

G. Hölter

Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen

Grundlagen und Anwendung



Deutscher
Ärzte-Verlag

G. Hölter

Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen

G. Hölter

Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen

Grundlagen und Anwendung

Unter Mitarbeit von A. Degener, H. Deimel, H. Schwiertz
und M. Welsche

Mit 131 Abbildungen und 118 Tabellen

Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Univ.-Prof. Dr. Gerd Hölter
Fakultät für
Rehabilitationswissenschaften
der Universität Dortmund
Bewegungserziehung und
Bewegungstherapie
Emil-Figge-Straße 11
44221 Dortmund

eISBN 978-3-7691-3714-9

aerzteverlag.de

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können.

Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfassern und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden.

Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Verfasser und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2011 by
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlagkonzeption: Hans Peter Willberg und Ursula Steinhoff

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram

Manuskriptbearbeitung: Dr. Doortje Cramer-Scharnagl

Titelgrafik: Bettina Beatrice Kulbe

Titelfoto: Dipl.-Med. Ursula Recknagel

Autorenfoto: Jürgen Huhn, TU Dortmund

Zu den Abbildungen im Buch:
Trotz größter Sorgfalt konnten die
Urheber nicht in allen Fällen
ermittelt werden. Es wird gegebenenfalls
um Mitteilung gebeten.

Satz: Plaumann, 47807 Krefeld
Druck/Bindung: Kösel, 87452 Altusried-Krugzell

5 4 3 2 1 0 / 614

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Gerd Hölter
TU Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Bewegungserziehung und -therapie
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund
gerd.hoelter@tu-dortmund.de

Unter Mitwirkung von

Dr. Hubertus Deimel
Institut für Bewegungstherapie und
bewegungsorientierte Prävention und
Rehabilitation
Deutsche Sporthochschule Köln
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
deimel@dshs-koeln.de

Dipl.-Sportwiss. Annette Degener
TU Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Bewegungserziehung und -therapie
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund
annette.degener@tu-dortmund.de

Dipl. Reha.-Päd. Heike Schwiertz
LWL Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Abt. Bewegungs- und Tanztherapie
Alexandrinenstr. 1–3
44791 Bochum
heike.schwiertz@tu-dortmund.de

Prof. Dr. Mone Welsche
KH Freiburg
Karlstr. 63
79104 Freiburg
mone.welsche@KH-freiburg.de

Vorwort

Im Zeitalter moderner Informationstechnologien mit Internet, Online-Fachjournalen und blitzschneller, weltumfassender Kommunikation stellt sich die Frage, ob es nicht hoffnungslos veraltet ist, Erfahrung und Wissen heutzutage noch durch Bücher – mit z.T. mehrjährigen Entstehungs- und Bearbeitungsprozessen – weiterzugeben.

Denn seit Diderot, der noch im 18. Jahrhundert mit seiner Enzyklopädie versucht hat, das damals bekannte Wissen zusammenfassend darzustellen, gleicht heute jedes Fachbuch eher einem Lückentext: Von den weltweit vorhandenen Informationen zu einer Sache können höchstens einige Aspekte näher dargestellt und kommentiert werden.

Viele vielleicht ebenfalls relevante Gesichtspunkte bleiben dabei eher im Hintergrund oder auch ganz im Verborgenen – sei es aus schlichter Unkenntnis oder aus der fehlenden Fähigkeit zu viele unterschiedliche Aspekte zusammenzubringen.

Jedes Fachbuch stellt daher immer eine subjektive Auswahl dar, die u.a. mit individuellen Sichtweisen und Bewertungen, Ausbildungsprofilen sowie mit z.T. zufälligen Fachkontakten zu tun hat.

Bei dem vorliegenden Buch ist das nicht anders: Über mehrere Jahre hinweg ist in einem intensiven Fachdialog mit Kollegen, Mitarbeiterinnen und Studierenden ein Text entstanden, der viele Lücken enthält: So wurden in der Zwischenzeit z.B. die Modellvorstellungen zum Zusammenhang von Körper, Leib und psychischer Erkrankung aus phänomenologischer Sicht von dem Heidelberger Psychiater T. Fuchs neu reflektiert. Auch in Psychologie und Psychotherapie

sind mit der Neurobiologie und mit Konzepten wie **Embodiment** und **Mentalisierung** neue Sichtweisen auf das Verhältnis von Leiblichkeit und Emotionen entstanden, die zurzeit eine große Aufmerksamkeit erfahren.

Obwohl wir uns der Lücken bewusst sind, haben wir dennoch die Herausgabe des vorliegenden Buches gewagt. Dies hat auch einen berufspolitischen Grund, denn in den letzten Jahren hat bei einer zunehmenden Popularität von leib- und bewegungsbezogenen Ansätzen in der Therapie eine so große Zersplitterung und Konfusion verschiedener theoretischer Begründungsstränge, Verfahren, und Methoden stattgefunden, die es heutzutage schwierig macht, die Bewegungstherapie als ein klinisches Behandlungsverfahren wahrzunehmen und einheitlich zu vermitteln.

Eine wichtige Voraussetzung für einen fachlichen Dialog und eine nachhaltige institutionelle Verankerung der Bewegungstherapie im Gesundheitswesen ist es daher u.E., die wissenschaftshistorischen Hintergründe und Quellen dieser Therapieform deutlich zu machen und verstärkt nach einer empirischen Fundierung zu suchen.

Dies versuchen wir auf der Basis eines fachlichen Hintergrunds, in dem wir als AutorInnen sozialisiert und ausgebildet worden sind und klinisch gearbeitet haben: der Leibeserziehung und dem Sport.

Darüber hinaus haben die meisten AutorInnen neben der sportbezogenen und bewegungstherapeutischen fachlichen Ausbildung zusätzlich eine psychotherapeutische Weiterbildung erfahren, sodass in manchen Beispielen und Kommentaren die Grenzen

zwischen einer bewegungstherapeutischen Intervention im engeren Sinn und psychotherapeutisch orientierten Interventionsvorschlägen verschwimmen. Diese Unschärfe ist nicht unbedingt gewollt, sie entspricht aber den realen therapeutischen Notwendigkeiten, da Patienten i.d.R. in ihrem Verhalten keine Rücksicht auf Fachgrenzen wissenschaftlicher Disziplinen und Reservate therapeutischer Verfahren nehmen.

In der Bezeichnung der agierenden Personen – sowohl auf Therapeuten- als auch auf Patientenseite – waren wir uns unschlüssig, und letztlich gehen wir in dem Text uneinheitlich vor. Es ist offensichtlich, dass in Bezug auf das Geschlecht in Deutschland in der Praxis der Bewegungstherapie mehr als 80% Frauen tätig sind, also Bewegungstherapeutinnen. Dem versuchen wir insofern gerecht zu werden, als wir beide Geschlechtsbezeichnungen – wenn auch unsystematisch – verwenden. In Bezug auf die Adressaten sprechen wir meistens von Patienten und nicht von Klienten. Hierzu gibt es z.T. eine Kontroverse – v.a. in der Psychotherapie –, die wir hier nicht weiter vertiefen wollen. Da der Schwerpunkt dieses Buches klinisch ist, richtet es sich weniger auf bewegungstherapeutische Interventionen für sog. normale Neurotiker, sondern wir orientieren uns größtenteils an der im klinischen Bereich üblichen Bezeichnung Patient bzw. Patientin.

Das vorliegende Werk ist weitgehend „dialogisch“ entstanden, mit allen Mühen und Zeitverzögerungen, die Dialoge und Konsensfindung nun einmal mit sich bringen. Der Kerndialog hat über viele Jahre zwischen H. Deimel und G. Hölter stattgefunden, die jeweils in ähnlichen universitären Ausbildungsgängen für die Aus- und Weiterbildung von Bewegungstherapeutinnen verantwortlich waren und sind. Zu einem Zeitpunkt, an dem wir merkten, dass unsere in-

haltlichen Ansprüche doch größer waren als die real einlösbaren Ergebnisse, konnten wir mit A. Degener, H. Schwiertz und M. Welsche ehemalige Studierende mit mittlerweile großer Theorie- und Praxiserfahrung gewinnen, sich an dem Projekt zu beteiligen. Zusätzlich gab es immer wieder Studierende, die sich für Teilaspekte interessierten und sie in Diplomarbeiten bearbeitet haben. Hierzu seien stellvertretend S. Brinkmann, J. Sandkühler und O. Thomassin genannt.

