



Verein für Mototherapie
und Psychomotorische
Entwicklungsförderung e.V.

KONZEPTION

KONZEPTION
KONZEPTION



Verein für Mototherapie
und Psychomotorische
Entwicklungsförderung e.V.



Am 27. Januar 1984 wurde der Verein zur Förderung von Bewegung und Spiel e.V. von einer Gruppe betroffener Eltern sowie ErzieherInnen, PsychologInnen, Ärzten und MotopädInnen gegründet.

Ziel der Vereinsgründung war es, das von Prof. Dr. E. J. Kiphard und Dr. H. Hünnekens Mitte der 50er Jahre entwickelte Konzept der „Psychomotorischen Übungsbehandlung“ einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Zugleich sollte ein Behandlungsangebot für entwicklungsverzögerte, wahrnehmungs- und bewegungsauffällige Kinder und Jugendliche geschaffen werden, um die damals noch bestehende Lücke in der sozialpädiatrischen Versorgung Münsters zu schließen.

Im August 1997 erfolgte die Namensänderung in „Verein für Mototherapie und Psychomotorische Entwicklungsförderung e.V.“.

Die hier vorliegende Konzeption ist die Darstellung der unserer therapeutischen Arbeit zugrunde liegenden Auffassungen und Ideen, unseres Verständnisses von Therapie und zugleich das Ergebnis einer fortwährenden Reflexion und Weiterentwicklung mototherapeutischen Denkens und Handelns.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Konzeption einen tieferen Einblick in die Arbeit des Vereins geben zu können.

Der Vorstand
und die Motopädinnen und Motopäden

Münster, im November 2010

- 04 VORWORT
- 06 PÄDAGOGISCH-THERAPEUTISCHES LEITBILD
- 07 WISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN
- 09 KLIENTEL UND INDIKATIONEN
- 11 DAS ANGEBOT
- 12 THERAPIEZIELE
- 14 DIE WIRKSAMKEIT VON BEWEGUNG
- 16 PRINZIPIEN DER MOTOTHERAPIE
 - Die therapeutische Beziehung
 - Der psychomotorische Raum
 - Die Gruppe
- 19 DIAGNOSTIK
- 21 THERAPIEPROZESSE
- 23 BERATUNG
 - Elternberatung
 - Kooperationsgespräche
- 25 INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN
 - MitarbeiterInnen
 - Behandlungsräume
 - Kooperation und Vernetzung
- 26 QUALIFIKATIONEN DES TEAMS
- 27 DER VORSTAND
- 28 LITERATURHINWEISE

Das Menschenbild der Mototherapie basiert auf humanistischem, konstruktivistischem, systemischem und neurobiologischem Gedankengut.

Die zentrale Haltung ist die Achtung vor der Würde des Menschen und die Anerkennung seiner individuellen Persönlichkeit und Entwicklung. Hierauf gründet eine wertschätzende, achtsame und respektvolle Begegnung mit dem Klienten sowie Ehrlichkeit, Offenheit und Transparenz im therapeutischen Handeln.

Die ganzheitliche Sichtweise der Mototherapie begreift den Menschen in der Wechselwirkung und der gegenseitigen Einflussnahme körperlicher, psychischer, geistiger und interaktioneller Prozesse. Sie reduziert den Menschen nicht auf Funktionen und Störungen im Wahrnehmungs-, Bewegungs- und sozial-emotionalen Bereich, sondern sieht neben den störenden, ungeliebten Anteilen vor allem seine Fähigkeiten, Kompetenzen und sein Entwicklungspotential.

Mototherapie geht davon aus, dass grundsätzlich jeder Mensch auf Entwicklung und Reifung seiner Persönlichkeit hin angelegt ist und die Kompetenzen und Ressourcen hierfür besitzt.

Entwicklung wird hier verstanden als die bewusste Entfaltung der eigenen, individuellen Identität. Sie ist ein aktiver Prozess, der sich in Kommunikation mit der Umwelt vollzieht, auf Interaktionserfahrungen angewiesen und durch diese auch störanfällig ist.

Eine Störung erhält ihre Bedeutung und Bewertung immer erst im Kontext sozialer Beziehungen und Prozesse. Mototherapie versteht eine Störung nicht vorrangig als einen individuellen Defekt, sondern als eine sich in der Interaktion mit der Umwelt entwickelnde Störung im Entwicklungsprozess.

Bewegung hat im psychomotorischen und mototherapeutischen Geschehen einen wesentlichen Stellenwert. Bewegung und Spiel sind primäre Erfahrungswelten von Kindern. Mit ihrem Körper treten Kinder mit der Umwelt in Kontakt, erfahren und erleben sie, eignen sie sich an und greifen zunehmend mehr gestaltend in sie ein.

Freudvoll erlebte Bewegungserfahrungen fördern die Hirnreifung, helfen bei der Modulation beeinträchtigender Emotionen sowie beim Abbau von negativem Stress. Sie wirken emotional stabilisierend, stärken Selbstwahrnehmung, Motivation, Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit.



Grundlage der Mototherapie ist die „Psychomotorische Übungsbehandlung“, die Mitte der 50er Jahre von Prof. Dr. E. J. Kiphard und Dr. H. Hünnekens entwickelt wurde.

