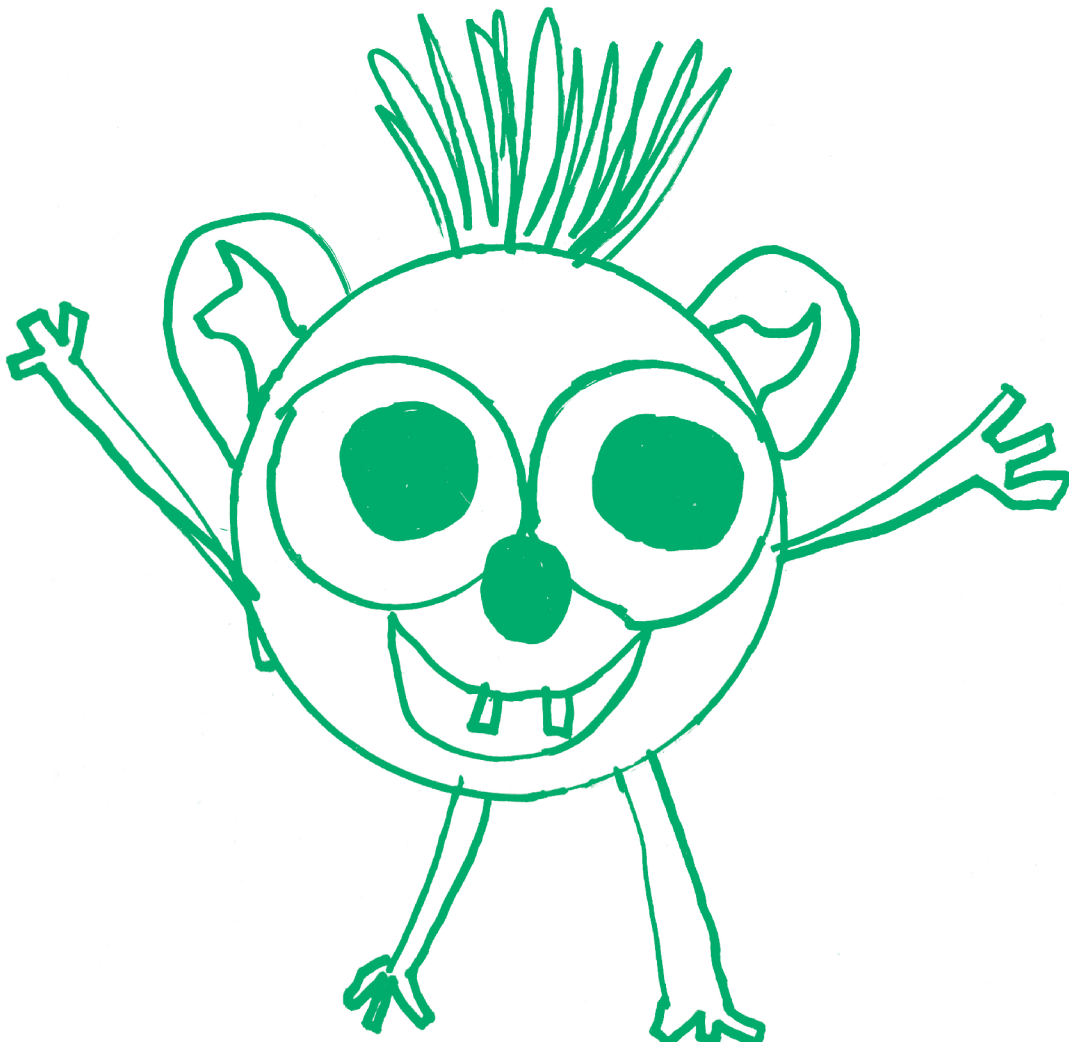


Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Studiengang Psychomotoriktherapie
Bachelor Arbeit

Emotionsräume **Das Unsichtbare sichtbar machen**

Für eine kreative Psychomotorik Therapie



Eingereicht von: Bianca Brunner & Allegra Eisendle
Begleitung: Prof. Dr. phil. Beatrice Uehli Stauffer
Mai 2021

Inhaltsverzeichnis

Abstract

1 Einleitung

- 1.1 Begründung der Themenwahl
- 1.2 Ziel und Fragestellung
- 1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

2 Konzeptbegründung

- 2.1 Grundlagen für unser therapeutisches Selbstverständnis und unsere Arbeitsweise
- 2.2 Therapeutisches Selbstverständnis als verinnerlichter «Safe Place»
- 2.3 Berufspolitische Aufklärung welche Förderbereiche die PMT abdecken kann
- 2.4 Psychomotorischer Ansatz von Seewald
- 2.5 «Emotionsräume – unser Angebot» (Onepager, s. Beilage)

3 Theoretische Grundlagen

- 3.1 Grundbedürfnisse
 - 3.1.1 Grundbedürfnisse nach Grawe
 - 3.1.2 Grundbedürfnisse in der Pesso-Therapie
- 3.2 Emotionen
 - 3.2.1 Wozu sind Gefühle gut? Wie finden wir einen Zugang zu Ihnen?
- 3.3 Methodenauswahl für die «Emotionsräume»
 - 3.3.1 Lösungsorientierter Ansatz nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg
 - 3.3.2 Ressourcenaktivierung durch kreatives Arbeiten
 - 3.3.3 Visualisieren
 - 3.3.4 Künstlerische Metapher
 - 3.3.5 Safe Place
 - 3.3.6 Embodiment

4 Emotionsräume zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen (Informationsbroschüre, s. Beilage)

5 Diskussion und Reflexion

- 5.1 Zusammenfassung unseres Arbeitsprozesses
- 5.2 Ergebnisse: Antworten auf die Forschungsfragen
- 5.3 Kritische Reflexion
- 5.4 Ausblick

6 Literaturverzeichnis

7 Abbildungsverzeichnis

Abstract

Sozio-emotionale Kompetenzen sind Basiskompetenzen, die entscheidend für eine gelingende und glückliche Schullaufbahn sowie für allgemeines psychisches Wohlbefinden sind. In die Psychomotorik Therapie kommen immer mehr Kinder mit Auffälligkeiten im sozio-emotionalen Bereich. Gleichzeitig ist eine Therapie stets nur dann erfolgreich, wenn ein Transfer in den Alltag stattfindet. Auch stellt die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern eine herausfordernde und komplexe Situation dar. Den Gefühlen der Kinder (aber auch jenen der Eltern), wie Angst, Trauer, Wut, Aggression und Gleichgültigkeit, gilt es professionell und authentisch zu begegnen. Um ein professionelles Beziehungsgeschehen sicherstellen zu können, ist ein klares therapeutisches Selbstverständnis im Sinne eines eigenen, verinnerlichten, professionellen und sicheren Ortes vorteilhaft. So taucht das Safe Place-Konzept in unserer Arbeit im doppelten Sinn auf. Nicht nur für die Kinder, sondern auch als Ressource für unsere Haltung als Therapeutinnen. Daher stellte sich uns die Frage, wie man sozio-emotionale Kompetenzen bei den Kindern fördern, die Lehrpersonen und Eltern für dieses Thema sensibilisieren und gleichzeitig eine interdisziplinäre und systematische Zusammenarbeit vorantreiben kann? Diesen Fragen wird in der vorliegenden Arbeit mittels eines Entwicklungsprojekts nachgegangen.

Für die Bekanntmachung des Projekts «Emotionsräume zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen» wird den Lehrpersonen ein Booklet abgegeben, welches die Emotionsräume erläutert und bilderreich illustriert.

1. Einleitung

1.1 Begründung der Themenwahl

Der ausschlaggebende Beweggrund für das Verfassen dieser Arbeit liegt einerseits in dem Bedürfnis, uns besser auf den Berufseinstieg vorzubereiten und von Anfang an eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen anzustreben. Andererseits in dem Bestreben, die Psychomotorik – im Sinne eines Förderangebots in einem pädagogischen Kontext – als einen therapeutischen Beruf zu verstehen und den Fokus auf die Stärkung der innerpsychischen Prozesse der Kinder zu legen. In unserer Ausbildung an der HfH hätten wir uns oft gewünscht, der Schwerpunkt läge verstärkt auf dem Wissenschaftsverständnis der Psychologie mit seinen vielfältigen verhaltenstherapeutischen Interventionsprogrammen. Wir sind der Überzeugung, dass Raum schaffen und das Begleiten von Prozessen, entscheidende Faktoren für eine positive kindliche Entwicklung sind. Dabei spielen kreative Prozesse eine besonders wichtige Rolle.

Somit möchten wir mit dieser Arbeit einerseits unser Wissen in Bezug zur emotionalen Entwicklung und Förderung von Kindern nochmals vertiefen und festigen, andererseits im intensiven Dialog immer wieder hinterfragen, für welche therapeutische Haltung wir persönlich einstehen möchten. Ebenso wollen wir durch das erarbeitete Fachwissen das Angebot «Emotionsräume» – ein psychomotorisches Förderangebot zu sozio-emotionalen Kompetenzen – entwickeln und somit eine Brücke in die Praxis schlagen. Dabei soll auch unser Erfahrungsschatz aus unseren früheren beruflichen Tätigkeiten als Bildende Künstlerin sowie Kulturwissenschaftlerin zum Tragen kommen.

Die Psychomotoriktherapie wird im Kanton Zürich vorwiegend als therapeutisch-pädagogische Intervention definiert, die primär bei Kindern im Alter zwischen 4 und 8 Jahren eingesetzt wird, um sie bei motorischen Schwierigkeiten zu unterstützen. In unseren Praktiken begegneten uns oft Kinder, die auf rein funktionaler, motorischer Ebene nicht besonders auffällig waren, dennoch ein unruhiges oder gehemmtes Verhalten an den Tag legten. Die Kinder hatten Probleme, sich selbst und ihre Gefühle auszudrücken, wiesen eine kurze Konzentrationsspanne auf, waren schwierig zu motivieren und ihr kreativer Ausdruck war blockiert. Wie es der Name Psychomotorik schon vermuten lässt, spielt in dieser Therapieform auch die Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen beziehungsweise psychischer Gesundheit eine elementare Rolle. Genau dort wollen wir als Therapeutinnen ansetzen.

1.2 Ziel und Fragestellung

Das Ziel unserer Arbeit ist es, ein Förderangebot zu sozio-emotionalen Kompetenzen von Kindern zwischen 4 und 8 Jahren – 1. Zyklus des Lehrplanes der Volksschule – zu entwickeln. Ebenso wollen wir ganz generell unsere Haltung für eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Psychomotorik Therapie – abgestützt auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Entwicklungs-, Kognitions- und Emotionspsychologie – nach Aussen kommunizieren.

Unser Förderangebot «Emotionsräume» umfasst thematisch jeweils eine bestimmte Emotion respektive das zugrundeliegende Grundbedürfnis, welches räumlich (szenisch), bewegungsbasiert und gestalterisch mit einem einzelnen Kind – oder in einer Kleingruppe – in einem «Emotionsraum» erfahrbar gemacht werden kann.

Unser grosses Anliegen ist es, ein Konzept zu erarbeiten, welches uns den Austausch mit den zuständigen Lehrpersonen erleichtert. Wir möchten den Lehrpersonen einen Einblick in unsere Arbeitsweise ermöglichen, was zu Transparenz und Klarheit in der Zusammenarbeit beitragen sowie den Austausch und die gemeinsame Reflexion fördern soll. Aufgrund von unseren Praktika-Erfahrungen sehen wir im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit generell noch Handlungsbedarf, wenn es darum geht, Lehrpersonen und Psychomotorik Therapeutinnen einander näher zu bringen.

Wir sind der Überzeugung, dass es positiv für das Berufsbild der Psychomotorik ist, wenn wir uns aktiv zeigen und neue, innovative Wege gehen. Somit tragen wir dazu bei, unser Berufsbild immer wieder neu zu überdenken. Wir glauben, dass nur auf der Basis einer guten Beziehung die für den Erfolg der Therapie wichtige Kooperation zwischen Therapeutinnen und unseren Interaktionspartnern, den Lehrpersonen und Eltern, entstehen kann. Daher wäre es zusätzlich möglich, dieses Konzept auch mit Anregungen für die Erziehungsberechtigten Zuhause zu erweitern.

Als Produkt wird das Thema der einzelnen Emotionsräume, der Ablauf der jeweiligen Interventionsstunden und unsere künstlerisch-psychomotorische sowie bedürfnis- und ressourcenorientierte Arbeitsweise bilderreich in einem Booklet zusammengefasst. Dieses Booklet kann beim Antritt unserer neuen Arbeitsstelle an alle zuständigen Lehrpersonen abgegeben werden. Das theoretische Grundwissen hinter den Interventionsstunden möchten wir den Lehrpersonen auf Wunsch im Rahmen einer Infoveranstaltung persönlich vermitteln.

Aus diesen Zielsetzungen ergeben sich folgende zwei Fragestellungen:

1. Wie stärken wir unser auf bedürfnis- und ressourcenorientierten Theorien basierendes therapeutisches Selbstverständnis als Psychomotorik-Therapeutinnen, wie beeinflusst dies unsere therapeutische Arbeitsweise und wie kommunizieren wir diese gegen Aussen?
2. Wie fließen diese Erkenntnisse in die konkrete psychomotorische Arbeit mit Kindern mit Auffälligkeiten im emotionalen Bereich ein?

1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Bei dieser Arbeit handelt es sich um ein Entwicklungsprojekt, in dessen Zentrum das Erarbeiten eines psychomotorischen Förderangebots zu sozio-emotionalen Kompetenzen steht. Aufgrund des begrenzten Zeitraums richten wir unseren Fokus auf die theoretischen Grundlagen, das Entwerfen und Gestalten der «Emotionsräume» und deren Dokumentation, welche an die Lehrpersonen, eventuell in angepasster Form auch an die Eltern, abgegeben werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt wird keine Evaluation des psychomotorischen Förderangebots durchgeführt, da dies den zeitlichen Rahmen sprengen würde.

Der Aufbau der Arbeit gestaltet sich in drei Teilen: der Konzeptbegründung (Kapitel 2), den theoretischen Grundlagen (Kapitel 3) und der Projektdokumentation des Förderangebots «Emotionsräume» (Kapitel 4). Am Ende eines jeden Themenbereichs wird ein Fazit gezogen, in dem die wichtigsten Punkte in Bezug auf die Fragestellung zusammengefasst werden. Dabei sollen die Erkenntnisse aus dem Theorie-Teil in die Ideenfindung und Planung der einzelnen Interventionen in den «Emotionsräumen» integriert werden. Mit einer Diskussion und Reflexion (Kapitel 5) möchten wir die Arbeit abschliessen.

2. Konzeptbegründung

2.1. Grundlagen für unser therapeutisches Selbstverständnis und unsere Arbeitsweise

Dieses Kapitel fasst die Grundlagen zusammen, die für unsere therapeutische Haltung und Arbeitsweise als Psychomotoriktherapeutinnen wegweisend sind. Unser therapeutisches Selbstverständnis und unsere Arbeitsweise möchten wir hier anhand des Sinnbilds eines dynamischen Systems vorstellen, welches von Wechselwirkungen geprägt und bewegt wird.

Die von Grawe (Kapitel 3.1.) definierten Grundbedürfnisse stehen im engen Zusammenhang mit den Basis-Emotionen (Freude, Wut, Ärger und Trauer, Kapitel 3.3.). Diese emotionalen Zustände sind ein zuverlässiges Anzeichen, ob die Grundbedürfnisse von Kindern und Bezugspersonen verletzt oder befriedigt werden. Auch unser Fokus auf die kindlichen und familiären Ressourcen lässt sich aus dem systematisch-lösungsorientierten Ansatz ableiten (Kapitel 4.2.). Genauso prägt eine ganzheitlich-systematische Betrachtungsweise unser Menschenbild, das im Sinne der humanistischen Psychologie die Wechselbeziehungen emotionaler, sozialer, motorischer, kognitiver und somatischer Prozesse betont (vgl. Amft, Boveland, Hensler Häberlin & Uehli Stauffer, 2011, S.5).

Neben Seewalds sinnverstehendem Ansatz (Kapitel 2.3.), Bergs und De Shazers lösungsorientiertem Ansatz (Kapitel 4.2.) und Grawes Konzept der Grundbedürfnisse (Kapitel 3.1.), haben uns zahlreiche andere (Kinder)-Psychotherapeut*Innen mit ihren Ansätzen für die «Emotionsräume» inspiriert. So etwa Donald Winicotts Konzept der Übergangobjekte, Marianne Bentzens Modell zur neuroaffektiven Persönlichkeit und Erik Eriksons Stufenmodell der krisenhaften Entwicklung. Zusätzlich zu den Grundbedürfnissen werden, wenn möglich, stets der individuelle und neuroaffektive Entwicklungsstand sowie kindliche Abneigungen und Vorlieben (z.B. in Bezug zu Objekten und Räumen) mit einbezogen, um eine entwicklungsgerechte Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen.

Weitere Einflüsse auf unsere Arbeit erkennen wir in unseren Vorbildungen und vielseitigen beruflichen Tätigkeiten im Bereich der Kunst und Kultur. Dabei verstehen wir den Begriff der Kunst weit und zählen neben bildnerisch-gestalterischen Komponenten auch tänzerische, theatralische, szenografische und musikalische Aspekte dazu (Kapitel 3.5).

Weiter wird aufgezeigt, wie wir die gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf unser therapeutisches Selbstverständnis in unserer Arbeitsweise in den «Emotionsräumen» anwenden (Kapitel 4). Als Psychomotorik-Therapeutinnen fördern wir die Entwicklung von Kindern mit Bewegungsangeboten und – in unserem Fall speziell – auch mit zielführenden künstlerisch-sinnlichen Interventionen, damit die Kinder neue Erfahrungen sammeln und Defizite aufholen können. Über die Bewegung und den Ausdruck von Gefühlen können die Kinder sichtbar machen, ob sie Freude, Trauer, Angst oder Wut empfinden (vgl. Gasser-Müller & Buchmann, 2019, S.149). Ziel ist es, dass die Kinder lernen, ihre Emotionen zu differenzieren und zu verstehen (vgl. Gasser-Müller & Buchmann, 2019, S.150). Diese Kompetenz nennt man Mentalisieren. So lernen sich die Kinder spielerisch besser kennen und können leichter Selbstverantwortung und Selbständigkeit entwickeln. Zudem erweitern sie ihre Sozialkompetenzen und bauen ein stärkeres Vertrauen in sich und in die Mitmenschen auf. Auch das sogenannte Validieren («es ist wirklich gefürchig und du darfst Angst haben!») nimmt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle ein. Bei Trauer, Angst und Wut ist es unsere Aufgabe, diese Gefühle angemessen anzuerkennen. Danach gilt es, die Energie des Kindes im Sinne des lösungsorientierten Ansatzes mit einem Perspektivenwechsel in die entgegengesetzte Richtung zu lenken und erfahrbar zu machen, dass trotz allem das Leben weiter geht und unbefriedigte Grundbedürfnisse nachgenährt werden können (vgl. Gasser-Müller & Buchmann, 2019, S.150). Im Sinne von Vygotsky ermitteln wir dabei mit den Kindern auch, wo ihre nächste emotionale «Lernzone» liegt, sodass sie in den «Emotionsräumen» weder über- noch unterfordert sind. Wir achten darauf, dass die Angebote den Kindern ermöglichen, an das anzuknüpfen, was sie bereits können (vgl. Bentzen, 2016, S.13). Schliesslich gehört es zu unserem therapeutischen Selbstverständnis, dass wir die eigene Mentalisierungsfähigkeit mit regelmässigen Supervisionen stärken. Über diese mehrgleisigen Zugänge und die Weiterentwicklung unserer eigenen Persönlichkeit als wichtige Ressource der therapeutischen Kompetenz, möchten wir uns mit den «Emotionsräumen» für die Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen und psychischer Gesundheit von Kindern einsetzen.

Fazit

Wir haben uns mit der Problemstellung, wie wir unser therapeutisches Selbstverständnis und unsere Arbeitsweise gezielt nach Aussen hin kommunizieren wollen, intensiv beschäftigt. Das Resultat dieser Auseinandersetzung wird nachfolgend erläutert. Aus den oben beschriebenen Beweggründen haben wir im Rahmen dieser Bachelorarbeit ein spezifisches Angebot zur Förderung von sozio-emotionalen Kompetenz von Kindern im (Vor)-Schulalter zusammengestellt. Ein Angebot, mit dem wir Lehrpersonen dazu ermutigen wollen, auch Kindern mit sozio-

emotionalen Schwierigkeiten für die Psychomotorik anzumelden und ihnen damit eine Möglichkeit bieten, ihre eigene Stimme zu finden. Wir haben dazu einen «Onepager» entworfen (siehe Beilage), welchen wir bei Antritt unserer Stelle an alle Lehrpersonen im Schulhaus verteilen werden. Dies mit dem Ziel, das Berufsbild der Psychomotorik auch in Hinblick auf Schüler mit herausforderndem Verhalten ohne motorische Auffälligkeiten bekannter zu machen und gleichzeitig von Anfang an eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen anzustreben. Die Stärkung unseres therapeutischen Selbstverständnisses als bedürfnis- und ressourcenorientierte Psychomotorik-Therapeutinnen, die auf die Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen spezialisiert sind, ist ein zentrales Anliegen dieser Arbeit.

2.2. Therapeutisches Selbstverständnis als verinnerlichter «Safe Place»

Inwiefern kann nun ein klares therapeutisches Selbstverständnis die Weichen für eine gute Beziehung und eine funktionierende Kooperation zwischen den Kindern, Eltern, Lehrpersonen und Schulleitenden legen? Dieser Fragen wollen wir in diesem Abschnitt nachgehen.

In der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern befinden wir uns immer in einer herausfordernden und komplexen Situation. Um ein professionelles Beziehungsgeschehen sicherzustellen und auch einen therapeutischen Optimismus beibehalten zu können, braucht man unserer Meinung nach und in Anlehnung an Gahleitner, Katz-Bernstein und Pröll-List, ein klares therapeutisches Selbstverständnis im Sinne eines eigenen, verinnerlichten, professionellen und sicheren Ortes. Dieser sichere Ort oder Selbstverständnis braucht klare Grenzen, um zwischen Eigenem und Fremden unterscheiden zu können.

Kinder mit herausforderndem Verhalten stellen uns zudem öfters vor die Entscheidung, entweder in die Rolle einer «Polizistin» oder in jene eines Coachs zu schlüpfen. Während die «Polizistin» diejenigen «überführt», die Regelverstösse begehen und sie «bestraft», blickt der Coach eher mit einem ressourcen- und lösungsorientierten Blick auf die Situation. In den «Emotionsräumen» möchten wir so häufig wie möglich den Hut des Coachs tragen und positives Verhalten verstärken. Gerade weil es um das möglichst freie Erleben und Ausdrücken von Emotionen geht, dürfen klare Regeln jedoch nicht fehlen. So gilt es zu differenzieren, wann die «Polizistin» punktuell gefragt ist, um mit Grenzen und Regeln konstruktiv zur Orientierung beizutragen. Im Grunde lassen sich die Regeln der «Emotionsräume» insofern auf einen Punkt bringen: Erstens, tun wir uns und niemandem sonst weh und zweitens, machen wir kein Material kaputt.

Im Sinne einer lösungs-, bedürfnis- und ressourcenorientierten Haltung begegnen wir dem Kind mit einer neugierigen Demut für seine Weltsicht und versuchen so leicht und kindsgerecht zu bleiben, wie es nur geht. Die Kinder stehen in unseren «Emotionsräumen» im Zentrum und wir sehen sie als Experten*innen für ihr eigenes Problem und auch für die Lösung, die für sie passt. So nehmen wir uns möglichst zurück und verstehen uns primär als Expertinnen für die Gestaltung der Räume und des Therapieprozesses. Für unser therapeutisches Selbstverständnis steht das emotionale Verstehen der Geschichte und der Bedürfnisse der Kinder an erster Stelle. Es ist ein gemeinsames Herantasten, welche Interventionen für das Kind und seine Entwicklung hilfreich sein könnten. Diese Interventionen können dann auf körperlicher, symbolisch-kognitiver und emotionaler Ebene miteinander verknüpft werden. Nur eine Verknüpfung aller drei Ebenen wird dem Kind in seiner Einzigartigkeit gerecht. So handelt es sich immer um ein dialogisches Gestalten von mentalen, emotionalen und physischen Prozessen. Als Therapeutinnen formulieren wir im Grunde also «nur» Hypothesen, geben Raum und stellen passende Fragen. Wir nehmen aber niemals an, dass wir über das Innenleben des Kindes Bescheid wissen. Das Kind in seiner Autonomie und Ressourcen zu stärken, ist dabei ein aktiver Entscheid. Wir glauben, dass wir dafür nicht jemand sein müssen, der über das Kind Bescheid weiss, sondern jemand, der mit Respekt der Welt des Gegenübers begegnet und achtungsvoll unterstützende Hypothesen aufstellt und mit Neugierde die Antwort des Kindes aufnimmt.

