

Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen

Stefanie Kruse

veröffentlicht unter den socialnet Materialien

Publikationsdatum: 26.08.2019

URL: <https://www.socialnet.de/materialien/28898.php>

Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen

Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung
an der
Hochschule Darmstadt, Fachbereich Soziale Arbeit

Studiengang BA Soziale Arbeit PO 20091
Vorgelegt von Stefanie Kruse
Matrikelnummer 750461
Erstreferent: Prof. Dr. Frank U. Nickel
Zweitreferentin: Prof. Dr. Angelika Groterath

1 Einleitung	1
2 Psychomotorik	3
2.1 Begriffsbestimmung, Definitionen und Prinzipien	3
2.2 Ansätze	6
2.2.1 Funktionaler Ansatz	7
2.2.2 Kindzentrierter Ansatz	9
2.2.3 Verstehender Ansatz	11
2.3 Zentrale Begriffe und Wirkzusammenhänge	12
2.3.1 Leib und Bewegung	13
2.3.2 Entwicklung und Selbstkonzept	15
2.3.3 Die Rolle des Spiels	17
2.3.4 Ressourcen und Resilienz	18
3 Suchterkrankungen	19
3.1 Sucht und Abhängigkeit	19
3.2 Ätiologie	21
3.3 Verlauf und Auswirkungen	23
3.4 Therapie	25
4 Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen	27
4.1 Erkenntnisgewinnung aus Experteninterviews	28
4.1.1 Begründung der empirischen Methode	29
4.1.2 Der Leitfaden	30
4.1.3 Die Interviews	31
4.2 Auswertung	34
4.3 Chancen und Grenzen	40
4.4 Ergänzende Auswertung	47

5 Psychomotorische Intervention bei Suchterkrankungen.....	58
5.1 Erkenntnisse aus den Interviews	58
5.2 Psychomotorische Intervention im Suchtkontext und Soziale Arbeit	60
5.3 Praxisbeispiel	62
6 Fazit	65

Literaturverzeichnis	68
-----------------------------------	-----------

Anhang

- Transkriptionsregeln
- Fragenkatalog Experte1
- Transkription Interview1 (Seite 1 – 67)
- Fragenkatalog Experte2
- Transkription Interview2 (Seite 1-37)
- Grobe Strukturierung Interview1
- Grobe Strukturierung Interview2
- Tabellen der Auswertungskategorien (Seite i – xxxiv)

Selbstständigkeitserklärung

Formblatt Bibliothek

CD

1 Einleitung

„Aber ich hatte nun ein großes Problem. Mir wurde bewusst: ich war abhängig, das durfte aber bloss [sic] nicht rauskommen. Aber es dauerte noch viele Jahre, bis ich das verinnerlichte und viel länger, bis ich mich entschloss, etwas dagegen zu tun.“

Siegfried Fritzsche

Jeden Tag sterben etwa 3 Menschen im Alter von durchschnittlich 39 Jahren in Deutschland an den Folgen des Konsums illegaler Drogen und über 200 Menschen sterben täglich an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums.

Etwa 70 Kinder und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren werden täglich aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt. Der Alkoholverbrauch pro Kopf und Jahr liegt in Deutschland bei 10,6l reinen Alkohols. Das ist im europäischen Vergleich mit am Höchsten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.).

In der stationären Behandlung substanzbezogener Süchte überwiegen mit fast 70% die Alkoholabhängigkeitserkrankungen, wovon 3-mal mehr Männer als Frauen betroffen sind. Die Zahl der Menschen mit Alkoholabhängigkeit beläuft sich auf 1.540.000 – 2.040.000, etwa 3,4% der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren in Deutschland (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2018, S. 14ff).

Nimmt man die Zahlen aller substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen zusammen, Alkohol, Tabak, Medikamente und illegale Drogen, so haben etwa 18 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland eine Suchterkrankung.

Zahlen sprechen häufig eine erschreckende Sprache. Dabei ist es gar nicht entscheidend, wie viele es tatsächlich gibt, sondern dass es sie überhaupt gibt – die Menschen mit Suchterkrankungen. Und hinter jeder einzelnen Person steht eine ganz individuelle Geschichte. Durch die wöchentlichen psychomotorischen Bewegungsstunden in einem Wohn-Pflegeheim für Menschen mit Suchterkrankungen ist ein intensiver Kontakt zu diesem Klientel entstanden, die in der Öffentlichkeit mit dem Spruch: „Die haben sich den Kopp weggesoffen.“ sehr abfällig behandelt werden. Was dabei gern vergessen wird sind die individuellen Lebensgeschichten, die meist von traumatischen Erlebnissen geprägt sind. Diese Menschen haben keinen anderen Ausweg gesehen als Zuflucht in der Droge zu suchen, was sie schließlich nicht nur abhängig, sondern sowohl körperlich als auch psychisch krank gemacht hat.

Und trotzdem sind es ganz wunderbare Menschen, liebenswürdig und auch herausfordernd, jede*r auf seine /ihre besondere Art.

Nach nunmehr über eineinhalb Jahren zeigen sich erste kleine Auswirkungen bei einzelnen Teilnehmer*innen der psychomotorischen Bewegungsrunde und so hat sich auch die Frage nach Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen ergeben. Was beeinflusst Psychomotorik bei Menschen mit Suchterkrankungen? Was braucht es dafür? Welche Herausforderungen und Grenzen gibt es? Was wirkt? Was ist wichtig?

Da es nur wenig Literatur gibt, die sich ausdrücklich mit dem Thema Psychomotorik und Sucht befasst, sollte diese Frage aus der Praxis heraus durch die wissenschaftliche Auswertung von Experteninterviews geklärt werden.

Nach einem Überblick über Psychomotorische Intervention und einem Einblick in die Entstehung, Ursachen und Auswirkungen von Suchterkrankungen und was das für die Therapie bedeutet, ist zunächst der Frage nach den Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention nachgegangen worden. Die Arbeit schließt mit einem Blick auf die Praxis psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen.

Der Blick in dieser Arbeit sollte hinsichtlich der Klientel möglichst weit gehalten werden. Menschen können über die gesamte Lebensspanne eine Suchterkrankung erleiden. So decken die befragten Experten in ihrer Arbeit auch einen Großteil dieser Klientel ab. Die einzige Einschränkung ist im Kontext der Suchterkrankungen erfolgt, da in dieser Arbeit allein die substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen Berücksichtigung finden, wie sie im ICD-10 unter den psychischen Erkrankungen F10 - F19 klassifiziert sind.

2 Psychomotorik

Psychomotorik ist so vielfältig wie die Menschen, die Psychomotorik machen und so vielfältig, wie die Kontexte psychomotorischer Praxis sind. Daher wird in diesem Kapitel zunächst ein Überblick darüber gegeben was Psychomotorik unter verschiedenen Blickwinkeln ist und was alle Ansätze und Entwicklungen verbindet.

Anhand eines kurzen Überblicks über die Anfänge der Psychomotorik und ihrer Entwicklung mittels der Vorstellung verschiedener psychomotorischer Ansätze, wird sowohl die Vielfältigkeit psychomotorischer Praxis als auch die ihrer Einsatzmöglichkeiten deutlich. Diese Auswahl ermöglicht im späteren Verlauf dieser Arbeit die psychomotorische Haltung und Praxis der interviewten Experten nachzuvollziehen.

Schließlich werden zentrale Begriffe und Wirkzusammenhänge vorgestellt und geklärt, um in nachfolgenden Kapiteln die Bedeutung psychomotorischer Praxis im Kontext von Suchterkrankungen herausarbeiten zu können.

2.1 Begriffsbestimmung, Definitionen und Prinzipien

In der Fachliteratur tauchen, eng mit der Psychomotorik verknüpft, die Begriffe Motologie, Motopädie, Motopädagogik und Mototherapie auf. Sie sollen hier in den entsprechenden Kontext eingeordnet werden.

Psychomotorik ist aus der Praxis entstanden, wie im folgenden Unterkapitel näher beschrieben wird. Im Zuge der Verwissenschaftlichung und Lehrbarmachung von Psychomotorik haben sich neue Begriffe entwickelt. Dabei bezeichnet Motopädie, an der Fachhochschule gelehrt Psychomotorik und Motologie die universitäre Forschung und Lehre der Psychomotorik. Inhaltlich unterscheiden sich beide Begriffe nicht.

Mototherapie und Motopädagogik galten jeweils als Teilgebiete der Motologie, die im Laufe des Prozesses der Weiterentwicklung auch im universitären Rahmen heute jedoch nicht mehr verwendet werden (vgl. Kuhlenkamp 2017, S. 20; Zimmer 2012, S. 19).

Sowohl in Deutschland als auch international hat sich der Begriff „Psychomotorik“ durchgesetzt „und findet in den verschiedenen Sprachen seine entsprechende Übersetzung (Psychomotricity, Psychomotricité, Psicomotricidad,...)“ (Zimmer 2012, S. 19).

Aufgrund der bereits erwähnten Weiterentwicklung der anfänglichen Psychomotorik, ist es nicht möglich eine einzige Definition von Psychomotorik festzulegen, da sich in der

Entwicklung unterschiedlicher Ansätze und auch verschiedene Perspektiven ergeben haben. In diesem Sinne werden im Folgenden einige Definitionen aufgezeigt, um die verschiedenen Blickwinkel psychomotorischer Theorie und Praxis zu veranschaulichen.

Ernst J. Kiphard definiert Psychomotorik als „eine ganzheitlich-humanistische entwicklungs- und kindgemäße Art der Bewegungserziehung“ (Kiphard 1994, S. 12).

Für Prof. Dr. Gerd Hölter (bewegungstherapeutischer Kontext) ist Psychomotorik „eine, über eine biomechanische und physiologische Sichtweise hinausgehende, Interpretation der menschlichen Leiblichkeit und Bewegung, bei der die Wechselwirkung von physischen, psychischen und sozialen Faktoren besonders bedeutsam ist.“ (Hölter 1990, S. 94).

Prof. Dr. Klaus Fischer (Universitätsprofessor und Direktor des Arbeitsbereiches Bewegungserziehung und Bewegungstherapie an der Universität Köln) stellt heraus, dass der Begriff Psychomotorik „innerhalb des Fachdiskurses über die menschliche Motorik den engen Zusammenhang von Wahrnehmen, Erleben, Erfahren und Handeln“ betont, (Fischer 2009, S. 11).

„Psychomotorik kann als Einheit körperlich-motorischer und psychisch-geistiger Prozesse gesehen werden. [...] Psychomotorik ist demnach als eine spezifische Sicht menschlicher Entwicklung zu verstehen, nach der Bewegung als wesentliches Ausdrucksmittel des Menschen gesehen wird. [...] Psychomotorik ist aber auch die Bezeichnung für ein pädagogisch-therapeutisches Konzept, das die Wechselwirkung psychischer und motorischer Prozesse nutzt.“, (Zimmer 2012, S. 21). Prof. Dr. Renate Zimmer ist Professorin für Sport- und Bewegungswissenschaft an der Universität Osnabrück. Sie hat den kindzentrierten Ansatz der Psychomotorik entwickelt.

Prof. Dr. Amara Renate Eckert betrachtet Psychomotorik als „das leibliche Ausdrucksgeschehen des Menschen mit seinen individuellen, symbolischen, dialogischen und gestalterischen Aspekten und den vielfältigen Möglichkeiten, sinnhaft leiblich in dieser Welt zu sein und zu wirken“, (Eckert 2004, S. 131). Ihre psychomotorische Haltung ist dem verstehenden Ansatz zuzuordnen.

Das Europäische Forum für Psychomotorik definiert Psychomotorik wie folgt:

„Auf Grund eines holistischen Menschenbildes, das von einer Einheit von Körper, Seele und Geist ausgeht, beschreibt der Begriff PSYCHOMOTORIK die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Bewegung und deren Bedeutung für die Entwicklung der Handlungskompetenz des Individuums im psychosozialen Kontext.“, (Europäisches Forum für Psychomotorik 2001, S. 1).

Abschließen soll diese Aufzählung die Bedeutung der Psychomotorik für die Verfasserin dieser Arbeit: Psychomotorik ist ein Bewegungsangebot, dass die Möglichkeit bietet sich ganzheitlich und leiblich auszudrücken, zu erleben und zu entwickeln.

Bei aller Vielfalt von Definitionen, Perspektiven, Ansätzen und Konzepten der Psychomotorik, verbinden folgende Prinzipien jegliche psychomotorische Praxis (vgl. Kuhlenkamp 2017, S. 121 ff):

- *Erlebnis-, Persönlichkeits- und Individuumsorientierung*: Die Wünsche, Interessen und Fähigkeiten, sowie die Stärken und Ressourcen der Teilnehmenden stehen im Mittelpunkt der psychomotorischen Angebote. Es werden Handlungs- und Erlebnisräume eröffnet, die sich an der Erfahrungswelt der Teilnehmenden orientieren und ihnen Möglichkeiten für Herausforderungen und Erfolgserlebnisse eröffnen.
- *Prozessorientierung*: Die Offenheit der Angebote lässt individuelles Experimentieren, Ausprobieren und Problemlösen zu. Der Weg ist das Ziel und jede Lösung wird akzeptiert. Damit ist Psychomotorik kein Funktionstraining, bei dem das Ergebnis im Vordergrund steht.
- *Freie Handlungsmöglichkeiten in offenen Bewegungssituationen*: schaffen den Raum, um Selbstständigkeit, Eigenaktivität und Verantwortung für kreative Handlungsweisen zu eröffnen. So können eigene Ziele verwirklicht werden. Gemeinsam erarbeitete Regeln geben Struktur und Halt.
- *Selbstbestimmung und Freiwilligkeit*: Selbstbestimmtes Handeln unter Berücksichtigung eigener Bedürfnisse und Wünsche wird in der psychomotorischen Praxis unterstützt. Dabei gibt es keine verpflichtende Teilnahme. Psychomotorische Prozesse passieren auch beim Zuschauen. Eine hohe Selbst- und Mitbestimmung unterstützt diese.
- *Beziehungs- und Dialogorientierung*: sind wesentlich, da der Mensch als ein sozialbezogenes Wesen betrachtet wird, das auf soziale Interaktion mit seiner Umwelt angewiesen ist, um die eigene Identität zu entwickeln. Psychomotorische Angebote bieten Raum für das Gestalten und leibliche Erfahren von Beziehung und Dialog.
- *Akzeptanz, positive Wertschätzung, Authentizität und Empathie*: zeichnen die Beziehung zwischen Psychomotoriker*in und Teilnehmenden aus.
- *Spielerorientierung*: Über das Spiel wird der Zugang zu den Teilnehmenden erleichtert. Außerdem lassen sich im Spiel sowohl Erfahrungen machen als auch verarbeiten. Eine Vertiefung dieser Thematik erfolgt im weiteren Verlauf dieses Kapitels.

- *Gruppenorientierung*: Die Gruppe ermöglicht den Austausch und die Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt. Sie kann Halt und Motivation geben und ermöglicht es neue Handlungskompetenzen zu erwerben und die Kommunikationsfähigkeit zu fördern.
- *Ressourcenorientierung*: Sowohl personale Ressourcen (Fähigkeiten, Fertigkeiten und Stärken) als auch soziale Ressourcen (Familie, soziales Netzwerk, etc.) können in der Psychomotorik gestärkt als auch entwickelt werden. Sie gelten als Schutzfaktoren und sind daher insbesondere in der Psychomotorik im klinischen Kontext von besonderer Bedeutung.
- *Entwicklungsorientierung*: Psychomotorische Angebote bieten individuelle Entwicklungsangebote, die die Teilnehmenden dort abholen, wo sie stehen. Dabei wird ihnen ein eigenes Entwicklungstempo gestattet.

Diese Prinzipien setzen um die Vielfalt „Psychomotorik“ einen gemeinsamen Handlungsrahmen.

2.2 Ansätze

Psychomotorik ist aus der Praxis entstanden und hat sich über die Jahre und den Forderungen nach einer wissenschaftlichen Begründung weiterentwickelt. Ihr Schwerpunkt liegt nach wie vor in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Dort hat sie ihren Ursprung und eine intensive Weiterentwicklung zur Unterstützung, Förderung und Begleitung dieser besonderen Entwicklungsprozesse im Kindes- und Jugendalter erfahren. Trotzdem lassen sich viele Herangehensweisen und Prozesse der Unterstützung und Entwicklungsförderung auf das Erwachsenenalter übertragen, wie es beispielsweise Marianne Eisenburger in der Arbeit mit alten Menschen gezeigt hat, (vgl. Eisenburger 2016).

Auch Psychomotorik im Kontext von Suchterkrankungen sieht sich vor diese Herausforderung gestellt, da Suchterkrankungen, einmal vorhanden, über die gesamte Lebensspanne bestehen bleiben. Bevor auf diesen Kontext näher eingegangen wird, sollen im Folgenden einige psychomotorische Ansätze kurz vorgestellt werden, beginnend mit dem Ursprung psychomotorischer Praxis.

2.2.1 Funktionaler Ansatz

Das Konzept der Psychomotorik ist in Deutschland eng mit dem Namen Ernst Jonny Kiphard verbunden, der als Vater der deutschen Psychomotorik gilt (vgl. Krus 2015, S. 15).

Im Rahmen seiner Beschäftigung in der Westfälischen Klinik für Jugendpsychiatrie in Gütersloh, hat er seit Mitte der 1950er Jahre das Konzept der Psychomotorischen Übungsbehandlung (PMÜ) entwickelt. Die Grundidee bestand darin, „Behinderten, von Behinderung Bedrohten, Andersartigen in Verhalten und Entwicklung einen Weg zu eröffnen, der ihre Persönlichkeit entfalten und aufblühen lässt“ (Schäfer 1989, S. 19) und „durch motorisch förderliche Betätigung psychische Vorgänge zu aktivieren, die zu einer Harmonisierung und Stabilisierung der Persönlichkeit führen“ (ebd., S. 19).

Kiphards liebevolle, humorvolle und motivierende Persönlichkeit, seine eigenen biografischen Erfahrungen und seine sportliche Geschicklichkeit und Ausbildung sind äußerst förderlich in seiner Arbeit mit den Kindern gewesen. Die Persönlichkeit des / der Therapeut*in ist ein wichtiger Wirkfaktor der PMÜ (vgl. Kiphard 2004, S. 31). Das Konzept der psychomotorischen Übungsbehandlung, „als einen neuen methodischen Weg eines ganzheitlichen Förderkonzepts“ (ebd., S. 39), welches er aus seiner Praxiserfahrung entwickelt hat, beinhaltet

- Sinnes- und Körperschemaübungen
- Behutsamkeits- und Selbstbeherrschungsübungen
- Rhythmisch-musikalische Übungen und
- Übungen des Empfindens und Darstellens.

Es sollte eine ganzheitliche Wirkweise auf funktioneller, psychischer, pädagogischer und sozialer Ebene entfalten.

Dabei setzte er unter anderem das Trampolin zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken ein und entwickelte den Trampolinkoordinationstest (TKT) und den Körperkoordinationstest (KTK) (vgl. Schäfer 1989, S. 19ff).

Kiphard nutzt die kindliche Ausdrucksweise des Spielens und bettet so gezieltes Bewegungsüben in attraktive Spielangebote ein (vgl. Fischer 2009, S. 200).

Dabei nutzt er motivierende Materialien mit hohem Aufforderungscharakter, die den Kindern die Möglichkeiten sich zu entdecken und zu entwickeln ermöglichen. Seine PMÜ findet stets in Gruppentherapie von 6 bis 10 Kindern statt, da er die soziale Auseinandersetzung als wesentlich für den Therapieerfolg ansieht. Als Effekte zeigen sich

- Verbesserungen motorischer Defizite
- Größere Bewegungsmotivation

- Verbesserung der Konzentration
- Persönlichkeitsförderung
- Stimmungsverbesserung und
- Verbessertes Sozialverhalten.

Obwohl Kiphard neue Möglichkeiten und seine ganz besondere Persönlichkeit dafür genutzt hat einen neuen, ganzheitlichen Zugang zu den Kindern zu finden, wird ihm die Defizit- und Funktionsorientierung seiner Behandlung vorgehalten. Die von Kiphard entwickelten Tests dienen ebenfalls der Aufdeckung von Defiziten (vgl. Kiphard 2004, S. 35).

Dies widerspricht dem humanistischen Menschenbild, welches auch Kiphards Haltung zugrunde liegt (vgl. Fischer 2009, S. 203ff). Es sieht den Menschen als von Grund auf gut, in der Lage selbstbestimmt zu handeln, als Körper-Seele-Geist-Einheit und als soziales Wesen (vgl. Kuhlenkamp 2017, S. 50).

Als eine Weiterentwicklung der Kiphardschen PMÜ ist das Konzept der Klinischen Psychomotorischen Therapie (KPT) entstanden. Es wurde von H. Göbel, B. Janosch und D. Panten entwickelt (vgl. Fischer 2009, S. 203). Es handelt sich bei diesem Konzept um eine klinische Arbeitsweise, die in enger Abstimmung mit den verschiedenen Therapeuten der Klinik erfolgt. (vgl. Panten 2011, S. 98).

In der KPT ist die Motorik Ausgangspunkt und Mittel, um die kindliche Persönlichkeit über Bewegung und Wahrnehmung zu fördern. Eine klare Therapeutenhaltung (Engagement, Persönlichkeit und Ausbildung), die Beziehungsgestaltung mit den Kindern und Jugendlichen und ansprechende Materialien und Räume sind von besonderer Bedeutung.

„Lern-, Handlungs- und Erfahrungsangebote [sind] abhängig von der jeweiligen Problematik des Kindes und der spezifischen Gruppendynamik“ (Fischer 2009, S. 204). Über das Spiel, motivierende Materialien und sinnvolle Gruppenkonstellationen, wird es dem Kind ermöglicht „Bewältigungsstrategien für seine Verhaltensweisen und Erfahrungsdefizite zu entwickeln“ (ebd.).

Ziele klinischer psychomotorischer Therapie sind:

- „Erreichen eines situationsangemessenen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsniveaus,
- Stimulation und Förderung senso- und psychomotorischer Basisfähigkeiten,
- Aufbau und Entwicklung emotional-motivationaler Kompetenzen
- Beziehungs- und Verhaltensgestaltung im sozialen Kontext,
- Abbau von Hemmungen und Ängsten

- Aufbau von angemessenem Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit.“ (Panten 2011, S. 101)

Als vier wesentliche Wirkfaktoren, die jedoch nicht durch evidenzbasierte Studien nachgewiesen worden sind, sieht Panten: die Persönlichkeit der psychomotorischen Therapeut*innen, eine bewegungs- und körperorientierte Vorgehensweise, Therapie in einer Kleingruppe und das materiale und mediale Setting (vgl. ebd., S. 108). Hier sind eindeutige Parallelen zur PMÜ von Kiphard zu erkennen.

Durch die „stärkere Handlungsorientierung durch Problemlöseaufgaben und großräumige Erfahrungsangebote“ (Fischer 2009, S. 205) versteht Fischer die KPT als Weiterentwicklung der PMÜ.

2.2.2 Kindzentrierter Ansatz

Renate Zimmer hat den kindzentrierten Ansatz aus der gemeinsam mit Meinhart Volkammer entwickelten kindzentrierten Mototherapie entwickelt. Dieser ist seit 1999 von Zimmer ständig weiterentwickelt worden (vgl. Fischer 2009, S. 227). Ursprünglich ist er aufgrund von Beobachtungen entstanden, dass entwicklungs- und verhaltensauffällige Kinder häufig ein negatives Selbstbild haben (vgl. Zimmer 2004, S. 56).

In der kindzentrierten Entwicklungsförderung geht es weniger „um eine Verbesserung motorischer Funktionen und den Abbau von Bewegungsbeeinträchtigungen, sondern um eine Veränderung der Selbstwahrnehmung des betroffenen Kindes“ (Zimmer 2012, S. 44).

Über Körper- und Bewegungserfahrungen erleben und entdecken Kinder die Wirklichkeit, wodurch ihre Identitätsentwicklung möglich wird. „Bewegung ist ein Grundphänomen menschlichen Lebens, der Mensch ist von seinem Wesen her darauf angewiesen“ (Zimmer 2014, S. 19). Damit ist nicht ausschließlich die sportliche Betätigung gemeint. Ohne Bewegung (Herzschlag, laufen, essen, fühlen, atmen etc.) findet kein Leben statt (vgl. ebd.). Spiel und Bewegung ermöglichen Eigentätigkeit und aktives Handeln.

Durch die wertschätzende Begleitung und das Kommentieren der kindlichen Handlungen kann der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes gefördert werden (vgl. Zimmer 2012, S. 44ff).

Das Selbstbild spiegelt die kindlichen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit ihrer materialen und sozialen Umwelt und die an das Kind herangetragenen Erwartungen wider. Sie äußern sich im Verhalten des Kindes, zeigen, ob es Vertrauen in seine

Fähigkeiten hat, auf andere zugehen kann oder eher zurückhaltend ist und bei Herausforderungen schneller aufgibt. Das Selbstbild lässt sich folglich durch die Persönlichkeitsmerkmale beschreiben.

Das Selbstbewusstsein wird ausgedrückt durch das Zufriedenheitsgefühl und die kognitive Bewertung eigener Persönlichkeitsmerkmale, Fähigkeiten und dem Aussehen etc..

Das Selbstkonzept schließlich basiert auf genau diesen beiden Komponenten: Selbstbild und Selbstbewusstsein. Es drückt die Einstellungen und Überzeugungen die eigene Person betreffend aus. Es ist beeinflusst durch sowohl kognitive als auch soziale Erfahrungen (vgl. Zimmer 2012, S. 50ff). Zu einem späteren Zeitpunkt wird auf die Wichtigkeit des Selbstkonzeptes genauer eingegangen. Die Begriffsklärung an dieser Stelle dient dem Verständnis der Bedeutung des kindzentrierten Ansatzes.

Kinder erleben durch ihre körperliche Aktivität sich selbst. Dabei können sie feststellen, dass sie selbst Ursache bestimmter Abläufe sind. Sie nehmen die eigene Wirksamkeit wahr. Durch das Verbinden von Ursache (sie selbst) und Wirkung, wächst das Zutrauen in eigene Fähigkeiten und dadurch die Überzeugung Herausforderungen bewältigen zu können und sich kompetent zu fühlen. Diese Selbstwirksamkeit ist ein Teilaspekt des Selbstkonzeptes (vgl. ebd., S. 64).

„Veränderungen des Selbstkonzeptes treten nur ein, wenn der Erfolg einer Tätigkeit als selbst bewirkt erlebt wird und nicht als zufallsbedingt oder von äußeren Einflüssen gesteuert wahrgenommen wird“ (Zimmer 2012, S. 73).

Was bedeutet dies für die psychomotorische Praxis?

- Förderung von Eigentätigkeit und Anregung zur Selbstständigkeit
- Erweiterung von Handlungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit durch Gruppenerleben
- Stärkung der Selbstwahrnehmung und
- Gelegenheiten bieten, die eigenen Ressourcen zu erfahren und sich als kompetent und selbstwirksam zu erleben. Dies setzt voraus sich in den Situationen nicht überfordert zu fühlen (vgl. ebd., S. 23).

Durch diese Unterstützung der Psychomotorik kann die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes gefördert werden. Es erfolgt eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit und eine veränderte Selbstwahrnehmung (vgl. ebd., S. 76ff).

Der Einfluss des Selbstkonzeptes auf das Verhalten bleibt auch im Erwachsenenalter erhalten. Da „das Selbstkonzept meist sehr stabil und änderungsresistent ist“ (Zimmer 2012, S. 58), empfiehlt sich die Intervention in der Entwicklungsphase des Selbstkonzeptes, also der frühen Kindheit. Allerdings lassen sich oben genannte Ziele auch in psychomotorischer Intervention mit Erwachsenen umsetzen. Menschen, die sich

aufgrund körperlicher und seelischer Einschränkungen als nutz- und wertlos fühlen, haben so die Möglichkeit an sich selbst neue, vielleicht andere Kompetenzen neu zu entdecken, die ihnen helfen das eigene Selbstwertgefühl zu stärken und neues Selbstbewusstsein zu entwickeln.

2.2.3 Verstehender Ansatz

In der verstehenden Perspektive wird die kindliche Bewegung in ihrem biografischen Kontext betrachtet und als Bedeutungsphänomen aufgefasst, in dem sich das Kind ausdrückt und mitteilt (Hammer 2004, S. 164). Sie findet ihr zugrundeliegendes Menschenbild in den Arbeiten Merleau-Pontys, der sagt: „Der Mensch ist verurteilt zum Sinn“ (vgl. Seewald 2007, S. 17ff). Das bedeutet nicht nur, dass menschliches Handeln einen Sinn hat, sondern auch einen Sinn braucht. Gerd Hölter berichtet von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die bereits nach kurzer Zeit in der Bewegungstherapie Veränderungen in Mimik, Gestik und Körperspannung zeigen. „Sie haben für den Augenblick einen Sinn „in sich“ und werden auch so angesehen“ (vgl. Hölter 2011, S. 21).

Begründer des verstehenden Ansatzes ist Jürgen Seewald. Durch eine verstehende Haltung lassen sich kindliche Spiel- und Bewegungsmotivationen begreifen. Die Psychomotorik ermöglicht einen Dialog auf sprachlicher und nicht-sprachlicher Ebene, dessen Steuerung vom Kind ausgeht. Dabei können ebenso die kindlichen Beziehungssysteme reflektiert werden.

Um dies zu ermöglichen ist es Aufgabe des Therapeuten:

- eine angenehme Atmosphäre zu schaffen
- einen sicheren Handlungsrahmen für das Kind zu schaffen
- als Spielpartner zu fungieren (ansprechende Materialien und Raum zur Verfügung zu stellen)
- auf Wünsche des Kindes einzugehen und mögliche Schuldgefühle zu nehmen
- dem Kind eine symbolische Verarbeitung zu ermöglichen und
- das Kind zum Gespräch anzuregen ohne jegliche Deutung (vgl. Seewald 1993, S. 192).

Durch die entwicklungstheoretische Verankerung des Verstehenden Ansatzes und die Methoden des Verstehens aus Hermeneutik, Phänomenologie, Tiefenhermeneutik und Dialektik, ist es dem Therapeuten möglich, dem Kind alternative Verarbeitungs- und Lösungsmöglichkeiten von Situationen, die das Kind beschäftigen, zu ermöglichen (vgl. Seewald 2007, S. 17).

Dabei, so Seewald, ist Verstehen auf Nicht-Verstehen angewiesen und der Verstehensprozess unabschließbar. Es gilt:

- den expliziten Sinn einer Handlung, Geste oder Aussage zu hinterfragen (hermeneutisches Verstehen).
- den impliziten Sinn von Verhalten in Spiel und Bewegung herauszufinden und dabei leiblich zu fühlen, was die Klient*innen beim Therapeuten auslösen (leibphänomenologisches Verstehen).
- den Sinn im vermeintlichen Unsinn aufzudecken. Hier sind Übertragung und Gegenübertragung von besonderer Bedeutung (Tiefenhermeneutisches Verstehen)
- und schließlich die Seite mit einzubeziehen und zu hinterfragen, die gerade nicht gezeigt worden ist (dialektisches Verstehen) (vgl. ebd., S. 40ff).

Dabei ist es wichtig sich nie sicher zu sein etwas richtig verstanden zu haben und sich bewusst zu halten nie wirklich alles verstehen zu können.

Risiko einer solchen Vorgehensweise könnte allerdings sein, dass organisch beeinflusstes Bewegungsverhalten dabei übersehen wird.

Außerdem stellt unangemessenes Deutungs- und Überinterpretationsverhalten ein weiteres Risiko dar. Eine spezielle Ausbildung und Supervision, um eigene Anteile im Therapieprozess erkennen zu können, stellen hier eine wichtige Voraussetzung dar (vgl. Seewald 1993).

Diese Grenzen des Verstehenden Ansatzes spiegeln sich auch in den Grenzen der sinnverstehenden Psychomotoriktherapie (PMT) nach Benajir Wolf wider (vgl. Wolf 2019, S. 80). Diese sinnverstehende PMT, die „sich bewusst abgrenzt von funktionalen und kompetenzorientierten Zugängen der Psychomotorik“ und sich ausschließlich „aus sinnverstehenden Perspektiven, wie sie im verstehenden Ansatz [...] zu finden sind“ speist (ebd., S. 11), stellt eine neue Methode in der Psychomotorik für die Arbeit mit Erwachsenen dar. Ihr Ziel ist es die unbewusste Wirklichkeit von Patient*innen zu verstehen, um daraus resultierendes Leiden zu mindern (beispielsweise in somatischen Kliniken) (ebd., S. 67).

2.3 Zentrale Begriffe und Wirkzusammenhänge

In den zuvor beschriebenen Ansätzen sind bereits Begriffe aufgetaucht, die im Folgenden noch einmal genauer betrachtet und hinterfragt werden sollen. Sie sind nicht nur als zentrale Begrifflichkeit anzusehen, sondern haben besondere

Bedeutungszusammenhänge und stellen auch spezifische Wirkmechanismen der Psychomotorik dar.

Psychomotorik sieht nicht nur im zugrundeliegenden Menschenbild, sozusagen als Ausgangspunkt, den Menschen als eine Einheit von Körper, Seele und Geist, sondern sie wirkt auch entsprechend ganzheitlich.

2.3.1 Leib und Bewegung

Diese Einheit von Körper, Seele und Geist kommt im Leibbegriff zum Ausdruck. Im Gegensatz zum Körper, „der zerlegt und wieder zusammengesetzt werden kann“ (Hölter 2011, S. 5), steht der Körper als „belebter und sozialer Leib, mit individuellem Ausdruck, mit Emotionalität und als Ergebnis sozialer Einflüsse“ (ebd.). Somit geht der Leibbegriff über ein mechanisches Körperbild hinaus und bezieht Bewegungserfahrungen, emotionale, spirituelle und soziale Erfahrungen mit ein, die schließlich den Leib ausmachen und ihn vom Körper unterscheiden. Der Leib entsteht in der Auseinandersetzung mit der Lebenswelt und deren gegenseitiger Beeinflussung. „Der Leib ist somit das Medium des Lebensvollzugs“, (Kuhlenkamp 2017, S. 52).

Die Auseinandersetzung mit der Lebenswelt erfolgt über Wahrnehmung und Bewegung. Der Gestaltkreis von Viktor von Weizsäcker zeigt das gegenseitige Bedingen und Beeinflussen von Wahrnehmung und Bewegung, Mensch und Umwelt (vgl. ebd., S. 55). Bewegung ist unter einer physikalisch-mechanistischen Perspektive als eine örtliche Veränderung des Körpers oder von Körperteilen zu sehen.

In der Psychomotorik wird die Erlebnis-, Erfahrungs- und Entwicklungsorientierung von Bewegung betont und somit eine phänomenologisch-geisteswissenschaftliche Perspektive auf Bewegung, als „die an Handlung gebundene, sinngeladene Interaktion des Menschen in und mit seiner Umwelt“ (Krus 2015, S. 40).

Je nach Situation, Lebensbedingungen und Lebensalter kann Bewegung unterschiedliche Bedeutungen haben. Zimmer unterscheidet 8 Funktionen der Bewegung, die sie auf die kindliche Entwicklung bezieht. Mit unterschiedlichen Schwerpunkten und in Abhängigkeit von den Lebenssituationen können sie jedoch auf die Entwicklung über die Lebensspanne verallgemeinert werden. Sie schreiben der Bewegung einen bestimmten Sinn zu.

Personale Funktion:	sich und den eigenen Körper kennenlernen und sich mit den körperlichen Fähigkeiten auseinandersetzen, um ein Bild von sich zu entwickeln.
---------------------	---

Soziale Funktion:	gemeinsame Interaktion (absprechen, nachgeben, sich durchsetzen, etc.)
Produktive Funktion:	mit dem Körper etwas erreichen
Expressive Funktion:	Emotionen in Bewegung umsetzen, ausleben, verarbeiten
Impression Funktion:	durch Bewegung Emotionen spüren
Explorative Funktion:	die Umwelt entdecken und sich mit ihr auseinandersetzen
Komparative Funktion:	sich mit anderen vergleichen, messen, wetteifern; Siege und Niederlagen ertragen
Adaptive Funktion:	Belastungen ertragen, körperliche Grenzen kennenlernen, sich gesetzten Anforderungen stellen (vgl. Zimmer 2014, S. 21ff).

Die komparative Funktion könnte auch unter die soziale Funktion fallen, da in der sozialen Auseinandersetzung diese Funktion häufig automatisch vollzogen wird. Bewegung hat außerdem eine äußere und innere Komponente, die sichtbare körperliche Bewegung und die unsichtbare, emotionale Bewegung. „Emotionen werden dabei immer in leiblicher Resonanz erlebt“ (Kuhlenkamp 2017, S. 53), ein leibliches Wahrnehmen von Emotion. Dies betrifft im Kontext von Psychomotorik sowohl die Psychomotoriker*innen als auch die Klient*innen. Diesem Spüren und wechselseitigen Beeinflussen von leiblicher Resonanz kann man sich nicht entziehen, „da die Leiblichkeit des Menschen als fundamental auf die des anderen Menschen ausgerichtet betrachtet wird“ (ebd.). Dies bestätigt, dass Wahrnehmung und Bewegung nicht losgelöst voneinander zu sehen sind, da Spüren von Resonanz die Wahrnehmung innerer Bewegung bedeutet.

„Wahrnehmung bezeichnet den Prozess des Informationsgewinns aus Umwelt- und Körperreizen, einschließlich der damit verbundenen emotionalen Prozesse und der durch Erfahrung und Denken erfolgenden Veränderungen“ (Krus 2015, S. 42).

Wahrnehmung erfolgt über die Sinnesorgane, wobei „Sinnesreize und Umwelteindrücke [müssen] erkannt, interpretiert, einander zugeordnet und behalten werden“ müssen (Zimmer 2014, S. 79). Dies geschieht über neurologische Prozesse in unserem Körper und im Gehirn. Das implizite Gedächtnis speichert Erfahrungen. Dabei werden nicht nur der Eindruck von sich selbst, sondern auch der des Gegenübers und die empfundenen und wahrgenommenen Gefühle gespeichert. „Die entsprechenden Erregungsmuster werden in den sensorischen, motorischen und assoziativen Bereichen der Hirnrinde und des limbischen Systems mehrfach abgespeichert“ (Hüther 2006, S. 89). Dadurch, dass unser Gehirn lebenslang Baustelle also veränderbar bleibt, wird es durch die Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit der Lebenswelt ständig erneuert. Gelingt es alte motorische, sensorische oder assoziative Muster zu verlassen und zu verändern, ziehen die jeweils übrigen Ebenen mit (vgl. ebd., S. 92).

Das bedeutet beispielsweise, wenn auf motorischer Ebene gespeicherte Bewegungserfahrungen erneuert und verändert werden, können gleichzeitig die mit den alten Bewegungserfahrungen gespeicherten Gefühle und Eindrücke ebenso mit verändert werden. Diesen Zusammenhang beschreibt der Begriff Embodiment. Psychische und kognitive Prozesse sind nicht losgelöst vom Körper zu betrachten und beeinflussen sich gegenseitig. „Psychisches Erleben drückt sich in diesem Verständnis nicht nur in Körperhaltung, Gestik und Mimik aus, sondern Körperhaltung, Gestik und Mimik bewirken psychisches Erleben“ (Kuhlenkamp 2017, S. 54).

In dem Verständnis von Leib und dem Zugang über Wahrnehmung und Bewegung liegt die ganzheitliche Wirkkraft der Psychomotorik.

2.3.2 Entwicklung und Selbstkonzept

Das Selbstkonzept wirkt sich auf das menschliche Verhalten aus. Man nimmt sich wahr, ordnet sich bestimmte Eigenschaften zu und bewertet die eigene Person, wodurch letztendlich die individuelle Handlungsfähigkeit beeinflusst wird (vgl. Zimmer 2012, S. 55). Es ist sozusagen in ständigem Wandel, einerseits durch das Verhalten auf Grundlage des bestehenden Selbstkonzeptes und andererseits dem Sammeln neuer Erfahrungen, die durch menschliches Verhalten in Form von Bewegen und Auseinandersetzen mit der materialen und sozialen Welt neu bewirkt werden.

„Das Selbstkonzept entwickelt sich lebenslang“ und ist nicht statisch (Kuhlenkamp 2017, S. 66). Dabei kann diese Entwicklung sowohl positiv als auch negativ verlaufen.

Nimmt eine Person, Kind oder Erwachsener, sich in einer bestimmten Situation negativ wahr, kann es zu Verallgemeinerungen kommen, beispielsweise generell unbeliebt zu sein. Auch kann die Meinung anderer das Selbstbild positiv oder negativ beeinflussen, die dann Auswirkungen im Selbstkonzept zeigt (vgl. Zimmer 2012, S. 58ff).

Das Selbstkonzept speist sich also aus den folgenden Informationsquellen, die Zimmer hinsichtlich der kindlichen Entwicklung zur Entstehung des Selbstkonzeptes herausstellt und die gleichermaßen erweitert für die Veränderung des Selbstkonzeptes über die Lebensspanne gesehen werden können:

- Informationen über die Sinnessysteme,
- Selbstwirksamkeitserfahrungen,
- Schlussfolgerungen aus dem Vergleich mit anderen Menschen und
- Zuschreibungen durch andere (vgl. ebd., S. 61).

Informationen über die Sinnessysteme führen in den ersten Lebensjahren dazu, dass das Kind sein Körperselbst entwickelt, den Körper entdeckt, seine Ausmaße, Funktionen, seine Stimme und sich selbst in seiner Umwelt wahrnimmt. Die gleichen Erkenntnisse und Beurteilungen entwickeln jedoch auch Menschen, deren Körper sich beispielsweise durch Krankheit oder Alter verändert haben. Erfahrungen über die Sinnessysteme, über Wahrnehmen und Bewegen, ermöglichen leibliche Erfahrungen und können Orientierung und Halt in der eigenen Lebenswelt ermöglichen.

Die Selbstwirksamkeit spiegelt nicht nur die Gewissheit etwas bewirken und verändern zu können und die eigenen Fähigkeiten wider. Es vermittelt darüber hinaus das Empfinden von Kompetenz und Vertrauen in eigene Fähigkeiten. Es gibt Sicherheit, sich in herausfordernden Situationen behaupten zu können (vgl. ebd., S. 64).

Darüber hinaus stellt Selbstwirksamkeit einen motivierenden Faktor dar (vgl. Fischer 2009, S. 89).

Erlebte Hilflosigkeit kann in diesem Zusammenhang zu einem negativen Selbstkonzept führen. Häufig gemachte Erfahrungen etwas nicht bewältigen zu können, veranlassen dazu schneller aufzugeben oder etwas beim nächsten Mal gar nicht erst zu versuchen. Dabei ist es nicht entscheidend, ob etwas objektiv nicht gelungen ist. Es gilt die subjektive Einschätzung von sich selbst, etwas nicht geschafft zu haben (vgl. Zimmer, S. 67).

Dritte oben benannte Informationsquelle für das Selbstkonzept sind die Schlussfolgerungen aus dem Vergleich mit anderen Menschen. Auch hier kann es sein, dass die subjektive Einschätzung nicht der tatsächlichen entspricht.

Schließlich gelten noch die Zuschreibungen durch andere als Informationsquelle für das Selbstkonzept. Auch dies ist eine subjektive Beurteilung.

In der Konsequenz bedeutet dies: je mehr ein Mensch sich als selbstwirksam erlebt, im Sinne von: ich habe das geschafft, ich war in der Lage die Situation / Lebenslage zu bewältigen, desto weniger können ihn der Vergleich mit anderen oder deren Zuschreibungen beeinflussen. Das macht die Selbstwirksamkeit zu einem starken Einflussfaktor auf das Selbstkonzept.

In der psychomotorischen Intervention können sich Menschen positiv selbstwirksam erleben. Sie stellt daher einen starken Wirkfaktor hinsichtlich eines positiven Selbstkonzeptes dar.

2.3.3 Die Rolle des Spiels

Das Spiel ist ein essentielles Mittel der Psychomotorik, das den Zugang zu jeglicher Klientel öffnet. „Das Spiel ist ein Kultur- und altersübergreifendes Phänomen“ (Kuhlenkamp 2017, S. 131). Spielen wird nicht erlernt. Es ist intrinsisch motiviert und wird positiv empfunden. Dabei steht die Spielhandlung im Vordergrund, nicht ein möglicher Zweck, wobei im Spiel häufig „so getan wird, als ob“ (vgl. Krus 2004, S. 21). Spiel eröffnet die Möglichkeit für eine Zeit dem Alltag zu entfliehen. Im Spiel zählt nur das Hier und Jetzt. Daher bietet es auch erwachsenen Menschen auf besondere Weise Erholung und Entspannung und kann daher einen gesundheitlichen Schutzfaktor darstellen (Haas 2014, S. 7).

„Spiel dient als Medium der Selbst- und Welterfahrung“, wobei sich der Schwerpunkt bei Erwachsenen mehr auf die Selbsterfahrung verlagert. Im Kindesalter stellt das Spiel Grundlage für die Sprachentwicklung und die Entwicklung exekutiver Funktionen (planvolles Handeln, Entscheidungen treffen, Frustration tolerieren, Aufmerksamkeit steuern, etc.) dar, die die Basis für Selbstkontrolle und Selbstregulation bilden und es dem Kind ermöglichen sich angemessen in der sozialen Umwelt zu verhalten (vgl. Kuhlenkamp 2017, S. 132, S. 93).

Außerdem ermöglicht freies Spiel in sicheren Freiräumen den Kindern den Erwerb von Risikokompetenz. Gefahren richtig einzuschätzen, genauso wie die eigenen Fähigkeiten und damit umzugehen, sind wichtige Kompetenzen für die Bewältigung alltäglicher Herausforderungen (vgl. Richard-Elsner 2014, S. 130ff).

Durch symbolische Handlungen im Spiel gelingt es den Kindern Erfahrungen, Beobachtungen und Konflikte zu verarbeiten sowie Handlungsalternativen zu entwerfen und auszuprobieren. Dabei können sie Spannungen, Ängste und Aggressionen abbauen, aber auch Wünsche und Träume, Größe und Stärke symbolisieren.

Spiel geschieht dabei immer freiwillig, wodurch das Kind tatsächlich seine eigenen Themen spielerisch realisieren kann. So erleben Kinder im Spiel ebenfalls ihre Selbstständigkeit (Zimmer 2012, S. 78ff).

Aufmerksamkeitsfokussierung, Selbstbestimmung, Lachen, Humor und Bewegung, Verhalten in einem sozialen und geschützten Rahmen und auch das Wahrgenommenwerden im Spiel und durch das Spiel stellen insbesondere im Erwachsenenalter wertvolle Wirkmechanismen des Spiels dar (vgl. Haas 2014, S. 7).

In der Psychomotorik werden Räume für selbstbestimmtes Spiel eröffnet. Dadurch kann sich eine offene und spontane Spielsituation ergeben. Dazu ist eine dialogische und flexible Haltung der psychomotorischen Fachkraft erforderlich, die sich durch Präsenz und empathisches Begleiten auszeichnet (vgl. Kuhlenkamp 2017, S. 135).

Positive Spiel- und Dialogerfahrungen stärken das Kohärenzgefühl von Kindern und Erwachsenen gleichermaßen (vgl. Schiffer 2001, S. 84).

2.3.4 Ressourcen und Resilienz

Salutogenese stellt die Frage wie Gesundheit entsteht und welches die Schutzfaktoren sind, die es uns ermöglichen mit Belastungen und schwierigen Lebenssituationen umzugehen.

Der Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky sieht dabei in seinem Modell der Salutogenese das Kohärenzgefühl als ausschlaggebend, ob der Mensch in belastenden Stresssituationen gesund bleibt oder krank wird (vgl. Schiffer 2001, S. 28ff). Dieses beschreibt die Überzeugung vom Sinn des eigenen Handelns, davon dass es Sinn macht und dass es sich lohnt sich in dieser belastenden Situation zu engagieren (vgl. Zimmer 2012, S. 32).

Studien haben gezeigt, dass die Fähigkeit, eine riskante oder belastende Situation zu bewältigen, nicht von der Art der Belastung abhängig ist, sondern von den zur Verfügung stehenden Ressourcen, Kompetenzen und Coping-Strategien eines Menschen. Dazu zählt sowohl die körperliche und psychische Verfassung, biologische Voraussetzungen, als auch soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten (vgl. Mahler 2012, S. 33ff).

In der Resilienzforschung, die die Gründe psychischer Widerstandsfähigkeit untersucht, werden personale und soziale Ressourcen als Schutzfaktoren betont. Diese ermöglichen die Entwicklung psychischer Widerstandskraft und den Aufbau eines positiven Kohärenzgefühls (in der Literatur synonym verwendet: Kohärenzsinn) (vgl. Fischer 2009, S. 256 / Kuhlenkamp 2017, S. 143).

„Jeder Mensch hat Ressourcen, die aber oft verborgen bleiben oder sich unter den jeweiligen Lebensbedingungen nicht entfalten können oder konnten“ (Zimmer 2012, S. 30).

Durch Förderung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein (Selbstkonzept) und der Selbstwirksamkeit in einem geschützten, dialogischen, verstehenden und psychomotorischen Handlungsrahmen, werden personale und soziale Ressourcen wahrgenommen, gestärkt und weiterentwickelt und fördern somit die Resilienz der Klient*innen (vgl. ebd.).

3 Suchterkrankungen

Alkoholsucht, Heroinsucht, Medikamentensucht, Spielsucht, Sexsucht und Kaufsucht stellen nur eine kleine Aufzählung verschiedener Süchte dar. Man unterscheidet zwischen stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten. Dabei bezeichnet Sucht oder Suchtstörung solche Phänomene „die mit der unkontrollierten, selbstschädigenden Einnahme psychotroper Substanzen und / oder dem ebenso unkontrollierten, selbstschädigenden Ausführen bestimmter Verhaltensweisen zusammenhängen“ (Thomasius et al. 2009, S. 4).

Im Unterschied zu den nicht-stoffgebundenen Süchten, verursacht der abhängige Konsum psychotroper Substanzen (stoffgebundene Sucht) unmittelbare physische und psychische Auswirkungen und über einen langen Zeitraum gesehen bleibende körperliche Schädigungen (Tölle; Windgassen 2009, S. 138).

Im Folgenden werden die Begriffe Sucht und Abhängigkeit genauer differenziert, Ursachen, Verlauf und Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen näher beleuchtet und schließlich die therapeutischen Herausforderungen zusammengefasst.

3.1 Sucht und Abhängigkeit

Die dem ICD-10 (international statistical classification of diseases and related healthproblems / Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) zugrunde liegenden Konzepte hinsichtlich der „Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ gehen auf eine lange wissenschaftliche Diskussion in der Weltgesundheitsorganisation und Fachwelt zurück. Durch eine differenzierte Betrachtung des Suchtbegriffs hat sich schließlich der Abhängigkeitsbegriff etabliert, der es ermöglicht unterschiedliche Dimensionen süchtigen Verhaltens besser zu beschreiben. Der Suchtbegriff wurde mit der Begründung aufgegeben, dass er bereits einen hohen Schweregrad voraussetzt. (vgl. Thomasius et al. 2009, S. 4ff).

Im Bereich der Suchtmedizin wird bei den stoffgebundenen Süchten allgemein von Drogen gesprochen. Dieser Begriff umfasst alle psychoaktiven Substanzen von legalen Drogen wie Alkohol, Tabak und Nikotin, über psychoaktive Medikamente bis hin zu illegalen Drogen, wie Cannabis, Heroin oder Cocain.

Am Beispiel des Alkoholkonsums lassen sich die unterschiedlichen Stadien süchtigen Verhaltens verdeutlichen. Dabei spricht man von *gelegentlichem Konsum*, wenn ab und

zu niedrige Dosen von Alkohol zu sich genommen werden. Das sind bei einem etwa 70 kg schweren Mann gelegentlich 1-2 Flaschen Bier, bei einer Frau etwa die Hälfte.

Gewohnheitskonsum, also regelmäßiger Konsum in niedriger Dosis, birgt die Gefahr der Anpassung des Körpers an den Alkohol, was zu einer körperlichen Abhängigkeit führen kann.

Missbrauch bezeichnet den Alkoholkonsum in hohen Dosen. Darunter fallen konfliktbezogener Konsum und auch exzessive Trinkepisoden. Anhaltender missbräuchlicher Konsum trägt ein hohes Gesundheitsrisiko.

Wenn der Alkoholkonsum bereits zu körperlichen, psychischen oder auch sozialen Beeinträchtigungen geführt hat, spricht man von *schädlichem Gebrauch*.

Abhängigkeit bezeichnet schließlich das Stadium, in dem der Konsument / die Konsumentin, dem Impuls Alkohol zu trinken nicht mehr widerstehen kann (vgl. Tretter 2017, S. 3ff).

„Das ICD-10 bringt unter F1 eine differenzierende Klassifikation nach der Substanz, dem Stadium (Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Entzug, Abhängigkeit) und der Folgesymptomatik (körperliche Schädigung, Delir, Krampfanfall, psychotische Störung)“ (Tölle; Windgassen 2009, S.142). Dies ermöglicht die individuellen medizinisch erforderlichen Behandlungsmaßnahmen.

Abhängigkeitserkrankungen werden im ICD-10 unter den psychischen Erkrankungen (F) klassifiziert. Die Diagnose des Abhängigkeitssyndroms (F10) wird gestellt, falls 3 der folgenden Symptome im letzten 12-Monats-Zeitraum aufgetreten sind.

- Starker Wunsch (Drang), die Substanz zu konsumieren; nachlassende Kontrollfähigkeit.
- Entzugssymptome körperlicher Art und infolgedessen erneuter Konsum
- Toleranzentwicklung (Wirkungsminderung bei gleichbleibender Dosis) und infolge dessen eine Dosissteigerung, um die gewünschte Wirkung zu erzeugen
- Verändertes soziales Verhalten
- Vernachlässigung früherer Interessen und Vergnügungen / Aktivitäten
- Bewusstes Fortsetzen des Konsums trotz des Bewusstseins psychischer Beeinträchtigung, Organschäden und sozialer Nachteile hervorgerufen durch die Drogen

(vgl. Tölle; Windgassen 2009 / Thomasius et al. 2009)

Auf das unterschiedliche Suchtpotenzial und die verschiedenen Wirkungen einzelner Drogen soll in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden. Außerdem werden die Begriffe Sucht und Abhängigkeit in dieser Arbeit synonym verwendet, da es im vorliegenden Zusammenhang um behandlungswürdige Abhängigkeitserkrankungen

geht, in denen bereits das letzte Stadium, in der die eigene Kontrolle über den Konsum der Droge nicht mehr möglich ist, erreicht worden ist.

3.2 Ätiologie

Ätiologie beschreibt den zugrunde liegenden ursächlichen Zusammenhang einer Krankheit (vgl. Duden Onlinequelle).

Suchterkrankungen sind in einem multidimensionalen Ursachenkontext zu betrachten, da ihre Entwicklung von individuellen Konstellationen verschiedener Faktoren begünstigt wird.

Tretter schreibt unter dem Begriff „Suchtdreieck“, dass das Zusammentreffen der Merkmale dreier Faktoren,

- Person
 - psychische Merkmale: Belastungsvermeidung, Belohnungsabhängigkeit, Neugierde, Persönlichkeitsmerkmale
 - Somatische Merkmale: genetische Vulnerabilität
 - Toleranzentwicklung
- Droge
 - Physikalische Merkmale
 - Chemische Merkmale
 - Zubereitungsform
- Umwelt
 - Kulturelle Faktoren (Genussorientierung, Verfügbarkeit der Droge)
 - Soziale Faktoren (Desintegration)
 - Personelle Faktoren (Defizite an Bezugspersonen)

auf die Entwicklung einer Suchtkrankheit Einfluss hat. Dabei ist es ausschlaggebend, welche Schutz- bzw. Risikofaktoren vorliegen, die den Weg von der Abstinenz, über den gelegentlichen Konsum zu einem chronischen Konsum eher begünstigen oder behindern (vgl. Tretter 2017).

Risikofaktoren stellen hier

- die biologisch-genetische Vulnerabilität dar,
- Persönlichkeitseigenschaften (niedrige Impulskontrolle, Ängstlichkeit, Extraversion etc.)
- Verfügbarkeit bzw. leichte Erreichbarkeit der Substanz
- starke Bindung an eine soziale Gruppe mit problematischem Konsummuster

- starke Beeinflussbarkeit durch sozialen Druck der Bezugsgruppe
- positive Bewertung des Substanzgebrauchs in dieser Gruppe
- Erwartung von Vorteilen durch den Gebrauch der Substanz (z.B. Gruppenzugehörigkeit)
- Positive Erwartung an die Wirkung der Substanz und schließlich
- Beobachtungen positiver Konsequenzen des Gebrauchs bei anderen.

Schutzfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung abhängigen Konsums verringern können, sind:

- ein positives Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein,
- eine realistische Selbsteinschätzung und
- alternative Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Stress. (vgl. Bühringer; Metz 2009, S. 350ff).

„Es wird davon ausgegangen, dass frühe Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. familiengenetische Faktoren, frühe Traumaerlebnisse, Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität oder „Sensation Seeking“) **und** akute Risikofaktoren in den kritischen Zeitfenstern für die Entstehung eines problematischen Konsums (z.B. Verfügbarkeit, Verhalten der Bezugsgruppe, akute Stressoren) zusammenkommen müssen, um die Wahrscheinlichkeit für eine Substanzstörung zu erhöhen“ (ebd., S. 353).

Wie eine Suchtkrankheit schließlich entsteht, ist eine wichtige Wissensgrundlage für die Therapie von betroffenen Menschen. Sie hilft einerseits dabei den Menschen durch Informationen Sicherheit zu geben und andererseits einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen.

Das limbische Belohnungssystem verstärkt die Entwicklung einer Suchtkrankheit. „Alles, was als erregend empfunden wird, ob Essen, Verliebtsein, Sexualität, Musik oder der rührende Anblick eines Babys, läuft zusammen in einer Dopaminausschüttung im *Nucleus accumbens*. An dieser Stelle sind die Rauschmittel mit dem Gefühlsleben verzahnt, denn auch jeglicher Drogenkonsum steigert die Dopaminausschüttung im Gehirn“ (Bell 2015, S. 25). Da es sich aus biologischer Sicht bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung von psychotropen Substanzen, um die „neurochemische Anpassung des Gehirns an eine anhaltende Substanzzufuhr“ (Tretter 2017, S. 18) handelt, kommt es dazu, dass die Betroffenen das Suchtmittel in immer größeren Mengen und häufiger konsumieren müssen (vgl. Fritzsche 2016, S. 40).

Hier liegt die Toleranzentwicklung begründet und ebenso die Entzugssymptomatik, die sich beim Absetzen der genutzten Substanz einstellt (vgl. Müller; Heinz 2016, S. 14ff).

Da sich das Gehirn ebenso durch Aktivitäten, Erfahrungen und Lernen verändert, spielt für die Entstehung von Suchtkrankheiten außerdem mit Belohnung assoziiertes Lernen eine Rolle. So können beispielsweise ursprünglich neutrale Reize (ein bestimmter Ort,

Freund, Geruch, emotionaler Zustand oder Tätigkeit), die mit dem Suchtmittelkonsum assoziiert werden, auch nach Jahren noch zum Drogenkonsum motivieren und Craving (Suchtdruck), Entzugerscheinungen oder gar die Drogenwirkung selbst auslösen (klassische Konditionierung nach Pawlow). Dabei verstärken negative emotionale Zustände die konditionierten Reaktionen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle (vgl. Kiefer; Schuster 2017, S. 1493 und Bühringer; Metz 2009, S. 352).

Auch operante Konditionierung kann Suchtverhalten verstärken, wenn das Suchtmittel zu einer Verbesserung des körperlichen oder emotionalen Zustandes beiträgt (positive Verstärkung) oder andersherum negatives Befinden unterdrückt (negative Verstärkung). Bereits nach kurzer Zeit bildet sich das sogenannte Suchtgedächtnis, in dem sensorische, motorische und emotionale Aspekte des Drogenkonsums gespeichert werden und nur schwer zu überwinden bzw. zu löschen sind (vgl. Hoch; Lieb 2009, S. 769). Dies führt dazu, dass Betroffene selbst nach jahrelanger Abstinenz noch rückfallgefährdet sind (vgl. Fritzsche 2016, S. 33).

Schließlich hat die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura), das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, ohne die Droge auszukommen, ebenfalls Auswirkung auf die Entwicklung und den Verlauf einer Suchterkrankung (vgl. Bühringer; Metz 2009, S. 351).

Die Wissenschaft konnte bislang keine eindeutigen Gene oder Genkonstellationen für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung belegen, jedoch weisen Zwillings- und Adoptionsstudien die Existenz einer genetisch bedingten Disposition für die Entwicklung einer solchen nach. Außerdem scheinen frühe soziale Stressfaktoren diese Disposition zu beeinflussen (vgl. Kiefer; Schuster 2017, S. 1492 und Hoch; Lieb 2009, S. 768).

Zusammenfassend gilt: Abhängigkeitserkrankungen haben Krankheitsstatus. Ihre Ursachen und Entwicklungen stellen sich in Abhängigkeit von physischen und psychischen Gegebenheiten einer Person im Kontext von Umwelt und Droge individuell verschieden dar.

3.3 Verlauf und Auswirkungen

Aufgrund der Individualität der bereits geschilderten Zusammenhänge für die Ursachen und Entwicklungen von Suchterkrankungen, kann kein einheitlicher Verlauf geschildert werden. Beginnend vom ersten Kontakt mit einer Droge, der häufig bereits in der Kindheit geschieht (vgl. Hoch; Lieb 2009, S. 767), bis zur möglichen Ausprägung einer Abhängigkeitserkrankung, sind die Verläufe sehr verschieden. Beispielsweise beträgt der durchschnittliche Entwicklungszeitraum bis zur Ausprägung eines

Abhängigkeitssyndroms durch Alkohol bei Männern zwischen 10 und 12 Jahren – bei Frauen liegt er bei 6 – 7 Jahren (vgl. Deimel 2011, S. 389). Im Gegensatz dazu führt der Konsum von Heroin bereits nach kurzer Zeit zu Entzugerscheinungen (vgl. ebd., S. 395).

Der Verlauf jeder Abhängigkeitserkrankung ist ein dynamischer Prozess, dessen Geschwindigkeit von Faktoren wie dem Einstiegsalter, dem Geschlecht, Häufigkeit, Menge und Art der Droge (unterschiedliches Suchtpotenzial), aber auch der individuellen persönlichen Reaktion auf die Droge und den personenspezifischen Schutz- und Risikofaktoren abhängig ist (vgl. ebd., S. 402ff).

Abhängigkeitserkrankungen wirken sich vielfältig in physischen, psychischen und sozialen Bereichen aus. Im Folgenden sollen allgemeine mögliche Auswirkungen vorgestellt werden.

Physische Auswirkungen:

- Multiple Organschäden
- HIV und AIDS
- Krampfanfälle
- Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen

Psychische Auswirkungen:

- Aggressivität / erhöhte Reizbarkeit / Selbstüberschätzung
- Geringes Selbstwertgefühl / Selbstbewusstsein
- Reduzierung und Verlust der Empathiefähigkeit
- Gedächtnisstörungen / verlangsamte Denkprozesse
- Verlangsamte Psychomotorik
- Psychische Erkrankungen / Demenz / Suizidalität
- Regression in kindliche Verhaltensmuster
- Verunsicherung und Angst
- Antriebslosigkeit
- Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen und der eigenen Person (Verlust von Achtsamkeit)

Soziale Auswirkungen:

- Familiäre Probleme (Konflikte, Scheidung)
- Finanzielle Probleme (Arbeitslosigkeit)
- Sozialer Rückzug von Freunden und Familie
- Straffälligkeit (Haft / Beschaffungskriminalität)
- Wohnungslosigkeit / Verwahrlosung

(Vgl. Deimel 2012, Fritzsche 2016, Morgenroth 2010 und Hoch; Lieb 2009)

Diese Aufzählung umfasst Auswirkungen von Suchterkrankungen bzw. Konsequenzen süchtigen Verhaltens die auftreten können, aber nicht auftreten müssen.

3.4 Therapie

Suchterkrankungen bleiben nicht nur über die Lebensspanne bestehen, wenn sie einmal vorhanden sind. Die Klientel der Menschen mit Suchterkrankungen erstreckt sich ebenfalls von der Kindheit und Jugend bis ins Alter.

Der lange Weg, der in der Regel hinter Menschen liegt, bevor sie mehr oder weniger motiviert in therapeutischen Suchteinrichtungen auftauchen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher beleuchtet werden. Er hat jedoch einen großen motivationalen Einfluss auf das Therapiegeschehen allgemein.

Die Verwendung unterschiedlicher Drogen, Konsummengen und Stadien der Abhängigkeit stellen allein bei der Entgiftung (Entzug) unterschiedliche Anforderungen. Auch die Erfolgchancen, die Menschen im Anschluss daran auf den erfolgreichen Weg der Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung zu bringen sind je nach verwendeter Droge sehr unterschiedlich und liegen bei abhängigem Alkoholkonsum am höchsten.

Die Therapie ist aufgeteilt in Entzugs-, Kontakt-, Entwöhnungsbehandlung- und Nachsorgephase, wobei die der Motivation dienliche Kontaktphase vor oder nach dem Entzug bestehen kann und die Nachsorgephase über die Rehabilitation hinaus noch über Jahre fortgesetzt werden soll. Das passiert in der Regel durch Suchtberatungsstellen und Selbsthilfeorganisationen (vgl. Tölle; Windgassen 2009, S. 149ff).

Wichtige therapeutische Anforderungen stellen häufige komorbide psychische Störungen, „insbesondere depressive und Angsterkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen“ sogenannte Doppeldiagnosen. Ob die psychische Erkrankung dabei zuerst da war, oder die Abhängigkeitserkrankung ist meist unklar (ebd., S. 147).

Ziel einer therapeutischen Behandlung ist in der Regel die Abstinenz oder wenn dies nicht möglich ist, ein geregelter nicht gesundheitsgefährdender Konsum (Stichwort Substitution). Auch kurze Abstinenzphasen sind anerkannte Ziele im Sinne einer Schadensminimierung beispielsweise bei Alkoholabhängigkeit. Jedoch ist langfristig durch Motivation der Klient*innen eine Abstinenz anzustreben.

Suchtpatienten haben ein gestörtes Selbstbild. Durch den Drogenkonsum konnten stets erfolgreich negative Empfindungen unterdrückt werden und ein positives Selbstbild

erzeugt werden. So ist ein Kreislauf in Gang gesetzt worden, bei dem das Selbstbild in Abhängigkeit vom Drogenkonsum stand. In der therapeutischen Behandlung ist es somit eine besondere Aufgabe die Bedürfnisse der Betroffenen durch alternative Handlungsmuster zu stärken, die ihnen Lustgewinn, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Halt durch soziale Kontakte ermöglichen (vgl. Tretter 2017, S. 46).

Allgemein lassen sich folgende Angebote in der Therapie von Suchterkrankungen feststellen:

- Ärztliche Einzel- und Gruppengespräche (Austausch medizinischer individueller oder allgemeiner Informationen über Suchterkrankungen)
- Informationsgruppen
- Gruppengesprächstherapie
- Psychotherapie / Soziotherapie
- Kompetenztraining
- Selbstsicherheitstraining
- Soziales Training
- Entspannungsgruppen
- Sport- und Bewegungsgruppen
- Ergotherapie
- Arbeits- und beschäftigungstherapie
- Freizeitpädagogische Aktivitäten und
- Angehörigenarbeit

(vgl. Grosshans et al. 2016, S. 94ff)

Die Behandlung von Suchterkrankungen verläuft selten linear, sondern ist von Rückfällen gekennzeichnet. Diese werden in der Regel genutzt, um den Therapieverlauf zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern.

Morgenroth sieht eine besondere Herausforderung in der Therapie von suchtkranken Kindern und Jugendlichen und hebt hervor, dass kindliche Traumata, wie emotionale und körperliche Gewalt und Verlust von Bindungspersonen häufig in einen Zeitraum fallen, „in der dem Kind die Sprache noch gar nicht verfügbar ist“ (Morgenroth 2010, S. 16) und somit auch Sprache nicht genutzt werden kann um diese Erfahrungen und Emotionen zu beschreiben und in den Zusammenhang zu bringen. Durch das Reinszenieren traumatisch erlebter Erfahrungen in nicht-sprachlichen Handlungen, sind diese verkörpert - in der Psychomotorik spricht man von einverleibt. Daher hebt Morgenroth die besondere Bedeutung non-verbaler Therapieangebote zur Verarbeitung kindlicher Traumata in der Suchtbehandlung junger Menschen hervor (vgl. ebd., S. 16ff).

4 Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen

Psychomotorik wird in zahlreichen Kontexten, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen, aber auch mit alten Menschen praktiziert.

