

Bachelorarbeit 2

Klettern im Rahmen der Ergotherapie

Auswirkungen auf das Regelverhalten eines Kindes mit diesbezüglichen Beeinträchtigungen

Vorgelegt von: Erhartmaier Stefanie

Matrikelnummer: 1110659029

Studiengang: Ergotherapie

Lehrveranstaltung: BAA5

Eingereicht am Studiengang: 2011/ 2014

Mag. Eva Hagmair

(Name der Betreuerin/des Betreuers, der Begutachterin/des Begutachters)

Linz, 6.2.2014

Kurzfassung

Problemdarstellung/ Kurzinhalt: Im Kindesalter sind Störungen des Sozialverhaltens ein häufiges Vorkommnis, welches auf Grund unterschiedlichster Ursachen und Wirkungsmechanismen auftreten kann. Die Prävalenz dissozialer Störungen ist in den letzten Jahrzehnten bedeutend gestiegen (vgl. Remschmidt, H. et al. 2008: 307; Baierl, M. 2008: 334). Zu den sozialen Fähigkeiten gehört auch jene, Regeln einzuhalten (von Schirmacher T. 2001, vgl. zitiert nach Scheepers, C. et al. 2007: 471). Die Einhaltung von Regeln stellt eine ständig präsente Anforderung im Alltag eines Kindes dar. Regeln finden sich innerhalb der Familie, im Kindergarten, auf Spielplätzen sowie im Straßenverkehr, und sind ein zentrales Element von Spielen (vgl. Treeß, H. 1990: 136).

Klettern als Sport kann die Psychomotorik fördern und bietet vielfältiges pädagogisches Potential. Soziales Lernen wird ermöglicht, und das Kind kann ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit erleben (vgl. Bielick, M. 2006: 6 & Winter S. 2000: 8). Beim therapeutischen Klettern werden unterschiedliche soziale Aspekte angesprochen und die Persönlichkeitsentwicklung gefördert (vgl. Institut für Therapeutisches Klettern 2013 und Winter 2000: 18). Das Kind lernt beim Klettern sowie beim Sichern sich an bestimmte Regeln zu halten (vgl. Institut für Therapeutisches Klettern 2013). Es bietet die Möglichkeit, kooperatives Verhalten zu schulen und soziale Spielregeln zu lernen (vgl. Winter 2000: 24, 28). Therapeutisches Klettern kann somit die Handlungskompetenz von Kindern und Jugendlichen fördern (vgl. Winter 2000: 19).

Forschungsfrage: Welche Auswirkungen haben neun Einheiten Klettern im Rahmen der Ergotherapie innerhalb eines Zeitraums von fünf Wochen auf das Regelverhalten eines Kindes mit diesbezüglichen Beeinträchtigungen?

Forschungsmethode: Qualitative Einzelfallstudie

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, ob und inwiefern therapeutisches Klettern in der Ergotherapie Einfluss auf das Regelverhalten eines Kindes mit diesbezüglichen Beeinträchtigungen nimmt.

Ergebnisse/ Diskussion: An Hand des Vergleichs der Ersterhebung mit der Enderhebung der Daten lässt sich eine Verbesserung des Regelverhaltens bei einem Kind mit diesbezüglichen Beeinträchtigungen feststellen. Die Regelverstöße innerhalb des Therapiekletterns verringerten sich um 54,54 %. Das heißt, dass die neun Einheiten des therapeutischen Kletterns eine positive Auswirkung auf das Regelverhalten im Rahmen dieses therapeutischen Settings hatten.

Schlüsselwörter: Regelverhalten, therapeutisches Klettern/ Klettertherapie, Kinder

Abstract

Introduction: The development of social skills starts in early childhood. As a part of growing up, every child has to acquire social skills to cope with certain tasks and to get on well with his culture and his social environment (cf. Langmaack, B. 2004: 201 f.). The prevalence of disorders in social behaviour has increased significantly in the last decades. Inappropriate social behaviour is caused by different reasons (cf. Remschmidt, H. et al. 2008: 307; Baierl, M. 2008: 334).

Observing the rules is an important part of social skills (Schirmacher T. 2001, cf. quoted in Scheepers, C. et al. 2007: 471), which is required constantly in the daily life of a child. Rules are included in family life, playschools, playgrounds, traffic and are an essential element of playing (cf. Treeß, H. 1990: 136).

Climbing can facilitate the psychomotor domain and provides multifarious educational potential. It enables social learning and supports the self-development (cf. Institut für Therapeutisches Klettern 2013 and Winter 2000: 18). With climbing and securing the child learns to observe to certain rules (cf. Institut für Therapeutisches Klettern 2013). Climbing is an opportunity to train cooperative behaviour and learn about social rules (cf. Winter 2000: 24, 28). Therefore climbing can promote the occupational performance of children and adolescents (cf. Winter 2000: 19).

Research question: What are the effects of nine units climbing in an occupational therapy setting over a period of five weeks on the behaviour of children concerning observation of rules?

Research method: Qualitative single case study

Objective: The aim of this bachelor thesis was to demonstrate if climbing in an occupational therapy setting has an effect on children with deficits concerning the observation of rules.

Results/ Discussion: Comparing the first and the second data collection, the results show an improvement in the Breaches of the rules have been decreased by 54,54 %. Therefore nine units climbing in an occupational therapy setting had a positive effect on the behaviour of children concerning the observation of rules.

Keywords: therapeutic climbing, children, rules

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Mag. Eva Hagmair für die Betreuung meiner Bachelorarbeit, bedanken.

Weiterhin gilt mein besonderer Dank Frau Dr. Astrid Fridrich, MSc, MEd, Frau Martina Populorum und Herrn Philipp Ruspeckhofer, die es mir ermöglichten, meine Datenerhebung in der Klettertherapiegruppe des Therapiehauses Pfiffikus durchzuführen, und mich mit Ratschlägen und Hilfestellungen unterstützten. Außerdem bedanke ich mich bei den Eltern des Kindes, das für meine Einzelfallstudie ausgewählt wurde, für die Unterstützung und Bereitschaft meine Fragen zu beantworten.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meinen Korrekturleserinnen/ Korrekturlesern.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Problemaufriss	7
1.2	Ergotherapeutische Relevanz.....	8
1.3	Definitionen	9
1.3.1	Regeln	9
1.3.3	Gruppentherapie.....	10
1.3.4	Klettern	11
1.3.5	Bouldern	12
1.3.6	Toprope	12
1.4	Forschungsfrage (PICO)	12
1.5	Ziel	12
2	Methode	13
2.1	Qualitative Einzelfallstudie.....	13
2.1.1	Populationswahl	13
2.1.2	Datengewinnung/ Datensammlung	13
2.2	Gütekriterien.....	15
3	Therapieklettern Therapiehaus Pfiffikus	16
4	Ergebnisse	19
4.1	Ergotherapeutische Befunderhebung	19
4.1.1	Auszug aus dem Elterngespräch	19
4.2	Anfangserhebung	20
4.3	Enderhebung.....	24
5	Diskussion.....	28
5.1	Methodik.....	30
6	Conclusio	32
	Literaturverzeichnis	33
	Tabellenverzeichnis	35
	Anhang A: Beobachtungsbogen zum Regelverhalten im Rahmen des Therapiekletterns	36
	Eidesstattliche Erklärung.....	39

Abkürzungsverzeichnis

et al.	–	und andere
vgl.	–	vergleiche
z.B.	–	zum Beispiel
etc.	–	et cetera
bzw.	–	beziehungsweise
f.	–	folgende
ADHS	–	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom

1 Einleitung

1.1 Problemaufriss

Schon in der frühen Kindheit legt die Entwicklung die Grundsteine für soziale Kompetenz. Jeder muss sich jedoch im Heranwachsen soziale Fertigkeiten aneignen, um sich gut in seiner Kultur und seinem Umfeld zurechtzufinden. Das Lernen sozial kompetenten Verhaltens ist also Teil der normalen kindlichen Entwicklung (vgl. Langmaack 2004: 201 f.).

Soziale Fertigkeiten sind vor allem wichtig um Entwicklungsaufgaben, wie z.B. den Schuleintritt, zu bewältigen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2006; Steinhausen et al. 1998 zitiert nach Malti und Perren 2008: 9), und ein zufriedenstellendes Zusammenleben in der Familie, aber auch im breiteren sozialen Umfeld zu gewährleisten. Besonders für die Akzeptanz in der Gleichaltrigengruppe spielen sie eine große Rolle. Außerdem beeinflussen sie die Resilienz der Kinder (vgl. Jugert et al. 2011: 11 f.).

Im Kindesalter sind Störungen des Sozialverhaltens ein häufiges Vorkommnis, welches auf Grund unterschiedlichster Ursachen und Wirkungsmechanismen auftreten kann. Die Prävalenz dissozialer Störungen ist in den letzten Jahrzehnten bedeutend gestiegen. (vgl. Remschmidt et al. 2008: 307; Baierl 2008: 334)

Probleme in der sozialen Komponente können Auswirkungen auf die Lebensbereiche des Kindes, wie z.B. Produktivität und Freizeit haben. Kinder, die ein gestörtes Sozialverhalten zeigen, oder in der Entwicklung des Sozialverhaltens rückständig sind, werden vor allem in der Schule vor große Herausforderungen gestellt. Auch das soziale und familiäre Umfeld hat oft Schwierigkeiten im Umgang mit diesem Verhalten – das kann für beide Seiten sehr belastend sein.