2. 3. Berufspolitische Aufklärung welche Förderbereiche die PMT abdecken kann

Die PMT wird im Kanton Zürich als sonderpädagogische Massnahme definiert, die primär bei Kindern im Alter zwischen 4 und 8 Jahren und in Ausnahmefällen bis zu einem Alter von 12 bis 13 Jahren eingesetzt wird, um sie bei motorischen Schwierigkeiten zu unterstützen. Laut Volksschulgesetz des Kantons Zürich (2007) darf in der Regel maximal der folgende Anteil von Schüler*innen der jeweiligen Stufe eine Therapie erhalten: 15 % auf Kindergartenstufe, 12 % auf Primarstufe und 2 % auf Sekundarstufe (vgl. Amft, Boveland, Hensler Häberlin, Uehli Stauffer, 2011). Wie der Name Psychomotorik vermuten lässt und die Studie Amft und Amft (2003) belegt, spielt in dieser Therapieform die Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen und psychischer Gesundheit eine wesentliche Rolle. 83 % der Kinder besuchen die PMT wegen motorischer Probleme und 49% wegen affektiven Auffälligkeiten (vgl. Amft & Amft, 2003). Die Studie zeigt weiter auf, dass leichte motorische Auffälligkeiten eher Folgeerscheinungen von psychosozialen Ursachen sind. Verhaltensauffälligkeiten mit affektiver Symptomatik sind überdies eine zunehmende Ursache, wieso Kinder die PMT besuchen – dazu zäh-

len auch Hyperaktivität und motorische Gehemmtheit (vgl. Amft & Amft, 2003). Emotional kompetente Kinder sind zudem erwiesenermassen schulisch erfolgreicher als Kinder, denen diese Kompetenzen fehlen (Emotionen erkennen, Emotionen regulieren, soziale Situationen verstehen, sozial kompetent handeln nach IDS-SEK (Grob, Meyer & Hagmann von Arx, 2009); (vgl. Petermann und Wiedebusch, 2016). So regt der Lehrplan 21, besonders im ersten Zyklus, die Förderung der emotionalen Entwicklung an, indem konkrete sozio-emotionale Kompetenzen und Ziele formuliert werden (vgl. www.lehrplan21.ch). Auffälligkeiten im psychomotorischen Bereich zeigen sich im Alltag in unangemessenen Bewegungen oder unangemessenem Umgang mit anderen Menschen. Die Website der Therapiestelle Bülach des Kantons Zürichs liefert eine Liste mit anschaulichen Beispielen (vgl. www.buelach.ch/themen/bildung/fachstelle-therapien).

Auffälligkeiten im Verhalten:

- das Kind kann anderen nicht in angemessener Nähe / Distanz begegnen
- es bleibt häufig in einer Zuschauerrolle
- es hat Mühe, Spielideen oder Aufträge von Aussen zu übernehmen
- es kann im Spiel nicht verlieren
- es gelingt ihm kaum, einen inneren Impuls zurückzuhalten
- es findet schwer zu konzentrierter und ausdauernder Arbeit
- es bleibt Einzelgänger
- es hat Mühe, seine eigenen Gefühle zu spüren oder zu regulieren
- es leidet häufig an mangelndem Selbstvertrauen

Wenn ein Kind im Alltag unter seinen Schwierigkeiten zu leiden beginnt, sich zurückzieht, mutlos, ängstlich oder aggressiv wird, muss das ernst genommen werden. Kinder verfügen bis zu einem gewissen Alter noch über keine Sprache, um ihren Gefühlen passende Worte zu verleihen. Dies kann zu dysfunktionalen Problemlösestrategien und auffälligem Verhalten führen. Verhaltensweisen, die für Lehrpersonen unerwünschte Folgen mit sich bringen können, für die Kinder selbst im Moment jedoch schlichtweg der bestmögliche Lösungsversuch darstellen. Für uns Therapeuten wiederum sind dies wertvolle Signale, die auf ein wichtiges Bedürfnis des Kindes hinweisen und uns im Bereich der PMT ein entscheidendes Werkzeug in die Hände legen.

Fazit

Die «Emotionsräume» möchten wir bestmöglich auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Kinder ausrichten und individualisieren. Dabei möchten wir auch der Tatsache Rechnung tragen, dass circa 80 % der Kinder in der PMT Jungen und circa 95 % der Therapeutinnen weiblich sind (vgl. Amft & Amft, 2003). Die emotio-

nalen Erfahrungsräume werden deshalb gemeinsam mit den Kindern gestaltet, auch weil wir sie als aktive Akteure ihrer eigenen Entwicklung ansprechen und ihnen Sicherheit vermitteln wollen. So entsteht jedes Mal ein neuer Safe Place, der wie eine kleine Bühne das Kind einlädt, sich im geschützten Rahmen zu zeigen, seine Stärken zu explorieren und neue Erfahrungen zu sammeln, die ihm subjektiv sinnvoll und bedeutungsvoll erscheinen und die wir im Sinne von Seewald verstehen möchten. Denn jedes Kind ist anders und braucht beim Ausdrücken, Erleben und Reflektieren von Emotionen unterschiedliche Impulse, sodass die starken mit den schwachen Anteilen verbunden werden können.

Schliesslich lebt im Einen ein Träumer, im Anderen vielleicht doch mehr ein kleiner Frechdachs oder ein wirblicher Wildfang, welchem wir gerecht werden wollen. Was so selbstverständlich klingt, ist in Tat und Wahrheit ein ständiges Suchen und Finden. Ein Suchen und Finden seitens des Kindes selbst sowie auch ein Suchen und Finden seines Umfelds – selbstredend auch des schulischen und therapeutischen Umfelds.

2.4. Der Verstehende Ansatz von Jürgen Seewald

Die Psychomotorik entwickelte sich von einer neurologischen bewegungstheoretischen hin zu einer tiefenpsychologischen und phänomenologischen Sichtweise. Nicht Symptombeseitigung, sondern Entwicklungsförderung der ganzen Persönlichkeit ist gefragt – ein Zusammenwirken psychischer, sozialer, kognitiver und motorischer Fertigkeiten, die sich gegenseitig beeinflussen. Die gesamte Persönlichkeit, das Kind mit all seinen Facetten steht im Zentrum, was sich oft in seiner emotionalen Befindlichkeit spiegelt. Wir beziehen uns in dieser Arbeit auf den Verstehenden Ansatz von Jürgen Seewald. Für unser therapeutisches Selbstverständnis liegt das Hauptaugenmerk der Psychomotorik Therapie in der Beziehungsgestaltung und im Verstehensprozess des Kindes und dessen Umfeldes. Der Verstehende Ansatz wurde anfangs der 1990er Jahre von einer Gruppe Motologen um Jürgen Seewald entwickelt. Er entstand aus einer Lücke im Kompetenzorientierten/Handlungsorientierten Ansatz von Schilling, bei dem das Kind nur strukturell erfasst wurde. Das heisst, man beobachtet wie sich das Kind bewegt oder eine Handlung ausführt, aber nicht was das Kind bewegt. Das subjektive Erleben kam zu kurz – das Spielthema wurde ausgeblendet. Die Sprache des Kindes ist jedoch das Spiel, im Spiel kann das Kind wichtige Lebensthemen ausdrücken. Die Lücke bestand also darin, die Bewegung nicht nur als Muster und Mittel zum Zweck zu sehen, sondern auch als bedeutungsvoll und dem Selbstzweck dienlich (vgl. Seewald, 2007, S. 13).

Verstehen und Verstanden werden sind zentrale menschliche Bedürfnisse, vielleicht die wichtigsten überhaupt. Die Sinnfindung und das Verstehenwollen stehen im Zentrum des Menschseins. In unserer westlichen Kultur finden Menschen den Sinn nicht automatisch. Auch Kinder müssen heute bereits immer mehr wählen und Entscheidungen treffen, was sie wollen, mit wem sie spielen möchten etc. Der Mensch muss den Sinn erst suchen. Für Kinder ist das Gefühl verstanden zu werden besonders wichtig, nur so erhalten sie die Sicherheit, die nötig ist, um sich zu entwickeln und schliesslich autonom zu werden.

Seewald unterscheidet vier verschiedene Strukturierungsformen des Verstehens:

Hermeneutisches Verstehen

Den expliziten Sinn von dem verstehen, was ein Kind sagt oder tut. Wie muss das Ganze (der Kontext eines Kindes) sein, damit beispielsweise das ängstliche Verhalten eines Kindes darin einen Sinn bekommt? Dabei ist zu beachten, dass wir jemanden immer nur vorläufig verstehen. Ein neues Detail kann das Ganze verändern. Durch die zirkuläre Struktur ist der Verstehensprozess immer im Fluss und nie abschliessbar. Seewald vergleicht den Verstehensakt überdies mit der Kunst – somit ist er ein schöpferischer Akt (vgl. Seewald, 2007, S. 26- 27).

Therapeutisches Selbstverständnis

Gefundene Hypothesen über das Verhalten eines Kindes können durch Zirkularität und Kontextfaktoren gestützt oder verworfen werden, bleiben jedoch vorläufig und unabschliessbar.

Phänomenologisches Verstehen

Richtet sich auf den impliziten Sinn, auf das wie einer Körperhaltung, Bewegung, Ausstrahlung. Die phänomenologische Theorie ist die komplexeste Verstehenstheorie. Jeder Mensch verfügt über Sensoren, die ihm in der Kindheit helfen zu überleben, indem sie für Gefühle wie Behagen und Unbehagen, Bevorzugung und Ablehnung, sowie Abschreckung und Anziehung sorgen. Und dies ohne dass wir wissen, wieso wir uns in einem Moment so fühlen.

Leibphänomenologisches Verstehen versucht nicht mit dem Kopf zu verstehen, es ist vielmehr ein sich Öffnen für das Spüren – das leibliche Erspüren – beispielsweise was für eine leibliche Empfindung löst ein Kind bei mir aus? Wie erlebe ich den Raum, das Material, das Objekt? Auch hier gibt es wieder einen sehr engen Bezug zur Kunst – ästhetische Erkenntnis ist immer angewiesen auf Körperlichkeit. Künstler nutzen leibliche Befindlichkeitsäusserungen bewusst zur Klärung des künstlerischen Prozesses, welcher schliesslich durch den Gestaltungsprozess

auf eine symbolische Ebene transformiert wird. Seewald bezeichnet künstlerische Sensibilität als Grundkompetenz um verstehend arbeiten zu können (vgl. Seewald, 2007, S. 27- 31).

Therapeutisches Selbstverständnis

Der Versuch zu verstehen und nicht zu erklären. Man wartet ab, was das Kind tut, schaut es sich genau an. Es geht darum, das Thema des Kindes zu erkennen. Nicht versuchen zu erklären, wieso das so ist oder woher das kommt. Weg von einer zielorientierten Aufmerksamkeit hin zu einer offenen, freien Aufmerksamkeit. «Ich schau, was im Moment passiert», dies ist oft leiblich wahrzunehmen. Das Verstehen ergibt sich dann oft vielfach im Nachhinein. In der Situation selbst sollte man sich nichts vornehmen.

Tiefenhermeneutisches Verstehen

Ähnlich wie beim Traum, der nach Freud auf den Mechanismen der Verschiebung, Verdichtung und der bildlichen Darstellung beruht, versucht die Therapeutin – als Begleiterin – die Logik der unbewussten Symbolisierung zu verstehen.

Tiefenhermeneutisches Verstehen sucht nach dem Sinn im vermeintlichen Unsinn. Ein Kind das beispielsweise von seiner Mutter abgewiesen wurde, zeigt ein soziales Verhalten, das weiterhin Ablehnung hervorrufen wird, obwohl es eigentlich Zuwendung möchte. Das Kind versucht, aus seinem Kongruenzbedürfnis heraus, die eigene Prophezeiung wahr werden zu lassen. Tiefenhermeneutisches Verstehen richtet sich auch auf Übertragung und Gegenübertragung. Während dies zentrale Konzepte in der psychoanalytischen Behandlungslehre sind, ist es im Verstehenden Ansatz anders, da dient dieses Konzept lediglich dazu, die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu erweitern (vgl. Seewald, 2007, S. 34-35).

Therapeutisches Selbstverständnis

Das Verstehen der Symbole im kindlichen Spiel kann im Dienste der Abwehr stehen. Spielthemen sind dann starr, ritualisiert und können nicht verändert werden. In so einem Fall ist es sinnvoll, das Kind einem psychotherapeutisch geschulten Therapeuten zu übergeben. In der Psychomotorik Therapie stehen «die Spielsymbole im Dienste der Selbstwerdung, indem sie eine Form darstellen, in der die unbewussten Anteile des Menschen sich ausdrücken und integriert werden können» (Seewald, 2007, S. 34).

Beim Verstehen von Bildern und Assoziationen braucht es, ähnlich wie beim leibphänomenologischen Verstehen, eine absichtsvolle Absichtslosigkeit und eine Öffnung für den Moment. Weiter bilden die Grenzen des Selbstverstehens (blinde Flecken) die Grenzen des Fremdverstehens. Ebenfalls birgt der Verstehende

Ansatz die Gefahr einer Überinterpretation. Das Arbeiten mit dem Verstehenden Ansatz soll daher mit Supervisionen begleitet werden.

Dialektisches Verstehen

Dialektisches Verstehen sieht den Widerspruch nicht als unverträglich, sondern als positives, vorantreibendes und veränderndes Element für Entwicklungsprozesse. «In der Negation steckt stets ein Moment von schöpferischer Aufhebung und Umwandlung» (Seewald, 2007, S. 39).

Winnicotts Übertragungsobjekt illustriert das gut: Das Kind hat den Wunsch nach Nähe und Verbundenheit sowie gleichzeitig nach Autonomie und Ablösung. Das Übergangsobjekt (ein Teddybär) stellt sowohl die Seite der Nähe dar (er ist weich) als auch jene der Ablösung (es ist ein eigenständiges Objekt, nicht die Mutter). Durch den Teddy verschmelzen in diesem Beispiel These und Antithese und gehen eine Synthese ein. Die Nähe wird bewahrt, die Ablösung ermöglicht und somit schreitet die Autonomieentwicklung voran.

Therapeutisches Selbstverständnis

Fragen aufwerfen, die das Gegenteil aufdecken. Wo ist die Wut bei einem nur braven Kind? Wo der Wunsch geliebt zu werden, bei einem zornigen Kind? Wie geht ein Kind mit Trennung um? Kann ein Kind eine widersprüchliche Gefühlslage im Sinne einer Synthese auflösen? Nimmt man als Therapeutin (unbewusst) einen Gegenpart zum Verhalten eines Kindes ein (vgl. Seewald, S. 38-41)?

Fazit

Die Quintessenz der Verstehenstraditionen für den Verstehenden Ansatz. «[...] fördert das leibphänomenologische Verstehen den Sinn erst zu Tage, indem es den impliziten Sinn thematisiert. Das tiefenhermeneutische Verstehen erreicht Sinnprovinzen, die unbewusst und emotional «verwickelt» sind. Das dialektische Verstehen richtet sich auf den Widerspruch als eine dynamische Entfaltungsform von Sinn. Alle diese Formen liefern dem hermeneutischen Verstehen den expliziten Sinn. Hier werden die Mosaiksteine zu einer verstehbaren Geschichte zusammengefügt» (Seewald, 2007, S. 39).

2.5. Emotionsräume zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen
(Onepager, s. Beilage)



Angsthase



Prinz



Grossmaul



Wildfang



Träumer



Frechdachs

3 Theoretische Grundlagen

3.1 Grundbedürfnisse

3.1.1 Grundbedürfnisse nach Grawe

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen zu den Themenbereichen Grundbedürfnisse, Emotionen und lösungsorientierte sowie künstlerische Methoden erschaffen. In einem weiteren Schritt werden diese Erkenntnisse aus der Theorie, am Ende der jeweiligen Unterkapitel, mit einem Fazit in Bezug auf die Relevanz in der Psychomotorischen Praxis abgeschlossen.

Bei den psychischen Grundbedürfnissen stützen wir uns auf das Modell der vier postulierten menschlichen Grundbedürfnisse, des verstorbenen Psychotherapieforschers Klaus Grawe. Anschliessend möchten wir die erarbeitenden Grundkenntnisse mit einer kurzen Abhandlung der Pessó-Therapie ergänzen, welche aufzeigt, wie verletzte psychische Grundbedürfnisse in der Therapie nachgeholt werden können.

Psychologische Grundbedürfnisse

Unser Wohlbefinden ist abhängig von der Befriedigung unserer physiologischen und psychologischen Grundbedürfnisse. Die psychologischen Grundbedürfnisse bilden das Gegenstück zu den biologischen Grundbedürfnissen des Menschen und betreffen all jene Forderungen, die nicht auf seinen Körper bezogen sind. Von frühester Kindheit an besitzen wir die Fähigkeit, unsere Bedürfnisse durch geeignetes Verhalten unserer Umwelt mitzuteilen. Werden Grundbedürfnisse über längere Zeit nicht befriedigt, geht das nicht nur mit anhaltenden negativen Gefühlen und Anspannung, sondern auch mit einer erhöhten Anfälligkeit für psychische Störungen einher. Besonders problematisch ist, wenn die Befriedigung der Grundbedürfnisse bereits in der Kindheit wiederholt missachtet werden. Wenn beispielsweise niemand da ist, auf den sich das Kind verlassen kann. Oder wenn ein Kind ständig abgewertet wird. Das ursprüngliche Verlangen nach der Befriedigung der Bedürfnisse schwindet nicht – im Gegenteil – es bleibt aktiv und steuert das Verhalten des Kindes.

Wenn ein Bedürfnis bei einem Kind von seiner Umwelt gesehen, verstanden und passend beantwortet wird, erfolgt nebst der Befriedigung des Bedürfnisses auch die Erfahrung der Wertschätzung des Bedürfnisses. Dadurch entsteht die Hoffnung, dass auch in Zukunft darauf eingegangen wird sowie ein Vertrauen, dass die Bedürfnisse und Gefühle des Kindes in Ordnung sind. Diese guten Erfahrungen werden verinnerlicht und prägen unsere spätere Persönlichkeitsstruktur (vgl. Pessó, 2020, S.11–12).

Wir Menschen haben zwar alle dieselben Grundbedürfnisse, wie wichtig ein Bedürfnis für den einzelnen jedoch ist und was er für dessen Befriedigung macht, ist jeweils sehr individuell und stark von den jeweiligen Sozialisationserfahrungen abhängig.

Grundbedürfnisse nach Grawe

Grawe's Theorie bezieht sich auf ein Modell der psychologischen Grundbedürfnisse nach Epstein (1920). Grawe übernahm dessen Einteilung, benannte jedoch das Bedürfnis nach Kohärenz um und fügte stattdessen sein Prinzip der Konsistenzregulation an, welches den Grundbedürfnissen vorangestellt werden sollte.

Das Grundprinzip der Konsistenzregulation

Der Begriff Konsistenz bezeichnet «die Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozessen» (Grawe, 2004, S. 186). Grawe spricht von einem grundlegenden Prinzip der innerorganischen Regulation, das allen Einzelbedürfnissen übergeordnet ist. Demzufolge streben alle Organismen nach Konsistenz, das heißt nach einer Passung zwischen den inneren Bedürfnissen (psychische Prozesse) und dem Erleben in der Realität (neuronale Prozesse). Konsistenz ist die Anforderung oder Bedingung für einen gesunden Organismus (vgl. Grawe, 2004, S. 187).

Motivationale Schemata

Grawe geht davon aus, dass die menschliche Psyche aktiv Ziele verfolgt, nämlich die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Dadurch entwickeln sich im Verlauf der psychischen Entwicklung sogenannte motivationale Schemata, die der Befriedigung der Grundbedürfnisse dienen und das Individuum vor Verletzung schützen. Diese lassen sich unterteilen in:

1. Intentionale Schemata (Annäherungsziele) und
2. Vermeidungsschemata (Vermeidungsziele)

Je mehr ein Mensch die Erfahrung macht, dass seine Bedürfnisse befriedigt werden, desto häufiger werden sich Annäherungsschemata herausbilden. Annäherungsziele werden verfolgt, die wiederum zu einer positiven Bedürfnisbefriedigung führen. Werden die psychischen Belange jedoch häufig nicht befriedigt, entstehen Vermeidungsschemata. Die Vermeidungsziele dienen in diesem Fall dem Schutz vor Verletzungen, Bedrohungen und Enttäuschungen der Grundbedürfnisse. In einer tatsächlich verletzenden Umgebung kann Vermeidung aber auch als angepasstes Verhalten verstanden werden (vgl. Grawe, 2004, S. 188).

In der Regel sind beide Systeme gleichzeitig aktiv. Es gibt aber auch Menschen mit stark entwickelten Vermeidungszielen und andere, bei denen die Annäherungsziele überwiegen. Dies steht immer in Abhängigkeit von den jeweiligen prägenden Vorerfahrungen.

Motivationale Schemata stellen das Kernstück des konsistenztheoretischen Modells dar

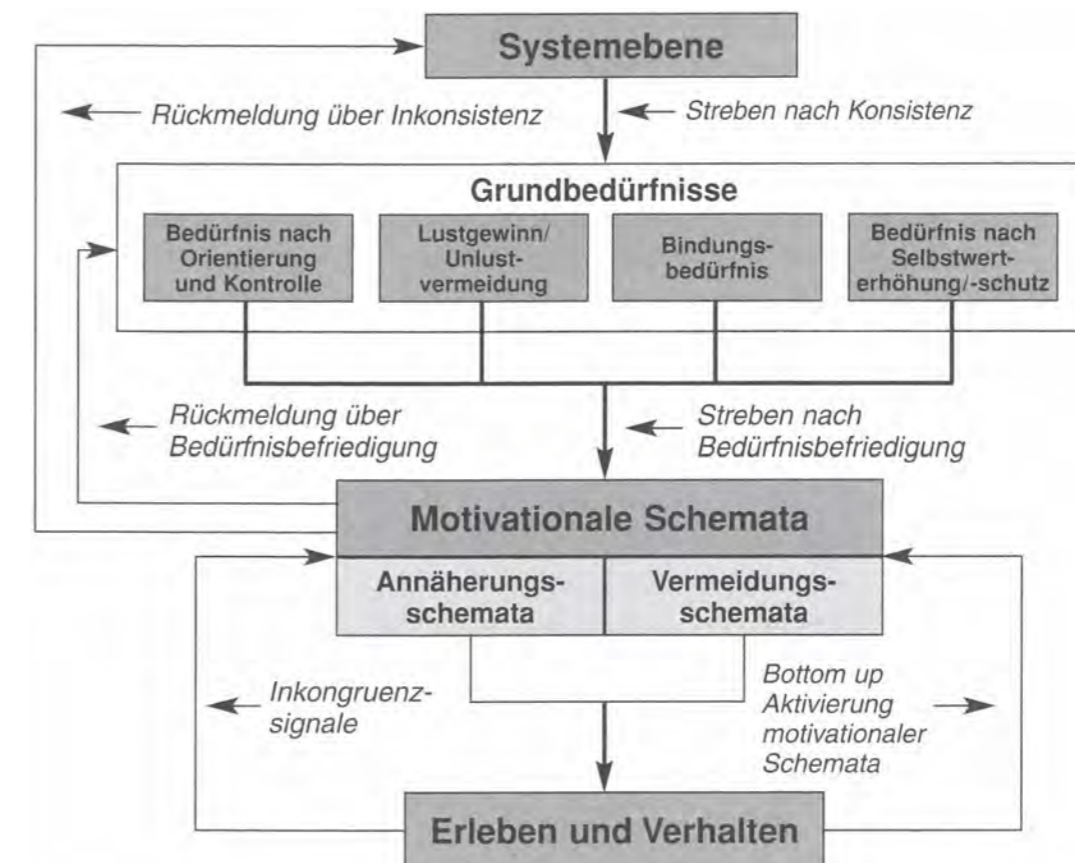


Abbildung 1: Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens (Grawe, 2004, S. 189)

Auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens nimmt ein Mensch wahr, inwiefern seine motivationalen Ziele erreicht oder verfehlt werden. Motivationale Konflikte treten ein, wenn Annäherungsziele und reale Erfahrungen nicht übereinstimmen – dies führt zu Inkongruenz, was wiederum negative Emotionen mit sich zieht. Wo hingegen die Zielerreichung (Konsistenz) positive Emotionen auslöst (vgl. Grawe, 2004, S. 189). Unvermeidlich ist, dass immer wieder kurzfristige Inkonsistenzen entstehen. Negative Konsequenzen für die Bedürfnisbefriedigung entstehen erst bei langanhaltenden Inkonsistenzen. Eine ständige oder sich wiederholende Inkongruenz «ist als ein höchst komplexer Stresszustand anzusehen» (Grawe, 2004, S. 190).