In der Zeit zwischen 2004 und 2012 ist eine Studie zur Evaluation und Qualitätssicherung psychomotorischer Förder- und Therapiemaßnahmen gelaufen (SPES System Psychomotorischer Effekte-Sicherung). Psychomotoriker*innen privater Praxen, von Fördervereinen, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und klinisch-therapeutischen Institutionen, haben hier ihre psychomotorische Praxis dokumentieren können. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Effektivität psychomotorischer Intervention hinsichtlich des Aufbaus von Ressource und Schutzfaktoren und des Abbaus vorliegender Defizite (vgl. SPES).

Über die Effekte psychomotorischer Interventionen im Suchtkontext gibt es keine expliziten Aussagen. Außerdem sind die Ergebnisse im therapeutischen Kontext kritisch zu sehen, da die Klient*innen in überwiegender Zahl parallel zu psychomotorischer Förderung weitere therapeutische Angebote wahrgenommen haben (vgl. Klein; Knab; Fischer 2006, S. 175). Eine eindeutige und alleinige Zuschreibung dieser positiven Effekte der psychomotorischen Intervention ist daher nicht möglich.

Sport- und Bewegungstherapie, die ebenso psychomotorisch sein kann, ist in der stationären Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit, trotz eingeschränkter Evaluationsnachweise, integraler Bestandteil (vgl. Deimel 2011, S. 410).

Hier gibt es gut erforschte positive Effekte hinsichtlich verschiedener Erkrankungen, die auch infolge von Abhängigkeitserkrankungen auftreten können, wie zum Beispiel Bluthochdruck, Übergewicht, koronare Herzerkrankungen und Diabetes mellitus.

Obwohl die positiven Effekte nicht systematisch bei tatsächlichen Folgeschäden erforscht sind, scheint die Sport- und Bewegungstherapie in der Therapie von Suchterkrankungen plausibel (vgl. Freyer; Winter 2015: S. 133).

Darüber hinaus sind direkte Effekte von körperlicher Aktivität bei der Entwöhnungsbehandlung belegt. Diese Effekte zeigen jedoch keine langfristige Wirkung, also über den Interventionszeitraum hinaus (vgl. ebd.: S. 138). Insgesamt beziehen sich diese Studien alle auf stoffgebundene Süchte, auf die auch diese Arbeit ausdrücklich einschränkt ist.

Insgesamt ist die Studienlage nicht zufriedenstellend, da keine Aussagen gemacht werden können, über die Evidenz für die Überlegenheit einzelner Sportarten gegenüber anderen und über die geeignete Frequenz und Intensität von sporttherapeutischen Angeboten. Zu letzterem Punkt gibt es Hinweise, dass zu wenig sportliche Belastung eher keine positiven Effekte zeigt und zu hohe sportliche Belastung ins Negative umschlagen und zu Suchtverlagerung (Sportsucht), Überforderung und Motivationsschwierigkeiten führen kann (vgl. ebd., S. 143).

Aufgrund der sehr heterogenen Krankheitsbilder bei Menschen mit Suchterkrankungen durch sowohl psychische als auch organische komorbide (begleitende) Erkrankungen, sind Studienergebnisse häufig durch das Fehlen entsprechender Kontrollgruppen nicht aussagekräftig.

Dies bestätigt ebenfalls Andreas Broocks und ergänzt, dass jedoch gut dokumentiert ist, dass „die körperliche Gesundheit und Ausdauerleistungsfähigkeit bei diesen Patienten deutlich beeinträchtigt sind“ (Broocks 2011, S. 205), so dass auch aus diesem Gesichtspunkt die Etablierung von sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen in der Therapie von Suchterkrankungen gerechtfertigt scheint.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass zwar zum einen die genauen Effekte von sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen in der Suchttherapie nicht eindeutig belegt sind, diese jedoch durch die erforschte positive Wirkung von sportlicher Aktivität bei komorbiden Krankheitsbildern von Suchterkrankungen und zur Wiederherstellung motorischer Fähigkeiten, in der Therapie von Suchterkrankungen nicht mehr wegzudenken sind.

Welche Möglichkeiten bieten psychomotorische Bewegungsangebote in der Suchttherapie und welche Herausforderungen stellen sich?

4.1 Erkenntnisgewinnung aus Experteninterviews

Aufgrund der eingeschränkten Datenlage und der ebenfalls überschaubaren Literatur, die sich direkt mit Psychomotorik und Sucht befasst, sollen zur Beantwortung dieser Frage die Erfahrungen aus der praktischen psychomotorischen Arbeit von Experten, die im klinischen Kontext mit Menschen mit Suchterkrankungen arbeiten, herangezogen werden.

4.1.1 Begründung der empirischen Methode

Der folgende Forschungsteil basiert auf leitfadengestützten Experteninterviews. Experteninterviews dienen in der qualitativen Sozialforschung dazu das Wissen der Befragten zu erheben, weshalb sie sich als sinnvoll für die vorliegende Arbeit auszeichnen. Nach Bogner u.a. lassen sich dabei vier Typen unterscheiden: zum einen explorative Experteninterviews und zum anderen fundierte Experteninterviews, die beide jeweils informatorisch oder deutungswissenorientiert sein können (vgl. Bogner u.a. 2014, S. 23).

Im vorliegenden Fall geht es nicht um Experteninterviews zur Generierung von Deutungswissen, sondern um sachliche und fachliche Informationsgewinnung. Diese werden als systematisierende Experteninterviews bezeichnet. Dabei erfolgt die „Durchführung des Interviews mit einem relativ ausdifferenzierten Leitfaden, mit dem versucht wird, alle Lücken zu schließen, die im Informationsstand der Forscher bestehen“ (ebd., S. 24).

Die wichtigste Funktion des Leitfadens ist „die inhaltliche und methodische Vorbereitung der Erhebung“ (ebd., S. 28). Er dient außerdem, während der Durchführung des Interviews, als Gedächtnisstütze. Dieses führt dazu, dass sich die exakte Erhebungssituation nicht genau vorhersagen lässt. Außerdem spielt, wie sich auch in der persönlichen Praxis herausgestellt hat, die Erfahrung des Interviewenden eine wichtige Rolle.

Es hat Vor- und Nachteile den Fragenkatalog im Vorfeld den Experten*innen zukommen zu lassen. Das vorherige Wissen der Fragen kann dazu führen, dass das Gespräch sehr eng daran verläuft und eine eher offene Situation verhindert, wohingegen sich in einer spontanen Interviewsituation Fragen ergeben können, die die Expert*innen dann möglicherweise nicht spontan beantworten können.

„Das Interview selbst ist eine komplexe soziale Interaktion, in der die Interviewer nicht nur methodisch-regelgeleitet, sondern häufig auch intuitiv agieren und reagieren (müssen)“ (ebd., S. 49). Dazu ist es von Vorteil bereits Erfahrung auf dem Gebiet der Interviewführung zu haben.

Wie genau der Leitfaden entstanden ist, die Akquise erfolgt, sowie die Interviews abgelaufen sind, wird nachfolgend beschrieben.

4.1.2 Der Leitfaden

Psychomotorische Praxis, also psychomotorische Intervention, steht in enger Abhängigkeit von Klientel, Setting, psychomotorischem Paradigma und psychomotorischer Fachkraft (vgl. Kuhlenkamp 2017, S. 115).

Da das psychomotorische Paradigma für die Interviews insofern keine Rolle gespielt hat, da es bereits durch die verinnerlichte Haltung und Praxis der psychomotorischen Fachkräfte (Experten) und das klinische Setting widergespiegelt wurde, ist es in die konzeptionelle Gestaltung des Fragenkataloges nicht als Einflussfaktor mit einbezogen worden.

In den Bezug zur Forschungsfrage gesetzt bedeutet dies:

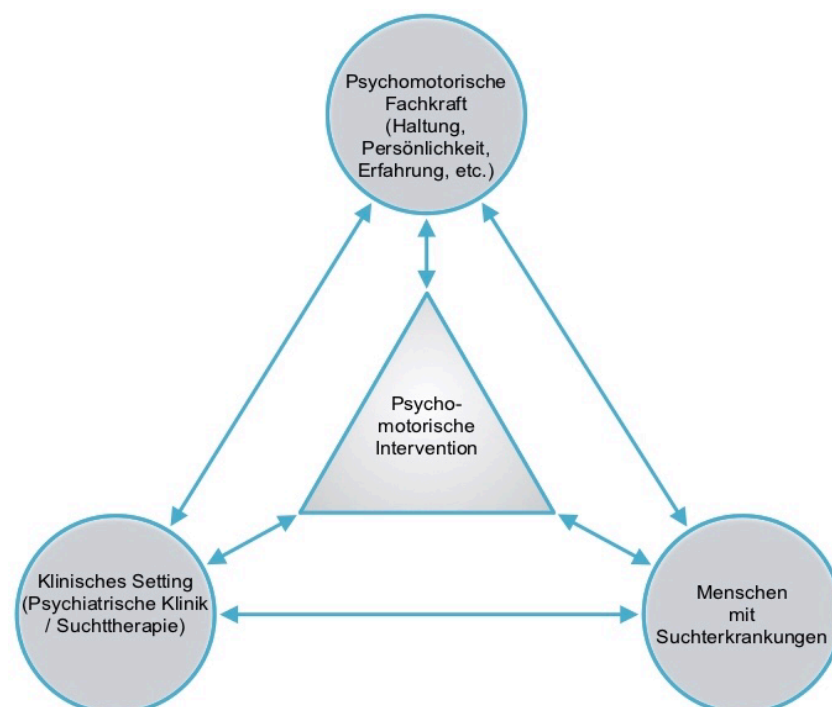
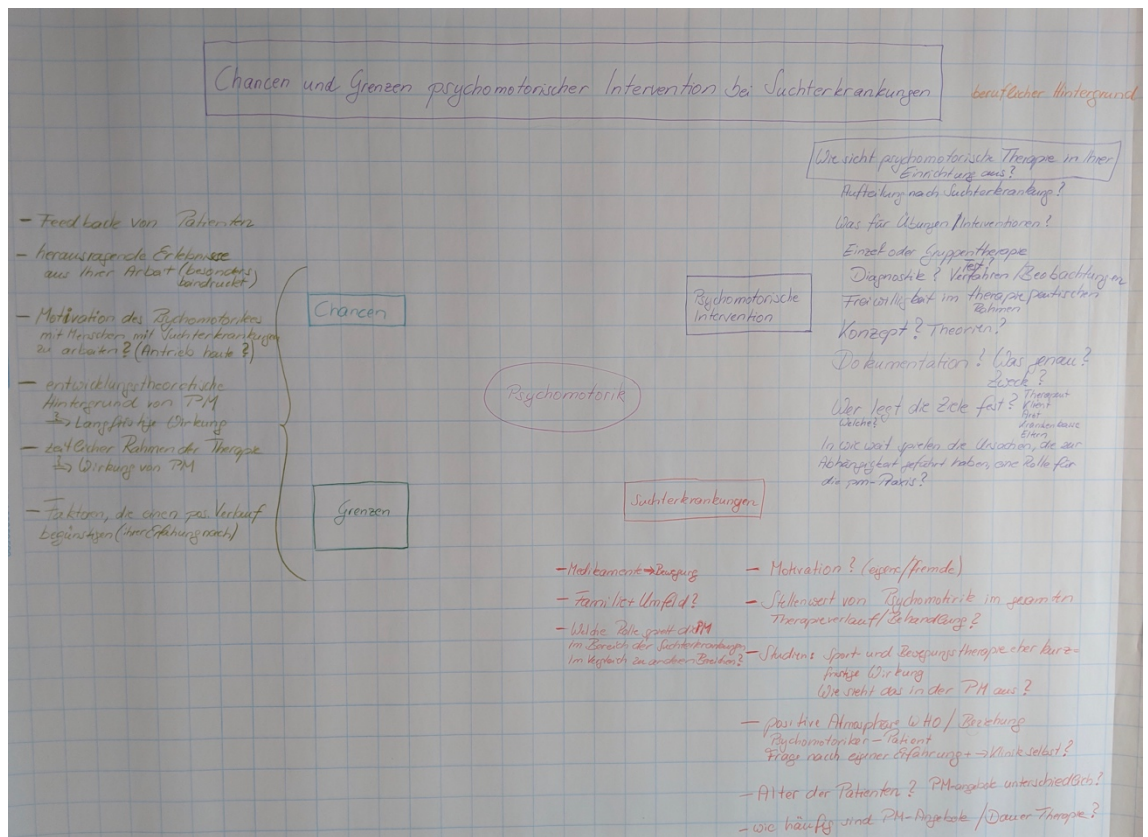


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die psychomotorische Intervention im Suchtkontext (eigene Abbildung)

Im Rahmen dieses Beziehungsgeflechtes, so die Vermutung, müssen sich letztendlich die Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention finden lassen. Auf diesen konzeptionellen Zugang soll später in der Auswertung der Interviews erneut zurückgegriffen werden.

Im Prozess der intensiven Literaturrecherche sind schließlich unter Berücksichtigung der Forschungsfrage und den Einflussfaktoren auf die Praxis psychomotorischer Interventionen, die Fragen zum Leitfaden entstanden.



Eigenes Foto: zeigt Vorgehen beim Generieren der Fragebogenitems

Die endgültigen Fragenkataloge befinden sich, entsprechend auf die Interviewpartner bezogen, im Anhang dieser Arbeit.

4.1.3 Die Interviews

Die Internetrecherche nach psychomotorischen Angeboten für Menschen mit Suchterkrankungen ist überschaubar. Tatsächlich gibt es zahlreiche Psychomotorikangebote in Suchtkliniken für die Kinder abhängiger Eltern, jedoch finden sich speziell für die betroffene Klientel nur sehr wenige Ergebnisse.

Die LWL Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm hat eine eigene Psychomotorikabteilung und bietet dort unter anderem psychomotorische Therapie auch für suchtkranke Kinder- und Jugendliche. Es gibt andere Kliniken, in denen die Sport- und Bewegungstherapeuten eine psychomotorische Zusatzausbildung haben, die jedoch nicht in einer reinen Psychomotorikabteilung arbeiten, wie zum Beispiel in der Klinik am Weissenhof in Weinsberg (siehe Konzept Literaturliste).

Die Möglichkeit in diesem Kontext Interviews mit Experten zu führen, die Psychomotorik mit betroffenen Menschen über die Lebensspanne machen, ist folglich sehr begrenzt.

Trotzdem haben sich schließlich zwei Experten bereit erklärt über ihre psychomotorische Arbeit mit Menschen mit Suchterkrankungen zu sprechen.

Die Kontaktaufnahme hat per Email stattgefunden und ist sehr wohlwollend und unkompliziert gewesen.

Aus Gründen der Anonymität der Interviewpartner sind alle Textstellen, die einen persönlichen und auch räumlichen Bezug herstellen in den Transkriptionen geschwärzt. Wenn auf die Interviews im Folgenden Bezug genommen wird, ist von Interview1 / Interview2 bzw. Experte1 / Experte2 die Rede. Es ist bewusst auf die Erfindung anonymer Namen und Orte verzichtet worden. Da beide Interviewpartner männlich sind, wird auf eine gendergerechte Bezeichnung verzichtet und nur die männliche Form verwendet.

Interview1 hat vor Ort in einer Psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche stattgefunden, die unter anderem über eine Entgiftungsstation und eine medizinische Rehaabteilung für suchterkrankte Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren verfügt.

Der Experte hat auf Anraten hin die Fragen im Vorfeld bekommen und ist dementsprechend vorbereitet gewesen. Das Gespräch hat überwiegend in einem Besprechungszimmer stattgefunden. Auf dem Tisch lagen bereits vorbereitete Unterlagen, sowie ein Ausdruck des Fragenkataloges. Nach der Begrüßung hat Experte1 ohne Eingangsfrage unmittelbar mit der Beantwortung von Fragen begonnen, sodass das Aufnahmegerät erst mit etwas Verspätung eingeschaltet werden konnte. Experte1 hat daraufhin das zuvor Gesagte in Stichpunkten wiederholt. Bei der Beantwortung ist Experte1 nicht chronologisch vorgegangen, sondern hat relativ frei nach eigenem Konzept erzählt. Hin und wieder gab es kleine Störungen durch hereinkommende Personen.

In der Anfangsphase ist es nur schwer möglich gewesen den Redefluss des Experten für kleinere Verständnisfragen zu unterbrechen. Eigentlich hätte das Interview sofort abgebrochen werden müssen, um die Steuerung des Gespräches zurückzuerlangen. Dies ist aufgrund mangelnder Erfahrung der Interviewerin nicht geschehen.

Im Verlauf des Gespräches hat Experte1 die Räume der Einrichtung gezeigt. Dabei ist das Aufnahmegerät die ganze Zeit über weitergelaufen. Erst gegen Ende des Gespräches waren Fragen einfacher möglich, da größere Pausen entstanden sind.

Der Experte hat sehr ausführlich und schnell mit vielen thematischen Abbrüchen und Wiederholungen erzählt. Als das Gespräch in ein persönliches umgeschlagen ist, wurde das Aufnahmegerät nach 2 Stunden und knapp 45 Minuten ausgeschaltet.

Das Interview1 ist über weite Strecken narrativ. Trotzdem soll es in die Auswertung einfließen. Dabei stehen die Fakten im Vordergrund.

Experte1 ist fast 66 Jahre alt (Interview1, S01) und verfügt über eine 40jährige Berufserfahrung, die er sich in dieser Klinik angeeignet hat. Seine Stelle hat der Experte unmittelbar nach dem Lehramtsstudium für das Gymnasium in den Fächern Sport und Sozialkunde angetreten. Bereits in jungen Jahren hat er Kinder- und Jugendgruppen geleitet, was ihn ein Gefühl von Macht erleben lies. Nach seiner Einschätzung kann man mit Musik, Bewegung, Struktur und Beziehung stiftend machtvoll sein. Dies wollte er positiv einsetzen (vgl. ebd., S54).

In der psychomotorischen Intervention setzt er das Konzept der Klinischen psychomotorischen Therapie (KPT siehe oben) um. Dabei arbeitet er kompetenzorientiert und funktional um alte Kompetenzen der Patient*innen wiederherzustellen (vgl. ebd., S04) und Sozialverhalten, Konzentration, Bewegungsmotivation und motorische Kompetenzen wie Gleichgewicht, Kondition etc. zu fördern (vgl. ebd., S. 06 + 47).

Seine Haltung und Persönlichkeit wird in der Interviewsituation sehr gut widergespiegelt, in der er sowohl die Gestaltung als auch den Ablauf selbst bestimmt.

Interview2 hat außerhalb der Psychiatrischen Klinik, der Arbeitsstelle des Experten2, in einem hellen, mit bequemen Sesseln ausgestatteten Büro stattgefunden. Getränke und Knabberstangen haben für einen positiven Zugang gesorgt. Experte2 hat sich auf die Fragen nicht vorbereitet. Auf seine Anfrage hin, ob er sich vorbereiten solle, wurde er gebeten dies nicht zu tun. Für eventuelle Rückfragen hätte sich Experte2 zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zur Verfügung gestellt.

An dieser Stelle war bereits klar, dass es zu zwei sehr unterschiedlichen Interviews kommen könnte, da Experte1 sich vorbereitet hat und Experte2 nicht. Die Entscheidung bei Experte2 auf die Vorbereitung zu verzichten ist ganz spontan gefallen und hat sich im Nachhinein als positiv erwiesen.

Dass die Interviews schließlich so sehr unterschiedlich gelaufen sind, war im Vorfeld jedoch nicht eindeutig abzusehen, da es hätte sein können, dass sich Experte1 trotz Vorbereitung auf einen von der Interviewerin gesteuerten Ablauf einlässt.

Das Interview mit Experte2 ist sehr ruhig verlaufen und der Experte hat sich auf das Gespräch und die Situation eingelassen. Das Einschalten des Aufnahmegerätes konnte dieses Mal rechtzeitig erfolgen. Nach der Einstiegsfrage hat der Leitfaden tatsächlich nur noch der Gedächtnisstütze gedient. Das Gespräch ist nicht nach genauem Ablauf des Fragenkataloges verlaufen. Experte2 hat langsam und mit Bedacht gesprochen. Nach 1 Stunde und 43 Minuten ist das Interview beendet gewesen.

Das genaue Alter des Experten ist nicht bekannt, vermutlich ist er zwischen 30 und 35 Jahre alt. Nach dem Studium der Sozialen Arbeit hat er sein Anerkennungsjahr in einer

psychiatrischen Klinik absolviert und ist im Anschluss daran dort übernommen worden (vgl. Interview2, S03). Parallel dazu hat er eine Anstellung an einer Hochschule, wo er unter anderem als Dozent in der Psychomotorik arbeitet. Mittlerweile ist er seit 5 Jahren als Bewegungstherapeut in dieser Klinik mit Menschen mit Suchterkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen beschäftigt (vgl. ebd., S16) und setzt in seiner Arbeit kompetenzorientierte Psychomotorik verknüpft mit einer verstehenden Haltung um. Für ihn ist Psychomotorik eine leiblich gelebte Soziale Arbeit.

Seine verstehende Haltung spiegelt sich an mehreren Stellen des Interviewverlaufes wider (vgl. ebd., S12 / S16 / S25).

Die eigene Motivation in der Klinik mit dieser Klientel zu arbeiten begründet Experte2 mit biografischen Hintergründen. Er glaubt nicht an Zufälle und hat im familiären Umfeld Erfahrung mit Menschen mit Suchterkrankungen. Es ist zu vermuten, dass auch die Authentizität und Überzeugung der psychomotorischen Haltung in seinen biografischen Erfahrungen begründet liegt.

4.2 Auswertung

Für die Auswertung von Experteninterviews gibt es keine vorgeschriebene Analysemethode. Wenn es um Informationsgewinnung geht, erfolgt sie häufig nach der qualitativen Inhaltsanalyse, die es in unterschiedlichen Varianten gibt (vgl. Kaiser 2014, S. 90). Bei der Inhaltsanalyse stehen Daten, in diesem Fall das Wissen der Experten, im Vordergrund (vgl. Bogner u.a. 2014, S. 72).

In der vorliegenden Arbeit ist die Analyse der Experteninterviews in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel erfolgt. Dabei wird über den Text zunächst ein Suchraster gelegt, um relevantes Textmaterial von dem Teil zu trennen, der für die Forschung unwichtig ist. In der nun folgenden Extraktion werden dem Text Informationen entnommen und zusammengefasst und in einem nächsten Schritt dann ausgewertet und analysiert, um schließlich die zugrundeliegende Forschungsfrage zu beantworten (vgl. Gläser, Laudel 2010, S. 199ff).

Als Suchraster sind in dieser Arbeit die vier Faktoren verwendet worden, die in der Beziehung zur psychomotorischen Praxis stehen:

- PMI (psychomotorische Intervention)
- PMF (psychomotorische Fachkraft)
- KS (klinisches Setting)
- P (Patient*innen / Menschen mit Suchterkrankungen) (vgl. Abb. 1 s.o.)

Die Ergebnisse der Bearbeitung der Experteninterviews mit dem Suchraster befinden sich im Anhang unter dem Stichwort grobe Strukturierung.

Obwohl eine eindeutige Zuordnung zu einem der Faktoren nicht immer möglich gewesen ist, konnte trotzdem das Textmaterial ausgeschlossen werden, welches letztendlich zu keiner dieser Faktoren gehört. Damit ist die Trennung von verwendbaren und unnützen Textteilen erfolgt.

Die deduktive Kategorienanwendung ermöglicht ein Zurückführen auf die theoretischen Grundlagen, die bereits bei der Entwicklung des Leitfadens eine Rolle gespielt haben. Wie bereits erwähnt soll an dieser Stelle darauf zurückgegriffen werden. Da hierfür die vier Faktoren und deren Beziehung zueinander grundlegend gewesen sind, tauchen sie an dieser Stelle als Kategorien für die Auswertung auf.

Diese Kategorien, die zur Informationsextraktion verwendet worden sind, werden nun im Folgenden definiert. Dies ist notwendig, damit eine eindeutige Zuordnung der Textstellen zu genau einer Kategorie erfolgen kann.

Dazu findet sich im Folgenden bei jeder Kategorie eine genaue Beschreibung, die definiert wann eine Textstelle zu dieser Kategorie gehört sowie jeweils eine Beispielanwendung.

PMF beschreibt Zuschreibungen, Eigenschaften, Einstellung, Verhalten und Meinung der konkreten Person.

Bsp.: „das ist eine Station, die ich betreue, (.) und zwar als Bewegungstherapeut“ (Interview2, S01 Z12-13) Experte2 ist Bewegungstherapeut.

PMI umfasst alle Daten, Fakten, Informationen und Beschreibungen der psychomotorischen Intervention.

Bsp.: „Bewegungstherapie, das sind klassisch psychomotorische Angebote (.) auf Erwachsene dann umgemünzt: also Spiele, (.) Wettkampfsport teilweise, Sport manchmal, wenn sie es wünschen. Ne, aber halt eben mit einem psychomotorischen Charakter Richtung kompetenzorientiert oder sinnverstehend.“ (Interview2, S02 Z28-31)

P enthält Beschreibung, Eigenschaften, Eigenheiten, komorbide Erkrankungen, Alter etc. der Menschen mit Suchterkrankungen (Patient*innen).

Bsp.: „Ansonsten im Alter von 18 bis 65 die ganze Spannweite für die Entgiftung wenn sie müssen. Also wenn sie irgendwo auffällig sind, oder gar nicht mehr können, das heißt ein Arzt überweist sie direkt oder ein Notarzt, Polizei greift sie auf oder Freunde bringen

sie irgendwie hin und der diensthabende Arzt entscheidet: Ja. Das muss jetzt gemacht werden. Das ist das Klientel, das auf der Suchtstation landet.“ (Interview2, S01 Z20-25)

KS beinhaltet alle Vorgaben und Festsetzungen sowie Beschreibung und Ausstattung der Klinik.

Bsp.: „dort gibt es verschiedene Stationen. In der Psychiatrie. Das heißt es gibt ne Akutpsychiatrie, ehm klassisch für Selbst- und Fremdgefährdung, es gibt eh für Psychosen, Depressionen etc., es gibt ne Akutpsychiatrie was Entgiftung angeht,“ (Interview2, S01 Z09-14)

Die folgenden Kategorien stellen nun die Abhängigkeitsbeziehungen dar, der Form: „wenn – dann“ oder „...hat diese Auswirkung auf“.

PMI - P umfasst alle Textstellen, die das Bedingungsverhältnis von psychomotorischer Intervention und den Patient*innen beschreiben. Angebote der PMI haben differenzierte Auswirkungen bei den Patient*innen und umgekehrt verhalten sich Patient*innen differenziert je nach PMI.

Bsp.: „Manche sind erstmal irritiert, können damit gar nichts anfangen, wie ich darf was machen was was ich will, verstehe ich nicht, andere rennen sofort holen sich einen Basketball, fangen an Basketball oder Fußball an zu spielen, Badminton ist irgendwie bei ganz vielen beliebt, (.) und einige sitzen dann erst mal, sagen: Nee ich/ geht's auch noch nicht so gut, sitzen reicht erst mal. Und schauen dann zu.“ (Interview2, S09 Z10-15). Hier zeigen sich Auswirkungen der Freiwilligkeit der PMI bei den Patient*innen.

PMF – P beschreibt die wechselseitige Beziehung zwischen psychomotorischer Fachkraft und den Patient*innen, das sich bedingende Verhalten der beiden Parteien.

Bsp.: „[...], ehm dass die Fluktuation in meiner Gruppe relativ gering ist. Was heißt bei mir aus meiner Gruppe haut nicht unbedingt einer ab. Also ich hab jetzt seit (.) 2 Jahren mittlerweile, dass kein einziger Patient aus meiner Gruppe abgehauen ist, was früher, bevor ich sie übernommen hab, schon immer wieder vorgekommen ist, [...]“ (Interview2, S06 Z12-15). Hier zeigt sich beispielsweise, dass die Haltung der PMF sich darin äußert, dass die Patienten in der Gruppe bleiben.

PMF – PMI Hier wird beschrieben, wie sich Haltung, Persönlichkeit etc. der psychomotorischen Fachkraft auf ihre psychomotorische Praxis auswirkt und wie umgekehrt psychomotorische Praxis durch die psychomotorische Fachkraft beeinflusst ist.

Bsp.: „Und dann gibt es noch klassische ehm sportinduzierte Gruppen, ehm wobei, wenn ich die anleite, die auch eher psychomotorisch kompetenzorientiert unterwegs sind.“ (Interview2, S03 Z09-11). Die psychomotorische Haltung der PMF hat Auswirkungen auf die Durchführung der PMI.

PMF – KS Zu dieser Kategorie zählen Textstellen, die beschreiben wie sich beispielsweise Gegebenheiten des klinischen Settings auf die psychomotorische Fachkraft auswirken und umgekehrt, welchen Einfluss die psychomotorische Fachkraft auf das klinische Setting ausübt.

Bsp.: „[...] dadurch das Team selber schon sehr psychomotorisch arbeitet, selber auch zum Teil ehm Psychomotorikweiterbildungen gemacht haben, die waren bei der DAKP diese Berufsqualifikationen, ne, hat es perfekt gepasst.“ (Interview2, S04 Z03-06). Die psychomotorische Fachkraft kann ihre eigene Haltung im klinischen Setting umsetzen, da sie bereits im klinischen Setting etabliert ist.

P – KS beschreibt den Einfluss bzw. die Vorgaben des klinischen Settings auf die Patient*innen und andersherum, welchen Einfluss beispielsweise das Verhalten der Patient*innen auf das klinische Setting hat.

Bsp.: „[...] zwischen zwei und drei Wochen im Schnitt. Also ne relativ kurze Zeit, es geht dort auch wirklich hauptsächlich um die reine Entgiftung.“ (Interview2, S02 Z16-17) Hier gibt beispielsweise das klinische Setting die Verweildauer der Patient*innen und das Ziel der Behandlung vor.

KS – PMI Klinisches Setting beeinflusst die Praxis psychomotorischer Intervention. Außerdem kann psychomotorische Intervention Einfluss auf Situationen im klinischen Setting haben. Dies wird unter dieser Kategorie zusammengefasst.

Bsp.: „Je nachdem, ob ich die Möglichkeit für ein Einzelsetting hab, was im Dialog häufig in einem Einzeldialog gut geschehen kann, häufig kompetenzorientiert.“ (Interview2, S02 Z31-33). Hier gibt die Vorgabe der Klinik, dass PMI in der Gruppe stattfindet, auch die Schwerpunktorientierung der psychomotorischen Praxis vor, nämlich die Kompetenzorientierung.

Folgende Auswertungskategorien haben sich erst im Laufe der Bearbeitung herausgebildet. Es hat sich herausgestellt, dass in manchen Abhängigkeitsbeziehungen drei Faktoren eine Rolle gespielt haben. Das Entdecken neuer Kategorien zeigt die Offenheit des Kategoriensystems. „Es kann während der Extraktion verändert werden,

wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das Kategoriensystem passen.“ (Gläser; Laudel 2010, S. 201).

KS – P – PMI beschreibt die gegenseitige Beeinflussung von beispielsweise Vorgaben des klinischen Settings auf die Patient*innen und die psychomotorische Intervention. „[...] so die Ambivalenz wo du auch den Widerstand merkst, wenn die kommen (.) bei einigen und wenn sie merken: Sie dürfen aber einfach sein. Sie müssen nicht mitmachen. Sie werden nicht gezwungen. Und sie dürfen sein, sie werden gesehen, [...]“ (Interview2, S08 Z14-17). Hier spiegelt sich der vermeintliche Widerspruch von Therapiepflicht im klinischen Setting und der Freiwilligkeit der Psychomotorik im Verhalten der Patient*innen wider.

PMF – PMI – P Zu dieser Kategorie zählen Textstellen, die sowohl das Verhalten der psychomotorischen Fachkraft als auch das der Patient*innen in der psychomotorischen Praxis beschreiben. Dabei ist diese von der PMF entsprechend beeinflusst und ermöglicht ebenfalls differenzierten Einfluss auf das Verhalten der Patient*innen.

Bsp.: „[...] ich bau neun bis zehn Stationen auf, mache diese Stationen vor, wie man sie machen kann. Der Patient oder die Patientin soll sich selber entscheiden welche Intensität sie an der Station macht. Das heißt eine Station dauert eine Minute, sie selber sollen entscheiden für sich. Wie viel kann ich oder will ich in einer Minute schaffen und die Intensität wählen sie selber.“ (Interview2, S12 Z27-31). Hier hat die PMF ein Angebot entsprechend der Kompetenzen der Patient*innen gestaltet und diese entscheiden für sich die persönliche Praxis der PMI.

PMF – PMI – KS Textstellen dieser Kategorie enthalten Beschreibungen, in denen sich die Auswirkungen von beispielsweise klinischem Setting sowohl auf die psychomotorische Fachkraft als auch auf deren psychomotorische Praxis zeigen.

Bsp.: „[...] wie aber ein einzelner Therapeut zu arbeiten hat, ehm da gibt's keine Vorgabe in dem Sinne das muss so oder so sein. Und das ist auch etwas was ich extrem an diesem Team schätze, weil letztendlich jeder sein Steckenpferd reinbringen kann.“ (Interview2, S04 Z33-35). Die Offenheit der Klinik, den psychomotorischen Fachkräften keine Vorgaben über ihre praktische Arbeit zu machen, ermöglicht es den Therapeuten die psychomotorische Intervention nach eigenen Schwerpunkten zu gestalten.

Abschließend hat sich noch eine Auswertungskategorie herausgebildet, die mit keiner der anderen Faktoren und deren Beziehungen zueinander zu tun hat. Unter der Bezeichnung

Externe Einflüsse finden sich Textstellen, die beschreiben, dass es Einflussmöglichkeiten geben kann, die außerhalb dieses Beziehungsgeflechtes P – PMI – PMF – KS stehen.

Es bleibt kritisch zu reflektieren, dass bei der Bearbeitung durch eine einzige Person, die Bewertung und Zuordnung zu einer Kategorie einseitig erfolgt. Dem wurde ein wenig vorgebeugt, indem zunächst die Zuordnung einer Textstelle zu einer Kategorie und in einem zweiten Schritt eine Überprüfung und Reflexion mit anschließender Zusammenfassung des Textstelleninhaltes erfolgt ist.

Trotzdem lassen sich Textstellen nicht immer eindeutig zuordnen und das Diskutieren im Forscherteam hätte noch präzisere Ergebnisse ermöglichen können. Die Zuordnung zu einer Kategorie und die verbale Beschreibung des Informationsinhaltes beruhen jeweils auf Interpretationen des Textes“ (Gläser; Laudel 2010, S. 201) und sind somit ebenfalls individuell geprägt. Außerdem ist die Interpretation „durch die persönliche Deutungskompetenz des Forschers und durch seine Eindrücke von den jeweiligen Interviews beeinflusst“ (Lamnek; Krell 2016, S. 383).

Der nächste Analyseschritt ist, wie bereits erwähnt, in der Formulierung eines Schwerpunktes des Sinngelhaltes der Textstelle erfolgt. Die Ergebnisse befinden sich in tabellarischer Form im Anhang unter dem Stichwort Auswertungskategorien.

Die entstandene Gesamtübersicht ist im Folgenden zur Beantwortung der Fragestellung „Chancen und Grenzen Psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen“ herangezogen worden.

Dabei sind die Ergebnisse der verschiedenen Interviews nicht differenziert, sondern im Ganzen betrachtet worden. Jedes Ergebnis der Auswertungstabelle ist dahingehend untersucht worden, ob es eine Chance oder Grenze sein könnte. Sich wiederholende Aussagen sind dabei zunächst nicht verstärkend in Betracht gezogen worden.

In einem ersten Schritt sind die Chancen und Grenzen zunächst in der Reihenfolge wie sie fortlaufend erscheinen aufgezählt worden. In einem zweiten Schritt sind diese zurückführend auf die theoretische Herangehensweise nach bestimmten Einflussfaktoren zusammengestellt und differenziert betrachtet worden.

Der Übersichtlichkeit halber sind sie im nachfolgenden Unterkapitel sortiert und farblich unterschieden (Chancen: grün; Grenzen: orange) zu finden.

In die Tabellen im Anhang sind die entsprechenden Ziffern der Chancen und Grenzen den Textstellen zugeordnet worden, damit nicht bei jeder Chance und Grenze sämtliche

Textstellen zitiert werden müssen, die zu dieser Interpretation beigetragen haben. Außerdem dienen sie dazu später weiterreichendere Aussagen machen zu können (vgl. Anhang: Tabellen der Auswertungskategorien).

4.3 Chancen und Grenzen

Eine Chance ist laut Duden eine günstige Gelegenheit oder eine Möglichkeit etwas Bestimmtes zu erreichen (vgl. Duden). In diesem Sinne zeichnen sich alle Faktoren, die sich positiv auf die psychomotorische Intervention bei Suchterkrankungen erweisen, als Chance aus.

Chancen:

1. Psychomotorische Fachkraft kann sich mit ihrer Arbeit identifizieren (PMF)
2. Authentizität, Wertschätzung, Akzeptanz und offene Haltung (PMF)
3. Authentizität durch Überzeugung (Haltung) der psychomotorischen Fachkraft als motivierender Faktor (PMF)
4. Weites Bewegungsverständnis ermöglicht Niedrigschwelligkeit (PMF)
5. Persönliche Erfahrungen (Biografie) der psychomotorischen Fachkraft fördern das Verständnis für die Patient*innen und Authentizität (PMF)
6. Berufliche Erfahrung und Souveränität der psychomotorischen Fachkraft beeinflusst psychomotorische Praxis und den Umgang mit der Klientel (PMF)
7. Geschlecht der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
8. Motivation der psychomotorischen Fachkraft (Authentizität) (PMF)
9. Verstehende Haltung der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
10. Stabilität und Sicherheit (PMF)
11. Haltung der psychomotorischen Fachkraft als Motivationsfaktor (PMF)
12. Augenhöhe mit den Patienten (PMF)
13. Verstehende Haltung ermöglicht Kompetenzen der Patient*innen zur Bewältigung der Suchterkrankung aufzudecken und zu stärken (PMF)
14. Beziehung zu Patient*innen (PMF)
15. Persönlichkeit der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
16. Aktive Teilnahme der psychomotorischen Fachkraft (motivierende Teilnahme auf Augenhöhe kann die Motivation der Patient*innen positiv beeinflussen und ermöglicht es der Fachkraft eine unmittelbare leibliche Erfahrung der Resonanz zu spüren) (PMF)

17. Das Arbeiten mit der Resonanz ermöglicht eine passgenaue Gestaltung psychomotorischer Praxis (PMF)
18. Wohlfühlen im eigenen psychomotorischen Ansatz bewirkt Authentizität (PMF)
19. Gestaltung psychomotorischer Intervention in Abhängigkeit der persönlichen Stimmung des Therapeuten. (Ermöglicht mehr Authentizität des Therapeuten) (PMF)
20. Unterstützung der Eigenverantwortlichkeit (PMF)
21. Supervision und Reflexion psychomotorischer Praxis der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
22. Ausbildung (PMF)
23. Therapie als Begleitung ermöglicht die Selbstständigkeit der Patient*innen (PMF)
24. Freiwilligkeit der Psychomotorik (PMI)
25. Bewegungserleben in der Gruppe, Gruppe als Zugkraft und gegenseitige Bestärkung auf Augenhöhe (PMI)
26. Kompetenzorientierung der Psychomotorik (PMI)
27. Förderung von Eigenkompetenz, Selbstkonzept, Material- und Sozialkompetenz (PMI)
28. Ganzheitlichkeit der Psychomotorik, bewusste und unbewusste Wirkung der Psychomotorik (PMI)
29. Zugang zu den Patienten über Bewegung und zum anderen als alternativer Zugang statt Gesprächen (PMI)
30. Patient*innen / Gruppe im Mittelpunkt psychomotorischer Intervention (PMI)
31. Förderung der Achtsamkeit sich und anderen gegenüber und das Einschätzen eigener Kompetenzen (PMI)
32. Begleitete Bewegung zur Beziehungsgestaltung (PMI)
33. Psychomotorische Intervention über die Lebensspanne (PMI)
34. Spiel in der Psychomotorik ermöglicht Zugang zu den Patienten und bietet Erfahrungs- und Entwicklungsraum (Selbsterfahrung, Selbstwirksamkeit und Selbstwertstärkung). (PMI)
35. Förderung motorischer Kompetenzen und Konzentration (PMI)
36. Vielfältigkeit psychomotorischer Interventionen ermöglicht es alle Patient*innen abzuholen (PMI)
37. Das Erlernen von Regeln, Struktur, Selbstbeherrschung, Aufmerksamkeit und Kooperation als Ziele psychomotorischer Intervention (PMI)
38. Motivierende Materialien (PMI)

39. Die Auswirkungen psychomotorischer Intervention zeigen sich in einem entspannten Ablauf auf den Stationen und im Dialog mit den Ärzten. (PMI)
40. Psychomotorische Intervention zeigt auch Wirkung bei Patient*innen, die stark bewegungsbeeinträchtigende Medikamente nehmen. (PMI)
41. Bestärkende Wirkung von PMI beeinflusst sowohl Patient*innen als auch psychomotorische Fachkraft. (PMI)
42. Ziele der PMI unterstützen die Ziele im klinischen Kontext (Stabilisieren und Kompetenzen transparent machen, um sich im Alltag bewähren zu können) (PMI)
43. Nachhaltige Wirkung im Sozialverhalten bei „Wiederholern“ zu erkennen (PMI)
44. Psychomotorik ermöglicht eine individuelle leibliche Erfahrung der Patient*innen (Körpergedächtnis) (PMI)
45. Entspannungsangebote der PMI können helfen Stresssituationen zu bewältigen als Alternative zur Droge (PMI)
46. Persönlichkeitsstabilisierung- und Entwicklung und Förderung von Sozialkompetenzen (PMI)
47. Beziehung zu psychomotorischer Fachkraft (P)
48. Vertrauen als Erfolgsmesser psychomotorischer Intervention (P)
49. Patient*innen bewerten PMI positiv (P)
50. Positive Atmosphäre in der Klinik (KS)
51. Stabilität, Sicherheit und Tagesstruktur (KS)
52. Ausstattung (Raum und Material) im klinischen Kontext (KS)
53. Austausch und Arbeiten im psychomotorischen Team (KS)
54. Regelmäßige psychomotorische Angebote (KS)
55. Einflussnahme auf Gruppenkonstellation für optimale Gruppenerlebnisse in der PMI (KS)
56. Fehlende konzeptuelle Vorgabe für den Ablauf psychomotorische Intervention ermöglicht das Arbeiten nach eigenem Ansatz (Authentizität) (KS)
57. Hypothese für Nachhaltigkeit von psychomotorischer Praxis: systemisches Arbeiten (PMF)
58. Erfolgshypothese: offene, kompetenzorientierte, verstehende Haltung über einen langen Zeitraum (PMI)
59. Hypothese der Langzeitwirkung über das Körpergedächtnis bei langfristiger Intervention und begleitender psychotherapeutischer Behandlung (KS)

60. Beziehung zur psychomotorischen Fachkraft als nachhaltiger Wirkfaktor der PMI (PMI)

Grenzen:

1. Gestaltung psychomotorischer Intervention in Abhängigkeit der persönlichen Stimmung des Therapeuten. (Kritisch zu sehen, wenn die Patient*innen nicht im Blickpunkt der Intervention stehen) (PMF)
2. Das Einrichten von Routinen seitens der psychomotorischen Fachkraft, schränkt die Offenheit psychomotorischer Intervention ein. (PMF)
3. Etwas unbedingt erreichen wollen / Entwicklung vorgeben wollen (Haltung) (PMF)
4. Geschlecht der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
5. Mangelnde Bewegungskompetenzen der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
6. Schlechte Ausbildung der psychomotorischen Fachkräfte (PMF)
7. Erwartungen an die Wirksamkeit der PMI seitens der psychomotorischen Fachkraft (PMF)
8. Beziehung zu Patient*innen (PMF)
9. Aktive Teilnahme der psychomotorischen Fachkraft (sportliche Überlegenheit der PMF zeigt den Patient*innen die Grenzen auf und kann ihre Motivation hemmen) (PMF)
10. Diagnostische Verfahren der Psychomotorik sind nur auf das Kindesalter beschränkt (PMI)
11. Fehlendes wissenschaftliches Material über die Effektivität psychomotorischer Praxis (PMI)
12. Wirksamkeit von psychomotorischer Intervention
 - Ist als ein kleiner Baustein des Gesamttherapiekonzeptes, ist im klinischen Setting nicht zu beurteilen.
 - Ist bei den Patient*innen sehr unterschiedlich. (PMI)
13. Funktionale Vorgehensweise setzt Grenzen im Gruppenprozess (Ansatz) (PMI)
14. Beziehung zur psychomotorischen Fachkraft (P)
15. Fremdmotivation behindert den Zugang durch psychomotorische Intervention (P)
16. Alter der Patienten verlangsamt ein Übertragen der gelernten Kompetenzen auf das Alltagsgeschehen; Alter (sowohl von PMF als auch von P) kann auch den Verstehensprozess zwischen psychomotorischer Fachkraft und Patient*in beeinflussen (P)
17. Biografische Erfahrungen und aktuelle Themen

- der Patient*innen können die PMF beeinträchtigen (P)
 - der psychomotorischen Fachkraft können die PMI beeinflussen (PMF)
18. Persönlichkeit der Patient*innen (P)
19. Große Gruppe und/oder viele auffällige Patient*innen als negativer Einflussfaktor auf das Gelingen psychomotorische Intervention (KS)
20. Seltene Möglichkeiten für Einzelsettings im klinischen Kontext begrenzen ein Umsetzen verstehender Ansätze der Psychomotorik (KS)
21. Konzept der psychomotorischen Intervention während der medizinischen Reha (KS)
22. Therapeutische Angebote sind verpflichtend, was dem Prinzip der Freiwilligkeit in der Psychomotorik widerspricht und gegebenenfalls die Patient*innen verunsichert. (KS)
23. Ziel der Rehabilitation ist die Patient*innen möglichst früh nach außen zu orientieren (KS)
24. Häufig wechselnde Gruppenkonstellationen durch die kurzzeitigen Aufenthalte (KS)
25. Keine nachhaltige Wirkung der PMI auf Abstinenz, was möglicherweise auf die kurze Zeit der Therapie (Psychomotorik und Psychotherapie) zurückzuführen ist. (KS)
26. Team, wenn keine einheitliche Linie verfolgt wird. (KS)
27. Kein systemisches Arbeiten der PMF im klinischen Setting möglich (KS)
28. Räumlichkeiten und Ausstattung begrenzen psychomotorische Intervention (KS)
29. Medikation verursacht Gefährdungssituationen psychomotorischer Praxis und beeinflusst die Möglichkeiten psychomotorischer Praxis (KS)
30. Das klinische Setting erlaubt kein ganzheitliches Arbeiten in der PMI. (KS)
31. Wahrnehmung der PMF durch die Mediziner (mangelnde Anerkennung der PMI) (KS)
32. Kurzzeitige psychomotorische Intervention (Häufigkeit und Dauer) während der Entgiftungsbehandlung (KS)
33. Kurzer Therapiezeitraum (KS)
- ermöglicht keine Körperschemaarbeit
 - beeinträchtigt die Beziehungsarbeit
34. Migration von traumatisierten, suchtkranken Flüchtlingen. Hier fehlen das Verständnis und die Möglichkeiten des gesamten Therapieapparates. Weiterbildungen fehlen. (externe Einflüsse)

Zusammenfassend werden die einzelnen Faktoren der Chancen und Grenzen noch einmal differenzierter betrachtet, um mögliche Schwerpunkte feststellen zu können.

PMF: Die Chancen, die unter dem Faktor PMF aus den Interviews herausgearbeitet werden konnten, gliedern sich nach:

- Persönlichkeit (1, 3, 10, 12, 14)
- Haltung (2, 3, 9, 11, 13, 20, 21, 23)
- Bewegungsverständnis (4)
- Geschlecht (7)
- Biografie (5)
- berufliche Erfahrung / Ausbildung (6, 22)
- Motivation (8)
- psychomotorischer Ansatz (16, 17, 18)

Hier sind deutliche Schwerpunkte bei Persönlichkeit und Haltung sowie dem psychomotorischen Ansatz zu erkennen. Da die Biografie sowohl zur Persönlichkeit, als auch zur Haltung gezählt werden könnte, ist sie separat aufgeführt. Außerdem beeinflusst die berufliche Erfahrung die Haltung der psychomotorischen Fachkraft. Dies muss für die Ausbildung nicht unbedingt gelten. Letztendlich würde eine andere Zuordnung die Schwerpunkte von Persönlichkeit und Haltung nur verstärken, aber nicht grundlegend ändern, weshalb die obige Sichtweise ebenfalls möglich ist.

PMI Die Chancen der PMI lassen sich wie folgt gliedern:

- Freiwilligkeit (24)
- Gruppe (25)
- Kompetenzorientierung (16, 27, 31, 34, 42, 45, 46)
- Ganzheitlichkeit (28, 30, 33, 35, 36, 37, 41)
- Zugang über Bewegung und Spiel (29, 32, 34)
- motivierende Materialien (38)

Die Möglichkeiten psychomotorischer Intervention liegen sehr deutlich in der Kompetenzorientierung, der Ganzheitlichkeit und dem Zugang über Bewegung und Spiel.

P Die Chancen hinsichtlich der Patienten zeigen sich in:

- Beziehung (47, 48)
- Wohlfühlen in der PMI (49)

Hier liegt ein Schwerpunkt auf dem Beziehungsfaktor.

KS Chancen im Einflussbereich des klinischen Settings liegen in:

- Vorgaben der Klinik (50, 51, 54, 55, 56)
- Ausstattung (52)
- Personal (53)

Im klinischen Setting haben die Vorgaben der Klinik die größten Einflussmöglichkeiten.

PMF Grenzen in dem Komplex PMF lassen sich wie folgt differenzieren:

- Persönlichkeit (1, 2, 8, 9)
- Haltung (3, 7)
- Geschlecht (4)
- Bewegungskompetenz (5)
- Berufliche Erfahrung / Ausbildung (6)

Wie bereits bei den Chancen, zeigen sich auch bei den Grenzen beim Faktor PMF, dass Persönlichkeit und Haltung einen größeren Einflussbereich haben, als die übrigen Grenzen.

PMI zusammengefasst ergeben sich folgende Punkte:

- Wissenschaftlichkeit (1, 2)
- Wirksamkeit (12)
- Ansatz (1)

Die mangelnde Wissenschaftlichkeit der PMI scheint immer noch einen Einfluss auf die psychomotorische Praxis zu haben.

P Grenzen die Kategorie Patient betreffend lassen sich wie folgt gliedern:

- Beziehung (14)
- Alter (16)
- Biografie (17)
- Persönlichkeit (15, 18)

Hier scheint die Persönlichkeit der Patient*innen die größte Herausforderung für die psychomotorische Praxis zu sein.

KS Grenzen im klinischen Setting sind entsprechend zu den Chancen im klinischen Setting wie folgt einzuordnen:

- Vorgaben der Klinik (19 – 25, 27, 29, 30, 32, 33)
- Ausstattung (28)
- Personal (26, 31)

Die Grenzen sind überwiegend in den Vorgaben des klinischen Settings zu sehen, wobei auch das Personal einen weiteren Grenzschnepunkt darstellen kann.

Es hat sich herausgestellt, dass ein zusätzlicher Einflussfaktor in dem zugrundeliegenden Beziehungsgeflecht nicht beachtet worden ist.

Die Migration von Flüchtlingen hat global viele Herausforderungen gebracht und macht auch vor dem klinischen Kontext nicht Halt, wenn es um die Versorgung von traumatisierten suchtkranken Menschen aus fernen Kulturkreisen geht. Dabei stellen Sprache, Kultur und Traumatisierungen aus Krieg und Gefangenschaft große Herausforderungen dar. Diese stellen sich nicht nur den klinischen Einrichtungen und deren Personal, sondern auch den therapeutischen Angeboten, die für diese neuen Situationen sensibilisiert und verändert werden müssen.

4.4 Ergänzende Auswertung

In der folgenden Tabelle sind die Häufigkeiten von Chancen und Grenzen aufgeführt und zusammengezählt:

	PMF	PMI	P	KS	Externe Einflüsse	Gesamt
CHANCEN	23	23	3	7	-	56
GRENZEN	9	4	5	15	1	34
Gesamt	32	27	8	22	1	

Abb. 2: Übersicht von Chancen und Grenzen psychomotorischer Praxis bei Suchterkrankungen

Die Übersicht zeigt, dass die Klientel, die Menschen mit Suchterkrankungen, eine eher untergeordnete Rolle spielen, wenn es um die Wirkkraft im Gefüge PMF – PMI – P – KS geht.

Dies bezieht sich sowohl auf die positiven als auch auf die negativen Einflüsse der Kategorie P.

Die Grenzen (14 – 18), die sich aus den Interviews ergeben haben, verlangen eine Auseinandersetzung mit den individuellen Persönlichkeiten und ihren biographischen Prägungen und Erfahrungen und stellen mögliche Herausforderungen dar. Physische und psychische Einschränkungen von Menschen mit Suchterkrankungen, die ebenfalls

Herausforderungen darstellen könnten, konnten aus den Interviews nicht herausgearbeitet werden.

Betrachtet man die Chancen und Grenzen, die die psychomotorische Fachkraft betreffen genauer, könnte man jede Chance in eine Grenze und jede Grenze in eine Chance verwandeln. Eine PMF, die sich beispielsweise nicht mit ihrer Arbeit identifizieren kann, hat eine andere Wirkung, als eine, die es kann. Insofern ist die Gesamtwirkkraft der psychomotorischen Fachkraft mit viel Potenzial ausgestattet, dass sich in positiver und negativer Weise auswirken kann.

Das Klinische Setting setzt die meisten Grenzen für die praktische Arbeit von Psychomotoriker*innen. Hierbei sind in der Summe die Vorgaben der Klinik als herausstechender Einflussfaktor, sowohl positiv als auch negativ, zu nennen.

Psychomotorische Intervention zeichnet viele Chancen und deutlich weniger Grenzen aus. Betrachtet man die Grenzen im Einzelnen, so stehen sie im Kontext des klinischen Settings, des psychomotorischen Ansatzes und der mangelnden Wissenschaftlichkeit.

Eine Hypothese, die jedoch nur durch eine größere Stichprobe belegt werden könnte, wäre, dass die Verhältnisse der Wirkkräfte, wie sie in Abb. 2 ersichtlich sind, im Wesentlichen erhalten bleiben und damit eine besondere Aussagekraft hätten.

Gemeint ist, dass sowohl die PMF als auch die PMI zwei deutliche Schwerpunkte im Wirkgefüge sind, auch das Setting nicht unerheblichen Einfluss hat und die Klientel nur eine kleine, aber nicht zu vernachlässigende Position einnimmt - schließlich steht der Mensch im Mittelpunkt jeglicher psychomotorischen Intervention.

Verallgemeinerungen der getroffenen Aussagen können aufgrund der kleinen Stichprobe von 2 Interviews nicht getroffen werden.

Eine weitere Betrachtung der Chancen und Grenzen dahingehend, wie sie aus den beiden Interviews gewonnen worden sind, bringt möglicherweise noch eine ergänzende Sichtweise.

Im nächsten Schritt ist zunächst eine Gegenüberstellung beider Interviews in einer tabellarischen Übersicht erfolgt, die später differenzierter betrachtet wird. Dabei ist dieses Mal auch mit einbezogen worden, wie häufig die Chancen und Grenzen anhand der Textstellen in den verschiedenen Interviews herausgearbeitet werden konnten, da dies die Wichtigkeit widerspiegelt, die die einzelnen Experten den Aussagen zuschreiben. Wenn ein Experte beispielsweise sehr häufig über die Wichtigkeit der Authentizität der psychomotorischen Fachkraft spricht, so ist zu vermuten, dass ihm dieser Punkt besonders wichtig ist.

Auch die Grenzen psychomotorischer Intervention können anhand der tabellarischen Übersicht noch genauer in einen Zusammenhang gebracht werden, da sie in Abhängigkeit vom Experten und psychomotorischen Ansatz gesehen werden können.

Da die beiden Experten nach unterschiedlichen Ansätzen arbeiten, könnte abschließend eine Hypothese formuliert werden, ob möglicherweise ein bestimmter psychomotorischer Ansatz in der psychomotorischen Intervention bei Suchterkrankungen zu bevorzugen wäre.

Auswertung der Chancen und Grenzen			
Faktor	Chance / Grenze	Experte1	Experte2
PMF	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
	19		
	20		
	21		
	22		
	23		

PMI	24		
	25	+++	+++
	26		+++
	27	+++	+++
	28		+++
	29		
	30		
	31		
	32		
	33		
	34	+++	
	35		
	36		
	37		
	38		
	39		
	40		
	41		
	42		
	43		
	44		
	45		
	46		
P	47		
	48		
	49		
KS	50		
	51		
	52		
	53		
	54		
	55		
	56		
Hypothesen	57		
	58		
	59		

	60		
PMF	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
PMI	10		
	11		
	12		
	13		
P	14		
	15		
	16		
	17		
	18		
KS	19		
	20		
	21		
	22		+++
	23		
	24		
	25		
	26		
	27		
	28		
	29		
	30		
	31		
	32		
	33		
Externe Einflüsse	34		

Eine erste Unterscheidung zeigt wie viele Chancen bzw. Grenzen die beiden Experten in den einzelnen Kategorien sehen.

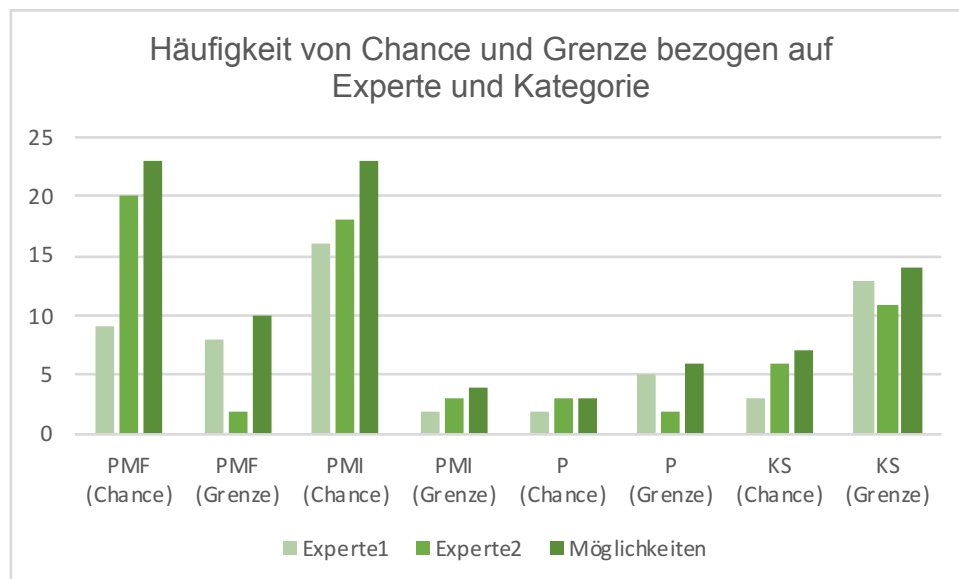


Abb. 3: Häufigkeit von Chancen und Grenzen in Abhängigkeit vom Experten und in Bezug zu den Gesamtchancen / -grenzen (Möglichkeiten) einer Kategorie

Beispielsweise sieht Experte2 von 23 genannten möglichen Chancen in der Kategorie psychomotorische Fachkraft (PMF) 20, Experte1 jedoch nur 8 Chancen. Bezieht man nun die Mehrfachnennungen mit ein, ergibt sich folgender Verlauf.

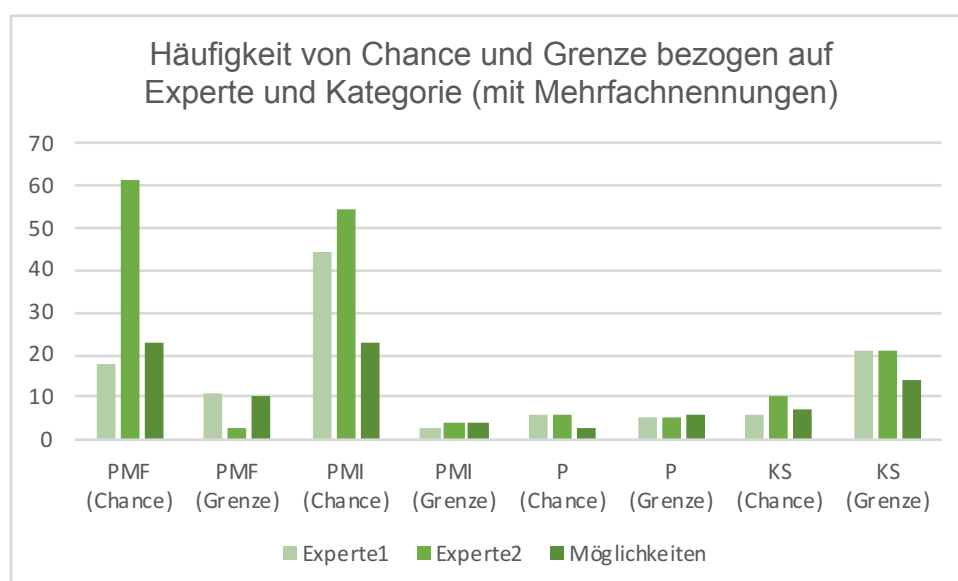


Abb. 4: Häufigkeit von Chancen und Grenzen in Abhängigkeit vom Experten und in Bezug zu den Gesamtchancen / -grenzen (Möglichkeiten) einer Kategorie unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen.

Es wird nun deutlich, dass Experte2 der Rolle der psychomotorischen Fachkraft ein sehr großes Potential einräumt, dicht gefolgt von den Chancen, die er in der psychomotorischen Intervention sieht.

Im Gegensatz dazu sieht Experte1 die größte Wirkkraft in der psychomotorischen Intervention und schreibt der Rolle der psychomotorischen Fachkraft deutlich weniger Einfluss zu.

Die Wirkkräfte der Kategorien P und KS schätzen beide Experten ähnlich ein.

An dieser Stelle ist es jedoch wichtig genauer hinzuschauen, bei welchen Grenzen bzw. Chancen Übereinstimmungen bestehen und wo beide Experten unterschiedlicher Meinung sind.

In der Kategorie PMF erwähnt Experte2 die Chancen

- 2: Authentizität, Wertschätzung, Akzeptanz, offene Haltung
- 3: Authentizität durch Überzeugung
- 6: berufliche Erfahrung und Souveränität
- 9: verstehende Haltung
- 20: Förderung von Eigenverantwortung

4-fach und mehr. Dies spiegelt deutlich seine Persönlichkeit und psychomotorische Haltung wider. Von den Chancen, die Experte2 besonders wichtig zu sein scheinen, erwähnt Experte1 die Chancen 3, 9 und 20 gar nicht. Die funktionale psychomotorische Arbeit bezieht eine verstehende Haltung und die Förderung von Eigenverantwortung als primäres Ziel nicht ein.

Die Wichtigkeit von beruflicher Erfahrung (6) und Beziehungsgestaltung (14) schätzen beide Experten gleich bzw. ähnlich ein. Die Chancen 7 (Geschlecht) und 19 (Gestaltung der PMI nach Stimmung des Therapeuten) sind die einzigen Chancen, die Experte1 erwähnt und Experte2 nicht.

Experte1 sieht 8 der 9 herausgearbeiteten Grenzen. Die einzige Grenze 3 (etwas unbedingt erreichen wollen / Entwicklung vorgeben) sieht Experte1 nicht. Auch hier spiegeln sich die unterschiedlichen Ansätze der beiden Experten.

Im Vergleich der Aussagen der Experten hinsichtlich psychomotorischer Intervention, der beide Experten große Wirkkraft zuschreiben, fällt auf, dass die beiden Chancen 24 (Freiwilligkeit) und 28 (Ganzheitlichkeit) von Experte1 gar nicht und von Experte2 häufig erwähnt werden. Da Experte2 die Freiwilligkeit der Psychomotorik trotz der Therapiepflicht in der Klinik umsetzt und Experte1 nicht, ist dies nicht überraschend. Außerdem ist Experte1 der Meinung, dass man im klinischen Setting nicht ganzheitlich arbeiten kann (vgl. Interview1, S53). Dies versucht Experte2 jedoch umzusetzen.

Das Fehlen wissenschaftlichen Materials schätzen beide Experten als Grenze ein.

Im Weiteren sehen sie jedoch unterschiedliche Grenzen. Wie bereits erwähnt sind diese nicht sehr umfänglich.

Interessanterweise beurteilt Experte2 die funktionale Vorgehensweise als Grenze im Gruppenprozess. Das beschreibt er im Interview am Vorgehen seines Chefs (vgl. Interview2, S22). Allerdings widerspricht er sich kurz vorher, indem er sagt, wenn man seinen Ansatz lebt und authentisch ist, dann ist es egal welchen Ansatz man hat (vgl. ebd., S21).

In der Kategorie P beurteilen beide Experten die Beziehungsgestaltung und den Wohlfühlfaktor der Psychomotorik als Chance. Experte2 sieht in der Entstehung von Vertrauen einen Nachweis für die Wirkung der PMI. Experte2 sieht drei Grenzen in der Kategorie P, wohingegen Experte1 alle 5 Grenzen benennt.

Schließlich benennt Experte2 alle Chancen in der Kategorie KS bis auf Chance 55 (Einflussnahme Gruppenkonstellation). Hier hat er allerdings erwähnt, dass manchmal mehr Entwicklung möglich wäre, wenn auf die Gruppenkonstellation Einfluss genommen werden würde (vgl. Interview2, S23), dies geschieht jedoch nicht. Experte1 betont den Vorteil von Stabilität, Sicherheit und Tagesstruktur durch die Klinik und schätzt besonders hoch eine gute Ausstattung von Räumen und Material ein.

Beide Experten betonen den Nachteil der verpflichtenden Teilnahme der Patient*innen an Therapieangeboten. Bei Experte2 führt dies zusätzlich zu Verunsicherungen der Patient*innen, da er trotzdem die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Psychomotorik ermöglicht. Hier zeigen sich deutliche positive Entwicklungen, da durch die Freiwilligkeit die Patient*innen gerne kommen und auch bleiben (vgl. ebd., S09).

Abschließend werden in nachfolgender Übersicht noch einmal beide Experten gegenübergestellt und die Chancen und Grenzen zusammengetragen, die von den Experten besonders häufig erwähnt werden (mindestens 3-mal), um eine Hypothese darüber formulieren zu können, welcher Ansatz möglicherweise Vorteile bei der psychomotorischen Intervention bei Suchterkrankungen bringen könnte.

Experte1	Experte2
<ul style="list-style-type: none"> 66 Jahre alt mit 40jähriger Berufserfahrung als Leiter der psychomotorischen Bewegungsabteilung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik. 	<ul style="list-style-type: none"> Zwischen 30 und 35 Jahre alt mit etwa 5jähriger Berufserfahrung als Bewegungstherapeut in einer Psychiatrischen Klinik, der mit Patienten zwischen 18 und 65 Jahren arbeitet.

<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitet funktional nach Klinischer psychomotorischer Therapie • Benennt 31 Chancen • Benennt 28 Grenzen • Berufliche Erfahrung und Souveränität (6) • Beziehungsgestaltung (14/47) • Gruppenerleben (25) • Kompetenzorientierung (26) • Förderung von Eigenkompetenz, Selbstkonzept, Material- und Sozialkompetenz (27) • Spiel als Zugang, Erfahrungs- und Entwicklungsraum (34) • Erlernen von Regeln, Struktur, Selbstbeherrschung, Aufmerksamkeit und Kooperation (37) • Beeinflussung von P und PMF durch die PMI (41) • Wohlfühlfaktor PMI (49) • Ausstattung (Raum und Material) (52) • Sportliche Überlegenheit der PMF zeigt den Patient*innen ihre Grenzen auf (9) • Verpflichtendes Therapieangebot (22) • Kurze Therapiedauer (32) 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitet verstehend und kompetenzorientiert • Benennt 51 Chancen • Benennt 19 Grenzen • Authentizität, Wertschätzung, Akzeptanz, offene Haltung (2) • Authentizität durch Überzeugung (3) • Berufliche Erfahrung und Souveränität (6) • Verstehende Haltung (9) • Beziehungsgestaltung (14/47) • Persönlichkeit (15) • Kompetenzen aufdecken und stärken durch verstehende Haltung (16) • Arbeiten mit Resonanz (17) • Unterstützung der Eigenverantwortung (20) • Freiwilligkeit (24) • Gruppenerleben (25) • Kompetenzorientierung (26) • Förderung von Eigenkompetenz, Selbstkonzept, Material- und Sozialkompetenz (27) • Ganzheitlichkeit (28) • Achtsamkeitsschulung, eigene Kompetenzen einschätzen (31) • Spiel als Zugang, Erfahrungs- und Entwicklungsraum (34) • Abholen aller Patient*innen (36) • Auswirkungen auf Stationsleben (39) • Ziele der PMI unterstützen die Ziele im klinischen Setting (42) • Leibliche Erfahrung (44)
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss biografischer Erfahrungen auf die PMF und umgekehrt (17) • Verpflichtendes Therapieangebot (22) • Kurze Therapiedauer (32)
--	---

Experte1 sieht nach 40 Jahren Berufserfahrung fast genauso viele Chance wie Grenzen im Kontext seiner psychomotorischen Arbeit mit suchterkrankten Kindern und Jugendlichen. Die Schwerpunkte der von ihm erwähnten Chancen liegen in der Überzeugung des Experten von der Klinischen Psychomotorischen Therapie (KPT). Über das gemeinsame Spiel in der Gruppe werden sowohl motorische Kompetenzen und Konzentration geschult, als auch Kompetenzen wiederhergestellt und gefördert. Außerdem werden Achtsamkeit auf sich und andere sowie Sozialkompetenzen gefördert.

