



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Psychomotorische Entwicklungs- und
Gesundheitsförderung von Erwachsenen mittels
Entspannung“

verfasst von / submitted by

Karin Holzer

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 795

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Psychomotorik

Betreut von / Supervisor:

Univ.Prof.Mag.Dr. Ottmar Weiß

Abstract

Wir Menschen werden heutzutage immer älter. Dies erfordert ein generelles Umdenken im Gesundheitswesen und die Frage nach adäquater Gesundheitsvorsorge und -förderung wird immer aktueller. Menschen im mittleren Erwachsenenalter waren lange Zeit keine Zielgruppe der Forschung, dabei sind sie als: *die Pfeiler der Gesellschaft* zu bezeichnen. Sie sind die Stütze des gesellschaftlichen Lebens, des Privat- und Arbeitslebens. Generativität, die 7. Stufe in Eriksons Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung, beschreibt diesen langen Lebensabschnitt. Unterschiedlichste Entwicklungen und Geschehnisse nehmen in dieser Lebensspanne Einfluss. In der Fachliteratur ist von Krisen die bewältigt werden wollen die Rede. Wie diese bewältigt werden können ist maßgebend für die psychische und ebenso die gesundheitliche Entwicklung der Menschen in diesem Lebensabschnitt.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit Entwicklungskonzepten im Erwachsenenalter. Danach gibt sie einen Einblick in das Wesen und die Geschichte der Gesundheit. Es folgt eine Darstellung der unterschiedlichen Ansätze, Arbeitsweisen und Konzepte der Psychomotorik. Es werden weiters Schnittstellen von Entwicklungs- und Gesundheitsförderungskonzepten und die Möglichkeit von psychomotorischen Interventionen dargelegt. Schließlich wird das Phänomen Entspannung und Atmung in ihren Dimensionen und ihr Wert als Gesundheitsfördermaßnahme erläutert. Grundvoraussetzung dafür ist die Ansicht, dass Körper und Seele verschiedene Integrationsebenen ein und desselben Systems sind. Das Potential der Entspannung und der achtsamen Atmung wird, als körperliche Selbstwahrnehmung, mit dem möglichen Zugang zu emotionalen Prozessen, aufgezeigt. Ein Praxiskonzept wird am Ende vorgestellt.

Abstract

We human beings are living longer and longer. That necessitates a general rethinking of the public health care system and the questions of adequate medical coverage and compensation become ever more acute. Middle-aged adults have for a long time not been the subjects of medical research although they are considered the pillars of society. They are the foundations of our lives, both our private lives and our working lives. Generativity is the label for this long phase of our lives. Varied developments and occurrences have their effect. Crises that want to be managed have been the subject of medical literature. How these crises are managed is a measurement of the development and health of a person in this phase of their life.

The first part of the work deals with developmental concepts in adults. Then it will take a look at the essence and history of health care. Then there follows a presentation of various approaches, functions and concepts of psychomotricity. Further common points of developmental and health care compensation concepts with possible psychomotoric intervention will be presented. Lastly, we will examine the phenomena of relaxation in its dimension and its value as a health care tool. Prerequisite to this is the view that body and spirit are different levels of the same system. The potential of mindful breathing, as bodily self-awareness, to be a possible access to emotional processes will be demonstrated. In conclusion a praxis -oriented concept will be presented.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	12
1.1	Aufbau der Arbeit.....	12
2	Entwicklung im Erwachsenenalter	13
2.1	Entwicklungspsychologie der Lebensspanne.....	13
2.1.1	Gesellschaftlicher Wandel	15
2.2	Theoretische Modelle der Entwicklungspsychologie	16
2.2.1	Charlotte Bühler.....	16
2.2.2	Erik Erikson	17
2.2.3	Robert Havighurst.....	19
2.3	Entwicklungsthemen im Erwachsenenalter	21
2.3.1	Identität.....	21
2.3.2	Soziale Beziehungen: Intimität und Generativität.....	23
2.3.3	Sozialisation	23
2.3.4	Übergänge, Lebensereignisse und Krisen	24
2.3.5	Subjektive Entwicklungsziele im mittleren Erwachsenenalter.....	25
2.4	Gemeinsamkeiten der Gesundheits- und Entwicklungsförderung	25
2.4.1	Identität als zentrales und verbindendes Konzept.....	26
3	Gesundheit	28
3.1	Was ist Gesundheit.....	28
3.1.1	Ayurveda	29
3.1.2	Yoga.....	30
3.1.3	Traditionelle Chinesische Medizin.....	31
3.2	Einblick in die Geschichte der Gesundheit.....	31
3.2.1	Atem- und Leibtherapie	32
3.2.2	Hintergründe und Historische Entwicklung.....	32
3.3	Gesundheit im Wandel der Zeit.....	34
4	Psychomotorik	36
4.1	Wurzeln der Psychomotorik	36
4.2	Begriffsklärung Psychomotorik.....	37
4.3	Anwendungsfelder	38
4.4	Inhalte der Psychomotorik	39
4.5	Verschiedene Theoriebrillen im Vergleich	40
4.6	Psychomotorik im Erwachsenenalter	41
4.6.1	Konzept der Bewegungstherapie	41

4.6.1.1	Theoretische Bezüge	42
4.6.1.2	Inhalt und Ziele	42
4.6.1.3	Planung und Verlauf.....	43
4.6.2	Motologie im Erwachsenenalter	44
4.6.2.1	Theoretische Bezüge	44
4.6.2.2	Inhalte und Ziele.....	45
4.6.2.3	Methodische Vorgangsweise.....	45
5	Verbindende Konzepte.....	46
5.1	Gesundheitsförderung im Aufbruch	46
5.2	Salutogenese, Kohärenz, Ressourcen und Schutzfaktoren.....	46
5.2.1	Salutogenese nach Antonovsky	46
5.2.1.1	Zentrale Aspekte der Salutogenese:	47
5.2.1.2	Definition des Kohärenzgefühls.....	48
5.2.1.3	Das Model des Kohärenzgefühls nach Aron Antonovsky	50
5.2.1.4	Die Lebenswelten.....	51
5.2.2	Resilienz	52
5.2.2.1	Definition von Resilienz	52
5.2.3	Resilienz im Erwachsenenalter	53
5.2.3.1	Resilienz Förderung	54
5.2.4	Schutzfaktoren	54
5.2.4.1	Definition	55
5.2.5	Anforderung - Ressourcen - Modell nach Becker	56
5.2.6	Gesundheitliche Schutzfaktoren.....	57
5.2.6.1	Schutzfaktor Leib-seelische Regulation.....	58
5.2.6.2	Konzept der reflexiven Leiblichkeit	59
5.3	Psychomotorisch orientierte Gesundheitsförderung	59
5.3.1	Vier Grundannahmen der Gesundheitsförderung in der Psychomotorik	60
6	Entspannung.....	62
6.1	Definition von Entspannung	62
6.2	Entspannungsverfahren	63
6.3	Funktionen der Entspannung	63
6.4	Wirkspektrum	63
6.5	Entspannungsreaktionen.....	65
6.5.1	Physiologische Merkmale der Entspannungsreaktion	65
6.5.2	Psychologische Merkmale der Entspannungsreaktion	66
6.6	Die Atmung	66
6.6.1	Biologischer Ablauf der Atmung	67

6.6.2	Atemtherapie	68
6.6.2.1	Elemente der Atemtherapie	68
6.6.2.1.1	Definition Propriozeption.....	69
6.6.2.1.2	Definition Interozeption	69
6.6.3	Atemerfahrung.....	70
6.6.4	Was bewirkt die Atmung	71
6.6.4.1	Das Wesen der Atmung.....	72
6.7	Achtsamkeit.....	73
6.7.1	Achtsamkeit und Atmung	74
6.7.1.1	Aspekte der Achtsamkeit	74
6.7.1.2	Aspekte der achtsamen Atmung.....	74
6.7.1.3	Psychologische und physiologische Aspekte	75
6.7.1.4	Jon Kabat-Zinn	75
7	Psychomotorisches Praxiskonzept	76
7.1	Theoretische Überlegungen.....	76
7.1.1	Konzept der Selbstsorge.....	77
7.1.1.1	Was ist Selbstsorge?	77
7.1.2	Das Konzept der „reflexiven Leiblichkeit“	78
7.2	Praktische Umsetzung	78
7.2.1	Gruppenregeln als sicheren Rahmen:.....	79
7.2.2	Themenfindung:.....	79
7.2.3	Zielgruppen.....	80
7.2.4	Anwendungsperspektiven der Entspannung durch achtsame Atmung im Rahmen psychomotorischer Gesundheitsförderung	80
7.2.4.1	Die Achtsamkeit der Psychomotoriker/innen.....	80
7.3	Grundthema: Entspannung durch Atmung	81
7.3.1	Achtsamkeitspraxis.....	81
7.3.2	Body-Scan nach Kabat-Zinn	83
8	Diskussion	84
8.1	Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen	84
8.2	Ausblick und offene Fragen	86

|

|

Vorwort

Ich habe am Universitätslehrgang für Psychomotorik 2014-2016 teilgenommen und die vorliegende Masterthesis ist nun der Abschluss meines Studiums.

Die Idee zu diesem Thema entstand im zweiten Studienjahr in einer wundervoll angeleiteten Feldenkraisstunde bei Willi Gansch.

Entspannung durch Achtsamkeit, Fokussierung und Konzentration, im Hier und Jetzt. Sanfte Bewegungen, achtsam ausgeführt und Zeit zum Nachspüren, gelenkt von der eigenen Atmung, die den individuellen Rhythmus leitet. Neugierig auf die Vorgänge im eigenen Körper. Da ich selbst als Yogalehrerin und Yogatherapeutin mit Erwachsenen arbeite und mir sowohl die Atmung als auch die Achtsamkeit wichtige Aspekte meiner Tätigkeit sind, war die Frage, ob und wie weit durch Achtsamkeit und Atmung im psychomotorischen Setting, angeboten für Erwachsene, einen Aspekt darstellt, der einerseits die Möglichkeit bietet, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu spüren, das Verhalten entsprechend auszurichten und dadurch mehr Entspannung, Zufriedenheit und Wohlbefinden zu erlangen.

Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Professoren/innen, die mich während des Studiums unbewusst oder bewusst mit ihren An- und Einsichten geleitet haben.

Weiterhin möchte ich mich bei der Lehrgangsleitung, Herrn Univ. Prof. Mag. Dr. Otmar Weiss und unserer Programm Managerin, Frau Mag. Nina Stuppacher, die Unmögliches möglich machte, immer ein offenes Ohr für unsere Wünsche und Bedürfnisse hatte, bedanken und uns mit Verpflegung die Tage und Wochen versüßte. Nicht zu vergessen, die Geduld von Herrn Dr. Michael Methlagl.

Mein herzlichster Dank auch an meine Wegbegleiter, meine Tochter Aline, die immer ein positives Wort gefunden hat und an den Mann an meiner Seite, der mir immer den nötigen Freiraum und Unterstützung gegeben hat. An meine Freundinnen, die sie immer noch sind, obwohl wir sehr wenig Zeit füreinander hatten.

Als in das Thema einführende Worte soll ein Gedicht von Hermann Hesse (1941) die lebensbegleitende Entwicklung des Menschen mit all seinen Freuden, Leiden und Möglichkeiten aber auch das Abschiednehmen und Verlassen von Gewohntem verdeutlichen. Hesse beschreibt die Entwicklung als Grundbedürfnis des Menschen und diesen lebensbegleitenden Prozess. In dem Gedicht „Stufen“ thematisiert Hermann Hesse bereits 1941 den Lauf des Lebens, die Notwendigkeit sich weiterzuentwickeln und nimmt

den Augenblick des Endes allen irdischen Wirkens vorweg. Die Frage nach der Identität, des Selbst, treibt den Menschen voran.

Stufen von Hermann Hesse (1986)

Wie jede Blüte welkt und jede Jugend
Dem Alter weicht, blüht jede Lebensstufe,
Blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
Zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.

Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe
Bereit zum Abschied sein und Neubeginne,....

So wie Hesse in seinem Stufengedicht als Lebensaufgabe die persönliche Weiterentwicklung beschreibt, und diese keinem bestimmten Lebensalter zuordnet, so fordert er dazu auf, „...sich in Tapferkeit und ohne Trauern in andre, neue Bindungen zu geben“.

„.... Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,....“

Um die Lebensaufgabe kontinuierlicher Weiterentwicklung positiv zu bewältigen, bedarf es der Fähigkeit Erlebtes konstruktiv für die Selbstentwicklung zu interpretieren, um letztlich aus diesem Prozess gestärkt hervor zu gehen

“....der uns beschützt und der uns hilft, zu leben“.

Hesse betrachtet fortwährendes Weiterkommen und Veränderung als positiven Prozess, der uns ein Leben lang begleitet

„....er will uns Stuf´ um Stufe heben, weiten“.

Für ihn ist das Alter ein ebenso wichtiger Lebensabschnitt, der Voraussetzung ist für ein gewisses Maß an Lebenserfahrung und Weisheit. Eigenschaften, die unabdingbar sind um zu begreifen

„....des Lebens Ruf an uns wird niemals enden...“

„...wohlan denn, Herz nimm Abschied und gesunde...“

1 Einleitung

Man hatte über lange Zeit unter Entwicklung ausschließlich die Wachstums- Reifungs- und Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen verstanden. Bei ihnen sind diese offensichtlicher als beim Erwachsenen. Allerdings nimmt der Anteil an älteren Menschen in unserer Gesellschaft beständig zu und damit auch eine sich verändernde gesellschaftspolitische Herausforderung für diese Altersgruppen.

Erst seit einigen Jahren rückt deshalb die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem mittleren Erwachsenenalter, in all seinen Dimensionen, in den Fokus der Forschung. Im Laufe des letzten Jahrhunderts haben gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Veränderungen auch Veränderungen in der Partnerschaft und der Erwerbstätigkeit mit sich gebracht. Gesellschaftliche Erwartungen wie „Lebenslanges Lernen“, „Innovation“, „Flexibilität“, „Mobilität“ u.v.m. üben gehörigen Druck auf Erwachsene aus. Die Anforderungen, die das Leben stellt, haben sich verändert. Im Positiven kann der Erwachsene mehr Wissen erwerben, seine soziale Kompetenzen und Sicherheit im Umgang mit Mitmenschen festigen, er gewinnt mehr Selbstbewusstsein und mehr Lebenserfahrung. Dadurch kann er neue Zukunftsentwürfe finden. Erfahrungen können aber auch negative Veränderungen wie Unzufriedenheit, Stagnation und Resignation mit sich bringen. In Zeiten der Verunsicherung oder im Bewusstsein des eigenen Alters liegt die Selbstreflexion nahe (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

Das Bild vom kontinuierlich verlaufenden Erwachsenenleben gehört also der Vergangenheit an. Gleichzeitig entstehen aber auch neue Gestaltungs- und Handlungsräume und damit neue Entwicklungschancen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 23).

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dieser Problematik auseinander und stellt die Frage nach Gemeinsamkeiten von Entwicklung und Gesundheit im Erwachsenenalter. Weiters wird nach Anknüpfungsmöglichkeiten der Psychomotorik und gesundheits- und entwicklungsfördernden Themen gefragt? Welche Relevanz kann dabei Entspannung, fokussiert auf die achtsame Atmung, hier einnehmen?

1.1 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit wird das mittlere Erwachsenenalter definiert und aus entwicklungspsychologischer, dann aus gesundheitspräventiver Sicht beleuchtet.

Schnittstellen, wie z.B. die das Konzept der Identität, werden erläutert und zeigen die Verwobenheit der Themen Gesundheits- und Entwicklungsförderung auf.

Ein weiterer Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Phänomen Gesundheit und deren Hintergründe, die historische Entwicklung und spannt den Bogen zum Gesundheitsverständnis von heute. Am Beispiel der Atem- und Leibtherapie wird ein historischer Abriss aufgezeigt.