Zu den sozialen Fähigkeiten gehört auch jene, Regeln einzuhalten (von Schirmmacher 2001, vgl. zitiert nach Scheepers et al. 2007: 471). Die Einhaltung von Regeln stellt eine ständig präsente Anforderung im Alltag eines Kindes dar. Regeln finden sich innerhalb der Familie, im Kindergarten, auf Spielplätzen sowie im Straßenverkehr, und sind ein zentrales Element von Spielen (vgl. Treeß 1990: 136). Sie sind essentiell für ein relativ konfliktfreies Miteinander und unterstützen die Entwicklung des Kindes (vgl. Becker und Steding-Albrecht 2006: 216; vgl. Jugert 2011: 58)

Die soziale Interaktion ist ein wichtiges Medium für die menschliche Entwicklung. Ein bedeutsames Interaktionsmittel ist die Bewegung. Zum Beispiel stellen Fortbewegungen wie das Krabbeln, Gehen oder Klettern entscheidende Schritte zur Entwicklung einer Interaktionskompetenz dar (vgl. Treeß 1990: 25).

Vor allem in den letzten Jahren haben die Medizin, Sonder- und Heilpädagogik und Psychologie dem Klettern vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, und es fand Eingang in die Ergo- und Physiotherapie (vgl. Alpenvereinsjugend 2004: 18). Klettern als Sport kann die Psychomotorik fördern und bietet vielfältiges pädagogisches Potential. Soziales Lernen wird ermöglicht, und das Kind kann ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit erleben (vgl. Bielgk 2006: 6 & Winter 2000: 8). Daraus resultiert eine positiv ausgeprägte Handlungskompetenz (vgl. Deffner: 3). Wertvolle Erfahrungen werden durch unterschiedlichste soziale und emotionale Eindrücke gesammelt (vgl. Winter 2000: 25). In der Gruppe können sich Kinder mit Regeln und Anweisungen auseinandersetzen, und lernen damit umzugehen (vgl. Scheepers et al. 2007).

1.2 Ergotherapeutische Relevanz

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten regen Patientinnen/ Patienten zur Betätigung und zum Handeln an. Die Handlungsfähigkeiten eines Menschen werden ab der frühen Kindheit entwickelt, und von vielen verschiedenen Faktoren und Erfahrungen, zum Beispiel Erziehung oder Schule, beeinflusst. Viele Aktivitäten bringen uns mit anderen Personen in Kontakt und sind deshalb häufig mit Kommunikation verbunden. In solchen Handlungen sind nicht nur geistige oder sensomotorische Fertigkeiten, sondern im Besonderen zwischenmenschliche Fähigkeiten gefragt, um diese gut ausführen zu können (vgl. Kubny-Lüke 2007: 479).

Aufgabe der Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten ist es, Defizite im Sozialverhalten zu erkennen und soziale Fertigkeiten, die für die Entwicklung des Kindes essentiell sind, zu fördern. Der Erwerb sozialer Kompetenzen wird in der Ergotherapie als Richtziel gesehen. Als weiteres Ziel gilt die Neuordnung von Verhalten. Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten beeinflussen die Sozialisation und fördern beziehungsweise unterbinden in der Therapie bestimmte Verhaltensweisen. Sie bieten sinnliche, motorische und soziale Erfahrungen zur Entwicklungsförderung von Handlungs- und Denkmöglichkeiten. In der Therapie können die Kinder ihre sozialen Fähigkeiten in einem geschützten Rahmen erproben und trainieren, um sie dann im Alltag umzusetzen (vgl. Becker und Steding-

Albrecht 2006: 392; Becker und Steding-Albrecht 2006: 130; Scheepers et al. 2007: 431, 437; Scheiber 1995: 126).

Beim therapeutischen Klettern werden unterschiedliche soziale Aspekte miteinbezogen und die Persönlichkeitsentwicklung gefördert (vgl. Institut für Therapeutisches Klettern 2013 und Winter 2000: 18). Das Kind lernt beim Klettern sowie beim Sichern sich an bestimmte Regeln zu halten (vgl. Institut für Therapeutisches Klettern 2013). Es wird die Möglichkeit geboten, kooperatives Verhalten zu schulen und soziale Spielregeln zu lernen (vgl. Winter 2000: 24, 28). Klettern kann somit die Handlungskompetenz von Kindern und Jugendlichen fördern (vgl. Winter 2000: 19).

1.3 Definitionen

1.3.1 Regeln

*„Regeln verweisen auf konkrete Verhaltensanforderungen in bestimmten Situationen.“
(Raithe, J. et al. 2009: 25)*

Für Jesper Juul sind Regeln Routinevorgänge in der Familie, für Traditionen, Aufgaben und Pflichten. Die Gründe dafür, Regeln festzulegen, gestalten sich dabei recht unterschiedlich. Manche Eltern haben Regeln auf Grund ihrer religiösen Überzeugung oder pädagogischen Prinzipien, denen sie sich verschrieben haben. Regeln können aber auch Produkt von Unsicherheit seitens der Eltern sein (vgl. Juul 2000: 28 f.)

Nach Lothar Klein umfasst der Begriff „Regeln“ viele unterschiedliche Aspekte: einerseits gegenseitige Vereinbarungen und Abmachungen, und andererseits Anweisungen, Gebote und Verbote (vgl. Klein 2000: 10). Er verweist auf etwas Regelmäßiges, Wiederkehrendes (vgl. Klein 2000: 12). Durch die Validität von Regeln werden Situationen gekennzeichnet (Gerrig und Zimbardo 2008: 670).

Regeln und Strukturen sind bedeutsame Rahmenbedingungen in der Kindheit. Sie sind für größere Gruppen und das zwischenmenschliche Miteinander essentiell (vgl. Klauß et al. 2013: 57 f.). Regeln können explizit sein und gelehrt werden. Oder sie werden durch zwischenmenschliche Aktionen in bestimmten Umwelten implizit vermittelt (Gerrig und Zimbardo 2008: 670). Sich Grenzen unterzuordnen, stellt für Kinder eine ständige Anforderung dar: z.B. im Kindergarten, im Sportverein oder in der Schule (vgl. Juul 2000: 31).

1.3.2 Soziale Kompetenz

Hinsch und Pfingsten (2007: 4) definieren soziale Kompetenz als „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“

Kanning versteht unter sozial kompetentem Verhalten, das „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird.“ (Kanning 2003: 15). Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen (vgl. Gambrell 1995a zitiert nach Hinsch, und Pfingsten 2007: 4):

Nein sagen	Gefühle offen zeigen
Versuchungen zurückweisen	Komplimente akzeptieren
Auf Kritik reagieren	Auf Kontaktangebote reagieren
Änderungen bei störendem Verhalten verlangen	Gespräche beginnen
Widerspruch äußern	Gespräche aufrechterhalten
Unterbrechungen im Gespräch unterbinden	Gespräche beenden
Sich entschuldigen	Erwünschte Kontakte arrangieren
Schwächen eingestehen	Um einen Gefallen bitten
Unerwünschte Kontakte beenden	Komplimente machen

Tabelle 1 Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen in Anlehnung an Gambrell, E. (1995a)

1.3.3 Gruppentherapie

Aus sozialpsychologischer Sicht definiert Lindgren (1973) eine Gruppe folgendermaßen: „Wenn zwei oder mehr Personen in irgendeiner Beziehung zueinander stehen, bilden sie eine Gruppe.“ (Lindgren 1973: 347).

In einer ergotherapeutischen Gruppe besteht die Möglichkeit folgende Aspekte zu fördern:

- Handeln im sozialen Kontext
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Strukturierung von Aufmerksamkeit und Impulsivität
- Einbinden von Handlungsplanung, die mit sozialer Interaktion verknüpft werden kann

(Becker und Steding-Albrecht 2006: 392)

Auch Beratung und Information der Eltern gehören zur Gruppentherapie dazu (vgl. Becker und Steding-Albrecht 2006: 392).

Schmitman (2010: 33) nennt einige Vorteile von Gruppentherapie zur Förderung sozialer Kompetenz:

- Kinder lernen voneinander
- Kinder erleben soziale Eingebundenheit
- Motivationssteigerung durch Gruppendynamik
- Kinder merken, dass sie mit ihrer Problematik nicht allein sind
- Kinder erleben sich nicht als „therapiebedürftige Sonderlinge“
- Kinder können Gelerntes sofort anwenden
- Aktuelle Konflikte können sofort aufgegriffen werden
- Gruppengemeinschaft kommt Alltagssituationen nahe
- Besserer Transfer in den Alltag

1.3.4 Klettern

Der Mensch klettert bereits seit Urzeiten – damals stellte das Klettern allerdings mehr Mittel zum Zweck dar. Es gehört zur Basis der menschlichen Bewegungsformen und ist ein grundlegendes Bedürfnis der kindlichen Entwicklung. Klettern als Sport fand erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts seine Anfänge (vgl. Perwitschky 2007: 10 und Flecken und Heise-Flecken 2010: 7).

