

Vorwort

Bewegungs- und sporttherapeutische Interventionen sind oftmals ein integraler Bestandteil der multimodalen Therapie von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. In der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung nimmt die Bewegungs- und Sporttherapie einen festen und bedeutsamen Platz ein. Dies spiegelt sich allein im Umfang der Bewegungstherapieeinheiten innerhalb des Versorgungsspektrums, in den entsprechenden Personalschlüsseln oder auch in der breiten Akzeptanz bewegungsbezogener Interventionen durch die Kinder und Jugendlichen wider. Bewegung, Spiel und sportliche Aktivitäten eröffnen speziell für diesen Personenkreis günstige Zugänge zur Vermittlung therapeutischer Methoden und Inhalte. Zudem liegen theoretische Beiträge, differenzierte praktische Konzepte und evaluierte Ansätze zu verschiedenen Methoden und Verfahren vor, die in der bewegungsorientierten Arbeit mit dieser Zielgruppe zum Einsatz kommen.

Umso mehr erstaunt es, dass sich der hohe Stellenwert dieses eigenständigen Fachgebietes innerhalb der medizinisch-psychiatrischen Grundlagenliteratur wie auch in der akademischen Sportwissenschaft nicht entsprechend abbildet (siehe Hölter in diesem Band). Zudem ist auch in der Praxis konstatierbar, dass innerhalb des interdisziplinären Teams der klinisch tätigen und behandelnden Berufsgruppen die Kenntnisse über die Wirkmechanismen von körperlicher Aktivität oder vom Spiel bezüglich seelischer Gesundheit und das Wissen über die Vielfalt der bewegungstherapeutischen Interventionsmöglichkeiten oft unzureichend sind. Dies ist in unseren Augen jedoch eine wichtige Voraussetzung für eine gute diagnose- und indikationsspezifische Arbeitsweise.

Der vorliegende Band beruht auf einer langjährigen Kooperation des Institutes für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln und der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn mit dem Ziel, die Bereiche Forschung, Praxis und Lehre zu vernetzen. Hieraus erwachsen zwei Bewegungs- und Sporttherapie-Symposien (2012 und 2014) zu verschiedenen Themen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Neben fachspezifischen Vorträgen stellten Experten aus dem Bereich bewährte Methoden in theorie- und praxisorientierten Workshops vor. Die Fachtagungen waren bewusst interdisziplinär ausgerichtet und adressierten sich nicht nur an Bewegungs- und Sporttherapeuten wie Sportwissenschaftler, Diplom-Sportlehrer, Motopäden, Ergo- und Körpertherapeuten oder Studierende, sondern auch gezielt an jene Berufsgruppen, die sich im Rahmen ihrer Tätigkeit mit der Verbindung von Therapie und Bewegung, körperlicher Aktivität und Sport beschäftigen: Ärzte, Psychologen und (Förder-)Pädagogen.

Die positive Resonanz auf diese ersten beiden öffentlichen Veranstaltungen und die Nachfrage zur Verschriftlichung einzelner Beiträge gab u.a. Anlass dazu, dieses Buch zusammenzustellen. Ergänzend konnten weitere externe Autorinnen und Autoren für diese Thematik gewonnen werden. Wir möchten mit diesem Band dazu beitragen, einen ersten Überblick über bewegungs- und sporttherapeutischen Konzepte und Methoden bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu geben sowie die bestehenden Lücken in der Wissenschafts-Landschaft auf dem Gebiet der Bewegungstherapie zu verringern.

Insofern erwartet den Leser weniger ein strukturiertes Lehrbuch als vielmehr eine Zusammenstellung von Themen aus verschiedenen theorie- und praxisbezogenen Handlungsfeldern: Es finden sich empirische Beiträge und Studienergebnisse, Ausführungen zu störungs- und diagnosebezogenen Themen sowie die Darstellungen zu sportartspezifischen Interventionsmöglichkeiten. Hierbei wird deutlich, dass viele der bewegungsbezogenen Ansätze schon über eine lange Tradition verfügen und kein „Kind der Neuzeit“ sind. Der Blick auf die Autorenschaft macht deutlich, dass nach unserem Verständnis die klinische Bewegungs- und Sporttherapie hierbei stets mit anderen Fachdisziplinen in Verbindung stehen sollte. Durch die Beiträge von Klinikern und Ärzten, von Pädagogen und Personen mit bewegungstherapeutischem bzw. (körper-) psychotherapeutischem Ausbildungshintergrund soll die Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes hervorgehoben werden, der für eine effektive Behandlung in diesem Feld essentiell ist.

Darüber hinaus möchten wir auch herausstellen, dass in der Bewegungs- und Sporttherapie eben nicht nur die klassischen Methoden zur Verbesserung zur körperlichen Belastungsfähigkeit zur Anwendung gelangen sollten, sondern auch Angebote, die unabhängig von fehlender empirischer Evidenz aufgrund ihrer pädagogischen Relevanz und der großen Akzeptanz bei den Kindern und Jugendlichen ihre Berechtigung besitzen.

Schließlich verbinden wir mit der Herausgabe dieses Buches die Hoffnung einer bewussteren Wahrnehmung dieses Interventionsbereiches, verbunden mit einem intensiven Forschungsinteresse von klinischer Seite.

Dr. Sportwiss. Hubertus Deimel

Dipl.-Sportwiss. Till Thimme

Hilft Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter?

Gerd Lehmkuhl

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
der Universitätsklinik Köln

Zusammenfassung

Auch wenn die klinische Erfahrung zeigt, dass Bewegung und sportliche Aktivität sich positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken, fehlt eine ausreichende Evaluation dieser Interventionen. Dabei wäre ein solcher Nachweis notwendig und wichtig, um die Bewegungstherapie als evidenzbasierte Methode implementieren zu können. Auch empirisch fundierte Hinweise für eine differenzielle Indikation, z.B. inwieweit diese Effekte von der Interventionsart, Indikationsstellung und Patientenvariablen abhängen, würden entscheidend dazu beitragen, die Bewegungstherapie im klinischen Kontext systematisch zu nutzen. Die bisher vorliegenden Erfahrungen erscheinen vielversprechend und regen zu einer engeren wissenschaftlichen Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Ziel an, differenzierte, störungsspezifische bewegungs- und körperorientierte Interventionen für verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder zu entwickeln und einzusetzen.

