



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Till Thimme ■ Hubertus Deimel
Gerd Hölter

Bewegung und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Grundlagen – Störungsbilder –
Therapie

Mit Fotografien von Lucas Heinz und Till Thimme

 Schattauer

Dr. Till Thimme

Agrippinenstraße 5
53115 Bonn
Till.Thimme@lvr.de

Dr. Hubertus Deimel

Lindauer Str. 41
50935 Köln
hubertus.deimel@tele2.de

Prof. Gerd Hölter

Bergkreuzweg 7
53332 Brenig/Bornheim
gerd.hoelter@aol.de



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40014**

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.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Lucas Heinz

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Volker Drüke

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40014-4

Auch als E-Book erhältlich

Einstimmung

In der Einstimmung werden zunächst uns wichtig erscheinende fachliche Aspekte, die mit zum Entstehen dieses Lehrbuchs geführt haben, in einen größeren gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Zusammenhang gestellt. Des Weiteren werden wir – ausgehend von einer Definition der Bewegungstherapie aus der Zeit ihrer umfassenderen Etablierung im Gesundheitssystem vor über 50 Jahren – die inhaltlichen Schwerpunkte des Lehrbuchs erläutern. Hierzu gehört auch eine eigene Definition am Ende des ersten Kapitels.

Seit über 40 Jahren haben sich Praxis, Ausbildung und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Prävention und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch das »Heilmittel« Bewegung kontinuierlich weiterentwickelt. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass Personen mit unterschiedlichem professionellen Hintergrund in diesem Teilbereich der klinischen und außerklinischen Versorgung beschäftigt werden. Allerdings ist eine intensive fachwissenschaftliche Auseinandersetzung einer Bewegungstherapie, die über funktionelle Aspekte hinausgeht, in der Sportwissenschaft kaum und in der Medizin nur in Ansätzen festzustellen. Indikatoren für diese Einschätzung sind u. a. eine geringe Berücksichtigung dieser Thematik in den einschlägigen Lehrbüchern und Fachzeitschriften sowie in den meisten Leitlinien zu psychischen Erkrankungen und uneinheitliche Einstellungsstandards für qualifiziertes Fachpersonal in den klinischen Einrichtungen.

Daher ist es am Ende des zweiten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts mehr denn je notwendig, die Bedeutung und Tragweite eines bewegungsorientierten präventiven und therapeutischen Vorgehens bei psychischen Erkrankungen deutlich zu machen. Wir wählen hier als Benennung – in Anlehnung an die international gebräuchliche Terminologie – zunächst als neutralen Leitbegriff *Bewegungsaktivitäten* (physical activity), werden uns aber in einem eigenen Kapitel ausführlicher mit der Vielfalt körper- und bewegungsorientierter Verfahren auseinandersetzen und hierzu eine eigene inhaltliche Position formulieren.

In der folgenden Argumentation orientieren wir uns in den Grundzügen an mehreren neueren englischsprachigen Publikationen sowie an einer aktuellen deutschsprachigen psychiatriekritischen Position (Ekkekakis & Cook 2013; Faulkner & Duncan 2017; Weinmann 2019).

Erstens: In allen westlichen Industrieländern ist eine erhebliche Zunahme von psychischen Erkrankungen zu beobachten. Demnach leiden in der EU mehr als 38 % der Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen. Dieser erhebliche Anteil bezieht sich auf psychische Erkrankungen im engeren Sinne, also affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen, wie auch auf damit zusammenhängende Komorbiditäten (Jacobi et al. 2014). Für das Jahr 2030 wird prognostiziert, dass unipolare Depressionen, Suchtmittelerkrankungen so-

wie Demenz zu den zehn Erkrankungen gehören werden, die weltweit den *DALY-Index* (Disability Adjusted Life Years) sowie die *Global Burden of Disease* (GBD) am meisten bestimmen werden (The Lancet 2017). Die umfangreichen Gesundheitsreports der Krankenkassen in Deutschland (DAK 2015; Knieps & Pfaff 2015) bestätigen diese Entwicklung. Der Anstieg von psychischen Erkrankungen und Störungen lässt sich bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen gleichermaßen beobachten (Barkmann & Schulte-Markwort 2012). Davon werden von den diagnostizierten psychischen Erkrankungen nur maximal die Hälfte behandelt (VDR 2002, 2006; Wittchen & Jacobi 2001). Es wird bei diesen Prognosen weniger thematisiert, dass die Zuschreibung von Störungen mit Krankheitswert und der Zugang zu Behandlungen u. a. entscheidend von den herrschenden gesellschaftlichen Normvorstellungen sowie von einer Sensibilität und Aufmerksamkeit für psychische Auffälligkeiten abhängen. Zusätzlich sind hierfür eine sach- und adressatengerechte Diagnostik, der soziale Status, die regionalen Gegebenheiten und die Zugehörigkeit zu bestimmten ethnischen Gruppen von Bedeutung. Bezogen auf Kinder und Jugendliche, bekommen die begrenzten Zugangsmöglichkeiten zu Behandlungen eine zusätzliche Brisanz, da ca. 50 % der psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter beginnen, aber nicht erkannt und behandelt werden, wobei von einer großen Dunkelziffer auszugehen ist. In den neueren Kinder- und Jugendstudien in Deutschland wird von einer Prävalenzrate von ca. 20 % von behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ausgegangen (u. a. Shell-Studie von Albert et al. 2019). Dieser Prozentanteil hat sich in den letzten Jahrzehnten allerdings kaum verändert (vgl. Harnack 1958).

In diesem Zusammenhang wird wiederholt auf die Fragwürdigkeit der zugrunde liegenden Zuschreibungen hingewiesen. »Abweichungen«, »Störungen« oder »Auffälligkeiten« liegen Normen zugrunde, die »weder vom statistischen noch vom klinischen Standpunkt her eine allgemeine Definition von Normalität oder geistiger Gesundheit [erlauben] (...). (...) Übereinstimmung gibt es nur über Extreme, nicht über Bereiche des Übergangs oder des Umschlagpunkts« (Redlich 1967, zit. nach Bittner et al. 1971, S. 15f.). Aktuell hat Weinmann (2019) diese Problematik mit dem provozierenden Untertitel seines Buchs »Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets« für die Psychiatrie genauer bearbeitet. Dabei hat er neben den vorschnellen und zweifelhaften Zuschreibungen von psychischen Erkrankungen den Biologismus bei den Ursachenerklärungen und auch die Datenmanipulation zu der Anwendung von Psychopharmaka, geleitet von Profitinteressen, präzise unter die Lupe genommen. Ähnlich wie andere Autoren mündet seine Kritik in einem Plädoyer für eine stärkere Beachtung von psychosozialen Determinanten und einer Betreuung auf der Ebene der Gemeinde (vgl. Krisor 2005). Das hier vorliegende Lehrbuch folgt zwar in weiten Teilen dem psychiatrischen »Mainstream«, allerdings ist die psychosoziale Komponente ein unverzichtbarer Bestandteil bewegungs-, spiel- und sportorientierter Interventionsformen, und dies machen wir an unterschiedlichen Stellen deutlich.

Die gesellschaftlichen Kosten, die mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, spiegeln sich zum einen in den direkten Behandlungskosten wider, zum

anderen aber auch in den erheblichen indirekten Kosten, bei Erwachsenen u. a. durch den hohen Anteil von Arbeitsausfallzeiten und Frühberentungen. Für Kinder und Jugendliche bestehen diese indirekten Kosten aus der Notwendigkeit zu besonderen »exklusiven« pädagogischen Betreuungsangeboten in Förderschulen oder in ambulanten Therapien sowie aus längerfristigen Kosten, wie bei Abbrüchen in Bildungsgängen. Insgesamt sind diese Kosten in den letzten zehn Jahren fast um ein Drittel gestiegen, verbunden mit erheblichen Konsequenzen für die Versicherungs- und Versorgungssysteme. Diese Tatsache führt zu einem zweiten Argument bzw. – präziser – zu einer Grundsatzfrage.

Zweitens: Müsste nicht auf der Basis dieser Fakten ein »Paradigmenwechsel«, also eine grundsätzlichere Veränderung und kritische Überprüfung der bisherigen gesellschaftlichen Reaktion im Umgang mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen in Erwägung gezogen werden?

Zur Beantwortung dieser Frage beschränken wir uns hier auf Adressaten mit psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und auf eine kritische Betrachtung der bisher üblichen Behandlungsverfahren, wie Psychotherapie und Pharmakotherapie. Im klinischen Rahmen wird diese Standardbehandlung meistens durch eine Reihe fachtherapeutischer Verfahren erweitert, etwa die Ergo-, Musik-, Kunst- und Bewegungstherapie. Hinzu kommt die Unterstützung durch den Sozialdienst und in die Klinik integrierte Bildungsangebote.

