen regelmäßig zum Einsatz. Sie fordern zum kindlichen Ausdruck in Form von Rollenspiel, Umdeutung und Zweckentfremdung auf (Eggert, 2008b, S. 246). Im Anhang ist eine Materialliste der Materialien zu finden, welche in den angeführten Stundenbildern eingeplant sind.

Der gezielten Auswahl und dem bewussten Einsatz von Material kommen in der psychomotorischen Förderung große Bedeutung zu. Wie bereits erwähnt, können Materialien speziell zur Förderung der sozialen Kompetenz innerhalb einer Gruppe ausgewählt und

eingesetzt werden. Dazu sind nähere Überlegungen und Planungen des Gruppensettings notwendig.

6.1.4 Gruppensetting

Die psychomotorische Förderung ist seit ihren Anfängen in der psychomotorischen Übungsbehandlung von Hecker et al. (1960, S. 11) als Gruppenförderung konzipiert. Die unweigerliche Auseinandersetzung mit anderen und die gemeinsamen Erlebnisse sind als Teil des Förderbereiches zu sehen. Durch die Arbeit in der Gruppe fühlt sich nicht ein einzelnes Kind vom Erwachsenen beobachtet, sondern es herrscht eine Gruppendynamik, die einen ungezwungenen Wechsel aus Konzentration auf sich selbst und Vergleich mit anderen ermöglicht. Eben jener Vergleich mit anderen ist in Bezug auf das Selbstkonzept eine wichtige Komponente, wie in Kapitel 5 ausgeführt wurde. Dazu gehört, dass die Spielregeln gemeinsam festgesetzt werden. Sie definieren den sozialen Rahmen, der durch die Gruppe laufend kontrolliert und eingefordert wird. Frustrationstoleranz und Kompromissbereitschaft sind Entwicklungsbereiche, welche in diesem Zusammenhang gefördert werden (Zimmer, 2012, S. 157). Beides fällt Kindern und Jugendlichen leichter, wenn sie selbst den Wunsch zur Teilnahme an der gemeinsamen Aktivität haben. Da die psychomotorische Förderung im Gruppensetting auf die Selbsttätigkeit und die selbstständige Handlungsfähigkeit der Teilnehmenden ausgerichtet ist, kann eben diese Freiwilligkeit entstehen und wachsen (Hecker et al., 1960, S. 11). In weiterer Folge können die erworbenen sozialen Kompetenzen innerhalb der kleineren psychomotorischen Gruppe in den Alltag transferiert werden, wo Kinder und Jugendliche wiederum einen Großteil ihres Tages in altersspezifischen Gruppen verbringen (Zimmer, 2012, S. 159). Hier besteht eine deutliche Verbindung zwischen der Denkweise in der psychomotorischen Förderung und der Kinder- und Jugendrehabilitation, in der wie bereits angesprochen, der Transfer des Erlernten von der Institution in den Alltag ein wichtiges Element ist. Und die sozialen Fähigkeiten, die innerhalb einer Gruppe geübt und erprobt werden können, stellen auch in der Rehabilitation einen entscheidenden Erfolgsfaktor dar. Die Gruppe selbst kann als eine Art Auffangnetz gesehen werden, das manchem Menschen hilft, sich etwas mehr zu trauen, als ohne dieses Netz. Antonovsky (1997, S. 158) spricht in diesem Zusammenhang von einem Gruppen-SOC (Gruppen-Sense of Coherence), der durch mehrere Individuen entsteht, welche einzeln betrachtet einen hohen SOC aufweisen. Zu betonen ist, dass es ausreicht, wenn mehrere Individuen diesen hohen SOC aufweisen, es kann der eine oder andere Mensch mit niedrigem Selbstwert in die Gruppe integriert sein. Dieser profitiert von dem Selbstvertrauen der Gruppe und traut sich selbst dadurch mehr zu. So

wird in Rehabilitationseinrichtungen für Kinder- und Jugendliche die Gruppe als Organisationseinheit ebenfalls als wichtig angesehen und zusätzlich zu diversen Einzeltherapien in Form von diagnostischen und therapeutischen Gruppeneinheiten umgesetzt (Kubik, 2010, S. 18). In diesem Zusammenhang ist die Familie als Gruppe zu erwähnen, welcher in einigen Einrichtungen für Kinder- und Jugendrehabilitation spezielle Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Da die Wichtigkeit der Gruppe als Fördermöglichkeit betont wurde, ist die Zusammensetzung derselben zu erwähnen. So ist in der psychomotorischen Förderung auf eine passende Abstimmung innerhalb der Entwicklungsniveaus und Altersstufen zu achten. Eine angemessene Durchmischung der Charaktere und gezeigten Verhaltensweisen sorgt für eine harmonische Gruppenkonstellation. Dadurch entsteht ein breites Spektrum an Herangehensweisen und Handlungssträngen, die zu gegenseitigem Lernen anregen können (Zimmer, 2012, S. 159). Innerhalb einer Rehabilitationseinrichtung kann sich die Gruppenzusammensetzung durch die Indikationsgruppen oder aber durch das Alter der Teilnehmenden ergeben (Petermann & Warschburger, 1999, S. 36). Auch die Größe der Gruppe kann sich durch diese Kategorien entscheiden. Wobei sich eine Anzahl an Teilnehmenden zwischen vier und zehn Personen als besonders praktikabel erwiesen hat (Hecker et al., 1960, S. 12; Kubik, 2010, S. 18; Zimmer, 2012, S. 160).

Durch die vorrangige Arbeit in der Gruppe entsteht ein vielfältiger Themenbereich, der von den Kindern und Jugendlichen eingebracht wird. Da sich die psychomotorische Arbeit an den Interessen und Themen der Teilnehmenden orientiert, ist dies ein Punkt, der sich in der Planung wiederfindet.

6.1.5 Themen und Inhalte

Die Orientierung an den Themen der Teilnehmenden ist elementar für die Planung und in weiterer Folge für den Aufbau eines Stundenbildes. Anfangs ist jedoch eine Unterscheidung zwischen den beiden Begriffen Thema und Inhalt notwendig. Die ausgewählten Spiele, Angebote, Aufgaben und Aufbauten stellen den Inhalt einer psychomotorischen Förderung dar. Die Inhalte werden mit Blick auf die Zielsetzung und Intention der vorbereiteten Stunden gewählt (Eggert & Reichenbach, 2004, S. 105). Es wird überlegt, welche Beobachtungssituationen zu einem größeren Überblick über das Kind beitragen. Liegt die Priorität bei dem Bereich der Selbstkompetenz, so werden dementsprechende Inhalte geplant und in ein Thema verpackt (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 117). Mit Thema ist hier jene Geschichte, Vorstellung, Fantasiewelt oder Ähnliches gemeint, in welche der Inhalt eingebettet ist. Die Themen sind demnach besonders stark von den Interessen der

Kinder abhängig (Quante, 2010, S. 29). So wird der Inhalt, ausgerichtet auf die Kompetenzen, Entwicklungsaufgaben und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen, getragen von dem Thema, das die Gruppe gerade besonders interessiert. Da in einer Gruppe ein gemeinsam gewähltes Thema selten alle Beteiligten gleichermaßen spannend finden, sind automatisch die sozialen Kompetenzen der Frustrationstoleranz und Kompromissbereitschaft gefordert, wobei darauf zu achten ist, dass immer Ausweich- und Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sind um Zwangssituationen zu vermeiden (Zimmer, 2012, S. 154). Hilfreich sind hier möglichst weitläufige Themengebiete, die viel Raum für Fantasie und unterschiedliche Rollenübernahmen bieten (Quante, 2010, S. 29). So kann als inhaltlicher Teil einer psychomotorischen Fördereinheit eine Langbank als Balancierelement eingeplant sein. Thematisch kann sie von der Gruppe beispielsweise als Brücke über einen Fluss, als Weg über einen Vulkan, als Seil für Seiltänzerinnen und Seiltänzer in einem Zirkus, und als Vieles mehr umgedeutet und bespielt werden. Gerade im Hinblick auf die Förderung des Selbstkonzeptes ist dieser spielerische Zugang, der Zugang über Geschichten, Märchen und Rollenspiele in besonderer Weise zu beachten. Dadurch entstehen Handlungsmöglichkeiten, in welchen sich das Kind auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichen Rollen ausprobieren kann. Es kann sich in sicherer Umgebung als stärker, schwächer, größer, kleiner, leichter, schwerer und vieles Weitere erfahren (Zimmer, 2012, S. 88). Märchen im Speziellen ermöglichen eine symbolische, spielerische Auseinandersetzung mit lebensnahen, tiefgreifenden Emotionen. Gleichzeitig bieten sie Orientierung und Klarheit, indem die Figuren eindeutig als gut oder böse identifiziert werden können (Hielscher & Volbracht, 2008, S. 19). In der Praxis könnten also inhaltliche Bewegungsaufgaben und –angebote gemeinsam mit der Gruppe in die Thematik eines Märchens eingebaut werden. So haben Hielscher und Volbracht (2008, S. 18) beispielsweise das Märchen Rapunzel mit Bewegungsstationen, wie dem Hochklettern an einem Seil als Rapunzels Zopf oder der Walddurchquerung mit Augenbinde als blinder König, verknüpft. Durch die Identifikation mit den Protagonisten des Märchens können selbstbezogene Erfahrungen angstfrei erlebt werden. Erfahrungen, die in weiterer Folge intra- und interindividuell verglichen werden können, wobei die psychomotorische Fachkraft eher die intraindividuellen Veränderungen hervorheben wird (Zimmer, 2012, S. 72). In Bezug auf die psychomotorische Förderung innerhalb oder in Zusammenhang mit einer Kinder- und Jugendrehabilitation ist das Thema der Angst- und Krankheitsbewältigung speziell zu erwähnen, da diese oftmals zusätzlich zur medizinischen Komponente thematisiert werden müssen bzw. diese von den Betroffenen teilweise als schwerwiegender empfunden werden (Petermann & Warschburger, 1999, S. 18). Die psychologisch bedeutungsvolle Thematik von Märchen und Geschichten kommt dieser Problematik besonders entgegen und kann bei verschiedenen Altersgruppen Anwendung finden (Hielscher & Volbracht, 2008,

S. 19). So können durch unterschiedliche Rollenidentifikationen Ängste bespielt und zum Ausdruck gebracht werden, wodurch eine positive Krankheitsbewältigung gefördert werden kann. Da eine Krankheit oder ein folgenreicher Unfall eines Kindes immer auch dessen Familie betrifft, ist die Krankheitsbewältigung ein familienübergreifendes Thema (Fischmeister & Sperl, 2018, S. 233). Dieses könnte in Form von Familiengruppen ebenfalls psychomotorisch bearbeitet werden, indem gemeinsame positive Erlebnisse von Eltern, Geschwistern und dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen geschaffen werden. Hier ist zu erwähnen, dass sich die angebotenen Erlebnisse auch am Alter der Teilnehmenden orientieren müssen. So wird bei Jugendlichen der Wettkampf- und Leistungsgedanke thematisch eher als das Spiel im Vordergrund stehen (Hecker et al., 1960, S. 14). Darüber hinaus können Eltern ihre Kinder als selbstständig und kompetent im Umgang mit sich selbst erfahren und erleben sich als Partner und Partnerin in Bezug auf die Selbstkonzeptbildung ihres Kindes (Irmeler, 2015, S. 8).

In einem solchen familienbezogenen Setting entstehen wertvolle Beobachtungssituationen, welche wiederum im interdisziplinären Austausch von Bedeutung sein können. Umgekehrt besteht die Möglichkeit in einer psychomotorischen Fördereinheit bestimmte Handlungssituationen zu schaffen, deren Beschreibung in die rehabilitative Diagnostik einfließen kann. Dies kann beispielsweise mittels eines diagnostischen Inventars erfolgen, bei dem das Selbstkonzept in den Fokus der Beobachtung rücken kann (Eggert et al., 2014, S. 121).

Alle Erfahrungen und Erlebnisse, für die in der psychomotorischen Förderung Raum geschaffen wird, finden auf dem Fundament der psychomotorischen Grundhaltung statt.

