

Universität Augsburg
Philosophisch - Sozialwissenschaftliche Fakultät
Schulpädagogik - Zusatzqualifikation - Förderbedarf (§116)
Seminar: Trainingsseminar zum Umgang mit Kindern mit besonderem Förderbedarf
Schwerpunkt: Hochbegabung, Legasthenie, AD(H)S, Verhaltensauffälligkeiten (Teil1)
Sommersemester 2013
Dozent: Herr Wolf-Dieter Schuster

Fördermöglichkeiten für AD(H)S-betroffene Kinder in außerschulischen Kooperationen

Die Kunstwerkstatt

eingereicht am 09.10.2013

Elena Betz
Bäckergasse 17
86450 Augsburg
elena.betz@t-online.de
LA Rs. Englisch, Kunst (LPO 2008)
8. Semester, Matrikeln.: 1122468

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
1. Diagnose AD(H)S.....	3
1.2. Kernsymptome und Ursachen	3
1.2. Begleitstörungen	4
1.3. Diagnostik und Prävalenz.....	5
1.4. Andere Ursachen und Einflussfaktoren.....	6
1.5. Therapeutische Ansätze – ressourcenorientiert	8
2. Kunstwerkstatt der Pädagogischen Praxis Diedorf	8
Fazit	11
Literaturverzeichnis	12
Anhang.....	13

Einleitung

Auch wenn die Diagnose Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitäts-Störung (AD(H)S) in den letzten Jahren häufig gestellt wird, ist diese Verhaltensauffälligkeit nicht neu. Dr. Heinrich Hoffman hat schon mit seinen Märchenfiguren Zappel-Phillip und Hans-Guck-in-die-Luft auf solch ein Verhalten Bezug genommen und beschrieben. Die Kinder sind motorisch unruhig, impulsiv oder verträumt. Sie sind oft unaufmerksam und haben Schwierigkeiten sich über längeren Zeitraum zu konzentrieren (Schröder 2006). Die Verhaltensauffälligkeiten, die dem Entwicklungsstand nicht entsprechen, werden oft vorschnell als das Ergebnis unzureichender Erziehung gedeutet. Doch nach dem heutigen wissenschaftlichen Kenntnisstand wird AD(H)S als eine neurobiologisch bedingte Wahrnehmungsstörung beschrieben (Arthen/Ruf 2012). Die Störung ist zwar nicht vollständig heilbar, aber mit Hilfe einer aufgeklärten und unterstützenden Umwelt können Kinder und Jugendliche Wege finden, mit ihren Schwächen umzugehen und ihre Stärken gewinnbringend einzusetzen. Besonders Lehrkräfte sollten sich mit dem Krankheitsbild und den versteckten Potentialen dieser Kinder auseinandersetzen, um Schulverdruss und Schulversagen zu vermeiden. Da Betroffene von AD(H)S oft als besonders kreativ und phantasievoll gelten (Schröder 2006, S. 26), halten Kunstunterricht, aber auch außerschulische Kooperationen im kreativen Bereich einige Förderungsmöglichkeiten bereit. Mit dieser Arbeit möchte ich meine praktische Erfahrung und die kreative Arbeit mit einer Mischgruppe in der *Ganzheitlich Pädagogischen Praxis* schildern. Aber zunächst soll genauer auf die Symptome und die Diagnose von AD(H)S eingegangen und mögliche Ursachen und Einflüsse beleuchtet werden. Neben der Beschreibung meiner Tätigkeit in der außerschulischen Kooperation, stellen Beobachtungen und Gedanken zu Fördermöglichkeiten für AD(H)S-betroffene Kinder und Jugendliche den Schwerpunkt dar.