In Bezug auf die Wirksamkeit von Psychotherapie und Pharmakotherapie sind in den letzten Jahren die kritischen Stimmen zu der spezifischen Wirksamkeit dieser beiden Interventionsformen lauter geworden. Bei einer genauen Untersuchung von Interventionsstudien zur *Psychotherapie* zeigte sich, dass der Varianzanteil von Techniken spezifischer psychotherapeutischer Schulen mit ca. 15 % im Vergleich zu Placebos (15 %), zu außertherapeutischen (40 %) und allgemeinen Faktoren (30 %) überschaubar bleibt (Miller et al. 2000; Hubble 2001; Wampold 2001, 2015; Strauß 2019). Das bedeutet, dass die in vielen Untersuchungen nachgewiesenen Veränderungen sich nur eingeschränkt auf spezifische psychotherapeutische Techniken zurückführen lassen. Es ist zu vermuten, dass sie im Wesentlichen von Faktoren abhängen, die häufig nicht bekannt und nicht evaluiert wurden. Der Zweifel an der Wirksamkeit von Interventionen innerhalb der Psychotherapie, die sich ausschließlich an einer psychotherapeutischen Richtung orientieren, hat so u. a. bei Grawe zu dem Konzept einer Allgemeinen Psychotherapie geführt, in dem allgemeinere Aspekte wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung und -bewältigung sowie therapeutische Klärung als wirksame Vorgehensweisen identifiziert werden (Grawe 1995, 2004). Bezogen auf die Wirkfaktoren der Bewegungstherapie ist zu vermuten, dass hier ebenfalls über die funktionellen Wirkungen hinaus allgemeine Faktoren wie Erwartungen, therapeutische Beziehungsgestaltung, Empfehlung von Aktivitäten etc. von großer Bedeutung sind. Hierfür gibt es u. a. sehr gute empirische Hinweise (Koemedal-Lutz et al. 2006). Das könnte vielleicht auch der Grund dafür sein, dass sich in einer Reihe von hochrangigen Evaluationsstudien zur Behandlung von mittelschweren Depressionen die Erfolge von psychotherapeutischen, pharmakologi-

schen und exercise-orientierten Interventionen nicht signifikant voneinander unterscheiden (Faulkner & Duncan 2017; Schuch et al. 2018).

In Bezug auf die Wirkung der *Pharmakotherapie* ist ebenfalls Skepsis angebracht. Sie bezieht sich u. a. auf eine interessengeleitete inflationäre Verbreitung von Medikamenten, aber auch auf eine Reihe von z. T. unbekanntem Nebenwirkungen. So erhalten beispielsweise zwischen 5 % und 7 % der Kinder und Jugendlichen mit *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen* (ADHS) Psychopharmaka. Der Anstieg der Prävalenzraten von psychischen Erkrankungen mag z. T. einer größeren gesellschaftlichen Sensibilisierung und einer verbesserten Diagnostik geschuldet sein. Der Nutzen bezieht sich dabei vor allem auf die Pharmaindustrie. So haben sich die Produktionsmenge und Gewinne auf diesem Industriezweig für ein einziges Medikament wie das Ritalin im Zeitraum von 2000 bis 2015 mehr als verzehnfacht. Das in den USA nachgewiesene Suchtpotenzial von opiathaltigen Schmerzmitteln hat erst kürzlich verstärkt die Aufmerksamkeit auf die Nebenwirkungen zahlreicher Medikamente gelenkt. So warnte schon 2004 die amerikanische *Food and Drug Administration* (FDA) wegen eines fast doppelt so hohen Suizidrisikos ausdrücklich vor einer Anwendung von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI; Antidepressiva) bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Becker & Correll 2020).

Fasst man die bisher genannten Behandlungsstrategien im Umgang mit psychischen Erkrankungen zusammen, dann liegt es auf dem Hintergrund steigender Prävalenzraten und gesellschaftlicher Kosten sowie der insgesamt begrenzten Reichweite der bisherigen Interventionen nahe, nach solchen Alternativen zu suchen, die

- möglichst nebenwirkungsfrei sind,
- großen gesellschaftlichen Gruppen gemeindenah zugänglich sind,
- geringe Kosten verursachen,
- sich auf bio-psycho-sozialen Aspekte einer Erkrankung beziehen lassen und
- gleichermaßen in Prävention, Behandlung und Nachsorge anwendbar sind.

Bei diesen Kriterien stellt die Bewegungstherapie neben der Pharmako- und Psychotherapie ein zunehmend bedeutendes therapeutisches Verfahren dar. In der fast 40 Jahre alten Definition des Berufs- und Interessenverbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) wurde sie damals als eine »*ärztlich indizierte und verordnete Bewegung*« verstanden, »*die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird*« (Schüle & Huber 2012, S. 30).

Die Adressaten der so definierten Bewegungstherapie waren anfänglich vor allem Patienten mit funktionellen Einschränkungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädische Erkrankungen und später dann Atemwegs- und Krebserkrankungen. Allmählich erfuhren dann auch psychische und psychosozial bedingte Erkrankungen wie Depression und Sucht eine verstärkte Beachtung. Mittlerweile hat sich das Feld der Bewegungstherapie mit zahlreichen Facetten in der Spanne zwischen Physis und Psyche so ausdifferenziert, dass eine neue Definition für das diesem Lehrbuch zugrunde liegende erweiterte Therapieverständ-

nis notwendig scheint. Unsere Definition am Ende dieses ersten Kapitels ist das Ergebnis von mehreren theoretischen und praktischen Teilschritten, die aus unserer Sicht für die Begründung eines eigenständigen Verfahrens notwendig sind.

Den Weg auf der Suche nach einer für das Thema dieses Lehrbuchs passenden Definition gehen wir im *ersten Kapitel* über mehrere Zwischenschritte. Zunächst über eine Zusammenfassung der historischen Entwicklung dieses Fachgebiets und dann über eine Darstellung des Bewegungsphänomens aus der Sicht unterschiedlicher Fachperspektiven. Im folgenden Teilkapitel verdichten wir die allgemeineren theoretischen Überlegungen auf vier Rahmentheorien, die einen direkten Einfluss auf das hier entwickelte Konzept haben. Wenn therapeutische Interventionsformen im bestehenden System der Gesundheitsversorgung anerkannt werden, bewegen sie sich nicht in einem (ver-)ordnungsfreien Raum, sondern unterliegen dem Nachweis ihrer Wirksamkeit. Daher erläutern wir den national und international üblichen Rahmen der Einordnung von Erkrankungen und setzen uns mit Überlegungen zur Evidenz und Wirksamkeit auseinander. Als Synopse der bisherigen Überlegungen stellen wir am Ende dieses Kapitels eine eigene Definition unseres Verständnisses der Bewegungstherapie vor. Hieran schließen wir einen Überblick zu den bisher eigenständigen diagnostischen Verfahren an. Das erste Kapitel schließt mit Informationen zur aktuellen Verankerung der Bewegungstherapie im klinischen Setting und der Erläuterung von Wegen der Professionalisierung in diesem Arbeitsfeld.

Im *zweiten Kapitel* werden die Merkmale und Besonderheiten der Klientel detailliert erörtert. Wir bringen dies in Verbindung zu spezifischen Zielsetzungen und einer exemplarischen Darstellung von bewegungs- und sportbezogenen Inhalten. Am Schluss dieses Kapitels werden fünf unterschiedliche Settings näher beschrieben.

Das *dritte Kapitel* ist das umfangreichste dieses Buches. Hier werden acht psychiatrische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen nach einheitlichen Gliederungspunkten beschrieben und in einen direkten Bezug zu fachspezifischen Zielen und methodischen Vorgehensweisen gesetzt. Dabei werden zur Veranschaulichung Fallbeispiele in die Darstellung integriert. Am Abschluss jedes Teilkapitels wird der bisherige Forschungsstand erläutert, und die bisherigen Erkenntnisse werden kompakt zusammengefasst.

Das *vierte Kapitel* ist aus den langjährigen klinischen und außerklinischen Erfahrungen im praktischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen bei besonderen Auffälligkeiten und in besonderen Problemlagen entstanden. Es zielt darauf ab, solchen Leserinnen und Lesern Hilfen und Materialien an die Hand zu geben, die an einer direkten praktischen Anwendung interessiert sind.

Arbeitsblätter und Vorlagen zum Download unterstützen den erfolgreichen Wissenstransfer in den eigenen Arbeitskontext.

Geben Sie im Suchfeld auf www.klett-cotta.de den folgenden Such-Code ein:
OM40014

Inhalt

1	Grundlagen und theoretische Orientierungen	1
1.1	Geschichte der Bewegungstherapie bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen	2
1.2	Bewegung als elementares Phänomen von Entwicklung, Erleben und Verhalten	6
1.2.1	Evolutionsbiologie und Entwicklungsphysiologie	7
1.2.2	Entwicklungspsychologie und -pathologie	9
1.2.3	Bewegungswissenschaft	15
1.2.4	Bewegung in Pädagogik und Therapie	17
1.2.5	Bewegung in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen	22
1.3	Rahmentheorien der Bewegungstherapie	24
1.3.1	Anthropologie und Phänomenologie	24
1.3.2	Sportwissenschaft	27
1.3.3	Neurobiologie	40
1.3.4	Salutogenese und Resilienz	44
1.4	Bezugssysteme und Leitlinien	52
1.4.1	Internationale Klassifikationssysteme	52
1.4.2	Nationale Leitlinien und Bewertungssysteme	56
1.5	Evidenzbasierung und Wirksamkeit	59
1.5.1	Evidenzbasierung	61
1.5.2	Wirksamkeit	65
1.6	Bewegungstherapie als eigenständiges Verfahren	70
1.6.1	Definition und Interdisziplinarität	70
1.6.2	Diagnostik	72
1.6.3	Status quo und Entwicklung der Profession	76
1.7	Fazit	80
2	Ziele, Inhalte und Settings	82
2.1	Ziele	85
2.1.1	Unterscheidung von Zielen	86
2.1.2	Ordnung von Zielen	88
2.1.3	Besonderheiten von Zielen in multimodaler Behandlung	90
2.2	Inhalte	96
2.2.1	Spiele und Spielen	98
2.2.2	Üben und Trainieren	104