Ein wertvolles Korrektiv aus der Praxis der Bewegungstherapie in der Psychiatrie waren die erfahrenen Kollegen und Kolleginnen M. Brand aus Herne, D. Beckmann-Neuhaus aus Münster, E. Lenzen aus Andernach, A. Schieren aus St. Nom/Frankreich und A. Stammer aus Weinsberg, die Textentwürfe gelesen und Gegenvorschläge entwickelt haben.

Neben der inhaltlichen hat jedes Projekt auch eine technische Seite, die allerdings auch ein großes inhaltliches Verständnis erfordert. In dieser Hinsicht waren die Koordinations- und Schreiarbeiten von S. Weiss unersetzbar. Wer weiß, ob wir nicht ohne sie jetzt noch nach dem Verbleib verschiedener Anmerkungen, Korrekturen und Literaturverweise suchen würden. Außerdem sei M. Crede, S. Schmidt und D. Schneider für ihre Mithilfe bei der Literaturrecherche und -zusammenstellung sowie bei der Vorbereitung der Grafiken gedankt.

Frau Bertram als stetig verfügbare Ansprechpartnerin sowie Frau Blechschmidt und Frau Cramer-Scharnagl als sorgfältige und kompetente Bearbeiterinnen haben seitens des Verlags die allmähliche Entstehung des Buches begleitet und hervorragend betreut. Hierfür ebenfalls vielen Dank!

Dortmund, im April 2011
Gerd Hölter

Abkürzungsverzeichnis

ACL	Adjective Check List
ADAS	Alzheimer's Disease Assessment Scale
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ADS 6	Amsterdam Dementia Screening Test 6
AKT	Alters-Konzentrations-Test
ALAT	Alaninaminotransferase
ANIS	Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung
APA	American Psychiatric Association
ASAT	Aspartataminotransferase
ASHA FACS	Functional Assessment of Communication Skills for Adults
ATPD-Skalen	„Attitudes Toward Physical Activity-ATPA“-Skala von Singer et al.
BAI	Beck's Anxiety Inventory
BARS	Body Awareness Rating Scale
BAST	BewegungsAnalyse Skalen & Test
BAT	Bilder-Angst-Test, auch: Body Attitude Test
BBS	Basler Befindlichkeitsskalen, auch: Berg Balance Scale
BCRS	Brief Cognitive Rating Scale
BCS	Body Cathexis Scale
BDA	Basler Drogen- und Alkoholfragebogen
BDI	Beck's Depression Inventory
BDQ	Body Distortion Questionnaire
BEB	Beschwerden-Erfassungsbogen
BED	Binge-eating-Störung
BFS	Befindlichkeitsskalen
BKT-Kur	Bewegungskoordinationstest-Kur
BL	Beschwerdeliste
BMI	Body Mass Index
BOP	Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (Evaluationsskala für ältere Patienten)
BPI	Body Perception Indices
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung, auch: Beurteilungsbogen der Pflegebedürftigkeit von Senioren
BPSS	Body Parts Satisfaction Scale
BSL-95	Borderline Symptom List-95
BT	Bewegungstherapie
CAMDEX	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly

CAREx	Calming and relaxing exercises
CBT	Kognitive Verhaltenstherapie, kognitiv-behaviorale Therapie
CDR	Klinische Demenz-Ratingskala (Clinical Dementia Rating Scale)
CES-D	Centre for Epidemiological Studies Depression Scale
CGI	Clinical Global Impressions
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIRS-G	Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics
CMA	Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke
CMV	Checklist motorischer Verhaltensweisen
CogPack	Computergestütztes kognitives Trainingsprogramm
COOP	Chart of physical fitness
CPRS	Comprehensive Psychopathological Rating Scale
CSDD	Cornell Depression Scale for Depression in Dementia
DAKBT	Deutschen Arbeitskreises Konzentrierte Bewegungstherapie
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DFBT	Dortmunder Fragebogen Bewegungstherapie
DGE	Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGT	Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie
DIAS	Diagnostisches Inventar auditiver Alltagssituationen
DIB-R	Diagnostisches Interview für Borderline-Patienten, revidierte Fassung
DIKJ	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche
DIN	Deutsche Industrienorm
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DITKA	Diagnostisches Inventar taktil-kinästhetischer Alltagshandlungen
DKB-35	Dresdner Körperbildfragebogen-35
DMAS	Dementia Mood Assessment Scale
DMB	Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen
DOM	2,5-Dimethoxy-4-methylamphetamin
DRS	Delir Rating-Skala
DS	Depressions-Skala
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTVP-2	Developmental Test of Visual Perception, 2nd edition
DTVP-A	Developmental Test of Visual Perception – Adolescent and Adult
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie
DVS	Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft
EAT	Eating Attitude Test
EbHC	Evidenced-based Health Care
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EbP	Evidenzbasierte Praxis
EDE(-Q)	Eating Disorder Examination(-Questionnaire)
EDI(-2)	Eating Disorder Inventory(-2)
EDNOS	Eating disorder not otherwise specified
EKT	Elektrokrampftherapie
EMA	Ecological Momentary Assessment

EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMI-B	Emotionalitätsinventar
EN	Europäische Norm
EPQ	Eysenck Personality Questionnaire
ESM	Experience Sampling Methodology
ET 6-6	Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre
EWL-60	Eigenschaftswörterliste 60
EZ-Skala	Eigenzustandsskala
FAF	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
FAST	Functional Assessment Staging (Funktionelle Einstufungsskala)
FAW	Fragebogen zum aktuellen körperlichen Wohlbefinden
FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen für Eltern und Erzieher bzw. Lehrer
FBek	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers
FBT	Koordinationstestverfahren: Fitness-Basis-Test
FDS	Fragebogen für dissoziative Symptome
FEV	Fragebogen zum Essverhalten
FEW	Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung
FIT	Functional Incidental Training
FKB-20	Fragebogen Körperbild
FKE	Fragebogen zum Körpererleben
FKKS	Frankfurter Körperkonzeptskalen
FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar
FRT	Functional Reach Test
FSKN	Frankfurter Selbstkonzeptskalen
FTM	Frostigs Test der motorischen Entwicklung
FTT	Finger Tapping Test
GAS	Global Assessment Scale
GBS	Gottfries Brane Steen Skala
GDS	Geriatric Depression Scale
GDS	Global Deterioration Scale
GEI	Group Experience Inventory
GGT	Gamma-glutamyltransferase
GHQ	General Health Questionnaire
GMT	Graphomotorische Testbatterie
GT	Gießen-Test
HAKEMP	Handlungskontrollfragebogen
HAM-D	Hamilton Rating Scale for Depression
HamMotScreen	Hammer Motorik-Screening für Vorschulkinder
HAS	Hamilton Anxiety Scale
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HDT	Hand-Dominanz-Test
HHN-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
HMKTK	Hamm-Marburger Körperkoordinationstest für Kinder
HOM	Handlungs-/Lageorientierung nach Misserfolg
HOP	Handlungs-/Lageorientierung bei der prospektiven Handlungsplanung

