Das Redaktionsteam Psychomotorik : Band 6

Festschrift für Gerd Hölter

W. Beudels / R. Hammer / R. Hamsen / St. Kuhlenkamp / J. Volmer

Bewegung in der Lebensspanne

Herausgeber Aktionskreis Psychomotorik e.V.

akL

Band 6

Verlag Aktionskreis Literatur und Medien

Wolfgang Beudels / Richard Hammer / Ruth Hamsen /
Stefanie Kuhlenkamp / Jan Volmer

Bewegung in der Lebensspanne

Das Redaktionsteam Psychomotorik : Band 6

Festschrift für Gerd Hölter

W. Beudels / R. Hammer / R. Hamsen / St. Kuhlenkamp / J. Volmer

Bewegung in der Lebensspanne

Herausgeber Aktionskreis Psychomotorik e.V.

ak'L

Band 6

Verlag Aktionskreis Literatur und Medien

Bestellnummer 7916

© 2008 by Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, 32657 Lemgo

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlags ist es nicht gestattet, die Schrift oder Teile daraus auf fototechnischem Wege zu vervielfältigen. Dieses Verbot – ausgenommen die in § 53, 54 URG genannten Sonderfälle – erstreckt sich auch auf die Vervielfältigung für Zwecke der Unterrichtsgestaltung. Dies gilt insbesondere für Übersetzungen, Vervielfältigungen, Mikroverfil ungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Layout und grafische Gestaltung Wolfgang Beudels, Marion Manske
Zeichnungen und Fotos: Von den Autorinnen und Autoren

Druck und Verarbeitung: Druckerei Hofmann GmbH & Co. KG, 73614 Schorndorf

ISBN 978-3-7780-7916-4

Unserem Freund, Förderer und Lehrer

Gerd Hölter zum 60. Geburtstag

Wolfgang Beudels, Richard Hammer,
Ruth Hamsen Stefanie Kuhlenkamp, Jan Volmer

Bei aller Domestizierung bleibt aber das Pferd seiner instinkthaften Natur verpflichtet und bindet sich nur begrenzt an den Menschen, der es trotz großer Nähe immer wieder an seine Tiernatur verliert. Nah und doch getrennt, ähnlich und doch verschieden.

Monika Mehlem

Inhalt

Vorwort 9

I „Descartes irrt“ - Bewegung unter philosophischer Perspektive

Rolf Balgo
Reflektionen über das Phänomen der Bewegung 12

Ferenc Jadi
Identität und Ausdruck 23

Jürgen Seewald
Gesundheitsförderung –
Chancen und Risiken des neuen Paradigmas der Psychomotorik 63

II „Wissen wirkt" - Bewegung zwischen Wissenschaft und Praxis

Maria Dinold
APA – Was ist das? - Wurzeln, Entwicklungen, Themen und
Perspektivendes interdisziplinären Arbeitsgebiets Adapted Physical Activity 76

Klaus Fischer
Kindheit in Bewegung - Kompetenz und Beziehung als
übergeordnete Orientierungen für Bildung und Förderung 89

Stefanie Kuhlenkamp
Forschung, Versorgung, Lehre –
Das Bewegungsambulatorium an der Technischen Universität Dortmund 105

III „Einstein turnt“ - Bewegung in der Bildung

Richard Hammer
Keine Angst vor Zahlen
Bewegtes Lernen am Beispiel der Mathematik8 116

Wolfgang Anders
(Ent-)Spannende Berührungen -
(Zwei) Beispiele aus meiner Praxis 134

Maike Hülsmann
Vier mal rot und zwei mal blau heißt schlau-
Die Arbeit mit visuell-räumlichen Hilfsmitteln in der
Entwicklungsförderung lese-rechtschreibschwacher Kinder 144

Wolfgang Beudels
Frühe Bildung in Bewegung 156

Wilhelm Schmitz-Post
Ein Pausenhof als Spielplatz 174

IV „Heilende Kräfte" - Bewegung in der klinischen Arbeit

Hubertus Deimel / Annette Degener
Eine Studie zum Selbstwertgefühl und zu Körperzufriedenheit bei ADHS – Kindern 186

Ruth Hamsen / Henrike Struck
Im Galopp in die Balance?! Evaluation der motorischen Basiskompetenz Gleichgewicht beim Heilpädagogischen Voltigieren mi Kindern im Grundschulalter 203

Hannelore Lier-Schehl
Bewegungsanalyse in der Tanztherapie mit dem Kestenberg-Movement-Profile 220

Jan Volmer
Psychomotorik und Psychotrauma - Körper und Bewegung als therapeutisches Agens in der Arbeit mit körperlich misshandelten und sexuell missbrauchten Kindern 230

Mone Welsche / Georg Romer
„Wer bin ich?“ Das Körperbild von Mädchen in jugendpsychiatrischer Behandlung: - Implikationen für eine körperfokussierte Bewegungstherapie am Beispiel der Bartenieff Fundamentals 248

Simone Volmer-Brinkmann / Klara Kreidner- Salahshour
Täter und Opfer – Zwei Seiten einer Medaille. Überlegungen zu einer themenzentrierten Arbeit in der Bewegungstherapie am Beispiel von Angriff und Verteidigung mit dem Holzschwert 265

Bibliografie Prof. Dr. Gerd Hölter 279

Autorenverzeichnis 289

Vorwort

Diese Festschrift ist Gerd Hölter zu seinem 60. Geburtstag gewidmet, einem Menschen, der im Rahmen seiner verschiedenen Tätigkeiten - als Lehrer und Hochschullehrer, als Psychomotoriker, Kinderanalytiker und Bewegungspsychotherapeut für Erwachsene viele wertvolle, vielleicht manchmal entscheidende Impulse im weiten Feld der Bewegungspädagogik und der Bewegungstherapie gesetzt hat. Wir hoffen, dass die Vielfalt seines Schaffens in diesem Band ihren Ausdruck findet.

Gerd Hölters Tätigkeit als Lehrer und Hochschullehrer beginnt – natürlich – im Rheinland. Nach seinem Sport- und Romanistik-Studium in Aachen absolvierte er sein Referendariat in Rheinbach und beschäftigte sich währenddessen in seiner Promotion mit dem Thema „Leistungsmotivation und Verhaltensauffälligkeit“. Ein Aufenthalt in den USA mit einer Tanzausbildung (therapeutisches Tanzen bei Elain Siegel) rundete diesen Lebensabschnitt ab und er beschritt den Weg von der Schule in die Hochschule. Über die Universität Bonn, wo er einige Semester als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am sportwissenschaftlichen Institut tätig war und als Mitbegründer wie langjähriger erster Vorsitzender den „Förderverein Psychomotorik“ ins Leben rief, führte dieser zur Philipps-Universität Marburg, genauer: an den im Aufbau befindlichen Studiengang für Motologie. Die Marburger Zeit in den 80ziger Jahren war für ihn, aber sicher auch für die Entwicklung der Motologie als Wissenschaft und der Praxeologie der Psychomotorik ein bedeutender Zeitabschnitt. In der Motologenausbildung setzte er wesentliche Akzente und bereicherte die Inhalte des Curriculums durch seine psychoanalytische Sichtweise von Leib und Bewegung, was in der Folge auch zur Entwicklung des „verstehenden Ansatzes in der Psychomotorik“ beitrug. Er vergaß dabei aber auch nicht seine politische Haltung, die immer schon kritisch gegenüber bestehenden und verkrusteten Verhältnissen war. So war es naheliegend, dass sich die Studierenden bei und mit ihm auch mit eher gesellschaftskritischen Ansätzen auseinandersetzten.

Gerd Hölter war es auch, der die Psychomotorik aus dem traditionellen Bereich der Altersgruppe Kinder und Jugendliche herausführte, indem er erste Grundpfeiler einer „Psychomotorik für Erwachsene“ einschlug. Damit eröffnete sich für viele Diplom-MotologInnen der klinische Bereich der Erwachsenenpsychiatrie als Arbeitsfeld. Was ihn in seiner Zeit in Marburg darüber hinaus auszeichnete, war seine innovative Einstellung zur Weiterentwicklung von Theorie und Praxis der Psychomotorik, die stets geprägt war durch seine Offenheit Kolleginnen und Kollegen gegenüber, vor allem aber auch gegenüber den Studierenden, für deren Ideen und Vorstellungen er immer ein offenes Ohr hatte. Deshalb wurde sein Wechsel nach Dortmund mit großem Bedauern zur Kenntnis genommen.

Diesem Schritt gingen harte Verhandlungen mit der Universität Dortmund voraus: Erstritten hatte er unter anderem zwei landschaftlich reizvoll am Rande des Fußballplatzes gelegene Wohncontainer auf dem Gelände des Sportinstitutes, die ihm und seinen rheinländischen Mitarbeitern Wolfgang A. und Wolfgang B. in den kommenden Jahren der Lehrtätigkeit als Domizile dienten. Wo viele Studenten dankend abgelehnt hätten, beweist er bis heute, dass er seinen Status als Professor nicht mit Snobismus und sein Glück nicht mit materiellen Werten verknüpft.

Auf beruflicher Ebene erweiterte sich die Spannbreite seiner Themen kontinuierlich. Seine vielen weiblichen und vereinzelten männlichen Studierenden sind ihm zu Dankbarkeit verpflichtet, dass er ihnen z.B. die Möglichkeit gab, in den Seminaren das heilpädagogische Reiten und Voltigieren kennenzulernen oder auch die eigene Geburt tänzerisch darzustellen. Ungewöhnlich auch: Die fundierten Theorie-Veranstaltungen unterbrach er gerne für Qi Gong-Übungen, wobei das 1. Brokate „Den Himmel mit den Händen stützen“ für die Studenten eher fremd war und es der 5. Brokate „Das Gesäß schwenken“ zur Irritation gar nicht mehr bedurft hätte.

In der Dortmunder Zeit entstand unter seiner Leitung mit der „Lernwerkstatt Psychomotorik“ auch eine mehrtägige, jährlich durchgeführte Fortbildungsveranstaltung mit überregionaler Bedeutung, die mit Stolz auf eine 10-jährige Tradition zurückblicken kann.

Ein großes Anliegen war und ist ihm nach wie vor die enge Verzahnung von Theorie und Praxis, was sich sowohl in den bereits erwähnten unterschiedlichen praxisbezogenen Seminarveranstaltungen wie auch in der Initiierung zahlreicher Projekte niederschlug und immer noch niederschlägt. In Kooperation mit der psychiatrischen Landesklinik Dortmund-Aplerbeck brachte er so z.B. seinen Forschungsschwerpunkt „Klinische Bewegungstherapie“ in Lehre und Praxis ein.

Die Gründung des Bewegungsambulatoriums, angeregt durch das sprachtherapeutische Ambulatorium und den Dayclinics in den USA, ist beispielhaft für seine Haltung „die theoretischen Erkenntnisse aus dem Elfenbeinturm der Wissenschaft zu befreien und sie Betroffenen unmittelbar zugänglich zu machen“, wie er in einem der zahlreichen Projektanträge selbst schrieb. Gleichzeitig schuf er damit ein kontinuierliches Forschungsfeld sowohl für den wissenschaftlichen Nachwuchs wie auch für die eigenen Forschungsschwerpunkte. Der Modellcharakter des Bewegungsambulatoriums wird unterstrichen durch zahlreiche Besuche von Hochschullehrern anderer Universitäten, die vergleichbare Einrichtungen bei sich schaffen wollen.