2.2.3	Erlebnis und Wagnis	110
2.2.4	Darstellen und Gestalten	116
2.2.5	Entspannung und Achtsamkeit	122
2.2.6	Bewegen im Wasser	129
2.2.7	Kampfkünste	135
2.2.8	Exkurs: Pferdegestützte Therapie	141
2.3	Settings	146
2.3.1	Klinik	147
2.3.2	Ambulante Hilfen	150
2.3.3	Jugendhilfe	153
2.3.4	Schulsystem	155
2.3.5	Prävention und Nachsorge	158
2.4	Fazit	161
3	Störungsbilder	163
3.1	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen	168
3.1.1	Klinische Informationen	169
3.1.2	Ziele	177
3.1.3	Methodische Hinweise	182
3.1.4	Forschungslage	186
3.1.5	Zusammenfassung	190
3.2	Störungen des Sozialverhaltens	191
3.2.1	Klinische Informationen	192
3.2.2	Ziele	195
3.2.3	Methodische Hinweise	201
3.2.4	Forschungslage	205
3.2.5	Zusammenfassung	207
3.3	Depressive Störungen	208
3.3.1	Klinische Informationen	209
3.3.2	Ziele	215
3.3.3	Methodische Hinweise	219
3.3.4	Forschungslage	225
3.3.5	Zusammenfassung	227
3.4	Angststörungen	228
3.4.1	Klinische Informationen	229
3.4.2	Ziele	236
3.4.3	Methodische Hinweise	244
3.4.4	Forschungslage	249
3.4.5	Zusammenfassung	251

3.5	Essstörungen	252
3.5.1	Klinische Informationen	253
3.5.2	Ziele	259
3.5.3	Methodische Hinweise	266
3.5.4	Forschungslage	271
3.5.5	Zusammenfassung	276
3.6	Sucht, Missbrauch und Abhängigkeit	276
3.6.1	Klinische Informationen	281
3.6.2	Ziele	291
3.6.3	Methodische Hinweise	300
3.6.4	Forschungslage	303
3.6.5	Zusammenfassung	306
3.7	Schizophrene Störungen	306
3.7.1	Klinische Informationen	308
3.7.2	Ziele	317
3.7.3	Methodische Hinweise	326
3.7.4	Forschungslage	331
3.7.5	Zusammenfassung	335
3.8	Autismus-Spektrum-Störungen	336
3.8.1	Klinische Informationen	337
3.8.2	Ziele	342
3.8.3	Methodische Hinweise	352
3.8.4	Forschungslage	362
3.8.5	Zusammenfassung	367
3.9	Fazit	367
4	Praktische Handreichungen und Hilfen	372
4.1	Hilfen zur Vorbereitung der Therapie	373
4.1.1	Patienteninformationen	373
4.1.2	Erstgespräch mit Jugendlichen	375
4.1.3	Erstkontakt mit Kindern	383
4.1.4	Auswahl geeigneter Therapieformate	386
4.2	Hilfen zur Durchführung der Therapie	388
4.2.1	Struktur der Therapieeinheiten	388
4.2.2	Umgang mit herausforderndem Verhalten	390
4.2.3	Reflexion von Erleben und Verhalten	396
4.3	Hilfen zur Nachbereitung der Therapie	403
4.3.1	Dokumentation	404
4.3.2	Aufbereitung von Therapieerfahrungen	410

4.4 Hilfen für den Therapeuten	416
4.4.1 Der »gute« Therapeut	416
4.4.2 Der »gesunde« Therapeut	419
4.5 Fazit	421
5 Ausblick	424
Literatur	426
Sachverzeichnis	464

1 Grundlagen und theoretische Orientierungen

Das Wissen, dass psychischen Erkrankungen auch mit einer Beeinflussung des körperlichen Zustandes und der Anwendung von bewegungsorientierten Maßnahmen begegnet werden kann, ist alt und lässt sich weltweit in unterschiedlichen Heilkulturen beobachten. Auf die ältere Geschichte und einen interkulturellen Vergleich können wir hier nicht eingehen. Wir beschränken uns im ersten Teilkapitel auf den Zeitraum vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis heute sowie auf die Entwicklung und den Stellenwert von Bewegung, Spiel und Sport in der Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Da sich in diesem Teilbereich der Gesundheitsversorgung eine immer größere Vielfalt, aber auch eine Unübersichtlichkeit in den Konzepten und theoretischen Orientierungen entwickelt hat, die letztlich einer breiteren Anerkennung im medizinischen Versorgungssystem entgegensteht, streben wir in diesem Lehrbuch eine größere Eindeutigkeit an. Wir beziehen uns vorwiegend auf die Bewegungs- und Sportwissenschaft, wie sie sich nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland entwickelt hat. Dies ist zwar auch eine »fragile« Eindeutigkeit, da diese Disziplin wiederum eine Querschnittswissenschaft ist, aber ihr zentraler gemeinsamer Gegenstand ist die menschliche Bewegung.

Als Vorbereitung für eine Darstellung verschiedener Rahmentheorien, die für die therapeutische Anwendung von Bedeutung sind, gehen wir zunächst näher dem Bewegungsphänomen als grundlegendem Element der menschlichen Entwicklung, des Erlebens und des Verhaltens nach. Dies geschieht aus unterschiedlichen Perspektiven, die natur- und geisteswissenschaftliche, psychologische, pädagogische und soziologische Fragen berühren. Nach einer präzisen Darstellung ausgewählter Bezugstheorien, die neben der Beschreibung und Klassifikation von Erkrankungen auch die Bewegungstherapie als Interventionsform erwähnen, gehen wir in den folgenden Teilkapiteln näher auf das wissenschaftliche Umfeld ein, in dem sich dieses therapeutische Verfahren nicht nur in Deutschland bewegt. Das erste Kapitel endet mit einer Synopse der bisherigen Überlegungen und einer Definition der Bewegungstherapie als einem *eigenständigen Verfahren* im Spektrum der Interventionen bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen. Ergänzend werden hierzu fachspezifische Aspekte der Diagnostik und Formen der Professionalisierung dieser Therapieform in Deutschland dargestellt.

1.1 Geschichte der Bewegungstherapie bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

Eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Überlegungen entstehen in Deutschland ab dem Ende des 19. Jahrhunderts. Dies hängt u. a. mit der Anerkennung von Kindheit und Jugend als eigenständigem Lebensabschnitt zusammen. Das erste deutschsprachige Lehrbuch zu »Psychischen Störungen des Kindesalters« von Emminghaus, in dem Bewegung und vor allem hydrotherapeutischen Maßnahmen erwähnt werden, erschien 1887 (Emminghaus & Gerhardt 1887). Aber schon einige Jahre zuvor finden sich vereinzelt Fachbeiträge, die u. a. das »Turnen in Idiotenanstalten« (Rall 1880) thematisieren. 1904 verfasste Heller (1904) sein Lehrwerk »Grundriss der Heilpädagogik«, das sich aus kinderpsychologischer und heilpädagogischer Perspektive mit denselben Adressaten beschäftigt. Bei Heller sind dies v. a. Kinder und Jugendliche mit angeborenen oder erworbenen Sinnesbehinderungen, mit Störungen der motorischen, sprachlichen, kognitiven oder emotionalen Entwicklung sowie Schwererziehbare und Dissoziale, wohingegen Emminghaus schwerpunktmäßig auf die sog. Kinderpsychosen eingeht.

Die institutionelle Betreuung dieser insgesamt sehr heterogenen Klientel fand bis Mitte des letzten Jahrhunderts größtenteils in allgemeinspsychiatrischen Anstalten statt, z. B. in der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich, in der Westfälischen Klinik für Jugendpsychiatrie in Gütersloh, in Sondereinrichtungen für Sinnesbehinderte oder auch in besonderen Erziehungsheimen, wie in dem von August Aichhorn geleiteten Heim in Oberhollabrunn bei Wien.

Die disziplinäre Zuständigkeit im Hinblick auf die Diagnostik, die Behandlungsmethoden und die Unterbringung für diesen Bereich bewegte sich zwischen Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik, z. T. verbunden mit »Dominanzansprüchen« der unterschiedlichen Disziplinen. So nannte Czerny 1919 seine Vorlesungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie in Straßburg »Der Arzt als Erzieher des Kindes«, und er verstand die Heilpädagogik als eine Art »angewandte Kinderpsychiatrie« (Neuhäuser 1990, S. 122). Der Züricher Psychologe und Heilpädagoge Hanselmann wies hingegen 1958 im Nachwort seines erstmalig 1930 erschienenen Standardwerks »Einführung in die Heilpädagogik« mit aller Bestimmtheit »jene Hybris zurück«, die »auf psychiatrischer Seite hie und da zum Ausdruck kommt und in welcher der Heilpädagoge nur als eine Art Unterassistent oder als besserer Wärter betrachtet wird, der nichts Anderes tun sollte, als ärztliche Befehle auszuführen« (ebd., S. 544).