In einem weiteren Kapitel wird die Psychomotorik mit besonderem Blick auf das mittlere Erwachsenenalter thematisiert. Es wird ein Versuch der Begriffserklärung gestartet. Inhalte und Anwendungsfelder werden aufgezeigt. Das Konzept der Bewegungstherapie nach Hölter und das der Motologie im Erwachsenenalter nach Haas, die besonders in der Arbeit mit Erwachsenen ihre Anwendung finden, werden vorgestellt.

Ein weiterer Abschnitt wird von verbindenden Konzepten eingenommen und relevante Themen wie z.B. das der Resilienz, der Ressourcen, des Kohärenzsinn, das der Schutzfaktoren und ihre immer größer werdende Bedeutung in der Gesundheitsförderung (Zimmer, 2006) werden im nachfolgenden Teil behandelt.

Das Thema der Entspannung soll die Symbiose von Körper und Seele verdeutlichen. Der Fokus liegt auf der Atmung und der Achtsamkeit. Das soll eine Möglichkeit aufzeigen, psychomotorisch begleitet, Eigenverantwortung für die Gesundheit, damit für die persönliche Entwicklung, letztlich für das eigene Leben zu übernehmen.

Den Abschluss bildet ein Praxisteil der exemplarisch aufzeigt, wie durch Entspannung und achtsame Atmung, psychomotorisch angeleitet, ein Potential eröffnet wird, wodurch Entwicklung und Gesundheit im Erwachsenenalter unterstützt und gefördert werden kann.

2 Entwicklung im Erwachsenenalter

2.1 Entwicklungspsychologie der Lebensspanne

Die Entwicklungspsychologie begann sich mit der Entwicklung von älteren Menschen in den 1960er Jahren auseinander zu setzen. Das Modell der lebenslangen Entwicklung setzt sich erst seit dem Beginn der 1970er Jahre durch.

Baltes, P. B. und L. Eckensberger (1979) beschreiben in der sogenannte „Life-Span-Developmental Psychology“ einen Menschen, der sich über den gesamten Lebenslauf verändert und entwickelt. Dabei sind folgende Prämissen bestimmend:

- Lebenslange Entwicklung besagt, dass Veränderungsprozesse immer und auch in späteren Lebensphasen eintreten können. Einzelne Entwicklungselemente können sich sehr unterschiedlich gestalten in Bezug auf ihre Dauer, Beginn und Ende, ihre Reihenfolge und Richtung.
- Entwicklung unterliegt einer Multidirektionalität und Multidimensionalität. Das bedeutet, dass Entwicklungsprozesse variieren zwischen verschiedenen Verhaltensbereichen und Verhaltenskategorien (z.B. Intelligenz versus Emotion) und es ist möglich, dass innerhalb eines Entwicklungsprozesses und Verhaltensbereiches sowohl gewisses Wachstums- und Abbauprozesse stattfinden.
- Entwicklungsprozesse bedeuten nicht zwingend nur Wachstum oder Zuwachses, sondern beinhalten ebenso Abbau und Verlust.

Psychologische Entwicklung sieht das intraindividuelle Potential zu verschiedenen Verhaltens- und Entwicklungsformen und benennt das als Plastizität. Das bedeutet, dass sich abhängig von den Lebensbedingungen und Lebenserfahrungen die Entwicklungsverläufe unterschiedlicher Personen anders darstellen. Der Entwicklungsverlauf einer Person ist nur im historischen, soziokulturellen, politischen und ökonomischen Kontext zu sehen. Der individuelle Entwicklungsverlauf resultiert aus einer Wechselwirkung dreier Systeme von Entwicklungseinflüssen: altersbedingter, geschichtlich bedingter und nicht-normativer Einflüsse. Im Kontextualismus werden das Zusammenspiel und die Wirkungsweisen dieser Systeme in Beziehung gesetzt. Andere Wissenschaften wie Anthropologie, Biologie und z.B. Soziologie ermöglichen eine multidisziplinäre Betrachtungsweise der psychologischen Entwicklung. Der individuelle Verlauf wird im Kontext der Entwicklungsbedingungen von miteinander interagierenden Systemen betrachtet (Baltes & Eckensberger, 1979).

Hier werden verschiedene Einflüssen aufgezählt die Beachtung finden:

- normativ-altersbezogene Einflüsse: biologische Prozesse und Umweltbedingungen mit starkem Bezug zum Alter, normativ: bestimmtes Alter, meisten Individuen einer Gesellschaft, sozial erwartet, z.B. Übergang in den beruflichen Ruhestand.
- normativ-historische Einflüsse: Mitglieder einer Generation, mit historischer Zeit verknüpft und nicht mit dem Lebensalter
- non-normativ: Umwelt- und biologische Bedingungen, die weder normativ-altersbezogen, noch normativ-historisch zu werten sind. Z.B. individuelle Lebensereignisse wie Krankheit, Tod eines Angehörigen, Gewinn in der Lotterie u.v.m. (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

Die durchschnittliche Lebenserwartung von ca. 45 Jahren zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat sich auf über 75 Jahren geändert und damit hat sich die Spanne des Erwachsenenalters enorm verlängert. Diese Ausdehnung verlangt ein anderes Gesellschaftsbild und stellt gesellschaftspolitisch wie auch persönlich andere Anforderungen an den Menschen. Im Allgemeinen beginnt jedoch das Erwachsenenalter mit dem Erlangen der rechtlichen Volljährigkeit. Die lange Phase des Erwachsenenalters wird in weitere drei Phasen eingeteilt.

- Frühes Erwachsenenalter (Alter: 20 bis 40 Jahre)
- Mittleres Erwachsenenalter (Alter: 40 bis 60 Jahre)
- Spätes Erwachsenenalter (Alter: über 60 Jahre)

Ähnliche Themen und Entwicklungsschritte sind in den unterteilten Phasen zu finden, jedoch mit jeweiligen Schwerpunkten in den unterschiedlichen Entwicklungsstufen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

2.1.1 Gesellschaftlicher Wandel:

Kohli (1985; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 19) stellte Veränderungen in unterschiedlichsten Gebieten wie z.B. im Bereich Familie wo ein Anstieg des Heiratsalters, Anstieg des Alters von Frauen bei der Geburt der Kinder, zunehmende Scheidungsrate, alternative Lebensformen u.v.m. fest. Ebenso sind Umbrüche im Bereich der Erwerbstätigkeit zu finden. Hier gibt es Veränderungen der Normalarbeitsverhältnisse, Trends zu Teilzeitjobs, befristete Arbeitsverhältnisse, freie Mitarbeiter, die Gefahr der Arbeitslosigkeit, wechselnde Jobs, ungeschützte Beschäftigungsverhältnisse, verlängerte Ausbildungsphasen oder späterer Ruhestand bringen gleichzeitig Chancen der Entwicklung aber auch eine große Verunsicherung mit sich.

Diese Beispiele machen die Umbruchprozesse sehr deutlich und zeigen die Notwendigkeit zur Entwicklung und Veränderung in dieser Lebensspanne. Der Erwachsene muss mit einer Fülle von Aufgaben im Leben fertig werden und eine Lebensbewältigung scheint ohne „Nachsozialisation“ kaum möglich. Unsicherheiten und Widersprüche, Überforderung und Krisen können die personale Identität gefährden (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 23).

Was ist demnach unter psychischer Entwicklung zu verstehen und welche Theoriegebilde könnten hier Anwendung finden?

2.2 Theoretische Modelle der Entwicklungspsychologie

In diesem Abschnitt werden die drei bekanntesten Namen vorstellen, die ihre Hauptwerke zwischen 1930 und 1960 bereits publiziert haben und sich mit der Entwicklung der Lebensspanne als Ganzes auseinandergesetzt haben: Charlotte Bühler, Erik Erikson und Robert Havighurst sind Wegbereiter von historischer Bedeutung.

In der neueren Entwicklungspsychologie wird der Lebenslauf nicht mehr in längere Abschnitte geteilt. In diesen hier angeführten Modellen werden zentrale Themen und Prozesse der Entwicklung thematisiert, die auch heute als Leitfaden für das Verständnis und für die Erforschung des Erwachsenenalters einen großen Stellenwert haben.

2.2.1 Charlotte Bühler

Eine der bedeutendsten Psychologinnen des 20. Jahrhunderts war Charlotte Bühler. Als Begründerin der „Wiener Schule“ gilt sie als wichtigste Forscherin am Gebiet der empirischen Kleinkindforschung.

1938 beendete sie ihre wissenschaftliche Tätigkeit in Österreich und emigrierte mit ihrem Mann in die USA wo sie sich der klinischen Psychologie sowie der Erforschung des Erwachsenenalters und der Lebenslaufpsychologie widmete. Mit Maslow, Rogers und Goldstein begründete sie die Humanistische Psychologie.

Nach Bühler (1933; zit.n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 50) lässt sich der Lebenslauf in folgende 5 Hauptperioden einteilen, die durch eine „biologische Lebenskurve“ gekennzeichnet sind:

1. Progressives (generative) Wachstum ohne Fortpflanzungsfähigkeit (0-15 Jahre)
2. Progressives Wachstum mit Fortpflanzungsfähigkeit (15-25 Jahre)
3. Stabiles Wachstum mit Fortpflanzungsfähigkeit (25-45 Jahre)
4. Stabiles Wachstum ohne Fortpflanzungsfähigkeit (45-55 Jahre)
5. Regressives Wachstum (ab 55 Jahren), (Bühler, 1933).

In ihrem Modell wird der Lebenslauf auch auf einer sozialen Ebene untersucht. Das Prinzip der Expansion oder Erweiterung ist vorherrschend bis zu einem Alter von 25 Jahren. Die Lebensmitte von ca. 25 – 45/50 Jahren ist von einer Stagnation gezeichnet und das Prinzip der Restriktion bedeutet den totalen Abbau bis zum Lebensende. Der Lebenslauf orientiert sich an den „Werken“ die der Mensch geschaffen hat und an seinen erreichten Zielen. Ein weiterer Bereich betitelt die subjektiven Erlebnisdaten. Das Leben hat ein Lebensziel oder Lebensbestimmung auf die hingelegt wird. In ihren Untersuchungen belegt sie, dass das

persönliche Erleben dem biologischen und sozialen Auf- und Abstieg parallel verläuft (Bühler, 1933; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel 2014, S. 53).

Bühlers Modell ist dadurch gekennzeichnet, dass es den Lebenslauf und die Person als Ganzes erfasst. Als ein „organismische Entwicklungskonzept, das die persönliche Entwicklung als Entfaltung einer im Individuum angelegten Struktur versteht“ (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 53).

Aus heutiger Sicht ist die Dominanz eines biologischen Wachstumsmodells kritisch zu betrachten.

2.2.2 Erik Erikson:

Das weit über den Fachbereich der Psychologie hinaus bekannt gewordenen Modell der Entwicklung der Persönlichkeit über den gesamten Lebenszyklus stammt von dem Psychoanalytiker Erik Erikson. Er gilt als einer der Hauptvertreter für das psychomotorische Theoriekonzept (Fischer, 2009). Sein Modell ist als Weiterentwicklung der freud'schen Lehre der psychosexuellen Entwicklung über die Kindheit hinaus zu verstehen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 55).

Nach Erikson ist die menschliche Entwicklung eine Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel der Bildung der eigenen Identität. Seine Theorie der psychosozialen Entwicklung wird in einem achtsstufigen Modell des Lebenszyklus dargestellt. Er sieht das Wachstum und die Entwicklung der Persönlichkeit unter dem Blickwinkel des epigenetischen Prinzips. Er benennt acht Phasen der psychosozialen Entwicklung und geht davon aus, dass in jeder Phase die mit ihr verbundene psychosoziale Krise erfolgreich bewältigt werden muss um in die nächste Phase einzutreten (Erikson, 1989). Als Entwicklungsaufgabe wird die Ausbalancierung der gegensätzlichen Eigenschaften und die Bewältigung der Konflikte betrachtet. Sind diese unerledigt, wird die weitere Entwicklung belastet. Allerdings ist die Aufarbeitung ungelöster psychosozialer Konflikte auch in späteren Lebensphasen möglich (Erikson, 1988).

Die ersten drei Phasen entsprechen den freud'schen Phasen der psychosexuellen Entwicklung, der oralen, analen und phallischen Phase. Erikson hat sich besonders der Entwicklungsphase der Jugendlichen gewidmet. Die Herausforderung in dieser Entwicklungsstufe sind die gravierenden körperlichen Veränderungen wie Geschlechtsreife oder rasches Körperwachstum. In dieser psychosozialen Krise soll sich ein neues Kontinuitätsgefühl entwickeln, das die gemachten Erfahrungen der Kindheit mit den neuen Möglichkeiten und Erwartungen des Erwachsenenalters verbindet. *Identitätsfindung* bedeutet hier die Aufgaben des Erwachsenenalters mit den eigenen Wünschen, der

Vorstellung von sich selbst und der bisher gemachten Erfahrungen als Entwicklungsaufgabe anzunehmen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

Tab. 1: Entwicklung und psychosoziale Konflikte

Alter	Psychosoziale Krisen	Bedeutsame Beziehungen	Beziehungspunkte Sozialer Ordnung	Psychosoziale Modalitäten
1. Säuglingsalter (0 – 1 Jahr)	Urvertrauen vs. Urmisstrauen	Mütterliche Person	Kosmische Ordnung	Etwas erhalten, etwas dafür geben
2. Frühe Kindheit (2 – 3 Jahre)	Autonomie vs. Scham/Zweifel	Eltern	„Recht und Ordnung“	(Fest)halten (Los)lassen
3. Vorschulalter (4 – 5 Jahre)	Initiative vs. Schuldgefühl	Engere Familie	Ideale Prototypen	Tun (= einer Sache nachgehen) „So Tun“ (= spielen)
4. Schulalter (6 – Pubertät)	Kompetenz vs. Minderwertigkeits- gefühl	Nachbarschaft/Schule	Technologische Elemente	Dinge tun (zum Abschluss bringen) Dinge zusammenfügen
5. Adoleszenz (Pubertät – 18 Jahre)	Identität vs. Rollenkonfusion	Gleichaltrige und fremde Gruppen, Vorbilder	Ideologische Elemente	Sich selbst sein (oder nicht) Selbst sein unter Mitmenschen
6. Frühes Erwachsenenalter	Intimität vs. Isolation	Partner, Freunde, Sex, Wettbewerb, Kooperation	Kooperations- und Konkurrenzmuster	Sich gegenseitig im anderen Finden und verlieren
7. Mittleres Erwachsenenalter	Generativität vs. Stagnation	Geteilte Arbeit, gemeinsamer Haushalt	Strömungen in Erziehung und Tradition	Etwas umsorgen, Etwas schaffen
8. Spätes Erwachsenenalter	Ich-Integrität vs. Verzweiflung	Wesen des Menschen, mein Wesen	Weisheit	Aus der Vergangenheit leben, den Tod bedenken

Quelle: Fischer (2009, S. 152)

Diese Identitätskrise sollte gelöst sein um die nächste Phase der *Intimität* zu erreichen. Das bedeutet, dass eine enge Beziehung zu einem Partner eingegangen werden kann ohne Angst vor dem Ich-Verlust. Mit der Erfahrung und Entwicklung der Intimität steht die nächste Stufe der psychosozialen Entwicklung im mittleren Erwachsenenalter, der *Generativität* an. Erikson versteht darunter die Entwicklung eines Bewusstseins individuell und kollektiv auf andere Menschen angewiesen zu sein, wie auch die Zuwendung und Erziehung der nächsten Generation (Erikson, 2012). Das wird um die Aspekte bereichert und erweitert wie z.B. Fortpflanzungsfähigkeit, Produktivität und Kreativität, das Hervorbringen neuen Lebens, neuer Produkte und Ideen einschließlich einer Art Selbst-Zeugung, die mit der

weiteren Identitätsentwicklung befasst ist (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 57). *Generativität* kann als Sorgen und Übernehmen von Verantwortung für die eigenen Kinder, der Familie aber auch anderen Menschen gegenüber verstanden werden. Dass vermittelt ein Gefühl des Gebrauchtwerdens. Der erwachsene Mensch dient hier ganz besonders als der Mittler der Generationen. Der Mensch kann seine Lebenserfahrungen weitergeben. Die letzte Stufe bezeichnet Erikson als *Ich-Integrität versus Verzweiflung*. Die Entwicklungsaufgabe ist hier das Leben und seinen Verlauf als sinnvoll zu akzeptieren, Zufriedenheit und die eigene Einzigartigkeit, sich selbst im großen Ganzen eingebettet, zu empfinden (Erikson, 2012).