Was zeichnet Gerd Hölter aus? Interdisziplinarität als Selbstverständlichkeit und Verpflichtung, Kollegialität als Prinzip, Offenheit und Unvoreingenommenheit als Grundhaltungen und schließlich rheinischer Optimismus und Frohsinn als Lebenselixier...

Dieses Schriftstück vereint Beiträge langjähriger Wegbegleiter, Schüler und Kollegen, die damit einen Einblick in ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte geben. Herausgekommen ist ein äußerst lebendiges und facettenreiches Buch, in dem sich, wie sollte es anders sein, viel Gerd Hölter wiederfindet. Möge es ein paar Leser finden!

Bonn, Dortmund, Neunkirchen, Würzburg
Im August 2008

Die Herausgeber

Jürgen Seewald

Gesundheitsförderung – Chancen und Risiken des neuen Paradigmas der Psychomotorik

1. Einleitung

Kaum ein anderer Begriff hat in den letzten Jahren so Konjunktur wie der Gesundheits-Begriff. Gesundheit ist seit Beginn der Heilkunst im antiken Griechenland (vgl. Fischer 1996) ein Gegenstand des Sinnierens, stand aber die längste Zeit gleichsam im Schatten des Krankheits- und Therapiedenkens. Erst in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts hat sich das Gesundheitsdenken eigenständiger entwickelt, wenn auch immer noch bezogen auf sein vermeintliches Gegenteil – Krankheit. Die Motologie und die Psychomotorik haben sich in den letzten 10 Jahren verstärkt mit dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung beschäftigt (vgl. SPH Motorik „Gesundheitsförderung“ 3, 2007). Unstrittig ist, dass die Psychomotorik sich bislang hauptsächlich am Paradigma der Entwicklungsförderung orientiert hat (vgl. Fischer 2001, 75 ff; Seewald 1998). Inzwischen mehren sich jedoch die Anzeichen, dass auch die Gesundheitsförderung als Paradigma an Boden gewinnt. Im Folgenden sollen die Risiken und Chancen dieser Entwicklung diskutiert werden. Dazu werden zunächst die wichtigsten Gründe genannt, warum das Thema Gesundheit für die Gesellschaft im Allgemeinen an Bedeutung gewonnen hat (1). Nach einem Rückblick in die Geschichte des Gesundheitsdenkens (2) werden die Menschenbilder und Kernargumentationen herausgearbeitet (3). Auf dieser Basis werden wichtige Gesundheitstheorien in ihrer Verbindung mit psychomotorischen Konzepten referiert (4). Abschließend werden die Chancen des neuen Paradigmas behandelt, aber auch seine Risiken und Schwächen (5).

2. Ursachen und Gründe für den Bedeutungszuwachs von Gesundheitsdiskursen

Die gewachsene Relevanz von Gesundheitsdiskursen lässt sich nur verstehen, wenn man sie mit gesellschaftlichen Veränderungsprozessen in Verbindung bringt. Die drei wichtigsten sind folgende:

- Eine Vielzahl von epidemiologischen Studien (vgl. Hurrelmann 2000, 25 ff, Naidoo/Wills 2003, 27 ff) hat einen direkten Zusammenhang von Gesundheit und sozialem Status erwiesen. Gesundheit ist in überwiegendem Maße von gesellschaftlichen Faktoren und Prozessen abhängig. Zudem wurde deutlich, dass die

Kosten, die eine Gesellschaft für den Medizinsektor ausgibt, nicht in linearem Verhältnis zu den Gesundheitsindikatoren der Bevölkerung stehen (vgl. Hurrelmann 2000, 32). In der Konsequenz konnte sich die Politik nicht länger der Einsicht verschließen, dass Gesundheitsförderung einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert verdient, wollte man der sozialen Gerechtigkeit Genüge tun und vermeiden, dass es heißt: „Wer arm ist, stirbt eher". Aber nicht nur die politische Legitimation einer sich sozial nennenden Marktwirtschaft war tangiert, auch die enormen wirtschaftlichen Belastungen durch krankheitsbedingte Fehltage und die Kosten für die medizinische Versorgung galt es zu senken bzw. zu dämpfen. Ökonomische und sozialpolitische Gründe erzwangen deshalb geradezu eine Aufwertung und Verbreitung gesundheitswissenschaftlichen Denkens.

- Gesundheitsdiskurse erfüllen in Zeiten der Individualisierung und Entstandardisierung so etwas wie den „kleinsten gemeinsamen Nenner" und übernehmen für viele die Funktion eines spirituellen Ersatzangebotes (vgl. Keupp 1996, 30 f). Gesundheit ist ein unstrittiges Gut, auf das man sich über alle Schranken hinweg verständigen kann. In Gesundheitsdiskursen lassen sich darüber hinaus gleichermaßen diffuse Bedrohungsängste (der Gesundheit) binden wie unbewusst Unsterblichkeitsphantasien ausleben (vgl. Göpel 1994, 267 f). Gesundheitsdiskurse eignen sich mit anderen Worten dafür, eine Vielzahl zukunftsbezogener Ängste, Wünsche und Hoffnungen anzusprechen und ihnen Ausdruck zu verleihen.
- Diese Vielschichtigkeit und Zukunftsorientierung macht Gesundheitsdiskurse besonders für die Rolle als Kristallisationskern für postmaterialistische Gesellschaften (vgl. Inglehart 1998) geeignet. Sind die wichtigsten materiellen Bedürfnisse erfüllt, wenden sich zunehmend größere Bevölkerungskreise der Suche nach dem „guten Leben" zu. Deshalb steigt in letzter Zeit die Beschäftigung mit Themen wie „Lebenskunst" und „Glück" (vgl. Schmid 1998). Gesundheit und Wellness bieten hier Anknüpfungspunkte für die marktkonforme Anbindung dieser Bedürfnisse. Zukunftsforscher sprechen deshalb bereits von Gesundheit und Wellness als neuem Megatrend mit den höchsten Zuwachsraten (vgl. Nefiodow 2000).

Insgesamt kumulieren deshalb mehrere z. T. vernetzte gesellschaftliche Entwicklungen in der Aufwertung des Gesundheitsthemas.

3. Geschichte und Entwicklung des Gesundheitsförderparadigmas

Verfolgt man die westliche Medizingeschichte der letzten 2500 Jahre, dann lässt sich der Wandel von einem Primat der Gesundheit zu einem Primat der Krankheit feststellen. Die antike griechische Medizin nahm eine Dreiteilung vor: Diätetik, Pharmazeutik und Chirurgie. Dieses System blieb für mehr als anderthalb Jahrtausende bis weit in die Neuzeit hinein verbindlich (vgl. Schneck 1996, 115). Neben krank und gesund kannten die Griechen auch einen dritten Zustand, den sie neutral nannten (vgl. ebd. 15). Sie nahmen damit salutogenetische Vorstellungen vom Kontinuum zwischen den Polen krank und gesund vorweg. Die Diätetik war von der Vorstellung eines Parallelismus von Mikro- und Makrokosmos geprägt. Insbesondere die Säftelehre des Hippokrates (460-375 v. Chr.), in der Krankheiten als Ungleichgewicht der vier Säfte Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle, interpretiert wurde, und die Elementenlehre des Philosophen und Arztes Empedokles (Feuer, Wasser, Luft und Erde) weisen Verbindungen und Analogien auf (vgl. Fischer 1996, 82). Gesundheit des Individuums wurde also auf eine umfassendere kosmische Ganzheit bezogen. Den Kern der Diätetik-Lehren bildeten die so genannten „sex res non naturales“, wie sie in der Zusammenstellung von Galens (129-199 n. Chr.), des Leibarztes von Kaiser Marc Aurel, bis zu Beginn der Neuzeit bestand hatten. Diese sechs Dinge sind: Licht und Luft, Essen und Trinken, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Ausscheidungen und Gemütserregungen. Sie werden als „nicht natürlich“ bezeichnet, „weil sie zwar Natur sind, sich aber nicht wie Atmung oder Kreislauf von selbst verstehen, sondern vom Menschen in die Hand genommen und stilisiert werden müssen“ (v. Engelhardt 1996, 20). Diätetik lässt sich damit als Kunst der Lebensführung oder auch Anleitung zu einem gelingenden Leben bezeichnen. Diese Lehre gestattete es Arzt wie Patient mit relativ fein abgestimmten Mitteln Einfluss auf die Befindlichkeiten des Körpers zu nehmen und das zuträgliche Maß der Mitte zu erhalten oder wieder herzustellen (vgl. Schneck 1996, 121 f). Durch den Siegeszug der naturwissenschaftlich orientierten Medizin im 19. Jahrhundert verliert das umfassende Konzept der Diätetik immer mehr an Bedeutung, „wird auf Diät, auf Haferschleim und Kamillentee reduziert. (...) Medizin konzentriert sich auf die (...) medikamentös-chirurgische Behandlung von Krankheiten und gibt gleichzeitig zunehmend die Dimension des Beistandes auf“ (v. Engelhardt 1996, 21).

Nicht zuletzt durch die Einseitigkeiten dieses Medizin- und Gesundheitsverständnisses und durch die bereits erwähnten epidemiologischen Studien kam es seit den 1980er

Jahren zu einer Neubelebung genuin gesundheitsfördernden Denkens und Handels. Diese Entwicklung führte schließlich zur Ottawa-Charta der WHO von 1986 sowie zur Jakarta-Erklärung von 1997 (vgl. Kaba-Schönstein 2003, 73 f). Diese Dokumente sind von der Philosophie der WHO geprägt, einen starken Fokus auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten sowie die Herstellung von Chancengleichheit und Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit zu legen (vgl. ebd. 73). Die Ottawa-Charta unterscheidet drei Strategien und fünf Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung. Als Strategien werden „Anwaltschaft oder Parteinehmen für Gesundheit“ (advocacy), „Kompetenzförderung und Empowerment“ (enable) und „Vermittlung und Vernetzung der Akteure“ (mediation) genannt (vgl. ebd. 74). Die fünf Handlungsfelder sind in der Reichweite aufsteigend: Individuen, Gruppen, Institutionen, Gemeinwesen und Gesamtpolitik (vgl. ebd. 75). Den starken lebensweltlichen wie politischen Charakter dieses Gesundheitsbegriffs erkennt man gut an folgendem Ausschnitt aus der Ottawa-Charta: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (Ottawa-Charta 1986. In: Göpel/Schneider-Wohlfart 1994, 283). War Gesundheitsförderung im Sinne der Diätetik lange Zeit individuumbezogen, so wird hier eine Entgrenzung vollzogen und Gesundheit in den Rahmen einer universalen Idee von Gerechtigkeit und Chancengleichheit gestellt. Dies lässt sich als zeitgemäßer Versuch verstehen, Gesundheit auf ein übergeordnetes Ganzes zu beziehen.