HPV	Heilpädagogisches Voltigieren
HSRS	Health Sickness Rating Scale
IBT	Integrative Bewegungstherapie
ICD	International Classification of Diseases
ICDL	Internationale Diagnosen-Checkliste
ICF	International Classification of Functioning
IFAPA	International Federation Adapted Physical Activity
IPC	Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen
IPDE	International Personality Disorder Examination
IPFT	Illinois Standard Test for Physical Fitness
IPT	Interpersonellen Therapie
ISD	Inventar depressiver Symptome
ISO-Norm	Internationale Organisation für Normung
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
KG	Kontrollgruppe
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KKG	Kontrollüberzeugung zu Gesundheit und Krankheit
KLC	Fragebogen Körperbezogener Locus of Control
KMP	Kestenber Movement Profile
KST	Körperbildskulpturtest
KT	Körpertherapie
KTG	Kunsttherapie in der Gruppe
KTK	Körperkoordinationstest für Kinder
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KUSTA	Kurz-Skala Stimmung/Aktivierung
KZT-BN	Körperzentrierte Therapie für Frauen mit Bulimia nervosa
LAFT	Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test
LDT	Leistungs-Dominanz-Test
LMA	Laban Movement Analysis
LOS	Lincoln-Oseretzky-Skala
LOVIPT	Löwener Beobachtungsskalen für den Gebrauch in der psychomotorischen Therapie
LPRS	London Psychogeriatric Rating Scale
LSD	Lyergsäurediethylamid
MAAS	Mindful Awareness Attention Scale
M-ABC	Movement Assessment Battery for Children
MALT	Münchener Alkoholismus-Test
MAOI	Monoaminoxidasehemmer
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
MCI	Mild cognitive impairment
MCV	Mikrokorpuskuäres Erythrozytenvolumen
MDA	Methylendioxyamphetamin
MDBF	Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen
MDCL	Münchener Diagnose-Checklisten
MDMA	3,4-Methylendioxyd-N-methylamphetamin

MDS	Movement Diagnostic Scale
MHI	Mental Health Inventory
MKT	Metakognitives Training
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MMSE	Mini-Mental State Examination
MMST	Mini-Mental-Status-Test
MNA	Mini Nutritional Assessment
MOT 4-6	Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder
MPT-E	Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest für Erwachsene
MRS	Structural magnetic resonance imaging
MZT	Mann-Zeichen-Test
NAI	Nürnberger-Alters-Inventar
NINCDS-ARDRA	National Institute of Neurological und Communicative Disorders and Stroke, Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NITE-AD	Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease
NNBE	Nicht näher bezeichneten Essstörungen
NOSIE	Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation
OEQ	Obligatory Exercise Questionnaire
OPD	Operationalisierte Psychodynamischen Diagnostik
OPD-E	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Erwachsene
OPD-KJ	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für das Kindes- und Jugendalter
OSAI	Observational Sleep Assessment Instrument
PCP	Phencyclidin
PDCA	„Plan, do, check, act“
PEI	Pfaffenberger Exercise Interview
PKT	Punktiertest für Kinder
POMS	Profile of Mood States
PPT	Physical Performance Test
PR	Performance rate
PREDI	Psychosoziale Ressourcenorientierte Diagnostik
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PV	Prompted voiding
PWC	Physical Working Capacity
RDAD	Reducing Disability in Alzheimer's Disease
REPDS	Revised Elderly Persons Disability Scale
ROM	Range of motion
ROS	Motometrische Rostock-Oseretzky-Skala
RTC	Randomized controlled trial
RZI	Raum-Zeit-Inventar
SAD	Saisonal abhängige Depression
SAS	Self-Assessment Scales
SAS	Self-rating Anxiety Scale
SBB-HKS	Selbstbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen
SCAG	Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale
SCI	Southern California Sensory Integration Test

SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders
SCL-90	Symptom Checklist-90
SDSS	Substance Dependence Severity Scale
SESA	Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung
SF-12 (SF-36)	Short Form 12 (36) Health Survey
SIAB/SIAB-SE	Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen
SIDAM	Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R Version 2.0
SKT	Syndrom-Kurztest (Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen)
SOC	Sense of coherence
SPAIK	Sozialphobie und -angstinventar für Kinder
SPS-J	Screening psychischer Störungen im Jugendalter
SRT	Symptom Rating Test
SSRI	Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
STAI	State-Trait-Angstinventar
STAI-X2	State-Trait-Angstinventar
STS	Sit-to-Stand-Test
TAI	Alkoholismusinventar
TAU	Treatment as usual
TCP	Tenocyclidin
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
TFP	Übertragungsfokussierte analytische Psychotherapie
TGUG	Timed Get-Up and Go Test
THC	Tetrahydrocannabinol
THOP	Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten
TKL	Test körperliche Leistungsfähigkeit
TKT	Trampolinkoordinationstest
TMT	Trail Making Test
TSCS	Tennessee Self-Concept Scale
TUG	Timed Up and Go Test
TÜKI	Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder
UFR	Unsicherheitsfragebogen
VAS	Visuelle Analogskalen
VG	Versuchsgruppe
VO ₂ max	Maximale Sauerstoffaufnahme
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale
WET	Wiener Entwicklungstest
WHO	World Health Organization
WKV	Adjektivliste zur Erfassung der wahrgenommenen körperlichen Verfassung
ZVT	Zahlen-Verbindungs-Test

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Körper, Leib und Bewegung – begriffliche und inhaltliche Annäherungen	5
<i>G. Hölter</i>	
1.1 Der Körper als Materie und gelebter Leib – 6	
1.2 Körper und Bewegung als therapeutisches Medium in Medizin und Psychotherapie – 12	
1.3 Phänomenologisch-anthropologische Sicht der Bewegung – 18	
1.4 Körper, Leib und Bewegung in der Sport- und Bewegungswissenschaft – 25	
1.5 Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 44	
2 Psychische Gesundheit und Bewegung	47
<i>G. Hölter</i>	
2.1 Indikatoren, Dimensionen und Modelle der psychischen Gesundheit – 47	
2.2 Empirische Befunde zum Zusammenhang von Bewegung und psychischer Gesundheit – 59	
2.3 Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 68	
3 Konturen der klinischen Bewegungstherapie	71
<i>G. Hölter</i>	
3.1 Definition – 72	
3.1.1 Leiblichkeit und Bewegung – 72	
3.1.2 Interdisziplinarität – 75	
3.1.3 Klinische Bewegungstherapie als Teil des Gesundheitssystems – 78	
3.2 Diagnostik – 78	
3.2.1 Funktionen und Dimensionen der Diagnostik – 81	
3.2.2 Bewegungstherapeutische Diagnostik im Überblick – 88	
3.3 Ziele – 95	
3.3.1 Herkunft und Bestimmung von Zielen – 95	
3.3.2 Beschreibung und Ordnung von Zielen – 98	
3.4 Inhalte und Themen – 103	
3.4.1 Ordnung von Inhalten – 104	
3.4.2 Bewegungstherapeutische Themen – 107	
3.5 Methoden – 118	
3.5.1 Verfahren, Methoden und Techniken – 118	
3.5.2 Autonome und therapeutische Methodik – 120	
3.5.3 Unspezifische Wirkfaktoren als methodische Leitidee – 126	
3.5.4 Exkurs: Methoden und Techniken in der Tanztherapie – 130	
3.5.5 Modell einer Methodik der klinischen Bewegungstherapie – 131	

3.6	Qualitätsmanagement und Evaluation – 134	
3.6.1	Dimensionen und Ablauf des Qualitätsmanagements – 135	
3.6.2	Evaluation – 140	
3.6.3	Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Praxis (EbP) – 143	
3.6.4	Zukünftige Wege der Evaluation in der Bewegungstherapie – 147	
3.7	Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 152	
4	Störungs- und altersorientierte Behandlungsansätze in der klinischen Bewegungstherapie	155
4.1	Affektive Störungen – 156 <i>Gerd Hölter, Hubertus Deimel</i>	
4.1.1	Einstimmung – 156	
4.1.2	Klinische Informationen – 161	
4.1.3	Bewegungstherapie und affektive Störungen – 168	
4.1.4	Störungsorientierte Hinweise – 179	
4.1.5	Anwendungsbeispiele – 201	
4.1.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 210	
4.2	Schizophrene Störungen – 211 <i>Hubertus Deimel, Gerd Hölter</i>	
4.2.1	Einstimmung – 213	
4.2.2	Klinische Informationen – 219	
4.2.3	Bewegungstherapie und schizophrene Erkrankungen – 234	
4.2.4	Störungsorientierte Hinweise – 263	
4.2.5	Anwendungsbeispiele – 279	
4.2.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 286	
4.3	Persönlichkeitsstörungen – Borderline-Persönlichkeitsstörungen – 287 <i>Annette Degener</i>	
4.3.1	Einstimmung – 288	
4.3.2	Klinische Informationen – 291	
4.3.3	Bewegungstherapie und Borderline-Persönlichkeitstörungen – 308	
4.3.4	Störungsorientierte Hinweise – 310	
4.3.5	Anwendungsbeispiele – 323	
4.3.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 328	
4.4	Essstörungen – 329 <i>Heike Schwiertz</i>	
4.4.1	Einstimmung – 329	
4.4.2	Klinische Informationen – 332	
4.4.3	Bewegungstherapie und Essstörungen – 346	
4.4.4	Störungsorientierte Hinweise – 358	
4.4.5	Anwendungsbeispiele – 372	
4.4.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur – 375	
4.5	Abhängigkeitserkrankungen – 376 <i>Hubertus Deimel</i>	
4.5.1	Einstimmung – 379	
4.5.2	Klinische Informationen – 384	
4.5.3	Bewegungstherapie und Abhängigkeitserkrankungen – 410	

