



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Wirkungsbereiche und Grenzen der
„Psychomotorik“, bei Kindern in der psychischen,
sozialen, motorischen und kognitiven Entwicklung.

Eine qualitative Studie mit Bezugnahme auf den
Erfahrungsschatz derzeit aktiver Kinder und Jugend -
Psychotherapeuten und Mototherapeuten.

Verfasserin:

Claudia Prokisch

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pädagogik

Betreuer:

O.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Max Friedrich

Abkürzungsverzeichnis

vgl.:	vergleiche
z.B.:	zum Beispiel
bzw.:	beziehungsweise
etc.:	et cetera
usw.:	und so weiter
S.:	Seite
Z.:	Zeile

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.2. Erste Annahmen	8
2. Definitionen.....	13
2.1. (Kinder- Jugend-)Psychotherapie	13
2.2. Psychomotorik	14
3. Entwicklung, Menschenbild und Methodik von Psychotherapie und Psychomotorik	16
3.1. Entwicklung der (Kinder- Jugend-)Psychotherapie	16
3.2. Menschenbild und Methodik der Psychotherapie	21
3.2.1. Neurotische Reaktion-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnis- und Belastungsreaktion	24
Die pathologische Erlebnis- und Belastungsreaktion.....	24
Die Neurotische Reaktion	24
Die Persönlichkeitsentwicklungsstörung	30
3.3. Entwicklung der Psychomotorik	34
3.4. Menschenbild und Methodik der Psychomotorik	36
3.4.1. Bewegung als (kindliches) Grundbedürfnis	37
3.4.2. Bewegung und das Holistisch-Dynamische Menschenbild	39
4. Entwicklung und Bedürfnisse in der Kindheit	44
4.1. Motorische Entwicklung	44
4.2. Psychosexuelle Entwicklung nach Sigmund Freud.....	47
4.2.1. Die Anale und Urethrale Phase.....	48
4.2.2. Die frühe genitale und phallische Phase	48
4.2.3. Ödipuskomplex.....	49
4.2.4. Die Latenzzeit	50
4.3. Psychosoziale Entwicklung nach Erikson.....	51
4.3.1. Autonomie gegen Scham und Zweifel.....	52
4.3.2. Initiative gegen Schuldgefühl	55
4.3.3. Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl	57
4.4. Die psychische Geburt des Menschen nach Margaret Mahler.....	58
4.5. Dimensionen der Persönlichkeitsentwicklung	61
5. Lernen	64
5.1. Bindung als Grundvoraussetzung für Lernen	64

5.2. Wahrnehmen und Lernen-Organisation des neuralen Systems nach Gerald Hüther	67
5.3. Piaget und der Konstruktivismus	72
6. Methode.....	75
7. Psychomotorik vs. Psychotherapie oder Psychomotorik und Psychotherapie?	78
7.1 Psychomotorik	78
7.1.1 Ziele der Psychomotorik	78
7.1.2 Die Altersbegrenzung.....	79
7.1.3 Einfluss auf die psychische Entwicklung.....	80
7.1.4 Einfluss auf die soziale Entwicklung	80
7.1.5 Einfluss auf die motorische Entwicklung	81
7.1.6 Einfluss auf die kognitive Entwicklung	82
7.1.7 Psychosomatik.....	82
7.1.8 Neurose – Persönlichkeitsentwicklungsstörung - Erlebnisreaktion...	83
7.1.9 Protektive Faktoren.....	83
7.1.10 Persönlichkeit und Eignung des Therapeuten.....	84
7.1.11 Grenzen.....	84
7.2 Psychotherapie	85
7.2.1 Ziele der Psychotherapie.....	86
7.2.2 Die Altersbegrenzung.....	86
7.2.3 Einfluss auf die psychische Entwicklung.....	86
7.2.4 Einfluss auf die soziale Entwicklung	87
7.2.5 Einfluss auf die motorische Entwicklung	88
7.2.6 Einfluss auf die kognitive Entwicklung	88
7.2.7 Psychosomatik.....	88
7.2.8 Neurose – Persönlichkeitsentwicklungsstörung – Erlebnisreaktion..	88
7.2.9 Protektive Faktoren.....	89
7.2.10 Persönlichkeit und Eignung des Therapeuten.....	89
7.2.11 Grenzen.....	90
7.3 Psychotherapie vs. Psychomotorik.....	91
7.3.1 Das Menschenbild.....	92
7.3.2 Einfluss auf der psychische Ebene	93
7.3.3 Einfluss auf der soziale Ebene	93
7.3.4 Einfluss auf der motorische Ebene	94
7.3.5 Einfluss auf der kognitive Ebene	94
7.3.6 Entwicklung und Heilung	95
7.3.7 Die Persönlichkeit des Therapeuten	97
7.3.8 Psychomotorik und Psychotherapie.....	98

8. Literaturverzeichnis:	100
8.1 Printquellen	100
8.2 Internetverzeichnis:	104
9. Anhang	105

1. Einleitung

Da ich im Sommersemester 2009 das Seminar „Theorie und Praxis psychomotorischer Förderung - im Handlungsfeld der Sonder- und Heilpädagogik“, bei Dr. Josef Voglsinger besucht habe, wurde mein Interesse für die Psychomotorik geweckt. Von September 2009 bis Juni 2011 habe ich einen 4-semesterigen Lehrgang an der Niederösterreichischen Landesakademie zu diesem Themenschwerpunkt absolviert.

Außerdem habe ich die Vorlesung „Psychiatrie des Kindes und Jugendalters“ von Dr. Max Friedrich besucht, die mein Interesse für förderliche Entwicklungsbedingungen im Kindes und Jugendalter befruchtet hat.

Im Zuge meiner Psychomotorik-Ausbildung bin ich immer wieder auf dieselbe Frage gestoßen: Wo liegt die Grenze zwischen Psychotherapie und Psychomotorik? Was kann Psychomotorik leisten, und was liegt nicht mehr in diesem Kompetenzbereich? Und als Kontrast dazu: Wo liegen die Grenzen der (Kinder- und Jugend-) Psychotherapie? In welcher Hinsicht überschreitet die Psychomotorik den Wirkbereich der Psychotherapie?

Die Psychomotorik beansprucht eine ganzheitliche Methode zu sein, bei der alle Teilbereiche des menschlichen Seins abgedeckt werden - also auch der psychische Aspekt. Trotzdem ist sie keine psychotherapeutische Intervention, sondern eine therapeutische Fördermaßnahme. Nun stellt sich die Frage, in welchen Fällen psychomotorisch und in welchen Fällen psychotherapeutisch vorgegangen werden muss, um Kinder in ihrer Entwicklung optimal unterstützen zu können.

Jeder professionell mit Menschen Arbeitende - sei es Therapeut, Pädagoge, Mediziner (usw.) - muss sich seiner Verantwortung, und verbunden damit, auch seiner Grenzen bewusst sein. Das Ziel dieser Berufsgruppen sollte das Wohl des Patienten/Klienten sein. Daher wäre eine gleichberechtigte, interdisziplinäre Zusammenarbeit wünschenswert, bei der jeder im gemeinsamen Interesse für das

Kind handelt und entsprechende Bereiche durch den am besten geeigneten Fachmann abgedeckt werden.

Klaus Fischer schreibt in seinem Buch „Einführung in die Psychomotorik“ (2009, 52):
„Wir brauchen mehr Praxisforschung und –evaluation unseres Fachgebietes selbst (Qualitätsentwicklung): Mehr Beobachtungen, Erfahrungsberichte, Studien über Fördergruppen und deren realen Lebenskontext in ganz Europa, mehr Forschungen über Wirkfaktoren des psychomotorischen Methodenkanons.“

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Wirkungsbereichen der Psychomotorik in Abgrenzung zur Psychotherapie. Die Auswirkungen der psychomotorischen Förderung und Therapie auf die psychische, soziale, motorische und kognitive Entwicklung sollen erarbeitet, und mit den Ergebnissen psychotherapeutischer Intervention verglichen werden.

Einführend werden Definitionen aus unterschiedlichen Publikationen und Wörterbüchern angeführt, die die Begriffe „Psychomotorik“ und „(Kinder- und Jugend-) Psychotherapie“ abgrenzen sollen.

Anschließend soll ein Überblick über die Entwicklung, die Methodik und das Menschenbild von jeweils Psychomotorik und Psychotherapie gegeben werden.

Um das Thema in einen wissenschaftlichen Diskurs einzubetten, werden wichtige Entwicklungsaufgaben und Bedürfnisse an Hand von entsprechenden Theorien beschrieben: die „Motorische Entwicklung“, die „Psychosexuelle Entwicklung“ (S. Freud), die „Psychosoziale Entwicklung“ (E.H. Erikson), die „Psychische Geburt des Menschen“ (M. Mahler), die „Kognitive Entwicklung“, aufgeteilt in „Bindungstheorie“ (J. Bowlby und M. Ainsworth), als Grundvoraussetzung für Lernen, die „Neuronale Entwicklung“ (G. Hüther), und der „Konstruktivismus“ (J. Piaget).

Mittels Experteninterviews von derzeit tätigen Psychomotorikern und Kinder- und Jugend- Psychotherapeuten, soll die oben genannte Forschungsfrage in Bezug auf das Kindesalter erörtert werden.

Um Übersichtlichkeit und Lesbarkeit der vorliegenden Diplomarbeit zu bewahren wird nur die männliche Form für weibliche und männliche Personen verwendet und außerdem Zitate aus Interviews im Text zur besseren Lesbarkeit vereinfacht, indem Umgangssprache ins Deutsch übersetzt wird.

Kiphard verortet die „psychomotorische Übungs-Behandlung“ zwischen Therapie und Pädagogik (Hünnekens, Kiphard 1985). Unabhängig davon ob pädagogisch oder therapeutisch gearbeitet wird, ist das zentrale Paradigma der Psychomotorik die Entwicklungsförderung. Ruth Haas (vgl. 2007, 124) beschreibt Entwicklung und Gesundheit in ihrem Artikel „Psychomotorische Gesundheitsförderung - eine erste Standortbestimmung“, nicht als Widerspruch, sondern als Ergänzung.

„Entwicklungstheoretische Konzepte und Gesundheitswissenschaften beziehen sich beide auf biomedizinische, soziologische und psychologische wissenschaftliche Erkenntnisse. In beiden Wissenschaftsfeldern existieren positivistische naturwissenschaftliche, hermeneutische, systemisch-konstruktivistische Zugänge, die als kontrovers und unvereinbar oder komplementär diskutiert werden“ (Haas 2007, 124-125).

Aus der Definition von Psychotherapie (siehe Kapitel Definitionen, (<http://www.psychotherapie.at/paragraph1und2>)) geht ebenfalls hervor, dass ein Ziel der Psychotherapie die Förderung der „Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten“ ist.

Psychotherapie und Psychomotorik verbindet somit ein gemeinsames Ziel. Diese Arbeit soll eine Annäherung an die Beantwortung der Frage leisten, in welchen Fällen, welche Methodik besser geeignet sei.

Zum gegebenen Zeitpunkt ergeben sich folgende Vorannahmen und Überlegungen.

1.2. Erste Annahmen

Aufgrund erster Überlegungen ergaben sich folgenden Annahmen. Die ersten beiden Annahmen beziehen sich auf den psychischen „Gesundheits-Krankheits-Begriff“. Annahme 3-5 bezieht sich auf die Parameter der sozialen, motorischen und

kognitiven Entwicklung. Die 6. Annahme beschreibt grundsätzliche Überlegungen zur Eignung der Person des Psycho- oder Mototherapeuten.

1. Annahme:

Unterstützung bei altersadäquaten Entwicklungsaufgaben fällt in den Bereich der Psychomotorik.

2. Annahme:

Psychische Störungen, wie „Persönlichkeitsentwicklungsstörungen“, fallen in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Wenn es sich um eine präventive Fördermaßnahme handelt, stellt sich wahrscheinlich gar nicht die Frage nach einer psychotherapeutischen Behandlung die bemüht ist zu heilen. In solch einem Fall wird eine psychomotorische Unterstützung der natürlichen Entwicklung des Kindes ausreichend sein.

Andere Veränderungen der psychischen Struktur, die durch äußere Einflüsse ausgelöst werden (z.B. Traumen, fehlende protektive Faktoren), und eine altersadäquate Entwicklung verhindern, fallen in den Aufgabenbereich der Psychotherapie.

Die Wahrscheinlichkeit eines inneren neurotischen Konflikts in der Altersgruppe der 0-6 jährigen ist noch sehr gering, da das Über-Ich noch nicht ausreichend selbstständig entwickelt wurde.

Im selteneren Fall einer kindlichen Psychose, muss natürlich auch medikamentös eingegriffen werden. Das kann und darf ein Mototherapeut nicht. Medikamente sind eine Akkut-Intervention. Trotzdem muss der Ursprung des Problems und die Psyche des Klienten weiter „behandelt“ werden. Es gibt schließlich Gründe für eine Veränderung im Gehirn. Natürlich sind manche Menschen durch ihre genetischen Grundvoraussetzungen vorbelastet und das erschwert ihnen den Start ins Leben. Aber, wie die moderne Gehirnforschung beweist, haben diverse protektive Faktoren aus der sozialen Umwelt Einfluss auf die neuronale Entwicklung. Im Gegensatz dazu

kann ein kritisches familiäres Umfeld die Entwicklung ebenfalls beeinflussen und in andere Bahnen lenken.

Weiter Überlegungen zu motorischen, kognitiven und sozialen Entwicklung:

3. Annahme:

Die Förderung der motorischen Entwicklung fällt in den Bereich der Psychomotorik.

4. Annahme:

Die Förderung der kognitiven Entwicklung fällt in den Bereich der Psychomotorik.

Aufgrund des ganzheitlichen Menschenbildes, das der psychomotorischen Arbeit zugrunde liegt, können auch motorische und kognitive Defizite ausgeglichen werden. Diesen Anspruch hat Psychotherapie nicht.

5. Annahme:

Die Förderung der sozialen Entwicklung fällt in den Bereich der Psychomotorik.

Soziale Kompetenzen können im psychomotorischen Setting (Kleingruppe) besser gefördert werden, als in einer psychotherapeutischen Einzeltherapie, da sich Kinder in einem geschützten Rahmen selbst erproben, und ihre neugewonnenen Fähigkeiten einüben können. Außerdem fehlen dem Psychotherapeuten die „Kontrollmöglichkeit“ – das heißt, er sieht das Kind nicht in seiner „natürlichen Umgebung“, im Umgang mit seinen Mitmenschen (szenisches Verstehen).

Der Mensch lernt das Meiste über sich in Beziehung zu anderen Menschen, und den Verhaltensmustern die sich daraus ergeben. Die Reflexion von Verhalten im sozialen Kontakt mit anderen Menschen, macht Menschen sich selbst bewusst(er) - der erste Schritt zur Veränderung. Deshalb nimmt der Autor an, dass es auch für Kinder wichtig ist, ihre Fähigkeiten in einem (durch „Betreuer“) geschützten sozialen Umfeld, mit Gleichaltrigen, also ohne Machtgefälle, zu erproben. Der geschulte „Betreuer“ kann das Kind in seiner Reflexion unterstützen und ihm dabei helfen sich selbst,

Ängste, Wünsche, Bedürfnisse, Triebe... besser zu verstehen, und zu erkennen was diese „mit ihm machen“. Dadurch können Kinder zu selbstbestimmten Erwachsenen werden, die nicht durch (beispielsweise) Ängste fremdgesteuert werden. Dazu benötigt es das entsprechende soziale Umfeld mit reifen Erwachsenen, die zur Selbstreflexion in der Lage sind, und damit ihre eigenen Ängste, Wünsche, Bedürfnisse, Triebe... von denen des Kindes abgrenzen können (und auch Übertragungen als solche erkennen). Außerdem müssen sie dem Kind das Gefühl vermitteln können, dass genau in diesem Moment die Bedürfnisse des Kindes wichtig sind, sich die entsprechende Zeit nehmen, und auf das Bedürfnis des Kindes eingehen.

Im Idealfall müsste also beides vorhanden sein: der geeignete Rahmen für soziale Kontakte und der passende Rahmen für eine anschließende Reflexion.

Der Autor vermutet, dass der Therapeut ein erweitertes Spektrum durch szenisches Verstehen hat, und sich in die Gedanken- und Gefühlswelt eines Kindes besser einleben kann wenn er vor Ort tatsächliche Geschehnisse beobachten und alle sozialen Zusammenhänge mitfühlen kann. Außerdem bedarf es manchmal der sofortigen Aufarbeitung einer Situation oder eines Konfliktes, weil ein Aufschub von Bedürfnissen für das Kind nur sehr schwer aushaltbar wäre.

Welche Form der Zuwendung zu welchem Zeitpunkt gerade benötigt wird, ob einzeln oder in der Gruppe ist individuell von der Situation der Kinder abhängig. Einem Kind dem es akut an Aufmerksamkeit und liebevoller Zuwendung fehlt, wird es wahrscheinlich schwer fallen die Zuwendungen der Betreuer mit anderen Kindern in der Gruppe (auch wenn es nur eine sehr kleine Gruppe ist) zu teilen.

Weiter Überlegungen zur Person des Psychotherapeuten oder -motorikers:

6. Annahme:

Jeder Mensch braucht das Gefühl wertvoll zu sein und geliebt zu werden. Ob diese Wertschätzung durch einen Psychotherapeuten vermittelt wird oder durch einen

Mototherapeuten ist unwichtig- solange das Kind das richtige Gefühl dabei vermittelt bekommt.

Leider schaffen es nicht alle Eltern ihren Kindern die Liebe zu geben, die sie in ihrer Kindheit selbst gerne gespürt hätten. Obwohl man davon ausgehen muss, dass jede Mutter und jeder Vater sein/ihr Kind liebt, haben leider nicht alle die benötigten Ressourcen, es dem Kind auch zu vermitteln, weil sie entweder selber nie erfahren haben was es bedeutet geliebt zu werden, und deshalb nicht wissen wie das überhaupt geht und wie sich das anfühlen soll. Oder die Schwangerschaft selbst wurde durch ein traumatisches Ereignis ausgelöst, wie zum Beispiel eine Vergewaltigung, wodurch es der Mutter erschwert wird das Kind nicht mit dieser Erfahrung in Verbindung zu bringen. Eben aus diesem Grund sollten Therapeuten, unabhängig davon ob Moto- oder Psychotherapeut, solche „protektive Faktoren“ bereitstellen, um Kinder zumindest für eine Stunde in der Woche das Gefühl zu vermitteln, dass sie wertvolle Individuen sind, die als vollwertiger Teil der Gesellschaft ein Recht haben auch anerkannt und geliebt zu werden.

Auch wenn die Wirkungsbereiche scheinbar verwischen, ist es trotzdem wichtig, dass jede Person, die vorgibt professionell zu arbeiten, sich ihrer Grenzen bewusst ist. Denn wenn das nicht der Fall ist und die jeweilige Person über ihre Grenzen hinaus auf das Kind einwirkt, wird sie das Kind zwar weiterhin beeinflussen, aber ob diese Beeinflussung förderlich ist und dem Kindeswohl zugutekommt ist fraglich. Somit ergibt sich die Frage ob die Qualifikation, um auf ein Kind förderlich einwirken zu können, nicht eher von der Persönlichkeit des Therapeuten, dessen Erfahrungen und dessen Einfühlungsvermögen und Fähigkeit Affekte zu „containen“ und Probleme gemeinsam mit dem Kind zu lösen, abhängig ist, und weniger davon, welche psychosoziale berufliche Ausbildung derjenige genossen hat. Wenn diese Annahme richtig ist, würde das bedeuten, dass jeder Professionelle sich selbst hinterfragen muss, und ehrlich für sich entscheiden muss ob er der Aufgabe gewachsen ist mit einem Individuum zu arbeiten, oder ob seine Fähigkeiten überschritten werden, weil er von seinen eigenen Erfahrungen eingeholt wird, oder sein Verständnishorizont aufgrund fehlender Erfahrungen durchbrochen wird.

2. Definitionen

Zu Beginn sollen einige Definitionen von (Kinder- Jugend-)Psychotherapie, unterschiedlicher Autoren und Lexika angeführt werden.

2.1. (Kinder- Jugend-)Psychotherapie

Definitionen der (Kinder- Jugend-)Psychotherapie unterschiedlicher Autoren:

„§ 1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (<http://www.psychotherapie.at/paragraph1und2>).

„Es ist Aufgabe und Ziel der psychoanalytischen Arbeit, den Wirkungskreis des bewussten Denkens zu erweitern, Lücken in ihm auszufüllen, Widerstände gegen die Zulassung von seelischen Inhalten zum Bewusstsein aufzudecken und ihre Wirkung aufzuheben. Es ist der Triumph jedes Analytikers, wenn es ihm gelingt, unbewusste Vorgänge in bewusste umzusetzen“ (Freud 2006, 116).

„Sowohl die Kindererziehung als auch die Kinderpsychotherapie dienen letzten Endes dem Zweck, aus jugendlichen Menschen im Rahmen ihrer Bestimmung, Begabung, ihrer Möglichkeiten, vollgültige Erwachsene zu machen. Wir haben uns zur Aufgabe gesetzt, diesen Prozeß, des Erwachsenwerden, die Integration des Individuums zu fördern, die sich ihm entgegenstellenden Hindernisse zu beseitigen. Das Ziel ist der «normale» erwachsene Mensch, d.h. der voll angepaßte, voll arbeits- und liebesfähige, gemeinschaftsfähige Mensch“ (Zulliger 1952, 108).

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess, zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach

Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit), mittels lehrbarer Technik, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens, in der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig“ (Zaudig 2006, zit.n. Strotzka 1975).

„Im Rahmen eines kommunikativen und psychosozialen Problemlöseprozesses, der durch die therapeutische Beziehung und die bewusste Interaktion zwischen Therapeut und Patient ermöglicht wird, kommt es zu einer Erfahrungs- und Erlebniserweiterung bei den Patienten, die geeignet ist, Krankheitszustände zu überwinden“ (Zaudig 2006, zit.n. Kanfer et al. 2000).

„Allen Psychotherapien (und Verhaltenstherapien) ist gemeinsam, dass sie psychisches Leiden verringern, Verhalten verändern und das Verständnis in die eigene Person erweitern wollen. Etwas weiter spezifiziert, gleichwohl aber noch für alle Formen von Psychotherapie (und Verhaltenstherapie) gültig, besteht ein vorrangiges Ziel in der Reduktion von Symptomen, die nicht nur mit Leiden verknüpft sind, sondern zugleich auch die Entwicklung der Persönlichkeit behindern. Insofern ist als weitere bedeutsames Ziel, das über die Symptomreduktion hinausgeht, die Förderung der normalen Entwicklung anzusehen, mit der sich insbesondere die Stärkung einer autonomen Persönlichkeit verbindet. (...) Die in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Kommunikationskanäle sind das Spiel und die Sprache, die sich in unterschiedlicher Weise mischen können“ (Steinhausen 2000, 265-266)

2.2. Psychomotorik

Definitionen der Psychomotorik unterschiedlicher Autoren:

„Psychomotorik ist Ausdruck einer Lebensphilosophie und setzt sich aus den sich gegenseitig bedingenden Begriffen PSYCHE, die für das Nicht-Greifbare wie Geist, Seele, Gefühle und Verstand steht, und MOTORIK als Einheit von Bewegung und Wahrnehmung zusammen“ (Seewald 1993).

„Auf Grund eines holistischen Menschenbildes, das von einer Einheit von Körper, Seele und Geist ausgeht, beschreibt der Begriff Psychomotorik die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Bewegung und deren Bedeutung für die Entwicklung der Handlungskompetenz des Individuums im psychosozialen Kontext“ (Europäisches Forum für Psychomotorik 1996).

„Psychomotorik ist ein integrativ ganzheitliches Konzept zur Entwicklungsförderung über das Medium Bewegung“ (Voglsinger 1998).

„Psychomotorik als Prinzip und Handlungsmodell: Persönlichkeitsentwicklung ist ein aktiver Prozess, den jeder einzelne in konkreter Auseinandersetzung mit seiner dinglichen und personalen Umwelt

gestalten muss. Entwicklungsprozesse sind immer auch Lernprozesse. „Psychomotorisches Handlungsmodell“ bedeutet, Kindern (Personen) eben diese konkrete Auseinandersetzung zu bieten. In der Lösung bzw. Bewältigung von Bewegungsaufgaben, in der kreativen Auseinandersetzung mit einer Thematik in einer Kleingruppe werden genau jene motorisch-psycho-sozialen Komponenten (psychische Funktionen) gefordert und gefördert, die zu Bewältigung von Alltagssituationen aber auch von schulischen Anforderungen notwendige Voraussetzungen sind“ (Voglsinger 2000).

„Psychomotorik ist ein ganzheitliches Konzept zur Entwicklungsförderung besonders bei Kindern und Jugendlichen von ca. 3 bis 12 Jahren. Über das Medium Bewegung wird ein Selbstkonzept erarbeitet, das persönlichkeitsbildend und –stabilisierend wirkt. In der Psychomotorischen Therapie geht es um therapeutische Zusammenhänge seelischer und motorischer Prozesse, eines leibhaftigen, seelisch-körperbezogenen Zugangs unter Berücksichtigung der je eigenen biographischen Lebensgeschichte“ (Institut für Bewegungserziehung und Psychomotorik, Michael Passolt 2002).

„Psychomotorik ist keine spezielle Methode und auch kein besonderes Lernprogramm, sondern der Versuch einer alltäglichen, „natürlichen“, kindgerechten, entwicklungsorientierten und ganzheitlichen Erziehung durch Bewegung und Spiel zum gemeinsamen Handeln“ (Eggert 2000)

„Die Psychomotorik versteht sich als eine ganzheitliche Methode der Entwicklung und Förderung der Persönlichkeit auf der Grundlage eines humanistischen Menschen- und Weltbildes. Die optimale Entwicklung des menschlichen Potentials steht hierbei im Mittelpunkt, wobei die Achtung der Würde des einzelnen Menschen verlangt, dass wir ihn als selbständig handelnden Akteur seiner eigenen Entwicklung verstehen – eingebunden in seinen gesellschaftlichen und lebensweltlichen Kontext. Die Psychomotorik betont den engen Zusammenhang von Wahrnehmen, Erleben und Handeln. Die Psychomotorik als Prinzip bildet deshalb eine wichtige Grundlage für die Organisation von Lernprozessen und zur Gestaltung des Alltags, vor allem in pädagogischen und therapeutischen Einrichtungen. Die Psychomotorik als Methode hat sich als präventive und rehabilitative Maßnahme seit vielen Jahren in Einrichtungen der Frühförderung und Kindergärten, in Schulen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder und Jugendhilfe sowie im Arbeitsfeld der Erwachsenen (Psychiatrien) und in der Geriatrie bewährt. Körper, Bewegung und Spiel sind dabei zentrale Medien der psychomotorischen Entwicklungsbegleitung, wobei die Auseinandersetzung mit dem Körper und der bewusste Einsatz von Materialien wichtiger Bestandteil dieser Maßnahme darstellt – eine Maßnahme die meist in Gruppen durchgeführt wird, weil hier die Aneignung sozialer Verhaltensweisen wie Toleranz, Rücksicht und Kooperation sowie die Bewältigung von Konflikten und Misserfolgen ermöglicht wird“ (Homepage „Aktionskreis Psychomotorik e.V.“).

3. Entwicklung, Menschenbild und Methodik von Psychotherapie und Psychomotorik

Nachdem im vorigen Kapitel unterschiedliche Definitionen von Psychotherapie und Psychomotorik angeführt wurden, soll nun die Entwicklung der beiden Therapieformen kurz dargestellt werden. Außerdem werden das Menschenbild und die Methodik der jeweiligen Interventionen beschrieben

.Zuerst soll die Entwicklung der (Kinder- Jugend-)Psychotherapie beschrieben werden.

3.1. Entwicklung der (Kinder- Jugend-)Psychotherapie

Sigmund Freud, geboren 1865 in Mähren, begründete Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts die Psychoanalyse. Im Zuge seiner Beobachtungen, der Spannungen zwischen der herrschenden Kultur seiner Zeit und ihren Normen auf der einen Seite, sowie den Triebansprüchen des Einzelnen auf der anderen Seite, entdeckte Freud das Phänomen der Verdrängung ins Unbewusste. Die von der damaligen Gesellschaft als Provokation empfundenen Aussage, dass das menschliche Ich nicht „Herr (...) in seinem eigen Haus“ (Freud S. 1917, 11), sondern abhängig vom Unbewussten sei, führt Freud zur Entdeckung der Psychoanalyse als eine Methode, Krankheiten zu heilen, die den Konflikt zwischen Triebanspruch und gesellschaftlichen Normen zur Ursache haben. (vgl. Freud A. 2006, 73)

„(...): es ist Aufgabe und Ziel der psychoanalytischen Arbeit, den Wirkungskreis des bewussten Denkens zu erweitern, Lücken in ihm auszufüllen, Widerstände gegen die Zulassung von seelischen Inhalten zum Bewusstsein aufzudecken und ihre Wirkung aufzuheben. Es ist der Triumph jedes Analytikers, wenn es ihm gelingt, unbewusste Vorgänge in bewusste umzusetzen“ (Freud A. 2006, 116).

Jedoch unterscheidet sich die Kinderpsychotherapie von der der Erwachsenen, da dem Kind die Krankheitseinsicht fehlt - meist geht der Leidensdruck von dessen Umgebung aus, die sich vom Kind „gestört“ fühlt. Aufgrund der mangelnden

Krankheitseinsicht fehlen dem Kind außerdem die Motivation zur freiwilligen Inanspruchnahme der Therapie, und der Wille zur Heilung. (vgl. Freud A. 1927, 11)

Die Methode der Kinderanalyse unterscheidet sich außerdem von der Erwachsenenanalyse aufgrund der differenzierten „Denk-Kategorien“ von Erwachsenen und Kind.

„Das Kind hebt alle erwähnten Vorteile dadurch wieder auf, daß es sich weigert zu assoziieren. Es stürzt also den Analytiker dadurch in Verlegenheit, daß das eigentliche Mittel, auf welches die analytische Technik gebaut ist, bei ihm so gut wie nicht zur Anwendung gelangen kann“ (Freud A. 1927, 34).

„(...) bald fiel mir auf -(...)-, daß die Kinder in ihren freigewählten und selbsterfundenen Spielen regelmäßig ihre Konflikte darstellen und bearbeiten“ (Zulliger 1952, 66).

„Bei einer Spiel-Analyse kommt es nicht darauf an, daß sich das Kind in Wortvorstellungen unbewußte Mechanismen klarmacht; es genügt, wenn der Therapeut weiß, was geschieht, damit er sich in seinen (Spiel-) Eingriffen entsprechend verhalte“ (Zulliger 1952, 88).

Zu dieser Kenntnis, dass Heilung durch kindliches Spiel, ohne das Bewusstmachen pathogener unbewusster innerer Konflikte von statten gehen kann, kam der Schweizer Volksschullehrer und Psychotherapeut, Hans Zulliger (1952), der seine Erfahrungen in dem Buch „Heilende Kräfte im kindlichen Spiel“ publizierte:

Zulliger charakterisiert die Denkweise eines Erwachsenen als „logisch“, „vernünftig“, „zweckmäßig“. Seine Art zu denken und zu handeln folgt kausalen Zusammenhängen, die realistisch betrachtet und rational beurteilt werden. (vgl. 1952, 9) Im Gegenzug dazu bezeichnet Zulliger die infantile Denkweise als „prälogisch“, „animistisch“, „magisch“ und „symbolhaft“. Das kindliche Denken ist nicht logisch orientiert, daher wird das Denken als prä- also vor-logisch bezeichnet. Tiere werden als Symbole für Menschen verwendet und unbelebte Objekte, wie zum Beispiel ein Holzstück, werden beseelt und können im Spiel zu einer Person werden. (vgl. 1952, 13) Das kindliche Denken und Handeln folgt dem „Gesetz des Unbewussten“ (1952, 58) und zeigt sich daher „verworren“, „unlogisch“ und „sprunghaft“ (1952, 13).

„Das Kind sucht die Außenwelt sich einzuverleiben und sie mit dem Mittel der Phantasie zu meistern- wir aber sind bestrebt, die Außenwelt scharf zu erfassen, um uns ihr anzupassen oder um sie, soweit

dies geschehen kann, gemäß unseren Lustansprüchen abzuändern. Deshalb entwickeln wir den Geist: er soll über die Materie herrschen, ohne daß wir uns über dessen Wesen phantastische Illusionen machen“ (Zulliger 1952, 58).

Ungelöste Probleme werden auf der magisch-symbolischen Ebene im Spiel wiederholt („Wiederholungszwang“) und sollen so gelöst werden. (vgl. 1952, 19) Innere Konflikte des Kindes werden somit dargestellt, bearbeitet und kathartisch abreagiert. Für das Kind ist das Spiel jedoch nicht lediglich ein Produkt seiner Phantasie, so wie es dem Erwachsenen erscheint, sondern es empfindet das Spiel als bitteren Ernst - als „Wirklichkeit“.

„Das Kind unterscheidet noch nicht zwischen äußerer und innerer (phantasierter) Realität, wie es die Erwachsenen zu tun vermögen. Das Phantasieprodukt, der «Traum», ist für das Kind «Wirklichkeit»- so der nächtliche wie auch der Tagtraum“ (Zulliger 1952, 15-16).

Später bemerkt das Kind allmählich, dass seine Allmachtsphantasien an Grenzen stoßen, und die Außenwelt sich nicht immer seiner inneren Realität beugt. Aufgrund der zunehmenden Realitätsprüfung, und damit verbundenen Erkenntnissen, nimmt das Kind mit der Zeit das erwachsene, kausal-rationale Denken an. (vgl. Zulliger 1952, 57)

Aber bis es so weit ist (10-12 Jahre, Zulliger 1952, 77) unterscheiden sich die psychotherapeutischen Herangehensweisen voneinander. Beim Erwachsenen ist, im Gegensatz zum Kind, das ICH bereits vollständig entwickelt. In den meisten Fällen therapeutischen Arbeitens mit Erwachsenen muss ein zu strenges Über-ICH in seine Schranken gewiesen werden. Bei der Arbeit mit dem Kind spielt das keine tragende Rolle da das Über-ICH noch gar nicht in dieser ausgeprägten Form entwickelt ist. Beim Kind steht die Unterstützung bei der Ausformung des ICHs im Vordergrund. (Zulliger 1952, 62-64)

„Die spezielle Technik der Kinderanalyse, soweit sie überhaupt speziell ist, läßt sich aus einem sehr einfachen Satz ableiten: daß der Erwachsene – wenigstens weitgehend – ein reifes und unabhängiges Wesen ist, das Kind ein unreifes und unselbständiges“ (Freud A. 1927, 10)

Deswegen ist gerade in der therapeutischen Arbeit mit Kindern die Persönlichkeit des Therapeuten von tragender Bedeutung - das ICH des Kindes entwickelt sich

aufgrund seiner Erfahrungen mit dem Therapeuten (Zulliger 1952, 74). Der Erwachsene Analysand assoziiert frei und verwandelt Gefühle durch einen Denkprozess in Wortvorstellungen, die er dem Therapeuten möglichst ungefiltert wiedergibt. Anstatt frei zu assoziieren spielt (sich) das Kind frei und agiert Gefühle und Affekte in der Form aus. Der Therapeut beobachtet und deutet die kindlichen Verhaltensweisen. (vgl. Zulliger 1952, 62-64) Im Gegensatz zu Anna Freud (1927) ist Zulliger der Ansicht dass die Deutung den Kindern nicht mitgeteilt werden muss, um eine Heilung zu erreichen, da durch eine rationale Erklärung (Intellectualisierung) die tieferen Schichten nicht erreicht werden können. (vgl. Zulliger 1952, 73)

„Umgekehrt wollen wir mit Deutungen lange zurückhalten, die Deutungstechnik wirklich nur dann benutzen, wenn dies unumgänglich ist, und im Prinzip wollen wir einem Kinde nichts deuten. Es handelt sich darum, daß das Kind etwas erlebe, und nicht in erster Linie darum, daß es etwas wissen lerne“ (Zulliger 1952, 73)

Anna Freud bedient sich in ihrer Arbeit mit Kindern, nachdem sie die Eltern zur Krankheitsgeschichte ihrer Klienten befragt hat, der Analyse von Träumen, Tagträumen, Zeichnungen, und des Spiels (in Anlehnung an Melanie Klein) (vgl. Freud A. 1927, 26-37). Aber bevor noch mit der eigentlichen Analyse begonnen werden kann, müssen die Kinder Vertrauen in ihren Therapeuten gewinnen, eine tragfähige Bindung entstehen und eine positive Übertragungsbeziehung hergestellt werden (vgl. Freud A. 1927, 42).

Im Spiel sollen „pathogene Konflikte“ aufgedeckt, dargestellt, umgeformt und gelöst werden. Das Kind soll Schritt für Schritt lernen Triebe auf einem sozial anerkannten Weg auszuleben (Sublimierung) (vgl. Zulliger 1952,78). Auf diesem Weg sollte der Therapeut zwar Aggressionen zulassen und ausleben lassen, aber auch persönliche Grenzen setzen (vgl. Zulliger 152, 67). Außerdem gewährt das Spiel Einblicke in das Milieu in dem das Kind aufwächst und bietet so Ansatzpunkte für Veränderungen im sozialen Umfeld und Elternhaus („Milieukranke Kinder“). (vgl. Zulliger 1952, 78)

Da das Über-Ich eines Kindes durch die moralischen Vorstellungen der Gesellschaft und seinen Eltern gebildet wird, die diese Vorstellungen an das Kind weitergeben, sind vor allem die Eltern für nicht befriedigend lösbare innere Konflikt (von Es und Über-Ich) des Kindes verantwortlich.

„Was also ursprünglich eine persönliche, von den Eltern ausgehende Anforderung war, wird erst im Laufe des Fortschrittes von der Objektliebe zu den Eltern zur Identifizierung mit ihnen zu einem von der Außenwelt und seinen Vorbildern unabhängigen Ichideal. Beim Kinde aber ist von einer solchen Unabhängigkeit noch gar keine Rede“ (Freud A. 1927, 54).

Die Kinderanalyse ist daher nie nur eine Aufgabe die zwischen dem Kind und dem Therapeuten zu lösen ist, sondern wichtige Bezugspersonen spielen immer eine tragende Rolle in der Behandlung.

„Soweit das kindliche Über-Ich noch nicht der unpersönlich gewordene Vertreter der von der Außenwelt übernommenen Anforderungen geworden ist, soweit es mit der Außenwelt selbst noch organisch zusammenhängt, soweit spielen auch die dieser Außenwelt entnommenen Objekte in der Analyse selbst und insbesondere in ihrem letzten Stück, bei der Verwendung der aus der Verdrängung befreiten Triebregungen, eine wichtige Rolle“ (Freud A. 1927, 58).

Als Spielzeug sollten möglichst rohe Materialien (zum Beispiel Holz), bereitgestellt werden, aus denen das Kind frei wählen kann, was es zum Spielen verwenden möchte. Einerseits kann das Kind bei der Verwendung solcher Materialien nicht befürchten etwas Wertvolles kaputt zu machen, andererseits soll die Phantasie dadurch angeregt werden, und es soll vermieden werden, dass das Kind Hemmungen verspürt seine Affekte an einer „Person“ (zum Beispiel Puppe die an die Mutter erinnert) auszuleben. (vgl. Zulliger 1952, 67-68)

Aber bevor mit einer Therapie begonnen werden kann müssen zu allererst körperliche Ursachen ausgeschlossen werden können. Anschließend soll die psychische Struktur und das Milieu durch Tests erhoben werden. Danach kann frei gespielt werden. (vgl. Zulliger 1952, 78-81)

„Wir schreiten von gröberen, primitiveren Spielen und Arbeiten allmählich zu feineren, sozialeren, die womöglich im Verband mit den Eltern und Geschwistern getätigt werden, um so eine Versöhnung herbeizuführen, die Gemeinschaftsgefühle zu fördern, die soziale Einordnung anzubahnen“ (Zulliger 1952,81)

Heute werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschiedlichste Therapieansätze verfolgt, die der jeweiligen individuellen Situation der Betroffenen angepasst werden (vgl. Friedrich 1998, 323):

- analytische Spieltherapie
- Gruppentherapieformen von Aktion über Interaktion zu Themen- und Konfliktzentriertheit
- Rollenspiele
- Gesprächstherapie
- Familientherapie
- Verhaltenstherapie
- funktionell therapeutische Übungen
- Musik-, Gestalt-, Mal- und Tanztherapie
- konzentrierte Bewegungstherapie
- Autogenes Training und Jakobsen'sche Entspannung
- Biofeedback-Methoden
- Märchentherapie

„Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sonderkindergärtnerinnen, Lehrer und pharmamedizinisch-technische Hilfskräfte“ arbeiten heute im Team zusammen und ergänzen sich gegenseitig um ihr Ziel – das Kindeswohl – zu erreichen. (Friedrich 1998, 322)

„Die Arbeit am kindlichen Über-Ich aber ist eine doppelte: analytisch in der historischen Zerlegung von innen her, soweit das Über-Ich schon Selbstständigkeit erlangt hat, aber außerdem erzieherisch beeinflussend von außen her durch Veränderungen im Verhältnis zu den Erzieherpersonen, durch die Schaffung neuer Eindrücke und durch die Revision der Anforderungen, die von der Außenwelt an das Kind gestellt werden“ (Freud A. 1927, 77).

3.2. Menschenbild und Methodik der Psychotherapie

Folgendes Kapitel beschreibt das Menschenbild und die Methodik der Psychotherapie. Neurotische Reaktion, Persönlichkeitsentwicklungsstörung und Erlebnis- und Belastungsreaktion werden erörtert. Im Zuge der Darstellung der Neurotischen Reaktion wird auf S. Freuds Neurosentheorie und die sozialen

Zusammenhänge der Neurose nach A. Adler eingegangen. Kann sich die Persönlichkeit eines Kindes in seinem Umfeld nicht altersentsprechend positiv entwickeln, können sich Persönlichkeitsmerkmale im Erwachsenenalter zu einer Persönlichkeitsstörung verfestigen - darauf soll zufolge der Persönlichkeitsentwicklungsstörung ebenfalls eingegangen werden.

„Behandlungsbedürftig ist dasjenige Kind oder derjenige Jugendliche, der die lebensalter-typischen, sozial alltäglich üblichen, kulturkreisspezifischen Verrichtungen nicht erfüllen kann. Es handelt sich dabei also um Kinder und Jugendliche, die auf Grund ihrer Symptomatik ihr Übliches, im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen, typisches Leben nichtregulär vollziehen können und daher in Konkurrenz zu den anderen Kindern individuell und subjektiv leiden bzw. zurückstehen müssen“ (Friedrich 1998, 310).

Friedrich (vgl. 1998, 310) vertritt die Ansicht, dass Gesundheits-Krankheitskonzepte der WHO in der Kinder- und Jugendtherapie, von „überwiegend psychodynamisch orientieren Krankheiten“, nicht als Indikator für therapeutische Maßnahmen dienen sollten, sondern die „Behandlungsbedürftigkeit“ des Kindes oder Jugendlichen ausschlaggebend sein sollte. Demgegenüber stellt er die „Organopsychische und funktionelle Erkrankung“ bei denen eine „Behandlungsnotwendigkeit“ vorliegt (vgl. Friedrich 1998, 318).

Zu den organopsychischen und funktionellen Erkrankungen, bei denen diverse Schädigungen des Gehirns oder des zentralen Nervensystems vorliegen, zählen (Friedrich 1998, 318-322):

- Organische Psychosyndrome-Psychopathien
- Hirnabbauerkrankungen
- Teilleistungsschwächen
- Kindliche Nerven-, Geistes- und Gemütskrankheiten (schizophrene Erkrankung, zyklische Erkrankungen, schizoaffektive Erkrankungen, Borderline-Syndrom)

Psychodynamisch orientierte Krankheiten können in

- Pathologische Erlebnis- und Belastungsreaktion
- Neurotische Reaktionen (hysterisch, angstneurotisch, depressiv-neurotisch, zwangsneurotisch, psychosomatisch-neurotisch)

-Persönlichkeitsentwicklungsstörung
gegliedert werden (Friedrich 1998, 310-317).

Im Kindes- und Jugendalter wird hauptsächlich von „Reaktionen“ gesprochen, anstatt von „Krankheitsentitäten“. Damit soll gezeigt werden, dass die aktuelle psychische Situation eines Kindes, eine Antwort auf bio-psycho-soziale Einflüsse ist, die zwar pathologisch, aber auch wieder veränderbar sind. (Friedrich 1998, 310)

„In der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie gehen wir in Wien in Erweiterung des biopsychosozialen Ansatzes von einem Vierfelderschema aus, das die Somatik, die Intellektualität, die Emotionalität und die Sozialisation eines Menschen erfaßt.“ (Friedrich 1998, 307)

Es wird von einem ganzheitlichen Konzept ausgegangen, bei dem sich Anlage und Umwelt gegenseitig beeinflussen (siehe auch Kapitel: 3.2. Wahrnehmen und Lernen-Organisation des neuralen Systems nach Gerald Hüther). Der Mensch wird in seiner Ganzheit erfasst, indem einerseits „statische“ Größen eruiert - wie zum Beispiel die körperliche Verfassung und Entwicklung zu einem bestimmten Zeitpunkt im „Hier und Jetzt“, oder die psychische Ausgangssituation der Eltern und die Erwartungshaltung mit der ein Kind ins Leben begrüßt wird - andererseits „dynamische“ Wirkfaktoren herausgestellt werden. Zu den veränderbaren (dynamischen) Faktoren zählen die Art und Weise wie Eltern das Gesundheitsbewusstsein ihres Kindes schulen, wie das Kind intellektuell (kognitiv und kreativ) gefördert wird und inwieweit Eltern dazu in der Lage sind einem Kind emotional das Gefühl zu vermitteln, gewollt und geliebt zu sein. Entsprechend den emotionalen und sozialen Kompetenzen der Bezugspersonen wird sich eine „moralische Urteilsfähigkeit“ entwickeln und eine „soziale Antizipation“ ermöglichen. (Friedrich 1998, 310)

3.2.1. Neurotische Reaktion-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnis- und Belastungsreaktion

In den folgenden Kapiteln werden die Neurose, die Erlebnisreaktion und die Persönlichkeitsstörung kurz beschreiben und voneinander abgegrenzt.