Summary

Although clinical experience indicates that exercise and physical activity have a positive effect on the well-being and health of children and adolescents, a sufficient evaluation of these interventions is still lacking. But such evidence is necessary and important to be able to implement movement therapy as an evidence-based method. Sound empirical evidence for different indications, e.g. how much these effects depend on the type of intervention, diagnosis and patient variables, would also go a long way to systematically using movement therapy in a clinical context. The evidence to date seems promising and encourages a closer scientific cooperation between Child and Adolescent Psychiatry with the aim to develop and use differentiated, disorder-specific interventions that focus on movement and the body for various psychiatric disorders.

Einleitung

Es scheinen keine Zweifel zu bestehen: Grundvoraussetzung für eine gesunde physische und psychische Entwicklung ist eine ausreichende körperliche Betätigung und Bewegung. Sportliche Aktivitäten tragen zum Wohlbefinden und einer besseren Lebensqualität bei. *Hoffmann* et al. (2006) halten fest, dass der Beitrag motorischer Aktivität zur Gesundheitsförderung von Kindern und

Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten immer weniger und nicht ausreichend genutzt und beachtet wurde. Andererseits konnten die hohen Erwartungen, dass bereits im jungen Alter die Weichen für das gesundheitsrelevante Bewegungsverhalten des gesamten späteren Lebens gestellt werden, durch die bisher vorliegenden empirischen Befunde nicht eindeutig bestätigt werden (S. 214).

Bewegungsförderung und gesunde Entwicklung

In dem vom Robert-Koch-Institut 2004 herausgegebenen Schwerpunktbericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ wird der Bewegung ein eigenes Kapitel eingeräumt. Die Autoren weisen auf deutliche Defizite und motorische Entwicklungsrückstände, insbesondere im Vor- und Grundschulalter, bei Kindern hin, die in Städten aufwachsen. Dabei scheinen Kinder und Jugendliche ihre eigene sportliche Leistungsfähigkeit eher zu überschätzen, denn knapp 85 % derjenigen, die in der Fremdbeurteilung eine schlechte Bewertung erhielten, beurteilten ihre eigene motorische Fähigkeit als befriedigend bis sehr gut. Es dürfte daher schwierig sein, diese Gruppe von der Notwendigkeit vermehrter sportlicher Aktivitäten zu überzeugen, obwohl sie dies dringend benötigte (*WIAD-Studie*, 2001).

Das Thema der Bewegungs- und Fitness-Förderung begleitet daher die Diskussion seit längerer Zeit und mündete in verschiedene Programme und Konzepte. Denn die Vielzahl an Hinweisen auf die gesundheitsfördernde Wirkung von körperlicher Aktivität und das günstige Aufwand-Ertrag-Verhältnis legen nach *Hoffmann et al.* (2006, S. 215) eine intensive und möglichst frühzeitige Bewegungsförderung nahe. Allerdings sind die bislang vorliegenden Evaluationsdaten unzureichend und wenig aussagekräftig (*Maass*, 2009).

Doch zu welchen negativen körperlichen und psychischen Folgen führt Bewegungsmangel? Nachgewiesen sind Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System, Haltungsschäden und Übergewicht sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates und motorische Entwicklungsdefizite können ebenso hinzukommen wie Schulprobleme und Verhaltensauffälligkeiten. Und in welchen Bereichen kann sich körperliche Aktivität positiv auf die Gesundheit auswirken? Die Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass Sport einen positiven Effekt auf die Stimmung, das psychische Wohlbefinden hat und darüber hinaus das Selbst- und Körperkonzept verbessert. Es treten weniger psychosomatische Beschwerden auf und die Lebenszufriedenheit nimmt zu. Körperlich-sportliche Aktivität stellt somit eine psychosoziale Gesundheitsressource dar (*Brandl-Bredenbeck & Sygusch*, 2011), auch wenn die Datenlage auch hier noch sehr zu wünschen übrig lässt. *Brandl-Bredenbeck & Sygusch* (2011) fassen die vorliegenden Studien dahingehend zusammen,

„dass Bewegung und körperlich-sportliche Aktivität positiv mit physischen Gesundheitsressourcen (z.B. Ausdauer, Kraft), mit psychosozialen Gesundheitsressourcen (z.B. Selbstwert, soziale Unterstützung) und auch mit einem Gesamtmaß für den allgemeinen Gesundheitszustand (z.B.

emotionales und körperliches Wohlbefinden auf der Grundlage subjektiver Einschätzung) korrelieren, während dies nicht in gleichem Maße für die physischen (z.B. Übergewicht und Blutlipide) und psychischen Belastungssymptome (ADHS, Probleme mit Gleichaltrigen) gilt“ (S. 116).

Bei diesem Fazit ist es naheliegend, bewegungstherapeutische Ansätze bei Patienten mit verschiedenen psychischen Störungsbildern einzusetzen und ihre Wirkung zu überprüfen.

Bewegungstherapie bei psychischen Störungen

Hölter & Stobbe (2005) weisen darauf hin, dass heute keine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung in Deutschland auf Bewegung, Spiel und Sport als „flankierende“ therapeutische Maßnahme verzichtet (S. 196). Die Bewegungstherapie sei in der Praxis angekommen, nicht jedoch in der wissenschaftlichen Evaluation. Hier fehle es an konzeptuellen und empirischen Studien und dies könne vor allem an der begrifflichen Unschärfe liegen, „denn wie lassen sich bewegungs- und körperorientierte Interventionen in einem sporttherapeutischen Sinn von Ergo- und Physiotherapie, körperorientierter Psychotherapie usw. abgrenzen?“ (S. 196). „Wenn Bewegung heilt“, dann möchte man gerne wissen, wie dies geschieht, welche differenziellen Effekte im Hinblick auf Interventionen und Krankheitsbilder zu erwarten sind und ob es sich lohnt, systematische Programme einzusetzen, deren Wirkung nachgewiesen ist.

Hölter (2011) setzt sich in einem konzeptuellen Beitrag mit den Konturen der klinischen Bewegungstherapie auseinander. Seine Definition beinhaltet die Mehrperspektivität von Bewegung sowie die interdisziplinäre Vernetzung. Als ein wesentliches Merkmal wird für den klinischen Bereich die Bedeutung von Diagnosen, Indikation, Intervention und Evaluation hervorgehoben. Kritisch merkt *Hölter* an, dass eine einheitliche eigene Methodik der klinischen Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen bis heute nur in Bruchstücken vorliegt. Dies würde u.a. auch mit dem breiten Verhaltensspektrum psychischer Erkrankungen zusammen hängen, die jeweils spezifische methodische Vorgehensweisen erforderlich machten (S. 133).