6.1.6 Grundhaltung

Die Grundprinzipien der psychomotorischen Arbeitsweise und Wissenschaft wurden bereits in Kapitel 4 dargelegt, daher soll an dieser Stelle die psychomotorische Grundhaltung in Bezug auf die praktische Förderung eines positiven Selbstkonzeptes näher betrachtet werden.

Auf der Basis eines ganzheitlichen Menschenbildes, das den Menschen als bio-psycho-geistig-soziale Einheit betrachtet, wird eine vertrauensvollen Umgebung, die seitens der Fachkräfte durch Humor und eine positive Einstellung geprägt ist, geschaffen.

In dieser Umgebung ist der Dialog die bestimmende Komponente. Er ermöglicht es, gemeinsame Regeln und Grenzen festzusetzen, wobei die Betonung hier auf gemeinsam liegt. Die Teilnehmenden werden bei der Festlegung der gemeinsamen Spielregeln mit

einbezogen. So erfahren sich die Kinder und Jugendlichen als selbstbestimmte Menschen, deren Meinungen respektiert und angenommen werden. Gleiches gilt für die Planung der Angebote selbst. Die Interessen und Wünsche der Kinder und Jugendlichen werden in diese integriert und in weiterer Folge gemeinsam mit ihnen zur Umsetzung gebracht, wobei sie sich als handelnde Menschen erleben können. Handelnd im Sinne der praktischen Umsetzung einer Idee, aber auch in Form der Entscheidung über die Teilnahme selbst. Dies erfordert eine hohe Flexibilität der Fachkräfte (Zimmer, 2012, S. 21-22 & S. 140-142). Im Zuge ihrer eigenständigen Handlungen und Aktivitäten erhalten die Kinder und Jugendlichen durch die kommunikative Grundhaltung regelmäßige Informationen über sich selbst. Dies geschieht in Form von eigener Wahrnehmung, sprachlicher Rückmeldung oder im Vergleich mit anderen, wobei von den Fachkräften die Information über individuelle Entwicklung dem interindividuellen Vergleich vorgezogen werden sollte. Hierdurch und durch die eigenen unterschiedlichen selbstbestimmten Erlebnisse erfahren die Teilnehmenden ihre eigenen Stärken und Kompetenzen in unmittelbarer Weise. Durch eine feinfühligke Gruppenleitung werden diese Stärken in der Gruppe sichtbar und als Ressource für alle erfahrbar gemacht (Quante, 2010, S. 28-29). Werden zur Gruppe Eltern und Geschwister eingeladen, oder werden spezielle Familiengruppen geführt, können Eltern und Geschwister die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen als kompetente selbstbestimmte Menschen erleben und es entsteht ein weiteres Dialogfeld über die psychomotorische Förderung (Zimmer, 2012, S. 176). Doch die dialogische Kommunikation endet nicht an der Türe des Bewegungsraumes. Auch mit Fachkräften anderer Disziplinen, Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Institutionen und Kolleginnen und Kollegen ist ein Austausch wichtig, um ein möglichst ganzheitliches Bild von den Teilnehmenden zu erhalten und weitergeben zu können. So ist eine offene Haltung in Bezug auf Weiterentwicklung und Veränderung ebenfalls zur Grundhaltung in der psychomotorischen Förderung zu zählen (Kuhlenkamp, 2017, S. 161 & S. 609).

Dieses ganzheitliche Bild liegt jeder Fördereinheit zugrunde und basiert auf dem Grundgedanken, dass ein Mensch nicht entwickelt wird, sondern sich selbst entwickelt (Eggert, & Reichenbach, 2004, S. 103).

Zusammenfassend können folgende Werte der Grundhaltung in Bezug auf die praktische psychomotorische Förderung des Selbstkonzeptes festgehalten werden:

- ganzheitliches Menschenbild, das den Menschen als bio-psycho-geistig-soziale Einheit definiert
- Dialog statt Hierarchie
- Selbstbestimmtes Handeln als Grundaktivität
- Flexibilität als Voraussetzung für Fachkräfte

- Raum für eigene Wahrnehmung mit allen Sinnen
- Orientierung an Stärken und Kompetenzen
- Austausch und Offenheit als Arbeitsgrundlage
- Der Mensch entwickelt sich selbst und kann dabei gefördert werden

6.2 Ablauf

Auf der Basis der soeben beschriebenen Grundhaltung findet die psychomotorische Förderung als Prozess statt. Dieser Prozess beinhaltet gezielte Vorüberlegungen zu Gruppenzusammensetzung, Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmenden, Anforderungen von außen, Intentionen der Gruppenleitung und Einsatz- und Fördermöglichkeiten von Geräten, Materialien und Spielen. Diese Überlegungen finden auf ökosystemischer Basis statt und beziehen daher die unterschiedlichen Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen mit ein (Fischer, 2009, S. 164).

In Bezug auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind Informationen des Reha-Teams ebenfalls in den Vorüberlegungen zu berücksichtigen, da alle Interventionen während der Rehabilitation koordiniert werden müssen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 43).

Sie finden in der Planung ihren Platz und in den weiteren Phasen des Prozesses ihre Anwendung. Nachdem jedoch die Orientierung an den Interessen, Themen und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen, wie oben beschrieben, der Förderung zugrunde liegen, ist mit der nötigen Flexibilität und Offenheit von der Planung soweit abzuweichen, dass dem entsprochen werden kann (Haas, Golmert & Kühn, 2014, S. 35-36). Dies geschieht innerhalb eines didaktischen Rahmens, der unter anderem durch die verschiedenen Phasen der Einheit gegeben wird. Die Beobachtungen und geäußerten Wünsche, Ideen und Interessen der Teilnehmenden, werden nach der Einheit reflektiert und fließen in weiterer Folge in die nächste Planung mit ein, wodurch der prozessorientierte Förderkreis weitergeführt wird. Die psychomotorische Förderdiagnostik kann in diesen Prozess mit einfließen (Eggert, 2007, S. 68-70). Die folgende Abbildung stellt den Prozess inklusive förderdiagnostischer Elemente dar.

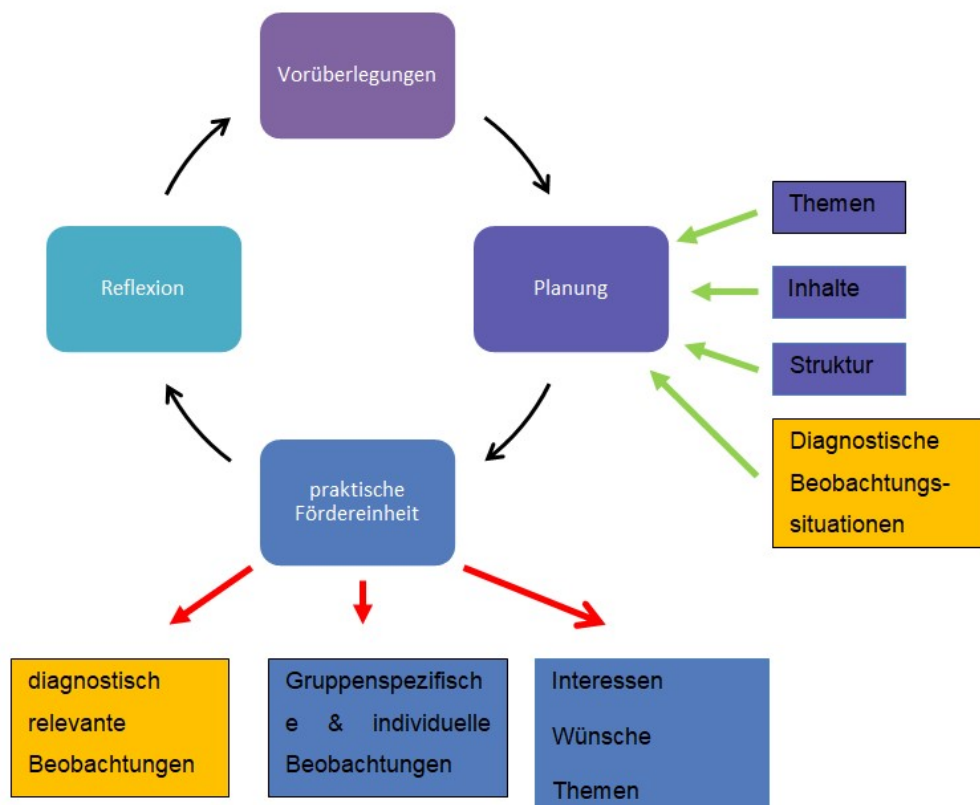


Abbildung 11: prozessorientierter Förderkreis (mod. n. Kuhlenkamp, 2017, S. 115-153).

Die grafische Darstellung zeigt, dass im Grundprozess der psychomotorischen Förderung unterschiedliche Aspekte in die Bereiche der Vorüberlegungen und Planung einfließen. Aus der praktischen Fördereinheit können wiederum neue Informationen entnommen werden. Diese können zusammen mit dem eigenen Empfinden und Verhalten reflektiert werden und münden wieder in die Vorüberlegungen der nächsten Einheit. Die Diagnostik bildet in diesem Prozess keine eigene, abgespaltene Einheit, sondern fließt in den gesamten Förderprozess mit ein.

Mit der praktischen Umsetzung des Prozesses in Form von Planung, Strukturierung der Einheit und Reflexion beschäftigen sich die nächsten Teilkapitel näher.

6.2.1 Planung

Ausgehend von Vorüberlegungen, die jeweiligen Förderbereiche, die Gruppenanforderungen und die Rahmenbedingungen betreffend, werden in der Planung einzelne Inhalte in ein Thema eingeflochten und in strukturierter Form zu Papier gebracht. In dieser Struk-

tur sind nicht nur die unterschiedlichen Phasen der Fördereinheit, sondern auch die Überlegungen zu Raum, Zeit und Material enthalten.

Zu den räumlichen Details in der Planung zählen Informationen wie der gemeinsame Treffpunkt im Bewegungsraum, wo und wie die Geräte aufgebaut werden und ob genügend Platz für raumgreifende Bewegungsangebote vorhanden ist (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 97). Die Zeit betreffend ist zu überlegen wieviel Zeit insgesamt für die Einheit veranschlagt werden kann. Dies hängt unter anderem davon ab, innerhalb welcher institutionellen Struktur die Einheiten stattfinden. Doch unabhängig von der Gesamtzeit ist die zeitliche Einteilung je Phase zu bedenken. Dazu gehört beispielsweise, dass die Fachkraft für sich persönlich Zeit vor der Ankunft der Kinder am Ort der Fördereinheit einplant, um die Kinder und deren Begleitpersonen begrüßen zu können (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 81 & 87). Die Materialüberlegungen hängen eng mit der Auswahl der Inhalte zusammen. So eignen sich beispielsweise unterschiedlich schwere Materialien, die transportiert, sortiert und auf verschiedene Weise bewegt werden können, für die Förderung und damit zur Beobachtung der kinästhetischen Wahrnehmung (Zimmer, 2005, S. 125). Auf die inhaltlichen und thematischen Teile der Planung wurde in Kapitel 6.1.5. bereits näher eingegangen. Hier wird definiert, welche möglichen Beobachtungssituationen entstehen sollen bzw. können, auch in Zusammenhang mit eventuellen Beobachtungswünschen anderer Fachdisziplinen.

Themen und Interessen, welche von den Kindern geäußert oder durch Beobachtung erkannt wurden, finden sich ebenfalls in diesen Teilen der Planung wieder. Ob ein Thema vom Fachpersonal vorgegeben, oder von der Gruppe bestimmt wird, hängt wiederum von unterschiedlichen Intentionen ab. So kann eine dauerhafte Wiederholung eines Themas einen Teil der Gruppe langweilen und durch ein vordefiniertes Thema der Fachkraft ein neuer Impuls gesetzt werden. Die Einführung neuer Materialien kann ebenfalls ein Argument sein um ein Thema vorzugeben (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 119).