4. Menschenbild und zentrale Gedanken des Gesundheitsförder-Paradigmas

In vielen Texten zur Gesundheit findet man die Frage danach, was Gesundheit eigentlich ausmacht, einfach übersprungen. Dies scheint mir nicht zufällig zu sein, denn wenn man sich dem Phänomen zu nähern versucht, entzieht es sich auf seltsame Weise. Gesundheit lässt sich vor allem ex negativo beschreiben, also aus seiner Abwesenheit heraus. Könnte man die fehlende Gesundheit als Mangel kennzeichnen, so lässt sich Gesundheit positiv als Potential beschreiben: Potential, um etwas in der Welt zu bewirken, was nicht Gesundheit ist. Gesundheit bereitet gleichsam die Bühne für die Akteure und Aktionen des Lebens. Sie schafft die Voraussetzungen, tritt selber aber nicht in Aktion. Gadamer (1993) spricht deshalb von der „Verborgenheit der Gesundheit“. „Bei guter Gesundheit zu

sein“ heißt, dass man Gesundheit gar nicht thematisieren muss. Erst dem Kranken oder Missbefindlichen wird Gesundheit zum Problem. Gesundheit ist damit zweitrangig und erstrangig zugleich. Zweitrangig, weil sie nicht selbst im Lebensmittelpunkt steht und erstrangig, weil ohne sie nichts anderes im Lebensmittelpunkt steht. Diese paradoxe Struktur des Phänomens macht es für die Gesundheitsförderung nicht gerade einfach. Während Bildung und Entwicklung Ziele für sich darstellen, trifft dies für die Gesundheitsförderung nicht zu. Diese ist streng genommen Potentialförderung bei offener Frage, wozu die Potentiale genutzt werden. Die Verborgenheit der Gesundheit und ihr Charakter der Potentialität sind mithin die ersten beiden Bestimmungen des Phänomens.

Als weitere Bestimmung ist Gesundheit immer die meine, d. h. sie betrifft mich in einer Unmittelbarkeit wie keinen Zweiten (vgl. Gadamer 1993, 138 f). Diese Unmittelbarkeit teilt die Gesundheit mit anderen Leibphänomen, etwa ihrem Gegenteil, der Krankheit oder mit der Bewegung. So kann ich mich zwar in die Befindlichkeit eines anderen hineinversetzen, die „Meinigkeit“ meines Leiberlebens ist jedoch unüberbietbar und trennt mich dadurch gleichzeitig von allen Anderen.

Die vierte Bestimmung des Phänomens Gesundheit ist ihre Nicht-Machbarkeit (vgl. Gadamer ebd. 146). Gesundheit ist im strengen Sinne nicht herstellbar, sie kann nur angestrebt werden. Gezielte Maßnahmen können nur die Wahrscheinlichkeit der Gesunderhaltung oder Genesung erhöhen, sie aber nicht gewährleisten. Dies liegt an der Eigenregulation des Körpers, durch die Ursachen und Wirkungen nicht in einem linearen Verhältnis zu einander stehen. Die Nicht-Machbarkeit der Gesundheit bildet die Grenze sowohl für kurative wie für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Auch in dieser vierten Bestimmung erweist sich Gesundheit als ein schillerndes Phänomen, das sich dem direkten Zugriff entzieht und voller Ambivalenzen und Widersprüche steckt.

Verborgenheit, Potentialität, Unmittelbarkeit und Nicht-Machbarkeit sind die wesentlichen Bestimmungen des Phänomens Gesundheit aus anthropologischer Sicht.

Der klassische Kerngedanke der individuellen Gesundheitsförderung ist seit der Antike der des Ausgleichs und der Balance. Schon die hippokratische Säftelehre, die in Erweiterungen und Modifikationen bis zu Beginn der Neuzeit wirkte, folgte diesem Grundgedanken. Sie interpretierte Gesundheit als ausgewogene Mischung der Säfte bzw. Qualitäten und Krankheit als ihr Ungleichgewicht (vgl. Fischer 1996, 92). Auch die „sex res non naturales“ waren zentriert auf den Gedanken der Balance um das

zuträgliche Maß der Mitte (vgl. Schneck 1996, 122). Für die Kunst der Lebensführung galt es heraus zu finden, was das jeweilige „zuträgliche Maß“ war und sich tunlichst in diesem Spektrum aufzuhalten. Auch zeitgenössische subjektive Theorien von Gesundheit gründen auf der Vorstellung einer ständigen Balance (vgl. Faltermeier/ Kühnlein/Burda-Viering 1998, 192). Gesundheit wird nicht als isoliertes Handlungsziel gesehen, sondern steht zuweilen in Konkurrenz zu Lebenszielen und Anforderungen. Viele Menschen bemühen sich dann jedoch, gespürte Dysbalancen durch gesundheitsbewusstes Verhalten wieder auszugleichen. Man kann also festhalten, dass gesundheitsorientiertes Verhalten als ein Pendeln um die Mitte in polaren Spannungsfeldern gedacht wurde und wird. Gesundheit ist damit als ein labiles Gleichgewicht erfahrbar, das um einen imaginären Mittelpunkt oszilliert. Dieser Vorstellung fehlt das dynamisch Vorwärtsgerichtete, wie es für die Entwicklungsförderung aber auch für das Bildungsparadigma typisch ist. Gesundheit kehrt in sich selbst zurück. Sie lässt sich nicht durch Wachstum steigern, sondern nur durch Ausgleich der Kräfte stabilisieren.

Das Menschenbild der Diätetik trägt Züge der Selbstkontrolle und -überwindung, ja der Askese. Es legt die Gewohnheitsbildung nahe und richtet sich gegen das Zügellose und Enthemmte. Es mündet in Ordnungen des täglichen Lebens ohne jedoch die Frage zu beantworten, wem oder wozu dieses Leben zu widmen ist. Es entspricht damit der anthropologischen Bestimmung der Potentialität.

Das Menschenbild der Salutogenese kommt in der Metapher des Schwimmers zum Ausdruck, der sich im Fluss des Lebens befindet. Nach Antonovsky (1997) kann das hoch entwickelte technische Bemühen der kurativen Medizin damit verglichen werden, „Ertrinkende aus einem reißenden Fluss zu bergen“ (91). Dagegen ist die Leitfrage der Salutogenese: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ (ebd. 92). Sich rüsten und widerstandsfähig (resilient) machen angesichts einer Welt von Gefahren, die nicht geleugnet werden, sich jedoch oft der direkten Einflussnahme entziehen, kennzeichnet den „Homo Salugeneticus“. Antonovsky geht davon aus, das der Kohärenzsinn „zu einem wesentlichen Anteil“ darüber entscheidet, wie gut man schwimmt (ebd.). Der Setting-Ansatz der WHO greift mit seinen fünf Handlungsfeldern weiter, indem er – um im Bild zu bleiben – auch das Wasser sauberer machen und gefährliche Stromschnellen beseitigen möchte.

Der Kohärenzsinn setzt sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen (vgl. Antonovsky 1997, 34f). Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky „das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen“ (34). Handhabbarkeit bedeutet, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um Anforderungen zu bemeistern und dadurch Kontrolle über sein Leben auszuüben (vgl. 35). Die Komponente Bedeutsamkeit meint, dass man sich engagiert und das Gefühl hat, etwas Wichtiges zu tun, in das sich auch emotional zu investieren lohnt (vgl. ebd.). Die Entwicklung des Kohärenzgefühls und seine Stabilisierung werden durch interne und externe generalisierte Widerstandsressourcen (GRR) mitbestimmt. Dazu zählen Ich-Stärke, materieller Wohlstand, Intelligenz, Coping-Strategien als interne GRR sowie kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und spirituelle Verankerung als wichtigste externe GRR.

5. Gesundheitsförderung durch Körper- und Bewegungsarbeit

Über die Komponenten des Kohärenzsinns und die GRR liefert Antonovsky geeignete Andockstellen für viele Gesundheitsförderprogramme – auch in der Körper- und Bewegungsarbeit. Aber auch andere der hier genannten Theoriebezüge werden für Konzepte der Gesundheitsförderung durch Körper- und Bewegungsarbeit genutzt.

Treutlein (1992) knüpft an das klassische Pendelmodell an und möchte durch „Körpererfahrung in traditionellen Sportarten“ für die Wahrnehmung von Körpersignalen sensibilisieren. Diese sollen anzeigen, ob man sich in der Gesundheitszone, der Signalzone oder bereits der Krankheitszone befindet. Ausgehend von polaren Gegensätzen wie Schlafen - Wachen, Entspannung - Anspannung, Ruhe – Bewegung, an denen die Nähe zur Diätetik deutlich wird, soll der Mensch lernen, zwischen den Polen zu oszillieren. „Der Mensch, der zu lange an einem Pol verharrt (oder verharren muss), gefährdet seine Gesundheit. Der Körper gibt jeweils Signale, welche darauf hinweisen, dass ein Pendeln zum zugehörigen anderen Pol sinnvoll wäre. Wenn diese Signale unterdrückt werden oder der Mensch zur Umkehr nicht willens oder fähig ist, verlässt er zumindest längerfristig die Signalzone und gerät in die Krankheitszone“ (54). Das „Oszillationsmodell“ geht damit vom klassischen Grundgedanken der traditionellen Gesundheitsförderung aus, nämlich dem des Ausgleichs und der Balance (s. o.). Neuere Konzepte der Salutogenese oder des WHO Setting-Ansatzes bleiben jedoch unberücksichtigt.

Balz (1995) bezieht sich explizit auf die alten Diätetikmodelle, insbesondere auf von Galens „sex res non naturales“, modifiziert sie allerdings, indem er sie auf vier Elemente reduziert: Bewegung, Ernährung, Entspannung und Körperpflege (vgl. 86 f). In seinem Konzept der Gesundheitserziehung möchte Balz die bekannten Einwände gegen diätetische Modelle im Sinne des „Wollen des Gesollten“ durch den Verweis auf Selbstbestimmung und Verantwortung entkräften. Die Prinzipien der Rhythmisierung und Mäßigung stehen wieder ganz in der Tradition der Diätetik (vgl. 95).

Gegen Gesundheitserziehung mit ihren bekannten Widersprüchen und für Gesundheitsbildung setzt sich Schmidt-Millard ein (1991). Letztere soll über den Leib im phänomenologischen Sinne und in Anlehnung an Merleau-Ponty erfolgen. Durch „Steigerung des Leibbewußtseins“ sollen präreflexive Stellungnahmen des Leibes wichtige Hinweise und Entscheidungshilfen geben. „Besteht zwischen den Anforderungen der Situation, meinen Handlungsintentionen und den dazu eingesetzten Mitteln ein Ungleichgewicht, so wird das Scheitern des Entwurfs im Unbehagen ‘gespürt’“ (25). Nicht Wohlbefinden ist in jedem Fall das Ziel, sondern die authentische leibliche Stellungnahme, die auch Unbehagen umfassen kann, wenn es z. B. im bildungstheoretischen Sinne um Widerstände in der Erfahrung geht (vgl. ebd.). Ein solches Modell schließt bei den anthropologischen Bestimmungen, insbesondere der Unmittelbarkeit an, vernachlässigt dafür die Lebensweisenproblematik und den Setting-Gedanken. Dafür versucht Schmidt-Millard eine Synthese des Gesundheits- mit dem Bildungsparadigma.