Die Entwicklung von der Kindheit bis in den Tod bedeutet für Erikson die ständige Auseinandersetzung mit lebensrelevanten Themen, zugeordnet zu einer bestimmten Lebensphase, in individueller Ausprägung, abhängig vom sozialen und kulturellem Umfeld. Jeder Mensch durchläuft diese psychosozialen Krisen und die erfolgreiche, positive Bewältigung ermöglicht das Wachstum der gesunden Persönlichkeit. Die Reihenfolge ist nach dem epigenetischen Prinzip zu sehen, d.h. für alle Menschen gleich.

Erikson hat seine Theorie vorwiegend aus seiner klinisch-therapeutischen Arbeit entwickelt. Die neuere Forschung erweitert dieses Modell unter der Betrachtung der großen interindividuellen, kulturellen und historischen Unterschiede der Lebensläufe (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 57).

Als einen der Vertreter die die Weiterentwicklung des Modells ist Robert Havighurst zu nennen.

2.2.3 Robert Havighurst

Robert Havighurst, bekannt als amerikanischer Entwicklungspsychologe, der in der Zeit von 1900 bis 1991 lebte und die Kernaussage seines Konzepts wie folgt benennt:

„...eine Aufgabe, die in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums hervortritt und deren erfolgreiche Bewältigung zu seinem Wohlbefinden und zum Gelingen späterer Aufgaben führt, während ein Misslingen zu Unzufriedenheit im Individuum, zu Missbilligung durch die Gesellschaft und zu Schwierigkeiten bei spätere Aufgaben beiträgt“. (Havighurst, 1972; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 61)

Er setzte einerseits die physische Reife, wie die individuelle Leistungsfähigkeit und biologische Veränderungen wie z.B. die Pubertät oder die Menopause oder andererseits

den kulturellen Druck, als Erwartungshaltung der Gesellschaft wie z.B. Anforderungen an Schulbildung, Ausbildung und Berufsbild, und letztlich die eigene individuelle Zielsetzung und die Werthaltung in den Fokus. Havighurst unterteilt verschiedene Lebensabschnitte, denen er spezifische und altersentsprechende Entwicklungsaufgaben zuteilt. In seiner Theorie gibt es in jeder Lebensspanne Zeiträume – sensitive Perioden, die für das Erledigen bestimmter Entwicklungsaufgaben am geeignetsten sind. Bestimmte Herausforderungen können auch in einem späteren Lebensabschnitt bearbeitet werden, jedoch unter wesentlich größerem Aufwand. Ungelöste Entwicklungsaufgaben können zu Unzufriedenheit führen und das Bewältigen späterer Entwicklungsaufgaben erschweren (Havighurst 1972; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 60).

Die Unterteilung der Lebensabschnitte nach Havighurst (1972):

- frühe Kindheit (0 – 2 Jahre) – Erlernen der Nahrungsaufnahme, Gehen lernen, Sprachentwicklung
- Kindheit (2 – 4 Jahre) – Erwerb der Geschlechterrolle
- frühes Schulalter, Schuleintritt (5 – 7 Jahre) – soziale Kooperationen
- mittleres Schulalter (6 – 12 Jahre) – Basiskompetenzen im Lesen, Schreiben, Rechnen, Entwicklung von Moral und Werten
- Adoleszenz (13 – 17 Jahre) – Akzeptieren der körperlichen Reifung
- Jugend (18 -22 Jahre) – Erwerb der Geschlechtsrollen – Identität,
- Frühes Erwachsenenalter (23 – 30 Jahre), - Partnerwahl/Ehe, Familiengründung, Beginn einer Berufskarriere
- mittleres Erwachsenenalter (31 – 50 Jahre) - Kindererziehung, Entwicklung der Karriere, Übernahme sozialer und öffentlicher Verantwortung
- spätes Erwachsenenalter (ab 51 Jahren) Erwachsenenalter – Anpassung an Pensionierung, nachlassende Körperkräfte und auch an den Tod vom Lebenspartner (Havighurst, 1972; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 62).

Diese drei klassischen Modelle der Entwicklung über die Lebensspanne sind konzipiert nach einem organismischen Grundmodell und sind damit als Wegbereiter für den Erkenntnisstand der heutigen Entwicklungspsychologie der Lebensspanne zu verstehen. Nach dem heutigen Stand wird Entwicklung als multidirektional und interindividuell variabel verstanden unter Beachtung der Wechselwirkung des Individuums mit einer sich fortwährend verändernden gesellschaftlichen Umwelt. Je nach zugrundeliegendem Entwicklungsmodell wird eine gewisse Ordnung in die Strukturierung des Erwachsenenalters gebracht (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel 2014, S. 64).

Hier werden die unterschiedlichen Sichtweisen der Persönlichkeitsveränderung benannt:

- Psychodynamischer Ansatz: orientiert sich am Wachstum der Person unter entweder biologischen oder psychologischen Prozessen.
- Der empirische Weg der Erfassung von Veränderungen über Längsschnittuntersuchungen
- Entwicklungspsychologische Ansätze: Theorien der neueren Zeit beziehen sich auf empirische Forschungen oder mit dem Ziel der Integration von empirischen Forschungsergebnissen, z.B. SOC Modell
- Soziale Veränderungen: „es sind primär die äußeren sozialen und kulturellen Einflüsse, die den Lebenslauf und die Entwicklung des Individuums formen.“
- Veränderungen im Personen-Umwelt-Verhältnis: hier wird das Erwachsenenalter als Veränderung der Person in der Auseinandersetzung mit der Veränderung ihrer sozialen Umwelt strukturiert.

2.3 Entwicklungsthemen im Erwachsenenalter

Im Folgenden werden zentrale Entwicklungsthemen, wie das der Identität, das Thema der sozialen Beziehungen und der Sozialisation, der Lebensübergänge und -ereignisse und das der Krisen herausgegriffen. Es werden theoretische Konzepte wie das des Copings und der Bewältigung dargestellt. Diesen Themen wird in der Entwicklungspsychologie im Erwachsenenalter ein spezifischer Stellenwert in den jeweiligen Abschnitten des Erwachsenenalters eingeräumt.

2.3.1 Identität

Die Identität gilt als zentraler Begriff und wird als integrierendes Konzept für Entwicklungsprozesse im Erwachsenenalter verstanden (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014). Nach Erikson (2012) muss der Mensch seine Identität bewahren zwischen Kontinuität und Wandlung, um handlungsfähig und psychisch gesund zu sein. In seinem Modell ist die Entwicklung einer stabilen Identität die Voraussetzung und notwendige Basis um im Erwachsenenalter Herausforderungen zu meistern (Erikson, 2012).

Zweifel an der allgemeinen Gültigkeit dieses Konzepts haben die Überlegungen verändert und sehen heute die Entwicklung der Identität als ein zentrales Thema und als einen latenten Konflikt, der lebenslang begleitet (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014). Whitebourne und Weinstock (1982) beschreiben die Identität, die ein Mensch sich selbst zuschreibt, als eine Gesamtheit von körperlichen Merkmalen, Fähigkeiten, Motiven, Zielen, Einstellungen, Werthaltungen und sozialer Rollen.

Hoff (1990; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 84) sagt: „Identität ist die Innensicht der eigenen Person im Unterschied von der Persönlichkeit als Außen Sicht der eigenen Person“, und meint damit also einen Prozess der Selbstreflexion, der sich auf die Gesamtheit der eigenen Person bezieht. Die hier vertretene Sichtweise der emotionalen Ebene entspricht dem

- Konzept des Selbstwertgefühls (mag ich mich so, wie ich bin?)
- Konzept der Kontrollüberzeugung (was glaube ich, kann ich selbst beeinflussen?).
- Konzept des Selbstkonzepts – kognitive Ebene (was weiß ich über mich, welches Bild habe ich von mir?).
- Körperkonzept oder Körperselbst, bezeichnet die körperliche Ebene

Jede Auseinandersetzung mit der eigenen Identität spielt sich demnach in einem sozialen Bezugsrahmen ab.

Withbourne und Weinstock (1982) haben ein Modell der Entwicklung im Erwachsenenalter entworfen, das unterscheidet zwischen einer *induktiven* und *deduktiven* Differenzierung.

1. Induktive Differenzierung bedeutet: das Individuum wird durch neue Erfahrungen permanent seine bisherige Identitätsstruktur verfeinern und sie umbauen = Akkomodation.
2. Unter deduktiver Differenzierung verstehen sie, dass eine Person ihre Erfahrungen interpretiert im Sinne ihrer Identität und diese Erfahrungen in ihre Identitätsstruktur integriert = Assimilation.

Idealer Weise halten induktive und deduktive Differenzierung das Gleichgewicht. Bei einem Ungleichgewicht kommt es zu einer Störung. Neue Erfahrungen können nicht gemacht werden, wenn die deduktive Differenzierung dominant ist. Das Ich wehrt Erfahrungen ab, die nicht im Einklang mit dem Selbstbild stehen. Eine Krise entsteht, wenn die Anpassung nicht möglich ist. Dominiert die induktive Differenzierung werden neue Erfahrungen gemacht und es kommt zur Anpassung der Identitätsstruktur. Bei ständiger Anpassung kann die Identitätsstruktur zu flexibel oder labil sein. Es kommt zur Krise, wenn sich eine Person nicht mehr als Einheit wahrnehmen kann. Psychische Störungen können verhindert werden durch Gegenregulationen (Whitbourne & Weinstock, 1982).

Die Identitätsentwicklung des Erwachsenen kann in unterschiedlichen Lebensbereichen andere Verläufe nehmen. Notwendige Veränderungen können durch externe Einflüsse, wie politische Umbrüche, Umweltzerstörung usw. einerseits oder durch biographische Einflüsse wie Partnerverlust, Arbeitslosigkeit usw. veranlasst werden. Whitbourne (1987; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 205) erforschte unterschiedliche Identitätsstile. Einerseits kann der Erwachsene offen für neue Erfahrungen sein, das

benennt er als akkommodativen Identitätsstil. Andererseits, wenn durch ein Festhalten an bisher gültigen Werten widersprüchliche Erfahrungen gemacht werden, benennt er das als assimilativen Identitätsstil. Unter balancierten Identitätsstil beschreibt er den Versuch des Erwachsenen im Bewusstsein seiner Werte und mit der Offenheit für neue Erfahrungen ein Gleichgewicht herzustellen.

Geuter (2015) zeigt auf, dass Forschungen verschiedenster wissenschaftlicher Gebiete, wie der Neuropsychologie, neue Säuglingsforschung, Psychotraumatologie, Bindungs- und Emotionsforschung, dem Körper eine bedeutende Rolle für das Identitätsempfinden zuschreiben. Sie zeigen auf, wie sich körperliche Erfahrungen auf das Empfinden, das Selbstgefühl und die Motivation auf das Denken auswirken. Hier ist die Grundlage der Identität das Zusammenspiel körperlichen Spürens und sprachlicher Reflexion.

2.3.2 Soziale Beziehungen: Intimität und Generativität

Entwicklungsprozesse im Erwachsenenalter vollziehen sich im Kontext sozialer Beziehungen. Im Stufenmodell nach Erikson sind Intimität und Generativität die zentralen Entwicklungsthemen. Allerdings lässt sich Beziehungsgestaltung nicht erst nach vollendeter Identitätsfindung vollziehen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und der personalen Entwicklung ist als ständige Aufgabe im Erwachsenenalter zu sehen, wie auch die Gestaltung und die Auseinandersetzung mit sozialen Beziehungen. Beziehungen mit sozialen Netzwerken, generationsübergreifende Beziehungsmuster, Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter sind Themen der Entwicklungspsychologie von heute (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 89).

2.3.3 Sozialisation

Unter Sozialisation sind die kontinuierlichen Einflüsse der sozialen Umwelt über die Lebensspanne auf die Entwicklung von Menschen zu verstehen. Besonders in Bezug auf die mit sozialen Rollen verbundenen Anforderungen und Erwartungen. Menschen werden durch informelle und formelle Sozialisation vorbereitet auf die verschiedenen sozialen Rollen im Leben, die auch als antizipatorische Sozialisation bezeichnet werden. Diese sind geschlechtsspezifisch. Früher ergab sich aus den gesellschaftlichen Anforderungen so etwas wie eine *Normalbiographie*, die heute durch verbreitete Individualisierung zunehmend variabler sein muss (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 92).

2.3.4 Übergänge, Lebensereignisse und Krisen

Der Tatsache von sich verändernden Individuen in einer sich verändernden Umwelt werden erst seit ca. 1980 Rechnung getragen. Rollenübergänge, Lebenskrisen und kritische Lebensereignisse und deren Einfluss auf die personale Entwicklung sind zu einem Schwerpunkt in der Lebensereignisforschung geworden. Die Fragen wie und in welcher Weise Lebensereignisse zur Entstehung von psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen usw. beitragen werden relevant. Es wird unterschieden zwischen normativen Ereignissen wie z.B. Ein- oder Ausstieg ins Berufsleben, Heirat, Geburt des ersten Kindes und nicht-normativen Ereignissen wie z.B. Krankheit eines Angehörigen, Beförderung im Beruf, ungewollte Schwangerschaft u.v.m. Die Frage nach den Belastungen die mit diesen Ereignissen oder Übergängen verbunden sind, welche Bewältigungsstrategien zum Tragen kommen und welche Bedeutung diese für eine persönliche Weiterentwicklung haben, werden relevant (Fillip & Aymanns, 2010).

Modelle, wie das Konzept der Krise beschrieben von Filipp und Aymanns (2010) und das der Bewältigung und des Copings (Lazarus & Folkmann, 1984) bieten Erklärungen. Eine Krise ist zu sehen als Gefahr oder aber auch als Chance, eine mögliche, psychisch-emotionale Folge der mit einem Lebensereignis verknüpften Veränderung der Lebenssituation. Diese wird dann wahrscheinlich, wenn die Veränderungen als bedrohlich empfunden werden und die Person in den zentralen Dimensionen ihres Selbst angesprochen wird. Ihre Handlungsfähigkeit ist gefährdet. Eine entwicklungsbedeutsame Krise ist im Sinne Ulich (1987) dann gegeben, wenn sie letztlich zu positiven Veränderungen führt (Ulich, 1987; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 97).

Als Bewältigung wird nach Greve (2008) die kognitiven und aktionalen Bemühungen einer Person im Umgang mit Belastungen verstanden. Es bedarf immer individueller Anstrengungen, die die Anpassung und Bewältigung ermöglichen. Das zeigt auch die Vielfalt der möglichen Bewältigungsstrategien, die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Lebensspanne und die individuelle Entwicklung der Personen. Aus Bewältigungssituationen können aber auch personale Lernprozesse entstehen und neue Kompetenzen aufgebaut werden die somit Entwicklungsschritte und personale Ressourcen für das weitere Leben darstellen (Greve, 2008).

Unter Coping ist die Bewältigung von schwierigen Situationen wie Stress, Krankheit, Verlust usw. zu verstehen. Aus der englischen Sprache übersetzt man Coping mit handeln, kämpfen mit, auseinandersetzen oder bewältigen. Gemeint ist eine Vielzahl von Verhaltensweisen der Auseinandersetzung mit belastenden Situationen. Heckhausen

(1989) unterscheidet zwischen Strategien um Geschehnisse, die Stress erzeugen zu beherrschen oder zu ändern. Handelt es sich um ein problemorientiertes Bewältigen, so ist ein Person - Umwelt – Bezug fest zu stellen. Von einer emotionsorientierten Bewältigung wird gesprochen, wenn stressgeladene Emotionen unter Kontrolle gebracht werden. Im Coping-Konzept steht das subjektive Handeln als Entwicklungsprozess im Focus. Das bedeutet: Ereignisse haben unterschiedliche und subjektive Bedeutungen, und eröffnen damit eine Vielfalt von Handlungsprozessen (Heckhausen, 1989, S. 119).