Blickt man auf die Entstehungszeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück, dann zeigt sich, dass sich damals schon Fragen und Probleme andeuteten, die bis heute noch aktuell erscheinen, wie z. B. die Frage nach den Adressaten sowie die nach der disziplinären Zuständigkeit und den Institutionen, die eine Behandlung oder Förderung vornehmen sollen.

Die disziplinären Zuständigkeiten und – damit verbunden – die Institutionen, in denen eine Behandlung oder Förderung stattfindet, sind bis heute nicht ein-

deutig geregelt. Dies hängt neben der Intensität und Qualität der Diagnostik auch mit den regional verschiedenen Behandlungs- und Fördermöglichkeiten zusammen. Zusätzlich bestehen Unklarheiten, welche bewegungsorientierten Teildisziplinen, oder die Ergo- und Physiotherapie, für welche sensomotorischen Auffälligkeiten im Kindesalter zuständig sind. Bei der Fülle von spiel-, sport-, körper- und bewegungsorientierten Inhalten und Verfahren, die seit dem Bestehen einer eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie für diesen Bereich genannt werden, bietet sich zur Klarstellung eine Systematik an, die mit kleinen Varianten von unterschiedlichen Autoren vorgeschlagen wird (Löwnau 1957; Braun 1990; Hölter 2011a). Es handelt sich um Ziele und Verfahren, die sich im Schwerpunkt auf die folgenden drei Aspekte beziehen:

1. eine Veränderung bzw. Verbesserung der Funktionalität von Motorik und Wahrnehmung, vornehmlich durch Übung und Training,
2. eine Veränderung bzw. Verbesserung von Motorik und Wahrnehmung, verbunden mit dem Anspruch einer Förderung kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen und
3. eine psychotherapeutische Behandlung, bei der Bewegung, Spiel und Sport als ein kindgemäßes therapeutisches Medium angesehen wird, in dem sich zentrale Konfliktlagen offenbaren können.

Zu 1: Die ersten Vorschläge zu körper- und bewegungsorientierten Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren ausschließlich funktionell ausgerichtet. Sie folgten vorwiegend dem Ziel, den Patienten »ruhig zu stellen« und seine Bewegungsfähigkeit einzuschränken. Emminghaus greift diese Vorschläge auf, allerdings legte er großen Wert darauf, dass seine Behandlungen ohne Zwang durchgeführt werden. Er empfahl u. a. kalte Abwaschungen, feuchte Einpackungen und warme Vollbäder bei einzelnen kinderpsychiatrischen Störungsbildern, etwa bei der Melancholie oder der Hypochondrie. Außerdem erwähnte er häufig das *elektrotherapeutische Verfahren der Galvanisation* (Gleichstromtherapie) sowie Massagen, Diäten und gesunde Ernährung.

Diese Empfehlungen finden sich auch in späteren Publikationen (Asperger 1968; Hamburger 1939). Dabei betrachtet z. B. Asperger die hydrotherapeutischen Mittel sehr differenziert: So empfiehlt er warme Bäder zur Beruhigung, rät jedoch von Kaltwasserkuren wegen der erregenden Wirkung ab. Bewegung im Sinne von Sport und Muskelarbeit wird in den kinderpsychiatrischen Lehrbüchern zunächst nur als präventive Maßnahme zur Verhütung von psychiatrischen Krankheiten erwähnt. So schlägt Emminghaus zur Prophylaxe der kindlichen Hypochondrie u. a. »Turnen, Schwimmen, Spaziergänge, (und) gehörige Muskelübung« vor (Emminghaus & Gerhardt 1887, S. 198). Bei Hanselmann, Asperger und Lutz (Hanselmann 1958; Lutz 1961; Asperger 1968) wird dann die Nützlichkeit des Turnens und vor allem der Rhythmik bei der Behandlung psychisch kranker Kinder herausgestellt. So konstatiert Asperger, dass in der Behandlung der Neuropathen die »körperliche Betätigung« eine große Rolle spiele, da »wesentlich für die Neuropathen (...) der leere Bewegungsluxus« sei. Weiter meint er dazu: »Gelingt es nun, anstelle dieser gestörten Motorik (...) gelöste Bewe-

gung zu setzen, so hat man (...) nicht nur die Motorik, sondern die ganze Persönlichkeit auf eine höhere Stufe der Integration gehoben (...). Eine wesentliche Hilfe ist dabei (...) Rhythmus und Melodie« (Asperger 1968, S. 74). Allerdings gehen diese Ausführungen schon über eine funktionelle Betrachtung der Bewegung hinaus. Sie bilden vielmehr die Grundlage für die Entwicklung weiterer, weitaus weniger funktionell orientierter bewegungstherapeutischer Methoden, wie sie unter den Stichworten Psychomotorik und Psychotherapie beschrieben werden.

Zu den aktuellen mehr funktionsorientierten Konzepten müssen u. a. die Sensorische Integrationsbehandlung nach Jean Ayres gezählt werden sowie weitere Wahrnehmungstrainings- und Förderprogramme bei Teilleistungsschwächen bzw. umschriebenen Entwicklungsstörungen. Zudem lassen sich auch einige Entspannungsverfahren zu den eher funktionell ausgerichteten Methoden zählen. Darüber hinaus wurde in den letzten Jahren das Neurofeedback vor allem in der Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen beschrieben (Lindermüller et al. 2014).

Zu 2: Die zweite Facette der Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Anspruch über die Motorik hinaus zu wirken, wurde ab Mitte der 1950er-Jahre durch den Diplom-Sportlehrer und späteren Professor für Sportwissenschaft an der Universität Frankfurt, E.J. Kiphard, zunächst unter dem Namen »Psychomotorische Übungsbehandlung« entwickelt. In Zusammenarbeit mit der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den klinisch-heilpädagogisch orientierten Psychologen Schilling und Eggert wurde dieser Ansatz später in Analogie zur Logopädie als Mototherapie und Motopädagogik bzw. unter dem Sammelbegriff »Psychomotorik« bekannt. Heute noch berufen sich mehr als zwei Drittel der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten auf die »Psychomotorik« als dem ihrer Arbeit zugrunde liegenden Konzept (Welsche et al. 2009).

Dabei ist die Psychomotorik im Kiphard'schen Sinne deutlich vom Psychomotorik-Begriff in der psychiatrischen und kognitionspsychologischen Grundlagenforschung zu trennen. Kiphards praxeologischer Ansatz mit unterschiedlichen theoretischen Begründungsmustern – von der Bewegungslehre und Sensomotorik über die Leibeszziehung bis zur Sonderpädagogik – findet trotz einer breiten internationalen Anerkennung keine direkte Entsprechung in englisch- oder französischsprachigen Publikationen. Hier wird der Begriff »Psychomotorik« fast ausschließlich entweder empirisch bewegungsanalytisch und neurologisch oder in der Tradition von Piaget und Ajuriaguerra, d.h. kognitionspsychologisch und psychiatrisch, ausgelegt bzw. – vor allem in Frankreich – auch als tiefenpsychologisch-psychotherapeutisches Verfahren verstanden (Basquin et al. 1988).

Der Kinderpsychiater Göllnitz entwickelte fast zeitgleich, ab 1950, in Rostock eine ähnliche Methode der Bewegungsförderung, die er »rhythmisch-psychomotorische Therapie« nannte (Göllnitz & Schulz-Wulf 1976, S. 400 ff.). Er bezog diese Intervention ursprünglich auf Kinder mit frühkindlichem Hirnschaden, weitete das Konzept jedoch später aus, da er feststellte, dass es bei Kindern mit unterschiedlichen psychischen Störungen sinnvoll einzusetzen war. Zudem verfolgte er zunächst eine sehr straffe, rein auf die Verbesserung der Motorik aus-

gerichtete funktionelle Übungstherapie, erkannte aber später, dass dies »viel zu sehr von einem gewollten therapeutischen Effekt aus entwickelt« war (ebd., S. 120) und die Kinder hierbei eine zu geringe Motivation und wenig Freude hatten. Daher strebte er später eine über die Funktionalität hinausgehende, »die ganze Persönlichkeit fesselnde, beeinflussende und fördernde, über den motorischen Rückstand und umschriebenen Defekt gezielt ansetzende heilpädagogische Therapie« an (ebd.).

Kiphard und seine Kollegen aus dem Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie waren sehr an einer wissenschaftlichen Fundierung des Ansatzes interessiert. Neben Forschungsprojekten zur Förderung von Kindern mit hirnrorganischen Defiziten sowie zur Diagnostik fanden ab 1968 regelmäßig internationale Motorik-Symposien statt (Eggert & Kiphard 1972). So war Kiphards Ansatz dann auch bald in den kinderpsychiatrischen Lehrbüchern zu finden und wurde international rezipiert. Allerdings hat dieses Konzept in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 20 Jahre später einen erheblichen Bedeutungsverlust erfahren. So bemerkt Steinhausen:

*In der Gegenwart hat die Ausstrahlung der Mototherapie (...) – nicht ganz unabhängig von fehlenden gestalterischen Ansätzen und Persönlichkeiten – deutlich nachgelassen. Auch sind der Entwicklung von Behandlungsansätzen Bemühungen zur Evaluation der Effekte nicht gleichermaßen gefolgt. Diese sind aber in Zeiten evidenzbasierter Medizin unablässig (...).«
(Steinhausen 2010, S. 454)*

Diese Kritik ist insofern berechtigt, da sich nicht nur die Psychomotorik Kiphard'scher Prägung, sondern die Bewegungstherapie mit Kindern allgemein in verschiedene Richtungen ausdifferenziert hat. Die »gestalterischen Ansätze« haben sich zwar vervielfacht, die Bewegungstherapie als therapeutisches Verfahren wurde dadurch aber diffuser und schwieriger evaluierbar. Der Anteil von Themen zu Fragen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im engeren Sinne ist in der deutschen Psychomotorik auf unter 10 % gesunken und damit auch der Anteil an klinischen Evaluationen (Fischer & Behrens 2012). Im Umfeld der akademischen Sportwissenschaft finden sich zwar mehrere umfangreiche Publikationen zur Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hölter 2011a; Deimel & Thimme 2016), aber insgesamt hat dieses Thema bisher in der deutschen Sportwissenschaft eine eher marginale Bedeutung.