Klettern kann man an Felsen verschiedenster Gesteinsart, oder auch an künstlichen Kletterwänden mit Plastikgriffen, meist in Hallen (vgl. Winter 2000: 13 f.). Um eine Route zu klettern, gibt es viele unterschiedliche Formen an Begehungsstilen (vgl. Winter 2000: 14).

1.3.5 Bouldern

Unter dem Begriff „Bouldern“ versteht man ungesichertes Klettern in Absprunghöhe. Es hat sich mittlerweile zu einer eigenständigen Form des Kletterns etabliert (vgl. Perwitschky 2007: 14f., 105). In Indooranlagen wird über Weichbodenmatten gebouldert, was ein optimales Spielfeld für Kinder und Jugendliche bietet (vgl. Alpenvereinsjugend 2004: 12).

1.3.6 Toprope

Das Klettern im Toprope ist die sicherste Art, um sich über der Absprunghöhe zu bewegen. Es eignet sich für den Einstieg ins Seilklettern. Weite Stürze sind nicht möglich – das Seil kommt immer von oben und ist in eine Umlenkung am Ende der Route eingehängt, so dass beide Seilstränge bis zum Boden reichen. Das eine Seilende dient dem Kletterer als Anseilpunkt, das andere Seilende wird von der/ dem Sichernden verwendet (vgl. Bundeslehrteam ÜL Sportklettern 2008: 22; vgl. Winter 2000: 76).

1.4 Forschungsfrage (PICO)

Welche Auswirkungen haben neun Einheiten Klettern im Rahmen der Ergotherapie innerhalb eines Zeitraums von fünf Wochen auf das Regelverhalten eines Kindes mit diesbezüglichen Beeinträchtigungen?

1.5 Ziel

Klettern kommt in der ergotherapeutischen Praxis immer häufiger zum Einsatz. Bisher gibt es jedoch noch nicht viele Evidenzen, welche den Erfolg des Therapiekletterns bestätigen. Die meisten davon beziehen sich auf die Sensomotorik. Die Entscheidung, dass ein Kind zur ergotherapeutischen Klettergruppe zugewiesen wird, fällt jedoch oft auf Grund von Defiziten in der sozialen Komponente bzw. der Förderung der Sozialkompetenz. Gruppentherapeutische Angebote mit dem Fokus auf soziale Kompetenz können diese nachweislich verbessern (Hinsch und Pfingsten 2007; Lim et al. 2007; Wekenmann und Schlottke 2011). Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, ob und inwiefern therapeutisches Klettern in der Ergotherapie Einfluss auf das Regelverhalten eines Kindes mit diesbezüglichen Beeinträchtigungen nimmt.

2 Methode

2.1 Qualitative Einzelfallstudie

Als Methode wurde die Einzelfallstudie gewählt. Einzelfalluntersuchungen finden besonders in der Erkundung psychologischer, medizinischer oder pädagogischer Hypothesen Anwendung. Es geht darum, Hypothesen über Merkmale oder Verhaltensweisen einer einzelnen Person zu überprüfen. Die im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Hypothese ist, dass Klettern im therapeutischen Setting eine Veränderung des Regelverhaltens bewirkt. Im Gegensatz zu Stichprobenuntersuchungen sind Einzelfalluntersuchungen besser überschaubar, und das Untersuchungsfeld begrenzt sich auf ein Individuum (vgl. Bortz und Döring 2006: 580). Es soll ein ganzheitliches und realistisches Bild der sozialen Welt geschaffen werden (vgl. Lamnek 2005: 299). Dies wurde versucht, indem Informationen aus verschiedenen Quellen eingeholt wurden. Bei der Einzelfallstudie geht es um Handlungsmuster, die sich in generellen Strukturen manifestieren und nicht nur einmalig vorkommen (vgl. Lamnek 2005: 312). Die zu untersuchende Situation soll dem Alltag so ähnlich wie möglich sein (vgl. Lamnek 328). In dieser Arbeit wurden die Beobachtungen in Alltagssituationen des Kindes, das heißt in den Einheiten des Therapiekletterkurses, vorgenommen.

2.1.1 Populationswahl

Die Populationswahl erfolgte durch eine der den Kurs leitenden Therapeutinnen. Es wurde versucht eine repräsentative Stichprobe auszuwählen. Diese erfolgte in dieser Arbeit jedoch nicht durch eine Zufallsauswahl (vgl. Lamnek 2005: 313). Es wurde eine Einzelperson bestimmt, die zur Untersuchung der Forschungshypothese als geeignet angesehen wurde. Im Fall dieser Arbeit heißt das, dass ein Kind, das an der Therapiegruppe teilnimmt, ausgesucht wurde, das Defizite im Bereich des Regelverhaltens aufweist. Diese Defizite wurden sowohl von der zuständigen Ergotherapeutin, als auch von der neurologischen Kinderärztin festgestellt.

2.1.2 Datengewinnung/ Datensammlung

Zur Beschaffung der zu analysierenden Daten wurden als Methoden die natürliche, teilnehmende, offene, jedoch strukturierte Beobachtung und das Leitfaden-Interview (vgl. Lamnek 2005: 728) gewählt. Des Weiteren wurden Informationen aus bereits vorhandenen Dokumenten und Befunden miteinbezogen (vgl. Lamnek 2005: 316). Diese stammen von der Ergotherapeutin, die zuvor in Einzeltherapie mit Lukas (Name wurde von der Autorin geändert) arbeitete, bzw. von einer Fachärztin für Neuropädiatrie. Das

heißt, die Form der Datenerhebung war sowohl qualitativ als auch quantitativ. Es erfolgte eine Feldbeobachtung in einer natürlichen Alltagssituation des zu untersuchenden Individuums (vgl. Lamnek 2005: 565).

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Beobachtung an Hand des Beobachtungsbogens vorgenommen. Es wurden Informationen vom bereits vorhandenen ergotherapeutischen Befund, Anamnesegespräch und bisherigen Therapieverlauf der zuständigen Ergotherapeutin eingeholt. Außerdem wurde ein kurzes Interview mit den Eltern vor Beginn des Therapieblocks geführt. Darauf folgten gezielte und strukturierte Beobachtungen des Regelverhaltens, um mögliche Auswirkungen festzustellen. Die Ersterhebung fand in der zweiten, bzw. der Teil des Seilkletterns in der dritten Einheit statt, damit gewährleistet war, dass das Kind die Regeln, den Ablauf der Therapie und die Therapeutinnen bzw. den Sportkletterlehrwart kennt.

Erhebungsinstrument

Zur Erhebung der Daten wurde von der Autorin ein Beobachtungsbogen erstellt, da kein bereits vorhandenes Assessment zur Überprüfung der Fragestellung geeignet war. Der Beobachtungsbogen wurde speziell an die Kursinhalte vom Therapiehaus Pfiffikus angelehnt und beinhaltet Beobachtungspunkte, die speziell in der Klettertherapie dieser Institution von Bedeutung sind. Die Punkte wurden bewusst negativ formuliert, da die Beobachtung bzw. ein schnelles Festhalten von Beobachtetem von der Autorin somit als leichter empfunden wurde. Die Punkte wurden so beschrieben, dass immer ein Regelverstoß oder ein unerwünschtes Verhalten festgehalten wird. Es wird mitgezählt, wie oft es zu einem Verstoß oder deplaciertem Verhalten kommt. Zusätzlich gibt es eine Spalte für qualitative Bemerkungen. Somit kann z. B. das Ausmaß oder die Qualität des Regelverstoßes festgehalten werden. Hierbei steht ein interpretativer Zugang im Zentrum (vgl. Bortz und Döring 2006: 262).

Um den Beobachtungsbogen zu entwerfen, hospitierte die Autorin zu Beginn dieser Arbeit in drei Einheiten einer anderen Klettertherapiegruppe, die vor der eigentlichen Beobachtung stattfand. Das heißt, dass das zu beobachtende Kind in dieser Gruppe nicht dabei war. Bei dieser unstrukturierten Beobachtung wurden lediglich die Daten für die Erstellung des Beobachtungsbogens, das heißt zum Zwecke der geplanten strukturierten Beobachtung, gesammelt. Dabei hielt sie fest, welche Regeln von den Kindern eingehalten werden müssen. Der Ablauf des Therapiekletterns ist immer derselbe, darum konnten die Informationen diesbezüglich übernommen werden. Die Strukturierung ermöglicht dem Beobachtungsvorgang einen höheren Grad der Kontrollierbarkeit, jedoch keine Garantie, alles Bedeutsame zu erfassen (vgl. Lamnek 2005: 560).

Zusätzlich befragte die Autorin die Therapeutinnen die diese Gruppe leiten. Der fertige Bogen wurde dann einer Therapeutin vorgelegt, um die Inhalte auf Richtigkeit zu überprüfen und Fehlendes zu ergänzen.

2.2 Gütekriterien

Um quantitative und qualitative empirische Forschung und ihre Methoden zum Erkenntnisgewinn auf ihre Qualität zu untersuchen, sind generelle Kriterien unerlässlich (vgl. Lamnek 2005: 142). Als die wichtigsten Gütekriterien werden Objektivität, Reliabilität und Validität angesehen (vgl. Bortz und Döring 2006: 326).