2.3.5 Subjektive Entwicklungsziele im mittleren Erwachsenenalter

Die Entwicklung im Erwachsenenalter muss immer auch die eigenen Beiträge des Individuums berücksichtigen. Das Individuum erfährt sein Leben aus ganzheitlicher Sicht und so gewinnen soziale Einflüsse und Ereignisse für ihn subjektive Bedeutung im Kontext der eigenen Lebensgeschichte. Je nach persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen ist es möglich mit Ereignissen umzugehen. Der erwachsene Mensch hat Ziele und Vorstellungen von seiner Zukunft. Whitbourne (1985; zit. n. Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 99) benennt das als ein Konstrukt der Lebensspanne, welches jedes Individuum von seinem Leben entwickelt und das dazu dient, sein vergangenes, gegenwärtiges und zukünftiges Leben miteinander zu verknüpfen. Die Vergangenheitskomponente und die Zukunftskomponente unterliegen Veränderungen, weil sie mit dem realen Lebenslauf in Einklang gebracht werden. Der Mensch ist bemüht sein Leben selbst zu bestimmen, auch wenn sich viele Faktoren außerhalb seines Einflusses befinden. Er gibt seinem Leben Sinn indem er bestrebt ist Kontinuität in seiner Biographie herzustellen, das hilft, seine Identität zu wahren. Die entstandene Subjektperspektive sieht das Individuum, greift bewusst in sein Leben ein indem es sich Ziele setzt, Ideale hat und Perspektiven entwickeln kann. Die subjektiven Handlungsmöglichkeiten sollen im Zusammenhang der objektiven Handlungsspielräume gesehen werden (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

2.4 Gemeinsamkeiten der Gesundheits- und Entwicklungsförderung

Gesundheit wurde bisher nur selten mit einer entwicklungspsychologischen Perspektive der Lebensspanne in Verbindung gebracht. Heute ist sie zu einem wichtigen Thema in der Entwicklungspsychologie geworden. Die Fachrichtung der Gesundheitspsychologie und ihr Forschungsfeld machen die Zusammenhänge von Gesundheit und Entwicklung noch einmal deutlicher. Gesundheit kann, wie personale Entwicklung, damit ist jene Entwicklung gemeint, die der Mensch mit seinen angeborenen Potentialen im Wechselbeziehung mit

seiner Umwelt vollzieht, gefördert werden. Körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden können als psychosozialer Gleichgewichtszustand verstanden werden. Konzepte welche die Genese von Gesundheit erklären haben deutliche Ähnlichkeit mit Modellen der Erwachsenenentwicklung. Werden Gesundheitsrisiken wie Stressfaktoren oder kritische Lebensereignisse erfolgreich bewältigt, dann ist das als gesundheitsförderlich anzusehen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

Im gesundheitswissenschaftlichen Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) wird die enge Verknüpfung von gesundheitlichen Bedingungen und personaler Entwicklungsmöglichkeiten deutlich. Der Kohärenzsinn spielt dabei eine tragende Rolle und wird in einem späteren Kapitel erläutert.

Identität ist als psychische Quelle der Kohärenz zusehen. Die Bedeutung von Gesundheit verändert sich mit dem Lebensalter. Von entwicklungspsychologischer Seite werden Gesundheitsergebnisse als kritische Lebensereignisse verstanden. Mit dem Thema Gesundheit werden oft existenzielle Fragen, Sinnfragen aufgeworfen. „Die subjektive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit wird dann als Teil einer bewussten Selbstreflexion betrachtet, die nicht nur den Umgang mit Gesundheit verstärkt und zu einer stärker gesundheitsbewussten Lebensweise führen kann, sondern mittelbar auch Entwicklungsprozesse einleiten“ (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014, S. 104).

2.4.1 Identität als zentrales und verbindendes Konzept

Im folgenden Modell (Abb. 1) zeigen die Pfeile an, dass im Erwachsenenalter Entwicklungsprozesse in ständiger Wechselwirkung zwischen einer sich verändernden Person und dem permanenten Wandel der Umwelt stattfinden. Im Konstrukt der Identität sollen Phänomene integriert werden, die im Mittelpunkt von Entwicklung im Erwachsenenalter stehen. Der Begriff Identität steht daher im Zentrum. Aspekte von Identität wie kognitive, emotionale, motivationale und körperliche Identität werden begleitet von in der Psychologie verwendeten Begriffen des Selbstkonzepts, des Selbstwertes, der Kontrollüberzeugung und dem Körperkonzept. Identität wird als übergreifender Begriff, in dem verschiedene Phänomene gebündelt werden können angesetzt und soll das enge Zusammenwirken von Entwicklungsprozessen verdeutlichen. Auf der linken Seite der Abbildung sind gesellschaftliche Einflüsse wie Lebenswelten, Sozialisation und soziale Beziehungen festgehalten. Auf der rechten Seite die Einflüsse auf die Person wie Disposition, Ich-Ideal, subjektive Ziele und Handlungskompetenzen. Es wird verdeutlicht wie soziale, ökologische und gesellschaftliche Einflüsse und subjektive Einflüsse der Person zusammenwirken. Die Herausbildung der sozialen Identität, die als Teil des Selbstkonzeptes verstanden wird, in dem sich der Mensch als Mitglied von sozialen

Gruppen mit einer bestimmten emotionalen Bedeutung empfunden, ist mitbestimmend für die psychische Entwicklung. Einflüsse, subjektive Ziele und Handlungskompetenzen wirken auf die Person und sind ebenso bestimmend für die Entwicklung der personalen Identität und für die psychische Entwicklung. Die graphische Verbindung von Entwicklungsaufgaben, der Sozialisation, der Rollenübergänge, der Lebensereignisse, der Belastungen und den daraus folgenden Bewältigungshandeln und auch die subjektiven Ziele und Handlungskompetenzen sollen das Zusammenwirken darstellen. Die Verbindung mit dem Konzept der Identität zeigt, dass alle Ereignisse und individuellen Lebenserfahrungen hier gebündelt und integriert werden. Wissenschaftliche Konzepte die für die Gesundheit maßgebend sind, wie gesundheitliche Risiken und Ressourcen, eingeteilt in interne und externe Ressourcen, sowie das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) sind im unteren Teil der Abbildung zu finden. Sie stellen die enge Verbindung und den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Identität dar. Beide Phänomene werden von ähnlichen Bedingungen wie Belastungen, Lebensereignisse, Krisen und Bewältigungshandeln beeinflusst und sind Konzepte in der Entwicklungs- und auch in der Gesundheitspsychologie. Das Konzept des Kohärenzgefühls steht in enger Verbindung mit den Identitätsprozessen (Faltermaier, Mayring, Saup & Strehmel, 2014).

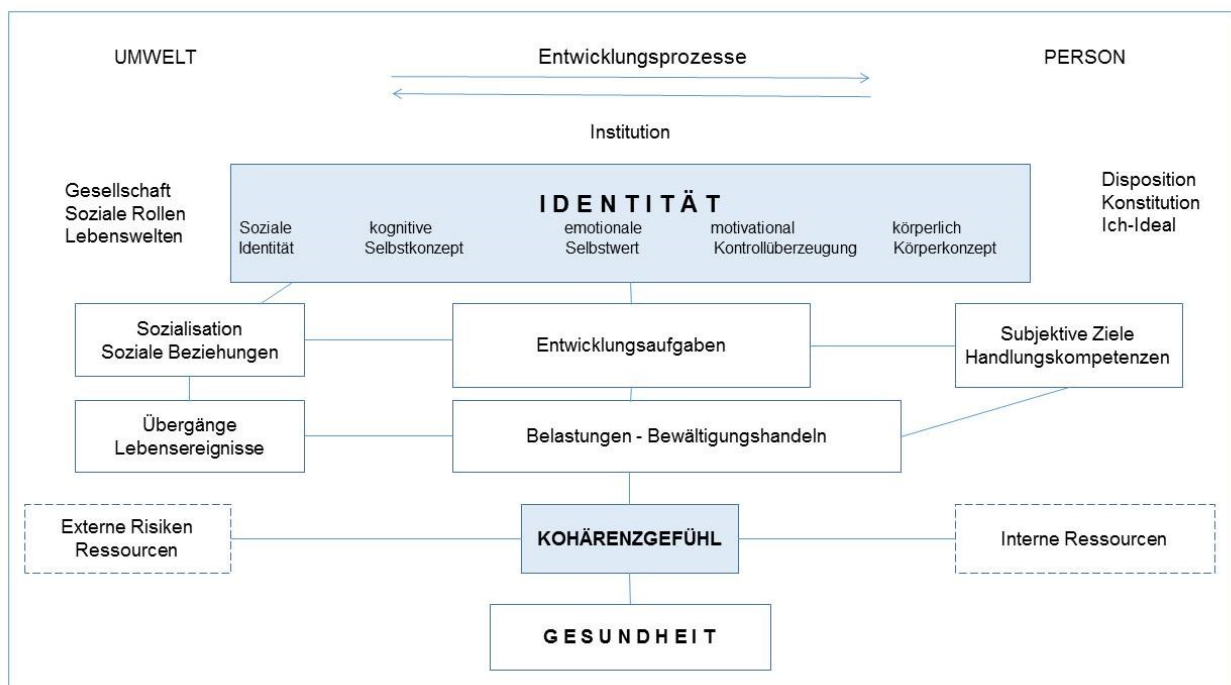


Abb. 1, *Konzepte und Themen der Entwicklung im Erwachsenenalter* (mod. n. Faltermaier, 2014, S. 106).

3 Gesundheit

Gesundheit und die Entwicklung von einem Gesundheitsverständnis ist unmittelbar von den geographischen Gegebenheiten und das dort vorherrschende Menschenbild im Spannungsfeld von Kultur, Religion und Politik zu sehen. In diesem Kapitel soll ein Einblick in alte Gesundheits- und Heillehren gegeben werden, die heute mehr denn je Aktualität besitzen. Sie stellen den Menschen, mit seinen Stärken, Schwächen, körperlichen Voraussetzungen in den Mittelpunkt und sehen Gesundheit und persönliche Entwicklung als Hauptaufgaben im Leben. Der Mensch wird als Einheit von Körper, Seele und Geist betrachtet. Das kommt unserem heutigen Verständnis der Psychosomatik sehr nahe (Muths, 1997)¹.

3.1 Was ist Gesundheit

Der Philosoph Gadamer (1993) beleuchtet das Phänomen Gesundheit aus einer individuumszentrierten Perspektive, die er wie folgt beschreibt: „Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit“ (Gadamer, 1993; zit. n. Jessel, 2012, S. 53) leitet daraus ab, dass Gesundheit als ein leibliches Phänomen zu bezeichnen ist, stellt weitere anthropologischen Betrachtungen an. Die von Gadamer beschriebene Selbstverborgenheit der Gesundheit setzt er mit Implizitheit gleich, die sich im Schatten unseres Bewusstseins befindet und sich nur aus ihrer Abwesenheit heraus beschreiben lässt. Darin sieht er den Unterschied zur Krankheit, die über den Körper ins Bewusstsein drängt und damit das gegensätzliche Phänomen zur Gesundheit ist. Gesundheit charakterisiert er als ein implizites Phänomen, das sich so zeigt, wie wir uns der Welt zuwenden können (Seewald, 2012). Das heißt, dass Gesundheit als Potential gesehen werden kann, „um etwas in der Welt zu bewirken, was nicht Gesundheit ist“ (Seewald, 2008, S. 66). Er bezeichnet Gesundheit als „[z]weitrangig, weil sie nicht selbst im Lebensmittelpunkt steht [...], aber auch erstrangig, weil ohne sie nichts anderes im Lebensmittelpunkt steht.“ (Seewald, 2008, S.67). Da sich der Mensch selbst am nächsten ist, ist auch nur ihm selbst der unmittelbare Zugang zu seiner Gesundheit gegeben. Gesundheit lässt sich weder von sich selbst, noch durch einen anderen herstellen. Einzig

¹ Zugriff am 23. Mai 2016 unter <https://www.treff-raum-espaciotime.com/de/articles/philosophie.html>

können Maßnahmen ergriffen werden, die die Aussicht auf Gesundsein, Gesundwerdung und – erhaltung steigern (Seewald, 2008).

In jüngster Vergangenheit finden Umdenkungsprozesse aus ökonomischen Gründen der Krankenversorgung statt. Prävention und die Fragen nach Gesundheitsförderung auch in Betrieben und Unternehmen verlangen einen erweiterten Blickwinkel. Die Menschen werden älter, Familienstrukturen verändern sich laufend und Krankheiten, die die moderne Lebenswelt mit sich bringt, lassen Wirtschaftssysteme wanken. Oft wird dem Menschen erst im Krankheitsfall oder mit zunehmendem Alter ihre Bedeutung bewusst (Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Österreichische Gesundheitsbefragung, Statistik Austria, 2014).²

So sollen die kommenden Kapitel einen Rückblick in uralte Weisheitswege geben, Zusammenhänge zu unserer Zeit aufzeigen und somit den Begriff *Gesundheit* definieren helfen.

3.1.1 Ayurveda

Ayurveda, das Wort stammt aus dem Sanskrit, einer Sprache, die heute nicht mehr gesprochen wird und bedeutet: Wissen vom langem Leben. Es wurde bereits 4000 Jahre vor Christus in Indien, Nepal, Tibet, Sri Lanka und Indonesien entwickelt. Die ayurvedische Lehre wurde von weisen Lehrern, Rishis genannt in mündlicher Tradition weitergegeben. Uns sind die vedischen Schriften, Texte, die sich mit existenziellen Fragen der Menschheit beschäftigen bekannt, die ca 2500 Jahre vor unserer Zeitrechnung verfasst wurden. Der Mensch wurde als Ganzes gesehen in seinen Zusammenhängen im Mikro- und Makrokosmos. Ayurveda konzentriert sich auf die physischen, mentalen, emotionalen und spirituellen Aspekte der menschlichen Gesundheit und Krankheit. Die Begriffe Gesundheit und Krankheit werden folgend definiert: Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Der ayurvedische Ausdruck für einen gesunden Zustand ist „svastha“ und bedeutet: „im Selbst verweilen“ (VEAT, 2014).³

Voraussetzungen für Gesundheit aus ayurvedischer Sicht:

- Ausgeglichenheit der funktionellen Prinzipien im Körper (dosas)
- Normalzustand von Geweben (dhatus),

² Zugriff 22. Mai 2016,

www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/.../gesundheitsbefragung_2014.pdf.

³ Zugriff am 26. Mai 2016 unter <http://www.ayurveda-verband.eu/ayurveda/grundlagen/>

- Ausscheidungen (malas) und Stoffwechselfvorgängen (agni)
- normale Sinnes- und Motorik Funktionen
- Klarheit und Wohlbefinden des Geistes
- „glückliche Seele“ als ein Zustand absoluter Freude, unbeeinflusst von Erfolg und Misserfolg (VEAT, 2014).

Diese ganzheitlichen Empfehlungen bringen den Menschen nahe diesem Idealzustand.

Als Krank wird eine Disharmonie des inneren Gleichgewichts betrachtet, die immer dann auftritt, wenn der natürliche Gesundheitszustand (Prakriti) gestört wird. Daraus entwickeln sich Krankheiten, die physischer oder psychischer Natur sind.

Krankmachende Faktoren sind:

- exzessiver, zu geringer oder unpassender Gebrauch der Sinne und entsprechende Handlungen
- falsche Ernährung ungesunde Arbeitsbedingungen und Lebensgewohnheiten
- übermäßige Stressbelastung
- abnorme Ausprägung der Jahreszeiten

Diese kann z.B. eine Überforderung des Organismus sein und so Störungen der strukturellen und funktionellen Anteile im Körper hervorrufen (VEAT, 2014).