Psychomotorik beschreibt den untrennbaren Wirkzusammenhang von Wahrnehmen, Erleben, Sich-Bewegen bzw. Handeln eines Menschen innerhalb seiner dinglichen und sozialen Umwelt.

Dieses Konzept wurde von den MotopädInnen des Vereins weiterentwickelt und stark erweitert. Als Grundlage dafür diente die intensive Reflexion der praktischen Arbeit mit Kindern und Eltern sowie der konzeptionelle Einbezug der zunehmenden Verwissenschaftlichung des psychomotorischen Fachgebietes.

Die Motologie als interdisziplinäre Wissenschaft bezieht im Wesentlichen bewegungs- und sportwissenschaftliche, pädagogische, psychologische und medizinische Erkenntnisse in ihr Fachgebiet mit ein.

Erkenntnisse aus den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen finden in der mototherapeutischen Konzeption des Vereins ihren Einfluss: verstehender Ansatz in der Psychomotorik (Seewald), französische Psychomotorik (Aucoeur), Entwicklungspsychologie (Erikson), Bindungsforschung (Bowlby u.a.), Spieltherapie (Axline), sensorische Integrationsbehandlung (Ayres), Säuglingsforschung (Dornes, Stern), Hirnforschung, Neurobiologie und Neuropsychologie (Hüther, Roth, Spitzer u.a.), Neuropsychotherapie (Grawe), systemische und familientherapeutische Ansätze (Satir, v. Schlippe u.a.) sowie gesundheitswissenschaftliche Perspektiven z.B. Salutogenese und Resilienzforschung (Antonovsky, Welter-Enderlin).

Bewegung und Leiblichkeit werden als wesentliche Entwicklungsdimensionen im pädagogisch-therapeutischen Begleitprozess der KlientInnen angesehen. Aus o.g. wissenschaftlichen Orientierungen ergeben sich praxeologische Perspektiven, die auf der Grundlage unterschiedlicher



Bewegungsmodelle therapiebestimmend sein können. Bewegung wird verstanden als

- Funktionsgeschehen (neurobiologischer Ansatz)
- Strukturierungsleistung (lern- und kompetenztheoretischer und humanistisch-psychologischer Ansatz)
- Bedeutungsphänomen (tiefenpsychologischer Ansatz)
- Systemisches Phänomen (gruppen- und familientherapeutischer Ansatz).

Diese unterschiedlichen Perspektiven können je nach Indikation, Therapieauftrag und -prozess die klientenbezogenen Interventionen bestimmen.

Das Klientel der mototherapeutischen Behandlung sind Kinder und Jugendliche

- mit senso- und psychomotorischen Störungen oder Behinderungen, Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung und der Motorik, die mit Beeinträchtigungen im Leistungsbereich, im Sozialverhalten, in der Erlebnisfähigkeit und der emotionalen Befindlichkeit verbunden sind und
- mit seelischen Störungen, die mit Beeinträchtigungen der psychomotorischen Aktivität, des psychomotorischen Erlebens und der sozialen Kommunikation (soziale Ängste, dissoziales Verhalten u.a.) verbunden sind.

Mototherapie ist insbesondere dann angezeigt, wenn Kinder oder Jugendliche aufgrund ihrer Symptomatik in ihrer freien Persönlichkeitsentwicklung blockiert bzw. gefährdet sind oder sie sich innerhalb ihrer Lebenszusammenhänge in einer Leidsituation befinden.

Diese Leidsituation ist zumeist gekennzeichnet durch

- Beeinträchtigungen des Selbstvertrauens
- ein unrealistisches Selbstbild / negatives Selbstkonzept
- Kontakt- und Beziehungsstörungen
- aggressive oder depressive Reaktionen
- Lern- und Leistungsstörungen / Schulverweigerung
- Störungen innerhalb der Familie oder anderer sozialer Systeme, in denen das Kind lebt wie z.B. Kindergarten oder Schule.

In der Regel liegt ein komplexes, multidimensionales Störungsbild vor, das sich als Ergebnis einer engen Verflechtung folgender Störungsbereiche definieren lässt:

Wahrnehmungsstörungen

- Störungen und Entwicklungsverzögerungen im Bereich verschiedener Sinneswahrnehmungen (taktil, kinästhetisch, vestibulär, visuell, akustisch)
- Beeinträchtigt Erleben und Empfinden des eigenen Körpers, Störungen des Körperschemas und Körperbildes
- Störungen der Handlungsplanung und -durchführung sowie der Zeit- und der Raumorientierung (Dyspraxie)

Bewegungsstörungen

- Entwicklungsverzögerungen und Störungen in der grob- und feinmotorischen Koordination
- Störungen der Tonusregulation, der Bewegungskontrolle, der Kraftdosierung, der Kraftanpassung, der Gleichgewichtskontrolle
- Störungen in der Visuo- und Graphomotorik, in der Hand- und Fußgeschicklichkeit
- Verzögerungen oder Störungen in der Seitigkeits- und Dominanzentwicklung
- Störungen und Entwicklungsverzögerungen in Sprache und Sprechen bei gleichzeitigen sensomotorischen Störungen