Zu 3: Eine dritte Facette der Bewegungstherapie mit Kindern und Jugendlichen orientiert sich mehr an psychotherapeutischen Theorien. Sie nutzt Bewegungsaktivitäten, u. a. in der Psychomotorik, im Spiel oder im Tanz, als attraktives Medium für Interventionen in einem mehr kindertherapeutischen Sinne. Dabei verlagert sich der Akzent von funktionellen oder erlebnisorientierten Aspekten zum symbolischen Ausdruck von Konflikten, die sich in Bewegungs- und Spielaktivitäten »leibhaftig« offenbaren können. Das macht für Bewegungstherapeuten zusätzlich psychotherapeutische Kenntnisse erforderlich, die sowohl in den berufsspezifischen Fort- und Weiterbildungen vermittelt werden als auch

das zentrale Anliegen von erheblich aufwendigeren bewegungspsychotherapeutischen Zusatzqualifikationen sind, etwa der Tanztherapie oder der Konzentrativen Bewegungstherapie. Über solche Zusatz- und Doppelqualifikationen verfügen mittlerweile eine Reihe von Fachpersonen, die im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind (Welsche et al. 2007).

Resümiert man die über hundertjährige Geschichte der Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, so lässt sich eine Entwicklung von der Förderung körperlicher Funktionen durch angeleitete Übungen über die stärkere Berücksichtigung des Erlebnischarakters von Bewegung, Spiel und Sport bis hin zur psychotherapeutischen Interpretation des Bewegungsgeschehens beobachten.

1.2 Bewegung als elementares Phänomen von Entwicklung, Erleben und Verhalten

Die menschliche Bewegung ist ein komplexes Phänomen, dem man sich von vielen Perspektiven her annähern kann. Für dieses Lehrbuch beschränken wir uns auf die Betrachtung von solchen Sichtweisen, die beitragen können, eine eigenständige Bewegungstherapie für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zu begründen. Dies sind in der Mehrzahl Perspektiven, die sich einem erklärenden Wissenschaftsmodell verpflichtet sehen und die bei dem augenblicklichen Erkenntnisstand in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dort anschlussfähig sind.

Als erste Perspektive beschreiben wir einige ausgewählte evolutionsbiologische und entwicklungsphysiologische Aspekte, die auch die Basis für das Bewegungshandeln in einem therapeutischen Kontext bilden. Wir deuten hier solche Verbindungen nur kurz an und werden sie an anderer Stelle wieder aufgreifen.

Als zweite Perspektive werden mit der Entwicklungspsychologie und -pathologie solche Prozesse beispielhaft beschrieben, die Bewegung im Zusammenhang mit der Aneignung von kognitivem und emotional-sozialem Verhalten thematisieren und auffällige Entwicklungsprozesse analysieren.

Die dritte Perspektive beschäftigt sich mit der Beschreibung und Analyse des Bewegungsphänomens selbst – zum einen als Gegenstand einer allgemeinen *Bewegungswissenschaft* (movement sciences), zum anderen als Gegenstand der kognitiven Psychologie.

Im Mittelpunkt der vierten Perspektive steht die Frage nach der Bedeutung von Bewegung, Spiel und Sport in pädagogischen und therapeutischen Kontexten.

In einer fünften Perspektive wird auf Ergebnisse von neueren Studien zur Kindheit und Jugend in Deutschland eingegangen, in denen die Bedeutung von Bewegung, Spiel und Sport für das Erleben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen beschrieben wird.

Wir beenden dieses Kapitel mit einem Fazit, in dem noch einmal zusammenfassend die Besonderheit und Eigenständigkeit des Bewegungsphänomens verdeutlicht wird.

1.2.1 Evolutionsbiologie und Entwicklungsphysiologie

Evolutionsbiologie

Die besonderen sozialen, sprachlichen und kulturellen Leistungen des Menschen beruhen auf stammesgeschichtlichen Entwicklungen, die sich über einen Zeitraum von ungefähr 3,3 Millionen Jahre erstrecken. Die Evolutionsbiologie erforscht diese Entwicklungen, und in Bezug auf die Motorik lassen sich hier mehrere Teilphänomene beobachten.

Bedingt durch sich verändernde Umweltbedingungen verfügt der Mensch schon sehr früh über die Fähigkeit zum aufrechten Gang. Dadurch werden die Hände fast vollständig von der Fortbewegungsfunktion freigestellt und ermöglichen zum einen den Werkzeuggebrauch. Zum anderen bilden sie sich zu einem wichtigen Wahrnehmungs- und Spürorgan aus und sind mit ihrer Fähigkeit zur Gestik eine wesentliche Grundlage der Kommunikation. Im Bereich des Kehlkopfes verändern sich zudem die Schleimhäute und bereiten so seine Umgestaltung zum Gebrauch der Sprache vor.

Der aufrechte Gang, eine differenzierte Handhabung der Hände als Werkzeug, Spür- und Zeigeorgan sowie die Fähigkeit zur Sprache sind konstitutive Merkmale des Menschen. Weitere evolutionsbiologische Bezüge zur Bewegungstherapie verweisen auf den Unterschied zwischen willkürlichen und unwillkürlichen (autonomen) Bewegungen. »Autonom« sind neben der propriozeptiven, vestibulären und taktilen Wahrnehmung alle Grundbewegungen der Extremitäten, z. B. das Mitschwingen der Arme beim Gehen, die Atembewegungen, die Steuerung der Ausscheidungsfunktionen, aber auch gelernte und dann automatisierte Bewegungen, wie sie z. B. bei vielen »gekonnten« sportlichen Bewegungen eine Rolle spielen. Neurologisch werden die autonomen Bewegungen durch das Stammhirn und das verlängerte Rückenmark gesteuert und sind eng mit Emotionen verbunden. Daher mag vielleicht auch die Aussage rühren, dass der Körper »nicht lüge«. Allerdings sind gute Schauspieler in der Lage, ihren körperlichen Ausdruck und ihre Emotionen so zu manipulieren, dass autonome Reaktionen geschickt überlagert werden können. Dies gelingt Kindern und Jugendlichen manchmal auch.

Willkürliche Bewegungen, wie das Erlernen schwieriger motorischer Abläufe, die Sprachproduktion sowie der differenzierte Einsatz von Mimik und Gestik, werden von der Hirnrinde und dort von spezifischen Hirnarealen gesteuert. Willkürbewegungen und autonome Bewegungen sind nicht voneinander getrennt zu denken. Sie hängen miteinander zusammen, denn »autonome Bewegungen können nicht willentlich intendiert, aber von Willkürbewegungen überformt und so in deren Dienst gestellt werden« (Duncker 2005, S. 180). Ein Beispiel für die willkürliche Übung eigentlich autonom ablaufender Vorgänge sind die zahlreichen bewegungstherapeutischen Techniken zur Steuerung der Atmung oder

der Beeinflussung von Tonus, Haltung und Rhythmus, die sich in fast allen bewegungstherapeutischen Verfahren in unterschiedlichen Varianten wiederfinden. Besonders konsequent orientiert sich der ergotherapeutisch-psychomotorische Ansatz der Sensorischen Integration an der Vorstellung, dass aufgrund der evolutionsbiologisch geprägten neurologischen Organisation eine wichtige Beeinflussung kindlicher Auffälligkeiten von der Lernbehinderung bis zur Verhaltensstörung gelingen könnte. Dies ist allerdings empirisch bisher kaum belegbar (Leyendecker 2005).

Der Schwerpunkt bewegungstherapeutischer Interventionen bei psychischen Erkrankungen liegt zwar nicht auf einer Behandlung funktioneller Störungen, aber dennoch sind »autonome« Bewegungsäußerungen wie Atmung, Tonus, Raumorientierung und Gleichgewichtsregulierung bedeutsam. Sie zeigen sich z. B. in der Praxis oder in der Diagnostik: Welche Standfestigkeit erfordert ein gezielter Wurf mit dem Ball? Welche Regulation des Gleichgewichts hilft mir beim Ringen und Raufen? Was bedeutet eine gute Raumorientierung bei Mannschaftsspielen? Welche Funktion hat eine gute Atmung beim Krafttraining usw.? Die Willkürmotorik spielt hingegen im Hinblick auf die Sprachfähigkeit und die menschliche Kultur- und Sozialentwicklung eine entscheidende Rolle. Dies sind beides interessante Aspekte, die wir an dieser Stelle nicht vertiefen können.