Das Aufdecken von nicht mehr vorhandenen Kompetenzen seitens der Patient*innen durch die sportlich überlegene psychomotorische Fachkraft kann man kritisch sehen, da die Patient*innen mit ihren Defiziten konfrontiert werden. Hier stellt sich die Frage nach der Motivation. Außerdem ist es Aufgabe der psychomotorischen Fachkraft den Patient*innen atmosphärisch „in Raum und Zeit (Lern-)Möglichkeiten zu eröffnen, um auf den Körper-, Material-, Sozial- Erfahrungsebenen eigene Kompetenzen zu entwickeln“ (Passolt 2006, S. 215).

Die Grenzen durch das klinische Setting beurteilen beide Experten gleich gravierend.

Experte2 setzt deutliche Schwerpunkte auf seine psychomotorische Haltung, offen, verstehend und kompetenzorientiert. Dementsprechend gestaltet er die psychomotorische Intervention. Durch sein weites Bewegungsverständnis, die praktizierte Freiwilligkeit in der Psychomotorik trotz klinischer Therapiepflicht und seine verstehende Haltung, ist er in der Lage die heterogene Klientel der Suchtpatient*innen in der Gruppe zu begeistern und mitzunehmen. Seine Hypothese ist, wenn er die Chance hätte über einen langen Zeitraum auf diese Art und Weise mit den Patient*innen zu arbeiten, sich dies langfristig auf das Befinden der Patient*innen auswirken würde.

Beide Experten sind sehr überzeugt von ihrem Ansatz.

Die Einschätzung seiner Arbeit und insbesondere ihrer Wirkung auf die Patient*innen hat sich bei Experte1 über die Jahre relativiert. Eine langfristige Wirkung kann er nicht erkennen, da er auch in der medizinischen Rehabilitation mit den Patient*innen nicht über einen längeren Zeitraum psychomotorisch arbeitet.

Bezieht man nun insgesamt die Ergebnisse aus 4.3 mit ein, die einen besonderen Schwerpunkt in der Kompetenzorientierung und der Haltung der psychomotorischen Fachkraft zeigen, könnte man an dieser Stelle die Hypothese formulieren: Eine kompetenzorientiert arbeitende psychomotorische Fachkraft mit offener und verstehender Haltung, geprägt von Wertschätzung und Akzeptanz gegenüber den Patient*innen könnte möglicherweise eher langfristige Effekte durch psychomotorische Intervention bewirken als eine funktional arbeitende psychomotorische Fachkraft. Eine Möglichkeit dies im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation über einen längeren Zeitraum praktizieren zu können, könnte diese Effekte vermutlich verstärken.

5 Psychomotorische Intervention bei Suchterkrankungen

5.1 Erkenntnisse aus den Interviews

Die fundierte Praxiserfahrung psychomotorischer Interventionen mit Menschen mit Suchterkrankungen beider Experten hat sich im klinisch-therapeutischen Rahmen etabliert. Sie unterstützt dort die Ziele, von Patient*innen, Klinik und Therapeuten, einen abstinenten Lebensstil zu fördern und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Um dies zu erreichen werden durch einen niedrigschwelligen Zugang über spielerisch-sportliche Bewegungsangebote und mit Hilfe motivierender Materialien versucht alle Betroffenen in ihren Kompetenzen abzuholen, zu begeistern und individuell zu fördern.

Durch die leiblichen Erfahrungen und Auseinandersetzungen mit Materialien und anderen Betroffenen in der Gruppe wird es den Patient*innen möglich neues Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu entwickeln. Dabei sind insbesondere das Erleben eigener Kompetenzen und Selbstwirksamkeit entscheidend. Die Bewegungsangebote in der Gruppe ermöglichen ebenfalls die Entwicklung von Achtsamkeit sich und anderen gegenüber sowie das Reflektieren und Überarbeiten sozialer Kompetenzen.

Außerdem können sie durch Regeln und Struktur, einer vertrauensvollen Beziehung zur psychomotorischen Fachkraft und Austausch in der Gruppe Gleichgesinnter Sicherheit und Halt erleben.

Durch Entspannungsangebote in der Psychomotorik haben sie die Chance alternative Handlungsmuster im Umgang mit Stress und Belastung zu erfahren und anzuwenden, um später in belastenden Situationen dann möglicherweise der Droge widerstehen zu können.

Insgesamt kann die Persönlichkeit stabilisiert und gestärkt und ein positives Selbstkonzept unterstützt werden.

Auf die explizite Begründung durch Textstellen aus den Interviews ist an dieser Stelle zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet worden. Sie können anhand der Chancen der PMI in den Auswertungstabellen nachgeschlagen werden.

In Anbetracht der Ursachen und Auswirkungen von Suchterkrankungen ermöglicht psychomotorische Intervention zumindest Teile davon zu unterstützen und zu verbessern.

Es sind motorische Verbesserungen und Stabilisierung von Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen durch die körperliche Aktivität in der Erfahrung und Entwicklung eigener Kompetenzen möglich.

Durch Selbstwirksamkeitserfahrungen können nicht nur Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein verbessert werden, sondern auch Verunsicherung und Angst, sowie die Regression in kindliche Verhaltensmuster positiv beeinflusst werden.

Das Bewegungserleben und die Zugkraft der Gruppe nehmen Einfluss auf Antriebslosigkeit, Achtsamkeit und Verhaltensauffälligkeiten und unterstützen soziale Kompetenzen.

Eine verstehende Haltung der psychomotorischen Fachkraft und die Möglichkeit verstehend arbeiten zu können, würde zusätzlich die ursächlichen Gründe von Bewegungsverhalten zu hinterfragen ermöglichen und dadurch nicht nur weitere neue Handlungsalternativen eröffnen, sondern darüber hinaus die Auf- und Verarbeitung erlebter Traumatisierung über Bewegung ermöglichen. Außerdem ist es „die leibphänomenologisch orientierte verstehende Haltung, die unabhängig vom gewählten Studentyp (kompetenzorientiert, funktional oder an Lebensthemen orientiert) Wohlbefinden, Lebensfreude und -qualität aller Beteiligten auch über die psychomotorischen Stunden hinaus verbessert“ (Eckert, Nickel 2015, S. 86).

Damit stellt psychomotorische Intervention eine wertvolle Wirkkraft im therapeutischen Handlungsgeschehen dar und bestärkt die Einschätzung von Experte1, dass Psychomotorik in der Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen zwar einen kleinen, aber nicht unbedeutenden Baustein im klinischen Gesamtkonzept darstellt (Interview1, S04 Z23 – 24).

Perspektivwechsel: Sport- und Bewegungstherapie:

Wie bereits erwähnt ist die Sport- und Bewegungstherapie in der Behandlung und Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen etabliert.

An dieser Stelle soll kurz erwähnt werden, welche Vorgehensweise die Sport- und Bewegungstherapie auszeichnet und welche Ziele sie in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen verfolgt. Dies ermöglicht die Positionierung von psychomotorischen Interventionen in diesem Behandlungskontext.

Durch sport- und bewegungstherapeutische Angebote werden Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen über Bewegung und Aktivität ganzheitlich angesprochen, um über einen sorgsamen Umgang mit der eigenen Leiblichkeit Verhaltensveränderungen, Erfolgserlebnisse und ein positives Selbstbewusstsein zu bewirken (vgl. Deimel et al. 2012, S. 251).

Dabei werden über gezieltes Muskelaufbautraining, Koordinationstraining, durch Gangschulung, Ausdauer- und Wahrnehmungstraining, sowie Entspannungs- und Atemübungen verschiedene Körperfunktionen verbessert. Außerdem erfahren die Patient*innen ihre Defizite und Ressourcen. Über Erlebnisorientierung und sportliche Spiele werden alltagsorientierte Handlungskompetenzen, Sozialkompetenzen, soziale Interaktion, Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbststeuerung gefördert und Ängste und Hemmungen abgebaut. Darüber hinaus erhalten die Patient*innen Informationen über Sozialberatungsstellen und Sportvereine vor Ort, um ein körperlich aktives Leben und eine Verbesserung der Lebensqualität nach der Therapie zu ermöglichen (Schüle; Huber 2012, S. 471ff).

In Anbetracht der funktionalen Arbeitsweise von Experte1 kann man seine Aussage, dass sich psychomotorische Intervention im Wesentlichen durch den Zugang über motivierende Materialien und einen über den sportlichen Schwerpunkt der Sport- und Bewegungstherapie hinausgehende Betrachtungsweise auszeichnet, hier bestätigt finden (vgl. Interview1, S46 Z10-16).

Allerdings geht die Arbeitsweise von Experte2 darüber hinaus und ergänzt und erweitert sowohl den sport- und bewegungstherapeutischen Ansatz als auch den der Klinischen Psychomotorischen Therapie.

5.2 Psychomotorische Intervention im Suchtkontext und Soziale Arbeit

Studien belegen, dass Bewegungsmangel für eine Anzahl von Erkrankungen einen Risikofaktor darstellt. Obwohl dies im Zusammenhang mit Suchterkrankungen nicht eindeutig belegt werden konnte, hat sich jedoch herausgestellt, dass der Konsum von Alkohol und Drogen bei sportlichen Jugendlichen deutlich niedriger liegt als bei unsportlichen. Außerdem ist beispielsweise regelmäßiges Ausdauertraining mit einem positiveren Selbstbild assoziiert (vgl. Broocks 2010, S. 202).

Bewegung in der frühen Kindheit ist entscheidender Motor für die körperlich-motorische, die kognitive und die sozial-emotionale Entwicklung. So lässt sich Bewegung als Lerngegenstand an sich betrachten, greifen, laufen, klettern lernen etc., aber auch als Mittel der Persönlichkeitsentwicklung, Lernen durch Bewegung (Raumorientierung, Entfernungen einschätzen, etc. und schließlich auch als Medium der Gesundheitsförderung (vgl. Beutels 2016, S. 47ff). Dabei bestimmt letzteres nicht nur maßgeblich die Körperkonstitution und motorische Handlungskompetenz und dadurch die Bewältigung sozialer und materialer Herausforderungen kindlichen Alltags. Die

Kindheit gilt als sensible Phase, „in der gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen erworben werden“ (Krus; Bahr 2016, S. 63), die über die Lebensspanne bestehen bleiben (vgl. ebd.).

Hier eröffnen sich primär präventive Handlungsoptionen im Kontext Sozialer Arbeit, die sich unter anderem auch auf die Entstehung von Suchtkrankheiten auswirken könnten. Die positiven Wirkmechanismen psychomotorischer Bewegungsangebote sind bereits erklärt worden.

Im Weiteren gibt es in Suchtkliniken bereits primär präventive psychomotorische Angebote für die Kinder suchtkranker Eltern. Studien bei Alkoholabhängigkeit zeigen, dass für sie ein 1,9fach erhöhtes Risiko gegenüber der Gesamtbevölkerung besteht selbst abhängig zu werden falls ein Elternteil abhängig erkrankt ist und ein 2,8fach erhöhtes Risiko bei gleichzeitiger Alkoholabhängigkeit unter den Großeltern.

Außerdem konnte gezeigt werden, dass 40% der Söhne von alkoholabhängigen Vätern alkoholresistenter sind als die einer Kontrollgruppe ohne väterlichen Alkoholismus (vgl. Bell 2015, S. 32ff). Zur Unterstützung und Förderung betroffener Kinder ist psychomotorische Intervention in vielen Suchtkliniken etabliert.

Constantinescu-Fomino und andere kritisieren, dass in der klinischen Diagnostik von Menschen mit Suchterkrankungen zwar von dem „biopsychosozialen Ursachenmodell“ (Suchtdreieck) ausgegangen würde, jedoch die soziale Dimension zu wenig bedacht und eher dem Kliniksozialdienst überlassen würde (vgl. Constantinescu-Fomino et al. 2017, S. 55).

Sozialpädagog*innen, die sowohl psychomotorische Interventionen anbieten als auch im Sozialdienst tätig sind, könnten im Austausch eines multiprofessionellen Teams diesem Problem entgegenwirken. Zwar werden Sozialpädagog*innen häufig nicht in therapeutisches Geschehen eingebunden, jedoch besteht ein Austausch in Team- und Übergabegesprächen unter den Therapeuten. Die Personalunion könnte möglicherweise hier für das Gesamtsetting förderlich sein.

Im klinischen Bereich findet, wie bereits geschildert, sowohl Primärprävention als auch Sekundärprävention statt, also zum einen mit noch gesunden Kindern abhängiger Eltern und zum anderen in der Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen über die Lebensspanne.

Viele Menschen mit Suchterkrankungen, deren soziales Umfeld häufig belastet oder zerstört ist, befinden sich nach langzeittherapeutischer Behandlung in entsprechenden Wohnheimen. Dort finden sie Unterstützung durch Sozialdienste, um wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können und Hilfe bei der Bewältigung vielfältiger Problemlagen zu bekommen. Über die medizinische Rehabilitation hinaus fortlaufende psychomotorische Angebote, könnten Kontinuität und eine weitere begleitende

Unterstützung bieten. Insbesondere die Niedrigschwelligkeit der Psychomotorik, die Voraussetzung für alle Angebote im Suchtkontext darstellt, prädestiniert auch psychomotorische Bewegungsangebote.

Auch in der Tertiärprävention, beispielsweise in Wohn-Pflegeheimen für Menschen mit Suchterkrankungen, kann Psychomotorik eine wirkungsvolle Intervention darstellen. Hier befinden sich Menschen mit starken körperlichen und psychischen Einschränkungen verursacht durch meist jahrelangen Drogenkonsum, die sich ohne pflegende Unterstützung nicht mehr allein versorgen können und noch nicht alt genug für ein Altenpflegeheim sind. Abgesehen davon könnte dort das abstinente Leben nicht gewährleistet werden, sodass sie, sofern sie so alt werden, dort auch ihren Lebensabend verbringen.

In psychomotorischen Gruppenangeboten können diese Menschen erleben, dass sie sehr wohl über Kompetenzen verfügen, auch wenn es vielleicht nicht mehr die sind, die sie einmal hatten. Sie haben auf vielfältige Weise die Möglichkeit zu kommunizieren und ihre Gefühle auszudrücken und in der Bewegung herauszulassen. Sie erfahren Lob und Anerkennung durch die Mitbewohner und können für eine Zeit der Lethargie und Routine ihres Alltages entfliehen. Sie lernen wieder zu lachen und positive Gefühle zu erleben und zuzulassen – und wenn es auch nur für diese kurze Zeit der Bewegungsstunde ist.

5.3 Praxisbeispiel

Psychomotorik ist ein Praxisfeld und daher soll diese Arbeit ein Beispiel aus eigener Praxis mit Menschen mit Suchterkrankungen abschließen.

Ein gut ausgestattetes Materiallager mit psychomotorischen Materialien ist in den wenigsten Einrichtungen sozialer Arbeit vorzufinden. Allerdings lassen sich auch mit kleinem Budget und etwas Phantasie passende Spiele kreieren, die durchaus motivieren und einigen Aufforderungscharakter haben. Ein Beispiel hierfür ist das Spiel:

Wurfringe und Pümpel:

Pümpel sind Saugglocken, mit denen man Abflussverstopfungen beseitigen kann.

Für dieses Spiel sind die Holzstiele in den Farben rot, gelb und blau angemalt worden. Dazu gibt es Wurfringe in eben diesen Farben. Die Größe der Wurfringe könnte man je nach Schwierigkeitsgrad variieren. Für die Arbeit in dem Wohn-Pflegeheim sind sie ca. 40 cm im Durchmesser groß, um Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. Der Vorteil von Pümpeln ist, dass sie sich nicht nur am glatten Fußboden



festsaugen und so als Ziele für die Wurfringe fungieren, sondern sich auch an allen anderen glatten Oberflächen befestigen lassen, sodass immer wieder neue Herausforderungen geschaffen werden können. Dabei ist es wichtig im Auge zu behalten, dass diese Herausforderungen machbar sind.

Dieses Spiel könnte ebenso für Kinder und Jugendliche spannend gestaltet werden, wenn man beispielsweise die Möglichkeiten einer Sporthalle mit einbindet und für sie interessante Herausforderungen anbietet. Vermutlich finden Kinder und Jugendliche noch andere Möglichkeiten, was mit Pümpeln alles anzustellen ist und dazu müssen sie nicht als Ziele für die Wurfringe dienen.

Aufgrund der starken Bewegungseinschränkungen der Bewohner in der Bewegungsrunde des Wohn-Pflegeheims sind die Herausforderungen einer Sporthalle gar nicht nötig und das Spiel ist auch auf kleinem Raum mit viel Spaß und Herausforderung umsetzbar.

Neben motorischen Fähigkeiten, die durch das Fangen und Werfen der Ringe aktiviert werden und visuellen Reizen, die das bunte Zubehör setzt, ist die Hand-Auge-Koordination und das Reaktionsvermögen eine große Herausforderung für diese Klientel. Jeder nutzt dabei jedoch die Einschätzung eigener Fähigkeiten und so werfen manche alle Ringe auf einen Pümpel, wenn ihnen die anderen zu weit weg erscheinen. Durch das Lob und die Bewunderung der anderen Teilnehmer haben sie häufig den Anreiz es beim nächsten Mal jedoch besser oder anders zu machen. Die eigene Selbstwirksamkeit zu erleben macht viele Teilnehmer stolz und lässt ihre Augen leuchten. Das Lachen über immer wieder missglückende Würfe und das Nicht-ernstnehmen von Misserfolgen machen dieses Spiel zu einem fröhlichen Gruppenerleben. Hin und wieder fühlen sich auch Mitarbeiter oder Bewohner, die nicht an der Bewegungsrunde teilnehmen angesprochen und möchten es auch einmal probieren, um dann festzustellen, dass es gar nicht so einfach ist wie es aussieht. Auch

dies hat Auswirkungen auf die Gruppe und fördert ein Wir-Gefühl: „Wir können das schon.“

In einem Alltag, der von Bewegungsarmut und Isolation geprägt ist, hat dieses Spiel viel Erlebnis-, Entwicklungs- und Begeisterungspotential.

6 Fazit

Auf der Grundlage begründeter theoretischer Zusammenhänge psychomotorischer Intervention und der praktischen Arbeit von Experten, die im klinischen Kontext mit Menschen mit Suchterkrankungen arbeiten, konnte eine Vielzahl von Chancen psychomotorischer Intervention herausgearbeitet werden, die sowohl auf deren positive Wirkung schließen lassen, als auch Psychomotorik als niedrighschwelliges und beliebtes Angebot auszeichnen. Dabei ist psychomotorische Intervention immer vom Kontext abhängig und darin zu betrachten. Die Rolle der psychomotorischen Fachkraft hat dabei einen herausragenden Einfluss sowohl auf eine mögliche Wirkkraft psychomotorischer Intervention, die Beziehungsgestaltung und die Intervention selbst. Persönlichkeit und Erfahrung, aber auch ein wertschätzender von Akzeptanz geprägter Umgang mit den Patient*innen haben sich als besonders wertvoll herausgestellt.

Die Grenzen psychomotorischer Interventionen im Suchtkontext stehen überwiegend in starker Abhängigkeit von der Persönlichkeit und den Fähigkeiten der psychomotorischen Fachkraft, die sich je nach Ausprägung als Chance oder als Grenze erweisen können, sowie dem Einfluss des klinischen Settings. Jedoch ist kritisch zu hinterfragen, welche Grenzen seitens des klinischen Settings überwindbar sind und welche sich zumindest derzeit als tatsächliche Grenze darstellen.

Räumliche und materiale Ausstattung sind immer wünschenswert und förderlich, jedoch kann eine kreative und erfinderische psychomotorische Fachkraft diesen Faktor zumindest zum Teil kompensieren.

Wie an den unterschiedlichen Arbeitsweisen der beiden Experten zu erkennen ist, kann sowohl die Grenze der Therapiepflicht als auch die Grenze nicht ganzheitlich arbeiten zu können zumindest in Teilen aufgefangen werden.

Die Länge der Therapie ist sicherlich als feste Grenze anzusehen. Möglicherweise könnte auf die Art und Weise der Übergänge nach der Entgiftungsphase Einfluss genommen werden, um langfristige Abstinenz besser zu unterstützen.

Was sich außerdem als Grenze aufzeigt, sind die mangelnden wissenschaftlichen Nachweise psychomotorischer Intervention im Kontext von Suchterkrankungen. Genauso wenig wie es ausreichend ist das Sport- und Bewegungstherapie bei depressiven Erkrankungen oder verschiedenen organischen Erkrankungen positive Wirkungen zeigt (vgl. Markser; Bär 2015), ohne dass diese Nachweise auch wirklich bei Menschen mit Suchterkrankungen erbracht worden sind, genauso wenig ist es ausreichend eine generelle Wirkung von Psychomotorik nachzuweisen. Hier ist die genaue Erforschung im Suchtkontext ausschlaggebend. Dies ist nicht nur wichtig für das

selbstbewusste, professionelle Handeln psychomotorischer Fachkräfte, sondern ebenso für die qualifizierte Auseinandersetzung im multiprofessionellen Team.

Als zurzeit noch schwierige Grenze hat sich die Behandlung von Menschen mit besonderen traumatischen Erlebnissen und gleichzeitiger Suchterkrankung erwiesen, für die im gesamten Beziehungsgefüge von Klinik, Patient*innen, psychomotorischer Intervention und psychomotorischer Fachkraft neue bzw. andere Wege gefunden werden müssen.

Menschen stehen im Mittelpunkt psychomotorische Intervention. Sicherlich stellen sich bestimmte komorbide psychische Erkrankungen bei suchtkranken Menschen als Grenze dar. Auf viele Situationen jedoch, die sich in der psychomotorischen Begegnung stellen, hat die psychomotorische Fachkraft einen großen Einfluss. Trotzdem gibt es auch Menschen, ganz unabhängig von Suchterkrankungen, die sich nicht für Bewegungsangebote begeistern lassen wollen. Das liegt immer in der Eigenverantwortung der Patient*innen.

Schließlich kann aus den Auswertungen der Interviews vermutet werden, dass die Haltung der psychomotorischen Fachkraft auf eine nachhaltige Wirkung psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankungen Einfluss haben könnte. Dies müsste jedoch mit Untersuchungen von größeren Stichproben untermauert werden.

Abschließend hat sich gezeigt, dass psychomotorische Intervention, sofern sie funktional orientiert ist, wie beispielsweise die KPT, ähnliche Ziele verfolgt wie die Sport- und Bewegungstherapie und dort gleichsam eine gute Arbeit leistet. Psychomotorische Angebote, die darüber hinaus jedoch mit leiblicher Resonanz arbeiten und durch eine verstehende Haltung der psychomotorischen Fachkraft gekennzeichnet sind, gehen über die herkömmlichen sport- und bewegungstherapeutischen Angebote hinaus und stellen möglicherweise ergänzende Wirkfaktoren dar.

An dieser Stelle ist kritisch festzustellen, dass die KPT nicht nach dem Prinzip der Freiwilligkeit und der Ganzheitlichkeit, wie es psychomotorische Praxis eigentlich kennzeichnet, vorgeht.

Obwohl die klinische psychomotorische Therapie einen besonderen Schwerpunkt auf Persönlichkeit, Haltung, Engagement und Ausbildung der Therapeuten legt, konnte dies im Interview zwar herausgearbeitet werden, jedoch spiegeln die Auswertungen nicht die besondere Wichtigkeit wider, wie dies in Interview2 auffällig extrahiert werden konnte.

Hier könnte im Nachhinein vermutet werden, dass persönliche Gefühle die Interpretation unbewusst beeinflusst haben, da Experte1 im Interview sehr wohl persönlich seine bedeutende Rolle herausgestellt hat.

Psychomotorische Intervention kann im Kontext von Sucht auch im Rahmen Sozialer Arbeit viel bewegen und Menschen Erfahrungen und Entwicklung nach Körper, Seele und Geist ermöglichen.

Literatur

Bell, Andreas (2015): Philosophie der Sucht. Medizinische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken. Wiesbaden: Springer VS.

Beudels, Wolfgang (2016): Bewegung als Medium des Lernens. In: Fischer, Klaus; Beudels, Wolfgang; Jasmund, Christina; Krus, Astrid; Kühlenkamp, Stefanie (Hrsg.): Bewegung in der frühen Kindheit. Fachanalyse und Ergebnisse zur Aus- und Weiterbildung von Fach- und Lehrkräften. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. In: Bohnsack, Ralf; Flick, Uwe; Lüders, Christian; Reichertz, Jo (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.

Broocks, Andreas (2010): Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. In: Braumann, Klaus-Michael; Stiller, Niklas (Hrsg.): Bewegungstherapie bei internistischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Bühringer, Gerhard; Metz, Karin (2009): Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Constantinescu-Fomino, Johanna; Rath, Michael; Werner, Petra; Grec, Arpad (2017): Diagnostik. In: Tretter, Felix (Hrsg.): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Deimel, Hubertus (2011): Abhängigkeitserkrankungen. In: Hölter, Gerd: Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendungen. Köln: Deutscher Ärzte - Verlag GmbH.

Deimel, Hubertus (Hrsg.) (2012): Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. 1. Auflage. Sankt Augustin: Academia Verlag.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. <https://www.dhs.de/datenfakten.html> (letzter Zugriff: 17.05.2019)

Drogen- und Suchtbericht 2018 <https://www.suchthilfestatistik.de> (letzter Zugriff: 17.05.2019)

Duden <https://www.duden.de/rechtschreibung/Chance> (letzter Zugriff: 02.05.2019)

Eckert, Amara Renate (2004): Bewegtes Sein – Eine körperenergetische Betrachtung psychomotorischer Praxis. In: Köckenberger, Helmut; Hammer, Richard (Hrsg.): Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Ein Lehrbuch. Dortmund: verlag modernes lernen.

Eckert, Amara Renate; Nickel, Frank Ulrich (2015): Psychomotorik in der Sozialen Arbeit – Das Darmstädter Modell. In: Krus, Astrid; Jasmund, Christina (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

Eisenburger, Marianne (2016): Aktivieren und Bewegen von älteren Menschen. 9. Auflage. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.

Fischer, Klaus (2009): Einführung in die Psychomotorik. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG.

Freyer, Tobias; Winter, Klaas (2015): Sporttherapie bei Suchterkrankungen. In: Markser, Valentin Z.; Bär, Karl-Jürgen (Hrsg.): Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Forschungsstand und Praxisempfehlungen. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Fritzsche, Siegfried (2016): Suchttherapie: Kein Zug nach Nirgendwo. Ist unstillbares Verlangen überwindbar? 9. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Lehrbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Grosshans, Martin; Thoms, Edelhard; Mann, Karl (2016): Spezifische Substanzen. In: Batra, Anil; Bilke-Hentsch, Oliver: Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag KG.

Haas, Ruth; Golmert, Corinna; Kühn, Claudia (2014): Psychomotorische Gesundheitsförderung in der Praxis. Spiel- und Dialogräume für Erwachsene. Schorndorf: Hofmann – Verlag.

Hammer, Richard (2004): Der Verstehende Ansatz in der Psychomotorik. In: Köckenberger, Helmut; Hammer, Richard (Hrsg.): Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Dortmund: verlag modernes lernen.

Hoch, Eva; Lieb, Rosalind (2009): Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. In: Schneider, Silvia; Margraf, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hölter, Gerd (1990): Psychomotorik aus psychotherapeutischer Sicht. In: Huber, Gerhard; Rider, Hermann; Neuhäuser, Gerhard (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Pädagogik. Dortmund: verlag modernes lernen.

Hölter, Gerd (2011): Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendungen. Köln: Deutscher Ärzte - Verlag GmbH.

Hüther, Gerald (2006): Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch, Maja; Cantieni, Benita; Hüther, Gerald; Tschacher, Wolfgang: Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG.

Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS.

Kiefer, Falk; Schuster, Rilana (2017): Alkoholabhängigkeit. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag GmbH.

Kiphard, Ernst Jonny (2004): Entstehung der Psychomotorik in Deutschland. In: Köckenberger, Helmut; Hammer, Richard (Hrsg.): Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Dortmund: verlag modernes lernen.

Kiphard, Ernst Jonny (1994): Psychomotorik in Praxis und Theorie. Ausgewählte Themen der Motopädagogik und Mototherapie. 2. Auflage. Gütersloh: Flöttmann Verlag.

Klein, Joachim; Knab, Eckhart, Fischer, Klaus (2006): Evaluation und Qualitätsentwicklung im Bereich psychomotorischer Förderung und Therapie. In: Motorik, Jg. 29, H. 4, S. 168-178.

Konzept der Bewegungstherapie / Psychomotorischen Therapie am Klinikum Weissenhof https://www.bk-waldenburg.de/fileadmin/Lehrer_Download/Woerle/PPS-Pruefung_5.Sem/Skript6_Weinsberger_BWT-Konzept_2005.pdf (letzter Zugriff: 19.04.2019)

Krus, Astrid (2004): Mut zur Entwicklung. Das Konzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Krus, Astrid; Jasmund, Christina (Hrsg.) (2015): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

Krus, Astrid; Bahr, Stephanie (2016): Bewegung als Medium der Gesundheitsförderung. In: Fischer, Klaus; Beudels, Wolfgang; Jasmund, Christina; Krus, Astrid; Kuhlenkamp, Stefanie (Hrsg.): Bewegung in der frühen Kindheit. Fachanalyse und Ergebnisse zur Aus- und Weiterbildung von Fach- und Lehrkräften. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kuhlenkamp, Stefanie (2017): Lehrbuch Psychomotorik. 1. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mahler, Roland (2012): Resilienz und Risiko. Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der stationären Suchttherapie. Wiesbaden: Springer VS.

Morgenroth, Christine (2010): Die dritte Chance. Therapie und Gesundung von jugendlichen Drogenabhängigen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien GmbH.

Müller, Christian A.; Heinz, Andreas (2016): Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung. In: Batra, Anil; Bilke-Hentsch, Oliver: Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag KG.

Panten, Detlef (2011): Klinische Psychomotorische Therapie. Konzeption, Evaluation und Wirkfaktoren. In: Jessel, Holger (Hrsg.): Die Kunst mit der Vielfalt umzugehen. Lemgo: Verlag Aktionskreis Psychomotorik.

Passolt, Michael (2006): Psychomotorik fängt bei mir an oder: „Warum es in der psychomotorischen Arbeit nicht viel Sinn macht, den Kindern zu zeigen, was man alles so gut kann!“. In: Praxis der Psychomotorik. Jg. 31, H. 4, S. 212 – 224.

Petzold, Hilarion; Schay, Peter; Ebert, Wolfgang (Hrsg.) (2007): Integrative Suchttherapie. Theorien, Methoden, Praxis, Forschung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH.

Richard-Elsner, Christiane (2014): Das aktuelle Stichwort: Risikokompetenz. In: Motorik. Jg. 37, H. 3, S. 130 – 133.

Satzung des europäischen Forums für Psychomotorik https://psychomot.org/wp-content/uploads/2012/09/statutes-german_1996.pdf (letzter Zugriff: 03.04.2019)

Schäfer, Ingrid (1989): Grundbausteine der Psychomotorischen Übungsbehandlung. In: Irmischer, Tilo; Fischer, Klaus (Red.): Psychomotorik in der Entwicklung. 2. Auflage. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Schay, Peter; Liefke, Ingrid (2009): Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schiffer, Eckhard (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim / Basel: Beltz Verlag.

Schüle, Klaus; Huber, Gerhard (Hrsg.) (2012): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte – Verlag GmbH.

Seewald, Jürgen (1993): Entwicklungen in der Psychomotorik. In: Praxis der Psychomotorik. Jg. 18, H. 4, S. 190 – 195.

Seewald, Jürgen (2007): Der verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

SPES <https://www.ikj-mainz.de/index.php/SPES.html> (letzter Zugriff: 14.05.2019)

Tölle, Rainer; Windgassen, Klaus (2009): Psychiatrie. 15. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Tretter, Felix (Hrsg.) (2017): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Wolf, Benajir (2019): Sinnverstehende Psychomotoriktherapie mit Erwachsenen. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Zimmer, Renate (2004): Kindzentrierten psychomotorische Entwicklungsförderung. In: Köckenberger, Helmut; Hammer, Richard (Hrsg.): Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Ein Lehrbuch. Dortmund: verlag modernes lernen.

Zimmer, Renate (2012): Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. 13. Auflage. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.

Zimmer, Renate (2014): Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. 26. Gesamtauflage. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.

Anhang:

- Transkriptionsregeln
- Fragenkatalog Experte1
- Transkription Interview1 (Seite 1 – 67)
- Fragenkatalog Experte2
- Transkription Interview2 (Seite 1-37)
- Grobe Strukturierung Interview1
- Grobe Strukturierung Interview2
- Tabellen der Auswertungskategorien (Seite i – xxxiv)

Transkriptionsregeln

(.)	eine Sekunde Pause
(..)	zwei Sekunden Pause
(...)	drei Sekunden Pause
(5)	längere Pause, Anzahl der Sekunden in der Klammer
?	Frageintonation
(H)	Formulierungshemmung, Drucksen
<u>Sicher</u>	auffällige Betonung
<i>Sicher</i>	gedehnte Aussprache
(Sicher)	vermuteter Wortlaut
Sich/	Wortabbruch
[lachen]	Hintergrundgeräusche, weitere Ausdrucksformen

E: da komm ich nicht weiter

I:	lass die Zeit	gleichzeitiges Sprechen / Überlappung von E und I
----	---------------	--

E: Experte

I: Stefanie Kruse

Fragenkatalog für die Experte1

Zur Person

- Bitte erzählen Sie mir zu Beginn etwas über Ihren beruflichen Hintergrund.
- Was ist Ihre eigene Motivation im klinischen Kontext mit Menschen mit Suchterkrankungen zu arbeiten und wie ist es dazu gekommen?

Klinische psychomotorische Therapie

- Sie arbeiten hier nach dem Konzept der klinischen psychomotorischen Therapie. Psychomotorik wird durch die Praxiserfahrungen oft weiterentwickelt. Wie genau sieht das gegenwärtige Konzept hier in der Einrichtung aus?
- Ich las kürzlich ein Stellenangebot für die Leitungsposition der Abteilung der Klinischen Psychomotorischen Therapie. Dort wird die Weiterentwicklung des Konzepts der Klinischen Psychomotorischen Therapie gewünscht. In welcher Form haben Sie dieses Konzept weiterentwickelt?
- Was unterscheidet die Klinische Psychomotorische Therapie von anderen bewegungstherapeutischen Angeboten? Gibt es Vorteile und wenn ja worin sehen Sie diese?
- In der Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen gibt es vielfältige Therapieangebote. Welchen Stellenwert nimmt die KPT dabei ein?
 - Ist sie freiwillig oder ärztlich verordnet?
 - Für wen ist sie geeignet?
 - Wie häufig findet sie statt und wie lange dauert die Therapieeinheit?
 - Welchen Einfluss hat der zeitliche Rahmen von Häufigkeit und Therapiedauer auf die Wirkung der psychomotorischen Therapie?
 - Sehen Sie den zeitlichen Rahmen als ausreichend für eine erfolgreiche Therapie an?
 - Welche Ziele verfolgt die Psychomotorik im Rahmen der Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen?
 - Welche Materialien wie verwenden Sie zur Umsetzung Ihrer Ziele?
 - Motivation ist eine treibende Kraft in der Therapie. Wie gehen sie damit in Ihrer Arbeit um?
 - Sind die Patienten von sich aus motiviert?
 - Wie beeinflussen Medikamente die Bewegungsmotivation Ihrer Patienten und wie gehen Sie damit um?
 - Beziehen Sie in Ihre Arbeit die Familie / das persönliche Umfeld der Patienten mit ein? (Zum einen die Menschen aus dem sozialen Umfeld, zum anderen das Wissen um das soziale Umfeld?)

Ablauf der Klinischen Psychomotorischen Therapie

- Findet die KPT in Einzel- oder Gruppentherapie statt?
- In welchem Alter sind Ihre Patienten?
 - Hat das Alter einen Einfluss auf den Ablauf der Therapie?
- Gibt es mehrere Therapiegruppen und wenn ja, nach welchen Kriterien werden die Patienten aufgeteilt?
- Wenn Menschen eine Suchttherapie antreten, erfolgt immer eine umfangreiche Diagnostik. Führen Sie für die KPT die Diagnostik selbst durch und wenn ja, nach welchen Tests / Verfahren gehen Sie vor?
 - Spielen dabei Bewegungs- und Verhaltensbeobachtungen eine Rolle?
- Wer legt die patientenbezogenen Ziele fest? (Therapeut, Arzt, Patient, Rentenversicherung, Krankenkasse, Eltern)? Und welche genau?

- Im klinischen Kontext muss dokumentiert werden. Was genau dokumentieren Sie?
- Inwieweit spielen die Ursachen, die zur Abhängigkeit geführt haben, eine Rolle für die psychomotorische Praxis?
- Könnten Sie mal exemplarisch einen Therapieverlauf schildern?
 - Wie sieht ein Ablaufplan einer KPT aus?
 - Wie ist eine Therapiestunde aufgebaut?

Studien belegen eine eher kurzfristige Wirkung von Sport- und Bewegungstherapie bei Menschen mit Suchterkrankungen. Meint: solange die Therapie dauert ist sie durchaus zielfördernd und trägt dazu bei abstinenz zu werden. Darüber hinaus hat sie jedoch keinen Einfluss darauf ob Menschen rückfällig werden oder nicht. Wie schätzen Sie die Wirkung von KPT über das Therapierende hinaus ein?

Bleiben Kontakte zu Patienten nach der Therapie mitunter bestehen?

- Wie ist das Feedback von Patienten über KPT?
- Wie geht es für Patienten nach der Therapie weiter? Gibt es anschließende psychomotorische Bewegungsangebote? (Beispielsweise in Selbsthilfegruppen)

Eine positive Atmosphäre spielt laut WHO eine wichtige Rolle in der Therapie psychisch kranker Menschen. Wie sieht das in der Praxis aus?

- In den meisten psychomotorischen Konzepten spielt die Beziehung zwischen Psychomotoriker*in / Patient*in / Klient*in eine wichtige Rolle. Wie wichtig ist die Beziehungsgestaltung in der KPT und wie sind Ihre Erfahrungen?
- Wie schätzen Sie den Wohlfühlfaktor für die Patienten hier in der Klinik ein?

Wo verordnen Sie die eigene psychomotorische Haltung?

Gibt es herausragende Erlebnisse in Ihrer Arbeit mit den Patienten? Was hat sie besonders beeindruckt?

Wo sehen Sie in Ihrer Arbeit besondere Herausforderungen?

Gibt es Ihrer Erfahrung nach Faktoren, die einen positiven Verlauf begünstigen und andersherum einschränken?

1 E: [REDACTED]
2 [REDACTED]
3 [REDACTED]
4 [REDACTED]
5 [REDACTED]
6 [REDACTED]
7 Bezeichnung Klinische Psychomotorische Therapie. Es gab, ich mein nach der
8 Psychomotorik kann man nicht sagen, weil Psychomotorik auch heute noch ein
9 Merkmal und ein Aushängeschild dieser Klinik ist. Seit Mitte der 60er Jahre, erste
10 Angebote, [REDACTED], eh unter einem bestimmten Konzept
11 für Suchterkrankungen Jugendliche und eh [REDACTED] für
12 Drogenabhängige ist dieses Modell auch bekannt geworden. Behandlung von Suchter-
13 krankungen Jugendlicher ist auch heute noch nicht unerheblicher Bestandteil der
14 Gesamtbehandlung. In der Umgebung, allerdings überregional, die können von überall
15 her kommen, wir hatten aus [REDACTED] welche, wir hatten aus [REDACTED] welche, der
16 Einzugsbereich ist eigentlich nicht regional beschränkt, sondern von überall her. (..)
17 Daher bot es sich an, dass die Psychomotorik eigentlich ein selbstverständliches Teil
18 der Gesamttherapie ist für die Suchtpatienten, (.) die sind etwa 14 bis 18 Jahre alt,
19 manchmal sind sie etwas älter, wenn sie mit Sondergenehmigung hier sind, (.) n/ wir
20 haben (.) klinikstrategisch verschiedene Angebote, das eine ist eine sogenannte
21 Entgiftungsstation, da gibt's nach einem festgelegten Konzept wie das Wort schon sagt
22 Entgiftung, (.) also akut noch Abhängige, das ist ein 3-Wochen-Programm, mit der
23 Zielsetzung sich eben zu entgiften. (.) Und eh, da aus unsrer Sicht es nix schlimmeres
24 gibt als diese wirklich somatisch erkrankten jungen Menschen allein zu lassen, das
25 heißt, wenn sie da rumhängen und nix zu tun haben, das ist das Allerschlimmste,
26 insofern ist es fast zweitrangig was man anbietet, aber irgendwas sollten sie den Tag
27 zu tun haben. Allerdings bietet sich natürlich unter dem Spektrum der Möglichkeiten
28 Bewegung besonders gut an. Psychomotorik ist natürlich ideal, weil wir sie hier
29 abholen können auf dem Stand, auf dem sie sind, und mit den Medien mit denen wir
30 arbeiten, ich zeig ihnen gleich unsere tollen Trampoline und das Airtramp, das sind so
31 die Hauptmedien, manchmal ist es eben in Ablösung vom Airtramp auch unsere
32 Bewegungslandschaft (.) da können sie sich neu entdecken, da können sie zunächst
33 mal auch spüren, gerade auf 'em Trampolin ist es fühlbar und spürbar und merkbar,
34 dass sie viele Dinge nicht mehr so gut können, wie sie es mal gekonnt haben, also so
35 aha irgendwie ist was anders, ich konnte früher mal tolle Salto springen, jetzt trau ich
36 mich nicht mehr, jetzt schaff ich es nicht mehr, (.) oder was sie bemerken, ich bin jetzt
37 knapp 66, ich laufe die auf dem Luftkissen meistens noch in Grund und Boden. (.) Was

1 heißt, sie merken, wie schwach sie konditionell drauf sind. Das heißt so, eine Reflexion
2 oh wir ham ne Menge (.) kaputt gemacht, denn die gerade in ehm Altersbereich, das
3 sind so eher die 14- / 16-jährigen, ist die Behandlungsmotivation sehr unterschiedlich,
4 eher brüchig mit vielen Abbrüchen (.) und eh auch die (.) ja die Selbsteinschätzung der
5 Problematik und die Behandlungsmotivation aus einer Selbsterkenntnis ich muss
6 unbedingt, was tun, die Eigenmotivation ist eher mäßig. Was zu vielen Abbrüchen
7 führt. Ist häufig Fremdmotivation, sie haben dann aufgrund von
8 Drogenbeschaffungskriminalität, irgend solche Dinge, gemacht, dass manche, war
9 früher häufiger als aktuell, manche eben auch Therapie statt Strafe machen,(.)

10 I: Hm.

11 E: auf-
12 grund der Vorgeschichten *und* eh ja ansonsten natürlich Schulversagen eh, dass sie
13 überall nicht mehr klar gekommen sind und dann Familie, Schule, sonstige
14 Institutionen Druck machen, sodass sie oft fremdmotiviert hier erscheinen und nicht so
15 sehr eigenmotiviert. (.) Und grad auch aus diesem Grund ist Bewegung ein tolles
16 Angebot, wir finden von der Kompetenz der Patienten und Patientinnen ehm heterogen
17 alles vom ja tapsig Ungeschickten, wie man es sonst auch kennt, bis zum Artisten, der
18 wirklich mal top gewesen ist

19 I: Hm.

20 E: und eh tolle Sachen [undeutlich], ist dann auch manchmal
21 faszinierend zu sehen, eben häufig auch begleitet von dem Borderline- eh
22 verhaltensproblem so wirklich die Kicks zu suchen und eh sich auch zu gefährden,
23 andere zu gefährden, nicht entsprechend Rücksicht zu nehmen,

24 I: Hm.

25 E: also von daher ein
26 interessantes schwieriges Aufgabenfeld, aber (.) da gibt's kaum was Besseres, als die
27 Psychomotorik und zwar Psychomotorik als Gruppenangebot. Und eh insofern , in
28 ihrem Fragenkatalog steht ja auch irgendwas von was wollen wir denen eigentlich
29 anbieten, ehm, (.) hat so verschiedene Komponenten, einmal (.), und da müssen wir
30 unterscheiden zwischen der Entgiftungsstation, (.) die eben in einem 3-wöchigen
31 Programm versucht eh den Entgiftungsprozess eh zu gewährleisten, dass die dann
32 quasi giffrei entlassen werden, ehm sie können dann ihre Therapie als beendet
33 erklären oder sie können zum Beispiel wechseln auf unsere Station für medizinische
34 Rehabilitation. Das heißt sie müssen einen Antrag an die Krankenkasse stellen, und

1 wenn der genehmigt wird, haben sie einen Platz für immerhin 9 Monate. Das ist ein
2 wirklich langer Behandlungszeitraum.

3 I: Hm.

4 E: Also diese Suchtbehandlung ist eh auch nach
5 wie vor noch eh ein Modell für diese Klinik, und dafür gut bekannt mit überregionalem
6 Einzugsgebiet. Ehm, (.) da müssen wir die Angebote aber ein bisschen unterscheiden,
7 ich komm noch mal zurück zur Entgiftungsstation, die haben, weil es sehr wichtig ist,
8 dass die intensive Angebote bekommen damit sie nicht nur in ihrem Krankheitsstatus
9 hängen, haben die 4 Psychomotorikeinheiten in der Woche, und zwar (.) holen wir da
10 typischerweise alle Patienten der Station, das ist im Konzept bei den anderen
11 Stationen anders, aber die holen wir alle zusammen, männlich wie weiblich und haben
12 2 Kollegen, also im 2-Therapeutenmodell, die dann diese Patientengruppe betreuen,
13 heute stehen 6 Patienten auf der Station in der Anmeldeliste, das schwankt eigentlich
14 so zwischen 4 und 10. (.) Manchmal sind es dann eben 10, manchmal sind es 4, man
15 kann es auch nicht vorhersehen, weil die Abbrüche eh und Wiederaufnahmen natürlich
16 nicht kalkulierbar sind. Also doch ne relativ hohe Fluktuation. Die dürften eigentlich alle
17 3 Wochen bleiben. (.) ehm vor diesem Hintergrund ist Bewegung als Großthema, als
18 Oberthema, ein interessantes Angebot, und Psychomotorik mit spezifischen
19 Zielsetzungen besonders vorteilhaft, das zeichnet sich aus einmal durch unsere
20 räumlichen und materialen Medien, zeige ich ihnen gleich mal die Räumlichkeiten, die
21 mit eh Klettern, mit Großtrampolin, mit Airtramp ehm am markantesten sind, plus einer
22 sogenannten Bewegungslandschaft, wo also eine (.) mittelgroße Sporthalle komplett zu
23 einem Bewegungs- eh Spielplatz (.) ja manchmal in der Literatur von Klaus Michinski
24 auch Bewegungsbaustelle bezeichnet, wir haben ja unsere eigene Erfindung und
25 Entwicklung und nennen sie Landschaft und nicht Baustelle, ehm aber sehr attraktive
26 Möglichkeiten, wo wir alle einladen, und die Klientel erleben wir sehr unterschiedlich,
27 auf der einen Seiten (.) ehm kickorientiert, adrenalinschuborientiert, ehm und von ihren
28 Kompetenzen her eh sehr unterschiedlich ausgestattet, vom motorisch Ungeschickten
29 bis zum Artisten. Und ich (.) weiß ich nicht ob ich schon mal zweimal erzählt hab, weil
30 ich hatte in den letzten Tagen mehrere Interviews, deshalb muss ich aufpassen was
31 ich erzähl. Eh. Macht aber nichts, wenn ich's zweimal erzähl streichen sie einfach.
32 [lachen]

33 I: Macht nichts. Alles gut. [lachen]

34 E: Ehm. (..) Also von daher ein spannendes Arbeitsfeld und
35 von der Konstellation her im 2-Therapeutenmodell mit dieser n/ nicht kalkulierbaren
36 Gruppenstärke. Die kommen dementsprechend regelmäßig. Heißt eh in der

1 Anfangsphase für viele oft dieses Erkennen, dass sie nicht mehr so fit sind, das ist
2 offensichtlich für alle, gerade auf dem Airtramp, was konditionell sehr fordernd ist, dann
3 merkt man innerhalb weniger Minuten schon dass die schlapp sind und dass die ne
4 Regenerationszeit brauchen, ehm (..) für andere ist es anders, die halt motorisch
5 ungeschickt sind, denen können wir Erfolgserlebnisse bieten, weil kein Gerät bietet so
6 gut wie Trampolin Erfolgsermöglichke Erfolgeerlebnisse in kurzer Zeit. Weil man geht
7 zum ersten Mal drauf, fühlt sich sehr unsicher, die anderen gucken auch noch, macht
8 ne Pause, geht wieder drauf, ist schon viel besser, und innerhalb weniger Minuten
9 kann man sein Bewegungsverhalten deutlich stabilisieren. Also (..) die, das
10 psychomotorische Angebot bietet prima Möglichkeiten jeden abzuholen wo er steht,
11 jedem auf seinem Niveau was zu bieten, und dem entsprechend ehm auch
12 Selbstverstärkung anzubieten, also jeder sieht auch dass er relativ schnell
13 vorankommt. Ist en bisschen ambivalent aus meiner Sicht, weil auf der einen Seite ist
14 es schon wichtig eh, dass sie nicht mehr auf dem Level sind durch Drogenkonsum auf
15 dem sie mal gewesen sind, dass sie also etwas kaputt gemacht haben bei sich, auf der
16 anderen Seite eh hätte ehm (..) ja bin ich insofern ein bisschen vorsichtig als ja häufig in
17 dem Alter so die eigene Behandlungsmotivation fehlt, sind häufig fremdmotiviert hier
18 und wenn sie dann sehen, wie schnell es wieder aufwärts geht, dann hat das so eben
19 auch die zweite Seite. So nach dem Motto, naja ich krieg das schon wieder hin. So.
20 Andererseits kann man es ihnen auch nicht verwehren, das ist der Weg wo wir ihnen
21 natürlich helfen möchten wieder ihre Kompetenzen, ihre alten Kompetenzen zurück zu
22 erlangen und sich weiter zu entwickeln, Perspektiven zu entdecken und die zu
23 verfolgen, also mit allen möglichen Begleitmomenten. Psychomotorik ist natürlich nur
24 ein Baustein in der Gesamttherapie, ein relativ kleiner, nicht unbedeutend, aber die
25 Patienten werden regelmäßig auch eh befragt, nach ihrer Zufriedenheit, spätestens
26 wenn sie gehen, und eh da ist es manchmal zur Verzweiflung des Psychologen, des
27 Psychotherapeuten, immer die Psychomotorik mit der Nummer 1, [lachen] ehm aus
28 eigentlich eh nahe naheliegenden Gründen, weil die haben viele Möglichkeiten
29 [unverständlich] sich auszuagieren (..) und ehm Beziehungen (..). Wir als Therapeuten
30 haben auf diese Weise gute Gelegenheiten Beziehungen zu anzubieten, denn eh,
31 allein durch die Art der Spiele, die wir vorschlagen, gibt es bestimmte Strukturierungen,
32 es gibt viele Helfersituationen, die nicht künstlich sind, also auf dem Airtramp gestalten
33 wir ganz abenteuerliche Situationen, wir klappen das Ding so zusammen wir eine
34 Dönertasche [macht die Bewegung mit der Hand vor] und wenn man da in diesem
35 Haifischmaul drin liegt, da kann es einem Angst und Bange werden, so ganz im
36 Schlund da hinten da kommt man gar nicht allein wieder raus und das sind dann (..)
37 echte Helfersituationen, also echte emotionale angstmachende Situationen, wo man

- 1 Beklemmungen bekommen kann, wo man nach Hilfe rufen darf und soll, und wo
2 andere sofort sehen oh da muss ich jetzt mal eingreifen, muss ich jetzt mal mithelfen,
3 also von daher echt, und das hat ne hohe Emotionalität,
- 4 I: Hm.
- 5 E: und meine Erfahrung, ich bin ja
6 inzwischen über 40 Jahre hier, manchmal kommen Menschen, die hier gewesen sind,
7 die fragen immer nach Airtramp und nach Bewegungslandschaft. Vergisst man nie.
- 8 I: Hm.
- 9 E: Weil
10 das emotional so (.) nahe geht und eh das Umgekehrte, also das ist das Haifischmaul.
11 Also das Umgekehrte, wir klettern auf diesen Luftkissenberg, ist glaube ich in dem
12 Trailer, ne ich glaube in diesem Klinikstreifen auch (.) zu sehen. Wir sitzen dann oben
13 auf dem Berg, und dann geben wir die Luft rein und dann macht dieser Berg so [zeigt
14 die Bewegung mit der Hand], bis wir nicht mehr uns halten können, (.) eh springen
15 runter, legen uns hin, und das Ding erschlägt uns. (..) Ein klasse Erlebnis.
- 16 I: Hm.
- 17 E: Man wird so
18 richtig Paff! erschlagen und kann dann warten, bis der Druck sich aufgebaut hat und
19 dann unter diesen schwierigen Bedingungen rauskrabbeln. Und für psychoanalytisch
20 ist es hier, es gibt keine bessere rebirthing-Übung als unter diesem Airtramp
21 durchzukriechen. Fantastisch.
- 22 I: Hm.
- 23 E: Ehm, auch ne Mutprobe, gerade für die, da hab ich
24 also, ich sag's mal ganz platt, hab ich schon manche große Klappe ganz klein gekriegt,
25 eh in der Schlusssaufgabe, wer traut sich denn von hier unter dem ganzen Luftkissen
26 her allein bis zum Ausgang zu kriechen?. Joa, kein Problem. Und mancher versackt da
27 und traut sich nicht mehr und ruft um Hilfe. Weil der so eingedrängt und eingedrückt ist,
28 der hat die, der hat das Gefühl er kriegt keine Luft mehr – stimmt nicht, immer genug
29 Luft da- aber so dieses Eingequetscht sein, dieses Nicht-weiter-kommen, dieses ah ich
30 schaff's jetzt nicht mehr, diese Verzweiflung, die dann entsteht, das eh (.) prägt sich so
31 tief ein, positiv man
- 32 I: Geht das nicht nach hinten los?

1 E: man überlebt ja immer, nein geht nicht nach hinten
2 los. Ehm das ist ein ganz wichtiger Aspekt, weil natürlich viele auch traumatisiert sind,
3 insbesondere bei den Frauen. (.) Und eh hab ich mich extra mit unserem Chefarzt mal
4 verständigt, weil ich (.) mir nicht so sicher war, gerade wenn die in diesem
5 Haifischmaul so eingeklemmt sind, diese Hilflosigkeit, dieses Ausgeliefertsein (.)
6 überhaupt solche Dinge zu wagen (.) ehm hab ich nie Flashbacks erlebt,
7 interessanterweise, und da hat mich der Chef auch beruhigt und gesagt: nein, ist
8 eigentlich auch untypisch, weil wir es hier mit (..) realen aber doch spielerischen
9 Situationen haben, in denen sie letztlich immer sicher sind und letztlich immer auch
10 gewinnen.

11 I: Ok.

12 E: Und eh von daher ist das auch ne ganz gute Anti-Trauma-Therapie, weil wir
13 auf diese Weise tatsächlich sicher Mensch, hier hast es geschafft, hast es
14 durchgestanden, durch hast Hilfen geholt, du hast Hilfen gegeben, du hast es auf jeden
15 Fall überstanden, du hast überlebt, du hast deine Kompetenzen verbessert. Also ne
16 prima Möglichkeit für Selbstwertstärkung.

17 I: Ja.

18 E: Eh nebenbei einfach zu erwähnen vielleicht
19 natürlich die motorischen Komponenten, eh Gleichgewicht, Kondition, Koordination,
20 immer auch Konzentration, weil wer sich nicht konzentriert, der stürzt ab bei den
21 Gegebenheiten, die wir haben, also (.) das erwähn ich eigentlich eher beiläufig, weil
22 das ist f/, das nicht so selbstverständlich. Für uns ist es en selbstverständliches
23 Alltagsangebot. Das kann man einfach sehen, man kann's begreifen, man kann's
24 nachvollziehen, und wie gesagt, die Rückmeldungen der Patienten sind sehr positiv,
25 sie sind immer begeistert, dass sie das machen dürfen, aber (.) ja (.) der die
26 therapeutische Seite, trotz dieser Problematik und der kurzen Verweildauer, gibt es
27 doch immer diese Beziehungsangebote, und gerade diese Patienten, die kommen
28 dann, verabschieden sich wenn sie gehen, der eine und andere schickt mal ne
29 Ansichtskarte, das sind schon sehr seltene und für uns sehr schöne Momente.

30 I: Und in
31 der Gruppe? Ist auch die Gruppe an sich wichtig, oder nur die Therapeutenbeziehung?

32 E:
33 Nein, die Gruppe ist schon wichtig, allerdings in dem Bereich weniger, schwieriger
34 beeinflussbar. Ehm da setzen wir es nicht so um wie sonst, also im Gesamthaus, in der
35 gesamten Psychomotoriktherapie ist für uns das Thema Gruppe als methodisches

1 Mittel ganz wichtig, da gucken wir genau hin, wenn wir ne Anmeldung bekommen, wo
2 stecken wir diesen Patienten, diese Patientin hin, um für sie das beste Personal-
3 Peergroup-Umfeld zu finden. Nicht nicht eh irgendwie organisatorisch, also Alter ist ein
4 Kriterium, aber nicht das alleinige, Stationszugehörigkeit oder auch Diagnose ist im
5 Gesamthaus nicht entscheidend, wir bilden typischerweise keine monodiagnostischen
6 Gruppen.

7 I: Hm.

8 E: Aus verschiedenen Gründen macht das Sinn,

9 I: Ist auch schwierig bei
10 Suchterkrankungen, da sind oft sehr vielfältige

11 E: ja gut, allerdings hätten wir hier den
12 Oberbegriff Suchterkrankungen. Insofern ist das für uns monodiagnostisch.

13 I: Ok.

14 E: Im
15 sonstigen Haus machen wir es nicht, weil es ist naheliegend, wer sich ne Gruppe von
16 Hyperaktiver Kindern zusammenbautest, ist selber schuld. Eh auf der anderen Seite im
17 jugendlichen Bereich eh haben wir manchmal Schwierigkeiten, weil wir es nicht
18 auseinanderzugehen können eh, in der Gruppe von depressiven jungen Damen haben,
19 joa da kommen die Kollegen depressiv aus der Halle raus.

20 I: Hm.

21 E: Die ziehen alles nach
22 unten. Erstmal zwei Beispiele, dass es Sinn macht eh nicht monodiagnostisch zu
23 verfahren, was eigentlich eher zum eh Krankenkassen eh zunächst mal für plausibel
24 halten, ne? Da habt ihr die Gruppe von Diagnose A, von Diagnose B, von Diagnose C,
25 das ist im Alltag meistens Quatsch.

26 I: Also Suchterkrankte haben ja oft noch ne zusätzliche
27 Erkrankung

28 E: Ja

29 I: Oft eine psychische Erkrankung. Das wird auch nicht in irgendeiner form
30 mit einbezogen?

31 E: Ehm, nein, nicht im Sinne von Differenzierung, (.) m es macht einen
32 Unterschied, wenn wir in den psychotischen Formenkreis gehen, dann wird es denn

1 schon mal schwierig. Also, wenn wir eh Psychotiker haben eh. Da ist dann. Auch im
2 Unterschied zum. Sonst üblichen Verfahren, da kann es auch sein, dass wir mit ner
3 Einzeltherapie anfangen. Da haben wir generell allerdings auch schlechte Karten,
4 Psychotiker im akuten Schub, ehm da sind wir vielleicht froh, wenn der sich überhaupt
5 mal traut auf's Trampolin zu gehen oder sich mal im Laufe der Stunde das Gesicht
6 positiv verzieht, ne gewisse Lösung, ne gewisse Entspannung entsteht, also da sind so
7 gesehen die Ziele (.) stark herabgesetzt, gucken was man machen kann, immer aber
8 auch mit dem Ziel wie schnell können wir aus der Einzeltherapie ne Gruppe basteln.
9 Und das bedeutet dann wir können gucken wie weit wir vielleicht bei den Anmeldungen
10 jemand dazupacken können, und auf diese Weise mit einem anfangen eine Gruppe zu
11 gründen,

12 I: Hm.

13 E: oder nach einigen Einzelstunden zu sagen, ok ehm hast du nicht mal Lust zu
14 gucken was die da machen, also mitbegleitend in eine Gruppe zu gehen. Das sind so
15 Möglichkeiten die wir hier ganz gut haben. Nur von von der Quantität her also diese
16 Art von schweren psychischen Beeinträchtigungen, die haben wir im einstelligen
17 Prozentbereich.

18 I: Hm.

19 E: Weil das nicht das andere ist nicht die klassische Aufnahmeindikation,
20 aber die Oberetikette ist schließlich Sucht mit unterschiedlichen Begleiterkrankungen.
21 (.) ehm und insofern sind wir da nicht so gut aufgestellt was die Gruppe als
22 methodisches Mittel anlangt, sondern da sind wir son bisschen auf die Zufälle
23 angewiesen, die tatsächlich im Alltag mal besser mal schlechter sind. Das heißt wir
24 haben mal ne Konstellation von überwiegend Dissozialen, dann wird's schwierig, ganz
25 klar. Aber das versuchen wir durch zwei Dinge abzufedern, wir haben ein prima
26 Angebot, Material, räumlich und wir durch die zwei Therapeuten. Eh können wir da
27 ganz gut was tun, bis hin auch zur externen Differenzierung, das man sagt okay die
28 erste halbe Stunde gehe ich mal mit den dreien in die Nachbarhalle mach das und das
29 und für das gemeinsame Spiel kommen wir zusammen. Also insofern können wir
30 diesen Aspekt ehm möglichst ideale Gruppenkonstellationen ehm nicht wie in den
31 anderen eh Stationen berücksichtigen, können aber kompensieren durch diesen
32 Mechanismus. (..)

33 I: Ok.

34 E: Eh, ja bei der Klientel ist es tatsächlich so, die sind ja doch zum Teil
35 recht unreif also mit dem ihrem emotionalen Entwicklungsstand zurück,(.) ja mit den

1 Faktoren wenn da Dissozialität, Aggressivität dazukommt ehm dann ist es schon hart.
2 Dann muss man schon heftig arbeiten bis man da an der Regelmäßigkeit eine Struktur
3 reinbekommt, (.) da haben wir immerhin auch ein recht guten Posten, weil die kommen
4 ja gern, überwiegend - nicht alle. Aber es gibt auch welche die finden wenig Zugang
5 mit denen muss man anders arbeiten, bei den Frauen haben wir natürlich im
6 Hintergrund auch traumatisierte, missbrauchte, eh selbstverletzendes Verhalten,
7 Gewalt, also auch ein Mischwerk unterschiedlichster Phänomene und Diagnosen
8 Begleitdiagnosen, (.) ehm ja und auf der Entgiftung haben wir da allerdings zwei
9 Männer. Sonst haben wir typischerweise bei solchen Konstellationen immer eine Frau.

10 I: Hm.

11 E: Aber bis jetzt sind wir
12 damit klargekommen das heißt wir gehen da mit den Frauen auch in dieser Kurzphase
13 von drei Wochen seitens der Psychomotorik nicht in eine intensive Körperschemaarbeit
14 oder insgesamt Körperarbeiten. Das Problem ist ja auch wieder ein sehr differenziertes
15 und da ist die Mann-Frau-Konstellation ohnehin ne schwierige, habe ich immer wieder
16 auch mal erlebt wenn es nicht anders geht, einfach so dieses Nähe-Distanz-Problem.
17 Bei ner missbrauchten, traumatisierten, jungen Frau, da gehen viele Dinge einfach
18 nicht. Da muss man Abstand halten, da kann man nur, man kann sich zusammen
19 bewegen, man kann sich vielleicht sogar in einer Halle aufhalten, da ist es dann auch
20 gerade gut, wenn welche drum herum sind, damit man sich nicht so ausgeliefert ist,
21 alleine fühlt, aber da stößt man geschlechtsspezifisch ganz eindeutig an Grenzen. Also
22 da muss einfach mehr Frau Frau sein,

23 I: es braucht viel mehr Zeit vermutlich dann.

24 E: Ja,
25 aber es hat eben auch bestimmte Komponenten und eh das darf man auch nicht
26 unterschlagen, wenn es um Therapeutenvariablen geht, an bestimmten Stellen gibt es
27 Vorteile für Männer, an bestimmten Stellen gibt es Vorteile für Frauen. Keiner ist für
28 alle Teile gut, und eh den Frauen sage ich immer, gerade Physiotherapeuten,
29 Ergotherapeuten, ich hab da ja auch viele Jahre Fortbildung gemacht, lasst euch nicht
30 die elf- bis 13-jährigen eh verstörten Jungs andrehen. Das passt mit Frau überhaupt
31 nicht. Die meisten werden scheitern. Eh und es liegt gar nicht an ihnen, sondern diese
32 Jungs sind eh Mama gewöhnt, Erzieherin gewöhnt, ehm Lehrerin gewöhnt und jetzt
33 sind sie nicht mehr Kind noch nicht irgendwie sonst wie gefestigt als
34 Spätpubertierende, und die hauen so richtig auf den Putz. Und wenn dann wieder Frau
35 kommt, die hat dann was auszustehen. Also da gibt es ganz viele, das habe ich seit
36 14/ eh 40 Jahren genauso beobachtet, ich sage es den jungen Leuten damit sie nicht

1 so frustriert sind, wenn es eben nicht funktioniert. Das ist die falsche Themenstellung,
2 eh möglichst junge Frau und diese Jungs von 11 bis 13 (..) verhaltensgestört, dissozial,
3 Finger davon lassen. [lachen] eh und umgekehrt, ich hab's geschildert, da haben wir
4 als Männer natürlich unsere eh Beschränkungen eh Bereich weibliche Jugendliche.

5 I: Hm.

6 E:

7 Ganz klar. Ja ehm (..) zum Thema eh Entgiftungsstation zeige ich mal kurz hier wie die
8 Abläufe funktionieren, sollte man vielleicht mal eh angucken, dass sie so ne Idee von
9 der Umsetzung der Möglichkeiten haben. De facto läuft das so. Sie sehen hier am
10 Plan, die Station A10 ist die Bezeichnung und die schwankt von der eh Belegung, ja
11 wird mal knapp bis auf 4 je nachdem wenn es aus irgendwelchen Gründen Abbrüche
12 gegeben hat und sind mal drei vier gleichzeitig wieder weg, und es gibt Rückfälle das
13 ist dann auch an der Tagesordnung, eh wird dann häufig mit Rausschmiss geahndet,
14 ist aber nicht mehr wie früher automatisches Ende-Kriterien. Wird ein bisschen
15 unterschiedlich gehandhabt, auf der Suchtstation und in der Rehabilitationsstation, die
16 lange Zeit haben, früher war das automatisch das Aus,

17 I: Hm.

18 E: und vertraglich festgelegt, bis
19 man gesagt hat nee das kann es eigentlich nicht sein, beim Entzug eh gehört Rückfall
20 eigentlich zur Behandlung. Das ist letztlich nicht vermeidbar für viele (..), und eh wir
21 helfen ja nicht weiter, wenn man sagt ja einfach rausschmeißen, eh sondern da gibt es
22 dann entsprechend e Reflexionsgespräch und da wird dann halt geprüft, gibt auch so
23 etwas wie Motivationsbeurlaubung, so nach dem Motto: Also da hast du jetzt richtig
24 Mist gebaut, jetzt hast du ein Wochenende frei, geh mal nach Hause oder was weiß
25 ich, zur Freundin, sonst wohin, nach 3 - 4 Tagen kannst du wiederkommen und kannst
26 dann erklären, ob du die Therapie hier unter unseren Bedingungen fortsetzen möchtest
27 ja oder nein. Das wird dann ein bisschen abgeklopft ob's halt nur Show ist oder ob
28 man eine ernsthafte Motivation erkennen kann und dann kann man die Therapie
29 weitermachen. (..) Also das ist ein Unterschied zu früheren Modellen.