1. Diagnose AD(H)S

1.2. Kernsymptome und Ursachen

Eine Störung des Gehirnstoffwechsels wird nach heutiger Auffassung als die wahrscheinlichste Ursache von AD(H)S vermutet. Demnach ist eine neurochemische Störung der Botenstoffe (Neurotransmitter) anzunehmen, die für die Informationsaufnahme, Informationsfilterung und -übertragung zwischen den Zellen zuständig sind. Neurotransmitter wie Dopamin steuern die Aktivität, den Antrieb und die Motivation, während Noradrenalin für die Aufmerksamkeit und Aktivität und Serotonin für die Stimmung und Impulskontrolle zuständig sind (Schröder 2006, S. 47ff). „Eine Studie von Krause (2000) geht davon aus, dass zunächst ein Überschuss an Dopamintransportern vorhanden ist, der jedoch zu schnell [...] weiterbefördert wird, so dass in Folge eine postsynaptische Dopaminarmut entsteht, die eine Störung der Informationsweitergabe im neuronalen Netzwerk zur Folge hat“ (Wohler 2011, S. 176). Die Bereiche des Frontalhirns, die für die Aufnahme und Verarbeitung von Reizen und Sinneseindrücken und für die Aufmerksamkeit, Konzentration und Wahrnehmung verantwortlich sind, seien so in ihrer Funktion gestört. (Schröder 2006, S.47ff und Arthen/Ruf S.8f). Durch die gestörte Filter- und Hemmungsfunktion haben Betroffene Schwierigkeiten Reize zu filtern, zu selektieren, zu sortieren, abzulegen, zu löschen und weiterzuleiten. Daher zeichnet sich die Stoffwechselstörung meist durch „erhebliche Beeinträchtigung der Konzentration und Daueraufmerksamkeit, durch Störungen der Impulskontrolle und der emotionalen Regulation, sowie fakultativ durch motorische Hyperaktivität bzw. Unruhe“ ab (Arthen/Ruf 2012 S.8). Das H- in AD(H)S ist deshalb in Klammern gesetzt, weil es nicht immer zwingend auftreten muss. Die Vigilanz (Wachheit) und die Motivation (Arthen/Ruf 2012) können durch die Dopaminarmut so beeinträchtigt sein, dass die Kinder entweder zappelig und unruhig, oder aber auch unauffällig und verträumt erscheinen. „Auch die Selbststeuerung ist [oft] betroffen. Gefühle entladen sich deshalb impulsiv, überschießend und unkontrolliert. [...] Die motorischen Fähigkeiten und Aktivitäten, insbesondere bei Koordination der Grob- und Feinmotorik sowie bei der Kraftdosierung, sind häufig ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen“(Arthen/Ruf 2012, S.9). Die Impulsivität erschwert den sozialen Umgang und stört oft die Umwelt, während die Unruhe des Betroffenen die eigene Wahrnehmung zum Beispiel im Unterrichtsgeschehen beeinträchtigt (Wohler 2001, S. 176). Die Konzentration fällt schwer, da die Kinder die Aufmerksamkeit nicht lange auf eine Sache richten können und sich schnell ablenken lassen.