Zimmer (2006) knüpft an Antonovkys Salutogenese-Modell an und stellt eine Verbindung zur Selbstkonzeptforschung her. Insbesondere die Kontrollüberzeugung lässt sich in den Zusammenhang der Dimension Handhabbarkeit des Kohärenzgefühls bringen. „Wer darauf vertraut, eine Aufgabe selbständig bewältigen zu können, wird sich eher ein bestimmtes Schwierigkeitsniveau zutrauen. Daraus ergibt sich auch ein stark motivierender Effekt: Situationen, die kontrollierbar erscheinen, werden erneut aufgesucht, die eigene Kompetenzerwartung steigert das eigene Selbstwertgefühl. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass Kinder, die glauben, keine Kontrolle über eine Situation zu haben, weniger oft Erfolg erleben und folglich in ihren negativen Erwartungen bestätigt werden“ (312). Zimmer stellt Verbindungen zwischen dem Entwicklungsförder- und Gesundheitsförderparadigma her, indem sie die Entwicklung der Kontrollüberzeugung im Rahmen der Selbstkonzeptentwicklung als Gelenkstelle nutzt.

Haas (2006) kombiniert in Anlehnung an Viehhauser Elemente des Salutogenese-Modells mit solchen, die eine Nähe zur Diätetik haben. Viehhauser hat insgesamt 10 Protektivfaktoren unterschieden. In den Faktoren „Erfahrung der persönlichen Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Handhabbarkeit“, „Erfahrung von Sinn und Bedeutsamkeit“, „flexibler Optimismus und positive Illusionen“ kommt die Übereinstimmung mit dem Salutogenese-Konzept zum Vorschein. „Erholungsfähigkeit“, Somato-psychische Regulationskompetenz“, „Fähigkeit zum Herstellen euthymen Erlebens und Verhaltens, Humor, Genießen“ wird die Nähe zu diätetischen Vorstellungen deutlich (vgl. 332). Durch Bewegungs- und Körpererfahrungssituationen sollen diese Aspekte angesprochen und als Impulse für längerfristige Verhaltensänderungen erfahrbar gemacht werden (vgl. 331). Dabei wird auch auf den Setting-Gedanken Bezug genommen. „Gibt es die Möglichkeit sich Zeit zur Leibwahrnehmung zu nehmen und den wahrgenommenen Bedürfnissen in minimaler Weise nachzugehen wie z. B. durch die Möglichkeit, Körperpositionen zu wechseln? (...) Können Rückzugsräume für entspannende und genüssliche Erfahrungen sowie körperliche Aktivität - möglichst selbstbestimmt aufsuchbar – geschaffen werden?“ (336). Diese Fragen zielen auf veränderte Rahmenbedingungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ab und dokumentieren die Zielrichtung des Setting-Ansatzes im Sinne der WHO.

Insgesamt zeigen die Beispiele, die sicher nicht vollständig sind, wie verschiedene Anknüpfungspunkte aus den klassischen und neueren Gesundheitsförderkonzepten genutzt werden: entweder schwerpunkthaft oder miteinander kombiniert.

6. Chancen und Risiken des Gesundheitsförderparadigmas

Gesundheit ist, wie die Ausführungen gezeigt haben, ein überaus vielschichtiges und prekäres Phänomen. Chancen und Risiken, Stärken und Schwächen liegen eng bei einander, ja sie sind je nach Blickwinkel identisch.

Zu den Stärken gehört die Konkretion von gesundheitsförderlicher, auf den Einzelfall bezogener Beratung. Gesundheitsförderung deckt den elementaren Bereich der „Bedingung der Möglichkeit“ des Handelns ab – dies war mit Potentialität gemeint. Sie ist damit gleichzeitig fundamental und zweitrangig. Fundamental, weil sie die Voraussetzung für das Handeln bildet und zweitrangig, weil aus ihr keine inhaltlichen oder gar normativen Entscheidungen ableitbar sind. Ob man die normative Indifferenz als Stärke oder Schwäche betrachtet, hängt vom Blickwinkel ab. Gerade durch die Kombination von

Fundamentalität und Zweitrangigkeit eignet sich dieses Paradigma überhaupt erst als gemeinsamer Nenner in einer pluralisierten Gesellschaft.

Gesundheitsförderung wirkt durch den Setting-Ansatz im Sinne der WHO in den gesellschaftlich-politischen Bereich hinein. Aber auch hier zeigt sich die Janusköpfigkeit des Phänomens: Gesundheitsdiskurse bewegen sich immer unterhalb der ideologieverdächtigen Schwelle. Sie lassen sich gleichsam als trojanisches Pferd nutzen, um Fragen der sozialen Gerechtigkeit und Chancengleichheit zu stellen, ohne in eine parteipolitische oder gar systemkritische Semantik zu geraten. Im Sinne der Betroffenen, etwa in Betrieben, kann dies ein Vorteil sein, im Sinne gesellschaftswissenschaftlicher Analyse ist es eher von Nachteil. Denn die strukturellen Gründe für gesundheitliche Belastungen etwa durch neue Produktionsformen (vgl. Schröder 2007) lassen sich durch Gesundheitsdiskurse nicht aufdecken.

Die Zwiespältigkeit des Phänomens erschwert auch seine Didaktisierung. Da aus der Gesundheitsförderung heraus die Wozu-Frage nicht beantwortet werden kann, liegt die Reaktion nahe, ganz auf sie zu verzichten oder sie im bildungstheoretischen Paradigma aufgehen zu lassen (vgl. Prohl 2006, 147 ff). Dabei verliert man aber den Zugang zur potentialen Seite des Menschen, der durch kein anderes Paradigma der Körper- und Bewegungsarbeit gleich gut abgedeckt werden kann. Deshalb gehört Gesundheitsförderung auch in die Schule, aber gleichsam gebrochen: sie ist wichtig, aber kein Selbstzweck. Wird sie zum Selbstzweck gemacht, kommt es zu den bekannten „gesundheitspolizeilichen Entgleisungen“ oder dem „Wollen des Gesollten“ (vgl. Keupp 1996, 29 f). Diese Gefahr ist spezifisch für das Gesundheitsförderparadigma. Bildung ist Selbstzweck und Entwicklung ist Selbstzweck, Gesundheit dagegen ist Mittel zum Zweck. Dabei darf die Mittel-Funktion nicht gering geschätzt werden. Sie ist die Bedingung der Möglichkeit von Bildung und Entwicklung.

Für die Motologie und Psychomotorik erübrigt sich inzwischen das Fragezeichen hinter der Gesundheitsförderung als neuem Paradigma (vgl. Seewald 2003). Der Fachdiskurs hat sich entschieden, wie aktuelle Veröffentlichungen belegen (vgl. Fischer/Knab/Behrens 2006), Gesundheit zu einer Sache der Psychomotorik zu machen. Er gewinnt damit den Zugang zu neuen Handlungsfeldern im Sinne des Setting-Ansatzes, so etwa den Betrieben (vgl. Haas u. a. 2007). Er gewinnt auch an Reflexionsbreite und -tiefe hinsichtlich gesellschaftlich-ökonomischer Veränderungsprozesse. Die Risiken sehe ich vor allem in der Gefahr der Entgrenzung: Thematisch bedingt durch die Offenheit des

Gesundheitsparadigmas, wodurch die Grenze zu einer allgemeinen Lebensberatung unscharf zu werden droht und methodisch durch die Hereinnahme von Beratung und Gespräch als Hauptinterventionsform neben der Körper- und Bewegungsarbeit. Hier gilt es in Zukunft Formen zu finden, die den neuen Möglichkeiten Gestalt geben und gleichzeitig die Kontinuität des professionellen Selbstverständnisses von Motologen und Psychomotorikern wahren.

Literatur

ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

BALZ, E. (1995): Gesundheitserziehung im Schulsport. Schorndorf: Hofmann.

V. ENGELHARDT, D. (1996): Geschichte als Therapie der Gegenwart. In: Kemper (1996): 11-26

FALTERMAIER, T./KÜHNLEIN, I./BURDA-VIERING, M. (1998): Gesundheit im Alltag – Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim/München: Juventa.

FISCHER, K. (2001): Einführung in die Psychomotorik. München, Basel: Reinhardt.

FISCHER, K.-D. (1996): Vom Säfteschema der hippokratischen Medizin. In: Kemper (1996): 76-94

FISCHER, K./KNAB, E./BEHRENS, M. (2006) (Hg.): Bewegung in Bildung und Gesundheit. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.

GADAMER, H.-G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

GÖPEL, E. (1994): Reflexion über Zielsetzung und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In: Ders./Schneider-Wohlfahrt, U. (1994): 267-278

GÖPEL, E./SCHNEIDER-WOHLFAHRT, U. (1994): (Hg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt/M.: Mabuse.

HAAS, R. (2006): Praxis und Verortung einer psychomotorisch orientierten Gesundheitsförderung. In: Fischer, K./Knab, E./Behrens, M. (2006): 323-337

HAAS, R, u. a. (2007): Psychomotorische Begleitung als ein Baustein eines methodenintegrativen Angebotes für Menschen mit bio-psycho-sozialen Gesundheitsproblemen in der industriellen Fertigung. In: Motorik 30 (2007) 3, 157-164

HURRELMANN, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Weinheim, München: Juventa.

INGLEHART, R. (1998): Modernisierung und Postmodernisierung – kultureller, wirtschaftlicher und politischer Wandel in 43 Gesellschaften. Frankfurt/M.: Campus.

KABA- SCHÖNSTEIN, L. (2004): Gesundheitsförderung I-IV. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim. 73-111

KEMPER, P. (1996): (Hg.): Die Geheimnisse der Gesundheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

KEUPP, H. (1996): Gesundheit als Fetisch. Grenzen der Gesundheitsförderung. In: BLÄTTNER, B. u. a.

(1996): (Hg.): Anders leben lernen. Kongreßdokumentation. Frankfurt/M.: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. 25-36

NAIDOO, J./WILLS, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

NEFIODOW, L. A. (2000): Der sechste Kondratieff. Sankt Augustin.

OTTAWA-CHARTA DER WHO. In: Göpel, E./Schneider-Wohlfahrt (Hg.) 279-283

PROHL, R. (2006): Grundriß der Sportpädagogik. Wiebelsheim: Limpert.