4.5.4	Störungsorientierte Hinweise –	421
4.5.5	Anwendungsbeispiele –	440
4.5.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur –	446
4.6	Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter –	448
	<i>Mone Welsche</i>	
4.6.1	Einstimmung –	448
4.6.2	Klinische Informationen –	451
4.6.3	Bewegungstherapie und psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter –	485
4.6.4	Alters- und störungsorientierte Hinweise –	493
4.6.5	Anwendungsbeispiele –	518
4.6.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur –	525
4.7	Psychische Erkrankungen bei alten Menschen –	526
	<i>Heike Schwiertz</i>	
4.7.1	Einstimmung –	527
4.7.2	Klinische Informationen –	529
4.7.3	Bewegungstherapie bei alten Menschen mit psychischen Erkrankungen –	547
4.7.4	Altersorientierte Hinweise –	560
4.7.5	Anwendungsbeispiele –	572
4.7.6	Zusammenfassung und weiterführende Literatur –	575
5	Resümee und Empfehlungen	577
	Literatur	583
	Stichwortverzeichnis	621

Einleitung

Die Vielfalt unterschiedlicher Zugänge, die Leiblichkeit und Bewegung des Menschen als therapeutisches Medium nutzen, ist fast unüberschaubar. Die hierfür in Deutschland gebräuchlichen Bezeichnungen, welche jeweils eine größere Anzahl einzelner Verfahren bündeln, sind

- ▲ die Physiotherapie,
- ▲ die Sport- und Bewegungstherapie und
- ▲ die Körperpsychotherapie.

Sie sind von ihrer Geschichte, ihrem theoretischen Hintergrund, ihren Zielen und in ihrer Vorgehensweise unterschiedlich, dennoch ist allen Verfahren der Bezug auf den Leib und die Bewegung gemeinsam.

Höll/Meyer [1992] zählten schon vor über 15 Jahren ca. 240 unterschiedliche bewegungs- und körperorientierte Therapieverfahren. Heute sind es wahrscheinlich noch mehr, da sich häufig jede methodische Variante als eigenes Verfahren mit eigenem Gebrauchsmusterschutz etabliert (zur terminologischen Unterscheidung von Verfahren, Methoden und Techniken vgl. Kapitel 3.2.4). Für Fachleute und Laien wird es daher immer schwieriger, die heute mittlerweile weit über 200 Verfahren und ihre Varianten einzuordnen. Dennoch hat es in der Vergangenheit immer wieder solche Ordnungsversuche gegeben: So schlug Petzold [1985] die Unterscheidung in „übungs-, erlebnis-, konfliktzentrierte und multimodale bzw. integrative Verfahren“ vor, Becker [1981] nahm eine Zuordnung der Methoden nach „Schwerpunkten in der Intervention“ vor, Hölter [1993] verortete die in der Klinik gebräuchlichen Verfahren auf einem „Kontinuum zwischen der Beeinflus-

sung der Physis und Psyche“, und Geuter wies auf eine Unterscheidung nach den zugrunde liegenden Körperbildern wie z.B. dem „expressiv-energetischen, dem sich bewegenden-erkundenden und dem des berührten, dialogischen Körpers“ hin [1996, 100].

Solche Ordnungsversuche sind jedoch aus unterschiedlichen Gründen unbefriedigend geblieben. Einer der Gründe ist, dass die einzelnen Verfahren in ihren theoretischen Begründungen, ihren Handlungsanleitungen und Ausbildungskonzepten eher ausgrenzend sind und selten Gemeinsamkeiten mit ähnlichen Vorgehensweisen suchen. Dies ist bei einer häufig ähnlichen Entstehungsgeschichte und meistens identischen Zielen schwer verständlich und mag z.T. mit der Selbstbehauptung auf dem Therapie- und Ausbildungsmarkt zusammenhängen. Die kaum zu überblickende Vielfalt erschwert jedoch insgesamt die Anerkennung und Etablierung der Bewegungstherapie als ein eigenständiges klinisches Verfahren.

Bei einer ersten oberflächlichen Unterscheidung werden bei den vom Sport und der Medizin inspirierten Methoden wie der Physio-, der Sport- und der Bewegungstherapie vornehmlich Aspekte wie das Erlernen neuer Bewegungen sowie das regelmäßige Üben und Trainieren betont. Des Weiteren wird auf die allgemeine Bedeutung für den Erhalt der Gesundheit, die Funktion in der (physischen) Rehabilitation sowie in der Freizeitgestaltung verwiesen. In den sog. Körperpsychotherapien spielt hingegen v.a. die Interpretation des Körperausdrucks und ihre Verbindung mit psychotherapeutischen Konzepten eine große Rolle, während der

Aneignung von körper- und bewegungsbezogenen Kompetenzen ein geringerer Stellenwert eingeräumt wird.

Für die meisten körper- und bewegungsorientierten therapeutischen Verfahren besteht allgemein – ähnlich wie bei den psychotherapeutischen Verfahren auch – eine große Diskrepanz zwischen ihren theoretischen Modellen und den empirisch tatsächlich messbaren Ergebnissen. In diesem Zusammenhang wird in der Psychotherapieforschung gern auf den sog. *Dodo-Bird-Effect* aus Lewis Carrolls Buch *Alice im Wunderland* verwiesen: „Alle haben Recht und verdienen Preise“ [u.a. Rosenzweig 1936; Orlinsky/Howard 1986; Wampold 2001]. Dies lässt sich auf die insgesamt spärliche Evaluationsforschung in der Bewegungstherapie übertragen. In Bezug auf die Wirksamkeit von Psychotherapie ist als Ergebnis zahlreicher Metaanalysen deutlich geworden, dass es gemeinsam wirkende Elemente zu geben scheint, die über die Spezifik der jeweiligen theoretischen Modellvorstellungen und ihre praktischen Anwendungen hinausgehen. Dies bestätigen die (wenigen) Metaanalysen bzw. langfristig angelegten katamnestic Studien, in denen sowohl unterschiedliche körperpsychotherapeutische Verfahren wie z.B. die Biodynamik oder Hakomi ähnlich wirken, als auch unterschiedliche sport- und bewegungsorientierte Vorgehensweisen [u.a. Erkelens/Golz 1998; Koemeda-Lutz et al. 2006; Heimbeck 2008].

Grawe zieht aus solchen Ergebnissen für die Psychotherapie die Schlussfolgerung, dass es eine allgemeine Psychotherapie geben müsse, die gemeinsamen Grundsätzen folgen sollte. Wir vermuten, dass es sich für körper- und bewegungsbezogene Interventionen ähnlich verhält: Jenseits der „Sprachspiele“ und methodischer Varianten einzelner Verfahren lassen sich wahrscheinlich elementare Gemeinsamkeiten finden, die letztlich die Besonderheit und Wirksamkeit dieses therapeutischen Zugangs ausmachen.