1.2. Begleitstörungen

“Eine unbehandelte AD(H)S kann störendes Verhalten in Kindergarten, Schule, Familie und Freizeit, starke Verträumtheit, Entwicklungs-Lernstörungen und andere psychische Symptome oder Beziehungs- und Verhaltensstörungen hervorrufen“ (Arthen/Ruf 2012, S.8). Zu den Kernsymptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität kommen je nach Gestalt und Ausprägung der Störung Begleiterscheinungen hinzu. „10-25% der Kinder entwickeln zusätzlich zur AD(H)S auch Teilleistungs- bzw. Lernstörungen“ (Arthen/Ruf 2012, S.16). Nach *adhs-deutschland* treten aktuell in Deutschland folgende Erkrankungen im Kindesalter gehäuft im Zusammenhang mit AD(H)S auf. In ca. 30 % der Fälle treten neben AD(H)S auch Lese- Rechtschreib- und/oder Rechenstörungen auf. Aufgrund einer visuellen oder auditiven Wahrnehmungsstörung haben die betroffenen Kinder Probleme beim Erlernen des Lesens und Schreibens. Eine grundlegende Schwäche im Umgang mit Zahlen und Mengen und einem mangelhaften räumlichen Orientierungssinn (Dyskalkulie) konnte ebenfalls häufig im Zusammenhang mit AD(H)S beobachtet werden. Diese Kinder und Jugendlichen haben Schwierigkeiten sich Zahlen und Mengen vorzustellen und Zeit-, Längen-, Gewicht- und Maßeinheiten zu verstehen. So stoßen sie zum Beispiel auf Probleme wenn sie verschiedene Größen vergleichen und ordnen sollen. “Ungefähr ein Drittel der Kinder mit AD(H)S hat zusätzlich eine Tic-Störung“, wobei man zwischen motorische, vokale Tics und Tourette-Syndrom unterscheidet (Arthen/Ruf 2012, S.17). Autismus konnte in 6% der Fälle mit AD(H)S in Zusammenhang gebracht werden. Neben motorischen Teilleistungsstörungen sind auch Sprachentwicklungsstörungen als Begleiterscheinung zu beobachten. Eine erhöhte Unfallrate unter AD(H)S - Betroffenen ist mit einer Störung der Bewegungsabläufe zu erklären. „Probleme mit der Grob- und Feinmotorik können sich in unkoordinierten Bewegungen und einer ausgeprägten Ungeschicklichkeit oder in einem unleserlichen krakeligen Schriftbild zeigen“ (Arthen/Ruf 2012, S. 17). Die Teilleistungsschwächen und hinzukommende Störungen im Sozialverhalten haben oft Schulunlust und Schulversagen zur Folge. In der Schule erfahren diese Kinder und Jugendlichen kaum Erfolg und auch ihre teilweise aggressiven oder oppositionellen Verhaltensweisen (z.B. Wutausbrüche) machen den sozialen Umgang in der Klasse nicht leicht. Eine geringe Selbstwirksamkeit und die Erfahrungen des Versagens und des Ausgegrenztseins führen oft zu einem gestörten Selbstbewusstsein und können Zwänge und Depressionen auslösen (Arthen/Ruf 2012, S. 16f).

Daher ist es nicht verwunderlich, dass „[...] bei bis zu einem Viertel der von AD(H)S-betroffenen Kinder [Angststörungen auftreten]“ (Arthen/Ruf 2012 S.16). Ebenfalls konnte bei den Betroffenen ein erhöhtes Suchtrisiko festgestellt werden (Wohler 2011, S. 176). Drogen können als Mittel gegen die Unruhe oder als Verdrängung der Ängste dienen. Auch wenn die Kinder und Jugendlichen unter medikamentöser Behandlung sind, müssen sie eventuell mit Nebenwirkungen, wie Schlafstörungen und anderen noch unbekanntem Langzeitschäden rechnen. Diese lange Liste an Begleiterscheinungen zeigt, wie unterschiedlich AD(H)S in seinen Symptomen auftreten kann.

1.3. Diagnostik und Prävalenz

Man geht heute davon aus, dass es sich bei AD(H)S um eine genetisch bedingte Prädisposition handelt, die vererbbar und vor dem 7. Lebensjahr festzustellen ist. Um AD(H)S zu diagnostizieren, können die Symptome neben anderen Labortestverfahren wie EEG, Blut-, Leber-, Schilddrüsentests, nach DSM IV oder nach ICD-10 (siehe Angang 1.) von Psychologen abgeprüft werden (Arthen/Ruf S. 13f). „In Deutschland wird eine Diagnose noch überwiegend nach dem ICD-10 gestellt. Die Problematik hierbei ist, dass nur die hyperaktive Variante der AD(H)S dokumentiert ist, während die Variante ohne Hyperaktivität keine Beachtung findet“ (Arthen/Ruf2012, S.8f). Voraussetzung für die Diagnose AD(H)S ist, dass die Probleme und Symptome nicht nur in der Schule auftreten, sondern mit „einer bestimmten Dauer und situationsübergreifend auch in anderen Lebensbereichen zu beobachten sind und zwar in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaßes“ (Wohler 2011, S.175). Auffällig ist allerdings, dass immer mehr Eltern ihre Kinder als AD(H)S-betroffen einschätzen, obwohl die tatsächlichen Zahlen etwas anderes aussagen (adhs info). Nach Wohler tritt „ADHS aus medizinischer Sicht mit einer Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) von 3-5% in Deutschland auf. [...Dabei] sind Jungen im Verhältnis 4:1 häufiger betroffen als Mädchen“ (Wohler 2011, S.175). Arthen und Ruf schätzen, dass nach den heute gängigen Diagnosekriterien ICD 10 und DSM IV ca. 3-12% der Bevölkerung betroffen sind (2012, S. 8). Die Abweichungen verschiedener Literaturquellen in der Prävalenz lässt vermuten, dass die Diagnose der AD(H)S noch nicht völlig ausgereift ist. Außerdem mehren sich die Stimmen, die eine übereilte und unnötige Medikamentierung und „eine unangemessene Pathologisierung bei Millionen von [‘anstrengenden’] Kindern vermuten“ (Wohler 2011,S.177). Fest steht, dass AD(H)S heute als „eine der häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalter beschrieben wird“ (Wohler 2011, S.175).