Entwicklungsphysiologie

Die Entwicklungsphysiologie beschäftigt sich nicht mit der Phylogenese, also der allgemeinen Entwicklung des Menschen, sondern mit seiner individuellen Entwicklung, der Ontogenese. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie sich die »normalen« körperlichen Vorgänge von der vorgeburtlichen Entwicklung bis zur Adoleszenz beschreiben lassen. Die hierfür untersuchten physiologischen Aspekte haben sich analog zu der Entwicklung in der allgemeinen Medizin immer mehr ausdifferenziert, sodass sie sich heute nicht nur auf die Entwicklung von körperlichem Wachstum, Atmung, Ernährungsverhalten, Verdauung oder Kreislauf beziehen, sondern auch auf die Genetik, das Immunsystem und die hormonelle und neurologische Steuerung.

Uns ist bewusst, dass die genannten Aspekte miteinander verknüpft sind und einen Bezug zur motorischen Leistungsfähigkeit und Bewegungsfähigkeit haben können. Dies ist z. B. bei Früh- und Risikogeburten der Fall, die beträchtliche nachgeburtliche Auswirkungen auf die motorische, sozial-emotionale und kognitive Entwicklung haben können (Gebhard 2009). Wir beschränken uns hier auf eine Betrachtung der Entwicklung von Motorik und Wahrnehmung und ihrer möglichen Einflüsse, vor allem im Hinblick auf psychische Störungen. Dies ist insofern nicht neu, da sich die entwicklungsphysiologischen und neuropsychologischen »Klassiker« von Gesell und Amatruda (*The Clinic of Child Development*) immer schon den pathologischen Abweichungen und dem speziellen Wahrnehmungs- und Bewegungsverhalten – z. B. bei Kindern mit autistischen und psychotischen Störungen oder mit einer damals sog. *Minimal Brain Damage* (MBD) – gewidmet haben (Knobloch & Pasamanick 1974, 1958). Obwohl sich die

hiervon abgeleiteten Verhaltensbeobachtungen und Entwicklungstests (z. B. Kiphard 1970; Pikler 1988) meistens auf das frühe Kindesalter bis 6 Jahre beziehen, lassen sich auch für das spätere Kindesalter bedeutsame Zusammenhänge zwischen psychischer und motorischer Entwicklung nachweisen. Wie eng entwicklungsphysiologische Aspekte mit psychischen Auffälligkeiten verbunden sein können, illustriert das folgende Fallbeispiel.

Matthias

Der 13-jährige Matthias besucht eine Förderschule für emotionale und soziale Entwicklung. Zur diagnostischen Abklärung seines sozial-oppositionellen Verhaltens befindet er sich in stationärer klinischer Behandlung. Sein Verhalten wurde dann besonders übergriffig, wenn er in Sport- und Spielsituationen merkte, dass er nicht mehr angespielt wurde und sich somit ausgeschlossen fühlte. Bei genauerem Hinsehen hing dies u. a. damit zusammen, dass er kaum in der Lage war, einen Ball zu fangen oder zielgerichtet zu werfen. Nach einer intensiven motorischen Diagnostik und der Überprüfung seiner Wahrnehmungsfähigkeiten stellte sich heraus, dass er über keine altersgemäße Orientierung im Raum verfügte und er aufgrund einer visuellen Störung Schwierigkeiten bei der Auge-Hand-Koordination hatte. In der Bewegungstherapie wurde daher eine gezielte Einflussnahme auf seine *umschriebene motorische Entwicklungsstörung* (UMES; international: *Developmental Coordination Disorder*, DCD) versucht. Hierzu gehörten u. a. das gezielte Üben von elementaren Bewegungsfähigkeiten und der Ausgleich von sensorischen Defiziten.

Es kann daher mit zu den Aufgaben des Bewegungstherapeuten zählen, nicht altersgemäße motorische Entwicklungsschritte in Trainings- oder Übungsschleifen nachzuholen oder Defizite in der Wahrnehmung auszugleichen. Dies setzt eine vertiefte Kenntnis der normalen und abweichenden Motorik- und Wahrnehmungsentwicklung voraus.

1.2.2 Entwicklungspsychologie und -pathologie

Die Entwicklungspsychologie befasst sich als über 100-jährige Teildisziplin der Psychologie mit der Beschreibung und Erforschung unterschiedlicher Facetten der menschlichen Entwicklung über die Lebensspanne. Hierzu gehören an prominenter Stelle die körperliche und motorische Entwicklung, die als Wachstum und Reifung besonders deutlich von außen erkennbar sind. Es gibt zahlreiche Darstellungen, die z. B. die Entwicklung vom Liegen und Krabbeln zum selbstständigen Gehen zeigen. In diesen grafischen Darstellungen ist jedoch meistens nicht erkennbar, dass mit den motorischen Entwicklungsschritten und einer stetigen Weiterentwicklung der Bewegungsfähigkeit weitere wichtige Facetten der Entwicklung im Bereich der Kognition, der Emotion und des sozialen Verhaltens verknüpft sind. Die Verbindungen zwischen Bewegung und anderen Aspekten des Verhaltens sind im frühen und mittleren Kindesalter deutlich erkennbarer, als dies später der Fall ist. Beginnend mit dem Jugendalter findet allmählich eine Überlagerung von sichtbaren körperlichen Ausdrucksformen statt. Das Verhalten wirkt dann häufig als »cool«, Emotionen wie Freude, Interesse, Wut oder Scham werden so weit wie möglich verborgen, was insgesamt die Einschätzung

des psychischen Zustands schwieriger macht. Bei verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen können frühere Entwicklungsstadien reaktiviert oder der innere Zustand in extremer Form körperlich ausgedrückt werden. Dies gilt für viele Menschen in besonderen Konflikt- oder Gefühlslagen, sodass frühere motorische Muster wie Hin- und Herwiegen oder Fingerlutschen wiederaufgenommen werden, wenn auch weniger stark.

Wir werden uns in der weiteren Darstellung exemplarisch auf zwei Bereiche beschränken, in denen die herausragende Bedeutung des Bewegungsphänomens empirisch sehr gut belegt ist: auf die Ausbildung von exekutiven Funktionen und die Entwicklung des Selbstkonzepts. Dabei werden wir gestörten Entwicklungsverläufen, wie sie intensiver in der neueren Disziplin der Entwicklungspsychopathologie thematisiert werden, eine besondere Aufmerksamkeit schenken.

Bevor wir hierauf näher eingehen, soll noch auf zwei sehr aktuelle theoretische Hintergrundaspekte hingewiesen werden, die in der neueren Entwicklungspsychologie zu einem verstärkten Interesse an einer Neubewertung und Würdigung von Bewegung und Körperlichkeit geführt haben: auf die Rezeption des Entwicklungsphysiologen Bernstein in den USA, u. a. durch Thelen und Smith (2006) und auf die Embodiment-Forschung in der kognitiven Psychologie.

Thelen und Smith schreiben Körperlichkeit und Bewegung eine fundamentale und verbindende Bedeutung für alle Entwicklungsbereiche zu. Die Entwicklung wird dabei nicht als Folge von motorisch-kognitiv gesteuerten Programmen aufgefasst, sondern als handlungsbezogene Person-Umwelt-Beziehung (Fischer 2011; Bahr et al. 2016). Eine besondere Rolle spielt dabei die Selbstregulation, die bei dem Konzept der entwicklungsorientierten Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Mattejat & Remschmidt 2008) ebenfalls als ein herausragendes Merkmal von Entwicklung genannt wird.

Die Embodiment-Forschung kann als eine kognitiv-neurologische Facette der Leib-Seele-Diskussion verstanden werden. In dieser Forschungsrichtung wird versucht, das wechselseitige Verhältnis zwischen Körper- und Bewegungsgeschehen und seelischem Erleben auf der Basis neuerer kognitionspsychologischer Theorien und mithilfe einer weiterentwickelten neurologischen Diagnostik näher zu untersuchen (Storch et al. 2006, 2017). Ähnlich wie bei dem dynamisch-systemischen Entwicklungsverständnis wird Denken, Geist und seelisches Erleben als ein Prozess verstanden, dem im Austausch mit der Umwelt ein körperliches Geschehen zugrunde liegt; »dass der Geist, also Verstand, Denken, das kognitive System, die Psyche mitsamt seinem Organ, dem Gehirn, immer in Bezug zum gesamten Körper steht. Geist/Gehirn und Körper wiederum sind in die restliche Umwelt eingebettet.« (ebd., S. 15) Der Prozess der gegenseitigen Beeinflussung wird entscheidend durch Umweltfaktoren, z. B. gesellschaftliche Normen oder Geschlechterklischees, und fast noch stärker durch die Meinung der »Peers« beeinflusst. Entspricht es z. B. den gesellschaftlichen Normen, dass Jungen nicht weinen oder verlieren dürfen, oder ist es »uncool«, überhaupt Gefühle oder Interesse zu zeigen, dann hat das auch Auswirkungen auf die Realisierung und Akzeptanz von therapeutischen Bemühungen und Konsequenzen bei der Aus-

wahl von geeigneten Therapieverfahren bei der Anwendung der therapeutischen Methodik.