In ihrer Untersuchung über konzeptuelle Grundlagen und Ziele der Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden von *Welsche* und Mitarbeitern (2007) folgende Interventionen genannt: Psychomotorik (67,8 %), Sporttherapie (43,2 %), sensorische Integration (37,3 %), integrative Bewegungstherapie (26,3 %), konzentrierte Bewegungstherapie (23,7 %), kommunikative Bewegungstherapie (23,7 %), Physiotherapie (22 %), Tanztherapie (16,1 %). Bei den bewegungstherapeutischen Zielen handelt es sich um Aktivierung/Training/Fitness, Anregung zur Freizeitgestaltung, Vermittlung von Kompetenzen und Verbesserung von psychischen Symptomen.

Allerdings finden sich auch störungsspezifische Ansätze bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern mit differenzierten bewegungs- und körper-

orientierten Interventionen. So untersuchte z.B. *Kamp* (2015) die Effekte von Sport auf die Leitsymptomatik, das Verhalten, die Lebensqualität und die Angst sowie auf motorische und leistungsphysiologische Parameter bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Sie verglich die Wirkung einer langfristigen, naturbezogenen Bewegungstherapie mit einem hochintensiven Intervalltraining (HIT). Aufgrund der kleinen Stichprobe konnten signifikante Ergebnisse in nur einigen Bereichen ermittelt werden, jedoch zeigte sich die Tendenz, dass beide Verfahren wirkungsvoll sind. So zieht *Kamp* die Schlussfolgerung, dass Sport insgesamt „nicht nur ein Beitrag zu einem positiven Bewegungs- und Sozialverhalten leistet, sondern auch einen aktiven und gesunden Lebensstil fördert“ (S. 201).

Fazit und Ausblick

Die klinische Praxis belegt unstrittig, dass bewegungs- und sporttherapeutische Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen hohen Stellenwert einnehmen, dabei nicht nur überwiegend gerne von den Betroffenen angenommen werden, sondern sie auch in ihrem Erleben und Verhalten positiv beeinflussen. Sie tragen u.a. zur kurzfristigen Stimmungs- und Emotionsregulation bei, fördern die Integration in eine Gruppe und in ein klinisch-stationäres Setting mit seinen speziellen Abläufen und Regelungen. Unmittelbar erlebte Erfolgserlebnisse tragen zum Aufbau von Selbstwertgefühlen und zur Entwicklung einer optimistischen Selbstwahrnehmung und Haltung bei. Als theoretische Untermauerung derartiger ressourcenorientierter Prozesse lassen sich Salutogenese- und Resilienz-Konzepte (*Antonovsky*, 1997; *Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse*, 2014) sowie erlebnispädagogische Modelle heranziehen (*Michl*, 2011).

Auch wenn *Hölter & Stobbe* (2005) kritisch fragen, ob überzeugende theoretische Konzepte und hinreichende Evidenzbasierung das einzige Kriterium für die Anwendung bewegungs-, spiel- und sportorientierter Zugänge bei Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen sein sollten, belegen aktuelle Literaturübersichten zum Zusammenhang zwischen sportlicher/körperlicher Aktivität und depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen einen kleinen signifikanten Effekt, der die Implementierung von Bewegungsprogrammen nahe legt (*Brown et al.*, 2013, *Burnsall*, 2014). Subgruppenanalysen weisen auf differenzielle Effekte hin in Abhängigkeit von Interventionsart bzw. -dauer sowie Patientenvariablen. Es lohnt sich also, die spezifische Wirkung der Bewegungstherapie auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter weiter zu untersuchen, um auf Dauer evidenzbasierte Programme zu implementieren. Dadurch käme der Bewegungstherapie als Behandlungsmethode ein größerer Stellenwert zu und sie wäre nicht länger nur ein allgemeiner, unspezifischer, unterstützender Ansatz.

Allerdings ist *Hölter & Stobbe* (2005) zuzustimmen, dass die positiven Erfahrungen, die Kinder und Jugendliche durch Bewegung und Sport machen, die sich nur z.T. empirisch abbilden lassen. Zukunftsweisend wäre eine engere wissenschaftliche Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Sportmedizin, um gemeinsam die vielfältigen offenen Fragestellungen zu bearbeiten und zu empirisch evaluierten multimodalen Behandlungsprogrammen zu gelangen.

Literatur:

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Brandl-Bredenbeck, H.P. & Sygusch, R. (2011). Bewegung und körperlich-sportliche Aktivität im Kontext einer gesunden Entwicklung. In KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.). *Weißbuch Prävention 2010/2011. Adoleszenz und junge Erwachsene*. S. 110-118. Heidelberg: Springer.
- Brown, H.E., Perrson, N., Braithwaite, R., Brown, W.J. & Biddle, S.J. (2013). Physical Activity Interventions and Depression in Children and Adolescents. *Sports Med*, 43, 195-206.
- Bursnall, P. (2014). The Relationship between Physical Activity and Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11, 376-382.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2014). *Resilienz. (3. Aufl.)* München: Reinhardt Verlag UTB.
- Hölter, G. (2011). Konturen der klinischen Bewegungstherapie. In G. Hölter (Hrsg.). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. S. 71-153. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hölter, G. & Stobbe, C. (2005). Zur Geschichte und Gegenwart der Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 190-198.
- Hoffmann, A., Brand, R. & Schlicht, W. (2006). Körperliche Bewegung In A. Lohaus., M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. S. 201-220. Göttingen: Hogrefe.
- Kamp, C.F. (2015). *Auswirkungen von moderater, naturbezogener und hochintensiver Bewegungstherapie auf psychosoziale, motorische sowie leistungs-physiologische Parameter bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen* Würzburg: Dissertation, <http://www.dissertation.de>.
- Maass, A. (2009). Bewegung. In A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.). *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. S. 189-199. Heidelberg: Springer.
- Michl, W. (2011). *Erlebnispädagogik. 2.Aufl.* München: Reinhardt Verlag UTB.
- Robert-Koch-Institut (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitserstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin.
- Welsche, M., Stobbe, C., Hölter, G. & Romer, G. (2007). Bewegungsdiagnostik und Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35 (6), 435-445.
- Welsche, M. (2011). Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In G. Hölter (Hrsg.). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. S. 448-526. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

WIAD-Studie (2001). Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kurzfassung einer Untersuchung auf der Basis einer sekundäranalytischen Sichtung, einer repräsentativen Befragung bei 12- bis 18-Jährigen und eines Bewegungs-Check-Ups in Schulen. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands. (Hrsg.). Deutschen Sportbund mit der Förderung des AOK-Bundesverbandes im Rahmen der gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen. Bonn. <http://www.richtigfit.de>.