Die pathologische Erlebnis- und Belastungsreaktion

Die Art wie Menschen Fühlen, Denken und Handeln ist eine Reaktion auf ihre Erfahrungen (vgl. Barnow 2008, 18). Menschliches Verhalten wird durch Erlebnisse mit sich und den wichtigsten Bezugspersonen, die vor allem in den ersten Lebensjahren gemacht werden, geprägt. (vgl. Jünemann, Saß 2000, 20)

Machen Kinder Erfahrungen, die ihr innerpsychisches Gleichgewicht erschüttern, weil sie ihre Verarbeitungskompetenzen überschreiten, antworten sie mit pathologischen Erlebnis- und Belastungsreaktionen auf diese Erfahrung. Kann das Erlebnis mit therapeutischer Hilfe aufgedeckt und aufgearbeitet werden, kommt es zu einer relativ raschen Genesung und die pathologischen Symptome stellen sich wieder ein. (vgl. Friedrich 1998, 310)

Die Neurotische Reaktion

Im Kindesalter kann es zu ängstlichen, hysterischen, depressiven und zwanghaften Reaktionen und psychosomatischen Erkrankungen kommen (vgl. Friedrich 1998, 311).

„Neurotische Reaktionen im Kindesalter basieren auf einander widerstrebenden Kräften im Unbewußten, die also nicht bewußtseinsfähig sind, sodaß sie gleichsam «maskiert» Laut geben müssen“ (Friedrich 1998, 311)

Die Beeinflussung des Verhaltens, Denkens und Fühlens durch unbewusste Inhalte soll anhand der Lehren von Sigmund Freud und Alfred Adler erläutert werden.

Ich – Über-Ich – Es und die Neurose (nach Sigmund Freud)

Die menschliche Persönlichkeit umfasst nach Freud folgende Instanzen: das Es, das Ich und das Über-Ich. Dieses Persönlichkeitsmodell entwickelte er aus den praktischen Erfahrungen seiner psychoanalytischen Arbeiten mit den Patienten.

Das „Es“ beinhaltet alles was uns bei der Geburt vererbt wird, ist somit konstitutionell festgelegt, und schließt die Triebe mit ein. Dieses kann auch als Bedürfnis- oder auch als Triebspannung bezeichnet werden. Weiters liefert das Es die seelische Energie, welche zur Befriedigung der Bedürfnisse dient. Die aus dem Es stammenden Bedürfnisse dienen dem Lustprinzip. Das Es ist dem unbewussten zuzuordnen, ist nur indirekt zugänglich und stellt die Basis für die Weiterentwicklung des Ich und Über-Ich dar.

Die Abgrenzung zwischen dem Ich und dem Es geschieht im Laufe der seelischen Entwicklung, durch die Auseinandersetzung mit der Außenwelt. Wobei hier zu betonen ist, dass die drei Instanzen, Es, Ich und Über-Ich nicht klar voneinander abzugrenzen sind, sondern eher einen fließenden Übergang ineinander haben. Die unkontrollierten Äußerungen der Triebe, die aus dem Es stammen, kollidieren mit der Außenwelt und prallen auf Widerstand. Hier übernimmt das Ich als Realitätsprinzip die Aufgabe, die Bedürfnisse des Es zu überprüfen, und sie mit den Bedingungen der Umwelt abzustimmen. Entweder werden diese Bedürfnisse in der Realität durchgesetzt, aufgeschoben oder gar unterdrückt. Bei Nicht-Bewältigung und Erfüllung dieser Bedürfnisse, kann diese unter Umständen zu psychischen Störungen führen. (vgl. Freud S. 1923, 376)

Dem Ich wird die Aufgabe zugeschrieben, zwischen den Trieben, der Außenwelt, und den Anforderungen des Über-Ich eine Homöostase herzustellen. Das Ich wird wiederum dem Unbewussten zugeordnet. Die Vermittlung zwischen Es Realität und Über-Ich geschieht durch Kompromisse, die manchmal nur in neurotischer Form gelingen. Das Über-Ich vereinigt das Ich-Ideal und die ethischen und sozialen Normen einer Kultur oder Gesellschaft. Das Kind übernimmt im Regelfall die Ideale seiner Leitbilder, der Eltern oder anderer Bezugspersonen und identifiziert sich mit diesen Leitbildern und eignet sich deren Handlungsweisen an. Die Psychoanalyse bezeichnet den Vorgang bei dem das frühere „Außen“, also die Gebote und Verbote

des Umfeldes, zu einem „Inneren“ werden als Introjektion. Somit ist die Struktur des Über-Ich sehr stark von der Erziehung und dem sozialen Milieu, in dem sich ein Individuum bewegt, abhängig. Die Identifikation gilt als die Voraussetzung für die Bildung einer ausgeglichenen und reifen Persönlichkeit. Kritiklose Identifikationen, wie zum Beispiel Nachahmungen eines Idols, welche sehr schwer in der heutigen Gesellschaft auszublenden sind, erschweren die positive Identitätsfindung, stören die Anpassung an die Realität und können zu neurotischen Symptomen führen. (vgl. Freud S. 1923, 381)

Nun sollen die sozialen Zusammenhänge einer Neurose an Hand von Alfred Adlers Theorien erläutert werden.

Die Neurose und ihr soziales Umfeld (nach Alfred Adler)

„Adlers Theorie der Neurose und andere Verhaltensstörungen ist im wesentlichen folgende: (1) Ein Individuum, das eine falsche Meinung von sich und der Welt hat, d.h. ein Mensch mit falschen Zielen und einem falschen Lebensstil (2) greift nach verschiedenen Formen von abnormalem Verhalten, um seine Meinung von sich zu sichern, wenn er (3) sich Situationen gegenüber sieht, von denen er glaubt, daß er ihnen auf Grund seiner falschen Anschauungen und der sich daraus ergebenden, unzulänglichen Vorbereitung nicht erfolgreich begegnen kann. (4) Der Fehler liegt darin, daß er sich mit sich beschäftigt, statt die menschliche Zusammengehörigkeit in Betracht zu ziehen. (5) Das Individuum ist sich dieser Vorgänge nicht bewußt.“ (Ansbacher/Ansbacher 1972, 231)

Laut Adler hat jeder Mensch ein Minderwertigkeitsgefühl, weil niemand vollkommen ist (vgl. Ansbacher/Ansbacher 1972, 247). Daraus ergibt sich, dass alle Menschen danach streben dieses subjektiv empfundene Gefühl der Unzulänglichkeit und Unsicherheit zu kompensieren (vgl. Ansbacher/Ansbacher 1972, 232). Wenn genügend Ressourcen vorhanden sind um ein „Gemeinschaftsgefühl“ zu entwickeln, kann dieses als „Kompensation“ dienen. Der Mensch darf sich als wertvoll für die Allgemeinheit fühlen, und muss nicht auf andere Mittel auf der „unnützen, gemeinschaftswidrigen Seite des Lebens“ zurückgreifen. (Ansbacher/Ansbacher 1972, 244)

„Entfaltung des Gemeinschaftsgefühls ist auch die sicherste Prävention für Minderwertigkeitsgefühle und Machtstreben, von denen nur derjenige bedroht ist, der den sozialen Zusammenhang aus den Augen verloren hat.“ (Rattner 1972, 68)

Beim Neurotiker ist, aufgrund seines erhöhten Minderwertigkeitsgefühls (Minderwertigkeitskomplex), dieses Streben nach Kompensation und Macht besonders stark ausgeprägt (vgl. Ansbacher/Ansbacher 1972, 243). Das erhöhte Minderwertigkeitsgefühl entsteht durch ungünstige biologische, psychische, soziale aber vor allem erzieherische Umstände, die dazu führen, dass manche Kinder „mehr Unsicherheiten in den ersten Lebensjahren erleben als andere“ (Rattner 1972, 57). Diese Unsicherheit kann durch Vernachlässigung oder subjektiv empfundene Vernachlässigung entstehen, aber auch durch einen „verzärtelten Lebensstil“. Durch die „Verzärtelung“ sind diese Kinder den sozialen Anforderungen des Lebens nicht gewachsen, da sie nie gelernt haben selbst aus eigener Kraft etwas zu leisten, sondern die Gesellschaft für die eigenen Zwecke auszunützen gewohnt sind.(vgl. Ansbacher/Ansbacher 1972, 233) Unter solchen Umständen kann kein adäquates „Gemeinschaftsgefühl“ entwickelt werden. Ein Mensch kann sich nur sicher in der Gesellschaft fühlen, wenn er das Gefühl hat gleichwertig zu sein. Das Gefühl der Zusammengehörigkeit schwindet, wenn er das Gefühl hat weniger wert zu sein. Der Neurotiker strebt nach Erleichterung des in ihm Spannungen auslösenden „Minderwertigkeitsgefühls“, das die ständige Angst präsent hält zu versagen und die Angst vor der Blamage schürt, dass seine Schwächen aufgedeckt werden könnten. (vgl. Dreikurs 1971, 138-142)

Daraus entwickelt sich parallel zu dem Schwinden des „Gemeinschaftsgefühls“ ein Machtstreben nach „persönlicher Überlegenheit“, das durch Angst, Wut, Trauer und Schuldgefühle zum Ausdruck kommen kann.(vgl. Ansbacher/Ansbacher 1972, 244). Diese Gefühle mögen im ersten Moment nicht alle sofort als Machtstreben erkannt werden, aber

„Leid und Trauer enthalten immer Anklagen gegen die Umwelt, verlangen Hilfe, Verständnis und Erleichterung; anstelle der eigenen Verantwortlichkeit steht die Verpflichtung der anderen.“ (Dreikurs 1971, 145)

Die Neurose stellt sich also als ein innerpsychischer Konflikt zwischen „Wissen und Tun“, „Wollen und Handeln“ dar. Die eigenen Vorstellungen von dem, wie „man“ in der Gesellschaft sein muss, widersprechen dem eigenen gesetzten Verhalten. Das Interesse des allgemeinen gesellschaftlichen Wohls, steht im Konflikt zu den persönlichen Interessen. Dadurch entsteht ein Spannungsfeld zwischen dem „Gemeinschaftsgefühl“ und dem streben nach persönlicher Anerkennung. Der

Neurotiker möchte nicht zugeben, dass er seinen gesellschaftlichen Verpflichtungen nicht nachkommen will/kann, weil er sich den sozialen Anforderungen nicht gewachsen fühlt. Deshalb entwickelt er, um den subjektiv empfundenen Gefühl der Wertlosigkeit zu entgehen, ein Symptom, dass ihm die Ausrede für seine Unzulänglichkeit bietet; denn wenn er nicht krank wäre, würde er ja mehr leisten. (vgl. Dreikurs 1971, 136-140)

„Tatsächlich erkranken die Patienten immer vor sozialen Prüfungssituationen (die manchmal verschleiert sein können). Diese „Prüfungen“ (Arbeit, Liebe, Sexualität, Umweltkontakte) stöbern im Seelenleben uralte, in der Kindheit erworbene Minderwertigkeitsgefühle (Angst) auf. Mit Hilfe seiner Ängste, aber auch als Abwehr gegen sie, baut der Patient seine Neurose auf.“ (Rattner 1972, 77)

Zusätzlich sichert ihm seine Erkrankung ein erhöhtes Maß an Aufmerksamkeit, Nachsicht und Entgegenkommen (was bei Freud als sekundärer Krankheitsgewinn bezeichnet wird) (vgl. Dreikurs 1971, 141).

Diese Vorgänge sind dem Neurotiker jedoch weitgehend unbewusst, denn er muss Inhalte verdrängen die sein Selbstwertgefühl zu senken drohen (vgl. Rattner 1972, 80). Ein Zitat von Friedrich Nietzsche soll dies bildlich veranschaulichen:

„Das habe ich getan, sagt mein Gedächtnis. Das kann ich nicht getan haben, sagt mein Stolz. Schließlich – gibt das Gedächtnis nach“ (In: Rattner 1972, 46).

Zulliger bemerkt, dass kindliche „Neurosen“ oft von deren Eltern „gezüchtet“, das heißt durch das elterliche (Fehl-)Verhalten produziert sind. Kinder reagieren also auf das Verhalten ihrer Eltern. Demnach liegt die Ursache für das neurotische Verhalten des Kindes bei ihnen. Die Veränderung muss also von den Eltern ausgehen, um es dem Kind zu ermöglichen sich ebenfalls zu verändern. Deshalb ist es in der therapeutischen Arbeit wichtig, stets auch das Milieu des Kindes zu betrachten und den Kontakt zu den Eltern zu suchen. (Zulliger 1952, 99-105)

„Das infantile Denken der Eltern bestimmt vermutlich in manchen Fällen sogar die Art der neurotischen Symptome des in die Fehlentwicklung hineingestoßenen Kindes. (...) Seine Krankheit ist die Summe, das aus verschiedenen Hintergrundwirkungen zusammengesetzte neurotische Resultat der elterlichen Reaktion-gleichsam eine Antwort darauf“ (Zulliger 1952, 105)

Das Problem besteht darin, dass aus funktionalen Reaktionen auf gegebene Umwelteinflüsse, ein Persönlichkeitsmuster werden kann, das nicht mehr oder nur mehr schwer abgelegt werden kann, obwohl es in der aktuellen Situation nicht mehr passend ist. (Barnow 2008, 19)

Neurotische Symptome sind von der Persönlichkeitsstörung abzugrenzen. Bei der Persönlichkeitsstörung, handelt es sich um keine Erkrankung im eigentlichen Sinne. Sie ist ein schwer veränderbarer Teil der Persönlichkeit, der sich über Jahre hinweg entwickelt hat. (vgl. Nissen 2000, 39) Bei Kindern wird nicht von einer ausgewachsenen Persönlichkeitsstörung gesprochen, sondern von einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung (vgl. Friedrich 1998, 316)

Die Persönlichkeitsentwicklungsstörung

„Nach Walter Spiel handelt es sich bei Persönlichkeitsentwicklungsstörungen um psychische Erscheinungsformen, die durch einen «permanent diviierenden» (durchgehend verbiegenden) Erziehungsstil entstanden sind“ (Friedrich 1998, 316).

Die Persönlichkeitsbildung eines Kindes kann nicht positiv verlaufen, da die erzieherischen Rahmenbedingungen, die durch die Eltern geboten werden eine adäquate Entwicklung nicht fördert. Kinder die in einem lieblosen Umfeld aufwachsen in dem Eltern keine guten Vorbilder sind, oder in dem kein geschützter Rahmen gewährleistet ist, in dem sie die Möglichkeit haben Fehler zu machen und daraus zu lernen („Versuchs-Irrtumslernen“), können die Folgen ihrer Handlungen nicht abschätzen. Zu wenig „Wärme, Liebe, Fürsorge und Zuwendung“ führt zu einer Verwahrlosung der Kinder. Diese Kinder versuchen den „emotional-sozialen Mangel“ mit allen Mitteln zu kompensieren, und finden beispielsweise in diversen Süchten, Sekten und als Anhänger von Ideologien einen Ersatz. Vor allem in der Phase der Adoleszenz, in der Jugendliche auf der natürlichen Suche nach Identität, Identifikation und Intimität sind, sind sie diesen potenziellen Gefahrenherden erhöht ausgesetzt. Da sie es nie gelernt haben ihre Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben,

eine „moralische Urteilsbildung“ nie stattgefunden hat und eine Aneignung sozialer Anpassungsfähigkeiten nicht erfolgen konnte, rutschen viele Kinder und Jugendliche auf ihrer Suche nach Anerkennung in Kriminalität und Prostitution ab. (vgl. Friedrich 1998, 316-317)

Kann sich die Persönlichkeit eines Kindes in seinem Umfeld nicht altersentsprechend positiv entwickeln, können sich diese Persönlichkeitsmerkmale im Erwachsenenalter zu einer Persönlichkeitsstörung verfestigen.

„Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigung führt“ (Seidler 2000, 28)

Da es eine Vielzahl unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen gibt, existieren 2 moderne Klassifikationssysteme, die die Bestimmung der unterschiedlichen Störungsbilder vereinfachen sollen: das DSM-IV und das ICD-10. Beide Systeme unterscheiden sich nur geringfügig voneinander, jedoch wurde für die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen das DSM-IV zur Anwendung gebracht. (vgl. Barnow 2008, 29)

Das DSM-IV wird in drei Cluster (A, B, C) unterteilt. Dem Cluster A werden Persönlichkeitsstörungen (PS) mit „sonderbarem“ oder „exzentrischem“ Charakter - die Paranoide PS, die Schizoide PS und die Schizotypische PS - zugeordnet. Zum Cluster B zählen Persönlichkeitsstörungen mit „dramatischem“, „emotionalen“ oder „unberechenbarem“ Verhalten, das heißt die Antisoziale PS, die Borderliner PS, die Histrionische PS und die Narzistische PS. Persönlichkeitsstörungen die durch „Angst“ und „Furcht“ geprägt sind, werden im Cluster C zusammengefasst; dazu gehören die Selbstunsichere PS, die Dependente PS und die Zwanghafte PS. (vgl. Barnow 2008, 28)

Das ICD-10 unterscheidet die Paranoide PS, die Schizoide PS, (die Schizotype Störung), die Dissoziale PS, die Emotional instabile PS (Unterkategorie: Impulsiver Typ, Borderline Typ), die Histrionische PS, die Anankastische PS, die Ängstliche (vermeidende) PS, die Abhängige (asthenische) PS, und andere spezifische PS: Narzisstisch, Exzentrisch, Haltlos, Unreif, Passiv-aggressiv, (Pseudo-) Neurotisch. (vgl. Barnow 2008, 29)

In Folge werden die wesentlichen Thematiken der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen nach Barnow (vgl. 2008, 45) kurz zusammengefasst:

Paranoide Persönlichkeitsstörung: fanatisch, querulatorisch, rechthaberisch

Schizoide Persönlichkeitsstörung: soziale Isolation, Einsamkeit

Schizotype Persönlichkeitsstörung: soziales Unbehagen, Verzerrungen im Denken und in der Wahrnehmung

Antisoziale Persönlichkeitsstörung: fehlende Schuldgefühle, Störungen der Impulskontrolle

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Identitätsstörungen, Störungen der Affektkontrolle

Histrionische Persönlichkeitsstörung: oberflächlich und emotionalisierend

Narzisstische Persönlichkeitsstörung: Mangel an Empathie und überempfindlich bei Kritik

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung: Schüchternheit und fehlende soziale Kompetenz

Dependente Persönlichkeitsstörung: unterwürfig und entscheidungsunfähig

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Rigidität und starrer Perfektionismus

Negativistische Persönlichkeitsstörung: passiv, widerständig und aggressiv

Depressive Persönlichkeitsstörung: hoffnungslos und selbstabwertend

Barnow geht davon aus, dass eine Persönlichkeitsstörung durch ein Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren entsteht (vgl. 2008, 181). Diese werden in seinem „Neuro-

psycho-sozialen Modell“ dargestellt. Er unterscheidet „konstitutionelle (biologische) Faktoren“ von „umweltbedingten (außer- und innerfamiliär) Faktoren“. Zu den biologischen Faktoren zählen: die Genetik, das Temperament, und frühe Einflüsse (prä-, peri- und postnatale Risiken). Zu den Umweltbedingungen gehören die wahrgenommene Erziehung (Ablehnung, Überbehütung,...), die Einflüsse in den Peers (Mobbing, Gewalt, Drogen, Alkohol,...), und traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit (sexueller Missbrauch, Gewalterfahrung, Vernachlässigung,...). Neuropsychologische Defizite (z.B.: perinatale Schädigungen) können durch protektive Faktoren kompensiert werden. Protektive Faktoren können ein förderndes, warmes Erziehungsverhalten, eine sichere Bindung an Bezugspersonen, Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitserwartungen, soziale Kompetenz und ein optimistisches, positives Temperament sein. Sind diese protektiven Einflüsse nicht vorhanden, kommt es zu einer weiteren neurophysiologischen Veränderung (gestörte Hirnentwicklung, u.a. limbisches System, präfrontaler Kortex, synaptische Erregbarkeit...) und einer Zunahme von dysfunktionalen Verhalten, aufgrund einer selektiven Informationsverarbeitung. Diese „Stressoren“ wirken zurück auf die erhöhte kognitive und emotionale Vulnerabilität (affektiv instabil, irritierbar, kognitive Defizite, gestörte Informationsverarbeitung), und schließen den Kreislauf. (vgl. Barnow 2008, 227-228)

Es gibt unterschiedliche Merkmale die eine Person aufweisen muss, um eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können. Jedoch können die, in älteren Modellen aufgeführten Eigenschaften - Stabilität, frühes Auftreten, Therapieresponsibilität, Ich-Syntonie, hohe Komorbidität und Symptomspezifität, eher umweltbedingt - heute nicht mehr als generell gültig und empirisch nachweisbar gelten. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass bei unterschiedlichen Störungen auch unterschiedliche Merkmale zu erkennen sind. Es ist also nicht sinnvoll diese zu verallgemeinern. (vgl. Barnow 2008, 22-27)

Trotzdem kann gesagt werden, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen eher dazu neigen zu assimilieren, das heißt Wahrnehmungen mit alten, bestehenden Strukturen zu erfassen und zu behandeln. Ihr Verhalten kann als

Anpassungsleistung an vergangene Umweltbedingungen gedeutet werden, die im „Hier und Jetzt“ nicht mehr zweckmäßig sind. Es fällt ihnen schwer sich von alten, starren Verhaltensmustern zu lösen und zu akkommodieren, das heißt durch Schaffung neuer Wahrnehmungs- und Handlungsmuster sich den aktuellen Umweltbedingungen anzupassen. (vgl. Piaget 1976, 13-14; Barnow 2008, 26) Somit sind bestimmte Verhaltensweisen in ihrem Ursprung durchaus funktional; sie dienen dem Schutz und der Bewältigung bestimmter Umweltfaktoren, sind somit in ihrer Entstehung nicht zu pathologisieren (vgl. Barnow 2008, 19).

In den folgenden Kapiteln wird auf die Entwicklung, das Menschenbild und die Methodik der Psychomotorik eingegangen.

3.3. Entwicklung der Psychomotorik

Die Psychomotorik blickt auf eine lange Sonder- Heil- und Sportpädagogische Tradition zurück. Angeregt durch Maria Montessori, Itard und Seguin begründet E. J. Kiphard in den 50er und 60er Jahren die deutsche Psychomotorik. Kiphard entwickelte die zentralen Ideen der Psychomotorik während seiner langjährigen Arbeit am Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik in Hamm. Die von Mimi Scheiblauer und Charlotte Pfeffer begründete Rhythmik waren von Anbeginn bis heute wichtige Elemente der Psychomotorik (vgl. Fischer 2009, 13-19).

Mit der Gründung des Aktionskreises Psychomotorik 1976 etabliert sich die Psychomotorik als Wissenschaftsdisziplin (Motologie). Der Aktionskreis versteht sich von Anfang an als „interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft“ (Fischer 2009, 19), die sich aus den Disziplinen der Pädagogik, Psychologie und Medizin zusammensetzt.

Die methodische Vorgehensweise variiert entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Klienten. Sie reicht vom „direktiven Strukturieren“ über „planerisches Mitgestalten“ bis zum „nicht-direktiven, offenen Vorgehen“. Die

Gruppentherapie erfreut sich großer Beliebtheit, da sie für die Einübung sozialer Kompetenzen ein passendes Setting schafft. (Fischer 2009, 27)

Grob betrachtet lassen sich 4 Perspektiven unterscheiden, die in den folgenden Konzepten ihren Niederschlag finden: Die klassische *„funktionale Perspektive“*, die *„erkenntnisstrukturierte Perspektive“*, die *„verstehende Perspektive“*, die *„ökologisch-systemische Perspektive“* (Fischer 2009, 30-31).

Die funktionale Perspektive wurde vom Begründer der deutschen Psychomotorik, Ernst J. Kiphard, ins Leben gerufen. Sein Ansatz ist in den Anfängen noch „medizinisch-defizitorientiert“, indem er den Ursprung einer Störung diagnostiziert, eine Therapie indiziert und anwendet, um anschließend eine Erfolgskontrolle durchzuführen. Mittels Gruppentherapie und „gezielter Sinnes- und Bewegungsschulung“ soll die ganze Persönlichkeitsentwicklung unterstützt werden.

„Hauptkriterien der funktionalen Perspektive sind: Gewandtheit, Wohlkoordiniertheit, Rhythmus, Sicherheit, Tempo, Kraft, Ausdauer, Tonusregulation“ (Fischer 2009, 30).

Bekannte Vertreter der erkenntnisstrukturierten Perspektive sind Friedhelm Schilling und Renate Zimmer. Dieser Ansatz orientiert sich hauptsächlich an Piagets Erkenntnistheorie und sieht die „Differenzierung von Wahrnehmungs- und Bewegungsmustern“ als „die wichtigste Grundlage der Handlungsfähigkeit“. Außerdem wird diese Perspektive durch theoretische Zugänge der nichtdirektiven Spieltherapie und der Selbstkonzepttheorien erweitert. Deshalb wird diese Vorgehensweise oft in der Frühförderung und im heilpädagogischen Zusammenhang angewendet.

„Bewegung wird als Strukturierungsleistung und als wichtiger Teil der Handlungsfähigkeit betrachtet. Um Bewegungsmuster zu generalisieren und sich dadurch der sich stetig verändernden Umwelt anzupassen, muss die Wahrnehmung des Kindes in einem Lernprozess umstrukturiert werden“ (Fischer 2009, 30)

Der von Jürgen Seewald formulierte Verstehende Ansatz wird durch phänomenologische und tiefenpsychologische Theorien fundiert. Das Kind soll die Möglichkeit haben, sich bewegt von Problemen „freizuspielen“.

„Es geht um das Ausleben von Erlebnissen, Gefühlen und Bedürfnissen der Kinder“ (Fischer 2009, 31).

Die ökologisch-systemische Sichtweise soll den Blickwinkel erweitern, indem das Kind nicht nur als Individuum betrachtet wird, sondern auch immer im Zusammenhang mit seiner Umwelt. Der Therapeut versucht im Dialog die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes zu verstehen und den Raum für eine Bearbeitung zu schaffen.

„Somit wird Bewegung zum sozialen und sozialräumlichen Phänomen, weil ein Verstehen der kindlichen Verhaltensweisen nur im Kontext sinnvoll ist“ (Fischer 2009, 31)

Im folgenden Kapitel soll auf das Menschenbild und die Methodik der Psychomotorik näher eingegangen werden.

3.4. Menschenbild und Methodik der Psychomotorik

Diese Kapitel befasst sich mit dem Menschenbild und die Methodik der Psychomotorik. Bewegung wird als kindliches und menschliches Grundbedürfnis dargestellt und durch das holistische Menschenbild untermauert.

Schilling erkennt dass motorische Defizite immer in Zusammenhang mit einer gehemmten emotionalen und sozialen Persönlichkeitsentwicklung stehen (vgl. Schilling 1984, 102). Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungsmöglichkeiten sind häufige Auslöser für Lernschwierigkeiten, Körperkoordinationsstörungen, Ängste und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Gerber 1992, 77-99). Menschliche Entwicklung vollzieht sich stets im Spannungsfeld von Umwelt und Anlage (vgl. Fischer 2009, 25). Die Psychomotorik versteht sich als ganzheitliches Konzept zur Entwicklungsförderung (vgl. Voglsinger 1998), dem ein Bio-Psycho-Geistig-Soziales Menschenbild zugrunde liegt.

Anna Kapfer-Weixlbaumer, eine Vertreterin der Verstehenden Perspektive, betont in ihrem Vortrag zum Thema „Didaktik und Methodik der Psychomotorik“ (19.2.2010,

Laimbach) immer wieder, dass Eindruck nach Ausdruck verlangt und die damit verbundene Katharsiswirkung des Spiels (Zulliger 1952). Sie sieht die Aufgabe der Psychomotorischen Förderung unter anderem darin, bei der Bewältigung von allgemein menschlichen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen.

Kiphard und Hünneken sehen außerdem eine Verbindung zwischen „*Entwicklungsstörungen/seelischen Behinderungen und motorischen Retardierungen*“ (Jarosch et al. 1987, 12). Die Therapie erfolgt über das Medium der Bewegung und soll Entwicklung über Motorik fördern.

3.4.1. Bewegung als (kindliches) Grundbedürfnis

„Jede Bewegung ist eine tätige wechselseitige Auseinandersetzung mit der dinglichen und sozialen Welt, die uns umgibt. Durch Bewegung verändern wir uns und unsere Umwelt. Ohne Bewegung wissen wir nichts von der Welt, können wir nicht aktiv unser Leben gestalten, zu anderen Menschen in Beziehung treten, nicht denken, ruhen und träumen.“ (Bodenburg, Kollmann 2009, 103)

„Der Körper ist also Instrument, um die Umwelt und ihre Gesetzmäßigkeiten zu erkunden. (...) – über seinen Körper und seine Bewegung gewinnt das Kind zunehmend Unabhängigkeit vom Erwachsenen“ (Zimmer 2006, 10-11)

Die Erfüllung physischer und psychischer Grundbedürfnisse, nach Schutz und Geborgenheit sind Grundvoraussetzung für eine förderliche geistige, körperliche, soziale und emotionale Entwicklung. Damit ein Kind seine individuellen Fähigkeiten entfalten kann, Freude am Leben haben und befriedigende soziale Kontakte pflegen kann, ist laut Zimmer (2006, 14) jedoch mehr notwendig als bloßes „Versorgt sein“.

Die drei wichtigsten Grundbedürfnisse sind:

„Liebe und Geborgenheit“

„Beziehung und Bindung“

„Anerkennung und Bestätigung“

Außerdem:

„Spiel- und Erfahrungsräume“

„Übernahme von Verantwortung“

„Gelegenheit zur Selbsttätigkeit und Eigenaktivität“

„Zeit, die frei verfügbar und selbst gestaltbar ist“

„sinnliche und sinnvolle Erfahrungen“

Das Gefühl geliebt und geborgen zu werden ist ein Bedürfnis, das den Menschen sein ganzes Leben hindurch begleiten wird. Eine sichere Bindung zu seinen wichtigsten Bezugspersonen ist die Voraussetzung dafür, dass das Kind es wagt neugierig und furchtlos auf Unbekanntes zuzugehen, und neue Erfahrungen zu sammeln. Um einen gesunden Selbstwert zu entwickeln, ist vor allem das kleine Kind in den ersten Lebensjahren von der Anerkennung und Bestätigung seiner Eltern abhängig. Aber nicht nur die Bindung zu den Eltern ist wichtig für die Entwicklung des Kindes, sondern auch Beziehungen zu Gleichaltrigen unter denen *„Regeln des sozialen Miteinanders“* erlernt und erprobt werden können. (vgl. Zimmer 2006, 13-17)

„Das Bild des Kindes von sich selbst ist auch davon abhängig, was andere ihm zutrauen und wie sie es einschätzen“ (Zimmer 2006, 17)

Eltern müssen versuchen die richtige Balance zu finden, indem sie ihre Kinder nicht über- oder unterfordern. Gehäuftes Versagen verursacht, dass der Selbstwert des Kindes sinkt. Unterforderung, durch mangelndes Zutrauen und übertriebene Besorgtheit der Eltern, blockiert das Kind in der Entfaltung seiner Fähigkeiten, hindert es daran seine Stärken zu erfahren, und wird dazu führen, dass die Erwartungen an sich selbst zu niedrig gehalten werden. Außerdem ist es wichtig, dass das Kind lernt seine Grenzen zu spüren und mit Misserfolgen umzugehen. (vgl. Zimmer 2006, 13-17)

Nur Erfahrungen die am eigenen Körper gespürt werden, und vornehmlich durch selbsttätiges Handeln verursacht werden, führen zu einer tiefgreifenden Erkenntnis, die Voraussetzung für Entwicklung und Veränderung ist. Kinder brauchen die Chance die Welt mit so vielen Sinnen wie möglich begreifen zu können, um die Eigenschaften ihrer dinglichen und sozialen Umgebung zu erfahren, damit innere Bilder und Vorstellungen von Welt entstehen können. (vgl. Zimmer 2006, 13-17)

Auch die Vorstellung und das Bild das Kinder von sich selbst haben, entwickelt sich in den ersten Lebensjahren vor allem durch Erfahrungen, die sie mit ihrem eigenen Körper und ihren Sinnen machen. Außerdem brauchen sie Raum, selbsttätig werden zu dürfen, um die Wirkung und die Konsequenzen ihrer Handlungen spüren zu können. (vgl. Zimmer 2006, 21-23)

„Kräfte und Ressourcen des Kindes erkennen, seine Fähigkeiten wecken, seine Fantasie stärken und entfalten: das ist die Grundlage für den Aufbau von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen“ (Zimmer 2006, 19).

Macht das Kind wiederholt positive Erfahrungen, in denen es die Möglichkeit hat Aufgaben selbstständig oder nur mit geringer Hilfe von Erwachsenen zu bewältigen, wird das sein Selbstbewusstsein stärken. Eltern müssen sehr geduldig sein und dem Kind die benötigte Zeit zugestehen, ohne es zu drängen und Herausforderungen ungebeten abzunehmen, die es alleine in etwas längerer Zeit lösen hätte können. (vgl. Zimmer 2006, 23-25)

„Denn die Entwicklung jedes Kindes ist ein individuelles, kontinuierliches Voranschreiten, bei dem sich jede Fähigkeit und Erkenntnis aus der anderen heraus entfaltet. Auch durch intensivstes Einwirken wird kein Kind einen wichtigen Entwicklungsschritt tun, bevor nicht sein Nervensystem signalisiert, dass es emotional, geistig und körperlich dazu fähig ist. Nichts braucht nach einem festen „Fahrplan“ beigebracht, erzwungen oder anerzogen zu werden; aber ohne eine bewegungsfreundliche Umwelt und durchdachte Unterstützung seiner Bewegungsabsichten kann kein Kind sein Potenzial entfalten.“ (Bodenburg, Kollmann 2009, 106)

3.4.2. Bewegung und das Holistisch-Dynamische Menschenbild

„ (...) daß Persönlichkeitsentwicklung durch Handeln, in dem kindlichen Bewegungs- und Wahrnehmungstätigkeit, Erleben und Kognition eine untrennbare Einheit bilden, durch die tätige Auseinandersetzung mit der materialen und sozialen Umwelt“ (Schilling 1990, 70f)

Viktor von Weizsäcker (vgl. 1997, 270-321) beschreibt 1932 den „Gestaltkreis“ als Einheit von Wahrnehmung und Bewegung. Der Kreis soll die Wechselwirkung zwischen Wahrnehmung und Bewegung – Mensch und Umwelt veranschaulichen, und verdeutlichen, dass es sich um keine einseitige kausale Verkettung von Ereignissen handelt.

„Jeder biologische Akt ist, als Gestaltkreis begriffen, kein Glied in einer Kette, keine Ziffer in einer Reihe, sondern gegenüber dem Vorher eine Wandlung zu einem Nachher, eine revolutio“ (Weizsäcker 1986, 187)

Der Mensch gestaltet sich selbst im Wechselspiel zwischen Ich und Umwelt. Diese „aktionale Entwicklungsperspektive“ in der der Mensch nicht passiv von seinem Umfeld geformt wird, sondern aktiv Einfluss nimmt auf seine eigene Entwicklung und seine Umwelt verändert und mitgestaltet, aber auch gleichzeitig von seiner Umwelt verändert und gestaltet wird, ist Grundlage der psychomotorischen Arbeit. (Fischer 2009, 59)

Die ganzheitliche Sichtweise, in der der Mensch nicht mehr in seine Einzelteile zerpfückt und differenziert betrachtet wird, sondern auch als sich gegenseitig Einfluss nehmendes und gebendes Ganzes, wurde später auch in der Ganzheits- und Gestaltpsychologie aufgegriffen. (vgl. Reinelt 1990, 255)

„(...)das Ganze ist mehr als die Summe der Teile). Teile des Menschen werden nicht mehr ausgegliedert und isoliert betrachtet, sondern im Zusammenhang mit übergeordneten biologischen und sozialen Systemen untersucht und behandelt“ (Reinelt 1990, 255).

Der Mensch wird somit in all seinen Dimensionen des Seins: „Kognitive Dimension“, „Soziale Dimension“, „Psychische Dimension“, „Physische Dimension“, als holistische Einheit wahrgenommen. Keine Dimension kann einseitig beeinflusst oder verändert werden ohne einen Effekt in den anderen Dimensionen hervorzurufen. (vgl. Voglsinger 2005, 183)

Ebenso wie menschliches Sein auf allen Ebenen betrachtet werden kann, kann auch das zentrale Medium der Psychomotorik, die Bewegung, ein Element aller Dimensionen sein. Auf der kognitiven Ebene stellt sich Bewegung als „bewegtes Denken“ dar, dass sich vor allem durch „Kreativität“ und „Flexibilität“ zeigt. In der sozialen Dimension bewegen sich Menschen aufeinander zu. Sie kommunizieren und treten in Beziehung zueinander. Der psychische Aspekt äußert sich durch Emotionen und Motivationen von denen jemand bewegt wird. Und schließlich die

körperliche Komponente, in der Sich Bewegen durch „Aktivität“ und „Handlungsfähigkeit“ ausdrückt. (vgl. Voglsinger 2009, 69)

Menschliche Entwicklung erfolgt somit in der aktiven (bewegten) Auseinandersetzung mit der Umwelt. Damit ist es Aufgabe von Pädagogen, Psychomotorikern oder anderen professionell Tätigen, die sich die Unterstützung und Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zur Aufgabe gemacht haben, Lebens und Bewegungsräume zu schaffen in denen Kinder viele unterschiedliche Erfahrungen sammeln können in allen Dimensionen ihres menschlichen Daseins. (vgl. Voglsinger 2005, 174-185)

„Der Mensch als bio-psycho-geistig-soziale Einheit ist Gestalter seiner Entwicklung, da Entwicklungsprozesse immer auch Lernprozesse sind. Niemand kann für jemanden anderen Erfahrungen sammeln. Lernprozesse können nur angeregt werden. Dazu bedarf es vielfältiger Angebote in dafür geschaffenen Situationen und Räumen, in denen das Kind die Freiheit hat zu entscheiden, was davon gewählt wird“ (Voglsinger 2005, 185)

Ein wesentliches Ziel der Psychomotorischen Erziehung/Förderung/Therapie, ist die Stärkung und Erweiterung der persönlichen Ressourcen des Kindes und eine damit verbundene Erweiterung des Handlungsspielraums. Es soll ein positives Selbstkonzept entwickeln, sich seiner Selbst bewusst sein und die eigene Wirksamkeit auf andere Objekte oder Personen erfahren. Kompetenzen für einen aktiven Umgang mit Problemen, und eine natürliche Offenheit und Neugierde für seine dingliche und soziale Umwelt sollen geschaffen werden. (Voglsinger 2005, 174-186; Kapfer-Weixelbaumer 2010) Klaus Fischer spricht in diesem Zusammenhang von „Ich-Kompetenz“, „Sach-Kompetenz“ und „Sozial-Kompetenz“, die durch „Körper-“, „Material-“, und „Sozialerfahrung“ erworben werden (2009, 23-25).

„Beim Aufbau der kindlichen Erfahrungs- und Vorstellungswelt wirkt das Spiel als Quelle von Selbstwirksamkeitserfahrungen, als Kontext zum Entdecken, Erproben und Einüben neuerer Fertigkeiten, Problemlösungen und früher Formen von Konfliktbewältigung. Das Spiel ermöglicht dem Kleinkind, angespornt durch seine intrinsische Motivation, zielorientiertes Handeln, Aufmerksamkeitsregulation und Ausdauer einzuüben“ (Papousek 2003, 38)

Durch die wertschätzende Beobachtung und Gespräche gewinnt das Kind Vertrauen in diese Bezugsperson und es entsteht der Rahmen für eine positive Beziehungsgestaltung mit dem Therapeuten (Pädagogen). Indem dem Kind vom Pädagogen (Therapeuten) Achtung und ebenfalls Vertrauen entgegengebracht wird Situationen zu meistern, wird so das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten gefestigt. (Voglsinger 2005, 174-186; Kapfer-Weixelbaumer 2010) Der Therapeut muss „Vorbild sein, Konfliktentladungen auffangen können, Gruppenprozesse begleiten können und vor allem Einfühlungsvermögen haben“ Außerdem darf er nie aufhören sich selbst zu reflektieren und muss sich stets „kritisch hinterfragen“ (Fischer 2009, 27)

„Interpretationen von Darstellungen, Äußerungen oder Verhaltensweisen anderer Personen enthalten immer auch die eigenen Erfahrungen und Erwartungen. Es ist daher unmöglich genau zu wissen, was für jemanden anderen gut oder richtig ist. Es ist vielmehr notwendig, sich im Dialog den Bedürfnissen des anderen zu nähern“ (Voglsinger 2005, 185)

Die Aufgabe des Psychomotorikers ist es bei der Bewältigung von altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben und basalen Kompetenzen (sensorisch, motorisch, interaktiv, intellektuell, affektiv) zu unterstützen (vgl. Fischer 2009, 59), und dem Kind die Möglichkeit zu bieten sich „frei zu spielen“ von inneren und äußeren Konflikten und Sorgen (vgl. Zulliger 1952). Es wird nicht nur die psychische Entwicklung des Kindes unterstützt, sondern auch körperliche Fähigkeiten des Kindes werden gefördert. Die psychomotorische Arbeit schafft Rahmenbedingungen in denen elementare Wahrnehmungserfahrungen gemacht werden können, insbesondere im Bereich der Basissinne. In der Betätigung mit dem eigenen Körper machen sich Kinder ihren Körper und dessen Grenzen bewusst. Erfahrungen der eigenen Selbstwirksamkeit (Veränderung, Kontrolle) können in einem geschützten Rahmen gemacht werden, indem es auch erlaubt ist Fehler zu machen und daraus zu lernen. (vgl. Kapfer-Weixelbaumer, 2010)

„Störungen sind mit einem Mal nicht mehr primär menschliche Eigenschaften, sondern entwickeln sich erst im Kommunikationsprozess. Da ein störendes Verhalten immer auch jemanden benötigt, der sich gestört fühlt, um als solches bezeichnet zu werden eröffnet sich unter diesem Aspekt vielleicht die Möglichkeit, Störung auch als Chance für Veränderung zu sehen“ (Voglsinger 2005, 174).

Die psychomotorische Förderung bietet dem Kind aber nicht nur den Rahmen „Fehler“ im Umgang mit seiner dinglichen Umwelt zu machen, sondern Interaktionen innerhalb der Kindergruppe werden ebenfalls beobachtet, und Kinder dabei unterstützt sich sozial zu antizipieren. (vgl. Kapfer-Weixlbaumer)

Da (schulisches) Lernen nicht nur eine kognitive Leistung ist, sondern auch tragend von Emotionen beeinflusst wird, wirkt sich psychomotorische Förderung ebenfalls positiv auf die kognitive Entwicklung eines Kindes aus (vgl. Voglsinger 2006).

„Wie bereits angedeutet, ist Wirklichkeitskonstruktion und Erkenntnisgewinnung jedoch keine ausschließliche kognitive Leistung, sondern wird sehr stark von Emotionalität, von Lust, Unlust, Freude, Ärger, Angst, Vertrauen u. a. Gefühlen und Empfindungen beeinflusst“ (Voglsinger 2005, 178)

Laut Fischer (2009, 122) versteht sich die Psychomotorik als *„entwicklungstheoriegeleitete Handlungswissenschaft mit Ausrichtung auf die Erforschung der dynamischen Person-Umwelt-Interaktionen“*

Die psychomotorische Disziplin betrachtet unterschiedliche Entwicklungstheorien als Teile eines Ganzen – Zusammengesetzt ergeben sie die menschliche Entwicklung (vgl. Fischer 2009, 122). Die wissenschaftliche Grundlage zur Theoriebildung der Psychomotorik greift auf „allgemeine Theorien“ zurück (vgl. Fischer 2009, 25). Einige der gängigen Entwicklungs- und Lerntheorien sollen im folgenden Kapitel behandelt werden.

4. Entwicklung und Bedürfnisse in der Kindheit

Nun sollen die gängigsten Entwicklungstheorien und kindlichen Bedürfnisse behandelt werden. Die Ausführungen beziehen sich nur auf den Lebensabschnitt der Kindheit, und behandeln nicht den gesamten Theorienkomplex der einzelnen Autoren. Zu Beginn wird Bewegung als kindliches und menschliches Grundbedürfnis postuliert und als Voraussetzung für körperliche, psychische, geistige und soziale Entwicklung (Zimmer) dargestellt. Danach sollen die motorische Entwicklung, die psychosexuelle Entwicklung (Freud), darauf aufbauend die psychosoziale Entwicklung (Erikson), und die psychische Geburt des Menschen (Mahler) erörtert werden. Außerdem werden die Dimensionen der Persönlichkeitsentwicklung nach Diem-Wille beschrieben.