DAS ANGEBOT

- Körperbehinderungen mit damit einhergehenden emotionalen und sozialen Problemen

Verhaltens- und emotionale Störungen

- Hyperaktivität, motorische Unruhe
- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADS/ADHS)
- Hypoaktivität, psychomotorische Hemmung
- Störung der Konzentrations- und Ausdauerfähigkeit
- emotionale und soziale Regulationsstörungen
- aggressive, autoaggressive, regressive und depressive Verhaltensweisen
- Beeinträchtigungen in der Kontaktaufnahme, der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung
- sozialer Rückzug
- Bindungsunsicherheiten und -störungen
- Ängste, Hemmungen, Unsicherheiten
- mangelnde Lern- und Leistungsbereitschaft, Leistungsverweigerung
- geringe Anstrengungsbereitschaft und Selbstverantwortung
- Störungsbilder aus dem autistischen Formenkreis



Die Mototherapie bietet durch ihr ganzheitliches, mehrdimensionales Konzept die Möglichkeit, sowohl Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen als auch Störungen der emotionalen Befindlichkeit und des sozialen Verhaltens zu behandeln.

Das Angebot umfasst im Einzelnen

- Aufnahmegespräch: ausführliche Anamneseerhebung unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer und neurophysiologischer Gesichtspunkte zur Einleitung der Mototherapie
- Mototherapie je nach therapeutischer Notwendigkeit in Kleingruppen (3-4 Kinder mit einer MotopädIn, 5-6 Kinder mit zwei MotopädInnen), Kleinstgruppe (2 Kinder), Einzelbehandlungen mit dem Ziel der Integration in eine Gruppe
- Diagnostik: Entwicklungsdiagnostik mit Videodokumentation, prozessbegleitende Diagnostik, bei Bedarf standardisierte Testverfahren wie Körper-Koordinations-Test für Kinder, Motoriktest für 4-6jährige Kinder, Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
- Berichte
- Beratung der Eltern
- Kooperationsgespräche mit pädagogischen und therapeutischen Fachkräften, Kinder- und Jugendärzten
- Mototherapeutische Angebote in Kooperation mit Familienzentren, Kindertageseinrichtungen, Regel- und Förderschulen
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Eltern, pädagogisches und therapeutisches Fachpersonal
- offene Sprechstunde für Information und Beratung

Darüber hinaus bieten wir durch qualifiziertes Fachpersonal folgende Leistungen an:

- Intelligenzdiagnostik
- Verhaltenstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung
- Klientenzentrierte Spieltherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung



Therapieziele für das Kind / den Jugendlichen

In der Mototherapie werden Behandlungsplanung und Behandlungsziele in Hinblick auf die Störung des Kindes, auf seine vorhandenen Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen, den Beratungsbedarf der Familie sowie unter Einbeziehung der sozialen Systeme, in denen das Kind lebt, erarbeitet und prozesshaft an die Veränderungen angepasst.

Ziel der Mototherapie ist es, dem Klienten unter Berücksichtigung seiner individuellen körperlichen, geistigen und seelischen Gegebenheiten eine befriedigende Entwicklung seiner Gesamtpersönlichkeit zu ermöglichen.

Dazu dienen im Einzelnen folgende Zielsetzungen:

- Verbesserung der Wahrnehmungsverarbeitung und -integration (taktil, kinästhetisch, vestibulär, visuell, auditiv)
- Verbesserung motorischer Leistungen und Erweiterung des motorischen Repertoires
- Verbesserung von Handlungsplanung und -durchführung (Praxie)
- Förderung eines spontanen und freudvollen Erlebens von Bewegung und eigener Körperlichkeit
- Regulation von Hyperaktivität, Hypoaktivität und psychomotorischer Hemmung
- Erweiterung der Selbstwahrnehmung
- Wahrnehmung und Akzeptanz eigener Stärken und Schwächen, Erarbeitung eines realistischen Selbstbildes

chen, Erarbeitung eines realistischen Selbstbildes

- Erarbeitung eines Zuganges zu eigenen Ressourcen sowie deren Nutzung
- Erweiterung sozialer Handlungskompetenzen: Verbesserung der Wahrnehmung und Kommunikation eigener und fremder Befindlichkeiten und Bedürfnisse, der Regulation von Distanz und Nähe, Bewusstmachen und Bearbeiten dysfunktionaler Verhaltensmuster wie Aggression, Autoaggression, Rückzug, Verweigerung etc., Erlernen eines konstruktiven Konfliktmanagements
- Aneignung eines angemessenen emotionalen Ausdrucks, Bewältigung von psychischen Verletzungen (Traumata), Lösung von Ängsten, Scham- und Schuldgefühlen, Trauer, Wut und Frustrationen
- Erfahren, Erleben, (Wieder)Aneignung und Nutzung eigener Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit in der Beziehung zur materialen und sozialen Umwelt

Ziele für das Familiensystem

Ziele in der Beratung der Eltern sind:

- Verständnis für die Problematik des Kindes zu entwickeln und ein realistisches Bild seiner tatsächlichen Schwächen, Fähigkeiten und Ressourcen zu erarbeiten
- Erwartungen und emotionale Belastungen innerhalb der Familie bewusst zu machen und sie ggf. zu verändern