Das bedeutendste Kriterium beider Forschungsansätze ist die Validität, oder auch Gültigkeit (vgl. Bortz und Döring 2006: 327). Sowohl die Datengewinnung als auch die Auswertung und Interpretation werden auf ihre Gültigkeit überprüft und kritisch betrachtet (vgl. Lamnek 2005: 149).

Die Validität in dieser Arbeit ist nicht gegeben, da weder die erhobenen Daten via Interview, noch die Daten der Beobachtung validiert wurden.

Die Expertenvalidität (Expert Validity) (vgl. Lamnek 1980: 109 zitiert nach Lamnek 2005: 151) wird in dieser Arbeit gewährleistet, in dem das von der Autorin erstellte Erhebungsinstrument zwei Expertinnen zur Überprüfung vorgelegt wurde. Im Rahmen der ersten Datenerhebung wurde ein Versuch der Validierung durch Datentriangulation vorgenommen, da die Daten sowohl einer Beobachtung als auch einem Interview entstammen (vgl. Lamnek 2005: 158 f.).

Unter Reliabilität wird in der qualitativen Forschung die Zuverlässigkeit der Daten verstanden. Ob, und inwiefern qualitative Erhebungstechniken reliabel sein sollen, ist jedoch ungeklärt (vgl. Bortz und Döring 2006: 327).

In der vorliegenden Arbeit ist die Reliabilität nicht garantiert, da keine Wiederholung der Datenerhebung vorgenommen wurde, und die Situationen dieser Datenerhebung einer Einzigartigkeit und Individualität (vgl. Bortz und Döring 2006: 327) unterliegen.

Die Objektivität wird als interpersonaler Konsens verstanden (vgl. Bortz und Döring 2006: 326). „[...] unterschiedliche Forscher müssen bei der Untersuchung desselben Sachverhalts mit denselben Methoden zu vergleichbaren Resultaten kommen können.“ (Bortz und Döring 2006: 326)

Die Objektivität dieser Arbeit ist nicht gewährleistet, da die Untersuchung ein- und erstmalig von der Autorin an Hand des selbst erstellten Beobachtungsbogens durchgeführt wurde.

3 Therapieklettern Therapiehaus Pfiffikus

Das ergotherapeutische Klettern vom Therapiehaus Pfiffikus findet in der Kletterhalle Auwiesen statt. Dort steht ein abgegrenzter Kursbereich zur Verfügung, welcher eine Boulderwand, drei Bereiche zum Seilklettern und eine große Fläche zum Sitzen bzw. für den Parcours beinhaltet. Außerdem können Schuhe und Gurte, sowie das nötige Sicherungsmaterial dort ausgeborgt werden.

Eine Einheit therapeutisches Klettern dauert 1,5 Stunden. Es findet zwei Mal pro Woche statt, und insgesamt sind es neun Einheiten. Vor dem ersten sowie nach dem letzten Termin findet jeweils ein Elternabend statt. In der siebten Einheit wird das „Elternklettern“ angeboten – hier sollen die Eltern die Bewegungsangebote selbst ausprobieren. Dabei werden sie unter anderem von ihren Kindern instruiert und begleitet. Vor Beginn der Einheit sollen die Kinder bereits umgezogen von ihren Eltern zum Eingang der Kletterhalle gebracht werden. Dort werden sie von den Therapeutinnen abgeholt.

Die folgende Beschreibung des Therapiekletterns enthält hauptsächlich Informationen, die in Bezug auf diese Arbeit von Bedeutung sind.

Begrüßung

Die Kinder und Therapeutinnen bzw. der Sportkletterlehrwart sitzen gemeinsam in einem Kreis. Jeder hat sich in der ersten Einheit einen Stein bzw. einen Klettergriff ausgesucht. Diesen muss sich jedes Kind merken, denn es soll sich in jeder Einheit denselben Stein nehmen. Den Kindern wird erklärt, dass sie besonders vorsichtig damit umgehen müssen, da die Steine sehr leicht brechen. In der dritten Einheit darf jeder seinem Stein einen Namen geben. Jede weitere Einheit beginnt damit, dass in der Runde durchgefragt wird, ob man sich erinnern kann, welcher Stein zu wem gehört und wie dieser heißt. Danach werden die Steine wieder in die Kiste zurückgelegt. Weiters werden die Kinder zu Beginn jeder Einheit gefragt, wie das Kommandowort heißt („Jetzt“).

Aufwärmen

Um die Muskeln aufzuwärmen werden unterschiedliche Aufwärmübungen mit den Kindern durchgeführt. Diese finden auf der Matte vor der Boulderwand statt. Die Kinder stellen sich in einer Reihe an und die Therapeutin zeigt eine Aufwärmübung vor (z.B. Hasenhüpfen, Springen mit geschlossenen Beinen, seitliches Hüpfen, etc.). Die Kinder führen die Übung nacheinander bis zum Ende der Matte aus, und berühren dort mit der Hand die Wand. Danach sollen sie neben der Matte zurück zum Start gehen und sich wieder in der richtigen Reihenfolge anstellen.

Parcours

Während sich die Kinder aufwärmen, wird ein Parcours aufgebaut. Dieser beinhaltet vor allem Gleichgewichtsübungen. Außerdem müssen die Kinder ganz genau auf das Kind das vor ihnen dran ist achten, da dieses ungefähr bei der Hälfte des Parcours klatscht – das ist das Startzeichen für das nächste Kind. Dies stellt eine Herausforderung an die Aufmerksamkeitsleistung dar.

Schuhe anziehen

Nach dem Parcours ziehen sich alle Kinder die Kletterschuhe an. Wer noch keine Masche binden kann, bekommt von einer der Therapeutinnen bzw. dem Sportkletterlehrwart Unterstützung. Wenn möglich, sollen die Kinder im Laufe der Klettertherapie lernen, selbständig eine Masche zu binden.

Auf dem linken Kletterschuh befindet sich vorne ein rotes Pickerl, auf dem rechten ein gelbes. Dies spielt beim Parcours und beim Bouldern eine große Rolle. Z.B. dürfen die Kinder beim Parcours mit dem linken Schuh nur auf rote Steine steigen, und rechts nur auf gelbe. Beim Bouldern ist dies vor allem für die Rot-Gelb-Übung wichtig, denn die Anordnung der roten und gelben Tritte ist so gemacht, dass die Kinder beim Steigen überkreuzen müssen.

Bouldern

Beim Bouldern werden die Kinder auf zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe startet am linken Rand der Kletterwand, die andere am rechten. Es befindet sich eine Markierung am Boden, hinter der sich die Kinder anstellen sollen. Der Startgriff ist auf beiden Seiten genau definiert (Fisch oder Fischflosse). Auf der Wand befindet sich ca. einen halben Meter über dem Boden eine schwarze Linie – diese dürfen die Kinder mit den Füßen nicht überschreiten – außer die Übung gibt es vor. Ca. einen Meter darüber befindet sich eine rote Linie – diese darf mit den Händen nicht überschritten werden. In der Mitte der Boulderwand befindet sich eine vertikale orange Linie. Die Übungen werden bis zu dieser Linie durchgeführt, und dann sollen die Kinder von der Wand herunterklettern, und nicht auf die Matte springen. Wer springt, muss noch einmal hochklettern und dann abklettern. Die Therapeutin/ der Sportkletterlehrwart zeigt eine Übung vor (z.B. nur auf die grünen Tritte steigen, rot-gelb steigen, etc.) die die Kinder dann ausführen sollen. Wenn das Kind ungefähr die Hälfte geschafft hat, erreicht es eine rote Markierung an der Wand – diese ist Startzeichen für das nächste Kind.

Seilklettern

Mit dem Seil wird erst in der dritten Einheit geklettert. Den Kindern wird zuerst erklärt, wie sie den Klettergurt richtig anziehen. Die Klettergurte werden so am Boden positioniert, dass die Kinder leicht hinein steigen können. Dann holen sie sich zwei Schraubkarabiner. Es wird ihnen gezeigt, wie man diese öffnet und schließt und richtig in den Gurt einhängt. Danach werden die Kinder in Zweiergruppen aufgeteilt, so dass immer zwei Kinder mit einer Therapeutin/ dem Sportkletterlehrwart klettern. Die Kletterpartner sollen sich selbständig ausmachen wer als erster klettert und wer sichert. Anschließend wird das Sicherungsgerät eingehängt, bzw. das kletternde Kind am Seil eingebunden. Dann werden die Kinder angeleitet, den überaus wichtigen „Partnercheck“ zu machen – das heißt in diesem Fall, sie sollen jeweils beim anderen kontrollieren, ob die Karabiner zugeschraubt sind.

Danach fragt das kletternde Kind das Kind das sichert, ob es losklettern kann. Wenn dieses das Einverständnis gibt, kann das Kind beim ersten Mal bis zur roten Linie klettern – diese befindet sich ca. 1,5 m über dem Boden. Das sichernde Kind wird von der Therapeutin/ dem Sportkletterlehrwart geführt. Hat das kletternde Kind die rote Linie erreicht, fragt es die Sichernde/ den Sichernden, ob sie/ er bereit ist, und es sich ins Seil setzen kann. Im Anschluss daran werden unterschiedliche Übungen durchgeführt, z.B. Kniebeugen, Arme ausbreiten, etc.. Wenn das Kind damit fertig ist, wird es wieder abgelassen.