Hinter den motivationalen Zielen stehen die Grundbedürfnisse. Die Ziele sind so unterschiedlich wie die Menschen selbst, die Grundbedürfnisse bleiben dieselben. Um seine Bedürfnisse zu befriedigen, muss der Mensch erfolgreiche Mechanismen der Konsistenzregulation entwickeln, wie zum Beispiel die motivationalen Schemata. Es gibt aber auch Mechanismen, die ganz unbewusst ablaufen, wie etwa Abwehrmechanismen, Coping und Emotionsregulation. Nach Grawe findet die Konsistenzregulation überwiegend unbewusst statt (vgl. Grawe 2004, S. 191). Um psychisch gesund zu bleiben, strebt der Mensch also fortwährend nach Kongruenz und Konsistenz. Der Organismus des Menschen hat ein Mechanismus entwickelt bei dem «das Streben nach Konsistenz die eigentlich bewegende Kraft im neuronalen/psychischen Geschehen ist» (vgl. Grawe, 2004, S. 191).

Klassifikation der psychischen Grundbedürfnisse

Grawe postulierte folgende vier Grundbedürfnisse, die unabdingbar sind für ein glückliches Leben in psychischer Gesundheit.

Die vier erforschten und empirisch nachgewiesenen psychischen Grundbedürfnisse nach Grawe:

1. Orientierung und Kontrolle
2. Bindung
3. Selbstwerterhöhung
4. Lustgewinn/Unlustvermeidung

Bindung

Das Verlangen nach Bindung ist heute das empirisch am Besten abgesicherte Grundbedürfnis. Es wurde erstmals von Bowlby in der Zeit zwischen Ende der 1960er bis Ende der 1980er Jahre beschrieben.

Die drei zentralen Postulate von Bowlby:

1. Vertraut ein Individuum darauf, dass seine Bindungsperson jederzeit verfügbar ist, fühlt es sich sicherer als jemand, der dieses Vertrauen nicht hat.
2. Vertrauen entsteht in den jungen Lebensjahren und bleibt dann relativ unverändert bestehen.
3. Die Bindungsorganisation hängt von den real gemachten Erfahrungen ab. (nach Grawe, 2004, S. 192-193)

Die frühen Eltern-Kind Interaktionen führen laut Bowlbys Bindungstheorie zu einem inneren Arbeitsmodell. Damit ist das Herausbilden von kognitiven Strukturen gemeint, die das aktuelle Verhalten für Beziehungen beeinflussen. Bowlby

nennt diese Vorstellung bewusst «internal working models» um auszudrücken, dass diese von dynamischer und nicht fixer Natur sind. Mit diesen inneren Bildern werden das Selbst, die Bindungspersonen, Beziehungen im Allgemeinen und sowohl die soziale als auch materielle Umwelt und die damit verbundenen Gefühle und Bewertungen abgebildet. Wenn die Bindungsperson emotional verfügbar und als sicherer Hafen in der Exploration erfahren wird, kann ein Selbstbild als geschätzt und kompetent entstehen. Wenn auf die Bindungsbedürfnisse mit Abweisung oder Ignoranz reagiert wird, entsteht das innere Arbeitsmodell von wertlos und inkompetent. So beeinflusst das innere Arbeitsmodell von Bindung das Selbstbild gewaltig. In der Kindheit entwickelt man diese kognitiven Strukturen und Bewältigungsstrategien, um mit Beziehungserfahrungen umzugehen. Je nach Ausmass an Zuverlässigkeit mit dem die Bedürfnisse des Kindes damals befriedigt wurden, ermöglichen gemäss Bowlby die inneren Arbeitsmodelle die weiteren Empfindungen von Sicherheit in Beziehungen mit anderen Menschen (vgl. Siegler, 2016, S. 401).

Somit ist unbestritten, dass sich das Ergebnis dieser früheren Erfahrungen in den motivationalen Schemata des konsistenztheoretischen Modells niederschlägt und somit das Erleben und Verhalten in nahen Beziehungen die bestimmenden Elemente sind. Eine fehlende positive Bindungsbeziehung in den ersten Lebensjahren, begünstigt die Entstehung von ungünstigen motivationalen Schemata. Dies kann später auch durch Schwierigkeiten in der Emotionsregulation zum Ausdruck kommen. Bei späteren Belastungssituationen reagiert ein solches Kind leichter in einem dysregulierten Zustand, da es in den frühen Jahren keine gute Emotionsregulation im affektiven Austausch mit seiner primären Bezugsperson etablieren konnte (vgl. Grawe, 2004, S. 197). Das Kleinkind ist jedoch angewiesen auf die Herabregulierung der Emotionen durch seine Mutter, da zu diesem Zeitpunkt eine unabhängige intrapsychische Emotionsregulation noch nicht möglich ist (vgl. Grawe, 2004, S. 206).

Bowlby und Mary Ainsworth erkannten durch die Beobachtung von Mutter-Kind-Interaktionen die sogenannte «Fremde Situation». Sie beobachteten Kinder, die für kurze Zeit von ihren Müttern getrennt und danach wiedervereinigt wurden und bemerkten, dass die Kinder durch wiederkehrende Beziehungserfahrungen qualitativ unterschiedliche Bindungsmuster herausbildeten (vgl. Dornes, 2007, S. 45).

Ainsworth kategorisierte folgende drei Haupt-Bindungsmuster:

sicher, unsicher und desorganisiert-desorientiert

Die **sichere Bindung** ist als qualitativ hochwertige und relativ eindeutige Beziehung eine Art Schutzfaktor für psychische Gesundheit zu verstehen. Durch die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses können konfliktfreie Annäherungsschemata entwickelt werden.

Die **unsichere Bindung** ist keine Störung und liegt innerhalb der Normalverteilung. Beim unsicheren Bindungsmuster gibt es zwei Unterkategorien, den unsicher-ambivalenten (ängstlich und schwer tröstbaren) und den unsicher-vermeidenden (gleichgültig und vermeidenden) Typ, dadurch sind Annäherungsschemata wenig ausgeprägt.

Nur die **desorganisierte Bindung** gilt als Bindungsstörung, bei der keine konsistente Strategie für Stressbewältigung vorliegt. Dies führt zu schwerwiegenden Konsequenzen für die intrapsychische Regulation.

Diese Bindungsmuster entstehen per Definition im ersten Lebensjahr im präverbalen Alter. Danach ist dieser Prozess zwar noch nicht abgeschlossen, aber es entsteht ein erster Bindungstyp.

Neben der Trennungssituation sind auch das Spielverhalten des Kindes, die Feinfühligkeit der Mutter und das sogenannte innere Arbeitsmodell von Bindung weitere wichtige Parameter, um das Bindungsmuster zu erkennen (vgl. Brisch, 2009, S.36-38).

Zwei Drittel der Kinder zeigen einen sicheren Bindungsstil, was im Umkehrschluss bedeutet, dass jedes dritte Kind keine sichere Bindung hat. «Ein unsicherer Bindungsstil ist nach den hier insgesamt berichteten Befunden zum Bindungsbedürfnis als der grösste Risikofaktor für die Ausbildung einer psychischen Störung anzusehen, den wir bis heute kennen» (Grawe, 2004, S. 216).

Dies lässt aufhorchen, sind demnach doch ein Drittel der Kinder auf Grund mangelnder Bindungserfahrung gefährdet, eine psychische Störung zu entwickeln. Da die Grundlage für dieses Defizit schon sehr früh in der Ontogenese eines Menschen angelegt wird, gehören sie zu den nicht erinnerbaren Gedächtnisinhalten (vgl. Grawe, 2004, S. 197).

Orientierung und Kontrolle

Das Bedürfnis nach Kontrolle wurde von Epstein als das grundlegendste Bedürfnis des Menschen definiert (vgl. Grawe, 2001, S. 230). Am Anfang eines Lebens ist

das Kontrollbedürfnis sehr eng mit dem Bindungsbedürfnis verknüpft. Eine verfügbare, einfühlsame und responsive Bindungsperson befriedigt in den ersten Lebensjahren das Kontroll- sowie das Bindungsbedürfnis gleichermaßen, was schliesslich zu einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung führt. Das gilt jedoch auch im Negativen – Verletzungen des Bindungsbedürfnisses bedeuten auch Verletzungen des Kontrollbedürfnisses. Wie sicher beziehungsweise unsicher eine Bindung ist, lässt Rückschlüsse über die Frage zu, wie stark ein Säugling/Kleinkind das Gefühl der Kontrolle versus Ohnmacht, sowie Lust versus Unlust erfahren kann (vgl. Grawe, 2004, S. 233). Erst später mit «wachsender Selbständigkeit werden Lust und Unlust, Kontrolle und Ohnmacht auch ausserhalb der Bindungsbeziehung erfahren» (Grawe, 2004, S. 234).

Für alle Menschen ist es essentiell, zukünftige Ereignisse vorhersagen zu können. Weiter genügt es dem Menschen nicht, Ereignisse aus seiner Umwelt lediglich zu registrieren, er strebt nach Erklärung. Sein Ziel dabei ist es, durch Anpassung seines Verhaltens, Kontrolle über die Ereignisse zu erlangen. Es geht beim Kontrollbedürfnis nicht nur darum, in der aktuellen Situation Kontrolle auszuüben, sondern sich vorbereitend einen möglichst grossen Handlungsspielraum zu erhalten. Schon früh entwickeln Kinder Grundüberzeugungen, die sich auf die Vorhersehbarkeit und die eigenen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten in unterschiedlichen Situationen beziehen.

Ob eine Situation, ein Ereignis oder eine darauffolgende Konsequenz auf ein Verhalten kontrollierbar ist, wird nach Seligman (2018) subjektiv eingeschätzt und ist für die Steuerung des Verhaltens wichtiger als objektive Verhältnisse. «Die Erfahrung, dass man mit dem eigenen Verhalten etwas bewirken kann, führt zu positiven Kontrollüberzeugungen im Sinne von Rotter (1966) oder zu positiven Selbstwirksamkeitserwartungen im Sinne von Bandura (1977)» (Grawe, 2004, S.232). Je mehr man demzufolge glaubt, mit seinem eigenen Handeln Einfluss auf die angestrebte Zielerreichung nehmen zu können, desto motivierter ist man. Erlebt ein Individuum zu häufig Unstimmigkeiten zwischen der wahrgenommenen Realität und den eigenen aktivierten Zielen, zeigt sich Inkongruenz und sein Kontrollbedürfnis wird verletzt. Man fühlt sich macht- und hilflos, was zu einer ständigen Anspannung, einer «erlernten Hilflosigkeit» nach Seligman (2018), oder zu weiteren psychischen Störungen führen kann. «Man kann auf Kontrolle nicht verzichten wenn man überleben will, wenn man irgendein Bedürfnis befriedigen will» (Grawe, 2004, S. 231).

Wenn ein Kind ein Misserfolgsmotiv entwickelt, ist sein Ziel nicht Erfolg zu erleben, sondern Misserfolg zu vermeiden. Die Wahrnehmung ist auf Bedrohung ausgerichtet und die Gedanken des Kindes zielen darauf, das «Selbst» zu schützen. Das Gefühl im Vorfeld und während der Leistungssituation ist Angst, das Gefühl bei Erfolg Erleichterung, bei Misserfolg Verzweiflung und Hilflosigkeit. Solche Vermeidungsziele werden verfolgt, wenn Menschen hinsichtlich ihrer Grundbedürfnisse verletzt wurden und befürchten, dass diese Bedürfnisse auch in Zukunft nicht befriedigt werden. Es tritt zwar eine kurzfristige Vermeidung weiterer schmerzlicher Verletzungen ein – längerfristig führt es aber zu einem Fehlen der Befriedigung von Grundbedürfnissen.

Im Gegensatz dazu entwickelt ein Kind mit einer guten Selbstwirksamkeitserwartung die Einstellung, auch schwierige Aufgaben bewältigen zu können. Es gesteht sich Schwierigkeiten ein, lässt sich Zeit, weiss, dass es durch Übung und Ausdauer zum Ziel kommt. Es entwickelt ein Erfolgsmotiv. Die Annäherungsziele werden verfolgt – das Kind bemüht sich aktiv um die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse. Bei Annäherungszielen hat man ein klares Ziel vor Augen, das Bestreben nach Kontrolle ist einfacher zu realisieren, als bei Vermeidungszielen. Bei Vermeidungszielen versucht man sich vor Verletzungen zu schützen, dies fordert jedoch eine permanente Aufmerksamkeit – Grawe nennt es Monitoring – was einen hohen psychischen Aufwand mit sich zieht. Somit ist Inkongruenz bezüglich Vermeidungszielen viel schwerer zu kontrollieren als Annäherungsinkongruenz (vgl. Grawe, 2004, S. 236).

Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz

Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis – nur der Mensch verfügt über die Fähigkeit eines Bewusstseins seiner selbst, sowie über deren Reflexion. Es beschreibt das menschliche Bestreben, ein Gefühl von Minderwertigkeit zu überwinden und sich selbst als gut anzusehen (vgl. Grawe, 2004, S. 250).

In den frühen Lebensmonaten besitzt ein Säugling zwar noch kein wirkliches Selbstbild, das auf- und abgewertet werden kann – negative Erfahrungen in Bezug auf sein Bindungs- und Kontrollbedürfnis können jedoch bereits zu einem negativen Einfluss auf das spätere Selbstbild führen. Später wird das Selbstbild stark durch die Interaktionsweise sprachlicher Kommunikation beeinflusst, welche im Anschluss durch selbstreflexive Prozesse zu einer verinnerlichten Sprache wird (vgl. Grawe, 2004, 250-251).

Verletzende Erfahrungen um das Grundbedürfnis der Selbstwerterhöhung führen zu einem negativen Selbstbild. Das Kind entwickelt Vermeidungsschemata, um sich vor Abwertung und Enttäuschung zu schützen. Andere Grundbedürfnisse wie keine Schmerzen zu haben, Kontrolle über das zu haben was mit einem

geschieht und überhaupt eine Beziehung zu haben, werden essentiell. So wird deutlich, dass die Aufrechterhaltung eines schlechten Selbstwertgefühls zur Befriedigung anderer Grundbedürfnisse beitragen kann. Das Bedürfnis nach selbstaufwertenden Wahrnehmungen bleibt dennoch weiterhin bestehen (vgl. Grawe, 2004, 254). So kann nach Grawe «das eine Bedürfnis im Interesse eines anderen oder mehrerer anderer «geopfert» werden» (Grawe, 2004, S. 253). In so einem Fall ist die gleichzeitige Befriedigung verschiedener Bedürfnisse nicht möglich, dies führt folglich zu innerpsychischen Konflikten.

Gesunde Menschen mit einem positiven Selbstbild neigen zur Selbstwerterhöhung, diese übertriebene Illusion hat den Charakter einer selbst erfüllenden Prophezeiung (Merton 1957) – sie erleben Erfolgserlebnisse und ihre Bedürfnisse werden besser befriedigt.

«Es sind also die seelisch Gesunden, die eine verzerrte Realitätswahrnehmung bezüglich sich selbst haben und nicht diejenigen mit schlechter seelischer Gesundheit» (Grawe, 2004, S. 259).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass eine Erhöhung des Selbstwertes durch den Einsatz von Annäherungsschemata gelingt, wohingegen der Selbstwertschutz sich im Gebrauch von Vermeidungsschematas bedient.

Die Möglichkeit der Entstehung einer psychischen Krankheit wird durch die Verletzung des Selbstwertbedürfnisses – welches zu hohen Inkonsistenzspannungen führt – erhöht. Oft hat sie ihren Ausgangspunkt in einem unsicheren Bindungsstil in der frühen Kindheit. Das heisst, dass der Verletzung des Selbstwertes häufig Verletzungen der Bedürfnisse nach Bindung und Kontrolle vorausgegangen sind. Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass der Zusammenhang zwischen einem schlechten Selbstwertgefühl und der Entstehung einer psychischen Störung nur als ein Faktor in einer ganzen Kette von sich gegenseitig beeinflussbaren Faktoren gesehen werden soll.

Lustgewinn und Unlustvermeidung

Kaum jemand wird bestreiten, dass wir im allgemeinen angenehme Zustände anstreben und unangenehme vermeiden. Die emotionale Bewertung von Reizen erfolgt automatisch und ist kein bewusster Vorgang. Die unbewusst vorgenommene Bewertung basiert auf den objektiven Merkmalen des Reizes, den Vorerfahrungen des Individuums und dessen momentanen Zustandes.

In den meisten Fällen läuft ein komplexes Bewertungssystem ab, bei dem auch die anderen Grundbedürfnisse beziehungsweise die zu ihrer Befriedigung oder ihrem Schutz entwickelten motivationalen Schemata Einfluss nehmen. Annäherungs- oder Vermeidungstendenzen werden aktiviert je nachdem, ob eine Situation oder ein Reiz positiv oder negativ bewertet wird (vgl. Grawe, 2004, S. 262-265).

«Positive Bewertungen aktivieren das Bedürfnis nach Lustgewinn und führen zu Annäherungsverhalten, das gilt nicht nur innerhalb ein- und derselben Person, [...] sondern, wenn der Bewertung Vertrauen geschenkt wird, auch interpersonal» (Grawe, 2004, S. 263).

Wie etwas wahrgenommen wird, hängt stärker von der persönlichen Sichtweise des Betrachters ab als vom Wahrnehmungsobjekt selbst. Aufgaben bei denen man sich als kompetent erlebt, gibt man sich im allgemeinen gerne hin – man ist intrinsisch motiviert. Es entsteht dann «ein momentaner Zustand von völliger Konsistenz der gleichzeitig ablaufenden psychischen Prozesse. Aktuelle Wahrnehmung und Ziele stimmen völlig überein (vgl. Grawe, 2004, S. 264). Nach der Konsistenztheorie wäre dies ein Zustand optimaler psychischer Gesundheit, man spricht auch von Flow (Csikszentmihalyis).

Wenn ein Reiz oder eine Situation automatisch (unbewusst) positiv oder negativ bewertet wird, aktiviert das ebenfalls automatisch unsere Annäherungs- oder Vermeidungstendenzen. Es besteht also ein Zusammenhang zwischen dem wie wir etwas emotional bewerten und unserem darauffolgenden Verhalten. Dieser Zusammenhang wird als motivationales Priming bezeichnet, das heisst negative Bewertungen aktivieren das Vermeidungssystem, positive das Annäherungssystem. (vgl. Grawe, 2004, S. 265-266).

«Wenn Bewertung und Verhaltensausrichtung konsistent miteinander sind, arbeitet das psychische System effizienter; wenn sie inkonsistent miteinander sind, behindern/hemmen sich die gleichzeitig ablaufenden Prozesse gegenseitig und die Effizienz des Systems bei der Bewältigung von Anforderungen wird beeinträchtigt» (Grawe, 2004, S. 267).

Es gibt aber auch eine genetische Grundlage für eine Disposition, ob bei einem Individuum eher das Annäherungsverhalten oder das Vermeidungsverhalten überwiegt. Diese stellt ein stabiles menschliches Persönlichkeitsmerkmal dar, die beiden unabhängigen Motivationssysteme Annäherung und Vermeidung und ihr Zusammenhang mit den Persönlichkeitsfaktoren Extraversion und Neurotizismus. Klinisch relevant sind vor allem die Teile der beiden oberen Quadranten, die ausserhalb des Normbereiches liegen (Grawe, 2004, S. 270).

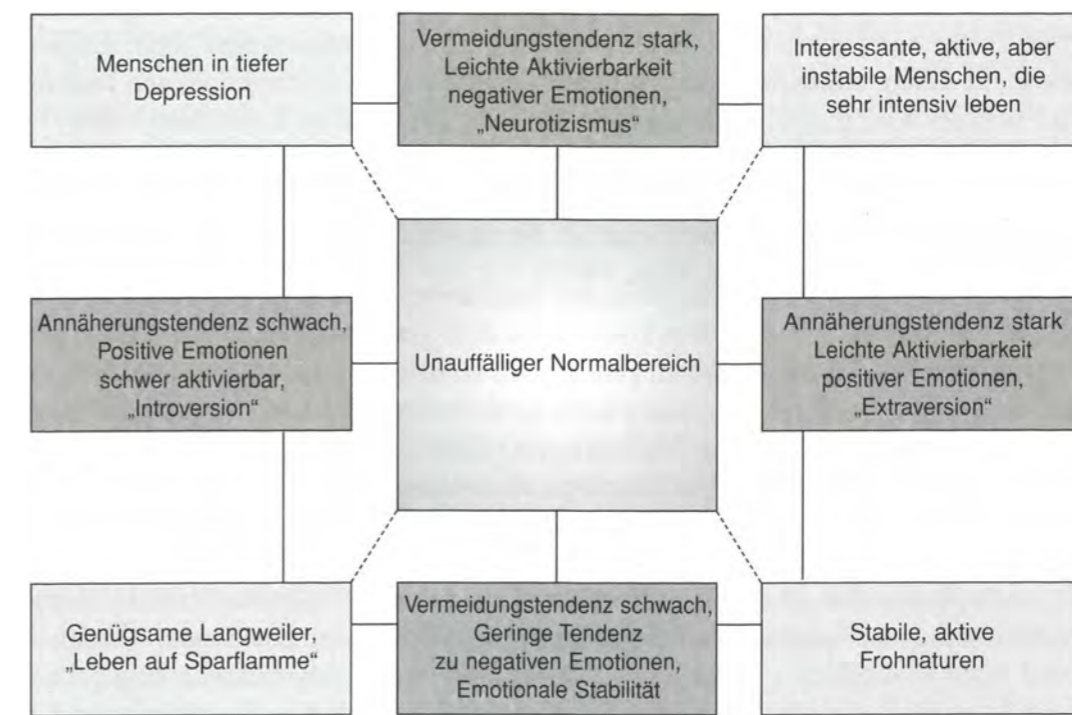


Abbildung 2: Die beiden unabhängigen Motivationssysteme Annäherung und Vermeidung und ihr Zusammenhang mit den Persönlichkeitsfaktoren Extraversion und Neurotizismus (Grawe, 2004, S. 270)

Säuglinge mit einer Disposition zu negativen Emotionen und zu einem auf Abwehr ausgerichteten Verhalten sind schwerer zu beruhigen – was sie einem grösseren Risiko aussetzt in ein negatives Interaktionsmuster mit ihrer Betreuungsperson zu verfallen. Hat ein solcher Säugling jedoch das Glück, eine besonders feinfühligere Betreuungsperson zu haben, kann dieser negative Ablauf unterbrochen oder sogar ins Gegenteil verkehrt werden (vgl. Grawe, 2004, S. 272).