Zur Geschichte und Gegenwart der Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gerd Hölter, Cordula Cavaleiro

TU Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften, Bewegungserziehung
und Bewegungstherapie in Rehabilitation und Pädagogik bei Behinderung

Zusammenfassung

Keine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung in Deutschland verzichtet heute in der Praxis auf Bewegung, Spiel und Sport, sei es als „flankierende“ therapeutische Maßnahme, sei es als attraktives Medium der Freizeitgestaltung. Sucht man allerdings nach einer differenzierten fachwissenschaftlichen Begründung für diese im Grunde genommen erfreuliche Tatsache bzw. nach empirischen Belegen für ihre differenzielle Wirksamkeit, dann ist das Ergebnis einer solchen Recherche eher ernüchternd: In den führenden deutschsprachigen Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und auch in den einschlägigen Fachzeitschriften wird ein Sammelsurium bewegungsorientierter Methoden mehr aufgezählt als analysiert. Dies lässt sich durch inhaltsanalytische Vergleiche für den Zeitraum 2005-2015 recht gut belegen, ebenso wie die Tatsache, dass eine weitergehende theoretische Beschäftigung mit diesem Bereich nicht stattfindet und daher eine Einordnung als adjunktive Maßnahme sinnvoll erscheint. Auf der Suche nach möglichen theoretischen Konzepten werden in diesem Beitrag die vom Beginn einer eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie genannten bewegungs- und körperorientierten Methoden unter den Gesichtspunkten Funktionalität, Psychomotorik und Psychotherapie dargestellt, u.a. in der Hoffnung, dass sich in Zukunft weitere konzeptionelle und auch empirisch geleitete Studien für diesen Bereich entwickeln – dies auch aus dem Kreis der Sport- und Bewegungstherapeutinnen.

Summary

In most institutions of child and adolescent psychiatry, adapted physical activities are executed either in recreation and/or as an adjunctive therapy in its own right. Generally speaking, movement, exercise and physical activities are recognized in the field but neither in the leading German textbooks of clinical child and adolescent therapy nor in the most common journals you find an indepth description of the underlying theoretical considerations or a profound analysis of evidence based research. This is empirically proved in this article through a text analysis of more than 10 textbooks and 9 journals in the period from 2005 to 2015. As a possible base for concepts and empirical research, we describe in short the different movement and body oriented intervention strategies applicable in child and adolescent psychiatry under the headlines functionality, psychomotricity and psychotherapy. We hope that in the future theoretical reflec-

tions and research will get a better recognition in the medical field and that movement therapists will play a more important role in justifying scientifically their work.

Einleitung

Die Recherche zur Entwicklung der Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist aus verschiedenen Gründen nicht ganz einfach.

Der **erste** Grund ist die Heterogenität der Adressaten und die damit zusammenhängenden unterschiedlichen Betreuungs- und Behandlungsformen, die in der Fachliteratur sowohl aus medizinischer, als auch aus (heil-)pädagogischer Sicht beschrieben werden.

Eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Überlegungen entstehen in Deutschland um ca. 1900, was u.a. mit der Anerkennung von Kindheit und Jugend als eigenständigem Lebensabschnitt zusammenhängt. Das erste deutschsprachige Lehrbuch zu „Psychischen Störungen des Kindesalters“ von H. *Emminghaus* stammt von 1887. Wenig später, 1904, erscheint der „Grundriss der Heilpädagogik“ von Th. *Heller*, ein Lehrwerk, das sich zum Teil mit denselben Adressaten, allerdings aus heilpädagogischer Perspektive 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, während *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.T. auch in besonderen Erziehungsheimen, die wiederum mit psychiatrischen Anstalten verbunden waren (u.a. die Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli, Zürich; die Westf. Klinik für Jugendpsychiatrie, Gütersloh). Die disziplinäre Zuständigkeit u.a. im Hinblick auf die Diagnostik, die Behandlungsmethoden und die Unterbringung für diesen Bereich bewegt sich – besonders für die Patienten, für die keine organische Diagnose vorliegt – zwischen Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik, z.T. verbunden mit „Dominanzansprüchen“ der unterschiedlichen Disziplinen. So bezeichnete der Arzt A. *Czerny* 1919 in seinen Vorlesungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie in Straßburg den „Arzt als Erzieher des Kindes“ (*Czerny*, 1919), und er verstand die Heilpädagogik als eine Art „angewandte Kinderpsychiatrie“ (*Neuhäuser*, 1990, S. 122).

Der Züricher Psychologe und Heilpädagoge *Hanselmann* weist hingegen 1953 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“ (*Hanselmann*, 1958, S. 544). Eine Konkurrenz zwischen medizinischer und heilpä-

dagogischer Zuständigkeit ist zwar weiterhin bis heute beobachtbar, sie soll allerdings für die Untersuchung der uns vorliegenden Quellen keine Rolle spielen, solange von derselben Gruppe von Patienten die Rede ist.

Ein **zweiter** Grund ist die Bezeichnung der körper- bzw. bewegungsbezogenen therapeutischen Aktivitäten. Sollen die wie im ersten Lehrbuch von *Emminghaus* aus dem Jahre 1887 empfohlenen therapeutischen Maßnahmen wie „warme Bäder“ und „nasse Einpackungen“ zur Bewegungstherapie gezählt werden oder handelt es sich hierbei um isolierte hydrotherapeutische Maßnahmen, die mit einem systematischen bewegungstherapeutischen Vorgehen wenig zu tun haben?

Wir haben uns entschieden, für den folgenden Beitrag solche Maßnahmen unter dem Oberbegriff Bewegungstherapie zusammenzufassen, die im weitesten Sinne als leib-, körper- und bewegungsorientiert zu bezeichnen sind. Hierzu würden neben einer Stimulation durch Wasser auch verschiedene meist übungsorientierte Verfahren aus der Physio- und Ergotherapie zählen, aber auch Sport, Entspannungsverfahren, Spiel- und Reittherapie oder erlebnispädagogische Zugänge.