- Erziehungsverhalten und Kommunikationsstrukturen zu überprüfen, förderliche Verhaltensweisen zu stärken, abträgliche zu modifizieren
- innerfamiliäre Konfliktstrukturen zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten
- innerfamiliäre Ressourcen zur Problembewältigung zu finden

Ziele für weitere Sozialsysteme

Gespräche mit pädagogischen Fachkräften aus Kindergärten und Schulen finden statt mit dem Ziel:

- Verständnis für die umfassende Problematik des Kindes mit ihren Auswirkungen im sozialen System zu entwickeln
- gemeinsam förderliche Bedingungen für die Entwicklung und Lernbereitschaft des Kindes zu erarbeiten
- gemeinsame pädagogische Ziele zu finden



DIE WIRKSAMKEIT VON BEWEGUNG

Die Bedeutung von Körpererfahrungen und Bewegung für die Hirnreifung, die Entwicklung der Motorik, der Kognition, der Kreativität und des Lernens im Kindes- und Jugendalter, aber auch für den Erhalt oder das Wiedergewinnen von körperlicher und psychischer Gesundheit hat in den letzten Jahren in Forschung und Therapie zunehmend an Stellenwert gewonnen.

Die Grundlagen der menschlichen Entwicklung und Handlungsfähigkeit sind Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen. Durch sie erhalten Kinder eine Vorstellung von der eigenen Körperlichkeit, der eigenen Person und von ihrer Umwelt. Die Ausdrucks- und Handlungsmöglichkeiten des eigenen Körpers werden von Geburt an erfahren, integriert und stetig erweitert und verbessert. Körper- und Bewegungserfahrungen führen zur Entwicklung des Körperkonzeptes und bewirken über das zunehmende Bewusstsein der eigenen Person die Reifung der Identität.

Bereits schon ab dem vorsprachlichen Entwicklungsalter ist Bewegung die erste wichtige Kommunikationsform von Kindern und somit ein hervorragendes Mittel, um mit ihnen in einen Dialog zu treten. Durch die Gestaltung von Bewegungssituationen kann ein leichter Zugang zum Kind gefunden und die Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm geschaffen werden.



Körpererfahrungen, Spiel- und Bewegungssituationen helfen Kindern, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, Affekte zu regulieren, Impulse zu steuern und Stress abzubauen.

Durch Bewegungsangebote wird das motorische Repertoire erweitert, eigene Stärken können erlebt und genutzt, eigene Grenzen erfahren und akzeptiert werden. Selbstbestimmte und daher dem jeweiligen Entwicklungsstand gemäße Bewe-

gungsthemen schaffen sowohl eine hohe Motivation als auch Freude und bewirken, dass Kinder ihre Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer auf ihr Tun und ihr selbstgestecktes Ziel fokussieren. Durch diese positiven motorischen, emotionalen und sozialen Erfahrungen kommt es zum Aufbau eines realistischen Selbstkonzeptes und zu dem psychisch stärkenden Erleben von Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit.



Die therapeutische Beziehung

Entwicklung und Wachstum sind gebunden an Begegnungen, Kontakte und Beziehungen. Die lebendige Beziehung zum Selbst und zum Anderen, die Beziehung zwischen Kind und TherapeutIn sind essentiell für das therapeutische Geschehen.

Die Beziehung in der Mototherapie ist sowohl eine begleitende als auch eine dialogische. Die TherapeutIn begleitet das Kind in seinem Prozess mit Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Sensibilität und spiegelt ihm seine Befindlichkeit und sein Handeln wider. Im Dialog mit dem Kind ist sie sein Gegenüber oder seine MitspielerIn. Der Dialog ist je nach Situation eher ein körperlicher oder eher ein verbaler.

Mit ihrem Körper gibt die Therapeutin dem Kind Halt und Sicherheit, solange es dieses braucht. Sie gibt ihm Nähe und Wärme, hilft ihm sich zu spüren und bietet Widerstand und Angriffspunkte für Auseinandersetzung oder Abgrenzung.

Im verbalen Dialog mit dem Kind spiegelt sie ihm sein Tun, hilft ihm, seine Bedürfnisse und Wünsche, seine Ängste, seine Wut und Trauer, seine Freude und Begeisterung auszudrücken und diese mit anderen zu kommunizieren.

Diese therapeutische Beziehung erfordert ein hohes Maß an



Sensibilität und Achtsamkeit dem Kind und sich selber gegenüber. Sie erfordert persönliche Reife und die Bereitschaft, im therapeutischen Prozess immer wieder auch sich selber und das eigene Handeln zu reflektieren.

Der psychomotorische Raum



Der psychomotorische Raum ist ein „entgrenzter“ Raum. Er ist nicht nur aufgrund seiner äußerlichen Größe weiträumig, in ihm sind die Kinder nicht eingeeignet von den vielen Reglements oder Notwendigkeiten, die sie aus ihrem Alltag

kennen. In diesem therapeutischen Raum gelten für die Zeit der Behandlungsstunden andere als die sonst üblichen „Gesetzmäßigkeiten“.