1.4. Andere Ursachen und Einflussfaktoren

Allerdings sind die Ursachen der Entwicklungsstörung noch nicht eindeutig erforscht (adhs.info). Auch wenn nach jetzigem Stand die genetischen Faktoren beim Störungsbild der AD(H)S eine zentrale Rolle einnehmen, werden psychosoziale Faktoren wie Lern- und Umweltbedingungen zur Ursachenforschung hinzugezogen. „Fachleute gehen heute davon aus, dass verschiedene genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren zusammenwirken müssen, damit es zu einer Erkrankung bzw. zu einer Entwicklungsbeeinträchtigung kommt“ (Arthen/Ruf 2012, S. 9). Einig ist man sich darin, dass auch wenn psychosoziale Faktoren nicht direkt zur Entstehung der Krankheit beitragen, sie zumindest die Störung in ihrem Verlauf und Gestalt beträchtlich lenken können. Als Einflussfaktoren werden familiäre Bedingungen und der Erziehungsstil, sowie „ungünstige psychosoziale Bedingungen (z.B. Vernachlässigung in Form von Deprivation)“ (Wohler 2011, S.176) diskutiert. Wegen der genetischen Prädisposition sind auch häufig Verwandte im engeren Kreis von den Symptomen betroffen, wodurch die Kinder schon früh mit Unruhe, Impulsivität und verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten seitens der Eltern konfrontiert werden (Schröder 2006, S.49). „Negative Entwicklungsbedingungen wie Belastungen in der Beziehung, familiärer Stress, ein ungünstiges Milieu, Traumata, ein Elternteil mit nicht erkannter AD(H)S etc. können die Ausprägung und die Entwicklung von zusätzlichen Sekundärstörungen begünstigen und verstärken“ (Arthen/Ruf 2012, S. 10). Allerdings bedingen sich die Belastungen durch die AD(H)S-Erkrankung und die familiären Probleme gegenseitig. Reagieren die strapazierten Eltern wütend und mit Unverständnis auf die Verhaltensauffälligkeiten, wird das Familienleben und die Beziehung zwischen Eltern und Kind beeinträchtigt und das oppositionelle und aggressive Verhalten des Kindes gesteigert. „Oft entsteht ein Teufelskreis von elterlicher Verzweiflung, von Ermahnungen und Grenzüberschreitungen und einer Intensitätssteigerung der Symptomatik beim AD(H)S-Kind“ (Arthen/Ruf 2012, S.10). Wie die Krankheit sich auswirkt und verläuft wird wesentlich von den Lern- und Umweltbedingungen und geeigneten Fördermaßnahmen beeinflusst. Deshalb ist besonders in Familie, Kindergarten, Schule und außerschulischen Kooperationen ein verständnisvoller und kompetenter Umgang nötig.

Wird ein betroffenes Kind [...] von Anfang an empathisch unterstützend erzogen, also mit klaren Regeln und Strukturen, mit der Ankündigung aller Verhaltens- und Lernerwartungen, mit freundlichem Tonfall, und wird es bei Fehlern kurz und unaufgeregt korrigiert, so entsteht die Chance auf einen deutlich besseren Entwicklungsverlauf und die Vermeidung bzw. Verringerung von Sekundärstörungen der AD(H)S (Arthen/Ruf 2012, S.10).