4.1. Motorische Entwicklung

Obwohl kindliche Bewegungsentwicklung in allen Kulturen in der gleichen Reihenfolge zum in etwa gleichen Alterszeitraum verläuft, ist jedes Kind ein Unikat, die körperliche Entwicklung oder beispielsweise den Umgang mit Misserfolgen oder gefährlichen Situationen betreffend. Die individuelle Entwicklung ist maßgeblich von den genetischen Voraussetzungen und von einem förderlichen/weniger förderlichen Umfeld abhängig. Wird eine Phase übersprungen (z.B.: krabbeln) fehlen dem Gehirn wichtige Informationen zur Entwicklung, die grundsätzlich vom Kopf zu den Füßen und von Grob- zu Feinmotorik verläuft. Alle grundlegenden Bewegungsmuster sind bereits als Reflexe vorhanden, die durch Schlüsselreize ausgelöst und später durch bewusst gesteuerte Bewegungen ersetzt werden. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 103-106)

Die körperlichen Fähigkeiten und Reflexe des Neugeborenen werden mit Hilfe der „Neonatal Behavioral Assessment Scale“ (NBAS), von Brazelton getestet. Diese Untersuchungen werden in 6 unterschiedlichen Bewusstseinszuständen durchgeführt:

1. Tiefschlaf
2. Flacher Schlaf
3. Halbwach
4. Hellwach
5. Quengelig
6. Weinend

Der Test untersucht unter anderem, wie das Neugeborene unangenehme Reize ausblenden kann, den Babinski-Reflex, den Schreitreflex, den Schutzreflex, den Suchreflex, den asymmetrischen Halsreflex und den Galant-Reflex. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 109-111; Diem-Wille 2003, 57-59)

Sind diese Reflexe jedoch nach 3 Monaten immer noch vorhanden, muss eine neurologische Abklärung erfolgen, da eine Behinderung nicht auszuschließen ist (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 109).

In den ersten 6 Monaten bildet der Säugling Körperschemata aus; er fühlt die Grenzen und Belastbarkeiten seines Körpers. Äußerer Halt, durch Getragen werden von wichtigen Bezugspersonen, überträgt sich auf das Kind und wird von ihm verinnerlicht. Fester Halt, Körperkontakt und Widerstand an dem sich das Kind reiben kann, kombiniert mit einem liebevollen, sanften Umgang hilft dem Säugling Selbstsicherheit zu gewinnen. Bewegungen werden von dem Baby bereits miterlebt und Berührungserfahrungen mit anderen Sinneserfahrungen in Verbindung gebracht. Sprachfertigkeiten und die Art und Weise wie ein erwachsener Mensch mit Sprache umgeht, können mit den Bewegungserfahrungen in den ersten beiden Lebensjahren in Verbindung gebracht werden. Das Begreifen von Maßen, Zeit, Gewicht, Länge und Raumbreite ist von den Erfahrungen, die mit dem eigenen Körper durch Zeit und Raum gemacht werden dürfen, abhängig. Körperliche Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit sind wichtige Voraussetzungen für die Beweglichkeit im Denken und Handeln. Sinnliche Wahrnehmung hat Einfluss auf die körperliche und geistige Entwicklung. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 106-108)

„Muskeln, Sehnen und Skelett können nur dann sinnvoll zusammenarbeiten und die Körperbewegungen regulieren, wenn sie laufend und möglichst über alle sieben Sinne gleichzeitig

Informationen zur jeweiligen Körperstellung im Raum und über die Genauigkeit der Ausführung erhalten“ (Bodenburg, Kollmann 2009, 103)

Innerhalb des ersten Lebensjahres lernt das Kind sich zuerst auf den Unterarmen, später auf den Händen abzustützen (3.-6. Monat), zu robben und zu krabbeln (7.-9. Monat), sich seitwärts zu drehen, um sich dann vom Bauch in die Rückenlage und wieder zurück zu bewegen (6.-9. Monat). Diese Drehung bildet für das Kind die Grundlage sich hochzuziehen und gegen die Schwerkraft aufzurichten (10.-15. Monat). In diesem Altersabschnitt kann sich das Kind noch nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren und muss sich daher setzen wenn es etwas beobachten möchte. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 104-105)

Vom 12. bis zum 18. Monat lernt das Kind gehen, laufen, steigen, balancieren, aus der Hocke aufstehen und wieder hinsetzen, wippen und hopsen, sich bücken und etwas aufheben, ohne fremde Hilfe aufstehen, die Stemm- und Stützfähigkeit zu erproben, den richtigen Krafteinsatz zum Hochziehen, Widerstand zu leisten. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 118-119)

Vom 18. Monat bis zum Ende des 2. Lebensjahres ist die Grob- und Feinmotorik schon weit fortgeschritten. Kinder können Kleidungsstücke alleine anziehen, freihändig aufstehen, schnell laufen ohne hinzufallen und auch wieder willkürlich stoppen. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 120-122)

Im 3. Lebensjahr können Kinder problemlos greifen, sitzen, laufen, kriechen und klettern. Da diese Fähigkeiten bereits weit fortgeschritten sind, stellen dementsprechende Aufgabenstellungen keine große Herausforderung mehr dar, und es kommt zu einem Habituationseffekt. Diese Aktivitäten sind gewohnt und werden daher langweilig. Um die Langeweile zu durchbrechen fordert das Kind das Sicherheitsgefühl heraus, wagt neue Variationen des Bekannten und geht ein Risiko ein: erste Sprünge. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 122-125)

Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung durchlaufen genau dieselben Phasen wie andere Kinder auch, mit dem Unterschied, dass sie eben zeitlich etwas verzögert sind. Haben diese Kinder die Chance in einem gesicherten Rahmen, in dem sie das Gefühl vermittelt bekommen angenommen zu werden, zu üben, ihre Fähigkeiten zu erproben und zu erweitern, ohne besondere Leistungen erbringen zu müssen, wird

sich das förderlich auf deren Entwicklung auswirken. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 127)

4.2. Psychosexuelle Entwicklung nach Sigmund Freud

„Die Entwicklung der Persönlichkeit hänge von der psychosexuellen Entwicklung ab, von der Art und Weise, wie mit libidinösen Wünschen, Hemmungen und Konflikten umgegangen wird“ (Diem-Wille 2003, 130).

Sigmund Freud formuliert 1905 in „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ erstmals altersspezifische Phasen der Libidoentwicklung, die beginnend mit der „oralen Phase“, gefolgt von der „anal Phase“ und „urethralen Phase“, der „frühen genitale Phase“ und der „phallisch-genitalen Phase“, über die „Latenzzeit“ und der „Pubertät“ bis hin zur „Sexualität des Erwachsenen“ reicht. Gemeinsam mit dem Psychoanalytiker Karl Abraham erarbeitet S. Freud damit ein bis zum heutigen Zeitpunkt gültiges psychosexuelles Entwicklungsschema. (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 100; Diem-Wille 2003, 133; Freud 1905, 235-318)

Da in dieser Arbeit der Fokus auf der Kindheit liegt, wird in Folge auf die entsprechenden Phasen näher eingegangen die dafür relevant sind: „die anale und urethrale Phase“, die gegen Ende des 2. Lebensjahres angesiedelt wird, die „frühe genitale Phase“, die sich zwischen dem 15. und dem 21. Lebensmonat verorten lässt. Im Zuge der Abhandlung über die „phallische Phase“ wird außerdem auf den Ödipuskomplex näher eingegangen (2.-5. Lebensjahr). Als Abschluss der infantilen Sexualität wird die „Latenz“, die sich zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr ansiedeln lässt, behandelt.

S. Freud geht von der Existenz von „Partialtrieben“ (orale, anale, phallische Fokussierung) aus, die anfangs unabhängig voneinander existieren und sich in ihren Gewichtungen voneinander ablösen, bis sie sich schlussendlich zum vollständigen Trieb entwickeln, der alle „Partialtriebe“ zu einem „Trieb“ vereint (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 24).

„Die Quelle des Triebes ist ein erregender Vorgang in einem Organ, und das nächste Ziel des Triebes liegt in der Aufhebung dieses Organreizes. (...) das betreffende Organ (bezeichnen wir; Anm. d. V.) als die „erogene Zone“ des von ihm ausgehenden sexuellen Partialtriebes“ (Freud 1905, 264).

4.2.1. Die Anale und Urethrale Phase

In der „Analen Phase“, die ihren Höhepunkt Ende des 2. Lebensjahres erreicht, ist die Afterregion die primäre erogene Zone, die durch Reizung angeregt wird, und danach auf Befriedigung des Triebes abzielt. Der Lustgewinn ist in diesem Stadium noch ein autoerotischer, das heißt ohne ein äußeres Objekt der Libido. Das Ausscheiden und die Steigerung der Lust durch Zurückhalten des Stuhls werden zur primären Quelle der Lust, und aufgrund der Reinlichkeitserziehung zu einem Mittel sozialer Macht (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 103-104). Freud schreibt über den „Darminhalt“ in „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905, 277):

„Er wird offenbar wie ein zugehöriger Körperteil behandelt, stellt das erste „Geschenk“ dar, durch dessen Entäußerung die Gefügigkeit, durch dessen Verweigerung der Trotz des kleinen Wesens gegen seine Umgebung ausgedrückt werden kann.“

Außerdem ordnet S. Freud den unterschiedlichen Phasen charakteristische Eigenschaften zu, die bei mangelnder Bedürfnisbefriedigung eine Fixierung, also ein Haftenbleiben in dieser Entwicklungsstufe auslösen können: „anale Charakterzüge“ sind Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinn; ein „urethraler Charakterzug“ ist Ehrgeiz.

Mit der Urethralerotik verhält es sich ähnlich wie bei der Analerotik, indem sich die Befriedigung der Libido autoerotisch durch Urinieren vollzieht, und eine Steigerung der Lust durch Zurückhalten des Urins erfolgen kann. Aufgrund der Sauberkeitserziehung, möglicher unzulänglicher Körperbeherrschung und der damit verbundenen pädagogischen Maßnahmen, gehören „Beschämung und Scham“ zu den Phasenspezifischen Ängsten. (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 104-105)

Erikson E. hat das psychosexuelle Konzept S. Freuds weitergeführt und durch die psychosoziale Komponente ergänzt. Darauf soll aber erst im nächsten Kapitel näher eingegangen werden.

4.2.2. Die frühe genitale und phallische Phase

Bereits zwischen dem 15. Und 21. Lebensmonat beginnt die „frühe genitale Phase“, in der Mädchen und Buben erhöhtes Interesse an ihren Genitalien zeigen. Mädchen

untersuchen die Körperteile ihrer Puppe, und Jungen greifen bevorzugt zu Spielzeug mit phallischem Charakter, wie zum Beispiel Flugzeuge oder Autos.

Zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr erreicht die phallische Phase ihren Höhepunkt, in der Penis und Klitoris zur primären erogenen Zone libidinöser Befriedigung werden. Der Lustgewinn durch den Spannungsabbau ist ab diesem Zeitpunkt erstmals mit entsprechenden Phantasien, in Verbindung mit einem äußeren Sexualobjekt (einer Person) verknüpft. (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 106-108, 113)

4.2.3. Ödipuskomplex

„Die Liebe, die das Baby in den ersten drei Lebensjahren von seiner Mutter und seinem Vater erfährt, bildet den Grundstein zur Liebesfähigkeit des Erwachsenen. Wir wissen das die Liebe zwischen Mutter und Baby zuerst kommt und die zwischen Frau und Mann darauf aufbaut“ (Diem-Wille 2003, 216)

Sexual- und Liebesobjekt ist in der ödipalen Phase der gegengeschlechtliche Elternteil, dem sexuelle Wünsche entgegengebracht werden. Gegenüber dem gleichgeschlechtlichen Elternteil empfindet das Kind Eifersucht und Rivalität. So verliebt sich das kleine Mädchen (der kleine Junge) in ihren Papa (in seine Mama), und eifert um seine (ihre) Liebe. Die Mutter (Der Vater) ist die Rivalin (der Rivale) im Kampf um die Liebe des Vaters (der Mutter).

Da das Mädchen trotzdem beide Elternteile liebt, entwickeln sich einerseits Schuldgefühle (Über-Ich) gegenüber dem rivalisierten Elternteil, andererseits aber auch die Angst vor Liebesverlust oder Enttäuschung durch den Vater, der an seiner Liebe zur Mutter festhält. Aus dieser Angst, und dem Gewahr werden von Geschlechtsunterschieden (Menschen mit/ohne Penis), entsteht bei dem Mädchen der Penisneid. Da es keinen Penis, hat befürchtet das Mädchen für seine libidinösen Phantasien dem Vater gegenüber bestraft worden zu sein und nun ohne Penis leben zu müssen.

Der Junge reagiert in der ähnlichen Situation mit Kastrationsangst, nämlich der Angst für seine sexuellen Wünsche der Mutter gegenüber bestraft zu werden, und seinen Penis zu verlieren.

Aus diesen Ängsten heraus verzichten Buben und Mädchen auf die Erfüllung ihrer ödipalen Wünsche, lassen sie aber in ihren Phantasien weiterleben. Die Beziehung zu den Eltern wird also Intrapsychisch fortgesetzt. Diese Internalisierung führt dazu, dass die Kinder zunehmend unabhängig werden von äußeren Zuwendungen, und ihr Selbstwert nicht mehr so stark von dem Wert abhängig ist, der ihnen von ihren Bezugspersonen zugeschrieben wird. Der Selbstwert wird durch kritische Selbstbeobachtung und der eigenen Liebe zu sich selbst, aber auch der Verurteilung und Bestrafung („Verlangen nach Wiedergutmachung und Reue“) von sich selbst reguliert. Wie mit ödipalen Strebungen umgegangen wird, hat somit großen Einfluss auf die weitere psychische Entwicklung der Kinder, da mit dem „Untergang des Ödipuskomplex“ die psychische Entwicklung des Über-Ichs einhergeht. (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 108-109, 114-115)

„Der Umgang mit diesen Wünschen und die Ergebnisse der Abwehrkämpfe gegen sie bestimmt ganz entscheidend darüber, ob das Individuum später eine gesunde erwachsene Sexualität und Objektbeziehung entwickeln wird können oder ob sich neurotische oder noch ernstere psychische Krankheiten bei den leichtesten Enttäuschungen des späteren Lebens ausbilden werden“ (Schuster, Springer-Kremser 1991, 114).

4.2.4. Die Latenzzeit

Die Latenz reicht vom Ende der infantilen Sexualität bis zum Beginn der Pubertät, und umspannt eine relativ ruhige Phase sexueller Entwicklung. In dieser Periode wird kein neues Triebziel verfolgt, sondern in Vorbereitung auf Pubertät und Adoleszenz, der Umgang mit bereits bekannten Triebäußerungen erlernt. Im Ausgleich zum bis zu diesem Zeitpunkt übermächtigen Es („Lustprinzip“, Freud 1905, 184-226), wächst das Über-Ich als moralischer Gegenpol heran. Es kommt zu einer Intrapsychischen Veränderung, bei der das beim Ödipuskomplex äußere libidinöse Objekt (siehe oben Ödipuskomplex), durch eine Identifizierung von einem inneren Objekt ersetzt wird. (vgl. Springer-Kremser 1991, 115-117, Freud 1905, 269-271)

In der ersten Phase der Latenzzeit (5,5.-8. Lebensjahr) ist das Kind noch sehr starken Triebdrängen ausgesetzt, die im Gegenzug dazu durch ein sehr strenges Über-Ich bekämpft werden. Häufig flüchtet sich das Ich aus dieser schwierigen Ambivalenz in eine Regression. In der zweiten Hälfte der Latenz beruhigen sich

diese Über-Ich-Es-Kämpfe, sexuelle Triebe treten in den Hintergrund, und das Kind kann sich für neue soziale Ziele öffnen. (vgl. Springer-Kremser 1991, 115-117)

Ab diesem Zeitpunkt ist das Kind auch bereits zu höheren geistigen Operationen in der Lage, kann sich stetig mehr durch Sprache und den Gebrauch von Metaphern ausdrücken, sodass der Körper nicht mehr primär als Medium des Ausdrucks dienen muss. (vgl. Springer-Kremser 1991, 115-117)

Wie oben bereits erwähnt, erweitert Erikson E. das psychosexuelle Konzept S. Freuds durch die psychosoziale Komponente. Darauf soll im folgenden Kapitel näher eingegangen werden.

4.3. Psychosoziale Entwicklung nach Erikson

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Lebensthemen, in den spezifischen Phasen der Entwicklung (nach Erikson) angeführt, wobei (aufgrund der Auseinandersetzung mit der Kindheit) speziell auf die Krise der „Autonomie vs. Scham und Zweifel“, „Initiative vs. Schuldgefühl“ und „Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl“ eingegangen wird.

Erikson geht davon aus, dass Menschen zu unterschiedlichen Phasen ihres Lebens, bestimmte, „phasenspezifische, psychosoziale“ Lebenskrisen zu bewältigen haben; das heißt, dass jeder Altersperiode ein bestimmtes Lebensthema zugeordnet werden kann. Jedes Thema bewegt sich zwischen zwei gegensätzlichen Polen, die auf der einen Seite von „relativer psychosozialer Gesundheit“ und auf der gegenüberliegenden Seite von „relativer psychosozialer Störung“ zeugen (z.B.: Urvertrauen vs. Misstrauen). (vgl. Erikson 1993, 148-149)

„In der ‚normalen‘ Entwicklung wird das erstere dauerhaft überwiegen, wenn auch nie ganz das zweite verdrängen“ (Erikson 1993, 149).

Jedes Thema ist auch schon vor der spezifischen Phase vorhanden, gewinnt an Bedeutung und wächst im entsprechenden Alter zum Hauptgegenstand heran. Zum krönenden Abschluss jeder Phase wird der phasenspezifische Konflikt, mehr oder

weniger, befriedigend gelöst. Jedes Krisenthema bleibt solange präsent bis die jeweilige Person eine befriedigende Lösung gefunden hat. Somit sind die unterschiedlichen Epochen systematisch miteinander verbunden, in ihrer Bearbeitung von der vorhergehenden abhängig, und beeinflussen sich gegenseitig. (vgl. Erikson 1993, 149)

„(...) die ‚rechte Zeit‘ und das Tempo der Entwicklung jeder einzelnen Komponente (und damit das Verhältnis aller zueinander)“

werden

„(...)von der Individualität des einzelnen und von dem Charakter seiner Gesellschaft bedingt(...)“
(Erikson 1993, 149)

Dem Säuglingsalter wird das Thema „Urvertrauen-Misstrauen“ zugeordnet, dem Kleinkindalter „Autonomie-Scham, Zweifel“, dem Spielalter „Initiative-Schuldgefühl“, dem Schulalter „Werksinn-Minderwertigkeitsgefühl“, der Adoleszenz „Identität-Identitätsdiffusion“, dem frühen Erwachsenenalter „Intimität-Isolierung“, dem Erwachsenenalter „Generativität-Selbst-Absorption“, dem reifen Erwachsenenalter „Integrität-Lebens-Ekel“ (vgl. Erikson 150-151).

Aufgrund der altersspezifischen Eingrenzung wird in Folge nur auf die Phase des Säuglingsalters bis zum Schulalter eingegangen.

4.3.1. Autonomie gegen Scham und Zweifel

Nun wird auf den Lebensabschnitt des Kleinkindes, dem Erikson den Schwerpunkt „Autonomie vs. Scham und Zweifel“ zuordnet, näher eingegangen. Autonomie vs. Scham kennzeichnet laut Erikson die zweite Phase menschlicher Identitätsentwicklung, und schließt an das erste Thema „Urvertrauen-Misstrauen“ an.

„Dieses Stadium wird (...) entscheidend für das Verhältnis zwischen Liebe und Haß, Bereitwilligkeit und Trotz, freier Selbstäußerung und Gedrücktheit. Aus einer Empfindung der Selbstbeherrschung ohne Verlust des Selbstgefühls entsteht ein dauerndes Gefühl von Autonomie und Stolz; aus einer Empfindung muskulären und analen Unvermögen, aus dem Verlust der Selbstkontrolle und dem übermäßigen Eingreifen der Eltern entsteht ein dauerndes Gefühl von Zweifel und Scham“ (Erikson 1966, 78).

„Festhalten“ und „Loslassen“ ist in diesem Entwicklungsabschnitt auf physischer als auch sozialer Ebene von zentraler Bedeutung. Gegenstände, Menschen und Teile des Selbst können mit zunehmender autonom, willentlicher Bestimmtheit gehalten oder abgestoßen werden. Je nachdem wie Eltern mit ihrer Autonomie, ihren eigenen Wünschen und Wertvorstellungen, und den aufkeimenden Willensbekundungen und Bedürfnissen ihrer Kinder umgehen, entwickeln Kinder entweder eine selbstsichere, tolerante Einstellung sich selbst und anderen gegenüber, oder einen unsicheren, sich selbst erniedrigenden, durch Selbstzweifel getränkten, beschämten Lebensstil.

Durch den ansteigenden Kontrollgewinn über den Muskeltonus, erringt das Kind allmählich die Fähigkeit seine eigenen Körperausscheidungen bewusst festzuhalten oder loszulassen. Ein Unvermögen auf diesem Gebiet trifft das Kind auf zweifacher Weise schwer, wenn Eltern versuchen die Sauberkeitserziehung mit Nachdruck zu beschleunigen: einerseits weil es nicht in der Lage ist den eigenen Willen durchzusetzen und den eigenen Körper zu beherrschen, andererseits weil es sich den Erwartungen enttäuschter Eltern ausgesetzt sieht.

Aber nicht nur der eigene Körper wird zunehmend durch den sich entwickelnden selbstbestimmten Willen kontrolliert; das Kind übt sich auch in der freien Willensbekundung, indem es Gegenstände entweder an sich bindet, hortet und „festhält“, oder sie „loslässt“, und sie regelrecht von sich abstößt und wegschleudert.

Genauso wie das Kind Gegenstände „festhält“ und wieder „loslässt“ zeigt es auch seine Entscheidungsfreiheit darin, welche sozialen Kontakte zu einem bestimmten Zeitpunkt erwünscht sind oder aber auch nicht. Es liebkost und umarmt die Mutter in einem Moment, um sie zu einem späteren Zeitpunkt wegzustoßen, und sich aus der Umklammerung zu lösen. Diese vermeintlich ambivalenten Gefühlszustände bezeichnet Erikson als „retentiv-eliminierende Modi“. (vgl. Erikson 1966, 75-78)

Der Umgang mit Kindern in diesem Lebensabschnitt erfordert sehr viel Geduld, und Vertrauen in deren heranwachsenden Fähigkeiten. Zu hohe Erwartungen und die damit verbundenen Anforderungen einer beschleunigten Entwicklung selbstbestimmender Fähigkeiten („Sauberkeitsdressur“), wirken destruktiv und entsprechen nicht der natürlichen menschlichen Evolution, die sich durch langsame aber andauernde Fortschritte kennzeichnet.

Da dem Kind noch das benötigte Unterscheidungsvermögen fehlt, um abschätzen zu können mit welcher Intensität es an bestimmten Dingen festhält oder sie loslassen kann, erfordert es viel Einfühlungsvermögen der Eltern, indem sie versuchen das Kind mit Bestimmtheit vor „Anarchie“ zu schützen, aber gleichzeitig das kindliche Bedürfnis nach Selbstbestimmung ernst nehmen und respektieren, damit das Kind nicht das Gefühl hat durch seine Unfähigkeit bloßgestellt zu werden, und sich und seine Bedürfnisse beschämt, voller Selbstzweifel aufgibt.

Wird Schamgefühl von Eltern noch zusätzlich geschürt führt das nicht, wie einige erwarten würde, zu Anstand, sondern zu Schamlosigkeit oder Verheimlichung von Schambesetztem.

Bei einem Kind dem zu wenig Autonomie zugestanden wird, richtet sich der Forscherdrang entweder gegen sich selbst oder gegen andere. „Festhalten“ entwickelt sich zu einer kindlichen Fixierung an bestimmte Abläufe oder Gegenstände. Aus einem liebevollen Festhalten wird ein erdrückendes, zerstörerisches Umklammern. Außerdem verhält sich das Kind „übermäßig selbstkritisch und entwickelt ein frühreifes Gewissen“. Es schämt sich seiner Wünsche und verwehrt sich daher seine Bedürfnisse, erniedrigt sich selbst und verurteilt sich, genauso wie es sich von seinen Eltern für seine Autonomiestrebungen verurteilt fühlt. (vgl. Erikson 1966, 77-81)

„Denn obwohl er lernt, anderen auszuweichen, läßt ihm sein frühreifes Gewissen doch nichts durchgehen, er windet sich immer beschämt, um Vergebung bittend und Verstecke suchend durchs Leben; oder aber er überkompensiert und zeigt nach außen hin eine Art trotzig Scheinautonomie“ (Erikson 1966, 81).

Ein Kind zu früh in die Autonomie zu drängen kann jedoch ein Gefühl von Alleingelassenheit hervorrufen, und zu Angst und Depression führen.

Wenn Eltern also gleichzeitig „fest und tolerant“ sind, entwickelt das Kind die Fähigkeit auch sich selbst und anderen gegenüber „fest und tolerant“ zu sein. Das Kind wird auf seine Autonomie stolz sein und sie auch anderen zugestehen. Außerdem wird es sich in seiner Fehlbarkeit akzeptieren, indem es nicht zu streng mit sich selbst ist und sich nicht den Zwang der Unfehlbarkeit auferlegt.

Viel wichtiger als jeder gut gemeinte Rat ist aber, wie Eltern mit ihrer Autonomie umgehen und wie sie ihren Kindern den Umgang mit ihren Bedürfnissen und Wünschen vorleben. (vgl. Erikson 1966, 79-82)

„Denn ganz gleich, was wir im einzelnen tun, das Kind wird in erster Linie fühlen, wie wir leben, was uns zu liebenden, helfenden und verlässlichen oder aber zu haßerfüllten, unsicheren, mit sich selbst uneinigen Wesen macht. (...) die Art und der Grad des Gefühls von Autonomie, das die Eltern ihren kleinen Kindern zu gewähren imstande sind, (hängt; Anm.d.V.) von dem Selbstgefühl und dem Gefühl persönlicher Unabhängigkeit ab, das die Eltern aus ihrem eigenen Leben beziehen. (...), so ist auch das Autonomiegefühl eine Reflektion des Selbstgefühls der Eltern als Individuen“ (Erikson 1966, 83-84)

Ob Menschen selbstbestimmt oder durch verinnerlichte Zwänge bestimmt werden, ist abhängig vom Umgang der Eltern mit ihren eigenen Bedürfnissen und Wünschen, und der Akzeptanz und Toleranz gegenüber den Autonomiebestrebungen ihrer Kinder.

4.3.2. Initiative gegen Schuldgefühl

Nun wird, auf die 3. Phase menschlicher Identitätsentwicklung im Spielalter, und die damit verbundenen Lebensthemen „Initiative gegen Schuldgefühl“ näher eingegangen.

Die Phase der „Initiative vs. Schuldgefühl“ folgt der Phase der „Autonomie vs. Scham, Zweifel“, in der das Kleinkind gelernt hat, dass es ein Ich ist. Aus dem neu errungenen Selbstbewusstsein wird die Frage geboren, welche Person dieses neue Ich überhaupt sein möchte. Im Spielalter entscheidet sich das Kind zu den Sternen zu greifen und identifiziert sich mit Mama und Papa. Mit Hilfe des Gewinns an Sprachvermögen, und der Fähigkeit sich selbst frei und unabhängig im Raum zu bewegen und die Welt zu erkunden, erweitert sich die „Vorstellungswelt“ enorm, sodass es sich, vor im Kopf auftauchenden Bildern und Phantasien, bald einmal ängstigen kann. (vgl. Erikson 1966, 87)

Das Kind beginnt Vergleiche anzustellen und zeigt eindringliche Wissbegier, was Größe und Geschlechtlichkeit betrifft, um sich ein Urteil über anzustrebende Rollen zu bilden. Das Eindringen wird zu einer bedeutenden Eigenschaft, die sich in vielerlei

Hinsicht äußert. Es „(...) umfaßt das Eindringen auf und in andere durch physischen Angriff; das Eindringen in die Ohren und das Bewusstsein anderer durch aggressives Reden, das Eindringen in den Raum durch kraftvolles Umherlaufen, das Eindringen in das Unbekannte durch eine unersättliche Wißbegier.“ (Erikson 1966, 89)

Diese Phase ist außerdem die Zeit der erstmals aufflackernden infantilen Sexualität, sexueller Neugierde und Erregbarkeit. Die Beschäftigung mit den eigenen Genitalien und das Bedürfnis sich mit anderen zu vergleichen, führt zu einer Gegenüberstellung des eigenen und des elterlichen Geschlechts, was zwingend zu der Erkenntnis führt, den Eltern zumindest in diesem Bereich unterlegen zu sein. Diese Erkenntnis ist eng verknüpft mit der Einsicht (als Bub) nie der eigene Vater in der sexuellen Beziehung zur Mutter, oder (als Mädchen) nie die eigene Mutter in der sexuellen Beziehung zum Vater sein zu können, und führt unweigerlich zu damit verbundenen Ängsten (siehe Ödipus-Komplex bei Freud). In diesem Stadium richtet sich die Initiative kleiner Buben und Mädchen auf den gegengeschlechtlichen Elternteil; sie verlieben sich und wünschen eine ehgleiche Beziehung mit ihnen, was den gleichgeschlechtlichen Elternteil zur Konkurrenz macht und Eifersucht schürt. Gleichzeitig löst diese Begierde Angst in dem Kind aus, die Fürsorge der rivalisierten Mutter/Vater zu verlieren, und Schuld, das bereits vergebene und nicht erreichbare Liebesobjekt zu begehren. (vgl. Erikson 1966, 89-93)

„Die Folge ist ein tiefes Schuldgefühl – ein merkwürdiges Gefühl, da es doch immer nur bedeuten kann, daß der Mensch sich Taten und Verbrechen zuschreibt, die er tatsächlich nicht begangen hat und biologisch auch gar nicht begehen könnte.“ (Erikson 1966, 93)

Aufgrund der Erweiterung der Vorstellungskraft kommt es zu einem „Magischen Denken“, das es dem Kind erschwert, die reale Welt von den eigenen Wünschen und Phantasien zu unterscheiden. Im Zusammenhang damit quält die Angst, für die infantile Sexualität und die damit verbundenen Wünsche und Phantasien, bestraft zu werden. Der Junge befürchtet sein Glied zu verlieren, und das Mädchen befürchtet es als Bestrafung bereits verloren zu haben. (vgl. Erikson 1966, 87-93)

Nachdem die Bewältigung der altersspezifischen Lebensthemen im Spielalter „Initiative gegen Schuldgefühl“ seinen Höhepunkt erreicht hat, eröffnen sich Herausforderungen eines neuen Lebensabschnittes im Schulalter: „Werksinn gegen Minderwertigkeit“.

4.3.3. Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl

Im Schulalter warten neue Herausforderungen auf die Heranwachsenden. Diese Phase kennzeichnet Erik H. Erikson durch „Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl“. Als „Werksinn“ definiert er das Bedürfnis des Kindes „etwas gut und vollkommen zu machen“, wodurch es nützlich für die Gesellschaft sein kann (Erikson 1966, 102).

In allen bekannten Kulturen lehrt die ältere Generation die jüngere bestimmte Fertigkeiten die zum Überleben und zur Eingliederung in der jeweiligen Kultur benötigt werden. In unserer westlichen „literalen Kultur“ reicht das von Lesen und Schreiben bis hin zur Erlernung eines Berufs. Dabei können zwei Erziehungsstile unterschieden werden, die in ihrer jeweiligen Extremform nicht zielführend sein können, und daher eine Kombination der Stile angestrebt werden sollte: Einerseits ein Stil der von Disziplin und Appell an ein Pflichtgefühl geprägt ist, der aber in seiner extremen Ausformung die natürliche Lust am Lernen und Arbeiten im Keime erstickt. Andererseits ein Lernen das durch Spiel und Spaß am Explorieren mit der dinglichen Umwelt gekennzeichnet ist, das in seiner extremen Ausformung dazu führen kann dass das Kind nie dazu angeregt wird über seinen eigenen Horizont hinauszublicken. (vgl. Erikson 1966, 99-100)

Das Spiel hat für den Erwachsenen und das Kind unterschiedliche Bedeutung. Dem Erwachsenen dient das Spiel als Erholung, indem er versucht aus der harten Realität des Alltages für kurze Zeit auszubrechen und in eine imaginäre Wirklichkeit zu entfliehen. Der „Spieltrieb“ des Kindes soll das Umgekehrte zustande bringen, und dem Kind helfen aus einer imaginären Bewältigung und Verarbeitung von erlebten Erfahrungen im Spiel, auf künftige reale Herausforderungen vorbereitet zu sein. (vgl. Erikson 1966, 100-102)

„Oft zeigt sich augenfällig, daß ein bestimmtes Spiel die Art und Weise darstellt, in der ein Kind über schwierige Erfahrungen nachdenkt und die Beherrschung der Lage wiederherstellt, ähnlich wie wir Erwachsenen oft in Gedanken und endlosen Gesprächen, in Tagträumen und nächtlichen Träumen Erlebnisse wiederholen, die über unsere Kraft gingen. (...) Wenn aber die erste Handhabung der Dingwelt erfolgreich und richtig gelenkt ist, assoziiert sich mit der Freude an der Meisterung der Spielsachen auch die Bemeisterung der Konflikte, die auf sie projiziert werden, und schließlich das Selbstgefühl, das dabei gewonnen wurde“ (Erikson 1966, 101-102)

Das Kind entwickelt einen „Werksinn“ der durch das Bedürfnis geprägt ist „etwas gut und vollkommen zu machen“, wodurch es nützlich für die Gesellschaft sein kann. Es möchte sich um etwas kümmern, so wie Eltern sich um ihr Kind sorgen und es hüten. Der Wunsch, tatsächlich ein Kind zu zeugen, wird in ein sozial anerkanntes Ziel „sublimiert“, indem (anstatt von Kindern) Dinge geschaffen, vollendet und perfektioniert werden. (vgl. Erikson 1966, 102-103)

„Es entwickelt eine Lust an der Vollendung eines Werkes durch Stetigkeit und ausdauernden Fleiß“
(Erikson 1966, 103).

Das negative Gegenstück zum Werksinn ist die „Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit“, die entsteht wenn das Kind das Gefühl hat den Erwartungen die beispielsweise in der Schule an es herangetragen werden, nicht entsprechen zu können, weil Konflikte in vorherigen Stadien unzureichend gelöst werden konnten(vgl. Erikson 1966, 103).

Ebenso wie Erik Erikson knüpft auch Margaret Mahler mit ihrer „psychischen Geburt des Menschen“ an S. Freuds Theorien an. Diese Theorie soll im folgenden Kapitel behandelt werden.

4.4. Die psychische Geburt des Menschen nach Margaret Mahler

Margaret Mahler schließt mit ihrer Theorie der Symbiose-Separation-Individuation an Freuds Konzept des primären Narzissmus an, der von einer ursprünglichen Selbstliebe (eigener Körper als Sexualobjekt), in Verbindung mit dem Bewusstsein des Selbst, ausgeht (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1991, 129-130).

Mahler geht von einem primären Narzissmus aus, der in zwei Phasen aufgegliedert ist: „der absolute primäre Narzissmus“ oder „normale Autismus“ und die „symbiotische Phase“ (ab 2 Monaten). (Mahler 1979, 16) Die Mutter wird von dem Säugling als Teil des Selbst, ohne intrapsychischer Abgrenzung betrachtet, der die Bedürfnisse befriedigt. Erst später (4-5 Monate) kommt es zu einer Separations- und

Individuationsphase, in der sich das Kind aus der „dualen Einheit mit der Mutter“ löst. Das Kind entwickelt eine getrennte innere Repräsentanz von sich selbst und seiner Mutter, die es ihm ermöglicht selbstsicher, autonom von der Mutter zu existieren. (vgl. Diem-Wille 2003, 136-137) Die Separation und Individuation gliedern sich in 4 Phasen (vgl. Diem-Wille 2003, 137; Schuster, Springer-Kremser 1991, 133-138; Birsch 2006, 65-66):

1. Differenzierung (6.-7. Monat)
2. Übung (10.-15. Monat)
3. Wiederannäherung (15.-24. Monat)
4. Konsolidierung der Objektkonstanz (24.-36. Monat)

In der ersten Phase, der Differenzierung, die den Abgrenzungsprozess von der Mutter einleitet, ist das Interesse des Kindes nicht mehr nur an seine Mutter gebunden, sondern es entwickelt großes Interesse an seiner Umgebung. Die Umgebung und darin befindliche Personen werden abgetastet, „gescannt“ und mit der Mutter verglichen, „checking back“. Zuerst beginnt das Kind den Körper der Mutter vom eigenen zu unterscheiden, später entwickelt es die Fähigkeit Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zu differenzieren. (vgl. Springer-Kremser 1991, 133-134)

„(...) die intrapsychischen Prozesse der Individuation-Separation bestehen augenscheinlich aus zwei ineinander verwobenen Entwicklungsaufgaben: zum einen der Individuation, d.h. die Ausbildung einer intrapsychischen Struktur, die psychische Autonomie ermöglicht, zum anderen die zunehmende Trennung und Loslösung von der Mutter, die Separation. Beide Prozesse müssen in einer psychischen Strukturbildung münden, die schließlich und endlich zur Ausbildung von (internalisierten) Selbstrepräsentanzen und (internalisierten) Objektrepräsentanzen führt, die mit genügend Sicherheit und Stabilität voneinander getrennt gehalten und unterschieden werden können.“ (Springer-Kremser 1991, 134)

Außerdem entwickelt das Kind allmählich die Fähigkeit individuelles Erleben und Verhalten als unterschiedliche Dimensionen zu betrachten. Während der Übungsphase ist das Kind aufgrund seiner anwachsenden motorischen Fähigkeiten bereits in der Lage, sich von seiner Mutter selbstständig zu entfernen und davon zu bewegen, zu krabbeln, und zu laufen,... Das Kind erprobt voller Freude und

Tatendrang, im Hoch seiner „Allmachtsphantasien“, seine kognitiven und motorischen Fähigkeiten, aber braucht trotzdem die psychische Nähe seiner Mutter, aus der es Kraft schöpfen und „auftanken“ kann. (vgl. Springer-Kremser 1991, 133-134) In der Wiederannäherungsphase wird dem Kind allmählich bewusst, dass es die Mutter nicht kontrollieren kann, woraus eine verstärkte Trennungsangst resultiert. Außerdem plagen es ambivalente Strebungen, nämlich einerseits von der Mutter autonom zu sein, und sich unabhängig von ihr wegzubewegen, andererseits hat es Angst das symbiotische Wohlgefühl der mütterlichen Liebe zu verlieren. (vgl. Diem-Wille 2003, 137) Charakteristisch für diese Entwicklungsphase ist das „Beschatten“, bei dem alles genau beobachtet wird was die Mutter gerade tut, und das „Weglaufen“, in der Hoffnung eingefangen und liebkost zu werden. Eine Mutter die für kurze Zeit abwesend ist und dann wiederkehrt kann ebenfalls diese ambivalenten Gefühlsregungen auslösen. Das Kind möchte einerseits zur Mutter hinlaufen, befürchtet aber wieder von ihr enttäuscht und alleingelassen zu werden, und ignoriert sie deshalb oder wendet sich sogar von ihr ab. Gerade in dieser Phase der widerstrebenden inneren Gefühlsregungen, ist es wichtig sich nicht von dem Kind zurückzuziehen, oder bei „Wutanfällen, Schreikrämpfen, Schlafstörungen, depressiver Verstimmung“ allzu streng mit dem Kind zu sein. (vgl. Springer-Kremser 1991, 135-136)

„In dem Maß, in dem dem Kind bewusst wird, nicht omnipotent zu sein, versucht es, die Mutter durch Charm und Terror zu verführen oder zu kontrollieren“ (Diem-Wille 2003, 137)

In der vierten Phase kommt es zu einer Ausprägung der Individualität und zur Erreichung einer Objektkonstanz. Das bedeutet, dass das Kind, auch in Abwesenheit seiner Mutter eine relativ stabile Beziehung zur ihr herstellen kann. Das Gefühl von Sicherheit, das zuvor durch die Anwesenheit der Mutter erreicht werden konnte, ist nun intrapsychisch als mütterliche Repräsentanz verfügbar. Außerdem entwickelt das Kind eine Selbst-Repräsentanz, die getrennt von der Mutter wahrgenommen werden, und bestehen kann. Es erkennt sich selbst im Spiegel, bezeichnet sich als „Ich“ und kann „gute“ und „böse“ Vorstellungen von sich selbst zu einem einheitlichen Selbst integrieren. (vgl. Springer-Kremser 1991, 136-137)

4.5. Dimensionen der Persönlichkeitsentwicklung

„Es geht eben um die Frage, ob und wie die Eltern in der Lage sind, ihr Baby zu akzeptieren, dessen affektive und kommunikative Bedürfnisse wahrzunehmen, diese aufzunehmen und zu beantworten“
(Diem-Wille 2003, 24)

G. Diem-Wille beschreibt in ihrem Buch „Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung“ sieben Dimensionen der Persönlichkeitsentwicklung. Die ersten vier Dimensionen beziehen sich auf die innere Welt des Kindes, die folgenden drei auf die Interaktion des Kindes mit den Eltern (Diem-Wille 2003, 24):

1. Dimension: Gibt es eine Basis guter innerer Objekte oder überwiegt eine Spaltung in einerseits idealisierte und andererseits gefährliche böse innere Objekte?

So wie die Eltern ihr Kind sehen, wird das Kind sich auch selbst sehen. Machen Kinder wiederholt positive Erfahrungen, sodass sie sich von ihren Eltern geliebt und angenommen fühlen, können diese positiven Gefühle verinnerlicht werden, und allmählich als Teil der eigenen Persönlichkeit erlebt werden. Das Kind hat somit eine vorwiegend positive Einstellung sich selbst und der Welt gegenüber. Überwiegen negative Erfahrungen fühlt sich das Kind abgelehnt, nicht liebenswert und hat ein eher negatives Weltbild. Das Kind kann eigene „gute“ und „böse“ Eigenschaften nicht zu einer Person integrieren, und es kommt zu einer Spaltung der eigenen Person und der Umwelt in „Gut“ und „Böse“. (vgl. Diem-Wille 2003, 24-25)

2. Dimension: Wird die Persönlichkeit des Kindes akzeptiert und gefördert oder dominiert der Wunsch, das Kind nach den Vorstellungen der Eltern zu formen, ohne auf die Begabungen des Kindes einzugehen?

Versuchen Eltern ihr Kind und dessen Fähigkeiten und Wünsche kennenzulernen, und diese zu fördern, wird das Kind an Selbstvertrauen gewinnen, wissbegierig die Welt erobern und Freude am kreativen Spiel finden. Fühlen sich Kinder nicht so akzeptiert wie sie sind, und glauben sie sie müssten anders sein um von ihren Eltern geliebt werden zu können, werden sie ängstlich und unsicher ihrer Mutter nicht von der Seite weichen. Gehemmte Kinder können keinen Bezug zu sich und ihrem Körper herstellen, sind ungeschickt und verletzen sich oft.

3. Dimension: Reife Formen der Abwehr versus primitive Abwehrmechanismen.

„Abwehrmechanismen“ sind Mechanismen, „die das Ich unbewusst einsetzt, um verbotene sexuelle und egoistische Wünsche und Impulse, unerträgliche Gefühle wie Scham, Aggression, Neid und Missgunst nicht bewusst werden zu lassen“ (Diem-Wille 2003, 26). Bei der Entwicklung reifer Abwehrformen ist ein Kind in der Lage Gefühle wahrzunehmen und zu zeigen, sich aber dann auch wieder zu beruhigen. Es kann sich um andere Menschen Sorgen machen, und empfindet Reue und das Bedürfnis etwas „Böses“, das es getan hat, wieder gut zu machen. Ein Kind das zu primitiven Abwehrmechanismen greift spaltet die Welt in gute, idealisierte und in böse Menschen. Es kann sich nicht selbst beruhigen, ist von anderen Personen abhängig die es zu kontrollieren versucht, und bezieht alle Ereignisse auf sich.

4. Dimension: Hat das Kind erfahren können, dass es mit seinen Gefühlen aufgehoben und emotional gehalten wurde (Containment) oder hat es eine eindringend dominante oder unzuverlässige Zuwendung erfahren?

Da das Kind seine eigenen Gefühle noch nicht verarbeiten kann, müssen die Eltern das übernehmen, indem sie die Gefühle des Kindes in sich aufnehmen (containen) und sprachlich in „verdauter Form“ wiedergeben. Sind Eltern dazu in der Lage, entwickelt das Kind mit der Zeit die Fähigkeit seine positiven und negativen Gefühle in sich wahrzunehmen, zuzuordnen und in adäquater Form auszudrücken. Wenden sich Eltern emotional von ihrem Kind ab, weisen es zurück, nehmen Gefühle nicht ernst und lassen es damit alleine, oder haben sie die unerfüllbare Erwartung an das Kind „erwachsen“ mit seinen Gefühlen umzugehen, wird das Kind diese Fähigkeit nicht entwickeln.

5. Dimension: Gibt es Erklärungen für Gebote und darf darüber verhandelt werden oder gibt es entweder starre Regeln ohne Erklärung oder gar keine klaren Grenzen?

Erklären Eltern ihren Kinder warum sie bestimmte Regeln befolgen müssen, und beziehen sie sogar die Wünsche und Vorstellungen der Kinder mit in diverse Lösungsansätze ein, kann sich das Kind mit den Verhaltensweisen identifizieren und sie leichter befolgen, weil es hinter der Lösung steht. Genauso wie das Kind in der Eltern-Kind-Situation erfährt, wie mit Konflikten umgegangen wird, wird es sich auch später in anderen Konfliktsituationen verhalten. Müssen Kinder starre Regeln befolgen die sie nicht verstehen, können sie diese Normen auch nicht verinnerlichen, und befolgen diese nur aus Angst vor Bestrafung, aber nicht aus einer inneren Einstellung heraus. Geben Eltern gar keine Grenzen vor, oder unzureichend stabile

Grenzen, fehlt dem Kind die Orientierung und es bekommt zu wenig Halt, oder entwickelt sich zu einem Tyrann, der stets seinen eigenen Willen durchsetzen muss.