Fazit

Befriedigte Grundbedürfnisse als Ressource

Grawe's Erkenntnisse sind unbestritten richtungsweisend für das Verstehen des psychischen Funktionierens des Menschen. Grawe hat seine Theorie sehr klar strukturiert und mit vielen anschaulichen Beispielen unterlegt, was zur Verständigung beiträgt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Befriedigung der vier psychischen Grundbedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung, auf dem Hintergrund der Konsistenz und Kongruenz, grundlegend für ein erfülltes, psychisch gesundes Leben sind. Demzufolge ist es für unser persönlich therapeutisches Selbstverständnis fundamental, dieses Wissen zu vertiefen, um es schlussendlich zu verinnerlichen.

Die Wichtigkeit der Orientierung an den Grundbedürfnissen in der PMT Therapie soll hier nochmals verdeutlicht werden. Nur wenn die vier Grundbedürfnisse ausreichend befriedigt werden, erfährt das Kind, dass es durch sein Verhalten seine Umwelt steuern und regulieren kann. Mit der Zeit lernt es somit, seine Bedürfnisse selbst zu befriedigen oder sie zumindest eine Zeit lang aufzuschieben, da es auf menschliche Beziehungen vertrauen kann.

So müssen wir uns in der Therapie immer wieder fragen, welches dieser Grundbedürfnisse bei einem Kind manchmal/öfters nicht gedeckt sein könnte? Welche psychologischen Bedürfnisse gar unerfüllt bleiben und was man tun kann, um das Bedürfnis zu befriedigen?

Kontrolle und Orientierung in der Psychomotorik Therapie

Das Erlernen und Verstehen von Regeln und Grenzen ist zentral, sie helfen den Kindern sich zu orientieren und in einer komplexen Welt zurecht zu finden. Wenn wir etwa versuchen, dem Kind neue Wege (Bewältigungsstrategien) aufzuzeigen, wie man mit etwas umgehen kann, schafft das eine gewisse Kontrolle und lindert damit die Verletzung des Kontrollbedürfnisses. Eine hohe Mitbestimmung in der Therapie, Spiele die Kontrollerfahrungen ermöglichen und Kontrollverluste verhindern.

Selbstwert in der Psychomotorik Therapie

Nach Rogers ist eine wertschätzende, emphatische und unterstützende Umgebung zentral für die Entwicklung eines gesunden Selbst. Auch wird der Selbstwert gestärkt, in dem Aufgaben so gestellt werden, dass sie zu einem persönlichen Erfolg führen.

Voraussetzungen für Erfolge sind Ziele, die als «smart» bezeichnet werden können:

s = small

m = measurable

a = actional

r = reachable

t = time bound

(Schär & Steinebach, 2015, S. 219)

In der Therapie können wir besonders gut mit diversen gestalterischen Methoden respektive mit einem ICH–Buch dem Kind seine Stärken/Ressourcen sichtbar machen. Dasselbe gilt aber auch für eine Akzeptanz seiner Schwächen und Ängste. So bekommt das Kind eine Vorstellung des eigenen «Selbst» und die Fähigkeit zum selbstreflexiven Denken.

Nach Grawe kann man einen Menschen nur dann verstehen, «wenn man etwas darüber weiss, was ihm im Positiven wie im Negativen bewegt, was seine Wünsche, Ziele, Pläne, Werte, was seine Befürchtungen und Abneigungen sind» (Grawe, 2004, S. 183).

Lust/Unlust in der Psychomotorik Therapie

Haben wir Lust, führt das zu einer Tendenz der Annäherung (z.B. Exploration), Unlust hingegen zu einer Tendenz von Meidung (z.B. Flucht, Vermeidung, Abwehr) (vgl. Schär & Steinebach, 2015, S. 20)

Da Kinder keine freiwilligen Klienten sind, kann die Therapeutin in der Therapie lediglich eine Situation erschaffen, in der das Kind die Einladung und den Sinn zur Veränderung annehmen kann. Oft ist für das Kind selbst das Erreichen eines vorgegebenen Zieles nicht offenkundig ersichtlich.

Die Aufgabe der Therapeutin ist zu erfragen, was für das Kind nützlich, zielführend und von Vorteil sein könnte. Das Thema des Kindes verknüpfen wir mit seinen Interessen und ermöglichen ihm möglichst viele – wenn immer möglich auch humorvolle – lustvolle Erfahrungen.

Bindung in der Psychomotorik Therapie

Bindungserfahrungen gehören zu den ersten menschlichen Erfahrungen überhaupt, sie sind jedoch nur schwer dem Bewusstsein zugänglich. Wir können davon ausgehen, dass viele Kinder die zu uns die Therapie kommen einen unsicheren Bindungsstil erlebt haben oder immer noch erleben. Viele dieser Annahmen und Überzeugungen in Bezug auf Beziehungserfahrungen werden dann auch auf uns als Therapeutinnen übertragen. Bei jeder Intervention gilt es, auf das Bindungsbedürfnis des Kindes zu achten. Dem Kind durch Sicherheit, Verlässlichkeit und Wertschätzung neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, um somit das bestehende Beziehungsschemata zu modifizieren und negative Verhaltensmuster verändern zu können. Die Qualität der Beziehung bestimmt massgebend über den Erfolg einer Therapie.

Bei schlechten Eltern-Kind-Beziehungen könnten wir allenfalls die Eltern eine Zeit lang in die Therapie miteinbeziehen. Eine andere Möglichkeit das Bindungsbedürfnis befriedigen zu können, wäre das Kind beim Beziehungsaufbau mit Gleichaltrigen zu unterstützen.

Das Ziel einer jeden Therapie ist es, festgefahrene, motivationale Konflikte – die auf Schemata beruhen die früher einmal hilfreich waren – zu lösen, um eine funktionalere Bedürfnisbefriedigung im Heute zu ermöglichen. So versuchen wir in

der Therapie hilfreiche Kompetenzen/Ressourcen zu aktivieren, die das Kind für die Lösung in der Zukunft braucht. Das Kind erfindet dann oftmals im Spiel seine Lösung selbst.

3.1.2 Grundbedürfnisse in der PESSO-Therapie

Die PESSO-Therapie (Pesso Boyden System Psychomotor) ist eine Form der körperorientierten Psychotherapie, welche Anfang der 1960er Jahre von Al-Pesso und seiner Frau Diane Boyden-Pesso entwickelt wurde. Beide waren ursprünglich Tänzer und Lehrer für modernen Ausdruckstanz. Der Raum des therapeutischen Geschehens wird hier als Bühne betrachtet, auf der sich der therapeutische Prozess Phase für Phase entwickeln kann – Pesso nennt es die «Bühne der Struktur» (Schrenker 2020). Was wir in uns innen tragen, wird im Aussen lebendig und erlebbar. Der Therapeut übernimmt die Rolle eines Coachs in dem er diesen Prozess begleitet. Anfänglich wurde das Therapieverfahren als Gruppentherapie entwickelt, mittlerweile kann es aber auch als Einzeltherapie, mit Paaren oder Familien durchgeführt werden.

Die PESSO-Therapie ist kein tiefenpsychologisches Verfahren, es braucht keine grossen Vorkenntnisse in der Geschichte des Klienten. Nach Pesso vertraut das Verfahren ganz auf den innerlichen Prozess des Klienten. «Darin steckt die Annahme, dass sich im körperlichen und emotionalen Ausdruck das niederschlagen wird, was der Klient als inneres Entwicklungs- und Wachstumsthema in sich trägt. Für Pesso ist das Teil der «genetischen Natur» des Menschen (vgl. Schrenker, 2020, S. 21).

Die PESSO-Therapie vertritt die Position, dass wir negative Vorerfahrungen nicht löschen können. Wir können uns jedoch in die negative, verletzende Erfahrung aus der Vergangenheit zurückversetzen und diese im Hier und Jetzt durch eine szenische Reinszenierung auf befriedigende Weise emotional neu verarbeiten. Zu beachten ist, dass die Erfüllung und Integration dieses ungestillten Bedürfnisses von damals, zeitlich auf der Ebene stattfindet, in der es auch tatsächlich stattgefunden hat, beispielsweise als dreijähriges Kind. Diese Reinszenierung geschieht auf symbolischer Ebene im Rollenspiel. Der Klient (von Pesso als Protagonist bezeichnet) definiert welches Gruppenmitglied welche Rolle übernehmen soll und was er jetzt von dieser Person braucht. Er kann schützende, haltende und unterstützende Figuren (Gruppenmitglieder) einsetzen. Die Rollenspieler haben dabei die Aufgabe, die Anweisungen des Protagonisten genau zu befolgen. Sie sollen den Platz im Raum und die Haltung einnehmen, die dem inneren Bild des Klienten entspricht. Somit übernehmen die Rollenspieler ihre Aufgabe genau so, wie es für

den Klienten stimmig ist (passende Akkommodation). Danach folgt der letzte Schritt des therapeutischen Prozesses: der Klient erlebt eine heilende Gegensezene (Pesso spricht von Antidot). Diese neue, positive Erinnerung wird dann anstelle der alten, verletzenden Erinnerung ins Bewusstsein integriert.

Was uns an der PESSO-Therapie in Bezug auf die Psychomotorik Therapie interessiert, ist ihre Bedeutung und Einbeziehung des Körpers, sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene. Ebenso die Annahme, dass verletzende psychologische Grundbedürfnisse aus der Vergangenheit in der Therapie «nachgenährt» werden können.

Der Körper als Ressource zu unserem Innenleben

Die PESSO-Therapie geht davon aus, dass die Grundlage aller Gefühle in unserem Körper sitzt. So wird der Körper von Anfang an in die Therapie mit einbezogen. Gefühle sind immer mit Körperempfindungen verbunden und von ihnen nicht trennbar. So richtet diese Therapie den Fokus auf die Empfindungsebene, auf die Gefühle und die inneren Bilder, die damit einhergehen. Diese Körperempfindungen werden mit dem wahrnehmenden und fühlenden Bewusstsein verknüpft (vgl. Schenker, S. 22). Die Therapie resultiert aus der Erkenntnis, dass die schädigende Erfahrung, aber auch die Lösung derselben, im Körper vorhanden ist. Durch eine neue, positive Interaktion mit einem oder mehreren Gegenübern kann das Bedürfnis, welches in der Vergangenheit missachtet worden ist, im Hier und Jetzt in passender Weise beantwortet werden (vgl. Noichl & Noichl, 2019, S. 7). Somit wird ein Gegenbild (Antidot) entworfen, was zu einer Verbesserung des seelischen Zustandes führt.

Damit der Therapeut nicht als idealisiertes Gegenüber wahrgenommen wird, das alles geben wird was einem bisher gefehlt hat, wird ein weitere Person eingeführt, die die Rolle des «Zeugen» übernimmt. In der PESSO-Therapie hat der Zeuge die Aufgabe, die subbewussten emotionalen Prozesse, die sich im Körper niederschlagen, dem Klienten in seiner bewussten Wahrnehmung zugänglich zu machen (vgl. Schrenker, 2020, S. 189). Somit übernimmt der Zeuge eine ähnliche Rolle wie Eltern zur Unterstützung einer gelingenden Entwicklung ihres Kindes wahrnehmen sollten. Dies kann auch auf die Psychomotorik Therapie übertragen werden, in der die Therapeutin mit den Kindern auf spielerische Art verschiedene körperliche und emotionale Ausdrucksformen und Begegnungen im Raum erprobt und somit ihre Körper- und damit verbundene Gefühlswahrnehmung sensibilisiert und sie dadurch schlussendlich auf dem Weg zum Bewusstsein ihres Selbst begleitet.

Der «geistige Körper»

Nach Pessó haben wir nicht nur einen Körper den wir spüren und in dem wir uns fühlen können. Demnach gibt es auch auf neurologischer Ebene eine Erfahrungsrepräsentanz all der Bewegungen, die wir jemals gemacht haben, einschliesslich der damit verbundenen Emotionen. Diese inneren Repräsentanzen können jederzeit allein in unserer Vorstellung reaktiviert und wiederbelebt werden (vgl. Schrenker, 2020, S. 46). In der Pessó-Therapie geht man im Hier und Jetzt zurück in seine Geschichte von damals als Kind. Dieses innere Abbild des Erlebens von damals wird mit einer neuen heilenden Körpererfahrung als neue Erinnerung im damaligen Alter verankert (vgl. Schrenker, 2020, S. 192). In Bezug auf das Arbeiten mit Kindern in der Psychomotorik Therapie müssen wir nicht so weit in der Geschichte zurückgehen – aber wie bereits in der Theorie nach Grawe beschrieben, können viele wichtige Grundbedürfnisse bereits in den ersten Lebensjahren massiv verletzt werden. Durch eine frühzeitige, präventive Intervention kann eine korrigierende und nährnde Gegenerinnerung also direkt im Hier und Jetzt verankert werden.

Passformen für Grundbedürfnisse

Als wachstumsorientierte Therapieform geht die Pessó-Therapie davon aus, dass jeder Mensch in sich ein tiefes Wissen trägt, das er für seine optimale Entwicklung und Entfaltung braucht. Hierzu gehören ganz wesentlich die Grundbedürfnisse. Was Pessó unter Grundbedürfnissen verstanden hat, wird nachfolgend genauer erläutert. Werden diese Grundbedürfnisse in unserer Kindheit ausreichend befriedigt – heisst, das Kind erfährt von Seiten seiner Eltern eine angemessene «Passform» auf eben diese Bedürfnisse – so lernt das Kind seinen Gefühlen zu vertrauen. Es gelangt dadurch zu der Überzeugung, durch sein Handeln etwas in der Umwelt bewirken zu können und wird somit auch im späteren Leben gut für sich und in Beziehungen für andere sorgen können.

Werden bei einem Kind diese Grundbedürfnisse nach Pessó schwer verletzt, verinnerlicht es die Grundüberzeugung, dass seine Bedürfnisse nicht in Ordnung sind – bis hin zu einer Abspaltung der damit verbundenen Gefühle. Eine tiefe, ungestillte Sehnsucht nach Erfüllung seiner Gefühle bleibt aber fortwährend bestehen. Häufig zeigt sich das dann im Verhalten des Kindes, bei welchem Grundbedürfnis es ein Defizit hat. Diese Beobachtung liefert uns wichtige Hinweise für die Therapie, wie wir das Kind in seiner Entwicklung stärken können.

Die 5 Grundbedürfnisse in der Entwicklung eines Menschen nach A. Pessó

1. Das Grundbedürfnis nach Platz
2. Das Grundbedürfnis nach Nahrung
3. Das Grundbedürfnis nach Unterstützung
4. Das Grundbedürfnis nach Schutz
5. Das Grundbedürfnis nach Grenzen

Das Grundbedürfnis nach Platz

Die menschliche Entwicklung beginnt in dem Moment in dem Ei und Samenzelle verschmelzen. Der erste Platz eines Kindes ist die Gebärmutter, in der es sich getragen, genährt, geschützt und gut begrenzt bis zur Geburt entwickeln kann (vgl. Schrenker, 2020, S.40). In seiner weiteren Entwicklung wird dieser Platz für das Kind nicht nur äusserlich körperlich, sondern immer mehr auch auf symbolischer Ebene spürbar. (Platz im Herzen der Familie, die sich liebevoll mit dem Kind verbunden fühlt, auch wenn es nicht da ist.)

Das Grundbedürfnis nach Nahrung

Am Anfang erhält das Kind seine Nahrung über die Nabelschnur, nach der Geburt erfolgt die Nahrungsaufnahme von Aussen. Von einer unmittelbaren körperlichen Ebene verlagert sich auch dieses Bedürfnis zunehmend auf eine symbolische Ebene, nämlich auf «die emotionale Nahrung». Damit sind emotionale Ressourcen wie Liebe, Zuwendung und Wertschätzung gemeint, die das Kind durch seine Bezugspersonen erfährt. All diese Erfahrungen verinnerlicht es in seinem fühlenden Bewusstsein, welches körperlich gespeichert wird. So entsteht die Basis für eine gesunde Liebe zu sich selbst und zu anderen (vgl. Schrenker, 2020, S. 42).

Das Grundbedürfnis nach Unterstützung

Nach der Geburt ist das Kind hilflos. Bis es seine Grob- und Feinmuskulatur ausgebildet hat, ist es auf Betreuungspersonen angewiesen, die es halten, tragen, ihm die körperliche Unterstützung und Stabilität anbieten. Dadurch entwickelt es Sicherheit, ein Gespür für die Schwerkraft und seinen Körper, bis es sich irgendwann von selbst aufrichten kann. Später braucht das Kind auf symbolischer Ebene Unterstützung im Sinne von, egal was passiert, meine Bezugspersonen stehen hinter mir und ich kann ihnen gänzlich vertrauen (vgl. Schrenker, 2020, S. 43).

Das Grundbedürfnis nach Schutz

Während der Schwangerschaft ist das Kind in der Gebärmutter geborgen. Ab der Geburt übernehmen die Eltern eine schützende und sichere Umgebung, bis das Kind später selbst in der Lage ist, diesen Schutz für sich zu übernehmen. Auf

symbolischer Ebene bedeutet Schutz, dass die Eltern für das Kind eintreten, seine Rechte verteidigen. Damit erlebt das Kind sich selbst als schützenswert und wird auch später für seine eigenen Bedürfnisse eintreten können (vgl. Schrenker, 2020, S. 44).

Das Grundbedürfnis nach Grenzen

Während der Schwangerschaft ist die Gebärmutter und die Bauchdecke der Mutter der abgrenzende «Lebensraum» des Kindes. Mit den ersten kraftvollen Bewegungen des Kindes erfährt das Kind durch die räumliche Begrenzung auch Sicherheit im Sinne von «egal, wie kraftvoll ich da nach aussen drücke, es kann nichts passieren, es bleibt sicher» (Schrenker, 2020, S. 46). Wenn das Kind größer wird, hat es im Idealfall Eltern, die seine Wut und Kraft nicht ablehnen, sondern es auf gute Art und Weise begrenzen. Diese Anerkennung der Gefühle nennt Pessoa Validierung. So erlebt das Kind, dass es wütend sein darf und dass die Emotionen auch wieder vorbei gehen. Es erfährt Wut als begrenzend und nicht als bedrohlich, als einen kraftvollen Teil seiner Selbst. Dies trägt wesentlich zur Entwicklung des Kindes bei und auch dazu, dass es später seine eigenen Kräfte gezielt einsetzen und regulieren kann.

Fazit

Die Entwicklung der Grundbedürfnisse vom Konkreten/Körperlichen, zum Symbolischen hin zum Autonomie

Die Teilnahme am inneren Erleben der Gefühle sowie die Anerkennung aller Gefühle – auch der vermeintlich negativen – durch die Erziehungsberechtigten ist massgebend für die emotionale Entwicklung des Kindes. Kinder können nur die Gefühle in ihr Bewusstsein integrieren, die erlaubt sind. Spürbare emotionale Defizite in der Geschichte eines Kindes können in der Therapie etwa im Rollenspiel nachgeholt werden. Nebst der Anerkennung der Gefühle spielt der unmittelbar körperliche Halt eine ebenso entscheidende Rolle. Werden Kräfte auf gute Weise begrenzt, fühlt sich das Kind sicher. Diese wiederkehrenden, guten Erfahrungen führen zu einem inneren Bild, welches das Kind jederzeit abrufen kann. Positive Begrenzungen in der Kindheit durch einfühlsame Betreuungspersonen helfen dem Kind und später dem Erwachsenen, von Gefühlen nicht überwältigt zu werden, sondern die Fähigkeit zu besitzen, sich selbst in guter Weise zu begrenzen und somit auch zu schützen (vgl. Schrenker, 2020, S. 51).

In Bezug auf die Psychomotorik Therapie war es für uns hilfreich, durch die Erkenntnis der Pessoa-Therapie uns nochmals bewusst zu werden, dass sich alle Grundbedürfnisse vom Konkreten/Körperlichen, zum Symbolischen und schlussendlich zur Entwicklung von Autonomie hin entwickeln. Dieses Wissen kann sehr

gut in psychomotorischen Interventionen konkret umgesetzt werden.

Durch eine neue Geschichte (Erfahrung) kann die alte, allenfalls schmerzliche Szene nicht gelöscht werden, gerät aber in ihrer Bedeutung in den Hintergrund und erhält eine neue Perspektive im Hier und Jetzt.

In unserem therapeutischen Selbstverständnis als PMT steht das emotionale Verstehen der Geschichte des Kindes an erster Stelle. Es ist ein gemeinsames Herantasten, welche Interventionen für das Kind und seine Entwicklung hilfreich sein könnten.

3.2 Emotionen

3.2.1. Wozu sind Gefühle gut? Wie finden wir einen Zugang zu Ihnen?

Dieses Kapitel dient einer ersten theoretischen Annäherung zum interdisziplinären Verständnis und Relevanz von Emotionen in der Psychomotorik. Dazu werden Grundlagen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven wie der Anthropologie, Entwicklungs-, Neuro- und Emotionspsychologie herangezogen und vorgestellt. In diesem Vorhaben nimmt die Psychologie als Wissenschaft, die menschliches Verhalten und Erleben beschreibt und erklärt, eine zentrale Stellung ein. In einem zweiten Schritt werden aus den gewonnenen Zusammenhängen Erkenntnisse für die praktische psychomotorische Arbeit abgeleitet, um im Hinblick auf die «Emotionsräume» einen körperlich-sinnlichen, ressourcen- und bedürfnisorientierten Umgang mit den Basisemotionen *Angst*, *Wut* und *Trauer* zu ermöglichen.

In der Literatur wird neben Emotionen der Begriff der Gefühle und Affekte verwendet. Sie sind miteinander verwandt und werden hier als Synonyme verwendet. Die lateinische Wortherkunft (*emovere* = herausbewegen) gibt bereits Hinweise auf das körperliche Bewegungspotenzial, welches in Emotionen enthalten ist und im Folgenden erläutert wird. Gefühle gehören zum Menschsein. Sie sind beeinflussbar, aber auch vergänglich. Sie gehen mit physiologischen Veränderungen einher (wie z.B. Schwitzen, schnellere Atmung und Ausschüttung von Stresshormonen) und können kurzfristig unser kognitives Potential einschränken (vgl. Steiner, 2018, S. 67). Aus einer neuropsychologischen Perspektive können Emotionen als zentralnervöse Aktivierungen in bestimmten Hirnregionen auf Ereignisse und Situationen verstanden werden, die für eine Person von Bedeutung sind (vgl. Bentzen, 2016, S. 16). Dies kann in emotionalem Ausdrucksverhalten wie spezifischer Mimik und Körperhaltung für andere Menschen sichtbar werden (Emotionsverständnis). Emotionen lassen sich daher als eine leiblich empfundene Wahrnehmung und als psychophysische Reaktionsmuster auffassen, die uns anzeigen, was für uns und für andere an einer Situation bedeutsam ist. Folglich

können sie zu einer entsprechenden Handlungsbereitschaft (z.B. Flucht oder Kampf) führen und zu einem gewissen Verhalten anregen (vgl. Kappelhoff, Bakels, Lehmann & Schmitt, 2019, S. 97).

Primäre oder Basis Emotionen

Aus emotionspsychologischer Sicht lassen sich Emotionen in kulturübergreifende Basis- und kulturspezifische Sekundäre Emotionen unterscheiden. Paul Ekman, ein amerikanischer Anthropologe und Psychologe, legte dafür mit seiner Forschung zur Universalität emotionaler Gesichtsausdrücke in den 1970-er-Jahren eine wichtige Grundlage. Ekman entdeckte sieben universale menschliche Gesichtsausdrücke, die nicht erlernt werden müssen und bereits von Säuglingen ausgedrückt werden. Weitere Studien belegten, dass von Geburt an blinde Menschen überall auf der Welt ein ähnliches Ausdrucksverhalten zeigen. Diese Gesichtsausdrücke entsprechen elementaren neuronalen Erregungszuständen, den Basisemotionen: Angst, Ärger, Trauer, Freude, Überraschung, Ekel und Verachtung (vgl. ganzer Abschnitt Ekman, 2010). Dabei gelten Freude, Angst, Ärger und Trauer unstrittig als besonders grundlegende Emotionen, die menschliches (Er-)Leben in einem wesentlichen Ausmass prägen (vgl. Mees, 2006, S.1). Aus diesem Grund setzen wir nachfolgend und für die Arbeit in den «Emotionsräumen» unseren Fokus auf diese bedeutsamen Emotionen: Angst, Wut und Trauer.