Ein Beispiel der Relevanz der Embodiment-Forschung für die Bewegungstherapie sind hierbei u. a. die empirischen Arbeiten zur nonverbalen Synchronie, die schon vor vielen Jahren als ein bedeutender Wirkfaktor in der Tanz- und Bewegungstherapie identifiziert wurde (Schmais 1991). Es geht dabei um das Phänomen des gleichzeitigen Mitbewegens oder des Spiegeln von Bewegungen im Dialog zwischen Therapeuten und Patienten. Es lässt sich heute nachweisen, dass eine hohe Synchronie mit einer höheren Beziehungsqualität und positiven Affekten verbunden ist. Was zunächst im Hinblick auf die Mimik und Gestik bei verhaltens- und familientherapeutischen Interventionen in dyadischen Interaktionen untersucht wurde, lässt sich mittlerweile auch bei komplexen Bewegungssituationen nachweisen, u. a. bei schizophrenen Patienten (Martin et al. 2016). Weitere Untersuchungen zur Resonanz und zum Rhythmus versprechen ebenfalls Ergebnisse, die den wechselseitigen Einfluss des Körpergeschehens auf das psychische Erleben bestätigen (Tschacher & Storch 2017).

Während die Studien zum Embodiment zurzeit noch eher der Grundlagenforschung zuzurechnen sind, haben andere Forschungsergebnisse, z. B. zu den Auswirkungen von Bewegungsaktivitäten bei Kindern auf ausgewählte Aspekte von kognitivem und psychischem Verhalten, eine längere Tradition. Dies wird im Folgenden mit Bezug auf zwei Bereiche einer Einflussnahme durch Bewegung dargestellt, die in der Mehrzahl in den Symptombeschreibungen bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle spielen: die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Bewegungsaktivitäten und ausgewählten kognitiven Funktionen sowie die Rolle von Körperlichkeit und Bewegung bei der Entwicklung des Selbstkonzepts.

Bewegung und exekutive Funktionen

In der Vergangenheit wurde schon häufiger die Frage gestellt, ob Bewegung nicht nur motorisch geschickter und funktionell gesünder mache – was sie tut –, sondern auch schlauer und sozial kompetenter. Empirische Nachweise hierfür waren in dieser Pauschalität kaum zu erbringen und führten z. T. zu einer Kritik am sog. »Tugendkatalog des Sports«, die sich bis heute noch auf die Akzeptanz der Bewegungstherapie im klinischen Rahmen auswirkt. Auf der Suche nach einem Zusammenhang zwischen Bewegungsaktivitäten von Kindern und Jugendlichen und Kognition wurden in den letzten Jahren zunehmend die Auswirkungen von Bewegung auf einzelne kognitive Funktionen untersucht. Dazu gehörte z. B. die Anspruchsniveausetzung in der Motivationsforschung, die eine strukturelle Ähnlichkeit mit Bewegungsaufgaben hat.

Denn bei einer einfachen Bewegungsaufgabe wie »Werft den Ball so an die Wand, dass Ihr ihn, ohne dass er den Boden berührt, direkt auffangen könnt!« werden neben motorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten Facetten einer Selbsteinschätzung und -regulation wirksam, die auf mehreren kognitiven Prozessen beruhen. Sie werden in den zahlreichen Forschungsarbeiten zu den exekutiven

Funktionen nach den Aspekten *Arbeitsgedächtnis*, *Inhibition* und *kognitive Flexibilität* genauer differenziert, und sie lassen sich auf den Bereich der Bewegungsförderung übertragen (► Abb. 1-1).



Abb. 1-1 Aspekte der exekutiven Funktionen und ihre Aufgaben (mod. nach Deffner 2017)

Bezieht man die in der Abbildung genannten Aspekte auf die Bewältigung der Bewegungsaufgabe »Werfen und Auffangen«, so lassen sich unschwer mehrere damit direkt verbundene exekutive Funktionen identifizieren.

Zum einen geht es um ein Bewegungsproblem, zu dessen Lösung möglicherweise Erfahrungen mit ähnlichen Aufgaben in der Vergangenheit oder auch vorher erprobte Planungsstrategien beitragen können (Arbeitsgedächtnis). Es geht aber auch um eine Aufmerksamkeits- und Impulssteuerung durch Ausblendung von Störfaktoren (Inhibition), z. B. das Lärmen und Herumturnen von anderen Kindern in der Gruppe, sowie um die Einstellung auf eine neue Anforderung und Situation (kognitive Flexibilität).

Mittlerweile existieren zahlreiche Belege dafür, dass zwischen spezifisch angeleiteten Bewegungsaktivitäten und der Entwicklung von exekutiven Funktionen wie Handlungsplanung, Impulskontrolle und Flexibilität ein nachweisbarer Zusammenhang besteht (Deffner 2017). Hierzu ergänzend folgendes Fallbeispiel:

Finn

Der achtjährige Finn nimmt seit einem Jahr an einer ambulanten Gruppe für hyperaktive Kinder teil. In den meisten Symptomlisten werden als charakteristische Verhaltensmerkmale für diese Kinder große Impulsivität, fehlende Verhaltenskontrolle und mangelhaftes Planungsverhalten genannt. In den Gruppenaktivitäten werden bewusst solche Bewegungsaufgaben gestellt, die gegenseitige Absprachen, ein Abwarten-Können und ein Planungsverhalten erforderlich machen. So wie bei dem Spiel »Urwalddurchquerung«, das alle Kinder immer wieder mit großer Begeisterung spielen: Ein Mattenboot für maximal vier Passagiere muss einen gefährlichen Fluss überwinden, was eine intensive Absprache unterschiedlicher Strategien kognitiver und sozialer Art erforderlich macht.

Durch die Art der Aufgabe wird eine »zwingende Situation« geschaffen, die für Kinder im Allgemeinen sehr attraktiv ist und sich aufgrund der unmittelbaren Handlungsnähe erheblich von den eher »trockenen« Aufgaben kognitiver Übungsprogramme zur Lenkung von Aufmerksamkeit unterscheidet. Finn nimmt immer wieder gern an dieser Spielaufgabe teil, und es gelingt ihm immer besser, sich mit seinen Mitspielern abzusprechen und seine Bewegungen so zu kontrollieren, dass das Boot nicht kentert.

Bei aller Schwierigkeit, den Transfer von bereichsspezifischen, hier: bewegungsorientierten Verhaltensweisen zu generalisieren, schlug sich z.B. bei Finn eine positiv veränderte Handlungskontrolle nicht nur im Lehrer- und Elternurteil nieder, sondern auch in einem weniger impulsiven Verhalten. Derartige Ergebnisse ließen sich im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes mit standardisierten Messverfahren bestätigen (Beudels & Hamsen 2005b).

Bewegung und Selbstkonzept

Im Vergleich mit isolierbaren kognitiven Funktionen ist der Nachweis des Zusammenhangs von Bewegungsaktivitäten zu komplexeren psychischen Konstrukten wie dem Selbstkonzept schwieriger. Besonders auch deswegen, weil sich unter diesem Begriff ein weites Spektrum von unterschiedlichen Theorien und Teilbegriffen versammelt, die in der Fachliteratur sehr heterogen verwendet werden. Der Begriff des Selbst geht auf einen der Begründer der modernen Psychologie, William James (1890; James et al. 1909), zurück. James differenzierte in die beiden Aspekte »I« und »Me«, wobei »I« die subjektive Urheberschaft der eigenen Handlung betont (»Ich spiele zusammen mit anderen Fußball.«), wohingegen das »Me« die objektive Betrachtung des eigenen Ichs thematisiert. (»Ich sehe mich selbst in der Gruppe Fußball spielen.«). Überspringt man die vielfältigen Ausdeutungen und terminologischen Variationen, die sich seit James mit dem Phänomen des Selbst beschäftigen, so geht es im Kern um die Frage der Selbstwirksamkeit (»Wie erlebe ich meinen Beitrag zum Spiel?«) und um die Einstellung und Bewertung der eigenen Handlungen, die in der Summe als Selbstwertgefühl oder auch Selbstkonzept bezeichnet werden (»Wie bewerte ich meine Leistung im Spiel?«). In der Fachdiskussion zum Selbstkonzept wird meistens auf das hierarchische Modell des Selbst von Shavelson et al. (1976) Bezug genommen. Dem Konstrukt eines generellen Selbstkonzepts werden auf der nächsten Hierarchieebene verschiedene bereichsspezifische Selbstkonzepte wie das soziale, emotionale und physische Selbstkonzept zugeordnet.

Den konzeptionellen Überlegungen mit Modellcharakter folgten in den letzten 20 Jahren vielfältige Bemühungen, das Selbstkonzept auch empirisch greifbar zu machen. Dazu wurden z. B. Teilkonzepten wie dem physischen Selbstkonzept als weitere Dimensionen die »sportliche Kompetenz« und die »körperliche Erscheinung« hinzugefügt und in ihrer Bedeutung näher untersucht. Im Laufe der weiteren Entwicklung erfolgte eine Ausdifferenzierung in weitere Aspekte des physischen Selbstkonzepts, die sich weniger an sportlich-motorischen Kompetenzen orientieren, sondern Aspekte des Körperwissens, der körperlichen

Orientierung und des körperlichen Befindens berücksichtigen (Eggert et al. 2003; Deusinger 2013).

Die zentrale Frage für therapeutische Zusammenhänge ist, ob und wie sich durch Bewegungsaktivitäten das Selbstkonzept von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen verändern lässt. Diese fallen oft durch ihr geringes Selbstbewusstsein, ihre negative Selbsteinschätzung oder ihr unrealistisches Körperbild aus. In Bezug auf das Körperbild wurde dies vor allem bei Essstörungen intensiver untersucht. Für nichtklinische Populationen wie für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter liegt hierzu eine reichhaltige Datenbasis vor (Seyda 2011).