30 I: Ja es gibt auch
31 Situationen im therapeutischen Kontext, wo sie den Rückfall auch als Chance sehen.
32 Also nicht mehr als Abbruch als jetzt ist es vorbei und es geht nicht weiter und der
33 schafft es ja eh nie, sondern tatsächlich eine Auseinandersetzung damit und auch
34 wieder Fortschritte bringt.

1 E: Hm. Also vom organisatorischen Ablauf her ehm, die Patienten
2 werden aufgenommen, und werden eigentlich am gleichen Tag, spätestens einen Tag
3 später gemeldet, weil wir eben konzeptionell die Absprache haben Suchtpatienten
4 haben eine hundert Prozent Psychomotorikindikation. Also die kommen und die
5 werden sofort angemeldet. Das heißt die erscheinen hier auf der Warteliste, hier haben
6 wir gerade eine Neuanschuldung, [REDACTED], A10 und die kriegt dann gleich direkt ein
7 passendes Schildchen und sofort für die nächste Therapieeinheit, die ist am Montag 11
8 Uhr eingetragen. Das heißt heute aufgenommen, dann haben wir Wochenende,
9 Montag kommt sie sofort mit den anderen in die Psychomotorik. Und das passiert dann
10 eben viermal in der Woche. Kann man man hier sehen,

11 I: So völlig ohne Diagnostik – also die kommen automatisch.

12 E: Ja. Da sind die 11- Uhr-
13 Termine vier an der Zahl, da eh da gucken wir kurz in die Akte, um zu informieren was
14 liegt eigentlich vor, manchmal um ein [unverständlich] zu entdecken, was weiß ich
15 Hepatitis als Ansteckungsrisiko, HIV, hatten wir lange nicht, fällt mir gerade ein, aber
16 eben auch ehm psychiatrische Diagnosen, die gucken wir an aber nur so als
17 Vorinformation, das könnte wichtig sein, muss aber nicht. Weil das hat auch seinen hat
18 seine Vor- und Nachteile.

19 I: Ja.

20 E: Wir erleben es oft, dass wir nach Studium der Akte mit
21 einem bestimmten Bild einen Patienten erwarten und ganz oft sind die ganz anders.

22 I: Hm.

23 E: Und
24 dann ist manchmal (..) manchmal gut, weil man ganz unvoreingenommen Menschen
25 kennenlernt, (..) mit dem Risiko, dass man Dinge /übersehen könnte, die man besser
26 nicht übersehen würde. So, also das hat so sein Für und Wider. Und da basteln wir uns
27 son bisschen durch, da haben wir keine so stringente Linie, wir schauen kurz in die
28 Diagnosen und gibt es etwas irgendwas auffälliges, ansonsten lernen wir die kennen
29 und dafür sind wir ja auch langjährige Experten, wir haben hier ja keine Anfänger. Die
30 zwei jungen Kollegen ehm der eine ist seit 2000 oder 98 hier, der andere auch sieben
31 acht Jahre, eh, das eh sind erfahrene Kollegen und eh da hat man eigentlich zunächst
32 mal kein großes Problem, man nimmt die Menschen so wie sie ankommen und eh hat
33 dann auch sehr schnell ein Bild klappt das oder klappt das nicht, man muss sich ein
34 paar Gedanken machen oh muss ich die mal rausziehen oder den, und da haben wir
35 aber diese vielen Möglichkeiten also kein grundsätzliches Problem.

- 1 I: Hm.
- 2 E: Und die Ziele (..),
3 die differenzieren wir schon, natürlich haben wir die einen, die wir gerne locken,
4 aktivieren möchten, (.) die anderen die gerade im Sozialverhalten ihre Regeln, ihre
5 Strukturen, manchmal auch ihre Sanktionen brauchen, nach dem Motto, wenn du dich
6 so verhältst, eh kennst die Spielregeln, also musste draußen bleiben, da kannst du die
7 Gruppe nicht mitmachen, schon auch sehr manchmal sehr stringente Regelwerke, von
8 daher ist das umzusetzende Ziel innerhalb der Gruppe schon recht unterschiedlich.
9 Natürlich, kann man aber innerhalb der Gruppenkonstellation trotzdem umsetzen. Der
10 eine braucht's so, der eine braucht's anders. Ist der Vater das Geschick der Kollegen,
11 wie da Spiele, Regelwerke, Übungen gestaltet werden. (..) Ja die geringsten Probleme
12 haben wir eigentlich mit denen, die eh vom Grunde her bewegungsmotiviert sind,
13 sich durch die Angebote leiten lassen und die können dann auch klar halten, und dann
14 haben wir auf der anderen Seite so Themen wie (.) ja natürlich Aggressivität -
15 dissoziales Verhalten oder Depression - regressives Verhalten oder halt eh
16 Kontaktschwierigkeiten aufgrund von ja Traumatisierung, [unverständlich]
17 selbstverletzendem Verhalten, ist ja oft Bestandteil dieser Klientel. (.) Die andere
18 Gruppe und andere Konstellation ist hier die Station B1, die ist insgesamt mit 22
19 Plätzen ausgelegt. Da haben wir folgende Absprache, (.) wer da die Genehmigung hat
20 in diese medizinische Rehabilitation einzutreten, hat damit quasi einen Vertrag über 9
21 Monate. (.) Und eh interessant für das Hauptklientel ist, die gehen auch, sofern sie
22 schulpflichtig sind in die Krankenhaussonderschule, die wir haben, können dort
23 Schulabschlüsse nachmachen, das ist sehr interessant, gibt es eben auch nicht
24 überall, und eh haben hier das typische Angebot, das heißt einen maßgeblichen Anteil
25 hier auch in der Arbeitstrainingswerkstatt, wo sie dann von morgens 8.00 – 12.30 Uhr
26 im Arbeitstraining sind, allerdings eh (.) im Wechsel auch mit Schulzeiten. Und die
27 Psychomotorik ist dann nur mit zwei Einheiten verankert, nämlich dienstags in der
28 Mittagszeit freitags um 14 Uhr eh (.) hätten wir uns manchmal ein bisschen intensiver
29 gewünscht, aber von dem Personalschlüssel, der zugeteilt ist, gibt es einfach nicht
30 mehr her. Neben der Psychomotorik
- 31 I: Und da gehen die freiwillig hin, also von sich aus?
32 Haben sie sich dafür entschieden das zu machen oder muss man einfach dazu und der
33 Termin steht?
- 34 E: Ehm, sowohl als auch. [kurze Unterbrechung durch einen Mitarbeiter] (..)
35 ehm, wo waren wir jetzt?
- 36 I: Freiwilligkeit.

1 E: Achso Freiwilligkeit. Ehm. Nicht wirklich, da haben
2 wir festgelegt, ähnlich wie bei der A10, wenn die auf der B1 manche kommen von der
3 A10 auf die B1

4 I: Hm.

5 E: aber eh der größte Teil kommt doch von extern. Ja und mit teilweise
6 langen Wartezeiten. Sind unterschiedlich, manchmal gibt's ne Delle, na
7 Nachfragedelle, da können se relativ schnell kommen, aber ist nicht typisch, typisch ist
8 eigentlich lange Wartezeit.

9 I: Hm.

10 E: ehm wenn die dann auf der B 1 angenommen werden
11 passiert hier das Gleiche, die werden am gleichen spätestens einen Tag später hier
12 angemeldet, und die haben dann automatisch ihre zwei Psychomotoriktherapien und
13 eh das haben wir festgelegt auf einen Zeitraum von acht Wochen, da kommen eben
14 zweimal regelmäßig zur Psychomotorik und nach acht Wochen können sie selber
15 einen Antrag stellen ob sie noch bleiben möchten oder nicht, wird aber abgesprochen
16 mit dem Psychomotorikkollegen, und eh mit dem Psychotherapeuten.

17 I: Und wie ist da die
18 Erfahrung?

19 E: Eh, das ist recht unterschiedlich, weil Ziel der Verhandlung in der
20 Rehabilitation ist auch, sie möglichst früh nach außen zu orientieren. Also sie können
21 zum Beispiel ins Fitnessstudio gehen. Oder sie gehen in den Sportverein. Das ist
22 gewünscht und das wird unterstützt und dann ist auch okay, insofern eh haben wir da
23 in vielen Fällen ne Ablösung. (.) Das ist auch okay. Und in anderen Fällen, ist klar,
24 dass wir sagen also entweder die Patienten sagen, eh ich tät aber gern noch ein
25 bisschen bleiben, dann muss man das entsprechend begründen, quasi wir stellen nen
26 Antrag, ob sie länger in der PM bleiben dürfen oder es geht von uns aus, dass wir
27 sagen also m würden doch empfehlen, dass der noch nicht hier aussteigt aus den und
28 den Gründen halt ich's für sinnvoll den noch zu behalten. So ist der Modus. Nach den
29 acht Wochen noch verlängern zu können. Insofern können einige durchaus deutlich
30 länger bleiben. (..) Da ist allerdings so, dass ist dann eher dem was man sonst auch
31 kennt, da haben wir nur einen Kollegen, der hat dann mit unterschiedlich vielen zu tun,
32 das sind hier im Einsteigermodell auch mal zwischen 4 und nja 9 sind wir gerade, und
33 in der zweiten Einheit Freitagnachmittags, da können auch schon mal bis zu 12 sein.
34 Das hat auch en deutlich stärker sportlichen Anstrich, wie wir es normalerweise aus
35 der Psychomotorik eh kennen, und da bietet der Kollege relativ viele Möglichkeiten

1 neben sportlichen Spielen auch ja Kraftgeschichten an, also Hanteln und solche Dinge.
2 Da bin ich nicht immer ganz einverstanden,(..) ehm finde die Lösung nicht so ganz
3 einfach, als ich hier in [REDACTED] anfang hatte der Lionsclub dieser Abteilung ein son
4 Fitnessraum, Kraftraum spendiert. (.) Und nach einer Weile hab ich den abgeschafft.
5 Ich sag halt, das kann nicht sein, eines der Merkmale von vielen dieser jungen Leute
6 ist diese narzisstische ehm Selbstbestätigung, diese Kraftmeierei, die so besonders
7 schön besonders kraftvoll sein wollen und das ist ein Teil der Stress- und der
8 Suchtproblematik die sie aufgebaut haben, und da kann es nicht sein, dass so etwas
9 nahtlos fortgesetzt wird in der Therapie. Ich bin nicht grundsätzlich dagegen, weil
10 selbstverständlich auch als Psychomotoriker muss ich sagen also die Auseinander-
11 setzungen mit so nem doofen Metallgerät ist schon interessant, ja? Erfahre ich auch
12 eine Menge über mich. Erfahre was über Hebel, ich erfahre was was das Metall mit mir
13 macht, ich erfahre was wie es mir geht, wie ich damit umgehe, ich erfahre was wie es
14 mit meiner Kondition und Muskeln muskulären Beschaffenheit aussieht. Ich hab ne
15 Selbstwertstärkung, weil ich heute statt 50 70 schaffe, also das kann man schon auch
16 so eh interpretierend einsetzen, positiv einsetzen, plus Beziehungsgestaltung, weil es
17 begleitet wird. Nur vom Grundsatz her gehört's für mich an die geeignete Stelle der
18 Therapie und nicht eh unreflektiert eh in den Fortgang. Wir kommen hierher, wir
19 machen das, was wir immer gemacht haben, ich brauche die Muckibude so nach dem
20 Motto. Da das im Alltag sich eingeschlichen hat und nicht mehr so wirklich sauber zu
21 trennen war, hab ich gesagt, nee schafft das Ding ab. (.) Ehm und habe (.) empfohlen
22 es anders zu machen, die kriegen zunächst ne psychomotorische Basis, wo die Ziele
23 en bisschen anders gesetzt sind. Auch wenn wir Fußball spielen gehts nicht um das
24 um das Wiederholen und Abbilden des bekannten Fußballspiels, ich bin der Stärkste,
25 Beste und gegen jeden (.) und Egozentrische, das merkt man dann sehr häufig, wenn
26 man diese Jungs spielen sieht, sondern es geht darum den Versuch zu machen
27 Bewegung, Spiel und Sport eher als auch Entspannung und Kommunikation zu sehen.
28 Nicht so sehr ums Gewinnen. Und eh im Gegenbeispiel noch, als ich zu Beginn hier
29 anfang, [räuspern] da war es ein selbstverständlicher Modus, dass die Suchtpatienten
30 zum Volleyballspielen in die Halle kamen. Dann haben wir Männlein wie Weiblein im
31 Volleyball und es passierte das was immer passiert, die Jungs ballerten ohne
32 Rücksicht auf Verluste und die Frauen, die sowieso keinen Bock hatten auf solche
33 Spiele, die kriegten immer noch eins ab. Also völliger Blödsinn. Unreflektiert völliger
34 Blödsinn. Eh insofern spielen wir auch mal Volleyball, aber da sind die definitiv die
35 Ziele anders, es geht um Achtsamkeit, es geht um Behutsamkeit, es geht ums
36 Miteinander, eh teilweise eben auch entspann/ um Entspannung, sodass wir versuchen

1 - soweit die Theorie - versuchen Bewegung als Mittel der Entspannung, der
2 Kommunikation und der Kooperation (.) erfahrbar zu machen.

3 I: Hm.

4 E: Gelingt natürlich zum Teil
5 nicht, zum Teil mäßig, also ist unterschiedlich, ich finde es nur wichtig vom Konzept her
6 zu betonen, dass es von der Sichtweise her anders eingesetzt werden soll und nicht
7 ein unreflektierter Transport von Dingen, die sie ohnehin kennen und weil wir im
8 Therapiebereich natürlich auch ne Sportanlage haben. (.) Ehm dementsprechend ist es
9 hier auch so, wie gesagt mit den personellen Möglichkeiten oder Einschränkungen,
10 dazu da sie nur diese beiden Stunden haben, eh einmal die Kleingruppe der 9 und
11 freitags die Großgruppe wobei bloß wenn alle da sind, ehm da weiß man aber erst
12 Freitagmittags ungefähr wie viele da kommen, weil die haben zum Beispiel manchmal
13 auch Familientherapiesgespräche Freitagnachmittags oder haben
14 Wochenendbeurlaubung. Ehm das reduziert dann immer die Anzahl, aber da haben wir
15 so etwas auch für die Selbstständigkeit. Klappt auch ziemlich gut. Die kommen dann
16 im Laufe der Woche hierher zu den Kollegen und entschuldigen sich für diese Stunden.
17 Die bleiben nicht einfach weg. Weil sonst müssen sie 25 Kniebeugen oder so machen.
18 Das (.), kann ich eigentlich nur Kopfschütteln aber das was wirkt. Das haben die alle
19 für sich so akzeptiert, das ist völlig klar und das passt dann auch. Deshalb kommen die
20 aber auch um sich zu entschuldigen vorher. Ehm die Art und Weise wie das dann
21 eingesetzt wird ist mir nicht immer so ganz passend, weil ich eh den Unterschied, wie
22 ich gerade versuchte deutlich zu machen, nicht immer so ganz gewahrt sehe. Also ist
23 denn auch wirklich individuell gut genug geguckt, ob das jetzt für den passend ist. Vom
24 Prinzip her finde ich's würde ich es nicht ablehnen, aber ich würde wünschen, dass
25 Verständnis da ist, dass Bewegung in diesem Rahmen eben andere Ziele verfolgen
26 soll. Wenn er dann soweit ist, dann kann er von mir aus wieder Fußball spielen oder
27 zum Fitnessstudio, das ist dann für mich ok. Sollte aber im Rahmen der Therapie
28 abgestimmt und entsprechend befürwortbar sein und nicht einfach so. (...) Ja, was ich
29 noch nicht erwähnt habe, damit haben wir aber als Psychomotoriker nichts mehr zu
30 tun, doch haben wir auch noch. Es gibt auch nach der Rehabilitationsphase noch, das
31 heißt [REDACTED], eine eine Wohnstätte von den [REDACTED] getragen das ist so eine Art in
32 Anführungszeichen betreutes Wohnen, das heißt leben da selbstständig, haben auch
33 eine Anbindung an Sozialpädagogen, Sozialarbeiter

34 I: Hm.

35 E: und eh ja machen ne Lehre oder
36 gehen noch in die Schule, teilweise können die auch noch die Schule hier besuchen,

1 also dann extern, als Ausnahme und da sind vereinzelt welche, die als Ausnahme-
2 genehmigung noch zur Psychomotorik kommen können. Aber nur den Freitag, dann
3 nicht in die Dienstagsgruppe. Nur so vom Gesamtmodell her ist das schon durchaus
4 beispielhaft, dass es diese Ebenen gibt, also Entgiftung, medizinische Rehabilitation,
5 wir haben auch in Einzelfällen (.) eh komorbide Krankheitsbilder also Sucht plus stärker
6 psychiatrisch ausgebildete Krankheitsbilder, die sind dann eine Zeitlang auf der auf ner
7 anderen Station, auf der B2. Die es dann nicht so spezifisch, eigentlich ne allgemein,
8 eigentlich eine allgemein psychiatrische Station für Jugendliche, auch mit dem Thema
9 Suchterkrankungen. Auf der Basis oder begleitend eben zu einer Diagnose. Und dann
10 eben als Nachfolgemöglichkeit, Nachfolgebetreuung, dieses [REDACTED]. Das ist schon
11 vom Modell her nicht schlecht. (...) Ja, Vorschlag, ich zeig ihnen mal. Sie müssen
12 sich melden, wenn sie eine kleine Pause machen wollen. Was essen möchten.

13 I: Nö.

14 E:
15 Nicht, dass sie mir vom Stuhl fallen.

16 I: Keine Sorge, ich bin nicht so ein Vom-Stuhl-Faller.
17 [lachen]

18 E: [lachen] [zeigt die Therapieräume / Sporthallen] So, fangen wir hinten an,

19 I: Wieviele
20 Mitarbeiter sind jetzt insgesamt hier beschäftigt in der Psychomotorik?

21 E: Wir haben 6
22 Stellen, (.) sind 7 Köpfe. Eine Kollegin hat nur ne halbe und eine andere 30 Stunden.
23 [schließt die Tür auf] Das ist das, was sie kennen, ganz normale Sporthalle,

24 I: Ja.

25 E: Die
26 nutzen wir als Psychomotorik natürlich auch gerne und wie gesagt da geht es genau
27 darum so ein Fußballspiel auch schon mal ein bisschen anders zu gestalten. Nicht der
28 am besten ballern kann ist automatisch der beste Spieler, sondern zu gucken, dass
29 man auch die einbeziehen kann, die denn auch mal eigentlich keine Fußballer sind,
30 obwohl ich das akzeptiere, ist für mich völlig in Ordnung, dass jemand sagt will ich
31 nichts mit zu tun haben, dann die Dinge so zu gestalten, dass die doch mitgenommen
32 werden können. (..)Ja, was wir hier natürlich gerne mal machen auch mit denen, dass
33 sie mit City-Rollern mal hier durch die Gegend fahren, basteln wir die Halle ganz
34 schnell ein bisschen um, die Bänke können wir hier querlegen wie bei der Würfel 5 so,

1 die Matten als Hindernisse, leider sind das neue Tore, gefallen mir nicht so gut die
2 alten Handballtor konnte man schön vorziehen, hatte ein weiteres Hindernis, ist hier ein
3 bisschen schwieriger aber da gestalten wir halt mit wenigen Handgriffen die Halle ein
4 bisschen um und machen so etwas, was eben nicht so ganz typisch ist auch mit denen
5 hier mit dem City-Roller hier durch die Gegend düsen. Fangen spielen, ist halt eben
6 schon sehr spannend. Doch ja, ist schon auch gut hier für kooperative Spiele, mit
7 diesen Matten oder der Kollege bastelt dann auch schon mal zwischen den eh Pfosten,
8 die dann in den Boden gesteckt werden ein Spinnennetz, wo sie versuchen müssen
9 durchzukommen ohne irgendwie anzuticken, also diese Behutsamkeits-, Achtsamkeits-
10 übung oder eben auch eh als Partnerschaftsübung, Mannschaftsübung. Wer kann
11 denn am ehesten seine Leute unbeschadet da durch kriegen. Also von daher nutzen
12 wir den großen Raum hier auch ganz gerne.

13 I: Es ist natürlich ein großer Vorteil wenn man
14 solche Möglichkeiten hat.

15 E: Ja, natürlich. [schließt die Halle 7 gehen rüber in demnächst ein
16 Raum] dafür sind wir [Tür schlägt zu] /lich bekannt, dass wir diese Konstellation so
17 haben hier, das ist hier der kleine Raum. Für uns ist wichtig für die Kleinen, dass der
18 Boden hier Kreideverträglich ist, besser geht's ja gar nicht, man braucht nichts
19 vorbereiten, man holt einfach die Kreide für die Kleinen, vom Arzt ist für die Patienten
20 Kreide auch grundsätzlich freigegeben. Am Boden oder in den anderen Hallen gibt es
21 auch Tafeln, darf jeder mit Kreide eigentlich machen was er will. Ist für das
22 Körperschema interessant und für die Kleinen natürlich Schreibmotorik,
23 Graphomotorik. Gut die Körper lässt man dann eben ausmalen oder für die Rollbretter
24 Wege malen, die Ampeln, die Geraden und so weiter und so fort und das ist eine sehr
25 schöne Kombination dreidimensional, zweidimensional, weil es einfach spielerisch
26 erfolgt. Es ist nicht üben, sondern es ist einfach das Angebot was gerne
27 wahrgenommen wird. Eh hier für die Drogies natürlich auch ein sehr schönes Angebot,
28 Trampoline sind für uns Standard ganz wichtig, und jeder Raum hat Trampoline, die
29 dürfen immer benutzt werden, ja bei den Drogies haben wir dann so Themen wie,
30 natürlich darf ich chillen da oben [zeigt auf eine an der Decke aufgehängt Hängematte],
31 wenn du denn reinkommst. Da kommt dann da so ne Idee, was kann ich denn mit
32 diesen Dingen machen? [schwere Bausteine] und mit denen kann man sehr schön son
33 Turm bauen, quadratischen Turm, mit dem man dann hochklettern kann, mein so mit
34 der Aufgabenstellung wer möchte denn mal einen Turm bauen, da hat man ja keinen
35 Bock zu. Wenn es dann sinnhaft erscheint, zum bestimmten Zweck dann gehen die
36 auch mal an sowas und das Ding ist so toll, weil die richtig kräftig und schwer sind, also
37 wirklich was. Da spürt man die Kraft, man braucht die Kraft und wenn man es dann

1 fertig hat irgendwie son Turm, dann ist es was Tolles. Man kann auch hochsteigen.
2 Dann haben wir so Abenteuerelemente: Baum fällt. Da bauen wir diesen Turm hier
3 hoch bis wir irgendwann oben an die Decke reichen und dann ist eine der Aufgaben
4 rückwärts auf die Matte zu fallen. Wahnsinn. Ganz viele schaffen es nicht beim ersten
5 Mal auch nicht nach der ersten Stunde, die nehmen dann 5 – 6 Anläufe, sie trauen sich
6 nicht. Es ist nicht gefährlich, es tut auch nicht wirklich weh, aber dieses Gefühl hier im
7 Bauch. Ich mag es auch nicht wirklich. Ich mach`s aber manchmal

8 I: Wie beim Schaukeln.

9 E:

10 Hier in der Magengrube urgh genau, und Gänsehaut, aber so einfach dieses
11 Überwinden von Angst, das ist so der Hauptpunkt, weil archaisch sind wir darauf
12 getrimmt niemals nach hinten zu fallen. Man tut ja alles, dass man nicht nach hinten
13 fällt, und da wirklich zu sagen: ok ich mache das jetzt und ich lass mich fallen, ich
14 springe nicht ab, ich lass mich definitiv fallen. Ist übrigens rückwärts nicht wirklich
15 gefährlich, weil vorwärts ist es gefährlich, rückwärts, weil wenn Angst entsteht dann
16 geht man etwas die Beugung, hat nur die Konsequenz, dass man mit dem Po etwas
17 eher landet, aber sonst passiert da gar nix. Vorwärts ist es gefährlich deswegen muss
18 man gut aufpassen bei Patienten ehm aus Angst gehen die auch in die Rotation aber
19 da könnten sie dazu neigen tatsächlich zu rotieren und sich das Genick zu stauchen
20 oder sich ernsthaft zu verletzen. Also das ist dann gefährlich. Unter anderem auch
21 wegen ATMR Restreflexes muss man bei Kindern bereits immer sehr gut aufpassen
22 und ATMR bedeutet, wenn die diesen machen, dann geht automatisch der Kopf nach
23 hinten. Was ja für die Rollbewegung kontrainduziert ist. (.) Ja, insofern ist das ein
24 kleiner Raum, da gibts dann auch manchmal ein Mannschaftsspiel, dass hier an der
25 Wand aufgebaut wird. Dann kommen noch diese Hindernisse dazu, da gibts halt
26 Mannschaft gegen Mannschaft ein Abtreffspiel, wo man sich verstecken kann, wo man
27 sich, das ist eben auch sehr spannend, weil man sich das Risiko aussucht. Die einen
28 bleiben dann mehr im Versteck und feuern nur, wenn sie ganz sicher sind, andere
29 laufen ständig an der Front herum und werden dann entsprechend abgetroffen oder
30 haben auch ihre Erfolge, das sind so spannende Abenteuer, die sie auch in diesem
31 Alter noch ganz gerne machen. Und manchmal staunen wir ja (.) das sind dann eher
32 die Mädchen, die schon noch mal gerne Versteckspielen. Sind schon 16 / 17 möchten
33 gern nochmal Versteckspielen [lacht]. Sich einkuscheln und einfach diese Spannung
34 erleben, wie verstecke ich mich, und das Suchen und Abwarten. Da sind sie dann
35 manchmal wieder richtig klein. Können wir ihnen aber anbieten.

1 I: Hatten sie vielleicht
2 nicht die Chance zu als sie klein waren.

3 E: Ja, oder eben lange nicht. Ne? Weil sie wirklich
4 was vermissen. Weil es hat ja so emotionale Komponenten dieses Allein-sein, sich
5 Isolieren, aber dieses Bedrängt-sein, wann kommt der Fänger, wann werd ich erwischt,
6 also. Dann auch Ausgeliefert-sein, spannend. [Tür verschließen / Tür öffnen] Das ist
7 der Geräteraum hier. Da sind die City-Roller zum Beispiel. Hier haben wir die
8 Pezzibälle. Habe ich mir ein bisschen abgewöhnen müssen, weil ich hatte mir leider ne
9 Adduktorenzerrung zugezogen, die habe ich nicht ordentlich kuriert. Lässt einfach nicht
10 mehr los. Also Adduktorenzerrung bedeutet definitiv 8 Wochen Füße hochlegen und
11 Nichtstun. Ja war natürlich nichts für mich. Auch Herr [REDACTED] musste acht Wochen
12 aussteigen. Der Fußballer. Wegen einer Adduktorenzerrung und eh hat aber jetzt die
13 Konsequenz, ich muss nicht viel tun, dann merke ich's wieder. Geht wahrscheinlich
14 nicht mehr weg. Schade, also darf man nicht übergehen. Also die Ursache: Ich habe
15 mit großer Ausdauer und Begeisterung mit Pezziball so ein ganz aggressives
16 Antiaggressionspiel gespielt. Gerade auch für diese Patienten. Große Halle, durch zwei
17 Bänke geteilt, Zwei Mannschaften, und dann eh haben wir manchmal mit, manchmal
18 ohne Toren. Aber das ist ja egal, wie man es definiert, sagen wir mal mit Toren,
19 folgende Regel: Es gibt nur die Regel: Du darfst nicht die Mitte überschreiten und wenn
20 du mit diesem Pezziball einen aus deiner Mannschaft anschießt, hast du sofort eine
21 Auszeit von einer Minute. Das heißt damit beuge ich einem Chaosspiel vor und ich
22 möchte diesen Achtsamkeitsfaktor wirklich ganz definitiv setzen, ehm auch weil es
23 wirklich gefährlich ist. Da sind gewaltige Gewichte, wenn man die voll abfeuert, da
24 steckt wirklich ganz viel Mumm dahinter und wenn man die eh an den Kopf bekommt,
25 dann können man auch ernsthafte Wirbelerletzungen entstehen. Also das ist von
26 daher nicht einfach nur so, sondern ein ernsthaftes Anliegen das zu vermeiden.
27 Ansonsten ist in der gegnerischen Hälfte alles freigegeben. Ich darf aufs Tor schießen,
28 ich darf aber auch auf die Menschen schießen. So fest ich kann, so viel ich will. Die
29 können sich nämlich in Sicherheit bringen. Die können vorne lang laufen, können aber
30 auch nach hinten gehen, nach hinten ist dann die Flugbahn so weit, dass man sich
31 immer in Sicherheit bringen kann. Wahnsinnig spannend. Und eh man muss ganz viel
32 aufpassen, also hochkonzentriert, mehrfachkonzentriert sein. Was sich alles abspiel/
33 macht es wieder Patsch, habe ich wieder ein abgekiegt. Und es schöpft in kurzer Zeit
34 sehr viel Kraft ab. Also da richtig reinzuhauen nach ner Viertelstunde sind alle platt.
35 Dann habe ich aber den Vorteil, ja, das ist ein richtiges kraftmäßig abenteuerliches
36 Spiel, aber unter diesem Regelwerk. Ne, sie dürfen nicht über die Mitte und dann
37 macht es natürlich Sinn wenn sie auch auf's Tor spielen. Da macht es nur Sinn wenn

1 sie sich auch verabreden nach dem Motto schießt du mal zwei und ich hau hinterher
2 um den Torwart abzulenken und so weiter. Also richtig auch strategisch und mit dem
3 Moment ja der Selbstbeherrschung nicht immer einfach los ballern, wenn ich Lust dazu
4 habe, sondern tatsächlich so die Kognition vorzuschalten und zu sagen eh wann ist es
5 denn strategisch günstig und wann kann ich mich mit dem abstimmen damit wir Erfolg
6 haben und gemeinsam Erfolg haben.

7 I: Und machen die das von sich aus oder müssen
8 sie das anregen?

9 E: Eh, da mache ich dann typischerweise schon zwischenzeitlich
10 Reflexionspausen, da liegt jetzt ne Mannschaft was weiß ich eh zwei zu sechs zurück,
11 dann sage ich: mag/ machen wir mal Pause und dann können wir überlegen: Was hab
12 ihr eigentlich gemacht, woran liegt's wohl? Was könnte man anders machen? Einfach
13 nachzudenken was könnte man tun, Vorschläge zu sammeln, ausprobieren, kann man
14 wieder machen, das Gewinnen steht nicht im Vordergrund. Aber dann so dieses
15 emotionale Moment, wirklich auch, das ist auch interessant diese Bälle abzukriegen,
16 diese taktile taktil - kinästhetische Wahrnehmung dieses Druckempfinden hat schon
17 eben auch was für sich. Eh das Reagieren, das Ausweichen, das Aufmerksam - sein
18 und natürlich das Losballern, und da habe ich das Tabu aufgehoben was sonst gilt: ich
19 darf mir jemand ausgucken, den ich abschießen will. Ich darf draufloshauen, also die
20 kann sich ja oder der kann sich schützen. Deswegen ist es aber aufgehoben, es ist
21 freigestellt, ne, wer will darf auf Personen schießen. Und eh

22 I: Nur schießen? Oder auch
23 werfen?

24 E: Ja genau. Eh wie der Ball losgehämmert wird ist egal, das Effektivste ist
25 natürlich das Schießen, richtig mit Schmackes oder eben auch manchmal mit dem
26 Knie, das geht nur auf kurze Distanz. Lange Distanz eh um richtig effektiv zu sein nur
27 mit Schießen. Ehm und dann kommt das Moment dazu, nach einer Viertelstunde (.)
28 sind sie dankbar (.) für eine Pause. Sind so k.o., werden die Bälle an die Seite gelegt
29 und die legen sich dann im Kreis typischerweise und dann haben wirklich mal und das
30 ist das Schöne, auf diese Weise zu arbeiten mit eh Bewegung, weil man auf diese
31 Weise physiologisch schon ein bisschen ne Bereitschaft herstellt zum Entspannen. So
32 nach dem Motto urgh jetzt könnte ich es aber gebrauchen. So. Und das kann man
33 dann tatsächlich auch für diese Menschen, die das normalerweise nicht machen
34 würden, kann man sagen ok, (.) jetzt können wir es mal gut gebrauchen, einfach still
35 liegen und wer schafft es denn überhaupt keinen Mucks von sich zu geben? Also
36 einfach nur diese Selbstbeherrschungsübung, ist noch nicht Entspannung, sondern

1 Selbstbeherrschungsübung, sich an die Regel halten die anderen nicht zu stören, aber
2 dann doch so zunehmend einfach zu entspannen. Langsam einzuatmen, auszuatmen,
3 da braucht's ein bisschen Vorbereitung bis sich das so weit/. Ist für die Jungs natürlich
4 Pippikram, ne. Da müssen sie erst hingeführt werden. Deswegen ist aber gut wenn
5 man das kombinieren kann mit anstrengenden Bewegungsspielen, dass so ein
6 bisschen physiologisch dann ist urgh man nicht schlecht mal auszusteigen. Hat auch
7 seine zwei Seiten, die Hyperaktiven bleiben hyperaktiv. Eh die können nicht
8 entspannen. Da muss man dann besondere Maßnahmen, die kann ich dann auch nur
9 für/, muss ich machmal rausnehmen und sagen ok, wenn du jetzt nur sitzen kannst,
10 dann setz dich, kannst machen (.) aber dann auf diese Weise doch zu belohnen wenn
11 sie wenigstens kurzzeitig sich da umstellen können.

12 I: Hm.

13 E: [erneuter Raumwechsel] Ja, unsere kleine Halle,
14 auch interessant für die Suchtpatienten, hier haben wir das größte Trampolin, haben
15 wir jetzt gerade für's Wochenende halt mit Matten belegt, für die Kurzen,
16 Krabbelkinder, die sind natürlich auch dankbar auch für die Höhlen, die sie hier finden.
17 Für die Klettermöglichkeiten, die sie hier finden, eh der Gebrauch dieser eh Angebote
18 ist unterschiedlich, je jünger die Kinder sind umso mehr sind es für die interessante
19 Herausforderungen, (.) und je älter sie sind umso schneller haben sie eh klar wie es
20 geht, und nutzen es gerne als Hindernisse für Geschwindigkeitsaufgaben.

21 I: Hm.

22 E: Von daher ist
23 die Nutzung recht unterschiedlich.

24 I: Ok.

25 E: Ehm für die Suchtpatienten auch hier interessant, gut
26 haben wir natürlich auch so Leute, die ihre Kniebeugen und Hantelgeschichten
27 machen, gerne schon mal klettern, klettern können wir aber auch in Spiele einbinden,
28 dann haben wir welche die Springen nach ner bestimmten Regel, eh welche die
29 versuchen zu klettern, und die Springer – hier ist noch ne Matte dazwischen – und die
30 Springer versuchen dann die Kletterer abzutreffen, während die versuchen möglichst
31 schnell zu verschwinden und sich dann einen „ich-hab's-geschafft eh -Streifen da
32 anzumalen, oder unterschiedliche Abwurfspiele, hier haben wir 2, die die Bälle nach
33 oben transportieren, von oben die Personen, die Trampolinspringer die aber ein
34 Stückchen geschützt durch ne Matte sind abzutreffen und so weiter. Also sehr
35 unterschiedlich spannend. Das hier ist eine prima Schaukel eh in der 2 wie im

1 Kettenkarussell umeinander schaukeln können, aber häufig legen wir zwei kleine
2 Matten ein, die stehen da hinter den Kästen, dann ist es eine wunderbare
3 Entspannungsschaukel.

4 I: Hm.

5 E: Und die Kurzen machen nicht so gerne auf Entspannung, die
6 wollen lieber Turbo, aber wirklich abenteuerlich, während wir für die - gerade auch für
7 die jungen Damen - eher dieser Aspekt der Entspannung auch mal gut ist. Und dann
8 im Wechsel zwischen Trampolin entspannen ist gut, dazu kommt ein Abenteueraspekt:
9 von der Treppe, von der eh Bank aus, kann man sich da in die Gurte entsprechend
10 eingestellte – wir können das variieren - hineinsetzen und hier quer durchschaukeln
11 und die Spitze ist von da oben einzusteigen und dann bis hierher durch die ganze Halle
12 zu düsen. Boar, das ist richtig (..) ja/ das ist Adrenalin. Das sind dann so, also diese
13 Adrenalingeschichten, diese Kicks, die bedienen wir schon auch. Versuchen es aber
14 so zu machen, dass sie tatsächlich die Grenze klar kriegen. Also wo es nicht mehr
15 verantwortbar, lass die Finger davon, mach das bitte nicht, (..) eh nur abspringen, wenn
16 definitiv der Raum da ist, der Platz frei ist, also wirklich diesen Achtsamkeitsfaktor,
17 Behutsamkeitsfaktor, Verantwortlichkeit, versuchen wir auf diese Weise mit zu sichern.

18 I:
19 Ist ja auch ganz wichtig seine eigenen Grenzen (..)

20 E: Ja.

21 I: auszutesten

22 E: Genau.

23 I: und dann auch
24 festzustellen.

25 E: Ja, ist aber eines der Themen, die natürlich genau in dieser Klientel
26 vorhanden sind, grad die Jungs ne, Cracks wie se so sind, aber ohne Rücksicht auf
27 Verluste und mit Selbstgefährdungspotenzial ganz eindeutig.(..) Einige haben ja auch
28 etliche Macken (..) davongetragen. (..) Ja dann haben wir auch mal so Spielchen hier,
29 wer kann die höchsten Punkte kleben? Das ist durchaus gefährlich, also darf man
30 nichts falsch machen, wenn man hier hochspringt und da oben anklebt, wenn man sich
31 zu weit abdrückt, dann geht's nach hier, (..) wenn man zu nah drangeht, kann man sich
32 die Nase schubsen, ist aber noch nie was passiert, also das darf man im
33 Trampolinlehrgang natürlich nicht wirklich vermitteln. Eh bis hin zur Decke, können sie
34 gucken. Da komm ich nicht hin, bin ich zu kurz für, aber da haben wir denn manchmal

1 diese Athleten eh lang gestreckt, gut koordiniert, die machen denn sowas. Die springen
2 dann auch schon mal einen doppelten Salto oder so Dinge. Tolle Sachen. [lacht] Ja
3 das ist dann schon auch, finde ich, ein Lustgewinn denen zuzugucken und zu sehen
4 wie denen das Spaß macht. Also wirklich einfach so in ihren, ihren Kompetenzen
5 finden und es eben auch als sehr lustbetont umsetzen und angenehm empfinden. (...)
6 Ja das hab ich vorhin nicht erwähnt. Da haben wir in der Rehastation haben wir
7 Männer und Frauen getrennt. (..)

8 I: Ok.

9 E: In den drei Wochen Entgiftung sind die zusammen,
10 aber im anderen sind sie getrennt. Genau. Die kommen dann auch mal zusammen.
11 Auch mal son Ballerspiel, wenn wir die Klientel haben wo es passt und haben eine
12 Phase da wird dann auch gefragt: habt ihr nicht Lust und eh wenn die das dann
13 machen, dann gibt es eben auch mal eh Spiele eh gemischtgeschlechtlich (.) gestaltet.
14 A/ vom Prinzip her getrennt, das haben wir in den anderen Gruppen so im
15 Kinderbereich haben wir gelegentliche (.) zweigeschlechtliche Gruppen, so 10, Alter
16 10, und im jugendlichen Bereich haben wir die Geschlechter getrennt. Typischerweise.
17 Machen wir manchmal was zusammen aber im Prinzip getrennt. (.) Ja ich halte es für
18 ganz wichtig für die Identitätsbildung, dass da auch geschlechtshomogene Gruppen
19 sein können und dass die Mädchen nicht immer machen müssen, was die Jungs
20 wollen und ähnlich verschieden finde ich schon ganz passend.

21 I: Beides wichtig.

22 E: Ja, ist beides wichtig, dazu
23 muss man allerdings auch sagen: wir haben inzwischen im Normalbetrieb
24 Kurzaufenthalte, ne, die kurzzeitig, als ich anfang hatten einen Schnitt von 200
25 Tagen, jetzt sind wir bei 36.

26 I: Oh.

27 E: Was bedeutet wir haben mit unseren 6 Stellen im letzten
28 Jahr 1130 Patienten gesehen. (...) Ja das sind so die Rahmenbedingungen. Wir sind
29 allerdings noch gekoppelt mit einem Psychomotorikverein, der sind wir selber. Das
30 heißt also wir haben in [REDACTED] und Umgebung auch Psychomotorikgruppen. Sind wir
31 jetzt ein bisschen zurückgegangen, wir waren mal über 1000, haben jetzt noch 820
32 Kinder in ja 35 (.) eh überwiegend eh (.) Honorarkräfte als Mitarbeiter, sodass wir ein
33 durchaus großes Psychomotorikangebot auch noch außerhalb der Klinik hier.

34 I: Und auch
35 gut ausgestattet, oder?

1 E: Das ist verschieden, einige Gruppen sind hier, heute Nachmittag
2 kommen noch mal Gruppen 2 Stunden hier in diese Hallen, morgen früh haben wir von
3 8.00 – 12.00 Uhr, [REDACTED] heißt der Verein, [REDACTED] hier drin. Aber ansonsten
4 in den typischen Turnhallen, aber schon mit einer spezifischen Ausstattung, also
5 Trampoline von der Größe dahinten haben wir in jeder unserer Psychomotorikhallen,
6 wo wir tätig sind und natürlich ein paar psychomotorische Materialien: Rollbretter,
7 Pedalos, was man als Psychomotoriker so gerne hat.

8 I: [lacht] Was eigentlich nicht fehlen
9 darf.

10 E: Ja. (.) Ja und eben auch ein bisschen Spezifisches. Dass man an der Turnhalle
11 erkennt, ah da sind auch Psychomotoriker drin. Obwohl sich das geändert hat, es gibt
12 inzwischen viele Turnhallen mit guten Ausstattungen, die all die Sachen, Rollbretter
13 und so weiter angeschafft haben, Ausnahmen sind noch City-Roller (.) und die eh
14 Trampoline, da sind wir auch die, die sie am regelmäßigsten einsetzen. Das ist so
15 diese Größe, wie sie da sehen.

16 I: Hm.

17 E: [erneuter Raumwechsel] So, das ist unsere Airtramp-
18 Halle,

19 I: Das füllt das ja ganz aus.

20 E: bis dahin und dann nutzen wir einfach die Trampoline
21 dazu und das ist schon immer wieder fantastisch. Ich hab inzwischen mit Airtramp in
22 über na ca. 25 Schulen Lehrgänge gemacht, jetzt fange ich gerade in der Nähe, 30
23 Kilometer weg von hier, die haben über ein Förderprojekt 2 Airtramps gekauft, und da
24 gibt's eins für 4 Schulen, die haben sich zusammengeschlossen haben. Ist für Schulen
25 auch hervorragend. Ich hab heute morgen im westdeutschen Rundfunk ne Debatte
26 über die weiter abnehmende Schwimmfähigkeit der Grundschulkinder und der
27 Prozentsatz wird ja immer größer von denen, die nicht schwimmen können, was dabei
28 vergessen wird, und das nehm ich auch als Argument für son Airtramp, was vergessen
29 wird ist, eh auf der einen Seite werden die Möglichkeiten immer knapper, weil es
30 Schließungen gibt, aber was nicht beachtet wird, ist die Kinder brauchen heute länger
31 zum schwimmen lernen als früher. Weil die koordinativen Voraussetzungen nicht da
32 sind. Wer es früher vielleicht mit zehn Stunden schaffte, der braucht heute 15 / 16. Wir
33 haben 2 Faktoren, die negativ wirken: es gibt weniger Möglichkeiten, aber auf der
34 anderen Seite bräuchten sie mehr Bewegungsmöglichkeiten. Und da kann man mit
35 solchen Dingen, die so gut die Koordination fördern eigentlich die Basis verbessern.

- 1 Das wird zu wenig beachtet. Ja diese Halle, ich überlege gerade, ob ich nicht ganz
2 schnell ein Foto finde, dann kann ich ihnen zeigen, wie wir die zu ner
3 Bewegungslandschaft umgestalten. Das ist dann auch fantastisch. Ja wir haben hier
4 den Vorteil: das sind unsere Therapieräume, da kommt niemand anderes rein. Wir
5 haben ein paar [REDACTED]-Stunden, ok, aber hier kommt zum Beispiel kein Sportverein
6 rein, und das hier ist jetzt nicht korrekt, wenn die letzte Kollegin geht, dann muss halt
7 ein bisschen zusammengepackt werden, die Matten hoch, weil die Putzfrau putzen
8 können sollte. Aber ansonsten können wir das festlegen. Die Stationen haben auch
9 keinen Zugang,
- 10 I: Kann das einer alleine bedienen, oder muss man das zu zweit?
- 11 E: Aufbauhen
12 ja – abbauen nicht. Das heißt hier für's/ wir haben es uns einfach gemacht, wenn ich
13 heute Abend hier rausgehe, dann ziehe ich die Enden so zusammen, wie bei einer
14 Serviette wie es geht, dann bleibt hier ein Teil übrig und ringsum ist frei. In den Schulen
15 ist es so, eh da haben wir einen etwas leichteren Stoff, deshalb steht auch das
16 Gebläse auch da draußen im Flur. Ehm das kann ich auch ganz alleine aufbauen,
17 innerhalb von zwölf Minuten: Geh in den Geräteraum, pack den Wagen an, fahr ihn in
18 die Halle, roll das aufgerollte wie so ne Schnecke aufgerollte Airtramp runter, es bleibt
19 üblicherweise am Motor, das heißt das muss ich nicht extra dranfuddeln und eh drücke
20 drauf und in fünf Minuten ist der aufgeblasen, also insgesamt in 12 Minuten ist das
21 Ding [.] fertig.
- 22 I: Mhm.
- 23 E: Abräumen geht auch so schnell aber das schafft man nicht allein.[.]
- 24 I: Mhm.
- 25 E: Das
26 haben wir allerdings so, mit diesem gleichem Maß, größer machen wir's nicht, weil das
27 hier ist ein Maß, wie es hier passt. 8 mal 14 Meter. (.) Das hat sich aber zufällig,
28 wirklich zufällig als Idealmaß für Schulklassen erwiesen.
- 29 I: Hm.
- 30 E: Weil (.) Es ist ne Größe, in
31 der man mit ner ganzen Schulklasse noch draufgehen kann.
- 32 I: Mhm.

- 1 E: Muss nicht, weil wenn man
2 Hase und Jäger spielt, hat man die Hasen oben drauf, die Jäger nebenan. Aber man
3 kann auch mit allen Spiele darauf machen, und insofern freut man sich über jeden
4 Meter Platz, den man hat, aber wir sind damit gleichzeitig an einer Grenze. Es sind ja
5 überwiegend Frauen, in den Grundschulen, eh dass man es noch bewältigen kann
6 vom Gewicht her.
- 7 I: Ok.
- 8 E: So, und dann ist es jetzt genau mit 8 mal 14 Meter schön mit Platz,
9 aber jetzt keinen Meter mehr, und dann kann ich's aber auch mit Erstklässlern
10 zusammenräumen. Da stellen mer uns/ (.) die können sich eben umziehen,
11 zurückkommen, derzeit ist die Luft raus (.) in fünf Minuten, dann stellen wir uns alle an
12 die Reihe und liegen die Meter für Meter zusammen, und zum Schluss, gibt's ja nicht
13 mehr mit Schneeballwalzen, was wir früher gemacht haben, also die, die
14 Schneewalzen, sondern dann wird das Luftkissen als Walze zusammengerollt und auf
15 den Wagen gerollt und fertig ist die Kiste.
- 16 I: Mhm.
- 17 E: Wenn mans kann, geht's auch in 12, na
18 maximal 15 Minuten. (.) Damit ist das Ding (.) hervorragend geeignet.
- 19 I: Und sichern Sie
20 das außen rum jetzt auch noch?
- 21 E: Nee, tun wir nicht. Ehm, das hat so am Rand, das ist die
22 letzte Reihe, ist das so ein bisschen wulstmäßig, sodass man den Rand erkennen
23 kann.
- 24 I: Ok.
- 25 E: Selten fällt mal jemand runter, aber ernsthafte Verletzungen sind mir (.) nicht
26 bekannt. Ich hab alle Schulen gebeten mir Unfallmeldungen zu geben. (.) Mir sind nur
27 zwei (.) zu Ohren gekommen, einmal ist tatsächlich ein Kind runtergefallen und hat sich
28 den Arm gebrochen ich weiß allerdings nicht genau, wie es passiert ist, insofern weiß
29 ich's nicht, einen Unfall hab ich selber mal beobachtet (..) m/ da haben in der
30 Anfangsphase, hat einer eben ne Rolle vorwärts gemacht, sollte er natürlich nicht, mit
31 Gegenverkehr und hat sich mim Mund ans Knie geschlagen. Und hat sich zwei neue,
32 bleibende Zähne ausgeschlagen. Ah (.) das tut mir ja richtig; tut dem Beobachter ja
33 weh. Aber das is dann so, aber an bestimmten Stellen, kann man halt nichts machen.

- 1 I:
2 Mhm.
- 3 E: Und da nützt auch nichts, wenn man sagt (..) konnte/ durfte nicht; aber die
4 Unfallrate am Trampolin oder am Airtramp ist wirklich sehr gering, auf dem Schulhof,
5 passiert sehr viel mehr. Natürlich muss man wissen, wie`s, wie man damit umgeht,
6 aber dafür mach ich dann Einführungsveranstaltungen, damit die nicht einfach so (..) äh
7 und denken es ist nur ne Hüpfburg.
- 8 I: Mhm.
- 9 E: Und das Gefährliche an den Rundtrampolinen, die
10 in den Gärten stehen, ist eben das Unstrukturierte. Wenn dann die Kinder anfangen
11 Dönekes zu machen (..) Ein gesundes Kind gefährdet sich eigentlich nicht, da passiert
12 nichts. Aber dann sind die zu mehreren drauf, zu dritt, viert, fünft, da kann man schon
13 nicht mehr kontrollieren. (..) Und schwierig wird`s halt, wenn`s um Kaspereien geht. Da
14 wird`s dann gefährlich.
- 15 I: Mhm.
- 16 E: Da ist dann oft eben keiner, der ein bisschen strukturierend
17 eingreift.
- 18 I: Mhm.
- 19 E: Ich hoffe es bleibt so auf diesem Level und nicht, dass es geht wie bei den
20 Absprung-Trampolinen, die waren über etliche Jahre verboten, weil zu viele Unfälle
21 passiert sind.
- 22 I: Ok.
- 23 E: Und insofern is es auch falsch, eh man darf im (..) Trampolin (..) eigentlich,
24 ja Trampoline sind gefährliche Geräte, aber sind hervorragend für die Förderung. (..)
25 Man darfs aber nicht den Geräten zuschreiben, man muss halt damit umgehen lernen.
- 26 I:
27 Mhm.
- 28 E: Soviel Verantwortung sollten eigentlich alle entwickeln (....) [gehen aus dem Raum
29 hinaus]
- 30 I: Wenn jemand krank ist übernimmt auch kein anderer die Therapie, sondern/
31 E: Jetzt
32 habe ich am Anfang nicht verstanden.

1 I: Wenn jemand krank ist von den Therapeuten
2 übernimmt/

3 E: Ja, doch. (.) ehm, typischerweise schon. (..) Hat so seine zwei Seiten. (.) Wenn
4 klar ist, dass jemand eine Woche oder 14 Tage krank ist, ist eigentlich kein Thema, mal
5 die eine oder andere Stunde zu vertreten (..), ist manchmal interessant, weil die Kinder
6 ein neues Gesicht interessant finden,

7 I: Mhm.

8 E: Mit unterschiedlichen Effekten, die Einen
9 probieren halt was sie machen können, und die anderen eh (.) ja kommen eigentlich
10 eher freundlich und sind braver als sonst (.) bei der neuen Person, aber wir haben
11 dann doch häufig Effekte, dass ich manchmal zweifel, ob das jetzt Sinn gemacht hat,
12 weil die Anpassungsprozesse manchmal einfach schwierig sind.

13 I: Mhm.

14 E: Gerade diese Kinder
15 sind oft sehr sensibel gegenüber Veränderungen. Die vertragen sich nicht gut. Und
16 dann ist es unterm Strich eh sag ich manchmal, eh/ das war jetzt, jetzt hatten wir
17 eigentlich keinen Gewinn. Da gabs so viele eh Differenzen, Diskrepanzen aufgrund der
18 Neuheit der Situation, (.) was unterm Strich nicht wirklich was Positives war, ja gut,
19 bewegt haben sie sich, war dann aber auch alles. (.) Also, wir vertreten, im Prinzip, so
20 gut wir können, aber es ist nicht immer wirklich *mh* sinnvoll.

21 I: Ok.

22 E: Und das wird halt (.) auch
23 eh, bei der Organisation insgesamt typischerweise nicht bedacht. Es geht nur darum
24 Therapeuteneinheiten und Therapieeinheiten zu sammeln.

25 I: Mhm.

26 E: Das ist ja was, was sie im
27 Rehabereich [unverständlich] finden; In der somatischen Reha, eh was ich da so von
28 Bekannten hör, das ist völlig uninteressant, ob ihm das jetzt hilft oder nicht. Es geht
29 darum, dass sie mit möglichst vielen Personen in einer (.) in einem Raum zur gleichen
30 Zeit sind, damit intensiv abgerechnet werden kann. Ob das individuell für sie passt
31 oder nicht interessiert kein Schwein. Also weitgehend ist Reha nicht unbedingt positiv
32 individuell, individuell zugeschnitten, sondern da geht's halt durch. Und, der (.) Anspruch
33 dahingehend ist eher der zu sagen also 0-8-15 Einheiten durchhalten. Und eh (.) im
34 diagnostischen Bereich, da bin ich nicht immer so einverstanden, weil da ganz viel

1 Diagnostik gemacht wird, nimmt ganz viel Zeit, (.) ich sehe immer auch den Aufwand,
2 der für die Familien dahinter steckt (.) hinter jedem Termin. Die haben dann vier
3 Nachmittage, wo sie alles umorganisieren müssen um hierher zu kommen und eh (.)
4 dann ist es manchmal nach meinem Dafürhalten zu viel des Guten mit zu viel
5 Redundanzen. Also, ich, ich übertreib jetzt mal, aber ich muss keine vier
6 Menschzeichnungen anfertigen lassen. (.) So, da guckt der Eine hier, der Andere da,
7 der Dritte dort, und das überschneidet sich manchmal, also (.) da haben wir dann so
8 ein bisschen das mechanistische Prinzip, ich sag immer „großes Blutbild“. Man kommt
9 in ne Klinik, Blutabnahme, großes Blutbild. So, und dann wird an den einzelnen Werten
10 interpretiert, was manchmal überhaupt nicht stimmt, (.) da sind Werte abweichend, und
11 die werden dann überinterpretiert, weil sie eigentlich nur interpretiert werden dürfen im
12 Gesamtzusammenhang. Da kann ein auffälliger Einzelwert völlig irrelevant sein für
13 bestimmte Menschen und so ist es hier ja eigentlich auch. Und da werden Patienten
14 angemeldet und dann heißt es „großes Blutbild“. Alles, was wir können, wird halt
15 durchgenudelt. (.) Sie sehen auch nach 40 Jahren, hab ich mir meine Kritikfähigkeit
16 bewahrt. (...) [gehen in sein Büro] Bin aber nicht unzufrieden, das hier war der beste
17 Job im Haus.

18 I: [Lacht]

19 E: Möchte mit niemand tauschen, (.) meine Kollegen auch nicht. (.)
20 [leise] muss mal eben gucken/

21 I: Und Sie selber hier machen aber keine Diagnostik
22 mehr?

23 E: Doch.

24 I: Doch.

25 E: Ja, hab ich heute Mittag, bevor Sie gekommen sind

26 I: Und auch immer wieder? Der Sinn ist begleiten und gucken: gibt's Veränderung?
27 Oder was ist der Sinn?

28 E: *Ehm* (.) ja, ist unterschiedlich. Also Diagnostik, ehm wir hatten
29 früher [REDACTED] wars so, dass die Patienten zunächst mal zur Diagnostik
30 gemeldet wurden. Weil das eigentlich joa dieses medizinisch therapeutische
31 Verständnis erst Diagnose und dann die Therapie.

32 I: Mhm.

1 E: Mag zunächst einleuchten. (.) Ehm,
 2 dann hat es aber dazu geführt, wir hatten Wartezeiten bis die ihren Diagnostiktermin
 3 bekamen und dann hat sich so ein bisschen eingeschlichen (.) es ist nachvollziehbar (.)
 4 je eh schlechter der Motorik-Quotient als Ergebnis einer Moto-Diagnostik aussieht um
 5 so höher die Wahrscheinlichkeit, dass man sagt „Okay, der braucht Bewegung (.)
 6 Speziell Psychomotorik“. Damit gerät man aber so auf ne Schiene/, dazu muss ich
 7 sagen: Wir haben seit Jahrzehnten, und letzten Jahren ganz schlimm, eh ne hohe
 8 Fluktuation bei den Therapeuten, insbesondere bei den Ärzten. Das heißt, wir haben
 9 ständig Neulinge. Und die werden auch nicht richtig eingeführt, man muss halt für/ ja
 10 seit 40 Jahren immer wieder das kleine Einmaleins beten, was wir da eigentlich so tun
 11 [unverständlich] und so weiter. Heißt aber, es gibt immer mehr mechanistische
 12 Zuweisungen, weil die neuen Leute gar nicht wissen, worum es eigentlich geht. Man
 13 muss ihnen schon sagen wo's lang geht und eh (.) was längsschnittig dazu führen
 14 würde, dass wir als Psychomotorikindikation, ich sag immer in Führungszeichen
 15 „eher so in die Körperbehindertenrichtung abdriften.“ Also, je klarer eine ein
 16 motorisches Defizit belegt wird, umso höher die Wahrscheinlichkeit und die
 17 Selbstverständlichkeit, dass der natürlich in die motorische, sprich psychomotorische
 18 Förderung muss. Nur die Psychomotorik hat andere Ziele, selbstverständlich denen zu
 19 helfen, klarer Fall, haben auch tolle Möglichkeiten, aber (.) Persönlichkeits- eh
 20 Stabilisierung und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, Sozialkompetenzen und
 21 all diese Ziele, die wir auch beim wirklich gut koordinierten, sportlichen, jungen
 22 Menschen über die Psychomotorik anbieten, die würden wir mit dieser Indikation
 23 natürlich überhaupt nicht erfassen. Deswegen habe ich gesagt „Lass uns das anders
 24 machen“ ehm konzeptionell (.) ehm, nehmen wir die Kinder alle obligatorisch in die
 25 Diagnostik. Weil: (.) ehm die Bedeutung der Motorik im Kindesalter halt noch ne nicht
 26 unerheblich ist, das sollte man einfach nicht übersehen, (.) haben das aber nicht mehr
 27 als Eintrittskriterium für die psychomotorische Behandlung definiert, sondern
 28 unabhängig von ihrem motorischen Status kriegen die ne, aus konzeptionellen
 29 Gründen ne Psychomotorikindikation, weil: Psychomotorik im Kindesalter ist gut.
 30 Punkt.

31 I: [Schmunzelt]

32 E: Und dann tüfteln wir eben auseinander: Wer ist mit seiner Thematik in welcher
 33 Gruppe am besten aufgehoben. Und dann machen wir begleitend irgendwo die
 34 Diagnostik. Das ist durchaus interessant, weil es sich nicht immer mit den anderen
 35 Beobachtungen deckt. (.) Also, spannend ist es, ehm, ja ich habe den Jungen heute
 36 Morgen gesehen, die Kollegin hat da schon so einen Verdacht geäußert, dass er
 37 neurologisch auffällig wäre; die Neurologin hat ihn untersucht und nicht äh nicht

1 neurologisch auffällig gefunden. Ich habe ihn mir angeguckt. Dieses arme Kerlchen hat
2 ne echte zentrale Koordinationsstörung. Ganz viel kann der nicht mehr, der hat ganz
3 viele Mit-Bewegungen, für die er nichts kann (.) eh, wirkt auf mich auch kognitiv
4 beeinträchtigt. Das sind dann so Hypothesen, die ich formuliere. Also, von daher
5 spannend (.) und äh wichtig, weil man so einem Kind natürlich dann anders begegnen
6 kann, weil ganz klar ist: der kann einfach nicht.

7 I: Mhm.

8 E: So, wenn der sich eben mal
9 rauszieht oder dort mal aggressiv ist und hat das hat einfach nen anderen Hintergrund,
10 der kann einfach nicht. Also was muss ich ihm anbieten? (.) Ehm oder wenn es um
11 weitere Beratung geht, was braucht son Kind, dann ist Diagnostik schon hilfreich, weil
12 sie einem doch en bisschen, wie mit ner Lupe nen anderen Blick nochmal auf ein Kind
13 ermöglicht, als man sie im Alltagsgeschehen hat. Und um Bewegungsverhalten auf em
14 Airtramp zu (.) eh bewerten, das können wir auch gut, weil wir viel Erfahrung haben,
15 gehört aber eben doch ne Menge auch Kenntnis dazu. Trampolin-Diagnostik, Airtramp-
16 Diagnostik, auch der Streifen, wenn Sie sich den angucken, der kleine Trailer, eh, da
17 können wir auch relativ leicht vier, fünf aus der Gauss 'schen Normalverteilung vier,
18 fünf eh Kinder an jedem Ende der gut koordinierten und der koordinationschwachen,
19 können wir ohne weiteres erkennen. Ne?

20 I: Mhm.

21 E: Das sind meistens, die etwas dickeren,
22 behäbigen, die schneller hinfallen oder eben halt die Geschickten, die eh harmonisch
23 aussehen, kann man ohne weiteres motoskopisch einfach so sehen. Immer nur als
24 Hypothese. Aber, in vielen Fällen eh ist es durchaus spannend und eh gewinnbringend
25 für die Erkenntnis tatsächlich in solchen Einzelsituationen die Kinder nochmal
26 anzugucken.

27 I: Und für die Finanzierung müssen sie aber da nichts nachweisen?

28 E: Nein, das
29 hat mit der Finanzierung nix zu tun, (.) eh, wir haben die Diagnostik im Ambulanz-
30 bereich als Teil Bestandteil der Gesamtdiagnostik, da ist natürlich insofern interessant
31 was machen wir für Empfehlungen und eh, da machen wir natürlich häufig auch
32 Psychomotorikempfehlungen. Manchmal stationär, wir haben hier seitens der Klinik eh
33 nachmittags ambulante Psychomotorikgruppen, die also nur für die Psychomotorik
34 hierherkommen, die kommen zweimal die Woche, und wir haben auch
35 [REDACTED], die kommen einmal in der Woche. [REDACTED] ist eher präventiv tätig,

1 soweit die Theorie, funktioniert nicht immer, weil die eh wohnungsnahen Angebote in
2 den Turnhallen eh (.) sind den Leuten natürlich lieber, auch bei der entsprechenden
3 Indikation können oder wollen nicht alle hier von dem [REDACTED] Westen in den [REDACTED]
4 Osten fahren. Da manchmal Kinder *die* nicht unbedingt da sein sollten. Aber wo wir
5 dann einfach gucken, ist vielleicht besser, als gar nichts.

6 I: Hm.

7 E: das Angebot. [zeigt auf
8 seinen Bildschirm] Ach hier ist zum Beispiel ein Luftkissenberg. (..) eh, da sind wir
9 gerade gewesen, und dann haben wir/ dann legen wir die die Turnbänke in die
10 Sprossenwand ein, (..) und wenn man weiß wie es geht, dann wickelt sich das hier
11 nämlich von ganz alleine auf. Bis da oben hin, ist ein wahnsinniges Abenteuer, [REDACTED]
12 ist ja Flachland, [REDACTED] auch, (..) eh [lacht]

13 I: Ja stimmt.

14 E: [sucht in seinem Computer nach
15 Bildern] Ja das zum Beispiel ist/ jedes Jahr ist die Bewegungslandschaft anders, richtig
16 toll, macht richtig viel Spaß, verschiedene Trampoline, hier eh ne ganz tolle
17 Wackelgeschichte, eh wo man denn auch mal vom Trampolin reinspringen kann, also
18 richtig abenteuerlich.

19 I: Die kommen aber da rein in den Raum und die
20 Bewegungslandschaft ist fertig

21 E: Ja. (..) Die Bewegungslandschaft ist fertig, sie wird
22 natürlich an bestimmten Stellen mal ein bisschen umgebaut, (..) wenn wir kleinere
23 haben eh wird auch mal ein Bereich gesperrt,

24 I: Hm.

25 E: auch hier gilt, was ich vorhin sagte, die
26 Kleinen, für die Kleinen ist ganz viel Abenteuer. Was kann ich schon? Wo traue ich mich
27 schon? Auch in welche Höhen, und für die Großen, die nutzen natürlich irgendwann
28 sehr gerne als Hindernisbahn. Auch als Parcours, wer kann am schnellsten drüber,
29 fangen Spiele, Abwehrspiele, Versteckspiele natürlich. Hier haben wir Zusatzelemente,
30 diese Schaumstoffteile, die man sehr schön auch mit Teamaufgaben verbinden kann,
31 also eh welches Team schafft welche Wege (..) mit diesen Schaumstoffteilen oder Burg
32 erobern: wer kann unter bestimmten Regelwerken welche klauen oder abgetroffen zu
33 werden, hier die/ achso das ist noch ne kleine Rollbrettbahn, die ist ganz hübsch, eh
34 beim letzten Aufbau hatten wir diese Rollbrettbahn als Autobahn durch die ganze Halle

1 durchgebaut (..) da kann man/ zwei passten sehr schön, zwei hintereinander und ab
2 geht die Post. Ist ein tolles Foto. [lacht] (..) die Gletscherspalte (..)

3 I: Und

4 E: Ja.

5 I: sie sind mit
6 einem Therapeuten da nur.

7 E: Da sind wir typischerweise mit einem Therapeuten. Wir
8 haben allerdings in den letzten Jahren eh viele 2-Therapeuten-Modelle. (4) ich
9 schwank da ein bisschen, das lässt sich nicht so gut regulieren wann es unökonomisch
10 wird, aber man nimmt auch manchmal schon ne 5er-Gruppe mit 2 Therapeuten, wo ich
11 sage eh ist nicht wirklich nötig. Wenn man solche medialen Möglichkeiten hat, dann
12 kann man ganz viel auch allein machen. Also die Gruppenstärke für (..) ja einen
13 Therapeuten schwankt so zwischen 4-6 (..) so typischerweise. 3 macht keinen Sinn,
14 sind immer 2 gegen einen, so ne Gruppe ist eigentlich erst ab 4 als Gruppe sinnvoll,
15 haben aber häufiger Gruppen/ oder sie gehen auch mal zusammen, ehm (..) aber ich
16 über/ wenn wir gleich aum Plan gucken, sehen wir viele 2-Therapeutenmodelle. Teils
17 gemischtgeschlechtlich von Kollegen und teils monogeschlechtlich. Ist aber nicht
18 immer inhaltlich begründet, sondern wir sind tatsächlich aufgrund der Heraufsetzung
19 der Therapieeinheiten pro Kopf in Raumnöte geraten.(..) Also k/ können gar nicht
20 ausweichen. (..) Gefällt mir nicht. (..) Ja, hier diese Geschichte, natürlich auch sehr
21 spannend und das ist dann auch wirklich dieses rückwärts Herunterfallen bis hier unten
22 hin. Einige bei uns hier dann wirklich bis hier oben hin, um es richtig spannend zu
23 machen, [lacht] schon toll. Ja, mit Rückzugs-möglichkeiten, (..) also das ist einfach toll.
24 Und dann kann man auch nachvollziehen unser Bällebad ist nicht wie bei Ikea, ist ein
25 bisschen anders, (..) mit den Pezzibällen halt, (..) hier kann man dann auch in dieses
26 Schaumstoff- (..) bad hineinspringen,(..)

27 I: Könnte man als großer Mensch auch gerade
28 noch machen, oder? [lacht]

29 E: Natürlich. Ja. Und eh ja ich habe ja viele Seminare gemacht. Und
30 wenn ich dann so ne Seminargruppe so eine ganze Woche lang ist/
31 kennenlerne,[unverständlich] Eine Seminargruppe eine ganze Woche, die Menschen
32 gehen anders als sie gekommen sind. Einfach auch diese/ auch durchaus Ältere.
33 Wenn man dann sieht wie die sich aufrichten oder wie die strahlen. Und wie die
34 selbstbewusster sind. Und ich erinnere an eine Dame aus Österreich, deutlich über 50:

1 Oh, ich freue mich, wenn ich nach Hause komme, kann ich meiner Enkelin zeigen Oma
2 kann auch Sitzsalto auf dem Trampolin.