Neben psychosozialen Bedingungen können auch Komplikationen und Belastungen, die während der Schwangerschaft, der Geburt oder im frühen Kindesalter auftreten, Einflussfaktoren für die AD(H)S-Erkrankung darstellen. Zum Beispiel können starker Nikotin- oder Alkoholkonsum der Mutter, die Einnahme von Medikamenten oder Stress während der Schwangerschaft, sowie Frühgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht eine Beeinträchtigung der Hirnfunktionen nach sich ziehen (adhs.info). In der neueren Hirnforschung hat man außerdem einen geringeren Umfang des Gehirns von AD(H)S-betroffenen Kindern entdeckt, was allerdings noch als vorläufiger Forschungsstand behandelt wird.

Auch wenn diese psychosozial und neurobiologisch ungünstigen Faktoren häufig mit AD(H)S auftreten, ist die Forschung noch nicht soweit kausale Zusammenhänge festzustellen. Zum Beispiel erklärt die Tatsache, dass viele Erwachsene ihre unentdeckte AD(H)S-Erkrankung mit Nikotin oder Alkohol therapieren, weshalb Kinder rauchender Mütter häufiger von AD(H)S betroffen sind.“ Ob hier genetische Ursachen oder der Nikotinkonsum die Auslöser waren, kann man noch nicht differenzieren“ (Arthen/Ruf 2012 S. 10).

Skeptiker, die die wissenschaftlich anerkannte AD(H)S-Krankheit (Arthen/Ruf 2012 S. 8), nicht als solche akzeptieren, sehen die Ursachen der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen in der veränderten und beschleunigten Lebensumwelt, im Medienkonsum und in der unzureichenden körperlichen bzw. sportlichen Betätigung begründet (Roggensack 2006). Die allgemein zunehmenden Probleme, die Aufmerksamkeit und Konzentration über längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten, scheinen nicht nur Kinder mit AD(H)S zu betreffen. Ob die Kinder oder Jugendlichen nun von AD(H)S betroffen sind oder nicht, die Förderung von Konzentrations- und Leistungsfähigkeit zum Beispiel über die Kunst, mag nie verkehrt sein.

1.5. Therapeutische Ansätze – ressourcenorientiert

Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite als medikamentierbare Krankheit anzuerkennen verschafft Erleichterung für Eltern und Betroffene, da Erklärung, Rechtfertigung und Lösung nicht zwingend im eigenen Verhalten zu suchen sind. Allerdings, sollte u.a. wegen den Nebenwirkungen und den noch unbekanntem Langzeitwirkungen des Ritalins (Wohler 2011, S.177) nicht alle Hoffnung auf das Medikament gesetzt werden, sondern nach Möglichkeiten gesucht werden, mit den Defiziten durch geeignete Handlungsmethoden umzugehen. Dabei empfiehlt es sich die Stärken des Kindes in Blick zu nehmen und dort anzusetzen.

Diese Kinder trotzen oft vor Energie, wollen mit anpacken und helfen, sind neugierig und begeisterungsfähig, haben ein großes Verständnis für Recht und Unrecht, zeichnen sich aus durch spontane und ausgeprägte Hilfsbereitschaft, schaffen bei entsprechender Motivation und wenn sie unter Druck stehen ein riesiges Arbeitspensum, sind sensibel für Stimmungen und Sympathie, sind kreativ und mit viel Phantasie begabt, sind risikofreudig und ständig einsatzbereit, haben Humor und können andere gut unterhalten[...], zeichnen sich aus durch einen unerschütterlichen Optimismus und lassen sich nicht so schnell unterkriegen (Schröder 2006, S.26).

Besonderer Wert sollte diesen speziellen Eigenschaften von AD(H)S-Betroffenen zugesprochen werden, da sie sich durchaus gewinnbringend einsetzen lassen, wie auch Vorbilder aus der Vergangenheit zeigten. “Anhand der Analyse der Biographien bekannter Persönlichkeiten lässt sich heute sagen, dass sich erfolgreiche Künstler, Erfinder und Politiker, wie zum Beispiel Einstein, Churchill, Pestalozzi, Edison und Mozart, mit großer Wahrscheinlichkeit an ADS litten“(Schröder 2006, S.26). Da die AD (H)S-Betroffenen oft als kreativ gelten und sich für Kunst begeistern können, eignet sich besonders die künstlerische Beschäftigung, um ihr Stärken zu fördern aber auch an ihren Defiziten zu arbeiten.