In welcher Form die Planung einer psychomotorischen Fördereinheit geschrieben wird, kann durch Vorgaben einer Institution geregelt sein. Aus der psychomotorischen Theorie heraus gibt es dazu keine Richtlinien. Passolt und Pinter-Theiss (2013, S. 78-80) haben jedoch aus den Phasen, die sich in der psychomotorischen Praxis als sinnvoll erwiesen haben, ein Planungskonzept entwickelt. Die nachfolgende Abbildung verbildlicht die einzelnen Phasen, welche in den nächsten Teilkapiteln näher beschrieben werden.

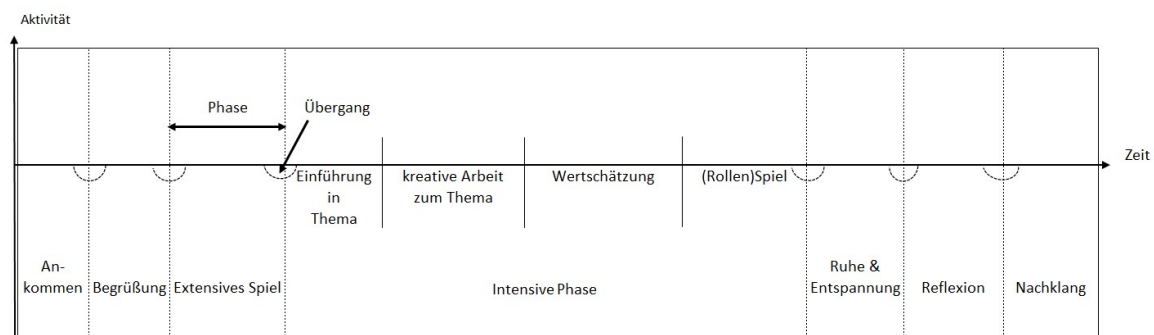


Abbildung 12: Stundenentwicklung im Prozess (mod. n. Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 80).

6.2.2 Einstimmung

In der Phase der Einstimmung findet ein Übergang von den Themen des Alltags zur psychomotorischen Einheit statt. Die Kinder und Jugendlichen sollen die Möglichkeit erhalten, in ihrer Gesamtheit präsent zu sein und sich ganz auf die kommende Zeit in der Gruppe einlassen zu können (Krus, 2015a, S. 61).

Dazu gehört bereits das Ankommen und Umziehen vor der Einheit und in weiterer Folge die Begrüßung zur Einheit. Die Begrüßung kann auf verschiedene Arten stattfinden, wie beispielsweise in bewegter Form durch verschiedene Begrüßungshandlungen oder – spiele oder einen Begrüßungskreis. Hecker et al. (1960, S. 11-12) empfehlen als Einstimmung eher ruhige Formen der Bewegung zu wählen und diese mit unterschiedlichen Wahrnehmungen zu verbinden. Auch das gegenseitige Kennenlernen und Wahrnehmungserfahrungen von Raum und Material werden als Beginn der Übungsbehandlung angeführt.

Als fixes Ritual gehalten, kann die Begrüßung Halt geben und als Grundstruktur einen Rahmen darstellen, der zur Orientierung dient. Sie ermöglicht ein bewusstes gegenseitiges Wahrnehmen der Gruppenmitglieder und für die Fachkraft ein erstes Aufnehmen der Befindlichkeiten der Gruppe (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 85 & 93). Obwohl in der oben angeführten Abbildung der intensiven Phase zugeordnet, kann in der Einstimmungsphase bereits in das Thema eingestiegen und mit dem extensiven Spiel verbunden werden. Dadurch kann thematisch ein Übergang von der Einstimmungsphase zum Hauptteil bzw. der intensiven Phase geschaffen werden. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass in diesem Zeitabschnitt für die Teilnehmenden die Möglichkeit besteht, ihrem Bewegungsdrang nachzugehen oder aber ihre Bewegungsmotivation zu fördern. Es empfehlen sich daher hier Bewegungsspiele, die für jedes Gruppenmitglied freudvolles Erleben und wenig Herausforderung darstellen (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 105). Herausforde-

rungen, die entsprechenden Erfolgserlebnisse und die intensive thematische Auseinandersetzung sind im Hauptteil anzusiedeln.

6.2.3 Hauptteil

Der Hauptteil, der Abbildung nach die intensive Phase, ist jene Phase der Planung, in welcher die Interessen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen mit den gewünschten oder geforderten Beobachtungs- und Fördersituationen kombiniert werden. Dadurch werden das offene Bespielen und Bearbeiten der inneren Themen ermöglicht. Diese kann körperlich, psychisch oder das Thema der Einheit betreffend ausgelebt werden. Dies findet anfangs durch oftmaliges Wiederholen von einzelnen Bewegungen und Bewegungshandlungen statt, welche in weiterer Folge verändert oder neu definiert werden. Letztendlich entstehen ganz neue Bewegungsideen und deren Kombinationen (Hecker et al., 1960, S. 11). In dieser Phase ist Platz und Zeit für diese Selbsttätigkeit und eigene Ideenumsetzung. Es findet eine spielerische Auseinandersetzung mit sich, der Gruppe und der Fachkraft statt (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 123). Das Rollenspiel ist dabei elementar und wird, vorrangig von den Kindern, als Ausdrucksform in die Thematik eingebunden. Es ist davon auszugehen, dass die angebotenen Materialien zur Verwendung innerhalb eigener, kreativer Rollenspiele umgedeutet werden und dadurch neue Zusammenhänge und in weiterer Folge neue Themen für weitere Planungen zu beobachten sind.

Über die gesamte Fördereinheit hinweg ist die Wertschätzung als Grundhaltung zu sehen. Passolt und Pinter-Theiss (2013, S. 133) räumen ihr als eigene Phase innerhalb des Hauptteils Platz ein, in dem die entstandenen Ideen gezeigt und gegenseitig kommentiert werden. Diese Vergleiche finden jedoch innerhalb der Gruppe auch während des Aufbaus statt und können daher über die gesamte Einheit hinweg beobachtet werden. Mit Bezug auf die Förderung eines positiven Selbstkonzeptes sind die individuellen Bezugsnormen eher hervorzuheben. Aus Sicht der Fachkraft bedeutet das, den Kindern und Jugendlichen Erlebnisse bewusst zu machen, die eventuell vor einiger Zeit noch nicht möglich waren (Zimmer, 2012, S. 72). Das kann in der Abschlussphase als Gespräch stattfinden, welche dem Hauptteil nachfolgt.

6.2.4 Abschluss

Die Abwechslung von An- und Entspannung, von Aktivität und Ruhe entspricht dem menschlichen Wesen und ist daher in jeder Fördereinheit zu beachten (Stummer, 2011, S. 36). Wie in der Einstimmung findet in der Abschlussphase ebenfalls ein Übergang statt, jedoch in die entgegengesetzte Richtung. Die Teilnehmenden erfahren in dieser Phase eine Überleitung von den Themen und Inhalten innerhalb der psychomotorischen Fördereinheit zu ihrem alltäglichen Leben (Krus, 2015a, S. 61).

Dazu kann gehören, die gestalteten und entstandenen Aufbauten abzubauen und wegzuräumen, sofern diese nicht für die nächste Einheit derselben Gruppe aufgebaut bleiben.

Intensives Spüren und Wahrnehmen des eigenen Körpers ist ebenso Teil dieser Phase wie die Möglichkeit, das Erlebte Revue passieren zu lassen und eventuell zu erzählen. Dabei können die Psychomotorikerin und der Psychomotoriker die aktuelle Befindlichkeit der Gruppe wieder wahrnehmen und Anregungen und eventuell neu entstandene Themen für die nächste Einheit aufnehmen. Ist dies in ein Abschlussritual eingebunden, so ist, wie zu Beginn der Einheit, ein Rahmen spürbar, der den Teilnehmenden Halt geben kann. Abschließend werden die Kinder und Jugendlichen in begleiteter Form an ihre Bezugspersonen übergeben. (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 155 - 171).

6.2.5 Reflexion

Nach der gehaltenen Einheit findet eine Phase der Reflexion der Fachkräfte selbst statt. Dabei können die Überlegungen in zwei Bereiche unterteilt werden. Einerseits die Bereiche, welche sich auf die Teilnehmenden konzentrieren:

- Themen
- Inhalte
- Interessen
- Bedürfnisse
- Entwicklungen

Und die persönlichen Bereiche der Fachkräfte andererseits:

- eigenes Befinden während der Einheit
- Hinterfragen der zeitlichen und räumlichen Struktur
- Beziehungsgestaltung
- Überblick über die Gruppe in Wechselwirkung mit individueller Förderung

Findet die Reflexion im Team statt, kann eine breitere Sicht auf die verschiedenen Elemente geworfen werden. Sie dient dazu, die nächste Einheit noch besser an die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen anpassen zu können und ein harmonisches Verhältnis zwischen persönlichen Möglichkeiten und Anforderungen zu schaffen. Diese Überlegungen fließen letztendlich wieder in die Vorüberlegungen und Planung der nächsten Einheit ein, wie dies in der Abbildung des prozessorientierten Förderkreises aus dem Kapitel 6.2. zu sehen ist (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 173-175).

An den beschriebenen Phasen orientieren sich die im folgenden Teilkapitel geplanten Stundenbilder zur psychomotorischen Förderung des Selbstkonzeptes.

6.3 Stundenbilder

Die folgenden Stundenbilder sollen als konzeptuelle Anregung für psychomotorische Förderung des Selbstkonzeptes in Verbindung mit einer Kinder- und Jugendrehabilitation dienen. Die Beobachtungssituationen der Einheiten sind in die vier, auf das Selbstkonzept bezogene Kategorien, Körperkonzept, Fähigkeitskonzept, Selbsteinschätzung und Selbstbild/Selbstbewertung, unterteilt. Diese Einteilung ist angelehnt am Selbstkonzept Inventar (SKI) von Eggert et al. (2014, S. 149-50). Da zwischen den Bereichen des Selbstkonzeptes Überschneidungen bestehen, können die Situationen oft zur Beobachtung von mehreren selbstkonzeptbezogenen Informationen herangezogen werden. Eine weitere Untergliederung findet durch die Altersabstufung statt, da je eine Einheit für jüngere und eine für ältere Kinder geplant ist.

Die ausgewählten Einheiten ermöglichen durch diese Strukturierung einen ersten Überblick über das Selbstkonzept der Teilnehmenden und können gleichzeitig als diagnostische Fördereinheit angewendet werden. Sie bieten dadurch Möglichkeiten zur Informationsgewinnung für die Fachkräfte und selbstkonzeptuelle Erfahrungen für die Kinder und Jugendlichen gleichermaßen.

Zusätzlich ist ein Stundenbild für Fördereinheiten in Familiengruppen angeführt um der Bedeutung der Familienorientierung in der Kinder- und Jugendrehabilitation Rechnung zu tragen.

Die angeführten Stundenbilder unterliegen der, im vorherigen Kapitel beschriebenen Strukturierung und basieren auf der angeführten Grundhaltung psychomotorischer Förderung. Sie sind für einen Zeitraum von 50 Minuten geplant.

PSYCHOMOTORISCHE FÖRDEREINHEIT in der Kinder- und Jugendrehabilitation

50 Minuten, Altersgruppe: 2 – 6 Jahre

Thema: Durch den Dschungel

Einstimmungsphase (10 Minuten)

Ritual:

einladender Kreis im Raum mit Kerze, Tüchern, Sitzpölstern rundherum; großes Bild (evtl. Wimmelbild) vom Dschungel, großes Maßband liegt in der Nähe;

Energiemessung - Jedes Kind darf zu Beginn der Einheit beim Maßband seinen „Energiestand“ zeigen um selbst einschätzen zu lernen, ob es gerade viel Energie hat, oder eher wenig;

Beobachtungsmöglichkeit → Körperkonzept: Wie sitzen die Kinder? (Fersensitz, Langsitz, Schneidersitz)

Ausdauerpiel: „Zauberbox“ – Laufen im Raum zu Musik (z.B.: Djingalla1 – Ensemble Rossi), bei Musikstopp werden alle Kinder in eine imaginäre Box gezaubert (Hocke) und kommen als etwas anderes (Ideen der Kinder) heraus (Tiere, etc.); bei Fortführung der Musik wird weitergelaufen (gehüpft, etc.)