3.1.2 Yoga

Yoga, ebenso ein Begriff aus dem Sanskrit, von yuga „Joch“, yui für „anjochen, zusammenbinden, anspannen, anschnüren“ wird als Integration des Körpers an die Seele zur Sammlung und Konzentration, mit dem Ziel *Eins* zu werden mit Gott, verstanden. Yoga wurde erstmals in den Upanishaden, einem Teil der Veden beschrieben. Die bekannteste Yoga-Schrift ist die Bhagavadgita und die Yoga-Sutras des indischen Weisen Pantanjali, der um Christi Geburt den 8 gliedrigen Pfad des Yoga verfasste. Im Vordergrund dieser Lebensphilosophie steht durch regelmäßiges praktizieren den Geist zu beruhigen, was sich positiv auf den Körper, der der Ort der Erfahrung ist und als Spiegel unserer geistigen Befindlichkeit zu verstehen ist, auswirkt und ihn mit Energie versorgt. Allen unterschiedlichen Stilen, Richtungen und der Ayurveda ist gemein: sie sind unabhängig von Geschlecht, Alter oder Glaubenszugehörigkeit (Trökes & Grunert, 2007).

Beide Übungs- und Heilwege sind durch die selben Wurzeln, die auf Beobachtung und Erfahrung beruhen verbunden und ergänzen sich in idealer Weise. Über Jahrhunderte hinweg entstand die Einsicht über die Wirkzusammenhänge von Körper und Geist und das verbindende Potential der Atmung. Ein alter ayurvedischer Text besagt: „- wenn sich

Körperfunktionen, Gewebe, Stoffwechsel, Verdauung und Ausscheidung im Gleichgewicht und Seele, Sinne und Geist im dauerhaften Zustand inneren Glücks befinden“ (Sushruta, 750 v. Chr.) dann sind wir gesund (Trökes & Grunert, 2007, S. 5).

Die Lehren suchen neben der Erhaltung der Gesundheit auch nach dem tieferen Sinn des Lebens. Im Vordergrund steht die Selbstverantwortung des Einzelnen. Sie beinhalten Diagnose und Therapieverfahren, ebenso wie eine auf natürlichen Pflanzenstoffen basierende Medikamentenlehre. Diese Gesundheitslehren, die immer und bis heute in Indien, bzw. heute wieder in Europa praktiziert werden erfahren einen bedeutenden Aufschwung. Ärzte und Heilpraktiker beschäftigen sich mit der ganzheitlichen Sicht. Häufig sind Ayurveda Angebote als Wellnessangebot definiert (Stigengreen, 2004).

3.1.3 Traditionelle Chinesische Medizin

Grundsätzliche Ähnlichkeiten mit dem indischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit sind auch in der traditionellen chinesischen Medizin zu finden. Basierend auf den Grundprinzipien des Taos, bestehend aus Yin und Yang und deren Zusammenspiel, drückt sich das Wesen des Daseins aus. So wie männlich – weiblich oder Tag – Nacht gehört die Gesundheit als Gegenpol zur Krankheit. Beides sind Bestandteile des menschlichen Mikrokosmos mit den entsprechenden Parallelen im Makrokosmos. Die traditionelle chinesische Medizin beruht auf dem Wissen um die fünf Elemente Wasser, Feuer, Luft, Metall und Holz. Die sollen sich im Gleichgewicht befinden. Hier steht der Mensch eingebettet in seine Lebensumstände im direkten Zusammenhang mit seiner Gesundheit bzw. Krankheit (Muths, 1997)⁴.

Für diese alten Weisheits- und Gesundheitslehren stellt die Atmung ein sehr zentrales Element dar. Das kommende Kapitel soll die Hintergründe aufzeigen, wie sich die Position der Atmung historisch entwickelt hat und wie sie ihr Potential als Voraussetzung für das Leben generell und als Vermittler von Innen und Außen ihren Platz in unserer heutigen Gesellschaft und in der Gesundheitsförderung findet.

3.2 Einblick in die Geschichte der Gesundheit

Das Gesundheitsverständnis wurde in der Vergangenheit und wird auch in der Gegenwart von den jeweiligen Interessen aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft gezeichnet. Die geschichtliche Entwicklung der Atem- und Leibtherapien soll hier stellvertretend

⁴ Zugriff am 23. Mai 2016 unter <http://www.treff-raum-espaciotime.com/de/articles/philosophie.html>

herangezogen werden und das Bild vom Gesundheitsverständnis im Wandel der Zeit repräsentieren.

3.2.1 Atem- und Leibtherapie

Redewendungen wie: „atemberauben schön“, „vor Angst bleibt mir die Luft weg“, „der Atem stockt vor Schreck“, sind bekannt und werden häufig im täglichen Sprachgebrauch verwendet. Tief seufzen, aus einem Gefühl um sich Erleichterung zu verschaffen, ob vor Freude, Trauer, Wut oder Zorn, wenden wir, ohne nachzudenken, intuitiv an.

Hier soll ein Einblick in die Geschichte der Atem- und Leibtherapie gegeben werden und damit der wichtigen Rolle, die die Atmung für unser Leben spielt, Rechnung getragen werden.

Über das subjektive Körpererleben arbeitet die Atem-und Leibtherapie als eine Methode, die die psychischen und physischen Komponenten des Menschen verbinden. Der Atem wird als Mittler, wird als Brücke eingesetzt (Steinaecker, 2010).

3.2.2 Hintergründe und historische Entwicklung

Die Atemheilkraft wurde in Ländern wie Indien, China, Griechenland und Ägypten gewürdigt und gepflegt. Der Atem und die Seele wurden in den Kulturen wo der Mensch als ganzheitliches Wesen betrachtet wurde gleichgesetzt. In den Indischen Religionen war der Atem die Möglichkeit mittels Konzentration höhere Bewusstseinssebenen zu erreichen und damit eine bedeutende gesundheitsfördernde Komponente. In China, in der chinesischen Atemheilkunde wurde durch verschiedene Rituale die geistige Sammlung gefördert. Atmung und Bewegung wurde und wird als eine wichtige Gesundheitsmaßnahme zur geistigen Erleuchtung und nicht zur Krankheitsbehandlung geschult. In Griechenland entstand nach Überlieferungen die erste Pneuma – Schule in den ersten Jahrhunderten nach Christus. Der Atem wurde als Träger des Lebens gesehen und sein Versagen als Träger der Krankheit. Im 13. Jahrhundert entwickelte sich aus dieser Philosophie eine eigene Atemmeditations- und Gebetsform des Mönchtums. In Ägypten war die Atemheilkunde als therapeutisches Mittel ausschließlich den Pharaonen zugänglich. Durch Haltung, Atmung und Stimme waren oder sind die gregorianischen Gesänge bekannt. Sie lassen den Hörer die transzendente, Seins überschreitende Wirkung ahnen (Steinaecker, 2010).

Gnostiker wie Thomas von Aquin, Meister Eckart, Johannes Tauler und Heinrich Seuse predigten im Mittelalter noch die Einheit von Atem und Seele. Verdrängt wurde diese Sichtweise durch den Humanismus und mit Martin Luthers Übersetzung von „Spiritus

Sanctus“ wurde die Einheit von Körper-Geist-Seel auf das rein Geistliche reduziert (Steinaecker, 2010).

Die Philanthropen und Erziehungswissenschaftler setzten erst Ende des 18. Jahrhunderts mit den Leibesübungen wieder eine Beziehung zum Körper her. Als Demonstration eines wiederentdeckten Selbstbewusstseins wurde in letzten Jahrzehnten des 18. Jahrhunderts das Gehen und die Geherziehung als Ausdruck des eigenständigen, bürgerlichen Lebensstils wieder aktuell. Daraus entwickelte sich eine neue europäische Dimension mit wissenschaftlicher Gewichtung, wo die Atem- und Leibtherapien wieder Eingang ins bürgerliche Leben fanden. Zugänge aus verschiedensten Richtungen wie Tanz, Gesang, Stimmlehre, Gymnastik aber auch Erholung, Besinnung und Religion ermöglichten einen Fortschritt in der Emanzipation der Frauen und machten die Zuwendung zum Körper, der Bewegung und damit auch zum Atem wieder lebbar (Steinaecker, 2010).

Hede Kallmeyer (1881-1976), beginnt 1908 bereits in Deutschland mit ihren ersten wissenschaftlichen Forschungsarbeiten zu Atem- und Entspannungsübungen.

Steinaecker (2010) schrieb, dass in der Zeit der Industrialisierung, deren Merkmale Zweckrationalität, Technisierung, Vermassung, Normierung und Verwissenschaftlichung waren, wurde alles was nicht physiologisch oder physikalisch erklärt werden konnte als „metaphysisch“ betrachtet. Dieses Bild des Ganzheitlichen wurde von den damaligen Lebensphilosophen wie Hermann von Helmholtz (1821-1902), Emil du Bois-Reymond (1818-1896) und Rudolf Virchow (1821-1902) vertreten. Daraus entwickelten vorwiegend Frauen wie die Ärztin Bess Mensendieck (1864-1958), Gesangslehrerinnen wie Clara Schlaffhorst und Hedwig Andersen, sowie die Gymnastiklehrerinnen Hede Kallmeyer und Elsa Gindler Atem- und Leibtherapien. Über diese Entwicklungen wurde wenig niedergeschrieben. Vielmehr wurden durch praktisches Erarbeiten Konzepte entwickelt, die den eigenen Körper betreffen. Die Versprachlichung war zweitrangig gegenüber dem körperlichen Empfinden und dem Gewahrwerden. Philosophen wie z.B. Friedrich Nietzsche und Psychologen wie z.B. Theodor Lipps beschäftigten sich wieder mit der Leib-Seele-Einheit und Prinzhorn (1927; zit. n. Steinaecker, 2010, S. 176) schrieb im Jahr 1927: „Jede Ausdrucksbewegung verwirklicht – nach Stärke, Dauer und Richtungsfolge – die Gestalt einer seelischen Regung“. Viktor von Weizsäcker zeigte als einer der ersten, neben psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten wie Otto Fenichel, Fritz Perls und Wilhelm Reich, die Verbindung mit atem- und leibtherapeutischen Verfahren. Beeinflusst wurde die Arbeit auch von Georg Groddeck, Carl Gustav Jung und Gustav Richard Heyer. Die Entwicklung danach verlief unabhängig zwischen den einzelnen Entspannungsmethoden und stagnierte fast völlig in der Zeit zwischen 1935 und 1950 (Steinaecker, 2010).

Im Nationalsozialismus wurden bewegungsorientierte Methoden zu Propagandazwecken eingesetzt und die begonnene psychosomatische Integrationsarbeit vom Gedankengut der Volksgesundheit und Stärkung der arischen Rasse geprägt. Im Jahr 1959 wurde die erste Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege gegründet, in Abgrenzung gegenüber der Atemtherapie in der Krankengymnastik. Der Atem als zentrales Element steht für die physiologische, psychologische und soziale Interaktion des Menschen. Begriffe wie Prana, Pneuma, Chi gehen weit über die rein physiologische Bedeutung der Atmung hinaus. Aus heutiger Sicht unterstreicht auch die Forschung die engen Gemeinsamkeiten der verschiedenen Methoden (Steinaecker, 2010, S. 176).

3.3 Gesundheit im Wandel der Zeit

Die Frage: „Was ist Gesundheit“ beschäftigte also auch bereits die Menschen im alten Ägypten und Mesopotamien (ca. 3.-2. Jhdt. V. Chr.) aus den verschiedensten Perspektiven. Krankheiten wurden als Symptomkomplexe, die an bestimmten Körperteilen anhaften, verstanden. Es wurde zwischen inneren und äußeren Krankheiten unterschieden. Sie wurden als Ausdruck von Unreinheit, als Strafe gegen Regelverbote gesehen (Steinbach, 2007).

Große Philosophen und Denker der Antike wie Platon und Hippokrates formten das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ihrer Zeit gemäß.

In Europa war im Ausklang des 17. Jahrhunderts die Ansicht vertreten, das Volk wäre in Gesundheitsfragen erziehungsbedürftig und der Staat übte die Kontrolle darüber aus. Seele und Leib müssten gleichermaßen gesund erhalten werden. Die Erhaltung der Arbeitskraft um den gesellschaftlichen Wohlstand zu sichern und zu erweitern war die Motivation zu öffentlichen Gesundheitsbelehrungen. Ende des 18. Jahrhunderts wurde die Schulpflicht eingeführt und damit auch die systematische Aufklärung über Fragen der Gesundheit. Hier findet der Gedanke der Prävention Aufschwung. In dieser Zeit wurden Krankheiten pathologisiert und Kranke ausgesondert. Im Vordergrund stand die funktionierende Arbeitskraft. Die Medizin richtete sich immer noch am Modell der Körpersäfte von Hippokrates aus. Ausgehend von den USA wurde die Gesundheitserziehung mit Ende des 19. Jahrhunderts in den Schulen eingeführt. Es beginnt die Zeit in der Gesundheit aktiv und präventiv gefördert wird. In der Gesundheitspsychologie steht die Erfassung von Risikofaktoren im Vordergrund und die Selbstverantwortlichkeit des Individuums wird gefördert (Lorenz, 2005, S. 22-23).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO, gegründet 1945, wurde als internationales Forum für Gesundheitsfragen ins Leben gerufen um den bestmöglichen Gesundheitszustand aller Völker herbeizuführen. Die Lebensumstände der Bevölkerung treten in den Vordergrund und der Gesundheitsbegriff wird erstmals positiv formuliert. Die engen Zusammenhänge von körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden zeigen eine Erweiterung des Begriffs (WHO, 1986).⁵ 1945 wurde von der WHO Gesundheit wie folgt definiert:

Gesundheit sei ein Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (WHO, 1946; zit. n. Lorenz, 2005, S. 23). Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff Gesundheit und Gesundheitsförderung wird auch durch politische, kulturelle und soziologische Veränderungen gefördert. In der Folge wird Gesundheit nicht mehr als gegebener Zustand gesehen und kann auch nicht mit völligen Wohlfühl gleichgesetzt werden (Lorenz, 2005, S. 23).

Die Ottawa Charta erweitert 1986 diese Definition um den ganzheitlichen Ansatz:

„Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Einzelne oder Gruppen müssen, um einen Zustand möglichst weitgehenden psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen, zu Folgenden fähig sein: sie müssen Erwartungen wahrnehmen und verwirklichen, Bedürfnisse befriedigen und ihre Umwelt verändern oder mit ihr umgehen lernen. Gesundheit wird gleichwohl als eine Voraussetzung und nicht nur als Ziel alltäglicher Bestrebungen begriffen. Gesundheit ist ein positiver Begriff, der ebenso auf die sozialen und persönlichen Ressourcen des Einzelnen abzielt wie auf seine physische Funktionsfähigkeit. Gesundheitsförderung fällt deshalb nicht allein in die Verantwortung medizinischer und anderer

⁵ Zugriff am 03. Juni 2016 unter

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Gesundheitsdienste und beinhaltet auch mehr als gesunde Lebensweise“

(WHO, 1986; zit. n. Fischer, 2009, S. 250).

Gesundheit wird hier als positives Konzept auf körperlicher Ebene (z.B. Haltung, Bewegung), auf psychischer Ebene (z.B. Lösungskompetenzen, Stressresistenz, Genussfähigkeit), und auf sozialer Ebene (z.B. Freundeskreis, soziale Stellung) verstanden. Sie hat einen sozialen, individuellen und körperlichen Aspekt. Diese Faktoren machen Gesundheit in ihrer Gesamtheit aus und stehen in ständiger Wechselwirkung (Steinbach 2004; zit. n. König, 2013, S. 26). Verantwortlich für Gesundheitsfördermaßnahmen sind die Ebenen der Institutionen und der Einzelne.