SCHMID, W. (1998): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

SCHMIDT-MILLARD, T. (1991): Gesundheit – Leiblichkeit – Bildung. In: KRUSE, C./ THIELE, J. (1991): (Hg.): Gesundheit und Bewegung. Köln. 15-27

SCHNECK, P.: Galens diätetisches Leitbild. In: KEMPER, P. (1996): 115-126

SCHRÖDER, J. (2007): Gesund bleiben im Widerspruch. In: Motorik 30 (2007) 3, 151-155

SCHWERPUNKTHEFT GESUNDHEITSFÖRDERUNG. In: Motorik 30 (2007) 3

SEEWALD, J. (1998): Zwischen Pädagogik und Therapie - Entwicklungsförderung als Paradigma der Psychomotorik. In: Praxis der Psychomotorik 23 (1998) 3, 136-143

SEEWALD, J. (2003): Gesundheit – ein Thema für die Motologie? In: Motorik 26, 2003, 3, 134-142

TREUTLEIN, G. (1992): Körpererfahrung in traditionellen Sportarten – ein Beitrag zur Gesundheitserziehung. In: Körpererziehung (1992) 2, 54-59

ZIMMER, R. (2006): Bedeutung der Bewegung für Salutogenese und Resilienz. In: Fischer, K./Knab, E./Behrens, M. (2006): 306-313

Jan Volmer

Psychomotorik und Psychotrauma
Körper und Bewegung als therapeutisches Agens in der Arbeit mit körperlich misshandelten und sexuell missbrauchten Kindern

1. Einleitung

In Praxen, Frühförderstellen, Kinder- und Jugendpsychiatrien und Jugendhilfeeinrichtungen begegnen dem Psychomotoriker Kinder mit sehr unterschiedlichen Symptombildern. Taucht man in die Lebensgeschichten der Kinder ein, so lassen sich viele Symptome oft als Bewältigungsstrategien für unverarbeitete traumatische Erfahrungen verstehen. Charakteristische Traumafolgen bei Jungen sind Dissozialität, Hyperaktivität, Drogenkonsum, aggressive Verhaltensweisen, bei Mädchen dominieren internalisierte Störungen wie Depression, Selbstverletzendes Verhalten, Ängste und Somatisierungsstörungen. Geschlechtsübergreifend kann häufig eine Bindungsstörung diagnostiziert werden. Schon im ersten Kontakt mit diesen Kindern und Jugendlichen fällt eine unausgewogene Nähe-Distanz-Regulation auf, die sich sowohl auf der emotionalen wie auch auf der körperlichen Ebene manifestiert. Einige zeigen ein wahlloses, promiskuitives Bindungsverhalten, sie vertrauen sich Fremden ohne Scheu an, erzählen im Gespräch sehr schnell Persönliches und stellen häufig eine unangemessene körperliche Nähe her. Andere wiederum halten ihre Mitmenschen auf Distanz, sie meiden jeglichen Körperkontakt, wirken unnahbar, verschlossen und misstrauisch. Zwangsläufig kristallisieren sich diese Bindungsmuster in der körper- und bewegungsorientierten Arbeit besonders schnell heraus. Hintergrund für diese Bindungsangebote und Kommunikationsmuster können, gepaart mit den oben beschriebenen Symptomatiken, sogenannte Bindungstraumata sein, d h. durch enge Bindungspersonen verursachte Traumatisierungen. Dazu zählen der innerfamiliäre sexuelle Missbrauch und die körperliche Misshandlung. Um eine mögliche Form der Hilfe für Kinder, die dieses erlebt haben, soll es im Folgenden gehen.

Viele Psychomotoriker haben im Rahmen ihrer Tätigkeit mit traumatisierten Kindern Kontakt, die wenigsten aber verfügen über psychotraumatologische Kenntnisse oder traumatherapeutische Ausbildungen. Wie kann der Psychomotoriker dennoch helfend und heilsam tätig werden? Wo der Körper des Kindes Empfänger von Gewalt war, drängt sich diese Zugangsweise als Indikation nicht geradezu auf? Oder ist es genau andersherum: Sind körperorientierte Therapieverfahren für Kinder mit traumatischen

(Körper-)Erfahrungen kontraindiziert, da die Gefahr einer Retraumatisierung gegeben ist? Diese Frage ist bereits für die Therapie mit erwachsenen Menschen kontrovers diskutiert worden (vgl. Joraschky 1999, 437). Anliegen dieses Beitrages ist es nun, wesentliche Erkenntnisse der Psychotraumatalogie für die psychomotorische Arbeit mit traumatisierten Kindern nutzbar zu machen sowie an Beispielen die Möglichkeiten und auch die Gefahren aufzuzeigen, die diese Zugangsweise im Rahmen einer Traumatherapie bietet. Da der Begriff des Traumas inflationär verwendet wird und längst in die Alltagssprache eingemündet ist, erfolgt zunächst eine Begriffsbestimmung. Anschließend werden, ausgehend von eigenen Beobachtungen, häufig anzutreffende Folgen von Misshandlung und Missbrauch skizziert.

2. Begriffsbestimmung: Trauma

Ein Trauma wird definiert als „ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer/Riedesser 1999, 12). Ein Trauma ist demzufolge kein objektives, immer pathologisch wirksames Ereignis, sondern „eine Erfahrung, die aufgrund der persönlichen Interpretation des Opfers und seines Entwicklungsstandes sowie seiner konstitutionellen Voraussetzungen überwältigend ist“ (Streek-Fischer 2005, 92).

Die meisten Grenzverletzungen und Gewalterfahrungen führen bei ansonsten intakten Umweltbedingungen in der Regel nicht zu einer dauerhaften psychischen Beeinträchtigung. Die Relevanz von derartigen Ereignissen für die psychische Entwicklung misst sich an den individuellen Risiko- und Schutzfaktoren. Dabei gilt, dass, „je mehr Risikofaktoren auftreten, desto mehr Schutzfaktoren werden als Gegengewicht benötigt, um eine positive Entwicklung einzuschlagen“ (Egle/Hoffmann 2000, 6). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten, empirisch nachgewiesenen protektiven und pathogenen Faktoren:

Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind (nach Huber 2005):

- dauern sehr lange
- wiederholen sich häufig
- lassen das Opfer mit schwereren körperlichen Verletzungen zurück

- sind vom Opfer schwer zu verstehen
- beinhalten zwischenmenschliche Gewalt
- der Täter ist ein nahestehender Mensch
- das Opfer mochte (mag) den Täter
- das Opfer fühlt sich mitschuldig
- die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört
- beinhalten sexuelle Gewalt
- niemand hat dem Opfer nach der Tat beigestanden
- niemand hat mit dem Opfer über die Tat geredet

Die besondere Schwere von Beziehungstraumata ist offensichtlich. Einer Studie von Carlson (1989, zitiert nach Dornes 1999, 74) zufolge zeigen 82% aller missbrauchten und misshandelten Kinder einen „desorganisierten“ Bindungsstil (Main 1986).

Protektive Faktoren	Pathogene Faktoren
• Dauerhafte gute Beziehung zu mind. einer Bezugsperson • Großfamilie • Überdurchschnittliche Intelligenz • robustes, aktives Temperament • internale Kontrollüberzeugungen (self-efficasy) • sicheres Bindungsverhalten • soziale Förderung	• niedriger sozialökonomischer Status • Schlechte Schulbildung der Eltern • Arbeitslosigkeit • chronische Disharmonie • unsicheres Bindungsverhalten • sexueller und/oder aggressiver Missbrauch • Scheidung/Trennung der Eltern • chronische Krankheiten in der Familie • Jungen vulnerabler

Tab 1: Übersicht über protektive und pathogene Faktoren

3. Folgen von sexuellen Missbrauch und körperlicher Misshandlung

Das Symptombild misshandelter und missbrauchter Kinder ist vielfältig und unterschiedlich „laut“. „Neben charakteristischen Verletzungsspuren (...) sind es vor allem die unter dem Bild verschiedener Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischer Störungen verbergenden Folgen der Misshandlung, die oft schwer zu erkennen und zu interpretieren sind“ (Bürgin/Rost 2000, 163). Dazu zählen tiefgreifende Entwicklungsstörungen ebenso wie verhaltens- und emotionale Störungen.

a) Misshandlung und Missbrauch bewirken Entfremdungsgefühle in Bezug auf den eigenen Körper, dieser wird oft als „fraktioniert“, „abgespalten“, „nicht zu sich gehörend“ empfunden und abgelehnt (vgl. Joraschky 2000, Hammer/Müller 2001). Viele Opfer finden sich hässlich, fühlen sich verunstaltet, manche ekeln sich von ihrem Körper. Das Körpergefühl ist nachhaltig gestört, so dass er nicht mehr als Seismograph für das eigene Befinden genutzt werden kann. Oft wird der Körper instrumentalisiert und funktionalisiert und verkommt zum letzten zur Verfügung stehenden Mittel, um sich selbst oder der Gruppe zu beweisen, dass man etwas bewirken kann. Manchmal wird der Körper auf destruktive Weise in den Dienst der Emotionsregulierung gestellt, zum Beispiel bei starker autoerotischer oder autoaggressiver Aktivität.

b) Misshandlung und Missbrauch sind durch eine Asymmetrie von Macht und Ohnmacht gekennzeichnet und unmittelbar mit der Erfahrung von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Schwäche verknüpft. Gerade bei chronischen Verläufen werden Macht und Ohnmacht, Kontrolle und Unterwerfung zu zentralen Themen der Kinder, die als festgelegte Erlebnismuster auch in der therapeutischen Situation virulent werden. In den Stunden geraten viele dieser Kinder schnell in Konflikte mit anderen Kindern und den Therapeuten, sie begehren gegen jegliche Regeln und Einschränkungen auf, sind ungeduldig und bestimmend. Es sind häufig, aber nicht ausschließlich die Jungen, die in einer Reaktionsbildung auf die erlebte Ohnmacht nun ihrerseits bestimmen, kontrollieren und Macht ausüben wollen. Häufig werden sie als impulsiv und jähzornig erlebt. Sie reinszenieren die traumatische Situation auf der Täterseite: Indem sie sich mit dem Aggressor identifizieren, wehren sie ihr Gefühl von Schwäche und Hilflosigkeit ab. Andere Kinder, hier eher die Mädchen, tendieren zu regressiven Abwehrhaltungen, sie zeigen sich besonders fügsam, angepasst, zurückgezogen und scheu. Häufig lassen sie es zu, dass Andere über sie bestimmen, es besteht die Gefahr einer Chronifizierung der Opferrolle. Selten sind die Täter- und Opferrollen starr: Bei den meisten Kindern kommt es in Abhängigkeit der Situation und der Stimmungslage zu beiden Bewältigungsversuchen.

c) Misshandlung und Missbrauch entsprechen einer Erniedrigung und Demütigung durch die Gewalt Anderer und verletzen die seelische Integrität der Kinder. Für eine gesunde Selbstwertentwicklung ist eine empathische und gewaltfreie Eltern-Kind-Beziehung die Voraussetzung. In der Regel entstehen bei missbrauchten und misshandelten Kindern erhebliche Insuffiziensgefühle, die sich über das gesamte Erleben ausbreiten: Viele halten sich für dumm, hässlich und nicht liebenswert, nicht selten

wehren sie das mit einer betont coolen Fassade ab und schwanken heftig zwischen Selbstentwertung und Selbstüberschätzung. Es gelingt ihnen kaum, ihr Selbstwertgefühl unabhängig von Anderen zu regulieren, so dass es schon bei kleinen Misserfolgen zum Einbruch kommt. Die Kinder sind oft schnell gekränkt oder reagieren gereizt auf jede Form der Kritik. Häufig fühlen sich andere Menschen im Gegenübertragungsgeschehen von ihnen abgewertet und auf Distanz gehalten.