3 I: [lacht]

4 E: Nur als ein Beispiel. Also es ist wirklich so.
5 Dieses dieses intensive Selbsterleben auch in höherem Alter einfach wirklich so die
6 eingerostete Motorik wieder aufwecken und diese Erfolgserlebnisse. Das ist einfach/
7 und das finde ich das Tolle an unseren Möglichkeiten hier, wir fantasieren, wir
8 fabulieren ja nicht nur, sondern man kann es erlebbar machen. Man kann es selber
9 machen.

10 I: Und es gibt aber eigentlich keine Angebote für Erwachsene Menschen im
11 Suchtbereich wo die Psychomotorik angebunden ist. Ich habe ganz viele Kliniken
12 gesehen die für Kinder anbieten von suchtkranken Eltern aber direkt für Menschen mit
13 Suchterkrankungen gibt es eigentlich im Erwachsenenbereich

14 E: M/ Muss mal nach-
15 denken, m/ (..) in [REDACTED], könnte sein, dass die was haben, ach wie heißen die?
16 Muss ich drüber nachdenken (..) da war mal ein Motologe, da weiß ich aber nicht
17 genau, ob die suchtspezialisiert waren. (...) [REDACTED], habe ich so vage in Erinnerung.
18 Bin mir aber nicht sicher ob das eh eh eher ein Heim war oder ob das auch/

19 I: Wie
20 würden sie denn das einschätzen die Psychomotorik für ältere Menschen im
21 Suchtbereich speziell? Die Auswirkungen sind ja schon ähnlich nur dass das
22 Krankheitsbild deutlich ausgeprägter ist, würde ich meinen wenn sie so viele Jahre
23 abhängig waren.

24 E: Ja das ist richtig, aber da kommen wir natürlich in die
25 Überschneidungsatmosphäre zu Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Aber ich
26 denke was Psychomotorik ausmacht von der Intention her, ist tatsächlich intensiv
27 dieses Gemeinschaftliche sofern möglich, also Kommunikation ermöglichen und ja
28 Dinge einsetzen die ungewohnte Materialien wie Musik, dass man Dinge, und eh (..) ja
29 Dinge einsetzen, wie ungewohnte Materialien, wie Musik. Dass man Dinge auf diese
30 Weise ein bisschen anders gestaltet und auf diesen Beziehungsaspekt, sofern man
31 kann, Physiotherapeuten sind ja in einer Weise getaktet, wo man nicht viel von
32 Beziehungen sprechen kann, aber wenn man Zeiten und Räume schafft, dann ist das
33 eine Menge positiv und ist eigentlich ähnlich auch der Altenarbeit, wo ja Psychomotorik
34 so den Schwerpunkt Gott sei Dank hinlegt. Weil man eh ja mit Bewegungsgeschichten

1 auch sehr früh ansetzt und Leute eh Kontakt kriegen kann, kann sie motivieren, sie
2 mit Singspielchen und Fingerspielchen erinnern an irgendwas.

3 I: Das ist ja nicht mehr viel
4 Bewegung. Also es gibt ja durchaus jede Menge Menschen mit Suchterkrankungen
5 über die ganze Lebensspanne. Auch ich sage mal von 30 bis 50 oder 60. Für die wird
6 irgendwie nichts gemacht außer Entgiftung und Therapie. Es gibt schon auch
7 Sportangebote aber das was Psychomotorik ausmacht/

8 E: Das stimmt, das gibt es nicht.

9 I: Und
10 warum nicht?

11 E: (...) Ich weiß nicht wo die Psycho/ die Psychomotoriker sind ja
12 typischerweise eher noch, wo sie herkommen. Viele Erzieherinnen, Sportlehrer,(..)
13 unterschiedlich.

14 I: Kinder und Jugend. Ist das da so verhaftet, weil es da entstanden ist?

15 E: Ja.
16 Der Schwerpunkt liegt nach wie vor da, wobei er sich in den letzten Jahren halt auf die
17 Motogragorik auch ein Stückchen verlagert hat.

18 I: Gut dazwischen ist halt

19 E: haben wir
20 nicht, nee. Die da eh intensiver gearbeitet hat, ist die Ruth Haas, weiß ich nicht, die hat
21 auch ein Buch geschrieben,

22 I: Ja.

23 E: Hab den Titel jetzt nicht präsent, da sind, die hat über
24 viele Jahre in [REDACTED] in der Klinik, der psychiatrischen Klinik mit Erwachsenen
25 gearbeitet. Und ist ja seit etlichen etlichen Jahren Leitung des Bachelorstudiengangs
26 Psychomotorik in [REDACTED]. Es gibt ja in Psychomotorik die Fortbildungsschienen,
27 verschiedene, also Aktionskreis als ein Wesentlicher und der eh ähnlich groß die
28 Akademie in [REDACTED] (.) in [REDACTED] gibts noch den [REDACTED]
29 [REDACTED], das sind so die bekanntesten eigentlich. Da gibt es noch den Dr.
30 [REDACTED], in (..) weiß nicht genau wo. (..) irgendwo, wenn man nach Süden fährt. (...)
31 Das sind so die mir bekannten Fortbildungsanbieter und an Ausbildungen gibt es halt
32 die Motopäden, (..) eh seit 83 die Motologen nur in [REDACTED] und eh seit ich glaub
33 2015 oder ein bisschen eher, die Bachelormotologen, nur in [REDACTED]. Da kommen also

1 einige die Motopäden, (..) sind, und die haben ja schon ein Grundberuf und machen
2 eine lange Ausbildung und Grundberuf, was weiß ich Erzieherin plus ein Jahr Vollzeit
3 oder zwei Jahre begleitend Motopäde, dann plus , ich weiß gar nicht wie lange, 3 oder
4 4 Semester zum Bachelor in Emden. Da hat die [REDACTED] [REDACTED] aber keine Spezialisierung
5 auf das Mittelalter, sondern das ist ein interdisziplinärer Studiengang, da werden
6 parallel mit bestimmten einheitlichen Bausteinen eh Physio, Ergo und Motologen
7 ausgebildet. Die Motologen machen da natürlich ihren Schwerpunkt. Schwerpunkt-
8 abschluss. Aber Teile der Bausteine sind eh (.) übergreifend, schon auch spannend.
9 (..) Aber so weiß ich auch nicht so genau, im mittleren Bereich. Hängt vielleicht auch
10 mit den Versorgungsstrukturen zusammen (...) wird ja nicht so wirklich viel investiert.
11 (..) Das ist eher das Versorgen auf Sparflamme. (..)

12 I: Ja in dem Bereich halt ganz
13 besonders.

14 E: Ja. (..) Gut. Die Bewegungslandschaft haben wir dann typischerweise 10
15 Wochen hier.

16 I: Und in der Zeit gibt es dann kein Airtramp?

17 E: Manchmal, also über-
18 wiegend nicht, aber dann packen wir es schon mal in die Schulturnhalle, in die große.
19 (..) Eh wir sind damit vorsichtig, wir möchten da keine Begehrlichkeiten wecken. Das
20 möchten wir schon exklusiv behalten. [Raumwechsel zurück in das Besprechungs-
21 zimmer] Ja zu der Suchtstation muss ich natürlich noch erwähnen, dass die auch vom
22 pädagogisch-pflegerischen eh Dienst Freizeitsport betreiben. Also die gehen schon
23 auch mal in der Konstellation mit den Erzieherinnen hier in die Halle. Oder Freizeit-
24 sport, dann gehen sie auf den Bolzplatz da draußen. Also insofern ist das Bewegungs-
25 angebote schon etwas mehr als nur die Psychomotorik, aber das läuft nicht/, ja leider
26 unabgesprochen. Die machen ihren Teil und wir machen unseren Teil. Also unser Teil
27 läuft nicht/ also insoweit nicht unabgesprochen, weil da finden regelmäßige Besprech-
28 ungen mit dem Therapeuten statt und der Kollege geht dann zu dem Psychologen,
29 Psychotherapeuten eh da werden die mal kurz durchbesprochen. Also was haben wir
30 für einen Eindruck, wie geht's denn hier und es gibt Rückmeldungen, eh wie das aus
31 deren Sicht gesehen wird. Also gibt's Therapiefortschritte? Kommt er nicht voran? Was
32 ist zu erwarten? Was gibt es für weitergehende Maßnahmen? Was hat der Psycho-
33 motoriker für'n Tipp? Eh sollte er sich vielleicht in diese oder jene Sportart sich eh
34 intensiver reinbegeben? Oder Tipps, was sollte der vielleicht für'n Freizeitsport hier
35 machen, insofern gibt's da sowohl was die Motorik und den Sport anlangt Austausch,
36 als auch bedingt was die psychische Entwicklung angeht. Psychische und soziale. (.)

1 I: Und
2 nach der Entlassung haben sie aber jetzt nicht speziell noch psychomotorische
3 Unterstützung?

4 E: Nee, haben wir da nicht. Wobei man auch sehen muss die gehen ja
5 auch wieder in alle Winde. Also wir haben ja einen überregionalen Einzugsbereich und
6 dann sind die auch häufig weg. Weiter weg. Aber da weiß ich/, gut wir hatten einen, vor
7 dem jetzigen jungen Kollegen, hatten wir einen Kollegen, das war so ein richtiger
8 Muskelmann. Der hat auch Wert darauf gelegt. Eh (.) Motopäde, (.) und eh (.) ja das
9 war manchmal für mich als Chef nicht so leicht zu ertragen, wenn ich hörte, wie der,
10 nicht immer, aber manchmal rumschrie in der Halle, man hätte denken können, so wie
11 früher, wir sind aufem Kasernenhof. Hm, dachte ich mir, wenn da jetzt so ein Besucher
12 kommt und ich erzähle was von Psychomotorik, dann denkt der/ [schmunzelt]:
13 eigentlich sind wir hier in der Kaserne. (..) Und eh (.) ja ich habe meine Aufgabe als
14 Chef darin gesehen bei dem ein bisschen aufzupassen, eh dass es immer zu einer
15 günstigen Passung kommt. Das heißt: Menschen die zu diesem Konzept und zu dieser
16 Vorgehensweise passten, die konnten nichts Besseres haben. Also die fanden ihn so
17 toll und ich weiß wie der über Jahre kriegte der dennoch Ansichtskarten kriegte/ er war
18 dann/ ist dann leider an Krebs gestorben leider, (.) zwei Jahre später noch kriegte ich
19 en Anruf aus [REDACTED], eh ja ich möchte gern den [REDACTED] sprechen, ich will ihn mal
20 fragen, ob er nicht mein Boxtrainer werden will. So. Also, keiner von uns hat auf diese
21 Weise so eh quantitativ und intensiv Rückmeldungen bekommen von welchen die
22 gegangen sind, weil es war, wo es gepasst hat, da hatten die einfach soviel Autorität
23 und Struktur und (.) ja Selbstwertstärkung so nach dem Motto: Du musst. Ich glaube an
24 dich. Du musst auch an dich glauben. Setzt dir Ziele. Setzt die um. Du kannst das
25 erreichen was du erreichen willst. Musst es nur tun. Also insofern hatten die da sehr
26 klare eindrückliche Botschaften. Und ich sage mir immer wo's passt, es gibt auch Fälle
27 wo es nicht passt, da muss ich dann aufpassen, (.) ehm insofern ist für jeden wichtig,
28 dass er klar kriegt, wo ist eigentlich so meine Klientel? Wo kann ich am besten eh
29 Erfolge erreichen? Wo bin ich am besten aufgehoben, und das ist biografisch auch
30 nochmal unterschiedlich, mit 20 ist es mit unserer Klientel häufig - nicht immer – als mit
31 50 oder 60, (.) aber das sind Dinge, die sich eben auch im Laufe der persönlichen
32 Biografie verschieben können, und die sich auch verschieben dürfen, ist ja auch in
33 Ordnung, man muss nur wissen wo dann jeweils die Grenzen auch sind.

34 I: Und gibt es
35 Situationen wo Patienten jetzt nicht mit dem Therapeuten klarkommen und wo dann
36 schon Wechsel passieren, oder ist das

1 E: Ja das ist eine schwierige Entscheidung, aus
2 folgendem Grund: also es ist kein grundsätzliches Problem. Wir können das hier
3 besprechen und können sagen, also mit dem komme ich so überhaupt nicht zurecht.
4 (..) Mein es passt überhaupt nicht, kannst du nicht mal, oder ist es nicht in der Gruppe
5 günstiger? Das sind so Dinge die einfach so besprochen werden, auf der anderen
6 Seite zu gucken, ich kenne ja nun auch Beispiele, zunächst mal von der Haltung her ist
7 es völlig in Ordnung wenn ein Kind hier hereinkommt und den [REDACTED] sieht und
8 dem streuen sich die Nackenhaare und sagt, was ist das für einer. Das ist völlig in
9 Ordnung. Heißt aber nicht, dass wir überhaupt keine Chance haben. Sondern wir
10 können versuchen wie geht's denn mit uns beiden. Und da ist es ein bisschen
11 schwierig den passenden Zeitpunkt zu finden wann man es beendet. (..) Oder noch
12 länger zu warten bis es ein Schlüsselerlebnis, einen Knackpunkt gibt, bis dann anders
13 wird. Ich habe solche Schlüsselerlebnisse, Knackpunkte im positiven Sinne immer
14 wieder erlebt, und in anderen Fällen, wo ich feststellte wir kommen/ eh klar da hab ich
15 [drucksen] eh eh ne 15 nee 13 ist sie glaube ich erst. Wirkt älter. Traumatisiertes
16 Mädchen in der Ambulanz (..) und wir können nicht wir beide, ganz eindeutig. (..) Also
17 ich habe eine Menge versucht. Ehm ich kenne ihre Traumata gar nicht konkret, sie
18 wirkt sehr bockig, sehr widerspenstig, (..) hatte neulich auch mal rückgemeldet eh,
19 dass sie mal aus der Halle rausgehen musste, ich hatte ihr ein Federballspiel
20 angeboten, weil sie, also ihre Erzieherin hat gesagt sie kommt aus der Wohn-
21 gruppe, weil sie eh da son Flashback entwickelt habe, habe sie an ihren Vater erinnert,
22 also ganz negative Übertragungen. Und ich *spürte*, ich konnte es nicht verhindern, ich
23 spürte emotional ne Abwehr. (..) Die konnte ich nicht überwinden. Dann hat mir so,
24 wahrscheinlich gegenseitiges Übertragungsmodell, (..) nee es hat einfach gar keinen
25 Zweck, also eh an der Stelle hatte ich dann keine Hoffnung, ich bin mir trotzdem nicht
26 ganz sicher, ob es richtig ist. Also zunächst mal ist es (...) eh ich muss anders herum
27 gehen. Dann habe ich eh gedacht es hat keinen Zweck, (..) *wir* sollten uns lösen und
28 ich habe ihr dann als ich klar hatte ehm (..) also ich hatte als Einzeltherapie mit ihr
29 angefangen und war dann mit ihr in eine Mädchengruppe, die von einer Kollegin
30 geleitet wird gegangen. Weil sie hatte ne Sozialphobie, die sich so zum Beispiel
31 bemerkbar machte: im Flur kann sie sich locker unterhalten, dann weiß sie genau
32 hinter dieser Tür sind andere Jugendliche, und eh wenn ich die Tür aufmache, dann
33 geht nichts mehr. Also mutistisch alles verweigert. Und dann hatte ich sogar die
34 Möglichkeit gefunden son bisschen en Schritt in die Tür rein zu kriegen, und dann war
35 sie mit in der Gruppe und die Kollegin war krank, (..) und eh dann hab ich eine Stunde
36 insgesamt vertreten das lief dann nicht so ganz gut, mäßig aber nicht gut, und ehm
37 dann bin ich am nächsten Tag, wo das anstand, sie geht hier zur Schule, habe ich sie

1 drüben aufgesucht, hab gesagt: hör mal ich bin heute Nachmittag alleine, (.) Du kannst
2 entscheiden, ob du kommst oder nicht kommst. Dann j/ ist die an diesem Tag nicht
3 gekommen, an dem nächsten Vertretungstag auch nicht, fand ich völlig in Ordnung,
4 und dann war die Kollegin wieder da, und sie kam zur Kollegin, die mir jetzt berichtete,
5 dass sie tatsächlich endlich Schritte gemacht hat, wo sie sich ein bisschen löst, wo sie
6 sich schon mal auch ein bisschen beteiligt, schon immer mal widerspenstig, bockig
7 [drucksen] mit viel negativem Verhalten, wo ich mir sage: jou, da schafft sie es jetzt
8 vielleicht. U/ das schafft sie ohne mich, und ist völlig in Ordnung.

9 I: Hm.

10 E: Ob ich den Versuch
11 mal mache, muss ich mir überlegen, da nochmal in Beziehung zu treten, muss nicht
12 unbedingt sein, weil natürlich auch das Thema „Mann“ ist ja ein nicht gelöstes Thema
13 vermutlich, insofern kann man überlegen, ob man es noch mal auf diese Weise
14 versucht. Ich will nur damit deutlich machen ehm (.) das ist das Beispiel was mir
15 spontan einfällt, ist auch noch ein aktuelles Beispiel, wo ich gespürt habe, das habe ich
16 ganz selten, ich kann ganz viel annehmen, aber wo ich eh tatsächlich (.) ne innere
17 Abwehr gespürt hab, und da nee das hat keinen Sinn. Da bin ich nicht authentisch, das
18 geht einfach nicht. Und das ist okay (.) so. Und eh (.) ich freue mich, dass das
19 Mädchen da offenlegte, ich bin natürlich vorsichtig, weil eh, man kennt viele Rück-
20 schläge, und eh die Belegungsfaktoren sind ja multiple. Aber da finde ich´s erst mal
21 schön, dass die Kollegin, wie es [unverständlich] scheint, jetzt ein bisschen zu
22 kommen. Also insofern eh haben wir immer wieder mal die Möglichkeit und in vielen
23 anderen Fällen (.) ja, oder selbst Fälle, wo man bis zum Ende der Therapie so Zweifel
24 hat und sagt: M/, irgendwie nicht so wirklich. Und die kommen dann hinterher und
25 fragen: Wie geht's denn dem Herrn [REDACTED]? (..) Eh, also das checkt man nicht immer so
26 richtig ab.

27 I: Hm.

28 E: Man weiß nicht wirklich was in dem anderen vorgeht – vorgeht. [schmunzelt]
29 (..) Ja. Also insofern eh ist das so die Geschichte wo ich sage: man muss nicht gleich
30 aufgeben, (.) man muss es *wohl* eh selbstkritisch reflektieren. (.) Beobachten, und
31 dann muss man irgendwann gucken: gehts oder gehts nicht. N/ vielleicht ne
32 Entscheidung fällen zu sagen also ist nicht so das Optimale mit uns beiden.

33 I: Hm. Und
34 denken Sie, dass die Psychomotorik eine langfristige Wirkung hat über das

1 Therapieende hinaus? (..) Oder ist es wirklich nur eine Unterstützung in der Zeit wo sie
2 hier sind, um ihren Weg hoffentlich raus aus der Sucht zu finden?

3 E: (.) Das ist eine
4 schwierige Frage, das ist auch die Frage a) nach Nachhaltigkeit und b) nach Transfer,
5 (..) Transfer im Vorschulalter ist eher (..) leicht, weil wir die Rückmeldung dahingehend
6 erhalten: ah der traut sich jetzt auf den Spielplatz, da kann er schon alleine rutschen,
7 da möchte er schaukeln, er möchte auf die Kinder zugehen, so dann. Das macht alle
8 glücklich, ist gut. Je älter sie werden umso schwieriger umso weniger läuft etwas sehr
9 automatisch. Das heißt sie können hier ihre tollen Stunden haben, oder gerade auch
10 im jugendlichen Bereich und sie gehen raus und sind die gleichen Rotzbengel, wie
11 vorher auch. Ehm das heißt da kann man nur für Transfer zu sorgen versuchen durch
12 Reflexionsgespräche und durch Rückmeldungen aus dem Umfeld. Dass man konkret
13 abstimmt, was habt ihr denn heute im Sport gemacht. Wie ging's dir denn da? Hast du
14 mitgespielt? Hast du nicht mitgespielt? Hast du verloren? Wie ging's dir damit? Also
15 auf diese Weise kann man mit Gesprächen Transfermöglichkeiten versuchen und je
16 nach Problematik kommt man nicht darum herum, wenn es um Nachhaltigkeit geht,
17 das Umfeld mit einzubeziehen. Da muss man auch ganz klar, ich hatte heute früh ein
18 langes Interview mit einer anderen Studentin, die ne Masterarbeit macht, und die hat
19 sie genannt: Psychomotorik für Kinder mit depressiven Eltern.

20 I: Hm.

21 E: Und statt depressiv
22 kann man auch traumatisiert oder sonst irgendwie psychisch Kranke einsetzen, (..) da
23 ist genau das Problem, (..) a/ manchmal hat man so eine positive Wirkung über die (..) teilweise und ausgehendhafte Gesundung des Kindes in der Psychomotorik völlig da
24 rauszukommen, also ein bisschen Sonnenschein der sich verbreitet, aber das ist häufig
25 eingeschränkt manchmal auch nicht möglich und da kann man nicht erfolgreich ohne
26 Umfeldarbeit sein. Bis dahin gehend, wenn man sieht im Umfeld kann man nichts
27 bewegen, oder wir haben gerade eine schwere depressive Phase von Mutter oder
28 Vater, ehm dass man dann guckt das Kind möglichst weit von zuhau/ oder möglichst
29 lange von zuhause fern zu halten. Das heißt also Wochengruppe oder Wochenwohn-
30 gruppe oder solche Dinge zu installieren. Um dem Kind in diesem geschützten
31 externen Rahmen selbst Entfaltungsmöglichkeiten und Selbstdarstellung zu
32 ermöglichen, die ja häufig unter dieser Ambivalenz auch leiden und sich schämen für
33 diese Zustände und sich überfordert fühlen, Ambivalenz heißt ja auch sie zu lieben
34 gleichzeitig zu leiten, eh also schwierige Situationen. Die kann man eigentlich nicht
35

1 lösen, wenn man am Umfeld nichts machen kann oder Ganzherausnahme eh was es
2 in Notfällen ja auch gibt und in Ausnahmefällen Sinn macht.

3 I: Und wie intensiv ist der
4 begleitende Kontakt mit dem Umfeld so wenn sie hier sind?

5 E: Ehm haben wir als
6 Psychomotoriker nicht, wir haben lediglich Elterngespräche, wo wir uns sensible
7 machen und gucken was los ist, und

8 I: Gibt es die immer, die Eltern zu den Patienten?
9 Gerade im Suchtbereich, gibt es da immer Eltern zu?

10 E: Eh, haben wir schon, da gibt es
11 auch Familientherapieseminare. Damit hat die Psychomotorik aber nichts zu tun. Das
12 ist dann wichtig, da sie ja das Thema psychologisch bearbeiten, ehm im klinischen
13 Bereich haben wir als Psychomotorikabteilung wenig bis keinen Elternkontakt. Da sind
14 wir nur mit den Patienten dran. Das ist ein Unterschied bei unseren Ambulanzgruppen,
15 da haben wir Elternkontakte, eh die da werden wir angefragt, da bestellen wir Eltern
16 auch von uns aus ein, und da begleiten wir, holen uns auch Rückmeldungen ein und
17 eh schauen wie weit wir da erfolgreich zu sein scheinen, das heißt also die Entwicklung
18 die Problematik des Kindes positiv sich zu verändern scheint, oder wenn das nicht der
19 Fall ist, wer muss dann mit ins Boot geholt werden. Sollten die ne Spieltherapie
20 machen, sollten die eh in psychiatrische Behandlung gehen, sollten die Eltern in
21 Behandlung gehen, das sind dann Dinge die ehm wir versuchen rauszukriegen, die wir
22 im Gespräch versuchen aufzuklären ehm haben hier allerdings natürlich einen relativ
23 kurzen Draht zur psychiatrischen Seite, da können wir uns auch beraten. Nur den
24 Unterschied (.) möchte ich nicht vergessen zu erwähnen, eh stationär sind es die
25 Psychotherapeuten, also Psychiater und eh psychologischen Psychotherapeuten die
26 für die eh Therapie auch des Gesamtsystems zuständig sind. Haben wir eigentlich
27 nicht mit zu tun. Im Suchtbereich ist es genauso, da kommt natürlich mal einer und
28 bringt mal Papa Mama mit gucken, um ihnen zu zeigen ah das ist die Psychomotorik,
29 das machen wir hier, auch am Tag der offenen Tür nutzen die häufig die Gelegenheit
30 mal ihre Verwandten mit zu bringen, aber da sind wir in diese Prozesse nicht
31 eingebunden. (..)

32 I: Ok.

33 E: Weil wir da keine Zeit für haben. (..) So ein ganz kleines Kontingent
34 und eh Suchtbereich ist eben nur ein Teilbereich des Ganzen. Das sind so die

- 1 Patienten die wir aktuell haben, hab sie jetzt nicht gezählt aber müssten (.) na 200
2 werden ´s wohl sein. (.) die wir im laufenden Betrieb hier haben. (5)
- 3 I: Ich muss jetzt mal
4 gucken, ob sie schon über alles geredet haben. [lachen]
- 5 E: Ja. [nimmt sich den Fragenkatalog
6 selbst vor] (....) Sind die Patienten von sich aus motiviert. Ja. Medikamente beeinflusst
7 natürlich manchmal (...) damit gehen wir nicht spezifisch um, sondern wir gucken halt
8 wie geht es denn den Patienten. Also w/ eh wenn welche sediert sind, also eher ruhig
9 gestellt, dann können wir natürlich bestimmte Anforderungen nicht stellen, aber wenn
10 wir das wissen, können wir die entsprechend aufnehmen. Schonraum belassen,
11 versuchen natürlich zu motivieren, zu aktivieren, weil auch bei Medikamentengabe die
12 Bewegung ganz wichtig ist eh aus Kreislaufgründen schlichtweg. Ist gut, wenn die sich
13 bewegen, wenn das Blut durchgeweht wird.
- 14 I: Ok.
- 15 E: Ehm. (...) Ja, weiß gar nicht wie hoch
16 der Medikationsgrad ist bei den Patienten. (..) So Familie hatte ich gerade gesagt, die
17 Psychomotoriker nicht aufgrund ihres unterschiedlichen Auftrags, (..) wir arbeiten
18 typischerweise in Gruppentherapie nur im Ausnahmefall Einzel, (..) Alter hat hier
19 keinen Einfluss auf die Ausführung der Therapie die sind 14 bis 18 ungefähr, das ist
20 eigentlich Schnuppe, ob sie 14 oder 18 sind. Natürlich einen gewissen
21 Reifeunterschied, das ist klar. Aber keine
- 22 I: Ist jetzt nicht so groß die Spanne.
- 23 E: Nee da ist
24 der Unterschied nicht so groß wie zwischen 4- und 6-jährigen.
- 25 I: Ja auch zwischen 10
26 und 18 auch 10 und 14 ist schon echt extrem.
- 27 I: Ja. Genau. (...) Ja für die Suchtpatienten
28 machen wir keine spezielle Diagnostik. Für die anderen Patienten schon, für die
29 Suchtpatienten nicht, ehm halt ich da auch nicht für nötig. Im jugendlichen Bereich sind
30 die relativ gut, ob sie gut koordiniert oder weniger gut koordiniert, ansonsten haben wir/
31 jede Therapieeinheit ist immer auch Diagnostikeinheit und Sinne von Prozess-
32 diagnostik. Also da schaut man nicht so sehr auf die motorischen Variablen, sondern
33 gucken natürlich auch auf Verhalten. Konzentration, Sozialverhalten, Bewegungs-
34 motivation

1 I: Hm.

2 E: und natürlich Entwicklungsprozesse. Auch Motivation. Möchte der sich
 3 eigentlich verändern oder hat der eigentlich überhaupt keinen Bock dazu. Spielt aber
 4 [unverständlich] Das sind Dinge die begleiten zur [unverständlich] Und irgendwo gab's
 5 ne Frage zur Dokumentation, Computer hab ich ihnen schon gezeigt zur Anmeldung
 6 und nach jeder Stunde wird da die Gruppenliste aufgeklappt und zu jedem wird eine
 7 kurze Bemerkung eingetragen. Das ist so die laufende Diagnostik. Dann gibt's aber
 8 wöchentlich aber wöchentlich das Gespräch mit dem Psychotherapeuten, wo dann
 9 auch noch sich ausgetauscht wird. (...) Ja die Ziele werden auf jeden Fall auch abge-
 10 stimmt. Es gibt eine kurze Zielformulierung in (..) bei der A10 nicht, da steht einfach nur
 11 STANDARD also bei der Entgiftungsstation steht einfach nur Standard, weil da ist klar
 12 was wir anbieten, eh das ist natürlich nicht Standard in dem Sinne, dass wir sagen
 13 würden okay die sind im Schnitt zwei Wochen hier, die haben die erste Stunde das, die
 14 zweite Stunde das und so weiter so ein festgelegtes Programm gibt es nicht, haben wir
 15 nicht, machen wir nicht, ehm wir haben diese wechselnden Hallen (..) und eh in denen
 16 werden die Angebote einfach auch so wo stehen wir eigentlich momentan? Haben wir
 17 viele Neulinge dabei oder haben sind die eben schon zwei Wochen hier und das
 18 entsprechend nach diesen Kriterien ausgerichtet. Da gibt es kein so festgelegtes
 19 Konzept. Konzept natürlich schon (...) Bewegungsbeobachtung ja, spielt schon eine
 20 Rolle (5) ja wer die Ziele festlegt, da sind also eigentlich eher die Psychotherapeuten
 21 hier, Krankenkasse sagt natürlich suchtfrei werden. Also möglichst gesund und
 22 abstinenz, und eh also nützen wir die Ziele von den Psychotherapeuten aber auch den
 23 Familienzusammenhang. Also mit den Patienten werden ja auch Verträge
 24 Behandlungsverträge gemacht, aber auch mit den Familien gesprochen, damit man
 25 sich eh über den Weg klar ist also wo wollen wir eigentlich hin und eh wie können wir
 26 uns darüber verständigen was dafür erforderlich ist. (..) Hat sich in den letzten Jahren
 27 auch geändert. Die Familien sind stärker einbezogen als früher. (6) [schaut auf Liste]
 28 Ja, wie ist die Therapiestunde aufgebaut? Das ist halt immer nicht so lehrplanmäßig.
 29 Dafür sind wir Profis. Wir wissen, was wir mit den Räumlichkeiten, Materialien anbieten
 30 können und dann haben wir auch so eine Idee, (..) hängt auch so ein bisschen ja
 31 manchmal auch von der persönlichen Stimmung ab. Wir haben manchmal auch von
 32 der persönlichen Stimmung ab. Ich muss ja auch entsprechend drauf sein und da muss
 33 ich halt auch gucken, dass es passt.

34 I: Hm.

35 E: Insofern (..) ehm für die Anfangslernprozesse
 36 finde ich es wichtig, wie ich angefangen habe zu handeln, nämlich mit ziemlich

1 konkreten Vorstellungen, über was man so lernt in der Ausbildung, Vorbereitungs-
2 phase, Mittelteil, Ausklang und so weiter. Ich halte das für einen wichtigen Prozess in
3 der Eingangsstufe zum Lernen. Und ich erinnere mich in den Anfangszeiten, da sehe
4 ich wenn ich in den Geräteraum bin um einen Ball zu holen, mal schnell auch meinen
5 Zettel geguckt hab, wo bin ich eigentlich. (.) Heißt immer es ist eine doch sehr starke
6 Strukturierung, die ich als Außenstehender eher kritisieren würde, aber nur auf diese
7 Weise, wenn man sich mal Gedanken um auch Zeiträume gemacht hat und Inhalte,
8 kann man letztlich davon abstrahieren. Das heißt wenn man erfahrener wird, wird man
9 besser weil man davon halt abstrahieren kann, aber man muss sich erst einmal seinen
10 Koffer von Möglichkeiten schaffen, aus denen ich dann zugreifen kann. Kann der
11 Anfänger nicht. Der Anfänger muss einzelne Dinge, aber da finde ich es wichtig, dass
12 dieser Prozess durchlaufen wird und in der heutigen Ausbildung viel zu wenig, w/ was
13 ich so mitkriege, die lernen viel zu wenig das ganz konkret zu machen, um sich dann
14 später davon abstrahieren zu können. Aber ich muss erst mal wissen was gut und
15 böse ist. Bevor ich da letztlich mit umgehe. Ist schwierig.

16 I: Ja.

17 E: Die Ausbildung ist leider
18 ziemlich schlecht geworden. Und die eigene Bewegungskompetenz, (...) ja, passt mir
19 nicht so gut. (6) [schaut in den Fragenkatalog] Ja, eh Studien belegen eine eher
20 kurzfristige Wirkung von Sport- und Bewegungstherapie bei Menschen mit Suchter-
21 krankungen. Würde ich unterstützen, so lange die Therapie dauert ist sie durchaus
22 zielfördernd und trägt dazu bei abstinent zu werden. Hm, aber darüber hinaus hat sie
23 keinen Einfluss darauf ob die Patienten abstinent bleiben oder nicht. (.) Ja, würde ich
24 wirklich unterstützen, manchmal gelingt es allerdings so ein bisschen (.) n/ Impuls
25 Richtung (.) eh Zielfindung, Stringenz zu setzen. Also doch wie beherrsche ich mich
26 selber. Wie komme ich da ran. Hat aber dann vielleicht nur sekundär mit der Methode
27 zu tun als mit der Persönlichkeit.

28 I: Ok.

29 E: Wobei man umso wirkungsvoller ist, je mehr
30 Persönlichkeit und und eh Therapie z/ eh zusammen passen. Also ■■■ hätte was
31 weiß ich es vielleicht draußen auch geschafft aber es hat eine andere Angebots- und
32 Bindungsqualität, wenn man sich gemeinsam bewegt. Dann schafft man, und das ist
33 der Vorteil, weil es so viele Situationen gibt in denen man sich einfach im positiven
34 Sinn nahe kommt, wo man Beziehungen aufbauen kann. Beziehungsangebote liegen
35 uns vor den Füßen. Wir müssen sie nur ergreifen und das schafft man am ehesten
36 durch gemeinsames Bewegen. Ich habe eh einigen eh jungen Kollegen den Tipp

1 gegeben: Macht doch eure Therapiegespräche nicht immer über den Tisch, allein
2 wenn ihr spazieren geht könnt ihr schon einen Gewinn davon haben. Das heißt ja auch
3 gemeinsames Bewegen. Man geht so ein bisschen raus aus dem nicht immer
4 förderlichen Augenkontakt, und eh durch das Bewegen hat man doch häufig schon ein
5 bisschen auf das Sprudeln von Sprache mit intendiert und da kann man einfach
6 nebeneinander herschlendern und die Sprache läuft leichter und man überlegt nicht,
7 wie im Blick Blickkontakt alles zu ganz genau. Erzählt einfach mal, plappert drauf los,
8 also eh hat man allein durch diese veränderte und doch gemeinsames
9 Bewegungsverhalten andere Chancen in der Kommunikation.

10 I: Hm.

11 E: Das erwarte ich viel
12 intensiver hier. (..) Nachhaltigkeit ist ein schwieriges Thema. Ich denke, dass wir da
13 wirklich nur temporär normalerweise kurzfristiger Wegbegleiter sind, da müssen andere
14 Maßnahmen, und das mag ja genügen, wenn mir jemand, was weiß ich, in einen für
15 ihn geeignete eh Sportgruppe interessieren können. Ist ja ok. Dann ist unser Teil erfüllt
16 und fertig. (..) Therapie ist ja immer temporär definiert, so kurz wie möglich, um dann
17 die Menschen loszulassen, das ist schon okay. Wie gesagt, gerade im Suchtbereich
18 kann ich etliche Beispiele benennen von nachhaltiger Wirkung so wie man sich an
19 einen guten Lehrer lange gut erinnert, so gibt es dann auch Menschen, die sich gerne
20 und gut an den Psychomotoriker erinnern.

21 I: Hm.

22 E: Und ja, wir sind durchaus stolz darauf,
23 dass wir tatsächlich in der Beliebtheitsskala bei den Patienten die Nummer 1 haben.
24 (...) Ja. Wir haben wir haben allerdings auch nicht den schwersten Part. Also die
25 Psychotherapie geht ja manchmal richtig ans Eingemachte und das ist ja kein kein
26 Spaßfaktor. Ist es hier auch nicht immer aber es ist ne andere Ebene (6)

27 I: Sehen die
28 das als Therapie an? Wenn die hier herkommen ist Psychomotorik für die Klienten, für
29 die Patienten eine Therapie?

30 E: (...) Die ja, die kommen eigentlich eher zum Sport,
31 glaube ich. Wir nennen es Psychomotorik, (..) ich erinnere die Kollegen auch manchmal
32 daran, also wenn ich die Gruppe vertrete, dann erzähl ich auf jeden Fall was über
33 Psychomotorik. Versuche sie selber Ideen dazu entwickeln zu lassen was meint der
34 eigentlich damit, (..) finde ich auch ganz wichtig. Kommt ein bisschen zu kurz. Also
35 zumindest in bestimmten Phasen zu kurz. Ehm (..) weil ich das schon gerne ein

1 Stückchen erlebbar machen möchte, dass es nicht einfach nur um Spaß und Spiel
2 geht. Also das was dahinter steckt. Ne bestimmte Intention, die dahinter steckt. (..) Auf
3 der anderen Seite, wenn sie nicht kommen ist es Therapieverweigerung. So und dafür
4 gibt es dann den Begriff Therapieverweigerung.

5 I: [lacht] Ja.

6 E: [lacht] So fangen wir bei den Kindern ist
7 natürlich auch so, die kommen eigentlich die kommen zum Sport. Und eh merkt man
8 schon Unterschiedliche, Wenn sie hier reinkommen, sind sie lauter als sie sonst sind,
9 weil sie einfach bestimmte Bilder verbinden. Ja spannend.

10 I: Ich mein, Sport- und
11 Bewegungstherapie ist in der Suchttherapie ja sowieso überall integriert. Was macht
12 den Unterschied von der Psychomotorik zu der Sport und Bewegungstherapie, die es
13 sonst so gibt aus?

14 E: (...) Für uns spezifisch gelten sicherlich die spezifischen Materialien,
15 die ich als besonders motivierend bezeichnen würde, und das andere ist der Aspekt
16 von dem ich meine er geht ein Stück weit weg vom Sportlichen, mehr zu den Inhalten,
17 wie ich vorhin versuchte deutlich zu machen, also zu sagen Sport als Kommunikation
18 verstehen auch als Entspannung zu verstehen. Eine gewisse Leichtigkeit mit dem
19 Thema umzugehen. Ich darf mich anstecken. Ich darf in Schweiß geraten, aber es hat
20 eine andere Komponente, als mich nur muckimäßig fit zu machen.

21 I: Wobei die Tendenz
22 bei der Sport und Bewegungstherapie auch schon in die Richtung geht. Also nicht das
23 Material jetzt unbedingt aber dass so das Ganzheitliche schon mehr mit einbezogen
24 wird auch in der Sport und Bewegungstherapie. Ich kenn das natürlich nicht aus der
25 Praxis, sondern nur aus der Literatur. Aber wenn man so rein liest ist das schon so. Die
26 Intention ist schon eine ähnliche wie bei der Psychomotorik.

27 E: Hm.

28 I: Vielleicht ist der Zugang
29 über das Material ein etwas anderer.

30 E: Ja würde ich auch nicht bestreiten wollen, finde
31 es auch nicht schlimm. Ist ja in Ordnung, also eh ja

32 I: Also Sie distanzieren sich da jetzt
33 nicht irgendwie zu anderer Sport/

1 E: Nein ich muss da nicht irgendwie ne Abgrenzung treffen,
2 wie gesagt, für uns würde ich spezifisch halt bezeichnen, wir haben eben mit Absicht
3 ein spezifisches Ambiente,

4 I: Hm.

5 E: In dem wir wie ich meine auch Grundvoraussetzung für
6 Wirksamkeit haben. Weil es macht einen Unterschied, ob ich die Halle, einen
7 graduellen Unterschied, weil ich erinnere auch Kindergeburtstage von meinen Kindern
8 hier in der Halle, wo wir einfach stundenlang in der Halle Fußball gespielt haben und
9 die waren sowas von glücklich und erschöpft. Also die ■■■■■-Geburtstage waren
10 immer etwas Besonderes, war was anderes als bei McDonalds eh zu essen zu fahren
11 oder eh was auch immer. Weil sie sich tatsächlich in einer Weise über Bewegung
12 positiv und begeistert ausagieren konnten und das vergessen die nicht. Das ist ja ein
13 sehr interessantes Element und eh gut also in der Sporttherapie nicht anders. Das hat
14 auch etwas mit der Persönlichkeit des Therapeuten zu tun, der es anbietet und in der
15 Zusammenschau finde ich uns halt doch ziemlich gut. Weil Therapeutenpersönlichkeit,
16 Konzept und eh materiale Möglichkeiten, die sind halt nicht überall so. Insofern würde
17 ich den Unterschied auch nicht grundsätzlich sehen.

18 I: Hm.

19 E: Sondern graduell. Hab da auch
20 kein Problem mit, wenn Sporttherapeuten, Bewegungstherapeuten gute Arbeit leisten,
21 dann ist das gut für alle Beteiligten. Das ist natürlich seitens der Psychomotorik wie fast
22 überall so, dass man sich etwas krampfhaft eh Themen sucht, die man
23 psychomotorisch belegt. Das ist dann nicht originär psychomotorisch. Was immer
24 schwieriger wird. Psychomotorik ist ja auch eh in bestimmten Bereichen bekannt und
25 dann zu unterscheiden was ist primär psychomotorisch und ist anders entwickelt, das
26 fällt halt zunehmend schwer. Und eh ich bin ja ■■■■■ der Deutschen Gesellschaft
27 für Psychomotorik, um den Versuch zu machen ein bisschen ein Etik/ dem ganzen
28 Ding immer noch einen Chip zu geben, das heißt son DGfPM. Weil die
29 Psychomotoriker selber haben durchaus Schwierigkeiten zu definieren, was sie
30 eigentlich machen. Und die originäre Identität eh läuft Gefahr verloren zu gehen. Es
31 sind viele von außen gekommen, Sonderpädagogen und so weiter, die geguckt haben
32 was macht den die Psychomotorik und wir holen uns was daraus, aber die originäre
33 Psychomotorik ist zunehmend verunsichert, was machen wir eigentlich? Wo sind wir
34 noch?[lacht]

35 I: Ja, weil es so unterschiedliche Ansätze und Perspektiven gibt und dann jeder
36 definiert es aus seiner Sicht halt. Und dann gibt es halt so/. Ich habe das für mich jetzt

1 an diesen Prinzipien, die eigentlich überall gemeinsam sind, da hab ich das für mich
2 so ein bisschen rund gemacht. Es gibt sie nicht die Psychomotorik.

3 E: Nein. Und ich glaube
4 schon, dass ist etwas anderes wenn sie 6 Wochen hier wären, hätten sie einen
5 bisschen anderen Eindruck. (..) Weil Vermittlung ist ja auch nicht einfach. Und die
6 Vermittler sind auch von sehr unterschiedlicher Qualität. Eh die eher theoretisch
7 orientierten vermitteln es deutlich anders als die versierten Praktiker. (..) Ehm und jeder
8 hat ein Stückchen von der Wahrheit, aber keiner die ganze. Ehm ist mir soweit ganz
9 wichtig und ehm Vermittlung in der Psychomotorik ist generell schon schwierig, bin ja
10 auch seit Jahrzehnten Dozent. Weil es um die Differenziertheit geht. Psychomotorik ist
11 nicht das Konzept. (..) Das wäre falsch. Weil wir beschäftigen uns mit Kleinkindern,
12 Vorschulkindern, Schülern, Kindern und Jugendlichen, alten Menschen,

13 I: Ja.

14 E: die unter-
15 schiedliche Problematiken haben. Wir haben Depressionspatienten, wir haben
16 Hyperaktive, wir haben eh Anorektische, so. Und wenn ich jetzt auf die Idee käme
17 Psychomotorik sei eine Methode, mit der ich so und so umgehen müsste, dann kann
18 man an diesem Beispiel, der [unverständlich „Sogenität“, Bedeutungszusammenhang:
19 Heterogenität] der Klientel leicht erkennen, das kann nicht sein.

20 I: Hm.

21 E: Da bin ich falsch.
22 Und eh das macht Vermitteln natürlich schwierig.

23 I: Ja, macht es.

24 E: Hat auch etwas mit der Rolle des eh,
25 sag jetzt mal Therapeuten, weil wir hier Therapeuten in diesem Geschehen sind, zu
26 tun, eh selbstverständlich, ich sag immer gerne, gibt es mal ne Pöppelgruppe, wo ich
27 einfach Materialien und Raum anbieten und kann gucken was sie damit machen. Und
28 ich hab Gruppen, die damit sehr konstruktiv, positiv mit umgehen, und ich kann es mir
29 leisten zu gucken, hier und da vielleicht mal mit zu helfen oder ein bisschen zu
30 moderieren und gut. Da gibt es viele die diesen Ansatz für nen psychomotorischen
31 halten. Oder für viele Jahre gab's so dieses, dieses Motto: Laissez-faire sei so dass
32 das die Methode der Wahl. Völliger Blödsinn. Ich habe Gruppen mit denen ich so
33 arbeiten kann. Aber wenn es drunter und drüber geht mit den dissozialen Kindern ist es
34 völlig falsch, die in diesem Chaos allein zu lassen, weil sie sich nicht weiterentwickeln
35 können. Da braucht es ganz andere Strukturen. Da hab ich en anderes Auftreten

1 manchmal auch autoritär. (.) Ehm insofern ist die Rolle auch des Therapeuten deutlich
2 unterschiedlich. Man muss es nur entsprechend auch differenziert darstellen. Und eh
3 es geistern so einige Geschichten durch die Geschichte der Psychomotorik, durch die
4 se verbreitet haben, wie gesagt lange Zeit wurde Laisser-faire als ein wesentliches
5 Kennzeichen von Psychomotorik definiert, oder viele meinen Kinder kommen lachend
6 und glücklich aus den Stunden, das sei dadurch die Psychomotorik, mhm, gut, aber
7 das allein wäre viel zu wenig. Wenn ich eh so ein Thema wie Frustrationstoleranz (.) eh
8 (.) vermitteln (.) will, dann gehört dazu, dass ich auch Frustration zulasse oder auch
9 setze, und dass auch mal ein Kind sauer und enttäuscht rausgeht, eh und im Gespräch
10 mit den Eltern sage ich immer, (.) also wenn das Kind rauskommt und ist richtig sauer,
11 dann können sie es zurück/, dann können sie wir fragen was los ist, aber wenn es
12 irgendwelche Konflikte gibt, die sollen sie immer hier lösen. Das soll hier bleiben. Soll
13 nicht zu Hause irgendwie diskutiert werden. Und man muss gut aufpassen schon gar
14 nicht zwischen Eltern. Ehm sag ich, es kann auch ein zweites Mal passieren. Aber
15 wenn es irgendwie schwierig wird und sie so die Idee haben och das Kind findet sein
16 Turnzeug nicht und eh verbaselt hier und verbaselt da und eh passt irgendwie nicht so
17 richtig oder sie haben so die Idee das Kind fängt an zu verweigern, irgendwas stimmt
18 nicht, dann sollten sie uns auf jeden Fall ansprechen. Dann entwickelt sich ein Trend,
19 da kann irgendwas nicht stimmen. Da muss man schon aufpassen. Punktuelle
20 Frustrationen, die sind manchmal gewünscht, manchmal auch unabsichtlich aber
21 überhaupt kein Problem. Also, das ist ok. Und eh daran würd' ich eben nicht das
22 Gelingen oder Nicht-Gelingen der Stunde in der Psychomotorikeinheit festmachen
23 wollen. Ich muss gucken was will ich eigentlich. Und das kann sein, dass wir richtig mal
24 aneinandergeraten. Das wir richtig mal mit Wut auseinander und das das Kind sagt:
25 Hier komm ich nie wieder! [leiser] und freut sich natürlich auf die nächste Stunde. So
26 also ja.

27 I: Wir kriegen das schon so auch vermittelt, aber das gerade hat diese
28 Verunsicherung auch gemacht, weil man muss das ja machen, um das zu fühlen was
29 richtig ist.

30 E: Ja.

31 I: Was passt denn da jetzt in dieser Gruppe. Dafür muss man es machen,
32 sonst kann man es ja nicht rausfinden.

33 E: Ja.

34 I: Und deshalb ist dieses Vermitteln schon
35 schwierig auch weil man sagt: Ja das ist überall anders.

- 1 E: Ja, das ist schwierig und
2 was ein bisschen fehlt, das ist eigentlich die kollegiale oder fachliche Supervision.
3 (.)ne, dass man dem Anfänger in solchen Szenen beratend zur Seite stehen. Kann
4 sagen haste genau richtig gemacht, es ist das und das passiert, oder eben naja, wir
5 könnten ja mal überlegen, welche Faktoren haben jetzt da wie mitgespielt, weil wir es
6 als vom Ergebnis her nicht gut finden, was ist da wohl schiefgelaufen, was kann man
7 anders machen. Und manchmal sind es Dinge ja, auf die man so nicht kommt. Und die
8 Begleitperson sieht vieles anders als die aktive Person.
- 9 I: Ja genau.
- 10 E: Den Berufsanfängern
11 würde ich wünschen, dass sie praktisch ein erstes praktisches Jahr mit Supervision
12 machen.
- 13 I: Ja, das wäre cool.
- 14 E: Das wär gut. Ja ansonsten werden viele alleingelassen, also
15 mit einem bestimmten Gerüst natürlich für die Praxis, und eh führt dann zu
16 unterschiedlich guten Ergebnissen.
- 17 I: Ja das stimmt.
- 18 E: (7)[schaut wieder in Fragenkatalog] Ja
19 also besondere Herausforderungen steht hier als vorletzte Frage, fällt mir ein bisschen
20 schwer nach 14 Jahren 40 Jahren, was besonderes zu sehen, aber es
- 21 I: Kann nicht sein.
- 22 E: scheint/ sie
23 merken, dass ich nach wie vor von dem begeistert bin, was wir hier machen, es ist
24 nicht irgendetwas, sondern es ist immer, ja, eigentlich so die (.) die Begegnung mit
25 Menschen, die mich auch in die Lage versetzt, mir zumindest einzubilden, dass ich
26 vielen noch ein Stück weit helfen kann.
- 27 I: Was macht es mit Ihnen noch? (..) Also
28 eigentlich ist Psychomotorik ja was auch was mit dem Psychomotoriker macht. Man
29 geht da ja nicht raus und ist unbeteiligt.
- 30 E: Ja, das ist richtig. Eh, (.) Was es mit mir macht? Mit mir macht am ehesten positiv
31 erweckte, nach wie vor Eigenerleben. Es wird ein bisschen schwierig, weil ich älter
32 werde, [lacht]
- 33 I: [lacht]

- 1 E: Aber es ist mir immer noch ein persönlicher Genussfaktor, wenn ich
2 über das Luftkissen lauf also ich lauf die noch in Grund und Boden, das macht mir
3 wirklich Spaß, ein wirklicher Lustgewinn. Einfach toll, ehm (..) j und damit leb ich ein
4 Stück weit gut, ich erlebe natürlich auch die Wirkung meiner Persönlichkeit auf die
5 unterschiedlichen eh eh Kinder. Also insofern hab ich da (..) natürlich auch
6 Rückmeldung und macht was mit mir, macht diesbezüglich durchaus auch ein Faktor
7 Zufriedenheit. (..) Aber ich muss mal gucken, irgendwann bin ich nicht mehr so
8 gelenkig. Habe ich dann halt noch eine Aufgabe vor mir. Wie geh ich dann mit mir um?
9 [lacht] das weiß ich noch nicht so genau. (..) Momentan bin ich noch fit genug. (..)
- 10 I: Das
11 kann ja auch durchaus auch noch ein Weilchen so bleiben. [lacht]
- 12 E: Hoffe ich doch. Ja, und
13 dafür arbeite ich auch. Einigermaßen. Aber die letzten Jahre waren zunehmend
14 weniger durch Halle geprägt, leider, das ist der gesündere Teil meiner Arbeit. Ganz klar
15 hier der ganze Computerkram und das zu Organisieren und strukturieren. Gut für die
16 Abteilung aber, nicht so gut für mich. [schmunzelt] (...) muss halt sein. De facto ist es
17 so, dass der teuerste Mann der Abteilung Arbeiten macht, die (..) en Lehrling machen
18 könnte. (...)
- 19 I: Der trägt ja die Verantwortung.
- 20 E: Naja, ist schon so, ist natürlich auch eine
21 Rolle die mir persönlich ein bisschen liegt, ich bin eben nicht nur der Leader, sondern
22 ehm auch die Gelenkschmiere (..) die wir dazwischen haben. Und ich passe gut auf,
23 dass alles gut funktioniert, indem ich hier und da am Rand so Kleinigkeiten mache, bin
24 mir auch für keine Arbeit zu schade, (..) Aber (..) lässt mir doch häufig zu wenig Zeit für
25 andere Dinge. (...)
- 26 I: Wenn Sie jetzt an mein Thema denken: Chancen und Grenzen
27 psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankung. Was würde Ihnen einfallen?
- 28 E: (6)
29 Ich glaube das wir für viele der Patienten temporärer aber positiv besetzter Mosaikstein
30 sind. Also nicht ganz unerheblich. Es macht einen Unterschied, ob's uns gibt, unserer
31 Intervention oder ob's uns nicht gibt, ehm die großen Entscheidungen fallen
32 typischerweise anderswo, die haben/ also stärker im psychotherapeutischen Bereich,
33 (..)
- 34 I: Hm.

1 E: Bei dem einen oder anderen (.) eh ja unser Einfluss ist unterschiedlich. Bei
2 dem einen oder anderen mehr oder weniger als bei dem anderen. Also wir haben
3 welche, die wir weniger erreichen, wir haben andere, die wirklich auch kommen und
4 sich Rat holen, obwohl wir ja mit ihren eigentlichen Lebensthemen nur mittelbar zu tun
5 haben. Aber kommen trotzdem, weil sie Vertrauen gefasst haben, hier, was würdeste
6 denn dazu sagen? Sollte ich dies machen, sollte ich jenes machen? Und das ist so die
7 Konsequenz eigentlich von diesem eh Beziehungen knüpfen über Bewegung, dass
8 man dadurch eben auch als Vertrauensperson (..)wächst, beansprucht wird, was nicht
9 eigentlich genuin zur Psychomotorik gehört. Also nicht zur Methode gehört. Das hat
10 dann etwas mit Beziehungsarbeit zu tun. Und eh das ist immerhin das Interessante bei
11 diesem Langfristaufenthalt, da ist natürlich auch die Beziehungskomponente ne
12 andere, weil die dann doch über Monate auch in Psychomotorik/

13 I: Hm.

14 E: während die
15 anderen halt nur für wenige Wochen hier sind. (.) Also meine, dass es einen
16 Unterschied macht, ob es die Psychomotorik gibt oder nicht gibt, natürlich würde die
17 Institution auch überleben ohne die Psychomotorik, aber für viele Patienten ist auf
18 jeden Fall auch denk ich im Rückblick ne positive Erinnerung. Da haben wir einige
19 Rückmeldungen, die genau dieses aussagen. Und wie gesagt, Tag der offenen Tür
20 kommen sie gerne, auch Ehemalige, und eh zeigen ihren Freundinnen oder
21 Verwandten, das war die Psychomotorik. Das war was Tolles. (5) Beziffern könnte ich
22 nicht, wie weit wir mithelfen konnten (..) ja sie zum Positiven zu bewegen, [leiser
23 werdend] das ist einfach schwierig, das können sie auch nicht wirklich/

24 I: Wo sehen Sie
25 Grenzen?

26 E: (4) ja, die Grenzen sind schon individuell unterschiedlich, es gibt immer auch
27 welche, mit denen wir nicht können, die aus verschiedenen Gründen alles ablehnen,
28 oder auch die Persönlichkeiten hier ablehnen, aber haben wir eigentlich selten erlebt,
29 dass sie dann nur in der Psychomotorik nicht klarkommen. Und eh wir sind dann
30 eigentlich nur nicht trennbar gewesen von dem ganzen Umfeld, was sie nicht mögen,
31 ja Grenzen fällt mir ein bisschen schwer zu beantworten, ich stecke die Erwartungen
32 an für sich nicht allzu hoch. Ich bin sicher, dass wir einen kleinen Beitrag leisten und
33 habe nicht die Definition, dass wir verantwortlich seien für den gesamten
34 Therapieablauf. Wir sind ein Mosaiksteinchen. Subsidiär,(.) und eh ich bin mit der Rolle
35 auch zufrieden. Also ich meine, dass die Psychomotorik in diesem Bereich keine
36 Allmachtsphantasien entwickeln sollte, und eh so dieses (..) Wort, diesen Begriff

1 „ganzheitliches Arbeiten“, würde ich von der Sinnhaftigkeit her, also von der Intention
2 her unterstützen (.) wollen, aber nicht von der praktischen eh Realisierbarkeit. Wir
3 können typischerweise nicht ganzheitlich arbeiten. Wir sind immer nur unterschiedlich,
4 punktuell oder weiter beteiligt aber das ganzheitliche Arbeiten schaffen wir so wie wir
5 aufgestellt sind, mit unserer Auflage, eh mit unserer Konstellation und unserem Auftrag
6 schaffen wir nicht. Das insofern/ Finde ich ein schönes Ziel, ein hehres Ziel sozusagen,
7 aber in dem Alltag weit weg von der Realisierung, was aber die Wertigkeit für mich
8 nicht insgesamt eh so schmälert, dass ich sage es hat eh keinen Zweck und man kann
9 es auch sein lassen. Ja also die Konsequenzen ziehe ich daraus nicht. Ich sage ok, gut
10 eingebettet, dann leisten wir einen meist wichtigen Beitrag, manchmal den
11 entscheidenden, oft nicht den entscheidenden, aber einen wichtigen Beitrag.

12 I: Hm.

13 E: Und damit genug, weil wir darüber hinaus die Ansprüche nicht formulieren. Hat ich
14 ihnen das gesagt, oder im Telefonat? Als ich hier herkam, dachte ich, ich kann alles.
15 So frisch nach der Uni, ne, gut ausgebildet, und so wie ich drauf war, hatte viel
16 Erfahrung mit Kindern, Jugendarbeit aus meiner eigenen eh Kindheit, schon als
17 Gruppenleiter dachte ich mir: jou, die Psychomotorik und ich, wir können alles. Schick
18 mir wen du willst, wir schaffen das. [leise] Ja. War natürlich nicht so.

19 I: [lacht]

20 E: Und auf die
21 Jahrzehnte musste ich erkennen, dass es Phänomene und Probleme gibt, die ich mit
22 all dem was ich bin und kann und habe, nicht positiv beeinflussen kann. Die gibt es.
23 Macht kein Spaß, aber die gibt es. (..) Damit bin ich aber auch nicht allein. Natürlich
24 haben wir immer wieder Verläufe, die/, da sag ich dann Gott sei Dank auch entgegen
25 der Expertenmeinungen eh ausgehen, im positiven wie im negativen Sinne, wir haben
26 Fälle erlebt natürlich wo die Experten alle sagen: Das war eine runde Sache, haben wir
27 prima hingekriegt. Und nach 8 Wochen ist er wieder auf die Nase gefallen, wie auch
28 umgekehrt, alle sind sich einig: kann nicht funktionieren. Und doch gibt es Verläufe, die
29 aus irgendwelchen Gründen positiv verlaufen. Deswegen sag ich (..) immer auch mit
30 einer gewissen Distanz: die Experten urteilen und bewerten. (...)

31 I: Dazu haben sie jetzt
32 am Anfang gar nichts gesagt. Was ist denn ihre Entwicklung, ihre berufliche
33 Entwicklung? So was haben Sie gemacht bevor sie Psychomotorik gemacht haben und
34 wie sind Sie dahin gekommen?

35 E: Ich wollte die Psychomotorik erfinden.

- 1 I: [schmunzelt]
- 2 E: Ich
- 3 habe in meiner Kindheit schon Kindergruppen geleitet. Das war damals auf dem Dorf,
- 4 Son/ Sonntagsschule. Und in meiner Jugend, Jungschergruppen. So, das war nicht
- 5 immer so ganz passend, weil ich mit Kindern Räuber und Gendarm gespielt habe,
- 6 während sie doch eher Heu rechnen sollten, eh von daher hatte ich so die Erfahrung
- 7 gesammelt (.) eh ja (.) was es ausmacht diese tollen Gruppenerlebnisse. Hatte auch
- 8 die Erfahrung gesammelt was das für eine Machtposition (.) eh gegenüber den
- 9 Leitungen bedeutet, hatte von daher auch ein bisschen meine Einschätzung geändert
- 10 gegenüber der Vorgeneration, ich bin ja in einer Generation/ so weit sind sie ja auch
- 11 nicht weg, wo meine Vorgängergeneration das Dritte Reich zu verantworten hat. Wo
- 12 ich mir immer fragte, wie kann man so etwas überhaupt zulassen. Heute frage ich mich
- 13 gleichermaßen, ob meine Enkel mich fragen werden, weil alles was wir hier
- 14 verscherbeln haben wir zu verantworten und ich weiß auch nicht wie man gegen diese
- 15 Trends angeht, diese Trends, wo jeder weiß wir fahren vor die Wand und eh wo man
- 16 nicht weiß was kann man dagegen tun, weil es ein Trend ist. Gut. Und ich habe halt auf
- 17 diese Weise erkannt, tja, da gab es diesen Menschen, diesen Adolf, der ganz
- 18 hervorragend verstanden hat Musik, Rhythmus, Struktur, Autorität miteinander zu
- 19 verbinden und ganz viele einzufangen. Das habe ich v/ nicht schuldig, aber ich habe es
- 20 verstanden. Der hat das meisterhaft beherrscht. Und eh dieser Teil Musik, Bewegung
- 21 Struktur, Beziehungen stiftend, die habe ich auf dieser Ebene ganz genauso. Ich bin
- 22 damit machtvoll. Ich kann damit viel ausrichten. Und das wollte ich zum Positiven
- 23 gestalten und eh ich habe dann Sport studiert, weil ich eh ja sportlich war, und eh Sport
- 24 und Sozialkunde für Lehramt Gymnasium Sek 2 und dann habe ich immer ne
- 25 Kommilitonen mitgenommen auf den Weg, so ne halbe Stunde war die im Auto, tja,
- 26 jetzt mach ich hier aber auch nur Sport. Das heißt schnell laufen und weit werfen und
- 27 so weiter, dabei kann Bewegung noch viel mehr machen. Kann die Menschen noch
- 28 ganz anders begeistern. Man müsse doch mal so etwas erfinden wie Sport als
- 29 Therapie. (.) So und dann im Studium fand ich schließlich von Hermann Meder, einem
- 30 bekannten Sportpädagogen aus Heidelberg den Titel: Sport als Therapie. Oah, sie
- 31 hatten schon erfunden.
- 32 I: [lacht]
- 33 E: [lacht] Und dann stieß ich auf den Namen Kiphard und dann war
- 34 es so, dass im Sportinstitut in Marburg Friedhelm Schilling, Psychologe von Hause
- 35 aus, mit den ersten Seminaren anfang, die hießen psychomotorische Erziehung. So
- 36 und dann hatte ich so die Idee, wo es lang gehen könnte. Und eh dann habe ich auch

1 meine Diplomarbeit gemacht, ich hab ne Stadt-Land-Vergleich der motorischen
2 Entwicklung von Vor/ von Vorschulkindern gemacht, das heißt ich habe motorische
3 Tests gemacht auf dem Land, wo ich herkam, und in der [REDACTED] Innenstadt, richtig
4 im Schatten von diesen Hochhäusern, war ne klasse Arbeit, bin ich heute noch stolz
5 drauf, ehm merkte dann ach es gibt also einen Aktionskreis Psychomotorik, der war
6 gerade gegründet, da bin ich Mitglied geworden, [REDACTED]
7 [REDACTED]
8 [REDACTED]. Und eh gut in meiner Schulzeit war ich immer
9 Sprecher, Pausensprecher, Stufensprecher Schulsprecher und so weiter und hatte von
10 daher ein sehr gutes Verhandlungsgeschick entwickelt, in den ganzen Geschichten, im
11 Studium habe ich das nicht gemacht, ich hatte schon Familie, hab ein Doppelstudium
12 gemacht war also gut ausgebucht, [REDACTED]
13 [REDACTED]
14 [REDACTED]
15 [REDACTED]
16 [REDACTED]
17 [REDACTED] [REDACTED]
18 [REDACTED] Und [REDACTED] sagte
19 zu mir: Ja, Herr [REDACTED], was machen wir eigentlich so? Wer sind ja eigentlich? Naja sag
20 ich, das und das mach jetzt mein Diplom fertig und such dann ne Stellung. Und dann
21 sagte er: Ja, ich bin der [REDACTED] aus [REDACTED] und ich habe die [REDACTED] Stelle
22 frei, sie können bei mir anfangen. Ja das war dann so mein Leben. Die Psychomotorik/
23 ich hab dann zugesehen, dass ich meine Prüfungen schaffte und bis zum 22.
24 Dezember, und im Januar 79 hab ich dann hier angefangen. Damit war ich vom
25 Studium direkt in der Psychomotorik. Tja, da hatte ich reichlich Zeit die Psychomotorik
26 hier weiter zu entwickeln. Und war von Anfang an auch in den verschiedenen Lehrtätig/
27 habe glaub ich vorhin schon aufgezählt im Laufe des Nachmittags. Aktionskreis und
28 verschiedene Institutionen, Universitäten, also ich war da/ hatte eigentlich immer 2
29 Berufe. (.) nebeneinander. .) Ja, und dass ich mich für Klinik entschied gegen Schule,
30 das war für mich meine damalige Haltung, dass ich gesagt hab nee, ich muss nicht ans
31 Gymnasium gehen, wo all die sind, denen es sowieso gut geht. (..)Wir haben hier/ wir
32 sind hier nicht/ wir/ (..) irgendwie in unserem Wohlstand zurechtkommen kommen,
33 während in Afrika Menschen nicht wissen, wie sie ihre Handvoll Reis kriegen sollen, ich
34 hatte mich verpflichtet gefühlt den Schwächeren zu helfen, für die wollte ich etwas tun,
35 (...) und entdeckte 20 Jahre später (..) 25 Jahre später, wie ungerecht ich gewesen
36 war. (.) Da erst fiel mir nämlich auf, dass auch die Intelligenten und die Gutbegabten
37 das gleiche Recht haben gefördert zu werden, wie die, um die ich mich kümmern

1 wollte. Lange Zeit nicht bemerkt. Eines Tages fiel es mir wie Schuppen von den Augen.
2 Ich dachte mir oh, die lassen wir immer so links liegen, die beachten die bedachten wir
3 nicht, ist gar nicht unser Thema. Und das ist total ungerecht. Das gleiche Recht wie der
4 Lernbehinderte, der nicht zurechtkommt auf ihre Weise ihre Kompetenz und
5 Fähigkeiten weiter entwickelt zu wissen. Ehm diejenigen mit viel Kompetenzen (..), die
6 ich als Psychomotoriker einfach nicht beachtet hab. Die haben wirklich alles. *Aber* (..) *meinte*
7 mich dabei ertappt zu haben, dass ich in dem Moment ungerecht bin, weil ich
8 mir keine Gedanken gemacht habe was brauchen die eigentlich für
9 Rahmenbedingungen damit sie ihre Kompetenzen tatsächlich auch entwickeln können
10 und nicht ständig einen Dämpfer kriegen oder nicht einfach nicht beachtet werden, weil
11 wir uns um andere Schwerpunkte kümmern. Da dachte ich mir, an der Stelle bin ich
12 ungerecht. Gut, deswegen habe ich mein Arbeitsgebiet nicht verändert in die
13 Hochbegabtenförderung aber hab mich doch als sehr einseitig bewertet.

14 I: Und machen
15 sie das jetzt anders?

16 E: Nö.

17 I: [lacht] War nur so ne Erkenntnis.

18 E. Ja, ich relativier das auch nur,
19 meine wer sich für diese Kinder und Jugendlichen einsetzt, ist völlig ok, die brauchen
20 es auch. Gut, also mein Teil ist jetzt der, den ich gemacht hab, bin ich zufrieden, aber
21 es nur so zu sehen und die andern nicht zu beachten ist eben ungerecht. Das ist nicht
22 mein Job, muss es auch nicht sein und eh ich freue mich wenn es Initiativen gibt, auch
23 das Thema Hochbegabung war ja teilweise belächelt. Aber ich sehe, manchmal haben
24 wir auch Hochbegabte hier, in der Psychiatrie, wo ich halt auch erkannt habe was sie
25 für Probleme haben.