Beobachtungsmöglichkeit → Körperkonzept: Hockposition

Einstieg ins Thema:

„Heute machen wir eine Erkundungstour durch den Dschungel.“

Dschungelgesetze:

- jedes Tier passt auf sich selbst UND die anderen Tiere auf
- schubsen und drängen ist im Dschungel zu gefährlich
- Raum für Regeln der Kinder

Körperkonzept - Verharren in verschiedenen Körperhaltungen

Ein Vogel fliegt besonders tief – in geduckter Haltung verharren

Eine Schlange will bei uns vorbei, wir lassen sie durch – Grätschstand (hier können die Kinder abwechselnd eine Schlange spielen und auf dem Bauch durch die Beine eines anderen Kindes kriechen)

Unter uns knarrt das Holz – Auf Zehenspitzen stehen bleiben

Ein gefährliches Tier kommt uns entgegen – Stillstand (mit geschlossenen Beinen, auf einem Bein)

Beobachtungsmöglichkeiten → Körperkonzept - Welche Haltungen kann das Kind? Wie sind diese ausgeführt?

Hauptteil (25 Minuten)

Raumerkundung:

„Wir haben nun erste Erfahrungen im Dschungel gesammelt und trauen uns jetzt schon, zu schauen, was wir im Dschungel alles machen können.“

Gemeinsame Erkundung der Aufbauten und des Materials. Evtl. aneinander an den Händen haltend;

Beobachtungsmöglichkeit → Selbsteinschätzungen der Kinder bezüglich der Stationen

Dschungelgelände - Körperkonzept (Körperausdehnung) / Fähigkeitskonzept / Selbsteinschätzung

Unterschiedliche Materialien werden zusammen mit einigen Aufbauten vorbereitet und den Kindern zur Gestaltung ihres Dschungelgeländes angeboten.

Eine Ruheinsel in einer Ecke des Raumes (evtl. mit dem Dschungelbild) bietet den Kindern die Möglichkeit, sich Ruhe zu holen, wenn sie es brauchen. Diese kann als Dschungelhöhle mit zwei kleinen Kästen, einer Matte am Boden und einer Matte dazwischen aufgebaut sein.

Zur Verfügung gestellte Materialien: Langbank, Seil, Tunnel, Wesco-Steine, diverse Maten, Seile, Sandsäckchen, Liste wird durch Ideen der Kinder erweitert;

Tabelle 1: Aufbauten zur Beobachtung des Körperkonzeptes

Geschichte	Aufbau	Alternativen	Beobachtungssituation
Über den Wassergraben	Von einer Langbank mit einem Seil (Liane) über einen gesicherten Spalt auf eine Matte schwingen	Ein Wescobaustein kann als „Stein“ ins Wasser gelegt werden; das Wasser kann „durchschwommen“ werden; etc.	<u>Körperkonzept</u> Erkennt das Kind, ob es das Seil von der Bank aus erreichen kann, oder ob es einen „Stein“ im Wasser braucht um hinzugehen? Traut sich das Kind die Station zu?
Affenschaukel	Schaukelschwengel mit angehängten Reifen oder Kooperationstuch als Schaukel aufgehängt	Riesenkreisel	<u>Selbstbild/Selbsteinschätzung</u> Hat das Kind eigene Ideen in und mit dem Element oder achtet es besonders auf die anderen Kinder?
Auf den Baum und wieder runter	Kasten und dicke Fallschutzmatte	Kästen in unterschiedlichen Höhen	<u>Fähigkeitskonzept</u> Welche Höhe wird beim ersten Mal gewählt? Wird diese beibehalten? Springt das Kind von dieser Höhe hinunter oder wird die Höhe gewechselt?

Quelle: Beobachtungssituationen nach Eggert, Reichenbach & Bode, 2014

Bei allen Aufbauten sind die Alternativen der Kinder mit einzubeziehen und anzunehmen. Die ausgewählten Fragestellungen der Beobachtungssituationen sind als Vorschläge zu werten, daher wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Abschlussphase (15 Minuten)

Ausklang:

Eine ruhige Musik kennzeichnet das Ende der Spielphase ein.

„Im Dschungel wird es Nacht und die Dschungeltiere suchen sich einen schönen Platz im Dschungel aus um sich auszuruhen. Wie wir, waschen sich auch die Dschungeltiere vor dem Schlafengehen noch gründlich.“

Jeder Körperteil wird einzeln genannt und mit der Hand abgerieben.

→ Beobachtungssituation: Körperkonzept (Körperwissen) Kennen die Kinder die Körperteile? Kennen die Kinder die Grenzen der Körperteile?

Aufräumen:

Alle gemeinsam räumen den Raum soweit auf, wie sie ihn vorgefunden haben.

Abschlussritual:

Sitzkreis um das Dschungelbild; Jedes Kind kann sein Abenteuer erzählen; welche Situationen herausfordernd oder einfach waren.

PSYCHOMOTORISCHE FÖRDEREINHEIT in der Kinder- und Jugendrehabilitation

50 Minuten, Altersgruppe: 8 – 12 Jahre

Thema: Die Roboter sind los

Einstimmungsphase (10 Minuten)

Ritual:

gemeinsamer Sitzkreis; jedes Kind zeigt sein Befinden mittels Gefühlsuhr (siehe Anhang); Möglichkeit zum Besprechen der aktuellen Gefühle;

Beobachtungsmöglichkeit → Selbsteinschätzung/Selbstbild – Kann das Kind seine Gefühle wahrnehmen und ausdrücken?

Ausdauerspiel:

Magnetische Körperteile (Eggert et al., 2014, S. 267) – freies Laufen im Raum zu Musik, bei Musikstopp werden die magnetischen Teile genannt (ein Teil ist am Körper der Kinder, der andere im Raum), diese Teile „kleben“ dann aneinander bis die Musik weitergeht;

Beobachtungsmöglichkeit → Körperkonzept – Können die Körperteile gleich zugeordnet und bewegt werden? Wie sehen die Lösungen aus, um tatsächlich nur dieses Körperteil zum anderen magnetischen Teil zu bringen?

Einstieg ins Thema:

Rätsel über Roboter (siehe Anhang) – kurze Besprechung, was sich die Kinder darunter vorstellen.

Beobachtungsmöglichkeit → Selbsteinschätzung/Selbstbild – Traut sich das Kind etwas sagen? Hat es eigene Vorstellungen und kann es diese ausdrücken?

Hauptteil (25 Minuten)

Raumerkundung:

Partnerübung „ein Roboter sein“ – ein Kind ist der Roboter, das andere der Bediener oder die Bedienerin, diese führen den Roboter durch den Raum, die Führung kann durch Richtungsdeutung, Berührung eines Körperteiles oder sprachlich stattfinden, das machen sich die Partnerinnen und Partner vorher aus; Aufgabe der Bedienerinnen und Bediener: die Roboter dürfen nicht gegeneinander oder gegen Raumelemente stoßen;

Beobachtungsmöglichkeit → Fähigkeitskonzept - Welche Rolle übernimmt das Kind zuerst? Wie sieht die „Steuerung“ aus? Wie sehen die Berührungen aus?

Roboterwerkstatt – Fähigkeitskonzept / Körperkonzept / Selbsteinschätzung

Vielfältiges Material wird zur Verfügung gestellt und den Kindern im freien Bewegungsspiel der Raum gegeben, eigene „Roboter“ zu bauen.

Eine Ruheinsel in einer Ecke des Raumes (evtl. mit dem Heft Geolino Extra Nr. 52 „Roboter“) bietet den Kindern die Möglichkeit, sich Ruhe zu holen, wenn sie es brauchen.

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbsteinschätzung/Selbstbild & Fähigkeitskonzept Wie geht das Kind an die Aufgabe heran? Traut es sich diese zu? Entwickelt es eigene Ideen oder sieht es bei anderen zu? Holt sich das Kind Hilfe?

Zur Verfügung gestellte Materialien: Kartons, Wesco-Steine, Rollbretter, diverse Matten, Seile, mind. ein aufhängbares Schaukelement, Liste wird durch Ideen der Kinder erweitert;

Abschlussphase (15 Minuten)

Ausklang:

Roboter-Reinigungs-Station (angelehnt an Zimmer, 2012, S. 241) - ein Tunnel wird oder ist aufgebaut, an dessen Ende die Fachkraft die „Reinigung“ anbietet; jedes Kind darf mit einem Rollbrett durch den Tunnel zur Station fahren und sich ein Waschprogramm aussuchen (Spar-, Normal-, Superprogramm), je nach Programmwahl dauert die Reinigung kurz, mittel oder länger; Die Reinigung kann mit Bürsten, Tennisbällen, Igelbällen oder anderen massagetauglichen Materialien durchgeführt werden;

Aufräumen:

Alle gemeinsam räumen den Raum soweit auf, wie sie ihn vorgefunden haben.

Abschlussritual:

gemeinsamer Sitzkreis in dem die Kinder erzählen können, was ihnen gefallen hat und was eher nicht und was wir für die nächste Einheit planen können;

Beobachtungssituationen → Körperkonzept – Kann das Kind einschätzen und ausdrücken, welches „Programm“ es möchte? Kann es sein Befinden, seine Wünsche ausdrücken?

PSYCHOMOTORISCHE FÖRDEREINHEIT in der Kinder- und Jugendrehabilitation

50 Minuten, Altersgruppe: 2 – 6 Jahre

Thema: Heute bin ich eine Heldin oder ein Held

Einstimmungsphase (10 Minuten)

Ritual:

einladender Kreis im Raum mit Kerze, Tüchern, Sitzpölstern rundherum; evtl. großes Bild von verschiedenen kindlichen Heldinnen und Helden in der Mitte, großes Maßband liegt in der Nähe;

Energiemessung - Jedes Kind darf zu Beginn der Einheit beim Maßband seinen „Energiestand“ zeigen um selbst einschätzen zu lernen, ob es gerade viel Energie hat, oder eher wenig;

Beobachtungsmöglichkeit → Körperkonzept: Wie sitzen die Kinder? (Fersensitz, Langsitz, Schneidersitz)

Ausdauerspiel:

Heldenstatuen – Laufen im Raum zu Musik, bei Musikstopp wie versteinert stehen bleiben;

Beobachtungsmöglichkeit → Körperkonzept – Können die Kinder den Körper spontan aus der Bewegung nehmen? Wie reagieren die Kinder bei der Halteposition?

Einstieg ins Thema:

Welche Heldinnen und Helden kennen die Kinder und die Fachkraft? Können die Kinder „ihre“ Heldin oder „ihren“ Helden nachahmen? – ein Kind zeigt vor, die anderen ahmen nach

Beobachtungsmöglichkeit → Selbsteinschätzung - Zeigen die Kinder eigene Ideen, oder nehmen sie die Heldin oder den Helden des vorigen Kindes? Trauen sie sich zu, Bewegungen vorzumachen?

Hauptteil (25 Minuten)

Raumerkundung:

Die Kinder bilden eine „Heldenschlange“ und nehmen einander an den Händen; als Schlange gehen sie von einer Station zur nächsten und besprechen, was die Heldinnen und Helden alles können.

Beobachtungsmöglichkeiten → Wie schätzen sich die Kinder bei den Stationen ein? Ändert die Besprechung der Station etwas an der Einschätzung?

Stationenaufbau (kann evtl. schon vor der Einheit stattfinden):

fliegen – großräumiges Schaukelement

spezielle Heldensprungtechnik – von einem Kasten (verschiedene Höhen) auf dicke Matte springen

im Dunkeln sehen – durch Tunnel kriechen

Pause machen – in Hängematte krabbeln und schaukeln

über schmale Brücken gehen – über umgedrehte und nicht umgedrehte Langbank balancieren

auf hohe Wände klettern – auf die Sprossenwand klettern

Abschlussphase (15 Minuten)

Ausklang:

Eine ruhige Musik läutet das Ende der Spielphase ein.