6. Dimension: Erhält das Kind Anerkennung und Lob oder wird die Entwicklung des Kindes eher beeinträchtigt?

Vor allem in den ersten Lebensjahren ist das Kind sehr stark vom Lob, der Anerkennung und der emotionalen Anteilnahme durch seine Bezugspersonen abhängig, um seine Fähigkeiten entfalten zu können.

7. Dimension: Hat das Kind gute soziale Kontakte oder zieht es sich eher vor Gleichaltrigen und Erwachsenen zurück?

Ist ein Kind selbstsicher, wird es mit Neugierde auf andere Kinder und Erwachsene zugehen. Ängstliche und gehemmte Kinder werden sich entweder von anderen Kindern zurückziehen, oder neigen dazu, anderen Kindern das anzutun was sie selbst ertragen mussten und versuchen mit Gewalt die Gruppe zu dominieren.

5. Lernen

In diesem Kapitel soll gezeigt werden, dass eine sichere Bindung die Voraussetzungen für Lernen und Entwicklung ist. Außerdem beschäftigt es sich damit wie sich das menschliche Gehirn organisiert und die kognitive Entwicklung von statten geht. Abschließend wird Piagets Theorien der Assimilation und Akkommodation kurz erklärt.

5.1. Bindung als Grundvoraussetzung für Lernen

In diesem Kapitel wird die von John Bowlby und Mary Ainsworth begründete Bindungstheorie abgehandelt, die die emotionale Beziehung von Kindern zu ihren wichtigsten Bezugspersonen beschreibt, und die daraus resultierende weitere Entwicklung.

Der in den ersten Lebensmonaten entstehende Bindungstypus hat lebenslange Auswirkungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten des Menschen, und dessen Umgang mit seiner Umwelt und sich selbst (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 185-193; Diem-Wille 2003, 154-161; Birsch 2006, 35-62)

„Bindung ist ein menschliches Grundbedürfnis und bezeichnet die besondere emotionale Beziehung eines Kindes zu Personen (...), die es kontinuierlich, verlässlich und über einen langen Zeitraum hinweg betreuen. Sie ist die sichere Basis, deren Vorhandensein es dem Kind erst ermöglicht, sich natürlich und interessiert mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen“ (Bodenburg, Kollmann 2009, 185).

Sind Eltern emotional erreichbar für das Kind und in der Lage dem Kind dadurch Sicherheit in beängstigenden Situationen zu geben, wird das Kind Vertrauen in seine Bezugspersonen entwickeln, und in Folge Vertrauen in seine soziale Umwelt und in sich selbst.

„Das Selbst (...) entwickelt sich danach, wie akzeptiert oder abgelehnt sich das Kind in den Augen der Mutter fühlt. Ein Kind, das sich von der Mutter abgelehnt fühlt sieht sich selbst als wertlos, nicht liebenswert und makelhaft“ (Diem-Wille 2003, 156)

Fühlt sich ein Kind sicher gebunden, kann das explorative System aktiviert werden, und das Kind beginnt neugierig die Welt zu erforschen. Dabei vergewissert es sich aber immer wieder ob die wichtigen Bezugspersonen, die ihm Halt geben können, in Reichweite sind um im Notfall helfend einschreiten zu können. Ist die Mutter (oder andere wichtige Bezugspersonen) emotional außer Reichweite, deaktiviert das Kind auf der Stelle den Forscherdrang, und macht sich auf die Suche nach dem essentiellen Grundbaustein, der jeder forscherschen Tätigkeit vorausgeht: einer sicheren Bindung. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 185-193; Diem-Wille 2003, 154-161; Birsch 2006, 35-62)

Ainsworth unterscheidet 3 Bindungskategorien:

1. sichere Bindung
2. unsicher ambivalente Bindung
3. unsicher vermeidende Bindung

Die Bindungsbeziehung ist eine Interaktion zwischen Eltern und Kindern. Welches Muster nun von einem Kind übernommen wird ist von dem Verhalten der Eltern gegenüber dem Kind abhängig.

Wenn das Kind die Zuversicht besitzt, dass seine Eltern oder andere Bezugspersonen verfügbar, feinfühlig und hilfsbereit sind, hat das Kind die Möglichkeit seine Umwelt zu erkunden, und kann sich den Anforderungen der Umwelt stellen. Dieses Muster wird von den Eltern gefördert, indem sie für das Kind da sind, wenn es Trost und Schutz sucht. Sie sind liebevoll und können feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingehen. (vgl. Spangler 1995, 25)

Bei dem zweiten Muster, das als unsicher-ambivalente Bindung bezeichnet wird, fühlt sich das Kind unsicher und weiß nicht, inwieweit die Eltern verfügbar sind oder hilfsbereit zur Seite stehen, wenn sie vom Kind gebraucht werden. Ausgelöst durch diese Unsicherheit trägt das Kind eine Trennungsangst in sich, klammert aufgrund seiner Unsicherheit ständig an den Eltern, und kann nicht frei seine Umwelt erkunden. Dieses Muster entsteht dadurch, dass Eltern sich widersprüchlich verhalten. Sie sind einmal da und sind liebevoll und hilfsbereit und in anderen

Situationen nicht zugänglich für das Kind. Sie drohen mit dem Verlassen des Kindes, um es gehorsam zu fügen. (vgl. Spangler 1995, 25)

Das dritte Muster wird als unsicher-vermeidende Bindung bezeichnet. Hier haben Kinder kein Vertrauen auf Unterstützung von Seiten der Eltern, vielmehr erwarten sie eine Zurückweisung. Durch ständige Ablehnung der Mutter, wenn das Kind Trost und Liebe sucht, können solche Kinder später sehr schwer eine gesunde Bindung zu anderen aufbauen. Diese Personen versuchen im Leben ohne Liebe und Unterstützung von anderen auszukommen. (vgl. Spangler 1995, 25)

Später werden die Kategorien noch erweitert, durch eine Gruppe die sich keiner der 3 Muster zuordnen lässt:

4. unsicher desorganisierte Bindung

Ainsworth sieht die Voraussetzung für eine stabile sichere Bindung in der „mütterlichen Fürsorge“, die sich unter anderen durch folgende Eigenschaften kennzeichnen lässt:

Die Mutter muss in der Lage sein, die Bedürfnisse des Kindes richtig zu deuten und die entsprechenden Ressourcen haben, angemessen darauf reagieren zu können. Das bedeutet, dass sie es schaffen muss ihre aufkommenden Gefühle von den Anteilen der kindlichen Emotion zu separieren, und sich in ihrer Reaktion nicht durch eigene unverarbeitete Anteile behindern lassen (vgl. Kapitel 2.3.7, Dimension 4, „Containment“). Die Art und Weise wie Eltern auf Bedürfnisse und Kummer des Kindes reagieren, ist mitentscheidend wie sich das Bindungsverhalten entwickeln kann. Erfolgt ein häufiger und positiver Austausch zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen, der durch einen liebevollen spielerischen Umgang, mit ausreichend fürsorglicher körperlicher Liebkosung gekennzeichnet ist, macht das Kind sichere Bindungserfahrungen. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 185-193; Diem-Wille 2003, 154-161; Birsch 2006, 35-62)

Ist das Kind also sicher gebunden, kann es sich aufmachen die Welt zu erfahren: Wahrnehmen, Beobachten, Lernen.

5.2. Wahrnehmen und Lernen - Organisation des neuralen Systems nach Gerald Hüther

Um begreifen zu können wie Lernen funktioniert, ist es wichtig zu verstehen wie sich das neuronale System organisiert. Das wird im folgenden Kapitel kurz beschrieben.

„Keine andere Spezies kommt mit einem derartig offenen, lernfähigen und durch eigene Erfahrung in seiner weiteren Entwicklung und strukturellen Ausreifung formbaren Gehirn zur Welt wie der Mensch. (...), und bei keiner anderen Art ist die Hirnentwicklung in solch hohem Ausmaß von der emotionalen und intellektuellen Kompetenz dieser erwachsenen Bezugspersonen abhängig wie beim Menschen“ (Hüther 2010, 55).

Jeder Mensch kommt mit unterschiedlichen genetischen Prädispositionen zur Welt (vgl. Hüther 2010, 63), die sich in der Hirnentwicklung zu Beginn durch Proliferation von neuronalen Zellen *„autonom, selbstorganisiert und eigendynamisch“* weiterentwickeln. Je mehr jedoch das Gehirn Verbindung zur Außenwelt aufnehmen kann, umso weniger organisiert es sich selbst, und umso mehr ist dessen Veränderung von den äußeren Umwelteinflüssen abhängig. (Hüther 2010, 58)

„Das Ausmaß und die Art der Vernetzung neuronaler Verschaltungen, insbesondere im frontalen Kortex, hängen also ganz entscheidend davon ab, womit sich Kinder und Jugendliche besonders intensiv beschäftigen, zu welcher Art der Nutzung ihres Gehirns sie im Verlauf der Erziehungs- und Sozialisationsprozesses angeregt werden“ (Hüther 2010, 70).

Das menschliche Gehirn ist somit nicht von Geburt an ein fertig entwickeltes Organ, sondern genetische Voraussetzungen werden durch Erfahrungen erweitert und verändert. Das Gehirn braucht also so viele Sinnes-Informationen aus so vielen Kanälen wie möglich um sich zu entwickeln, und verkümmert bei einem Mangel an Wahrnehmungseindrücken. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 136)

„Vor allem im Cortex sind das Auswachsen von Dendriten und Axonen und die Synapsenbildung noch in vollem Gange. In der jüngsten Hirnregion, dem frontalen Cortex, wird das Maximum der synaptischen Dichte erst im zweiten Lebensjahr erreicht“ (Hüther 2010, 60).

Auditive (akustische), olfaktorische (Geruch, Geschmack), haptische (Oberflächensensibilität), taktile (Tastsinn), optische, vestibuläre (Gleichgewicht) und

kinästhetische (Tiefensensibilität) Wahrnehmungen müssen vom Gehirn empfangen und vernetzt werden (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 132).

„Die auf dem Hintergrund der Wahrnehmungen gewonnenen unterschiedlichen Sinneserfahrungen werden blitzschnell bewertet (Limbisches System im Mittelhirn), weitergeleitet, lokalisiert (Kleinhirn und Sinnesfelder in der Großhirnrinde), sortiert (Assoziationsfelder in der Großhirnrinde) und zu der vollständigen Erfahrung (...) integriert“ (Bodenburg, Kollmann 2009, 136)

Jede neue neuronale Verbindung und synaptische Verschaltung baut auf alten Mustern auf und stabilisiert diese (Hüther 2010, 57). Zu einer Veränderung der Innenwelt (also Weiterentwicklung des Gehirns) kommt es aber nur wenn sich die Bedingungen der Außenwelt verändern, und damit eine Anpassung notwendig machen, weil sonst die innere Stabilität der Struktur bedroht wäre. Die Weiterentwicklung des Gehirns ist also nicht im Vorhinein rein genetisch determiniert, sondern die Art und Weise der Veränderung der Umwelt bestimmt in welche Richtung sich das Gehirn weiterentwickelt. Es gibt also einen Überschuss an Nervenzellen, Fortsätzen und Synapsen in allen Gehirnregionen, die darauf warten benutzt zu werden. Werden bestimmte Bahnen genutzt, bleiben sie erhalten und stabilisieren sich; andere Bahnen die vernachlässigt oder gar nicht gebraucht werden, werden wieder abgebaut. (Hüther 2010, 58-59) Das genetische Programm ist also *„(...) ein Programm von Optionen, das lediglich festlegt, was unter gewissen Bedingungen möglich ist (...)“* (Hüther 2010, 59).

Um eine nachhaltige Speicherung im Langzeitgedächtnis, und einen damit verbundenen Lerneffekt zu erzielen, braucht das Gehirn so viele Sinneswahrnehmungen wie möglich, die mit einer emotionalen Erfahrung in Verbindung gebracht werden können. Ein eindimensionales Erleben entspricht keiner umfassenden Erfahrung und wird daher nicht im Langzeitgedächtnis abgespeichert, sondern bleibt nur ein flüchtiger Abdruck im Kurzzeitgedächtnis. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 131)

„Die strukturelle Verankerung von Erfahrungen ist eng an die Aktivierung emotionaler, limbischer Hirnregionen geknüpft. Zu einer Aktivierung dieser Bereich kommt es immer dann, wenn etwas Neues, Unerwartetes wahrgenommen wird. Das kann entweder als Bedrohung (Angst) oder als Belohnung (Freude) empfunden werden“ (Hüther 2010, 60).

Eine moderate Aktivierung, die Neugier auf das Neue auslöst ist förderlich für die Entwicklung und wirkt stabilisierend. Kommt es aber zu einer Überstimulation der emotionalen Zentren, die Stress und Angst auslöst, führt das zu einer Orientierungslosigkeit und zu einem Rückgriff auf alte bewährte Verschaltungsmuster. Dieses Verhalten bewirkt eine Stabilisierung der alten Verschaltungen, versperren aber den Weg für neue Bahnungen die an die aktuelle Situation angepasst wären. Kommt es sogar zu einer lang anhaltenden Überforderung wird das „Notfallprogramm“ aktiviert, das eine Erstarrung zur Folge hat. Eine zu lang anhaltende Stimulierung der HPA-Achse führt zu einer „Überflutung des Hirns mit Cortisol“, was eine Zerstörung und Regression bereits vorhandener Verschaltungsbahnen zur Folge hat. (vgl. Hüther 2010, 61)

„(...) es lässt sich inzwischen auch nachweisen, dass Angst, Stress, Überreizung und Überforderung die Herausformung komplexer Verschaltungen im kindlichen Gehirn ebenso behindert wie Unterforderung, mangelnde Anregung, Verwöhnung oder Vernachlässigung“ (Hüther 2010, 75).

„Nichts erzeugt nun so viel unspezifische Erregung im Hirn (und vor allem in den emotionalen Zentren) eines Kleinkindes wie das plötzliche Verschwinden der Mutter“ (Hüther 2010, 62).

Die Mutter oder eine andere wichtige Bezugsperson soll dem Kind Schutz vor einer Überforderung des Gehirns bieten, indem sie neue beängstigende Einflüsse entschärft und bei der Verarbeitung unterstützt, indem sie durch ihre emotionale Nähe dem Kind Sicherheit und Halt gibt. Bei Tierversuchen mit Ratten wurde festgestellt, dass ein Mangel an Sicherheit und Beziehung eine Mangelentwicklung des Gehirns bewirkt. Die Retardierung des Gehirns wirkte sich umso schlimmer aus, je früher die Trennung von der Mutter erfolgte. Am schlimmsten waren die Regionen betroffen, die sich zum Zeitpunkt des Verschwindens der Mutter gerade in einer intensiven Wachstumsphase („growth spurt“) befanden. (vgl. Hüther 2010, 63)

Wenn Mütter in Situationen die Angst und Stress auslösen, für das Kind da sind, ihm Halt und Sicherheit geben, stärkt das die Bindung zu dieser primären Bezugsperson und verfestigt entsprechende Verschaltungen im Gehirn. Entwickelt das Kind mit der Zeit das Gefühl, Einfluss auf die Reaktionen und das Verhalten der Mutter zu haben, stärkt das das Selbstvertrauen in seine eigenen Fähigkeiten. Später wird der Kreis der Bezugspersonen erweitert, und Fähigkeiten werden im sozialen Gefüge erprobt.

Da die eigene Sicherheit, Problemlösungskompetenzen und Fähigkeiten immer mehr erweitert werden, verändert sich die Bedeutung der primären Bezugsperson, und das Kind entwickelt sich zu einem selbstbestimmenden Wesen, das sicher in soziale Kontakte eingebettet ist. Für das Kind ist es also wichtig, in einer sicheren Umgebung die Erfahrung zu machen, selbst etwas bewirken zu können um Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu erlangen. Werden die entsprechenden Bedingungen für diese wichtigen Entwicklungsschritte nicht bereitet, bleibt der Mensch in einem Abhängigkeitsverhältnis zu seiner primären Bezugsperson, oder später zum Partner oder gar zu den eigenen Kindern. Die Hauptursache für frühe emotionale Bindungsstörungen ist ein Mangel an emotionaler, geistiger und körperlicher Zuwendung, Anerkennung und Aufmerksamkeit, die dem Kind Sicherheit und Halt geben für die Bewältigung und Lösung von Problemstellungen. (vgl. Hüther 2010, 65-66)

Sind Mütter oder andere wichtige Bezugspersonen nicht in der Lage ihren Kindern dieses Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln, verursachen diese hemmenden Entwicklungsbedingungen ein Ich-bezogenes, selbstzerstörerisches, regressives Verhalten. Äußere, fremde Einflüsse werden abgeschirmt und verhindern neue Erfahrungen und entsprechende Verschaltungen im Gehirn. Es kommt zu einem sozialen Rückzug in die eigene sichere Welt, in der fremde Ansichten nicht zugelassen werden. Den Kindern fehlt es an Einfühlungsvermögen in die Situation anderer, sie können keine Verantwortung übernehmen und haben Angst vor körperlicher und emotionaler Nähe. (vgl. Hüther 2010, 67)

„Für das Lernverhalten der Kinder bedeutet dies einen Rückgang an Motivation, Verstehen, Behalten, Erinnern, Erkennen von Zusammenhängen und eine eingeschränkte Fähigkeit beim Erkennen und Lösen von Konflikten. Ihr Sozialverhalten wird von zunehmendem Rückzug in selbstgeschaffene Welten, Ablehnung fremder Vorstellungen und aggressiver Verteidigung ihrer eigenen Ansichten und Haltungen bestimmt“ (Hüther 2010, 67).

Die Gehirnregion, die hauptsächlich durch Erziehung und Sozialisation geprägt wird, ist das Frontalhirn. Dort befindet sich der Sitz für „zukunftsorientierte Handlungskonzepte“, „innere Orientierung“, die Basis um mit anderen Menschen mitfühlen zu können, die Folgen von Handlungen abschätzen zu können und dafür Verantwortung zu übernehmen. (vgl. Hüther 2010, 69)

Wie oben bereits erwähnt ist es für das Kind wichtig die Erfahrung zu machen, dass es Einfluss auf seine Umwelt und die ihm umgebenden Menschen hat. Indem Eltern sofort alle Probleme für ihr Kind lösen verhindern sie, dass es diese für die neuronale Entwicklung wichtige Erfahrung macht. Die Folge wäre, dass sich das Kind nur an den eigenen Wünschen, Vorstellungen und Bedürfnissen orientiert, ein sehr schwach ausgeprägtes Selbstbewusstsein und ein „dünnhäutiges, überempfindsames, reizoffenes“ Ich hat (Hüther 2010, 70).

Leider produziert die heutige schnelllebige Welt der Informationstechnologie vermehrt ungünstige Bedingungen für die kindliche Entwicklung des Gehirns. Das Fernsehen beispielsweise hinterlässt die Erfahrung, dass das eigene Denken und Handeln nicht relevant ist. Die Kinder haben keinen Einfluss auf die Geschehnisse die sich im TV abspielen, und können nichts daran verändern. Die Folge davon sind fordernde Konsumenten, die nie gelernt haben sich einzubringen und zu geben. Sichere emotionale Bindungen werden durch die Passivität im Handeln kaum möglich und das Kind bleibt mit seinen Ängsten alleine zurück. (vgl. Hüther 2010, 71-72) Außerdem kommt es durch das Fernsehen zu einer permanenten auditiven und visuellen Überforderung, bei einer gleichzeitigen kinästhetischen Unterforderung. Ereignisse im TV haben keine dreidimensionale Qualität, erzeugen ein verwirrendes und falsches Weltbild, und können daher nicht als vollständige sinnliche Erfahrung im Gehirn eingeordnet und integriert werden. Mangelnde kinästhetische Wahrnehmungen führen zu einer Beeinträchtigung des Körperschemas (körperliche Selbstwahrnehmung, Empfindungsqualität, Gewähr sein von Grenzen), das sich eben durch diese Wahrnehmungen entwickelt. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 137, 143)

Werden aus diesen Wahrnehmungen bewusst gesteuerte Beobachtungen, kommt es zum Nachahmungs- und Imitationslernen, bei denen Kinder beobachtete Verhaltensweisen imitieren. Das kleine Baby ahmt bereits unbewusst die Mimik seiner Bezugspersonen nach. (vgl. Bodenburg, Kollmann 2009, 150) Durch diese Nachahmungen entstehen innere Bilder (Repräsentanzen) von Handlungen. Sind Kinder bereits in der Lage Beobachtetes zu erinnern und zeitversetzt nachzuahmen,

zeugt das von der „*Bildung von symbolischen Vorstellungen*“, die bei der kognitiven Entwicklung nach Piaget eine wichtige Rolle spielen. (vgl. Fischer 2009, 140)

Auf die kognitive Entwicklung (Piaget), und ihre Bedeutung für das Lernen wird im nächsten Kapitel eingegangen.

5.3. Piaget und der Konstruktivismus

In diesem Kapitel sollen kurz die Phasen der kognitiven Entwicklung nach Piaget erwähnt werden. Danach wird das Assimilations- und Akkommodationsprinzip, das die Grundlage für Entwicklung bildet kurz erklärt.

„Alles was wir dem Kind beibringen, kann es nicht selber entdecken“ (Zimmer 2006, 18 zit. n. Piaget)

Die kognitive Entwicklung nach Piaget (vgl. Fischer 2009, 133-148; , Kollmann 2009, 152-168) gliedert sich in vier Stadien: die sensomotorische Phase (0-2 Jahre), in der sensomotorische Schemata entwickelt, Effekte wiederholt und Werkzeuge verwendet werden; die voroperationale Phase (2-7 Jahre), die in vorbegriffliche und anschauliche Phase unterteilt wird, in der nur egozentrisches Denken möglich ist; die konkret-operationale Phase (7-11 Jahre), in der logische Operationen möglich und reversibel werden; die formal-operationale Phase (11-15 Jahre), in der Operationen systematisch und bewusst gedacht werden können und fiktive Gedankenexperimente möglich werden.

1. Sensomotorische Intelligenz:

„Die Fortschritte der sensomotorischen Intelligenz führen zur Erstellung eines objektiven Weltbildes, in dem der eigene Körper als ein Element unter anderen fungiert, dem das im eigenen Körper lokalisierte Innenleben gegenübersteht“ (Piaget 1990, 161).

2. Symbolisches und vorbegriffliches Denken:

„(...), das Ich durch eine Transformation des Realen auf die eigenen Wünsche hin zu befriedigen: das Kind, das mit der Puppe spielt, vollzieht sein eigenes Leben nach, wobei es jedoch Korrekturen nach seinen Vorstellungen anbringt; es erlebt alle seine Freuden wieder oder auch seine Konflikte (die es aber im Spiel nunmehr meistert), und vor allem kompensiert und vervollständigt es das Leben mit Hilfe der Fiktion“ (Piaget 1990, 170).

3. Anschauliches Denken:

Elementare Intuitionen „(...) sind ganz einfach Wahrnehmungs- oder Aktionsschemata, mithin sensomotorische Schemata, jedoch in Vorstellungen übertragen und verinnerlicht. Es sind Bilder oder Nachahmungen des Realen, auf halbem Weg zwischen der tatsächlichen Erfahrung und der geistigen Erfahrung, und keineswegs noch verallgemeinerbare und untereinander verknüpfbare logische Operationen“ (Piaget 1990, 177f.).

4. Konkrete Operation:

„Die Aktionen werden operativ, sobald zwei Aktionen der gleichen Art zu einer dritten zusammengesetzt werden können, die ebenfalls zu dieser Art gehört, und sobald diese verschiedenen Funktionen umgekehrt werden können: So ist die Aktion der Vereinigung (logisch oder arithmetische Addition) eine Operation, weil verschiedene sukzessive Vereinigungen einer einzigen Vereinigung gleichkommen (Zusammensetzung der Addition) und weil die Vereinigungen zu Trennungen umgekehrt werden können (Subtraktion)“ (Piaget 1990, 192).

5. Formale Operation:

„Das konkrete Denken ist die Vorstellung einer möglichen Handlung, das formale Denken die Vorstellung einer Vorstellung von möglichen Handlungen“ (Piaget 1990, 204).

Die Entwicklung der Sensomotorischen Intelligenz kann außerdem in 6 weitere Stufen gegliedert werden (vgl. Fischer 2009, 137-139; Kollmann 2009, 154-164):

Phase 1: Angeborene Reflexe (4.Schwangerschaftsmonat bis 6.Woche nach der Geburt)

Phase 2: Primäre Kreisreaktion – einfache Gewohnheiten erproben (6. bis 12. Woche)

Phase 3: Sekundäre Kreisreaktionen – Effekte erzielen (3. bis 9. Monat)

Phase 4: Koordination erworbener Handlungsschemata und Anwendung auf neue Situationen, Entwicklung von Objektkonstanz (9. bis 12. Monat)

Phase 5: Tertiäre Kreisreaktion – Experimentieren (12. bis 18. Monat)

Phase 6: Übergang vom sensomotorischen Intelligenzakt zur Vorstellung (18. bis 24. Monat)

„Danach liegt der Ursprung des Denkens im Handeln. Ein wichtiges Grundprinzip der Theorie ist die Wechselbeziehung zwischen Individuum und Umwelt. Entwicklung – quasi als Entwicklungsmotor – vollzieht sich in Form von Person-Umwelt-Interaktionen“ (Fischer 2009, 135).

In der sensomotorischen Phase bildet sich, durch aktive Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt, in konkreten Handlungen, vorsprachliches Wissen, dass die Grundlage für den Spracherwerb legt. Die sensomotorische oder praktische Intelligenz ist also mit sinnlichen Erfahrungen und motorischen Aktivitäten verbunden. Aus der dinglichen Auseinandersetzung mit der Umwelt entstehen laut Piaget „sensomotorische Schemata“, die die Art und Weise beschreiben wie Menschen mit Umwelteinflüssen und Ereignissen umgehen, die auf sie einströmen. Der Mensch konstruiert sich seine Welt selbst; Entwicklung ist demnach individuell. Er bezieht Erfahrungen auf bereits Erfahrenes, und ordnet diese in sein bereits bestehendes Konstrukt von Welt ein (Assimilation). Stößt er an seine Grenzen muss er neue Bewältigungsstrategien erarbeiten und seine Denkschemata modifizieren, um in seiner Umwelt bestehen zu können (Akkommodation). Befinden sich Assimilations- und Akkommodationsleistungen im Gleichgewicht, spricht Piaget vom Äquilibrium, dem Ziel von Entwicklung und Intelligenz. (vgl. Fischer 2009, 133-136)

6. Methode

Um sich der Antwort auf die Forschungsfrage nach den Grenzen der Psychomotorik in Abgrenzung zur Psychotherapie im Kindesalter anzunähern, wurden insgesamt 6 Experten befragt. Jeweils 3 Psychomotoriker und 3 Psychotherapeuten wurden zu ihrem Themenschwerpunkt interviewt.

Zu den Psychomotorikern zählen: Mag. Dr. Josef Voglsinger, MAS, Bildungswissenschaftler, Psychomotoriker und Psychotherapeut (Autogene Psychotherapie); Stephan Kuntz, Diplom-Pädagoge, Sonderschullehrer, Suchttherapeut, Mitbegründer des Diplom-Motologiestudiums an der Uni Marburg, Dozent für Heilpädagogik und Psychomotorik im Vorschulbereich; Mag.a Alexandra Fuchs, Psychomotorikerin, Sportwissenschaftliche Beraterin, Universitätslektorin, Settingleitung Schule/Leitung Fachbereich Bewegung der Initiative Gesundes Niederösterreich.

Zu den Psychotherapeuten zählen: Dr. phil. Brigitte Sindelar, Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Individualpsychologie), Aufbau und Leitung eines Versorgungsnetzes für Kinder und Jugendliche mit Teilleistungsschwächen ("Schmunzelclubs"), Lehr- und Forschungstätigkeit an der Sigmund Freud Privatuniversität; Mag. Karin Matoschitz, Klinische Gesundheitspsychologin, Systemische Psychotherapeutin, Krisenintervention Akutteam Niederösterreich, Supervisorin; Claudia Prinz, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Systemische Psychotherapeutin.

Da die Experten eine größere Gruppe repräsentieren, ist die Stichprobe von 6 Personen durchaus angemessen, um eine gültige Aussage treffen zu können.

„Der zu Befragende steht hier nicht als einzelnes Subjekt im Blickpunkt des Interesses, sondern als Experte für einen spezifischen Handlungsbereich. In der Untersuchung einbezogen wird er nicht als individuelle Persönlichkeit, sondern als Repräsentant einer spezifischen Gruppe“ (Meuser/Nagel 1991, 441)

Es wurde ein Leitfaden erstellt der in folgende Themenbereiche gegliedert wurde: 1. Informationen zur Person. 2. Ziele allgemein. 3. Psychische Entwicklung. 4. Soziale Entwicklung. 5. Motorische Entwicklung. 6. Kognitive Entwicklung. 7. Neurose-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnisreaktion. 8. Person des Therapeuten. Den 6 Experten wurden dieselben Fragen, jeweils in Bezug zu ihrem Fachbereich gestellt-Psychomotorik oder Psychotherapie. Im Leitfaden-Interview wurden zwar bestimmte Themenkreise festgelegt, die angesprochen werden sollten, es blieb aber trotzdem die Möglichkeit offen auf von den Experten erwähnte Problemstellungen vertiefend einzugehen.

„Die Interviewten werden zwar durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, sollen aber offen, ohne Antwortvorgaben darauf reagieren.“ (Mayring 2002, 69)

Es wurden also im Gespräch mit den Psychotherapeuten/-motorikern „Leitfadenfragen“ ebenso wie „Ad-hoc-Fragen“ formuliert.

„Leitfadenfragen sind diejenigen Themenaspekte, die als wesentlichste Fragestellungen im Interviewleitfaden festgehalten sind.“ (Mayring 2002, 70)

Sie dienen als Orientierungshilfe für den Interviewer, sind jedoch im Gesprächsverlauf nicht zwingend anzuwenden. *Ad-hoc-Fragen* erfolgen spontan im Gesprächsverlauf und dienen dessen Erhaltung. (vgl. Mayring 2002, 70) Diese heben die Teilstrukturierung des problemzentrierten Interviews nochmals hervor, da sie vom Interviewer intuitiv in das Gespräch eingebaut werden können.

Die Interviews mit den Moto-/Psychotherapeuten wurden in entspannter Atmosphäre (Arbeitszimmer oder im privaten Rahmen) durchgeführt, und mittels Diktiergerät festgehalten. Leider gab es phasenweise Probleme mit dem Diktiergerät, sodass nicht alles aufgenommen werden konnte. Die fehlenden Passagen wurden protokolliert, oder von den Experten nochmals schriftlich ergänzt. Anschließend wurden alle Interviews in „Mundart“ transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Entsprechend der thematischen Gliederung des Interviews wurden die Zitate codiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet.

Um den Gegenstand in den pädagogischen Diskurs einzubetten, wurde neben den Interviews eine Literaturrecherche zum Thema Entwicklung und Lernen gemacht,

und in einem theoretischen Abschnitt zusammengefasst. Die theoretische Grundlage wurde abschließend mit dem Interviewmaterial zusammengeführt.

7. Psychomotorik vs. Psychotherapie oder Psychomotorik und Psychotherapie?

In diesem Kapitel werden zu Beginn jeweils die Aussagen der befragten Psychomotoriker und Psychotherapeuten zusammengefasst. Anschließend werden die Ergebnisse miteinander verglichen, Gemeinsamkeiten der beiden Methoden hervorgehoben und Gegensätzliches abgegrenzt. Abschließend werden die Vorannahmen mit den Untersuchungsergebnissen zusammengeführt, und ein Resümee daraus gezogen.

Anfangs sollen die Resultate der Interviews mit den Psychomotorikern erörtert werden.

7.1 Psychomotorik

In Folge werden Fragen zu den allgemeinen Zielen der Psychomotorik, die Altersbegrenzung, den Einfluss auf die psychische, soziale, motorische und kognitive Entwicklung, geklärt. Außerdem wird auf Krankheitsbilder und deren Psychosomatik eingegangen. Es soll geklärt werden ob fehlende protektive Faktoren durch Psychomotorik ersetzt werden können und welche Rolle dabei die Persönlichkeit des Therapeuten spielt. Abschließend werden die Grenzen einer psychomotorischen Intervention thematisiert.

7.1.1 Ziele der Psychomotorik

Die primäre Zielsetzung von Psychomotorik liegt in der Förderung individueller Persönlichkeitsentwicklung und Prävention von Entwicklungsdefiziten, auf psychischer, sozialer, kognitiver und motorischer Ebene.

„Entwicklungsförderung steht somit an erster Stelle. Heilung höchstens im Sinne von besserer Bewältigung des Alltagslebens“ (V: Z. 36-37)

Wie der Begriff PsychoMOTORIK bereits vermuten lässt, ist Bewegung ein zentrales Thema. Die Bewegung selbst und damit verbundene körperliche Fitness, ist allerdings nicht das endgültig zu erreichende Ziel, sondern lediglich die Methode der Wahl – das Mittel zum Zweck - zur Veränderung von Persönlichkeitszuständen. Kuntz (Z. 11-23) stellt in diesem Zusammenhang die „*Erziehung durch Bewegung*“ der „*Erziehung zur Bewegung*“ gegenüber.

„über Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote sollen Räume ermöglicht und gestaltet werden, wo Entwicklungsprozesse initiiert und erlebt werden können. Je nach Entwicklungsaufgabe kann sich der Mensch individuell damit auseinandersetzen“ (F: Z. 22-25)

Durch die aktive, kreative Auseinandersetzung im äußeren Raum sollen innerseelische Räume entwickelt werden, die unter anderem in der Sprache ihren Niederschlag finden. Durch das Spiel und die Beziehungsgestaltung in diesen gesicherten äußeren Räumen sollen außerdem Ressourcen geschaffen werden, um im Alltag sozialen Herausforderungen voller Selbstvertrauen gegenüber treten zu können und etwaigem (schulischem) Leistungsdruck standzuhalten. In diesem Zusammenhang spielt der Begriff Resilienz eine tragende Rolle.

7.1.2 Die Altersbegrenzung

Da das primäre Ziel der Psychomotorik die Entwicklungsförderung ist, und davon ausgegangen werden kann, dass Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist, erspannt sich der Arbeitsbereich der Mototherapeuten von der Frühförderung bis hin zur Geriatrie. Der Psychomotorik sind also in diesem Bereich grundsätzlich keine Grenzen gesetzt.

„Die Psychomotorik hat sich in den letzten Jahren zu einem Wissenschaftsgebiet und praktischen Handlungskonzept entwickelt, das über die gesamte Lebensspanne, von der Frühförderung bis zur Arbeit im geriatrischen Bereich zur Anwendung kommt. Stichwort: life span development“ (V: Z. 39-42)

7.1.3 Einfluss auf die psychische Entwicklung

Psychomotorik hat einen starken Einfluss darauf wie sich das Kind selbst erlebt und wahrnimmt. Im Spiel werden individuelle Grenzen erfahren, persönliche Fähigkeiten ausgetestet, und Niederlagen bewältigt. Kinder erfahren Anerkennung trotz ihrer Schwächen und können im gesicherten Rahmen daran arbeiten, ohne von der Außenwelt dafür bloßgestellt zu werden. Durch die Anerkennung der Betreuer und der Gruppe wird die innere Stabilität gefördert, und das Kind lernt sich selbst zu lieben so wie es nun mal ist.

„Psychomotorische Förderung im Einzelsetting wie in der Kleingruppe hilft vor allem Kindern, jene Anerkennung und Selbstverständlichkeit ihres Daseins zu erfahren und zu erleben, die im Alltag aus welchen Gründen auch immer, nicht im ausreichenden Maße erlebt und gelebt werden kann. Das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen, die Akzeptanz der Stärken und Schwächen anderer und Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu erlangen sind wesentliche Merkmale in der Gestaltung von Spiel- und Bewegungssequenzen. Für alle Angebote gilt, dass sie den Entwicklungsaufgaben im Sinne von Erikson im jeweiligen Alter gerecht werden“ (V: Z. 47-55)

7.1.4 Einfluss auf die soziale Entwicklung

Das psychomotorische Spielsetting reicht von der dyadischen Erfahrung, über die Kleingruppe, bis hin zur Gruppenerfahrung. In diesem sozialen Rahmen können zwischenmenschliche Fähigkeiten erprobt werden und die Wirkung auf andere, durch deren Rückspiegelung erfahren werden. Werden Gruppen so zusammengestellt, dass sich die Kompetenzen der Kinder ergänzen, können sie voneinander profitieren und den größtmöglichen Nutzen ziehen.

„Die Gruppen werden dabei nicht willkürlich zusammengestellt, sondern die Zusammensetzung der GruppenteilnehmerInnen richtet sich nach den Störungsbildern, Kompetenzen und Stärken der Kinder“ (V: Z. 67-70)

Soziale Entwicklung erfolgt in einem Wechselspiel zur innerseelischen Entwicklung. Durch die Festigung innerseelischer Räume, sieht sich das Kind in der Lage

außerseelische soziale Räume sicher zu betreten. Die Festigung der innerseelischen Räume passiert wiederum durch die Rückspiegelung aus der Außenwelt.

„Die Psychomotorik führt einerseits in den sozialen Raum durch die ganzen Settings –Spielsettings- hinein, andererseits wirkt der soziale Raum wieder stabilisierend auf das Selbstvertrauen des Kindes zurück“ (K: Z. 34-36)

7.1.5 Einfluss auf die motorische Entwicklung

„Das ist ein Kernbereich eigentlich der Psychoentwicklung. Das heißt zusammengefasst: motorische Entwicklung bedeutet innerlich gesehen psychische Entwicklungsprozesse“ (K: Z. 48-50)

Die motorische Entwicklung ist nicht als das zentrale Ziel der Psychomotorik zu sehen. Motorische Defizite sind lediglich ein Indikator für multiple Entwicklungsstörungen auf sozialer und psychischer Ebene, oder Auslöser für ebendiese Problembereiche. So werden beispielsweise Kinder im Turnunterricht von anderen gehänselt, weil sie nicht dieselbe motorische Leistung erbringen können. Das wirkt sich negativ auf deren Selbstwert und emotionalen Zustand aus und kann zu einem vermeidenden Verhalten führen. Einerseits zu einer Vermeidung der motorischen Aufgabe und dadurch ein Fehlen der notwendigen Übung, um sie zu bewältigen. Andererseits ein Vermeiden von sozialen Herausforderungen, und fehlender Übung, da Ablehnung befürchtet wird. Dadurch potenzieren sich wiederum die psychischen Probleme und der unzulängliche Selbstwert des Kindes.

Im psychomotorischen Setting sollen Stärken erfasst und bewusst gemacht werden. Auf dieser Grundlage werden Kinder dazu angespornt neue Herausforderungen in Angriff zu nehmen. Sogar die Herausforderungen die sie im normalen Alltag strikt vermeiden würden, weil sie zu gefährlich scheinen. Durch die aktive Betätigung in der Umwelt erlangt das Kind die erforderliche Übung, um sich motorisch zu verbessern. Dadurch wird das Selbstbewusstsein gestärkt und das Kind wird sich auch auf motorische und soziale Hürden im Alltag einlassen können.

„Die dadurch erworbene Sicherheit im eigenen Tun und das verbesserte Körperbewusstsein tragen wesentlich zu einer positiven Veränderung der motorischen Kompetenzen bei, jedoch nicht im Sinne einer sportmotorischen Leistungssteigerung (kann eventuell ein impliziter Nebeneffekt sein) sondern vielmehr im Sinne einer Stärkung des Selbstbewusstseins“ (V: Z. 79-84)

7.1.6 Einfluss auf die kognitive Entwicklung

„Die Psychomotorik ist demnach kein kognitives Lernprogramm zur Steigerung der Gedächtnisleistung, sie ist ein Konzept, das versucht integrative Lernprozesse anzuregen und damit zum lebenslangen Kompetenzerwerb zu motivieren“ (V: Z. 97-100)

Das menschliche Gehirn entwickelt nur jene Regionen vertiefend, die auch tatsächlich genutzt werden. Basis dieser Entstehung von neurologischen Verknüpfungen ist die *„aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt“* (V: Z. 88). Im psychomotorischen Setting werden Kindern eben diese Erfahrungen mit ihrer Umwelt ermöglicht, die zu einer Gehirnentwicklung führen. Durch die Eigentätigkeit des Kindes im äußeren Raum wird ein innerer Vorstellungsraum aufgebaut. Bewegung führt somit zum Aufbau von Symbol, Symbolhandlung und Sprache - und in Erweiterung dazu, zum Erlernen von Kulturtechniken, die in der Schule vermittelt werden.

„Das heißt, dass was sich das Kind innerlich Vorstellt entspringt eigentlich psychomotorischen Beziehungssystemen, sozusagen, die es hoffentlich in seiner Entwicklung Handlungssicher gemacht haben“ (K: Z. 65-68)

7.1.7 Psychosomatik

„Jede Störung oder Krankheit ist aus meinem Verständnis immer psychosomatisch oder somatopsychisch zu interpretieren“ (V: Z. 107-108)

Die Psychomotorik geht grundsätzlich von einer Verknüpfung von Körperlichem und Seelischem aus. Aufgrund dieser Verwobenheit kann es manchmal zu Unklarheiten kommen. Daher müssen kindliche Leidenszustände zu allererst medizinisch abgeklärt werden. Stehen psychische Probleme im Vordergrund muss eine Psychotherapie indiziert werden. Psychomotorik kann jedoch parallel zur Psychotherapie zum Einsatz kommen, oder durch psychotherapeutische Beratung unterstützt werden.

7.1.8 Neurose – Persönlichkeitsentwicklungsstörung - Erlebnisreaktion

In erster Linie ist Psychomotorik kein geeignetes Verfahren bei psychischen Störungsbildern, wie Neurosen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen oder Erlebnisreaktionen. Sie kann allerdings als Unterstützung von psychotherapeutischen Verfahren zum Einsatz kommen. Das Vertrauensverhältnis und die positiven Erfahrungen die in einem psychomotorischen Setting gemacht werden, wirken förderlich für die psychische Genesung. Außerdem kommen Prozesse wie Übertragung und Gegenübertragung durch das psychomotorische Spiel zum Vorschein. Diese bedürfen jedoch einer professionellen psychotherapeutischen Deutung. Der richtige Umgang mit dem Aufleben unterschiedlicher unverarbeiteter Situationen muss erlernt werden, und ist daher nicht im psychomotorischen Bereich anzusiedeln.

„Psychotherapeutische Prozesse werden in der psychomotorischen Handlung deutlicher und damit bearbeitbar. Um diesen Vorteil sehen, richtig einschätzen und damit nutzen zu können, ist jedoch eine Psychotherapieausbildung notwendige Bedingung“ (V. Z. 119-122)

Jedoch ist die Grenze zwischen Entwicklungsverzögerung und Entwicklungsstörung schwierig zu ziehen. Handelt es sich nämlich um eine Entwicklungsverzögerung, ist eine psychomotorische Intervention durchaus sinnvoll.

7.1.9 Protektive Faktoren

Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, warum Kinder trotz schwieriger Entwicklungsbedingungen eine „gute“ Entwicklung haben können, und wiederum andere daran zerbrechen. Die Antwort auf diese Frage ist mindestens eine gute Beziehung, die dem Kind eine positive Rückspiegelung ermöglicht.

Der Psychomotoriker kann so eine positive Beziehungsgestaltung ermöglichen. Er kann jedoch nicht jahrelange negative Erfahrungen, mit einem Setting von meist einer Stunde die Woche, ungeschehen machen.

„Im konkreten Erleben ist es jedoch möglich, neue positive Erfahrungen zu sammeln. Diese überlagern die negativen Erlebnisse und werden im Laufe der weiteren Entwicklung zu neuen Handlungsmustern und führen zu veränderten Problemlösungsstrategien“ (V: Z. 146-149)

7.1.10 Persönlichkeit und Eignung des Therapeuten

„Das Hauptinstrument des Mototherapeuten ist die Person selbst“ (K: Z. 182)

Leider fehlt es in der Psychomotorik-Ausbildung an einer verpflichtenden Selbsterfahrung um das wichtigste Instrument des Therapeuten zu schärfen - die Person selbst.

In den meisten Fällen gibt es natürlich einen Zusammenhang zwischen der Berufswahl Mototherapeut und der Persönlichkeitsstruktur. Trotzdem sind entwicklungstheoretische, psychologische und pädagogische Kenntnisse erforderlich, um als Psychomotoriker förderlich auf Kinder einwirken zu können. Dabei sollen die individuellen Bedürfnisse des Kindes berücksichtigt werden und nicht versucht werden das Kind nach eigenen Vorstellungen zu manipulieren. Es erfordert ein gewisses Maß an Flexibilität und Offenheit, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen.

„Für die Arbeit mit Kindern ist die wichtigste Voraussetzung, sich gerne mit Kindern zu beschäftigen, mit ihnen zu spielen, sie in ihrem Sosein wahrzunehmen, ihnen Kompetenzen zuzutrauen und nicht die Absicht, sie nach den eigenen Vorstellungen zu instrumentalisieren“ (V: Z. 157-160)

Wichtigste Erfahrungen neben der Selbsterfahrung sind Spielerfahrung und Humor.

7.1.11 Grenzen

„Grenze der Psychomotorik: Wenn es nicht nur lustig ist“ (K: Z. 169)

Die Psychomotorik soll das Kind durch Spiel und Spaß zur Eigentätigkeit führen, aber soll keine ursächliche Therapie ersetzen. Ziehen sich Kinder jedoch zurück und können das Spielangebot in keinem Fall annehmen, muss der Therapeut hellhörig werden.