Angst

Angst entsteht, wenn wir uns unsicher fühlen. Das heisst, der Angst geht immer eine Verunsicherung voraus. Angst gilt als eine der am meisten mit wissenschaftlichen Studien erforschten Emotionen (vgl. Ekman, 2010). Als erwiesene Angstauslöser gelten unbekannte Personen oder neue Situationen, Tiere, Dunkelheit und Alleinsein (vgl. Izard, 1981). Angst hat evolutionär gesehen eine überlebenswichtige Schutzfunktion, die uns vor Gefahren warnt und uns in Sekundenschnelle zu Flucht oder Kampf mobilisiert (vgl. Bentzen, 2016, S.19). Sie kann aber auch lähmen oder zu einem Kontrollverlust führen. Laut dem Diagnostik System für psychische Störungen DISYPS-III kann ausgeprägte Angst, die über längere Zeit Leidensdruck verursacht, zunächst mit folgenden ICD-10 Diagnosen assoziiert werden: F93.0 Emotionale Angststörung mit Trennungsangst des Kindesalters, F.93.1 Phobische Störungen des Kindesalters, F.93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters und F.93.80 Generalisierte Angststörung des Kindesalters (vgl. Döpfner & Görtz-Dorten, 2017).

In der Therapie schaffen wir für das Kind ein Gefühl von Sicherheit, sodass es die Angst zurück auf ihre Schutzfunktion regulieren kann. Im affektiven Zustand der Angst ist eine Tendenz zu einer (räumlichen) Vermeidung gegeben, also eine Bewegung des Selbst vom Objekt weg (vgl. Kappelhoff, Bakels, Lehmann &

Schmitt, 2019, S. 96–97). Einige Menschen werden dabei laut und aggressiv, andere verstummen. Bei fast allen Menschen stellt sich jedoch ein Gefühl der «Enge» ein, bis hin zu einer chronischen Verspannung – der Atem wird dabei flacher (vgl. Baer, Frick-Baer, 2020, S. 77).

Wut

Wut entsteht, wenn wir gekränkt sind, wenn wir das Gefühl haben, nicht gesehen zu werden – Verletzungen und Verletzlichkeiten sind der Nährboden für aggressive Gefühle. Der ursprüngliche Sinn von aggressiven Gefühlen ist Veränderung, man möchte etwas bekämpfen, weghaben und somit verändern (vgl. Baer, Frick-Baer, 2020, S. 114). Bei aggressiver Problematik müssen die bedeutsamen genetischen und psychosozialen Risikofaktoren Berücksichtigung finden. Ausgeprägte Wut und aggressives Verhalten kommt laut DISYPS-III als Symptom im Kindesalter bei sehr vielen Diagnosen vor. Etwa bei Störungen des «sozialen Verhaltens», des «oppositionellen Trotzverhalten» oder bei «hyperkinetischen Störungen». In der Therapie ermöglichen wir dem Kind, sich in einem geschützten und von uns begrenzten Raum auszutoben, sich in Bewegung auszudrücken sowie seine Energie konstruktiv und gestalterisch in eine Form zu bringen. Im affektiven Zustand der Wut ist eine Tendenz zur Expansion oder ein Vordringen auf ein Objekt oder eine Person spürbar, die man von sich wegstossen möchte (vgl. Kappelhoff, Bakels, Lehmann & Schmitt, 2019, S.97). Die Vorwarnsignale von Wut können sich körperlich sehr unterschiedlich äussern: Hitze, Kälte, überscharf oder unscharf Sehen, Schwindel, Gelähmtheit, Herzrasen etc. (vgl. Baer, Frick-Baer, 2020, S. 144).

Trauer

Die Emotion Trauer entsteht vorwiegend bei Verlusten wie beispielsweise bei einer Scheidung (der Eltern), Tod einer nahestehenden Person, dem Verlust eines Körperteils oder dem Verlust an Selbstachtung. Auslöser für Trauer können aber auch soziale Zurückweisung, Verfehlen eines Ziels, nichterfüllte Erwartungen oder mangelnde Anerkennung und Lob sein (vgl. Ekman, 2010). Trauer kann zu Rückzugstendenzen führen, sodass sich ein Kind von sozialen Kontakten zurückzieht und nur noch wenig spricht (vgl. Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor, 1987, S.1077). Trauern ist immer ein Prozess des Loslassens, nicht nur Menschen sondern auch Fähigkeiten, Kenntnisse, Kompetenzen und allgemein Liebgewonnenes können verloren gehen. Häufig wird die Trauer vermieden, oder es entsteht die Angst, dass das Trauern nicht mehr aufhören wird. Dies führt unweigerlich zu noch mehr Leid (vgl. Baer, Frick-Baer, 2020, S. 201). Das Hauptproblem beim Trauern ist nach Baer, Frick-Baer (2020) nicht das Trauern selbst, sondern dass Menschen damit allein bleiben.

Laut DISYPS-III wird ausgeprägte und wiederkehrende Trauer, die über längere Zeit Leidensdruck verursacht, zunächst mit Formen von kindlicher Depression in Verbindung gebracht. In der Therapie geben wir dem Gefühl der Trauer seine Existenzberechtigung, ermutigen das Kind, sein Trauern auszudrücken und mitzuteilen und stehen in Resonanz mit der Trauer des Kindes. Erst zu einem späteren Zeitpunkt kann eine neue Sicht auf die Dinge dem Kind helfen, seinen Schmerz zu lindern. Im affektiven Zustand der Trauer ist eine Tendenz zur Bewegung des Selbst zu einem Objekt hin gegeben. Zum Beispiel hin zu einem sicheren Rückzugsort (Safe Place) (vgl. Kappelhoff, Bakels, Lehmann & Schmitt, 2019, S. 96–97).

Sekundäre Emotionen

Emotionen wie Stolz, Scham, Schuld, Neid und Verlegenheit gelten als sekundäre Emotionen. Sie beginnen sich erst im Alter zwischen zwei bis fünf Jahren zu entwickeln und sind bis zu einem Alter von neun Jahren noch nicht ausdifferenziert (vgl. Petermann & Wiedebusch, 2016, S. 40). Petermann und Wiedebusch führen aus, dass sie oft auch selbstbezogene Emotionen beziehungsweise soziale Emotionen genannt werden, weil sie mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion und der Kenntnis von sozial anerkannten Verhaltensstandards zusammenhängen.

Emotionale Kompetenz

Aus einem entwicklungspsychologischen Blickwinkel betrachtet, erleben wir unsere ersten Gefühle namenlos. So ist es wichtig, dass ein Kind lernt, welche Gefühle sich wo und wie im Körper anfühlen und seine Empfindungen in Worte, Mimik und Körperhaltungen zuordnen kann, damit es Emotionswissen und -verständnis aufbauen kann. Kinder müssen auch lernen, dass ihre Bedürfnisse nicht ständig sofort erfüllt werden. Auch mit Anforderungen und Schwierigkeiten die negative Emotionen hervorrufen, müssen sie erst lernen umzugehen. Differenziertes Emotionswissen und -verständnis ist laut den klinischen Kinder- und Entwicklungspsychologen Petermann und Wiedebusch eine zentrale Grundlage, um sich sozial kompetent verhalten zu können und schulisch erfolgreich zu sein. Dazu führen Petermann und Wiedebusch fünf Bereiche auf, in denen sich emotional kompetente Vorschul- und Schulkinder Fertigkeiten aneignen (vgl. Petermann & Wiedebusch, 2016, S.14).

- das Erkennen des eigenen mimischen Emotionsausdrucks
- das Erkennen des mimischen Emotionsausdrucks anderer Personen
- der sprachliche Emotionsausdruck
- Emotionswissen und -verständnis
- die selbstgesteuerte Emotionsregulation

Emotionen können durch die Person selbst (intrinsischer Prozess) oder durch andere Personen (extrinsischer Prozess) reguliert werden. Die Bezugspersonen des Kindes sollten positiv und feinfühlig zugewandt sein – das heisst: Gefühle benennen und ruhig begrenzen sowie Sicherheit über körperliche Nähe vermitteln können. Dem sprachlichen Emotionsausdruck kommt dabei eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu, da das bloße Benennen ein Bild vor dem inneren Auge erzeugt auf das der Körper reagiert (vgl. Schenker, 2008, S. 26). Kinder, mit denen wenig gesprochen wird, haben es schwerer sich selbst zu verstehen, sich mitzuteilen, sich zu regulieren und in Gemeinschaft zurechtzufinden (vgl. Schenker, 2008, S.33).

Die wichtigste neuropsychologische Voraussetzung, die emotionsbezogene Selbstregulation im Sinne von Eisenberg und situationsangepasstem Verhalten ermöglicht, bilden jedoch die exekutiven Funktionen, die im präfrontalen Kortex des Gehirns (Frontalhirn) lokalisiert sind (vgl. Spinath, Dickhäuser & Schöne, 2018, S.110). Die exekutiven Funktionen sind diejenigen Funktionen des Gehirns, die für die Hemmung des eigenen Verhaltens (wie z.B. Impulskontrolle, Emotionen zu mässigen oder sogar zu verbergen), das Arbeitsgedächtnis und für die Flexibilität des Denkens (wie z.B. Perspektivenübernahme) zuständig sind. Im Vorschulalter entwickeln sich die exekutiven Funktionen besonders schnell. Durch selbsttätiges Handeln, dialogische Übungen (Perspektivenwechsel) sowie eine förderliche und anregende Umgebung – die, wie die «Emotionsräume» möglichst ganzheitlich alle Sinne anspricht – kann die Selbstregulation durch die Plastizität des Gehirns bis ins hohe Alter positiv beeinflusst werden (vgl. Bentzen, 2016, S.61). Um sich selbst zu regulieren und die Befriedigung von Bedürfnissen aufzuschieben, bedarf es schliesslich einer rudimentären Vorstellung von Zeit, was ab einem Alter von ca. 4 Jahren erfahren und eingeübt werden kann (vgl. Bischof-Köhler, 2011, S.354).

Fazit

Gefühle haben, wie oben erläutert, eine wesentliche körperliche und sogar räumliche Dimension, welche sich in äusserlich sichtbaren Ausdruckshaltungen und Bewegungstendenzen verstehen lässt (Kapitel 3.9). Dieses inhärente und motivationale Bewegungspotenzial lässt sich für die psychomotorische Arbeit in den «Emotionsräumen» sehr gut nutzen (vgl. Kappelhoff, Bakels, Lehmann & Schmitt, 2019, S. 96–97). Hier können in einem geschützten, gefühlten und gelebten Raum (Safe Place), Emotionen über zahlreiche Sinne – über Bewegungsrichtungen, künstlerischen Metaphern und Visualisierungen in Klang, Wort, Form, Farbe – zusätzlich zur Sprache erfahren werden.

Neben den Räumen, die die Kinder selbst mitgestalten können, leiten die Therapeutinnen die Kinder an, ihre Emotionswahrnehmungen in den «Emotionsräumen» wertfrei zu erforschen und auf möglichst vielen verschiedenen Ebenen zu begreifen und zum Ausdruck zu bringen. Auf diese Weise werden unterschiedliche Arten

des Emotionsausdrucks (Mimik, Körperhaltung, sprachliches Emotionsvokabular) sowie die Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gefühlen gefördert und somit die Grundlage für die Fähigkeit zur Emotionsregulation gestärkt (vgl. Petermann und Wiedebusch, 2016, S.209). Im Sinne von Gasser-Müller und Buchmann führen die Therapeutinnen die Kinder über die Beschreibung der konkreten und äusserlich sichtbaren Ebene ihres Verhaltens, ihrer individuellen und geschlechtsspezifischen körperlichen Signale, hin zu inneren Prozessen und Wahrnehmungen, wie ihren Gedanken und emotionalen Reaktionen (vgl. Gasser-Müller und Buchmann, 2019, S. 150).

1. **Verhaltensebene:** Wie habe ich mich in dieser Situation verhalten? Was habe ich gemacht?
2. **Ebene der körperlichen Signale:** Wie hat mein Körper reagiert? (Bauchschmerzen, Schwindel, Wärme, Kälte etc.)
3. **Gedankliche Ebene:** Was habe ich in dieser Situation gedacht?
4. **Gefühlsebene:** Welche Gefühle habe ich wahrgenommen?

Neben diesem Ablauf bieten die «Emotionsräume» auch offenere Situationen, in denen die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der Kinder noch stärker in den Vordergrund treten und den Raum einnehmen. Auch hier sollen stets Angebote zur Verfügung stehen, die bei Bedarf Halt und Sicherheit vermitteln. Äusserer Raumstrukturen können erwiesenermassen innere Strukturen wie die exekutiven Funktionen und damit die emotionale Selbstregulation der Kinder unterstützen (vgl. Bentzen, 2016, S.50–55). Über räumliche Strukturen wie Pauseninseln, zeitliche Strukturen wie Anfangs- und Schluss-Rituale und klare Regeln, soll eine räumliche Begrenzung und Vorstellung für Zeit geschaffen werden, sodass emotionale Selbstregulation ermöglicht und eingeübt werden kann.

3.3 Methodenauswahl für die «Emotionsräume»

3.3.1 Lösungsorientierter Ansatz nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg

In der Gestaltung und Durchführung der einzelnen psychomotorischen Interventionen in den «Emotionsräumen» spielt der amerikanische Ansatz der lösungsorientierten (bzw. lösungsfokussierten, engl. solution focused therapy) Kurzzeittherapie, welche 1982 vom Psychotherapeuten-Ehepaar Steve de Shazer und Insoo Kim Berg erstmals präsentiert wurde, eine wichtige Rolle. Diese Art der psychotherapeutischen Gesprächstechnik passt sehr gut zur Ausrichtung der Psychomotoriktherapie, bei der die Fähigkeiten, Interessen und Stärken der Kinder im Mittelpunkt stehen. Laut Steiner lässt sich die Therapieform, die eigentlich für Erwachsene konzipiert wurde, sehr gut auf die Arbeit mit Kindern

übertragen. So schreibt sie: *«Im Grunde passt der lösungsorientierte Ansatz sehr gut zu der Art, wie Kinder denken und die Welt sehen. Ich bin noch nie einem Kind begegnet, das gern über Probleme gesprochen hätte»* (Steiner, 2011, S.18). Auch für die Beratung von Lehrpersonen und Eltern kann dieser pragmatische Ansatz als Vor- oder Nachbereitung zu den «Emotionsräumen» nützlich sein.

Das Innovative an diesem Ansatz ist, dass man nicht die Ursache des Problems kennen muss, um auf Lösungen zu kommen. Demnach sei es hilfreicher Wünsche, Ziele, Ressourcen und Ausnahmen von Problemen zu erforschen. So gilt das strategische Fragenstellen als Schlüsselkompetenz, um Lösungen zu konstruieren und einen detektivischen Blick auf Ressourcen zu entwickeln. Also weg von den Problemen, hin zu den Lösungen, die in einer positiven Zukunft liegen. Doch wie schon de Shazer sagte, ist es gar nicht immer so einfach, einfach zu sein. Der lösungsorientierte Ansatz, kurz LOA, ist geprägt von systemisch-konstruktivistischem Denken, bei dem das Verhalten von Menschen als ein interaktives Geschehen im Rahmen von Wechselwirkungen verstanden wird. Verändert sich ein Teil, verändern sich die anderen Teile mit. Für das konkrete Konstruieren von Lösungen gemäss LOA formulierte Berg drei rekursive Leitsätze: 1. Es gibt kein Problem ohne Ausnahme. 2. Man soll das, was funktioniert, öfters tun. 3. Kleine Schritte auf der einen Seite können zu grösseren Veränderungen auf der anderen Seite führen (vgl. Berg & Shilts, 2005, S. 17). Eine solch konstruktivistische Haltung – wonach wir als aktive Akteure unsere Wirklichkeit selbst konstruieren – fördert eine effiziente Loslösung von der Problembehaftung sowie eine Fokussierung auf das, was funktioniert. In einer zuversichtlichen Atmosphäre, welche das Selbstbewusstsein stärkt und den Blick auf das bereits Gelingende lenkt, können Ressourcen offenbart und kindereigene Kreativität angeregt werden. *«Catch them being good!»* oder frei übersetzt *«ertappe sie, wenn sie konstruktives, authentisches und wünschenswertes Verhalten zeigen!»* sind weitere Leitsätze, die verdeutlichen, dass LOA indirekt auch ein Prinzip nutzt, das ursprünglich aus der Lernpsychologie beziehungsweise der Verhaltensbiologie stammt: die positive Verstärkung.

Im Folgenden wird eine Auswahl lösungsorientierter Fragetechniken vorgestellt, die von de Shazer, Berg und ihrem Team entwickelt wurden und für die psychomotorische Arbeit mit unseren «Emotionsräumen» relevant sind (vgl. Steiner & Kim Berg, 2016, S. 43–48).

– Skalierungsfragen

Beispiel: *«Stell dir die Zahlen von Eins bis Zehn vor. Welche Zahl passt zu der Situation heute, wenn das gelöste Problem die Zehn darstellt und das Gegenteil davon die Eins?»*

Diese Frage zielt darauf ab, dass einem Gefühl eine Zahl zugeordnet wird, wodurch ein innerer, diffuser Zustand über einen konkreten Wert fassbar gemacht wird. So wird von aussen erkennbar, wie das Kind die Situation empfindet (vgl. Steiner & Kim Berg, 2016, S. 44–45).

– Wunderfrage (Kernfrage)

Beispiel: *«Angenommen es würde eines Nachts, während du schläfst, ein Wunder geschehen und das Problem wäre gelöst. Wie würdest du das merken? Was wäre anders?»*

(vgl. De Shazer & Dolan, 2008, S. 70–76).

Über die Wunderfrage wird die Vorstellung aufgebaut, wie es für das Kind wäre, wenn das Problem bereits verschwunden wäre. Daraus kann eine hoffnungsvollere und zufriedenerere Zukunftsperspektive entstehen, wodurch sich Lösungsräume eröffnen lassen und Therapieziele abgeleitet werden können. Wichtig ist eine sorgfältige Einführung der Wunderfrage. Zuerst fragt man das Kind, ob es bereit sei, sich auf eine ungewöhnliche Frage einzulassen. Wenn ja, beschreibt man relativ ausführlich, wie der restliche Tag des Kindes vermutlich vorüber gehen könnte und es sich schliesslich zum Schlafen hinlegen wird. Die Schilderungen sollen für jedes Kind individualisiert werden. Erst wenn das Kind durch diese Vorbereitung eingestimmt ist, ist die Voraussetzung gegeben, ihm die Wunderfrage zu stellen (vgl. De Shazer & Dolan, 2008, S. 77).

– Ausnahmefrage

Beispiel: *«In welcher Situation ist das Problem weniger oder gar nicht aufgetreten?»*

Diese Frage dient dem Sammeln von Anhaltspunkten zu Situationen, in denen das Problem hätte aufkommen können, es aber nicht ist. Im Sinne einer lösungsorientierten Haltung gibt es schliesslich für jedes Problem Ausnahmen. Von speziellem Interesse ist, was das Kind in solchen Momenten tut, um Lösungsmöglichkeiten sichtbar werden zu lassen.

– Beziehungsfrage

Beispiel: *«Was würde deine beste Freundin, Mami, ... dazu sagen?» oder «Wie würde dein Bruder merken, dass über Nacht ein Wunder geschehen ist?»*

Mit dieser Frage versucht man, die Aufmerksamkeit auf das Umfeld des Kindes zu lenken. Dies kann Anstoss geben, über Interaktionsweisen zwischen nahestehenden Menschen im System zu sprechen (vgl. Steiner & Kim Berg, 2016, S. 47).

Weitere Mikrotechniken und Grundhaltungen

– Reframing

Beispiele für Umdeutungen: *«ängstlich»* wird zu *«vorsichtig, sorgsam, phantasievoll»* *«ungeduldig»* wird zu *«begeisterungsfähig, engagiert»* (vgl. Bamberger, 2005, S. 107).

Hier geht es um einen Perspektivenwechsel, durch den Probleme oder Verhalten umgedeutet werden, wodurch wiederum Lernprozesse initiiert werden können. Ein Verhalten oder bestimmte Gefühle, die zunächst als belastend erlebt werden, können über ein Reframing plötzlich neu auch als Stärke erkannt werden.

Neben den therapeutischen Fragen sind aktives und urteilsfreies Zuhören, die Fähigkeit zu schweigen, das Zeigen von Empathie, eine Haltung des Nicht-Wissens und das Paraphrasieren von Gesagtem weitere grundlegende therapeutische Mikrotechniken, mit denen der lösungsorientierte Ansatz sinnvoll ergänzt werden kann. Ursprünglich werden sie dem personenzentrierten Ansatz nach Carl Rogers zugeordnet (vgl. Culley S. 69). Sie sind aber auch wesentlich für lösungsorientierte Interventionen nach De Shazer und Berg und kommen in unseren psychomotorischen «Emotionsräumen» zum Einsatz.

Fazit

Die «Emotionsräume» sollen den Kindern ermöglichen, dass sie mit ihren Emotionen in Kontakt kommen. Die lösungsfokussierte Methode des Reframings hilft durch positive Umdeutungen von vermeintlichen Schwächen, Ressourcen zu entdecken.

Wichtig ist uns, dass die lösungsorientierten Fragen und sprachlichen Mikrotechniken wie das Reframing sparsam und gezielt als sanfte Impulse zum Einsatz kommen. Die Kinder dürfen nicht das Gefühl bekommen, zu Antworten gedrängt zu werden. Auch setzen wir die lösungsorientierten Sprachtechniken bewusst nicht nur über Sprache, sondern auch mit kreativen Methoden um. Nach Bieri können die mit dem lösungsorientierten Ansatz verbundenen Sprachtechniken in der ressourcenorientierten Arbeit mit Kindern in kindgerechte kreative Handlungsmethoden transportiert werden (vgl. Bieri, 2013, S.44).

3.3.2 Ressourcenaktivierung durch Kreatives Arbeiten

In der Psychomotorik Therapie liegt der Fokus, analog des lösungsorientierten Ansatzes, nicht auf der Ergründung und Behebung von Problemursachen, sondern auf der Befähigung des Kindes eigene Lösungen zu finden. Als Therapeutinnen stärken wir im Sinne der positiven Psychologie den Blick auf die möglichen Stär-

ken des Kindes. Es sollen attraktive Ziele erreicht werden, indem neue Ressourcen geschaffen oder alte wiederentdeckt werden. «Wo sollen Kraft und Mittel für die Veränderung herkommen, wenn nicht aus dem, was der Patient und seine Lebenssituation bereits an Interventionen und Möglichkeiten mitbringen respektive enthalten?» (Grawe, 1998, S. 96). Liegt der Fokus auf den Stärken des Kindes, fördert dies nicht nur sein Selbstwirksamkeitserleben, sondern auch die therapeutische Beziehung, welche als wichtiger Wirkfaktor von Therapien angesehen wird. Grawe (2004) benennt schliesslich im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts die Ressourcenaktivierung als Wirkmechanismus in Beratung und Therapie. Er versteht unter «Ressourcen» alle Möglichkeiten, die ein Mensch zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung hat.

Die Psychomotorik Therapie als ein positiver und sicherer Ort sozialen Lernens, an dem das Kind erfolgreiche Erlebnisse hat, die ihm zu einem positiven Selbstbild helfen. Schmied und Grawe (2013) beschreiben, dass Problemaktivierung nur dann erfolgreich war, wenn gleichzeitig Ressourcenaktivierung stattfand. Das Gelingen einer erfolgreichen Therapie ist abhängig davon, wie gut das Kind schlussendlich seine Ziele verfolgen kann. Dies wiederum hängt davon ab, wie gut es gelingt, die Ressourcen-Verlustspirale zu stoppen und stattdessen in eine Ressourcen-Gewinnspirale umzuwandeln. Demzufolge ist Ressourcenaktivierung nicht nur das Ziel der Therapie, sondern auch das Hauptmittel, das dem Therapeuten zur Herbeiführung von Veränderungen zur Verfügung steht (vgl. Schemmel, Selig, Janschek-Schlesinger, 2018, S. 53).