Jeder Superheld und jede Superheldin hat sein und ihr eigenes Mittel um die Superheldenkraft aufzufrischen. Dafür kommen die Kinder zur Fachkraft, welche verschiedene Massagematerialien zur Auswahl hat. Eines davon darf sich jedes Kind aussuchen um damit die Kraft der Superheldinnen und Superhelden aufgetragen zu bekommen.

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbsteinschätzung & Selbstbewertung: entscheidet sich das Kind für ein eigenes Massagematerial, oder wählt es das des vorherigen Kindes? Kann das Kind seine Bedürfnisse (z. B. stärker, leichter) ausdrücken?

Aufräumen:

Alle gemeinsam räumen den Raum soweit auf, wie sie ihn vorgefunden haben.

Abschlussritual:

Sitzkreis mit Heldenfotos in der Mitte; Jedes Kind kann seine Abenteuer erzählen; welche Situationen herausfordernd oder einfach waren.

PSYCHOMOTORISCHE FÖRDEREINHEIT in der Kinder- und Jugendrehabilitation

50 Minuten, Altersgruppe: 8 – 12 Jahre

Thema: Jeder Mensch geht seinen Weg anders

Einstimmungsphase (10 Minuten)

Ritual:

gemeinsamer Sitzkreis; jedes Kind zeigt sein Befinden mittels Gefühlsuhr (siehe Anhang); Möglichkeit zum Besprechen der aktuellen Gefühle;

Beobachtungsmöglichkeit → Selbsteinschätzung/Selbstbild – Kann das Kind seine Gefühle wahrnehmen und ausdrücken?

Ausdauerspiel:

Wir gehen und laufen alle anders – Die Kinder gehen bzw. laufen zu Musik, bei Musikstopp wird eine andere Art zu gehen/laufen überlegt und beim Start der Musik in dieser Haltung gegangen/gelaufen; Haltungen: auf Zehenspitzen, auf den Fersen, auf dem Innen-, Außenrist, hüpfen, auf einem Bein, mit geschlossenen Beinen, etc.

Beobachtungsmöglichkeiten → Körperkonzept – Wie schätzt das Kind seine Fähigkeiten ein? Äußert sich das Kind zu seinen Fähigkeiten? Hat es eigene Ideen? Wie reagiert das Kind, wenn eine der Bewegungen nicht möglich ist?

Einstieg ins Thema:

Jedes Kind darf auf einem selbst gewählten „Laufsteg“ (Langbank, umgedrehte Langbank und Matte) vorzeigen, wie es sich am liebsten fortbewegt.

Hauptteil (25 Minuten)

Die Kinder bekommen den Raum um gemeinsam einen großen Parcours zu bauen mit Wegen und Hindernissen, die sie selbst gestalten können. Vorher überlegen alle gemeinsam, wie der Parcours ausschauen soll und zeichnen auf großem Papier einen Plan davon.

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbsteinschätzung/Selbstbild – Haben die Kinder Vorstellungen und trauen sie sich, diese zu äußern? Trauen sich die Kinder zu, ihre Idee in die Tat umzusetzen?

Raumerkundung:

Alle gehen gemeinsam durch den Raum (auch durch den Materialraum) und überlegen, welche Materialien wir für den Parcours brauchen.

Vielfältiges Material wird zur Verfügung gestellt und den Kindern im freien Bewegungsspiel der Raum gegeben, einen großen gemeinsamen Parcours zu bauen.

Beobachtungsmöglichkeiten → Körperkonzept – Baut das Kind Hindernisse, die es selbst überwinden kann? Fähigkeitskonzept – Lässt es bestimmte Teile des Parcours aus?

Eine Ruheinsel in einer Ecke des Raumes bietet den Kindern die Möglichkeit, sich Ruhe zu holen, wenn sie es brauchen.

Zur Verfügung gestellte Materialien: Langbänke, Hütchen, Stangen, Seile, Wesco-Steine, Kästen, Teppichfliesen, diverse Matten, Liste wird durch Ideen der Kinder erweitert;

Abschlussphase (15 Minuten)

Ausklang:

Wer möchte, darf sich von der Fachkraft einmal mit geschlossenen Augen durch den Parcours leiten lassen.

Beobachtungssituationen → Selbstbild/Selbstbewertung – Hält sich das Kind für groß/klein/kompetent genug für den Parcours? Selbsteinschätzung - Nimmt das Kind Hilfe an? Traut sich das Kind den Weg zu?

Aufräumen:

Alle gemeinsam räumen den Raum soweit auf, wie sie ihn vorgefunden haben.

Abschlussritual:

Gemeinsamer Sitzkreis in dem die Kinder erzählen können, was ihnen gefallen hat und was eher nicht und was wir für die nächste Einheit planen können;

PSYCHOMOTORISCHE FÖRDEREINHEIT in der Kinder- und Jugendrehabilitation

50 Minuten, Familiengruppe

Thema: über diese Brücken kannst du gehen

Einstimmungsphase (10 Minuten)

Ritual:

Gemeinsames Lied: Heiko Bräuning - Herzlich willkommen, schön, dass du da bist! (Nur Refrain); Sitzkreis um einen weißen Kreis; bunte Steine liegen in einer Schatzkiste bereit; die Teilnehmenden (Erwachsene und Kinder) suchen sich jeweils einen Stein aus und legen ihn auf den weißen Kreis;

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbstbild/Selbstbewertung – Wer legt den Stein wohin?
Liegt der Stein in der Mitte, oder eher am Rand des Kreises?

Ausdauerspiel:

Rollbrett-Autodrom; erst sind die Kinder auf den Rollbrettern; die Bezugspersonen fahren mit den Kindern auf den Rollbrettern durch den Raum; Wechsel – die Erwachsenen sitzen auf den Rollbrettern, die Kinder schieben oder ziehen sie an einem Seil durch den Raum;

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbstbewertung - Trauen sich die Teilnehmenden das zu? Körperkonzept – Können sich die Kinder bzw. Erwachsenen so positionieren, dass sie sich auf dem Rollbrett halten können?

Einstieg ins Thema:

findet mit der Raumerkundung statt;

Hauptteil (25 Minuten)

Raumerkundung:

bei jeder Station hängt ein großes Bild einer Brücke; wir gehen gemeinsam durch den Raum (evtl. einander an den Händen haltend) und schauen, uns die Bilder und Stationen an;

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbsteinschätzung / Selbstbewertung – Wie äußern sich die Teilnehmenden zu den Stationen?

Bewegungslandschaft:

Zur Verfügung gestellte Materialien: Langbänke bzw. Balancierbretter, Kästen, dicke Matten und diverse dünne Matten, evtl. Ringe um Langbänke einzuhängen, evtl. Slackline;

Langbank breit am Boden, Langbank schmal am Boden, schräge Langbank breit, schräge Langbank schmal, Langbank oder Brett gerade eingehängt mit anschließender Sprungmöglichkeit auf dicke Matte und seitlicher Möglichkeit zum runtersteigen; Seil am Boden, evtl. Slackline; Sandsäckchen, Hütchen, Luftkissen, etc., Liste wird durch Ideen der Kinder und Erwachsenen erweitert;

Material um Hindernisse auf den Brücken zu bauen wird bereitgestellt (Sandsäckchen, Hütchen, etc.).

Beobachtungsmöglichkeiten → Selbst-, Fremdeinschätzung – Wer wählt die Schwierigkeitsgrade aus? Wird Hilfe angenommen? Selbstbewertung – Probieren die Erwachsenen ebenfalls aus? Wird geschaut, was die anderen sagen oder tun? Fähigkeitskonzept – Wie werden die Hindernisse gestaltet?

Abschlussphase (15 Minuten)

Ausklang:

Schwungtuch – Beziehungsperson(en) und Kind(er) können sich gemeinsam ins Schwungtuch legen, während der Rest der Gruppe eine Wettergeschichte damit nachspielt;

Beobachtungsmöglichkeiten → Körperkonzept – Liegen, sitzen, stehen, knien die Teilnehmenden auf dem Schwungtuch?

Aufräumen:

Alle gemeinsam räumen den Raum soweit auf, wie sie ihn vorgefunden haben.

Abschlussritual:

Gemeinsamer Sitzkreis, die Teilnehmenden können erzählen, was sie heute erlebt haben bzw. was sie herausfordernd oder einfach gefunden haben;

alle Beobachtungssituationen nach SKI (Egger et al. 2014, S. 260 – 263).

7 Diskussion

Die eingangs, in der Einleitung aufgeworfene Fragestellung nach dem Mehrwert der Psychomotorik im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation in Bezug auf die Stärkung des Selbstkonzeptes kann nach Ausarbeitung der vorliegenden Thesis aus verschiedenen Perspektiven beantwortet werden.

Aus struktureller Sicht dient die Psychomotorik, verortet als Schnittstelle, als Informationslieferant (Kuhlenkamp, 2017, S. 156). Beobachtungen, welche im Zuge des diagnostischen Förderprozesses gemacht werden, können im interdisziplinären Austausch wichtige Informationen über Patientinnen und Patienten darstellen (Petermann & Warschburger, 1999, S. 37). Weiters kann durch den flexiblen Aufbau psychomotorischer Einheiten auf die strukturellen Gegebenheiten der rehabilitativen Einrichtung eingegangen und die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in besonderer Weise berücksichtigt werden. Eine ambulante Weiterführung ermöglicht die Transferierung der Erlebnisse und Entwicklungen im Umfeld der Rehabilitation in den Alltag (Petermann & Warschburger, 1999, S. 71).

Die entwicklungspsychologische Sichtweise zeigt weitere positive Effekte der psychomotorischen Förderung des Selbstkonzeptes innerhalb einer Kinder- und Jugendrehabilitation auf. Dazu zählt die Schaffung von Erlebnissen und Erfahrungen in Kombination mit emotionaler Bewegtheit, welche dem Aufbau bzw. der Neustrukturierung infolge von Einschnitten, des Selbstkonzeptes dienen. Somit wird die Psychomotorik zu einer Quelle in Bezug auf unterschiedliche selbstkonzeptbezogene Informationen (Eggert et al., 2014, S. 22). Die Orientierung an der ökosystemischen Sichtweise stellt ebenfalls einen Mehrwert der Psychomotorik für das Umfeld der Kinder- und Jugendrehabilitation dar. Die Einbindung der Bezugspersonen, eventuell als eigene Fördereinheiten strukturiert, wird dadurch zur Selbstverständlichkeit (Fischer, 2009, S. 164). Durch den spielerischen Zugang und die Einbettung der Inhalte in kindliche Themen wie Geschichten oder Märchen wird in der Psychomotorik auf den jeweiligen Entwicklungsstand der Kinder eingegangen (Mummendey, 2006, S. 97). Jugendliche erhalten hingegen die Möglichkeit, ihren Entwicklungsaufgaben entsprechend, mit sich und ihren individuellen Grenzen zu beschäftigen (Mummendey, 2006, S. 104). Dass diese entwicklungsbezogenen Thematiken in der Psychomotorik in der Gruppe und in bewegter Form bearbeitet werden, stellt einen weiteren entwicklungspsychologischen Vorteil dar. Die Gruppe dient in diesen Altersstufen als wichtige Vergleichsmöglichkeit um eine selbstbezogene Bewertung und Einordnung aufbauen zu können (Hannover & Greve, 2012, S. 549).

Die rehabilitationsbezogene Perspektive zeigt ebenfalls einen Mehrwert der psychomotorischen Förderung des Selbstkonzeptes. Der Vorteil der gruppenbezogenen Arbeitsweise in der Psychomotorik kommt der Anforderung der Kinder- und Jugendrehabilitation entgegen. Hier findet ein Wechsel zwischen Einzel- und Gruppentherapien statt. Durch die starke Auswirkung der Motivation und der positiven Krankheitsbewältigung für die erfolgreiche Rehabilitation erhalten Austausch- und Vergleichserlebnisse mit Gleichgesinnten besonders im Kinder- und Jugendalter hohe Bedeutung (Petermann & Warschburger, 1999, S. 113). Diese erhalten in psychomotorischen Gruppen den nötigen Raum. Hier kann in ungezwungener, spielerischer Form handlungs- und bewegungsorientierte Krankheitsbewältigung stattfinden. Die Kinder und Jugendlichen erleben ihre Situation als handhabbar und sich selbst als selbstbestimmte Menschen (Cibis & Hüller, 2001, S. 41). Dies erhöht die Motivation, an wichtigen und notwendigen Therapien teilzunehmen und in weiterer Folge die erlernten Kompetenzen in Bezug auf die Krankheit oder Einschränkung weiter anzuwenden. Die psychomotorische Grundhaltung der bio-psycho-geistig-sozialen Einheit des Menschen stellt in besonderer Weise einen Synergieeffekt mit dem rehabilitativen Grundgedanken des bio-psycho-sozialen Modells dar. Dadurch erhält die Einbindung der Bezugspersonen einen besonderen Stellenwert, der in Form von individuellen, familienbezogenen Themen in der Praxis seinen Ausdruck finden kann.