Unserer Suche liegt demnach ein weiter Begriff von Bewegungstherapie zugrunde, der sich auf der Spanne von physio- bis zu psychotherapeutischen Zugängen bewegt (vgl. *DGGPN* 2013, S. 132 ff.)

Dieser Beitrag gliedert sich in zwei große Bereiche: zunächst eine Darstellung der historischen Entwicklung, gefolgt von einer Darstellung des aktuellen Status quo, der vor allem auf Grundlage einer Literaturrecherche dargestellt und diskutiert wird. Die Darstellung im historischen Teil folgt nach einer kurzen Beschreibung der Adressaten den thematischen Schwerpunkten Funktionstraining, Psychomotorik und Sport sowie Bewegungs(psycho)therapie. In der Darstellung des aktuellen Status quo werden zunächst die Ergebnisse einer Literaturrecherche in aktuellen Lehrbüchern und Fachzeitschriften – vorwiegend im deutschen Sprachraum – präsentiert. Anschließend wird darauf basierend der Status quo der bewegungs- und körperorientierten Verfahren in der fachwissenschaftlichen und öffentlichen Wahrnehmung diskutiert. Schließlich werden Desiderata für die Zukunft entwickelt.

Adressaten – Von der „Idiotie“ zu ADHS

In den französischsprachigen Vorläuferfachbüchern der heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Heilpädagogik (*Itard, Esquirol, Séguin*) werden die Adressaten allgemein als „Idioten“ bezeichnet, wobei hierunter ein gemischtes Klientel von autistischen Störungen („Der Wolfsjunge“), über Epileptiker bis zu schwer geistig und mehrfach Behinderten verstanden wird (*Séguin*, 1846/2011).

In dem ersten deutschsprachigen Lehrbuch von *Emminghaus* zu „Psychischen Störungen im Kindesalter“ (1887) werden u.a. Idiotie und Epilepsie ebenfalls erwähnt, jedoch stehen im Zentrum seiner Betrachtungen die von ihm

so benannten „Kinderpsychosen“, worunter er u.a. Anomalien der Gefühle, kindliche Melancholie, das Problem des Selbstmords im Kindesalter, Halluzinationen usw. versteht.

Parallel zu der Ausdifferenzierung und Verwissenschaftlichung der allgemeinen Psychiatrie und Medizin in den letzten hundert Jahren vollzog sich auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl in der Phänomenologie als auch in der Diagnostik und den Behandlungsmethoden eine zunehmende Differenzierung. In Anlehnung an die ICD-10 sind heutzutage die folgenden Erkrankungen und Störungen Gegenstand kinder- und jugendpsychiatrischer Bemühungen:

- **Organische, einschließlich symptomatischer psychische Störungen:** Psychische Erkrankungen im Rahmen einer Hirnerkrankung, Hirnverletzung oder einer anderen körperlichen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt (F0).
- **Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:** Psychische Störungen, die durch den Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper (suchtinduzierender) Substanzen verursacht sind (F1).
- **Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen:** Störungen im Denken, in der Wahrnehmung und in der Affektivität (F2).
- **Affektive Störungen:** Die Hauptsymptome bestehen in einer Veränderung der Stimmung oder Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung (F3).
- **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:** Phobien, andere Angststörungen, Zwangsstörung, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen (F4).
- **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren:** Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Missbrauch von Substanzen (F5).
- **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:** Persönlichkeitsstörungen, pathologisches Spiel, pathologische Brandstiftung, pathologisches Stehlen, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz (F6).
- **Psychische Störungen bei Intelligenzminderung (F7).**
- **Entwicklungsstörungen:** Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens sowie der Motorik; tief greifende Entwicklungsstörungen wie autistische Störungen (F8).
- **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend:** hyperkinetische Störung, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen des Kindesalters, Mutismus, Bindungsstörungen, Tic-Störungen, Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen (F9)“ (Warnke & Lehmkuhl, 2011, S. 14).

Die Bedeutung der „Idiotie“ und später dann neuropsychiatrischer Erkrankungen (*Hamburger*, 1939) ist heutzutage komplexen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen aller Art gewichen. Sie erfordern in der Diagnostik und im Umgang ein integriertes psychiatrisches, psychotherapeutisches und heilpädagogisches Vorgehen, wie es beispielhaft in den bewegungsorientierten Fortbildungskonzepten zur Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie angestrebt wird (*Koch*, 1997).

Ziele/Inhalte – Vom Funktionstraining über die psychomotorische Übungsbehandlung zur Bewegungs(psycho)therapie

Bei der Fülle unterschiedlicher spiel-, sport-, körper- und bewegungsorientierter Ziele und Inhalte, die seit des Bestehens einer eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie für diesen Bereich genannt wurden, bietet sich für eine Zusammenfassung eine Systematik an, die mit kleinen Varianten von unterschiedlichen Autoren vorgeschlagen wird (vgl. u.a. *Löwnau*, 1957; *Braun*, 1990; *Hölter*, 2011): Es handelt sich

- um eine Veränderung bzw. Verbesserung der Funktionalität von Motorik und Wahrnehmung vornehmlich durch Übung und Training,
- um eine Veränderung bzw. Verbesserung von Motorik und Wahrnehmung, aber verbunden mit dem Anspruch einer zusätzlichen Förderung kognitiver, emotionaler oder sozialer Leistungen. Diesen Anspruch kennzeichnet u.a. die praxeologische Variante der Psychomotorik nach E. J. *Kiphard*, die zwar auch Übungen beinhaltet, aber darüber hinaus eine Fülle von bewegungsorientierten Spiel- und Erlebniszugängen von „A“ wie Autogenes Training bis „Z“ wie Zirkus beinhaltet (vgl. *Kiphard*, 1980, 1982; *Hölter*, 1998, 2005),
- um eine gezielte psychotherapeutische Beeinflussung, bei der Bewegung, Spiel und Sport als kindgemäßer Zugang, als eine „via regia“ zum Unbewussten gewählt wird (u.a. *Seewald*, 1992, 2007).

Betrachtet man Ziele und Inhalte unter den drei Stichworten Funktionalität, Psychomotorik und Psychotherapie, so lassen sich terminologische Varianten, aber auch über die Zeit Akzentverlagerungen in der therapeutischen Ausrichtung beobachten.