Auf der Suche nach dem Gemeinsamen erscheint es zunächst notwendig, sich erneut dem eigentlichen Gegenstand zuzuwenden: Was meinen wir, wenn es um Leib, Körper, Bewegung oder Sport geht? In einer Wortkombination mit Therapie werden all diese Begriffe zur Bezeichnung klinischer Interventionen verwendet, aber häufig ohne die damit verbundenen ideengeschichtlichen oder begrifflichen Assoziationen genauer zu erläutern. Hiermit beschäftigen wir uns vorwiegend im **1. Kapitel** dieses Buches. Es wird zwar nicht um eine ausführliche Auseinandersetzung mit den wesentlichen Grundbegriffen oder um ihre vergleichende Interpretation aus der Sicht unterschiedlicher bewegungstherapeutischer Verfahren gehen können, wohl aber um Annäherungen an die Begrifflichkeit aus der Perspektive unterschiedlicher Fachdisziplinen. Wir versuchen hier den heutigen Diskussionsstand so kompakt wie möglich zusammenzufassen und nehmen da, wo es sinnvoll erscheint, auch auf historische Entwicklungen Bezug. Dabei wird die bewegungs- und sportwissenschaftliche Perspektive den größten Stellenwert einnehmen.

Im **2. Kapitel** verengen wir unsere Betrachtung auf die empirisch nachweisbaren Zusammenhänge zwischen Bewegungsaktivitäten und Gesundheit. Wenn wir Bewegungsaktivitäten sagen, handelt es sich in den meisten Fällen um sportliche Aktivitäten mit unterschiedlicher Intensität und verschiedenen Inhalten. Die Auswirkungen auf die Gesundheit psychisch erkrankter Patienten lassen sich dabei in physischer und in edukativ-psychosozialer Hinsicht überprüfen. Wenn diese Überprüfung theoriegeleitet ist, beruht sie meistens auf Modellen zur Stressbewältigung oder Ressourcenstärkung. Hierauf wird ebenfalls näher eingegangen.

Das **3. Kapitel** beginnt mit einer Definition der klinischen Bewegungstherapie, in der die vorangegangene Auseinandersetzung mit dem Leib-, Bewegungs- und Gesund-

heitsbegriff aufgenommen wird. Dabei werden die für die klinische Anwendung notwendigen Schritte der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation benannt und dann als „Handwerkszeuge“ ausführlich erläutert. Hierbei wird v.a. auf klinische Diskussionen und Standards Bezug genommen, die so in der Bewegungs- und Sporttherapie bisher wenig erörtert worden sind.

Das **4. Kapitel** ist am umfangreichsten und beschäftigt sich mit verschiedenen psychischen Erkrankungen wie mit affektiven Störungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen sowie mit Persönlichkeits- und Essstörungen. Darüber hinaus werden alterstypische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und in der Gerontologie besonders behandelt. Dabei werden zunächst, orientiert an einzelnen Krankheitsbildern bzw. Altersphasen, allgemeine klinische Informationen in einem Überblick zusammengestellt und dann im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit und Bedeutung für die Bewegungstherapie genauer beschrieben. Ergänzend wird auf didaktische und methodische Aspekte sowie auf spezifische Themen und Kontraindikationen näher eingegangen. Am Schluss jedes Teilkapitels werden einige Anwendungsbeispiele – vorwiegend aus einem klinischen

Kontext – beschrieben und kommentiert. Sie sind meistens an sportlich-spielerischen Aktivitäten in einer Gruppe orientiert, die sich je nach bewegungs- und psychotherapeutischer Kompetenz im Hinblick auf weitere Aspekte ausdeuten und bearbeiten lassen.

LeserInnen, die zunächst weniger an theoretischen Begründungen und einer differenzierten Darstellung der professionellen „Handwerkszeuge“ interessiert sind, finden im 4. Kapitel kompakte Zusammenfassungen zu einzelnen Störungsbildern und den Grundelementen ihrer bewegungstherapeutischen Behandlung einschließlich der Zusammenstellung empirischer Nachweise für die Wirksamkeit von Interventionen. Durch ausgewählte Anwendungsbeispiele wird die bewegungstherapeutische Vorgehensweise illustriert und kommentiert, sodass eine Übertragung auf die eigene Situation möglich wird.

Im **Resümee** fassen wir unsere Überlegungen noch einmal kompakt zusammen und empfehlen zukünftige Forschungsstrategien. Als Schlussfolgerungen aus der differenzierten Auseinandersetzung mit den störungsorientierten Konzepten ergeben sich zudem Empfehlungen für die Anwendungspraxis.

1 Körper, Leib und Bewegung – begriffliche und inhaltliche Annäherungen

G. Hölter

Seit 1997 hat mehr als 1 Mio. Bundesbürger die Ausstellung des Heidelberger Anatomen und Plastinators Gunther von Hagen mit dem Titel *Körperwelten – Die Faszination des Echten* besucht. Es handelt sich dabei um die plastische Darstellung menschlicher Leichen, arrangiert in der Gestaltung einzelner Organe oder in kompletten Alltags- und Bewegungssituationen. Die Unterscheidung zwischen einem toten und einem lebendigen Körper wurde in dieser plastifizierten Form – jeweils in Aktion als Lassowerfer, Fechter oder Läufer – fast aufgehoben.

Diese „öffentliche Anatomie“ mit großer Publikumsresonanz rief u.a. eine rege Diskussion bei Medizinern, Philosophen, Juristen, Künstlern und Theologen über das Für und Wider einer Zurschaustellung des toten Körpers und die Bedeutsamkeit der physischen Grundlagen unserer Existenz hervor. In dieser Diskussion spiegelte sich „plastisch“ wider, in welchem breitem Spektrum der Wissens- und Moralgeschichte wir uns befinden, wenn es um Fragen des Körpers und seiner Bedeutung für die Lebenden geht. Nicht nur der lebendige, sondern auch der tote Körper scheint offensichtlich Gefühle und Assoziationen, Fragen nach Menschenwürde und Totenruhe, nach Seele und Geist zu provozieren, die an die Grundfragen des Menschseins rühren.

Es eröffnet sich hier ein weiterer wissenschaftlicher und philosophischer Horizont, der in der deutschen Sprache nicht nur mit dem Begriff *Körper*, sondern auch mit dem Begriff *Leib* verbunden ist. Der Leib hängt wiederum – als belebter Leib – eng mit der Bewegung zusammen. Medizinische, psy-

chologische, philosophische und pädagogische Überlegungen zu diesen Begriffen füllen ganze Bibliotheken, die sich auffallend häufig mit der Beziehung der physischen zur seelischen Existenz des Menschen, dem sog. Leib-Seele-Problem, beschäftigen. Diese Überlegungen können wir hier nur sehr ausschnitthaft wiedergeben.

Unsere Auseinandersetzung mit den Begriffen Körper, Leib und Bewegung ist vorwiegend pragmatisch orientiert und von der Leitfrage bestimmt, wie sich die vielfältigen begrifflichen Diskussionen in Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der Sport- und Bewegungswissenschaft sinnvoll für unser Konzept einer klinischen Bewegungstherapie nutzen lassen.

Was Sie in diesem Kapitel erwartet

Im 1. Abschnitt beschäftigen wir uns mit 2 Sichtweisen des Körpers, die es seit den Anfängen einer systematischen Medizin in der Antike gibt: auf der einen Seite den **Körper**, betrachtet als Materie, als Gegenstand, als „Blinddarm von Zimmer 17“, der zerlegt und wieder zusammengesetzt werden kann; auf der anderen Seite der Körper als **„belebter und sozialer Leib“**, mit individuellem Ausdruck, mit Emotionalität und als Ergebnis komplexer sozialer Einflüsse.

Die letztere Sichtweise liegt nicht nur der psychosomatischen Medizin zugrunde, die mit den Ideen ihrer Gründungsväter Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll vorgestellt wird, sondern auch den zahlreichen körper- und bewegungsorientierten Therapieverfahren, die bei der Behandlung psychischer Erkrankungen eine Rolle spielen.

Die Entwicklung dieser Verfahren wird – ausgehend von den Ideen der sog. Lebensreformbewegung bis hin zum 1000-seitigen Handbuch der Körperpsychotherapie im Jahre 2006 – in 3 Phasen skizziert. Abschließend zu diesem Teil wird erläutert, wie Medizin und Psychotherapie heutzutage die Bewegungstherapie als Medium in der Behandlung psychischer Erkrankungen bewerten.