Der Mehrwert, den die Psychomotorik im Hinblick auf das Selbstkonzept im interdisziplinären Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation bieten kann, ist demnach so vielfältig wie die Psychomotorik selbst. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass dieser auf entwicklungspsychologischer, rehabilitationsbezogener und struktureller Ebene zu finden ist. Eine Wirksamkeitsstudie in Bezug auf die Förderung des Selbstkonzeptes im Kindesalter konnte signifikante positive Veränderungen des Selbstkonzeptes, vor allem in den Bereichen Selbstsicherheit, Angsterleben und körperliche Effizienz aufzeigen (Rudolph, Martzy, Bischoff, Matschulat & Zimmer, 2013, S. 187). Eine interessante weiterführende Forschungsstudie könnte der Frage nach der Wirksamkeit psychomotorischer Förderung des Selbstkonzeptes im Umfeld einer Kinder- und Jugendrehabilitation nachgehen.

8 Zusammenfassung

Die Aktualität des Themas Kinder- und Jugendrehabilitation zeigt sich, vor allem in Österreich, durch die Aus- und Neubauten von Rehabilitationszentren mit diesem Schwerpunkt. Diese sollen den im Rehabilitationsplan festgesetzten Bettenbedarf abdecken und sind, eingeteilt nach Versorgungszonen, beinahe auf das gesamte österreichische Staatsgebiet aufgeteilt. Eine Spezialisierung auf verschiedene Indikationsgruppen ermöglicht eine genauere Planung der rehabilitativen Angebote (Gyimesi et al., 2016, S. 157 & 85-121). Innerhalb rehabilitativer Einrichtungen ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer Bedeutung und wird als grundlegend angesehen (Körner & Bengel, 2004, S. 361). Durch den Austausch über disziplinäre Grenzen hinweg kann ein ganzheitliches Bild der Patientinnen und Patienten entstehen, welches die Basis für die geeignete Zusammensetzung von Therapie und Förderung im passenden Umfeld darstellt. In diesem Zusammenhang bietet sich die Psychomotorik als unterstützendes und begleitendes Instrument an. Kinder und Jugendliche können im psychomotorischen Förderumfeld neu erworbene, veränderte und bekannte Kompetenzen und Ressourcen auf die Probe stellen, weiterentwickeln und herausfinden.

Dabei findet auch immer eine Auseinandersetzung mit emotionalen Themen wie der Krankheitsbewältigung statt. Diese ist im rehabilitativen Setting von großer Bedeutung, da sie sich auf die Motivation und in weiterer Folge auf die Umsetzung von erlernten Maßnahmen in Bezug auf die Krankheit, auswirkt. Dies gilt nicht nur für die jungen Patientinnen und Patienten selbst, sondern auch für deren Bezugspersonen wie Eltern und Geschwister (Vries, Hampel & Petermann, 2017, S. 104). Hier kann die Psychomotorik einen positiven Beitrag leisten.

Bereits in ihren Anfängen im deutschen Sprachraum war Ganzheitlichkeit der Psychomotorik zugrundegelegt. In weiterer Folge haben sich europaweit verschiedene Ausrichtungen entwickelt, was aktuell zu einer vielfältigen praktischen Anwendung führt (Fischer, 2009, S. 52). Wissenschaftlich betrachtet hat die Etablierung von Ausbildungen auf Hochschulebene einen wichtigen Beitrag zur theoretischen Fundierung der Psychomotorik beigetragen. In Österreich hat dies zur Entstehung des Masterlehrganges Psychomotorik an der Universität Wien geführt (Postgraduate Center der Universität Wien⁸). Die theoretische und praktische Grundlage der hier gelehrt Psychomotorik ist

⁸Zugriff am 27. Jänner 2019

<https://www.postgraduatecenter.at/weiterbildungsprogramme/gesundheitsnaturwissenschaften/psychomotorik/>

die Bewegung, über welche körperliche, emotionale, kognitive und soziale Themen und Inhalte in Verbindung miteinander bearbeitet werden. Eine Einteilung der Inhalte in die genannten Bereiche ist zwar möglich, eine klare Abgrenzung voneinander jedoch nicht durchführbar (Fischer, 2009, S. 164). Dies liegt an der zugrundeliegenden Überzeugung des Menschen als bio-psycho-geistig-soziale Einheit, welche sich in ähnlicher Form in der Medizin im bio-psycho-sozialen Modell wiederfindet. Um diesem Anspruch der Ganzheitlichkeit gerecht zu werden, ist die Person der Psychomotorikerin oder des Psychomotorikers von großer Bedeutung. Sie sind mit einer humorvollen, feinfühligsten Haltung für ein harmonisches Zusammenspiel von individueller Förderung und gruppenspezifischen Prozessen verantwortlich. Dazu gehört eine ökosystemische Sichtweise und eine Kompetenzenorientierung (Eggert, 2007, S. 293). Dabei stehen die Ressourcen und Kompetenzen eines Kindes oder Jugendlichen im Vordergrund. Dies bezieht sich sowohl auf entwicklungspsychologische, als auch auf gesundheitspezifische Bereiche im salutogenetischen Kontext. Dabei wird Gesundheit als Kontinuum betrachtet, in dem positive Erfahrungen zu einem Mehr und negative zu einem Weniger an Gesundheit führen. Innerhalb einer Gesundheitseinrichtung wie einem Rehabilitationszentrum kann die Psychomotorik als Schnittstelle gesehen werden, welche Berührungspunkte zu den anderen Disziplinen, die meist im therapeutischen Bereich angesiedelt sind, aufweist (Eggert, 2008a, S. 150).

Ein zentrales inhaltliches Element der Psychomotorik ist das Selbstkonzept. Dabei handelt es sich um einen Teil der Persönlichkeit bzw. Identität eines Menschen und beinhaltet Informationen über das Selbst desselben in Bezug auf verschiedene Bereiche. Diese Informationen werden gegliedert und eingeteilt und als Subkonzepte wie Fähigkeitskonzept, Körperkonzept, Selbsteinschätzung, Selbstbewertung und Selbstbild integriert (Mummendey, 2006, S. 218). Die Quellen dieser Informationen sind vielfältig und können grob in Fremdbeurteilungen, sozialen Vergleich, Selbstbeobachtung, selbstbezogenes Denken, innerer Dialog und Sinnessysteme eingeteilt werden (Eggert et al., 2014, S. 22). Die Entwicklung des Selbstkonzeptes beginnt bereits im Säuglingsalter mit der Wahrnehmung des eigenen Körpers in Abgrenzung zur Mutter bzw. zur Umwelt (Hannover & Greve, 2012, S. 549). Im Kleinkindalter entwickeln sich in unterschiedlichen Phasen selbstbezogene Kategorien und Theorien, die immer mehr Erweiterung erfahren (Thomaes, 1986; zit. n. Mummendey, 2006, S. 96). Im Jugendalter findet eine weitere Abgrenzung statt und zwar jene vom Kind hin zu einem erwachsenen Menschen (Erikson, 1993, S. 106). Aufgrund der Annahme einer lebenslangen Entwicklung, ist die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung des Selbstkonzeptes nicht im Jugendalter abgeschlossen. In späteren Jahren verändert sich das Selbstkonzept durch Überlegungen

über den bisherigen Lebensweg in Verbindung mit Erwartungen an eben jenen (Erikson, 1993, S. 119). Die Hirnforschung geht ebenfalls von einem lebenslangen Prozess der Entwicklung aus, der auch das Selbstkonzept betrifft. Dabei gilt der Grundsatz: Nur was tatsächlich genutzt wird, kann wahrgenommen werden. Das bedeutet, dass Informationen, welche in Form von Erlebnissen und Eindrücken über das Selbst gesammelt und in Verbindung mit stärkeren oder schwächeren Emotionen dazu im Gehirn gespeichert werden (Spitzer, 2004, S. 153). Solche Erlebnisse finden bereits vor der Geburt statt und enden mit dem Tod.

Eine diagnostische Erfassung jener selbstkonzeptbezogenen Informationen ist ebenfalls über die gesamte Lebensspanne hinweg möglich. Im Kindesalter jedoch sind andere Formen notwendig, als im Jugend- oder Erwachsenenalter. In der Psychomotorik findet die ökosystemisch orientierte Förderdiagnostik großen Anklang (Eggert, 2008a, S. 181). Dabei kommen sowohl schriftliche Fragebögen, als auch Beobachtungssituationen, welche in diagnostischen Inventaren strukturiert sind, zur Anwendung. Eine Beobachtungssituation kann dabei zur gleichen Zeit als Fördersituation gewertet werden. Eine hohe Qualität der Diagnostik ist durch den Austausch im Team und durch erfahrenes Fachpersonal gegeben (Eggert et al., 2014, S. 124 & 130). Im interdisziplinären Austausch in einer rehabilitativen Einrichtung können diese diagnostischen Beobachtungssituationen in Bezug auf das Selbstkonzept genutzt werden. Dies ist insofern von Bedeutung, als das Selbstkonzept in einer Kinder- und Jugendrehabilitation in engem Zusammenhang mit der Zielsetzung steht. Bei dieser steht, anders als bei einer Erwachsenenrehabilitation, die Stärkung des Willens zur Bewältigung der Krankheit, zu einer Ausbildung bzw. einem Berufseinstieg im Vordergrund.

Vor allem die Stärkung des Vertrauens in sich selbst, die Krankheit bewältigen zu können, ist elementar, wodurch die Bedeutung eines positiven Selbstkonzeptes in der Kinder- und Jugendrehabilitation deutlich wird. Im Sinne der ökosystemischen Denkweise ist dabei eine enge Einbindung der Bezugspersonen wichtig um deren Vertrauen in sich und ihr Kind zu stärken (Petermann & Warschburger, 1999, S. 234). Dies ist in Hinsicht auf die Bereitschaft der Weiterführung des Erlernten im Alltag nach der Rehabilitation wichtig. Vor allem im Kindesalter erfolgen Selbsterfahrungen zu einem großen Teil durch Körpererfahrungen. Dies unterstreicht die Bedeutung bewegter Selbstkonzeptförderung. Aus Sicht der Psychomotorik sind Möglichkeiten von selbsttätigen, selbstwirksamen Handlungen, welche Ursache und Wirkung verdeutlichen, grundlegende Fördersituationen in Bezug auf das Selbstkonzept. Diese sollten in eine stabile, positive Bindung zum psychomotorischen Fachpersonal eingebettet sein, welches innerhalb der Gruppe eher auf intraindividuelle Vergleiche Wert legt. Die Handlungen und Erfahrungen sollten

selbstbestimmbar und handhabbar erlebt werden. Diese Grundhaltung in einer psychomotorischen Fördereinheit gehört, neben räumlichen, zeitlichen, materiellen und inhaltlichen Aspekten, zu den Rahmenbedingungen einer solchen. Räumliche und zeitliche Gegebenheiten sind sowohl von der Gruppe, mit welcher die Einheit gehalten wird, als auch von den institutionellen Möglichkeiten abhängig. Das Material ist für die Förderung der Sachkompetenz, also mit der Auseinandersetzung mit der dinglichen Umwelt wichtig und ist zusammen mit Ich- und Sozialkompetenz eine der psychomotorischen Grundkategorien. Die Inhalte werden durch die Förderziele und Bedürfnisse der Kinder- und Jugendlichen definiert und mittels eines Themas, das aus dem Interesse der Teilnehmenden hervorgeht, in der Einheit geplant und umgesetzt. Die Planung einer solchen psychomotorischen Einheit innerhalb einer rehabilitativen Einrichtung ist bestimmt von Vorüberlegungen, welche die Förderbereiche, die Gruppenanforderungen, die Rahmenbedingungen und eventuelle interdisziplinäre Anforderungen betreffen. Diesen Vorüberlegungen folgen Inhalte, welche in ein Thema verpackt und in Durchführungsphasen unterteilt werden. Zu diesen Phasen zählen die Einstimmung, der Hauptteil, ein Abschluss und die anschließende Reflexion der Einheit. Einstimmung und Abschluss können von Ritualen begleitet sein. Während der gesamten Einheit ist ein flexibles Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden wichtig (Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 85-171). Ein geplantes Stundenbild zur Förderung des Selbstkonzeptes innerhalb einer Kinder- und Jugendrehabilitation kann beispielsweise eingebettet in das Thema „Dschungel“ diverse Beobachtungssituationen beinhalten, welche das Körperkonzept betreffen. So kann das Verharren in verschiedenen Körperhaltungen, wie es im Selbstkonzept-Inventar nach Eggert et al. (2014, S. 260 – 263) angegeben ist, in verschiedenen „Dschungelsituationen“ gespielt werden.