„Und ich merke eigentlich, dass das psychomotorische Spielangebot keine Wirkung zeigt. Es muss zur Eigentätigkeit und zur Eigeninitiative führen. Wird dann auch das schönste psychomotorische Setting zu Verzweiflungsreaktionen des Kindes führen“ (K: Z. 121-124)

In solchen Fällen ist es wichtig auch Experten aus anderen Bereichen hinzuzuziehen, und Transdisziplinär vorzugehen: Kinderärzte, Psychologen, Psychotherapeuten. Wenn nicht bereits Diagnosestellungen vorliegen, muss die Lage ärztlich abgeklärt werden, um eine weitere Vorgehensweise einleiten zu können. Sinnvollerweise sind die eigenen Grenzen offenzulegen, und Kinder mit psychischen Störungen an die jeweiligen Stellen zu verweisen, die sich besser um ihre Anliegen kümmern können.

Persönliche Grenzen des Mototherapeuten müssen individuell ausgelotet und bewusst gemacht werden, um nicht über den eigenen Kompetenzbereich einzuwirken. Da die Person selbst das wichtigste Instrument des Therapeuten ist, muss er in sich hineinspüren um Grenzen wahrzunehmen. Dabei spielen eigene körperliche Reaktionen, wie Anspannung, Verwirrtheit, Unwohlsein und Wut, eine wichtige Rolle.

7.2 Psychotherapie

Nun werden Fragen zu den allgemeinen Zielen der Psychotherapie, die Altersbegrenzung, den Einfluss auf die psychische, soziale, motorische und kognitive Entwicklung, geklärt. Außerdem wird auf Krankheitsbilder und deren Psychosomatik eingegangen. Es soll geklärt werden, ob fehlende protektive Faktoren durch Psychotherapie ersetzt werden können und welche Rolle dabei die Persönlichkeit des Therapeuten spielt. Abschließend werden die Grenzen einer psychotherapeutischen Intervention thematisiert.

7.2.1 Ziele der Psychotherapie

In erster Linie ist das Ziel der Psychotherapie *„die Heilung von seelischen Leidenszuständen“* (S: Z. 18). Leidbringende Muster sollen durchbrochen und verändert werden, sodass sich Kinder besser fühlen können. Die eigenen Ressourcen sollen entdeckt und gestärkt werden, um in Krisensituationen besser vorbereitet zu sein.

Entwicklungsförderung *„ist nicht das primäre Indikationsziel der Psychotherapie“* (S: Z. 23). Da aber seelische Leidenszustände dazu führen, dass die Entwicklung blockiert wird, fördert die Auflösung dieser Zustände implizit die Entwicklung.

„Innere Anteile, die sich im Laufe der Zeit nicht ausreichend entwickeln konnten, tun dies im Zuge der Psychotherapie. Es kommt zu einer Entwicklung der Persönlichkeit in Richtung Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit“ (P: Z. 16-18)

7.2.2 Die Altersbegrenzung

Matoschitz (M: Z. 21-22) sieht die Grenze der klassischen Psychotherapie *„ab dem Alter wo Sprache und Logik angewandt werden können“* angesiedelt. Natürlich gibt es heute auch schon Säuglingspsychotherapie, wobei hier die Arbeit mit den Eltern im Vordergrund steht. Es wird vor allem an der Bindung zwischen der Bezugsperson und dem Säugling gearbeitet. Interaktionen und Kommunikation zwischen Eltern und Säugling müssen richtig gedeutet und erarbeitet werden. Bezugspersonen lernen *„die Signale des Säuglings entsprechend (zu) interpretieren“* und zu *„beantworten“* (S: Z. 36-37).

Je jünger das Kind, umso mehr müssen die Eltern in die Arbeit miteinbezogen werden, da die Befindlichkeit des Kindes mit den Emotionen der Eltern verknüpft ist.

„Das heißt, dass der Säugling oft das ausdrückt, das eigentlich ein Gefühl der Mutter ist“ (S: Z. 40-41)

7.2.3 Einfluss auf die psychische Entwicklung

„Das ist ja das primäre Anliegen der Psychotherapie dass sie die psychischen Leidenszustände dieser kleinen Patienten behandelt und daher natürlich Einfluss nimmt auf die psychische Entwicklung“ (S: Z. 45-47)

Innerhalb eines geschützten Therapierahmens sollen Ressourcen gestärkt und gefördert werden, um den Alltag ohne Leidensdruck bewältigen zu können. Bei jüngeren Kindern steht dabei weniger das gesprochene Wort im Zentrum der therapeutischen Auseinandersetzung, sondern mehr die Symbolsprache im kindlichen Spiel. Situationen und Emotionen, die nicht in Worte gefasst werden können, werden vom Kind spielerisch dargestellt. Der Therapeut antwortet dem Kind in derselben symbolischen Sprache.

„Psychotherapie behandelt die Psyche der Klienten altersentsprechend und angepasst an die kognitive Entwicklungsstufe“ (P: Z. 27-28)

Je nachdem um welche Therapieform es sich handelt wird im Einzelsetting oder aber auch in Paar-, Familien- oder Gruppensetting gearbeitet.

„Systemische Psychotherapie bietet ein breit gefächertes Methodenspektrum. Angefangen von systemische Gesprächstherapie, Entspannungsverfahren, Tranceübungen, kreative Methoden, hypnosystemische Methoden, outdoor-Sitzungen, therapeutische Spaziergänge“ (P: Z. 30-33)

7.2.4 Einfluss auf die soziale Entwicklung

Die Förderung der sozialen Entwicklung ist nicht Zielsetzung der Psychotherapie. Soziale Probleme können jedoch einen Teil der Symptomatik einer psychischen Störung darstellen. Da von einem Zusammenhang zwischen psychischen Erleben und sozialer Anpassung ausgegangen wird, ist durch eine Veränderung des psychischen Zustandes implizit auch die soziale Ebene betroffen.

„Durch die innerpersonellen Veränderungen während des Psychotherapieprozesses, verändern sich meist auch soziale Faktoren. Einige Faktoren verändern sich mit, andere fallen weg, weil sie nicht mehr passen und andere kommen neu dazu. Systemische Familientherapie betrachtet das Individuum im zugeordneten sozialen Netz. Dadurch sind sowohl Veränderungen des Klienten als auch der sozialen Bezugspunkte möglich“ (P: Z. 37-42)

7.2.5 Einfluss auf die motorische Entwicklung

Die motorische Entwicklung ist nicht Anliegen der Psychotherapie. Sind jedoch therapeutische Eingriffe auf der Körperebene Teil der Psychotherapie, kommt es auch zu einer Veränderung in diesem Bereich. Liegen gravierende motorische Defizite im Vordergrund, müssen Kinder aber an entsprechende Experten in diesem Bereich verwiesen werden.

7.2.6 Einfluss auf die kognitive Entwicklung

„ (...) aber wiederum ganzheitlich betrachtet ist natürlich eine Beeinflussung einer Ebene auch in ihren Auswirkungen einer anderen Ebene (...) durchaus zu beachten“ (S: Z. 77-79)

Die Psychotherapie zielt nicht auf die kognitive Entwicklung ab. Trotzdem kommt es durch neue Anregungen, Stimuli und Erfahrungen innerhalb der Therapie zu einer neuronalen Veränderung.

7.2.7 Psychosomatik

„Psychotherapie sollte sowohl bei somatischen als auch psychischen Problemen angewandt werden, da diese nicht zu trennen sind“ (M: Z. 38-40)

Bei körperlichen Beschwerden hat zu allererst eine medizinische Abklärung zu erfolgen, um physische Ursachen auszuschließen. Hat ein körperlicher Schmerz seelische Ursachen, muss mit Hilfe von Psychotherapie interveniert werden. Grundsätzlich wird aber immer von einem somatopsychischen und psychosomatischem Zusammenhang ausgegangen.

7.2.8 Neurose – Persönlichkeitsentwicklungsstörung – Erlebnisreaktion

Die Neurose, die Persönlichkeitsentwicklungsstörung und die Erlebnisreaktion zählen zu den psychischen Störungen und fallen daher alle in den Zuständigkeitsbereich der Psychotherapie. Je nachdem um welche Störung es sich handelt, bedarf es entweder

eines langwierigen aufwendigen psychotherapeutischen Eingriffs, oder einer punktuellen Unterstützung.

7.2.9 Protektive Faktoren

Durch „Lern- und Beobachtungsprozess“ (M: Z. 53) können in der Psychotherapie Erfahrungen gemacht werden, wodurch sie im Hier und Jetzt eine neue Bedeutung bekommen.

Protektive Faktoren können durch die Therapie nicht ersetzt werden, denn eine Psychotherapie kann die Umwelteinflüsse denen ein Kind tagtäglich ausgesetzt war und ist, weder rückgängig machen, noch verändern. Aber die Unterstützung des Therapeuten kann Kindern helfen mit schwierigen Situationen besser umzugehen, sie differenzierter zu bewerten und sie zu verarbeiten.

„Das Fehlen von protektiven Faktoren ist bei unterschiedlicher Resilienz natürlich das was zur Psychischen Störung letztlich maßgeblich beiträgt und die Psychotherapie kann die nicht ersetzen, aber sie kann die Beeinträchtigungen die dadurch entstanden sind helfen zu verarbeiten, helfen auszugleichen“ (S: Z. 142-146)

7.2.10 Persönlichkeit und Eignung des Therapeuten

„man wird nicht als Psychotherapeut geboren. Man wird mit Talenten zum Psychotherapeut zur Psychotherapie in diese Ausbildung einsteigen“ (S: Z. 168-170)

Die wichtigsten Persönlichkeitsmerkmale eines Therapeuten sind: Empathie, Feingefühl und Wertschätzung, Ruhe und Ausgeglichenheit, Authentizität. Hohe Denkreflexion, Mentalisierungsfähigkeit, Fähigkeit zur Introspektion und Selbstreflexion sind notwendig, um sich in die andere Person einfühlen zu können, und sie differenziert, von eigenen Anteilen, betrachten zu können.

Einerseits müssen Psychotherapeuten bereits Persönlichkeitseigenschaften mitbringen, wie Intuition und Feingefühl, die nur schwer erlernt werden können. Andererseits werden Fähigkeiten wie Empathie, Mentalisierung, Introspektion und Selbstreflexion durch die Ausbildung verändert, vertieft und erweitert. Der

auszubildende Therapeut bringt also ein bestimmtes Potential an Persönlichkeitsfaktoren ein, das er durch persönliche Erfahrungen und soziale Kontakte erworben hat. Diese Talente werden durch aktives Interesse am Menschen, Verhaltensbeobachtungen, und Selbsterfahrung in der Ausbildung gefördert.

Für eine gelungene therapeutische Intervention sind aber nicht nur die Eigenschaften des Therapeuten von Bedeutung, sondern auch die Passung zwischen dem Therapeuten und dem Kind. Wenn diese Passung vorhanden ist, kann eine therapeutische Beziehung entstehen, die in Vertrauen gehüllt ist.

„der best-ausgebildete Therapeut muss nicht unbedingt für jeden Patienten der Beste sein“ (S: Z. 178-179)

„Stimmt die Chemie zwischen Klient und Therapeut, wird die Therapie zu 99% gelingen“ (P: Z. 86-87)

Neben den Persönlichkeitsmerkmalen und der Passung gibt es noch einen dritten Faktor der unbedingt erforderlich ist, um als Therapeut erfolgreich arbeiten zu können: das Handwerkszeug. Behandlungstechniken und Methodik müssen erlernt werden, um weitere Aktionen setzen zu können.

„Die Ausbildung vermittelt einem Psychotherapeuten einen gewissen Grundstock an Methodik und ein theoretisches Konstrukt, worauf er sich bei seiner Hypothesenbildung bezieht“ (P: Z. 74-76)

7.2.11 Grenzen

„Wenn die Neutralität, Neugier und Motivation/Freude an der Arbeit nicht mehr gegeben sind“ (M: Z. 68-69)

„Symptomatiken, welche einem nicht mehr neutral bleiben lassen, weil wir selbst betroffen sind/waren“ (M: Z. 73-74)

Jeder Therapeut muss sich individuell mit seinen Grenzen auseinandersetzen. Je nach Erfahrung, ertragen Therapeuten beispielsweise Kinder mit Aggressionen, Depressionen oder ungepflegte Kinder sehr schwer. Oft kann es auch zu schwierigen Interaktionen mit Eltern kommen, die die Therapie zum Stocken bringen. Gerade in den Anfangsjahren drohen Not und Verzweiflung der Kinder, Therapeuten zu

überschwemmen und zu überfordern. Die Selbsterfahrung während der Ausbildungszeit hilft die eigenen Grenzen zu erkennen und dadurch zu erweitern.

„(...) allerdings muss man sich dessen bewusst sein dass es nie sein darf das man hineintappt. Das ist eben genau der wesentliche Anteil in der Selbsterfahrung, dass ich meine Gegenübertragung reflektieren, analysieren und nutzbar machen kann für den Prozess“ (S: Z. 209-212)

Mittels Selbstreflexion werden Gefühle von Ohnmacht und Orientierungslosigkeit gespürt und gedeutet. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden für den Therapieprozess genutzt, und sollten daher keine Einschränkung darstellen.

Hindern solche Gefühlsregungen den Therapeuten jedoch daran die Beziehung mit dem Kind weiter sinnvoll zu gestalten, muss er sich seiner Grenzen bewusst sein und Supervision in Anspruch nehmen, oder die Arbeit mit diesen Kindern ablehnen, die solche Gefühle in ihm auslösen. Durch einen wachsenden Erfahrungsschatz und Supervision wird das Spektrum, an für den Therapeuten unerträglichen Kindern, immer kleiner.

„Ziel ist natürlich, dass dieses Spektrum der (...) Varianten die ich schlecht aushalte klein wird. Das muss nicht auf null gehen - das ist ein Omnipotenzanspruch, aber das diese Spektrum möglichst klein wird. Und wenn dann das auftaucht ist es immer wichtig für mich zu wissen, was ist es jetzt, das mich in Schwierigkeiten bringt“ (S: Z. 230-234)

7.3 Psychotherapie vs. Psychomotorik

In diesem Kapitel sollen die Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Psychomotorik erarbeitet und Gegensätzliches voneinander abgegrenzt werden. Vorannahmen werden mit den Untersuchungsergebnissen zusammengeführt und ein Resümee daraus gezogen.

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Experteninterviews, und sind daher nur für die jeweiligen Fachbereiche der Experten gültig.

7.3.1 Das Menschenbild

Psychotherapie und Psychomotorik verbindet eine gemeinsame Grundlage und ein gemeinsames Menschenbild. Beide Denkrichtungen gehen von einem holistischen Menschenbild aus, dass nur in seiner Ganzheit zu betrachten ist. Dabei spielen dieselben entwicklungstheoretischen und lerntheoretischen Grundlagen für die weitere Herangehensweise eine wichtige Rolle.

Obwohl die gleichen Denkansätze vorliegen, unterscheiden sich die Therapieformen in ihren Zielsetzungen. Die Psychomotorik empfindet die ganzheitliche Denkrichtung als einen der wichtigsten Bestandteile ihrer Therapie und nutzt dieses Wissen aktiv und bewusst zur Veränderung, wohingegen in der Psychotherapie eher passiv davon ausgegangen wird, dass andere Komponenten des menschlichen Daseins, wie Sozialität, Kognition, Motorik, auch verändert werden. Diese Veränderungen werden als Tatsache hingenommen, sind aber nicht weiter von Bedeutung oder Interesse für die Zielsetzung der Therapie. Die Psychotherapie behandelt die Psyche, weil sie die Psyche behandeln möchte. Alles andere ist ein netter Nebeneffekt. Soziale Probleme eines Kindes werden somit eher als Symptom oder Auswirkung psychischer Krankheit verstanden, und müssen an ihrer Wurzel ergriffen und verändert werden. Die Psychomotorik hat nicht nur die Psyche oder die Motorik in ihrem Fokus, sondern zielt auf eine gleichberechtigte Entwicklung menschlicher Existenz, im psychischen, kognitiven, sozialen, und motorischen Bereich ab. Die Bewegung ist das Medium mit dem gearbeitet wird, aber es ist nicht das Hauptziel der Psychomotorik, die körperliche Motorik eines Kindes zu verbessern, sondern es ist die Beweglichkeit in Körper, Geist und im sozialen Raum die angestrebt wird. Bewegung steht somit für das Ganze, und nicht nur für körperliche und sportliche Höchstleistungen.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es nun von Bedeutung sei, ob eine Veränderung dadurch entsteht, dass eine Sache aktiv, willentlich mitgedacht wird, oder ob man sie passiv geschehen lässt? Geht man davon aus dass die Person des Therapeuten und dessen Einstellung gegenüber dem Kind, von großer Bedeutung für die Persönlichkeitsentfaltung ist (Selbsterfüllende Prophezeiungen), muss diese Frage bejaht werden. Auf die Persönlichkeit des Therapeuten soll später eingegangen werden.

7.3.2 Einfluss auf der psychischen Ebene

Psychomotorik und Psychotherapie haben beide einen großen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit eines Kindes. Gerade bei jüngeren Kindern, bei denen die Symbolsprache wichtigstes Mitteilungsinstrument ist, ähneln sich die therapeutischen Vorgehensweisen beider Methoden sehr. Das kindliche Spiel ist im Zentrum der Psychotherapie, ebenso wie die spielerische Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper Methode der Mototherapie ist. Die Psychomotorik bleibt auch später, wenn Kinder zu logischen Schlussfolgerungen und Äußerungen in der Lage sind, auf der Symbolebene. Psychotherapie arbeitet in diesem Stadium bereits auch mit dem gesprochenen Wort.

Im Spiel werden individuelle Grenzen erfahren, persönliche Fähigkeiten ausgetestet, und Niederlagen bewältigt. Kinder erfahren Anerkennung trotz ihrer Schwächen und können im gesicherten Rahmen daran arbeiten ohne von der Außenwelt dafür bloßgestellt zu werden. Durch die Anerkennung wird die innere Stabilität gefördert und das Kind lernt sich selbst zu lieben.

Hier endet der Zuständigkeitsbereich der Psychomotorik: Verhalten des Kindes wird nicht weiter analysiert oder gedeutet. Wenn psychische Leidenszustände beim Kind vermutet werden, indem es beispielsweise nicht in der Lage ist, sich auf eine spielerische Auseinandersetzung einzulassen, Angebote nicht annehmen kann und keinen Spaß an der Eigentätigkeit entwickelt, muss psychologischer oder psychotherapeutischer Rat hinzugezogen werden.

7.3.3 Einfluss auf der sozialen Ebene

Psychotherapie geht von einem Einfluss auf der sozialen Ebene aus, versteht diesen aber nicht als primäre Zielsetzung. Es wird davon ausgegangen, dass soziale Anpassungsschwierigkeiten Symptom einer psychischen Störung sind. Durch die Therapie des Individuums verändert sich einerseits der Umgang des Kindes mit seiner Umwelt, andererseits kann es aber auch zu einer Veränderung von Seiten der sozialen Bezugspunkte in dessen Umfeld kommen.

Dem Einfluss der Psychomotorik auf die soziale Entwicklung wird dem entgegengesetzt bereits mehr Bedeutung zugemessen. Das psychomotorische Spielsetting reicht von dyadischen Erfahrungen über Kleingruppen bis hin zu großen Gruppen. In diesen sozialen Räumen sollen zwischenmenschliche Fähigkeiten erprobt werden. Kinder können ihre Wirkung auf andere durch deren Rückspiegelung am eigenen Leibe spüren und lernen, sich selbstbewusst im sozialen Gefüge zu bewegen.

7.3.4 Einfluss auf der motorischen Ebene

Aufgrund des holistischen Menschenbildes gehen Psychotherapie und Psychomotorik von einem Einfluss auf der motorischen Ebene aus. Motorische Veränderungen sind aber nicht erklärtes Ziel der Psychotherapie. Psychomotorik will Motorik verändern, in demselben Maß wie sie die Psyche, die soziale Ebene und die kognitive Ebene ansprechen möchte.

Im psychomotorischen Setting sollen Stärken erfasst und bewusst gemacht werden. Auf dieser Grundlage werden Kinder dazu angespornt neue Herausforderungen in Angriff zu nehmen. Sogar die Herausforderungen, die sie im normalen Alltag strikt vermeiden würden, weil sie zu gefährlich scheinen. Durch die aktive Betätigung in der Umwelt erlangt das Kind die erforderliche Übung, um sich motorisch zu verbessern. Dadurch wird das Selbstbewusstsein gestärkt und das Kind wird sich auch auf motorische und soziale Hürden im Alltag einlassen können.

7.3.5 Einfluss auf der kognitiven Ebene

Die Psychotherapie sieht die Beeinflussung der kognitiven Ebene nicht als ihr Anliegen, geht aber erneut von einer impliziten Veränderung, aufgrund der Veränderung der Psyche aus. Im Gegensatz dazu geht die Psychomotorik davon aus, grundlegend für die kognitive Entwicklung verantwortlich zu sein. Die Gehirnentwicklung und die Bildung von neuronalen Verknüpfungen, sind eng an die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt gebunden. Das bedeutet, je mehr Erfahrungen mit der dinglichen Umwelt gemacht werden, umso mehr Bahnungen

entstehen im Gehirn. Die Eigentätigkeit des Kindes und die Bewegung im äußeren Raum führen also zu einem Aufbau von inneren Vorstellungsräumen von Symbol und Symbolhandlungen. Psychomotorische Bezugssysteme sind daher die Grundlage von Sprache und Sprachentwicklung und dem Erlernen von Kulturtechniken.

7.3.6 Entwicklung und Heilung

Die ersten beiden Annahmen, nämlich dass Psychomotorik bei altersadäquaten Entwicklungsaufgaben unterstützen soll, und psychische Störungen in den Bereich der Psychotherapie fallen, können durch die Ergebnisse der Experteninterviews gestützt werden.

Die individuelle Entwicklungsförderung und die Prävention von Entwicklungsdefiziten ist das Hauptanliegen der Psychomotorik. Kinder sollen in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, so wie sie beispielsweise von Erikson formuliert wurden, unterstützt und gefördert werden. Im Laufe des Lebens muss sich der Menschen immer wieder neuen Herausforderungen stellen, die ihn wachsen lassen und seine Kompetenzen erweitern. Bewegen sich die Herausforderungen in einem „normalen“ Bereich, also ohne größere seelische Erschütterungen zu verursachen, ist die Psychomotorik eine hilfreiche unterstützende Methode zur Bewältigung. Die Psychotherapie möchte seelische Leidenszustände heilen. Sie setzt also da ein, wo die Prävention versagt hat, und bereits psychische Folgen zum Tragen kommen. Psychische Störungsbilder wie die kindliche Neurose, die Persönlichkeitsentwicklungsstörung, oder eine Erlebnisreaktion fallen somit in den Zuständigkeitsbereich der Psychotherapie.

Interessanterweise ist der Ablauf der zu Entwicklungsförderung und zu Heilung führen soll, in der Psychotherapie und in der Psychomotorik jedoch der gleiche: die eigenen Ressourcen sollen entdeckt und gestärkt werden um sich der Selbstwirksamkeit bewusst zu werden und das Selbstvertrauen zu stärken. Das bedeutet, dass der Heilungs- und Entwicklungsprozess durch dieselben Anregungen in Gang gesetzt werden. Der einzige Unterschied wäre demnach der Startpunkt, und die Intensität der Einwirkung, die notwendig ist um eine Veränderung in Bewegung

zu bringen. Das heißt, von „Entwicklungsförderung“ wird solange gesprochen, solange wir uns im präventiven Bereich bewegen. Ab dem Punkt wo eine psychische Störung vorliegt handelt es sich um „Heilung“. Der Prozess der im Kind vorgeht um Heilung oder Entwicklung zu erreichen ist demnach derselbe: die Erkennung und wertschätzende Anerkennung des Selbst.

Psychomotoriker und Psychotherapeuten beziehen sich unabhängig voneinander auf die Resilienzforschung, wodurch davon ausgegangen wird, dass mindestens eine gute Beziehung vorhanden sein muss, die eine positive Rückspiegelung ermöglicht, und das Kind in seinem Sein bestätigt. Die Experten sind sich einig, dass der Therapeut diese positive Beziehung für das Kind darstellen kann, er kann jedoch nicht viele vergangene negative Erfahrungen ungeschehen machen. Die positiven Erfahrungen die mit dem Therapeuten gemacht werden, führen also zu einem positiven Selbstbild und stärken das Selbstvertrauen des Kindes. Der Heilungs- und Entwicklungsprozess wird demnach durch die Beziehung zum Therapeuten angeregt.

Die Psychomotorik und die Psychotherapie kennen keine Alterseinschränkungen. Da Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist, reicht die psychomotorische Förderung vom Säuglingsalter bis in die Geriatrie. Auch die Psychotherapie beansprucht eine Methode zu sein, die über die ganze Lebensspanne anwendbar ist. Wobei sich hier die Frage aufdrängt, wozu ein Neugeborenes bereits einer Heilung bedarf? Eltern sollen an ihrer Bindung zum Säugling arbeiten, und lernen Signale des Säuglings richtig zu deuten. Es scheint plausibel, dass Mütter oder Väter, die Liebesfähigkeit und Bindungsfähigkeit erst erlernen müssen, einer Heilung bedürfen. Die Interaktion mit dem Säugling scheint jedoch eher eine Präventivmaßnahme zu sein, um ein Erkranken und eine Fehlentwicklung, des Säuglings und später des Kindes, zu verhindern.

In diesem Bereich sind sich auch Experten nicht einig. So siedelt Matoschitz (M: Z. 21-22) die Grenzen der Psychotherapie dort an „wo Sprache und Logik angewandt werden können“.

7.3.7 Die Persönlichkeit des Therapeuten

Die 6. Annahme, dass jeder Mensch das Gefühl braucht wertvoll zu sein und geliebt zu werden, und es nicht wichtig ist, ob diese Wertschätzung von einem Psychotherapeuten oder einem Mototherapeuten vermittelt wird, lässt sich nur zum Teil stützen.

Die Annahme dass Empathie, Feingefühl und Wertschätzung wichtige Bestandteile einer therapeutischen Intervention sind, ist zwar richtig, aber Psychotherapie und Mototherapie lassen sich nicht auf diesen Moment reduzieren. Es besteht zwar ein Zusammenhang zwischen der Berufswahl eines Therapeuten und dessen Persönlichkeitsstruktur, aber diese persönliche Eignung kann als Grundvoraussetzung verstanden werden. Der Therapeut steigt mit bestimmten Talenten und Potential, wie Empathie, Feingefühl, Wertschätzung, Ruhe und Ausgeglichenheit, Authentizität, in die Berufsausbildung ein, und erweitert diese im Zuge der Selbsterfahrung in der Ausbildung. Ohne Interesse am Menschen würde eine Person wahrscheinlich nicht diesen Berufsweg einschlagen. Das Hauptinstrument des Therapeuten ist die Person selbst, daher muss er die Fähigkeit zur Introspektion und Selbstreflexion haben, um förderlich auf ein Kind einwirken zu können. Das trifft auf Psychotherapeuten, als auch auf Mototherapeuten im gleichen Maße zu.

Um eine Veränderung zu erzielen muss ein Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Kind aufgebaut werden. Diese positive Beziehung ist für Mototherapeuten und Psychotherapeuten wichtiges Werkzeug, in der Arbeit mit dem Kind. Psychotherapeuten sprechen von einer Passung, die dieses Verhältnis ermöglichen soll.

Die Persönlichkeit des Therapeuten ist demnach von großer Bedeutung für eine erfolgreiche psychotherapeutische Heilung und für eine psychomotorische Förderung. Aber die Persönlichkeit alleine ist nicht ausreichend um eine Veränderung herbeizuführen. Das richtige Handwerkszeug und die Behandlungstechniken müssen erlernt werden. In der Psychomotorik ist das

Werkzeug das Spiel und der Humor. In der Psychotherapie sind je nach der psychotherapeutischen Ausrichtung unterschiedliche Analyseverfahren Handwerkszeug.

Da die Person selbst wichtigstes Instrument im Umgang mit Kindern ist, sind auch die Grenzen individuell im Therapeuten zu erspüren. Wenn die eigene Methode nicht mehr greift, zu Verzweiflungsreaktionen im Kind führen, und ein Gefühl von Verwirrtheit, Ohnmacht und Unwohlsein auslöst, ist die Grenze erreicht. Welche Situationen diese Gefühle auslösen, unterscheidet sich je nach Erfahrung des Individuums. Um Grenzbereiche zu erweitern und die Persönlichkeit zu schulen, ist es für jeden Therapeuten wichtig Selbsterfahrung und Supervision in Anspruch zu nehmen.

7.3.8 Psychomotorik und Psychotherapie

Man kann also davon ausgehen, dass die Persönlichkeits-Voraussetzungen, um mit Menschen zu arbeiten, unabhängig davon ob als Psychotherapeut oder als Psychomotoriker, dieselben sind. Beide Disziplinen berufen sich auf einen entwicklungstheoretischen, psychologischen und pädagogischen Methodenkanon. Psychotherapie und Psychomotorik wollen die individuellen Ressourcen stärken, dem Kind Vertrauen zu sich und seinen Fähigkeiten schenken, um auf zukünftige Krisensituationen vorbereitet zu sein.

Da Psychotherapeuten und Psychomotoriker Menschen sind, ist es wichtig, dass sich die jeweiligen Therapeuten ihrer Fehlbarkeit und Grenzen bewusst sind, und daher gerne mit anderen Disziplinen zusammenarbeiten. Kinderärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, usw.. dürfen transdisziplinäre Zusammenarbeit nicht als persönliche Schwäche oder Unzulänglichkeit auffassen, sondern als Stärke im Team, um das gemeinsame Ziel, das Kindeswohl, zu erreichen.

Der erste Schritt, vor allem bei körperlichen Beschwerden, wie zum Beispiel der Kopfschmerz, muss eine medizinische Abklärung sein. Wenn medizinische Ursachen

ausgeschlossen werden können und es sich bei dem Schmerz um psychosomatische oder somatopsychische Auswirkungen handelt muss eine Psychotherapie indiziert werden. Psychomotorik kann als zusätzlich unterstützende Fördermaßnahme angewendet werden, denn ganzheitlich betrachtet muss davon ausgegangen werden, dass psychische Defizite auch Folgen im sozialen, kognitiven und motorischen Bereich mit sich ziehen. All diese Bereiche können durch Psychomotorik zusätzlich gefördert werden.

Wenn davon ausgegangen wird, dass Kognition, Vorstellung, Symbolsprache und Symbolhandlung durch körperliche Auseinandersetzung mit der Umwelt entstehen, ist Psychomotorik die Voraussetzung für Psychotherapie.

„durch Psychomotorik entsteht Sprache – Sprache ist die Methode der Psychotherapie“ (K: Z. 11)

Außerdem können im psychomotorischen Setting zusätzlich positive Erfahrungen gemacht werden, und eine weitere vertrauensvolle Bezugsperson stärkt die Stabilität des Kindes.

Geht die Zusammenarbeit von Psychomotorikern und Psychotherapeuten sogar so weit, dass im gemeinsamen Setting gearbeitet wird, können Psychotherapeuten viele wertvolle Informationen aus dem Ablauf ziehen. Sie können Kinder parallel unterstützen und stärken, wenn es zum Aufleben von vergangenen Situationen kommt oder das Bedürfnis entsteht, Probleme aufzuarbeiten, die keinen Aufschub zulassen.

„Psychotherapeutische Prozesse (Übertragung, Gegenübertragung) werden in der psychomotorischen Handlung deutlich und damit bearbeitbar. Um diesen Vorteil sehen, richtig einschätzen und damit nutzen zu können, ist jedoch eine Psychotherapieausbildung notwendige Bedingung“ (V: Z. 120-122)

Liegen keine psychischen Störungen vor stellt sich wahrscheinlich gar nicht die Frage nach einer psychotherapeutischen Behandlung. In solchen Fällen wirkt psychomotorische Entwicklungsförderung unterstützend in allen Ebenen menschlichen Seins.

8. Literaturverzeichnis:

8.1 Printquellen

Barnow, Sven (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung. Mit fünf Fallbeispielen. Verlag Hans Huber: Bern, 2008

Bodenburg, I. & Kollmann, I.: Frühpädagogik-Arbeiten mit Kindern von 0-3 Jahren. Ein Lehrbuch für sozialpädagogische Berufe. Bildungsvlg EINS: Troisdorf, 2009

Diem-Wille, G. (2003): Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung. Kohlhammer: Stuttgart, 2009, 2. Aufl.

Erikson, E.H. (1966): Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp: Frankfurt am Main, 2003, 16. Aufl.

Fischer, K.: Einführung in die Psychomotorik. Ernst Reinhardt GmbH, 2009, 3. Aufl.

Freud S. (1923): Das Ich und das Es. In: Freud, A. & Grubrich-Smitis, I. (Hrsg): Sigmund Freud. Werkausgabe in Zwei Bänden. Band 1. Elemente der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch: Frankfurt am Main, 2006

Freud, A. & Grubrich-Smitis, I. (Hrsg): Einführung: Der Begriff des Unbewussten. In: Sigmund Freud. Werkausgabe in Zwei Bänden, Band 1 Elemente der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch: Frankfurt am Main, 2006

Freud, A. & Grubrich-Smitis, I. (Hrsg): Einführung: Der Sinn der Träume. In: Sigmund Freud. Werkausgabe in Zwei Bänden, Band 1. Elemente der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch: Frankfurt am Main, 2006

Freud, A. (1927): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Ernst Reinhardt Verlag: München/Basel, 1966, 4. Aufl.

Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In : Freud, A. & Grubrich-Simitis, I. (Hrsg.): Sigmund Freud. Werkausgabe in zwei Bänden. Band 1 Elemente der Psychoanalyse. Fischer: Frankfurt am Main, 2006

Freud, S. (1916): Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. Gesammelte Werke. Band 12, 1917

Friedrich, M.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Lenz, G. & Küfferle, B. (Hrsg.): Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien. Facultas Universitätsverlag, 1998

Gerber, G.: „Spüren – Fühlen – Denken“ Ein ganzheitliche – ontogenetisches Entwicklungsmodell und seine Anwendung in der Praxis. In: Sedlak, F. (Hrsg.): Verhaltensauffällig. Was nun? Ketterl: Wien, 1992

Haas, R. (2007): Psychomotorische Gesundheitsförderung – eine erste Standortbestimmung. In: Motorik, Jg. 30(3), September

Hünnekens, H. & Kiphard, E. J. : Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern. Flöttmann: Gütersloh, 1985, 7. Aufl.

Hüther, G.: Die Bedeutung innerer und äußerer Bilder für die Strukturierung des kindlichen Gehirns. 2010

Jünemann, K. & Saß, H.: Klassifikation und Ätiopathogenese von Persönlichkeitsstörungen. In: Nissen, Gerhardt (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen-Erkennung-Behandlung. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, 2000

Kapfer-Weixelbaumer, A.: Vortrag: Didaktik und Methodik der Psychomotorik. Laimbach, 19.2.2010

Mayring, P. : Einführung in die qualitative Sozialforschung. – Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2002

Meuser, M./Nagel, U.: Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Wiesbaden 1993, S 441-468

Papousek, M.: Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. In: Gebauer, K. & Hüther, G. (Hrsg.): Kinder brauchen Spielräume. Perspektiven für eine kreative Erziehung. Walter: Düsseldorf/Zürich, 2003

Piaget, J. : Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Ernst Klett Verlag: Stuttgart, 1976

Reinelt, T. & Gerber G.: „Spüren, Fühlen, Denken“ – ein Entwicklungsmodell für Therapie und Rehabilitation. In: Reinhard H.G. & Bettschart, W. & Spiel, W. (Hrsg.): Acta Paedopsychiatrica. Europäische Zeitschrift für Neuropsychiatrie, Psychologie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Düsseldorf, Lausanne, Wien, 1990, Heft 3, 225-229

Schilling, F.: Das Kozept der Psychomotorik-Entwicklung, wissenschaftliche Analysen, Perspektiven. In: Huber & Rieder & Neuhäuser (Hrsg.) Modernes Lernen: Dortmund, 1990

Schuster, P. & Springer-Kremser M. (1991): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie. WUV-Univ.-Verl.: Wien, 1997, 4. Aufl.

Seidler, G. H.: Verschiedene Formen der Persönlichkeitsstörungen. In: Nissen, Gerhardt (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen-Erkennung-Behandlung. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, 2000

Spangler, G. : Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. In: Peter Zimmermann (Hrsg) Klett-Cotta: Stuttgart 1995

Steinhausen, H.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder und Jugendpsychiatrie. Urban&Fischer Verlag: München/Jena, 2000, 4.Aufl.

Viktor von Weizsäcker (1932): Der Gestaltkreis. In: Achilles, P & Janz, D. & Schrenk, M. & von Weizsäcker, C. (Hrsg.): Viktor von Weizsäcker. Gesammelte Schriften. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main, 1997

Voglsinger, J. Das Projekt „Bewegte Klasse“. Gesundheitsförderung in der Schule. Leicht veränderte und überarbeitete Version des Artikels „Bewegte Klasse“-Eine Initiative zur Anregung gesundheitsfördernder Maßnahmen an niederösterreichischen Grundschulen. In Fischer, K. & Knab, E. & Behrens, M.: Bewegung in Bildung und Gesundheit. Verlag Aktionskreis Literatur und Medien: Lemgo, 2006

Voglsinger, J.: Bewegte Schule zwischen Willkür und professionellem Handeln. Grundlegende Überlegungen und die Bedeutung von „Bewegung“ aus der Perspektive entwicklungstheoretischer Konzepte. In: Motorik, 2009, Heft 2, 67-74

Voglsinger, J. : Das (verhaltens)auffällige Kind oder vom Auffallen, Stören, Gestört-Sein und Sich-gestört-Fühlen. In: Tatzer, E.& Joksich, A.& Winter, F. (Hrsg.): Lob dem Fehler. Störung als Chance. Krammer Verlag: Wien, 2005

Zaudig, M & Trautmann R. (Hrsg.): Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer-Verlag: Berlin/Heidelberg, 2006

Zimmer, R. (2006): Kinder unter 3 – von Anfang an selbstbewusst und kompetent. Ein Leitfaden für Eltern mit vielen Bewegungsspielen. Herder: Freiburg im Breisgau, 2009

Zulliger, H. (1952): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Verlag Dietmar Klotz: Eschborn bei Frankfurt am Main, 2007, 8. Aufl.

8.2 Internetverzeichnis:

<http://www.psychotherapie.at/paragraph1und2>, Stand 15.2.2012

9. Anhang

Abstract

Die Diplomarbeit behandelt das Thema „Die Wirkungsbereiche und Grenzen der Psychomotorik, bei Kindern in der psychischen, sozialen, motorischen und kognitiven Entwicklung. Die Wirkungsbereiche und Grenzen von Psychomotorik sollen in diesem Zusammenhang von den Wirkungsbereichen der Kinder-Psychotherapie abgegrenzt werden. Nach einem kurzen Überblick über den aktuellen Forschungsstand in diesem Bereich und einer Klärung der Definition von Psychotherapie und Psychomotorik, wird der Forschungsgegenstand in den wissenschaftlichen Diskurs eingebettet, indem auf gängige Theorien der Entwicklung, der Bedürfnisse und Lernen von Kindern verwiesen wird. Mittels Experteninterviews mit Psychomotorikern und Psychotherapeuten aus diesem Bereich, werden Fragen zur Zielsetzung, Einflussbereichen (sozial, motorisch, psychisch, kognitiv), protektiven Faktoren, Persönlichkeitsmerkmalen und Grenzen der jeweiligen Methoden erörtert und miteinander verglichen.

This degree dissertation deals with the subject: Sphere and limit of psychomotor domain by children in their mental, social, motor and cognitive development. The impact range and limits of psychomotor domain should in this context be separated from the impact area of psychotherapy for children. after a brief overview of the current results in this area and an explanation of the terms for psychotherapy and psychomotor domain the object of our research will be embedded into the up to date theories of development.

Persönliche Stellungnahme

Jeder professionell mit Menschen Arbeitende - sei es Therapeut, Pädagoge, Mediziner (usw.) - muss sich seiner Verantwortung, und verbunden damit, auch seiner Grenzen bewusst sein. Das Ziel dieser Berufsgruppen sollte das Wohl des Patienten/Klienten sein. Daher wäre eine gleichberechtigte, interdisziplinäre Zusammenarbeit wünschenswert, bei der jeder im gemeinsamen Interesse für das Kind handelt und entsprechende Bereiche durch den am besten geeigneten Fachmann abgedeckt werden.

Wenn es sich um eine präventive Fördermaßnahme handelt, stellt sich wahrscheinlich gar nicht die Frage nach einer psychotherapeutischen Behandlung die bemüht ist zu heilen. In solch einem Fall wird eine psychomotorische Unterstützung der natürlichen Entwicklung des Kindes ausreichend sein.

Andere Veränderungen der psychischen Struktur, die durch äußere Einflüsse ausgelöst werden (z.B. Traumen, fehlende protektive Faktoren), und eine altersadäquate Entwicklung verhindern, fallen in den Aufgabenbereich der Psychotherapie.

Die Wahrscheinlichkeit eines inneren neurotischen Konflikts in der Altersgruppe der 0-6 jährigen ist noch sehr gering, da das Über-Ich noch nicht ausreichend selbstständig entwickelt wurde.

Im selteneren Fall einer kindlichen Psychose, muss natürlich auch medikamentös eingegriffen werden. Das kann und darf ein Mototherapeut nicht. Medikamente sind eine Akkut-Intervention. Trotzdem muss der Ursprung des Problems und die Psyche des Klienten weiter „behandelt“ werden. Es gibt schließlich Gründe für eine Veränderung im Gehirn. Natürlich sind manche Menschen durch ihre genetischen Grundvoraussetzungen vorbelastet und das erschwert ihnen den Start ins Leben. Aber, wie die moderne Gehirnforschung beweist, haben diverse protektive Faktoren aus der sozialen Umwelt Einfluss auf die neuronale Entwicklung. Im Gegensatz dazu

kann ein kritisches familiäres Umfeld die Entwicklung ebenfalls beeinflussen und in andere Bahnen lenken.

Aufgrund des ganzheitlichen Menschenbildes das der psychomotorischen Arbeit zugrunde liegt können auch motorische und kognitive Defizite ausgeglichen werden. Diesen Anspruch hat Psychotherapie nicht.

Soziale Kompetenzen können im psychomotorischen Setting (Kleingruppe) besser gefördert werden, als in einer psychotherapeutischen Einzeltherapie, da sich Kinder in einem geschützten Rahmen selbst erproben, und ihre neugewonnen Fähigkeiten einüben können. Außerdem fehlen dem Psychotherapeuten die „Kontrollmöglichkeit“ – das heißt, er sieht das Kind nicht in seiner „natürlichen Umgebung“, im Umgang mit seinen Mitmenschen (szenisches Verstehen).

Der Mensch lernt das Meiste über sich in Beziehung zu anderen Menschen, und den Verhaltensmustern die sich daraus ergeben. Die Reflexion von Verhalten im sozialen Kontakt mit anderen Menschen, macht Menschen sich selbst bewusst(er)-der erste Schritt zur Veränderung. Deshalb nimmt der Autor an, dass es auch für Kinder wichtig ist, ihre Fähigkeiten in einem (durch „Betreuer“) geschützten sozialen Umfeld, mit Gleichaltrigen, also ohne Machtgefälle, zu erproben. Der geschulte „Betreuer“ kann das Kind in seiner Reflexion unterstützen und ihm dabei helfen sich selbst, Ängste, Wünsche, Bedürfnisse, Triebe... besser zu verstehen, und zu erkennen was diese „mit ihm machen“. Dadurch können Kinder zu selbstbestimmten Erwachsenen werden, die nicht durch (beispielsweise) Ängste fremdgesteuert werden. Dazu benötigt es das entsprechende soziale Umfeld mit reifen Erwachsenen, die zur Selbstreflexion in der Lage sind, und damit ihre eigenen Ängste, Wünsche, Bedürfnisse, Triebe... von denen des Kindes abgrenzen können (und auch Übertragungen als solche erkennen). Außerdem müssen sie dem Kind das Gefühl vermitteln können, dass genau in diesem Moment die Bedürfnisse des Kindes wichtig sind, sich die entsprechende Zeit nehmen, und auf das Bedürfnis des Kindes eingehen.

Im Idealfall müsste also beides vorhanden sein: der geeignete Rahmen für soziale Kontakte und der passende Rahmen für eine anschließende Reflexion.

Der Autor vermutet, dass der Therapeut ein erweitertes Spektrum durch szenisches Verstehen hat, und sich in die Gedanken- und Gefühlswelt eines Kindes besser einleben kann wenn er vor Ort tatsächliche Geschehnisse beobachten und alle sozialen Zusammenhänge mitfühlen kann. Außerdem bedarf es manchmal der sofortigen Aufarbeitung einer Situation oder eines Konfliktes, weil ein Aufschub von Bedürfnissen für das Kind nur sehr schwer aushaltbar wäre.

Welche Form der Zuwendung zu welchem Zeitpunkt gerade benötigt wird, ob einzeln oder in der Gruppe ist individuell von der Situation der Kinder abhängig. Einem Kind dem es akut an Aufmerksamkeit und liebevoller Zuwendung fehlt, wird es wahrscheinlich schwer fallen die Zuwendungen der Betreuer mit anderen Kindern in der Gruppe (auch wenn es nur eine sehr kleine Gruppe ist) zu teilen.

Jeder Mensch braucht das Gefühl wertvoll zu sein und geliebt zu werden. Ob diese Wertschätzung durch einen Psychotherapeuten vermittelt wird oder durch einen Mototherapeuten ist unwichtig- solange das Kind das richtige Gefühl dabei vermittelt bekommt.