Im Folgenden Kapiteln wird das Wissenschaftsgebiet der Psychomotorik mit ihren Wurzeln und Anwendungsfeldern vorgestellt. Es wird der Zusammenhang zur Entwicklungs- und Gesundheitsförderung aufgezeigt. Insbesondere der Zugang der Psychomotorik zu Menschen im mittleren Erwachsenenalter und die Möglichkeit deren Begleitung.

4 Psychomotorik

Psychomotorik als Wissenschaft setzt sich aus sehr unterschiedlichen Fachbereichen, wie der Sportwissenschaft, der Medizin, der Psychologie und der Pädagogik zusammen. Der Begriff ist in ebenso vielen Fachbereichen vertreten und das Verständnis weicht häufig stark voneinander ab. Nach Krus (2004) ist diese Begriffsvielfalt als ein Ausdruck einer sich ständig weiterentwickelnden Konzeptionsbreite aber auch -verschiedenheit zu verstehen.

4.1 Wurzeln der Psychomotorik

Die ganzheitliche Entwicklung des Kindes stand bereits um 1920 im Fokus der Pädagogen Karl Gaulhofer und Margarete Streicher. Es wurde eine „kindgerechte, entwicklungsstufengemäße, ökonomische und umweltgemäße Leibeserziehung gefordert“ (Ullmann, 2003, S. 11). Hans Groll, Österreich, nahm dieses Konzept nach dem 2. Weltkrieg wieder auf. Aus Deutschland wurde von Kiphard, Hecker und Hünneken an diesem Ansatz gearbeitet. Im Mittelpunkt stand die Praxis. Dieses Konzept war stark von der Heil-, Sonder- und Sportpädagogik geprägt und beeinflusst. Im Fokus stand die Förderung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder. Das erste Konzept von Kiphard und Hünneken war in Anlehnung an die Leibeserziehung, der Gymnastikbewegung, der Sinnes- und Bewegungsschulung und der rhythmischen Erziehung entwickelt worden (Fischer,

2009). Wahrnehmung, Denken, Bewegung und das Erleben waren die Bezugsthemen, in Anlehnung an die Konzepte von Montessori, Itard und Seguin aus dem 19. Jahrhundert. Diese Konzepte basierten bereits auf der Annahme, dass Wahrnehmung und Bewegung einen wesentlichen Einfluss auf die Erziehung von Kindern nehmen kann (Fischer, 2009).

Dem Spiel kommt bei Kiphard eine bevorzugte Rolle als therapeutisches Medium zu (Irmscher, 1993). Als weiteres Element wird die Rhythmik nach Mimi Scheiblauber und Charlotte Pfeifer integriert. Therapeutische Aspekte werden vom Psychologen Löwnau mit den Zielsetzungen, die individuell entwickelt werden, eingebracht. Die erste wissenschaftliche Überprüfung der psychomotorischen Übungen finden im Jahr 1957/58 statt (Fischer, 2009).

4.2 Begriffsklärung Psychomotorik

Hier sollen Begriffserklärung die Vielseitigkeit des Begriffs Psychomotorik verdeutlichen. Reichenbach (2010) meint, dass bis heute eine einheitliche Definition was unter dem Begriff Psychomotorik zu verstehen wäre, fehlt. Schilling (1981) postuliert über Motologie: „ist die Lehre von der Motorik als Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Menschen, ihrer Entwicklung, ihrer Störungen und deren Behandlung“ (Schilling, 1981, S. 187). Seewald wiederum (1997, S. 272) fand folgende Unterscheidung und stellte vier entscheidende Unterschiede des Begriffs Psychomotorik vor:

1. Psychomotorik als Konzept der Entwicklungsförderung. Der Begriff Psychomotorik wird hier als Konzept zur Förderung verstanden, wo jemand mittels Psychomotorik gefördert wird. Ziele der Förderung könnten sein: motorische Fähigkeiten, z.B. Gleichgewicht, oder emotionale Fähigkeiten, z.B. Selbstbewusstsein. Diese Konzepte sind altersunabhängig.
2. Psychomotorik als Bezeichnung der Einheit von motorischen und psychischen Prozessen, der die Verknüpfung von seelischen und körperlichen Befinden aufzeigt.
3. Psychomotorik als Begriff der Motorik Forschung. Es soll hier eine „Rekonstruktion des Zusammenhangs von inneren unsichtbaren Prozessen [...] mit äußeren sichtbaren Bewegungen“ (Seewald, 1997, S. 272) erforscht werden.
4. Psychomotorik als entwicklungsorientierter Begriff. Damit ist jene kindliche Entwicklungsphase angesprochen, in der sich Neuromotorik zur Sensomotorik, über die Psychomotorik zur Soziomotorik entwickelt (Kiphard, 1980).

Weitere Definitionen von Psychomotorik als Konzept und als Allgemein-Begriff:

- Kiphard (1989) erläutert, dass als Psychomotorik eine ganzheitliche, humanistische, entwicklungs- und kindgemäße Art der Bewegungserziehung zu bezeichnen ist.
- Eggert und Lütje-Klose (2005) vertreten die Position, dass unter Psychomotorik eine Reihe von pädagogisch-therapeutischen Methoden zu verstehen ist, mit dem Ziel motorische, kognitive, soziale und schulische Lernprozesse und therapeutische Zielsetzungen durch eine systematische Beeinflussung von Bewegung zu fördern.
- Hünnekens und Kiphard (1960) verstehen unter dem Begriff Psychomotorik die wechselseitige Verknüpfung von psychischen Vorgängen mit motorischen Phänomenen.
- Zimmer (2012) meint die funktionelle Einheit psychischer und motorischer Vorgänge und die enge Verknüpfung des körperlich-motorischen Ausdruck mit den geistig-seelischen Befindlichkeiten.

4.3 Anwendungsfelder

Motologie als „Lehre von der Motorik als Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Menschen, ihrer Entwicklung, ihrer Störungen und deren Behandlung“ (Schilling, 1981, S. 187).

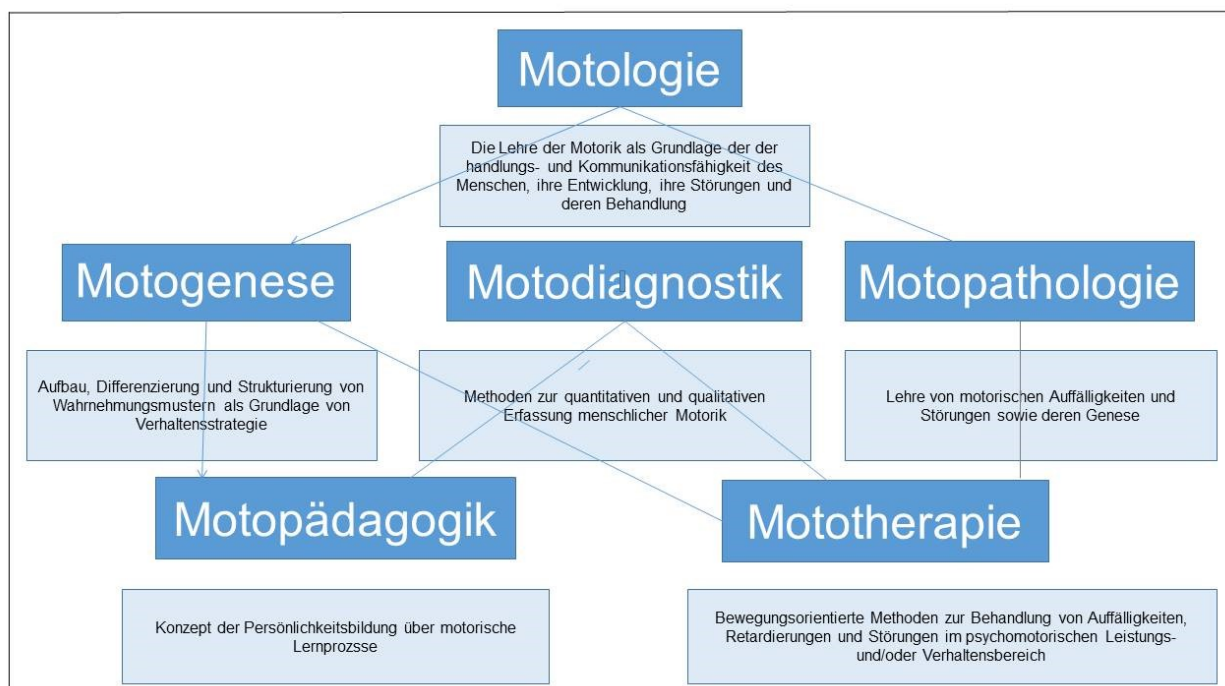


Abb. 8: Aufbau des Fachgebietes Motologie (Schilling, 1981, mod. n. Fischer, 2009, S. 21).

Dieser Entwurf ist als Überblick in den 1980er Jahren entstanden. Wie in der Abbildung verdeutlicht beschäftigt sich das Fachgebiet der Motologie, als Lehre von der Motorik als Basis der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Menschen und untergliedert sich in die Teilbereiche Motogenese, der Motodiagnostik und der Motopathologie. Die Grundlagen der Motopädagogik sind die Erkenntnisse der Motogenese und Motodiagnostik. Motopädagogik ist als Präventivintervention zu verstehen und ihre ganzheitliche Sichtweise steht im Vordergrund. Als Konzepterweiterung der psychomotorischen Erziehung findet sie Anwendung im Rahmen der Frühförderung oder als bewegungserzieherisches Modell in der Vorschulpädagogik. Motopädagogik findet ihre Anwendung unter anderem auch in der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie. Es geht um Erziehung durch Wahrnehmung, Erleben und Bewegung (Fischer, 2009, S. 22).

Erkenntnisse aus der Motogenese, Motodiagnostik und Motopathologie bilden die Grundlage für die Mototherapie. Die Anwendungsbereiche sind die Rehabilitation, z.B. im klinischen Bereich der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie. Schilling (1986a, S. 728; zit. n. Fischer, 2009, S. 22) postuliert wie folgt: „Mototherapie wird als bewegungsorientierte Methode zur Behandlung von Auffälligkeiten, Retardierungen und Störungen im psychomotorischen Verhaltens- und Leistungsbereich“ verstanden“.

Nach Kiphard (1989) werden Mototherapie und Motopädagogik klar getrennt. Die Unterschiede werden von ihm in den Aufgabestellungen einerseits die Klientel und andererseits den Institutionen gemacht. Die Motopädagogik ist vor allem im Präventionsbereich im schulischen und außerschulischen Kontext anzusiedeln. Es soll motorischen Störungen vorgebeugt und aber auch emotional-sozialen Lernprozess gefördert werden.

Der Begriff „Psychomotorik“ tritt international nach und nach in den Vordergrund. Nach Zimmer (2012, S. 19) ist der Teil „Psycho“ für „den Anteil des Wahrnehmens, Erlebens, Fühlens und Denkens bei Bewegungshandlungen anzuwenden. Bewegungshandlungen sind demnach immer als ganzheitliche Äußerung des Menschen zu verstehen. Der Begriff „Psychomotorik“ ist historisch gewachsen, international gebräuchlicher und durch den Wortteil „Psycho“ inhaltlich klarer als „Motologie“.

4.4 Inhalte der Psychomotorik

Die zwei zentralen Begriffe der Psychomotorik: „Leib“ und „Körper“ werden im Sprachgebrauch sehr ähnlich verwendet, darum folgen hier Definitionen um die Begriffe voneinander abzugrenzen. Fischer (1993; zit. n. König, 2013, S. 81) definiert „Leib“ als

Träger organischen Lebens mit seelischen und geistigen Eigenschaften. Der „Körper“ wird als stoffliche Grundlage des Lebens verstanden. Unter „Körpertraining“ werden Übungen zur mechanischen Stärkung des Körpers verstanden. Bewegungsabläufe und Erziehungswerte sind im Begriff: „Leibesübungen“ impliziert.

Zu den klassischen Inhalten der Psychomotorik zählen:

- Körper-Erfahrung / Selbst-Erfahrung: Dazu gehören Wahrnehmungen und Erlebnisse mit dem eigenen Körper, Erfahrungen der Sinne und körperliche Ausdrucksmöglichkeiten. Des Weiteren zählen die Entwicklung eines Körperbewusstseins, den Körper als Spiegel des psychischen Erlebens erfahren und die Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit.
- Material-Erfahrung: Setzt ihren Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit räumlichen und dinglichen Gegebenheiten, z.B. dem Erfahren von physikalischen Gesetzmäßigkeiten, dem erkundenden, experimentellen Lernen über Bewegung, dem Kennenlernen von materiellen Eigenschaften von Objekten und sich diesen anzupassen oder sich diese passend zu machen.
- Sozialerfahrungen: Hier wird die Erkenntnisgewinnung über die Kommunikation durch Bewegung gemacht. Themen wie Nähe / Distanz, das Aufstellen von Regeln und ihre Veränderung nach Bedarf, Erlebnisse der Konkurrenz oder Kooperation werden bearbeitet (Zimmer, 2006, S. 23).

4.5 Verschiedene Theoriebrillen im Vergleich

Psychomotorik als eigenständiges Fachgebiet begründet ihre Praxis auf unterschiedlichen zumeist jedoch entwicklungspsychologischen Quellen und Theorien. Theoriebrillen (als Begriff eingeführt von Seewald 1993) ermöglichen einen Überblick der Praxiskonzepte, die über den theoretischen Hintergrund zugeordnet werden können. Sie nehmen Bezug auf die Handlungen, Bewegungen und Entwicklungen und geben eine Erklärung für entstandene Entwicklungsabweichungen. Seewald (1993; zit. n. Reichenbach, 2010, S. 34) formuliert zuerst drei idealtypische Modelle, die später durch neue Bezeichnung erweitert wurden.

Modelle und ihre Erweiterung:

1. Bewegung als Funktionsgeschehen – Theorien neuropsychologischer Entwicklung
2. Bewegung als Strukturierungsleistung – Theorien der kognitiven Konzepte
3. Bewegung als Bedeutungsphänomen – Theorien der leiblichen, impliziten und unbewussten Entwicklung

dies wurde 1989 von Hölter erweitert durch

4. Bewegung als soziales Phänomen – Theorie der ökologisch-systemischen Vernetzung
5. Bewegung als systemisches Konstrukt – Theorie der ökologisch-systemischen Vernetzungen.

Im Folgenden werden die aktuellen Formulierungen verwendet und die Theorien der leiblich, impliziten und unbewussten Entwicklung und die Theorie der ökologisch-systemischen Vernetzungen und der kognitiven Konzepte, die als Modelle für die psychomotorische Arbeit mit Erwachsenen relevant sind, vorgestellt.

4.6 Psychomotorik im Erwachsenenalter

Psychomotorik im Erwachsenenalter war lange Zeit kein Thema des Fachgebietes. Andere, bekannte Konzepte aus unterschiedlichen Richtungen, die sich in der Praxis mit dem Erwachsenenalter auseinandergesetzt haben, werden hier vorgestellt:

- Tanztherapie (Schoop, 1981; Siegel, 1986),
- Konzentrierte Bewegungstherapie (Goldberg, 1984),
- Kommunikative Bewegungstherapie (Wilda-Kiesel, 1987),
- Integrative Bewegungstherapie (Petzold, 1988),
- Sporttherapie (Diemel, 1983), daraus Motogeragogik (Philippi-Eisenburger, 1991),
- Bewegungstherapie mit Erwachsenen (Hölter, 1993), daraus
- Motologie im Erwachsenenalter (Haas, 1999; zit. n. Reichenbach, 2010, S. 76-82).