Abschied

Nach dem Seilklettern setzen sich die Kinder wieder in den Kreis auf die Matte, wie zur Begrüßung. Es geben sich alle die Hände, und dann wird das Abschiedsspiel gespielt. Danach erklärt die Therapeutin wo sich die Kinder anstellen sollen. Dann wird in einer Reihe mit den Kindern in die Umkleidekabine gegangen. Dort ziehen sich die Kinder selbständig bzw. mit Unterstützung der Therapeutinnen um und warten bis alle fertig sind. Danach werden sie zu ihren Eltern entlassen.

4 Ergebnisse

4.1 Ergotherapeutische Befunderhebung

Lukas, 5,1 Jahre – Kindergartenkind

Kinderärztliche Diagnose:

Verdacht auf Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität

Umschriebene motorische Entwicklungsstörung (vor allem in der Feinmotorik)

Artikulationsstörung

→ Therapieempfehlung: Ergotherapie mit Schwerpunkt Aufmerksamkeitstraining und pädagogische Maßnahmen mit liebevoller, aber konsequenter Grenzsetzung und Regelverhalten, Verbesserung der Koordinationsprobleme, Stärkung des Selbstbewusstseins. Klettertherapie oder Psychomotorikgruppe zur Verbesserung der sozialen Kompetenz.

Lukas hat bereits drei Blöcke Ergotherapie absolviert. Probleme, die bisher im Einzelsetting in der Ergotherapie behandelt wurden: Verhaltensorganisation, Regeln, Grafomotorik, Feinmotorik.

4.1.1 Auszug aus dem Elterngespräch

Lukas hat einen älteren Bruder, zu welchem gerade kein Kontakt besteht, da dieser vor kurzem ausgezogen ist. Er besucht einen Integrationskindergarten – dort kommen die Pädagoginnen/ Pädagogen laut seiner Mutter gut mit Lukas zurecht, und können gut mit ihm umgehen. Sie berichtet auch, dass er gerne in den Kindergarten geht und dort Freunde hat, mit denen er spielt. Spielregeln einzuhalten fällt ihm jedoch besonders schwer. Vor allem zu Beginn eines Spiels soll es für Lukas recht schwierig sein, sich an die Regeln zu halten. Außerdem berichten die Eltern, dass das Einhalten von Regeln schlechter funktioniert, wenn Lukas überlastet ist.

Zu Hause gibt es laut den Eltern ein paar fixe Regeln. Diese variieren jedoch situativ und werden flexibel eingesetzt. Daheim kann sich Lukas nur schwierig an Regeln halten. Das Einzige, was laut seiner Mutter hilft, ist konsequent und streng zu bleiben. Wenn Lukas sich nicht an Regeln halten kann, dann gibt es von Seiten den Eltern Konsequenzen – diese werden ihm vorher erklärt, und variieren je nach Situation (ein Beispiel: sein Freund darf nicht mehr zu Besuch kommen). Was Lukas noch dabei hilft, Regeln einzuhalten ist, wenn man ihm erklärt, was bezüglich des Tagesablaufs als nächstes passiert (z.B. wenn

Besuch kommt), und wie er sich dabei zu verhalten hat. Deshalb ist der Tagesablauf, vor allem in der Früh und am Abend, an den meisten Tagen gleich.

4.2 Anfangserhebung

Die erste Datenerhebung wurde mit Lukas in der zweiten, bzw. der Teil des Seilkletterns in der dritten Einheit des ergotherapeutischen Kletterns durchgeführt. Lukas war zum Zeitpunkt der Erhebung 5,1 Jahre alt. Zur Erhebung wurde der entworfene Beobachtungsbogen verwendet (siehe Anhang A). In dieser Einheit waren zwei Therapeutinnen, ein Sportkletterlehrwart und eine Praktikantin vor Ort. Es befanden sich sechs Kinder in der Gruppe.

Allgemein

Das Kind lacht andere Kinder aus.

Wurde 1 Mal beobachtet.

Das Kind beleidigt andere Kinder oder Therapeuten.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind kann das Kommandowort „Jetzt“ nicht einhalten.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind ist grob zu anderen Kindern.

Wurde 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas zeigt kein adäquates Nähe-Distanz-Verhalten; er kann keinen Abstand zu anderen Kindern einhalten.

Aufwärmen

Das Kind drängt sich in der Reihe vor.

Wurde 2 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas hat sich nach der Übung nicht hinten angestellt, sondern hat sich gleich vor ein anderes Kind in der Reihe eingeordnet.

Das Kind bleibt nicht in der Reihe/ läuft davon.

Wurde 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas fällt es sehr schwer, ruhig in der Reihe stehen zu bleiben. Er „blödelt“ viel, und lenkt damit auch die anderen Kinder ab.

Das Kind führt die Übung nicht bis zum Ende der Matte aus.

Wurde 3 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas hat bei der ersten Übung, in der alle Kinder in einer Reihe bis zum Ende der Matte und wieder zurück laufen, bei der Hälfte der Matte schon wieder umgedreht.

Das Kind verlässt beim Zurückgehen den ausgemachten Weg/ verhält sich nicht wie es mit den Therapeutinnen/Therapeuten ausgemacht wurde.

Wurde 3 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas lässt sich auf die Matte fallen; streift entlang der Matte; verhält sich „provokant“ und „blödelt“.

Das Kind stellt sich nicht in der Reihe an wenn es fertig ist.

Wurde 1 Mal beobachtet.

Parcours

Das Kind drängt sich in der Reihe vor.

Wurde 2 Mal beobachtet.

Das Kind bleibt nicht in der Reihe/ läuft davon.

Wurde 1 Mal beobachtet.

Das Kind begibt sich nicht in die Startposition wenn das vorherige Kind vom Seil herunter steigt.

Wurde 1 von 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas ist unaufmerksam und bleibt nicht bei der Sache.

Das Kind startet den Parcours nicht, wenn das vorherige Kind das „Klatschzeichen“ gibt.

Wurde 1 von 1 Mal beobachtet.

Das Kind hält sich nicht an die Farbmarkierung.

Wurde 1 Mal beobachtet.

Bouldern

Das Kind drängt sich in der Reihe vor/verlässt die Reihe.

Wurde 3 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas läuft ständig herum und kann nicht in der Reihe stehen bleiben.

Das Kind klettert nicht los, wenn das vorherige Kind die ausgemachte Markierung erreicht hat.

Wurde 2 von 2 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: ist nicht bei der Sache, achtet nicht darauf was das vorherige Kind macht.

Das Kind fängt nicht beim definierten Startgriff an zu klettern.

Wurde 1 von 2 Mal beobachtet.

Das Kind klettert mit den Händen über die rote Linie.

Wurde 4 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Die rote Linie wurde vier Mal bei einer Übung überschritten.

Das Kind klettert mit den Füßen über die schwarze Linie.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind klettert nicht von der Wand auf die Matte (sondern springt).

Wurde 1 von 2 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas sieht vorher nach ob ihm ein Therapeut zusieht und hüpft dann „provokant“ auf die Matte.

Seilklettern

Das Kind macht den „Partnercheck“ nicht.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Wurde von der Therapeutin zum ersten Mal erklärt und angeleitet.

Das Kind fragt das sichernde Kind nicht ob es losklettern darf.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Wurde von der Therapeutin zum ersten Mal erklärt und angeleitet.

Das Kind klettert weiter als es mit der Therapeutin/ dem Therapeuten ausgemacht wurde.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind fragt das sichernde Kind nicht ob es sich ins Seil setzen darf.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

Das Kind räumt die Kletterschuhe nicht zurück in den Kasten.

Wurde 0 Mal beobachtet.

→ Allgemeine qualitative Beobachtung:

Lukas ist sehr unaufmerksam und kann sich nicht auf das Sichern konzentrieren, obwohl ihn die Therapeutin mehrmals darauf hinweist und ihm erklärt wie wichtig das ist, da er für die Sicherheit des anderen Kindes verantwortlich ist. Er lässt während des Sicherns das Bremsseil aus.

Abschluss

Das Kind stellt sich nicht in der Reihe an und wartet bis alle Kinder versammelt sind.

Wurde 1 von 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas war beim Holen seiner Trinkflasche langsamer als die anderen Kinder, und drängt sich vor bzw. stellt sich ganz vorne in die Reihe.

Das Kind nimmt die Trinkflasche in den Mund.

Wurde 3 Mal beobachtet.

Das Kind bleibt nicht in der Reihe beim Zurückgehen in die Umkleidegarderobe.

Wurde 0 Mal beobachtet.

4.3 Enderhebung

Die Enderhebung fand in der letzten, beziehungsweise neunten Einheit des therapeutischen Kletterns statt. Lukas war zu diesem Zeitpunkt 5,2 Jahre alt. Es befanden sich 5 Kinder in der Gruppe. Die Betreuung erfolgte von einer Therapeutin, einem Sportkletterlehrwart und einer Praktikantin.