Leider schaffen es nicht alle Eltern ihren Kindern die Liebe zu geben, die sie in ihrer Kindheit selbst gerne gespürt hätten. Obwohl man davon ausgehen muss, dass jede Mutter und jeder Vater sein/ihr Kind liebt, haben leider nicht alle die benötigten Ressourcen, es dem Kind auch zu vermitteln, weil sie entweder selber nie erfahren haben was es bedeutet geliebt zu werden, und deshalb nicht wissen wie das überhaupt geht und wie sich das anfühlen soll. Oder die Schwangerschaft selbst wurde durch ein traumatisches Ereignis ausgelöst, wie zum Beispiel eine Vergewaltigung, wodurch es der Mutter erschwert wird das Kind nicht mit dieser Erfahrung in Verbindung zu bringen. Eben aus diesem Grund sollten Therapeuten, unabhängig davon ob Moto- oder Psychotherapeut, solche „protektive Faktoren“ bereitstellen, um Kinder zumindest für eine Stunde in der Woche das Gefühl zu vermitteln, dass sie wertvolle Individuen sind, die als vollwertiger Teil der Gesellschaft ein Recht haben auch anerkannt und geliebt zu werden.

Auch wenn die Wirkungsbereiche scheinbar verwischen, ist es trotzdem wichtig, dass jede Person die vorgibt professionell zu arbeiten sich ihrer Grenzen bewusst ist. Denn wenn das nicht der Fall ist und die jeweilige Person über ihre Grenzen hinaus auf das Kind einwirkt, wird sie das Kind zwar weiterhin beeinflussen, aber ob diese Beeinflussung förderlich ist und dem Kindeswohl zugutekommt ist fraglich. Somit ergibt sich die Frage ob die Qualifikation um auf ein Kind förderlich einwirken zu können nicht eher von der Persönlichkeit des Therapeuten, dessen Erfahrungen und dessen Einfühlungsvermögen und Fähigkeit Affekte zu „containen“ und Probleme gemeinsam mit dem Kind zu lösen, abhängig ist, und weniger davon welche psychosoziale berufliche Ausbildung derjenige genossen hat. Wenn diese Annahme richtig ist, würde das bedeuten, dass jeder Professionelle sich selbst hinterfragen muss, und ehrlich für sich entscheiden muss ob er der Aufgabe gewachsen ist mit einem Individuum zu arbeiten, oder ob seine Fähigkeiten überschritten werden, weil er von seinen eigenen Erfahrungen eingeholt wird, oder sein Verständnishorizont aufgrund fehlender Erfahrungen durchbrochen wird.

Zum Thema: Entwicklung und Heilung. Ich denke dass die beiden Begriffe nicht zu strikt voneinander abgegrenzt werden können. Heilung bedeutet eine Veränderung von einem kranken Zustand zu einem gesunden Zustand. Diese Veränderung von einem Zustand zu einem anderen ist eine Entwicklung. Daher gehe ich davon aus, dass Heilung auch immer Entwicklung bedeutet.

Das wichtigste in der Auseinandersetzung mit Menschen ist der gegenseitige Respekt und die Anerkennung für das jeweilige so-sein. Ein Therapeut der Respekt vor seinen Klienten hat, würde nie so weit gehen, ihm aus egoistischen Beweggründen (sei es das eigene Ego, oder finanzielle Gründe) Schaden zuzufügen indem er über seine Reichweite hinaus tätig wird.

Aber nicht nur das Vertrauensverhältnis zwischen Kind und Therapeut muss durch Respekt gekennzeichnet sein, sondern auch das Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Disziplinen. Psychotherapeuten, Mototherapeuten, Mediziner usw... müssen den Wert des jeweils anderen schätzen und zusammenarbeiten. Nur so kann das Bestmögliche Ergebnis erzielt werden.

Interviewleitfaden:

Informationen zur Person:

- Welche Ausbildung haben sie im Psychosozialen Bereich?
- Wie ist ihr beruflicher Werdegang?
- Welche Spezialisierung haben sie heute?

Ziele Allgemein:

- Welches Ziel verfolgt Psychotherapie/Psychomotorik?
 - welche Rolle spielt der Begriff Entwicklungsförderung?
 - welche Rolle spielt der Begriff Heilung?
- Ab welchem Alter ist Psychotherapie/Psychomotorik möglich/sinnvoll?
 - Begründung

Psychische Entwicklung:

- Inwiefern nimmt Psychotherapie/Psychomotorik Einfluss auf die psychische Entwicklung?
 - Methode und Auswirkungen
 - Setting

Soziale Entwicklung:

- Inwiefern nimmt Psychotherapie/Psychomotorik Einfluss auf die soziale Entwicklung?
 - Methode und Auswirkungen
 - Setting

Motorische Entwicklung:

-Inwiefern nimmt Psychotherapie/Psychomotorik Einfluss auf die motorische Entwicklung?

- Methode und Auswirkungen
- Setting

Kognitive Entwicklung:

-Inwiefern nimmt Psychotherapie/Psychomotorik Einfluss auf die kognitive Entwicklung?

- Methode und Auswirkungen
- Setting

Neurose-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnisreaktion:

-Bitte kommentieren sie das Zitat von Hans Zulliger, „Heilende Kräfte im kindlichen Spiel“ (S61, 62):

„Mit Sicherheit jedoch wissen wir: 1. Daß die Krankheit sowohl eine somatische als auch eine psychische Seite haben, wobei uns das eine Mal die eine, das andere Mal die andere stärker auffällt und uns zu entsprechender Therapie veranlaßt. Für diejenigen Affektionen, bei denen das sogenannte „Psychogene“ im Vordergrund steht, wenden wir psychotherapeutische Verfahren an.“

„2. So viel aber ist sicher, daß wir neurotische Erscheinungen vorläufig nur mit dem Mittel der Psychotherapie zum Verschwinden bringen können.“

-ist Psychomotorik/Psychotherapie bei einer Erlebnisreaktion auf ein traumatisches Ereignis eine angemessene Methode?

-ist Psychomotorik/Psychotherapie bei einer kindlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörung eine angemessene Methode?

- können fehlende protektive Faktoren durch Psycho-/Mototherapie ersetzt werden?
- inwiefern ja/nein?

Person des Therapeuten:

-ist es möglich das es weniger von der psychosozialen Ausbildung die jemand genossen hat (Motoriker/Psychotherapeut) abhängt, ob er für die Arbeit mit einem Kind geeignet ist, als mit seinen individuellen Erfahrungen und seiner Fähigkeit Affekte, Erfahrungen des Kindes zu containen um adäquat darauf eingehen zu können?

- Was wäre adäquate?
- wie kommt man zu diesen Fähigkeiten?
- welche Rolle spielt die Persönlichkeit des Therapeuten?
- welche Eigenschaften muss er haben damit die Ich-Entwicklung gefördert werden kann?

-woran erkenne ich als Psychotherapeut/Mototherapeut das meine Grenzen überschritten sind?

- sind bestimmte Symptomatiken des Kindes ausschlaggebend?
- wenn ja – welche?

Die Experten

Mag. Dr. Josef Voglsinger

„Mag. Dr. Josef Voglsinger, MAS; Bildungswissenschaftler, Psychomotoriker, Psychotherapeut (Autogene Psychotherapie) auf der Laufbahn zum Lehrtherapeuten. Lektor an der Universität Wien (Postgraduate Center - Universitätslehrgang Psychomotorik), Lehrbeauftragter im Weiterbildungslehrgang Autogene Psychotherapie - Grundstufe; Psychotherapie und heilpädagogisch-psychomotorische Therapie in freier Praxis“ (V: Z. 2-7)

„Ich bin von meiner Grundausbildung her Hauptschullehrer. Parallel zur Lehrtätigkeit folgte das Studium der Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sonder- und Heilpädagogik und die Absolvierung des Postgraduate –Lehrganges Psychomotorik. Nach 25 Jahren Lehrtätigkeit, davon die letzten 5 Jahre als Beratungslehrer, erfolgte der Wechsel in die Selbstständigkeit. Die Konzeptionierung, Umsetzung und wissenschaftliche Leitung des Projektes „Bewegte Klasse“ und ein Lehrauftrag am Institut für Bildungswissenschaften der Univ. Wien waren wesentliche Bestandteile meiner pädagogischen Arbeit. Im therapeutischen Setting arbeite ich seit 1998 heilpädagogisch-psychomotorisch in freier Praxis und seit 2005, nach der Ausbildung zum Psychotherapeuten in Autogener Psychotherapie auch psychotherapeutisch. In meiner psychomotorischen Tätigkeit sind es vor allem verhaltensauffällige Kinder im Alter von 4 – 10 Jahren, die meinen Arbeitsschwerpunkt bilden. Schwerpunkt der psychotherapeutischen Tätigkeit: Depression, Ängste, Panikattacken, psychosomatische Erkrankungen“ (V: Z. 10-23)

Professor Stephan Kuntz

„Stephan Kuntz; Diplompädagoge, Schwerpunkt Sonderpädagogik; Sonderschullehrer für Geistig- Lern- und Sprachbehinderte; Suchttherapeutenausbildung; im Bereich Sportwissenschaften an der Uni Marburg das Diplomstudium Motologie aufgebaut; Dozent für Heilpädagogik und Psychomotorik im Fachschulbereich; Lehraufträge an der Uni Saarland, Saarbrücken; Bewegung und Sprache im Ausbildungsbereich; Uni Wien und Krems Lehrauftrag; „Praktiker mit Uniaufträgen“; Experte für Audiopädagogik – Integration von Hören, Sprache und Bewegung in der Regelschule“ (K: Z. 2-9)

Mag. Alexandra Fuchs

„Ausbildung zur diplomierten Psychomotorikerin (postgradueller Studienlehrgang an der LAK NÖ jahrgang 1996-1998); beruflicher Werdegang: Projektmitarbeiterin im Projekt "Bewegte Klasse" 1998- dato; Fachgebiet heute: Gesundheitsförderung im Setting Schule“ (F: Z. 2-5)

Dr. phil. Brigitte Sindelar

„Ich bin klinische Psychologin und Psychotherapeutin. Von der Psychotherapeutischen Methode Individualpsychologin. Hab 10 Jahre, damals noch an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendneuropsychiatrie-jetzt Kinder und Jugendpsychiatrie-gearbeitet, und bin dann in die Praxis gegangen und bin seit der Gründung der SFU hier zuständig für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie-das ist eine Abteilung. Und unterreichte im Studiengang Psychotherapiewissenschaften und im Wahlpflichtfach und im Fachspezifikum Individualpsychologie“ (S: Z. 6-12)

„Spezialisierung sind natürlich Kinder und Jugendliche und dabei wieder abgesehen von der Psychotherapie einen Schwerpunkt und das ist die Diagnostik und Behandlung von Teilleistungsschwächen“ (S: Z. 14.-16)

Claudia Prinz

„Systemische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin“ (P: Z. 2)

„Quellberuf: Biomedizinische Analytikerin; Psychosozialer Bereich:

1.Abschnitt Psychologiestudium, Propädeutikum; Fachspezifikum (systemische Familientherapie); Zusatzausbildung: Kinder- und Jugendpsychotherapie; Praktische Erfahrung: Ambulante systemische Therapie, Familien- und Paarberatungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Freie Praxis; Systemische Psychotherapie; Kinder- und Jugend, Familien; Methodisch: systemisch, hypnosystemisch“ (P: Z. 4-11)

Mag. Karin Matoschitz

„Studium Psychologie; Ausbildung Klinische- und Gesundheitspsychologin;

Psychotherapieausbildung (Systemische Familientherapie)“ (M: Z. 2-3)

„AKH- Strahlentherapie und Strahlenbiologie; AKH- Kinder- und Jugendonkologie; SHH- Schweizerhaus Hadersdorf (stationäre Drogentherapie); Justizanstalt Favoriten (Drogentherapie); Frauen- und Familienberatungstelle der Lichtblick Neusiedl See; Psychosoziales Akutteam NÖ (Krisenintervention); Praxis für Psychotherapie und Psychologie; Wahlpsychologin für klinisch-psychologische Diagnostik; Systemische Familientherapeutin (Kinder, Jugend und Erwachsene)“ (M: Z. 5-12)

Transkription der Interviews

Interview Psychomotoriker 1:

Interviewer: Claudia Prokisch, Abkürzung I

Interviewter: Josef Voglsinger, Abkürzung V; Psychomotoriker und Psychotherapeut (Interviewt als Experte für Psychomotorik)

Bemerkung: da es Probleme mit dem Diktiergerät gab, war Dr. Josef Voglsinger so freundlich das Interview schriftlich erneut nachzustellen, und mir zuzusenden.

- 1 I: Würden sie sich bitte kurz vorstellen.
- 2 V: Mag. Dr. Josef Voglsinger, MAS; Bildungswissenschaftler, Psychomotoriker,
- 3 Psychotherapeut (Autogene Psychotherapie) auf der Laufbahn zum
- 4 Lehrtherapeuten. Lektor an der Universität Wien (Postgraduate Center -
- 5 Universitätslehrgang Psychomotorik), Lehrbeauftragter im Weiterbildungslehrgang
- 6 Autogene Psychotherapie - Grundstufe; Psychotherapie und heilpädagogisch-
- 7 psychomotorische Therapie in freier Praxis.
- 8 I: Welche Ausbildung haben sie im psychosozialen Bereich? Wie ist ihr beruflicher
- 9 Werdegang? Welche Spezialisierung haben sie heute?
- 10 V: Ich bin von meiner Grundausbildung her Hauptschullehrer. Parallel zur
- 11 Lehrtätigkeit folgte das Studium der Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sonder- und
- 12 Heilpädagogik und die Absolvierung des Postgraduate –Lehrganges Psychomotorik.
- 13 Nach 25 Jahren Lehrtätigkeit, davon die letzten 5 Jahre als Beratungslehrer, erfolgte
- 14 der Wechsel in die Selbstständigkeit. Die Konzeptionierung, Umsetzung und
- 15 wissenschaftliche Leitung des Projektes “Bewegte Klasse“ und ein Lehrauftrag am
- 16 Institut für Bildungswissenschaften der Univ. Wien waren wesentliche Bestandteile
- 17 meiner pädagogischen Arbeit. Im therapeutischen Setting arbeite ich seit 1998
- 18 heilpädagogisch-psychomotorisch in freier Praxis und seit 2005, nach der Ausbildung
- 19 zum Psychotherapeuten in Autogener Psychotherapie auch psychotherapeutisch.
- 20 In meiner psychomotorischen Tätigkeit sind es vor allem verhaltensauffällige Kinder
- 21 im Alter von 4 – 10 Jahren, die meinen Arbeitsschwerpunkt bilden.
- 22 Schwerpunkt der psychotherapeutischen Tätigkeit: Depression, Ängste,
- 23 Panikattacken, psychosomatische Erkrankungen.

24 I: Welches Ziel verfolgt Psychomotorik? Welche Rolle spielt dabei der Begriff
25 Entwicklungsförderung? ...und der Begriff Heilung?

26 V: Psychomotorik ist ein integrativ ganzheitliches Konzept zur Förderung der
27 Persönlichkeitsentwicklung über das Medium „Bewegung“. In der Lösung bzw.
28 Bewältigung von Bewegungsaufgaben, in der kreativen Auseinandersetzung mit
29 einer Thematik werden genau jene motorisch-psycho-sozialen Komponenten
30 (psychische Funktionen) gefordert und gefördert, die zur Bewältigung von
31 Alltagssituationen aber auch von schulischen Anforderungen notwendige
32 Voraussetzungen sind. Da die Persönlichkeitsentwicklung als aktiver Lernprozess
33 verstanden werden muss, den jeder einzelne in konkreter Auseinandersetzung mit
34 seiner dinglichen und personalen Umwelt zu gestalten hat, gilt es, Kindern
35 (Personen) eben diese konkrete Auseinandersetzung zu bieten.
36 Entwicklungsförderung steht somit an erster Stelle. Heilung höchstens im Sinne von
37 besserer Bewältigung des Alltagslebens. Stichwort: Resilienz.

38 I: Ab welchem Alter ist Psychomotorik möglich und sinnvoll?

39 V: Die Psychomotorik hat sich in den letzten Jahren zu einem Wissenschaftsgebiet
40 und praktischen Handlungskonzept entwickelt, das über die gesamte Lebensspanne,
41 von der Frühförderung bis zur Arbeit im geriatrischen Bereich zur Anwendung
42 kommt. Stichwort: life span development. Somit ist Entwicklungsbegleitung nach
43 psychomotorischen Prinzipien grundsätzlich über die gesamte Lebensspanne
44 möglich und auch sinnvoll. Mein Arbeitsschwerpunkt liegt in der Altersgruppe der 4
45 bis 10 jährigen Kinder

46 I: Inwiefern nimmt Psychomotorik Einfluss auf die psychische Entwicklung?

47 V: Psychomotorische Förderung im Einzelsetting wie in der Kleingruppe hilft vor
48 allem Kindern, jene Anerkennung und Selbstverständlichkeit ihres Daseins zu
49 erfahren und zu erleben, die im Alltag aus welchen Gründen auch immer, nicht im
50 ausreichenden Maße erlebt und gelebt werden kann. Das Erkennen der eigenen
51 Stärken und Schwächen, die Akzeptanz der Stärken und Schwächen anderer und
52 Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu erlangen sind wesentliche Merkmale
53 in der Gestaltung von Spiel- und Bewegungssequenzen. Für alle Angebote gilt, dass
54 sie den Entwicklungsaufgaben (im Sinne von Erikson) im jeweiligen Alter gerecht
55 werden.

56 I: Inwiefern nimmt Psychomotorik Einfluss auf die soziale Entwicklung?

57 V: Wir müssen davon ausgehen, dass die psychische, soziale, motorische und
58 kognitive Entwicklung keine vollkommen voneinander getrennte
59 Entwicklungsverläufe darstellen. Unter dem Verständnis eines holistischen
60 Menschenbildes laufen diese Entwicklungsprozesse gleichzeitig ab, bedingen
61 einander und stehen im ständigen Wechselbezug zueinander. Bereits im
62 Einzelsetting werden soziale Erfahrungen gesammelt. Methodisch wird versucht,
63 ausgehend von dyadischen Erfahrungen in weiterer Folge Gruppenerfahrungen
64 anzubieten. Individuell, jeweils den Bedürfnissen des Kindes angepasst, versuche
65 ich nach einigen Stunden im Einzelsetting, eventuell über den Schritt eines
66 Förderangebotes für zwei Kinder, im Kleingruppensetting mit 3 bis 6 Kindern zu
67 arbeiten. Die Gruppen werden dabei nicht willkürlich zusammengestellt, sondern die
68 Zusammensetzung der GruppenteilnehmerInnen richtet sich nach den
69 Störungsbildern, Kompetenzen und Stärken (Diagnose im Einzelsetting und
70 Elterngespräche inkl. Anamnese) der Kinder. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder
71 voneinander profitieren können, muss sehr groß sein.

72 I: Inwiefern nimmt Psychomotorik Einfluss auf die motorische Entwicklung?

73 V: Die Förderung der motorischen Entwicklung steht nicht im Vordergrund. Oft sind
74 es aber bei Kindern motorische Unzulänglichkeiten, die zur Ausgrenzung in der
75 Peergroup führen. In der psychomotorischen Fördergruppe wird versucht Anreize zu
76 schaffen, die ausgehend von den Stärken des Kindes einen so hohen motivationalen
77 Aufforderungscharakter besitzen, dass sie sich auf Tätigkeiten einlassen, die sie in
78 Alltagssituationen normalerweise vermeiden. Durch diese Forderung kommt es zur
79 Aktivierung und Förderung motorischer Fertigkeiten. Die dadurch erworbene
80 Sicherheit im eigenen Tun und das verbesserte Körperbewusstsein tragen
81 wesentlich zu einer positiven Veränderung der motorischen Kompetenzen bei,
82 jedoch nicht im Sinne einer sportmotorischen Leistungssteigerung (kann eventuell
83 ein impliziter Nebeneffekt sein) sondern vielmehr im Sinne einer Stärkung des
84 Selbstbewusstseins.

85 I: Inwiefern nimmt Psychomotorik Einfluss auf die kognitive Entwicklung?

86 V: Wenn ich mit Piaget und den Erkenntnissen der entwicklungsneurologischen
87 Forschungen davon ausgehe, dass die Basis aller kognitiven Leistungen die
88 Sensomotorik bzw. die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt darstellt, ist die
89 Psychomotorik geradezu prädestiniert jene Erfahrungsräume bereitzustellen, in
90 denen Kinder wichtige Erfahrungen machen können. Unser Gehirn entwickelt sich in

91 dem Maße wie wir es verwenden und daher ist es notwendig, den Kindern konkrete
92 Erfahrungen zu ermöglichen. Im Sinne von „begreifen“ kommt von „greifen“. Im
93 Erwachsenenalter und vor allem in der Altenarbeit geht es vornehmlich um
94 Flexibilität. Eingeschränkte Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erkennen,
95 zu akzeptieren ist der erste Schritt. Der nächste wäre dann die Motivation,
96 selbstständig neue, den veränderten Möglichkeiten angepasste
97 Handlungskompetenzen zu finden. Die Psychomotorik ist demnach kein kognitives
98 Lernprogramm zur Steigerung der Gedächtnisleistung, sie ist ein Konzept, das
99 versucht integrative Lernprozesse anzuregen und damit zum lebenslangen
100 Kompetenzerwerb zu motivieren.

101 I: Bitte kommentieren sie das Zitat von Hans Zulliger, aus „Heilende Kräfte im
102 kindlichen Spiel“: „Mit Sicherheit jedoch wissen wir: 1. Daß die Krankheit sowohl eine
103 somatische als auch eine psychische Seite haben, wobei uns das eine Mal die eine,
104 das andere Mal die andere stärker auffällt und uns zu entsprechender Therapie
105 veranlaßt. Für diejenigen Affektionen, bei denen das sogenannte „Psychogene“ im
106 Vordergrund steht, wenden wir psychotherapeutische Verfahren an.“

107 V: Jede Störung oder Krankheit ist aus meinem Verständnis immer psychosomatisch
108 oder somatopsychisch zu interpretieren. Überwiegen die psychischen Anteile, bzw.
109 ist aus der Diagnose erkennbar, dass psychische Traumata als Mitauslöser der
110 Störung angenommen werden können, ist nach eingehender medizinischer
111 Abklärung eine Psychotherapie indiziert.

112 I: „2. So viel aber ist sicher, daß wir neurotische Erscheinungen vorläufig nur mit dem
113 Mittel der Psychotherapie zum Verschwinden bringen können.“

114 V: Dem kann ich vollinhaltlich zustimmen. Im Kindesalter ist es von großem Vorteil
115 über psychomotorische Spielangebote ein Vertrauensverhältnis zum Kind
116 aufzubauen – die konkreten Spielhandlungen des Kindes bieten ein weites Feld zur
117 psychodynamischen Bearbeitung. Psychomotorische Prozesse im Lichte
118 psychodynamischer, tiefenpsychologischer Reflexion gewinnen an
119 Bedeutungsgehalt. Psychotherapeutische Prozesse (Übertragung,
120 Gegenübertragung) werden in der psychomotorischen Handlung deutlicher und
121 damit bearbeitbar. Um diesen Vorteil sehen, richtig einschätzen und damit nutzen zu
122 können, ist jedoch eine Psychotherapieausbildung notwendige Bedingung.

123 I: ist Psychomotorik bei einer Erlebnisreaktion auf ein traumatisches Ereignis eine
124 angemessene Methode?

125 V: Vorrangig ist die Psychomotorik keine angemessene Methode zur Behandlung
126 einer Anpassungsstörung. Wie in der vorhergehenden Frage jedoch bereits
127 ausgeführt, können unter bestimmten Voraussetzungen (Psychomotoriker ist auch
128 Psychotherapeut) psychomotorische Interventionen hilfreich sein. Im Normalfall ist
129 parallel zur Psychotherapie ein psychomotorisches Förderangebot durchaus
130 vorstellbar. Sowohl im Einzelsetting als auch in der Kleingruppe können wieder
131 positive Erfahrungen gemacht werden, die bei der Verarbeitung der traumatischen
132 Ereignisse unterstützend wirksam werden können.

133 I: Ist Psychomotorik bei einer kindlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörung eine
134 angemessene Methode?

135 V: Es ist schwierig, die exakte Grenze zwischen Entwicklungsverzögerung und
136 Entwicklungsstörung zu ziehen. Welchen Anteil hat das soziale Umfeld an der
137 „Störung“? Wie weit gelingt es systemisch zu intervenieren um auch die
138 Rahmenbedingungen für die Entwicklung verändern zu können? Ist das Kind nur
139 Symptomträger? An erster Stelle bedarf es in solchen Fällen einer sehr
140 gewissenhaften psychologischen, psychotherapeutischen und eventuell auch
141 psychomotorischen Diagnostik. In den meisten Fällen einer
142 Entwicklungsverzögerung ist die Methode der psychomotorischen Förderung sicher
143 eine gute Wahl. Bei der Vielzahl der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (nach
144 ICD 10; F6) ist eine Psychotherapie indiziert.

145 I: können fehlende protektive Faktoren durch Mototherapie ersetzt werden?

146 V: Fehlende protektive Faktoren können nicht ersetzt werden. Im konkreten Erleben
147 ist es jedoch möglich, neue positive Erfahrungen zu sammeln. Diese überlagern die
148 negativen Erlebnisse und werden im Laufe der weiteren Entwicklung zu neuen
149 Handlungsmustern und führen zu veränderten Problemlösungsstrategien.

150 I: Ist es möglich das es weniger von der psychosozialen Ausbildung die jemand
151 genossen hat (Motoriker/Psychotherapeut) abhängt, ob er für die Arbeit mit einem
152 Kind geeignet ist, als mit seinen individuellen Erfahrungen und seiner Fähigkeit
153 Affekte, Erfahrungen des Kindes zu containen um adäquat darauf eingehen zu
154 können? wie kommt man zu diesen Fähigkeiten? welche Rolle spielt die
155 Persönlichkeit des Therapeuten? welche Eigenschaften muss er haben damit die
156 Ich-Entwicklung gefördert werden kann?

157 V: Für die Arbeit mit Kindern ist die wichtigste Voraussetzung, sich gerne mit Kindern
158 zu beschäftigen, mit ihnen zu spielen, sie in ihrem Sosein wahrzunehmen, ihnen

159 Kompetenzen zuzutrauen und nicht die Absicht, sie nach den eigenen Vorstellungen
160 zu instrumentalisieren. Eine umfassende Ausbildung, entwicklungstheoretische,
161 psychologische und pädagogische Kenntnisse sind notwendige, jedoch noch keine
162 hinreichenden Bedingungen für den Beruf als PsychomotorikerIn oder
163 PsychotherapeutIn. In der Psychomotorikausbildung fehlt es im Gegensatz zur
164 Psychotherapieausbildung an verpflichtender Selbsterfahrung. Zwar gibt es sicher
165 einen engen Zusammenhang zwischen der Wahl der Ausbildung und der
166 Persönlichkeitsstruktur des Psychomotorikers, jedoch wird es m.E. nur im Verlauf
167 einer Einzel- und Gruppenselbsterfahrung möglich, die persönliche Eignung, die
168 Fähigkeit, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, zu erkennen. Wichtig
169 ist es, in den jeweiligen Situationen flexibel auf die Bedürfnisse der Kinder
170 einzugehen ohne der Willkür zu verfallen und klare Strukturen vorzugeben, in denen
171 sich die uns anvertrauten Kinder frei entfalten können.

172 I: Woran erkenne ich als Mototherapeut das meine Grenzen überschritten sind?

173 V: Die persönliche Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung, ist gewiss die
174 wichtigste und bedeutenste Aufgabe, die jede(r) PsychomotorikerIn individuell für
175 sich klären muss.

Interview Psychomotoriker 2:

Interviewer: Claudia Prokisch, Abkürzung I

Interviewter: Stephan Kuntz, Abkürzung K, Psychomotoriker

Bemerkung: da es Probleme mit dem Diktiergerät gab, wurden Passagen schriftlich, stichwortartig protokolliert.

1 I: Würden sie sich bitte kurz vorstellen?

2 K: Stephan Kuntz; Diplompädagoge, Schwerpunkt Sonderpädagogik;
3 Sonderschullehrer für Geistig- Lern- und Sprachbehinderte;
4 Suchttherapeutenausbildung; im Bereich Sportwissenschaften an der Uni Marburg
5 das Diplomstudium Motologie aufgebaut; Dozent für Heilpädagogik und
6 Psychomotorik im Fachschulbereich; Lehraufträge an der Uni Saarland,
7 Saarbrücken; Bewegung und Sprache im Ausbildungsbereich; Uni Wien und Krems
8 Lehrauftrag; „Praktiker mit Uniaufträgen“; Experte für Audiopädagogik – Integration
9 von Hören, Sprache und Bewegung in der Regelschule

10 I: Welche Ziele verfolgt Psychomotorik allgemein?

11 K: durch Psychomotorik entsteht Sprache – Sprache ist die Methode der
12 Psychotherapie; schafft Möglichkeiten über den äußeren Raum innere Räume zu
13 entwickeln; Methode: das Spiel; Beziehungsgestaltung; „Safeplace“=sicherer Ort für
14 Spielentwicklung (Begriff aus der Kinderpsychotherapie entwickelt und auf
15 Psychomotorik übertragen); Psychotherapie hat starken Einfluss, muss aber
16 abgegrenzt werden; Idealzustand: Parallele Ausbildung; Setting: sicherer Raum,
17 Wohlfühl, gute Orientierung; Psychomotorische Entwicklung; Erziehung durch
18 Bewegung vs. Zur Bewegung; das Ziel ist nicht Bewegung selbst, sondern
19 emotionale, innerseelische Räume; Entwicklungsförderung-Zentral in präventiver
20 Arbeit-Grundlage von Entwicklungsförderung ist Bewegung; das Spiel wurde bisher
21 in Kindergarten und Schule unterschätzt; Stärkung des Selbstvertrauens des Kindes;
22 Rückbindung auf Innerpsychischen Raum-kognitive Leistung; Geräte und Bewegung
23 allein sind für die Gesundheit nicht im Vordergrund

24 I: Inwiefern nimmt die Psychomotorik auch Einfluss auf die soziale Entwicklung? Das
25 haben wir vorher auch schon ein bissl angesprochen mit der Beziehungsgestaltung.

26 K: Ja, der soziale Raum oder die soziale Entwicklung entfaltet sich ja über
27 Psychomotorisches Spiel. Wir haben innerhalb der psychomotorischen

28 Theorieentwicklung – ähm- diskutiert wie das Kind sich entwickelt vom Ich-nahen
29 Raum – also von – über den Raum wo die Beziehungsgestaltung über zwei
30 Personen läuft, bis hin in den soziomotorisch oder sozialer Raum hinein. Und das –
31 da spielt halt die Bewegung oder die Psychomotorik eine zentrale Rolle, weil ein Kind
32 das selbstbewusst rückgespiegelt ist in der primären Beziehung hat auch Mut noch
33 unbekannte soziale Räume zu erobern. Insofern ist das quasi das Benzin der
34 Entwicklung sozusagen. Die Psychomotorik führt einerseits in den sozialen Raum
35 durch die ganzen Settings – Spielsettings- hinein, andererseits wirkt der soziale
36 Raum wieder stabilisierend auf das Selbstvertrauen des Kindes zurück. Sodass wir
37 eine Wechselwirkung haben. Die soziale Entwicklung ist eigentlich passierend durch
38 psychomotorische Erfahrungsmöglichkeiten. Und da spielt diese Wechselwirkung
39 zwischen dem Aufbau von inneren Räumen und äußeren Räumen – wie es
40 vernachlässigt wird eigentlich sehr stark in der allgemeinen Pädagogik heute. Und
41 der Innenraum- der innerseelische Raum die eine ganz enge Wechselwirkung
42 zwischen psychischen Bauten und dem sozialen Raum spielen. Psychomotorikerin
43 und Psychomotoriker sollten eigentlich Spezialistinnen und Spezialisten sein für
44 diese Wechselwirkung Inner-äußerer Raum. Zusammengefasst heißt das, dass die
45 Psychomotorik ganz starken Einfluss auf die soziale Entwicklung hat.

46 I: Mhm. Wie schauts mit der motorischen Entwicklung aus?

47 K: Die motorische Entwicklung ist ja aufs engste verbunden auch mit der
48 emotionalen Entwicklung. Das ist ein Kernbereich eigentlich der Psychoentwicklung.
49 Das heißt zusammengefasst: motorische Entwicklung bedeutet innerlich gesehen
50 psychische Entwicklungsprozesse. Das heißt dass man heut zu tage nicht
51 alleinstellend beobachtet oder beschreibt, sondern immer eigentlich im
52 Zusammenhang der sozialen und personalen Entwicklung. Das bedeutet eigentlich
53 auch, dass man innerhalb der Psychomotorik die motorische Entwicklung sehr stark
54 als interdisziplinäres Phänomen betrachtet. Heutzutage.

55 I: Mit der kognitiven Entwicklung wird's dann wahrscheinlich gleich ausschauen weil
56 es interdisziplinär ist?

57 K: Ja. Mit der kognitiven Entwicklung gibt's aus psychomotorischer Sicht ein paar
58 interessante Spezialitäten. Es gibt ja inzwischen eine sehr starke Bewegung die auch
59 von Josef Voglsinger angestoßen wird: das sogenannte „Bewegte Lernen“ oder
60 „Bewegte Klasse“ oder „Bewegter Unterricht“. Dahinter steckt eigentlich die
61 Beobachtung das Phänomen, dass wir über die Eigentätigkeit des Kindes, wir den

62 symbolischen Raum, den Sprachraum, also den kognitiven Raum aufgebaut sehen
 63 durch ein inneres Vorstellungsbild des Kindes. Dieses innere Vorstellungsbild, der
 64 Aufbau innerer Bilder ist in den Neurowissenschaften bestätigt worden. Wir haben
 65 dort unglaubliche Auswirkungen in der Entwicklung. Das heißt dass was sich das
 66 Kind innerlich Vorstellt entspringt eigentlich psychomotorischen
 67 Beziehungssystemen, sozusagen, die es hoffentlich in seiner Entwicklung
 68 Handlungssicher gemacht haben. Das heißt, dass die äußere Handlungssicherheit
 69 wiederum, an innerer Handlungssicherheit gekoppelt wird, und das bedeutet über
 70 den Aufbau innerer Bilder eigentlich in das Zentrum kognitiver Entwicklung
 71 einzusteigen, in den Aufbau der Symbolik und der Symbolhandlung. Das heißt
 72 Spracherfahrung. Das heißt weiter definiert Kulturtechniken, das heißt lesen,
 73 schreiben, rechnen. Das heißt Erfolg in der Schule. Insofern ist der- ist ähm
 74 Bewegung eng verbunden mit dem Aufbau von Vorstellungen von möglichen
 75 zukünftigen Bewegungen. Das ist die reine Kognition. Also der enge Zusammenhang
 76 von Wahrnehmung, Bewegung und Lernen ist innerhalb der Psychomotorik ganz
 77 typisch. Und-und das ist so ein bisschen eine... das... meine berufsspezifische
 78 Spezialität ist eigentlich zu sagen dass wir über Bewegung, Willensvorstellung,
 79 mitten in der Kognition sind.

80 I: Mhm.

81 K: Das heißt, dass die Psychomotorik sich eigentlich viel, viel stärker noch
 82 einmischen sollte in schulische Fragestellungen, in Fragestellungen der
 83 Lernorganisation. Auch von Fächern die scheinbar gar nichts mit Psychomotorik zu
 84 tun haben.

85 I: Bitte kommentieren sie das folgende Zitat von Hans Zulliger: Mit Sicherheit jedoch
 86 wissen wir: 1. Daß die Krankheit sowohl eine somatische als auch eine psychische
 87 Seite haben, wobei uns das eine Mal die eine, das andere Mal die andere stärker
 88 auffällt und uns zu entsprechender Therapie veranlaßt. Für diejenigen Affektionen,
 89 bei denen das sogenannte „Psychogene“ im Vordergrund steht, wenden wir
 90 psychotherapeutische Verfahren an. Das ist jetzt amal der erste Teil.

91 K: Das is ja das was wir in der psychosomatischen ähm Forschung feststellen. Diese
 92 Verwobenheit. Das ist auch in der Psychomotorik auch im Grunde diese Verbindung
 93 zwischen körperlichem und der Erlebensseite.

94 I: Sehen sie das auch so, dass das dann eben diese-diese Grenzlinie wäre. Also
 95 wenn das psychogene im Vordergrund steht, das dann therapeutische Maß- also

96 psychotherapeutische Maßnahmen anzuwenden wären und ansonsten
97 Psychomotorisch?

98 K: Ja. Ich würde empfehlen unbedingt das ernst zu nehmen, und aufzugreifen als
99 klare Grenzlinie. In dem Moment wo wir psychische Störung haben, bedeutet dass
100 Psychotherapie. Es gibt natürlich in der Verwobenheit von Somatischen und
101 Psychischem gibt's da ähm auch Unklarheiten oder Unschärfen. Ich würde also -von
102 der psychomotorischen Seite her, dringend dazu raten bei psychogenen Problemen
103 sehr früh schon psychotherapeutische Beratung in Anspruch zu nehmen oder auch
104 zusätzlich Psychotherapie getrennt zu initiieren.

105 I: Mhm.

106 K: Ähm... Psychomotorik ist etwas was sehr stark im psychischen Erleben verankert
107 ist, aber auch etwas was nicht so spezifisch ausgestaltet werden kann wie
108 Kinderpsychotherapie als Beispiel. Was ja eine sozusagen langjährige Ausbildung
109 bedeutet.

110 I: Mhm.

111 K: Also darum frühzeitig Bremsklötze einziehen und nicht mit Psychomotorik zu weit
112 in die Fragen von psychischen Gestaltungsmöglichkeiten hinein. Frühzeitig Beratung
113 suchen und dann eventuell auch ein Therapiewechsel ermöglichen.

114 I: Mhm. Ich glaub das kommt dann eh noch später. Aber woran erkennen sie denn
115 als Psychomotoriker, also wenn sie ein Kind da jetzt sehen, woran erkennen sie
116 okay, da sind dann auch psychische Probleme da, die jetzt vielleicht mit dieser
117 reinen Psychomotorik nicht so bewältigbar sind.

118 K: Ich persönlich erkenne es in der Arbeit daran, dass ich-dass mir unwohl ist, dass
119 ich die Sonanzen in mir selbst abspüre als Diagnostiker; dass ich ähm ratlos bin als
120 Psychomotoriker; dass ich innerhalb verschiedener Verhaltensweisen mich erklären
121 kann. Und ich merke eigentlich, dass das psychomotorische Spielangebot keine
122 Wirkung zeigt. Es muss zur Eigentätigkeit und zur Eigeninitiative führen. Wird dann
123 auch das schönste psychomotorische Setting zu Verzweiflungsreaktionen des
124 Kindes führen. Also das ist wirklich ein Anzeichen dafür, das psychische Probleme
125 im Vordergrund stehen können. Das bedeutet, dass wir zusätzlich
126 Beratungsmöglichkeiten suchen müssen, als Psychomotoriker. Meine Idee ist als
127 Psychomotoriker da auch eine Grenze zu ziehen und zu sagen und auch offen zu
128 legen, dass das nicht meine Profession ist. An der Stelle muss es Psychiatrisch oder
129 Psychotherapeutisch sein.

130 I: Mhm.

131 K: Umso lustvoller lässt sich dann arbeiten auch im präventiven Bereich, wo wir dann
132 bei mäßigen psychischen Störungen sozusagen, oder nicht vorhandenen
133 psychischen Störungen, und wenns um Frage von Entwicklung geht, das ganze
134 Setting also das reichhaltige psychomotorische Spielangebot sozusagen, mit vollen
135 Händen ausgeben können, ausschütten können und dann auch im Sinne von
136 Prävention und motorischer Ansprache aufgrund ihrer Sprachentwicklung das ganze
137 früh dann ausschöpfen können. Aber in dem Moment wo Kinder sich zurückziehen
138 und das Angebot nicht annehmen, und ich spüre das an dem eigenen Unwohlsein,
139 das etwas nicht stimmen kann, ist unbedingt auch Beratung hinzuzuziehen.

140 I: Also es ist hauptsächlich das eigene Gefühl bei der Sache? Das Gefühl man kann
141 nichts verändern, oder?

142 K: Ja, oder auch natürlich Diagnosestellungen die vorliegen - den
143 Entwicklungsbericht. Also da muss man sehr genau schauen von welcher
144 Ausgangslage man eigentlich jetzt auch ausgeht. Es sind ja oft auch von der Familie
145 her, von den Eltern her, von dem Hintergrund, Hinweise auf ärztliche Diagnosen. Die
146 können schon da sein, oder sie wären neu zu erstellen.

147 I: Und wenn sowas da ist dann würd man wahrscheinlich von vorn herein schon
148 sagen: Ja Ok, das macht Sinn psychomotorisch zu arbeiten, oder: nein, es sollte
149 eher anders gearbeitet werden. Oder in Kombination dann?

150 K: Ja, und heute gibt's ja die Idee der Runden Tische, dass man sich miteinander
151 austauscht. Aber auf alle Fälle eine zweite Meinung suchen. Ganz wichtig!

152 I: Mhm.

153 K: Oder auch das Gespräch mit den Kinderärzten und Kinderärztinnen. Also auf alle
154 Fälle sich sozusagen kundig machen über den Tellerrand der Psychomotorik hinaus.
155 Das wäre ganz wichtig.

156 I: Mhm. Der zweite Teil vom Zitat ist noch: 2. So viel aber ist sicher, daß wir
157 neurotische Erscheinungen vorläufig nur mit dem Mittel der Psychotherapie zum
158 Verschwinden bringen können. Also hängt eh zusammen mit dem ersten Teil.

159 K: Würd ich erst mal grundsätzlich zustimmen, dass das ein Fachgebiet ist für
160 Kinderpsychotherapie, zum Teilgebiet Neurosen. Das wäre auch eine Frage der
161 psychotherapeutischen Sichtweise oder Schule die dahintersteckt.

162 I: Ist Psychomotorik eine angemessene Methode bei einer Erlebnisreaktion?

163 K: Nein. Zum Beispiel Renate Eckert hat als Psychomotorikerin zusätzliche
164 Traumatherapeutische Ausbildung-Supervision! Psychotherapie mit motorischen
165 Elementen; Richtiger Umgang beim Aufleben von Situationen

166 I: Ist Psychomotorik eine angemessene Methode bei einer
167 Persönlichkeitsentwicklungsstörung?

168 K: Beispiel Autismus-Schule für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen-Wahrnehmung-
169 Schnittlinie mit Psychomotorik; aber Kinderpsychotherapeutische arbeiten; Grenze
170 der Psychomotorik: „Wenn es nicht nur lustig ist“; Mehrperspektivisches Vorgehen
171 bei beispielsweise schizophrenen Krankheitsbildern; Blick der anderen Disziplinen ist
172 wichtig-eine Person könnte überfordert sein; Transdisziplinär; alle gleichberechtigt in
173 der Zukunft?

174 I: Können fehlende protektive Faktoren durch Mototherapie ersetzt werden?

175 K: Resilienzforschung-Kinder mit schwierigen Entwicklungsbedingungen (zum
176 Beispiel Alkoholiker-Eltern) aber trotzdem gute Entwicklung-andere zerbrechen
177 daran; Woher kommt die Stärke? Mindestens eine gute Beziehung muss vorhanden
178 sein; jemand der sagt: „Du bist toll!“; Beziehung durch Psychomotoriker – zeitlich,
179 finanzielles Problem – durch jahrelange schlechte Erfahrungen schwierig; Person die
180 positiv Rückspiegelt-ermöglicht Selbstvertrauen

181 I: Welche Rolle spielt die Persönlichkeit des Therapeuten?

182 K: das Hauptinstrument des Mototherapeuten ist die Person selbst; It. Petzold ist das
183 Instrument der eigenen Person ein zu entwickelndes; bei Körperpsychotherapie
184 muss ein Nachweis erbracht werden dass der Therapeut an sich selbst arbeitet
185 durch Mediation, Selbsterfahrung...; Personen die kaum Spielerfahrung und Humor
186 haben sind eher ungeeignet; Qualifikation: Spiel; wenn Sensorien mehr entwickelt
187 sind können Kinder besser gefördert werden; Selbsterfahrung!!! (Überschneidung)
188 im Spielbereich

189 I: Woran erkenne ich als Mototherapeut dass meine Grenzen überschritten sind?

190 K: eigene körperliche Reaktion; Anspannung; Verwirrtheit; Unwohlsein; Wut-Versuch
191 zu kompensieren; Alarmzeichen: „Es ist nicht lustig.“; Wahrnehmung (mit dem Körper
192 als Instrument) von Beziehungsstörung; offenlegen wo man nicht weiterkommt;
193 Psychotherapeutische Supervision; nicht zu viel zutrauen (Krankheitsbilder die mit
194 meinen Mitteln nicht beeinflussbar sind) aber auch nicht überdramatisieren;
195 Psychomotorik ist nicht Psychotherapie hat aber eine gemeinsame Schnittmenge in
196 der Bewegung als Grundlage von Entwicklung

197 I: Sind bestimmte Symptomatiken des Kindes ausschlaggebend?
198 K: Diagnostik im Psychiatrischen Bereich; Sprachliche Defizite, wie zum Beispiel
199 Stottern oder Dysgrammatismus, können nicht beeinflusst werden; Stützung; Spaß
200 im Spiel, Sozialverhalten üben –aber nicht ursächliche Therapie, sondern förderliche
201 Präventivmaßnahme; kann Psychotherapie nicht ersetzen.

Interview Psychomotoriker 3:

Interviewer: Claudia Prokisch, Abkürzung I

Interviewte: Alexandra Fuchs, Abkürzung F Psychomotorikerin

Bemerkung: Da es Probleme mit dem Diktiergerät gab, war die Interviewte so freundlich einen Teil der Fragen erneut schriftlich zu beantworten.