d) Misshandlung und Missbrauch schränken die Beziehungsfähigkeit ein, da ein eklatanter Mangel an Grundvertrauen besteht. Einige der Kinder scheinen ohne Hoffnung zu sein, auf zuverlässige, wohlwollende und unterstützende Erwachsene zu treffen. Dem zugrunde liegt „eine schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung des inneren Arbeitsmodells von Bindung“ (Brisch 2006, 108f.). Auf der Grundlage früher Bindungserfahrungen entstehen Bindungsrepräsentanzen, die bestimmen, mit welchen Erwartungen Menschen später in die Interaktion mit anderen Menschen treten. Das sexuell missbrauchte Kind, dass nicht einmal, sondern oft über viele Jahre sequentiell durch eine Bindungsperson traumatisiert wurde, hat nicht „nur“ mit den Folgen des Missbrauchs an sich zu kämpfen, sondern zusätzlich mit dem Umstand, von einem Menschen, von dem das Kind Schutz, Trost, Halt und Hilfe erwartete, verraten worden zu sein. Da dem jungen Kind die Vorstellung, die Eltern könnten etwas Böses machen, zunächst fremd ist, sucht es die Schuld für die verwirrenden und schmerzhaften Ereignisse in der Regel bei sich, so wie die erwachsene Frau, die in einer Therapiestunde den Missbrauch durch ihren Großvater schilderte: „Wenn meine Mutter mit mir schimpfte, dann bin ich immer weinend zum Opa gerannt und hab mich dann auf seinen Schoß gesetzt ... und naja, der hat das dann wohl falsch verstanden“.

e) Misshandlung und Missbrauch verursachen erhebliche Defizite in der Strukturentwicklung. Nach dem sozial-situationalen Erklärungsmodell werden Kindesmisshandlungen als Endpunkt eskalierender Konflikte zwischen Eltern und Kindern verstanden. Die Gewalt ist ein Ausdruck von Ärger und Ohnmacht und wird dann eingesetzt, wenn andere Erziehungsversuche fehlgeschlagen sind. Anders als früher, wo Schläge als ein probates Erziehungsmittel galten, wird Gewalt gegen Kinder mittlerweile gemeinhin geächtet. Schlagende Eltern sind viel mehr nicht in der Lage, ihre aggressiven Impulse so zu steuern, dass der Konflikt im Dienste der Beziehung entschärft werden kann. Anders ausgedrückt: Sie können sich nicht selbst beruhigen und können deshalb auch den Kindern schlecht beibringen, ihre Gefühle angemessen und gewaltfrei zu regulieren. So erleben wir bei misshandelten Kindern häufig ein desintegriertes

Strukturniveau im Bereich der Steuerungsfähigkeit, was sich konkret z.B. in heftigen Impulsdurchbrüchen äußert.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder bei unzureichenden Schutzfaktoren unangepasste Verhaltensmuster entwickeln, die als verfestigte coping-Strategien, meistens aus der Herkunftsfamilie, verstanden werden können. Es zeigen sich beziehungsrelevante Verzerrungen und Störungen, die die Gestaltung normaler menschlicher Beziehungen fast unmöglich macht. Steuerungsfähigkeit und Affektregulation sind stark eingeschränkt, was zu heftigen Impulsdurchbrüchen führt. Negative Affekte (z.B. in Folge von Frustrationen) können kaum abgepuffert werden, das Selbstgefühl (z.B. die Fähigkeit, sich zu trösten) ist nachhaltig gestört, so dass in sozialen Zusammenhängen häufig massive Schwierigkeiten auftreten.

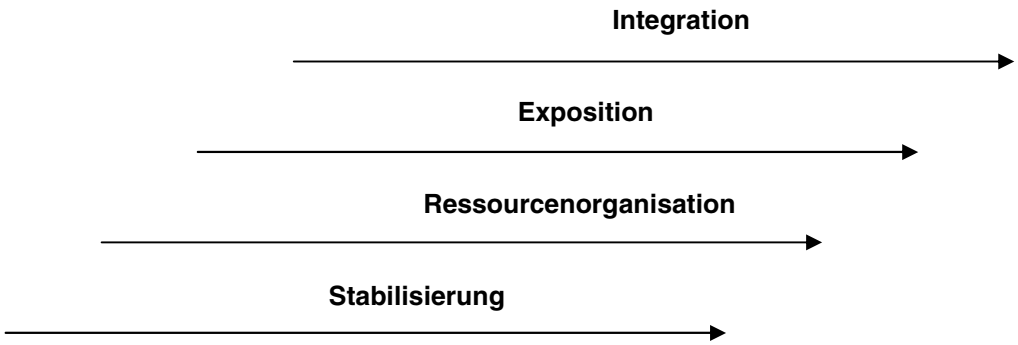
Vor dem Hintergrund der beschriebenen Folgen können im Sinne der bipolaren Psychotherapie für die therapeutische Arbeit mit missbrauchten und misshandelten Kindern folgende Prinzipien herausgearbeitet werden. Die Therapie sollte…

- korrigierende Körpererfahrungen ermöglichen
- Macht- und Ohnmachtsmuster aufweichen, Selbstwirksamkeit erfahrbar machen
- das Selbstwertgefühl steigern
- korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen
- befähigen, Gefühle konstruktiv zu regulieren

Bevor eine Umsetzung dieser Prinzipien für die psychomotorische Arbeitsweise versucht wird, zunächst ein Überblick über den aktuellen Stand der Traumatherapie.

4. Die vier Phasen der Traumatherapie

Die klassische Traumatherapie gliedert sich in die drei Phasen *Stabilisierung, Exposition und Integration.* Sie basiert im wesentlichen auf Reddemann und Sachsse (1997). Um die besondere Bedeutung der Ressourcenorganisation hervorzuheben, wird ihr in manchen Konzepten (vgl. Plassmann 2004) eine eigene Phase zugeordnet. Demzufolge ergibt sich für den psychotherapeutischen Prozess folgender Ablauf:



Die Grafik veranschaulicht, dass die Phasen sich nicht starr aneinander anschließen, sondern eher ineinander übergehen, wobei die Arbeit der früheren Phasen während des ganzen Prozesses im Hintergrund weiterläuft. Bei der psychomotorischen Arbeit in Gruppen sind allein die Phasen „Stabilisierung“ und „Ressourcenverankerung“ relevant. Eine Konfrontation mit dem emotionalen Belastungsmaterial im Sinne einer Traumaexposition ist in diesem Setting weder gewünscht noch indiziert. Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich daher auf die beiden ersten Phasen.

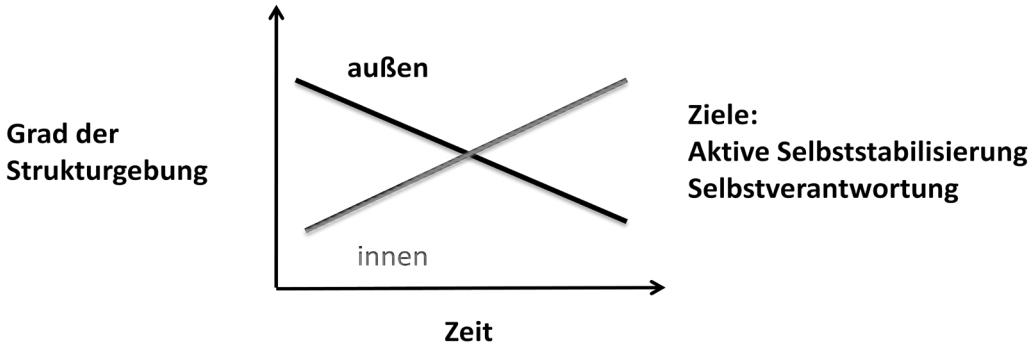
a) Stablisierungsphase

Stabilisierung meint „Kontrolle gewinnen“ über dysfunktionale Muster. Diese werden verstanden als früher durchaus hilfreiche und wirksame Lösungsversuche für sehr schwierige Lebenssituationen, die inzwischen aber entweder nicht mehr die gewünschte Erleichterung verschaffen (so z.B. bei selbstverletzendem Verhalten) oder die in sozialen Zusammenhängen (Schule, peergroup) zu massiven Schwierigkeiten führen. Die wesentliche Arbeit in der Stabilisierungsphase besteht in der Regulierung von Emotionen und dem Aufdecken beziehungsrelevanter Verzerrungen und Störungen in der gegenwärtigen Situation. Alle Vorkommnisse innerhalb der Gruppe liefern wichtige Informationen über „die Welt draußen“, die Gruppe fungiert als sozialer Mikrokosmos. Die Vergangenheit und die gegenwärtige Lebenssituation werden dadurch nicht irrelevant, doch die therapeutische Arbeit konzentriert sich auf die Geschehnisse im Hier und Jetzt der Gruppe. Ein Beispiel:

Eine oft verkannte Traumafolgestörung ist das hyperaktive Verhalten. In der Anfangsrunde einer Gruppenstunde gelingt es einem Kind nicht, das konzentrierte Gespräch und

die ruhige Stimmung auszuhalten, es zappelt herum, steht immer wieder auf und stört mit etlichen Zwischenrufen das Gruppengeschehen. Vermutlich vermag es seine Emotionen in diesem Moment nicht anders zu regulieren als durch motorische Unruhe. In der Vergangenheit mag diese Strategie das psychische Überleben gesichert haben, im Hier und Jetzt der Gruppe verhindert es Entwicklung. Der Therapeut hilft dem Kind, Strategien zu erlernen, die ihm eine angemessenere Regulierung seiner Gefühle und damit eine Musterunterbrechung ermöglichen. Das können kleine Veränderungen in Haltung, Atmung, oder Blickrichtung sein, oft ist auch die sicherheitsspendende körperliche Nähe des Therapeuten hilfreich, der dem Kind nach vorheriger Absprache seine Hand auf den Rücken legt.

Eine Voraussetzung für das Erlangen von Stabilität ist die äußere Sicherheit. Die Therapie ist ein sicherer Ort und gerade im psychomotorischen Setting bietet sich eine Höhle oder eine andere Rückzugsecke als zusätzlicher, konkreter „safe place“ an. Um Sicherheit zu gewährleisten, ist bei der Arbeit in der Gruppe anfangs eine sehr hohe Strukturgebung durch die Therapeuten notwendig. Das Ziel bleibt dabei eine verbesserte Fähigkeit zur Innensteuerung. Es lässt sich daher die Regel aufstellen: So viel Außensteuerung wie nötig, so wenig wie möglich. Lernen, Gefühle möglichst selbständig zu regulieren.



b) Ressourcenverankerung

Die Phase „Ressourcenverankerung“ steht unter dem Gesichtspunkt „Was macht mich stärker“? Den belastenden Erfahrungen von Ohnmacht, Schwäche, Hilflosigkeit müssen

Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Stärke und Achtung gegenübergestellt werden, damit die negativen Erfahrungen ihren prägenden Einfluss verlieren.