Neugier, Kreativität, Lernbereitschaft, magisches Denken und Imaginationsfähigkeit sind Grundressourcen die alle Kinder mitbringen sofern sie nicht verdrängt, verlernt oder verschüttet werden. Über das Spiel und die Imagination schafft man sich einen Zugang zu der Welt des Kindes. Unter Kreativität verstehen wir im Speziellen die Fähigkeit zur flexiblen Anpassung an Bedingungen, sowie zur Problemlösung. Sich mit verschiedenen kreativen Medien auszudrücken, ist gleichzusetzen mit der Fähigkeit zur Symbolisierung. Nach Seewald (2007) ist der Mensch angewiesen auf Sinn, Leibbewusstsein und Symbolisierungsfähigkeit. Der Sinn taucht nicht gestaltfrei auf, sondern in Form von unterschiedlichen Symbolisierungen.

«Jedes Kind ist ein Künstler. Das Problem ist nur, wie man ein Künstler bleibt, wenn man grösser wird.» Picasso

Die Frage, der wir mit unserer Arbeit nachgehen möchten, lautet, wie dieser Ressource speziell in der Psychomotorik Therapie wieder Raum gegeben werden kann? Sei dies im Umgang mit sich selbst, mit anderen oder im Rahmen diverser

Aufgaben. Ziel dabei ist es stets, in Problemsituationen Lösungen zu finden, die man auf sich selbst zurückführen kann. Das Gefühl «Ich kann etwas» überträgt sich positiv auf das Selbstwertgefühl und auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Man traut es sich selber zu, weitere Situationen bewältigen zu können. Der Veränderungsprozess wird von aussen lediglich angeregt, das Kind ist der Gestalter seiner Selbst. Die Kunst einer guten Therapie besteht darin, Bedingungen zu schaffen, unter denen das Veränderungspotential des Patienten angeregt und in eine der Bedürfnisbefriedigung förderlichen Richtung geleitet wird (vgl. Schmied & Grawe, 2013, S.173-176).

Wenn die Kreativität geweckt wird, erlaubt dies eine neue Sicht auf die Umwelt. Materialien werden ihrer üblichen Nutzungsmöglichkeit entzogen – eröffnen Raum für Neues und führen zu einer kreativen Problemlösungsfindung. Das Kind entwickelt dabei die Fähigkeit, Assoziationen, Kombinationen und Verbindungen herzustellen. Assoziationen sind nicht rational zu begründen, sie können sich aus Erlebnissen der Vergangenheit und spontanen Beobachtungen im Jetzt vermischen. Beim kreativen Arbeiten wird die Wahrnehmung und Expression geschult. Man schult seine Entscheidungsfähigkeit respektive Unterscheidungsfähigkeit, man lernt sich auszudrücken. All diese Fähigkeiten können auf andere Lebenssituationen übertragen werden.

Beim kreativen Handeln kann man den Fokus auf drei Punkte legen. Den Prozess: das Handeln, Experimentieren, Bestätigen und Verwerfen, das Aushalten des Ungewissen. Die Gestaltung: Umgang mit Erfolg/Misserfolg, Erwartungen, Bewertungen, Anerkennung. Die Interaktion: in der therapeutischen Beziehung oder innerhalb einer Gruppe von Kindern. Im Kontext von Kreativität geht es auch immer um die Motivation, eine Aufgabe zu übernehmen, etwas zu schaffen oder ein Problem zu lösen, weil es interessant, persönlich herausfordernd oder befriedigend ist. Es ist eine Leidenschaft besonderer Art, eine innere Lust und Freude. Wir sind fest der Überzeugung, dass nur das selbstständige Entdecken echte, intrinsische Lust wecken kann – ein Grundstein für lebenslanges Lernen.

Fazit

Für die «Emotionsräume» nutzen wir implizite Formen von Kommunikation, wie die kreative Arbeit mit Symbolen, Metaphern, Geschichten, Märchen, Ritualen, Musik, Bauen, Zeichnen, Malen, Rollenspielen und weiteren kreativen Ausdrucksformen und Interventionen. Unabhängig von der Gesprächsebene kann so das unmittelbare Erleben auf möglichst vielen Ebenen sinnlich erfahren und abgespeichert werden. Im Vordergrund der «Emotionsräume» steht schliesslich, dass die Kinder ihren persönlichen Raum – Safe Place – mit kreativen Methoden gestalten

können und dadurch ihre Emotionen, Bedürfnisse und Ressourcen physisch-materiell in Erscheinung treten.

3.3.3 Visualisieren

Ziele, respektive eine vorgestellte Lösung, kann in der PMT mit Kindern externalisiert werden. Durch Gestalten und Visualisieren entsteht eine symbolische Distanzierung zum Problem, es wird aus der Abstraktion geholt und gegenständlich gemacht, es wird externalisiert, greifbar und somit wird das Problem weniger bedrohlich. Eine neue Seite wird sichtbar, Veränderung wird spürbar. Das Kind kann Gefühle ausdrücken zu denen es rein über die Sprache noch keinen Zugang hätte. Um es in den Worten von Paul Klee zu sagen: «Kunst gibt nicht das Sichtbare wieder, sondern macht sichtbar.»

Die neue Wirklichkeit – die Lösung – entsteht im Dialog zwischen Kind und Therapeutin sowie dem szenischen Setting, sei es ein Objekt, eine Landschaft, eine Hütte, ein Bild, was immer das Kind im Raum inszeniert hat. Empfindungen und Wünsche aber auch Ängste lassen sich visualisieren. «Grundsätzlich gilt beim kreativen Arbeiten, nicht nur Ressourcenaktivierung zu ermöglichen, sondern, Lern- und Entwicklungsfortschritte durch entsprechend begleitete kognitive Reflexion und Bewertung zu sichern» (Schär & Steinebach, 2015, S. 117).

Das Kind stellt symbolisch dar, was es innerlich bewegt. Es geht darum, die Vorstellungskraft, die bildhafte Fantasie des Kindes durch vielfältiges Fragen zu unterstützen und so den Blick weg von den Schwierigkeiten hin zu seinen Wünschen und Zielen zu richten. Primarschulkindern gelingt das meistens bereits recht gut, kleineren Kindern kann man visuelle Angebote unterbreiten, die sie annehmen oder ablehnen können. Dabei soll dem Kind vor Augen geführt werden, was entweder bei ihm oder seinem Umfeld bereits Wirklichkeit ist. Mehr Ressourcen zur Verfügung zu haben als einem bewusst ist, weckt Zuversicht und Motivation für Veränderung.

Fazit

Die PMT eignet sich besonders gut dazu, Erfahrungen und Erfolge bewusst und konkret erlebbar zu machen. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten zur Visualisierung solcher Erfahrungen. Laut Grawe ist unmittelbares Erleben unverzichtbar, es muss zu «gefühlten Bedeutungen» kommen, denn die grösste Einsicht in relevante Zusammenhänge bleibt bedeutungslos, wenn es beim blossen Reden bleibt (vgl. Grawe, 1998, S. 93).

In der Psychomotorik-Therapie-Stunde sind die entstandenen kreativen Prozesse meistens ephemerer Natur, das heisst, gebaute Hütten und Landschaften werden

nach der Stunde wieder abgebaut. Das Rollenspiel endet ebenfalls mit dem Ende der Stunde. Die Eindrücke der Stunde am Schluss zeichnerisch festzuhalten, ist eine Möglichkeit. Aus unserer Praktika-Erfahrung konnten wir allerdings feststellen, dass die allermeisten Kinder am Schluss der Stunde mit solch einer Aufgabe überfordert sind oder schlichtweg keine Lust dazu haben. Dennoch besitzen Wünsche, die gestalterisch umgesetzt wurden, eine starke Symbolkraft, eine Möglichkeit sich im Alltag an Ziele zu erinnern, um diese schliesslich weiterzuverfolgen (vgl. Schemmel, Selig, Janschek-Schlesinger, 2018, S. 67). Wenn kein solches Symbol in der Therapiestunde entsteht, gibt es die Möglichkeit, dass die Therapeutin den «einzigartigen Moment» fotografisch festhält und in der darauffolgenden Stunde mit dem Kind in sein «Stärke-Buch» klebt. Die Entwicklungsprozesse des Kindes können auch als künstlerische Metapher in einem kleinen Kunstobjekt repräsentiert sein oder man gibt dem Kind eine Tierfigur mit – ein Bär für Stärke, eine Taube für Frieden. Ebenso kann man gemeinsam ein Experiment für Zuhause planen – es gibt unzählige kreative Möglichkeiten, damit ein Transfer in Alltag stattfinden kann.

3.3.4 Künstlerische Metapher

Von therapeutisch-künstlerischen oder künstlerischen Metaphern spricht man laut Mills und Crowley wenn im therapeutischen Setting verschiedene Arten zu zeichnen und heilende Geschichten verwendet werden, um eine weitere Dimension therapeutischer Erfahrung zu ermöglichen und psychosoziale Entwicklungen der allgemeinen Reife anzuregen (vgl. Mills & Crowley, 2011, S. 190).

Aus einer neuoraffektiven Perspektive stimulieren Metaphern in Geschichten sowie im künstlerischen Ausdruck mit Formen und Farben limbisch-unwillkürliche Prozesse und die Integration linker und rechter Hirnfunktionen auf bewusster oder unbewusster Ebene über multisensorische Ansätze. Die künstlerische Metapher ist mit dem Gebrauch von Objekten im physisch-materiellen Raum verbunden, was ihr eine sinnliche und dreidimensionale Dimension verleiht und sie besonders attraktiv für Kinder macht. Die metaphorisch-geistige Botschaft wird also auf konkrete und körperliche Bereiche erweitert, die dem inneren Bereich von Gefühl und Empfindung einen äusseren Ausdruck verleihen. Die unbewusste Ebene des Problems des Kindes kann auf diese Weise nach Mills und Crowley durch eine bewusste Darstellung ausgedrückt, transformiert und gelöst werden. Das Kind taucht in ein inneres Bewusstsein für die eigene Kreativität ein, ruft unbewusste Bilder und Empfindungen hervor und übersetzt sie anschliessend im gemeinsamen Erleben mit den Therapeuten in Bewegung von Form und Farbe (vgl. ganzer Abschnitt Mills & Crowley, 2011, S. 190).

Mit künstlerisch-metaphorischen Ausdrucksweisen können eine ganze Bandbreite therapeutischer Ziele bedient werden. Hier eine Auswahl (Mills & Crowley, 2011, 194 -195).

- Stärkung und Erweiterung des Selbstkonzepts (Remotique-Ano, 1980)
- Ausdehnung der kognitiven Orientierung auf innere und äussere Wirklichkeiten (Kreitler u. Kreitler, 1978)
- Spiegelung der Persönlichkeitsstruktur (Lakovics et al., 1978)
- Spiegelung unbewusster Konflikte (Bassin, Wolfe & Thier, 1983)
- Stärkung der Fertigkeiten des Ich (Naumberg, 1958)
- Transformation von Gedanken und Gefühlen (Cappacchione, 1979)

Kunst ist in naturalistischer Form die ganze Menschheitsgeschichte hindurch als Ausdrucksmittel verwendet worden (vgl. Mills & Crowley, 2011, S. 193). Mills und Crowley zeigen weiter auf, dass sich künstlerischer Ausdruck als Therapie grundlegend aus drei psychologischen Perspektiven des 20. Jahrhundert verstehen lässt: Für Freud stehen unbewusste Konflikte im Vordergrund, welche durch künstlerische Prozesse aufgedeckt werden. Laut Jungs systemischen Verständnis von Kunst mit seinen berühmten Archetypen verfügt Kunst über eine transzendente Qualität. Nach diesem Verständnis kann sie Hinweise geben auf eine transpersonale Bedeutung, also eine Sichtweise vermitteln, die die Ebene von persönlichen Konflikten übersteigt. Aus einer moderneren Perspektive wird im Sinne von Edith Kramer – eine Pionierin der modernen Kunsttherapie – wieder auf das Individuum fokussiert und künstlerisch-kreative Prozesse als Möglichkeit für die Entwicklung von Ich-Kompetenzen und eines Gefühls von Identität im Hier-und-Jetzt verstanden (vgl. ganzer Abschnitt Mills & Crowley, 2011, S. 194).

Fazit

Künstlerische Metaphern ermöglichen nicht nur eine bildhafte Beschreibung von Problemen, sondern bieten auch Zugang zu psychischen Prozessen. So können sie Hinweise auf unbewusst im Körper und Nervensystem gespeicherte Kräfte (Kapitel 3.9.) und Lösungen im physisch-materiellen Raum geben (Kapitel 3.8.). Dieser an die Kunsttherapie angelehnte Zugang bietet einen kindgerechten Zugang zu angestauten Gefühlen und bildet darum eine wesentliche Grundlage für die konkrete Raumgestaltung und Inszenierung der «Emotionsräume».

Künstlerische Metaphern können als Visualisierungen von emotionalen Gehalten sowohl als diagnostisches wie auch therapeutisches Werkzeug eingesetzt werden (vgl. Naumberg, 1958). Eine Ausweitung der «Emotionsräume» auf einen präventiven Rahmen ist denkbar und liesse einen diagnostischen Einsatz künstlerischer Metaphern zu. Bei den «Emotionsräumen» soll es zunächst um ein therapeuti-

sches Setting gehen. Wenn wir damit Erfahrung gesammelt haben, können wir uns jedoch sehr wohl vorstellen, eine solche präventive Erweiterung umzusetzen.

3.3.5 Safe Place

Kinder lernen den Umgang mit Gefühlen in sicheren und feinfühligem Beziehungen (Kapitel 3.1. und Kapitel 3.2.). Bentzen und Hart legen überzeugend dar, wie sich unsere emotionale Entwicklung nur dann entfalten kann, wenn emotionale Erfahrungen auf der Fähigkeit zur Synchronisation mit anderen, aber auch auf realen Lebenserfahrungen und verkörperten Empfindungen basieren (vgl. Bentzen & Hart, 2018, S.88). Um emotionale Entwicklung zu fördern, braucht es also nicht nur einfühlsame und authentische Beziehungen im Sinne von Grawe, sondern auch Erlebnisse im dreidimensionalen physisch-materiellen Raum.

Katz-Bernstein bezieht sich mit ihrem Konzept des geschützten Raums genau auf diese neuroaffektiven Grundlagen und Erfahrungen der Dreidimensionalität beziehungsweise des Raumes als so genannt Dritter Pädagoge. Ein wohl überlegt eingerichteter Raum hat Auswirkungen auf das Bewegungs- und Spielverhalten der Kinder und wirkt wie ein guter Pädagoge. Beim Safe Place-Konzept geht es in erster Linie darum, gemeinsam mit dem Kind in einem spielerischen Prozess einen geschützten Ort zu kreieren, zum Beispiel eine Baum-Hütte, ein Feen-Schloss oder eine Bären-Höhle. Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt, um dem Bedürfnis von Sicherheit und Geborgenheit räumlich-gestalterisch Ausdruck zu verleihen. Das wiederholte Konstruieren eines geschützten Raumes, in dem das Kind zur Ruhe kommen und die Aufmerksamkeit nach innen zu seinen Affekten verlagern kann, wird verinnerlicht und bietet laut Katz-Bernstein für Kinder die Chance, diese Erfahrung immer wieder abzurufen um dadurch zum Beispiel auch «in unbekanntem Situationen und mit nicht vertrauten Menschen Lernatmosphären herzustellen (...), in der Neugier und (...) Offenheit der Sinne herrschen» (vgl. Katz-Bernstein, 1996, S. 129).

Dieses Verständnis von geschützten Räumen bietet für die Psychomotorik aus unserer Perspektive eine relevante Erweiterung, die in Zusammenhang mit Grawes Grundbedürfnissen (z.B. nach Kontrolle/Sicherheit und Lustgewinn/Ruhe) steht und welche die Intervention des Hüttenbauens um den Aspekt des sozio-emotionalen Bereichs ergänzt. So standen beim Hüttenbau lange vorwiegend motorische Förderaspekte der Fein- und Grobmotorik im Vordergrund.

Das Konzept des Safe Place ist bezeichnenderweise in der Arbeit mit Kindern mit auffälligem Verhalten entstanden (vgl. Katz-Bernstein, 1996, S.114-116). Wie die Studie Amft und Amft darlegt, besuchen heute vermehrt Kinder mit affektiver Symptomatik und psychosozialen Hintergrund die Psychomotoriktherapie (vgl.

Amft & Amft, 2003). Die «Emotionsräume» sind wie in Kapitel 1 und Kapitel 2 erwähnt eine Intervention, die genau dieser Problemlage begegnen möchte und unter anderem an Katz-Bernsteins Safe Place Konzept angelehnt ist.

Fazit

In unserem Projekt werden diejenigen Elemente vom Safe Place Konzept praktisch auf die Psychomotorik übertragen, die sich auf die sozio-emotionalen Komponenten nämlich Affektregulation, Ich-Kompetenzen, Handlungs- und Beziehungsfähigkeit richten. Im Sinne von Katz-Bernstein verstehen wir die «Emotionsräume» nämlich als geschützte Räume, in denen in einer neuen Situation eine Lernatmosphäre geschaffen wird, die von kreativer Neugier und einer Offenheit der Sinne geprägt ist. Das Kind gestaltet spielerisch seinen individuellen «Emotionsraum» mit klaren Grenzen und wird dabei von der Therapeutin begleitet. Durch das Gestalten, Bauen und Grenzen ziehen erlebt es sich als selbstwirksam, nimmt seine Gefühlswelt und Bedürfnisse handelnd wahr und erlebt Sicherheit, Geborgenheit, Orientierung, Symbolik und Ästhetik.

Die Therapeutin begleitet die Ausgestaltung des «Emotionsraums» und nimmt währenddessen die Bedürfnisse des Kindes wahr. Sie setzt gezielte ästhetische Impulse im Sinne von therapeutisch-künstlerischen Metaphern (Kapitel 3.7). Sie nutzt die Möglichkeit zur Kommunikation, indem sie spiegelt, verbalisiert, kommentiert und grundbedürfnis- und ressourcenorientierte Fragen stellt (Kapitel 3.4.) und ist zudem Verhaltensvorbild.

Wie beim Safe Place gibt es auch bei den «Emotionsräumen» kein vorgefertigtes Rezept. Die «Emotionsräume» scheinen uns mit den teilweise ästhetisch vordefinierten Elementen jedoch strukturierter als das Safe Place Konzept. Das Kind bestimmt aber letztendlich auch bei den strukturierteren Vorgaben immer selbst, welche Formen und emotionale Färbungen sein persönlicher «Emotionsraum» annehmen soll.

3.3.6 Embodiment

Embodiment (Verkörperung oder Inkarnation) ist ein Begriff für einen jüngeren Ansatz in der Psychologie, bei dem die Wechselwirkungen von Körper und Geist untersucht und genutzt werden. Genauer gesagt geht es um die Auswirkung des Körpergeschehens auf die Psyche. In den letzten Jahrzehnten haben Forscher in diesem Zusammenhang vermehrt neurobiologische Experimente durchgeführt, um zu beweisen, dass eine Veränderung des Körperzustandes einen Einfluss auf das menschliche Gehirn beziehungsweise auf das Zentralnervensystem hat. Gemäss Hüther bilden das Gehirn und der Körper, Soma und Psyche, Denken und Fühlen, eine untrennbare, neuroaffektive funktionelle Einheit (vgl. Hüther, 2017,

S.75). Wenn Menschen denken, handeln und fühlen, tun sie dies also nie wie körperlose Wesen. Der Körper ist immer mit dabei – entgegen der Auffassung von René Descartes, der Geist und Materie als klaren Dualismus angesehen hat («Cogito, ergo sum»). Psychisches Erleben, Kognition und Bewusstsein ist immer abhängig von einem Körper, der in einer Umwelt eingebettet ist. Deshalb finden inner-psychische Prozesse im äusserlich erkennbaren Körperbild Ausdruck (vgl. Storch, 2017, S.37). Daraus kann man schliessen, dass man fröhlich ist, weil man aufrecht und beschwingt läuft. Gleichsam ist man genervt und aggressiv, wenn man die Augenbrauen grimmig zusammenzieht und die Fäuste ballt. In diesem Fall ist der Körper (Mimik und Körperhaltung) die Ursache für das psychische Erleben und nicht die Auswirkung davon.

Wer den Zusammenhang zwischen Körper und Psyche aus dieser Embodiment-Perspektive betrachtet, kann die verschiedenen Facetten der eigenen Psyche (und des Körpers) leichter begreifen und hat ein Werkzeug in der Hand, um Selbstmanagement auszuüben. Storch versteht unter Selbstmanagement durch Embodiment auch, dass jede Art von emotionaler Verfassung dazugehört, auch jene, die für andere Menschen unter Umständen unangenehm ist. Geglücktes Selbstmanagement besteht für Storch in der Freiheit zu wählen und das Spektrum der eigenen Einflussmöglichkeiten nutzen zu können (vgl. Storch, 2017, S.72). Es geht also nicht darum, sich an eine gegebene Norm oder einem erwünschtem Verhalten anzupassen, sondern um authentische Regulation der eigenen Affekte und Ich-Kompetenzen.

Fazit

Embodiment gehört für Storch wie auch für uns als eine Technik des Selbstmanagements an zukunftsorientierte Schulen, damit junge Menschen für den Zusammenhang von Körper und Geist sensibilisiert werden. Wenn sie Bescheid wissen was beispielsweise ihre Körperhaltung und ihr Gesichtsausdruck in ihrer Psyche bewirken, dann können sie eher darauf Einfluss nehmen, wann sie sich konzentrieren oder lieber mit einer verschlossenen Körperhaltung die «beleidigte Leberwurst» spielen möchten (vgl. Storch, 2017, S.72). Die «Emotionsräume» sind ein Versuch, hierzu eine praktische Umsetzung zu liefern, indem wir Worte mit hohem sinnlichen Gehalt und Bilder benutzen, um dem Körper das Verstehen zu erleichtern (Kapitel 3.7). Über Visualisierungen (Kapitel 3.6.) und künstlerische Metaphern, die in einem geschützten Raum (Kapitel 3.8.) von den Kindern selbst gestaltet werden, entstehen so emotionale Bilderwelten, die in einem zweiten Schritt zu einem individuellen und persönlichkeitsgerechten, liebevollen Umgang mit ihrem eigenen Körper anregen sollen.

4 Emotionsräume zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen (Informationsbroschüre, s. Beilage)



Emotionsraum: Angst

Skalierungsfragen 1–10

Mit verschiedenen Bildtafeln (Vulkan, gefährlicher Tiger etc.) wird die Angst visualisiert. Am Boden sind mit Tape abgeklebte Felder mit einer Nummerierung von 1–10 aufgezeichnet. Sowohl das Kind als auch die Therapeutin ziehen je ein Bild und hüpfen auf das Zahlenfeld, welches ihre Angst repräsentiert. Im Spiel wird aufgezeigt, dass Angst auch nützlich sein kann und dass sie für jeden etwas anderes bedeutet.

Externalisieren: Beispiel Gespenster

Seil:
Ein Seil wird durch den Therapieraum gespannt, um visuell aufzuzeigen, wie gross die Angst sein kann. Das Kind erlebt die Angst physisch, sie versperrt den ganzen Raum und blockiert Bewegungen. Das Kind darf so viele grosse und kleine «Angstis» (Gespenster) am Seil befestigen, bis seine Angst bestmöglich als Bild repräsentiert wird. Die Therapeutin versucht, die Angst des Kindes in Worte zu fassen.

Pictogramme:
Das Kind fragen, wo im Körper es die Angst jeweils spürt. Dafür sind Bilderbögen mit verschiedenen Pictogrammen vorbereitet: Herz, Hals, Bauch, Hände, Schultern. Wenn das Kind möchte, kann es auch noch weitere Bilder zeichnen und diese ebenfalls an das Seil hängen.

Stoffbänder:
Spürt das Kind die Angst beispielsweise auf den Schultern, belüftet es diese mit Stoffbändern. Spürt es die Angst im Herzen, bindet es sich die Stoffbänder um sein Herz. Die Therapeutin spielt mit und läuft gemeinsam mit dem Kind «bedrückt» im Raum umher. Verschiedene körperliche Positionen von «bedrückt-sein» einnehmen (Embodiment).