Der **2. Abschnitt** entfernt sich zunächst von der Welt der Medizin und Therapie. Anhand der Überlegungen von Merleau-Ponty und Buytendijk wird zum einen deutlich gemacht, dass sich der Bewegungs- besser als der Körperbegriff dazu eignet, einer Trennung von Körper und Geist entgegenzuwirken, den Sinn von Handlungen zu erklären und Bewegung als soziales Handeln zu begreifen. Ergänzend wird auf einen Vorschlag von Buytendijk näher eingegangen, wie sich die Vielfalt von **Bewegungshandlungen** systematisieren und vom **Bewegungsausdruck** unterscheiden lässt.

Der **3. Abschnitt** dieses Kapitels ist fachwissenschaftlich enger und bezieht sich vornehmlich auf die Sport- und Bewegungswissenschaft. Nach einer kurzen Skizze zur wechselhaften terminologischen Entwicklung in diesem Bereich wird intensiver auf die Arbeiten von Ommo Grupe eingegangen, der als einer der Begründer der Sport- und Bewegungswissenschaft nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland gilt. Es wird gezeigt, wie er konstruktiv die von Merleau-

Ponty und Buytendijk übernommenen phänomenologischen und anthropologischen Konzepte aufgreift, sie weiter differenziert und hieraus Vorschläge für eine Systematik des sportlichen Handelns entwickelt.

Grupes Systematik hatte wiederum einen entscheidenden Einfluss auf Konzepte der Sportdidaktik, die heute unter dem Stichwort Mehrperspektivität diskutiert werden. Als Beispiel für eine mehrperspektivische Sichtweise wird näher auf die 4 Funktionen des Sich-Bewegens von Jürgen Funke-Wienke eingegangen, die sich u.E. gut auf eine Beschreibung von Facetten des therapeutischen Handelns in der Bewegungstherapie übertragen lassen.

1.1 Der Körper als Materie und gelebter Leib

Seit den Anfängen einer systematischen Medizin in der Antike werden Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen aus dem komplexen Zusammenspiel zweier Aspekte erklärt: auf der einen Seite aus den psychophysischen Voraussetzungen des Individuums und den Umweltbedingungen (*Res naturales*), auf der anderen Seite durch verschiedene Aspekte der Lebensführung (*Res non naturales*), die therapeutisch durch eine Diätetik als beeinflussbar angesehen werden. Die Krankheitsursachen (*Res contra naturam*) bedrohen dieses Zusammenspiel von Konsti-

Tab. 1.1: Bedingungen und Ursachen von Erkrankungen und ihre therapeutische Beeinflussung in der antiken Medizin in Anlehnung an Schipperges [1963]

Res naturales („natürliche Dinge“ – natürliche Harmonie, Gesundheit)	Res non naturales („nicht natürliche Dinge“ – Einflussbereiche der Diätetik)	Res contra naturam („Dinge gegen die Natur“ – Krankheitsursachen)
<ul style="list-style-type: none"> • Elemente • Umwelt • Körpersäfte • Konstitution 	<ul style="list-style-type: none"> • Licht und Luft • Essen und Trinken • Bewegung und Ruhe • Schlafen und Wachen • Stoffwechsel • Gemütsbewegungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gifte • Krankheitskeime (Miasmen, Kontagien) • Gewalteinwirkungen • Säfte verderbende Materie

tution, Umweltbedingungen und therapeutischen Interventionen.

Der griechische Arzt Hippokrates (ca. 460–377 v. Chr.), auf den dieses Modell hauptsächlich zurückgeht, beeinflusste bis weit ins Mittelalter die Medizin in theoretischer und praktischer Hinsicht. Aus heutiger Sicht erscheinen die von ihm genannten Aspekte der Diätetik sehr modern, und in den antiken Rehabilitationseinrichtungen wie im Asklepeion auf der Insel Kos waren Ernährungsberatung, Bewegungstherapien und Gymnastik, spirituelle und intellektuelle Anweisungen Teil des „Kur- und Rehabilitationsprogramms“ [u.a. Rieder 1988].

Bei Hippokrates und seinen Schülern überwog eine letztlich funktionelle Erklärung von Krankheiten, die sich v.a. auf die Humoralpathologie (die sog. Säftelehre) bezog. Sie bestand im Kern aus der Annahme, dass Erkrankungen auf eine fehlerhafte Zusammensetzung des Blutes und weiterer Körpersäfte wie gelbe und schwarze Galle sowie Schleim zurückzuführen seien. In den Begriffen Sanguiniker, Choliker, Melancholiker und Phlegmatiker findet sich die Übertragung der Eigenschaften der 4 Körpersäfte auf das seelische Gleichgewicht (Temperamentum) sprachlich wieder.

In der Behandlungstechnik galt es als professionell – und hierin wurden die angehenden Ärzte geschult – den Körper des Patienten sorgfältig im Hinblick auf Symptome und andere Anzeichen zu untersuchen, diese Zeichen dann vor dem Hintergrund der Säftelehre zu entschlüsseln und anschließend Behandlungsempfehlungen zu geben. Das hier zugrunde liegende Körper- und Behandlungsverständnis bezeichnet Bauer als „naturalistische Medizintheorie mit einer deutlichen Präferenz der Verknüpfung somatisch-mechanischer Zusammenhänge“ [1998, 27].

Diese Sichtweise wurde auch auf nicht sichtbare Erkrankungen ausgedehnt: „Selbst ein Leiden mit eindeutig psychischen Symptomen – nämlich die Epilepsie – wurde von

ihnen [den Ärzten; G. H.] als eine Folge übermäßiger Schleimproduktion im Gehirn bei gleichzeitiger Verstopfung des Schleimabflusses im Sinne der Säftetheorie interpretiert“ [Bauer 1998, 4].

Das Erleben des Subjekts, seine Motive, Lebensziele und Gefühle, sein Leib- oder Lebensempfinden, häufig auch als Seele beschrieben, blieben dem Arzt weitgehend fremd. Dies ändert sich bis weit ins 17. Jahrhundert nicht wesentlich. Die Existenz einer Seele wird zwar eingeräumt, aber sie wird als ein Bestandteil des Körpers angesehen und konsequenterweise macht man sich „sezierend“ auf die Suche nach ihr.

Die berühmte Unterscheidung des französischen Philosophen René Descartes (1596–1650) in *Res externa* (Körper) und *Res cognitans* (Geist) ist kein eigentlicher Bruch mit dem antiken Körperverständnis, sondern sie verstärkte – im Zusammenhang mit physikalischen und chemischen Erkenntnissen der damaligen Zeit, u.a. zum Blutkreislauf und zur Verdauung – eine naturwissenschaftlich-objektive Sicht auf den menschlichen Körper. Descartes' Position wird treffend in dem folgenden Abschnitt aus einem der populär-philosophischen Werke R. Prechts dargestellt: *„Descartes war ein ungeheuer einflussreicher Philosoph, einer der einflussreichsten überhaupt. Auch wenn er zunächst heftig angefeindet wurde, war er eine Galionsfigur für viele neue Ideen über Körper, Gehirn und Geist. Doch so stark er darin war, das Denken zu ergründen, so schwach war er, im Nachhinein betrachtet, bei seiner Vorstellung vom menschlichen Leib. Denn der Körper ist eigentlich nur ein Klotz am Kopf! Mit kalter Lust führt der Mechaniker des Geistes seinen Lesern vor, dass der Leib aller Lebewesen nur eine Gliedermaschine ist, ein Automat oder ein Uhrwerk. Die körperlichen Organe funktionierten wie die Automaten in den Wassergärten des 17. Jahrhunderts: Aus Nerven wurden Wasserleitungen, die Hohlräume im Gehirn erschienen als Vorratsbehälter, die Muskeln glichen mechanischen*