Zu diesen zählt ein vielfältiges und frei zugängliches Angebot an Geräten und psychomotorischen Materialien, welche die Kinder nach eigenen Bedürfnissen und Zielsetzungen nutzen können. Die Möglichkeit des individuellen Erlebens im Umgang mit Raum, Materialien und Geräten fördert die Neugierde, Kreativität, Motivation und Freude der Kinder.

Beim Erkunden des Raumes können sie unterschiedliche Möglichkeiten der Materialnutzung erfahren und eigene Ideen und Lösungsstrategien entwickeln.

Die Initiierung selbstbestimmter Prozesse ermöglicht den Kindern die Entwicklung von Selbstsicherheit und Vertrauen in das eigene Handeln, die notwendig für die Entwicklung eines realistischen Selbstbildes und von Handlungsfähigkeit sind. Gleichzeitig ist es den Kindern hier möglich, ihren Bedürfnissen nach motorischem oder emotionalem Selbstaussdruck Raum zu geben, eigene Grenzen zu entdecken, zu erleben, zu erweitern oder auch Raum zu begrenzen, um ihre eigene innere Struktur zu finden.

Die Gruppe



Die Therapiestunden finden in einer Klein- oder Kleinstgruppe statt, in der die Kinder genügend Schonraum, aber auch den notwendigen Realitätsbezug finden, um ihre sozialen Kompe-

tenzen weiterentwickeln und soziale Situationen angemessen bewältigen zu können.

Menschen entwickeln Selbstbewusstsein über den Kontakt und Austausch mit Anderen. Viele Kinder, die zur Mototherapie kommen, haben jedoch Schwierigkeiten im Kontakt- und Beziehungsverhalten. In den Behandlungsstunden erhalten sie von der TherapeutIn Unterstützung dabei, ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle wahrzunehmen und zu kommunizieren. Sie lernen, Kontakte zu knüpfen, Beziehungen aufzubauen und zu gestalten, Rücksicht zu nehmen, Mitgefühl zu empfinden und auszudrücken, mit Frustrationen umzugehen, sich abzugrenzen, eigene Standpunkte zu vertreten und Lösungsstrategien für Konfliktsituationen zu erarbeiten. Entscheidend ist aber auch, Solidarität zu spüren, dazuzugehören, miteinander Freude zu erleben oder endlich Mut zu fassen, weil es andere Kinder auch tun. Diese Erfahrungen kann nur eine Gruppe ermöglichen.

So werden durch die sozialen Erfahrungen innerhalb der Gruppe die Fremd- und Selbstwahrnehmung gefördert. Die Kinder lernen, ihr Verhalten zu reflektieren, Selbstverantwortung zu übernehmen, anderen Menschen mit Respekt und Anerkennung zu begegnen sowie mit Regeln und Grenzen umzugehen. Dies stabilisiert die Kinder in ihrer Persönlichkeit und unterstützt ihre Identitätsentwicklung.



Diagnostik soll dem besseren Verständnis des Kindes und seiner Interaktionen mit der Umwelt dienen. Sie erfüllt keinen Selbstzweck und darf nicht zu Festschreibungen führen.

Vielfältige diagnostische Instrumentarien dienen dazu, den Blick auf möglichst viele Persönlichkeitsanteile, Ausdrucks- und Verhaltensweisen des Kindes zu richten und tragen damit dem mehrdimensionalen therapeutischen Ansatz der Mototherapie Rechnung. Dabei sieht Diagnostik nicht nur die gestörten, sondern vor allem auch die gesunden Anteile und die Ressourcen eines Kindes.

Die Diagnose des zuweisenden Arztes, Psychiaters oder

Psychologen bildet einen ersten Anknüpfungspunkt. Beim Aufnahmegespräch mit den Eltern wird eine ausführliche Anamnese erhoben, die Aufschluss geben soll über den bisherigen Entwicklungsverlauf, die aktuelle Problemstellung, die Schwierigkeiten im Alltag des Kindes (Familie, Kindergarten, Schule) und über sein Spiel- und Lernverhalten sowie über seine sozialen Kontakte.

Zu Beginn der Behandlung findet eine erste förderdiagnostische Phase statt, in der mit Hilfe der freien Beobachtung Informationen gesammelt werden über:

- Wahrnehmung (taktil, kinästhetisch, vestibulär, visuell, auditiv)
- Motorik (Gesamtkörperkoordination, Feinmotorik)
- Sprache (expressive Sprache, Sprachverständnis)
- Emotionalität (Ausdruck, Stabilität, Ängste, Frustrationstoleranz, Aggressivität, Gehemmtsein)
- Sozialverhalten
- Art des Kontaktverhaltens, der Kommunikation und der Beziehungsfähigkeit
- Spielverhalten, Spielthemen

An diese förderdiagnostische Phase schließt sich eine funktionale Diagnostik an, die per Videoaufzeichnung dokumentiert und mit den Eltern besprochen wird. Dabei handelt es sich um ein Screeningverfahren, das zusammengestellt ist aus

einzelnen Items ärztlicher und entwicklungstherapeutischer Diagnostik sowie motodiagnostischer Verfahren. Es beinhaltet für folgende Bereiche Beobachtungs- und Bewertungsmöglichkeiten:

- Grob- und Feinmotorik
- Gesamtkörperkoordination
- Gleichgewichts-, Stell- und Haltereaktionen
- Tonusregulation
- Auge-Hand-Koordination, Bilateralintegration, Reflexintegration
- assoziierte Mitbewegungen bzw. tonische Reaktionen
- Lateralitätsentwicklung
- vestibuläre, taktil-kinästhetische, visuelle, auditive Wahrnehmung
- Körperschema

Bei der Auswertung der Diagnostik sind für die Beurteilung auch Fragen zum Umgang mit Leistungsanforderungen, zur Motivation, zum Aufgabenverständnis, zur Art und Dauer der Lösungsversuche und zu den Strategien oder Kompensationen, die das Kind bei Misserfolgen zeigt, von Bedeutung.

Je nach Notwendigkeit können weitere diagnostische Verfahren durchgeführt werden.

Erst die Zusammenschau aller Informationen erlaubt und

ermöglicht eine Hypothesenbildung über Ursachen, Auswirkungen und Zusammenhänge der Entwicklungsstörungen bzw. -blockaden eines Kindes und bestimmt das nachfolgende therapeutische Handeln.

Die bis zum Behandlungsende stattfindende Förderdiagnostik führt zu fortlaufender Hypothesenbildung und deren Überprüfung, wobei auch immer Informationen aus Gesprächen mit Eltern oder anderen Bezugspersonen des Kindes mit einfließen.



Der Therapieprozess gestaltet sich für jedes Kind – auch in der Gruppenbehandlung – ganz individuell je nach seinen Entwicklungsstörungen, seiner Lebensgeschichte, seinen Lebensumständen sowie seinen Ressourcen und Bedürfnissen.

Zu Beginn der Behandlung wird den Kindern ermöglicht, an ihren vertrauten Bewegungs- und Spielsituationen anzuknüpfen, um darüber Sicherheit zu gewinnen, den Raum und das Material zu erfahren und Kontakte zur Gruppe zu knüpfen. Gleichzeitig erfahren sie durch die TherapeutIn Akzeptanz und Verständnis ihrer Person, auch ihrer störenden oder ungeliebten Anteile und Verhaltensweisen. Dies ermöglicht ihnen, das Vertrauen und die Sicherheit zu finden, die sie brauchen, um sich ihren emotionalen Verletzungen, ihrer Wut und Trauer, ihren Frustrationen und Ängsten zu stellen, sie auszudrücken und zu bearbeiten. Da ungelöste emotionale Probleme meist die kindliche Entwicklung und den Zugang zu ihren Ressourcen und ihrem Potential behindern, muss deren Bearbeitung zunächst im Vordergrund der Behandlung stehen.

Nachfolgend sind die Kinder zunehmend bereit, sich mit vielfältigen motorischen Aufgaben zu konfrontieren und konfrontieren zu lassen, denen sie sich zuvor nicht gestellt haben. Sie experimentieren, üben und entwickeln ihre Fähigkeiten im Umgang mit ihrem eigenen Körper, mit Bewegungssituationen und Materialien. Sie fangen an, sich mit ihren Schwierigkeiten auseinander zu setzen und gelangen zu einer realen Einschätzung

ihrer Stärken und Schwächen und lernen zunehmend, diese anzunehmen und zu akzeptieren. Dies ist die Grundlage für den Aufbau eines angemessenen Selbstbildes und Selbstkonzeptes sowie eines tragfähigen Selbstbewusstseins.

Da die Kinder in dieser Phase zunehmend in der Lage sind, sich ihre Bedürfnisse nach befriedigenden Erfahrungen und Spielhandlungen selbst zu erfüllen, tritt die TherapeutIn mehr in den Hintergrund. Sie gibt den Kindern nur die Hilfestellungen, die sie wirklich brauchen, begleitet sie in den von ihnen initiierten Prozessen und ermuntert sie zu immer mehr Selbstverantwortung. Auch im sozialen Kontakt werden die Kinder weiter beim Aufbau vielfältiger Handlungsmöglichkeiten unterstützt, so dass sie befähigt werden, ihre sozialen Beziehungen befriedigender zu gestalten.

Wenn sich auf diese Weise eine Integration und Harmonisierung von Wahrnehmung, Bewegung, sozialem Verhalten und emotionaler Befindlichkeit entwickelt hat und sich diese Balance auch in seinem familiären und sozialen Umfeld wieder findet, kann das Kind aus der Therapie entlassen werden.



Elternberatung

Aufgrund ihrer ganzheitlichen Sichtweise bezieht MOTOtherapie immer auch die sozialen Systeme, in denen das Kind lebt, in ihr Handeln mit ein. Beratungen und Gespräche sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Sie finden in regelmäßigen Abständen statt.

Beratungsgespräche dienen der Transparenz der Therapieprozesse. Da Kinder sich während der Therapie verändern, ist es nötig, den Eltern diese Veränderungen verständlich werden zu lassen, damit den Kindern der Transfer neuer Verhaltensmöglichkeiten innerhalb der Familie erleichtert wird.