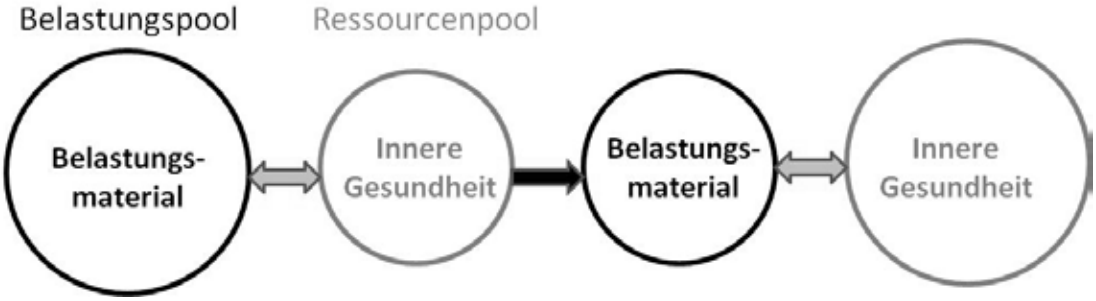


Abbildung nach Plassmann 2004

Die im Menschen innewohnenden Ressourcen können von dem emotionalen Belastungsmaterial überlagert sein, sie sind deshalb aber nicht verschwunden. Therapie muss den Kindern in dieser Phase ermöglichen, mit ihren Ressourcen wieder in den Kontakt zu kommen, um Stärke, Kraft, Gesundheit wieder fühlbar werden zu lassen. Das Selbstheilungssystem ist unter der Wucht der Ereignisse zusammengebrochen und nun nicht mehr in der Lage, das psychische Gleichgewicht selbstorganisatorisch wiederherzustellen. Anstatt nun den Belastungspol „kleinzureden“, sollte der Ressourcenpol nach dem Prinzip der Bipolarität vergrößert werden, damit er an Bedeutung gewinnt. Auch hier ein Beispiel:

Ein sehr sportlicher 12-jähriger Junge vollbringt beim Fußballspiel sehr gute Leistungen, lässt aber keine Freude daran erkennen. Lob wehrt er unwirsch ab, „das kann ja jeder“, findet er. Seine sportliche Begabung stellt an sich eine gute Ressource dar, könnte den Selbstwert stabilisieren und damit ein protektiver Faktor im Hinblick auf die Traumaverarbeitung sein. Doch seine aggressive und dissoziale Symptomatik hat zum Ausschluss aus seinem Fußballverein geführt, so dass auch die Ressource Fußball vom Belastungsmaterial „kontaminiert“ ist. Er schleppt sich lustlos durch’s Leben, die Körperspannung tendiert gegen Null, „kein

Bock auf Nichts“ charakterisiert seine Haltung, „Scheiss egal“ ist sein Lebensmotto. Es scheint nichts zu geben, was ihm Kraft geben und seinen Willen nach einem besseren Leben aktivieren könnte. Erst auf dem Großtrampolin erwacht seine Freude, so, als ob die ungewohnten neuen Bewegungserlebnisse seine Lebensgeister stimuliert hätten. Er probiert sich aus, entdeckt seinen Ehrgeiz wieder und sättigt sein Bedürfnis, sich (körperlich) zu spüren. Der Junge hat sein Trauma deshalb nicht überwunden, aber beim Zusehen *fühlt* man unwillkürlich, wie er Kontakt zu seiner inneren Gesundheit aufgenommen hat.

5. Was spricht für eine psychomotorische Arbeitsweise mit traumatisierten Kindern?

Ermöglichen positiver Körpererfahrungen

In einem kürzlich erschienenen Buch zum Sexuellen Missbrauch an Jungen schreibt Bange (2007) in Anlehnung an Lew, dass sich sexuell missbrauchte Männer „vor jeder Therapie hüten (sollen), bei der es erforderlich ist, sich berühren zu lassen“ (140). Er schildert, wie einem missbrauchten Mann sogar der Händedruck zur Begrüßung „zuviel“ sein kann.

Schon ein scheinbar unverfänglicher Händedruck eines Fremden kann also Erinnerungen an das Trauma (einen *flashback*) hervorrufen. Diese Erinnerungen sind direkt verknüpft mit den damaligen Emotionen und Körpergefühlen, die hier wieder aktiviert werden und Ekel, Scham, Angst oder Ohnmacht auslösen. Da liegt die Befürchtung nahe, dass es gerade bei einer körperbezogenen Arbeitsweise in der Therapie immer wieder zu Abreaktionen von im Körper gespeicherten Traumerinnerungen kommen kann.

Mit diesem Beispiel unterstreicht Bange zwar ungewollt die Notwendigkeit des Einbezugs des Körpers, macht aber auch auf ein sehr wichtiges Thema aufmerksam. Freiwilligkeit ist im Rahmen der Therapie das oberste Prinzip, niemand darf gegen seinen Widerstand zu einer Übung oder einem Spiel gezwungen oder auch nur überredet werden. Die Erfahrung, einer körperbezogenen Situation hilflos ausgeliefert zu sein, käme einer Retraumatisierung gleich und muss daher zwingend vermieden, die unbedingte Eigenverfügbarkeit des Körpers kann nicht oft genug betont werden. Es ist Bange also zuzustimmen, wenn er schreibt, dass Therapieformen abzulehnen sind, die es *erforderlich* machen, sich berühren zu lassen“.

Natürlich ist es aber gerade das Ziel, die Kinder zu befähigen, einen normalen körperlichen Kontakt zu Mitmenschen eingehen zu können, *ohne* ständig in die Gefahr zu kommen, durch Alltagssituationen wie einem Händedruck getriggert zu werden. Wie sollen sich Kinder weiterentwickeln können, wenn es ihnen nicht möglich ist, körperliche Nähe zuzulassen? Wenn das Bedürfnis nach körperlicher Zuwendung nicht gesättigt und der Körper auch nicht in den spielerischen Kontakt mit Freunden gebracht werden kann? Natürlich ist vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen Körperkontakt überwiegend mit negativen Emotionen assoziiert. Die Konsequenz daraus kann aber nicht lauten, dem Kind im therapeutischen Kontext Möglichkeiten zur Entwicklung der eigenen Körperlichkeit vorzuenthalten. Körperorientiertes Arbeiten bedeutet gerade nicht, auf Biegen und Brechen körperliche Nähe herzustellen oder intensive Körpergefühle auszulösen. Möglicherweise lernt ein Kind aus einer inzestverseuchten oder gewalttätigen Familie aber in der Therapie das erste Mal einen stimmigen, also adäquaten und gewollten Körperkontakt kennen. Wenn die Kinder erst einmal Vertrauen zu den Therapeuten gewonnen haben, fordern sie immer wieder Versorgungsangebote ein und geniessen die körperliche Zuwendung, vor allem aber die Ruhe und den Frieden der Situation, in vollen Zügen. Es bedarf zwingend solcher korrigierender Körpererfahrungen und es wäre eine verpasste Chance, würde man diese aus Angst vor der Triggerung von Intrusionen nicht ermöglichen. Wenn jedoch das Erfahren von (körperlicher) Nähe ein positives Element sein soll, muss notwendigerweise auch Distanz ermöglicht und gewährt werden. Ein behutsames, sensibles Vorgehen mit Achtung und Respekt vor den Grenzen der Kinder ist daher selbstverständlich.

Vermittlung von Selbstwirksamkeitserlebnissen

Wie kaum in einem anderen Setting können Kinder im Rahmen der psychomotorischen Arbeit so unmittelbar die Wirksamkeit ihres Handelns erfahren. Aus der Bewältigung spannungsreicher Bewegungssituation ist es ihnen möglich, eine direkte narzisstische Befriedigung abzuleiten und einen Zugang zu ihrer eigenen Stärke zu bekommen. Hier eignen sich hervorragend Übungen aus der beziehungsorientierten Bewegungspädagogik nach Veronica Sherborne (1998) und ausgewählte Ring- und Raufspiele („Wo rohe Kräfte sinnvoll walten“, Beudels /Anders 2006), sofern sie bewusst und mit Bedacht eingesetzt werden. Die Übung „Fest wie ein Stein“ (mit dem Therapeuten als Stein) beispielsweise verschafft nahezu allen Kindern eine immense Genugtuung, wenn sie im Rahmen einer strukturierten spielerischen Handlung den Erwachsenen „umschmeissen“ und so das biographisch erlebte Ungleichgewicht zwischen dem mächtigen Erwachsenen und dem ohnmächtigen Kind umkehren. Zu prüfen ist, ob diese oder ähnliche Übungen zu einer Aufweichung des Machtkonfliktes beitragen oder diesen möglicherweise verschärfen. Für ein Kind, das in einem aktiven Verarbeitungsmodus des Erlebten bereits Kontrolle und Dominanz gegenüber anderen Menschen ausübt, wird das Aufzeigen seiner (körperlichen) Grenzen heilsamer sein als ein weiterer Beweis für die eigene Kraft. Doch nicht nur im „Gegeneinander“ mit einem Partner können Selbstwirksamkeitserlebnisse erzielt werden, auch im „Miteinander“ oder in der Einzelarbeit lassen sich unzählige Situationen herstellen, die die eigene, echte Stärke fühlbar werden lassen und nicht die falsche, die aus der Erniedrigung anderer Menschen gezogen wird. So können die Voraussetzungen für einen Ausstieg aus dem Macht/Ohnmachtsmuster geschaffen werden.

Steigerung des Selbstwertgefühls

Wie weiter oben bereits erwähnt, ist chronisch traumatisierten Kindern die Regulation des Selbstwertgefühls oft kaum möglich. In der psychomotorischen Gruppe erleben wir sie als offen oder versteckt konkurrierend, neidvoll, missgünstig und selbstbezogen. Sie neigen zur Selbstüberschätzung oder zur Selbstentwertung, bewegen sich sprichwörtlich auf „dünnem Eis“. Bereits eine kleine Kränkung kann zum Selbstwerteinbruch führen. Im Rahmen der körper- und bewegungsorientierten Therapie können Gelegenheiten geschaffen werden, wieder „festen Boden“ unter den Füßen zu fühlen. Dies kann zum einen konkret über Achtsamkeits- und Imaginationsübungen geschehen, zum anderen über die Entwicklung einer realistischen körperlichen Selbsteinschätzung. Nicht die Vermittlung

grenzenloser narzisstischer Bestätigung, sondern eine ausgewogene Mischung aus Erfahrungen der körperlichen Grenzen auf der einen und der körperlichen Möglichkeiten und Kräfte auf der anderen Seite ist heilungsfördernd. Bei Regelspielen sind wir oft verleitet, selbstwertunsichere Kinder gewinnen zu lassen, um ihnen die befürchtete Kränkung zu ersparen. Das ist letztlich genauso wenig hilfreich wie eine Demonstration unserer Überlegenheit und Stärke, weil beide Haltungen die alten und dysfunktionalen (Abwehr-)Muster weiter verfestigen würden. Unsicherheiten bezüglich des eigenen Wertes gehen in der Regel mit einem Hunger nach Spiegelung durch Andere einher. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, sowohl ein differenziertes feedback zu geben als auch Situationen zu schaffen, in denen die Kinder eigene und unverfälschte Informationen über ihre körperlichen Kräfte und Grenzen erhalten.