Im Folgenden werden exemplarisch vorgestellt:

- Konzept der Bewegungstherapie mit Erwachsenen von Hölter
- Konzept: Motologie im Erwachsenenalter von Haas

4.6.1 Konzept der Bewegungstherapie

Die Theorie der leiblich-impliziten und unbewussten Entwicklung wurde konzipiert vom analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Lehrer Gerd Hölter und ist zu verstehen als erstes innovatives Basiskonzept der Mototherapie mit Erwachsenen. Das Konzept wurde für Erwachsene mit psychischen, psychosomatischen und Suchterkrankungen entwickelt. Theoretische Bezüge dieses Konzepts lassen sich der Leibeserziehung, Gymnastik, Rhythmik sowie der Sinnes- und Bewegungsschulung zuordnen. Des Weiteren der Pädagogik (Klafki 1985), der Psychoanalyse (Freud & Becker

1981; Siegel 1986) sowie der Sportpädagogik und –wissenschaft (Brodthmann et al., 1956). Hier kommt der Bewegung eine besondere Rolle zu da Sportwissenschaft und Sportpädagogik die Basis für dieses Konzept darstellen. In der Weiterentwicklung von Merleau-Ponty (1966), Buytendijk (1956) wird Bewegung als „bewegter Leib“ verstanden und es werden zwischen Bewegungshandlungen und Bewegungsausdruck unterschieden (zit. n. Reichenbach, 2010).

4.6.1.1 Theoretische Bezüge

Die theoretischen Bezüge sind in psychologischen und tiefen-psychologischen Theorien zu finden. Bezugspunkte zur Leibphänomenologie (z.B. Merleau-Ponty 1966), Symboltheorie (z.B. Langer 1984; Kegan 1991) sowie psychoanalytische Theorien (z.B. Erikson 1979; Winnicott 1984; Mahler et al. 1984) sind gegeben. Die Ursache von Entwicklungsbeeinträchtigungen wird der biographischen Lebensgeschichte zugeschrieben, und von daher ist die frühe Kindheit von besonderer Bedeutung. Man geht davon aus, dass bestimmte Lebens- und Beziehungsthemen konflikthaft oder traumatisch besetzt sind und bisher nicht angemessen verarbeitet werden konnten. Nach Seewald (2007; zit. n. Reichenbach, 2010, S. 41) wird der Mensch als Suchender, als Produzent seines eigenen Sinnes des Lebens betrachtet. Der Mensch ist leibbewusst und kann über Symbole kommunizieren. Seewald (2007) meint, Entwicklung ist ein sich erweiternder Prozess in dem der Mensch Sinn findet und neu erschafft um Identität zu gewinnen.

Die Diagnostik steht im engen Zusammenhang mit der Therapieevolution und wird in Informationen und Eindrücken zur Ausgangslage eingeordnet. Im klinischen Bereich wird der Sport- oder Bewegungstherapeut in der Regel erst nach der Indikationsstellung tätig.

4.6.1.2 Inhalt und Ziele

Hölter (1993) beschreibt Basisziele, die eine psychomotorische Intervention ermöglichen. Diese geben einen Schwerpunkt, wobei der im engen Kontext mit den Lebens- und Bezugsthemen zu sehen ist. Mögliche Basisziele titulierte Hölter wie folgt:

- Aktivierung: „Überwindung der Passivität, Stabilisierung somatischer Basis, Steigerung des Wohlbefindens, Förderung des Körperbewusstseins, Ermöglichung und Rehabilitation sinnlicher Erfahrungen“
- Freizeitgestaltung: „Förderung des Wohlbefindens und Selbstregulation, Einbettung in soziales Netzwerk“
- Vermittlung von Kompetenzen: „körper- und bewegungsbezogene Lebenshilfen, Vermittlung von Bewegungs-, Spiel- und Sportformen, Erlernen von körperbezogenen Überlebenshilfen in Stresssituationen“

- Bewegung als Element der Psychotherapie: Bewegung dient hier als Medium, um psychotherapeutische Grundthemen anzusprechen: Bindung vs. Lösung, Vertrauen vs. Misstrauen, Nähe vs. Distanz, Hoffnung vs. Verzweiflung, Passivität vs. Aktivität, macht vs. Ohnmacht, Trauer vs. Freude, Einsamkeit vs. Kontakt, Angst vs. Mut, Dominanz vs. Unterordnung, Aggression vs. Zurückgezogenheit“ (Hölter, 1989, S. 188).

Nach Hölter (1993) werden in diesem bewegungstherapeutischen Ansatz spezifische Probleme auf einer Handlungsebene sichtbar, wo sie benannt werden können. In Zusammenarbeit mit dem Therapeuten wird jedoch auf nonverbalen Ebene gearbeitet. Differentielle Ziele werden individuell in der Situation entwickelt und dienen als Leitthemen, die in der Praxis auf verschiedene Art und Weise bearbeitet und themenorientiert umgesetzt werden. Bewegungsinhalte werden speziellen Themen untergeordnet.

Mögliche Inhalte könnten nach Hölter (1993) Gesundheit/Wohlbefinden, Spielen und Leisten, Entspannung/Kontemplation, Kommunikation/Interaktion, Exploration/Awareness, Expression/Gestaltung sein. Expressiven Medien (Kunst, Musik, Theater, Tanz) können eingesetzt werden. Die Inhalte sind als vieldeutig, ziel- und wertambivalent zu sehen. Um diese Inhalte als Ziele zu verwirklichen muss ein direkter Bezug zur Person hergestellt werden können. Nicht die Vielzahl von Inhalten ist relevant, sondern die Bewusstheit über das Spektrum möglicher, individueller Bedeutungen, die unterschiedliche Inhalte für Klienten haben können. Inhalte werden nach Hölter verstanden als „Werkzeuge und ihr geschickter Einsatz kennzeichnet den guten Handwerker“ (Hölter, 1993, S. 29).

4.6.1.3 Planung und Verlauf

Hölter stellt in seinem Konzept detaillierte Faktoren zur Therapieplanung und Therapieverlauf vor wie:

- Gruppenzusammensetzungen,
- Hintergrundinformationen,
- Berücksichtigung von Wünschen und Bedürfnissen

Er unterscheidet zwischen einer Anfangsphase zur psychophysischen Erwärmung, der Struktur und dem Vertrauensaufbau. Diese Phase ist eher funktionell aufgebaut. Die Hauptphase ist gekennzeichnet durch die Auseinandersetzung mit dem festgelegten Ziel. Sie ist bedeutend für die Beziehungsgestaltung und dient zum Experimentieren, der Selbstbeobachtung und der Konfrontation. In der Endphase finden Verbalisierungen, die Reflexion und die Deutung Raum. Die übergeordnete Metaebene wird hier berücksichtigt. Die Bedeutung des Spiels in diesem Zusammenhang wird als Mittlerfunktion gesehen, das

einen anderen Zugang zum Menschen schaffen kann und zur Auseinandersetzung mit der Umwelt dient (Hölter, 1989).

Hölter betrachtet die Evaluation der Therapie zur Etablierung des Konzepts als unbedingt notwendig und dabei unterscheidet er:

- **Ergebnisevaluation:** Erfassung von Veränderungen im psychischen und sozialen Bereich mittels Anfangs- und Enderhebung.
- **Fremdevaluation:** Erfassung des Therapieablaufs mittels verschiedener diagnostischer Methoden und speziellen Verfahren.
- **Selbstevaluation:** Erfassung eigener Sichtweisen bzgl. der Parameter Körperzufriedenheit, Wohlbefinden, Körperkontakt, Körperschema, Beziehung von Körper- und Selbsterleben. Die Erfassung erfolgt mittels Befragungen und Selbstbeobachtungen (Reichenbach, 2010).

4.6.2 Motologie im Erwachsenenalter

Die Theorie der ökologisch-systemischen Vernetzung und die folgenden kognitiven Konzepte der Motologie im Erwachsenenalter wurde von der Sportpädagogin und Motologin Ruth Haas entwickelt. Es ist für junge Menschen und Menschen im mittleren Alter konzipiert. Eine zentrale Zugangs- und Vorgehensweise für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist von ihr formuliert (Reichenbach, 2010, S. 80).

4.6.2.1 Theoretische Bezüge

Die theoretischen Bezüge stammen aus der Entwicklungspsychologie (Flammer 1990, Havighurst 1974, Kegan 1991, Thomae 1988, von Weizsäcker 1996), der Soziologie (Antonovsky 1997) und der Psychomotorik (Hölter 1993).

Hier wird Bewegung als zentrales Mittel betrachtet, über welches der Mensch zum aktiven Gestalter und zum Handelnden wird. Der Mensch sammelt Erfahrungen über die Bewegung, kann Wirkungen ausüben und sich mit seinen eigenen Grenzen und den Grenzen der anderen auseinandersetzen. Bewegung und die Leiblichkeit sind für Haas der Zugang zur menschlichen Persönlichkeit. Sie erstellt ein Bewegungsmodell, bestehend aus elf Thesen, die den Verständniszusammenhang von Bewegung darstellen (Haas, 2014).

Entwicklungsprozesse vollziehen sich über die Lebensspanne und sind damit besonders im Erwachsenenalter von Bedeutung. Der Mensch wird in seiner sozialen und historischen Eingebundenheit gesehen. Es liegt ein Menschenbild zu Grunde in dem sich das Individuum selbst als bio-psycho-soziales System in der komplexen Wechselwirkung mit dem Kontext konstruiert und organisiert. Nach Haas können die Selbstorganisations- und

Selbstkonstruktionsprozesse eines Individuums lediglich angeregt werden. Die „Entwicklungs- oder Heilarbeit“ muss von jeder Person selbst bewältigt werden (Haas, 2014).

4.6.2.2 Inhalte und Ziele

Motologie mit Erwachsenen hat nach Haas die Vermittlung von Wirksamkeitserfahrungen zum Ziel, um die leibliche Vorgänge durch Information und Wissensvermittlung zu erklären und sinnhafte Erfahrungen zu ermöglichen, die für die Menschen aus eigener Sicht bedeutsam sind. Es stellt ein symptominduziertes als auch entwicklungsorientiertes Konzept dar (Haas, 2004).

Themen, die im Konzept praktisch bearbeitet werden sind z.B. Ablösung, Identitätsentwicklung, Erhaltung konditioneller Fähigkeiten, familiärer Wandel, beruflicher Wiedereinstieg u.v.m. Es werden, entsprechend der individuellen Themen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, Erfahrungsräume geschaffen und Bewegungsfragen gestellt, die an den Ressourcen der Menschen ansetzen. Zum Inhalt werden die Möglichkeiten der Selbstbefähigung im Umgang mit Beschwerden und/oder Störungen.

4.6.2.3 Methodische Vorgangsweise

Es werden folgende entwicklungstheoretisch begründete Leitsätze für das methodische Vorgehen formuliert:

- Anregung zu aktivem Handeln und zur Kommunikation über Situations- und Bewegungsangeboten
- Orientierung am Entwicklungsstand des Subjekts,
- Aktive Beteiligung des Subjekts,
- Integrative Förderung von Wahrnehmung und Bewegung
- Integration der emotionalen, kognitiven und organismischen Prozesse in die Interventionsplanung und –gestaltung,
- Anerkennung der Subjektivität der Wahrnehmung
- Bewegung und Leiblichkeit werden als sinnhafte Phänomene mit situativer und individueller Bedeutungszuschreibung verstanden (Reichenbach, 2010).

Das Spiel hat, ähnlich wie in Hölters Konzept, eine Mittlerfunktion, die dem Menschen als Mittel zum Zweck dient, sich mit sich selbst auseinander zu setzen, mit anderen Menschen und mit der eigenen Umwelt.

5 Verbindende Konzepte

In den folgenden Kapiteln werden Konzepte aufgezeigt, die die unmittelbare Verknüpfung von Gesundheit und Entwicklung deutlich machen.

5.1 Gesundheitsförderung im Aufbruch

Die Ottawa-Charta (1986) war das Resultat der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. In ihrem Leitbild werden Handlungsstrategien und -felder beschrieben, die die Gesundheit aller Menschen fördern sollen. Gesundheitsförderung in diesem Sinne zielt auf einen Prozess ab, der jedem Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über seinen Gesundheitszustand ermöglicht, nach partizipativen und salutogenetischen Aspekten. Die WHO proklamiert eine Ressourcenorientierung und verweist damit auf die sozialen und psychischen Aspekte von Gesundheit. Von Politik und Verwaltung wird gefordert, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, die die Menschen in ihrer autonomen Gesundheitsgestaltung unterstützen. Persönliche Kompetenzen sollen entwickelt, unterstützt und gefördert werden. Damit wird der psychosoziale Aspekt der Gesundheitsförderung deutlich. Setting-Welten, dort wo gearbeitet, gespielt, gelernt und geliebt wird, verdeutlichen gesundheitsfördernde Lebenswelten. Aber auch Aspekte der Verhaltensprävention wie z.B. Yogakurse, Laufgruppen, Vereine u.v.m. zählen zu den gesundheitsfördernden Maßnahmen. Die Vermittlung wird z.B. in Kindergärten, Schulen, Arbeitsplatz, Einrichtungen und Betrieben umgesetzt. Gesundheitsbelastende Faktoren werden vor Ort untersucht und so können Angebote je nach Bedarf gestaltet werden. Auch gesetzliche Krankenkassen unterstützen diesen Setting-Ansatz (Hanne-Behnke, 2012, S. 140-141).

5.2 Salutogenese, Kohärenz, Ressourcen und Schutzfaktoren

5.2.1 Salutogenese nach Antonovsky

Der Medizinsoziologe und bedeutender Stressforscher der mit seinen Untersuchungen und einflussreichen Überlegungen das gesundheitswissenschaftliche Denken in den letzten 20 Jahren maßgebend beeinflusst hat, ist Aron Antonovsky (Franke et al. 2001; zit. n. Becker, 2006, S. 90).

Mit dem von ihm in den 1970er Jahren entwickelten Konzept der Salutogenese (= Ursprünge der Gesundheit) als Gegenbegriff der Pathogenese sucht er mit dem

salutogenetischen Ansatz nicht nach Krankheitsursachen, sondern stellt die Frage „Was erhält Menschen gesund?“ Pathogenese generell beschäftigt sich mit der Entstehung von Krankheiten. Das salutogenetische Modell rückt hingegen gesundheitsfördernde Prozesse in den Vordergrund (Antonovsky, 1979). Damit stellt er die Bedeutung menschlicher Potentiale und Ressourcen in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Er forderte eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit und nicht nur die Betrachtung einzelner Symptome. Gesundheit und Störung der Gesundheit existieren nur in Wechselbeziehung von biologisch-körperlichen, psychischen, kognitiven und sozial-kontextuellen Prozessen und gehören zum Leben jedes Menschen (DIMDI, 2008; Egger, 2005; zit. n. Haas, 2014, S.14).

5.2.1.1 Zentrale Aspekte der Salutogenese:

- Kontinuum vs. Dichotomie: besagt, dass der Mensch nie ganz gesund oder krank ist, sondern er befindet sich auf einem Kontinuum mit den Polen „Gesundheit – Krankheit“, dem HEDE-Kontinuum („Health ease / disease continuum“).
- Ganzheitlichkeit: der Mensch soll mit seiner gesamten Biographie erfasst werden, seine Anamnese, die Vorgeschichte um eine erweiterte Perspektive zu bekommen. Die Salutogenese beschäftigt sich mit dem Menschen und nicht mit dem Patienten.
- Gesundheitsfaktoren vs. Risikofaktoren: im Salutogenese Konzept werden Risikofaktoren und positive Wirkfaktoren benannt, auf die im Pathogenese Konzept nicht eingegangen wird. Es stehen Coping und Ressourcen im Vordergrund wodurch Positionen auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum optimiert oder beibehalten werden können.
- Heterostase vs. Homöostase: Homöostase wird im pathogenetischen Konzepten als ein normaler Zustand des körperlichen und seelischen Gleichgewichts gesehen. Im Gesundheitsverständnis von Antonovsky sind Stressoren fester Bestandteil des menschlichen Daseins. Heterostase bedeutet Ungleichgewicht. Gesundheit soll nicht als Normalzustand gesehen werden, sondern als ein Zustand der immer wieder aufgebaut werden muss. Stressoren können pathogene aber auch heilsame Auswirkungen haben.
- Aktive Adaption des Organismus: Aufspüren aller dem Körper zur Verfügung stehenden Potentiale um sich aktiv an die allgegenwärtigen Stressoren anzupassen und den Körper dabei zu unterstützen (Antonovsky, 1997).