Häufig finden sich schon im Aufnahmegespräch erste Hinweise auf Verhaltensweisen des Kindes, die von den Eltern als problematisch empfunden werden und die Beziehung innerhalb der Familie beeinträchtigen.

Da Eltern oft das „Anderssein“ ihres Kindes nicht verstehen, wird es im Verlauf der Beratungstätigkeit darum gehen, ihnen die Problematik ihres Kindes aus unserer Sicht darzustellen. Anhand der auf Video aufgezeichneten Diagnostik und unserer Beobachtungen aus den Therapiestunden wird den Eltern verdeutlicht, auf welchem (senso-)motorischen und sozial-emotionalen Entwicklungsstand sich ihr Kind befindet. Zudem wird aufgezeigt, wie die Wahrnehmungs- und Bewegungsstö-

rungen ihres Kindes im Zusammenhang mit seinen Verhaltensweisen stehen und welche Auswirkungen sie im alltäglichen Leben haben können.

Dies ermöglicht den Eltern, ihr Kind aus einem anderen Blickwinkel wahrzunehmen und den Sinn seines Tuns besser zu verstehen.

Oft löst dieser Prozess bei den Eltern eine starke Betroffenheit und die Motivation aus, eigenes Verhalten zu überdenken und die Bereitschaft für Veränderung zu entwickeln.

Manchmal ist es für Eltern ein schmerzlicher Prozess, sich eigene Fehler einzugestehen und sich von dem imaginären Bild ihres Kindes zu verabschieden. Sie sehen, wo sie ihr Kind mit vermeintlicher Hilfe hemmen und müssen sich häufig mit eigenen Ängsten und Schuldgefühlen auseinandersetzen.

Wenn Eltern die Bereitschaft zeigen, sich mit persönlichen Problemen oder innerfamiliären Konflikten auseinanderzusetzen ist es wichtig, ihnen dieselbe akzeptierende Haltung gegenüber zu bringen wie den Kindern und ihnen einen vertrauensvollen Raum zu geben, in dem sie sich angenommen und in ihrem Bemühen gewürdigt fühlen können.

Es besteht auch die Möglichkeit gemeinsamer Gespräche mit Eltern und Kind.

Entsteht der Wunsch oder zeigt sich die Notwendigkeit nach intensiver psychotherapeutischer und familientherapeutischer Hilfestellung raten wir den Eltern, sich an entsprechende Einrichtungen und Therapeuten zu wenden.

Ebenso wichtig ist es, in den Gesprächen zu überprüfen, ob für das Kind zusätzliche Hilfemaßnahmen oder anschließende Therapien eingeleitet werden sollten.

Kooperationsgespräche

Da die Kinder, die zur Mototherapie kommen, oft auch in anderen sozialen Systemen wie Kindergarten oder Schule Auffälligkeiten zeigen, wird es oft nötig, mit ErzieherInnen und LehrerInnen zusammenzuarbeiten bzw. beratend tätig zu sein. Auch hier ist das Ziel, Art und Erscheinungsbild der Störungssymptomatik sowie deren Zusammenhang mit den emotionalen und sozialen Verhaltensweisen der Kinder zu verdeutlichen und entwicklungsfördernde Bedingungen und Lösungen für Konfliktsituationen zu erarbeiten. Gespräche mit anderen TherapeutInnen in Beratungs- und Frühförderstellen oder sonstigen Einrichtungen dienen der Abstimmung und Kooperation hinsichtlich einer gemeinsamen

Zielsetzung der jeweiligen therapeutischen Intervention, um so die Belastung des Kindes zu reduzieren und zeitliche und finanzielle Ressourcen einzusparen.



Mitarbeiter

Die mototherapeutische Behandlung wird ausschließlich von staatlich geprüften bzw. staatlich anerkannten Motopäden / Motopädinnen sowie Diplom-Motologen / Motologinnen durchgeführt.

Auf Grundlage ihrer grundständigen Ausbildungen in den Gebieten der Sportpädagogik, Sozialpädagogik oder Pädagogik haben sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen besonders in den Bereichen der Bewegungspädagogik und Bewegungstherapie sowie der Kommunikation und Beratung weiterqualifiziert.

Behandlungsräume

Die mototherapeutische Behandlung findet in unserem 100 qm großen Bewegungsraum im Gesundheitshaus sowie in Schulturnhallen statt.

Diese Räume sind mit entsprechenden psychomotorischen und therapeutischen Geräten und Materialien ausgestattet.

Kooperation und Vernetzung

Der Verein kooperiert mit verschiedenen Einrichtungen und Trägern hinsichtlich eines einzelfallbezogenen Austausches und der Abstimmung von Therapieprozessen sowie der Bereitstellung förderlicher Umwelt- und Lernbedingungen. Darüber hinaus findet ein kontinuierlicher fachlicher Austausch über

hinderliche bzw. förderliche Entwicklungsbedingungen für Kinder und Jugendliche sowie die Vermittlung der psychomotorischen Idee, ihrer Umsetzung und die Darstellung des mototherapeutischen Behandlungskonzeptes statt.