Resümiert man die Schlussfolgerungen der Forschungsarbeiten und Empfehlungen für die pädagogische und therapeutische Praxis, vor allem zum Selbstkonzept, dann lassen sich die Erkenntnisse zu dem jetzigen Zeitpunkt folgendermaßen zusammenfassen. Zum einen bestehen keine automatischen Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen der Förderung von Teilbereichen des Selbstkonzepts und der Veränderung des allgemeinen Selbstkonzepts. Die Effekte sind eher indirekt, d. h., durch angeleitete bewegungsorientierte Aktivitäten können über das physische Selbstkonzept hinaus Transferwirkungen auf andere Aspekte des Selbst erzielt werden. Zum anderen ist nicht mit Breitbandeffekten für alle Teilnehmer zu rechnen. Fördermaßnahmen sind im Hinblick auf unterschiedliche Kontexte und Personengruppen zu differenzieren. Allgemein werden für Kinder und Jugendliche deutlichere Effekte erzielt als für Erwachsene – und hier besonders für Personen mit sehr niedrigen Ausgangswerten. Bei einer Differenzierung von Personengruppen sind außerdem die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Bewertung des Körperselbstkonzepts zu beachten. So kann u. a. bei jugendlichen Mädchen die im Vergleich zu Jungen überwiegend negative Bewertung der eigenen körperlichen Erscheinung zu gravierenden klinischen Symptomen, z. B. Anorexia nervosa, führen (► Kap. 3.5).

Für Fördermaßnahmen wird eine Variabilität in Bezug auf Inhalte und Methodik für sinnvoll gehalten. In den Anfängen der bewegungsorientierten Selbstkonzeptforschung bezogen sich die meisten Inhalte auf sportliche Aktivitäten im engeren Sinne, etwa auf Laufen oder auf ein Training an Fitnessgeräten. Heutzutage werden jedoch besonders bei Kindern breit angelegte psychomotorische Bewegungsaktivitäten mit einer großen Variabilität in der Gestaltung bevorzugt (Behrens 2011; Ruploh et al. 2013). Für die Methodik werden eine »personen-zentrierte Vorgehensweise« mit verbalen Rückmeldungen und positiven Bekräftigungen durch den Leiter/die Leiterin und eine Rückmeldung durch die Gruppe empfohlen (Wagner & Alfermann 2006; Seyda 2011).

Von den meisten Autoren wird auf den engen Zusammenhang möglicher Effekte bewegungs- und körperorientierter Maßnahmen mit allgemeinen Wirkfaktoren hingewiesen. Hierzu zählen Variablen des therapeutischen Klimas und der Beziehungsgestaltung. Allerdings werden solche Variablen bisher kaum in Evaluationsuntersuchungen berücksichtigt (vgl. hierzu ► Kap. 1.5.2). In der Entwicklungspsychopathologie wird zunehmend auch der Zusammenhang zwischen auffälligem und normalem Verhalten in der Motorik und Wahrnehmung

mit ihren Folgen für psychische Störungen untersucht. Eine solche Sichtweise gewinnt vor allem im Zusammenhang mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis von psychischen Erkrankungen an Bedeutung. Hierauf werden wir näher in ► Kap. 1.3.4 eingehen.

1.2.3 Bewegungswissenschaft

Die wissenschaftliche Befassung mit dem Phänomen Bewegung findet in Deutschland als Bewegungslehre bzw. -wissenschaft bisher vorwiegend als Teilgebiet der Sportwissenschaft statt. Darüber hinaus werden im Rahmen der Kognitionsforschung in der Psychologie unter dem Begriff »Psychomotorik« zunehmend grundlegende Bewegungsphänomene untersucht. Aus bewegungstherapeutischer Sicht sind hier vor allem zwei thematische Schwerpunkte von besonderem Interesse:

1. Differenzierte Überlegungen zur motorischen Entwicklung und zur diagnostischen Erfassung von Bewegungsauffälligkeiten
2. Erkenntnisse zur kognitiven Steuerung von grundlegenden Bewegungsprozessen

Zu 1) Die bewegungswissenschaftliche Literatur zur Entwicklung von motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten ist sehr umfassend. Dabei werden zunehmend genetische, neurophysiologische und psychologische Entwicklungseinflüsse berücksichtigt und der Entwicklungsbegriff von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter ausgedehnt. Dies erweitert und bereichert die Hintergrundkenntnisse auch für pädagogische und therapeutische Anwendungen. Allerdings liegt der Gesamtfokus der meisten wissenschaftlichen Arbeiten in diesem Bereich eher auf einer Analyse der Entwicklung von sportlichen Bewegungen. Eine Ausnahme bildet dabei die intensivere Befassung mit der diagnostischen Erhebung von motorischen Fähigkeiten, die in der Zusammenarbeit von Psychologen und Bewegungsexperten entstanden ist. In einer systematischen Erhebung aus dem Jahr 2007 in 81 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigte sich, dass motodiagnostische Methoden wie der *Körperkoordinationstest für Kinder* (KTK) oder der *Motoriktest für Kinder* (MOT) weithin bekannt sind und auch angewendet werden. Das diagnostische Spektrum wird in neuerer Zeit durch die *Movement Assessment Battery for children* (M-ABC-2) ergänzt (Henderson et al. 2009). Allerdings fassen die Autoren der Überblicksstudie zusammen, dass es insgesamt »nur sehr wenig Literatur über bewegungsdiagnostische (...) Themen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt und der Ansatz der Bewegungsdiagnostik (...) einen geringen Stellenwert einnimmt« (Welsche et al. 2007, S. 437).

Zudem werden besonders der fehlende Bekanntheitsgrad von international standardisierten qualitativen Methoden der Bewegungsbeobachtung – wie dem *Kestenberg Movement Profile* (KMP) oder der *Laban Movement Analysis* (LMA) – sowie die fehlenden diagnostischen Instrumente für das Jugendalter beklagt. In ► Kap. 2.5 werden wir noch einmal näher dieser Frage nachgehen.

Die in Deutschland hauptsächlich in der Sportwissenschaft verankerte Bewegungswissenschaft befasst sich vor allem mit der Optimierung von Bewegungskompetenzen. Ein Arbeitsschwerpunkt ist daher konsequenterweise das motorische Lernen, wobei sich die wissenschaftlichen Bezüge vornehmlich auf die Neurophysiologie und -psychologie, auf die Biomechanik und die experimentelle kognitive Psychologie beziehen. Und dies meistens in ihrer angloamerikanischen Interpretation. So verweisen die Herausgeber Mechling und Blischke in der Einleitung des Handbuchs »Bewegungswissenschaft und Bewegungslehre« schon 2003 auf die Dominanz englischsprachiger Theorien und Quellen und damit auf eine Forschungsausrichtung hin, bei der »pädagogische und geisteswissenschaftliche Wurzeln der Sportwissenschaft (...) zurzeit praktisch keine Rolle mehr« spielen (Mechling & Blischke 2003, S. 14). Dass der Bezug auf solche Wurzeln als Rahmentheorie für eine Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen durchaus sinnvoll sein kann, wird ausführlich in ► Kap. 1.3.1 erläutert.

Zu 2) Das Phänomen Bewegung ist nicht ausschließlich Gegenstand der Sportwissenschaft. So werden in der *Bewegungswissenschaft* (movement sciences) zunehmend Forschungsarbeiten aus anderen Disziplinen integriert, vor allem aus der kognitiven Psychologie. Das psychologische Interesse an Bewegung wurde vor allem durch den Handlungsbezug von Bewegungen hervorgerufen. Denn:

Kognition manifestiert sich nicht nur in der Kognition an sich, sondern auch in den Verhaltenswirkungen der Kognition. Menschen drücken sich nicht nur sprachlich aus, sondern sie besitzen eine verblüffende Flexibilität in den motorischen Systemen für solchen Ausdruck. (...) Nur Menschen stricken Pullover, bauen Schränke, spielen Posaune. Nur Menschen tanzen, spielen Fußball und turnen. (Heuer & Keele 1994, S. XXI)

International werden die Forschungsarbeiten in diesem Bereich als »Psychomotorik« bezeichnet, die sich hier allerdings – anders als in der praxisnahen Variante der Psychomotorischen Übungsbehandlung Kiphards – auf die grundlegende Erforschung des Zusammenspiels von Kognition und Bewegung bezieht. Dazu gehören experimentell-empirische Arbeiten zur Bewegungskoordination und Synchronisierung, zur zeitlichen Steuerung von Bewegung, zu Haltung und Fortbewegung oder zur Detailanalyse von Fangen und Greifen (Heuer & Keele 1994). Auf den ersten Blick ist es nicht einfach, hier Bezüge zum praktischen bewegungstherapeutischen Handeln zu entdecken. Auf den zweiten Blick wird jedoch deutlich, wie es mithilfe der Grundlagenforschung gelingt, z. B. das subtile Zusammenspiel zwischen sensorischen Informationen durch Sehen und Berühren und Bewegungskoordination oder die Tatsache der Bedeutung des gemeinsamen Bewegens von Patient und Therapeut in der nonverbalen Synchronie besser zu verstehen. Es ist zu erwarten, dass sich in absehbarer Zeit weitere Aspekte ergeben werden, die ein vielleicht zurzeit noch intuitives und erfahrungsgelitetes Handeln in der Bewegungstherapie auch bewegungswissenschaftlich untermauern.