26 I: Ja vor allem, wenn sie nicht gefordert sind.

27 E: Ja. Und die verdienen
28 eben auch Hilfen. (..)

29 I: Und was denken Sie wie die Psychomotorik noch weiter-
30 entwickelt werden muss hier in der Klinik? Das fand ich ganz interessant. Warum auch
31 immer ich auf diese Stellenanzeige gestoßen bin.

32 E: Hm.

33 I: Da stand halt, dass die Weiter-
34 entwicklung der Psychomotorik als Ziel gewünscht ist.

1 E: Ja, ist richtig. Also da hatte ich eh
2 einen langen Kampf geführt über Jahrzehnte in diesem Hause, [REDACTED]
3 [REDACTED] aber im Laufe der Zeit hat es ja auch was weiß ich
4 insgesamt sechs verschiedene Chefärzte gegeben und den vierten Verwaltungs-
5 direktor. Und jedes Mal musste ich natürlich eh die für die Psychomotorik kämpfen.
6 heißt Methode und Person natürlich, ist mir in allen Fällen gelungen hohe Anerkennung
7 zu bekommen, war ein hartes Stück ehm und ich habe hier regional gibt es viele
8 Zeitungsartikel. Der [REDACTED] hat wieder dies gemacht und jenes gemacht, mit
9 Psychomotorik hier und da und dort, das war mir nicht wichtig, weil ich Schulterklappen
10 brauchte, sondern das war der einzige Weg den Verwaltungsdirektor zu beeindrucken.
11 Hausintern, der hat mich persönlich geschätzt. Das war nicht das Thema. Aber der hat
12 mir nie geholfen. Und um wirklich die Wertigkeit der Psychomotorik zu sichern, konnte
13 ich nur von außen bieten. Und das hat er tatsächlich verstanden. So nach dem Motto,
14 der ist ja ne richtige Koryphäe, da muss ja was dran sein, wenn das schon so in der
15 Zeitung steht. Also damit habe ich mir ein hohes Maß an (.) ja Wertschätzung aber
16 auch Achtung verschafft. Und auch zum jetzigen Chef, ehm habe ich gesagt: Ja, ich
17 fühle mich soweit ganz wohl, find das auch gut, und habe auch bei ihm dafür bedankt
18 ich hab das Höchste erreicht was ich hier erreichen kann. Ja, sagt er, und das wäre?
19 Sag ich: Duldung. Oh [lacht]

20 I: [lacht]

21 E: Doch sage ich und das meine ich auch. Ich bin als Nicht-
22 Mediziner in einer Klinik. (.) Muss man (...) können eigentlich nur Mediziner
23 nachvollziehen, aber wir haben ja natürlich eine klare Hierarchie und als Nicht-
24 Mediziner in einem Weißkittelhaus ehm diese Position zu haben und diese
25 Anerkennung und das ist nicht einfach. Und das über Jahre und Jahrzehnte zu
26 tradieren. Und die Entwicklungen hier, wir haben Fachtherapien, [REDACTED] die
27 erste Fachtherapie war die Psychomotorik, danach gab es die Heilpädagogik, danach
28 gab es die Ergotherapie. Historisch, hintereinander. [REDACTED]
29 [REDACTED]
30 Und hatte dann ne Mitarbeiterin [REDACTED] i hat
31 ihren Laden auch gut geführt. Als die abtrat, kam jemand, der das nicht so konnte und
32 dann wurde hier für die Ergotherapie eine Hochschulabsolventin eingestellt und eh
33 damit wurde es ein bisschen gefährlich. Also im Alltag haben wir eigentlich keine
34 großen Probleme, insbesondere uns räumlich abtrennen. Die Heilpädagogen, die
35 Ergotherapeuten, die hatten natürlich Schwierigkeiten sich abzugrenzen. Und das
36 Problem war ja auch bis hin zum aktuellen Chefarzt, die kennen ja alle
37 Physiotherapeuten und Ergotherapeuten aber die kennen keine Psychomotoriker. Und

1 denen kann man ja erzählen was man will, kennen sie einfach nicht. Ehm insofern war
2 die Gefahr erheblich, dass irgendwann die Ergotherapie eh das Maß aller Dinge
3 werden würde. Und eh ja demnach war natürlich auch strategisch handeln angesagt.
4 Die Abteilungen wurden verkleinert, die beiden Fachtherapien Ergo und Physio eh
5 Ergo und Heilpädagogik wurden zusammengelegt unter einer ergotherapeutischen
6 Leitung. Und dann hätte im normalen Fortgang jeder sich ausrechnen können, (..)
7 Moment was/ (.) achso in der Phase, in der diese beiden Therapien zusammengelegt
8 wurden, wurde dann die Leitungsstelle ausgeschrieben. Da habe ich überlegt ob ich
9 mich da bewerben sollte oder nicht. Hätte also Leiter aller Therapien werden können.
10 Was aber da – wäre ich garantiert geworden, mein Renommee - was aber dann dazu
11 geführt hätte, mit hoher Wahrscheinlichkeit wenn ich gehe, wird es die Vertretung,
12 nämlich die Ergotherapeutin. (...) Ist ja irgendwie naheliegend. Der alte geht, der
13 Psychomotoriker, und da haben wir ne Vertretung, ist ja auch versiert und wenn der
14 ■■■■ geht, dann muss man ja keinen Psychomotoriker einstellen, dann kann man ja
15 (.) die (.) als Leitung einstellen. Das heißt da hätte man die Fachtherapien alle
16 zusammengefasst aber eben unter ergotherapeutischer Leitung, was ich natürlich
17 keinesfalls wollte. Die Kollegin war immerhin so boshaft sie/ es hieß dann da muss die
18 Stelle ■■■■ auch neu ausgeschrieben werden. An der Stelle habe ich mich dann
19 geweigert. Ich habe natürlich so ne Bewerbungsmappe aber. Was hab ich/ achso: Das
20 ist unanständig. Also es könnte ja/ ich seh da überhaupt kein Grund. Ich mache das
21 was ich immer gemacht habe als Psychomotorikleiter. Dahinter stand allerdings etwas
22 anderes. Es wurden weitere Befugnisse auf die Leitung übertragen wir hatten nicht die
23 nicht die Dienstaufsicht. Wir hatten nur die Fachaufsicht. Dienstaufsicht heißt ja
24 Mitarbeitergespräche führen, Zeugnisse, zu Bewertungen und so weiter. De facto habe
25 ich das trotzdem immer gemacht aber das war eben nicht schriftlich festgelegt und es
26 war nicht offiziell (.) so deklariert. Und deswegen haben sie gesagt okay weil jetzt die
27 Befugnisse neu übertragen werden muss der ■■■■ sich auf seine Stelle auch neu
28 bewerben. Nö hab ich gesagt, das mach ich nicht. Da könnt ihr euch auf Kopp stellen,
29 ich mach´s nicht und ich finde es einfach unanständig. Das geht nicht. Da waren sie
30 auch sehr betroffen, haben sich erstmal in ■■■■ beim Träger rückversichert, ob das
31 denn so ginge, und dann hieß es: Nein, der ■■■■ kann seinen Posten behalten, muss
32 sich nicht neu bewerben. Das waren ja zwei Leiter, die werden auf einen Kopf verkürzt
33 und da wird dann ausgeschrieben. Das ist ja auch ist ja auch nachvollziehbar. Gut.
34 Und der Heilpädagoge hat sich aber nicht beworben, also wurde es die
35 Ergotherapeutin. So und dann ging´s eben weiter aber immerhin dahin jetzt bei
36 meinem Ausstieg ist ja wiederum die Versuchung zu sagen ok, ■■■■ weg, dann
37 haben wir hier einen aus dem Team, der macht dann hier die Alltagskoordination, wir

1 packen es wieder zusammen. Ja, und dann habe ich natürlich versucht immer auf
2 diesen persönlichen Wegen eh also das anders zu handhaben, ich kriegte dann im
3 Laufe der Zeit auch Zusagen für die ich mir noch nichts kaufen könnte, also
4 Psychomotorik bleibt selbstständig. Und dann passierte vor zwei Jahren, mein
5 langjähriger Vertreter, war auch 25 Jahre hier, auch Diplom-Pädagoge und
6 Sportpädagoge wie ich, hatte eh der wollte halt gerne früher in Rente gehen und seine
7 Stelle wurde dann also da wurde die Nachfolge Positionen aufgelöst, seine Stelle
8 wurde um 4 Gehaltsstufen abgewählt. Das heißt er als Diplompädagoge hatte TVÖD
9 12 und die Nachfolgemotopädin erhielt TVÖD 8. So, und das Gleiche droht natürlich
10 bei meiner Stelle (.) zu werden auch wenn es geheißen hätte, eh Psychomotorikleitung
11 bleibt, hätte aber derart abgestuft, hätte man ja auch kein Geschäft mit machen
12 können. Es wäre eigentlich ne normale Motopädenstelle gewesen, vielleicht eine Stufe
13 höher. Naja und dann habe ich halt versucht Zusicherungen zu kriegen und zu sagen
14 hier muss wenigstens ne Akademikerstelle bleiben, die jetzt auch mit TVÖD 12
15 tatsächlich dotiert wurde, Gott sei Dank, ich habe 14 aber 14 ist heutzutage illusorisch,
16 12 ist in dem Bereich eine gute Dotierung. Etwa A3 zu dem Beamtenrecht, also das ist
17 ok, da kann man eigentlich nicht meckern. Und ehm ja dann habe ich tatsächlich
18 erreicht (..) achso da kam noch etwas Entscheidendes, ich habe dann überlegt,
19 irgendwann muss ich ja auch mal hier rausgehen, wollte aber den Verwaltungsdirektor
20 noch aussitzen. Das habe ich geschafft, der es letztes Jahr im September in Rente
21 gegangen, weil er 2 Jahre länger gearbeitet hat, ehm wie gesagt, er war mir durchaus
22 gut gesonnen. Aber der gab mir nichts, ich konnte nichts holen. Und eh der hätte es
23 niemals/ also der hätte garantiert nicht die TVÖD 12-Stelle ausgeschrieben. Und dann
24 kam der Nachfolger, ein junger Mann von 36 Jahren und eh der war eine Woche im
25 Dienst, da hatten wir hier Tag der offene Tür, da kann er mit Frau und zwei Kindern,
26 und da hatt' ich die Gelegenheit GutenTag zu sagen und hab ihn in die kleine Halle eh
27 bugsieren können. Und da hatten wir dann ein sehr nettes Gespräch, hab en paar
28 Takte zu seinen Kindern gesagt, [lacht] und wir waren sofort im positiven Kontakt. Und
29 eh zehn Tage später kam er auch: Herr [REDACTED], ich hab gehört sie gehen in Urlaub,
30 kann ich sie endlich mal sprechen. Ja. Ja, erzählen sie mal, was machen sie denn
31 eigentlich so, was haben sie für Vorstellungen? Dann habe ich frei von der Leber weg
32 da erzählt, da hat er gesagt: das finde ich toll. Das ist genau das Richtige, und die
33 Psychomotorik ist ja, die klinische psychomotorische Therapie ist ja eine echte Etikette,
34 die hat ja einen Marktwert, und ist ja (.) gesichert. Und das wollen wir auf jeden Fall
35 weiter erhalten. Ist ja ein ein Alleinstellungsmerkmal neben anderen für diese Klinik,
36 werde ich auf jeden Fall unterstützen. Da hatte ich wirklich ein Stein im Brett, Gott sei
37 Dank, und dann habe ich eben auch durchgekriegt, dass die Stelle so ausgeschrieben

1 wurde TVÖD 12 und momentan sind wir noch in Verhandlungen, wo wirklich auch
2 geguckt wird, dass die Nachfolgeperson soll tatsächlich auch diesen Bereich, hab ja
3 viele Drähte auch zu Universitäten, sie sind nicht die einzige, die interviewt wurde, hab
4 etliche Master- und Bachelorarbeiten, viele Anfragen, (.) Kooperationsvertrag mal mit
5 [REDACTED] geschlossen, [REDACTED]
6 [REDACTED]
7 [REDACTED]
8 [REDACTED]. So gibt's Gott sei Dank den Titel auch da, eh mit dem
9 haben wir einen Koalitionsvertrag geschlossen und ich habe gesagt: Ja wir sollten
10 doch versuchen möglichst viele eh Masterarbeit in dieser Sektion hereinzuholen, was
11 immer man tun kann, jedes Mosaiksteinchen, könnte uns weiterhelfen. Und auch so
12 meine Referententätigkeit, ja und dann haben sie gesagt, die Nachfolgeperson [REDACTED],
13 wir kriegen natürlich keinen zweiten [REDACTED], kann ja auch nicht sein, ist ja auch so,
14 funktioniert nicht alles, muss natürlich ein anderer und möglichst ein junger Mensch
15 sein, aber der findet jetzt ne Gleise, die er belegen kann oder auch nicht, er kann sich
16 das aussuchen oder eben auch neue schaffen neue Netzwerke. Nur er kann auf
17 vorhandene Netzwerke zurückgreifen, weil Netzwerke aufbauen ist verdammt
18 langwierig. Also das muss man in langen Abschnitten rechnen

19 I: Ja.

20 E: und eh (.) jemanden
21 zu suchen der tatsächlich auch diesen diesen wissenschaftlichen/ dieses Know-how
22 und dieses Interesse hat diesen Teil und der Öffentlichkeitsarbeit zu bedienen. So.
23 Damit sind meine Wünsche in hohem Maße erfüllt, jetzt mangelt es halt noch an der
24 Person, das ist nicht einfach zu finden, weil diesen Spagat oder beides zu können und
25 zu wollen sowohl die Praktikerkompetenz als auch die theoretisch-wissenschaftliche/

26 I: Hm.

27 E:
28 ehm (..) Forschende und Lehrende, das ist halt nicht einfach. Weil die, die an der Uni
29 sitzen, die bleiben da, gehen nicht wieder in die Praxis und die Praktiker haben häufig
30 nicht die wissenschaftliche Kompetenz, also das ist schwierig, insofern bin ich auch
31 momentan auch noch nicht so ganz zufrieden mit den Bewerbungen, aber vom
32 Grundsatz her bin ich sehr zufrieden, kann mich zurücklehnen, kann das wirklich alles
33 fertig/ (..)

34 I: Perspektive ist gut.

1 E: Ja. Perspektive ist gut, mehr konnte ich auch nicht tun,
2 ich hatte mich schon damit abgefunden zu sagen: Ok ich habe hier 40 Jahre zu
3 verantworten, die kann ich auch verantworten, danach kann ich nix dafür. Aber es ist
4 mir natürlich für mein eigenes Wohlbefinden viel lieber, wenn es hier ne einigermaßen
5 passende Person gibt, die es weiterentwickelt und bei der Entwicklung ist nicht
6 spezifisch festgelegt. Natürlich haben wir Möglichkeiten weiter zu entwickeln. Ehm,
7 man kann das/ hier die eine Kollegin hat jetzt gerade ihre Masterarbeit gemacht mit
8 dem Thema „Anorexie“, Psychomotorik und Anorexie. Keine gute Arbeit, kann man
9 besser machen, kann man das konkreter entwickeln, wir haben hier ne Kapazität, Frau
10 [REDACTED], eh die hat mit [REDACTED] ist ein Lehrbuch über eh
11 Therapie - Behandlung von Anorexiepatienten. Und eh also da da kann man
12 weiterentwickeln, das ist übrigens außer dem Suchtbereich die einzige
13 monodiagnostische Gruppe die wir haben.

14 I: Ok.

15 E: Eh Anorexie.

16 I: Hm.

17 E: Muss allerdings sagen: Die
18 Erfahrungen sind nicht positiv, ist ein sehr schwieriges Krankheitsbild und ich habe
19 über die Jahre bewusst eigentlich immer die anorektischen Patientinnen bewusst in
20 normale heterogene Gruppen genommen, weil ich trotz der/ trotz des Bewusstseins die
21 nehmen Körper nicht entsprechend wahr, wollte ich doch sowas wie Normalität
22 anbieten: kurze, kleine, dicke, dünne. Und dann haben wir uns überreden lassen doch
23 mal so eher konzeptionell was die Therapeuten immer wünschen Körperschemaarbeit,
24 Körperarbeit zu machen, eh monodiagnostische Gruppen gemacht, ich kann keinen
25 Vorteil erkennen. Und der ganze Quatsch, den die sich vorstellen, Körperschema ist
26 einfach Blödsinn. Körperschema im einfachen Sinn von: Ich fass mal hier an was ist
27 das? und so weiter und rechts und links das haben die sowas von drauf – das ist
28 Pipifax für die. Is völlig daneben. Dagegen haben die Spielchen da oben angefangen,
29 die wir in der Psychomotorik natürlich besonders gut können, aber da haben wir halt
30 leider die Hierarchie nicht überwinden können zwischen Frau Professorin und dem
31 einfachen Anwender, das sind so Dinge, die ich für wirkungsvoller halte, nämlich
32 Spielchen die wir kennen, na etwa das Modellieren. Also jemand ist abgedeckt unter
33 einem Tuch und dann geht man wild hin und versucht zu ertasten. Aha. Vielleicht wer
34 ist? Aber in erster Linie: Was ist das für eine Figur? Was ist das für eine Haltung? und
35 so weiter, und das dann selber also erstens zu empfinden, zu erzählen, nachzubilden
36 mit einer anderen Person. Das ist eine ganz andere Art von Körpererfahrung eh auf

1 diese Weise kann man nämlich wirklich auch Gefühle herstellen und es bleibt nicht auf
2 der kognitiven Schiene, auf der sie ohnehin so fit sind. Also das sind so Sachen die
3 könnte man gut weiterentwickeln. Ehm, ja. Was haben wir noch? (..) Also wir haben
4 hier ein spezielles Modell mit Hochseilgarten, ich weiß nicht von wo sie gekommen
5 sind? Von hier vielleicht? Da in den Bäumen sieht man dann Reste, weil es immer ein
6 bisschen abgebaut wird, heute morgen waren die da am klettern. Ehm also:
7 Interessantes Projekt. Dann gibt es ja weiterhin natürlich Airtramp, ja der Nachteil ist im
8 klinischen Bereich immer, da kann man eben schlecht untersuchen, weil wir eben nur
9 ein Mosaiksteinchen in der Gesamtbehandlung sind. Da Effekte spezifisch der
10 Psychomotorik zuschreiben(...)

11 I: Das würde ich mir wünschen diese Effekte

12 E: Ja. Aber es
13 fehlt eben gerade in der Klinik richtig schwer, im Verein ist es leichter möglich.

14 I: Aber
15 da haben sie keinen wissenschaftlicher Kontext eigentlich im Verein oder?

16 E: Nein ich muss
17 natürlich Leute holen.

18 I: Ja gut.

19 E: Ich meine jetzt nur die die Stichprobe. Also da muss ich
20 eher im Verein gehen, weil in der Klinik kommt noch erschwerend/ es ist noch
21 schwieriger als im Verein hinzu, diese Größe Datenschutz. Ehm, das ist ja alles so
22 schwierig, was man eigentlich nicht kann, beziehungsweise der Aufwand (..) ganz
23 unverdächtige Dinge zu tun, der ist inzwischen so hoch, dass ganz vieles halt nicht
24 mehr gemacht wird. Sehr sehr schade. Bei vielen Vorteilen und Notwendigkeiten, die
25 ich auch nachvollziehen kann, wird der Alltag doch in einer Weise auf Gebieten
26 erschwert, wo ich einfach (..) nur mit Trauer den Kopf schüttele, und sage: So 'n Mist,
27 hier könnte man viel mehr tun. Also da sehe ich schon Entwicklungsmöglichkeiten
28 auch ja gerade eben zu versuchen, wie kann mit eh ja auch Kasuistik, Kasuistiken sind
29 ja auch ein bewährtes Modell in der Medizin also an Einzelfällen zu arbeiten, weil
30 große Stichproben eh nach dem Grundstandard eh zufallsa/ mäßig eh ausgewählt und
31 mit Vergleichsstichproben kriegt man hier nicht hin. Schafft man einfach nicht.

32 I: Das ist ja
33 auch die Problematik im Suchtkontext, einfach die Vergleichsstichproben

- 1 E: Ja, eh ja. Also
2 insofern eh bin ich erst einmal über den jetzigen Stand sehr zufrieden (.) und eh
3 Weiterentwicklung wird man einfach sehen, was hat diese Person für Interessen,
4 welche Richtung würden sie einschlagen, wo kann sie die Mitarbeiter noch hin
5 mitnehmen, das ist schon okay (.) hat aber auch etwas eh weiterhin mit Mitarbeiter-
6 entwicklung und -fortentwickeln zu tun, ich musste auch feststellen, dass die (..)
7 psychomotorischen Mitarbeiter eben auch nur normale Menschen sind. (.) Ehm, das
8 heißt es richten sich irgendwann, stellen sich Routinen ein und jeder
9 Veränderungswunsch eh stößt auf den Widerstand den man überall findet. Ehm sind
10 Psychomotoriker nicht anders. [lacht] (..) Hatte ich mir auch ein bisschen anders
11 erträumt. Aber es ist so. Der Mensch ist/ bleibt irgendwo Mensch und wenn er
12 Routinen eingerichtet hat, in denen er sich sicher fühlt,(.) dann eh ist es nicht so ganz
13 einfach die Dinge weiter zu entwickeln. Aber wenn sie lange Zeit dann nicht weiter
14 entwickelt werden sind sie auch nicht mehr optimal.
- 15 I: Hm.
- 16 E: Das ist nicht gut. (..) Auch die
17 Psychomotoriker rosten, wenn sie nicht wach gerüttelt werden. (4)
- 18 I: Ok. (...)
- 19 E: Ja, es gibt
20 weitere Projekte (.) also hier im Haus wird ein bisschen ausgedünnt, weil die Klinik
21 gezwungen war in [REDACTED], das ist so bald 60 Kilometer weg von hier, eh ne
22 Tagesklinik und auch zwei Stationen aufzumachen. War politisch vor Ort gewünscht,
23 um die Wege abzukürzen, wir sind ja hier Pflichtversorgungsklinik, und dann sind
24 manchmal die Wege schon echt lang, und dann konnten sie den Anforderungen nicht
25 mehr aus/ sie mussten notgedrungen, das wollten sie gar nicht gerne, eine neue kleine
26 Klinik aufmachen, wo aber hier ein Teil abgezogen wird. (..) Ist aber auch eh ein
27 spannender Neuauftrag, zu gucken, wie man da Psychomotorik fahren kann. Vielleicht
28 kriegen sie auch ne eigene Halle, bin ich schon mal gutachterlich tätig gewesen,
29 insofern,(.) gibt schon auch noch spannende Themen. (..) Ich müsst noch nicht
30 aufhören,
- 31 I: [lacht] naja,
- 32 E: gibt noch ne ganze Menge zu tun. (.) Eh die Hallen, die sind schon
33 seit sehr langer Zeit konstant, (.) aber sie sind auch einfach klasse.
- 34 I: Ja. Sind sie wirklich.

- 1 E: Der
2 Vorteil ist, man macht die Tür auf und ist in der Psychomotorik.
- 3 I: Ja, das ist wirklich gut
- 4 E: Also mit wenig
5 Aufwand, was weiß ich, hier mal ne schräge Ebene, da mal was anderes gebaut, je
6 nachdem wer mal gerade kommt, (..) das ist wenig Aufwand. Also sehr (..) schon ein
7 hoher Komfort für die Kollegen und Kolleginnen. [unverständlich] Ja das ist der
8 Nachteil. Wenn man sagt/ die können richtig viel. Aber ist inzwischen auch ne
9 eingefahrene Routine, in diesem Metier, in dem sie arbeiten, sind sie mit der hohen
10 Kompetenz und vielen Möglichkeiten ausgestattet und eh ist auch eine hervorragende
11 Therapie, insbesondere weil die Patienten so schnell wechseln. Das heißt, das was
12 hier exzellent da steht das kommt denen zugute. Müsste anders sein in
13 Langzeitverläufen. Da müsst man sich wieder andere Gedanken machen. Weil da wird
14 es denen auch an bestimmten Stellen langweilig. Da gibt es ne Menge Stellschrauben,
15 die nach wie vor interessant zu bedienen sind. (...) Niemals stehen bleiben.(...)
- 16 I: Ja,
17 schon sehr cool. Also wenn man sieht wo man überall was machen kann und wo man
18 nicht solche Möglichkeiten hat, wo das eine echte Herausforderung ist, also noch viel
19 mehr Herausforderung, Herausforderung ist es ja immer, aber da kommen dann halt
20 noch diese Materialien dazu. Das ist schon ein sehr großer Vorteil hier.
- 21 E: [unverständlich] Ja,
22 was ich noch erfinden möchte: ich möchte noch ein frauenfreundliches Trampolin
23 entwickeln.
- 24 I: Ein frauenfreundliches Trampolin.
- 25 E: Ja.
- 26 I: Was hat das für Qualitäten?
- 27 E: Das muss etwa die Größe haben wie hinten in dem Raum 3 4, wo die Matten
28 draufgelegt waren, wo ich gesagt habe, dass [unverständlich] diese Größe ist die
29 kleinste Form eines Großtrampolins, also diese Größe sollte es haben, die hat sich
30 sehr bewährt, man kann nämlich alles machen bis zum Salto springen und bis zum
31 Partner springen, aber es ist immer noch zu schwer. (..) Also Auf- und Abbau ist
32 mühsam und es sind ja auch bei uns typischerweise Frauen, müsste man eigentlich
33 immer zu z/ ich schaffe es in 90 Sekunden. Aufbauen wie auch abbauen. Gar kein

1 Thema. *Aber* da sind Frauen einfach körperlich schwächer, und eh (.) leider auch
2 ungeschickter.

3 I: [lacht] Also wirklich.

4 E: Ja, also ich hab da viele Lehrgänge gemacht. Das ist
5 nicht leicht. Tatsächlich sich die Arbeit leichter zu machen dazu gehört tatsächlich das
6 Üben das richtige Zusammenspiel zwischen Winkel und Kraft. Im richtigen Moment.
7 Dann ist es leicht. Aber genau dieses so zu vermitteln fällt definitiv schwer. Na, gut,
8 das waren überwiegend Frauen, deswegen muss ich mein Urteil einschränken
9 [unverständlich] genauso doof angestellt, hätten es aber mit Kraft kompensiert und
10 deswegen wären sie eigentlich im Ablauf/ biomechanischen Ablauf nicht besser, aber
11 es wäre nicht so aufgefallen, weil sie ihre Kraft einsetzen können. Ehm. Ja das ist also
12 tatsächlich schwierig, weil definitiv schwer, da muss man eigentlich immer zu zweit
13 sein, und wenn man dann ein bisschen älter wird geht es einfach nicht mehr so gut.
14 Was dazu führt, dass man das Ding eigentlich nicht mehr so gerne und so oft einsetzt.
15 Das würde ich gerne vom Mechanismus her ein bisschen einfacher haben. Weil das
16 das eh Element Trampolin ist nach wie vor ganz wertvoll. Und durch nichts zu
17 ersetzen. Egal [unverständlich] ob das Suchtpatienten sind, ob das Kleine sind, ob das
18 alte sind, ist ganz toll. Ein Ziel habe ich mir noch, ein weiteres Ziel noch gesetzt, mit
19 dem Airtramp möchte ich noch mal Experimente machen mit älteren Menschen. Das ist
20 die Klientel, die ich noch nicht kenne auf dem Gerät.(..)

21 I: Wie alt?

22 E: Na, deutlich über 60.
23 (..) ehm, einfach gucken wie kann ich sie zum Bewegen motivieren, eh das hat auch
24 eine Menge mit Fallschulung zu tun, mit Gleichgewichtsförderung, bin mir aber nicht
25 ganz sicher, ich werde wahrscheinlich anfangen müssen mit der anderen Konzeption,
26 die gibts auch mit Wänden. Also die sind dann tiefer und haben eine Wand. Das habe
27 ich bisher immer abgelehnt, ehm für Kinder ist das nicht gut, (.) und für Jugendliche,
28 weil die nutzen es eigentlich um dagegen zu ballern, das wäre nicht schlecht, aber sind
29 dann zunehmend herausgefordert da eh auch höher zu springen und damit laufen sie
30 Gefahr da drüber zu kippen. Also da ist kein Vorteil. Und diese Konstruktion die wir hier
31 haben hat für uns den Vorteil dass man eben auch abenteuerlich hineingehen kann,
32 dass man es so Zusammenklappen kann, also von daher eh von der Flexibilität her für
33 Kinder und Jugendliche bis hin zum Erwachsenenbereich unschlagbar. Aufgrund der
34 Einfachheit ist es sehr flexibel. Aber bei den älteren, wirklich ataktischen Menschen,
35 die das Gleichgewicht nicht mehr so gut haben können, *da* (..)müsste ich vielleicht erst
36 einmal durch die Wand sichern, dass keiner herunterfallen kann. Weil Ataxie bedeutet

1 ja auch ich kann nicht so leicht stoppen. Nea, ich werde noch son bisschen getrieben.
2 Wie man es bei den Kleinen unter 2-jährigen hat. Die laufen dann los und können nicht
3 bremsen.

4 I: [schmunzelt]

5 E: Da schwank ich halt noch. Ansonsten ist es hervorragend, weil
6 eh es viel viel gesünder als trocken, das ist sehr gelenkschonend, durch diese
7 Weichheit und die beste Gleichgewichtsförderung, die ich kenne. (.) nun haben sie
8 heute keine Einheit mitgemacht, wir machen da so ein Spiel: Wackelpeter, das heißt,
9 ich lass/ ich habe so ein Schalter, Strom an und aus, und ich kann die Luft ablassen
10 dann wird es so wackelig, dass irgendwann alle hinfallen. Außer mir.

11 I: [lacht] Sie machen
12 das einfach so lange. Da kann eh keiner mitreden.

13 E: Das ist richtig, aber das kann man
14 eben auch sehen. Das ist also wenn ich über das Luftkissen gleite, dann hat das
15 sowas ähnliches wie ne Surfbewegung. So. Kann man lernen. Ehm, aber das ist nicht
16 das Entscheidende. Entscheidend ist, dass man/ das s/ universelle Gymnastik, also
17 man macht so viele Gegenbewegung, weil archaisch, wie beim Rückwärtsfallen, sind
18 wir darauf getrimmt nicht hinzufallen. Wir können uns verletzen. Das muss/, also das
19 muss man verhindern. (.) Und eh, das heißt: wir machen automatisch ganz viele
20 Gegenreaktionen, das ist eine ganz tolle Gymnastik, (.) letztlich fallen wir dann doch,
21 hat so einen Schreckmoment, aber auch nen Lösungsmoment: ist ja gar nicht schlimm.
22 (.) Das heißt dann hab ich einen schön/ schönen Einstieg in die Fallschulung.

23 I: Das ist auch bei diesen suchtkranken Menschen die schon im Mittelalter sind. Die
24 haben ja auch ganz ganz ganz arg Gleichgewichtsstörungen.

25 E: Und das ist eine
26 hervorragende Möglichkeit, man kann eben auch behutsam anfangen, man kann son
27 Weichboden, so ne dicke blaue Matte kann man in die Mitte legen, da können sie beim
28 platten Luftkissen hinkrabbeln, kriechen, mit dem Rollstuhl hinfahren und sich drauf-
29 betten und ich kann sie damit anheben, eh und die können dann quasi am Rand
30 entlang laufen, können sich festhalten, also wirklich kleinschrittig, dieses Maß dann
31 dazu. Und das ist sehr gelenkschonend durch die Weichheit, ich hab's selber bei mir
32 ausprobiert. Ich hatte einen Fast-Bänderabriss am rechten Fuß. Ehm, dann hatte ich
33 es geschient und dann habe ich immer probiert was geht. So. Und dann auch auf dem
34 Luftkissen probiert, und so und/, da konnte ich dann schließlich gehen und schließlich
35 laufen auf dem Luftkissen. Es hat drei Wochen gedauert bis ich am Boden so laufen

- 1 konnte. Was ich auf dem Luftkissen schon konnte. Und das war für mich dann nochmal
2 der Blick. Ich wusste es sowieso. Aber dieses diese Weichheit, die ist so
3 gelenkschonend, das ist schon richtig gut. Und dann der Faktor eh
4 Gleichgewichtsförderung, eh Tonusaufbau, Selbstwert natürlich ehm (.) Kondition, das
5 ist nämlich sehr anstrengend, und eh (..)
- 6 I: Aber das ist teuer, oder?
- 7 E: Ja, 18.000 kostet son
8 Ding.
- 9 I: 18.000?
- 10 E: (..) eins hab ich selbst [lacht] Und jetzt fahr ich im Juli/ schicke ich eines
11 nach Japan. Da haben wir einen Kurs. (..) [unverständlich]
- 12 I: Also für diese Menschen
13 dort in der Einrichtung wäre das wirklich Gold wert, gut aber für die wird halt nichts
14 getan. Schon sehr schade.
- 15 E: Ja, insofern hab ich persönlich da noch einige Perspektiven
16 abgesehen von meinen Enkelchen...
- 17 [das Gespräch geht in ein persönliches über und endet schließlich]
- 18 I: Ich danke Ihnen ganz herzlich.
- 19 E: Bitteschön.
- 20 I: Das war ein sehr schönes Gespräch, ein schöner Einblick in ihre Arbeit.
21 Ich bin sehr gespannt was ich da so für mich alles rausholen kann.
- 22 E: Gar nicht so einfach
23 [lacht]
- 24 I: [lacht] Ja, das glaube ich auch. Aber auf jeden Fall sehr interessant. [2 Stunden 44
25 Minuten. Der Erzähler überreicht noch diverse Kopien und erhält abschließend zum
26 Dank ein Geschenk]

Fragenkatalog für die Experten2

Zur Person

- Bitte erzähle mir zu Beginn etwas über deinen beruflichen Hintergrund und über die Einrichtung, in der du arbeitest.
- Was ist deine eigene Motivation im klinischen Kontext mit Menschen mit Suchterkrankungen / psychischen Erkrankungen zu arbeiten und wie ist es dazu gekommen?

Psychomotorische Praxis im klinischen Kontext

- Arbeitest Du nach einem bestimmten Konzept?
 - Wen ja, was genau sieht das vor?
 - Wie ist deine Einschätzung von klinischer psychomotorischer Therapie (KPT)?
- Was unterscheidet deine Arbeit von anderen bewegungstherapeutischen Angeboten? Gibt es Vorteile und wenn ja worin siehst du diese?
- In der Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen gibt es vielfältige Therapieangebote. Welchen Stellenwert nimmt die Psychomotorik dabei ein?
 - Ist sie freiwillig oder ärztlich verordnet?
 - Für wen ist sie geeignet?
 - Wie häufig findet sie statt und wie lange dauert die Therapieeinheit?
 - Welchen Einfluss hat der zeitliche Rahmen von Häufigkeit und Therapiedauer auf die Wirkung der Psychomotorik?
 - Siehst du den zeitlichen Rahmen als ausreichend für eine erfolgreiche Therapie an?
 - Welche Ziele verfolgt die Psychomotorik im Rahmen der Therapie von Menschen mit Suchterkrankungen?
 - Welche Materialien verwendest du zur Umsetzung deiner Ziele?
 - Motivation ist eine treibende Kraft in der Therapie. Wie gehst du damit bei deiner Arbeit um?
 - Sind die Patienten von sich aus motiviert?
 - Wie beeinflussen Medikamente die Bewegungsmotivation der Patienten und wie gehst du damit um?
 - Beziehst du in deine Arbeit die Familie / das persönliche Umfeld der Patienten mit ein? (Zum einen die MENSCHEN aus dem sozialen Umfeld, zum anderen das WISSEN um das soziale Umfeld?)
 - Wenn ja, warum – wenn nein, warum nicht?

Ablauf der Psychomotorischen Therapie

- Findet die Psychomotorik in Einzel- oder Gruppentherapie statt?
- In welchem Alter sind die Patienten?
 - Hat das Alter einen Einfluss auf den Ablauf der Therapie?
- Gibt es mehrere Therapiegruppen und wenn ja, nach welchen Kriterien werden die Patienten aufgeteilt?
- Wenn Menschen eine Suchttherapie antreten, erfolgt immer eine umfangreiche Diagnostik. Fühst du die Diagnostik bezogen auf die Psychomotorik selbst durch und wenn ja, nach welchen Tests / Verfahren gehst du vor?
 - Spielen dabei Bewegungs- und Verhaltensbeobachtungen eine Rolle?
 - Werden die Tests im Verlauf der Therapie wiederholt?
- Wer legt die patientenbezogenen Ziele fest? (Therapeut, Arzt, Patient, Rentenversicherung, Krankenkasse, Eltern)? Und welche genau?

- Im klinischen Kontext muss dokumentiert werden. Was genau dokumentierst du?
- Inwieweit spielen die Ursachen, die zur Abhängigkeit geführt haben, eine Rolle für die psychomotorische Praxis?
- Könntest du mal exemplarisch einen Therapieverlauf schildern?
 - Wie sieht ein Ablaufplan einer psychomotorischen Therapie aus?
 - Wie ist eine Therapiestunde aufgebaut?

Studien belegen eine eher kurzfristige Wirkung von Sport- und Bewegungstherapie bei Menschen mit Suchterkrankungen. Meint: solange die Therapie dauert ist sie durchaus zielfördernd und trägt dazu bei beispielsweise abstinent zu werden. Darüber hinaus hat sie jedoch keinen Einfluss darauf ob Menschen rückfällig werden oder nicht. Wie schätzt du die Wirkung von Psychomotorik über das Therapierende hinaus ein?

Bleiben Kontakte zu Patienten nach der Therapie mitunter bestehen?

- Wie ist das Feedback von Patienten über die Psychomotorik?
- Wie geht es für Patienten nach der Therapie weiter? Gibt es anschließende psychomotorische Bewegungsangebote? (Beispielsweise in Selbsthilfegruppen)

Eine positive Atmosphäre spielt laut WHO eine wichtige Rolle in der Therapie psychisch kranker Menschen. Wie sieht das in der Praxis aus?

- In den meisten psychomotorischen Konzepten spielt die Beziehung zwischen Psychomotoriker*in / Patient*in / Klient*in eine wichtige Rolle. Wie wichtig ist die Beziehungsgestaltung in deiner psychomotorischen Praxis und wie sind deine Erfahrungen?
- Wie schätzt du den Wohlfühlfaktor für die Patienten hier in der Klinik ein?

Wo verordnest du deine eigene psychomotorische Haltung?

- Kannst du sie in deiner praktischen Arbeit umsetzen oder bist Du an bestimmte Vorgaben gebunden, die mit deiner Haltung nicht ganz konform gehen?

Gibt es herausragende Erlebnisse in deiner Arbeit mit den Patienten? Was hat dich besonders beeindruckt?

Wo siehst du in deiner Arbeit besondere Herausforderungen?

Gibt es deiner Erfahrung nach Faktoren, die einen positiven Verlauf begünstigen und andersherum einschränken?

1 I: Ich weiß, ehrlich gesagt, gar nicht wo du arbeitest und da du für mich ja ein Experte
2 bist in meinem Interview, wäre das schön, wenn du mir ein bisschen über deine Arbeit
3 erzählst und über deinen beruflichen Hintergrund.

4 E: Ok, also ich arbeite in der Psychiatrie, in [REDACTED]. Das ist die Klinik [REDACTED],
5 und die ist für den Nordwesten von [REDACTED] zuständig. Also [REDACTED] ist in drei/ vier
6 Sektoren unterteilt was die Psychiatrieversorgung angeht,

7 I: Mhm.

8 E: die Regelversorgung und den
9 Nordwesten hat [REDACTED], also die [REDACTED], (.) und dort gibt es verschiedene
10 Stationen. In der Psychiatrie. Das heißt es gibt ne Akutpsychiatrie, ehm klassisch für
11 Selbst- und eh Fremdgefährdung, es gibt eh für Psychosen Depressionen etc., es gibt
12 eh ne Akutpsychiatrie was Entgiftung angeht, das ist eine Station, die ich betreue, (.)
13 und zwar (.) als Bewegungstherapeut. (.) Und ehm dann gibt es natürlich noch
14 Psychosomatikstation, und ehm (.) Langzeitreha haben wir noch nicht, die ist in
15 Planung (.) für (..) die Sucht (.) patienten. (.) Und das, was ich dort mache ist im
16 Prinzip, ehm ist im Prinzip ehm die Betreuung der Akutstation für die Entgiftung, bei der
17 Entgiftung ist alles Multitox, das heißt ehm Alkohol haben die meisten und was viele
18 haben eben noch andere Nebengeschichten. (.) mit ehm anderen Substanzen.
19 Spielsucht und Sexsucht wird dort nicht behandelt. Die beiden fallen raus weil keine
20 substanzgebundene Sucht. Ansonsten im Alter von 18 bis 65 die ganze Spannweite
21 für die Entgiftung wenn sie müssen. Also wenn sie irgendwo auffällig sind oder gar
22 nicht mehr können, das heißt ein Arzt überweist sie direkt oder ein Notarzt, Polizei
23 greift sie auf oder Freunde bringen sie irgendwie hin und der diensthabende Arzt
24 entscheidet: Ja. Das muss jetzt gemacht werden. Das ist das Klientel, das auf der
25 Suchtstation dort (.) ehm landet, ja die andere Stationen, die ich betreue, sind
26 klassische psychiatrische Stationen. Ehm wo hauptsächlich Depressionen, Psychosen,
27 Persönlichkeitsstörungen etc. zentral behandelt werden. Und ehm das sind aber
28 Patienten, die haben Termin, stehen auf einer Warteliste, kommen dann irgendwann
29 stationär. (.) Es wird im April (.)/ Mai, April sollte man die Entgiftungsstation von der
30 Inneren von der Klinik [REDACTED]. Die hat geschlossen. Die kommt zu uns ehm auch in die
31 [REDACTED]. Dort ist die Motivation etwas anders weil es dann ähnlich wie
32 Psychiatristestationen, die warten auf einen Platz. Also die, ich glaub bei dir geht es
33 auch hauptsächlich um Sucht.

34 I: Mhm.

1 E: Ehm die Patienten die ich dort betreue
2 im Rahmen von einer Bewegungstherapie ehm sind halt Leute, die dort erstmal sein
3 müssen. Ja teilweise mit ehm (..) eh vom Amtsrichter, jetzt frag mich mal nach dem
4 Paragraphen? Ich glaub 12. PsychKG,

5 I: Ist das dieses Therapie statt Strafe?

6 E: Nee, das ist
7 noch mal eine andere Nummer. Es gibt beim PsychKG, ich glaub das ist der Paragraph
8 12, wo der Amtsrichter entscheidet ehm aufgrund von ehm Eigengefährdung. Zack! So
9 und so lange bleibst du da!

10 I: Und wie lang ist „so und so lang“?

11 E: Das kommt ehm tatsächlich
12 auf den Einzelfall drauf an. Die ehm das Längste glaub ich was ich da hatte waren mal
13 zwölf Wochen. (..) In der Regel sind die Patienten, wenn sie nicht nach diesem
14 Paragraphen da sind, sondern einfach aufgegriffen werden, zur Entgiftung kommen
15 ehm (..) oder gebracht werden von irgendjemandem, der diensthabende Arzt
16 entscheidet: zwischen zwei und drei Wochen im Schnitt. Also ne relativ kurze Zeit, es
17 geht dort auch wirklich hauptsächlich um die reine Entgiftung. Um die Substanz aus
18 dem Körper herauszubekommen und ehm, dass die Patienten selber wieder erstmal in
19 der Lage sind Alltag irgendwie zu bewältigen ohne sofort wieder dem Suchtdruck
20 nachgeben zu müssen, ob das gelingt steht noch auf einem anderen Blatt.

21 I: Mhm.

22 E: Sind
23 auch einige Patienten die dorthin kommen, ehm die (..) aufgrund der Langzeitreha, die
24 genehmigt wurde für (..) eine Therapie, ehm die kommen dort noch einmal hin zur
25 Stabilisierung, beziehungsweise wenn sie rückfällig geworden sind. (..) Dann müssen
26 sie auch dort hin, weil Langzeitreha wird nur aufgenommen, wenn die Leute clean sind.
27 (..) Und was ich dort mach? Wolltest du ja auch wissen, (..) [schmunzelt] ist eh
28 Bewegungstherapie, das sind klassisch psychomotorische Angebote (..) auf
29 Erwachsene dann umgemünzt: also Spiele, (..)Wettkampfsport teilweise, Sport
30 manchmal wenn sie es wünschen. Ne, aber halt eben mit einem psychomotorischen
31 Charakter Richtung kompetenzorientiert oder sinnverstehend. Je nachdem ob ich die
32 Möglichkeit für ein Einzelsetting hab, was im Dialog häufig in einem Einzeldialog ganz
33 gut geschehen kann, häufig kompetenzorientiert. (..) Was mach ich noch?
34 Entspannungstherapie. Total (..) relaxt (..). Bei mir kriegen sie verschiedene

1 Entspannungsmethoden, ähnlich wie du es glaube ich/ Hast du beim [REDACTED] die eh (.)
2 das wunderbare Seminar „Gespräch und Entspannung“ im Reflexionsmodul?

3 I: Nein.

4 E:

5 Hervorragend. Der stellt auch verschiedene Entspannungsmethoden vor. Die lass ich
6 da auch einfließen, dass sie ein Spektrum lernen oder Kennenlernen, nicht lernen aber
7 kennenlernen, ehm verschiedene Entspannungsmethoden und schauen können,
8 welche dockt bei mir an, welche funktioniert, welche wirkt bei mir gar nicht. Oder was
9 sind die Faktoren, herauszufiltern, die mich entspannen. (.) Und dann gibt es noch
10 klassische ehm sportinduzierte Gruppen, ehm wobei, wenn ich die anleite, die auch
11 eher psychomotorisch kompetenzorientiert unterwegs sind. Und die Sportgruppen sind
12 klassisch, Rudern, Fitness, Bewegungsparcours, ist ein Outdoor-Parcours. (.) Und das
13 ist das, was ich da mache.

14 I: Ok, was ist deine Motivation dort zu arbeiten?

15 E: Meine

16 Motivation dort zu arbeiten? Das ist total spannend, dass du das fragst. Oder wie
17 [REDACTED] sagen würde: Hochspannend. Ehm (..): Ich bin da reingerutscht. (..)
18 Reingerutscht im Sinne von: ich hab mein Anerkennungsjahr in der Klinik gemacht und
19 zwar an diesem Bewegungsparcours, das sind wie gesagt, Outdoor-Fitnessgeräte (.)im
20 Rahmen einer Studie. Und diese Studie wollte untersuchen, ob so ein
21 Bewegungsparcours, wenn er denn angeleitet wird, einen Effekt hat in der Therapie bei
22 Patienten, die wegen Depressionen stationär dort behandelt werden. *Und ehm* (..)
23 somit hat sich mein Anerkennungsjahr gegliedert in ehm Bewegungstherapie und
24 Körpertherapie kennenlernen, das war so mehr meine Praktikantenzeit, bzw. die Studie
25 umsetzen das war mehr dann meine aktive Zeit. Und so habe ich ein Jahr in der Klinik
26 verbracht, das Forschungsprojekt umzusetzen, was mit der [REDACTED]-Uni und dem
27 Sozialministerium von [REDACTED] und unserer Hochschule zusammen, und ich glaub auch
28 noch irgend ne andere Hochschule war drin. (.) Involviert in dem Projekt. Das war ein
29 relativ großes Ding eigentlich, ehm so bin ich letztendlich da gelandet. Was ich dort
30 vorgefunden hab, was ich sehr sympathisch fand ist, dass dieses Team der Körper-
31 und Bewegungstherapeuten sehr psychomotorisch arbeitet. Was für mich halt (.)
32 tatsächlich eher so (.) Geschenk ist. Geschenk war und Geschenk ist, und weil ich ja
33 selber nie mit Kindern arbeiten wollte, sondern mit Erwachsenen und ehm hätte nicht
34 gedacht, (..) dass psychomotorisch so gearbeitet werden kann. (.) sag das mal so. (.)
35 Also ich kenne zwar genug Aufsätze über Mototherapie, wo es auch in die Richtung
36 geht, aber ehm in der Erwachsenenpsychiatrie hab ich noch nicht wirklich viel

1 gefunden. An Literatur. Ehm was dort irgendwie Substanz/ eh substanziell genutzt
2 werden kann. (..) Gesundheitsförderung ja mit Erwachsenen , aber nicht (..) was wo du
3 praktisch tatsächlich was machen kannst und ehm dadurch das Team selber schon
4 sehr psychomotorisch arbeitet, selber auch zum Teil ehm Psychomotorik-
5 weiterbildungen gemacht haben, die waren bei der DAKP diese Berufsqualifikationen,
6 ne, hat es perfekt gepasst. Und das war so nett und ich habe mich anscheinend auch
7 so gut angestellt, dass sie mich auch behalten wollten. Und so bin ich letztendlich da
8 gelandet. Und ehm was ich extrem wertschätze ist das eine, dass ich für mich die
9 Psychomotorik leben kann, also mein Anfang war eher sehr theoretisch aufgebaut und
10 wenig Praxis wo ich hier war: klar ich hab ehm ein Projekt in einem Seniorenheim
11 gemacht, aber (..) das ist nur ein kleiner Teil von Psychomotorik. Und das war diese
12 Praxis hielt sich extrem im Vergleich zu dem was wir theoretisch gemacht haben, das
13 war eben ein kleiner Teil und jetzt ist halt (..) das, was an Theorie da ist, wird sehr stark
14 lebendig. (..)“Praxis lebendig“ aber das ist ein anderer Kontext. Aber es wird lebendig.
15 Und ehm (..) das ist die Motivation durch die ich dir sagen kann: warum ich’s
16 weitermache. Ja, die Ursprungsmotivation ehm wie man dort landet, ist wahrscheinlich
17 es gibt nie Zufälle. Wird auch biografisch bedingt sein. (..) Geh ich mal stark von
18 aus.(..)

19 I: Ok, arbeitet ihr dort nach einem bestimmten Konzept?

20 E: (...)Das
21 kommt auf dem Konzept/, je nach dem wie du Konzept definierst. (..) Also da würde ich
22 dich bitten deine Frage zu präzisieren.

23 I: Naja so ein Konzept will/ setzt ja die Ziele fest
24 und wie man sie erreicht, wie man das umsetzt,

25 E: Also Konzept. Ich würd mit ehm Ja.
26 Ehm, natürlich gibts das normale Konzept einer Klinik, die sagt okay wenn ein Patient
27 hinkommt bekommt er bestimmte Indikationen ehm wie er behandelt werden soll, mit
28 eh Medikationen das wäre die Geschichte, was dann bei der Pflege und auf Station
29 passiert, ehm dann gibt’s bestimmte Berufsgruppen, die bei uns als Therapeuten
30 integriert sind, was Ergotherapie angeht, was Arbeitstherapie angeht, und dann gibt es
31 natürlich die Indikation Bewegung. Und ehm das gibt so ein bisschen das Konzept vor
32 im Sinne von du hast ne Rahmenstruktur was die Zeiten angeht, wann sie kommen,
33 wie aber ein einzelner Therapeut zu arbeiten hat, ehm da gibts keine Vorgabe in dem
34 Sinne das muss so oder so oder so sein. Und das ist auch etwas was ich extrem an
35 diesem Team schätze, weil letztendlich jeder sein Steckenpferd reinbringen kann. Ja
36 das heißt unser Team an Bewegungstherapeuten ist sehr unterschiedlich (..) gefiltert.

1 Ich komme jetzt als Sozialarbeiter, der sagt: Okay für mich ist psychomotorisch oder
2 Psychomotorik ne leiblich gelebte soziale Arbeit, ehm dann haben wir
3 Physiotherapeuten, die arbeiten, die sich weitergebildet haben mit Psychomotorik, wir
4 haben Tanztherapeuten, ehm Fitness/ eh Gymnastiklehrer, und eh in dem Sinne: sie
5 müssen so arbeiten!, gibts so erstmal nicht. Sondern du kriegst deinen Arbeitsvertrag,
6 der ist dann entweder als Körpertherapeut oder als Physiotherapeut, also im Moment
7 wird in der Klinik auch endlich ein bisschen mehr umgemodelt, alles ein bisschen mehr
8 modern gemacht, ich hab nämlich eine Anstellung als Physiotherapeut, obwohl ich
9 keiner bin, und (..) da steht dann drin, was man theoretisch alles machen müsste, ehm
10 praktisch ist das so, dass du tatsächlich schaust wie kommst du in einen Dialog mit so
11 einer Gruppe bis du sie einbinden kannst und gleichzeitig ehm sie in bestimmten Skills
12 fördern kannst. Skills im Sinne von Social Skills etc., Eigen-, Selbstkompetenz. Und da
13 kannst du dir im Prinzip wieder ehm arbeitetest du nach nem bestimmten Konzept, da
14 kannst du dir klassisch unsere Psychomotoriklehre nehmen, mit Förderung von
15 Selbstkonzept, Materialkompetenz, Sozialkompetenz,(..)

16 I: Und bekommst du die Gruppe
17 zugewiesen?

18 E: Zugewiesen ja, im Sinne von: sie sind auf der Station und eh

19 I: Wie viele?

20 E: die
21 Pflege/ auf der Station selber sind zwischen 18 und 20 Menschen die dort in der Regel
22 sind, bei mir in der Gruppe landen zwischen 8 und ich habe auch schon 18 gehabt und
23 das ist sehr unterschiedlich. Die eine Woche sind mal 8, die nächste Woche sind's 16.
24 Es ist auch jede Woche eine neue Gruppe, weil die Aufenthaltszeit von den Menschen
25 relativ kurz ist, die sind ja nur 2 bis 3 Wochen im Schnitt da. Und ehm (..) die Idee die
26 wie ich ran gehe, wenn man's Konzept nennen will ist: Ich lasse sie ankommen, also
27 sie sind zugewiesen, sie kommen/ werden von der Pflege geschickt, sie kennen den
28 Termin. Ehm ich lasse sie ankommen und lasse ihnen die erste Viertelstunde machen
29 was sie wollen. (..) Also sie dürfen sich Material aussuchen, sie dürfen machen was sie
30 wollen. Sie können sich austoben, sie können sich hinsetzen und erfahren, und die
31 erste Viertelstunde nutze ich dafür um selbst anzukommen und auch zu sehen, wie ist
32 die Gruppe von der Dynamik her und in der Regel bei den Suchtpatienten ist es sehr
33 heterogen. Also wenn ich es vergleiche mit Psychotherapie- oder Psychosomatik-
34 station, da ist es eher homogen da ist entweder eine Gruppe geladen wie sonst was
35 oder sehr ruhig, bei meiner Gruppe was die Suchtpatienten angeht, ist es sehr
36 heterogen. Also da ist in der Regel alles vertreten und es gibt meistens einen

1 dominanten Pol. Und ein paar andere die nebenherlaufen. (.) Dann nach einer
2 Viertelstunde mache ich eine kleine Runde, Sitzkreis (.) klassisch, um erst mal mich
3 vorzustellen, weil ein Teil kennt mich ein Teil nicht, und das auch als Einladung (.)
4 mehr auszusprechen, was das Mitmachen angeht bzw. in anderen Worten, auch die
5 Einladung einen Safe-Place zu nutzen, das heißt wenn sich jemand rausnehmen mag,
6 darf er das tun (.) und sich wenn er will auch was bauen. Also manchmal mache ich
7 auch eine Stunde, wo ich ein Entspannungsbett vorher schon etwas baue und nehmen
8 das als Beispiel, wenn sich jemand zum Beispiel, wenn sich jemand rausnehmen will,
9 wär das zum Beispiel ne Möglichkeit. (.) Dadurch, dass sie nicht mitmachen müssen,
10 (.) sondern eher wissen: Ok, ich darf auch mal einfach sein, und muss nicht jedem
11 vermeintlichen Zwang folgen, ehm ist das Spannende, dass die Fluktuation die auf
12 Station. Also manche gehen ja auch einfach gegen den Rat, ehm dass die Fluktuation
13 in meiner Gruppe relativ gering ist. Was heißt bei mir aus meiner Gruppe haut nicht
14 unbedingt einer ab. Also ich hab jetzt seit (.) 2 Jahren mittlerweile, dass kein einziger
15 Patient aus meiner Gruppe abgehauen ist, was früher, bevor ich sie übernommen hab,
16 schon immer wieder vorgekommen ist, dass ein zwei wieder hoch auf Station sind.
17 Sowas ist mir nix, ja.

18 I: Ja das ist für die ganz wichtig die Selbstbestimmung.

19 E: Und sie
20 können selber entscheiden und das/ Ich bin mir relativ sicher dadurch, dass sie wissen
21 dass sie so sein dürfen und dass sie auch so angenommen werden wie sie sind, dass
22 das eher motiviert zu bleiben und auch zumindest es wirken zu lassen. Weil auch wenn
23 ich passiv dabei bin, passiert etwas mit mir. Und das sind so Sachen, weil ich sage:
24 das ist für mich klar psychomotorisch. Da wird ganz viel implizit, nebenher, unbewusst,
25 teilweise vorbewusst, ja das (.) ist ehm sehr sehr schön zu sehen. (.) Dann gibt es
26 einen Hauptteil, meistens ein zwei Geschichten die wir machen. Manchmal spielt sich
27 ein Teil aus und will nicht zu Ende gehen, dann bleibt's einer, manchmal ist es so,
28 dass man zwei Sachen macht. Und dann gibt es ne Abschlussrunde ehm, wo
29 bestimmte Themen (..), die in so ner Bewegungssituation aufpoppen thematisiert
30 werden oder je nachdem wenn ich das Gefühl hab jetzt ist eher Ressourcendusche
31 angesagt, dann gibt's eher ne Ressourcendusche. (.) Und das könnte man schon als
32 Konzept nehmen.

33 I:

34 Hm.

35 E: Weil letztendlich die Ziele sind eigentlich immer die gleichen in der Psychiatrie
36 stabilisieren oder aufdecken. Aufdecken kannst du mit ner Akutstation nicht machen,

1 weil wenn du aufdeckend arbeitest brauchst du mehr Zeit, und in dem Sinne ist es
2 dann meistens stabilisieren und Kompetenzen wieder transparent machen. Dass sie es
3 selber vielleicht auch mal sehen und wenn sie es nicht sehen können, dass sie es
4 zumindest von anderen merken, dass sie gesehen werden.

5 I: Beschreib mal so ein
6 bisschen den Raum und die Materialien, weil ich kann mir das jetzt natürlich schwer
7 vorstellen.

8 E: Klassische Turnhalle, also wenn es um die Bewegungstherapie geht,
9 klassische Turnhalle, etwas größer als ein Volleyballfeld, ja also keine Riesenturnhalle,
10 sondern eher ne? Aber etwas größer als ein Volleyballfeld, das heißt du kannst
11 Volleyball, Basketball theoretisch spielen darin, Handball, von denen drei und
12 Badminton auch, von den 4 Spiele-Sportarten sind auch die Linien auf dem Boden
13 aufgezeichnet. (.) Und ehm (.) von der Höhe her ist es so, wenn du Badminton spielst
14 oder Volleyball kommt auch mal der Ball an die Decke, also ist jetzt nicht superhoch, (.)
15 von den Materialien, ehm ich wünschte mir mehr, (.) wie jeder Psychomotoriker
16 wahrscheinlich

17 I: [lacht]

18 E: wenn er arbeitet, weil wir ja meistens in meinem Kontext arbeiten
19 wo wenig eh Geld zur Verfügung steht, auf der anderen Seite kenne ich andere
20 Kliniken, bin total happy was wir haben. Also ich hab eine weiche Weichbodenmatte,
21 ich hätte gern ne zweite große, aber wir haben eine Weichbodenmatte, wir haben die
22 klassischen ehm Gymnastikmatten, anderthalb Zentimeter dick, 60 Zentimeter breit
23 glaub zwei Meter lang, ehm wir haben 20/25 Petzibälle, diese Gymnastik/
24 Schwangerschaftsbälle, jede Menge Gymnastikbälle, Seile, (.) diverse Bälle im Sinne
25 von Schaumstoffbälle, Softbälle, Hockeyschläger, Kegel, Reifen, Tennisbälle,
26 Badminton klar, Fußball, Basketball, Volleyball, das sind so die klassischen
27 Materialien, die wir dahaben. Wenn 's mehr in die Körperwahrnehmung reingeht, das
28 mach ich mit Patienten eh von der Psychiatriestation, da habe ich noch mal die
29 Möglichkeit auch den Sandsack zu nutzen, das ist aber ein anderer Raum. Der etwas
30 kleiner ist, der auch durch die Holzparkett, was da ist, noch ein bisschen mehr
31 Atmosphäre reinbringt. Ja, da sind auch ein paar Stofftiere und Decken und Kissen. Da
32 kann man noch mal ein bisschen anders arbeiten. Für die Suchtstation, dadurch dass
33 sie sehr kurz da ist und wir eben nicht bei denen körperwahrnehmend nicht viel
34 arbeiten, sondern Stabilisieren, Kompetenz fördern, da ist es so ein bisschen mehr auf/
35 auf ner sportlichen Ebene – auch von den Materialien her. (..)

- 1 I: Ok und ich bin jetzt völlig ab
2 von meinem Konzept, [lacht] das ist ja immer so. Ehm deshalb muss ich ein bisschen
3 aufpassen damit ich trotzdem im Blick habe was ich alles wissen möchte von dir. Ehm
4 (.) Die Patienten selber sind einfach grundsätzlich von der Suchtstation und werden
5 nicht noch mal irgendwie zusammen sortiert, sondern die kommen auf die Suchtstation
6 und haben verordnet Bewegungstherapie.
- 7 E: Mhm, wenn sie in der Lage sind von alleine
8 zur Bewegungstherapie runterzukommen.
- 9 I: Und dann ist es verpflichtend für sie?
- 10 E: Das ist
11 ne Pflichtgeschichte von Station aus.
- 12 I: Und wie verbindet sich das mit dem: Ich darf
13 teilnehmen und ich/
- 14 E: das ist so die Ambivalenz wo du auch den Widerstand merkst, wenn
15 die kommen (.) bei einigen und wenn sie merken: Sie dürfen aber einfach sein. Sie
16 müssen nicht mitmachen. Sie werden nicht gezwungen. Und dürfen sein ehm sie
17 werden gesehen, also ich hab im Moment das Glück, dass sich zwei Studenten von
18 uns mit einbinde als Projekt, ehm wo ich dann auch die Möglichkeit hab selber
19 rauszugehen und auch mit denen im 1:1-Dialog zu sein. Da tritt in der Regel relativ viel
20 Entspannung ein und dann verschwindet dieses: Ich muss ja hier unten sein. Also das/
21 ich glaube, dass die Haltung, wenn sie deutlich wird, wenn sie authentisch ist, die der
22 Anleiter mit sich bringt, in dem Falle ich, dass da auch noch mal etwas passiert im
23 Sinne von: ich werde gesehen und sich da wirklich entspannt. Am Anfang sind wirklich
24 einige da, die sagen: *Urgh!*, will ich nicht, die sprechen es nicht aus, weil sie müssen ja
25 unten sein, aber man merkt das ja, alleine vom Muskeltonus her und von den
26 Bewegungen her und das löst sich relativ schnell. Wenn sie merken, dass ich es ernst
27 meine, dass sie sich auch rausnehmen können. (.) Und, dass sie auch kein Einzelfall
28 sind und dass ich nicht eh ein verstehen-wollen von meiner Seite im Raum ist. Also ein
29 verstehen-wollen im Sinne von: a) was bringst Du mit? (..) und b) manche Sachen
30 kenne ich halt tatsächlich auch (.) selber manche Wehwehchen, mein ich bin ja nun
31 auch nicht mehr der Jüngste, und manchmal ist es auch das, dass es einen verbindet
32 und dann wieder für Entspannung sorgt. Aber das Entscheidende, glaube ich, ist dieser
33 Punkt: Authentizität, Gesehen-werden, Wertschätzung. Das ist praktisch mit das
34 Wichtigste. (...)

1 I: Und sie kommen da rein und die einen suchen sich halt die
2 Ruhe und die anderen nehmen sich dann irgendein Material oder was machen die
3 genau?

4 E: Das ist total unterschiedlich. Also wenn sie alle da sind, beginnt um 8 Uhr 45,
5 die meisten sind pünktlich, es gibt immer ungefähr 20 bis 25 Prozent die noch so ein
6 bisschen nachrücken, und ich lade alle/ ich sag guten Morgen, schön, dass sie da sind,
7 und die nächste Viertelstunde gehört ganz ihnen. Machen sie was sie wollen, was auch
8 immer das ist.

9 I: Und was ist das?

10 E: Total unterschiedlich. Manche sind erst einmal irritiert,
11 können damit gar nichts anfangen, wie ich darf was machen was was ich will, verstehe
12 ich nicht, andere rennen sofort holen sich einen Basketball, fangen Basketball oder
13 Fußball an zu spielen, Badminton ist irgendwie bei ganz vielen begehrt, (.) und einige
14 sitzen dann erst mal, sagen: Nee ich/ gehts auch noch nicht so gut, sitzen reicht erst
15 mal. Und schauen dann zu.

16 I: Und wie ist das mit Männern und Frauen?

17 E: Phh, ist ne
18 gemischte Gruppe, und eh (.) hatte ich bis jetzt noch nicht wirklich als (.) Thema, was
19 thematisiert werden müsste.

20 I: Und kommt es auf's Alter irgendwie an, oder ist das auch

21 E:
22 Es ist sehr gemischt. Also man kann schon sagen, dass die, die sehr jung sind
23 entweder voll faul sind und gar nicht sich bewegen wollen, Ja? (.) Oder einen extremen
24 Bewegungsdrang haben, (.) ehm das mittlere Alter ist eher so: Mh, ich weiß gar nicht,
25 ob ich überhaupt was machen kann, die fangen dann langsam an sich auszutesten, die
26 die dann wirklich in ein Seniorenalter reingehen, sind sehr behutsam (.) mit sich. Und
27 ehm da braucht's manchmal ein zwei Einladungen ehm (..) dass sie zumindest
28 vielleicht doch probieren etwas zu tun. (.)

29 I: Und wie verbindest du dann diese Gruppe,
30 wenn sie so heterogen ist?

31 E: Das ist eine gute Frage, ich/ klingt jetzt ein bisschen frech
32 aber durch meine Präsenz. (..) Das Verbindende ist so: die Aufgaben, die wir machen
33 oder die, die ich stelle, sind häufig so, dass eigentlich alle sie machen können, egal in
34 welcher Konstitution sie sind, ehm (..) und wenn die Gruppendynamik dahingeht, dass

1 sie rausfallen von ihrer eigenen Konstitution her, ist es meistens so, dass ich eher
2 rausgehe und gucke und Beispiele gebe, wie könnte man es abändern, also
3 modifizieren. Was manchmal sehr überraschend für sie ist was dann tatsächlich
4 funktioniert. (.) Ja weil viele sind erst mal mehr in dieser Phase wenn sie, vor allem
5 wenn sie ankommen, ich bin am Boden, ich kann nichts, ich bin auch nichts wert, ich
6 habe es schon wieder nicht geschafft, ja? Ehm (.) davon muss mich auch erstmal
7 lösen, weil das ist wie son riesen Ballast ist. Allein mit kleinen taktilen Sachen und
8 leichte Bewegung oder wenn ich anfangen und erkläre, dass zum Beispiel atmen auch
9 eine Bewegung ist. Ohne Atmung kann ich mich nicht bewegen, ohne Atmung kann ich
10 mich nicht entwickeln, Entwicklung ist Bewegung. Wenn ich alleine in den Mutterleib
11 zurückgehe. Was passiert mit der Befruchtung? Wie entwickelt sich die Zelle? Wenn
12 ich das im Mikroskop sehe, da ist ganz viel Bewegung. Und wenn keine Bewegung
13 mehr da ist, ist Stagnation da. Aber wenn ich atme, bewege ich mich immer noch. Und
14 die Definition hilft auch vielen, um überhaupt erstmal wieder in Bewegung zu kommen.

15 I:

16 Hm.

17 E: Weil Bewegung eben nicht sehr großräumig sein muss. (.) Ehm ich habe es
18 tatsächlich noch nicht erlebt, dass mir eine Gruppe entglitten ist. Aufgrund dieser
19 Haltung. Das wäre meine Begründungshypothese.(.) Dieses Zusammenbringen, wenn
20 manche mir sagen: das ist mir zu viel, ich nehme mich grad raus, bin ich zum Beispiel
21 ein, wenn ich Schiedsrichter brauche.

22 I: Hm.

23 E: Oder wenn ich keinen Schiedsrichter brauche,
24 dann fange ich an: hey es ist total gut, dass sie hier draußen sich für sich sorgen,
25 Selbstfürsorge machen, haben sie die Möglichkeit mir zu helfen? Weil ich hab nur zwei
26 Augen. Ich könnte vier oder sechs gebrauchen, im Sinne von: Was bringen die denn
27 für Stärken mit? (.) Oder was passiert dort gerade, oder was nehmen Sie wahr, mal
28 gucken was ich wahrnehme, was Sie wahr/ und schon ist wieder der Fokus da, dass
29 sie mit drin sind für die, die vielleicht nicht aktiv - vermeintlich nicht aktiv - mitmachen.
30 Weil ich persönlich sehe das draußen Sitzen auch als eine aktive Teilnahme.