Federn und die Atmung schließlich den Bewegungen einer Uhr. Und all dies steuerte ein kleiner Mann im Gehirn: die Zirbeldrüse. Den Körper des Menschen zu einem physikalischen Mechanismus zu erklären, war der letzte Schrei in den Naturwissenschaften, und Descartes war darin sehr beschlagen. Fast über Nacht wurde er zum Chefideologen einer neuen Sicht des Körpers, und gegenüber seinen meist kirchlichen Kritikern konnte er sich sehr nüchtern, modern und fortschrittlich fühlen. Lebte Descartes in der heutigen Zeit, wäre er bestimmt ein Pionier auf dem Gebiet der künstlichen Intelligenz oder ein berühmter Hirnforscher geworden.“ [2007, 56]

Ein Gegenentwurf zu dem von Descartes geprägten Verständnis des Menschen wird u.a. in Überlegungen von G. E. Stahl (1659–1734) entwickelt: In seinem Werk *Theoria medica vera* formuliert er ein eher psychosomatisch getöntes Konzept des Menschen und seiner Erkrankungen. Dabei sucht er die Ursache nicht in gestörten Körpersäften, sondern in den „Vitalkräften der Seele“: Es sei die Seele, die letztlich über den Blutkreislauf alle leiblichen Vorgänge dirigiere und leite. Sie nehme eine Art ‚Wächteramt‘ wahr, das bei einer Vernachlässigung zu pathologischen Erscheinungen des Körpers führe. [Stahl 1708 zit. n. Bauer 1998, 6]

Eine praktische Konsequenz dieser Annahme für die Behandlung war, dass die ärztliche Kunst weniger im Zergliedern und Analysieren gesehen wurde, sondern in der Anwendung subjektiver Erfahrung und Urteilsfähigkeit. Gleichzeitig wurde den Selbstheilungskräften des Körpers eine große Rolle eingeräumt, die durch den Arzt erleichtert und begleitet werden könne.

Etwa 100 Jahre später, um 1840, wurde das Konzept der Steuerungsfunktion der Seele bzw. einer dem Menschen innewohnenden, fast mystischen Lebenskraft, der sog. Vitalkräfte, wieder aufgegeben und durch eine umfassende Orientierung an den neuen naturwissenschaftlichen und neurologischen Erkenntnissen der damaligen Zeit abgelöst.

Es ging hierbei weniger darum, den Sinn bzw. die Ursachen für pathologische Verhaltenszustände zu ergründen, sondern um das Erkennen physikalischer und chemischer Gesetzmäßigkeiten und Strukturen.

Ohne die medizinhistorische Diskussion in ihren Facetten hier genau nachzuzeichnen, lässt sich feststellen, dass Mitte des 19. Jahrhunderts erneut ein Menschen- und Körperbild bestärkt wurde, das – ähnlich wie bei Descartes – in Analogie zu Abläufen in der Natur die Ursachen und Verhaltenswirkungen für Leidenszustände des Menschen ausschließlich unter naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten betrachtete. In diesem Sinne wurden seelische Regungen und geistige Fähigkeiten als reine Funktionen des Gehirns angesehen; eine Überzeugung, die z.T. in heutigen neurobiologischen Forschungsarbeiten wiederbelebt wird.

Prominente Kritiker dieser Auffassung – und jetzt kommen wir zur Neuzeit – waren ab Mitte des 20. Jahrhunderts Viktor von Weizsäcker und etwas später Thure von Uexküll. Beide gelten heute als wichtige Wegbereiter der Psychosomatik in Deutschland. Die Ausgangslage am Beginn des Jahrhunderts beschreibt von Uexküll folgendermaßen: *„Die Lehre, daß im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sein dürfen, als die gemeinen physikalisch-chemischen, wurde zum Dogma der modernen Medizin und mit ihm war die Austreibung der Seele aus dem Körper wissenschaftlich sanktioniert. Niemand interessierte sich noch für die Frage nach dem Unterschied zwischen einem lebenden Körper und einer Leiche, in der ja tatsächlich keine anderen Kräfte wirksam sind“ [1994a, 25].*

Was sind nun die „anderen Kräfte“, die im 18. Jahrhundert bei Stahl schon einmal als „Vitalkräfte der Seele“ beschrieben wurden?

Für das Entstehen der Psychosomatik waren es v.a. die Forschungsarbeiten und Fallgeschichten Sigmund Freuds, welche die Ursache psychischer Erkrankungen als „unbewusste Seelenregungen des Menschen“ in

ein anderes Licht rückten. Freud bezeichnet zwar das Körperliche als „gewachsener Fels, dem das Seelische aufliege“, allerdings ist diese Formulierung so zu verstehen, dass das Ich ursprünglich ein körperliches ist, das aber eng mit anderen Bereichen der menschlichen Entwicklung zusammenhängt [Bittner 1986, 27ff.].

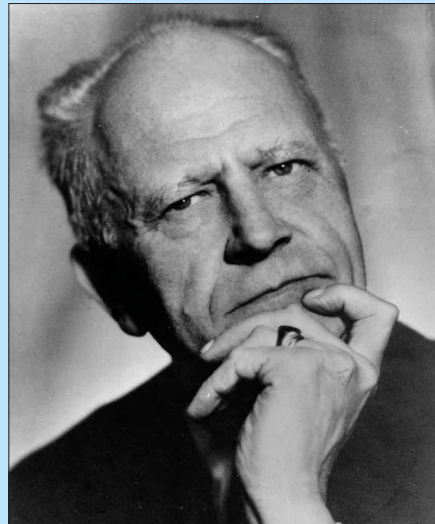
An diese Auffassung knüpft Viktor von Weizsäcker zusammen mit anderen tiefenpsychologisch orientierten Psychologen und Ärzten wie Ferenczi, Deutsch, Reich und Groddeck an. Auf der Grundlage langjähriger Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen versuchen sie den Dualismus zwischen Körperlichem und Seelischem zu überwinden sowie leibliche und seelische Phänomene als Instanzen gegenseitiger Repräsentation zu verstehen: *„Die Hauptsache beim Verhältnis von Leib und Seele besteht nicht darin, daß sie zwei Dinge sind, welche nebeneinander da sind und aufeinander wirken, sondern daß sie einander wechselseitig erläutern. Durch die Seele wurden wir hellsehtig für die unbewußte Vernunft der Leidenschaft und des Leibes, durch den Leib werden wir über die natürlichen Notwendigkeiten der Seele belehrt. Diese wechselseitige Erläuterung kann natürlich auf die verschiedensten Arten erfolgen: Erklärung, Deutung, Phantasie, Ahnung, Schau. Die erklärende Wissenschaft steht dabei am einen, die Poesie am anderen Ende einer Reihe, die man nicht absichtlich zu zerreißen braucht“* [von Weizsäcker 1946, 23].

Als Symbol für das einheitliche Zusammenwirken von vermeintlich Gegensätzlichem bzw. aufeinander Folgendem wählte von Weizsäcker das Bild des Kreises und das Prinzip der Drehtür: Innen und Außen, Wahrnehmen und Bewegen, Leib und Seele ereignen sich simultan als Gestalt, als eine zusammenhängende Figur, die nicht gleichzeitig wahrnehmbar, aber untrennbar dennoch miteinander verbunden ist [u.a. Leyendecker 1996; Prohl/Hein 2006].

Um die Einheit von Körperlichem und Seelischem auszudrücken, wählte von Weiz-

säcker nicht den Begriff des Körpers, sondern den des Leibes, der später vom Marburger Psychiater Blankenburg, u.a. unter dem Einfluss Merleau-Pontys, in *Grundlagen für die Bewegungstherapie in der Psychiatrie* [1983] weiter ausdifferenziert wurde.

Da Blankenburg als einer der Väter einer phänomenologisch geprägten Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen gilt, werden wir auf ihn an anderer Stelle noch zurückkommen.