Einzelfallbezogene Kooperation findet statt mit:

- ÄrztInnen
- Beratungsstellen
- TherapeutInnen
- Kindertageseinrichtungen
- Schulen
- Kommunalem Sozialdienst

Übergreifende Kooperation findet statt mit:

- Gesundheitsamt
- Amt für Kinder, Jugendliche und Familien
- Kindertageseinrichtungen (Vorträge, Teamfortbildungen, Beratungen, Fallsupervisionen, Konzeptentwicklung, mototherapeutische Angebote in der Einrichtung)
- Grundschulen (Fortbildungen, mototherapeutische Angebote)



QUALIFIKATIONEN DES TEAMS

Die mototherapeutische Behandlung wird ausschließlich von staatlich geprüften/anerkannten MotopädInnen sowie Dipl. MotologInnen durchgeführt.

Die weiteren Qualifikationen der MitarbeiterInnen umfassen Pädagogik, Sportpädagogik, Heilpädagogik sowie psychologische und systemische Beratung.



DER VORSTAND

HAUPTVORSTAND

1. Vorsitzender (Geschäftsführer)
 2. Vorsitzender
- Kassenwart

ERWEITERTER VORSTAND

Der erweiterte Vorstand ist mit drei Personen aus den Fachgebieten Kinder- und Jugendmedizin, Pädagogik und Lehre besetzt.

Antonovsky, A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997

Aucouturier, B.: Der Ansatz Aucouturier – Handlungsfantasmen und psychomotorische Praxis. Proiecta verlag 2006

Axline, V.M.: Kinder-Spieltherapie. Ernst Reinhardt 10. Aufl. 2002

Ayres, J. Bausteine der kindlichen Entwicklung. Springer 3. Aufl. 1998

Balgo, R.: Bewegung und Wahrnehmung als System: Systemisch-Konstruktivistische Positionen in der Psychomotorik. Hofmann 1998

Bowlby, J.: Bindung. Ernst Reinhardt 2006

Brisch, K.-H.: Bindungsstörungen: von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta 8. Aufl. 2008

Dornes, M.: Der kompetente Säugling. Fischer 10. Aufl. 2001
ders.: Die frühe Kindheit. Fischer 3. Aufl. 1999
ders.: Die emotionale Welt des Kindes. Fischer 2001

Erikson, E.H.: Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp 11. Aufl. 1989

Esser, M.: Beweg-Gründe. Psychomotorik nach Bernard Aucouturier. Ernst Reinhardt 3. Aufl. 2000

Grawe, K.: Neuropsychotherapie. Hofgreffe-Verlag 2004

Hüther, Gerald: Einführung in die Neurobiologie. Vorlesung St. Gallen 2006
ders.: Erfahrungslernen, Persönlichkeitsentwicklung und Angstbewältigung. Vortrag Freiburg 2010

Kiphard, E.J.: Psychomotorische Entwicklungsförderung Bd. 1 (Motopädagogik) verlag modernes lernen 1979; Bd. 2 (Mototherapie – Teil 1) 1983; Bd. 3 (Mototherapie – Teil 2) 1983

Milz, Ingeborg: Neuropsychologie für Pädagogen. Borgmann 1999.

Roth, Gerhard: Fühlen, Denken, Handeln – wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Suhrkamp 2001

Satir, V.: Kommunikation. Selbstwert. Kongruenz: Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. Junfermann 2004

Schlippe, A. von: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Bd. I u. II. Vandenhoeck und Ruprecht 10. Aufl. 2007

Seewald, J.: Der Verstehende Ansatz in der Psychomotorik und Motologie. Ernst Reinhardt 2007

Spitzer, Manfred: Lernen – Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum 2002

Steinhausen, H.-C.: Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Kohlhammer 2001

Stern, D.N.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta 7. Aufl. 2000

Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschacher, W.: Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Huber 2008

Welter-Enderlin, R./ Hildenbrand, B. (Hg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006



IMPRESSUM

2. Auflage August 2014

Herausgeber:
Verein für Mototherapie
und Psychomotorische Entwicklungsförderung e. V.

Geschäftsstelle Münster
Gasselstiege 13
48159 Münster
Tel. 0251.295640
Fax 0251.2704907

Zweigstelle im Kreis Warendorf
Oststr. 39
48231 Warendorf
Tel. 02581.782778
Fax 02581.927708

info@mototherapie-muenster.de
www.mototherapie-muenster.de

Texte:
Das Team des Vereins für Mototherapie und
Psychomotorische Entwicklungsförderung e. V.

Gestaltung:
Julia Jeschke, Büro für Design
www.jujedesign.de

Fotos:
Verein für Mototherapie und Psychomotorische
Entwicklungsförderung e. V.

Alle Rechte vorbehalten. Copyright beim Verein für Mototherapie und Psychomotorische Entwicklungsförderung e. V., bei den Autoren. Verwendung der Texte (auch Auszüge) und Bilder nur nach vorheriger Genehmigung.



Verein für Mototherapie
und Psychomotorische
Entwicklungsförderung e.V.

Geschäftsstelle
Münster
Gasselstiege 13
48159 Münster
Tel. 0251.295640
Fax 0251.2704907

Zweigstelle
im Kreis Warendorf
Oststr. 39
48231 Warendorf
Tel. 02581.782778
Fax 02581.927708

info@mototherapie-muenster.de
www.mototherapie-muenster.de