Allgemein

Das Kind lacht andere Kinder aus.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind beleidigt andere Kinder oder Therapeuten.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind kann das Kommandowort „Jetzt“ nicht einhalten.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind ist grob zu anderen Kindern.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Aufwärmen

Das Kind drängt sich in der Reihe vor.

Wurde 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas hat sich nach der Übung nicht hinten angestellt, sondern hat sich gleich vor ein anderes Kind in der Reihe eingeordnet.

Das Kind bleibt nicht in der Reihe/ läuft davon.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind führt die Übung nicht bis zum Ende der Matte aus.

Wurde 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas muss bei einer Übung oft von der Therapeutin aufgefordert werden die Übung bis zum Ende durchzuführen, schafft es aber schließlich.

Das Kind verlässt beim Zurückgehen den ausgemachten Weg/ verhält sich nicht wie es mit den Therapeutinnen/ Therapeuten ausgemacht wurde.

Wurde 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas lässt sich einmal auf die Matte fallen.

Das Kind stellt sich nicht in der Reihe an wenn es fertig ist.

Wurde 0 Mal beobachtet.

→ Allgemeine qualitative Beobachtung:

Lukas kann sich mittlerweile viel besser an den Ablauf des gesamten Teils Aufwärmen halten.

Parcours

Das Kind drängt sich in der Reihe vor.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind bleibt nicht in der Reihe/ läuft davon.

Wurde 2 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Das warten in der Reihe fällt ihm besonders schwer; er kann nicht ruhig sitzen bleiben und muss sich ständig bewegen.

Das Kind begibt sich nicht in die Startposition wenn das vorherige Kind vom Seil herunter steigt.

Wurde 2 von 2 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas ist mit der Aufmerksamkeit nicht dabei, er beobachtet die anderen Kinder – als er von der Therapeutin gefragt wird wann er sich in die Startposition begeben muss, kann er die Regel ganz genau erklären und erkennt selbst, dass er sich schon längst in Startposition hätte begeben sollen.

Das Kind startet den Parcours nicht, wenn das vorherige Kind das „Klatschzeichen“ gibt.

Wurde 2 von 2 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas ist mit der Aufmerksamkeit wieder nicht dabei; als nachgefragt wird, wann er starten muss, kann er die Regel genau erklären. Er sagt er hätte es nicht gehört und muss zum Ohrenarzt gehen.

Das Kind hält sich nicht an die Farbmarkierung.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Bouldern

Das Kind drängt sich in der Reihe vor/verlässt die Reihe.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind klettert nicht los, wenn das vorherige Kind die ausgemachte Markierung erreicht hat.

Wurde 2 von 2 Mal beobachtet.

Das Kind fängt nicht beim definierten Startgriff an zu klettern.

Wurde 0 von 3 Mal beobachtet.

Das Kind klettert mit den Händen über die rote Linie.

Wurde 4 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Die rote Linie wurde vier Mal bei einer Übung überschritten. 2 Mal hat sich Lukas auf seine Füße konzentriert und nicht darauf geachtet, wo seine Hände hingreifen. Als er sieht, dass sie über der roten Linie sind, korrigiert er sich sofort selbst, ohne Hinweis der Therapeutin.

Das Kind klettert mit den Füßen über die schwarze Linie.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind klettert nicht von der Wand auf die Matte (sondern springt).

Wurde 0 von 3 Mal beobachtet.

Seilklettern

Das Kind macht den „Partnercheck“ nicht.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Therapeutin fragt nach dem nächsten Schritt – Lukas sagt, dass jetzt der Partnercheck kommt.

Das Kind fragt das sichernde Kind nicht ob es losklettern darf.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

→ Qualitative Beobachtung: Lukas wartet bis das Seil von oben spannt und fragt selbständig ohne Hinweis oder Fragen der Therapeutin seinen Sicherungspartner ob er losklettern darf.

Das Kind klettert weiter als es mit der Therapeutin/ dem Therapeuten ausgemacht wurde.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind fragt das sichernde Kind nicht ob es sich ins Seil setzen darf.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

Das Kind räumt die Kletterschuhe nicht zurück in den Kasten.

Wurde 0 Mal beobachtet.

→ Allgemeine qualitative Beobachtung:

Lukas kann sich beim Sichern schon viel besser auf seinen Kletterpartner beziehungsweise auf sich selbst konzentrieren. Er dreht sich weniger nach den anderen Kindern um, und ist aufmerksam was in seiner Seilschaft passiert. Das Seil hat er beim Sichern nicht losgelassen.

Abschluss

Das Kind stellt sich nicht in der Reihe an und wartet bis alle Kinder versammelt sind.

Wurde 0 von 1 Mal beobachtet.

Das Kind nimmt die Trinkflasche in den Mund.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Das Kind bleibt nicht in der Reihe beim Zurückgehen in die Umkleidegarderobe.

Wurde 0 Mal beobachtet.

Anfangserhebung: 33 Regelverstöße

Enderhebung: 15 Regelverstöße

→ Verbesserung um 18 Regelverstöße = 54,54 %

5 Diskussion

Anhand des Vergleichs der Ersterhebung mit der Enderhebung der Daten lässt sich eine Verbesserung des Regelverhaltens bei Lukas feststellen. Die Regelverstöße innerhalb des Therapiekletterns verringerten sich um 54,54 %. Das heißt, dass die neun Einheiten des therapeutischen Kletterns eine positive Auswirkung auf das Regelverhalten im Rahmen dieses therapeutischen Settings hatten.

Die Ursachen für Defizite oder erreichte Verbesserungen des Regelverhaltens wurden in dieser Arbeit nicht direkt erhoben. Es können aber Vermutungen und Interpretationen durch die qualitativen Beobachtungen aufgestellt werden. Wenn man die qualitativen Ergebnisse der Anfangs- und Enderhebung vergleicht, kann man erkennen, dass sich die Anzahl derselben Regelverstöße oft nicht stark verringert hat, doch die Qualität veränderte sich zum Großteil. Zum Beispiel lässt sich eine Tendenz feststellen, dass das Verhalten von Lukas im Laufe der Therapie weniger „provokant“ wurde. Dies kann man am Beispiel des Kursteiles „Bouldern“ sehen. Als Lukas bemerkt, dass er gegen die Regel verstößt, korrigiert er sich selbst. Des Weiteren vergewissert er sich nicht mehr – im Gegensatz zum Zeitpunkt der Ersterhebung – ob ihm eine Betreuungsperson zusieht, um dann offensichtlich gegen eine Regel zu verstoßen. Auch das Nähe-Distanz-Verhalten zu den anderen Kindern wirkte am Ende des Kurses weniger auffällig.

Wartezeiten in denen sich Lukas ruhig verhalten soll, wie z.B. beim Anstellen, stellen für ihn nach wie vor eine große Herausforderung dar. Er zeigt sich auch am Ende des Therapiekurses motorisch unruhig. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass dies offensichtlich bei fast allen Kindern der Fall war. Somit war es für Lukas noch schwieriger sich ruhig zu verhalten, und sich nicht dem Verhalten der anderen Kinder anzuschließen.

Lukas könnte zu Beginn des Kurses ein größeres Bedürfnis verspürt haben, sich vor den anderen Kindern zu beweisen, oder aufzufallen. Dieses Bedürfnis könnte gegen Ende des Kurses weniger stark gewesen sein, da er die Kinder nun besser kannte.

Lukas hat eine umschriebene motorische Entwicklungsverzögerung. Zum Erscheinungsbild einer solchen Entwicklungsverzögerung zählen unter anderem auch Verhaltensauffälligkeiten und soziale Interaktionsprobleme (vgl. Becker 2006: 306). Kinder, die etwas nicht gut können, neigen häufig dazu verhaltensauffällig zu werden. Somit versuchen sie ihre Defizite zu verstecken. Trapmann et al. (1990: 208) gehen davon aus, dass zwischen den Ursachen von Nervosität bzw. Unruhe und Überforderung ein kausaler Zusammenhang besteht. Lukas hatte zu Beginn des Kurses motorisch größere Defizite als am Ende. Dies könnte nun bedeuten, dass sein Verhalten sich durch seine gesteigerte motorische Leistung verbessert hat. Das würde wiederum heißen, dass

sich sein Regelverhalten nicht direkt verbesserte, sondern dies nur im Zusammenhang mit gesteigerten sensomotorischen Leistungen möglich war.

Auch Studien (Segal et al. 2002; Mandich et al. 2003) zeigten mehrfach, dass das Erlernen von einfachen Fertigkeiten (z.B. Radfahren oder Werfen) positive Effekte auf die soziale Integration und die Selbstwirksamkeit hat. Es kommt zu einer größeren sozialen Anerkennung und geringeren sozialen Isolation.