1 I: Würden sie sich bitte kurz vorstellen.

2 F: Ausbildung zur diplomierten Psychomotrikerin (postgradueller Studienlehrgang an
3 der LAK NÖ jahrgang 1996-1998); beruflicher Werdegang: Projektmitarbeiterin im
4 Projekt "Bewegte Klasse" 1998- dato; Fachgebiet heute: Gesundheitsförderung im
5 Setting Schule

6 I: Welche Ziele verfolgt Psychomotorik?

7 F: Die Psychomotorik als mehrdimensionales und entwicklungsorientiertes Konzept
8 fördert die Wahrnehmung und Bewegung. Weiters kennzeichnet Sie das
9 dynamische Zusammenspiel der bio-psycho-sozialen Entwicklung des Menschen
10 und der Entwicklung von Motorik und Wahrnehmung. Die Definition der
11 Psychomotorik vom Europäischen Forum für Psychomotorik (1996): „Aufgrund eines
12 holistischen Menschenbildes, das von einer Einheit von Körper, Seele und Geist
13 ausgeht, beschreibt der Begriff PsychHOMOTORIK die Wechselwirkung von Kognition,
14 Emotion und Bewegung und deren Bedeutung für die Handlungskompetenz des
15 Individuums im psychosozialen Kontext." verdeutlicht noch mehr diesen
16 Zusammenhang. Der Mensch steht bei diesem Konzept im Mittelpunkt, in der
17 psychomotorischen Arbeit versuchen wir Bedingungen zu schaffen, die es en
18 Menschen ermöglichen die eigenen Entwicklungspotentiale zu erkennen, zu nützen
19 und in weiterer Folge zu erweitern. Bewegung ist dabei das Medium zu sich selbst,
20 zu den Mitmenschen und zur Umwelt Kontakt aufzunehmen und zuzuwenden.

21 I: welche Rolle spielt der Begriff Entwicklungsförderung?

22 über Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote sollen Räume ermöglicht und
23 gestaltet werden, wo Entwicklungsprozesse initiiert und erlebt werden können. Je
24 nach Entwicklungsaufgabe kann sich der Mensch individuell damit
25 auseinandersetzen.

26 I: welche Rolle spielt der Begriff der Heilung?

27 F: Bei der Behandlung von psychomotorischen Krankheitsbildern (ADHS,
28 Wahrnehmungsstörungen, Entwicklungsverzögerung,..) ist das Ziel, Menschen (hier
29 v.a. Kinder und Jugendliche) zu unterstützen, die eigenen Ressourcen zu erkennen
30 und damit umzugehen. Ob hier Heilung im Vordergrund steht, denke ich, ist
31 schwierig zu beantworten. Dazu müsste der Heilungsbegriff genauer definiert
32 werden.

Interview Psychotherapeut 1:

Interviewer: Claudia Prokisch, Abkürzung I

Interviewte: Brigitte Sindelar, Abkürzung S, Psychotherapeutin

1 I: Wollen sie mir ein bisschen was über sie erzählen? Also welche Ausbildung sie
2 gemacht haben, welche Spezialisierungen, der berufliche Werdegang...

3 S: Mhm. Das könnens auch auf der Webseite FSU nachschauen wenn jetzt
4 irgendetwas nicht drauf ist.

5 I: Ok.

6 S: Ich bin klinische Psychologin und Psychotherapeutin. Von der
7 Psychotherapeutischen Methode Individualpsychologin. Hab 10 Jahre, damals noch
8 an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendneuropsychiatrie-jetzt Kinder und
9 Jugendpsychiatrie-gearbeitet, und bin dann in die Praxis gegangen und bin seit der
10 Gründung der SFU hier zuständig für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie-das is
11 eine Abteilung. Und unterreichte im Studiengang Psychotherapiewissenschaften und
12 im Wahlpflichtfach und im Fachspezifikum Individualpsychologie.

13 I: Mhm. Dankeschön.

14 S: Spezialisierung sind natürlich Kinder und Jugendliche und dabei wieder
15 abgesehen von der Psychotherapie einen Schwerpunkt und das ist die Diagnostik
16 und Behandlung von Teilleistungsschwächen.

17 I: Mhm. Welche Ziele verfolgt die Psychotherapie?

18 S: Die Heilung von seelischen Leidenszuständen.

19 I: Entwicklungsförderung spielt auch eine Rolle?

20 S: Ist implizit denn seelische Leidenszustände blockieren die Entwicklung, hemmen
21 die Entwicklung, beeinträchtigen die Entwicklung und wenn die seelischen
22 Leidenszustände erfolgreich behandelt werden, fördert das natürlich implizit die
23 Entwicklung. Aber es ist nicht das primäre Indikationsziel der Psychotherapie.

24 I: Ok. Ab welchem Alter ist Psychotherapie sinnvoll oder möglich?

25 S: Da gibt's eigentlich keine Altersgrenzen. Es ist nur so, je jünger das Kind ist, wenn
26 ich jetzt an 2-3 jährige denk dann ist üblicherweise die Psychotherapeutische Arbeit
27 mit den Eltern und nicht mit dem Kind. Aber es gibt keine Altersgrenze nach unten.
28 Es gibt ja mittlerweile auch schon die Säuglingspsychotherapie in der Disziplin.

29 I: Mhm. Wie schaut das aus?

30 S: Da wird sehr viel über... Da geht's eigentlich um Bindung. Das ist etwas wo wir
31 ganz stark uns auf Bowlby beziehen müssen. Da geht's um die Interaktion und die
32 Kommunikation zwischen dem Säugling und der ersten primären Bezugsperson.

33 I: Mhm... wird aber dann hauptsächlich wahrscheinlich mit den Eltern gearbeitet!?
34 Wie die dann...

35 S: ...beziehungsweise in der Interaktion mit beiden. Es ist schon auch mit beiden was
36 drum geht dass die Eltern-meistens die Mutter-die Signale des Säuglings
37 entsprechend interpretieren kann, entsprechend beantworten kann. Oder zum
38 Beispiel auch dieses – ähm- diesen Zugang versteht dass die Emotionalität im
39 Säuglingsalter ja eine ist, die mit der, der engsten Bezugsperson eng verschmolzen
40 ist. Das heißt dass der Säugling oft das ausdrückt dass eigentlich ein Gefühl der
41 Mutter ist.

42 I: Mhm... Ok. Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die psychische
43 Entwicklung? Das ist jetzt einmal das erste. Danach soziale Entwicklung, motorische
44 Entwicklung und kognitive. Aber jetzt einmal auf die psychische.

45 S: Das ist ja das primäre Anliegen der Psychotherapie dass sie die psychischen
46 Leidenszustände dieser kleinen Patienten behandelt und daher natürlich Einfluss
47 nimmt auf die psychische Entwicklung.

48 I: Wie schaut das aus vom Setting?

49 S: Das ist Methodenspezifisch sehr unterschiedlich. wenn wir ähm von der
50 Tiefenpsychologischen Psychotherapie ausgehen letztlich als Individualpsychologin,
51 dann hat die Kinder und Jugendlichenpsychotherapie unterschiedliche Sprachen.
52 Das heißt das gesprochene Wort ist immer weniger im Vordergrund je jünger das
53 Kind ist. Es sind mehr die Methoden des symbolischen Ausdrucks im Spiel indem
54 das Kind seine psychischen Leidenszustände die es nicht in Worte fassen könnte
55 darstellt. Und der Therapeut auch in dieser selben Sprache die das Kind wählt
56 antwortet. Also vom Setting her ist es üblicherweise ein Einzelsetting. Meine Methode
57 natürlich in der systemischen Therapie gibt's andere Settingformen wo die gesamte
58 Familie miteinbezogen ist.

59 I: Mhm. Die soziale Entwicklung? Wie wird auf die eingegangen? Oder wie wird die
60 beeinflusst? Oder wird sie beeinflusst?

61 S: Das ist nicht die Zielsetzung der Psychotherapie, sondern wir müssen-sie sind ja
62 von Friedrich betreut- die kindliche Entwicklung verstehen als das Zusammenspiel

63 von Emotion, Kognition, Sozialisation und somatischer Entwicklung. Und daher ist in
64 dieser Wechselwirkung der emotionalen Leidenszustände auch die soziale
65 Entwicklung betroffen. Das heißt wenn die psychische Entwicklung des Kindes
66 ganzheitlich betrachtet wird bedeutet das auch natürlich einen Fortschritt in der
67 sozialen Entwicklung aber Psychotherapie ist nicht Förderung-Behandlung.

68 I: Ja. Ok. Ähm.. Aber wenn ein Kind irgendwie soziale Probleme hat dann muss das
69 ja auch behandelt werden.

70 S: Dann muss zuerst einmal herausgefunden werden woran liegt das. Das ist eine
71 Frage der Diagnostik und dann entsprechend den diagnostischen Ergebnissen die
72 Indikation. Und bei einer Psychotherapie die geeignete Form... Natürlich können
73 soziale Probleme eine Ebene der Symptomatik der psychischen Störungen sein.

74 I: Mhm. Ähm... motorische Entwicklung?

75 S: Ist nicht Anliegen der Psychotherapie.

76 I: Mhm. Ok. Die kognitive Entwicklung?

77 S: Auch nicht Anliegen der Psychotherapie, aber wiederum ganzheitlich betrachtet ist
78 natürlich eine Beeinflussung einer Ebene auch in ihren Auswirkungen einer anderen
79 Ebene wie zum Beispiel die XXX durchaus zu beachten.

80 I: Ähm. Jetzt möchte ich ihnen ein Zitat vorlesen. Und das bitte ich sie dann zu
81 kommentieren. Und zwar ist das von Hans Zulliger aus Heilende Kräfte im kindlichen
82 Spiel. Ähm der erste Teil ist einmal:

83 „Mit Sicherheit jedoch wissen wir: 1. Daß die Krankheit sowohl eine somatische als
84 auch eine psychische Seite haben, wobei uns das eine Mal die eine, das andere Mal
85 die andere stärker auffällt und uns zu entsprechender Therapie veranlaßt. Für
86 diejenigen Affektionen, bei denen das sogenannte „Psychogene“ im Vordergrund
87 steht, wenden wir psychotherapeutische Verfahren an.“

88 S: Mhm. Kann ich nur ja dazu sagen. Oder was meinen sie? Was ist ihre Frage
89 dazu?

90 I: Einfach nur das kommentieren, eben dass es äh diese psychogene Seite gibt -
91 also das körperliche und das psychische und äh...

92 S: Psychogen ist durch seelische Zustände verursacht und da ist die Methode der
93 Wahl Psychotherapie.

94 I: Mhm. Ok. Und er meint dass eben in manchen Fällen das eine stärker ist-also das
95 körperliche Stärker ist und in anderen das psychische Stärker ist.

96 S: Natürlich sind wir da im Bereich der Psychosomatik oder auch der Somato-
97 psychischen Störungen und da spielt immer die körperliche Seite eine massive Rolle,
98 wie zum Beispiel der kindliche Kopfschmerz sehr stark im zunehmen Begriffen ist als
99 eine psychosomatische Erkrankung.

100 I: Mhm. Und das würden sie dann auch sagen: Psychotherapeutisch zu behandeln-
101 hauptsächlich.

102 S: Wenns eine psychosomatische Erkrankung ist: ja. Natürlich bei allen somatischen
103 Störungen. Das ist aber nicht speziell Kind und auch nicht speziell Kopfschmerz ist
104 vorher eine medizinische Abklärung unbedingt notwendig. Denn nichts ist schlimmer
105 als wenn man Kopfschmerz mit Psychotherapie behandelt und in Wirklichkeit ist es
106 ein Hirntumor.

107 I: Ähm ja... Der 2. Teil des Zitates ist:

108 „2. So viel aber ist sicher, daß wir neurotische Erscheinungen vorläufig nur mit dem
109 Mittel der Psychotherapie zum Verschwinden bringen können.“

110 S: Ja!

111 I: Ja?

112 S: Ja!

113 I: Ok. (Lacht)

114 S: Das ist die Indikation der Psychotherapie die neurotische Störung. Die natürlich in
115 ICD 10 nur...

116 I: Ist Psychotherapie bei einer Erlebnisreaktion auf ein traumatisches Ereignis eine
117 angemessene Methode?

118 S: Ja, die Methode der Wahl.

119 I: Mhm. Können sie das ein bisschen ausführen?

120 S: Wenn sie von einer Erlebnisreaktion sprechen, also von einer Diagnosegruppe die
121 eine psychische Störung umschreibt, dann ist das wiederum unter dem Übertitel
122 psychische Störung. Und bei psychischer Störung ist die Psychotherapie die
123 Methode der Wahl.

124 I: Mhm. Ok. Bei einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung?

125 S: Selbstverständlich ebenso. Wollens sie jetzt die Einteilungen von Spiel. Aber das
126 brauch ich ihnen nicht sagen das kennen sie aus der Vorlesung. Das sind alles
127 Indikationen für eine Psychotherapie mit unterschiedlichen Arten damit umzugehen
128 natürlich.

129 I: Das wär wahrscheinlich jetzt zu komplex darauf einzugehen-die unterschiedlichen
130 Arten. Weil es ja sehr viele unterschiedliche Störungen gibt.

131 S: Naja, grob-grob gesprochen bei einer Erlebnisreaktion gehen wir davon aus dass
132 ähm die psychische Störung die dieser Mensch hat durch etwas was außerhalb von
133 ihm passiert ist-durch ein Trauma bedingt ist, das seine Verarbeitungskapazitäten
134 überschreitet. Bei der Persönlichkeitsentwicklungsstörung gehen wir davon aus dass
135 der Mensch in seinen Ich-Strukturen beeinträchtigt ist. Das heißt das ist eine sehr
136 langwierige, sehr aufwendige vor allem Psychotherapeutische Intervention, wo vor
137 allem die Prozessanalyse der psychotherapeutischen Beziehung im Vordergrund
138 steht, während die Erlebnisreaktion kurzfristiger ist und eine punktuelle Intervention
139 ist.

140 I: Ähm. Können fehlende protektive Faktoren durch Psychotherapie ersetzt werden?

141 S: Ersetzt nicht, aber ausgeglichen. Das adaptive Potential eines Kindes ist ja die
142 Summe seiner Vulnerabilitätsfaktoren und der protektiven Faktoren. Das Fehlen von
143 protektiven Faktoren ist bei unterschiedlicher Resilienz natürlich das was zur
144 Psychischen Störung letztlich maßgeblich beiträgt und die Psychotherapie kann die
145 nicht ersetzen, aber sie kann die Beeinträchtigungen die dadurch entstanden sind
146 helfen zu verarbeiten, helfen auszugleichen. Allerdings muss man da
147 Berücksichtigung, dass weitere fehlende protektive Faktoren keine Lösung im Sinn
148 der Gesundheit oder Heilung bedeuten kann dadurch. Allgemeine Umweltfaktoren
149 die ein Kind braucht für ein gesundes aufwachsen kann man durch Psychotherapie
150 nicht ersetzen.

151 I: Mhm.

152 S: Ich kann behandeln was passiert ist, aber ich kann nicht ausgleichen was fehlt-
153 was jetzt im hier und jetzt fehlt.

154 I: Mhm.

155 S: Gut.

156 I: Die nächste Frage bezieht sich auf die Persönlichkeit des Therapeuten. Das ist
157 meine Frage obs möglich ist dass es weniger von der psychosozialen Ausbildung
158 Abhängig ist, die jemand genossen hat als mehr davon wie seine individuellen
159 Erfahrungen sind und die eigenen Fähigkeiten Affekte zu containen und adequat auf
160 die Kinder einzugehen?

161 S: Naja. Ist interessant dass sie das fragen, weil das ist ein Teil unserer
162 Ausbildungsforschung hier. Die Persönlichkeitsfaktoren des Therapeuten sind ja

163 etwas das sich im Zuge seiner Ausbildung auch verändert. Wenn jemand jetzt eine
164 Tiefenpsychologische Ausbildung macht, macht er ja eine umfangreiche
165 Selbsterfahrung, in der genau diese Komponenten reflektiert, weiterentwickelt und
166 zum Beispiel auch in der Mentalisierungsfähigkeit ein anderes Niveau erreicht. Aber
167 auch wenn er besonders talentiert wäre-und das gibt's. Es gibt besondere Talente.
168 Kann er ohne Ausbildung nicht zu dem kommen. Also es is nix... ma wird nicht als
169 Psychotherapeut geboren. Man wird mit Talenten zum Psychotherapeut zur
170 Psychotherapie in diese Ausbildung einsteigen.

171 I: Welche Talente wären das?

172 S: Das ist vor allem die Empathie. Und das ist das was wir in der
173 Psychotherapieforschung auch die Passung nennen zwischen Patienten und dem
174 Therapeuten. Es ist die Mentalisierungsfähigkeit. Es ist die Fähigkeit zur
175 Introspektion und zur Selbstreflexion, die von den Persönlichkeitseigenschaften her
176 in den Vordergrund zu stellen sind.

177 I: Was bedeutet Passung?

178 S: Das die in ihrer Persönlichkeit zusammenpassen. Es ist ja der best-ausgebildete
179 Therapeut muss nicht unbedingt für jeden Patienten der Beste sein.

180 I: Ok. Verstehe. Das heißt es gibt also bestimmtes Potential das da ist, dass ma
181 einmal haben muss damit ma in dem Bereich arbeiten kann, und dann durch die
182 Ausbildung wird das dann vielleicht noch vertieft oder...

183 S: Vertieft, erweitert, natürlich auch verändert. Aber ich brauch nicht nur die Talente
184 sondern ich brauch auch Behandlungstechnik. Ich brauch auch Rüstzeug um damit
185 umgehen zu können.

186 I: ok. Verstehe. Woran erkenne ich als Psychotherapeut dass meine Grenzen
187 überschritten sind?

188 S: Das ist eine Frage meiner Fähigkeit zur Selbstreflexion. Aber ich würde hoffe das
189 es gar nicht so weit kommt dass meine Grenzen überschritten sind, sondern dass ich
190 bemerke dass ich an meine Grenzen stoße. Und das kann ich jetzt nicht allgemein
191 beantworten. Das ist eine sehr persönliche sehr individuelle Frage welche Signale,
192 welche eigenen Signale man entsprechend wahrnehmen kann. Aber die
193 Selbstreflexion und die Introspektion sind also ganz, ganz zentral in der
194 Psychotherapie.

195 I: Hat das dann auch etwas mit den eigenen Erfahrungen zu tun wenn man jetzt sagt
196 zum Beispiel... wenn man irgendwelche... wenn man persönliche Anteile spürt

197 irgendwie oder Dinge wo man vielleicht... die man vielleicht selber in der
198 Vergangenheit erlebt hat und dann einem irgendwie wieder einholen dadurch das
199 man...

200 S: Das is... wenn ichs jetzt... ich antworte immer aus der Sicht der
201 Tiefenpsychologie. Wenn mich das in der Therapie beeinträchtigt dann heißt das es
202 ist in meiner Ausbildung etwas über geblieben. Denn grad die Analyse von
203 Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen ist eine sehr Hilfreiche in der
204 Psychotherapie. Genau das zu erkennen was hat das mit meiner Geschichte zu tun
205 Aber da liegt auch in meiner Verantwortung meine eigenen Grenzen zu erkennen.
206 Sozusagen das ist eine Selbsterfahrung mit der-die hindert mich daran mit einer
207 bestimmten Gruppe von Patienten zu arbeiten.

208 I: Mhm... Und das wär dann so eine Grenze sozusagen.

209 S: Ja allerdings muss man sich dessen bewusst sein dass es nie sein darf das man
210 hineintappt. Das ist eben genau der wesentliche Anteil in der Selbsterfahrung, dass
211 ich meine Gegenübertragung reflektieren, analysieren und nutzbar machen kann für
212 den Prozess.

213 I: Mhm. Gibt's auch bestimmte Symptomatiken von Kindern, dass man sagt: Ok,
214 wenn das Kind jetzt so reagiert dann merk ich, ich schaffs mit meinen Mitteln nicht
215 weiterzumachen?

216 S: Das gibt es sicherlich, aber es gibt keine allgemeinen. Sondern es gibt sicherlich
217 individuelle Bedingungen für jeden Psychotherapeuten wo er sagt: da ist meine
218 Grenze. Die Kindertherapie ist ja eine sehr unmittelbare Form der Begegnung. Hat
219 da ganz große Unterschiede zur Erwachsenentherapie. Es sind oft weniger die
220 Reaktionen des Kindes sondern viel öfter die Reaktionen oder die Interaktionen mit
221 den Erwachsenen die das Kind umgeben wo vor allem die jungen Therapeuten in
222 Schwierigkeiten kommen und wo eben dieses Thema der Gegenübertragung eine
223 Rolle spielen kann. Das ist ein ganz wichtiger Anteil in der Supervision. Also
224 Selbsterfahrung und Supervision, früher hat man das Kontrollanalyse genannt, ist ein
225 essentieller Bestandteil. Aber es gibt natürlich Therapeuten die halten aggressive
226 Kinder schlecht aus. Es gibt Therapeuten die halten ungepflegte Kinder schlecht aus.
227 Es gibt Therapeuten die halten depressive Kinder schlecht aus. Ja, es gibt so viel.

228 I: Und dann ist da eben für jeden persönlich halt, der Punkt da wo man sagt mit dem
229 kann ich arbeiten oder mit dem kann ich nicht arbeiten.

230 S: Ziel ist natürlich, dass dieses Spektrum der -ähm- Varianten die ich schlecht
231 aushalte klein wird. Das muss nicht auf null gehen- das ist ein-ein
232 Omnipotenzanspruch, aber das diese Spektrum möglichst klein wird. Und wenn dann
233 das auftaucht ist es immer wichtig für mich zu wissen, was ist es jetzt, das mich in
234 Schwierigkeiten bringt.

235 I: Wie kann ich das Ziel erreichen, dass das möglichst klein ist?

236 S: Mit der Supervision. Selbstverständlich mit Supervision.

237 I: Mhm. Ähm. Wird wahrscheinlich am Anfang der Arbeit öfter sein und dann je
238 länger man in dem Bereich arbeitet weniger, oder? Oder ist das gleichbleibend, dass
239 man immer...?

240 S: Wunschvorstellung... Nein, nein, das ist sicherlich etwas das sich auch durch die
241 Erfahrung verändert, dass man eine bestimmte emotionale Äußerungen eines
242 Kindes immer weniger als bedrohlich erlebt als am Anfang noch. Das was
243 üblicherweise das Problem ist, dass es Verhaltensweisen oder Reaktionen von
244 Kindern gibt, die dem Therapeuten Angst machen.

245 I: Mhm.

246 S: Angst machen, jetzt gar nicht so sehr dass er sich vor dem Kind fürchtet-gibt's
247 auch, aber das ist nicht das Thema-sondern das größere Thema ist dass diese Not
248 und Verzweiflung die das Kind darstellt, den Therapeuten oft überschwemmt. Und da
249 kann es sein dass er sich dadurch überfordert fühlt. Ich leite auch Ausbildungen, und
250 da kenn ich das von jungen Therapeuten, und auch von meiner eigenen
251 Ausbildungszeit.

252 I: Das war auch schon meine letzte Frage. Vielen Dank.

253 S: Bitte, gerne.

Interview Psychotherapeut 2:

Interviewer: Claudia Prokisch, Abkürzung I

Interviewte: Claudia Prinz, Abkürzung P, Psychotherapeutin

Bemerkung: Da es Probleme mit dem Diktiergerät gab, war die Interviewte so freundlich einen Teil der Fragen erneut schriftlich zu beantworten.

1 I: Welche Ausbildung haben sie im Psychosozialen Bereich?

2 P: Systemische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

3 I: Bitte beschreiben sie kurz ihren beruflichen Werdegang.

4 P: Quellberuf: Biomedizinische Analytikerin; Psychosozialer Bereich:

5 1.Abschnitt Psychologiestudium, Propädeutikum; Fachspezifikum (systemische

6 Familientherapie); Zusatzausbildung: Kinder- und Jugendpsychotherapie; Praktische

7 Erfahrung: Ambulante systemische Therapie, Familien- und Paarberatungsstelle,

8 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Freie Praxis

9 I: Was ist heute ihre Spezialisierung?

10 P: Systemische Psychotherapie; Kinder- und Jugend, Familien; Methodisch:

11 systemisch, hypnosystemisch

12 I: Welches Ziel verfolgt Psychotherapie?

13 P: Stärkung der Selbstwirksamkeit, Entdecken der Ressourcen, Stärken der

14 Fähigkeiten, lösungsorientierter Ansatz, Bewältigung von Krisen.

15 I: welche Rolle spielt der Begriff Entwicklungsförderung?

16 P: Innere Anteile, die sich im Laufe der Zeit nicht ausreichend entwickeln konnten,

17 tun dies im Zuge der Psychotherapie. Es kommt zu einer Entwicklung der

18 Persönlichkeit in Richtung Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit.

19 I: welche Rolle spielt der Begriff Heilung?

20 P: Heilung passiert. Messbar an der Verringerung des Leidensdrucks und der

21 Anliegen des Klienten.

22 I: Ab welchem Alter ist Psychotherapie möglich und sinnvoll?

23 P: Ab Säuglingsalter. Systemische Psychotherapie arbeitet u.a. mit

24 zwischenmenschlicher Interaktion. Dies ist bereits im Säuglingsalter möglich.

25 (Mutter-Kind-Interaktion)

26 I: Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die psychische Entwicklung?

27 P: Psychotherapie behandelt die Psyche der Klienten altersentsprechend und
 28 angepasst an die kognitive Entwicklungsstufe.

29 I: Methode und Auswirkungen

30 P: Systemische Psychotherapie bietet ein breit gefächertes Methodenspektrum.
 31 Anfängen von systemische Gesprächstherapie, Entspannungsverfahren,
 32 Tranceübungen, kreative Methoden, hypnosystemische Methoden, outdoor-
 33 Sitzungen, therapeutische Spaziergänge ... Auswirkungen: d. TherapeutIn spricht
 34 mehrere Ebenen/Kanäle des Klienten an (visuell, auditiv, taktil, etc), individuelle
 35 Behandlung ist dadurch möglich. Einzel, Paare, Familien, Gruppen.

36 I: Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die soziale Entwicklung?

37 P: Durch die innerpersonellen Veränderungen während des
 38 Psychotherapieprozesses, verändern sich meist auch soziale Faktoren. Einige
 39 Faktoren verändern sich mit, andere fallen weg, weil sie nicht mehr passen und
 40 andere kommen neu dazu. Systemische Familientherapie betrachtet das Individuum
 41 im zugeordneten sozialen Netz. Dadurch sind sowohl Veränderungen des Klienten
 42 als auch der sozialen Bezugspunkte möglich. Einzel, Paare, Familien, Gruppen.

43 I: Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die motorische Entwicklung?

44 P: Sofern Interventionen auf der Körperebene in den therapeutischen Prozess
 45 eingebettet werden, kommt es u.a. zu motorischer Weiterentwicklung. Diese sind
 46 jedoch nicht Hauptbestandteil der Psychotherapie. Wenn der Psychotherapeut keine
 47 Veränderungen / Verbesserungen feststellt, wird er/sie den Klienten an andere
 48 Berufsgruppen weiterempfehlen, die darauf spezialisiert sind. Kreative Methoden im
 49 Zuge der Systemischen Psychotherapie. zB Arbeiten mit Materialien, mit Pezziball,
 50 Gleichgewichtsübungen, Konzentrationsübungen. Einzel, Familien, Gruppen.

51 I: Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die kognitive Entwicklung?

52 P: Neurobiologisch betrachtet passiert kognitive Entwicklung aufgrund der vielen
 53 neuen Stimuli (neue Sichtweisen, neue Ideen, neue Erfahrungen, Integration der
 54 Gefühle und Gedanken, Neuorientierung, zirkuläres Fragen ...), welche in der
 55 Psychotherapie durchgehend angeregt werden. Systemische Psychotherapie bezieht
 56 sämtliche Bestandteile/Personen etc. des sozialen Umfeldes des Klienten mit ein.
 57 Dem Klienten wird ermöglicht, verschiedene Sichtweisen um ihn herum und seine
 58 eigene zu betrachten und entsprechend zu integrieren. Dies und v.m. führt zu einer
 59 Erweiterung der kognitiven Entwicklung. Einzel, Paare, Familien, Gruppen

60 I: ist Psychotherapie bei einer Erlebnisreaktion auf ein traumatisches Ereignis eine
61 angemessene Methode?

62 P: ja

63 I: ist Psychotherapie bei einer kindlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörung eine
64 angemessene Methode?

65 P: ja

66 I: können fehlende protektive Faktoren durch Psychotherapie ersetzt werden?

67 P: Ja. Je nach Alter des Klienten werden fehlende p.F. durch Psychotherapie
68 erfahren oder bekommen eine andere Bedeutung in der Gegenwart.

69 I: Ist es möglich, dass es weniger von der psychosozialen Ausbildung die jemand
70 genossen hat (Motoriker/Psychotherapeut) abhängt, ob er für die Arbeit mit einem
71 Kind geeignet ist, als mit seinen individuellen Erfahrungen und seiner Fähigkeit
72 Affekte, Erfahrungen des Kindes zu containen um adäquat darauf eingehen zu
73 können? Was wäre adäquat?

74 P: Die Ausbildung vermittelt einem Psychotherapeuten einen gewissen Grundstock
75 an Methodik und ein theoretisches Konstrukt, worauf er sich bei seiner
76 Hypothesenbildung bezieht. Um das Gelernte dann erfolgreich in die Praxis
77 umzusetzen braucht er hohe Denkflexibilität (v.a. im Kinder- und Jugendbereich),
78 Empathie, Kreativität, Selbstreflexion usw.

79 I: wie kommt man zu diesen Fähigkeiten?

80 P: Zum einen sind einem gewisse Fähigkeiten in die Wiege gelegt worden und im
81 eigenen sozialen Kontext erlernt. Zum anderen werden die Fähigkeiten durch großes
82 Interesse an Menschen und deren Biographien, sowie Verhaltensbeobachtung usw
83 gefördert.

84 I: Welche Rolle spielt die Persönlichkeit des Therapeuten?

85 P: Eine sehr große. Vertrauen ist eine der Grundvoraussetzungen für eine
86 erfolgreiche Therapie. Stimmt die Chemie zwischen Klient und Therapeut, wird die
87 Therapie zu 99% gelingen.

88 I: welche Eigenschaften muss er haben damit die Ich-Entwicklung gefördert werden
89 kann?

90 P: Authentizität, Empathie.

91 I: woran erkenne ich als Psychotherapeut das meine Grenzen überschritten sind?

92 P: Gefühl der Ohnmacht. Orientierungslosigkeit.

93 I: sind bestimmte Symptomatiken des Kindes ausschlaggebend?

94 P: Nein.

Interview Psychotherapeut 3:

Interviewer: Claudia Prokisch, Abkürzung I

Interviewte: Karin Matoschitz, Abkürzung M, Psychotherapeutin

Bemerkung: Da es Probleme mit dem Diktiergerät gab, war die Interviewte so freundlich einen Teil der Fragen erneut schriftlich zu beantworten.

1 I: Welche Ausbildung haben sie im Psychosozialen Bereich?

2 M: Studium Psychologie; Ausbildung Klinische- und Gesundheitspsychologin;
3 Psychotherapieausbildung (Systemische Familientherapie)

4 I: Wie ist ihr beruflicher Werdegang?

5 M: AKH- Strahlentherapie und Strahlenbiologie; AKH- Kinder- und
6 Jungendonkologie; SHH- Schweizerhaus Hadersdorf (stationäre Drogentherapie);
7 Justizanstalt Favoriten (Drogentherapie); Frauen- und Familienberatungstelle der
8 Lichtblick Neusiedl See; Psychosoziales Akutteam NÖ (Krisenintervention); Praxis
9 für Psychotherapie und Psychologie

10 I: Welche Spezialisierung haben sie heute?

11 M: Wahlpsychologin für klinisch-psychologische Diagnostik; Systemische
12 Familientherapeutin (Kinder, Jugend und Erwachsene)

13 I: Welches Ziel verfolgt Psychotherapie?

14 M: Psychotherapie verfolgt Veränderung und Unterbrechung von leidbringenden
15 Mustern.

16 I: welche Rolle spielt der Begriff Entwicklungsförderung?

17 M: Förderung von Defiziten mittels Ressourcen.

18 I: welche Rolle spielt der Begriff Heilung?

19 M: Ressourcenstärkung individuell.

20 I: Ab welchem Alter ist Psychotherapie möglich und sinnvoll?

21 M: Psychotherapie ab dem Alter wo Sprache und Logik (Zusammenhänge)
22 angewandt werden können.

23 I: Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die psychische Entwicklung?

24 M: Förderung und Ressourcenstärkung in der Therapie sowie Umlegung auf den
25 Alltag außerhalb des geschützten Therapierahmens. Einzel, Gruppen,
26 Elternberatung und Familiensetting.

27 I: Inwiefern nimmt Psychotherapie Einfluss auf die soziale, motorische und kognitive
28 Entwicklung?

29 M: Glaube, dass man die 4 Entwicklungsgruppen nicht einzeln betrachten kann,
30 sondern im Gesamten parallel erfolgen sollte.

31 I: Bitte kommentieren sie das Zitat von Hans Zulliger, aus „Heilende Kräfte im
32 kindlichen Spiel“: „Mit Sicherheit jedoch wissen wir: 1. Daß die Krankheit sowohl eine
33 somatische als auch eine psychische Seite haben, wobei uns das eine Mal die eine,
34 das andere Mal die andere stärker auffällt und uns zu entsprechender Therapie
35 veranlaßt. Für diejenigen Affektionen, bei denen das sogenannte „Psychogene“ im
36 Vordergrund steht, wenden wir psychotherapeutische Verfahren an.“

37 M: Es sollte eher die Rede von Gesundheit und nicht von Krankheit sein - sprich
38 Gesundheitsförderung, statt Heilung von Krankheit. Psychotherapie sollte sowohl bei
39 somatischen als auch psychischen Problemen angewandt werden, da diese nicht zu
40 trennen sind.

41 I: „2. So viel aber ist sicher, daß wir neurotische Erscheinungen vorläufig nur mit dem
42 Mittel der Psychotherapie zum Verschwinden bringen können.“

43 M: Psychotherapie ist eine von vielen Möglichkeiten um Heilung oder Linderung zu
44 erfahren, aber sicher nicht das einzige Mittel der Wahl, dies kommt auf das
45 Individuum und deren Einstellungen an.

46 I: Ist Psychotherapie bei einer Erlebnisreaktion auf ein traumatisches Ereignis eine
47 angemessene Methode?

48 M: Nicht in der Akutphase, später vielleicht kommt auf die Methoden speziell an.

49 I: ist Psychotherapie bei einer kindlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörung eine
50 angemessene Methode?

51 Ja.

52 I: können fehlende protektive Faktoren durch Psycho-/Mototherapie ersetzt werden?

53 M: Ja durch Lern- und Beobachtungsprozesse.

54 I: Ist es möglich das es weniger von der psychosozialen Ausbildung die jemand
55 genossen hat (Motoriker/Psychotherapeut) abhängt, ob er für die Arbeit mit einem
56 Kind geeignet ist, als mit seinen individuellen Erfahrungen und seiner Fähigkeit
57 Affekte, Erfahrungen des Kindes zu containen um adäquat darauf eingehen zu
58 können? Was wäre adäquate?

59 M: Die Therapeutische Beziehung ist wohl die Wichtigste, gefolgt von Intuition und
60 fachlichem Wissen.

61 I: wie kommt man zu diesen Fähigkeiten?
62 M: Therapeutische Intuition und Feingefühl kann man nicht lernen, das ist eine Gabe.
63 I: welche Eigenschaften muss der Therapeut haben damit die Ich-Entwicklung
64 gefördert werde kann?
65 M: Ruhig, ausgeglichen und viel Feingefühl und Wertschätzung den Klienten
66 gegenüber.
67 I: woran erkenne ich als Psychotherapeut das meine Grenzen überschritten sind?
68 M: Wenn die Neutralität, Neugier und Motivation/Freude an der Arbeit nicht mehr
69 gegeben sind.
70 I: Sind bestimmte Symptomatiken des Kindes ausschlaggebend?
71 M: Möglicherweise.
72 I: welche?
73 M: Symptomatiken, welche einem nicht mehr neutral bleiben lassen, weil wir selbst
74 betroffen sind/waren...

Codeliste:

Angaben zur Person

Ausbildung im Psychosozialen Bereich

Beruflicher Werdegang

Spezialisierung

Ziele der Psychotherapie/Psychomotorik

Entwicklungsförderung

Heilung

Altersbegrenzung

Psychische Entwicklung

Einfluss auf psychische Entwicklung

Methode und Auswirkungen

Setting

Soziale Entwicklung

Einfluss auf soziale Entwicklung

Methode und Auswirkung

Setting

Motorische Entwicklung

Einfluss auf motorische Entwicklung

Methode und Auswirkung

Setting

Kognitive Entwicklung

Einfluss auf kognitive Entwicklung

Methode und Auswirkungen

Setting

Neurose-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnisreaktion

Psychosomatik

Neurose

Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Erlebnisreaktion

Protektive Faktoren

Persönlichkeit des Therapeuten

Eigenschaften, Fähigkeiten und Persönlichkeit

Erwerb der Fähigkeiten

Grenzen

Codierung der Interviews :

Interviews Psychomotoriker

1. Angaben zur Person

1.2 Ausbildung im Psychosozialen Bereich-Beruflicher Werdegang-Spezialisierung

„Mag. Dr. Josef Voglsinger, MAS; Bildungswissenschaftler, Psychomotoriker, Psychotherapeut (Autogene Psychotherapie) auf der Laufbahn zum Lehrtherapeuten. Lektor an der Universität Wien (Postgraduate Center - Universitätslehrgang Psychomotorik), Lehrbeauftragter im Weiterbildungslehrgang Autogene Psychotherapie - Grundstufe; Psychotherapie und heilpädagogisch-psychomotorische Therapie in freier Praxis“ (V: Z. 2-7)

„Ich bin von meiner Grundausbildung her Hauptschullehrer. Parallel zur Lehrtätigkeit folgte das Studium der Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sonder- und Heilpädagogik und die Absolvierung des Postgraduate –Lehrganges Psychomotorik. Nach 25 Jahren Lehrtätigkeit, davon die letzten 5 Jahre als Beratungslehrer, erfolgte der Wechsel in die Selbstständigkeit. Die Konzeptionierung, Umsetzung und wissenschaftliche Leitung des Projektes „Bewegte Klasse“ und ein Lehrauftrag am Institut für Bildungswissenschaften der Univ. Wien waren wesentliche Bestandteile meiner pädagogischen Arbeit. Im therapeutischen Setting arbeite ich seit 1998 heilpädagogisch-psychomotorisch in freier Praxis und seit 2005, nach der Ausbildung zum Psychotherapeuten in Autogener Psychotherapie auch psychotherapeutisch. In meiner psychomotorischen Tätigkeit sind es vor allem verhaltensauffällige Kinder im Alter von 4 – 10 Jahren, die meinen Arbeitsschwerpunkt bilden. Schwerpunkt der psychotherapeutischen Tätigkeit: Depression, Ängste, Panikattacken, psychosomatische Erkrankungen“ (V: Z. 10-23)

„Stephan Kuntz; Diplompädagoge, Schwerpunkt Sonderpädagogik; Sonderschullehrer für Geistig- Lern- und Sprachbehinderte; Suchttherapeutenausbildung; im Bereich Sportwissenschaften an der Uni Marburg das Diplomstudium Motologie aufgebaut; Dozent für Heilpädagogik und Psychomotorik im Fachschulbereich; Lehraufträge an der Uni Saarland, Saarbrücken; Bewegung und Sprache im Ausbildungsbereich; Uni Wien und Krems Lehrauftrag; „Praktiker mit Uniaufträgen“; Experte für Audiopädagogik – Integration von Hören, Sprache und Bewegung in der Regelschule“ (K: Z. 2-9)

„Ausbildung zur diplomierten Psychomotorikerin (postgradueller Studienlehrgang an der LAK NÖ Jahrgang 1996-1998); beruflicher Werdegang: Projektmitarbeiterin im Projekt "Bewegte Klasse" 1998- dato; Fachgebiet heute: Gesundheitsförderung im Setting Schule“ (F: Z. 2-5)

2. Ziele der Psychomotorik - Entwicklungsförderung - Heilung

„Persönlichkeitsentwicklung über das Medium Bewegung. In der Lösung bzw. Bewältigung von Bewegungsaufgaben, in der kreativen Auseinandersetzung mit einer Thematik werden genau jene motorisch-psycho-sozialen Komponenten (psychische Funktionen) gefordert und gefördert, die zur Bewältigung von Alltagssituationen aber auch von schulischen Anforderungen notwendige Voraussetzungen sind. Da die Persönlichkeitsentwicklung als aktiver Lernprozess verstanden werden muss, den jeder einzelne in konkreter Auseinandersetzung mit seiner dinglichen und personalen Umwelt zu gestalten hat, gilt es, Kindern (Personen) eben diese konkrete Auseinandersetzung zu bieten. Entwicklungsförderung steht somit an erster Stelle. Heilung höchstens im Sinne von besserer Bewältigung des Alltagslebens. Stichwort: Resilienz“ (V: Z. 27-37)

„durch Psychomotorik entsteht Sprache – Sprache ist die Methode der Psychotherapie; schafft Möglichkeiten über den äußeren Raum innere Räume zu entwickeln; Methode: das Spiel; Beziehungsgestaltung; „Safeplace“=sicherer Ort für Spielentwicklung (Begriff aus der Kinderpsychotherapie entwickelt und auf Psychomotorik übertragen); Psychotherapie hat starken Einfluss, muss aber abgegrenzt werden; Idealzustand: Parallele Ausbildung; Setting: sicherer Raum, Wohlfühl, gute Orientierung; Psychomotorische Entwicklung; Erziehung durch Bewegung vs. Zur Bewegung; das Ziel ist nicht Bewegung selbst, sondern emotionale, innerseelische Räume; Entwicklungsförderung-Zentral in präventiver Arbeit-Grundlage von Entwicklungsförderung ist Bewegung; das Spiel wurde bisher in Kindergarten und Schule unterschätzt; Stärkung des Selbstvertrauens des Kindes; Rückbindung auf Innerpsychischen Raum-kognitive Leistung; Geräte und Bewegung allein sind für die Gesundheit nicht im Vordergrund“ (K: Z. 11-23)

„Umso lustvoller lässt sich dann arbeiten auch im präventiven Bereich, wo wir dann bei mäßigen psychischen Störungen sozusagen, oder nicht vorhandenen psychischen Störungen, und wenns um Frage von Entwicklung geht, das ganze Setting also das reichhaltige psychomotorische Spielangebot sozusagen, mit vollen Händen ausgeben können, ausschütten können und dann auch im Sinne von Prävention und motorischer Ansprache aufgrund ihrer Sprachentwicklung das ganze früh dann ausschöpfen können“ (K: Z. 131-137)

„Psychomotorik ist nicht Psychotherapie hat aber eine gemeinsame Schnittmenge in der Bewegung als Grundlage von Entwicklung“ (K: Z. 195-196)

„Die Psychomotorik als mehrdimensionales und entwicklungsorientiertes Konzept fördert die Wahrnehmung und Bewegung. Weiters kennzeichnet Sie das dynamische Zusammenspiel der bio-psycho-sozialen Entwicklung des Menschen und der Entwicklung von Motorik und Wahrnehmung. Die Definition der Psychomotorik vom Europäischen Forum für Psychomotorik (1996): „Aufgrund eines holistischen Menschenbildes, das von einer Einheit von Körper, Seele und Geist ausgeht, beschreibt der Begriff PsychOMOTORIK die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Bewegung und deren Bedeutung für die Handlungskompetenz des Individuums im psychosozialen Kontext.“ verdeutlicht noch mehr diesen Zusammenhang. Der Mensch steht bei diesem Konzept im Mittelpunkt, in der psychomotorischen Arbeit versuchen wir Bedingungen zu schaffen, die es den Menschen ermöglichen die eigenen Entwicklungspotentiale zu erkennen, zu nützen und in weiterer Folge zu erweitern. Bewegung ist dabei das Medium zu sich selbst, zu den Mitmenschen und zur Umwelt Kontakt aufzunehmen und zuzuwenden“ (F: Z. 7-20)

„über Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote sollen Räume ermöglicht und gestaltet werden, wo Entwicklungsprozesse initiiert und erlebt werden können. Je nach Entwicklungsaufgabe kann sich der Mensch individuell damit auseinandersetzen“ (F: Z. 22-25)

„Bei der Behandlung von psychomotorischen Krankheitsbildern (ADHS, Wahrnehmungsstörungen, Entwicklungsverzögerung,...) ist das Ziel, Menschen (hier v.a. Kinder und Jugendliche) zu unterstützen, die eigenen Ressourcen zu erkennen und damit umzugehen. Ob hier Heilung im Vordergrund steht, denke ich, ist schwierig zu beantworten. Dazu müsste der Heilungsbegriff genauer definiert werden“ (F: Z. 27-32)

2.1 Altersbegrenzung

„Die Psychomotorik hat sich in den letzten Jahren zu einem Wissenschaftsgebiet und praktischen Handlungskonzept entwickelt, das über die gesamte Lebensspanne, von der Frühförderung bis zur Arbeit im geriatrischen Bereich zur Anwendung kommt. Stichwort: life span development. Somit ist Entwicklungsbegleitung nach psychomotorischen Prinzipien grundsätzlich über die gesamte Lebensspanne möglich und auch sinnvoll. Mein Arbeitsschwerpunkt liegt in der Altersgruppe der 4 bis 10 jährigen Kinder“ (V: Z. 39-45)