Funktionstraining mit „Kalten Abwaschungen“, Entspannung und sensorischer Integration

Die ersten Vorschläge zu körper- und bewegungsorientierten Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren ausschließlich funktionell ausgerichtet – wie z.B. hydrotherapeutische Interventionen, die für die Erwachsenenpsychiatrie schon früh beschrieben worden waren. Sie folgten vorwiegend dem Ziel, den Patienten „ruhig zu stellen“ und seine Bewegungsfähigkeit einzuschränken (vgl. *v.d. Mühlen*, 1976). *Emminghaus* greift 1887 auf diese Me-

thoden zurück, allerdings legt er großen Wert darauf, dass seine Behandlungen ohne Zwang durchgeführt werden. Er empfiehlt kalte Abwaschungen, feuchte Einpackungen und warme Vollbäder zur Behandlung einzelner kinderpsychiatrischer Störungsbilder, wie zum Beispiel der Melancholie oder der Hypochondrie (*Emminghaus*, 1887). Außerdem erwähnt er häufig die elektrotherapeutische Methode der Galvanisation (Gleichstromtherapie) und auch Massagen sowie Diäten und gesunde Ernährung.

Diese Verfahren finden sich zunächst auch noch in späteren Publikationen (*Asperger*, 1968; *Hamburger*, 1939), wobei z.B. *Asperger* die hydrotherapeutischen Mittel differenzierter betrachtet: So empfiehlt er warme Bäder zur Beruhigungsbehandlung, rät jedoch von Kaltwasserkuren wegen der erregenden Wirkung ab (vgl. *Asperger*, 1968).

Bewegung im Sinne von Sport und Muskelarbeit taucht in den kinderpsychiatrischen Lehrbüchern zunächst nur als präventive Maßnahme zur Verhütung von psychiatrischen Krankheiten auf (vgl. *Emminghaus*, 1887; *Hamburger*, 1939). Als Prophylaxe der kindlichen Hypochondrie schlägt *Emminghaus* z.B. „Turnen, Schwimmen, Spaziergänge, (und) gehörige Muskelübung“ vor (1887, S. 198). Bei *Hanselmann* (1958), *Lutz* (1961) und *Asperger* (1968) wird dann die Nützlichkeit des Turnens und vor allem auch 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 Bewegung 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 im weiteren unter den Stichworten Psychomotorik und Psychotherapie beschrieben werden.

Zu den aktuellen funktionellen Konzepten innerhalb der kinderpsychiatrischen Bewegungstherapie muss v.a. die sensorische Integrationsbehandlung nach *Jean Ayres* gezählt werden sowie weitere Wahrnehmungstrainings- und Förderprogramme bei Teilleistungsschwächen bzw. umschriebenen Entwicklungsstörungen. Hier sind jedoch die Grenzen zur Physio- und Ergotherapie fließend und therapeutische Zuständigkeiten können nicht eindeutig geklärt werden; so werden z.B. in ergotherapeutischen Konzepten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch einige bewegungstherapeutische Methoden genannt (vgl. *Timmer & Wortelkamp*, 2003). Zudem lassen sich auch einige Entspannungsverfahren (z.B. die Progressive Relaxation) zu den eher funktionell ausgerichteten Verfahren zählen. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren das Neurofeedback als funktionelle Methode vor allem in der Behandlung von Kindern mit ADHS immer mehr etabliert (*Holtmann et al.*, 2006, 2009; *Ge-*

vensleben et al, 2010, 2011; Drechsler, 2011; Lindermüller et al., 2014). Neurofeedback ist eine spezielle Form des Biofeedback, d.h. der Rückmeldung von Körpersignalen an den Menschen – im Falle des Neurofeedback über EEG-Wellen. Da bei Kindern mit ADHS die Aktivierung der Hirnrinde häufig gestört ist, kann ein Training der EEG-Aktivierung zu einer besseren Selbstkontrolle führen. Über dieses Training soll also das Wissen der Kinder und Jugendlichen über ihre eigenen Körpervorgänge verbessert werden – es ist insofern in einem weiten Sinne als körperorientiertes funktionelles Verfahren einzuordnen.

Psychomotorik – „Von der Übungsbehandlung zur Beeinflussung des Selbstkonzepts“

Die Bezeichnung „Psychomotorik“ im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Deutschland eng mit dem Namen E. J. *Kiphard* verbunden. Er war derjenige, der als Dipl. Sportlehrer mit Unterstützung der Kinderpsychiater H. *Hünnekens* und E. *Hecker* die „Psychomotorische Übungsbehandlung“ am Westfälischen Institut für Jugendpsychiatrie in Gütersloh (später in Hamm) entwickelte. Angeregt wurde er dabei unter anderem durch die Rhythmikerinnen *Pfeffer* und *Scheiblaue*, die schon in den 1940er und 1950er Jahren die rhythmische Erziehung im Zusammenhang mit Heilpädagogik und Kinderpsychiatrie vorstellten (vgl. *Pfeffer*, 1955; *Scheiblaue*, 1945). *Pfeffer*, die in Italien in Anstalten für geistig und körperlich behinderte Kinder arbeitete, bot *Kiphard* auch die Vorlage für die Namensgebung seiner Methode, denn sie nannte ihre rhythmische Erziehung damals „psychomotorische Heilerziehung“ (1955). Dabei ist die Psychomotorik im *Kiphard'schen* Sinne deutlich vom Psychomotorikbegriff in der psychiatrischen und kognitionspsychologischen Grundlagenforschung zu trennen (*Hölter*, 1998). *Kiphards* praxeologischer Ansatz findet daher auch keine direkte Entsprechung in englischsprachigen Publikationen, während in Frankreich „psychomotricite“ durchaus mit einem meist tiefenpsychologisch-psychotherapeutischen Vorgehen verbunden wird.

Der Kinderpsychiater *Göllnitz* entwickelte fast zeitgleich zu *Kiphard* eine ähnliche Methode der Bewegungsförderung in der DDR, wobei er einen größeren Schwerpunkt auf Rhythmik und Musik legte. Er entwickelte sein Konzept ursprünglich für Kinder mit frühkindlichem Hirnschaden, weitete es 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 ausgerichtete funktionelle Übungstherapie, erkannte aber später, dass dies „viel zu sehr von einem gewollten therapeutischen Effekt aus entwickelt“ war (*Göllnitz*, 1975, S. 120) und die Kinder hierbei zu wenig Spaß und Motivation 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 (Göllnitz, 1975, S. 120).