31 I: Im
32 klinischen Kontext muss ja meist dokumentiert werden, weil das muss ja auch
33 finanziert werden. Dafür müssen ja Ergebnisse her. Meistens ist das so. Wie ist das bei
34 euch?

- 1 E: Ja. (.) Ich dokumentiere, was ich gemacht habe, was die Bewegungstherapie
2 angeht bzw. bei der Entspannungstherapie was für eine Form von Entspannung ich
3 gemacht hab, wenn irgendwelche Sonderfälle da waren, ja, dass irgendein Patient
4 speziell auffällig war, dann dokumentiere ich das mit ein zwei Sätzen bei der einzelnen
5 Person (.) ehm und denen reicht das in der Regel. Also ich hab noch nie eh gehört,
6 dass sie mehr haben wollen außer das: Was haben wir gemacht? Wenn es um die
7 Körperwahrnehmung geht und da sind wir ein bisschen weg von den Suchtpatienten,
8 da ist eher so, dass ich tatsächlich viel mehr, weil wir auch aufdeckend dort arbeiten,
9 viel mehr (.) ehm aufschreibe im Sinne: Was ist bei den Patienten passiert? Was ist bei
10 mir, was habe ich wahrgenommen? Da geht es dann tiefer in die Dokumentation rein.
11 Bei der Entgiftung selber scheint es zu reichen zu sagen: was haben wir gemacht? Wie
12 hat sich die Gruppe präsentiert? bzw. was für ne Dynamik war da und fertig.
- 13 I: Du
14 brauchst also nicht für jeden Einzelnen dokumentieren?
- 15 E: Nee, ich erfass es als Gruppe
16 tatsächlich. Die Leute waren in der Gruppe, mach ne Gruppendokumentation in dem
17 Bereich, und wie gesagt, wenn was auffällig ist, dann gehe ich zu dem einzelnen
18 Patienten rein und ehm (.) in die Akte und schreib es da separat noch dazu. Das
19 andere Ding ist, dass wenn etwas auffällig ist,(.) ehm ich auch am gleichen Tag noch in
20 der Übergabe bei der Pflege bin, wo es auch noch mal Face-to-Face thematisiert
21 werden kann. Weil der Fokus scheint mehr darauf wirklich zu liegen auf den
22 klassischen medizinischen ehm (.) Medikationen: Ausschleichen lassen bzw.
23 unterstützen, stabilisieren. (..) Anders kann ich's mir nicht erklären.
- 24 I: Welchen
25 Stellenwert siehst du für deine Aufgabe also jetzt als Bewegungstherapeut?
26 Psychothera/ -motoriker im Kontext von Therapie für die Menschen?
- 27 E: Noch mal die
28 Frage.
- 29 I: Was hast du/ ehm Was ist die Psychomotorik, was für einen Wert, was für eine
30 Stelle, hat die im Gesamttherapiekomplex von den Menschen?
- 31 E: Für mich oder für den
32 Patienten?
- 33 I: Oh, sag beides.

1 E: Ich glaube für mich *ehm* natürlich extrem groß, ehm weil ich
2 dort die Möglichkeit hab auf ner körperlichen Ebene zu arbeiten, wo sie nicht immer
3 kognitiv unterwegs sein müssen. Also es finden ja eh sehr viele Gespräche immer
4 wieder statt. Und ich erlebe es eher als Befreiung, dass mal nicht kognitiv ständig
5 gequatscht werden muss und immer wieder sich ausblättern muss. Ehm gleichzeitig ist
6 es aber so: ehm wir haben mal einen bekannten Arzt gehabt, der hatte (.) mal die
7 Aussage getätigt: Körpertherapie ist im Prinzip (.) das Arbeiten mit einem scharfen
8 Skalpell an einer offenen Wunde. Weil ich viel direkter da bin. Sehr unmittelbar da bin
9 und dadurch viel mehr machen kann ja, was unmittelbar wirkt. Bei kognitiver
10 Geschichte muss sich erst noch setzen und das sehe ich als extremen großen
11 Stellenwert an ehm die Leute wieder in Bewegung zu bekommen. Bewegen im Sinne
12 von, dass sie für sich wieder ihre Entwicklung in nem vielleicht für sie schnelleren,
13 adäquateren Rahmen wieder in Gang bekommen. Weil entwickeln tun wir uns ja alle.
14 (.) Eh da kommen wir ja nicht drum rum. Nur, dass es eben nicht als Gefühl von
15 Stagnation ist oder Rückläufe. Das gibt es ja auch, dass manche das eher/ ihre
16 Entwicklung als rückläufig empfinden und da von dem Punkt, wo sie sind, dass sie
17 eher wieder vorankommen und ehm (.) bei den Patienten ist es eher so, (..) dadurch,
18 dass sie extrem gerne kommen, vielleicht nicht das erste Mal wenn sie es nicht
19 kennen, aber danach extrem gerne kommen, scheint das die gleiche Wirkung zu
20 haben. Also vielleicht ist die (.) die Authentizität, die ich vorhin schon erwähnt habe mit
21 meiner Haltung, etwas was sehr einladend ist, und dann nochmal eine andere
22 Sichtweise für viele Sachen gibt. Es ist ja/ ich mach manchmal ganz frech ein
23 Zirkeltraining mit denen. Das klingt nach Schule und oh Gott und das ist auch genau so
24 wie du gerade dein Gesicht verziehst, machen das alle dort und nachdem wir mit dem
25 Zirkeltraining durch sind, ist es total spannend, was sich bei denen zeigt. Weil nach
26 dem Zirkeltraining ehm thematisiere ich, was sind/ also Zirkeltraining ist wie folgt: bei
27 mir - muss man vielleicht ganz kurz erklären - ich bau neun bis zehn Stationen auf,
28 mache diese Stationen vor, wie man sie machen kann. Der Patient oder die Patientin
29 soll sich selber entscheiden welche Intensität sie an der Station macht. Das heißt eine
30 Station dauert eine Minute, sie selber sollen entscheiden für sich: Wie viel kann ich
31 oder will ich in einer Minute schaffen und die Intensität wählen sie selber. Und ich
32 mach zwei Extreme vor, nimm das Beispiel Seilspringen, du kannst Seilspringen wie
33 ein Boxer, ne hast du bestimmt schon mal bei Rocky oder so gesehen oder
34 Seilspringen: Wie oft komme ich darüber über das Seil. Zählt für mich aber auch, wenn
35 ich das Seil am Boden hab bzw. die Hände, also die Enden hab ich in den Händen und
36 ich steig dann einfach drüber und ich steig wieder zurück. Ich muss gar nicht springen.
37 Aber ich komm über das Seil. Das ist glaube ich so das beste Beispiel. Oder

1 Liegestütze. Ich kann die am Boden auf drei Fingern machen oder ich kann sie an der
2 Wand machen, wo ich fast keinen Winkel hab. Ja, und so in der Intensität, sollen sie
3 sich selber aussuchen. Das ist der eine Teil der Aufgabe. Der andere Teil der Aufgabe
4 ist natürlich, dass sie darauf achten sollen, dass es ihnen nicht schlechter geht als zu
5 Beginn der Einheit. Weil sie kriegen zwei Aufgaben. (..)

6 I: Und? Kriegen die das hin?

7 E: (..) Eh
8 nö, nicht alle, und zwar in diesem Teil (..) dass es Ihnen vielleicht nicht schlechter geht.
9 Der Witz ist aber: es sind vielleicht 0,5 Prozent die ich nicht hinkrieg. Und dann kann
10 ich das aber als Thema aufgreifen, wenn ich in ein Einzel gehe, (..) Warum kriege ich'n
11 das nicht hin? Und dann sind wir in dem Rahmen, dass wir Muster entdecken, die
12 natürlich auch suchtfördernd oder nachher, wenn ich sie mir bewusst mache, nutzen
13 kann um der Sucht entgegen zu greifen. Also mir geht es um darum ein Muster
14 aufzudecken bzw. dann auch Achtsamkeit über den Körper zu entwickeln. (..) Das dafür
15 ist halt die Bewegungstherapie (..)sehr spannend und das Wort Therapie glaube ich
16 was für mich wichtig ist: ich verbinde es tatsächlich in der Ursprungsübersetzung eh
17 mit begleiten. Also der Therapeut wird ja immer damit konfrontiert bzw. gesehen als
18 wäre er ein Arzt und würde heilen und ich selber sag das bei ganz vielen in der Gruppe
19 ehm zum Glück reden sie mich nicht/ also manche reden sich manchmal mit Therapeut
20 an, dann bin ich sofort dagegen, manche nennen mich Trainer oder Coach. Das gefällt
21 mir dann schon besser, wenn sie mich beim Namen nennen ist noch besser, (..) und
22 ehm diese Perspektive von für mich sind Therapeuten Begleiter. (..) Und dann passt für
23 mich auch der Therapiebegriff, weil dann ist er für mich auch nicht widersprüchlich (..)
24 zu dem was wir machen.

25 I: Und denkst du das hat eine Wirkung über das Therapieende
26 hinaus? Also wo wir schon mal bei Therapie sind, wenn du halt nicht mehr der
27 Begleiter bist hat es trotzdem eine Wirkung mit bleibendem.

28 E: Für mich würde ich sagen
29 definitiv ja. (..) Eh und zwar, vielleicht nicht immer eine bewusste, aber häufig eine
30 unbewusste. Mache ich daran fest: dieses Klientel kommt sehr häufig wieder zur
31 Entgiftung. Also es ist seltenst, dass jemand nur einmal da war. (..) Das Spannende ist:
32 Wie sind sie bei den nachfolgenden Therapiebesuchen? Wie kommen sie in meine
33 Gruppen? Und ehm wie ist der Dialog da? Und da sieht man schon tatsächlich
34 nachhaltig Fortschritte: einen wertschätzenderen Umgang. (..) Manche von denen -
35 zwei drei Extremfälle - da ist es sehr extrem, schaffen das nur in diesem sicheren
36 Rahmen. In der Klinik und wenn sie auskommen (..) nicht. Was aber für mich aufgrund

1 meines Verständnisses von Körpergedächtnis da ist: Sie haben eine Sequenz erlebt
2 (.), wo es anders ist als im Alltag. Und das wird mit Sicherheit wirken. (..) Und wie es
3 dann wirkt, in einer positiven Richtung, dass es stabiler bleibt, das muss ich aber auch
4 bei den Patienten lassen. Das kann ich nicht aufdrücken. Weil sonst muss ich
5 anfangen zu sagen ok – ich bleib 24/7 noch bei dir, bis du trocken bist und dann
6 vielleicht die nächsten zwei Jahre noch und das ist etwas was du ja nicht leisten
7 kannst. Aber du kannst durchaus zeigen, dass es wie bei wenn du Onkel, Tante bist
8 und vielleicht: erziehungstechnisch würde ich aber anders machen, mehr als die Eltern,
9 die Kinder können bei dir etwas anderes erleben. Und das wird sich irgendwann
10 auswirken. In welcher Form auch immer. Und mein (..) Glaube ist eher, dass es
11 tatsächlich auch positiv ist. (..)

12 I: Gibst du ihnen irgendwelche Ratschläge für die Zeit
13 danach, Unterstützungsmöglichkeiten, die sie vielleicht hätten um sich weiter so zu
14 fühlen, wie sie es bei dir tun?

15 E: Wenn ich konkret gefragt werde: ja, (.) ehm (.) ich geb
16 gerne immer wieder den Hinweis, also meistens ist es so, so etwas wird eher in einem
17 Abschlussgespräch, hey ich bin das letzte Mal da, ich wollte mich bedanken, das
18 machen fast alle. Das ist sehr spannend. Und da kommen auch extra nochmal, obwohl
19 sie gerade entlassen sind, um sich zu verabschieden, also das zeigt dann auch wieder
20 wie es angenommen wird, weil da sind so viele Menschen mit denen sie zu tun haben,
21 sie gehen nicht zu allen hin und verabschieden sich und kommen extra.

22 : Hm.

23 E: Ehm, (.)
24 ein Ratschlag gehe ich ihnen tatsächlich häufig, da kommt der Sozialarbeiter durch
25 was das beraten angeht, und wir haben ja einen Kliniksozialdienst, also die machen ja/
26 ehm ich frag immer: Haben Sie sich für sich hier aus der Sache mit mir was mitnehmen
27 können oder war es eher etwas wo Sie sagen Puh [schnaubt]. (.) Und ehm die meisten
28 kommen eher mit diesem Wohlf/gefühl und mal so sein dürfen, nicht immer quatschen
29 müssen, auch einmal sein nicht immer angepasst sein müssen. Und ehm dann kommt
30 halt die Frage: ehm Was hat Ihnen denn gut getan im Sinne von: War's die
31 Regelmäßigkeit? War's die Art und Weise? Die Art und Weise ist fast immer, aber
32 auch die Regelmäßigkeit wird genannt. Und da kommt immer der Ratschlag: Machen
33 Sie sich drei Termine in Ihren Kalender, in denen Sie sehen: Zeit für mich! Und wie sie
34 die füllen, (..) das entscheiden Sie. Zeit für mich kann Bewegung sein, kann wenn es
35 mal ruhig sein muss ein Kaffeetrinken sein, aber dass ich zumindest wieder diesen

1 Impuls hab und am besten jetzt schon in den Kalender schreiben. Und einige machen
2 das (.) das ist so der Ratschlag, den ich mitgeb. Den Rest lass ich für sich wirken.

3 I: Wo
4 wir bei Regelmäßigkeit sind, wie häufig und wie lang sind die Therapieeinheiten?

5 E: Ehm
6 die Bewegungstherapie in Anführungsstrichen ehm 75 Minuten montags ist einmal die
7 Woche, Entspannung 50 Minuten ist einmal die Woche, wobei ich mach meistens eine
8 Stunde, weil ich halt die Methode thematisiere und mir auch ein Feedback hole im
9 Sinne von: Wie hat es auf sie gewirkt? Damit auch die Patienten merken, dass jeder
10 eine andere Wahrnehmung hat. Es gibt nicht nur die eine Wahrnehmung. Ehm die
11 funktionellen Sportgruppen was Parkour angeht und Rudergruppe angeht, egal wie
12 psychisch motorisch sie geleitet werden, aber es sind halt Sportgruppen, die haben
13 auch 75 Minuten (.) von der Zeit her, wobei da eher der Durchschnitt ist, dass sie
14 meistens nach 60 Minuten (..)

15 I: Platt sind.

16 E: gut bedient sind. Nö, platt nicht. Also ich/ sie
17 kriegen also die meisten kriegen es hin sich anzupassen im Sinne von auf sich zu
18 achten und nicht immer gleich drüber. Zu welcher zwei drei Spezialfälle, die immer
19 wieder drüber gehen ehm aber da bin ich auch viel mehr in nem Dialog dann drin und
20 da ist es manchmal auch so, dass es sehr spannend ist für die, die passiv dabei sind.
21 Die machen ihre Aufgaben und haben ihren Spaß und merken dann, wie der Dialog
22 sehr intensiv sein kann und auch das wirkt bei den anderen. Also muss nicht immer nur
23 dieser aktive Dialog sein. Auch der passive Dialog, wenn ich dabei bin (..) ehm hat
24 seine Wirkungen.

25 I: Und wie bekommst du das hin in der Gruppe auch alleine auf sie
26 einzugehen?

27 E: Ich glaube das ist etwas was du entwickeln musst. Das kriegst *du*/ das
28 ist kein Pauschalrezept, sondern ich glaube das ist ne Erfahrung, je mehr Gruppen du
29 leitest, desto mehr schaffst du es, also je nach dem wie du Gruppen leitest, also meine
30 Erfahrung ist, wenn du nur funktional unterwegs bist und es muss etwas funktionieren,
31 bist Du so am arbeiten, dass es funktioniert, dass du gar nicht die Chance hast sowohl
32 einen Dialog da zu führen als auch die Gruppe wahrzunehmen. Wenn du eher ne
33 offene Haltung hast, ehm ich weiß nicht wie die Gruppe verlaufen wird. Ich weiß ich
34 habe einen Rahmen. Ich weiß ich geb so weit und so gut ich kann Sicherheit und
35 Stabilität (.) und ich weiß ich geb Wertschätzung. (.) Und wie die Gruppe verlaufen wird

1 das werde ich sehen. Das lasse ich zu. Das ist vielleicht auch eh ein Rückblick auf
2 eh: Was ist dein Konzept? Ich arbeite sehr viel mit Resonanz. Was da ist. Also ich
3 lese auch keine Akten (.) im Vorfeld, sondern ich arbeite mit der Resonanz die da ist.
4 Ich versuche so gut wie es geht, so gut ich kann in diesem hier und jetzt in
5 Anführungsstrichen zu sein. (.) Und je mehr Erfahrung du damit sammelst und du dich
6 löst von dem: das muss aber so sein, sondern eher/ so dieses Spannende ist: wie
7 entwickelt sich die Gruppe denn in dieser einen Stunde? Was macht die Gruppe? (...)
8 Dann kannst du das eigentlich ganz gut irgendwann schaffen. Vielleicht nicht am
9 Anfang. Also das was ich heute mache, hätte ich glaube ich vor vier Jahren so nicht
10 hinbekommen. Vor vier Jahren, wo ich angefangen habe alleine zu arbeiten und die/ es
11 ist schon fast fünf Jahre her wo ich die Verantwortung bekommen hab für die Gruppe
12 [schmunzelt] War es: also ok mach, (.) eh ich bin ein halbes Jahr mitgelaufen und
13 dann habe ich sie als Jahrespraktikant für mich alleine bekommen. Und eh (..) Da
14 war ich noch nicht so in diesem Einzeldialog drin immer wieder, (..) da war ich eher in
15 der Gesamtgruppe. Da kann ich mich nicht entsinnen, dass ich viele Einzeldialoge
16 nebenher drin hatte. Das habe ich heute viel mehr. Also ich glaube das ist eher etwas
17 was sich entwickelt mit der Souveränität, die du selber für dich entwickelst. Und ich
18 glaub der Schlüssel ist: - Hypothese tatsächlich – ist eh (..) die Neugier und was macht
19 die Gruppe und was machen die Einzelnen dafür? (.) Und dann bist du wieder an
20 dieser Neugier an den Menschen und ich würde behaupten: das merken die. (.) Ich
21 mein jeder einzelne und das bist du auch wieder an diesem Wertschätzenden. Weil du
22 willst die Personen dann sehen (..) und nicht etwas was sie machen müssen. (..) Und
23 die Frage ist: Wie verkaufst du das eh den Ärzten? Das hab ich grad so/ wenn ich dich
24 so anguckt/

25 I: [lacht]

26 E: Wie die verkaufst du das den Arzt? Und das Spannende ist: ich brauchs
27 heute nicht mehr verkaufen. (.) Weil die Ärzte die auf Station arbeiten, die Pflege die
28 auf Station arbeiten, eh bekommen die Resonanz durch die Patienten wie sie
29 entspannter oben sind, dass sie eben nicht mehr (.) eh vielleicht extremst auffällig
30 sind. Die ganze Zeit. Die werden immer wieder auffällig sein, weil alte Muster
31 durchkommen aber irgendetwas ist, warum alle [schnauft aus] (.) froh sind, wenn sie
32 dann raus sind bei mir, (.) dass die Station meistens froh ist (.) oder nicht froh ist wenn
33 mal etwas ausfällt, dann ist es eher so urgh, fast Katastrophe, war früher auch kein
34 Thema, ok da fällt mal was aus, aber heute [verzieht das Gesicht] ist aber echt schade.
35 Insofern ich glaube das ist so die die Wirkung von denen, wie sie sich dann geben
36 danach. Ja, das macht auch etwas. Nicht immer bewusst aber garantiert Unbewusst.

- 1 Weil es ist viel entspannter, also auch der Dialog dann mit den Ärzten ist viel
2 entspannter. (...)
- 3 I: Hast du über das Therapieende hinaus, außer sie kommen zurück
4 weil sie rückfällig geworden sind, noch Kontakt zu Patienten?
- 5 E: Nein. Das versuche ich
6 auch zu vermeiden. Also kann 's, ich es nicht immer vermeiden, weil ich gehe ja in
7 [REDACTED] auch mal ab und zu aus, aber ich versuche es zu vermeiden.
- 8 I: Was bekommst
9 du für Rückmeldung, durchaus positiv oder sagen die auch: ich bin froh, dass ich hier
10 wieder raus bin?
- 11 E: Auf unsere Arbeit in der Körper- und Bewegungstherapie habe ich es
12 noch nicht erlebt und da nehme ich meine kompletten Kollegen mit ein, es gibt mal die
13 Situation, dass der eine mit dir nicht kann. Das ist sicherlich so, aber das Spannende
14 ist, ehm (..) wenn du dann im Dialog bist, ist viel Entspannung da. Dann ist es vielleicht
15 so, dass sie vielleicht in die eine Gruppe kommen und die andere nicht. Also dieses
16 komplett Vermeidungsstrategie habe ich jetzt bei mir noch nicht erlebt. (.) N/ also ich
17 hab eine Patientin, die kommt immer nur zur Entspannung mit. Bewegung will sie nicht
18 aber Entspannung super, ne. Obwohl Bewegungstherapie eigentlich verpflichtend wär.
19 Theoretisch (..) und trotzdem kommt sie da (.) gut durch. Die Vermeidungsstrategie ist
20 da nicht komplett auf mich, weil sonst würde sie ja auch nicht zur Entspann/ also würde die
21 Entspannung auch meiden. Und ehm (.) ansonsten im Nachhinein ehm die Patienten
22 wiedersehen (..) ich glaube, dass das auch wichtig ist, dass du zumindest das
23 versuchst zu trennen.
- 24 I: Ich meine auch eher: Melden die sich irgendwann später noch
25 mal? So bekommst du irgendwann noch mal Rückmeldung oder
- 26 E: Ich bekomme häufig
27 Karten ehm tatsächlich zum Abschied (..) mit netten Worten drauf. (.) Aber so im
28 Nachhinein, dass sich da Patienten ganz im Nachhinein melden, bei den Sucht-
29 patienten - nein. (.) Bei den Psychiatriepatienten hab ich das glaube ich sogar schon
30 ein- zweimal erlebt, dass dann drei vier Jahre später dann noch mal ne Karte kam.(.)
31 Aber bei den Suchtpatienten, wenn sie in ihrem Alltag sind, dann nicht mehr.(..)
- 32 I: Ich
33 muss jetzt einmal hier drüber gucken.
- 34 E: Das darfst du, ist ja dein Interview.

- 1 I: Ja, da passe ich
2 jetzt auch gut auf, dass mir das nicht nochmal entgleitet. Das war nämlich ein
3 Anfängerfehler, den muss man ja nicht mehrmals machen.
- 4 E: Machmal schon.
- 5 I: Ja,
6 manchmal schon. (.) Diagnostik macht ihr nicht?
- 7 E: (..) nö, Ich überleg gerade ob einer von
8 meinen Kollegen das macht, nee Diagnostik machen wir nicht. Ich würde es spannend
9 finden um psychomotorische Diagnostik mal einzubinden, (.) mehr in nem
10 spielerischen Kontext, (..)
- 11 I: Warum?
- 12 E: Warum?
- 13 I: Hm.
- 14 E: Es/ ich lieb/ ich lieb das Zirkeltraining und was daraus
15 gemacht werden kann. (.) Ich habe die Hypothese, wenn du die Diagnostik ähnlich
16 angehst, dass Diagnostik sehr viel Spaß machen kann.
- 17 I: Ja, aber Diagnostik hat ja irgend
18 einen Sinn. Man will ja was rausfinden. Irgendeinen Stand feststellen oder
- 19 E: Genau. Aber
20 das Ding bei Diagnostik, alles was wir in der Psychomotorik haben, ist auf Kindes-
21 entwicklung ausgerichtet. So. Welche Diagnostik, bis auf die sinnverstehende
22 Diagnostik, und die kannst du erstmal nicht so ohne weiteres umsetzen, wie könntest
23 du sie dann nutzen. Und wenn du das eingelöst im Rahmen so zum Beispiel beim
24 Zirkeltraining, dass du Parameter veränderst und dann die Aufgaben davon nimmst,
25 dann fände ich es hochspannend. Ja, also sich lösen von dem: ich muss was
26 diagnostizieren, hin zu einem: Wie nutze ich das von der Bewegung und was passiert
27 dann?
- 28 I: Im Sinne von: ich wiederhole es nach einer Zeit wieder und gucke wie es dann
29 ist, oder?
- 30 E: Passiert automatisch ehm wenn man die Gruppen länger hätte oder sie
31 wiederkommen. Also auch zum Beispiel hochspannend bei den Zirkeltraining, dadurch
32 dass sie ja immer mal wiederkommen, also wenn ich keine Studies hatte und das mal
33 komplett alleine mach, dann mache ich das Zirkeltraining alle vier fünf Wochen.

1 Manche von denen haben es wirklich schon vier fünf Mal durchlaufen und es ist total
2 spannend. (.) wie manche von denen ehm (..) ins gleiche/ also in dem Muster drin
3 bleiben, was man dann super thematisieren kann, okay haben wir schon wieder, ja,
4 und andere sich so entwickeln, nee jetzt gehe ich aber taktischer vor. (.) Eh und das ist
5 dann/ das finde ich dann/

6 I: Meldest du denen das rück (.) den Patienten?

7 E: Wie meinst du
8 das, meldest du denen das rück?

9 I: Naja, dass du denen das sagst: Guck mal vor vier
10 Wochen oder vor zwei Wochen wann auch immer wir das das letzte Mal gemacht
11 haben, bist ja ganz anders. Und wie geht es dir damit wie du das jetzt machst? Oder
12 irgendwie so?

13 E: Ehm (.) ich frag offener. Sie haben es ja schon mal gemacht. Wie haben
14 Sie es heute wahrgenommen?

15 I: Hm.

16 E: Ich frag viel offener. Also ich reduzier es nicht in einer/
17 versuch es nicht in eine Richtung zu reduzieren. (.)

18 I: Wie gehst du mit Lob um?

19 E: Wenn ich
20 es kriege, bin ich immer kokettierend ehm (.) verschmitzt und (.) ja ehm (...) In der
21 Bewegungstherapie (.) ist mein Lob eher indirekt. Indirekt im Sinne von ehm: (..) Wenn
22 ich in einer so/ jetzt zum Beispiel Wettkampfsport mache. Sei es ehm Basketball, sei
23 es Ringhockey oder was auch immer. Ich bin vielmehr der, der motiviert und abklatscht
24 und je mehr sie eingebunden werden in diesem/ ja ich bin im Team und das läuft und
25 das ist es total spannend was sich entwickelt von der vom Muskeltonus, von der
26 Körperhaltung aber auch von der Gesichtsmimik. Ehm (...) und allein dieses Einbinden
27 und Lächeln (.) und Motivieren. Das sehe ich als Lob. (.) Aber ich würde/ sage selten:
28 Hey, boar das hast du gut gemacht. (.) In diesem dynamischen Prozess wenn es jetzt
29 um Teamsport geht. Wenn es darum geht, wenn wir in den funktionellen Gruppen sind,
30 *beim* Rudern oder Parcours und ich merk jemanden möchte puschen (.). Gibt es ja
31 auch manchmal: ich habe das Bedürfnis aus Lust , ich will meine Grenze spüren. (.)
32 Und dann fängt die Person eher an das schlecht zu machen, obwohl es super gut ist.
33 Dann gehe ich durchaus in den Dialog. Und ehm thematisiere: Was ist denn daran jetzt
34 schlecht und schaff manchmal eine Realität oder einen Realitätsbezug wie ich es

1 wahrnehme, im Sinne von Eigen und Fremdwahrnehmung. Ich persönlich sehe das
2 aber so. Und wenn ich es tatsächlich vergleiche mit bestimmten Skalen, was weiß ich
3 Ehrenurkunde im Schwimmunterricht etc., würde ich persönlich das vielleicht so und so
4 einordnen. Warum ist das nun für Sie aber eher so und so? Da bin ich dann mehr in
5 diesem Dialog drin und das kann sich dann auch wieder zu einem indirekten Lob (.)
6 entwickeln. Direktes Lob, wenn jemand sich so was von abreißt, weil er Lust hat an
7 dieses eine Ding ranzukommen. Ja, guck mal! Das hab ich! Da komme ich natürlich
8 auch mal: hey chacka ist doch cool.

9 I: Machst du mit denen mit oder bist du eher der
10 Anleiter?

11 E: (..) Warum darf ein Anleiter nicht mitmachen? (..)

12 I: Ja ich meine einfach

13 E: Wäre die Gegenfrage, ja ich
14 weiß, was du meinst, aber es wäre die Gegenfrage ne, weil die These ja immer da ist
15 von wegen: wer anleitet kann nicht mitmachen, eh das sehe ich anders. Ehm (.) du
16 kannst anleiten und mitmachen. Ich bin jemand der von Natur aus sehr bewegt ist, und
17 ich mach gerne mit, wenn meine Studies die Gruppe anleiten, bin ich eher passiv, dass
18 ich entweder in der Gruppe mitmache, also passiv, was die Anleitung angeht. Da lass
19 ich viel Freiraum den Studies, weil es mir die Möglichkeit gibt in ein 1:1 zu gehen oder
20 komplett mitzugehen in der Gruppe. Wenn ich direkt in der Gruppe bin hat es den
21 Vorteil ich nehme die Resonanz von der Gruppendynamik intensiver leiblich wahr.
22 Wenn ich von außen anleite nehme ich natürlich den Gesamtprozess anders wahr.
23 Und beides hat seine Herausforderung und beides hat seine (.)Vorteile. *Die Frage*
24 wann machst du was. Ist wieder son Resonanzding. Im Sinne von: wo fühle ich mich
25 grad stimmig? Also dieses auch seine eigenen Signale spüren, wo fühle ich mich
26 gerade stimmiger.

27 I: Hm, und denkst du, wenn du deine eigenen Signale wahrnimmst, wo du dich
28 stimmig fühlst, dass die Patienten sich auch stimmig fühlen?

29 E: (..) Die Verantwortung
30 dafür mute ich ihnen zu. Weil sie sind die Experten für ihren Körper.(.)

31 I: Und hast das
32 Gefühl, dass die das positiv wahrnehmen? Oder dass die dich als jemand
33 wahrnehmen, der eben noch alles kann oder der es alles besser machen kann?

1 E: Die
 2 ehm (.) bei dem Klientel der Sucht ist es tatsächlich so: Wenn ich passiv dabei bin, das
 3 habe ich am Anfang immer gemacht, passiert nicht so viel im Dialog mit der
 4 Gesamtgruppe, als wenn ich mitmache. Ich bin eingebunden, ich mach mit und stelle
 5 mich aber nicht drüber. Sondern eher tatsächlich in dieser motivierenden Rolle
 6 manchmal auch und das ist sehr spannend, hey das kann ich aber noch, durch das
 7 Mitmachen weil es eben nicht gewertet wird. Es wär ein Unterschied ich mach mit und
 8 werte: (.) hey sau gut oder nicht gut, das muss aber besser gehen. Glaub, dann biste
 9 raus. Also wenn du so mitmachst ehm (.) vorbei. Wenn du aber mitmachst im
 10 motivierenden Sinne und vor allen Dingen auch diese kleinen Ansätze wirklich
 11 wertschätzt, weil jeder fängt irgendwo an. Wenn du das lebst und das tatsächlich
 12 authentisch auch so siehst, ist es super mitzumachen bei dem Klientel. Es gibt
 13 Gruppen wo ich bewusst nicht mitmach. Zum Beispiel wenn ich ehm merk bei einer
 14 Psychiatriegruppe, da ist so viel [schnauft] ehm wie soll man sagen, es ist so
 15 schwermütig dadurch weil gerade so drei schwer depressive da sind, wenn ich da jetzt
 16 mitfetzen würde, würd es noch mehr eher demotivieren egal was ich sag, weil das
 17 können sie nicht hören. Das meine ich miterlebt mit der Resonanz, was ist da? Und
 18 ehm (.) da kannst du dann, von meiner Erfahrung her, kannst du wirklich schon fast
 19 schon sagen: ok, bei den Suchtgruppen ist dieses Mitmachen erhellend. Der ist bei uns
 20 auf einer Ebene anstatt von oben und leitet an. (..) Bei den Frauengruppen, wenn ich
 21 sie vertrete, ist es unterschiedlich. Da ist das mal Mitmachen angesagt und wird
 22 supergut gefunden und mal ist eher passiv bleiben, weil sie ihre Themen so präsent
 23 haben, dass du als Mann nicht so reinpasst. Ja, und da ist dann dieses Anleiten und
 24 lass sie machen. Gib den Impuls und lass sie machen - ehm angenehmer. Weil das ist
 25 (.) Resonanz. Was ist da im Raum, ja? Da musst du dich natürlich lösen von dem, da
 26 sage ich jetzt bewusst muss, musst du dich lösen von dem ich hab das und das Ziel.
 27 Weil dann funktioniert es nicht. (...) Beantwortet das Deine Frage?

28 I: Wie würdest du den/
 29 Welchen Vorteil würdest du an der psychomotorischen Herangehensweise sehen
 30 gegenüber dem herkömmlichen bewegungstherapeutischen Ablauf?

31 E: Das kommt auf
 32 bewegungstherapeutischen Ablauf drauf an. Ich finde das ist extrem wichtig. Ehm das
 33 sehe ich auch innerhalb der Psychomotorik so, dass du für dich deine Ansätze finden
 34 musst, wo fühlst du dich wohl. Ich glaube es ist nicht so wichtig die oder die Methode
 35 zu machen. Ich bin kein Fan vom funktionalen Ansatz. Wenn das Ding aber jemand
 36 lebt, dann hat das sehr wahrscheinlich aufgrund seiner Authentizität und dieses: Ich
 37 steck da drin und ich lieb des, (.) schwappt das durch die Beziehungsarbeit über und

1 kann extrem motivierend sein. Und dahin gehend, also ich finde in erster Linie du
2 musst dein Ansatz finden und den leben und wenn du den lebst und authentisch
3 umsetzt und authentisch dabei bleibst, dann ist es fast egal, was du fürn Ansatz
4 machst. Ehm (..) weil (.) Ich hab ne nette Kollegin, die kommt von der
5 Gymnastiklehrerschene her, extrem sportlich, extrem genau. (.) Die wird geliebt. Und
6 für mich wäre das sehr funktional teilweise. Ist nicht meins. Mein Chef: sehr funktional.
7 Er ist wirklich auf diesem: es muss funktionieren, aber es ist was ihn auch manchmal in
8 die Bredouille bringt, ja. Ehm, wo es für ihn anstrengend wird. Manche Gruppen. Ich
9 empfind Gruppen, also ich habe es noch nicht erlebt, dass ich eine Gruppe
10 anstrengend finde. (..) Also das das ist für mich jetzt auch noch mal so ein persönliches
11 Ding, ehm (.) ich hab's nur anstrengend empfunden, wo ich versucht habe unbedingt
12 mein Ding umzusetzen. (.) Und wo ich angefangen hab mich davon zu lösen, hab ich
13 keine Gruppen mehr, wo ich sag: urhg, das war jetzt aber völlig daneben. (.)

14 I: Werden so im
15 Vorfeld Ziele festgesetzt?

16 E: (..) Außer dass du/ und die sind halt selbstredend, weil du in
17 diesem Rahmen vom Psychiatrie arbeitest, dass du sagst ok Stabilisieren,
18 Kompetenzen fördern, erst einmal

19 I: Kommen die Patienten die sagen: das wollen sie
20 erreichen oder da wollen sie gerne hin?

21 E: (.) Nicht im Bereich von Bewegung. Die meisten
22 kommen hier hin und sagen ich will gesund werden oder ich will ehm nicht mehr zur
23 Flasche greifen, etc, je nachdem wie man das sehen will. Eh. In der Bewegung selber
24 habe ich ein paar Jungspunde die sagen: Ok ich hätte gern ein bisschen mehr
25 Muskelmasse, ich hätt gern mehr Ausdauer. Ich/ Es wird nicht direkt festgelegt. Viele
26 wollen einfach wieder ein bisschen mehr beweglich sein. Bisschen mehr aktiv sein.
27 Das kommt aber mehr im Dialog dann raus aber nicht dass man es im Vorfeld festlegt.
28 (...) Ja. Also in dem Sinne festlegen (.) neben den sowieso Kriterien in der Psychiatrie:
29 Stabilisieren etc. Ehm (..)

30 I: Was siehst du für Grenzen?

31 E: Grenzen? In welchem Rahmen?

32 I:
33 In der Bewegung, in der Arbeit mit dem Patienten. Was für Schwierigkeiten gibt es?
34 Was für Hindernisse und Grenzen?

1 E: Ich glaub bei Grenzen, ist manchmal tatsächlich
2 das Alter. Also manche brauchen (.) einen Papi. Aber ich bin kein Papi.

3 I: Kein Papi.
4 Was meinst du damit?

5 E: Es gibt manche die als Orientierung wenn sie kommen den Papa
6 brauchen, der sie an die Hand nimmt. Und da reicht der Bruder nicht, da reicht der
7 Freund nicht. Sie brauchen eine Vaterfigur. (.) Das hat was Biografisches zu tun. Ja
8 das ist/ ehm (.) das bringen sie von sich aus mit. Und das finde ich häufig bei den
9 Senioren. Also die die 55, 60 (.) Also das ist total spannend, ja. Also die reagieren ganz
10 anders auf auf den [REDACTED], meinen Anleiter wie auf mich. Sie lassen sich von
11 mich motivieren, (.) das außer Frage. Aber dieses geborgen fühlen [wohliges
12 schnauben], (.) das haben sie eher beim Papa [REDACTED] [schmunzelt]. Und das finde ich
13 manchmal tatsächlich als Grenze. Ehm weil ich im Vorfeld und wenn ich so etwas
14 wahrnehme, würde ich am liebsten sagen: [REDACTED] nimm du ihn, fühlt sich bei Dir
15 wohler, kannst du die Entwicklung ganz anders vorantreiben als wenn ich ihn
16 mitnehme. Entwickelt sich bei mir auch, aber ich glaube, dass da die Entwicklung noch
17 größer, eh wenn man jetzt klinisch denken würde, eh noch größer wäre als bei mir.
18 Und das empfinde ich dann schon als Grenze. Die Grenze empfinde ich auch, ehm (..) wenn jemand so zugedröhnt ist von Medikamenten und trotzdem es schafft zu mir
19 runter zu kommen. Das finde ich ehm (.) ich gehe damit um, ich nehme es mit, aber ich
20 finde es gefährlich. Also wenn ich jemand sehe, dass der von der Bewegung her kaum
21 laufen kann, das ist halt auch schon passiert, ja, weil es halt induziert ist ok Zeit/ ehm
22 (.) dann empfinde ich das auch als eine Grenze. Weil nämlich dann auch dieses da ist:
23 ich will mitmachen und dann geht das Verletzungsrisiko extrem hoch. Ich bin halt son
24 Mensch, bin halt auch harmoniebedürftig und ich mag keine Unfälle [schmunzelt]. Das
25 Spannende ist ehm (..) ich hab letztes Jahr glaub ich, (..) ich weiß nicht wie viele
26 Menschen ich betreut habe und ich hab nur vier Unfälle gehabt (.) in dem ganzen Jahr
27 und zwei von den vier Unfällen, war noch nicht mal/ da musste ich zwar den Bericht
28 schreiben aber eigentlich hätte den wer anders schreiben müssen [lacht] weil es gar
29 nicht in meiner Gruppe passiert ist. Also eher passiv nebenher. Ehm (.) und ich glaube,
30 dass das auch etwas mit ehm der Haltung zu tun hat. Grenze empfinde ich auch, (.)
31 ehm (..) diese kurze Zeit. Also das ehm (.) ich würde mir wünschen (.) von der Station
32 her ein anderes Konzept im Sinne von: ok jetzt hast du Entgiftung (.) und dann kommt
33 ne Langzeitreha. (.) Und wenn wir das bei uns zusammen hätten, erst Entgiftung und
34 dann die Langzeitreha, das würde ich grandios empfinden. Weil eigentlich ist so auch
35 diese Achtsamkeit, Körperwahrnehmung, wenn ich sie dann stabil hab dann geht es
36 eigentlich erst richtig los! Ja, und da finde ich schade, dass da es erst mal zu Ende ist,
37

1 weil es halt ne Akutstation ist. (..) Das empfinde ich auch als ne Grenze. Und eh (.) als
 2 Grenze empfinde ich auch die Wahrnehmung von uns als als Körper- und
 3 Bewegungstherapeuten (..) gegenüber den Mediziner. (.) Ich kann mich mittlerweile
 4 gut artikulieren, (..) und eh wird auch da angenommen, aber es ist halt schon (.) wir
 5 werden immer noch als Physiotherapeuten gesehen und durch meine Arbeit auch mit
 6 diesem Bewegungsparcours, ehm den wir da noch haben, passiert so langsam ein
 7 Umdenken auch in der Klinik. (..) Im Sinne von: dass das eben nicht Physios sind,
 8 sondern/ die massieren und irgendwelche Bewegungsabläufe machen, sondern
 9 tatsächlich über Bewegung und Spiel einen Dialog vorantreiben. (..) Also im Prinzip
 10 das Verständnis und das Verstehen der Arbeit der anderen. Also dass die Mediziner
 11 zum Beispiel unsere Arbeit verstehen. Da braucht es immer wieder einen Dolmetscher.
 12 Und das ist definitiv ne Grenze. (...) Und als Grenze empfinde ich manchmal auch (...) ehm (.) das System das wir haben vom Verständnis für neue influences ehm Einflüsse
 13 die jetzt kommen. Zum Beispiel aufgrund der Migrationswelle (.) die wir haben. Ehm
 14 was wir jetzt mehr und mehr bekommen ist zum Beispiel (.) ehm traumatisierte
 15 Menschen. (.) Die aufgrund/ weil sie dann doch zugehörnt sind mit irgendwelchen
 16 Substanzen oder Alkohol bei uns zur Entgiftung landen und teilweise so zu sind, dass
 17 sie selber ehm ne sehr starke Fremdgefährdung darstellen, (..) gleichzeitig aber weil
 18 sie dann fixiert werden müssen damit sie nicht andere gefährden natürlich auch wieder
 19 die Traumatisierung aus ihrem Krieg erleben. Das ist für mich extrem eine Grenze die
 20 auch mehr und mehr jetzt kommen wird, wo aus meiner Sicht eher sehr akut Schulung
 21 her muss bzw. eine spezielle Station für sowas kommen muss in [REDACTED]. Das kannst
 22 du in diesem normal klinischen Setting nicht händeln. (..)

24 I: Kommen die auch in die
 25 Bewegungstherapie?

26 E: Ich habe ihn zweimal/, also ich hab einen ganz speziellen Fall
 27 vor mir und den habe ich zweimal mit meiner Sportgruppe gehabt, eh wo wir ganz
 28 langsam gearbeitet haben. Ganz langsam im Sinne von: Ich hab mir einen Pfleger
 29 mitgenommen, ehm wo eine Beziehung da ist und habe den Pfleger angeleitet was
 30 kann er mit der Person machen. (.) Um eben die Beziehungen arbeiten zu lassen und
 31 nicht, dass ich als fremder Mensch dahin komme, wo er noch gar kein Vertrauen hat.
 32 Ehm (..) Aber das ist eine Riesenherausforderung die unser System gar nicht hergibt.
 33 Das zu bewältigen, was weder gut für die Pflege ist, also für das Team, das dort
 34 arbeitet, noch für den Menschen. Und das ist (..) wow ne brutale Grenze. (...) Ehm,
 35 was empfinde ich noch als Grenze? (..) Also es gibt viele Herausforderungen. Ehm, wo
 36 man eingebettet ist. (..) Was ich manchmal schwierig finde ist, so die Übergänge. Also
 37 bei manchen Fällen, wo klar ist, wo ich drum kämpfe, dass eine Person von der

1 Entgiftung von der Akutstation direkt in die Langzeitreha geht. Da würde ich mir
2 wünschen, dass ein Übergang da ist im Sinne von: wir schicken sie nicht dahin,
3 sondern wir bringen sie dahin. Ja, weil genau in diesem Moment die Gefahr nochmal
4 groß da ist, ich probier doch wieder, mein altes Muster kommt. Ja, weil stabil sein,
5 wenn die Rahmenbedingungen da sind, das ist völlig anders als wenn die Einflüsse
6 vom Alltag sofort wieder da sind. Egal ob ich zwei drei Belastungs (.) -erprobungen
7 hatte, im Sinne von: Ich war ein Tag zuhause, ich war zwei Tagen zu Hause. Oder ich
8 weiß Ok jetzt bin ich entlassen. Ich muss da jetzt nicht zurück, sondern ich komme in
9 was Neues. Und dieser Übergang da ist auch noch eine große Herausforderung bei
10 diesem Klientel. (..) Da gibt's einige, die sind raus und ich bin jetzt entlassen und ich
11 hab den Entlassbrief (.), aber ich bin ja noch nicht da. Zack! Ist die Arbeit, die du drin
12 hattest, dann wo man sagen kann: Ok, zumindest hat die Person für einen Zeitraum
13 jetzt mal nochmal was anderes erfahren und es hat auch die Deutlichkeit von
14 bestimmten Sachen (..) ehm bekommen. Also was ich schon erlebt hab ist: Ärztin rät
15 aber Ärztin wird nicht gehört. Da ist Widerstand und wenn wir in der Bewegung sind
16 und thematisieren: was ist denn, wo kommt der Widerstand her, warum mag ich nicht
17 in die Langzeitreha gehen? Wo kommt's her? Und häufig kommt dann ja weil ich
18 muss. Weil die Ärztin sagt: Ich muss. Ja, und wir dann hingehen: Ok mal vorausgesetzt
19 Sie müssen nicht, was würden Sie sich denn für sich wünschen? Und wie kommen Sie
20 denn dahin? Also dieses systemisch Arbeiten im Sinne von du musst (.) ehm und dann
21 haben wir das Psychomotorische, was die Bewegung ist und gleichzeitig der Dialog,
22 wo man Psychomotorik und Systemik extrem gut kombinieren kann. Ehm (..) da
23 arbeiten dann zwei Pole letztendlich. Und ehm (..) wirkt und dann kommt der
24 Entlassbrief und dann wird es eben nicht rübergebracht, sondern eine Freundin holt ab
25 und dann habe ich die Einflüsse vom Alltag wieder und (..) da scheitert häufig der Weg.
26 Da (..) das ist auch definitiv ne Grenze. Also dieser sichere Rahmen im Sinne von: ich
27 erleb was anderes ehm (.) also erst mal so perfekt. Und deine Frage war ja häufig was
28 passiert danach? Das ist auch was ich merk, was dich beschäftigt. Machste so viel
29 Herzblut rein, aber dann ist die Tür da und dann ist der Rückfall da. Wie gehst du damit
30 um? Ja das hör ich bei dir manchmal so raus wenn du fragst. (.) Ehm (..) das ist
31 sicherlich was, urgh, würde ich mir anders wünschen. Ja, nur das ist eine Grenze die
32 du tatsächlich so nicht ohne weiteres ehm (.) verändern kann. Aber dieses von
33 unserem System einfach vorgegeben, da kannst du keinen zu zwingen.

34 I: Siehst du bei
35 der Psychomotorik bei diesen Bewegungsanregungen für die Menschen Grenzen?
36 Einfach wo du sie nicht erreichst weil bestimmte Konstellationen da sind?

- 1 E: Ehm
2 Medikation kann durchaus so sein, dass ich mir was anderes wünschen würde, ich
3 habe aber diesen unbändigen Glauben, dass diese Menschen trotzdem erreicht
4 werden können. Was du daran ist oder ich für mich dann her erklär, dass wenn die
5 Medikation nachlässt und ehm der Kreislauf mehr in Gang kommt, die Kogni/ die
6 Kognition mehr und mehr greift, dass sie dann von sich aus kommen und Fragen
7 stellen und hinterher kommen, ja. Insofern glaube ich auch, dass man sie erreicht. Die
8 Frage ist eher für mich: willst du unbedingt was erreichen oder willst du was begleiten?
9 (.) Weil wenn ich unbedingt etwas erreichen will, komme ich wieder in dieses Muss-
10 Ding rein und ehm das hatte ich vorhin ja schon gesagt, das da stellt sich für mich eine
11 Grenze dar, wo man aufpassen muss. Weil sie ja überall immer wieder in dieses Muss-
12 Schema reinkommen. (..) Verstehst du was ich meine?
- 13 I: Ja, ich verstehe, was du meinst,
14 *ehm* also ich weiß von Studien, die belegen dass in der Therapie Bewegung und Sport
15 schon sehr wichtig sind auch ein wichtiger Baustein zur Unterstützung auch um zu
16 unterstützen abstinenz zu werden, und diese Studien sagen aber auch - es gibt nur
17 sehr wenige, weil in diesem Bereich einfach wenig geforscht wird – ehm die sagen
18 aber auch dass darüber hinaus kein Einfluss besteht. Jetzt ist ja ein Einfluss auch eine
19 Wirkung. In dem Sinne: Bin ich tatsächlich nur begleitend für die Zeit will ich darüber
20 hinaus gar nichts? Oder wie siehst du das?
- 21 E: (...) Ehm (.) *jaja ehm* (.) ich wünsche mir
22 für mich, dass das was ich mache schon eine Langzeitwirkung hat. Gar keine Frage.
23 Ich erwarte das aber nicht. Das ist tatsächlich auch meine Antwort darauf. Ehm (.) Für
24 mich ja, auch weil ich diesen unbändigen Glauben hab, aufgrund des
25 Körpergedächtnisses, dass das in den Zellen irgendwas macht. Ja, das war das was
26 ich vorhin auch schon mal gesagt habe, das merke ich auch an der Art und Weise
27 wenn sie ein viertes, fünftes, sechstes Mal da sind, wie sie mir gegenüber begegnen.
28 Ich habe auch, wie viele Menschen wenn sie in der Depression sind, das ist ja diese
29 Kombi-Geschichte ne, Alkohol-Depression, ehm wie viele von den lächeln, eh lachen?
30 (..) Ja, und merken es nicht. Und auch das ist etwas was ich häufig thematisier. Ich
31 habe bisher noch keine Gruppe erlebt, wo ich das nicht geschafft hab. Ja, (.) und wenn
32 es knapp war, dann thematisiere ich es auch am Schluss im Sinne von: Ich habe jetzt
33 mindestens jeden von ihnen einmal lachen sehen in dieser Stunde. Kann gar nicht
34 sein. Ich war's nicht. (..) Und dann sagen andere: Nee doch, hast du. [unverständlich]
35 Also da nutze ich auch die Kraft der Gruppe tatsächlich und mein unbändiger Glaube
36 ist aufgrund dieses Körpergedächtnisses, dass es einen Einfluss hat. Wie viel das
37 lasse ich bei Menschen. Weil ich bin nicht der, der sie verändern muss, sondern ich

1 bleib in dieser begleitenden Haltung im Sinne von: Ich wünsche mir natürlich, aber was
2 sie daraus machen, das muss bei denen bleiben, sonst zwingen sie mich wieder auf.

3 I: Und
4 meinst du nicht, dass du dieses Verhalten merkst, wenn sie halt wiederkommen, dass
5 sie anders sind oder anders auf dich reagieren, dass das einfach an dieser Situation
6 liegt dass sie wieder auch dich treffen?

7 E: Das kann durchaus sein. Also mit dem Projekt,
8 was ich gemacht habe, mit den Depressionen und Parcours, würde ich auch
9 behaupten, dass 50 Prozent eh die Art und Weise des Coaches waren, warum das
10 so effizient gewirkt hat. Und das ist aber die Haltung wie ich psychomotorisch arbeite.
11 Und ich würde behaupten auch die anderen wenn sie psychomotorisch mit dieser
12 offenen Haltung arbeiten, dass sie die gleichen Effekte haben, dass das nicht
13 unbedingt an meine Person gebunden ist, sondern eher an dieser Authentizität und
14 Wertschätzung, nicht zwingen. Ja, oder auch den Umgang, wenn du dieses
15 Doppelmandat hast, du hast es ja, du bist in der Klinik. Sie sind verpflichtet zur
16 Bewegungstherapie zu kommen und es dann doch wieder transparent zu lockern im
17 Sinne von: ok, ich weiß, dass ist doof. Aber hier haben wir das und das die Regeln. Ja,
18 du kannst das/ als du kannst es machen. Du musst nicht. Ja, dass es da auch wieder
19 zumindest in dem Rahmen gelockert wird. Und eh (.) bin ich mir relativ sicher, dass
20 es in der Richtung dann auch wirkt.(..)

21 I: Ja. Warum denkst du können die das nicht auf andere Bereiche
22 übertragen. Dass sie das, was sie empfunden und gefühlt haben in der Arbeit mit dir
23 oder mit den Therapeuten, wo sie sich gut gefühlt haben?

24 E: Glaube, also für mich aus
25 meiner Erfahrung würde ich behaupten, hat das biografische Gründe und weil die
26 Muster in dieser kurzen Zeit nicht richtig aufgearbeitet sind. Ich würde behaupten wenn
27 man dieses Konzept in eine Langzeitreha reinpackt, dass die Rücklaufquote *vielleicht*
28 weniger ist. Also die, die bei mir fünf sechs Mal da sind, von denen ist keiner in der
29 Langzeitreha gewesen bzw. hat die Langzeit in den ersten zwei Wochen abgebrochen.
30 Ja, das müsste man jetzt gucken, wie das ist. Wenn ich mit so einem Konzept in die
31 Langzeitreha gehe, wie ist es da? Ja, also das kann ich dir nicht sagen, weil da hab ich
32 die Erfahrung nicht. Ehm ich weiß, dass in der Langzeitreha viel Körperwahrnehmung
33 und ehm Achtsamkeit geschult wird, aber auch ist die Frage: Hast du ein Ziel? Und
34 definierst du 's? Ja, und da will ich hin oder versuchst du dieses offene Konzept zu
35 nehmen zu sagen: ok, auf der einen Seite habe ich Kompetenzorientierung, im Sinne
36 von: wenn ich in der Bewegung bin, und meine Haltung ist aber die verstehende. (.)

1 Und wenn ich in das Gespräch komm, (.) wie arbeite ich dann mit der Resonanz? Ja,
2 und da müsste man dann sehen, wenn dann irgendwann die Chance bekommt
3 langzeitrehamäßig zu arbeiten. Und Langzeitreha ist ja sehr unterschiedlich, ja,
4 manche machen drei Monate, es gibt welche, die ist sechs Monate, ja, das ist je nach
5 dem welche Klinik, welches Konzept.(..)

6 I: Wo ich mein letztes Gespräch hatte, da
7 sind sie neun Monate.

8 E: Noch besser.

9 I: Ja, hoffentlich.

10 E: Wobei ich/ ich seh es eher nicht
11 unbedingt Person gebunden, weil ich so toll bin, sondern ich glaub eher ehm
12 tatsächlich (.): offene Haltung, Wertschätzung, Sehen, das was da ist ehm das darf
13 sein. Also tatsächlich dieses Trauma darf sein, Wut darf sein. Das muss man nicht
14 tabuisieren. (..) Wenn du diese Haltung hast, glaube ich, ist da, wenn du das über
15 einen längeren Zeitraum erlebst, wächst da mit Sicherheit ein anderer Glaube dran. Ja,
16 und ne andere Wirkung als wenn du ne kurze Sequenz erlebst. Kurze Sequenz: Ja.
17 Ok. Das geht. Das habe ich gespürt. Aber urgh das krieg ich nicht in meinen Alltag
18 rein. Ja, und wenn ich's lange hab, dann ist es schon Alltag. Und dann hat's mit
19 Sicherheit noch mal ne andere Kraft, ne andere Wirkweise. Aber ist ne reine
20 Hypothese. (..)

21 I: Gibt es Situationen, an die du dich besonders gerne erinnerst?

22 E:
23 Bestimmt! (..) Ganz bestimmt.[lacht] Ehm (.) mit Patienten, oder im Team?

24 I: Mit
25 Patienten.

26 E: Mit Patienten. (.) Also ich hätt nämlich als allererstes gesagt: besonders gern
27 erstmal mein Team, weil ich glaube wenn du ein Einzelkämpfer bist, wird's schwer. (.)
28 Wenn du ein Team hast, was ähnlich tickt wie du, auch wenn die Arbeitsweise anders
29 ist. Aber was dich nimmt wie Du bist, also diese offene Haltung, was ich dir gerade
30 gesagt hab, die darf ich haben, weil mein Chef es mir erlaubt. (.) Ja, (.), weil er mein
31 Boss ist kann ich mir das leisten. Weil er das so erlaubt, weil er auch seine Leute so
32 [unverständlich]. Ich glaube, dass das ein Wirkfaktor ist den man nicht unterschätzen
33 darf. Ja, weil ich kenne auch andere Teams und das ist etwas was bei uns besonders
34 ist und gewachsen ist, und das hat auch dann nochmal eine Wirkung die überschwappt

1 implizit und unbewusst auf die Patienten. (.) Das ist die eine Geschichte. Wenn du ein
2 Einzelkämpfer bist, dann wird's schwer. Weil dann kannst du noch so viel Optimismus
3 haben, irgendwann [klatscht] kriegt's dich. Und dann bist du frustriert. Nein das ist
4 etwas was ich bei diesen schwierigen Menschen in Führungsstrichen, weil sie sehr
5 viele Herausforderungen mitbringen, sehr viele Schicksale mitbringen, das macht ja
6 auch was mit dir, das ist der Grund, warum ich noch nicht müde bin. (.) Ja, weil ich ein
7 Team hab, wo ich so arbeiten darf. Bei den Patienten ist es tatsächlich: Ich lieb diese
8 Vielfalt. Ich lieb diese Vielfalt an Menschen das macht mich neugierig. Jeder bringt von
9 denen was mit, (.) und das Spannende ist egal was sie mitbringen, du wirst immer
10 eigene Anteile davon finden. (..) bei dir. Und wenn du es schafft die so wertzuschätzen,
11 dann hast du ganz ganz ganz viele tolle Situationen, die du haben kannst. Und das
12 reicht tatsächlich von dieser Erkenntnis ich Sitz hier (.) und kann meine Finger wieder
13 bewegen. Das ging eben noch nicht. Finde ich grandios. Kriegt keiner mit, aber ich
14 find's grandios. Kann die Finger wieder bewegen, (.) Hin zu einem: ich bin
15 ausgerutscht, ich habe mir die Hand gebrochen, (.) weil ich den Fuß nicht hoch
16 bekommen hab, [macht es vor] Hallenschuh gestoppt, aber ich will wiederkommen weil
17 es war so schön. Ich darf mal wieder sein. (.) Ja. (.) Und das passiert relativ häufig.
18 Also das sind so Sachen, die lassen mich dann aufblühen, diese diese kleinen Sachen
19 zu sehen. Oder was ich total toll finde ist, wenn ich ne Borderlinepatientin hab, und das
20 ist mir schon ein paar mal passiert, die so hibbelig und dieses Hibbelig, kenn ich von
21 mir so gut. (.) Ja, und ich weiß wie schwer es ist zu entspannen ja und dann gerade in
22 der Gruppe (.) und die sind sowas von tiefenentspannt, aber völlig weggeratzt, dass ich
23 sie vorsichtig wach machen muss, das sind so Sachen das sind so Glücksmomente
24 wow [glücklich] (.) Das geht aber nur mit so ner Haltung wenn du dran glaubst (.) also
25 wenn du das leben kannst. (..) Oder wenn sich Menschen mit ehm (..) schweren
26 [REDACTED] dir einfach öffnen, obwohl du ein Mann bist und ich ne Frau hab,
27 die mehrfach vergewaltigt wurde von ihrem eigenen Familienmitglied. Wo ich im
28 Nachhinein noch rausfinde, dass ich dann auch noch ähnlich aussehe (.) und dann
29 öffnet sich die Person. (.) Finde ich das ist ehm (..) zwar für mich erst erstmal schwer,
30 so im Nachhinein das merke ich immer noch wie es mich erdrückt. Aber gleichzeitig
31 totale Gänsehaut weil: Das geht nur (.) wenn da was Positives passiert vom Vertrauen
32 her. Das das geht gar nicht (.) anders. (.) Und dann muss was wirken. (..) Brauchst du
33 mehr?

34 I: Nö, [lächelt] ich weiß/ ich fühl genau was du meinst. Ich kenne das Gefühl. (.)
35 Ehm, ich würde gerne noch einen Bogen schlagen zu meinem letzten Interview. Was
36 denkst du über klinische psychomotorische Therapie?

- 1 E: (.) Da müsste ich jetzt erstmal
2 wissen was du meinst mit klinisch psychomotorischer Therapie. Wie wird das
3 umgesetzt? Welche Konzepte sind dahinter, aber in erster Linie. Wie wird's umgesetzt.
- 4 I:
5 [REDACTED] Jonny Kiphard
6 [REDACTED] das Konzept in der Kinder und Jugendpsychiatrie praktisch mehr
7 oder weniger weitergeführt hat, schon verändert, erneuert,,(..) ehm die haben
8 wahnsinnige Ausstattung dort, warst du da schon mal?
- 9 E: Nee, aber es klingt traumhaft.
10 Erstmal von der Ausstattung her
- 11 I: Die Ausstattung, ich sag dir, die haben mehrere Hallen
12 und Trampoline. In jedem Raum Matten, Bausteine, (..)
- 13 E: Ich bleib dabei: Es klingt
14 traumhaft (.) erstmal,
- 15 I: Erstmal hab ich das/ ist auch so mein Gefühl ich würde ja sofort
16 mit meinen Leuten hingehen weil die würden das glaub ich echt lieben
- 17 E: Ich fand auch
18 die Forensik Riedstadt - traumhafte Ausstattung. In dem Bewegungsbereich.
19 Traumhafte Ausstattung. Traumhaft.
- 20 I: Ich hatte nur das Gefühl es war/ (..) es würde
21 schon motivieren ohne irgendeine Person dazu, weißt du was ich mein?
- 22 E: Das wäre gut
23 (.), wenn die Person nur noch unterstützen muss.
- 24 I: Ist halt die Frage ob das so
25 umgesetzt wird. Du gehörst letztendlich hin du kennst es dieses Arbeiten nach diesem
26 Konzept nicht. Das ist schon, was würde ich sagen, es ist schon psychomotorisch. Ich
27 bin immer hin und hergerissen. Ich interpretiere das ja jetzt auch ein bisschen aus dem
28 Interview raus, weil dieser Mensch schon sehr überzeugt von sich ist. Sehr auch von
29 seiner Person was du jetzt gesagt hast, das was die Person ausmachen muss es
30 macht einen Unterschied ob man sich selber sieht. Ich kann was, ich mache das, ich
31 setze das um und ich zeige denen wie es geht und was man als Haltung mitbringen
32 sollte.

- 1 E: Long
2 story short. Für mich kommt es tatsächlich auf die gelebte Haltung Authentizität der
3 Person drauf an. Ehm wenn diese Person an dieser klinisch psychomotorischen
4 Setting funktional unterwegs ist und ehm das Ding lebt und dennoch offen ist mit der
5 Neugier an den Menschen der da ist. Also eine Entwicklung nicht vorgeben will da
6 muss es hingehen, sondern eine Entwicklung begleiten will. Ehm dann mag das richtig
7 gut funktionieren. Ich glaube aus meiner Erfahrung heraus: schwierig wird's, ehm
8 wenn ich tatsächlich mein Ding in die Gruppe reinbring und mein Ding mach und nicht
9 das Ding der Gruppe (.) ehm arbeiten lasse. Dann wird's irgendwann schwierig, dass
10 das tatsächlich (.) die Gruppe seine Entwicklung oder ihre Entwicklung wie sie sich
11 ehm (..) entwickeln will umsetzen können. Ehm weil wenn ich mein Ding mach, (..)
12 dann arbeitet auf einmal die Gruppe mein Ding aus. Das ist für mich, das ist für mich
13 da wo ich sag: das geht für mich persönlich nicht. So wie ich ehm Schwierigkeiten hab
14 wenn ich merke man arbeitet aufdeckend und ist aber gar nicht so stabil unterwegs,
15 weil seine Themen oder ihre Themen noch zu sehr präsent sind. Wo ich mich dann
16 frag: Moment mal, ist das grad noch Patient oder bist du das jetzt worüber wir reden in
17 der Reflexion hinterher oder in der Supervision. Das da wird es für mich wirklich
18 schwierig. Es bleibt für mich unabhängig von der Methode aber ich glaube, dass eine
19 klinisch psychomotorische eh wie du es gerade genannt hast
- 20 I: Therapie
- 21 E: Therapie mit
22 so ner Ausstattung viel Potenzial da ist, (.) ehm durchaus, (.) aber es bleibt dabei wie
23 die Person das führt. Wenn die Person im Mittelpunkt steht und nicht Patient bzw.
24 Gruppe, dann wäre es für mich, dann denke ich darüber eher nicht positiv, wenn die
25 Person es schafft zu begleiten und dass Patienten und die Gruppe im Fokus im
26 Mittelpunkt stehen, (..) und dann kannst du auch überzeugt sein von dir ehm das stützt.
27 Dann mag das richtig gut funktionieren. Es es bleibt bei der Haltung.
- 28 I: Was spielt in
29 deinem Kontext die Gruppe für eine Rolle?
- 30 E: In meinem Kontext. Ehm (.) Die Gruppe ist
31 für mich genauso wichtig wie die Einzelperson. Es gibt nicht einer der wichtiger ist.
32 Ehm (..) es gibt manche, die mit ihren Mustern sich eher stärker präsentieren in der
33 Gruppe, (.) ehm wo ich glaube, dass du als Anleiter bzw. Therapeut schauen müsstest,
34 dass die anderen nicht untergehen. Und da hast du genug Dialogmöglichkeiten. Du
35 kannst diese Stärke nehmen und sie einbinden, um die Gruppe in einen Fluss zu
36 bringen und alle reinzubringen, kannst natürlich auch die Stärke des Einzelnen, der

1 vielleicht untergeht, herausfiltern und den Gegenpol setzen. Wo es sich dann auch
2 wieder einspielt. Das kommt so ein bisschen auf die Persönlichkeiten auch drauf an.
3 Auf die Biografien, was die mitbringen. Also das zeigt sich ja an den Mustern
4 letztendlich was was sie dann da haben.

5 I: Und für die Patienten? Wie wichtig ist für sie
6 die Gruppe?

7 E: Die wenigsten würden alleine zu einer Sporteinheit kommen. (.) Deswegen
8 glaube ich, dass die Gruppe, in einer Gruppe zusammen etwas machen, schon sehr
9 wichtig ist. Weil es auch anders ist als nochmal zum Alltag. Im Alltag bin ich häufig
10 allein. Motivier dich mal alleine zum Sport, zur Bewegung. Ehm (.) nicht ganz so
11 einfach, (.) für ganz ganz viele Menschen, ja, das braucht gar nicht ein Suchtkontext
12 sein, da ist es nur noch schwieriger, und ehm (.) insofern glaube ich schon, dass die
13 Gruppe sehr sehr wichtig ist. Im Sinne von: ok, das hat ne Zugkraft.