2. Kunstwerkstatt der Pädagogischen Praxis Diedorf

Die Pädagogische Praxis Diedorf arbeitet in Kooperation mit Schulen im Raum Augsburg und bietet Beratung, Unterstützung und ganzheitliche Förderung für Kinder und Jugendliche mit Lese-Rechtschreibschwäche, Legasthenie, Dyskalkulie, Hochbegabung, AD(H)S und Konzentrationsstörungen und schulische Blockaden allgemeiner Art. Neben den Trainingseinheiten bei geschulten Psychologen und Pädagogen, können die Kinder im Sinne der Ganzheitlichkeit ein reichhaltiges Entspannungs- und Förderangebot wie Nachhilfe,

Kunst- Tanz- oder Kochkurse, Massagen und Outdoor-Aktivitäten wahrnehmen. Seit April 2013 übernehme ich dort die Kunst- und Kreativworkshops für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren, die sich aus gemischten Gruppen von höchstens fünf Teilnehmern zusammensetzen. Bisher arbeitete ich mit Kindern der dritten bis sechsten Klasse, die verschiedene oder aber auch keine Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Die beschränkte Zahl der Teilnehmer und die gemischte Gruppenzusammenstellung macht eine individuelle und intensive Betreuung möglich, schafft aber auch eine Atmosphäre, in der die Kinder ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln und soziale Kontakte und Freundschaften knüpfen können. Innerhalb der kleinen Gruppe kann ausreichend auf die eigenen gestalterischen Ideen und Wünsche der einzelnen Teilnehmer eingegangen werden, was auch die Kreativität und Motivation steigert und aufrechterhält. Der große Vorteil der außerschulischen Kooperation liegt darin, dass die Kinder und Jugendlichen freiwillig am Kunst- und Kreativworkshop teilnehmen können. So bringen die meisten schon eine gewisse Grundmotivation und Interesse an Kunst und Werken mit. Doch ist es nicht immer leicht auf die geschlechterunterschiedlichen Interessen und die altersspezifischen Entwicklungsstände einzugehen. Deshalb wurden auf Themen, Sozialformen, Techniken und Materialien möglichst vielfältig und abwechslungsreich zurückgegriffen. Verschiedene Druck und Experimentiertechniken mit Wasser- und Acrylfarbe, Holz und Ton kamen bisher zum Einsatz. Ich versuchte auch den Schwierigkeitsgrad und die Aufgaben in ihrer Offenheit zu variieren, um die Kreativität zu fördern und einer Über- oder Unterforderung entgegenzuwirken. Allerdings beobachtete ich, dass sehr offene Aufgabenstellungen zwar anfänglich mit Freude und Tatendrang beantwortet wurden, doch die Ideenfindung und Ausführung sehr schnell und lieblos ausfielen. Die Teilnehmer standen weder unter Abgabeno- noch unter Zeitdruck und waren frei in ihrem künstlerischen Ausdruck. Doch das selbständige kreative Arbeiten fiel einigen nicht ganz leicht. Auch wenn die Eigenständigkeit so gefördert werden kann, mögen ein gewisser Druck oder vorgegebene Strukturen nicht schaden, um ein intensiveres Arbeiten anzuregen. Strukturierung, klare Anweisungen, Rituale, Regeln und Verhaltens- und Lernerwartungen sind besonders für AD(H)S-Betroffene wichtig, um nicht von neuen Situationen und zu viel Reizen überfordert zu werden. Von allzu sehr geschlossenen Aufgaben ist allerdings auch abzuraten, da sie eine freie Entfaltung der Kreativität und Selbständigkeit einschränken. Vor allem das aktive selbständige Gestalten und Entscheiden bietet spielerischen Raum und Gelegenheit Selbstwirksamkeit zu erfahren. Durch die aktive Tätigkeit können die Kinder und Jugendlichen ihre ganze Energie gewinnen