Kiphard war sehr um die Verbreitung der Psychomotorischen Übungsbehandlung (PMÜ) bemüht. 1960 erschien die erste Publikation seiner Arbeit (Hecker et al., 1960) und viele weitere Publikationen folgten (vgl. Schäfer, 1989b), sodass bald auch viele Anfragen von außen an ihn herangetragen wurden (vgl. Schäfer, 1989a).

1968 leitete er das erste internationale Motorik-Symposium in Hamm in die Wege und war 1976 Mitbegründer des Aktionskreises Psychomotorik (vgl. Kiphard, 2001). So war *Kiphards* Ansatz dann auch bald in den kinderpsychiatrischen Lehrbüchern zu finden (vgl. Remschmidt, 1979; Steinhausen, 1988) und wurde auch in der Krankengymnastik aufgegriffen (vgl. Seyfert, 1976).

Bis heute hat sich die Idee der Psychomotorik sehr verbreitet, in verschiedene Richtungen ausdifferenziert und schließlich zu einer fachspezifischen Ausbildung, der Motopädie, und z.T. zu einer eigenen wissenschaftlichen Fachdisziplin, der Motologie, weiterentwickelt¹.

Aus heutiger Sicht fällt auf, dass in den Anfängen der Psychomotorik der größte Akzent auf die Durchführung gezielter Übungen zur Verbesserung motorischer und sensorischer Funktionen im Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelegt wurde. In aktuellen Konzepten der Psychomotorik geht es hingegen kaum noch um konkrete Übungen, sondern um Überlegungen, wie andere therapeutische Konzepte – häufig aus der Psychotherapie stammend – in Bewegungs- und Spielsituationen umgesetzt werden können bzw. wie Bewegung als Medium zur Beeinflussung von sozialem Verhalten, Selbstkonzept etc. bei einem breiten Klientel von der Frühpädagogik bis zum Seniorenalter („Motogeragogik“) eingesetzt werden kann. In den einschlägigen Publikationsorganen zur Psychomotorik in Deutschland (Zeitschrift „Motorik“ und Zeitschrift „Praxis der Psychomotorik“) ist dieser Wandel deutlich erkennbar: Der Anteil von Themen zu Fragen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im engeren Sinne ist auf unter 10% gesunken (Fischer & Behrens, 2012).

Auch in der akademischen Sportwissenschaft ist die Befassung mit Themen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eher marginal: Wurde im 1996 u.a. von *Rieder*² mitherausgegebenen 616 Seiten umfassenden Hand-

¹ Die enge Verbindung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie insbesondere in Marburg ist eng mit dem Namen Friedhelm *Schilling* verknüpft, der u.a. als ehemaliger Mitarbeiter des Marburger Ordinarius der Kinder- und Jugendpsychiatrie H. *Stutte* 1976 seine Habilitation zur den „Grundzüge(n) der Motodiagnostik, Motopathologie und Mototherapie des Kindesalters“ an der dortigen medizinischen Fakultät verfasst hat. Diese Marburger Verbindung hat auch dazu geführt, dass von 1984 an H. *Remschmidt* und seine MitarbeiterInnen auch DozentInnen im Aufbaustudiengang Motologie waren.

² Hermann *Rieder* war Heidelberger Ordinarius und ehemaligen Direktor des Kölner Bundesinstituts für Sportwissenschaft.

buch „Sport mit Sondergruppen“ (Bös & Rieder, 1996) noch auf ca. 10 Seiten auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen, so ist dies in der Neukonzeption aus dem Jahre 2015 (Knoll et al., 2015) nicht mehr der Fall.

Abgesehen von sporadischen Veröffentlichungen in der Zeitschrift „Bewegungstherapie und Gesundheitssport“ und in der „Zeitschrift für Sportpsychologie“ sowie zwei Symposien (2012 und 2014) an der Dt. Sporthochschule Köln (veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Bonn) sind fachspezifische Beiträge zur Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum präsent. Eine Ausnahme ist der fast 80-seitige Beitrag von Welsche³ in dem Grundlagenwerk von Hölter (2011) sowie der Beitrag von Ludolph in Markser & Bär (2015).

Bewegung und Psychotherapie

Die ersten Veröffentlichungen, in denen explizit die Verbindung von Psychotherapie und Leibesübungen bei Kindern zur Sprache kamen, stammen von Löwnau (1957) und Rieder (1960) – der eine renommierte Kinder- und Jugendpsychiater, der andere Psychologe und Leibeserzieher und einer der bekanntesten und wirkmächtigsten Sportwissenschaftler im Nachkriegsdeutschland. Rieders Veröffentlichung „Sport als Therapeutikum bei neurotischen Kindern“ (1960 in der psychotherapeutischen Fachzeitschrift „Praxis der Psychotherapie“ erschienen) wurde damals als Nachdruck über 200 Mal nachgefragt, was darauf schließen lässt, dass es zu der damaligen Zeit einen enormen Bedarf nach einer professionellen Auseinandersetzung mit diesem Thema gab.

Analysiert man die Publikationen von Löwnau und Rieder genauer, so ergeben sich einige Parallelen. Als erstes betonen beide, dass es sich nicht um „systematische Körperschulung“ bzw. „kein Turnen oder Sport“ handele, sondern um eine enge Wechselbeziehung zwischen „Psychotherapie und einer heilpädagogischen Maßnahme“. Diese Wechselbeziehung wird durch die thematische Auseinandersetzung mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Theorien sowohl aus der Verhaltenstherapie (Eysenck) als auch aus der Tiefenpsychologie (Frankl, v. Gebsattel etc.) untermauert.

Hierzu gehörte u.a. die Idee einer Katharsis und der Sublimierung von überschüssigen Triebkräften – ein Argument, das populärpsychologisch häufig im Zusammenhang mit Sport genannt wird. Aber es wird auch auf die Bedeutung von Regression zum Zweck einer Progression hingewiesen – und hier beruft sich Löwnau theoretisch auf die Entwicklungstheorie von Erikson. Ferner weist er auch auf das Übertragungsgeschehen, hervorgerufen durch den „männlichen Turnlehrer“, hin (Löwnau, 1957; Rieder, 1960).