Korrigierende Beziehungserfahrungen

Sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder haben nicht nur Gewalt erlebt, sondern sind darüber hinaus oft auch nicht ausreichend von anderen Erwachsenen geschützt worden. Ihr inneres Bild von Erwachsenen ist geprägt von ihren Erfahrungen mit frühen engen Bezugspersonen. Dieses Bild wird auf den Therapeuten projiziert, der in der Folge mit den oft heftigen und manchmal ambivalenten Gefühlen und Wünschen konfrontiert wird und diesen auf heilungsfördernde Weise begegnen muss. In der Literatur (Brisch 1999, Huber 2005, Riedesser/Romer 2004) werden folgende therapeutische Haltungen im Sinne korrigierender Beziehungserfahrungen genannt:

Konsequentes, vorhersagbares und wiederholendes Handeln

In der Regel ist bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern eine hohe Strukturgebung seitens der Therapeuten notwendig und sinnvoll. Der therapeutische Rahmen muss klar definiert und für die Kinder transparent sein. Ausnahmen schaffen meist Unsicherheit, Chaos verursacht Angst. Der Therapeut muss von den Kindern als stark (im Sinne von rahmenschützend) erlebt werden, damit sie in der Kinderrolle bleiben können und nicht das Gefühl haben, selbst für Ordnung sorgen zu müssen.

Achtsamkeit und Respekt

Als Therapeut einer psychomotorischen Kleingruppe mit quirligen und/oder aggressiven Kindern gerät man unter Umständen schnell in die Rolle eines Dompteurs, der sich gegen eine Meute wilder Kerle durchzusetzen versucht. Da passiert es manchmal schnell, dass die Symptome der Kinder nicht mehr als Abwehr- oder Lösungsversuche,

sondern als Bösartigkeiten und zielgerichtete Gemeinheiten interpretiert werden. Ihnen Respekt entgegenzubringen bedeutet, auch die dysfunktionalen Verhaltensweisen zu würdigen und sie als aus der Not der Vorerfahrungen geborene coping-Stategien zu verstehen.

Wechselseitiges Einstimmen (Rapport halten durch pacing)

Fast jeder „Helfer“ macht es automatisch: Zu Beginn einer Interaktion nimmt er den Sprechmodus des Gegenübers auf und versucht auch, einen tonischen Dialog herzustellen, der in Qualität und Timing aufeinander abgestimmt ist. Michaela Huber (2005) nennt es das „Gaga auf höherer Ebene“ (108).

Reflexiver Dialog

Eine wichtige Komponente einer sicheren Bindung zwischen dem Säugling und der Bindungsperson ist die Fähigkeit des Erwachsenen, die Signale des (noch) nicht-sprechenden Kindes richtig zu deuten und angemessen darauf zu reagieren. Im Kind erwächst so die Zuversicht und Sicherheit, richtig verstanden zu werden. Im therapeutischen Kontext spiegelt der Therapeut dem Kind, welche Emotionen, Gedanken, Wahrnehmungen oder Absichten er bei dem Gegenüber oder auch bei sich beobachtet und macht so das Innerseelische, das von dem Kind selbst nicht gesagt werden, kommunizierbar. Im Rahmen des psychomotorischen Settings können wir die Bewegungen, Haltungen, den Ausdruck der Kinder in Worte „übersetzen“ und darüber eine neue Bedeutung entstehen lassen. Ziel ist es, die Kinder zu befähigen, sich selbst besser verstehen zu können.

Reparieren und Anknüpfen nach unterbrochener Kommunikation (repair)

Oft geschieht es, dass die Kinder die Interaktion mit dem Therapeuten oder mit der Gruppe abbrechen und z.B. den Raum verlassen. Hintergrund dafür können z.B. Ängste vor einem Durchbruch der eigenen überwältigenden Emotionalität oder Ausdruck unreifer Konfliktbewältigungsversuche sein. Manchmal ziehen sich Kinder weit in sich zurück, schneiden so den Kontakt zu den Anderen ab und sind dem Gespräch nicht mehr zugänglich. Der Therapeut signalisiert dem Kind verbal und nonverbal (was oft erfolgreicher ist) seine Bereitschaft, die Kommunikation wieder aufzunehmen und macht entsprechende Angebote. Meistens sind die Kinder dankbar, wenn sie ihrerseits „Wiedergutmachungen“ leisten können, um ihren Teil zum „Reparieren“ einer Beziehung beizusteuern.

Kohärente Geschichten

Eine kohärente Geschichte kann eine Geschichte sein, die sich auf ein gemeinsames Erlebnis bezieht und die den Charakter der Situation aus der Erinnerung wieder lebendig werden lässt. Das kann schon am Ende einer Therapiestunde sein, wenn der Therapeut in der Abschlussrunde die kurz zuvor gemeinsam mit dem Kind erlebte Bewegungshandlung erinnert, „erst habe ich gedacht, wir schaffen das niemals, mit unseren Rücken aneinander gelehnt aus der Sitzposition aufzustehen, aber dann habe ich gemerkt, dass wir uns gut aufeinander verlassen können ...“ und *durch* seine Erzählung die Geschichte zu einer *gemeinsamen* Geschichte, also zu einer integrierten zwischenmenschlichen Kommunikation werden lässt.

Emotionale Kommunikation

Glücksmomente mit ihnen zu teilen, ihnen bei Schmerz tröstend zur Seite zu stehen, sie in ihrer Angst zu begleiten oder, wenn sie älter werden, in schwierigen Situationen angemessen zu begrenzen – die meisten dieser Qualitäten sicherer Bindungspersonen haben missbrauchte und misshandelte Kinder entbehren müssen. In der Therapie muss der Therapeut (als späte Bindungsperson) zunächst eher unbeschwerte, unterstützende, „nährende“ Momente schaffen, um zunächst das „Ur-Vertrauen der therapeutischen Beziehung“ anzubahnen. Im weiteren Verlauf kann dann auf dieser Basis Begrenzung und Konfrontation erfolgen.

Bindungstraumatisierte Kinder werden unsere Bindungsangebote immer wieder auf die Probe stellen und überprüfen, ob wir tatsächlich stark genug sind, um sie und ihre Geschichte auszuhalten. Gewinnen sie dieses Vertrauen in uns, dann haben sie trotz ihrer schlimmen Bindungserfahrungen die Fähigkeit zu guten, und damit zu korrigierenden Beziehungserfahrungen entwickeln können.

Erlernen von Steuerungsfähigkeit

Im psychomotorischen Setting wird die versuchte Spannungsabfuhr über den Körper schnell sichtbar. Hyperaktivität, Apathie, und autoerotische oder autoaggressive Aktivität sind Ausdruck innerer Anspannung und stellen den Versuch dar, diese über den Körper abzuleiten. Hier zeigen sich auf der körperlichen Ebene die mangelhaften Fähigkeiten, sich im wörtlichen und übertragenen Sinne selbst zu steuern. In der körper- und bewegungsorientierten Arbeit können Möglichkeiten geschaffen werden, die negativen Affekte in einer strukturierten und kanalisierten Form abzureagieren und so einen

emotionalen Ausgleich zu erzielen. Schwer kontrollierbare Wut kann beispielsweise in einen Gymnastikball gepackt werden, der so lange möglichst feste auf den Boden geprellt wird, bis eine angenehme Erschöpfung und damit eine Erleichterung eintritt.

Steuerungsfähigkeit kann vor allem erlernt werden, indem die körperlichen Signale z.B. für einen sich ankündigenden Impulsdurchbruch rechtzeitig wahrgenommen und an Ort und Stelle, also in der betroffenen Körperregion reguliert werden. Dabei wird das Kind gefragt, wo im Körper das Gefühl (die Wut, die Traurigkeit, die Kränkung ...) sitzt und wie es sich anfühlt (ein Rasen, ein Stechen, ein dumpfer Schmerz ...). Anschließend wird mit dem Kind erarbeitet, durch welche körperlichen Veränderungen sich dieses Körpergefühl so regulieren lässt, dass die Intensität der Emotion geringer wird. Dazu eignen sich kleine Modifikationen in Atemtechnik, Körperhaltung, Blick oder Position im Raum, aber auch Phantasiereisen und Entspannungsübungen. Bei dieser Arbeit benötigen die Kinder zunächst viel Unterstützung, da die Wahrnehmung des eigenen Körpers oft nachhaltig gestört ist. Es ist jedoch ein wesentliches Stabilisierungsziel erreicht, wenn sie Kontrolle über ihre Gefühle gewinnen und sie sich selbst beruhigen können.

6. Zusammenfassung

Im Setting einer psychomotorischen Kleingruppe kann für sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder im Sinne der Stabilisierungs- und Ressourcenarbeit wertvolle Arbeit geleistet werden. Vor dem Hintergrund der Biographien sind besondere Sensibilität, Behutsamkeit und unbedingter Respekt vor Grenzen die Grundlage für die Vermittlung korrigierender Körper- und Beziehungserfahrungen. Eine Konfrontation mit dem Belastungsmaterial ist in diesem Setting kontraindiziert, gearbeitet wird mit den Geschehnissen im Hier und Jetzt. Der Psychomotoriker kann den Kindern durch eine stabilisierende und ressourcenfördernde Arbeitsweise den Kontakt zum eigenen Heilungssystem bahnen und damit eine hilfreiche flankierende Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen sein.

Literatur

BANGE, D. (2007): Sexueller Missbrauch an Jungen. Göttingen: Hogrefe

BENDER, D.; LÖSEL, F. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 40-58.

BEUDELS, W. / ANDERS, W. (2006): Wo rohe Kräfte sinnvoll walten. Dortmund: borgmann

BOWLBY, J. (1975): Bindung. Eine Analyse der Muttter-Kind-Beziehung. München: Kindler.

BRINK, A. ; Schmidt, M.H. (2000): Psychotherapie bei misshandelten und missbrauchten Kindern und Jugendlichen. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 347-360.

BRISCH, K.H. (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

BÜRGIN, D.; ROST, B. (2000): Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 157-178.

DORNES, M. (2000): Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 70-83.

EGLE, U. T.; HOFFMANN, S.O. (2000): Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 3-22.

FISCHER, G.; RIEDESSER, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.

HAMMER, R.; MÜLLER, W. (2001): Jugendliche und Gewalt. Ein Versuch, dieses Phänomen aus der Sicht der Psychomotorik zu verstehen und damit umzugehen. In: Motorik, 24 (2), 65-71.

HUBER, M. (2005): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann.

JORASCHKY, P. (2000): Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch auf Selbstwert und Körperbild. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 140-153.

MAIN, M. ; Solomon, J. (1986): Discovery of an insecure-disorganzed/ disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In: Brazelton, T.B.; Yogmann, M. (Eds.): Affective development in infancy. Norwod, NJ: Ablex, 95-124.

PLASSMANN, R. (2004): Die Entwicklung der modernen Traumatherapie. Unveröffentlichtes Manuskript

REDDEMANN L., SACHSSE U. (1997) Traumazentrierte Psychotherapie I: Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen PTT 1(3), 113-147.

RESCH, F.; SCHULTE-MARKWORT, M. (2005): Editoral: Die Bedeutung des Traumas für psychische Störungen. In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. Weinheim: Beltz, 89-91.

ROMER, G. & RIEDESSER, P. (2004): Beziehungstrauma und Bewältigung bei sexuellem Kindesmissbrauch. Implikationen für das psychotherapeutische Verständnis von Bindungs- und Beziehungsstörungen bei sexuell traumatisierten Kindern. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2(4), 47-61.

SHERBORNE, V. (1998): Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik. München: Ernst Reinhard

STREECK-FISCHER, A. (2005): Trauma und Entwicklung. In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. Weinheim: Beltz, 92-103.