14 I: Und was ist mit sozialen
15 Kompetenzen?

16 E: In der Gruppe?

17 I: Gibt es da Veränderungen oder hat die Gruppe ne
18 Bedeutung dafür?

19 E: Naja Sozialkompetenz kannst du nicht ohne Gruppe

20 I: Ja, ja aber spürst
21 du Veränderungen durch deine Arbeit in der Gruppe was das angeht?

22 E: Ja im Sinne
23 von, dass sie tatsächlich wertschätzender mit sich und anderen umgehen. Und wenn
24 Reibereien da sind, wenn du einen Dialog schaffst, ist es spannend wie sich das auf
25 einmal [pustet] entspannt. Weil meistens sind die Reibereien Anteile, klar biografisch
26 bedingt, die aber auch die Situationen von der Pflegestation oben widerspiegeln. Und
27 das kann ich sehr gut thematisieren. Das kann ich eben auch sehr gut im Raum, in der
28 Bewegung umsetzen. Und meistens gibt's nachher ein Effekt und das Spannende ist,
29 dass dann auf Station ne Entspannung eintritt [schmunzelt] einfach weil dann auch da
30 wieder das Verstehen gefördert wird und schon wieder bei den Social skills, ja, von
31 Kompetenzen im Sinne von Kommunikation und vom Verstehen selber. Schwierig wird
32 es wie gesagt wenn du eher (.) Grenzfälle hast, die halt tatsächlich das Stationssetting
33 extrem herausfordernd. Wie traumatisierte Flüchtlinge (....), die vielleicht sogar noch
34 durch ein Ausbildungslager durch sind und Folter kennen, [leiser] da wird es dann

1 extrem schwierig. (.) Weil sie es nicht verstehen, was da passiert. Also wenn eine
 2 Person von 24 Stunden 23 schreit. (..) Versteh ich das nicht als Mensch. Ich seh es
 3 nicht (.) nicht (.) was ist da (.) und das macht wenn es ne bestimmte Zeitspanne
 4 überschreitet fängt es an Angst zu machen. Und zwar in jede Richtung. [leise] Ja und
 5 dann sind wir dann eher bei der Grenze. Ehm die Gruppe selber, wenn wir psycho-
 6 motorisch gucken, ehm Einzelsetting ist manchmal wünschenswert, (..) generell finde
 7 ich die Gruppe, (.) Gruppe hat immer ein riesen Potenzial. Es wird häufig unterschätzt
 8 die Kraft der Gruppe. Weil es ist was anderes wenn einen/ wenn jemand moderiert und
 9 ein Patient sagt mir etwas was ich wahrnehme und kann auch einen Alltagsbezug
 10 herstellen, als wenn ich als der, der vermeintlich gesund ist und normal ist und auch
 11 noch der Therapeut ist, als wenn ich was sag. Das hat eine ganz andere Wirkweise.
 12 Das eine kann immer egal wie offen ich bin von oben runter wirken, ach der ist ja hier
 13 wenn er gesund ist und der angestellt ist und Aufwandsentschädigung kriegt ja,(.) oder
 14 es ist jemand ehm, der das gleiche erlebt hat. (.) Spannend wird es wenn du es
 15 schaffst deine eigene Biografie/ also wenn du im 1:1 bist oder wenn die Gruppe extrem
 16 von sich hergibt, und das kann sich in vielen Reibereien zeigen, und vielleicht auch die
 17 Frage dahinter steckt, wie gehst du damit um? (.) Ehm ich geb auch einen Teil meiner
 18 Biografie manchmal preis. (..) Ja, und dann wird es natürlich authentisch, dann hat's
 19 auch noch mal ne andere Wirkung. (..) Ja, (.) und warum ich mit dem Klientel
 20 wahrscheinlich so gut zurechtkomme, das liegt einfach an dem Hintergrund, dass mein
 21 Vater, mein Großvater natürlich auch zu dem Klientel gehört hat. (..) Ja, und wenn du
 22 es kennst als Angehöriger (..) wirst du auch schon wieder ein bisschen anders
 23 gesehen. Aber das gebe ich erst preis, wenn die Reibereien richtig groß sind. Das
 24 gebe ich nicht von Anfang an preis. (.) Aber das ist was, zum Beispiel wenn du fragst
 25 wie bist du da hingekommen? Wird mich mit Sicherheit unbewusst auch dahin
 26 gebracht haben. (..) Weil bequem bin ich auch. Ich habe nur zwei Bewerbungen
 27 geschrieben. [lacht]

28 I: [lacht]

29 E: Wobei ich glaub damals habe ich nur ein/ ja ich habe zwei
 30 geschrieben: eine für die Klinik und eine für hier [Hochschule (Anmerkung der
 31 Verfasserin)] und wo arbeite ich? In der Klinik und hier.

32 I: [lacht] Sollte so sein.

33 E: Also
 34 insofern ehm (..) Authentizität gehört mit dazu. (...) Kraft der Gruppe. (..) Gut die Frage
 35 war ja was ist wichtiger Gruppe oder Einzelne, ehm (.) beides genauso. Aber die Gruppe
 36 hat mehr Zugkraft. Die Gruppe hat ein Potenzial. Und ehm ich glaub die Authentizität

- 1 kriegt man relativ schnell, auch von den Patienten, ehm was meine Aufgabe oder was
2 ich als meine Aufgabe sehe, ist die Wertschätzung zu fördern. Wenn ich über die
3 Wertschätzung komme ich dann mehr und mehr zum Verstehen.(..)
- 4 I: Du hast echt viel
5 erzählt und es war für mich ein gutes Gefühl dieses Interview zu machen.
- 6 E: Hm.
- 7 I: Ich
8 würde mal abschließend auf meine Fragestellung kommen und dich bitten nur zwei
9 Sachen zu sagen: eine Chance und eine Grenze. Und zwar mein Thema ist: Chancen
10 und Grenzen psychomotorischer Intervention bei Suchterkrankung.
- 11 E: Sag es langsam.
- 12 I:
13 [spricht langsam] Chancen und Grenzen psychomotorischer Intervention bei
14 Suchterkrankungen. Und was dir spontan einfällt: was ist eine wirkliche Chance und
15 was ist eine echte Grenze (.) nach deinem Dafürhalten.
- 16 E: (..)[lacht] Ein Wort oder ein
17 Satz?
- 18 I: Nee du darfst ruhig/[lacht] der Gedanke, der dir kommt, den darfst du ruhig
19 ausformulieren.
- 20 E: Die Chance sehe ich tatsächlich aufgrund der Authentizität in der
21 Förderung von Wertschätzung, darüber zum Verstehen kommen. Das hat
22 Dimensionen einfach ehm(.) die sprechen für sich. Glaub das merkt man auch, wenn
23 man mich hört. Naja und das siehst du auch bei den Patienten. (..) Herausforderung
24 ehm (.) bleibt, dass wir noch nicht ganz so verstanden werden weil es noch so wenig
25 (..) gutes, anerkanntes, wissenschaftliches Material gibt. (..) Und das begründe ich dir
26 auch gerne. Ich kann mich mittlerweile sehr gut verkaufen in der Klinik. Ich geh in jedes
27 Fachgespräch mit rein, aufgrund meiner Ausbildung hier, gehe ich nicht unter. Ja, (.)
28 auf dem Markt da draußen und ich guck wie viel Bücher gibt's eigentlich? Dann ist es
29 so wenig. Und jetzt das Buch von Benajir Wolf – super Buch – ja, aber da brauche ich
30 noch ein bisschen Forschung, die es noch mehr stützt. Und da ist dann die Frage: Wie
31 kann ich es stützen mit welcher Forschung? Also das Problem ist, dass wir den Trend
32 haben zu diesen evidenzbasierten bildgebenden Maßnahmen. Das sehe ich als eine
33 Herausforderung. Wie kriege ich das hin, dass ich etwas Evidenzbasiertes schaffe,
34 damit wir noch mehr Anerkennung bei den Leuten kriegen. Weil Anerkennung kriegst

1 du bei den Patienten en masse. Weil sie bei sich leiblich merken was passiert. (.) Und
2 manchmal sagen es ist nicht. Aber du siehst es. Du spürst es. Und sie spüren es. Und
3 da braucht es manchmal kein Wort. Da braucht's nur den Blick. Ja, das ist die
4 Achtsamkeit, die dann geschult wird. (.) bzw. hoffentlich die, die du gelernt hast. Das ist
5 so die Geschichte eh aber das ist tatsächlich die Herausforderung das fehlende
6 wissenschaftlich anerkannte Material. Es gibt genug Wissenschaftliches, aber
7 anerkannt? Was wird anerkannt? Ja, und dadurch, dass im Moment dieses Trentding
8 ist von bildgeben und (..) evidenzbasiert, da bin ich mal gespannt was man da (..) wie
9 man das hinkriegt. (..) wenn ich in diesem Setting bin.

10 I: Du siehst das als wirkliche
11 Grenze. Das ist ja so ein bisschen außerhalb eigentlich diese Grenze.

12 E: Hm.

13 I: Sie betrifft
14 jetzt nicht die tatsächliche psychomotorische Intervention, oder?

15 E: Nee, aber ich glaube
16 dass ehm wenn das mehr anerkannt ist, kriegst du als Psychomotoriker, als Motologe
17 der in Klinik arbeitet nochmal eine andere Wertschätzung die es extremst entspannt
18 wenn du dort arbeitest. (...) Weil das ist nicht so (.) überall so wie wir das jetzt hier
19 haben in meinem Team. Ja, da merke ich die/ je nachdem was für einen Chefarzt ich
20 habe und jetzt haben wir einen neuen Chef was der ist *extrem gut* wohlwollend. Und
21 der versucht zu verstehen. Ja, das ist eine ganz andere Nummer und das ist nicht
22 selbstverständlich. Häufig hast du eher: die haben ihre Sichtweise als Mediziner und
23 dann hast du einen Psychologen, der hat seine Sichtweise, toll. Dann sind die
24 Körpertherapeut, naja die quatschen nicht, (.) und ehm das ist für mich die
25 Herausforderung. Und wenn da von der Arbeit mehr Material da ist, und du sagen
26 kannst hey Leute, ihr seid alles Leute mit Abschluss, guckt mal, ehm (.)dann entspannt
27 sich das mehr. Wie gesagt, ich sehe unsere Klinik nach wie vor, wie wir arbeiten dürfen
28 und auch an dem Miteinander - und das hat etwas mit Glauben zu tun, weil es eine
29 christliche Klinik ist. Die Nächstenliebe, die dort gelebt wird, wird wirklich gelebt. Das ist
30 ein Umfeld, was dort gewachsen ist, ehm das sucht seinesgleichen. Das ist nicht
31 selbstredend und selbstverständlich. In anderen Kliniken hast du genau das Problem.
32 Deswegen gehen auch glaube ich viele dann den Weg als: ich mach's dann doch
33 selbstständig und mach meine eigene Praxis. Und entspannen da eher (..) als ehm
34 wenn du da in so ner Klinik dann arbeitest. (.) Ja. (..) Wenn du nach der
35 Herausforderung der psychomotorischen Intervention am Patienten fragst (..) Die
36 Herausforderung wird bleiben, dass du nicht dein Ding machst sondern das Ding der

1 Gruppe des (..) einzelnen Patienten wirken lässt. Und das wird immer die
2 Herausforderung bleiben. Und das erfordert Supervision.

3 I: Das ist ja sehr abhängig von
4 deiner Haltung hier in deiner Anstellung. Wenn du jetzt da dran gehst: Ich will was
5 erreichen, es gibt die und die Ziele, das wird gemacht, dann entfällt das ja wieder.

6 E: Ja,
7 aber du fragst mich ja wo ich die Herausforderung sehe in der psychomotorischen
8 Intervention. Und ehm (..) das sehe ich tatsächlich als Herausforderung weil es bedingt,
9 dass du regelmäßig dich hinterfragst. Weil es bedingt, dass du dich um deine eigene
10 Supervision kümmerst. Bei der Klinik hast du häufig Fallsupervision. Wie viele machen
11 tatsächlich Teamsupervision, ist nicht sehr häufig. (..) Wenn du in dem Kontext
12 arbeitest, (..) therapeutisch arbeiten willst, ich sage jedem: macht es, aber wie viele
13 Leute machen es? An dieses eigene Teile reinbringen kannst du nicht verhindern. Wir
14 sind alle Menschen. Aber je mehr du dich darin schulst und je mehr du selber dich
15 supervidierst, desto mehr kannst du nachher mit der Resonanz arbeiten, desto mehr
16 kannst du mit dir entspannen und wenn du entspannt bist, hast du so ne Kraft, so eine
17 Stabilität, wo sich andere sehr gut orientieren können. Aber die Herausforderung bleibt.
18 Das Ding der Gruppe darf arbeiten. Das Ding des Patienten darf arbeiten – deins
19 gehört nicht in die Gruppe. Also nicht die Gruppe nutzen um deins zu bearbeiten. Denn
20 das machen nämlich auch unbewusst viele, wenn du eben nicht supervidierst. Da bin
21 ich mir sehr sehr sicher. Und das gilt aber auch wieder nicht nur für Psychomotoriker.
22 Das gilt für Sozialarbeiter, das gilt für Mediziner, für Psychiater. Jeder der in der
23 Beziehungsarbeit gestaltet. Wo es dann darum geht wenn ich in einem (..) in
24 Führungsstrichen entwicklungsbegleitenden heilenden Kontext, ich weiß nicht wie
25 ich's definieren soll oder wie ich's genau benennen soll. Find auch es würde einigen in
26 der Kita ne private Supervision guttun - oder in der Schule. Aber es wird immer noch
27 bei uns/ Supervision ist cool (..) Eigentherapie, Coaching (..) urgh nee, das wird immer
28 noch tabuisiert. (..) Und das finde ich extrem schwierig. Weil wie willst du begleiten,
29 wenn du deine eigenen Themen nicht anschaut. Die Therapie ist für mich, wie gesagt,
30 Begleitung. Du brauchst einen Begleiter damit du hinschauen kannst. Das kannst du
31 nicht alleine machen. Das funktioniert nicht.

32 I: Und das macht ihr bei euch im Team?

33 E:
34 Meine private Supervision ist meine private Supervision. [lacht] Da kümmere ich mich
35 dann für mich selber drum. (..) Das kannst du ja auch keinem aufzwingen, ne. Also wir
36 haben Supervision aber es bleibt Fallsupervision. Jede Klinik rühmt sich damit ja, dass

1 sie Supervision machen, aber deswegen sage ich ganz bewusst schau mal wie viele
2 tatsächlich eh Teamsupervision machen. Wo es um eigene Anteile geht. Was kommt
3 da hoch, wenn ich den Fall hab? Was kommt da bei dir hoch, ja? [leise] schwierig.
4 Schwierig, wenn du selber mit dir nicht in nem Prozess bist. Und es hat auch einen
5 Hintergrund warum viele Psychosomatikkliniken sagen, okay du kannst hier arbeiten
6 wenn du genug Eigenerfahrungen machst und dann fragst du mal was Eigenerfahrung
7 ist und das ist letztendlich nichts anderes wie Eigentherapie. Ja, deine eigene Biografie
8 aufarbeiten, damit sie präsent ist damit du merkst: Uups, Moment mal da bin ja ich
9 gerade wieder. Ich brauch aber/ Und das ist auch das ist ein Erfahrungsprozess, der
10 dauert nicht nur fünf sechs Wochen. Der begleitet dich so lange wie du da arbeitest.
11 Und das wird unterschätzt und deswegen sehe ich es auch als (.) Herausforderung,
12 tatsächlich.

13 I: Ok, ich dank dir!

14 E: Sehr gern.

Grobe Strukturierung Interview 1			
PMF	KS	PMI	P
S01 Z05-06	S01 Z01-04	S01 Z29-35	S01 Z17-19
S01 Z36-37	S01 Z09-16	S03 Z09-12	S02 Z01-23
S05 Z23-26	S01 Z21-28	S03 Z34-36	S06 Z25-29
S11 Z13-35	S02 Z25-34	S04 Z01-37	S08 Z34-35
S14 Z02-23	S03 Z01-08	S05 Z02-03	S09 Z01-09
S15 Z24-28	S03 Z26-30	S05 Z10-21	
S34 Z19-34	S07 Z01-06	S05 Z27-31	
S35 Z01-02	S07 Z31-32	S06 Z01-24	
S38 Z13-37	S08 Z19-32	S06 Z33-35	
S39 Z01-02	S10 Z07-29	S08 Z01-11	
S39 Z15-32	S11 Z01-12	S09 Z11-14	
S43 Z35-36	S12 Z18-30	S09 Z25-28	
S44 Z01-19	S13 Z05-33	S12 Z02-17	
S44 Z29-36	S15 Z07-23	S12 Z32-36	
S45 Z01-09	S16 Z21-26	S13 Z01-03	
S49 Z10-26	S19 Z07-08	S13 Z34-35	
S50 Z22-33	S23 Z09-28	S14 Z01	
S51 Z01-09	S24 Z17-21	S14 Z24-36	
S53 Z13-18	S25 Z03-05	S15 Z01-06	
S53 Z28-35	S28 Z01-12	S16 Z27-34	
S54 Z02-36	S28 Z27-34	S17 Z01-12	
S55 Z01-37	S29 Z01-15	S17 Z27-37	
S56 Z01-34	S29 Z28-32	S18 Z01-07	
S57 Z01-26	S30 Z01-17	S18 Z24-35	
S60 Z20-33	S36 Z14-36	S19 Z15-37	
S63 Z06-17	S42 Z29-34	S20 Z01-36	
	S43 Z02-27	S21 Z01-07	
	S53 Z04-11	S21 Z25-35	
	S64 Z01-03	S22 Z01-17	
		S22 Z25-34	
		S23 Z01-05	
		S30 Z18-29	
		S31 Z13-26	
		S32 Z15-18	
		S32 Z25-34	
		S33 Z06-25	
		S37 Z04-33	
		S38 Z01-12	
		S39 Z33-35	
		S40 Z03-17	
		S41 Z10-31	
		S42 Z05-13	
		S42 Z17-20	
		S42 Z27-34	
		S43 Z28-33	
		S44 Z19-27	
		S45 Z12-20	
		S45 Z27-35	
		S46 Z01-04	
		S46 Z14-20	
		S47 Z01-17	

		S48 Z10-19	
		S48 Z24-35	
		S49 Z01-09	
		S50 Z01-12	
		S51 Z29-32	
		S52 Z01-23	
		S52 Z26-36	
		S53 Z01-03	
		S53 Z20-30	
		S59 Z32-37	
		S62 Z06-10	
		S64 Z04-15	

Grobe Strukturierung Interview 2			
PMF	KS	PMI	P
S01 Z04	S01 Z05-19	S02 Z27-34	S01 Z20-25
S03 Z15-36	S04 Z25-36	S03 Z01-13	S02 Z01-26
S04 Z01-18	S06 Z35-36	S05 Z01-15	S05 Z20-25
S06 Z19-24	S07 Z01-02	S05 Z26-31	S05 Z32-36
S09 Z29-34	S07 Z08-31	S06 Z01-13	S06 Z14-17
S10 Z01-04	S08 Z07-11	S06 Z25-32	S07 Z03-04
S10 Z17-30	S11 Z01-23	S07 Z32-35	S09 Z16-28
S12 Z20-22	S15 Z06-14	S08 Z12-34	S10 Z05-07
S13 Z14-24	S16 Z26-36	S09 Z01-15	S12 Z14-19
S14 Z01-27	S22 Z16-29	S10 Z08-17	S13 Z06-13
S14 Z31-35	S23 Z18-23	S12 Z01-13	S13 Z35-36
S16 Z21-24	S23 Z31-37	S12 Z23-37	S14 Z28-30
S19 Z13-34	S24 Z01-37	S13 Z01-05	S15 Z16-22
S20 Z01-08	S25 Z01-03	S13 Z25-34	S19 Z01-05
S21 Z10-12	S25 Z24-26	S15 Z23-35	S20 Z29-30
S23 Z13-17	S26 Z01-07	S16 Z01-20	S25 Z04-18
S25 Z27-33	S29 Z02-06	S17 Z11-31	S32 Z05-13
S26 Z28-37	S34 Z32-34	S18 Z07-33	S35 Z01-04
S27 Z01-02	S35 Z15-31	S20 Z13-26	
S29 Z07-33		S21 Z01-09	
S33 Z15-31		S21 Z13-27	
S34 Z01-03		S21 Z31-37	
		S22 Z01-13	
		S23 Z01-12	
		S25 Z18-23	
		S26 Z08-12	
		S26 Z21-27	
		S27 Z07-36	
		S28 Z01-34	
		S31 Z01-36	
		S32 Z01-04	
		S32 Z20-34	
		S33 Z01-14	
		S33 Z34-36	
		S34 Z20-34	
		S35 Z35-36	
		S36 Z01-19	

Auswertungskategorie PMF

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S01 Z01	Experte2 arbeitet in einer psychiatrischen Klinik.	
S01 Z13	Dort betreut er als Bewegungstherapeut die u.a. die Akutstation für Entgiftung.	
S03 Z16-17	Seine Motivation dort zu arbeiten empfindet er als: „Ich bin da reingerutscht!“	Motivation
S03 Z30-32	Die psychomotorische Praxis in der Klinik empfindet er als Geschenk.	KS als CHANCE 1,52
S04 Z08-09	Er schätzt es extrem wert, dort die Psychomotorik für sich leben zu können.	1
S04 Z13-18	Theoretisches Wissen kann er dort in die Praxis umsetzen, was ihn anspornt weiterzumachen. Er reflektiert, dass seine Motivation wohl auch biografisch bedingt sei, da es für ihn keine Zufälle gibt.	22
S05 Z01-02	Für Experte2 ist Psychomotorik eine leiblich gelebte Soziale Arbeit.	Psychomotorik
S08 Z32-34	Für ihn ist Authentizität und den Patient*innen Wertschätzung zu zeigen und dass sie gesehen werden, entscheidend.	Haltung 2
S09 Z31-32	Durch seine Präsenz verbindet er heterogenes Verhalten der Gruppe.	Haltung 11, 15
S10 Z12-13	Auch atmen ist Bewegung	Weites Bewegungsverständnis 4
S10 Z24	Experte2 unterstützt Selbstfürsorge	Haltung 20
S10 Z29-30	Auch draußen zuschauen ist aktive Teilnahme.	Haltung 28
S12 Z0101-11	Sieht extrem großen Wert in der Psychomotorik, durch die Möglichkeit auf körperlicher Ebene zu arbeiten und dort unmittelbar etwas zu bewirken, im Gegensatz zu „kognitiven Geschichten“	Psychomotorik 29

S12 Z23-24 S16 Z23-24 S25 Z28-30	Verstehende Haltung des Experten spiegelt sich im Interview	Haltung
S13 Z15-17	Bedeutung von Therapie für ihn: Begleiten	Haltung 24
S14 Z01-04	Ist von der Wirkung des Körpergedächtnisses überzeugt. Will jedoch Entwicklung nicht erzwingen, sondern dem Patient*innen überlassen.	Haltung 2, 20, 44
S15 Z34-35 S16 Z01	Gibt Sicherheit, Stabilität und Wertschätzung und schaut wie die Gruppe sich entwickelt.	Haltung Offenheit 2, 10
S16 Z10-12	Arbeitet seit 5 Jahren selbstständig in der Bewegungstherapie.	Erfahrung 6
S19 Z26-27	Sieht Einbinden, Lächeln und Motivieren als Lob.	Haltung
S20 Z14-15	Sieht Vorteile als Anleiter mit entsprechender Haltung in der Gruppe mitzumachen.	16
S21 Z17	Arbeitet mit der Resonanz, die er im Gruppenprozess wahrnimmt.	17
S21 Z35-37	Unterstützt nicht das Arbeiten nach funktionellem Ansatz, ist aber überzeugt, dass aufgrund von Authentizität und Überzeugung des Therapeuten, auch dieser über die Beziehungsarbeit motivierend sein kann.	Psychomotorik / Haltung 3
S27 Z01-02	Wünscht sich bleibende Effekte, will die persönliche Entwicklung trotzdem den Patient*innen zugestehen.	Haltung Offenheit 20
S27 Z10-14	Sieht in einer offenen Haltung, in Authentizität, Wertschätzung und nicht zwingen (unabhängig vom Therapeuten) eine effiziente Wirkung für die PMI	CHANCE 2, 20
S28 Z12-13	Wertschätzung, offene Haltung und Akzeptanz („das darf so sein“)	Haltung 2
S32 Z24-26	Versucht durch Verstehen im Dialog Reibereien zu klären.	Haltung 9

S33 Z17-19	Schafft Authentizität durch das Preisgeben von Teilen der eigenen Biografie.	5
S33 Z25-26	Sieht eigene biografische Hintergründe als Gründe für seine Arbeit mit Menschen mit Suchterkrankungen [und für seine verstehende Haltung (Anmerkung der Verfasserin)]	5
S34 Z02-03	Sieht als seine Aufgabe Wertschätzung zu fördern und darüber zum Verstehen zu kommen.	Haltung 9, 2
S01 Z36-37	Experte1 beschreibt seine Überlegenheit auf dem Airtramp	Sportliche Überlegenheit 9
S05 Z05-06	Experte1 ist seit 40 Jahren in der Klinik tätig	Erfahrung 6
S11 Z26-29	Experte1 sieht das vorherige Informieren über den Krankheitsstatus der Patient*innen zwiespältig. Sieht jedoch das Erfahrungswissen als Chance die Patient*innen trotzdem so kennenlernen zu können wie sie sind.	Erfahrung als CHANCE 6
S14 Z09-17	Experte1 sieht Krafttraining an Fitnessgeräten kritisch, es sei denn es wird begleitet und ermöglicht Beziehungsgestaltung.	32
S29 Z01-15	Experte1 sieht Diagnostik im klinischen Kontext kritisch, aufgrund des großen Zeitaufwandes für die Eltern und der häufigen Überschneidung gleicher Testkriterien in unterschiedlichen Tests und je nach Blickwinkel der Therapeuten mit unterschiedlicher Einschätzung.	Diagnostik
S34 Z25-31	Für Experte1 sieht die Intention von Psychomotorik im Gruppenerleben, im Ermöglichen von Kommunikation, im Einsatz ungewohnter Materialien und im sich	Psychomotorik

	daraus entwickelnden Beziehungsaspekt.	14/47, 25, 38
S44 Z17-18	Experte1 kritisiert Ausbildung der PMF und deren Bewegungskompetenz	Kompetenzen der PMF als hemmender Faktor 5, 6
S53 Z31-35	Experte1 wollte die Psychomotorik erfinden.	Motivation 8
S54 Z02-09 S54 Z16-23	Durch das Leiten von Kinder- und Jugendgruppen in der Kindheit von Experte1, hat er die Erfahrung gemacht, dass dies eine Machtposition bedeutet. Nach seiner Einschätzung kann man mit Musik, Bewegung, Struktur und Beziehung stiftend, machtvoll sein, was er zum Positiven gestalten wollte.	Motivation 8
S54 Z23-24 S55 Z24-26	Experte1 hat Sport und Sozialkunde für das Lehramt Gymnasium SEK II studiert und direkt im Anschluss die Stelle in der Klinik bekommen.	Ausbildung

Auswertungskategorie PMI

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S02 Z28-31	Klassische psycho-motorische Angebote, auf Erwachsene umgemünzt: Spiele und Sport, kompetenzorientiert und sinnverstehend.	26, 33, 34
S02 Z34 S03 Z05	Entspannungstherapie in Form verschiedener Entspannungsmethoden	45
S05 Z11-15	Zur Förderung von Social Skills: Eigenkompetenz, Selbstkompetenz; Förderung von Selbstkonzept, Materialkompetenz, Sozialkompetenz	Ziele 27
S06 Z24-25	Nicht immer augenscheinliche Auswirkung von PMI	Wirkung (auch unbewusst) 28
S06 Z26-28	Dauer pm Angebote ist offen	Offenheit
S08 Z15-16	Ist freiwillig und ohne Zwang.	Freiwilligkeit 24
S09 Z33-34	Ist für alle Teilnehmer*innen machbar.	Kompetenzorientierung 26
S12 Z23	Auch in Form von Zirkeltraining	
S13 Z28-30	Bewusste und unbewusste Wirkung	Wirkung 28
S18 Z20-21	Diagnostik auf Kindesentwicklung ausgerichtet	Diagnostik 10
S18 Z23-27	Weiterentwicklung der Diagnostik zur Reflexion von Bewegung	
S26 Z21-23	Möglichkeit aber nicht einer Langzeitwirkung	
S27 Z18-20	Wirkung durch Freiwilligkeit	24
S28 Z18-20	Hypothese einer intensiveren Wirkung bei längerer Anwendung	57
S01 Z07	Konzept der PMI: Klinische psychomotorische Therapie (KPT)	Konzept
S04 Z31-37 S05 Z01-03 S06 Z03-10	Gestaltung abenteuerlicher Situationen in der PMI, die „echte Helfersituationen, also echte emotionale Angstmacherei Situationen, wo man Beklemmung bekommen kann, wo man nach Hilfe rufen darf und soll“ generieren.	Spiel als Erfahrungs- und Entwicklungsraum 34
S06 Z18-20	PMI zur Förderung von Gleichgewicht, Kondition,	Ziele

	Koordination und Konzentration.	35
S06 Z34-35 S07 Z01	Gruppe als methodisches Mittel in der PMI	Gruppe als fördernder Faktor 25
S09 Z11-13	Keine Körperschemaarbeit in der PMI in der kurzen Zeit von 3 Wochen.	Zeitfaktor 33
S12 Z02-10	Ziele der PMI werden differenziert in der Gruppe umgesetzt: Aktivierung, Struktur und Sozialkompetenz	Ziele 25, 35, 37, 46
S13 Z34-35 S14 Z01	PMI auch mit stärker sportlichem Anstrich unter der Nutzung sportlicher Spiele und auch Hanteln etc.	
S14 Z23-36 S15 Z01-02	Variieren von bekannten sportlichen Spielen wie Fußball und Volleyball in der PMI zur Schulung von Achtsamkeit, Miteinander und Bewegung als Mittel der Entspannung, Kommunikation und Kooperation erfahren.	Ziele 31, 37, 45
S17 Z35-37	Einbinden von Materialien, die den Einsatz von Kraft erfordern.	Material Ziel 51
S19 Z15-37 S20 Z01-06	Beschreibung eines „aggressiven Antiaggressionsspiels“ zur Schulung von Regel und Struktur, Selbstbeherrschung, Aufmerksamkeit und Kooperation	Ziele 37
S30 Z15-17	Kritik an psychomotorischer Diagnostik, da Defizite in nicht-motorischen Bereichen nicht erfasst werden.	Diagnostik
S30 Z18-20	PMI zur Persönlichkeitsstabilisierung und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Sozialkompetenzen	Ziele 46
S31 Z13-15	Das Bewegungsverhalten auf dem Airtramp einzuschätzen benötigt Erfahrung.	Erfahrung 6
S33 Z24-26	Abenteuerliche, herausfordernde und motivierende Gestaltung von Spielen (Bällebad mit Pezzibällen oder Schaumstoffwürfelbad)	Spiel als fördernder Faktor 34
S42 Z27-34	Keine Diagnostik bei Suchtpatient*innen, nur im Sinne von Prozessdiagnostik	Diagnostik

	durch Beobachten von Veränderungsprozessen in Verhalten, Konzentration, Sozialverhalten und Bewegungsmotivation.	
S45 Z34-35 S46 Z01-02	Intention von Spiel und Spaß in der PMI soll erlebbar sein.	Erfahrungsraum 34
S46 Z14-20	Zum einen die motivierenden spezifischen Materialien und das Verständnis von Sport als Kommunikation und Entspannung als das Besondere der Psychomotorik	Psychomotorik 38, 45
S47 Z02-06	Ambiente als Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit der PMI	Räumlichkeiten und Material als fördernder Faktor 52
S49 Z07-09	Frustrationstoleranzvermittlung durch das Erleben von Frustration	Erfahrungsraum 34

Auswertungskategorie P

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S01 Z20-25	Patient*innen sind im Alter zwischen 18 und 65 und durch Überweisung eines Arztes oder Einlieferung im Gefährdungsfall in der Klinik.	
S02 Z01-03	Sie sind verpflichtend in der Bewegungstherapie.	22
S02 Z12-16	Sie kommen für durchschnittlich 2-3 Wochen zur Entgiftung in die Klinik (12 Wochen im Ausnahmefall)	Dauer der Behandlung 32
S02 Z23-26	Patient*innen kommen auch zur Stabilisierung und bei Rückfällen vor einer Langzeitreha.	
S05 Z35-36 S06 Z01	Sehr heterogene Gruppe von Suchtpatient*innen	
S08 Z4-26	Anfängliche Abneigung gegenüber der PMI spiegelt sich im Muskeltonus und der Bewegung wieder.	
S09 Z22-26	Unterschiedlicher Bewegungsdrang je nach Alter und Persönlichkeit	36
S10 Z05-05	Gefühle von Wertlosigkeit, Am-Boden-Sein und es nicht geschafft zu haben	
S12 Z15-16	Manche empfinden ihre Entwicklung eher rückläufig.	
S13 Z07-09 S15 Z17-18	Wenige können eigene Möglichkeiten nicht einschätzen (überfordern sich)	Achtsamkeit 31
S13 Z35-36	Extremfälle schaffen Abstinenz nur im geschützten Rahmen.	10, 51
S14 Z16-17	Bedanken sich abschließend	47, 49
S01 Z18	Patient*innen sind zwischen 14 und 18 Jahre alt	Alter
S02 Z03-07	Die Patient*innen sind häufig fremdmotiviert in der Klinik, was zu vielen Abbrüchen führt.	Motivation 15
S02 Z15-23 S03 Z26-28	Die Bewegungskompetenzen	

	der Patient*innen sind sehr unterschiedlich. Außerdem zeigen sich manche kick- und adrenalinschuborientiert.	36
S08 Z34-35	„Patienten sind zum Teil recht unreif und in ihrem emotionalen Entwicklungsstand zurück.“	
S12 Z14-17	Patient*innen zeigen Aggressivität, dissoziales Verhalten, Depression, und selbstverletzendes Verhalten aufgrund von Traumatisierung.	17

Auswertungskategorie KS

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S01 Z09-14	Psychiatrische Klinik mit Akutpsychiatrie, verschiedenen Psychiatriestationen, einer Akutstation für Entgiftung und Psychosomatikstation.	
S01 Z17-18	Behandelt werden Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen.	
S02 Z17-20	Ziel ist die Entgiftung und die Patient*innen zu befähigen ihren Alltag zu bewältigen ohne rückfällig zu werden	Ziel 42
S03 Z30-31 S05 Z03-04	Psychomotorisch arbeitendes Team der Körper- und Bewegungstherapeut*innen (Physiotherapeut*innen, Tanztherapeut*innen, Gymnastiklehrer*innen)	Verpflichtende Bewegungstherapie (PMI) 22
S04 Z32-33	Klinischer Alltag bietet Tagesstruktur	51
S05 Z18-28	Patient*innen der Suchtstation haben verpflichtend Bewegungstherapie in Gruppen mit schwankenden Belegungszahlen. Die Gruppen werden nicht zusammengestellt, sondern ergeben sich automatisch aus den vorhandenen Suchtpatient*innen.	24
S06 Z35-36 S07 Z01-02	Ziele der PMI für Suchtpatient*innen der Entgiftung: Stabilisieren und Kompetenzen transparent machen.	Ziele 42
S09 Z18-19 S22 Z16-18	PMI findet in gemischter Gruppe statt (Frauen und Männer)	
S11 Z01-12	Aktivitäten, Auffälligkeiten und Gruppendynamik werden dokumentiert	
S11 Z19-21	Austausch ebenfalls bei der Übergabe bei der Pflege	

S11 Z22-23	Im Vordergrund stehen: Medikation, ausschleichen lassen und stabilisieren	42
S15 Z06-14	Bewegungstherapiedauer 75 Minuten, Entspannung 50 Minuten, funktionale Gruppen 60-75 Minuten wöchentlich	54
S18 Z07-08	Keine Diagnostik in der Bewegungstherapie	
S35 Z27-29	Christliche Klinik, in der Nächstenliebe gelebt wird.	50
S01 Z01-15 S02 Z33-34 S03 Z01 S12 Z20-21	Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie mit unterschiedlichen Abteilungen. Für die Patient*innen mit Suchterkrankungen gibt es eine Entgiftungsstation mit 3-wöchigem Aufenthalt zur Entgiftung mit der Möglichkeit eine medizinische Rehabilitation anzuschließen (Dauer 9 Monate). Eine Entlassung nach der Entgiftung ohne Reha ist ebenfalls möglich.	Zeitraum 32, 33
S10 Z12-16	Rückfälle der Patient*innen werden häufig mit Rausschmiss geahndet, sind aber nicht automatisches Therapieende.	
S13 Z01-03	Therapeutische Angebote sind verpflichtend.	Freiwilligkeit 22
S13 Z19-20	Ziel in der Rehabilitation ist es die Patient*innen möglichst früh nach außen zu orientieren.	23
S16 Z21-23 Ausstattung nicht vollständig aufgeführt, da aus der Erinnerung von der Führung	In der psychomotorischen Abteilung arbeiten 7 Mitarbeiter*innen. Zur Abteilung gehören neben den Büros: eine normal große, ausgestattete Sporthalle, eine kleinere Halle mit kreideverträglichem Fußboden und Trampolin, einem Materialraum mit City-Rollern, Pezzibällen, weiteren Trampolinen, Bausteinen, Weichbodenmatten....	Materiale und räumliche Ausstattung als fördernder Faktor 52

	einer Halle mit Trampolin, und Kletterwand und eine große Sporthalle mit einem Airtramp (8x14m), in der ebenfalls noch Trampoline stehen.	
S23 Z09-10 S23 Z15-17 S23 Z23-28	Suchtpatient*innen der Entgiftungsstation bilden eine Gruppe. Patient*innen der Rehaabteilung sind nach Geschlecht getrennt. Durch den durchschnittlichen Aufenthalt der Patient*innen von 36 Tagen in der Klinik, wechseln die Gruppenkonstellationen sehr schnell.	24
S25 Z03-04	Die Bewegungsräume der Psychomotorik werden auch nur von der Klinik genutzt (keine Sportvereine etc.)	52
S33 Z07-08 S33 Z11-13	Viele Gruppen werden im 2-Therapeuten-Modell geleitet. Die Gruppenstärke pro Therapeut*in beträgt zwischen 4 und 6 Patient*innen	

Auswertungskategorie PMI – P

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S03 Z06-09	Patient*innen können erfahren welche Entspannungsmethoden bei ihnen speziell wirken.	45
S06 Z08-11 S06 Z19-22	Dürfen sich herausnehmen, werden nicht zur Teilnahme gezwungen, dürfen einfach sein. Sie werden angenommen, wie sie sind. Dadurch sind sie motiviert zu bleiben. Wirkung erfährt auch wer passiv teilnimmt.	CHANCE Freiwilligkeit Akzeptanz 24, 28
S09 Z10-15	Manche Patient*innen sind zunächst durch die Freiwilligkeit und Selbstbestimmung im verpflichtenden Klinikkontext irritiert.	22
S10 Z02-04	Positive Impulse durch angepasste kompetenzorientierte Angebote.	CHANCE Kompetenzorientierung 26, 36
S13 Z28-34	Nachhaltige Wirkung im wertschätzenden Umgang durch PMI zu erkennen bei wiederholten Therapiebesuchen (Rückfälligkeit)	Chance (Sozialkompetenz) und Grenze (Zeit) Abstinenzfähigkeit 43, 25
S14 Z27-29	Freiraum der PMI als Wohlfühlfaktor und Alternative zu Gesprächen	29
S15 Z20-24	PMI als Selbsterfahrungsraum und Erfahrungsraum für passive Wirkmechanismen	28, 34
S16 Z35-36	Bewusste und unbewusste Einflüsse der PMI zeigen sich im Verhalten der Patient*innen	CHANCE Ganzheitliche Ansprache von PMI 28
S19 Z01-05	PMI als Entwicklungsraum für neue Handlungsmuster	CHANCE 34
S19 Z25-26	Veränderung von Muskeltonus, Mimik und Körperhaltung in der PMI	
S22 Z06-08	Grenzen funktionaler PMI im Gruppenprozess	GRENZE 13
S25 Z12-14	Leibliche Erfahrung von PMI über einen kurzen Zeitraum	Körpergedächtnis Kurzer Zeitraum Nachhaltigkeit? 32, 44

S29 Z15-17	PMI als Wohlfühlraum und Sein zu dürfen	Akzeptanz als fördernder Faktor 2
S32 Z22-23	Förderung der Wertschätzung der eigenen Person und von anderen durch PMI in der Gruppe	Achtsamkeit Sozialkompetenz 25, 27, 31
S32 Z29-31	Förderung von Kommunikation und Verstehen	Sozialkompetenz 27
S33 Z05-08	Einzelsetting wünschenswert – Gruppe als Potenzial	Verstehen (individuell) – Sozialkompetenz (Gruppe: Zugehörigkeitsgefühl, Unterstützung, wahrgenommen werden, akzeptiert werden) 25, 20
S35 Z01-03	Leibliche Erfahrung der Wirkung von PMI	Erfahrung (individuell) 44
S01 Z33-36 S02 Z01-02	Patient*innen erleben in der PMI ihre Grenzen und stellen fest, dass ihnen Bewegungskompetenzen verloren gegangen sind.	Selbsterfahrung 34
S02 Z25-27	PMI als Gruppenangebot	Gruppe als fördernder Faktor 25
S04 Z01-06	Bewegungsaktivität auf Airtramp und Trampolin ermöglichen Selbsterfahrung und Erfolgsenerlebnisse	Selbsterfahrung Kompetenzerweiterung Ich-Kompetenz 27, 34
S04 Z20-23	Ziel der PMI ist es alte Kompetenzen zurück zu erlangen, sich zu entwickeln und Perspektiven zu entwickeln und zu verfolgen.	Kompetenzorientierung 26
S06 Z12-16	PMI ermöglicht die Bewältigung von Situationen und Erfahrungen im geschützten Rahmen.	Kompetenzverbesserung Selbstwertstärkung 34
S06 Z23-24	Positive Rückmeldungen der Patient*innen auf PMI	49
S08 Z01-07	Einzeltherapie eher selten, nur bei Psychotikern. Da trotzdem wenig Möglichkeiten sie mit den Mitteln der PMI zu erreichen.	GRENZE

S16 Z26-32	PMI wird so gestaltet, dass alle Patient*innen mitgenommen werden können.	Kompetenzorientierung 26, 36
S17 Z27-33 S21 Z29-32	Suchtpatient*innen dürfen in der Hängematte an der Decke chillen, wenn es ihnen gelingt hineinzukommen. Anregungen zur Bewegung mit Belohnungssystem.	
S18 Z26-35	In abenteuerlich gestalteten Angeboten kann sich jeder nach Kompetenz und Befinden die Art der Beteiligung aussuchen.	Ich-Kompetenz Kompetenzorientierung 26, 27
S20 Z27-31 S21 Z03-06	Anstrengende Bewegungsspiele bezwecken die Bereitschaft anschließend zu entspannen.	Selbstwahrnehmung 34
S20 Z35-36 S21 Z01-02	Einleiten von Entspannung durch Aufgaben der Selbstbeherrschung.	Entspannung
S21 Z25-29	Kraftsport und regelgeleitete Spiele für die Suchtpatient*innen.	Ich-Kompetenz Sozial-Kompetenz 27
S22 Z12-17	Spiel zum Austesten der Grenzen aber auch Berücksichtigung der Achtsamkeit auf sich und andere.	Ich-Kompetenz Sozial-Kompetenz 27, 31
S40 Z08-11	Das Übertragen erlebter Kompetenzen auf den Alltag gelingt mit zunehmendem Alter schwieriger.	Herausforderung 16
S43 Z14-19	PMI findet mit den materialen Möglichkeiten statt und richtet sich danach wieviele neue Patient*innen dabei sind. Es gibt kein festgelegtes Konzept für die Durchführung.	28
S45 Z04-09	Gemeinsames Bewegen in der PMI öffnet neue Chancen in der Kommunikation.	Gruppe Kommunikation 25, 27
S45 Z12-14 S52 Z16-18	PMI als kurzfristiger Begleiter der Patient*innen und positive Erinnerung im Rückblick.	Nachhaltigkeit? Zeit als Grenze? 32, 49

S48 Z10-19	Da PMI sich mit unterschiedlichem Klientel befasst, kann es nicht <u>das</u> Konzept, <u>eine</u> Methode, geben.	Praxis der PMI ist abhängig vom Klientel
------------	---	--



Interview2 / Experte2



Interview1 / Experte1

Auswertungskategorie PMF – P

Textstelle	Zusammenfassung	Bemerkung
S06 Z12-15	Haltung der PMF fördert die Motivation der Patient*innen	Haltung 3
S08 Z19-23	Förderung von Entspannung und Gesehenwerden der Patient*innen durch Haltung und Authentizität der PMF	Haltung Authentizität 2
S08 Z27-32	Verstehende Haltung (Neugier und Interesse an den Patient*innen), sowie geteilte Erfahrungen als verbindendes Element	Verstehende Haltung Augenhöhe 9,12
S09 Z27-28	Motivieren der PMF um Erfahrungen zu ermöglichen	Motivierende Haltung 8
S10 Z08-18	Bewegungsverständnis der PMF ermöglicht allen Patient*innen den Zugang und die Motivation teilzunehmen	Niedrigschwelligkeit Verstehende Haltung 4
S10 Z26-28	Die PMF schafft das Zugehörigkeitsgefühl der passiv teilnehmenden Patient*innen durch freiwillige Beobachtungsaufgaben	Ganzheitliche Ansprache Kompetenzorientierung / Kompetenzwahrnehmung Akzeptanz 2, 28
S12 Z18-21	Haltung und Authentizität der PMF wirkt begeisternd auf die Patient*innen.	Haltung Authentizität 15
S13 Z02-05	Förderung der Eigenkompetenz und Achtsamkeit der Patient*innen durch die PMF	Ich-Kompetenz Achtsamkeit 27, 31
S13 Z11-14	Verstehende Haltung ermöglicht es Muster zu entdecken, die helfen die Kompetenzen der Patient*innen zu stärken um ihre Suchtkrankheit zu bewältigen.	Kompetenzen aufdecken Achtsamkeit unterstützen 13
S13 Z19-22	Beziehung zur PMF auf Augenhöhe (Therapeut als Begleiter sehen, mit Vornamen ansprechen)	Augenhöhe 12, 23
S14 Z18-21	Patient*innen verabschieden sich nach abgeschlossener Therapie	Positive Beziehung als fördernder Faktor 14/47

S14 Z30-31	„Art und Weise“ der PMF kommt gut bei den Patient*innen an.	Persönlichkeit Beziehung 15
S15 Z29-34	Im Gegensatz zum funktionalen Vorgehen ermöglicht die offene Haltung sowohl Dialogräume als auch die Wahrnehmung der gesamten Gruppe.	Haltung und Ansatz
S16 Z18-21	Neugier der PMF am Menschen, das ehrliche Interesse spüren die Patient*innen	Interesse Akzeptanz Wertschätzung
S17 Z12-16	Dialog schafft Entspannung bei persönlichen Differenzen zwischen Patient*innen und PMF.	Beziehung zwischen Patient und PMF 9, 14/47
S17 Z26-31	Verweildauer der Patient*innen wirkt sich auf die Beziehungsgestaltung zwischen PMF und Patienten aus.	Beziehung / Zeitfaktor 33
S19 Z13-17	Offene Haltung der PMF fördert Eigen- und Selbstkompetenz	2
S19 Z20-26	Durch die aktive motivierende Teilnahme der PMF zeigen sich positive Veränderungen bei den Patient*innen in Muskeltonus, Körperhaltung und Gesichtsmimik.	16
S19 Z29-34	PMF hilft die Selbstwahrnehmung der Patient*innen realistisch einzuschätzen.	Förderung der Ich-Kompetenz 27
S20 Z20-23	Durch die Teilnahme am Gruppengeschehen wird eine unmittelbare leibliche Erfahrung der Resonanz ermöglicht. Von außen wird eher der Gesamtprozess wahrgenommen.	Leibliches Spüren von Resonanz Gruppe unter sich PMF in der Betrachtung von außen 17
S20 Z29-30	PMF gesteht den Patienten die Eigenverantwortlichkeit über ihren Körper zu.	Ich-Kompetenz 20
S23 Z01-12	PMF kann Rollenerwartung eines Papi nicht erfüllen und	Alter von PMF / P als GRENZE

	sieht daher im Alter eine Grenze. Diese Erwartung kann ein älterer Kollege besser erfüllen. Bei ihm fühlen sich ältere Patient*innen eher wohl.	16
S29 Z03-06	Häufig schwierige Lebenserfahrungen der Patienten machen etwas mit der PMF.	Biografie 17
S29 Z31-32	Wenn Vertrauen entstanden ist, muss etwas gewirkt haben.	Vertrauen 48
S05 Z23-26	PMF konfrontiert Patient*innen mit ihren Grenzen.	9
S06 Z27-29	Patient*innen bedanken sich abschließend.	Beziehung 14/47, 49
S11 Z32-35	Patient*innen werden so angenommen, wie sie sind. Auf ihre Persönlichkeit und ihr Verhalten wird individuell eingegangen.	Akzeptanz 2, 29
S13 Z30-33	Die Suchtpatient*innen der Rehaabteilung werden unabhängig von der Gruppengröße von einer PMF betreut.	19
S23 Z01-04	Positive Entwicklung und Spaß der Patient*innen als „Lustgewinn“ für die PMF.	Motivation der PMF 41
S37 Z22-26	Autorität, Struktur und Selbstwertstärkung durch die PMF.	Persönlichkeit 15
S38 Z02-12	Verstehen sich Patient*in und PMF gar nicht, kann das eine Herausforderung werden und unter Umständen ist es besser die PMF zu wechseln.	Beziehung (Kompatibilität) 8/14
S39 Z15-30	Im Falle von innerer Abwehr geht die Authentizität der PMF verloren. Es ist einen Versuch wert zusammen zu finden, jedoch ist es dabei wichtig sich selbstkritisch zu reflektieren.	Authentizität Reflexion 21
S50 Z23-26	Positive Begegnungen mit den Menschen bestärken die PMF helfen zu können.	Beziehung 41

S51 Z04-07	Wirkung der PMF auf die Patient*innen und positive Rückmeldung durch die Patient*innen bewirken Zufriedenheit der PMF.	Therapeutenpersönlichkeit Beziehung 41
S52 Z03-05	PMF als vertrauensvoller Ratgeber	Beziehung 14/47



Interview2 / Experte2



Interview1 / Experte1

Auswertungskategorie PMF – PMI

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S03 Z09-11	PMF leitet auch funktionale Sportgruppen psychomotorisch kompetenzorientiert an.	36
S05 Z31-32	PMF nutzt die erste Viertelstunde auch um selbst anzukommen und die Gruppe einzuschätzen.	
S06 Z04-09	PMF ermöglicht das Nutzen eines Safe-Place im Rahmen der PMI.	Selbstfürsorge Ich-Kompetenz 20
S06 Z28-32	Themen, die in der PMI auftauchen werden reflektiert, je nach dem bekommen die Patient*innen eine Ressourcendusche.	Offene Gestaltung der PMI 30
S15 Z27-28	Erfahrung hilft die PMI anzuleiten	Erfahrung 6
S16 Z15-17	Souveränität und Erfahrung der PMF nötig um im Gruppensetting der PMI auch 1:1-Dialoge einbauen zu können.	Erfahrung Souveränität 6
S20 Z23-26	Durch das Spüren von Resonanz, den Ablauf und das Vorgehen in der PMI beeinflussen/verändern	Resonanz 17
S21 Z31-34	Die PMF muss sich mit ihrem Ansatz wohlfühlen um authentisch zu sein.	Ansatz / Authentizität 18
S21 Z35-37	Authentizität („ich steck da drin ich lieb das“) und Begeisterung fördert über die Beziehungsarbeit die Motivation.	Authentizität und Begeisterung in der PMI als fördernder Faktor 3
S22 Z01-04	Wenn der gelebte Ansatz authentisch rüber kommt, ist der Ansatz egal. „Du musst deinen Ansatz finden“.	
S27 Z34-36 S28 Z01-03	Offenes Konzept, im Sinne von Kompetenzorientierung und verstehender Haltung (Dialog und	Hypothese: offene verstehende Haltung über einen langen Zeitraum als CHANCE der PMI

	Resonanzarbeit) über einen langen Zeitraum.	58
S31 Z13-17	Eigene Themen dürfen nicht in die PMI einfließen oder gar dort bearbeitet werden. Dafür ist Supervision und Reflexion wichtig.	Supervision und Reflexion 21
S31 Z18-23	Klinische psychomotorische Therapie hat viel Potential in Abhängigkeit von der Person die sie macht.	Ansatz – PMF 18
S31 Z24-27	Haltung der PMF und dass die Patient*innen im Mittelpunkt der PMI stehen, sind entscheidende Faktoren.	Haltung Patient*in / Gruppe im Fokus der PMI 3, 30
S35 Z35-36	Es bleibt eine Herausforderung bei der PMI nicht sein Ding zu machen.	Herausforderung Reflexion professionellen Handelns 17
S43 Z28-33	PMF gestaltet die PMI in Abhängigkeit der persönlichen Stimmung, da sie weiß, was mit dem Material und den Räumlichkeiten möglich ist.	Authentizität (Haltung auch kritisch zu sehen, da Patient*in nicht im Mittelpunkt der Intervention steht) 1, 19
S44 Z05-08	Anfänglich starke Strukturierung der PMI erlaubt es mit der Zeit davon abstrahieren zu können.	Erfahrung als fördernder Faktor 6
S50 Z30-33 S51 Z01-03	PMF erlebt in der PMI sich selbst und genießt es den jungen Patient*innen noch etwas vormachen zu können.	9
S53 Z14-23	Die persönliche Meinung der PMF mit PMI alles zu können, hat sich im Laufe der Jahre relativiert. Es gibt Problem, „die ich mit all dem was ich bin und kann und habe nicht positiv beeinflussen kann“.	PMF (Persönlichkeit, Kompetenzen, Möglichkeiten) als fördernder / hemmender Faktor 7
S63 Z06-14	Das Einrichten von Routinen der PMF verhindert die Flexibilität in der PMI, eine offene Haltung.	Einflussfaktor PMF Team 2

Auswertungskategorie PMF – KS

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S04 Z03-06	Psychomotorische Ausrichtung des Bewegungsteams an der Klinik passte perfekt zur PMF.	Team 53
S07 Z15-20	Vorhandene Materialwünsche der PMF relativieren sich im Vergleich zur Ausstattung anderer Kliniken.	Materialausstattung 28
S24 Z01-03	PMF empfindet die Wahrnehmung der Körper- und Bewegungstherapeuten durch die Mediziner als Grenze.	GRENZE 31
S28 Z26-29	Akzeptanz und Wertschätzung durch das Team und kein Einzelkämpfer zu sein empfindet PMF als wertvoll	Team als unterstützender Faktor 53
S41 Z12-14	Die PMFs haben im klinischen Kontext wenig bis keinen Elternkontakt.	Kein systemisches Arbeiten der PMF 27
S57 Z03-16	PMF muss im klinischen Kontext für die eigene Anerkennung und die der Psychomotorik kämpfen. PMF setzt dies mit Öffentlichkeitsarbeit durch. Über die Artikel in den Zeitungen verschafft er sich Anerkennung und macht die Psychomotorik bekannter.	Herausforderung 31

Auswertungskriterium P – KS

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S02 Z16-17	Relative kurze Verweildauer der Patient*innen von 2-3 Wochen zur Entgiftung.	Zeitfaktor 32
S04 Z26-31 S05 Z27-28 S08 Z07-11	Klinikkonzept legt Indikationen der Suchtpatient*innen fest. Die Patient*innen werden von der Pflege zum Termin geschickt. Bewegungstherapie ist verpflichtend.	Pflicht 22
S07 Z03-04 S32 Z07-10	Gruppenangebote fördern gegenseitige Wahrnehmung (auch von Kompetenzen, die der/die Einzelne an sich selbst nicht wahrnehmen kann). Gruppe als Motivationsfaktor und Zugkraft.	Gruppe als CHANCE 25
S14 Z31-32	Regelmäßigkeit der Angebote wird als positiv bewertet.	Regelmäßigkeit 54
S22 Z21-27	Ziele der Patient*innen: gesund werden, nicht mehr zur Flasche greifen, manche hätten gern mehr Muskelmasse, anderer mehr Ausdauer oder insgesamt etwas beweglicher werden.	Individuelle Erwartungen an Therapie
S01 Z23-28	Patient*innen dürfen in der Phase der Entgiftung nicht sinnlos herumsetzen und bekommen daher 4mal in der Woche PMI verordnet.	Pflicht PMI als „Beschäftigungstherapie“ 22
S03 Z13-17	Auf der Entgiftungsstation befinden sich zwischen 4 und 10 Patient*innen mit relativ hoher Fluktuation, trotz kurzen Therapiezeitraumes von 3 Wochen.	Zeitfaktor 32

S07 Z01-04 S07 Z29-31	Die psychischen Erkrankungen der Reha-Suchtpatient*innen spielen keine Rolle für die Gruppenzuweisung. Hier wird versucht das beste Personal-Peergroup-Umfeld zu finden, wobei auch das Alter eine Rolle spielt.	Gruppenkonstellation 55
S08 Z29-32	Die ideale Gruppenkonstellation der Patient*innen der Suchtstation kann aufgrund der kurzen Verweildauer nicht Rechnung getragen werde. Daher wird die Gruppe von zwei Therapeuten betreut.	2-Therapeuten-Modell um Gruppe „im Griff“ zu behalten
S13 Z22-29	Suchtpatient*innen der medizinischen Reha haben 8 Wochen verpflichtend PMI. Danach müsste eine Verlängerung beantragt oder von der PMF angeregt werden.	21



Interview2 / Experte2



Interview1 / Experte1

Auswertungskategorie KS – PMI

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S02 Z31-33	PMI sinnverstehend im Einzelsetting, wenn die Möglichkeit besteht oder häufig kompetenzorientiert in Gruppensetting.	26, 20
S05 Z08-10	Klinik gibt kein Konzept für die Bewegungstherapie vor und ermöglicht eigenständiges Vorgehen.	56
S07 Z08-16	Die räumliche und materiale Ausstattung der Klinik schränkt die Möglichkeiten der PMI entsprechend ein.	Raum und Material als GRENZE 28
S23 Z31-32 S27 Z25-27	Zeitlicher Rahmen der Therapie schränkt die Wirkung der PMI ein. In der kurzen Zeit können biografische Muster nicht aufgearbeitet werden.	GRENZE Mögliche Chance in Langzeitreha (Hypothese) 59
S25 Z18-23	PMI ermöglicht im klinische Setting den Dialog über Bewegung und Sprache und kann dadurch die Systemik mit einbinden.	Hypothetische CHANCE 27
S26 Z02-04	Medikation beeinflusst PMI	Hemmender Faktor 29
S34 Z24-26	Fehlendes wissenschaftliches Material schränkt die Anerkennung der PMI im klinischen Kontext ein.	GRENZE 11
S03 Z18-20 S19 Z07-08 S25 Z03-04 S32 Z27-34 S36 Z14-15 S64 Z01-02	PMI besonders vorteilhaft durch räumliche und materiale Ausstattung. Die Bewegungslandschaft wird typischerweise für 10 Wochen aufgebaut und bleibt solange bestehen.	Raum und Material als CHANCE 52
S04 Z23-24 S51 Z29-32 S52 Z32	PMI als relativ kleiner aber nicht unbedeutender	

S53 Z09-11	Baustein der Gesamttherapie.	7
S03 Z09-11 S11 Z10-13 S13 Z10-12 S46 Z03-04	PMI ist verpflichtende Therapieindikation ohne Diagnostik sowohl auf der Entgiftungsstation als auch in der Rehabilitation.	Pflicht 22
S15 Z20-26	Das Bewegungsverständnis in der Gesamtklinik entspricht nicht dem der Psychomotorischen Abteilung.	
S33 Z07-10	Viele PMI-Einheiten finden im 2-Therapeuten-Modell statt, obwohl eine ökonomische Nachvollziehbarkeit nicht unbedingt gegeben ist.	
S62 Z07-10	Aufgrund des kleinen Anteils der Gesamtbehandlung ist die Wirksamkeit der PMI im klinischen Kontext schlecht zuzuordnen.	Wirksamkeit 12

Zusätzliche Auswertungskategorien, die sich erst im Laufe der Bearbeitung herausgebildet haben:

Auswertungskategorie KS – P – PMI

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S07 Z32-35	Durch die kurze Verweildauer der Suchtpatient*innen kann in der PMI nicht körperwahrnehmend gearbeitet werden. Sie ist begrenzt auf Stabilisieren und Kompetenz fördern, was auch durch die Materialien beeinflusst wird.	Zeit Material Wirkfaktoren der PMI 33
S08 Z14-17	Die Freiwilligkeit der PMI im verpflichtenden klinischen Setting verunsichert die Patient*innen.	Freiwilligkeit vs. Pflicht 22
S16 Z 27-33	Ärzte und Pflege erleben auf der Station die positive Wirkung der PMI die sich im Verhalten der Patient*innen widerspiegelt.	CHANCE 39
S17 Z01-02	Die positive Wirkung der PMI auf die Patient*innen spiegelt sich ebenfalls im Dialog mit den Ärzten wider.	CHANCE 39
S23 Z18-23	Die Medikation stellt in der PMI eine Gefährdungssituation dar, da die Patient*innen in der Bewegung beeinflusst sind und trotzdem in die Bewegungstherapie geschickt werden.	Medikation als Risikofaktor 29
S26 Z04-07	PMI zeigt trotzdem eine Wirkung bei Patient*innen, die starke bewegungsbeeinträchtigende Medikamente nehmen.	Effekte 40
S32 Z27-29	Für die Patient*innen stressige Situationen auf der Station können in der PMI bearbeitet werden und bringen rückwirkend wieder Entspannung in das Stationsgeschehen.	Effekte 39

S42 Z06-13	Medikation beeinflusst die Möglichkeiten der PMI. Auf die Patient*innen wird entsprechend Rücksicht genommen, wobei Bewegung bei Medikamentengabe als wichtig angesehen wird und von daher eine Aktivierung und Motivieren zu Bewegung angestrebt wird.	Funktionales Bewegungsverständnis 29
S43 Z09-15 S43 Z20-23	Ziele der Patient*innen legen Krankenkasse (abstinent werden) und Psychotherapeuten im Familienzusammenhang fest. In der PMI werden Ziele der KPT verfolgt.	
S52 Z26-30	Patient*innen, die in der PMI alles abgelehnt haben, haben auch im gesamten Therapiekomplex verweigert.	Persönlichkeit der Patient*innen als GRENZE 18
S64 Z12-15	Die PMI in Langzeitverläufen lässt zu wünschen übrig	GRENZE PMI 21

Auswertungskategorie PMF – PMI – P

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S12 Z27-37	Die PMF gestaltet die PMI kompetenzorientiert und baut die Stationen eines Zirkeltrainings auf, dass alle Patient*innen sie bewältigen können, indem die Aufgaben den Kompetenzen angepasst werden können.	CHANCE 26
S 15 Z27-29	Die Erfahrung der PMF hat Einfluss auf die PMI und die Fähigkeiten die Patient*innen entsprechend wahrzunehmen, einzubinden und auf sie einzugehen.	Erfahrung als fördernder Faktor 6
S16 Z05-08	Erfahrung der PMF ermöglicht auch eine offene Gestaltung der PMI und das einlassen auf die Patient*innen.	Erfahrung 6
S21 Z02-12	Aktive Teilnahme der PMF in der PMI, auf Augenhöhe, mit Wertschätzung gegenüber der Aktivität der Patient*innen und ohne Wertung, ermöglicht ein motivierendes positives Setting psychomotorischer Praxis.	Wertschätzung Authentizität Augenhöhe als fördernde Faktoren 16
S22 Z10-13	Einlassen der PMF auf die Patient*innen in der Gruppe, auf ihre Wünsche und das, was sie an Emotionen und Möglichkeiten mitbringen, eröffnet einen entspannten Ablauf der PMI	Offene Haltung als fördernder Faktor 2
S23 Z14-17	Entwicklung von Patient*innen kann beeinflusst werden von der Beziehung zwischen PMF und Patient*in.	Beziehung als fördernder oder hemmender Faktor 14/47, 8/14

S26 Z09-12	Bei Zielsetzungen will man etwas erreichen. Das macht den Patient*innen schnell das Gefühl etwas tun zu müssen. Insbesondere das Klientel der Suchterkrankten reagiert da schnell mit Rückzug.	Etwas erreichen wollen als GRENZE 3
S26 Z30-36	Patient*innen einer Gruppe und PMF können in der PMI gemeinsam Potenziale / Kompetenzen / Veränderungen der Einzelnen feststellen und bestärken	CHANCE Gruppe als fördernder Faktor 25
S29 Z11-14	Positive Wirkung von PMI bestärkt sowohl den Patient*innen als auch die PMF.	41
S31 Z04-11	Will man Entwicklung vorgeben, kann dies die individuelle Entwicklung der Patient*innen in der Gruppe behindern. Förderlich ist eine offene Haltung und Neugier an den Menschen	Haltung als CHANCE oder GRENZE 2, 3
S31 Z34-36 S32 Z01-04 S33 Z10-14	Individuelle Einbindung der Patient*innen in der Gruppe je nach ihren Stärken, Schwächen, Persönlichkeiten, Befindlichkeiten etc. macht das Gruppensetting zu einem Potenzial. Es macht einen Unterschied in der PMI, ob die PMF oder ob Patient*innen eine Rückmeldung einander geben, da die Patient*innen eine gleiche Erfahrungswelt teilen.	Gruppe als CHANCE 25
S36 Z17-19	In der PMI darf nur bearbeitet werden was die Patient*innen bewegt, nicht was die PMF bewegt.	Herausforderung 17
S04 Z29-30	In der PMI hat die PMF die Möglichkeit über Bewegung Beziehungen zu Patient*innen aufzubauen.	Beziehung
S08 Z20-25 S09 Z01-03	Da bei den Patient*innen der Entgiftungsstation kein	Gruppe als CHANCE und als GRENZE

	Einfluss auf die Gruppenkonstellation genommen wird, stellen sich den PMFs besondere Herausforderungen, wenn bspw. viele dissoziale Patient*innen zusammen in einer Gruppe sind.	19
S09 Z25-28	Je nach Gruppenkonstellation gibt es Vorteile für weibliche oder männliche PMF. „Keiner ist für alle gut.“	Team 7, 4
S15 Z01-07	Bewegung für die Patient*innen als Mittel der Entspannung, Kommunikation und Kooperation erfahrbar zu machen gelingt zum Teil mäßig oder nicht.	Gründe? Grenzen?
S37 S15-17	Haltung und Art und Weise der PMF haben Einfluss ob PMI auf die Patient*innen wirkt oder nicht.	Haltung Art und Weise 15
S37 Z27-33	Jede PMF muss das passende Klientel finden, bei dem sie etwas bewirken kann. Dies kann sich im Laufe der Biografie verändern.	Reflexion Authentizität 18, 21
S40 Z16-17	Um eine nachhaltige Wirkung der PMI zu fördern, ist es wichtig das Umfeld der Patient*innen mit einzubeziehen.	Systemisches Arbeiten als fördernder Faktor (hypothetisch) 27
S44 Z23-36	Je mehr die Persönlichkeit der Patient*innen und die Therapie zusammenpassen, desto wahrscheinlicher ist ein erfolgreicher Abschluss. PMI schafft „Angebots- und Bindungsqualität“ durch das gemeinsame Bewegen. Es besteht die Möglichkeit seitens der Patient*innen Beziehungsangebote wahrzunehmen.	Beziehung als fördernder Faktor 29
S45 Z18-20 S52 Z07-08	Positive Erinnerung an die PMF als nachhaltige Wirkung der PMI.	Beziehung zur PMF als nachhaltigen Wirkfaktoren der PMI 60

S48 Z24-35 S49 Z01	Die Rolle des Therapeuten verändert sich je nach dem, wie sich die Gruppe verhält („manchmal auch autoritär“). Dementsprechend wird auch die PMI gestaltet.	Persönlichkeit von P und PMF als begrenzender Faktor 30
S52 Z01-03	Unterschiedlicher Einfluss von von PMF und PMI auf die Patient*innen.	Wirksamkeit 12

Auswertungskategorie PMF – PMI – KS

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S04 Z33-36	Die Klinik gibt den einzelnen Therapeuten nicht vor wie sie zu arbeiten haben. Das ermöglicht eine individuelle Arbeit der PMF.	Eine von ihrer Arbeit überzeugte PMF ist authentisch und begeisternd. CHANCE 56
S35 Z15-18	Wissenschaftlich belegte Effekte der PMI würden die Arbeit der PMF im klinischen Setting entspannen.	GRENZE 11
S30 Z07-11	Ständige Wechsel im klinischen Personal zwingen die PMF die PMI verteidigen und begründen zu müssen.	Wissenschaftlichkeit 11
S45 Z30-33	Patient*innen kommen eher zum Sport, was in der Haltung und den verschiedenen Schwerpunkten der unterschiedlichen Therapeuten begründet ist.	Team als CHANCE und GRENZE 26
S47 Z13-17	Wichtigkeit der Therapeutenpersönlichkeit wird herausgestellt. Das Zusammenspiel von Therapeutenpersönlichkeit, Konzept und materialen Möglichkeiten als positiv beurteilt.	Zusammenspiel von der Persönlichkeit der PMF, Konzept und Material als CHANCE 18
S52 Z31-36 S53 Z01-06	Klinisches Setting begrenzt die Erwartungen an die Wirksamkeit und Bedeutung der PMI und erlaubt außerdem kein ganzheitliches Arbeiten.	KS als GRENZE 30



Auswertungskategorie externe Einflüsse

Textstelle	Zusammenfassung	Schwerpunkt
S24 Z13-20 S24 Z32-34	Traumatisierte suchtkranke Flüchtlinge stellen eine momentan nicht zu bewältigende Herausforderung an das klinische Setting und die therapeutischen Angebote. Dazu gehört fehlendes Verständnis in jeder Hinsicht und die Frage wie die Therapie erfolgen kann ohne traumatisierenden Erfahrungen der Patient*innen zu verstärken.	Herausforderung und GRENZE: traumatisierte suchtkranke Flüchtlinge

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen. Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Aschaffenburg, 22.05.18
Ort, Datum

Silvanne Truse
Unterschrift