Dieser spielerische Zugang zur Förderung des Selbstkonzeptes ist besonders in der Kinder- und Jugendrehabilitation wichtig, da es der speziellen Klientel dieser Einrichtungen einen positiven Umgang mit sich selbst ermöglicht und dadurch mögliche Sekundärbelastungen verringert werden können.

Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (2009). Bindungsentwicklung im Spannungsfeld von Familie und öffentlicher Betreuung. In K. H. Brisch, & T. Hellbrügge, (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft* (S. 79-93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Altenthon, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H. (Hrsg.), Höhle, R., Ott, W.,...Schneider, K. (2008). *Pädagogik*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Baltes, P. B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(6), 433-448.
- Brisch, K. H. (2009). *Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bubolz-Lutz, E. (2007). Geragogik – wissenschaftliche Disziplin und Praxis der Altersbildung. *Informationsdienst altersfragen*, 34(5), 11-14.
- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2018). *Kinder und Jugendliche*. Zugriff am 9. Juni 2018 unter <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740210.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Cibis, W. & Hüller, E. (2001). Rahmenbedingungen, Diagnostik und Therapie. In F. Petermann & P. Warschburger, (Hrsg.), *Kinderrehabilitation* (S. 31-52, 2., überarbeitete Auflage). Göttingen: hogrefe.
- Däggelmann, J., Krauth, A., Mailand, P., Nopper, S., Renniger, M., Bündgen,...Baumann, F. T. (2017). Einfluss einer vierwöchigen familienorientierten Rehabilitation auf die motorische Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und Fatigue bei krebskranken Kindern und gesunden Geschwistern. *Die Rehabilitation – Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation*, 56(2), 75-144.
- Duden (2018). *Rehabilitation*. Zugriff am 7. Oktober 2018 unter <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/rehabilitation>
- Eckert, A. R., & Nickel, F., U. (2015). Psychomotorik in der sozialen Arbeit – Das Darmstädter Modell. In A. Krus & C. Jasmund (Hrsg.), *Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern* (S. 74-87). Stuttgart: Kohlhammer.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin – Österreichische Fachzeitschrift für Medizinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik*, 16(2), 3-12.
- Eggert, D. (2008a). *Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung – Textband*. Dortmund: borgmann.

- Eggert, D. (2008b). *Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung – Arbeitsbuch*. Dortmund: borgmann.
- Eggert, D. & Reichenbach, C. (2004). Was kann Psychomotorik heute leisten? – eine ökosystemische Sicht auf Theorie und Praxis. *Praxis der Psychomotorik* 29(2), 99-108.
- Eggert, D., Reichenbach, C. & Bode, S. (2014). *Das Selbstkonzept Inventar (SKI) für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter – Theorie und Möglichkeiten der Diagnostik* (3. Aufl.). Dortmund: borgmann.
- Erikson, E. H. (1993). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 55-122
- Feldenkrais, M. (1978). *Bewußtheit durch Bewegung – Der aufrechte Gang*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fischer, K. (2009). *Einführung in die Psychomotorik* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Fischmeister, G. & Sperl, W. (2018). Leuwaldhof – Für ein Leben nach dem Krebs. *Pädiatrie & Pädologie – Österreichische Zeitschrift für Kinder- & Jugendheilkunde*, 53(5), 231-234.
- Förster von, H. (1993). *KybernEthik*. Berlin: Merve-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2015). *Resilienz* (4., aktualisierte Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Gerber, G. (2004). Der Körper – unser Leib. Eine phantastische Welt in Raum und Zeit. In S. Kuntz & J. Voglsinger (Hrsg.), *Humor, Phantasie und Raum in Pädagogik und Therapie* (S. 35-58). Dortmund: modernes lernen.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften – Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 41-67). Heidelberg: Springer.
- GÖG - Gesundheit Österreich GmbH. (2017). Österreichischer Rehakompass. Zugriff am 11. Juli 2018 unter <https://rehakompass.goeg.at/#/einrichtungen?viewType=list&typ=KiJuStat>
- Gyimesi, M., Fülöp, G., Ivansits, S., Pochobradsky, E., Stoppacher, A., Kawalirek, S. & Maksimovic, A. (2016). *Rehabilitationsplan 2016*. Wien: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH.
- Haas, R. (2007). Psychomotorische Gesundheitsförderung – eine erste Standortbestimmung. *motorik*, 30(3), 124-129.
- Haas, R., Golmert, C. & Kühn, C. (2014). *Psychomotorische Gesundheitsförderung in der Praxis – Spiel- und Dialogräume für Erwachsene*. (Schriften der Reihe Motorik, 31) Schorndorf: Hoffmann.
- Hannover, B. & Greve, W. (2012). Selbst und Persönlichkeit. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 543-561). Basel: Beltz.
- Hecker, E. (Hrsg.), Hünnekens, H. & Kiphard, E. (1960). *Bewegung heilt – Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern*. Gütersloh: Flöttmann.

- Hielscher, B. & Volbracht, U. (2008). Wie mutig ist Rapunzels Prinz? Märchen als Begleiter für bewegungspädagogische Förderung: ein Spiel- und Sporttag an einer Schule für sprach- und lernbehinderte Kinder. *Praxis der Psychomotorik* 33(3), 17-21
- Irmeler, M. (2015). Selbstkonzeptförderung in der Psychomotorik bei Kindern mit Duchenne Muskeldystrophie. *Motorik*, 38(1), 4-9
- Kerbl, R. (2011). Gesundheitssystem in Österreich – Strukturen und positive Seiten. In R. Kerbl, L. Thun-Hohenstein, L. Damm & F. Waldhauser (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt* (S. 21-37). Wien: Springer.
- Kids Chance Radkersburger Hof (2018). *Unser Therapiekonzept*. Zugriff am 12.01.2019 http://kids-chance.neuroreha.info/?page_id=156
- Kiphard, E. J. (1979). *Psychomotorik als prävention und rehabilitation – bewegungshilfen für kinder*. Gütersloh: Flöttmann Verlag.
- Kiphard, E.J. (2004). Lachen, Humor und Clownerie in Pädagogik und Therapie. In S. Kuntz & J. Voglsinger (Hrsg.), *Humor, Phantasie und Raum in Pädagogik und Therapie – Zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Ernst J. Kiphard* (S. 59-66). Dortmund: modernes lernen.
- Körner, M. & Becker, S. (2017). Reha-Team und Interprofessionalität. *Die Rehabilitation – Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation*, 56(6), 351-426.
- Körner, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation – Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation* 43(6), 348-357.
- Krus, A. (2015a). Methodisch-Didaktische Prinzipien professionellen psychomotorischen Handelns. In A. Krus & C. Jasmund (Hrsg.), *Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern* (S. 61-64). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Krus, A. (2015b). Psychomotorik – Gegenstandsbestimmung. In A. Krus & C. Jasmund (Hrsg.), *Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern* (S.36.-56). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kubik, W. (2010). „Therapie spielen“ – Die neurologische Rehabilitation von Kindern ist eine transdisziplinäre Therapie des Handelns. *Pädiatrie & Pädologie* 45(5), 16-19.
- Kuhlenkamp, S., (2017). *Lehrbuch Psychomotorik*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Leuwaldhof (2018). Herzlich willkommen im Leuwaldhof – Österreichs erster Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in St. Veit im Pongau! Zugriff am 28. Oktober 2018 unter <https://www.leuwaldhof.at/>
- Mazurek, B., Olze, H., Haupt, H., Klapp, B. F., Adli, M., Gross, J. & Szczepek, A. J. (2010). Molekularbiologische Aspekte der Neuroplastizität. *HNO* 58(10), 973-982.
- Medizinische Universität Graz (2018). Zugriff am 07. Dezember 2018 [https://www.medunigraz.at/die-med-uni-graz/die-universitaet/die-gesundheitsuniversitaet/leitsaetze/?sword_list\[\]=biopsychosozial&no_cache=1](https://www.medunigraz.at/die-med-uni-graz/die-universitaet/die-gesundheitsuniversitaet/leitsaetze/?sword_list[]=biopsychosozial&no_cache=1)
- Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des Selbst. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.

- Noetutgut.at. Zugriff am 05. Jänner 2019 <https://www.noetutgut.at/bildung/bewegte-klasse-grundstufe/>
- Passolt, M. & Pinter-Theiss, V. (2003). „*Ich hab eine Idee...*“ *Psychomotorische Praxis planen, gestalten, reflektieren*. (3. Auflage) Basel: borgmann.
- Petermann, F. & Warschburger P. (1996). Medizinische Kinderrehabilitation: Anforderungen und Konzepte. *Zeitschrift Prävention & Rehabilitation*, 8(4), 140-149.
- Petermann, F. & Warschburger, P. (1999). *Kinder rehabilitation*. (2. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Postgraduate Center der Universität Wien (2019). *Psychomotorik*. Zugriff am 27. Jänner 2019 unter <https://www.postgraduatecenter.at/weiterbildungsprogramme/gesundheits-naturwissenschaften/psychomotorik/>
- Pschyrembel (2017). *Klinisches Wörterbuch* (267., neu bearbeitete Auflage). Berlin/Boston: Gruyter.
- Quante, S. (2010). Bewegungsangebote zur Stärkung des Selbstkonzepts. *Haltung & Bewegung*, 30(4), 24-31
- Rehaklinik Wien Baumgarten. (2013). ...*wir richten Sie auf! Salutogenese*. Zugriff am 26. Dezember 2018 unter <https://rehawienbaumgarten.at/Rehaklinik/Rehaklinik/Salutogenese.aspx>
- Richards, J. S., Elliott, T. R., Cottiar, R. & Stevenson, V. (1995). Pediatric Medical Rehabilitation. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (2. Auflage, pp. 703-722). New York: The Guilford Press.
- Ross, U., H. (2010). Die praktische Umsetzung des Salutogenesekonzeptes bei chronischem Tinnitus als systemischer Wahrnehmungsstörung. In H. Wydler, P. Kolip, T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 161-171, 4. Auflage). Weinheim und München: juvena.
- Rudolph, B., Martzy, F., Bischoff, A., Matschulat & N., Zimmer, R. (2013). Veränderungen im Selbstkonzept nach psychomotorischer Förderung. *motorik*, 36(4), 180-189
- SALK - Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (2018). *Herzlich willkommen im neurologischen Rehabilitationszentrum – reKIZ*. Zugriff am 28. Oktober 2018 unter <https://salk.at/reKIZ.html>
- Schiffer, E. (2013). *Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese – Schatzsuche statt Fehlerfahndung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Silbereisen, R. K. & Weichold K. (2012). Selbst und Persönlichkeit. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 235-258). Basel: Beltz.
- Sperl, W., Nemeth, C., Fülöp, G., Koller, I., Vavrik, K., Bernert, G., Kerbl, R. (2011). Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 159, 618-626.
- Sperl, W. (2017). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. *Pädiatrie & Pädologie – Österreichische Zeitschrift für Kinder- & Jugendheilkunde* 52(6), 256-263.