einsetzen und müssen nicht still sitzen und zuhören. Bei einer geschlosseneren Aufgabe, wie zum Beispiel beim Drucken zum Thema Safari, bemerkte ich, wie die Kinder konzentriert bei der Sache blieben, da der Rahmen und die Struktur klar vorgegeben war. Es waren aber auch einige Anläufe und Erklärungen nötig, bis den Kindern die Arbeitsschritte und das saubere Arbeiten leicht von der Hand gingen. Das Drucken, aber auch das konstruktive Bauen mit Holz zeichnete sich als gute Arbeitsorganisationsübung und Konzentrationsförderung ab. Planendes und vorausschauendes Arbeiten, aber auch problemlösendes und kreatives Denken waren zum Beispiel beim Bau von kleinen Holzschiffchen nötig, da nur eine begrenzte Auswahl an Materialien zur Verfügung stand. Auch wenn die Kinder nicht alle unter AD(H)S litten, sondern verschiedenen Störungen wie LRS oder Dyskalkulie aufwiesen, bemerkte ich, dass oft die Konzentration und Aufmerksamkeit schnell nachließ und die Frustrationstoleranz und Ausdauer recht niedrig lag. Schon kleinere, nicht anspruchsvolle, aber nötige Arbeitsschritte motorischer oder organisatorischer Art stellten für manche Kinder kleinere Herausforderungen dar. Ich beobachtete zum Beispiel, wie das Heraussuchen von sieben gleich langen Nägeln aus einer Menge unterschiedlichen Nägel einem elfjährigem Jungen, der unter Dyskalkulie litt, große Schwierigkeiten bereitete. Nach Reduzierung der Menge und erneuter Motivation konnte er die Aufgabe lösen, allerdings wandte er sich danach desinteressiert von der Arbeit ab und ließ sich schnell ablenken. Beim Töpfern war deutlich zu sehen welche Freude sie hatten, ihre Energie am Ton auszulassen und mit aller Kraft das Material zu bearbeiten und zu kneten. Als es aber an die Feinmotorik ging, musste ich einige Kinder unterstützen, da das glatte Verstreichen des Tons Probleme bereitete. Auch wenn die Kinder motorisch an ihre Grenzen stoßen, haben sie beim Gestalten die Gelegenheit spielerisch an ihren Defiziten zu arbeiten. Das gemeinschaftliche Arbeiten an einem freien Motiv mit Acryl auf Leinwand bereitete den meisten Teilnehmern ebenfalls Schwierigkeiten, da sie sich nicht einigen konnten, oder ein Partner den andern klar dominierte. Dennoch kamen die Paare zu einem guten Ergebnis und konnten so ihre Teamfähigkeit trainieren. Allerdings ist besonders bei der künstlerischen Tätigkeit die Zusammenarbeit bei unterschiedlichen künstlerischen Fähigkeiten und Vorstellungen nicht einfach. Doch das planende Vorgehen und die Kommunikationsfähigkeit können so geschult werden, während zusätzlich der soziale Umgang und das Gemeinschaftsgefühl gestärkt wird. Auffällig war, dass die meisten Kinder den kommunikativen Austausch während der zwei Stunden des Kunst- und Kreativworkshops sehr schätzen und teilweise persönliche Dinge von sich und ihrer Familie preisgaben. Durch die positive Atmosphäre gewannen die Kinder Vertrauen

nicht nur zu mir, sondern zu den anderen Kindern und vor allem zu sich selbst. Durch Lob und Präsentation der Arbeiten, zum Beispiel vor dem Haus, wurden sie in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt und motiviert, selber daheim künstlerisch tätig zu sein. Eventuell können so die von Konzentrationsschwierigkeiten betroffenen Kinder eine geeignete Methode entwickeln, um an ihrem Schwächen zu arbeiten und zu Ruhe und Ausgeglichenheit zu kommen. Für mich als angehende Kunstlehrerin war es eine schöne und wertvolle Erfahrung mit Kinder zu arbeiten, die unter Verhaltensauffälligkeiten leiden. Entgegen meiner Befürchtungen, waren die Kinder auch nicht schwieriger als andere. Ich lernte sie besser verstehen, mich in sie Hineinzuversetzen und auf ihre Besonderheiten einzugehen, was mir auch gewisse Ängste im Umgang mit auffälligen Kindern nahm.