Viktor von Weizsäcker (1886–1957)

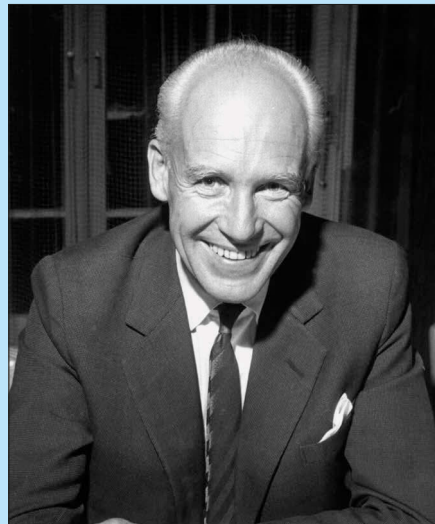
Nach Medizinstudium und Tätigkeit als Lazarettarzt im Ersten Weltkrieg leitete Viktor von Weizsäcker ab 1920 die neurologische Abteilung der medizinischen Klinik der Universität Heidelberg, später dann als Professor die dortige Klinik für Neurologie. 1926 besuchte er Freud in Wien und veranstaltete schon im selben Jahr einen ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Baden-Baden. Sein wissenschaftliches Interesse galt in dieser Zeit v.a. der Sinnesphysiologie mit ihren Störungen und Krankheiten. Zusammen mit Martin Buber und Josef Wittig gründete er 1926 die Zeitschrift *Die Kreatur* und veröffentlichte in ihr erste Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie.

In einem engen Zusammenhang mit anthropologischen Überlegungen entstand 1932 die Idee vom „Gestaltkreis dargestellt als psychophysiologische Analyse des optischen Drehversuchs“, die dann 1940 zu der bis heute vielfach aufgelegten Schrift *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen* führte. Die in dieser Schrift formulierte Grundlegung einer neuen Arbeits- und Denkweise in der Medizin bestand v.a. in der Vorstellung einer gleichzeitigen Bewegung von Subjekt und Objekt und nicht einer objektiven Erkenntnis schlechthin, was sich mit der damaligen (und auch heutigen) naturwissenschaftlich geprägten Sichtweise der Medizin schwer vereinbaren ließ. Seine Ideen wurden daher zunächst eher in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin aufgenommen, in der eine Wechselwirkung zwischen Subjekt und Objekt als unabdingbar für die Interpretation des Krankheitsgeschehens angesehen wird. Schon 1933 hat Buytendijk in seiner Theorie des Spiels die Kerngedanken von Weizsäckers aufgenommen. Der Gestaltkreis diente dann später u.a. Kiphard als theoretische Begründung für die Psychomotorik als einer Wahrnehmungs- und Bewegungserziehung. In der Sportwissenschaft wurde das Konzept ausführlich im Zusammenhang mit der Gesundheitserziehung [Schulz 1991] und der Spielerziehung [Kolb 1990] diskutiert.

Die zweite bedeutende Leitfigur der Psychosomatik in Deutschland war Thure von Uexküll, der ebenfalls entscheidend eine veränderte Auffassung des Körpers in der Medizin beeinflusste. Er unterscheidet zwischen dem „offiziellen Körpermodell“ der Medizin und Naturwissenschaft mit dem Körper als „objektiver Gegebenheit“ und dem „inoffiziel-

len Körpermodell“, bei dem es um Sensationen, Gefühle und Erlebnisse, d.h. vor allem um die erlebte Realität des Patienten geht [1994b, 13ff.]. Der „inoffizielle Körper“ kann nicht gemessen, gewogen und seziiert, sondern nur gespürt, erlebt, angefasst und im Spiegel betrachtet werden. Für die Heilkunst sind das „offiziell-objektive“ und das „inoffiziell-gespürte“ Körpermodell seiner Meinung nach gleichermaßen wichtig.

Eine praktische Konsequenz dieser Überlegungen führte zusammen mit einer Gruppe von psychosomatisch orientierten Medizinern unter der Mitwirkung der Gymnastiklehrerin und Bewegungstherapeutin Marianne Fuchs u.a. zum Ausbildungskonzept der sog. subjektiven Anatomie, in dem als Kurs für angehende Mediziner gleichermaßen Erfahrungen am eigenen Leib und objektive anatomische Anschauungen miteinander verbunden wurden [von Uexküll et al. 1994]



Thure von Uexküll (1908–2004)

Thure von Uexküll, vor rund 100 Jahren in Heidelberg geboren, nahm es sich nahezu im Alleingang vor, den „real existierenden Dualismus einer Medizin für Körper ohne Seelen und einer Medizin für Seelen ohne Körper zu überwinden“.

In den USA hatte er Anfang der 1950er Jahre innovative Modelle der Patientenversorgung kennengelernt. Als Direktor der Medizinischen Poliklinik in Gießen (ab 1955) und Leiter der Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik in Ulm (ab 1966) versuchte von Uexküll, seine Vorstellung einer „integrativen Medizin“ in Praxis und Lehre umzusetzen.

Heute hat fast jede deutsche Uniklinik einen Lehrstuhl für psychosomatische Medizin. Von Uexkülls Lehrbuch *Psychosomatische Medizin* von 1979 ist ein Standardwerk. Zunehmend besorgt verfolgte er aber auch, wie tief die Trennung von Körper und Seele im westlichen Denken verwurzelt ist. Noch mit 84 Jahren gründete er daher eine Akademie für integrierte Medizin.

Nach Uexkülls Tod 2004 schrieben befreundete Kollegen, die Etablierung der Psychosomatik als eigenständiges Fach habe „zu einer Art wissenschaftlichen Ablasshandels“ geführt, „also dazu, dass man sich, im medizinischen Mainstream schwimmend, in schwachen Stunden dessen erinnert, womit man sonst nichts zu tun haben will“. Das war überspitzt formuliert, trifft aber einen empfindlichen Punkt: Bis heute werden Gespräche zwischen Arzt und Patient nicht angemessen honoriert, obwohl Gesundheitspolitiker gerne behaupten, die „sprechende Medizin“ fördern zu wollen.

Stark beeinflusst von seinem Vater Jakob Johann Uexküll (1864–1944), der den Begriff Umwelt in die Biologie einführte, setzte Thure von Uexküll der herkömmlichen Betrachtung des Körpers als „triviale Maschine“ eine umfassende Theorie des Lebendigen entgegen. Den Körper verstand er als Teil eines Systems, „das sich als Einheit aus Organismus

und Umwelt erzeugt“. Letztlich war für ihn jedes Leiden psychosomatischer Natur: „Eine Körpermedizin ohne Seele oder eine Psychologie ohne Körper ist nicht möglich.“ [Quelle: KSTA, Nr. 64 vom 15./16.03.08]

Ebenfalls in der Tradition der psychosomatischen Medizin hat sich 2005 die sog. Konsensgruppe, ein Zusammenschluss jüngerer klinisch tätiger Mediziner und Psychologen, der Leib-/Seele- und Körperthematik erneut angenommen, allerdings stärker unter dem pragmatischen Gesichtspunkt, wie das spezifisch deutsche **Konzept des Leibes** der internationalen (hier insbesondere der anglo-amerikanischen) Terminologie angepasst werden könne, ohne dabei die Grundidee des Doppelcharakters von objektivem Körper- und subjektivem Leibempfinden aufzugeben [Röhrich et al. 2005]. Auch in der französischen und englischen Sprache gibt es durchaus Versuche, die Differenzierung in **objektiven Körper** und **erlebten Leib** sprachlich abzubilden, wie z.B. im Englischen *Body-proper* or *Embedded body* für den Leib und im Französischen *Corps objet* bzw. *Corps propre* für den Körper sowie *Corps sujet* oder *Corps phénoménal* bzw. *Corps vécu* für den Leib. In den allgemeinen Sprachgebrauch sind allerdings diese Begriffe weder im Englischen noch im Französischen eingegangen. Das Ergebnis der Konsensgruppe ist u.a. eine Zusammenstellung und definitorische Übereinkunft von unterscheidbaren körperbezogenen Perzeptionen, Kognitionen und Emotionen unter dem Oberbegriff des Körpererlebens (Body experience; vgl. Kap. 3.2.1).

Im Hinblick auf eine internationale Kommunikation und eine Zugänglichkeit für empirische Forschung haben diese Überlegungen einen großen Wert, sie signalisieren allerdings auch, dass der Begriff des Leibes in der aktuellen medizinischen und psycholo-