Als wichtige Elemente werden außerdem die guten diagnostischen Möglichkeiten über einen nonverbalen Zugang sowie die Bedeutsamkeit des Kon-

³ Mone Welsche war Bewegungstherapeutin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg.

takts und der Gemeinschaft genannt, u.a. unter Bezugnahme auf Verfahren der Gruppentherapie mit Kindern (*Slavson*) oder der Spieltherapie (*Axline*).

Mit einer zunehmenden Differenzierung psychotherapeutischer Verfahren ab 1970 werden auch die Verbindungen zwischen Sport-/Leibesübungen und Psychotherapie bei Kindern spezifischer: *Rieder* hatte seine Praxiserfahrungen und das Konzept des „Spielsports“ im Wesentlichen in der Zusammenarbeit mit P. Flosdorf in Würzburg entwickelt, einem Theologen und Psychologen, und einem der bekanntesten Autoren zu Themen der stationären Erziehungshilfe von Kindern und Jugendlichen (vgl. u.a. *Flosdorf*, 1988). Der Psychologe und Sportwissenschaftler M. *Volkamer* beruft sich in seiner Begründung des Zusammenhangs von Bewegung und Psychotherapie vor allem auf *Rogers*, und er betont die guten Möglichkeiten, über das Medium Spiel und Bewegung einen Zugang zum Kind zu finden, um dann in der eigentlichen „Bewegungstherapie“ Therapievariablen wie Wertschätzung, Wärme, Empathie und Verbalisierung zu realisieren. Diese Ideen fließen zu einem späteren Zeitpunkt wesentlich in das Konzept der „Kindzentrierten Mototherapie“ bzw. „Kindzentrierten Psychomotorischen Entwicklungsförderung“ ein (*Volkamer*, 1972; *Zimmer*, 2004).

Andere theoretische Bezugspunkte sind psychologische Entwicklungstheorien, die differenzierter als bei Löwnau mit kindlichen Bewegungstätigkeiten in Verbindung gebracht werden (*Hölter*, 1984, 1990), sowie die Erkenntnisse aus den Kurzzeitpsychotherapien nach *Watzlawick*, die v.a. für eine psychologisch orientierte Vorgehensweise bei neurotischen und dissozialen Kindern wertvolle Hilfen zu geben vermögen (*Hölter*, 1987).

Die letzte und jetzt noch andauernde Phase einer Verbindung von Psychotherapie und Bewegung/Körperlichkeit bei Kindern und Jugendlichen ist die Übertragung von einigen in der klinischen Arbeit mit Erwachsenen gut ausgearbeiteten Bewegungs- und Körpertherapien wie der Konzentrativen oder Integrativen Bewegungstherapie auf jüngere Patienten (*Metzmacher*, 1987; *Schmölzer & Sobek-Kölling*, 1998; *Schönfelder*, 1988, 1989) bzw. die Übertragung tiefenpsychologischer Ansätze auf die Bewegungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen (*Hölter*, 2005; *Reinelt*, 2004) .

Außerdem werden in der klinischen Therapie zunehmend die körper- und bewegungsorientierten Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankungen wie Anorexia nervosa und Bulimie, Borderline-Störungen und selbstverletzendem Verhalten sowie psychotischen Erkrankungen thematisiert (*Basquin & Basquin-Roger*, 1988; *Degener & Deimel*, 2005; *Probst*, 1997). Auch gibt es mittlerweile Wirksamkeitsstudien zu körperorientierten Verfahren im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (*Haffner et al.*, 2006) und körperbezogene Störungsbilder rücken mehr ins Blickfeld (*Noeker*, 2011; *Rost et al.*, 2015; *Grau et al.*, 2015).

Aus dieser Perspektive ist es interessant zu sehen, wie eine schon von *Emminghaus* 1887 empfohlene therapeutische Maßnahme der „nassen Einpackungen“ bei tiefenpsychologischer Betrachtungsweise in der sehr renommierten

kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik „La Salpêtrière“ in Paris eine gänzlich andere Interpretation erfährt (*Basquin & Basquin-Roger*, 1988). Die weitere Entwicklung in dieser Hinsicht scheint wohl noch lange nicht abgeschlossen zu sein!

Aktuelle Recherche zu bewegungs- und sportorientierten Thematiken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Wahrnehmung eines Fachgebiets bzw. eines bestimmten inhaltlichen Zugangs ist u.a. durch die Resonanz ihrer theoretischen und praktischen Konzepte und Vorgehensweisen auf unterschiedlichen Ebenen bestimmbar. Indikatoren hierfür sind im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie u.a.:

- die Erwähnung in Lehrbüchern und Fachzeitschriften,
- die Berücksichtigung in Leitlinienempfehlungen und Abrechnungssystemen,
- die Einstellung von Fachpersonal im ambulanten und stationären Bereich sowie
- die Nachfrage nach Studien- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Soweit es uns möglich war, haben wir hierzu relevante Informationen gesammelt. Systematisch haben wir für diesen Beitrag vor allem einschlägige Lehrbücher und Fachzeitschriften analysiert.

Die Informationen zu den anderen „Resonanzen“ sind kursorischer und beruhen z.T. auf Informationen von in klinischen Einrichtungen tätigen ehemaligen AbsolventInnen der bewegungstherapieorientierten Studiengänge in Dortmund, Köln und Marburg sowie ausgewählter Fachschulen mit klinisch orientierten Curricula. In den Überblick sind auch Informationen einschlägiger Berufsverbände der MotopädInnen, MotologInnen und Bewegungs- und SporttherapeutInnen eingeflossen.

Bei den Lehrbüchern haben wir uns vor allem auf die neueren Ausgaben der Lehrbücher konzentriert, die in einer der größten fachmedizinischen Bibliotheken in Deutschland (ZB Med. in Köln) für diesen Bereich genannt werden. Die Analyse der Fachzeitschriften konzentrierte sich vor allem auf die Zeitschriften, die im aktuellen Versorgungsbericht zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland von *Warnke & Lehmkuhl* (4. Aufl. 2011) empfohlen werden. Die Informationen zu den Leitlinien und den Abrechnungssystemen haben wir den uns hierfür zugänglichen Publikationen entnommen; die Informationen zum klinischen Personal stammen aus der Publikation von *Welsche et al.* (2007).

Analyse der Lehrbücher

Die Analyse der Lehrbücher bestand in einem ersten Schritt aus einer Sichtung von Stichwörtern, die einen Bezug zu Bewegung, Körper, Motorik, Sport