Den anderen Kindern in der Therapiegruppe könnte es ähnlich wie Lukas ergangen sein. Somit ist es möglich, dass sich die Gruppendynamik insgesamt ins Positive veränderte, und einen unterstützenden Effekt auf das Verhalten von Lukas hatte. Rich Harris (2002, zitiert nach Kolberg 2006: 130 f.) verweist vor allem auf den Stellenwert der Peergroup. Schon ab dem Kindergartenalter sollen Kinder stark unter dem Einfluss von Gleichaltrigen stehen. Also wäre es möglich, dass Lukas sein Verhalten an das der anderen Kinder angepasst hat. Dies könnte insbesondere durch sein vermindertes Selbstwertgefühl der Fall gewesen sein.

Dass sich Lukas zu Beginn schlechter an die Regeln halten konnte, könnte außerdem daran liegen, dass er die Regeln noch nicht verinnerlicht oder einfach vergessen hat. Um diesen Faktor zu minimieren, wurde die Ersterhebung erst in der zweiten und dritten Einheit vorgenommen. Trotzdem ist zu bedenken, dass das Kind am Ende des Therapieblocks – nach acht Einheiten – die Regeln besser kannte und verinnerlicht hatte, als zum Zeitpunkt der Ersterhebung.

In der ersten Datenerhebung war klar zu erkennen, dass einige Regelverstöße auch aus der schwachen Aufmerksamkeitsleistung und nicht unbedingt aus „Provokation“ resultierten. Lukas war fortwährend durch die anderen Kinder und deren Aktivitäten abgelenkt, und konnte sich kaum auf sich selbst konzentrieren. So passierte es, dass Lukas, beispielsweise beim Parcours, nie auf sein Startzeichen achtete. Wurde er jedoch danach gefragt, wann er zu starten hatte, konnte er die Regel genau erklären. Speziell in dieser Situation konnte zwischen der ersten und der zweiten Datenerhebung kein Unterschied festgestellt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit könnten von der Anzahl der Betreuungspersonen (Therapeutinnen bzw. Sportkletterlehrwart) beeinflusst worden sein. Zum Zeitpunkt der Anfangserhebung war eine Therapeutin mehr anwesend, als zum Zeitpunkt der zweiten Datenerhebung, da eine der Therapeutinnen verhindert war. Für die Ersterhebung bedeutet das, dass mehr Therapeutinnen darauf geachtet haben, dass die Regeln eingehalten wurden. Während der Enderhebung war der Betreuungsschlüssel jedoch geringer. Das heißt, es fand insgesamt eine Verbesserung statt, obwohl der Spielrahmen in dem sich Lukas bewegen konnte, vermutlich größer wurde.

Auch das Verhalten und die persönliche Einstellung der Therapeutinnen bzw. des Sportkletterlehrwartes kann eine Rolle spielen. Die Regeln in dieser Therapiegruppe sind zwar klar definiert – trotzdem ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Betreuungspersonen unterschiedlich auf das Verhalten des Kindes reagieren. Diese Reaktion hat wiederum Auswirkungen auf die weiteren gezeigten Verhaltensweisen des Kindes. Während manche Kinder auf besonders strenge Personen mit dem erwünschten Verhalten reagieren, können diese für ein anderes Kind möglicherweise einen auffordernden Charakter haben, sich „provokant“ zu verhalten. Außerdem könnte auch die Sympathie bzw. Antipathie zu den Therapeutinnen oder dem Sportkletterlehrwart sich im Verhalten des Kindes widerspiegeln.

Auch die unterschiedliche Anzahl der Kinder könnte die Erhebung beeinflusst haben. Während der ersten Datenerhebung befanden sich sechs Kinder in der Gruppe. Zum Zeitpunkt der Enderhebung zählte die Gruppe jedoch nur mehr fünf Kinder, da ein Kind nach der zweiten Einheit nicht mehr erschienen ist. Da Lukas sehr oft von den anderen Kindern abgelenkt wurde, und es ihm sehr schwer fiel die Aufmerksamkeit auf sich selbst zu richten, könnte die verringerte Anzahl der Kinder einen positiven Einfluss auf sein Regelverhalten gehabt haben.

5.1 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Forschungsdesign Einzelfallstudie gewählt. Diese Entscheidung wurde einerseits auf Grund von beschränkten Ressourcen seitens der Autorin, andererseits auch wegen des Vorteils eines holistischen Bildes des untersuchten Individuums getroffen. Um die Ergebnisse generalisieren zu können, wäre eine Untersuchung von mehreren Einzelpersonen aussagekräftiger gewesen. Die Autorin hat beschlossen sich nur auf einen Fall zu konzentrieren, um die höchstmögliche Qualität und Genauigkeit der Beobachtung zu gewährleisten.

Dass die Beobachtung teilnehmend stattfindet, wurde aus mehreren Gründen entschieden. Einerseits befand sich die Autorin, die zugleich Beobachterin war, in der Klettertherapiegruppe in der Rolle als Praktikantin. Deshalb war es schwierig, sich ganz aus dem Geschehen herauszunehmen, da sie auch den Kindern schon als Teilnehmerin der Gruppe bekannt war. Andererseits wird die teilnehmende Beobachtung in der Feldforschung als einzige methodische Variante angesehen, aussagekräftige Daten zu generieren und integriert zu werden. Es besteht jedoch die Gefahr, dass sich der natürliche Ablauf des Geschehens durch Initiativen und Handlungen der Beobachterin/ des Beobachters verändert (vgl. Bortz und Döring 2006: 267). Vor allem die zweite

Datenerhebung könnte dadurch beeinflusst worden sein. Da während der zweiten Datenerhebung eine Therapeutin weniger vor Ort war, war es der Beobachterin nicht immer möglich, sich aus dem Geschehen so weit wie möglich zurückzuziehen. Dies war vor allem beim Seilklettern aus Sicherheitsgründen der Fall.

Die Forscherin hat versucht, sich soweit wie möglich nach den Kriterien einer standardisierten Beobachtung zu verhalten (vgl. Bortz und Döring 2006: 270). Das beobachtete Geschehen war durch die zuvor erfolgten Hospitationen bekannt. Der Beobachtungsplan wurde so vorstrukturiert und gestaltet, dass sich der Vorgang zum Großteil leicht und schnell festhalten ließ. So wurde versucht die Gefahr zu vermindern, dass das Protokoll durch Gedächtnislücken und subjektive Fehlinterpretationen verfälscht wird (vgl. Bortz und Döring 2006: 267).

Da es in dieser Untersuchung nur eine Beobachterin gab, wurden die Beobachtungen nicht durch Übereinstimmung mit anderen Beobachterinnen/ Beobachter überprüft. Diese fehlende Beobachterübereinstimmung mindert sowohl die Objektivität, Reliabilität als auch die Validität der Ergebnisse (vgl. Bortz und Döring 2006: 277). Außerdem hätte die Einbeziehung mehrerer Beobachterinnen/ Beobachter den positiven Effekt zur Folge gehabt das Ausmaß der Subjektivität verringern zu können (vgl. Bortz und Döring 2006:268).

Einen weiteren Einflussfaktor stellt die offene Beobachtung dar. Da hier die beobachtete Person weiß, dass sie beobachtet wird, könnte sich diese bewusst konform oder aber auch antikonform verhalten (vgl. Bortz und Döring 2006: 268). Im Fall von Lukas könnte dies zum Teil eine Rolle gespielt haben. Manchmal versicherte er sich, ob eine Therapeutin bzw. der Sportkletterlehrwart zusah, und verstieß dann gegen eine Regel.

Da der Zeitraum der Untersuchung relativ kurz war, konnten in dieser Arbeit keine längerfristigen Auswirkungen gemessen werden.

6 Conclusio

Nach neun Einheiten des therapeutischen Kletterns im Rahmen der Ergotherapie ließ sich eine Verbesserung im Regelverhalten feststellen. Somit zeigte sich die Intervention bei einem Kind mit diesbezüglichen Defiziten wirksam.

Um diese Ergebnisse zu bestätigen, müssten weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Außerdem wäre es wichtig herauszufinden, welche Aspekte des therapeutischen Kletterns wirklich effektiv in Bezug auf das Regelverhalten sind. Das heißt, es stellt sich die Frage, ob es beispielsweise vorrangig um den Aspekt der Gruppe und deren Strukturierung bzw. Aufbau geht, oder ob das Klettern an sich für die Effektivität verantwortlich ist.

Die Ergotherapie spielt bei Kindern mit ADHS vor allem in der Strukturierung und Vereinfachung des Alltags eine zentrale Rolle (vgl. Kolberg 2006: 379). Damit das Kind im Alltag sozial kompetent handeln kann, fördern Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten die Sozialisation (siehe 1.2). So gesehen wäre es wichtig zu erheben ob die Klettertherapie positive Auswirkungen auf das Regelverhalten im Alltag hat. Das heißt, es wäre notwendig die Kingergartenpädagoginnen/ Kindergartenpädagogen und vor allem die Eltern stärker mit einzubeziehen. Dies hätte allerdings den Rahmen dieser Arbeit überstiegen, wäre jedoch eine spannende Frage für eine weitere wissenschaftliche Arbeit. Außerdem wäre es interessant zu untersuchen, ob ergotherapeutisches Klettern eine positive Auswirkung auf andere Teilaspekte der sozialen Kompetenz hat.