Danach ertönt eine schöne, leichte Musik. Das Kind und die Therapeutin springen und tanzen durch den Raum und werfen die Stofftücher wieder über das Seil. Bewusstes Atmen, wir spielen den Wind (Windstmen), Gefühl von Leichtigkeit und Stärke.

Safe Place und Achtsamkeit

Der Wind wird leiser, wir erholen uns im Safe Place. Die Therapeutin fragt das Kind, was es noch alles in seinem Raum braucht, um sich sicher zu fühlen. Wir entspannen uns, hören Meeresrauschen-Musik und legen warme Sandsäckchen auf die «Angststellen» im Körper. Wir erzählen uns von einem Tag am Meer. Am nächsten Morgen sind wir gestärkt. Die «Angstis» sind immer noch da, wir betrachten sie genau und kommunizieren, wie sie aussehen. Jetzt ist es an der Zeit, Platz zu machen. Wir fragen das Kind, wohin die Angst gehen soll? Das Kind baut für die «Angstis» ein neues Zuhause oder verpackt sie in einer grossen Schachtel.

Reframing

Das Kind bastelt ein kleines «Angstli» (Gespenst). Dieses bekommt ein kleines, verziertes «Haus» in Form einer Zündholzsachtel. Das «Angstli» wird nun für das Kind zum Beschützer.

Das Kind darf so viele grosse und kleine «Angstis» (Gespenster) am Seil befestigen, bis seine Angst bestmöglich als Bild repräsentiert wird.

5 Diskussion und Reflexion

5.1 Zusammenfassung unseres Arbeitsprozesses

Alles begann im November 2019 in Würzburg mit der Reise an die «9. Kindertagung – Hypnotherapeutische und Systematische Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen». Auf der langen Zugreise in Richtung Süddeutschland konnten wir uns intensiv austauschen, über unser Studium, das Berufsbild der Psychomotorik und über die Frage, weshalb es uns gerade an diese Tagung zog. Wir beide hatten das grosse Bedürfnis, sozio-emotionale Aspekte in unserer Ausbildung vertieft zu erforschen und die ressourcenorientierte Ausrichtung der Hypnotherapie (mit ihren Visualisierungstechniken und Metaphern) als Inspiration für eine kreative Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen in der Psychomotorik Therapie zu nutzen. Daraus entstand die Idee, die Bachelorarbeit gemeinsam zu entwickeln und unsere Arbeit ebendiesem spannenden Themenfeld zu widmen.

Wir haben uns folgende Ziele gesetzt:

- In erster Linie wollten wir ein **psychomotorisches Förderkonzept im Umgang mit Verhaltensschwierigkeiten und emotionalen Auffälligkeiten** erarbeiten.
- Den Fokus wollten wir dabei auf die Basisemotionen legen: **Angst, Wut und Trauer**, weil sie als direkte Reaktionen auf eine Situation sehr unmittelbar mit zugrundeliegenden Bedürfnissen zusammenhängen, sich entwicklungspsychologisch am frühesten entwickeln und menschliches (Er-)Leben in einem wesentlichen Ausmass prägen.
- Für dieses Vorhaben wollten wir mit **räumlichen Inszenierungen, Visualisierungen, Atmosphären, Symbolen und Metaphern** arbeiten sowie an den **Erfahrungsschatz** unserer beruflichen Tätigkeiten als bildende Künstlerin respektive Kulturwissenschaftlerin anknüpfen, wo wir diesem Forschungsinteresse an Emotionen bereits kreativ nachgegangen sind.
- Ein weiteres Ziel war es, unser **therapeutisches Selbstverständnis** zu stärken und dieses auch sichtbar zu machen.

Diese Kerngedanken bildeten die Ausgangslage, um uns aus einer interdisziplinären und gestalterischen Herangehensweise als Psychomotorik-Therapeutinnen dem Thema Emotionen in der vorliegenden Bachelorarbeit anzunähern.

5.2 Ergebnisse: Antworten auf die Forschungsfragen

1. Auf welchen theoretischen Konzepten begründet, stärken wir unser therapeutisches Selbstverständnis als Psychomotorik-Therapeutinnen? Wie beeinflusst dies unsere therapeutische Arbeitsweise und wie kommunizieren wir diese gegen Aussen?

Unser therapeutisches Selbstverständnis verstehen wir als ressourcen-, lösungs- und bedürfnisorientiert. Mit unserer Arbeitsweise setzen wir den Schwerpunkt auf die Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen mit kreativen Interventionen und den Einbezug des Raums als dritten Pädagogen.

Dazu haben wir als Informations- und Begleitmaterial zu den Emotionsräumen ein «Onepager» sowie ein «Booklet» entworfen. Unterlagen, die wir beim Antritt unserer Stelle an die Lehrpersonen im Schulhaus verteilen werden. Damit wollen wir eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Kinder anstreben. Gleichzeitig erhoffen wir uns davon, das Berufsbild der Psychomotorik in Hinblick auf Schüler mit herausforderndem Verhalten ohne motorische Auffälligkeiten bekannter zu machen.

In unserem «Booklet» Emotionsräume zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen zeigen wir auf, wie sinnliche Atmosphären und kindergerechte «Rauminstallationen» mit Aufforderungscharakter entstehen können und sich diese mit der gestalterischen Arbeit mit Kindern verbinden lassen. Es dient als (visuelle) Dokumentation, die Lehrpersonen und Eltern Einblick in unsere therapeutisch-kreative Arbeitsweise und räumliche Settings bietet.

Das theoretische Grundlagenwissen zu den Emotionsräumen von Klaus Grawe, Albert Pessa, Jürgen Seewald, Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Nitza Katz-Bernstein, Maja Storch und weiteren (Kinder)-Psychotherapeut*Innen, möchten wir den Lehrpersonen auf Wunsch im Rahmen von Infoveranstaltungen näher bringen. Für ein professionelles Beziehungsgeschehen mit verhaltensauffälligen Kindern ist unserer Ansicht nach, in Anlehnung an Katz-Bernstein, ein klares therapeutisches Selbstverständnis mit eindeutigen Grenzen im Sinne eines verinnerlichten und geschützten Ortes und einer gewissen professionellen Distanz notwendig. Darum wenden wir Katz-Bernsteins Safe Place Konzept (Kapitel 3.8.) in unserer Bachelorarbeit im doppelten Sinn an. Einerseits für die Kinder als Sicherheitserlebnis, andererseits aber auch für uns selbst und unsere Haltung als Therapeutinnen, um Resilienz und Psychohygiene zu gewährleisten und aufrechtzuerhalten.

2. Wie fließen diese Erkenntnisse in die konkrete psychomotorische Arbeit mit Kindern mit Auffälligkeiten im emotionalen Bereich ein?

Bei der Selbststärkung der Kinder in den Emotionsräumen legen wir einen Schwerpunkt auf das Ansprechen und Aktivieren ihrer Ressourcen, nämlich ihre Gestaltungskraft, Imagination und Kreativität. Über den kreativen Ausdruck von Gefühlen können die Kinder sichtbare Zeichen der Freude, Trauer, Angst oder Wut setzen. Dabei lernen sie ihre Emotionen und damit zusammenhängende Bedürfnisse zu differenzieren und sich handlungsorientiert und kreativ mit ihrer Gefühlswelt auseinanderzusetzen. Wenn Kinder ihrer Trauer beispielsweise die Form eines riesigen Meeres oder einer kleinen Pfütze zuordnen können, entsteht so eine lösungsorientierte Externalisierung, also ein Brückenschlag zwischen ihrer Innen- und Aussenwelt.

Aus dieser ressourcen-, lösungs- und bedürfnisorientierten Haltung heraus wollen wir mit den Kindern gemeinsam multimodale und kreative Lernatmosphären schaffen, die ihre emotionalen und kreativen Bedürfnisse aufnehmen und bedienen. Abstrakt-unsichtbare innerpsychische Prozesse werden mit konkreten visuell-sinnlichen Ankern und kreativen Interventionen im dreidimensionalen Raum gemeinsam inszeniert. Innere emotionale Räume werden so in äusseren Räumen sicht- und erfahrbar. Dabei stützen wir uns auf Erkenntnisse aus der Neuropsychologie, wonach bildhafte Beschreibungen den Zugang zu kognitiven und emotionalen Eindrücken erleichtern und neurophysiologische Verknüpfung verstärken (vgl. Bentzen & Hart, 2005, S.237).

Mit den Emotionsräumen möchten wir möglichst viele Sinne anregen (visuell, taktil, kinästhetisch, haptisch, akustisch etc.), was multimodales Lernen ermöglicht und entsprechend verschiedenen Lerntypen gerecht wird. Das Sichtbarmachen von unsichtbaren inneren Prozessen kann mit einfachen Interventionen und multifunktionalen Materialien mit relativ geringem Aufwand funktionieren. Entscheidend ist, dass das Kind die Atmosphäre mitgestaltet, eigene Bedürfnisse mit einbringt und so eine eigene Sinnhaftigkeit im individualisierten Erfahrungsraum entsteht.

Im Unterschied zu einer Bewegungslandschaft, wo Materialien wie Matten und Flusstesteine symbolisch beispielsweise eine Dschungellandschaft darstellen können die auf der motorischen Ebene Bewegungen provoziert, möchten wir in den Emotionsräumen primär über die räumliche Atmosphäre und Inszenierung das emotionale Erleben der Kinder anregen.

5.3 Kritische Reflexion

Die praktische Umsetzung der Emotionsräume im therapeutischen Kontext mit Kindern steht noch aus und wird sicherlich verborgene Schwachpunkte in diesem Therapiekonzept offenbaren und weiterführende Fragen aufwerfen.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurde keine Überprüfung der Wirksamkeit der Emotionsräume durchgeführt. Nach reiflicher Überlegung kamen wir jedoch zum Schluss, dass die Emotionsräume, der «Onepager», das «Booklet» und das dabei herausgebildete therapeutische Selbstverständnis in erster Linie eine persönliche und prozessorientierte Arbeit für uns war. Mit den Fotos und Kurzbeschreibungen der Materialien und kreativen Inszenierungen im PMT-Raum können wir den Lehrpersonen unserer Therapiekinder unser therapeutisches Selbstverständnis aufzeigen. Es handelt sich demzufolge um einen Einblick in unsere Arbeit und nicht um ein Förderkonzept im Sinne eines Lehrmittels, mit dem andere Therapeutinnen die Emotionsräume eins zu eins nachbauen können. Daher stellte sich die Frage, wie zielführend und repräsentativ eine Überprüfung dieses Arbeitsprozesses inklusive der Emotionsräume im Sinne einer empirischen Einzelfallstudie überhaupt wäre.

Durch die Betrachtung der Durchführung der Emotionsräume während eines längeren Zeitraums könnte mittels qualitativen Interviews ermittelt werden, wie die verschiedenen Räume fortlaufend und speziell auf die Bedürfnisse von unterschiedlichen Kindern, Lehrpersonen, Schulleitern und Eltern jeweils neu angepasst werden müssten. Wie bereits in Kapitel 2.3 erläutert, ist die Mehrheit der Kinder in der PMT männlich und die überwiegende Mehrheit der therapeutischen Fachpersonen weiblich. Wie stark wir in den Emotionsräumen den geschlechtsspezifischen Bedürfnissen von Buben gerecht werden, könnte in einer weiteren qualitativen Untersuchung ermittelt und kritisch beleuchtet werden.

5.4 Ausblick

Die Emotionsräume liessen sich als therapeutische Intervention auch auf weitere Emotionen wie zum Beispiel Freude ausweiten, insbesondere aber auch auf sekundäre Emotionen (Schuld, Scham etc.). Solche erweiterten Emotionsräume wären eine gute Grundlage, um mit Jugendlichen und Erwachsenen psychomotorisch an sozio-emotionalen Themen zu arbeiten.

Die Emotionsräume liessen sich als modulares Konzept auch als psychomotorisches Präventionsangebot anbieten. Je nach Grösse der Kindergruppe empfiehlt es sich, wenn zwei Therapeutinnen beim Aufbau und der Durchführung der Emo-

tionsräume mithelfen. Dazu müsste aber zuerst eine tragfähige Beziehung zu den Therapeutinnen aufgebaut werden können, da ansonsten das Risiko bestünde, dass emotionale Grenzen der Kinder überschritten werden könnten.

Auch wäre ein möglicher Einsatz im Bereich der psychomotorischen Diagnostik denkbar – ähnlich einer freien Spielsituation wo im Sinne einer qualitativen Beobachtung emotionale Reaktionen beobachtet werden könnten. Auch hier wäre es wichtig, dass eine tragfähige Beziehung zur Diagnostikerin vorhanden ist, um auf emotionale Grenzen der Kinder feinfühlig eingehen zu können.

Der Einsatz von Musik bietet sich in den Emotionsräumen an, da Musik Emotionen verstärken kann. Gerne möchten wir zu einem späteren Zeitpunkt in Zusammenarbeit mit Musikern aus dem Genre der Filmmusik, passende musikalische Untermalungen zu den Emotionsräumen erarbeiten und komponieren lassen.

Am Schluss dieser Bachelorarbeit stecken wir immer noch mitten in der Coronakrise. Viele unserer wichtigsten Bedürfnisse können nur erschwert umgesetzt werden und gleichzeitig werden wir überrollt von Unsicherheit und Orientierungslosigkeit. Das Bewusstwerden der eigenen Emotionen bekommt in solch krisenhaften Zeiten einen ganz besonderen Stellenwert. Vielleicht ist es gar eine einmalige Chance, um ganz im Sinne unserer Emotionsräume, die Bedeutung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit Emotionen und Bedürfnissen noch besser zu erkennen.

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön geht an:

Beatrice Uehli, die uns mit hilfreichen Anregungen, emotionaler Unterstützung und konstruktiver Kritik durch den gesamten Prozess der Erstellung dieser Arbeit begleitet hat. Sie stand immerzu hinter unserem Projekt und gab uns den Freiraum, den wir brauchten, um kreativ sein zu können. Weiter möchten wir uns für ihren stets bereichernden Unterricht herzlich bedanken. Dort ging sie immer auf die Bedürfnisse von uns Studenten ein, schaffte eine Atmosphäre der Beziehung, in der man einen «echten» Diskurs über Psychomotorik führen konnte und es gab Raum, dass Fragen aufkommen konnten, auf die sie dann auch mit ihrer grossen Expertise einging. Nur dank Ausbildnern wie sie, die Menschlichkeit und die therapeutische Haltung authentisch vorleben, konnten wir uns vertieft mit dem therapeutischen Prozess, unserer eigenen Persönlichkeitsentwicklung und somit auch mit den «eigentlichen Themen» der Kinder beschäftigen.

6 Literaturverzeichnis

Amft, H. & Amft, S. (2003). Welche Kinder kommen in die Psychomotoriktherapie? Ergebnisse einer Studie zur Klientel der Psychomotoriktherapie. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 12, 35-43.

Amft, S., Boveland, B., Hensler Häberlin, K. & Uehli Stauffer, B. (2012). Mitschwingen und Resonanzbereitschaft. Eine Studie zu den theoretischen Konzeptionen und beruflichem Selbstverständnis von Psychomotoriktherapeutinnen. *Motorik*, 3, 110 -117.

Baer, U. & Frick-Baer, G. (2020). *Das grosse Buch der Gefühle*. Weinheim, Basel: Beltz.

Bamberger, G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Basel: Beltz.

Bassin, D. & Wolfe, M. (1983). Children's Reaction to Psychiatric Hospitalisation: Drawings and Storytelling as a Data Base. *Arts in Psychotherapy*, 10(1), 33-44.

Bentzen, M. (2016). *Das Neuroaffektive Bilderbuch*. Kopenhagen: Hans Reitzels Forlag.

Bentzen, M. & Hart, S. (2018). *Das Neuroaffektive Bilderbuch 2: Sozialisation und Persönlichkeit*. Kopenhagen: Hans Reitzels Forlag.

Berg, I.K. & Shilts, L. (2005). *Der WOWWW Ansatz. Handbuch für Lösungs(er)schaffende Strategien im Unterricht*. Schriftenreihe «Einfach, aber nicht leicht». Band 3. Winterthur: Zentrum für Lösungsorientierte Beratung.

Bieri, B. (2013). *Das Spiel mit den Ressourcen. Lösungsorientierte Arbeit mit Kindern in der Psychomotorik*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. Hochschule für Soziale Arbeit.

Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bowlby, J. (2018). *Bindung als sichere Basis*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Brandstetter, V., Schüler, J., Puca R.M. & Lozo, L. (2018). *Motivation und Emotion*. Berlin: Springer.

Buchmann, T. (2007). *Psychomotorik-Therapie und individuelle Entwicklung*. Luzern: Edition SZH.

Caby, F. & Caby, A. (2017). *Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste*. Teil 1. Dortmund: Borgmann Media.

Culley, S. (2015). *Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten* (6. Auflage). Weinheim: Beltz.

De Shazer, S. & Dolan Y. (2008). *Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute* (1. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Diez Griesser, M. & Müller, R. (2018). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Kotta.

Ecker, S. (2015). *Zuhause im eigenen Körper*. Basel: Beltz Verlag.

Esser, M. (1995). *Beweg-Gründe. Psychomotorik nach Bernard Aucouturier*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Geuter, U. (2019). *Praxis Körperpsychotherapie*. Berlin: Springer.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2014). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Halprin, D. (2013). *Was der Körper uns zu erzählen hat. Expressive Arts Therapy in Theorie und Praxis*. Troisdorf: Kieser.

Holtz, K. (2009). *Einführung in die Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer.

Hülshoff, T. (2012). *Emotionen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hüter, G. (2014). *Die Macht der inneren Bilder*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des Safe Place – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativen Kinderpsychotherapie. In B. Metzmacher, H. Petzold, H. Zaepfel (Hrsg.). *Praxis der integrativen Kindertherapie* (S.111-141). Paderborn: Junfermannsche.

Kreitler, H. & Kreitler, S. (1980). *Psychologie der Kunst*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Lakovics, M., E. Becher, D. Goldstein, S. Kruger-Weissberg, S. Towle a.B. Walker-Wessels (1978). Expressive Psychotherapies: Administrative Considerations. *American Journal of Art Therapy*, 17 (4), 141-144.

Lohaus, A. & Glüer, M. (2014). *Entwicklungsförderung im Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe.

Mills, J. & Crowley, R. (2011). *Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Naumberg, M. (1958). Art Therapy: Its Cope and Function. In: E. Hammer (Ed.): *The Clinical Applications of Projective Drawings*. Springfield, IL (Charles C. Thomas), S. 511-517.

Noichl, U. & Noichl, M. (2019). *Pesso für alle*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Petermann, F. & Petermann, U. (2018). *Lernen: Grundlagen und Anwendungen*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2016). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe.

Remotique-Ano, N. (1980). The Hidden Agenda for Story-Making Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 34 (2), 261-268.

Rytz, T. & Uetz, R. & Grandjean, V. (2010). *Papperla Pep*. Körper und Gefühle im Dialog. Bern: Schulverlag plus.

Schär, M. & Steinebach, C. (2015). *Resilienzfördernde Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Grundbedürfnisse erkennen und erfüllen*. Basel: Beltz Verlag.

Schemmel, H. & Selig, D. & Schlesinger, R. (2018). *Kunst als Ressource in der Therapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Schrenker, L. (2008). *Pesso-Therapie: Das Wissen zur Heilung liegt in uns*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Seewald, J. (2007). *Der Verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Siegler, R. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Smith, E. & Grawe, K. (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 111–122). Tübingen: dgvt Verlag.

Steiner, T. & Kim Berg I. (2016). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern* (7. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Steiner, T. (2011). *Jetzt mal angenommen... Anregungen für die lösungsfo-kussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (1. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Storch, M. & Cantieni, B. & Hüther, G. & Tschacher, W. (2017). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hogrefe.

Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (1999). *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie*. Dortmund: Borgmann.

Vogt-Hillmann, M. (2009). *Kinderleichte Lösungen: lösungsorientierte kreative Kindertherapie*. Dortmund: Borgmann.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1

Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens. S. 21

Abbildung 2

Die beiden unabhängigen Motivationssysteme Annäherung und Vermeidung und ihr Zusammenhang mit den Persönlichkeitsfaktoren Extraversion und Neurotizismus. S. 28

«Es gibt zwei Arten, sein Leben zu leben:
entweder so, als wäre nichts ein Wunder, oder so, als wäre alles eines.»

Albert Einstein

Emotionsräume zur Stärkung von sozio-emotionalen Kompetenzen

Bianca Brunner
Allegra Eisendle



Einleitung

In den Emotionsräumen setzten wir unseren Fokus auf die Basisemotionen: Angst, Wut und Trauer, weil sie als direkte Reaktionen auf eine Situation sehr unmittelbar mit zugrundeliegenden Bedürfnissen zusammenhängen, sich entwicklungspsychologisch am frühesten entwickeln und menschliches (Er-)Leben in einem wesentlichen Ausmass prägen.

Die Emotion (Wut, Angst, Trauer) wird im Hier und Jetzt im Raum multimodal mit allen Sinnen aktiv erfahrbar und regulierbar gemacht. Es gibt keine guten oder schlechten Gefühle, alle sind gleichwertig und richtig. In den Emotionsräumen können wir dem Kind einen geschützten Raum anbieten – für das Erleben seiner Gefühle – den es im Alltag vielleicht nicht hat. Das Kind ist dabei stets der Gestalter seines eigenen Emotionsraumes respektive seiner eigenen Geschichte. Durch den Prozess des Gestaltens wird zwischen der Welt im Innern und der Aussenwelt eine Beziehung hergestellt, was wiederum die Identitätsentwicklung des Kindes vorantreibt. Durch das gemeinsame Spiel und Entwerfen im Raum eröffnen sich neue Sichtweisen, Handlungsalternativen und Problemlösungsstrategien. Dabei wird das Kind neben der Problemaktivierung seiner eigenen Stärken bewusst und eine Ressourcenaktivierung findet statt. Das Kind setzt sich spielerisch einer Situation aus, die seinen Vermeidungszielen entgegengesetzt ist. Neue, schöne Erfahrungsbilder, die tief auf der körperlich-emotionalen Ebene verankert werden, führen schliesslich zu korrekativen Erfahrungen. Dabei lassen die Emotionsräume stets viel Spielraum, ob das Kind lieber in eine Fantasiewelt eintaucht, es in Aktion umsetzt, viel Bewegung/Erfahrung über Körperempfindungen erleben möchte oder ob es über Malen/Gestalten den Dingen eine Farbe verleihen möchte.

Dank der neusten Erkenntnisse der Hirnforschung, die aufzeigen, dass das Gehirn Imaginierendes gleich oder sogar aktiver (Solso, 2005) behandelt, als wenn es sich um reale Erfahrungen handelt – und es somit zu intensiveren Vernetzungen im Gehirn kommt, weil die Hirnrinde härter arbeiten muss – gewinnen die Emotionsräume durch den bewussten Einsatz von künstlerischen Metaphern noch mehr an Bedeutung.

Über die Bewegung und den Ausdruck von Gefühlen in solchen künstlerischen Metaphern können die Kinder sichtbar machen, ob sie Freude, Trauer, Angst oder Wut empfinden. Ziel ist es, dass die Kinder lernen, ihre Emotionen zu differenzieren und zu verstehen, was in ihnen vorgeht. Bei Trauer, Angst und Wut verstehen wir es als Therapeutinnen als unsere Aufgabe, diese Gefühle angemessen anzuerkennen. Danach gilt es, die Energie des Kindes im Sinne des lösungsorientierten Ansatzes mit einem Perspektivenwechsel in die entgegengesetzte Richtung zu lenken. So erfahren die Kinder, dass trotz allem das Leben weiter geht und unbefriedigte (Grund)Bedürfnisse nachgenährt werden können.

Ebenfalls ermitteln wir mit den Kindern, wo ihre nächste emotionale „Lernzone“ liegt, sodass sie in den «Emotionsräumen» weder über- noch unterfordert sind. Dies soll den Kindern ermöglichen, an das anzuknüpfen, was sie bereits können. Wichtig ist uns auch, dass den Kindern der Grund für ihre psychomotorische Förderung bekannt ist. Die Ziele der Intervention werden mit dem Kind zusammen bestimmt und kindsgerecht visualisiert. So entsteht eine gemeinsame Ausrichtung, was die Selbstwirksamkeit der Kinder stärkt.