Fazit

Beim Gestalten und Werken werden u.a. Leistung, Ausdauer, Motorik, Organisation, Teamfähigkeit, Kreativität, Konzentration und Wahrnehmung gefordert und gefördert. Besonders für Kinder und Jugendliche, die von AD(H)S betroffen sind, bietet die künstlerische Tätigkeit einige Gelegenheiten, an ihren Defiziten in der Konzentration- und Aufmerksamkeitsfähigkeit und an ihrer Impulskontrolle zu arbeiten. Beim Malen, Zeichnen, Werken, Drucken usw. können sie ihre Stärken zeigen und in der Versunkenheit des kreativen Prozesses zur Ruhe und Ausgleich kommen. Mit gestärktem Selbstbewusstsein und im entspannten Zustand lassen sich auch größere Leistungsanforderungen zuversichtlicher und besser meistern. In Zeiten der Leistungsgesellschaft und der einhergehenden Krankheiten wie *Burnout* scheint es allgemein immer wichtiger zu werden, wie man sich neben all den Anforderungen und den Unruhen des Alltags entspannen kann. Denn ohne Entspannung sind Überforderung und damit ein Leistungsabfall vorprogrammiert. In dieser Hinsicht haben außerschulische Kooperationen klaren Vorteil gegenüber der Schule. Denn hier wird die Entspannung und Kreativität nicht durch Noten oder Zeitdruck beeinträchtigt. Ob die Kinder und Jugendlichen, nun unter AD(H)S leiden oder nicht, der Weg über die Kunst scheint eine geeignete Möglichkeit, die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Schröder, Annette: ADHS in der Schule. Göttingen 2006.
- Arthen, Karin/ Ruf, Brigit: AD(H)S und Wahrnehmungsauffälligkeiten. Früherkennung und Prävention im Kindergarten und in der ersten Klasse. Band 1. Donauwörth (2. Aufl.) 2012.
- Roggensack, Claudia : Mythos ADHS. Konstruktion einer Krankheit durch die monodisziplinäre Gesundheitsforschung. Heidelberg 2006.
- Wohler, Dagmar: Kunsttherapie bei Kindern mit einem diagnostizierten ADHS-Syndrom. In: Gruber, Harald (Hg.): Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen. aktuelle Bezüge aus klinischen und sozialen Anwendungsfeldern. Berlin 2011, S.175-189.
- Krause, K.H./Krause, J. (2000): Increased striatal dopamine transporter in adult patients with ADHD: effects of Methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. Neuroscience letters 285.

Internetquellen:

- <http://www.adhs-deutschland.de/Home/Begleitstoerungen/Die-Begleiterkrankungen-bei-ADHS.aspx> , aufgerufen am 05.10.2013
- <http://www.adhs.info/fuer-eltern/was-ist-das/haeufigkeit/adhs-in-deutschland.html> , aufgerufen am 5.10.2013

Anhang

1. Arthen/Ruf 2012 , S. 13 f

Symptomkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV
<p>A) Unaufmerksamkeit (mindestens 6 von 9 Punkten sollten erfüllt sein)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Beachtet Einzelheiten häufig nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu erhalten.3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen.4. Führt Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).5. Hat Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung oder beschäftigt sich nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengung erfordern (wie die Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).8. Lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken.9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
<p>B) Hyperaktivität (mindestens 3 von 5 Punkten sollten erfüllt sein)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.2. Steht (häufig) in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.3. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).4. Hat oft Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.5. Nur in ICD-10: Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderung nicht durchgreifend beeinflussbar ist. Nur in DSM-IV: Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“.
<p>C) Impulsivität (mindestens 1 von 4 Punkten sollte erfüllt sein)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.2. Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).4. Nur im ICD-10: Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren).

Diagnosekriterien nach ICD-10						
Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität	+	Impulsivität		Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung
situationsübergreifend						
+						Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
Störung des Sozialverhaltens						

Diagnosekriterien nach DSM-IV					
Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität/Impulsivität			Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Mischtyp
situationsübergreifend					
Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität/Impulsivität			Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: vorwiegend unaufmerksamer Typ
situationsübergreifend					
Hyperaktivität/Impulsivität		+	Aufmerksamkeitsstörung		Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ
situationsübergreifend					

Schaubild nach Döpfner/Schürmann/Fröhlich 2002, S. 16.