- Spitzer, M. (2004). *Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollen wir tun?*. München: Spektrum Akademischer Verlag.
- Stachow, R., Küppers-Chinnow M. & Scheewe, S. (2017). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Hauterkrankungen. *Die Rehabilitation – Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation* 56(2), 127-139.
- Stummer, B. (2011). *Rhythmisch-musikalische Erziehung – Bewegung erklingt- Musik bewegt.* (2. Auflage). Wien: MANZ.
- Thuma, M. (2007). *Von der Bedeutung gesundheitspräventiver Maßnahmen für Wiener Volksschulkinder, vor allem statische und dynamische Haltung bzw. Motorik betreffend; ausgehend vom Modellprojekt „Bewegtes Lernen – Das Wiener Modell“.* Wien: Universität Wien
- Tittel, K. (2016). *Beschreibende und funktionelle Anatomie.* (16. überarbeitete und erweiterte Auflage). München: KIENER.
- Unsere Kinder (2005). *ZeitRaum Kindergarten – Methoden des Kindergartens* (6. aktual. und neu bearbeitete Auflage). Linz: Verlag der Fachzeitschrift Unsere Kinder / Caritas für Kinder und Jugendliche.
- Voglsinger, J. (2004). Bewegungsräume als Lernräume. Grundlagen, Praxis und Perspektiven der „Bewegten Klasse“ und der psychomotorischen Förderung. In S. Kuntz & J. Voglsinger (Hrsg.), *Humor, Phantasie und Raum in Pädagogik und Therapie – Zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Ernst J. Kiphard* (S. 73-96). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Vries, U., Hampel, P. & Petermann, F. (2017). Patientenschulung in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. *Die Rehabilitation – Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation* 56(2), 75-144.
- Walter, E., Abel, T. & Niemann, S. (2010). Gesundheit als Kontinuum: Eine explorative Analyse zu den Determinanten von Minder-, Normal- und Hochgesundheit. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 99-113, 4. Auflage). Weinheim und München: juvena.
- Weiß, O. (2012). Masterlehrgang Psychomotorik. Zugriff am 10. Dezember 2018 <https://medienportal.univie.ac.at/presse/aktuelle-pressemitteilungen/detailansicht/artikel/universitaet-bewegt-masterlehrgang-psychomotorik/>
- WHO (1981). Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 668. Genf: WHO
- Zimmer, R. (2005). *Handbuch der Sinneswahrnehmung – Grundlagen einer ganzheitlichen Bildung und Erziehung.* (6. Ausgabe der überarbeiteten Neuausgabe). Freiburg im Breisgau: Herder.
- Zimmer, R. (2012). *Handbuch der Psychomotorik – Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung.* Freiburg im Breisgau: Herder.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufteilung der Betten im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation nach Versorgungszonen des Hauptverbandes der Sozialversicherung.....	7
Abbildung 2: Einrichtungen für bzw. mit Kinder- und Jugendrehabilitationsbetten in Österreich (erstellt mit Stepmap).....	8
Abbildung 3: Vernetzte Themen einer Kinder- und Jugendrehabilitation (mod. n. Petermann & Warschburger, 1999, S. 18).....	12
Abbildung 4: Module der psychomotorischen Tätigkeitsfelder des MA Psychomotorik der Universität Wien (Postgraduate Center der Universität Wien).....	18
Abbildung 5: Gesundheitskontinuum nach Antonovsky (mod. n. Walter, Abel & Niemann, 2010, S. 101).....	25
Abbildung 6: Psychomotorik als Schnittstelle (mod. n. Kuhlenkamp, 2017, S. 156).....	28
Abbildung 7: Hierarchische Darstellung unterschiedlicher allgemeiner und spezifischer Selbstkonzeptbereiche (mod. n. Mummendey, 2006, S. 218).....	35
Abbildung 8: Assoziatives Netzwerk von Kognitionen über die eigene Person (mod. n. Mummendey, 2006, S. 218).	36
Abbildung 9: Repräsentation des Körpers in den primären Großhirnrindenfeldern der vorderen und hinteren Zentralwindung (Tittel, 2016, S. 446).	44
Abbildung 10: zeitliches Therapiekonzept Kids Chance (mod. n. Kids Chance Radkersburger Hof, 2018, S. 9).....	57
Abbildung 11: prozessorientierter Förderkreis (mod. n. Kuhlenkamp, 2017, S. 115-153).65	
Abbildung 12: Stundenentwicklung im Prozess (mod. n. Passolt & Pinter-Theiss, 2013, S. 80).....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufbauten zur Beobachtung des Körperkonzeptes.....	73
---	----

Anhang

Materialliste

Einstimmungsphase	Bau und Transport	Gleichgewichtsspiel	Klettern, Hängen und Springen	Fahren und Rollen	Abschlussphase
Gefühlsuhr Maßband Schatzkisten Sitzpölster Steine	Hütchen Kartons Matten Sand-säckchen Seile Stangen Teppich-fliesen Tunnel Tücher Wesco© Bausteine	Balancierbretter Langbänke Slackline Luftkissenpölster	Hängematte (Hängesessel) Kästen in untersch. Höhen Ringe Schaukel-elemente Sprossenwand	Rollbretter	Bürsten Tennisbälle Igelbälle div. Massage-elemente Schwungtuch

Für die Sicherheit:

diverse dünne und dicke Matten

Roboter Rätsel

Das gesuchte Wort beginnt mit einem R.

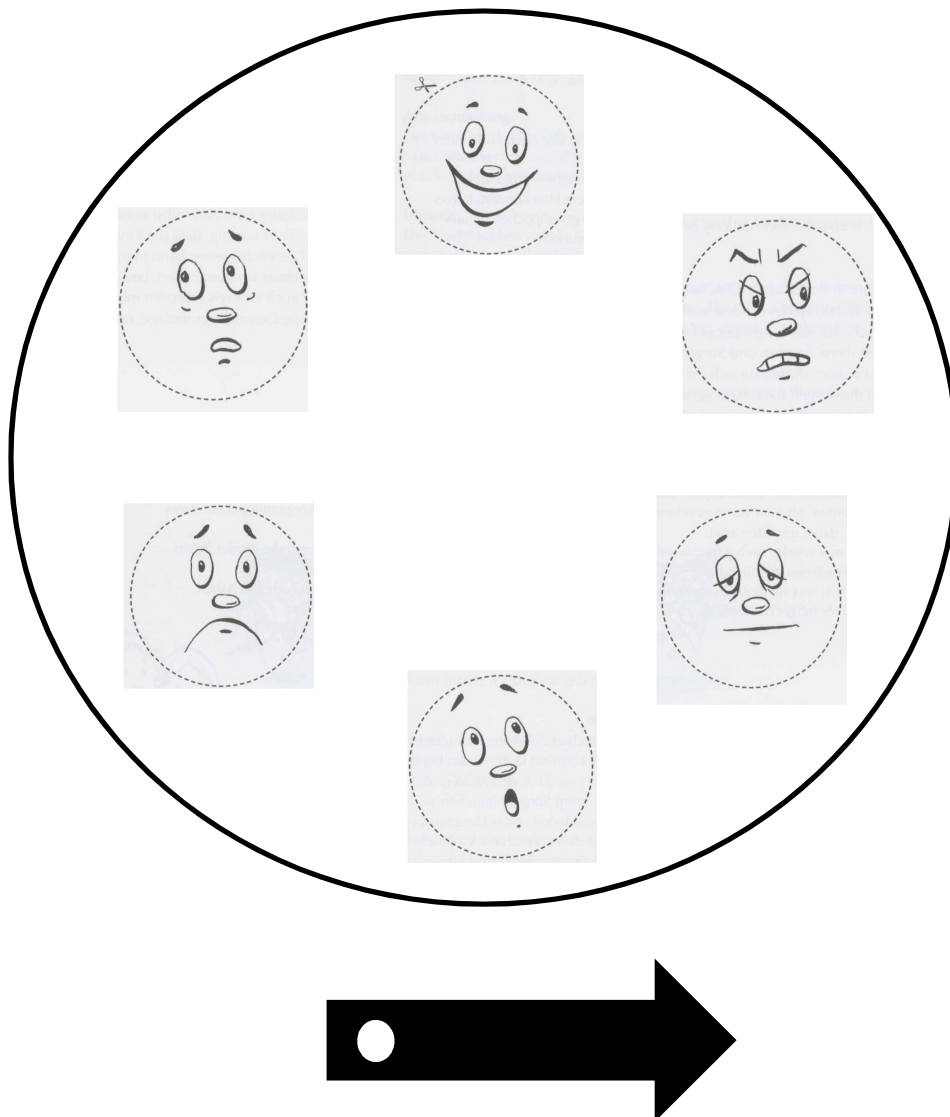
Manche können gehen, andere fliegen, wieder andere greifen.

Manche haben mittlerweile schon ein Gesicht.

Die meisten sind hauptsächlich aus Metall.

In StarWars kommen verschiedene davon vor.

Gefühlsuhr mod. n. Hütter, 2011, Projektmappe Meine Gefühle – deine Gefühle, S. 17



Abstract

Ausgehend vom aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand in der Kinder- und Jugendrehabilitation sind zusätzlich zur primären Belastung psychosoziale Thematiken wie Krankheitsbewältigung, positive Einstellung zur Zukunft und das Gefühl, die Krankheit bzw. die Veränderungen selbstbestimmt handhaben zu können, vorherrschend. Diesen Themen kann auf unterschiedliche Weise begegnet werden. Eine davon ist die Stärkung bzw. der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes. Da die Entwicklung und Strukturierung des Selbstkonzeptes in der frühesten Kindheit beginnen, sind diese während der Zeit innerhalb einer Kinder- und Jugendrehabilitation in vollem Gange und können durch einschneidende Erlebnisse wie einer Krankheit oder einen Unfall negativ beeinflusst werden.

Die psychomotorische Förderung kann im Setting einer Kinder- und Jugendrehabilitation beim Aufbau und der Förderung eines positiven Selbstkonzeptes unterstützend wirken. Der grundsätzliche psychomotorische Zugang über Bewegung kommt der kindlichen Erfahrungswelt, welche sich stark über Körpererfahrungen definiert, in besonderer Weise entgegen. So können psychomotorische Fördereinheiten begleitend zu therapeutischen Maßnahmen stattfinden oder als ambulantes Angebot nach einer absolvierten Rehabilitation beim Transfer des gesundheitsfördernden Verhaltens in den Alltag, einen wichtigen Teil beitragen. Entsprechend geplante Fördereinheiten finden sich in der vorliegenden Masterthesis.

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine psychomotorische Förderung des Selbstkonzeptes den Verlauf einer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflussen und zu einem offenen selbstbestimmten Umgang mit einer Krankheit bzw. einer Einschränkung beiträgt.

Based on the current level of knowledge in pediatric rehabilitation, psychological topics such as coping, a positive attitude to future perspective, as well the feeling to handle the illness or the changes of the illness in a self-determined way, are prevalent in addition to the primary burden of the illness itself.

These issues can be addressed in different ways. One of them is the strengthening or building up of a positive self-concept. Since the development and structuring of the self-concept begins in the earliest childhood, it is ongoing during the time within a pediatric rehabilitation and can be negatively influenced by drastic experiences such as a disease

or an accident. A construction or reconstruction of a positive and strong self-concept during a pediatric rehabilitation can be supported by psychomotricity. The fundamental psychomotricity approach to movement benefits the child's and young people's world of experience, which is strongly defined by body experiences. Thus psychomotricity measures can take place accompanying therapeutic measures or as outpatient treatment after a completed rehabilitation. As a care service afterwards it can support to transfer healthy behavior to everyday life. Psychomotricity promotion of the self-concept can influence the process of a pediatric rehabilitation in a positive way. It can encourage young people and their caregiver to a straight and self-determined handling of the illness or their restriction.