Solso, Robert L. (2005): zitiert in Weinschenk, Susan M. (2011): 100 Dinge, die jeder Designer über Menschen wissen muss. Pearson Deutschland, München.



Um die Begegnung zwischen Frosch und Hase zu ermöglichen, geben wir dem Kind verschieden grosse Seerosen und Bretter, mit denen es eine Brücke bauen kann.

Emotionsraum: Trauer

Skalieren

Das Kind fragen: «Bist du so traurig wie eine Pfütze, wie ein See oder wie das grosse, weite Meer?»

«Wirklich, wie das grosse, weite Meer ... das ist tatsächlich sehr traurig»

Es wird ein grosses, blaues Tuch am Boden ausgebreitet.

Externalisieren: Beispiel Froschteich

Der Frosch ist traurig und gebückt. Er hat eine viel zu grosse, schwere Last auf seinem Rücken. Wir setzen uns mit dem Kind an den See. Siehst du wie traurig der Frosch ist, er ist ganz gebückt und allein. Kind fragen, ob es dieses Gefühl manchmal auch kennt und wie es sich im Körper anfühlt. Was könnten wir machen, dass es dem Frosch wieder besser geht? Er ist nämlich so traurig, dass er nicht mehr hüpfen kann. Er hat einen guten Freund, den Hasen. Dieser kann auch hüpfen, aber nicht schwimmen. Ich glaube der Frosch würde sich freuen, wenn er einen Freund zum Reden und Spielen hätte. Um die Begegnung zwischen Frosch und Hase zu ermöglichen, geben wir dem Kind verschieden grosse Seerosen und Bretter, mit denen es eine Brücke bauen kann. Das Kind konstruiert sein Lösungsbild. Der Teich mit dem einsamen Frosch verwandelt sich in einen Seerosenteich mit vielen Brücken für Begegnungen. Der Frosch und der Hase können sich wieder treffen.

Safe Place und Achtsamkeit

Kind und Therapeutin setzen sich ins Haus und lassen sich auf eine Matte fallen. Die Gefühle wahrnehmen, ohne zu bewerten:

Wo im Körper spürst du die Trauer am deutlichsten?

Im Bauch? In der Brust?

Oder gar in den Ohren? Bewusst ein überraschendes Körperteil wählen, welches das Kind zum Lachen bringt.

Wie fühlt es sich genau an? Warm, kalt, hart, weich, kribbelnd, stechend?

Wenn es eine Farbe hätte, welche wäre das?

Wenn du traurig bist, was würdest du dann am liebsten machen?

Getröstet werden, weinen, dich verkriechen, es jemanden erzählen, eine Hütte bauen?

Wichtig: das Gefühl erst einmal nur wahrnehmen. Es ist wie es ist, weder gut noch böse, weder richtig noch falsch. Dem Gefühl Raum geben. Die Therapeutin erzählt, wie sie Trauer erlebt. Sie erklärt dem Kind, dass es ihr jeweils hilft, an etwas Schönes zu denken. Das Kind erhält eine Auswahl an Bildern – Meer, Delfin, Zuckerwatte, Freunde, Baumhaus etc. Das Kind wählt die Bilder aus, mit denen es Freude verbindet und schmückt damit seinen Safe Place. Die Therapeutin leitet in eine Fantasiereise ans Meer über – am Strand liegen, Möwen zuhören, Sonne auf der Haut spüren, über Ferien am Meer sprechen.

Embodiment: Beispiel Sternendusche

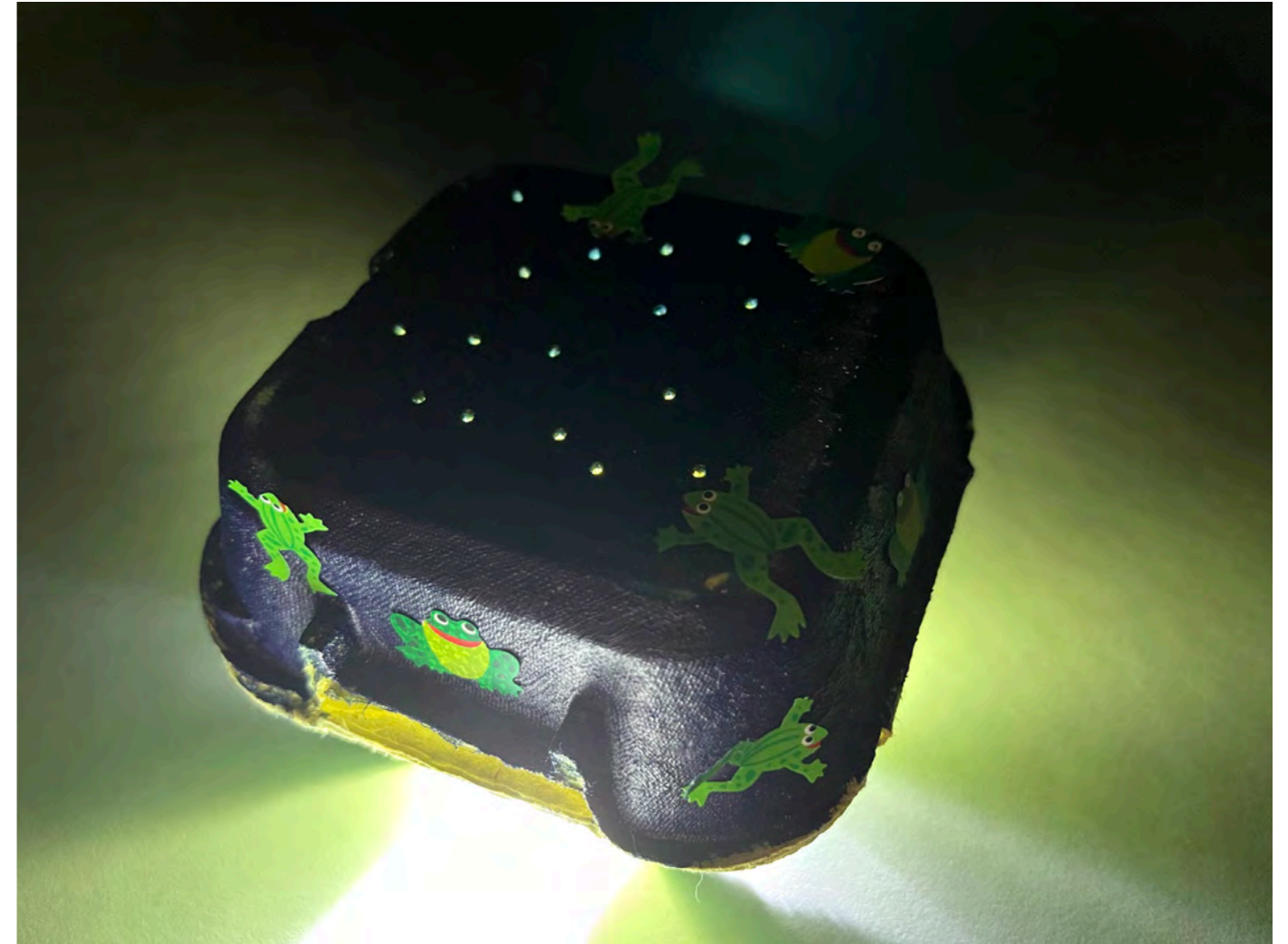
Wenn man traurig ist, hilft es, an etwas Schönes zu denken. Und wenn man dabei hüpfet, wirkt es noch viel besser. Ich habe ein spezielles Trampolin, wenn du darauf hüpfst, prasselt eine Sternendusche über dich herab und du kannst dir etwas Schönes wünschen. Das Kind hüpfet auf dem Trampolin – eine goldene, von der Decke hängende Sternengirlande, umrieselt seinen Körper.

Reframing: Beispiel Lichtballett

Wenn du wieder einmal so traurig wie der Frosch aus unserer Geschichte bist, dann kannst du die Lichter durch dein Zimmer tanzen lassen. Wir gestalten zusammen ein «Lichtballett». Das Kind darf es mit Stickers von einem hüpfenden Frosch und einem hüpfenden Hase verzieren.



Das Kind fragen: «Bist du so traurig wie eine Pfütze, wie ein See oder wie das grosse, weite Meer?»



Reframing: Das Kind erstellt sein eigenes Lichtballett.



Das Kind darf so viele grosse und kleine «Ängstlis» (Gespenster) am Seil befestigen, bis seine Angst bestmöglich als Bild repräsentiert wird.

Emotionsraum: Angst

Skalierungsfragen 1–10

Mit verschiedenen Bildtafeln (Vulkan, gefährlicher Tiger etc.) wird die Angst visualisiert. Am Boden sind mit Tape abgeklebte Felder mit einer Nummerierung von 1–10 aufgezeichnet. Sowohl das Kind als auch die Therapeutin ziehen je ein Bild und hüpfen auf das Zahlenfeld, welches ihre Angst repräsentiert. Im Spiel wird aufgezeigt, dass Angst auch nützlich sein kann und dass sie für jeden etwas anderes bedeutet.

Externalisieren: Beispiel Gespenster

Seil:

Ein Seil wird durch den Therapieraum gespannt, um visuell aufzuzeigen, wie gross die Angst sein kann. Das Kind erlebt die Angst physisch, sie versperrt den ganzen Raum und blockiert Bewegungen. Das Kind darf so viele grosse und kleine «Ängstlis» (Gespenster) am Seil befestigen, bis seine Angst bestmöglich als Bild repräsentiert wird. Die Therapeutin versucht, die Angst des Kindes in Worte zu fassen.

Pictogramme:

Das Kind fragen, wo im Körper es die Angst jeweils spürt. Dafür sind Bilderbögen mit verschiedenen Pictogrammen vorbereitet: Herz, Hals, Bauch, Hände, Schulter. Wenn das Kind möchte, kann es auch noch weitere Bilder zeichnen und diese ebenfalls an das Seil hängen.

Stoffbänder:

Spürt das Kind die Angst beispielweise auf den Schultern, belädt es diese mit Stoffbändern. Spürt es die Angst im Herzen, bindet es sich die Stoffbänder um sein Herz. Die Therapeutin spielt mit und läuft gemeinsam mit dem Kind «bedrückt» im Raum umher. Verschiedene körperliche Positionen von «bedrückt-sein» einnehmen (Embodiment). Danach ertönt eine schöne, leichte Musik. Das Kind und die Therapeutin springen und tanzen durch den Raum und werfen die Stofftücher wieder über das Seil. Bewusstes Atmen, wir spielen den Wind (Windatmen), Gefühl von Leichtigkeit und Stärke.

Safe Place und Achtsamkeit

Der Wind wird leiser, wir erholen uns im Safe Place. Die Therapeutin fragt das Kind, was es noch alles in seinem Raum braucht, um sich sicher zu fühlen. Wir entspannen uns, hören Meeresrauschen-Musik und legen warme Sandsäckchen auf die «Angststelle» im Körper. Wir erzählen uns von einem Tag am Meer. Am nächsten Morgen sind wir gestärkt. Die «Ängstlis» sind immer noch da, wir betrachten sie genau und kommentieren, wie sie aussehen. Jetzt ist es an der Zeit, Platz zu machen. Wir fragen das Kind, wohin die Angst gehen soll? Das Kind baut für die «Ängstlis» ein neues Zuhause oder verpackt sie in einer grossen Schachtel.

Reframing

Das Kind bastelt ein kleines «Ängstli» (Gespenst). Dieses bekommt ein kleines, verziertes «Haus» in Form einer Zündholzschachtel. Das «Ängstli» wird nun für das Kind zum Beschützer.



Reframing: Das Kind bastelt ein kleines «Ängstli» (Gespenst). Dieses bekommt ein kleines, verziertes «Haus» in Form einer Zündholzschachtel.



Das Kind sucht sich ein passendes Bild und springt durch die «Wutwaschanlage».

Emotionsraum: Wut

Embodiment, Externalisieren

Mit verschiedenen Bildtafeln Symbole für «Wut» aufzeigen (Sturm, Blitz, Monster, Stierkampf etc.). Das Kind sucht sich ein passendes Bild und springt durch die «Wutwaschanlage».

*Wie ein Tiger durch den Feuerreifen
Wie ein Blitz von oben in das Zeitungspapier
Wie ein Stier durch das rote Tuch*

Therapeutin: «Zeig mir wie wütend du bist! Du hast aber unglaublich viel Kraft und Energie...» die Wut in Worte fassen und positiv umdeuten. Für jeden Posten in der «Wutwaschanlage» erhält das Kind einen Schaumstoffklotz und baut damit eine Wand. Es baut die Safe Place Hütte, die vorab bereits teilweise aufgebaut wurde, zu Ende. Die Energie und Entschlossenheit die Wut auslöst, konstruktiv für kreatives Schaffen nutzen – ein Haus entsteht.

Safe Place, Achtsamkeit

Kind und Therapeutin setzen sich ins Haus und lassen sich auf eine Matte fallen. Entspannungsübungen mit Anspannen und Entspannen. Gefühle wahrnehmen, ohne zu bewerten:

*Wo im Körper spürst du die Wut am deutlichsten?
Im Bauch? In der Brust?
Oder gar in den Ohren? Bewusst ein
überraschendes Körperteil wählen, welches das
Kind zum Lachen bringt.*

*Wie fühlt es sich genau an? Warm, kalt, eng, weit,
fest, hart, weich, kribbelnd?*

Wenn es eine Farbe hätte, welche wäre das?

*Wenn du wütend bist, was würdest du am liebsten
machen?*

*Wegrennen, etwas rumwerfen/zerschlagen,
weinen, schreien, es jemandem erzählen?*

Wichtig: Das Gefühl erst einmal nur wahrnehmen. Es ist wie es ist, weder gut noch böse, weder richtig noch falsch. Die Therapeutin erzählt, wie sie Wut erlebt. Das Kind kann sein passendes

Körper-Pictogramm auswählen und anmalen. Es bastelt mit seinem Pictogramm eine Fahne für sein Haus und kann dem Haus einen passenden Namen geben.

Therapeutische Metapher: Monsterzähmung

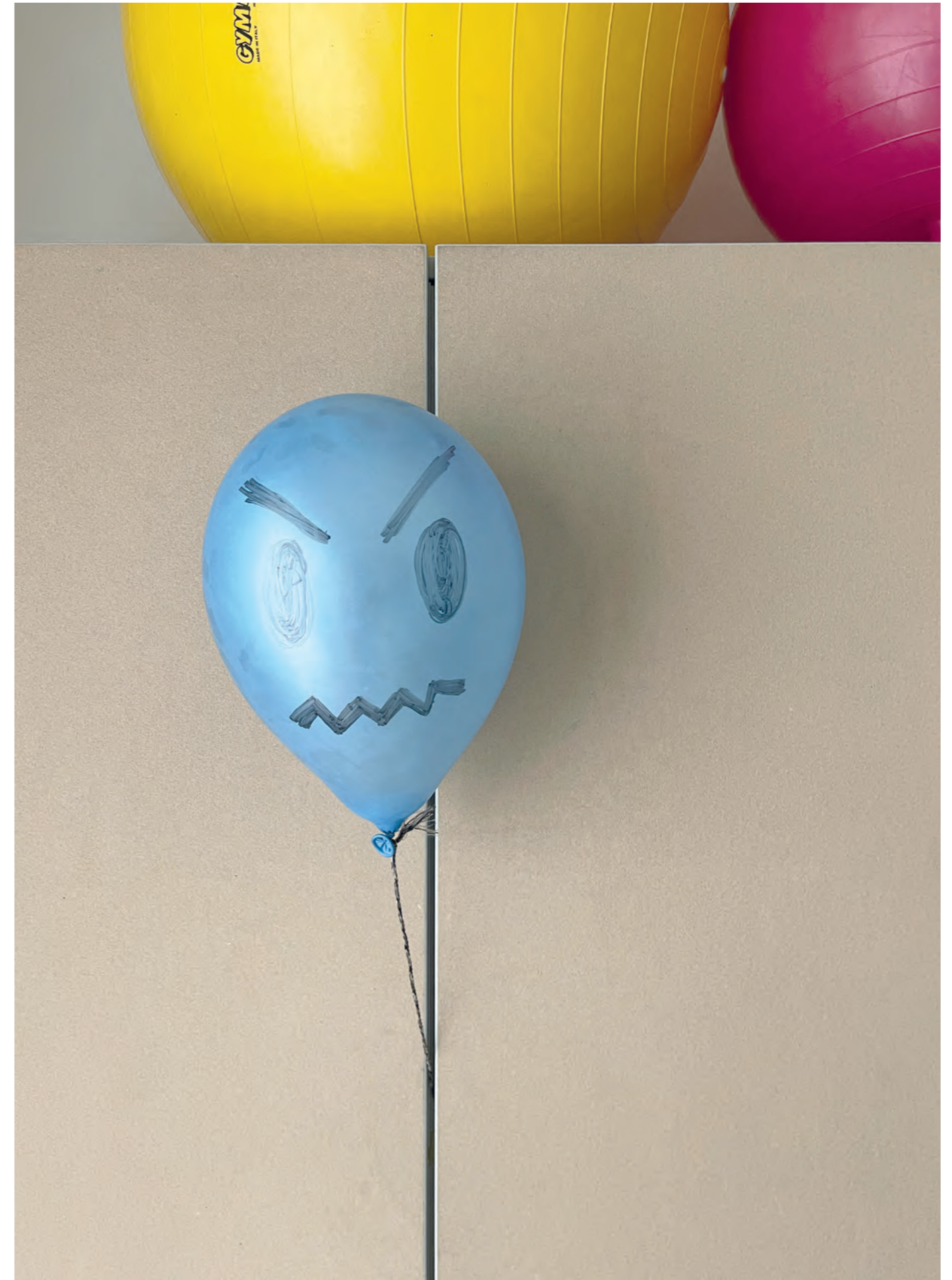
Ich habe gesehen wie wütend du sein kannst, ich habe aber auch gesehen wie energievoll du bist und so ein tolles Haus gebaut hast. Therapeutin zum Kind, ich erzähle dir ein Geheimnis: In meinem Schrank habe ich ein Wutmonster (Helium Ballon). Dieses ist aber so wütend, ich kann es nie rauslassen. Kannst du mir vielleicht helfen, es zu zähmen? Du musst mir versprechen, dass du all deine Superkraft einsetzt, um das Monster zu zähmen, nur dann kann ich den Schrank öffnen. Dadurch überträgt die Therapeutin dem Kind Verantwortung und schenkt ihm gleichzeitig Vertrauen. Die Therapeutin öffnet den Schrank, der Helium Ballon fliegt an die Decke hoch. Das Kind wird aufgefordert, das Problem zu lösen und das Monster einzufangen. Die Therapeutin fragt das Kind, ob es das Monster gerne nach Hause nehmen möchte.

Reframing

Kind gestaltet eine Zündholzschachtel auf der steht: Ich kann Monster zähmen. Die Wut wird begrenzt und transformiert sich zu einer zielgerichteten Kraft. Nach ein paar Tagen, wenn der Heliumballon seine Luft verliert, kann das Kind den luftleeren Ballon in seine «Monsterzähmer» Zündholzschachtel legen.



Das Kind erhält Schaumstoffklötze und baut damit seinen Safe Place.



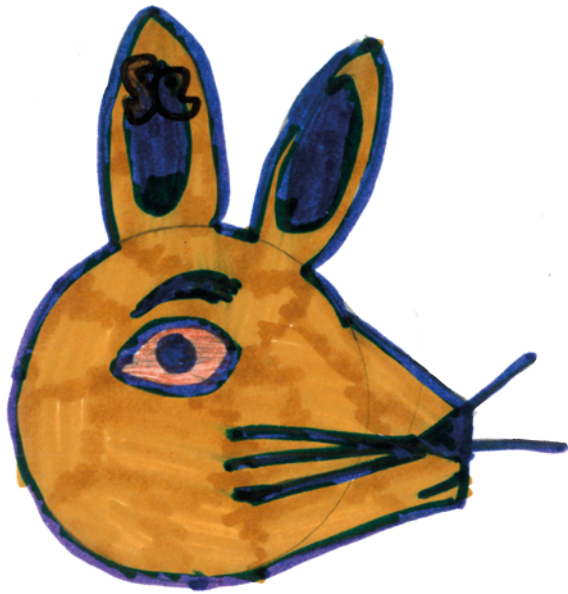
Der Helium Ballon fliegt an die Decke. Das Kind wird aufgefordert, das Problem zu lösen.



Reframing: Nach ein paar Tagen, wenn der Heliumballon seine Luft verliert, kann das Kind den leeren Ballon in seine «Monsterzähmer-Zündholzschachtel» legen.



Safe Place



Angsthase



Prinz



Grossmaul



Wildfang



Träumer



Frechdachs

Emotionsräume

«Wir wollen sie ja leben, die Affekte, nicht zuletzt deshalb, weil sie uns darüber belehren, was uns wichtig ist.» Peter Bieri

Schule mit geordneter Vielfalt

Jedes Kind ist anders. Im Einen lebt der Träumer, im Anderen vielleicht doch mehr ein kleiner Frechdachs oder ein wirbliger Wildfang. Was so selbstverständlich klingt, ist in Tat und Wahrheit ein ständiges Suchen und Finden. Ein Suchen und Finden seitens des Kindes selbst sowie auch ein Suchen und Finden seines Umfelds. Selbstredend auch des schulischen Umfelds.

Kinder verfügen bis zu einem gewissen Alter noch nicht über die Sprache, um ihren Gefühlen passende Worte zu verleihen. Dies kann zu dysfunktionalen Problemlösestrategien und auffälligen Verhaltensweisen führen. Verhaltensweisen, die für Lehrpersonen unerwünschte Folgen mit sich bringen können, für die Kinder selbst im Moment jedoch schlichtweg den bestmöglichen Lösungsversuch darstellen. Für uns Therapeuten wiederum sind es wertvolle Signale, die auf ein wichtiges Bedürfnis des Kindes hinweisen und uns im Bereich der Psychomotoriktherapie ein entscheidendes Werkzeug in die Hände legen.

Die Psychomotoriktherapie wird im Kanton Zürich vorwiegend als therapeutisch-pädagogische Intervention definiert, die primär bei Kindern im Alter zwischen 4 bis 10 Jahren eingesetzt wird, um sie bei motorischen Schwierigkeiten zu unterstützen. Wie es der Name Psychomotorik schon vermuten lässt, spielt in dieser Therapieform auch die Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen beziehungsweise psychischer Gesundheit eine elementare Rolle.

Genau dort wollen wir als Therapeutinnen ansetzen. Deshalb haben wir im Rahmen unserer Bachelorarbeit, die sich mit der Förderung von sozio-emotionalen Kompetenzen von Kindern im Schulalter beschäftigt, ein spezifisches Angebot zusammengestellt. Ein Angebot, mit dem wir Sie als Lehrperson dazu ermutigen wollen, auch in Ihrer Schule den Kindern mit sozio-emotionalen Schwierigkeiten eine Möglichkeit zu bieten, ihre eigene Stimme zu finden.

Unser Angebot im Überblick

Emotionsräume – ein psychomotorisches Förderangebot zu sozio-emotionalen Kompetenzen

- Drei Emotionsräume zu den Basisemotionen Wut, Angst und Trauer, die Kinder beim Ausdrücken, Erleben und Reflektieren von Emotionen unterstützen
- Der Psychomotorik-Raum wird von uns in einen Emotionsraum verwandelt.
Wir benutzen dafür verschiedene kreative Methoden wie therapeutische Geschichten, Psychodrama, Safe Place, Malen etc. und überlegen und erarbeiten gemeinsam mit dem Kind auch Experimente für Zuhause, damit ein Transfer von der Therapie in den Alltag stattfinden kann.
- Basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Entwicklungs-, Kognitions- und Emotionspsychologie.

Vorträge

Auf Wunsch halten wir gerne auch Infoveranstaltungen zu unserem Förderprogramm ab und/oder erarbeiten gemeinsam mit Ihnen präventive Förderideen für die sozio-emotionalen Kompetenzen Ihrer Schüler.



Bianca Brunner
Psychomotoriktherapeutin
Master in Fine Arts



Allegra Eisendle
Psychomotoriktherapeutin
Master in Kulturwissenschaften