Literaturverzeichnis

- Alpenvereinsjugend (2004): 3D special – Sportklettern mit Kindern und Jugendlichen [online] <http://www.alpenverein.at/jugend/publikationen/3d-specials.php>
- Baierl, Martin (2008): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co
- Becker, Heidrun (2006): Ergotherapie bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen, in: Becker, Heidrun, Steding-Albrecht, Ute (Hrsg.): *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag S. 300-311
- Becker, Heidrun, Steding-Albrecht, Ute (2006): Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie, Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Bieligg, M (2006): Zeitschrift für Erlebnispädagogik, 26, 2/3, 6
- Bortz, Jürgen und Döring, Nicole (2006): Forschungsmethoden und Evaluation, Heidelberg: Springer Verlag
- Bundeslehrteam ÜL Sportklettern Naturfreunde Österreich [online] <http://sportklettern.naturfreunde.at/files/uploads/2010/02/Skriptum-L-Sportkletternneu2.pdf> [12.10.2013]
- Deffner, Carmen (o.J.): Klettern macht stark! Förderung der kindlichen Selbstkonzeptentwicklung durch Klettern [online] <http://www.carmendeffner.de/pdf/klettern-macht-stark.pdf> [21.10.2013]
- Flecken, Gabi, Heise-Flecken, Detlef (2010): Klettern in der Halle, 2. Aufl., Aachen: Meyer & Meyer Verlag
- Gambrill, Eileen (1995): Assertion skills training, in Donahue, W. O. und Krasner, L. (Hrsg.), *Handbook of psychological skills training*, Toronto, ON: Allyn & Bacon
- Gerrig, Richard, Zimbardo, Philip G. (2008): Psychologie, 18. Aufl., München: Pearson Education Deutschland GmbH
- Hinsch, Rüdiger und Pfingsten, Ulrich (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK, 5. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Institut für Therapeutisches Klettern: Therapeutisches Klettern in der Ergotherapie [online] http://www.therapieklettern.com/index.php?babel=de&page=toc_ergotherapie&cat=21 [15.09.2013]
- Jugert, Gert, Rehder Anke, Notz Peter und Petermann Franz (2011): Soziale Kompetenz für Jugendliche. Grundlagen und Training, 7. korr. Aufl., Weinheim und München: Verlag Juventa
- Juul, Jesper (2000): Grenzen, Nähe, Respekt. Wie Eltern und Kinder sich finden, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Kanning, Uwe Peter (2003): Diagnostik sozialer Kompetenzen, Göttingen: Hogrefe Verlag
- Klauß, Kerstin, Laux Meike, Hertel Silke (2013): Soziale Kompetenz gezielt fördern, Donauwörth: Auer Verlag
- Klein, Lothar (2000): Mit Kindern Regeln finden, Freiburg: Verlag Herder
- Kolberg, Angela (2006): Ergotherapie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), in: Becker, Heidrun und Steding-Albrecht, Ute (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 379-394
- Kubny-Lüke, Beate (2007): Psychosoziale Behandlungsmethoden und Behandlungsmittel, in: Scheepers, Clara et al. (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln*, 3. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 479-506
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag
- Langmaack, Barbara (2004): Soziale Kompetenz. Verhalten steuert den Erfolg, Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Lauth, Gerhard, W. (2002): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag

- Lim, Sok Mui, Kattapuram, Anna und Lian, Wee Bin (2007): Evaluation of a Pilot Clinic-Based Social Skills Group, in: *British Journal of Occupational Therapy*, 2007, 70(1), S. 35-39
- Lindgren, Henry Clay (1973): Einführung in die Sozialpsychologie, Beltz Verlag
- Malti, Tina und Perren Sonja (2008): Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Mandich, A., Polatajko, H., & Rodger, S. (2003): Rites of passage: Understanding participation of children with developmental coordination disorder. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20 (2/3), S. 125-144
- Perwitzschky, Olaf (2007): Klettern. Alles über Ausrüstung, Technik, Training und Sicherheit, München: BVL Buchverla GmbH & Co. KG
- Raithel, Jürgen, Dollinger, Bernd, Hörmann, Georg (2009): Einführung Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen, 3. Aufl. , Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Ravens-Sieberer, U., Nickel, J., Erhart, M., Wille, N. & European Kidscreen Group (2006): Risk behaviour and health-related quality of life among European adolescents. in: *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 52(2)
- Remschmidt, Helmut, Quaschner, Kurt, Theisen, Frank M. (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung, 5. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Scheepers, Clara, Steding-Albrecht, Ute, Jehn, Peter (2007): Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Scheiber, Ingrid (1995): Ergotherapie in der Psychiatrie, Stam: Bildungsverlag EINS
- Schirmmayer, T. (2001): Das Lübecker Fähigkeitenprofil (LFP). Neue Reihe Ergotherapie, Idstein: Schulz-Kirchner
- Schmitman gen. Pothman, Marion (2010): Kinder brauchen Freunde – Soziale Fertigkeiten fördern. Gruppentherapie bei AD(H)S und anderen Verhaltensauffälligkeiten, Stuttgart: Nachfolger GmbH
- Segal, R., Mandich, A., & Polatajko, H. (2002): Stigma and its management: A framework for understanding social isolation of children with developmental coordination disorder. in: *American Journal of Occupational Therapy*, 56, S. 422-428
- Steinhausen, H.C., Metzke, C. W., Meier, M. und Kannenberg, R. (1998): Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders. The Zurich Epidemiological Study. in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98
- Trapmann, Hilde, Liebetrau, Gerhard, Rotthaus, Wilhelm (1990): Auffälliges Verhalten im Kindesalter, 7. Aufl., Dortmund: Löer Druck
- Treeß, Helga, Treeß, Uwe, Möller, Manfred (1990): Soziale Kommunikation und Integration, Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Winter, Stefan (2000): Sportklettern mit Kindern und Jugendlichen, München: BLV Verlagsgesellschaft mbH
- Wekenmann, Stefanie B. und Schlottke, Peter F. (2011): Soziale Situationen meistern. Ein störungsübergreifendes Gruppentraining für Kinder (SGK), Göttingen: Hogrefe Verlag

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen in Anlehnung an Gambrill, E. (1995a)	10
--	----

Anhang A: Beobachtungsbogen zum Regelverhalten im Rahmen des Therapiekletterns

Allgemein		Anmerkung
Das Kind...		
...lacht andere Kinder aus.		
...beleidigt andere Kinder oder Therapeuten.		
...kann das Kommandowort "Jetzt" nicht einhalten.	... von... Mal	
...ist grob zu anderen Kindern.		
Aufwärmen		Anmerkung
Das Kind...		
...drängt sich in der Reihe vor.		
...bleibt nicht in der Reihe/läuft davon.		
...führt die Übung nicht bis zum Ende der Matte aus.		
...verlässt beim zurückgehen den ausgemachten Weg/ verhält sich nicht wie es mit den Therapeutinnen/ Therapeuten ausgemacht wurde.		
...stellt sich nicht in der Reihe an wenn es fertig ist.		

Parcours		Anmerkung
Das Kind...		
...drängt sich in der Reihe vor.		
...bleibt nicht in der Reihe/ läuft davon.		
...begibt sich nicht in die Startposition wenn das vorherige Kind vom Seil herunter steigt.	... von... Mal	
...startet den Parcour nicht , wenn das vorherige Kind das "Klatschzeichen" gibt.	... von... Mal	
...hält sich nicht an die Farbmarkierung.		

Bouldern		Anmerkung
Das Kind...		
...drängt sich in der Reihe vor/ verlässt die Reihe.		
...klettert nicht los, wenn das vorherige Kind die ausgemachte Markierung erreicht hat.	... von... Mal	
...fangt nicht beim definierten Startgriff an zu klettern.	... von... Mal	
...klettert mit den Händen über die rote Linie.		
...klettert mit den Füßen über die schwarze Linie.		
...klettert nicht von der Wand auf die Matte (sondern springt).	... von... Mal	

Seilklettern	Anmerkung
Das Kind...	
...macht den "Partnercheck" nicht.	... von... Mal
...fragt das sichernde Kind nicht ob es losklettern darf.	... von... Mal
...klettert weiter als es mit der Therapeutin/dem Therapeuten ausgemacht wurde.	
...fragt das sichernde Kind nicht ob es sich ins Seil sitzen darf.	... von... Mal
...räumt die Kletterschuhe nicht zurück in den Kasten.	

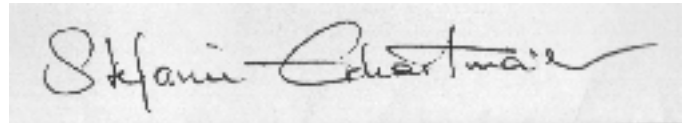
Abschluss	Anmerkung
Das Kind...	
...stellt sich nicht in der Reihe an und wartet bis alle Kinder versammelt sind.	
...nimmt die Trinkflasche in den Mund.	
...geht nicht in der Reihe zurück in die Umkleidegarderobe.	

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich diese Arbeit wissenschaftlich und eigenständig verfasst habe, dazu habe ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet. Diese Bachelorarbeit wurde noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Reinschrift der Bachelorarbeit habe ich einer Korrektur unterzogen und ein Belegexemplar verwahrt.

Linz, 6.2.2014

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and reads "Stefanie Schertner".