3. Psychische Entwicklung

3.1 Einfluss auf psychische Entwicklung-Methode-Setting

„Psychomotorische Förderung im Einzelsetting wie in der Kleingruppe hilft vor allem Kindern, jene Anerkennung und Selbstverständlichkeit ihres Daseins zu erfahren und zu erleben, die im Alltag aus welchen Gründen auch immer, nicht im ausreichenden Maße erlebt und gelebt

werden kann. Das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen, die Akzeptanz der Stärken und Schwächen anderer und Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu erlangen sind wesentliche Merkmale in der Gestaltung von Spiel- und Bewegungssequenzen. Für alle Angebote gilt, dass sie den Entwicklungsaufgaben (im Sinne von Erikson) im jeweiligen Alter gerecht werden“ (V: Z. 47-55)

„Ähm... Psychomotorik ist etwas was sehr stark im psychischen Erleben verankert ist, aber auch etwas was nicht so spezifisch ausgestaltet werden kann wie Kinderpsychotherapie als Beispiel. Was ja eine sozusagen langjährige Ausbildung bedeutet“ (K: Z. 106-109)

4. Soziale Entwicklung

4.1 Einfluss auf soziale Entwicklung-Methode-Setting

„Wir müssen davon ausgehen, dass die psychische, soziale, motorische und kognitive Entwicklung keine vollkommen voneinander getrennte Entwicklungsverläufe darstellen. Unter dem Verständnis eines holistischen Menschenbildes laufen diese Entwicklungsprozesse gleichzeitig ab, bedingen einander und stehen im ständigen Wechselbezug zueinander. Bereits im Einzelsetting werden soziale Erfahrungen gesammelt. Methodisch wird versucht, ausgehend von dyadischen Erfahrungen in weiterer Folge Gruppenerfahrungen anzubieten. Individuell, jeweils den Bedürfnissen des Kindes angepasst, versuche ich nach einigen Stunden im Einzelsetting, eventuell über den Schritt eines Förderangebotes für zwei Kinder, im Kleingruppensetting mit 3 bis 6 Kindern zu arbeiten. Die Gruppen werden dabei nicht willkürlich zusammengestellt, sondern die Zusammensetzung der GruppenteilnehmerInnen richtet sich nach den Störungsbildern, Kompetenzen und Stärken (Diagnose im Einzelsetting und Elterngespräche inkl. Anamnese) der Kinder. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder voneinander profitieren können, muss sehr groß sein“ (V: Z. 57-71)

„Ja, der soziale Raum oder die soziale Entwicklung entfaltet sich ja über Psychomotorisches Spiel. Wir haben innerhalb der psychomotorischen Theorieentwicklung –ähm- diskutiert wie das Kind sich entwickelt vom Ich-nahen Raum – also von – über den Raum wo die Beziehungsgestaltung über zwei Personen läuft, bis hin in den soziomotorisch oder sozialer Raum hinein. Und das – da spielt halt die Bewegung oder die Psychomotorik eine zentrale Rolle, weil ein Kind das selbstbewusst rückgespiegelt ist in der primären Beziehung hat auch Mut noch unbekannte soziale Räume zu erobern. Insofern ist das quasi das Benzin der Entwicklung sozusagen. Die Psychomotorik führt einerseits in den sozialen Raum durch die ganzen Settings –Spielsettings- hinein, andererseits wirkt der soziale Raum wieder stabilisierend auf das Selbstvertrauen des Kindes zurück. Sodass wir eine Wechselwirkung haben. Die soziale Entwicklung ist eigentlich passierend durch psychomotorische

Erfahrungsmöglichkeiten. Und da spielt diese Wechselwirkung zwischen dem Aufbau von inneren Räumen und äußeren Räumen – wie es vernachlässigt wird eigentlich sehr stark in der allgemeinen Pädagogik heute. Und der Innenraum- der innerseelische Raum die eine ganz enge Wechselwirkung zwischen psychischen Bauten und dem sozialen Raum spielen. Psychomotorikerin und Psychomotoriker sollten eigentlich Spezialistinnen und Spezialisten sein für diese Wechselwirkung Inner-äußerer Raum. Zusammengefasst heißt das, dass die Psychomotorik ganz starken Einfluss auf die soziale Entwicklung hat“ (K: Z. 26-45)

5. Motorische Entwicklung

5.1 Einfluss auf motorische Entwicklung-Methode-Setting

„Die Förderung der motorischen Entwicklung steht nicht im Vordergrund. Oft sind es aber bei Kindern motorische Unzulänglichkeiten, die zur Ausgrenzung in der Peergroup führen. In der psychomotorischen Fördergruppe wird versucht Anreize zu schaffen, die ausgehend von den Stärken des Kindes einen so hohen motivationalen Aufforderungscharakter besitzen, dass sie sich auf Tätigkeiten einlassen, die sie in Alltagssituationen normalerweise vermeiden. Durch diese Forderung kommt es zur Aktivierung und Förderung motorischer Fertigkeiten. Die dadurch erworbene Sicherheit im eigenen Tun und das verbesserte Körperbewusstsein tragen wesentlich zu einer positiven Veränderung der motorischen Kompetenzen bei, jedoch nicht im Sinne einer sportmotorischen Leistungssteigerung (kann eventuell ein impliziter Nebeneffekt sein) sondern vielmehr im Sinne einer Stärkung des Selbstbewusstseins“ (V: Z. 73-84)

„Die motorische Entwicklung ist ja aufs engste verbunden auch mit der emotionalen Entwicklung. Das ist ein Kernbereich eigentlich der Psychoentwicklung. Das heißt zusammengefasst: motorische Entwicklung bedeutet innerlich gesehen psychische Entwicklungsprozesse. Das heißt dass man heute nicht alleinstellend beobachtet oder beschreibt, sondern immer eigentlich im Zusammenhang der sozialen und personalen Entwicklung. Das bedeutet eigentlich auch, dass man innerhalb der Psychomotorik die motorische Entwicklung sehr stark als interdisziplinäres Phänomen betrachtet. Heutzutage“ (K: Z. 47-54)

6. Kognitive Entwicklung

6.1 Einfluss auf kognitive Entwicklung-Methode-Setting

„Wenn ich mit Piaget und den Erkenntnissen der entwicklungsneurologischen Forschungen davon ausgehe, dass die Basis aller kognitiven Leistungen die

Sensomotorik bzw. die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt darstellt, ist die Psychomotorik geradezu prädestiniert jene Erfahrungsräume bereitzustellen, in denen Kinder wichtige Erfahrungen machen können. Unser Gehirn entwickelt sich in dem Maße wie wir es verwenden und daher ist es notwendig, den Kindern konkrete Erfahrungen zu ermöglichen. Im Sinne von „begreifen“ kommt von „greifen“. Im Erwachsenenalter und vor allem in der Altenarbeit geht es vornehmlich um Flexibilität. Eingeschränkte Bewegungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erkennen, zu akzeptieren ist der erste Schritt. Der nächste wäre dann die Motivation, selbstständig neue, den veränderten Möglichkeiten angepasste Handlungskompetenzen zu finden. Die Psychomotorik ist demnach kein kognitives Lernprogramm zur Steigerung der Gedächtnisleistung, sie ist ein Konzept, das versucht integrative Lernprozesse anzuregen und damit zum lebenslangen Kompetenzerwerb zu motivieren“ (V: Z. 86-100)

„Mit der kognitiven Entwicklung gibt's aus psychomotorischer Sicht ein paar interessante Spezialitäten. Es gibt ja inzwischen eine sehr starke Bewegung die auch von Josef Voglsinger angestoßen wird: das sogenannte „Bewegte Lernen“ oder „Bewegte Klasse“ oder „Bewegter Unterricht“. Dahinter steckt eigentlich die Beobachtung des Phänomen, dass wir über die Eigentätigkeit des Kindes, wir den symbolischen Raum, den Sprachraum, also den kognitiven Raum aufgebaut sehen durch ein inneres Vorstellungsbild des Kindes. Dieses innere Vorstellungsbild, der Aufbau innerer Bilder ist in den Neurowissenschaften bestätigt worden. Wir haben dort unglaubliche Auswirkungen in der Entwicklung. Das heißt dass was sich das Kind innerlich Vorstellt entspringt eigentlich psychomotorischen Beziehungssystemen, sozusagen, die es hoffentlich in seiner Entwicklung Handlungssicher gemacht haben. Das heißt, dass die äußere Handlungssicherheit wiederum, an innerer Handlungssicherheit gekoppelt wird, und das bedeutet über den Aufbau innerer Bilder eigentlich in das Zentrum kognitiver Entwicklung einzusteigen, in den Aufbau der Symbolik und der Symbolhandlung. Das heißt Spracherfahrung. Das heißt weiter definiert Kulturtechniken, das heißt lesen, schreiben, rechnen. Das heißt Erfolg in der Schule. Insofern ist der- ist ähm Bewegung eng verbunden mit dem Aufbau von Vorstellungen von möglichen zukünftigen Bewegungen. Das ist die reine Kognition. Also der enge Zusammenhang von Wahrnehmung, Bewegung und Lernen ist innerhalb der Psychomotorik ganz typisch. Und-und das ist so ein bisschen eine... das... meine berufsspezifische Spezialität ist eigentlich zu sagen dass wir über Bewegung, Willensvorstellung, mitten in der Kognition sind. (I: Mhm.) K: „Das heißt, dass die Psychomotorik sich eigentlich viel, viel stärker noch einmischen sollte in schulische Fragestellungen, in Fragestellungen der Lernorganisation. Auch von Fächern die scheinbar gar nichts mit Psychomotorik zu tun haben“ (K: Z. 57-84)

7. Neurose-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnisreaktion

7.1 Psychosomatik

„Jede Störung oder Krankheit ist aus meinem Verständnis immer psychosomatisch oder somatopsychisch zu interpretieren. Überwiegen die psychischen Anteile, bzw. ist aus der Diagnose erkennbar, dass psychische Traumata als Mitauslöser der Störung angenommen werden können, ist nach eingehender medizinischer Abklärung eine Psychotherapie indiziert“ (V: Z. 107-11)

„Das ist ja das was wir in der psychosomatischen ähm Forschung feststellen. Diese Verwobenheit. Das ist auch in der Psychomotorik auch im Grunde diese Verbindung zwischen körperlichem und der Erlebensseite“ (K: Z. 91-93)

„Ja. Ich würde empfehlen unbedingt das ernst zu nehmen, und aufzugreifen als klare Grenzlinie. In dem Moment wo wir psychische Störung haben, bedeutet dass Psychotherapie. Es gibt natürlich in der Verwobenheit von Somatischen und Psychischem gibt's da ähm auch Unklarheiten oder Unschärfen. Ich würde also -von der psychomotorischen Seite her, dringend dazu raten bei psychogenen Problemen sehr früh schon psychotherapeutische Beratung in Anspruch zu nehmen oder auch zusätzlich Psychotherapie getrennt zu initiieren“ (K: Z. 98-104)

7.2 Neurose

(I: „2. So viel aber ist sicher, daß wir neurotische Erscheinungen vorläufig nur mit dem Mittel der Psychotherapie zum Verschwinden bringen können.“)

„Dem kann ich vollinhaltlich zustimmen. Im Kindesalter ist es von großem Vorteil über psychomotorische Spielangebote ein Vertrauensverhältnis zum Kind aufzubauen – die konkreten Spielhandlungen des Kindes bieten ein weites Feld zur psychodynamischen Bearbeitung. Psychomotorische Prozesse im Lichte psychodynamischer, tiefenpsychologischer Reflexion gewinnen an Bedeutungsgehalt. Psychotherapeutische Prozesse (Übertragung, Gegenübertragung) werden in der psychomotorischen Handlung deutlicher und damit bearbeitbar. Um diesen Vorteil sehen, richtig einschätzen und damit nutzen zu können, ist jedoch eine Psychotherapieausbildung notwendige Bedingung“ (V: Z. 114-122)

7.3 Persönlichkeitsentwicklungsstörung

„Es ist schwierig, die exakte Grenze zwischen Entwicklungsverzögerung und Entwicklungsstörung zu ziehen. Welchen Anteil hat das soziale Umfeld an der „Störung“? Wie weit gelingt es systemisch zu intervenieren um auch die Rahmenbedingungen für die

Entwicklung verändern zu können? Ist das Kind nur Symptomträger? An erster Stelle bedarf es in solchen Fällen einer sehr gewissenhaften psychologischen, psychotherapeutischen und eventuell auch psychomotorischen Diagnostik. In den meisten Fällen einer Entwicklungsverzögerung ist die Methode der psychomotorischen Förderung sicher eine gute Wahl. Bei der Vielzahl der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (nach ICD 10; F6) ist eine Psychotherapie indiziert“ (V: Z. 135-144)

„Beispiel Autismus-Schule für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen-Wahrnehmung-Schnittlinie mit Psychomotorik; aber Kinderpsychotherapeutische arbeiten“ (K: Z. 168-169)

7.4 Erlebnisreaktion

„Vorrangig ist die Psychomotorik keine angemessene Methode zur Behandlung einer Anpassungsstörung. Wie in der vorhergehenden Frage jedoch bereits ausgeführt, können unter bestimmten Voraussetzungen (Psychomotoriker ist auch Psychotherapeut) psychomotorische Interventionen hilfreich sein. Im Normalfall ist parallel zur Psychotherapie ein psychomotorisches Förderangebot durchaus vorstellbar. Sowohl im Einzelsetting als auch in der Kleingruppe können wieder positive Erfahrungen gemacht werden, die bei der Verarbeitung der traumatischen Ereignisse unterstützend wirksam werden können“ (V: Z. 125-132)

(I: Ist Psychomotorik eine angemessene Methode bei einer Erlebnisreaktion?)

„Nein. Zum Beispiel Renate Eckert hat als Psychomotorikerin zusätzliche Traumatherapeutische Ausbildung-Supervision! Psychotherapie mit motorischen Elementen; Richtiger Umgang beim Aufleben von Situationen“ (K: Z. 162-165)

8. Protektive Faktoren

„Fehlende protektive Faktoren können nicht ersetzt werden. Im konkreten Erleben ist es jedoch möglich, neue positive Erfahrungen zu sammeln. Diese überlagern die negativen Erlebnisse und werden im Laufe der weiteren Entwicklung zu neuen Handlungsmustern und führen zu veränderten Problemlösungsstrategien“ (V: Z. 146-149)

„Resilienzforschung-Kinder mit schwierigen Entwicklungsbedingungen (zum Beispiel Alkoholiker-Eltern) aber trotzdem gute Entwicklung-andere zerbrechen daran; Woher kommt die Stärke? Mindestens eine gute Beziehung muss vorhanden sein; jemand der

sagt: „Du bist toll!“, Beziehung durch Psychomotoriker – zeitlich, finanzielles Problem – durch jahrelange schlechte Erfahrungen schwierig; Person die positiv Rückspiegelt-ermöglicht Selbstvertrauen“ (K: Z. 175-180)

9. Persönlichkeit des Therapeuten

9.1 Eigenschaften, Fähigkeiten und Persönlichkeit

„Für die Arbeit mit Kindern ist die wichtigste Voraussetzung, sich gerne mit Kindern zu beschäftigen, mit ihnen zu spielen, sie in ihrem Sosein wahrzunehmen, ihnen Kompetenzen zuzutrauen und nicht die Absicht, sie nach den eigenen Vorstellungen zu instrumentalisieren“ (V: Z. 157-160)

„das Hauptinstrument des Mototherapeuten ist die Person selbst; lt. Petzold ist das Instrument der eigenen Person ein zu entwickelndes; bei Körperpsychotherapie muss ein Nachweis erbracht werden dass der Therapeut an sich selbst arbeitet durch Mediation, Selbsterfahrung...; Personen die kaum Spielerfahrung und Humor haben sind eher ungeeignet; Qualifikation: Spiel; wenn Sensorien mehr entwickelt sind können Kinder besser gefördert werden; Selbsterfahrung!!! (Überschneidung) im Spielbereich“ (K: Z: 182-188)

9.2 Erwerb der Fähigkeiten

„Eine umfassende Ausbildung, entwicklungstheoretische, psychologische und pädagogische Kenntnisse sind notwendige, jedoch noch keine hinreichenden Bedingungen für den Beruf als PsychomotorikerIn oder PsychotherapeutIn. In der Psychomotorikausbildung fehlt es im Gegensatz zur Psychotherapieausbildung an verpflichtender Selbsterfahrung. Zwar gibt es sicher einen engen Zusammenhang zwischen der Wahl der Ausbildung und der Persönlichkeitsstruktur des Psychomotorikers, jedoch wird es m.E. nur im Verlauf einer Einzel- und Gruppenselbsterfahrung möglich, die persönliche Eignung, die Fähigkeit, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, zu erkennen. Wichtig ist es, in den jeweiligen Situationen flexibel auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen ohne der Willkür zu verfallen und klare Strukturen vorzugeben, in denen sich die uns anvertrauten Kinder frei entfalten können“ (V: Z. 164-171)

9.3 Grenzen

„Die persönliche Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung, ist gewiss die wichtigste und bedeutenste Aufgabe, die jede(r) PsychomotorikerIn individuell für sich klären muss“ (V: Z. 173-175)

„Also darum frühzeitig Bremsklötze einziehen und nicht mit Psychomotorik zu weit in die Fragen von psychischen Gestaltungsmöglichkeiten hinein. Frühzeitig Beratung suchen und dann eventuell auch ein Therapiewechsel ermöglichen“ (K: Z. 111-113)

„Ich persönlich erkenne es in der Arbeit daran, dass ich-dass mir unwohl ist, dass ich die Sonanzen in mir selbst abspüre als Diagnostiker; dass ich ähm ratlos bin als Psychomotoriker; dass ich innerhalb verschiedener Verhaltensweisen mich erklären kann. Und ich merke eigentlich, dass das psychomotorische Spielangebot keine Wirkung zeigt. Es muss zur Eigentätigkeit und zur Eigeninitiative führen. Wird dann auch das schönste psychomotorische Setting zu Verzweiflungsreaktionen des Kindes führen. Also das ist wirklich ein Anzeichen dafür, das psychische Probleme im Vordergrund stehen können. Das bedeutet, dass wir zusätzlich Beratungsmöglichkeiten suchen müssen, als Psychomotoriker. Meine Idee ist als Psychomotoriker da auch eine Grenze zu ziehen und zu sagen und auch offen zu legen, dass das nicht meine Profession ist. An der Stelle muss es Psychiatrisch oder Psychotherapeutisch sein“ (K: Z. 118-129)

„Aber in dem Moment wo Kinder sich zurückziehen und das Angebot nicht annehmen, und ich spüre das an dem eigenen Unwohlsein, das etwas nicht stimmen kann, ist unbedingt auch Beratung hinzuzuziehen“ (K: Z. 137-139)

„Ja, oder auch natürlich Diagnosestellungen die vorliegen - den Entwicklungsbericht. Also da muss man sehr genau schauen von welcher Ausgangslage man eigentlich jetzt auch ausgeht. Es sind ja oft auch von der Familie her, von den Eltern her, von dem Hintergrund, Hinweise auf ärztliche Diagnosen. Die können schon da sein, oder sie wären neu zu erstellen“ (K: Z. 142-146)

„Ja, und heute gibt's ja die Idee der Runden Tische, dass man sich miteinander austauscht. Aber auf alle Fälle eine zweite Meinung suchen. Ganz wichtig! Oder auch das Gespräch mit den Kinderärzten und Kinderärztinnen. Also auf alle Fälle sich sozusagen kundig machen über den Tellerrand der Psychomotorik hinaus. Das wäre ganz wichtig“ (K: Z. 150-155)

„Grenze der Psychomotorik: „Wenn es nicht nur lustig ist“; Mehrperspektivisches Vorgehen bei beispielsweise schizophrenen Krankheitsbildern; Blick der anderen Disziplinen ist wichtig-eine Person könnte überfordert sein; Transdisziplinär; alle gleichberechtigt in der Zukunft?“ (K: Z. 169-173)

„eigene körperliche Reaktion; Anspannung; Verwirrtheit; Unwohlsein; Wut-Versuch zu kompensieren; Alarmzeichen: „Es ist nicht lustig.“; Wahrnehmung (mit dem Körper als Instrument) von Beziehungsstörung; offenlegen wo man nicht weiterkommt; Psychotherapeutische Supervision; nicht zu viel zutrauen (Krankheitsbilder die mit meinen Mitteln nicht beeinflussbar sind) aber auch nicht überdramatisieren“ (K: Z. 190-194)

„Diagnostik im Psychiatrischen Bereich; Sprachliche Defizite, wie zum Beispiel Stottern oder Dysgrammatismus, können nicht beeinflusst werden; Stützung; Spaß im Spiel, Sozialverhalten üben –aber nicht ursächliche Therapie, sondern förderliche Präventivmaßnahme; kann Psychotherapie nicht ersetzen“ (K: Z. 198-201)

Interviews Psychotherapeuten

1. Angaben zur Person

1.2 Ausbildung im Psychosozialen Bereich-Beruflicher Werdegang-Spezialisierung

„Ich bin klinische Psychologin und Psychotherapeutin. Von der Psychotherapeutischen Methode Individualpsychologin. Hab 10 Jahre, damals noch an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendneuropsychiatrie-jetzt Kinder und Jugendpsychiatrie-gearbeitet, und bin dann in die Praxis gegangen und bin seit der Gründung der SFU hier zuständig für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie-das ist eine Abteilung. Und unterreichte im Studiengang Psychotherapiewissenschaften und im Wahlpflichtfach und im Fachspezifikum Individualpsychologie“ (S: Z. 6-12)

„Spezialisierung sind natürlich Kinder und Jugendliche und dabei wieder abgesehen von der Psychotherapie einen Schwerpunkt und das ist die Diagnostik und Behandlung von Teilleistungsschwächen“ (S: Z. 14.-16)

„Systemische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin“ (P: Z. 2)

„Quellberuf: Biomedizinische Analytikerin; Psychosozialer Bereich:
1.Abschnitt Psychologiestudium, Propädeutikum; Fachspezifikum (systemische Familientherapie); Zusatzausbildung: Kinder- und Jugendpsychotherapie; Praktische Erfahrung: Ambulante systemische Therapie, Familien- und Paarberatungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Freie Praxis; Systemische Psychotherapie; Kinder- und Jugend, Familien; Methodisch: systemisch, hypnosystemisch“ (P: Z. 4-11)

„Studium Psychologie; Ausbildung Klinische- und Gesundheitspsychologin; Psychotherapieausbildung (Systemische Familientherapie)“ (M: Z. 2-3)

„AKH- Strahlentherapie und Strahlenbiologie; AKH- Kinder- und Jungendonkologie; SHH- Schweizerhaus Hadersdorf (stationäre Drogentherapie); Justizanstalt Favoriten (Drogentherapie); Frauen- und Familienberatungstelle der Lichtblick Neusiedl See; Psychosoziales Akutteam NÖ (Krisenintervention); Praxis für Psychotherapie und Psychologie; Wahlpsychologin für klinisch-psychologische Diagnostik; Systemische Familientherapeutin (Kinder, Jugend und Erwachsene)“ (M: Z. 5-12)

2. Ziele der Psychotherapie - Entwicklungsförderung - Heilung

„Die Heilung von seelischen Leidenszuständen“ (S: Z. 18)

„Ist implizit denn seelische Leidenszustände blockieren die Entwicklung, hemmen die Entwicklung, beeinträchtigen die Entwicklung und wenn die seelischen Leidenszustände erfolgreich behandelt werden, fördert das natürlich implizit die Entwicklung. Aber es ist nicht das primäre Indikationsziel der Psychotherapie“ (S: Z. 20-23)

„Stärkung der Selbstwirksamkeit, Entdecken der Ressourcen, Stärken der Fähigkeiten, lösungsorientierter Ansatz, Bewältigung von Krisen“ (P: Z. 13-14)

„Innere Anteile, die sich im Laufe der Zeit nicht ausreichend entwickeln konnten, tun dies im Zuge der Psychotherapie. Es kommt zu einer Entwicklung der Persönlichkeit in Richtung Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit“ (P: Z. 16-18)

„Heilung passiert. Messbar an der Verringerung des Leidensdrucks und der Anliegen des Klienten“ (P: Z. 20-21)

„Psychotherapie verfolgt Veränderung und Unterbrechung von leidbringenden Mustern“ (M: Z. 14-15)

(Entwicklung) „Förderung von Defiziten mittels Ressourcen“ (M: Z. 17)

(Heilung) „Ressourcenstärkung individuell“ (M: Z. 19)

2.1 Altersbegrenzung

„Da gibt's eigentlich keine Altersgrenzen. Es ist nur so, je jünger das Kind ist, wenn ich jetzt an 2-3 jährige denk dann ist üblicherweise die Psychotherapeutische Arbeit mit den Eltern und nicht mit dem Kind. Aber es gibt keine Altersgrenze nach unten. Es gibt ja mittlerweile auch schon die Säuglingspsychotherapie in der Disziplin“ (S: Z. 25-28)

„Da wird sehr viel über... Da geht's eigentlich um Bindung. Das is etwas wo wir ganz stark uns auf Bowlby beziehen müssen. Da geht's um die Interaktion und die Kommunikation zwischen dem Säugling und der ersten primären Bezugsperson“ (S: Z. 30-32)

„...beziehungsweise in der Interaktion mit beiden. Es ist schon auch mit beiden was drum geht dass die Eltern-meistens die Mutter-die Signale des Säuglings entsprechend interpretieren kann, entsprechend beantworten kann. Oder zum Beispiel auch dieses – ähm- diesen Zugang versteht dass die Emotionalität im Säuglingsalter ja eine ist, die mit der, der engsten Bezugsperson eng verschmolzen ist. Das heißt dass der Säugling oft das ausdrückt dass eigentlich ein Gefühl der Mutter ist“ (S: Z. 35-41)

„Ab Säuglingsalter. Systemische Psychotherapie arbeitet u.a. mit zwischenmenschlicher Interaktion. Dies ist bereits im Säuglingsalter möglich. (Mutter-Kind-Interaktion)“ (P: Z. 23-25)

„Psychotherapie ab dem Alter wo Sprache und Logik (Zusammenhänge) angewandt werden können“ (M: Z. 21-22)

3. Psychische Entwicklung

3.1 Einfluss auf psychische Entwicklung-Methode-Setting

„Das ist ja das primäre Anliegen der Psychotherapie dass sie die psychischen Leidenszustände dieser kleinen Patienten behandelt und daher natürlich Einfluss nimmt auf die psychische Entwicklung“ (S: Z. 45-47)

„Das ist Methodenspezifisch sehr unterschiedlich. wenn wir ähm von der Tiefenpsychologischen Psychotherapie ausgehen letztlich als Individualpsychologin, dann hat die Kinder und Jugendlichenpsychotherapie unterschiedliche Sprachen. Das heißt das gesprochene Wort ist immer weniger im Vordergrund je jünger das Kind ist. Es sind mehr die Methoden des symbolischen Ausdrucks im Spiel indem das Kind seine psychischen Leidenszustände die es nicht in Worte fassen könnte darstellt. Und der Therapeut auch in dieser selben Sprache die das Kind wählt antwortet. Also vom Setting her ist es üblicherweise ein Einzelsetting. Meine Methode natürlich in der systemischen Therapie gibt's andere Settingformen wo die gesamte Familie miteinbezogen ist“ (S: Z. 49-58)

„Psychotherapie behandelt die Psyche der Klienten altersentsprechend und angepasst an die kognitive Entwicklungsstufe“ (P: Z. 27-28)

„Systemische Psychotherapie bietet ein breit gefächertes Methodenspektrum. Angefangen von systemische Gesprächstherapie, Entspannungsverfahren, Tranceübungen, kreative Methoden, hypnosystemische Methoden, outdoor-Sitzungen, therapeutische Spaziergänge ... Auswirkungen: d. TherapeutIn spricht mehrere Ebenen/Kanäle des Klienten an (visuell, auditiv, taktil, etc), individuelle Behandlung ist dadurch möglich. Einzel, Paare, Familien, Gruppen“ (P: Z. 31-35)

„Förderung und Ressourcenstärkung in der Therapie sowie Umlegung auf den Alltag außerhalb des geschützten Therapierahmens. Einzel, Gruppen, Elternberatung und Familiensetting“ (M: Z. 24-26)

4. Soziale Entwicklung

4.1 Einfluss auf soziale Entwicklung-Methode-Setting

„Das ist nicht die Zielsetzung der Psychotherapie, sondern wir müssen-sie sind ja von Friedrich betreut- die kindliche Entwicklung verstehen als das Zusammenspiel von Emotion, Kognition, Sozialisation und somatischer Entwicklung. Und daher ist in dieser Wechselwirkung der emotionalen Leidenszustände auch die soziale Entwicklung betroffen. Das heißt wenn die psychische Entwicklung des Kindes ganzheitlich betrachtet wird bedeutet das auch natürlich einen Fortschritt in der sozialen Entwicklung aber Psychotherapie ist nicht Förderung-Behandlung“ (S: Z. 61-67)

(I: Aber wenn ein Kind irgendwie soziale Probleme hat dann muss das ja auch behandelt werden.)

„Dann muss zuerst einmal herausgefunden werden woran liegt das. Das ist eine Frage der Diagnostik und dann entsprechend den diagnostischen Ergebnissen die Indikation. Und bei einer Psychotherapie die geeignete Form... Natürlich können soziale Probleme eine Ebene der Symptomatik der psychischen Störungen sein“ (S: Z. 68-73)

„Durch die innerpersonellen Veränderungen während des Psychotherapieprozesses, verändern sich meist auch soziale Faktoren. Einige Faktoren verändern sich mit, andere fallen weg, weil sie nicht mehr passen und andere kommen neu dazu. Systemische Familientherapie betrachtet das Individuum im zugeordneten sozialen Netz. Dadurch sind sowohl Veränderungen des Klienten als auch der sozialen Bezugspunkte möglich. Einzel, Paare, Familien, Gruppen“ (P: Z. 37-42)

„Glaube, dass man die 4 Entwicklungsgruppen nicht einzeln betrachten kann, sondern im Gesamten parallel erfolgen sollte“ (M: Z. 29-30)

5. Motorische Entwicklung

5.1 Einfluss auf motorische Entwicklung-Methode-Setting

„Ist nicht Anliegen der Psychotherapie“ (S: Z. 75)

„Sofern Interventionen auf der Körperebene in den therapeutischen Prozess eingebettet werden, kommt es u.a. zu motorischer Weiterentwicklung. Diese sind jedoch nicht

Hauptbestandteil der Psychotherapie. Wenn der Psychotherapeut keine Veränderungen / Verbesserungen feststellt, wird er/sie den Klienten an andere Berufsgruppen weiterempfehlen, die darauf spezialisiert sind. Kreative Methoden im Zuge der Systemischen Psychotherapie. zB Arbeiten mit Materialien, mit Pezziball, Gleichgewichtsübungen, Konzentrationsübungen. Einzel, Familien, Gruppen“ (P: Z. 44-50)

6. Kognitive Entwicklung

6.1 Einfluss auf kognitive Entwicklung-Methode-Setting

„Auch nicht Anliegen der Psychotherapie, aber wiederum ganzheitlich betrachtet ist natürlich eine Beeinflussung einer Ebene auch in ihren Auswirkungen einer anderen Ebene wie zum Beispiel die XXX durchaus zu beachten“ (S: Z. 77-79)

„Neurobiologisch betrachtet passiert kognitive Entwicklung aufgrund der vielen neuen Stimuli (neue Sichtweisen, neue Ideen, neue Erfahrungen, Integration der Gefühle und Gedanken, Neuorientierung, zirkuläres Fragen ...), welche in der Psychotherapie durchgehend angeregt werden. Systemische Psychotherapie bezieht sämtliche Bestandteile/Personen etc. des sozialen Umfeldes des Klienten mit ein. Dem Klienten wird ermöglicht, verschiedene Sichtweisen um ihn herum und seine eigene zu betrachten und entsprechend zu integrieren. Dies und v.m. führt zu einer Erweiterung der kognitiven Entwicklung. Einzel, Paare, Familien, Gruppen“ (P: Z. 52-59)

7. Neurose-Persönlichkeitsentwicklungsstörung-Erlebnisreaktion

7.1 Psychosomatik

„Psychogen ist durch seelische Zustände verursacht und da ist die Methode der Wahl Psychotherapie“ (S: Z. 92-93)

„Natürlich sind wir da im Bereich der Psychosomatik oder auch der Somato-psychischen Störungen und da spielt immer die körperliche Seite eine massive Rolle, wie zum Beispiel der kindliche Kopfschmerz sehr stark im zunehmen Begriffen ist als eine psychosomatische Erkrankung“ (S: Z. 96-99)

„Wenns eine psychosomatische Erkrankung ist: ja. Natürlich bei allen somatischen Störungen. Das ist aber nicht speziell Kind und auch nicht speziell Kopfschmerz ist vorher eine medizinische Abklärung unbedingt notwendig. Denn nichts ist schlimmer als wenn

man Kopfschmerz mit Psychotherapie behandelt und in Wirklichkeit ist es ein Hirntumor“
(S: Z. 102-106)

„Psychotherapie sollte sowohl bei somatischen als auch psychischen Problemen angewandt werden, da diese nicht zu trennen sind“ (M: Z. 38-40)

7.2 Neurose

„Das ist die Indikation der Psychotherapie die neurotische Störung“ (S: Z. 114)

7.3 Persönlichkeitsentwicklungsstörung

„Wenn sie von einer Erlebnisreaktion sprechen, also von einer Diagnosegruppe die eine psychische Störung umschreibt, dann ist das wiederum unter dem Übertitel psychische Störung. Und bei psychischer Störung ist die Psychotherapie die Methode der Wahl“ (S: Z. 120-123)

„Bei der Persönlichkeitsentwicklungsstörung gehen wir davon aus dass der Mensch in seinen Ich-Strukturen beeinträchtigt ist. Das heißt das ist eine sehr langwierige, sehr aufwendige vor allem Psychotherapeutische Intervention, wo vor allem die Prozessanalyse der psychotherapeutischen Beziehung im Vordergrund steht, (...)“ (S: Z. 134-138)

(I: ist Psychotherapie bei einer kindlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörung eine angemessene Methode?) „ja“ (P: Z. 65)

(I: ist Psychotherapie bei einer kindlichen Persönlichkeitsentwicklungsstörung eine angemessene Methode?) „Ja“ (M: Z. 51)

7.4 Erlebnisreaktion

„Selbstverständlich ebenso. Wollens sie jetzt die Einteilungen von Spiel. Aber das brauch ich ihnen nicht sagen das kennen sie aus der Vorlesung. Das sind alles Indikationen für eine Psychotherapie mit unterschiedlichen Arten damit umzugehen natürlich“ (S: Z. 125-128)

„Naja, grob-grob gesprochen bei einer Erlebnisreaktion gehen wir davon aus dass ähm die psychische Störung die dieser Mensch hat durch etwas was außerhalb von ihm

passiert ist-durch ein Trauma bedingt ist, das seine Verarbeitungskapazitäten überschreitet“ (S: Z. 131-134)

„(...) während die Erlebnisreaktion kurzfristiger ist und eine punktuelle Intervention ist“ (S: Z. 138-139)

(I: ist Psychotherapie bei einer Erlebnisreaktion auf ein traumatisches Ereignis eine angemessene Methode?)

„ja“ (P: Z. 62)

8. Protektive Faktoren

„Ersetzt nicht, aber ausgeglichen. Das adaptive Potential eines Kindes ist ja die Summe seiner Vulnerabilitätsfaktoren und der protektiven Faktoren. Das Fehlen von protektiven Faktoren ist bei unterschiedlicher Resilienz natürlich das was zur Psychischen Störung letztlich maßgeblich beiträgt und die Psychotherapie kann die nicht ersetzen, aber sie kann die Beeinträchtigungen die dadurch entstanden sind helfen zu verarbeiten, helfen auszugleichen. Allerdings muss man da Berücksichtigung, dass weitere fehlende protektive Faktoren keine Lösung im Sinn der Gesundheit oder Heilung bedeuten kann dadurch. Allgemeine Umweltfaktoren die ein Kind braucht für ein gesundes aufwachsen kann man durch Psychotherapie nicht ersetzen“ (S: Z. 141-150)

„Ich kann behandeln was passiert ist, aber ich kann nicht ausgleichen was fehlt-was jetzt im hier und jetzt fehlt“ (S: Z. 152-153)

„Ja. Je nach Alter des Klienten werden fehlende p.F. durch Psychotherapie erfahren oder bekommen eine andere Bedeutung in der Gegenwart“ (P: Z. 67-68)

(I: können fehlende protektive Faktoren durch Psychotherapie ersetzt werden?) *„Ja durch Lern- und Beobachtungsprozesse“ (M: Z. 53)*

9. Persönlichkeit des Therapeuten

9.1 Eigenschaften, Fähigkeiten und Persönlichkeit

„Das ist vor allem die Empathie. Und das ist das was wir in der Psychotherapieforschung auch die Passung nennen zwischen Patienten und dem Therapeuten. Es ist die Mentalisierungsfähigkeit. Es ist die Fähigkeit zur Introspektion und zur Selbstreflexion, die von den Persönlichkeitseigenschaften her in den Vordergrund zu stellen sind. (..)

Das die in ihrer Persönlichkeit zusammenpassen. Es ist ja der best-ausgebildete Therapeut muss nicht unbedingt für jeden Patienten der Beste sein“ (S: Z. 172-179)

„Um das Gelernte dann erfolgreich in die Praxis umzusetzen braucht er hohe Denkflexibilität (v.a. im Kinder- und Jugendbereich), Empathie, Kreativität, Selbstreflexion usw“ (P: Z. 76-78)

„Vertrauen ist eine der Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie. Stimmt die Chemie zwischen Klient und Therapeut, wird die Therapie zu 99% gelingen“ (P: Z. 85-87)

„Authentizität, Empathie“ (P: Z. 90)

„Die Therapeutische Beziehung ist wohl die Wichtigste, gefolgt von Intuition und fachlichem Wissen“ (M: Z. 59-60)

„Ruhig, ausgeglichen und viel Feingefühl und Wertschätzung den Klienten gegenüber“ (M: Z. 65-66)

9.2 Erwerb der Fähigkeiten

„Naja. Ist interessant dass sie das fragen, weil das ist ein Teil unserer Ausbildungsforschung hier. Die Persönlichkeitsfaktoren des Therapeuten sind ja etwas das sich im Zuge seiner Ausbildung auch verändert. Wenn jemand jetzt eine Tiefenpsychologische Ausbildung macht, macht er ja eine umfangreiche Selbsterfahrung, in der genau diese Komponenten reflektiert, weiterentwickelt und zum Beispiel auch in der Mentalisierungsfähigkeit ein anderes Niveau erreicht. Aber auch wenn er besonders talentiert wäre-und das gibt's. Es gibt besondere Talente. Kann er ohne Ausbildung nicht zu dem kommen. Also es is nix... ma wird nicht als Psychotherapeut geboren. Man wird mit Talenten zum Psychotherapeuten zur Psychotherapie in diese Ausbildung einsteigen“ (S: Z. 161-170)

(I: Das heißt es gibt also bestimmtes Potential das da ist, dass ma einmal haben muss damit ma in dem Bereich arbeiten kann, und dann durch die Ausbildung wird das dann vielleicht noch vertieft oder...) „Vertieft, erweitert, natürlich auch verändert. Aber ich brauch nicht nur die Talente sondern ich brauch auch Behandlungstechnik. Ich brauch auch Rüstzeug um damit umgehen zu können“ (S: Z.183-185)

„Die Ausbildung vermittelt einem Psychotherapeuten einen gewissen Grundstock an Methodik und ein theoretisches Konstrukt, worauf er sich bei seiner Hypothesenbildung bezieht“ (P: Z. 74-76)

„Zum einen sind einem gewisse Fähigkeiten in die Wiege gelegt worden und im eigenen sozialen Kontext erlernt. Zum anderen werden die Fähigkeiten durch großes Interesse an Menschen und deren Biographien, sowie Verhaltensbeobachtung usw gefördert“ (P: Z. 80-83)

„Therapeutische Intuition und Feingefühl kann man nicht lernen, das ist eine Gabe“ (M: Z. 62)

9.3 Grenzen

„Das ist eine Frage meiner Fähigkeit zur Selbstreflexion. Aber ich würde hoffe das es gar nicht so weit kommt dass meine Grenzen überschritten sind, sondern dass ich bemerke dass ich an meine Grenzen stoße. Und das kann ich jetzt nicht allgemein beantworten. Das ist eine sehr persönliche sehr individuelle Frage welche Signale, welche eigenen Signale man entsprechend wahrnehmen kann. Aber die Selbstreflexion und die Introspektion sind also ganz, ganz zentral in der Psychotherapie“ (S: Z. 188-194)

(I: Hat das dann auch etwas mit den eigenen Erfahrungen zu tun wenn man jetzt sagt zum Beispiel... wenn man irgendwelche... wenn man persönliche Anteile spürt irgendwie oder Dinge wo man vielleicht... die man vielleicht selber in der Vergangenheit erlebt hat und dann einem irgendwie wieder einholen dadurch das man...)

„Das is... wenn ichs jetzt... ich antworte immer aus der Sicht der Tiefenpsychologie. Wenn mich das in der Therapie beeinträchtigt dann heißt das es ist in meiner Ausbildung etwas über geblieben. Denn grad die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen ist eine sehr Hilfreiche in der Psychotherapie. Genau das zu erkennen was hat das mit meiner Geschichte zu tun Aber da liegt auch in meiner Verantwortung meine eigenen Grenzen zu erkennen. Sozusagen das ist eine Selbsterfahrung mit der-die hindert mich daran mit einer bestimmten Gruppe von Patienten zu arbeiten“ (S: Z. 195-207)

„Ja allerdings muss man sich dessen bewusst sein dass es nie sein darf das man hineintappt. Das ist eben genau der wesentliche Anteil in der Selbsterfahrung, dass ich meine Gegenübertragung reflektieren, analysieren und nutzbar machen kann für den Prozess“ (S: Z. 209-212)

(I: Gibt's auch bestimmte Symptomatiken von Kindern, dass man sagt: Ok, wenn das Kind jetzt so reagiert dann merk ich, ich schaffs mit meinen Mitteln nicht weiterzumachen?)

„Das gibt es sicherlich, aber es gibt keine allgemeinen. Sondern es gibt sicherlich individuelle Bedingungen für jeden Psychotherapeuten wo er sagt: da ist meine Grenze.

Die Kindertherapie ist ja eine sehr unmittelbare Form der Begegnung. Hat da ganz große Unterschiede zur Erwachsenentherapie. Es sind oft weniger die Reaktionen des Kindes sondern viel öfter die Reaktionen oder die Interaktionen mit den Erwachsenen die das Kind umgeben wo vor allem die jungen Therapeuten in Schwierigkeiten kommen und wo eben dieses Thema der Gegenübertragung eine Rolle spielen kann. Das ist ein ganz wichtiger Anteil in der Supervision. Also Selbsterfahrung und Supervision, früher hat man das Kontrollanalyse genannt, ist ein essentieller Bestandteil. Aber es gibt natürlich Therapeuten die halten aggressive Kinder schlecht aus. Es gibt Therapeuten die halten ungepflegte Kinder schlecht aus. Es gibt Therapeuten die halten depressive Kinder schlecht aus. Ja, es gibt so viel“ (S: Z. 216-227)

„Ziel ist natürlich, dass dieses Spektrum der -ähm- Varianten die ich schlecht aushalte klein wird. Das muss nicht auf null gehen- das ist ein-ein Omnipotenzanspruch, aber das diese Spektrum möglichst klein wird. Und wenn dann das auftaucht ist es immer wichtig für mich zu wissen, was ist es jetzt, das mich in Schwierigkeiten bringt“ (I: Wie kann ich das Ziel erreichen, dass das möglichst klein ist?) „Mit der Supervision. Selbstverständlich mit Supervision“ (S: Z. 230-236)

„Nein, nein, das ist sicherlich etwas das sich auch durch die Erfahrung verändert, dass man eine bestimmte emotionale Äußerungen eines Kindes immer weniger als bedrohlich erlebt als am Anfang noch. Das was üblicherweise das Problem ist, dass es Verhaltensweisen oder Reaktionen von Kindern gibt, die dem Therapeuten Angst machen“ (S: Z. 240-244)

„Angst machen, jetzt gar nicht so sehr dass er sich vor dem Kind fürchtet-gibt's auch, aber das ist nicht das Thema-sondern das größere Thema ist dass diese Not und Verzweiflung die das Kind darstellt, den Therapeuten oft überschwemmt. Und da kann es sein dass er sich dadurch überfordert fühlt. Ich leite auch Ausbildungen, und da kenn ich das von jungen Therapeuten, und auch von meiner eigenen Ausbildungszeit“ (S: Z. 246-251)

„Gefühl der Ohnmacht. Orientierungslosigkeit“ (P: Z. 92)

„Psychotherapie ist eine von vielen Möglichkeiten um Heilung oder Linderung zu erfahren, aber sicher nicht das einzige Mittel der Wahl, dies kommt auf das Individuum und deren Einstellungen an“ (M: Z. 43-45)

„Wenn die Neutralität, Neugier und Motivation/Freude an der Arbeit nicht mehr gegeben sind“ (M: Z. 68-69)

„Symptomatiken, welche einem nicht mehr neutral bleiben lassen, weil wir selbst betroffen sind/waren...“ (M: Z. 73-74)

Curriculum vitae

geb. am 24. März 1985 in Hainburg an der Donau (AT)

Seit Oktober 2004	Diplomstudium in Pädagogik Schwerpunkte: Heil- und Integrative Pädagogik Psychoanalytische Pädagogik
September 2009-Juni 2011:	Lehrgang Psychomotorische Förderung
1999-2004	Pannoneum: Höhere Lehranstalt für Wirtschaft, Neusiedl am See, Ausbildungszweig: Internationale Kommunikation in der Wirtschaft
1995-1999	Hauptschule Hainburg/Donau
1991-1995	Volksschule Bad Deutsch-Altenburg