Mit den oben benannten Aspekten reicht der salutogenetische Ansatz weit über den pathogenen Ansatz der Ursachenfindung und Behandlung von Krankheiten hinaus. Antonovsky sucht nicht nach Krankheitsursachen, sondern fragt vom ganzheitlichen Menschenverständnis ausgehend: wie und warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben bzw. wieder gesundwerden können. Es sollen Stärken gefördert werden und nicht Risiken vermieden (Bengel & Lyssenko, 2012).

5.2.1.2 Definition des Kohärenzgefühls

Das Kohärenzgefühl ist ein Schlüsselbegriff im Modell der Salutogenese. Antonovsky als Stressforscher war es wesentlich, herauszufinden, wie Stresszustände zustande kommen und welche Möglichkeiten individuell zur Verfügung stehen, diese zu vermeiden. Er beschäftigte sich mit der Frage, warum Menschen, auch wenn gleiche, bzw. ähnliche Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, diese unterschiedlich einsetzen und nutzen. Nach Antonovsky (1997) ist das Kohärenzgefühl⁶ wie folgt definiert:

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. Die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. Einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. Diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, S. 36).

⁶ Bei der Übersetzung von „Sense of Coherence“ kann unterschieden werden zwischen dem Kohärenzgefühl = das Gefühl für Kohärenz und dem Kohärenzsinn. Kohärenzsinn vermittelt uns, ob und in wie weit wir Belastungen als bedrohlichen Stress oder als Herausforderung sehen, die uns bewältigbar erscheinen. Antonovsky spricht nicht nur von einem „Gefühl“ sondern vielmehr von einer globalen Orientierung und einer grundlegenden auf die persönliche Umwelt gerichtete und in der Person verankerte Orientierung (vgl. Faltermeier 2000, S. 190). Es handelt sich dabei um ein Einstellungsmuster, die Welt in bestimmter Weise wahrzunehmen. In der Folge wird hier vom Kohärenzgefühl die Rede sein.

Dieses Gefühl des Vertrauens kann sich entwickeln, wenn drei wesentliche Faktoren bestehen:

- Verstehbarkeit (comprehensibility): kognitive Komponente
Ereignisse werden als geordnet, kontrollierbar und als verstehbar wahrgenommen,
- Handhabbarkeit (manageability): kognitive-emotionale Komponente
Es besteht optimistisches Vertrauen darauf, Lebensaufgaben mit Hilfe von geeigneten Ressourcen bewältigen zu können. Diese Ressourcen können von der Person selbst ausgehen, oder auch von einer anderen Person als Hilfestellung angeboten werden.
- Sinnhaftigkeit (meaningfulness): motivationale Komponente
Die Person ist überzeugt davon, dass das Leben einen Sinn hat. Es sieht gewissen Anforderungen im Leben als Herausforderungen im positiven Sinn und setzt sich für diese Aufgaben ein. Die Ereignisse sollen nicht nur kognitiv, sondern auch emotional sinnhaft sein (Antonovsky, 1997).

Nach Antonovsky entwickelt sich das Kohärenzgefühl im Laufe der Kindheit und im Jugendalter. Auch sind in der Adoleszenz, wo die Lebensbereiche noch starken Änderungen unterliegen können, Veränderungen möglich. Mit ca. 30 Jahren bleibt es stabil und nur bis dahin können äußere Lebensbereich geschaffen werden, die das Kohärenzgefühl positiv beeinflussen. In späteren Jahren ist eine zielgerichtete Veränderung nur mehr sehr bedingt möglich. So meint Antonovsky, dass das Kohärenzgefühl vorübergehend durch negative Lebensereignisse negativ beeinflusst werden kann (z.B. durch einen Unfall, Tod eines nahestehenden Menschen), sich dann aber wieder auf das Ausgangsniveau einpendelt. Nachhaltige Veränderungen können nur durch eine professionelle, langwährende Begleitung, die die realen Lebensumstände mitgestaltet geschehen (Antonovsky, 1997, S. 119).

5.2.1.3 Das Model des Kohärenzgefühls nach Aron Antonovsky

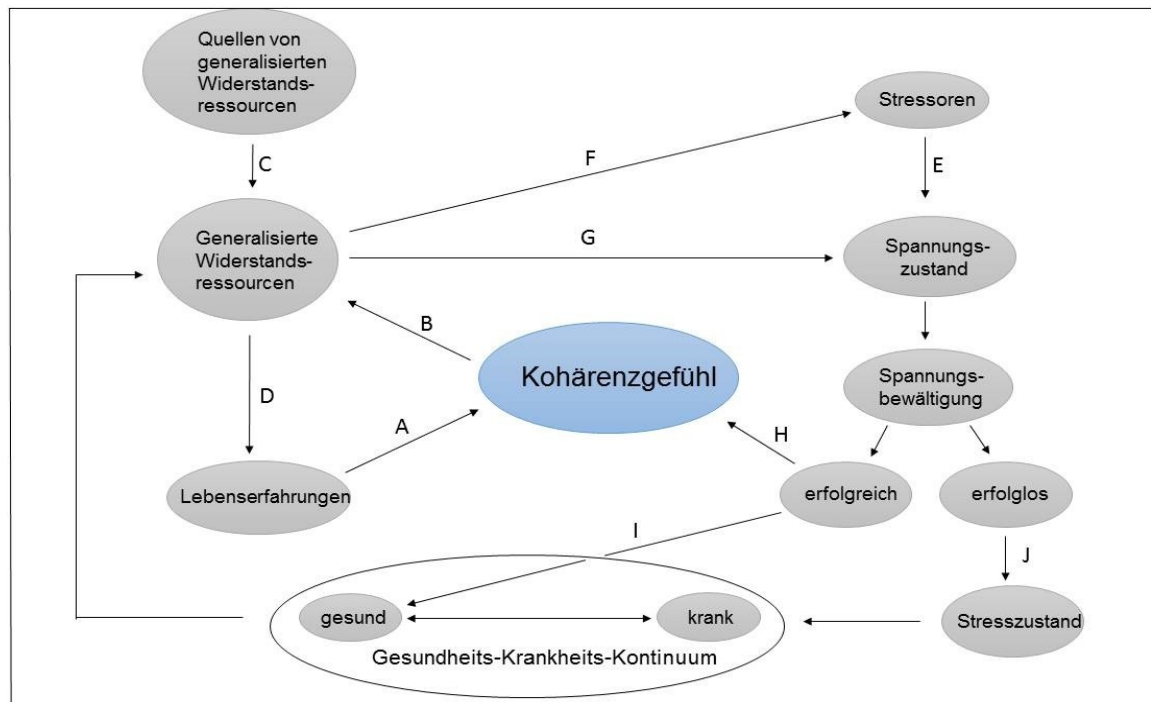


Abb.3: vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese (Antonovsky, 1997; mod. n. Bengel & Lyssenko 2012, S. 19).

Für die Erhaltung von gesundheitsfördernder und gesund erhaltender Prozesse steht das Konzept des Kohärenzgefühls im Mittelpunkt:

- Pfeil A: die Entwicklung des Kohärenzgefühls in Kindheit und Jugend, wird geformt durch konsistente Lebensereignisse, die weder unter- noch überfordernd sind.
- Pfeil B: Durch sogenannte Widerstandsressourcen (Intelligenz, körperliche Faktoren, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielles Vermögen) werden diese Lebenserfahrungen ermöglicht
- Pfeil C: Quellen der generalisierten Widerstandsressourcen sind persönliche Einstellungen, zufällige Ereignisse, dem soziokulturellen und historischen Lebenshintergrund und den darin begründeten Erziehungsmustern und sozialen Rollen
- Pfeil D: die Stärke des Kohärenzgefühls ist ausschlaggebend für die Mobilisation der generalisierten Widerstandsressourcen, das bedeutet: wenig vorhandene Widerstandsressourcen beeinflussen das Entstehen von Kohärenzgefühl negativ, das wiederum verhindert die optimale Nutzung vorhandener Kräfte.

- Pfeil E: der Organismus kann auf Stressoren nicht automatisch reagieren. So entstehen Spannungszustände
- Pfeil F und G: Spannungsmanagement: mobilisierte Reaktionen beeinflussen den Umgang mit dem Spannungszustand
- Pfeil H: Gelingt die Spannungsreduktion, so hat das einen positiven Einfluss und eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl
- Pfeil I: Durch die erfolgreiche Bewältigung ist die Positionierung eher auf der Gesunden Seite des Kontinuums
- Pfeil J: Der Spannungszustand bzw. Stress wird durch erfolgloses Spannungsmanagement zu einem Stresszustand mit u.U. pathogenen Einflüssen und ist daher eher auf der Seite Krankheit angesiedelt.
- Pfeil K: Der Erwerb neuer Widerstandsressourcen wird durch eine günstige Position am Kontinuum erleichtert (Bengel & Lyssenko, 2012).

In Bezugnahme zu dem Konzept der Identität soll hier der Begriff der Lebenserfahrungen in einem erweiterten Kontext von Selbstkonzept, Selbstsorge und Identität gestellt werden.

5.2.1.4 Die Lebenswelten

Nach Antonovsky bezieht sich das Kohärenzgefühl auf die für eine Person subjektiven, wichtigen Lebensbereiche. Folgende Punkte werden benannt:

- Eigene Gefühle
- Unmittelbare interpersonelle Beziehungen
- Wichtigste eigene Tätigkeit
- Existenzielle Fragen (Tod, vermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte, Isolation) (Antonovsky, 1997, S. 39).

Um das Kohärenzgefühl messbar zu machen entwickelte Antonovsky einen Fragebogen zur Lebensorientierung, „Orientation to Life Questionnaire“, der in der Literatur als „SOC“ benannt wird. Mit dieser Skala ist es möglich sein, sein Konzept empirisch zu erfassen und einen Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus aufzuzeigen (Antonovsky, 1997, S. 71). Nach Antonovsky (1997) ermöglicht ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl, als flexibles Steuerungssystem dem Menschen individuell angemessene, situationsabhängige Ressourcen zu mobilisieren.

Der Fragebogen wurden 1983 veröffentlicht und seither fanden zahlreiche Befragungen und Studien auf dieser Grundlage statt. Sehr allgemein kann zusammengefasst werden:

- Sack und Lamprecht (1998, S. 330) postulieren die Erforschung der Beziehung zwischen Kohärenzgefühl und körperlicher Gesundheit. Dabei konnte festgestellt werden, dass es einen geringen Zusammenhang gibt mit objektiven Parametern wie

z.B. Blutdruck, Krankheitstagen usw. aber ein deutlicher Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und psychosomatischen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Appetitmangel, usw.

- Das Kohärenzgefühl korreliert hoch mit der seelischen Gesundheit und nach Franke (1997, S. 172) weist es eine starke Verbindung mit Gefühlen wie Selbstwert, Optimismus und Kontrollüberzeugung auf. Das bedeutet, dass das Konzept der Kohärenz eine Erklärung für die Wiederherstellung und Erhaltung von psychischer Gesundheit geben kann.

5.2.2 Resilienz

Nach Ansicht vieler Autorinnen und Autoren ist der Begriff der Resilienz als Ergebnis von Belastungsbewältigung zu verstehen, als Resultat eines hochkomplexen Zusammenspiels von individuellen Merkmalen und der Lebensumwelt im soziokulturellen Zusammenhang. Resilienz im Erwachsenenalter wird im speziellen erläutert.

5.2.2.1 Definition von Resilienz

Der Terminus *Resilienz* wird vom englischen Wort *resilience* abgeleitet, was so viel bedeutet wie: Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit und aus dem lateinischen: *resilere* bedeutet es abprallen. Resilienz ist ein Begriff der in Physik und Materialkunde ein Material bezeichnet, welches nach Einwirkungen von außen rasch wieder die Ursprungsform annimmt (Wustmann, 2012).

Andere wissenschaftliche Disziplinen wie die Psychologie, die Soziologie und die Pädagogik verstehen den Begriff Resilienz als Widerstandskraft eines Systems oder als Toleranz eines Systems gegenüber Störungen. In der psychologischen Fachliteratur wird von Bengel und Lyssenko (2012) Resilienz als Widerstandskraft von Individuen angesichts belastender Lebensereignisse bezeichnet.

Die Frage nach Resilienz hat in den letzten zwei Jahrzehnten besonders bei der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle gespielt. Als maßgebende Vertreter gelten Aron Antonovsky und Emmy Werner. Antonovsky entwickelte das Modell der Salutogenese. Er stellt hier die Frage welche Rolle bei körperlicher und psychischer Gesundheit Resilienz, Risiko- und Schutzfaktoren einnehmen.

Ebenso als „Mutter der Resilienzforschung“ gilt die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner (Werner & Smith, 1992; zit. n. Zimmer, 2012, S. 32) mit der von ihr durchgeführten Kauai-Längsschnittstudie mit über 700 hawaiianische Kinder, die unter widrigsten Umständen heranwuchsen. Diese Kinder wurden 40 Jahre lang begleitet. Die

Ergebnisse wurden 1977 veröffentlicht und damit die Diskussion um Resilienz in ihren unterschiedlichen Dimensionen eröffnet (Zimmer, 2012).

5.2.3 Resilienz im Erwachsenenalter

Die Anwendung des Begriffs hat sich insofern ausgeweitet, als früher Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung erforscht wurden und heute die Entwicklung Erwachsener oder auch Organisationen, Institutionen und Unternehmen in den Blickpunkt der Resilienz Forschung rücken (Scharnhorst, 2010, S. 35).

In der Literatur (Friedrich, 2012)⁷ werden drei Erscheinungsformen von Resilienz benannt:

- Eine positive Entwicklung des Individuums trotz andauerndem hohen Risikostatur, z.B. das Aufwachsen in chronischer Armut und niedrigem ökonomischen Status,
- Eine beständige Bewältigungskompetenz unter akuten Stressbedingungen, z.B. infolge (elterlicher) Trennung, Scheidung oder chronischer Krankheit, und
- Eine positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen, wie z.B. dem Tod eines nahen stehenden Menschen, Erleben von Naturkatastrophen und Krieg (Wustmann, 2004 & Zander, 2008; zit. n. Friedrich, 2012).

Daraus entwickelte sich ein wissenschaftliches Interesse für die Faktoren, die Resilienz im Kindes und Erwachsenenalter bedingen, fördern und stärken.

Unterschiedliche Konzepte zur Resilienz erforschen also das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren. Scharnhorst beschreibt (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009; zit. n. Scharnhorst 2010, S. 34-41) folgende Resilienz Faktoren:

- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Selbststeuerung
- Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitserwartung
- Soziale Kompetenzen
- Umgang mit Stress
- Problemlösungsfähigkeit

Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern verändert und entwickelt sich im Lebenslauf durch aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt. Resilienz ist somit keine stabile Größe die unverwundbar macht gegenüber Lebensereignissen und Krisen. Resilienz kann in unterschiedlichen Stresssituationen unterschiedlich ausgeprägt sein, das bedeutet, dass Resilienz ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess ist. Das

⁷ Zugriff am 10. November 2017 unter

http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/beziehungsweise/2012/bzw_maerz_2012.pdf

vorhanden sein von Schutzfaktoren im Umfeld macht die Bewältigung von Herausforderungen möglich. Sie ist multidimensional und situationsspezifisch, d.h. dass Menschen die sich in einer chronischen Belastungssituation resilient zeigen, sich auf einer anderen Beziehungsebene höchst verletzlich zeigen können (Scharnhorst, 2010).

5.2.3.1 Resilienz Förderung

Heftige Lebensereignisse aber auch der Umgang mit dem alltäglichen, normalen Stress verlangen den Menschen in der heutigen Zeit Widerstandskraft ab. Resilienz kann auf sehr unterschiedliche Art und Weise entwickelt und gefördert werden wie z.B. durch Verhaltensweisen, Gedanken und kreative Aktivitäten. Dazu gehören z.B. Humor, die Fähigkeit, Gefühle in irgendeiner Form kreativ auszudrücken; starke eigene Moralvorstellungen, über das was gut ist. Jeder kann nach eigenen Vorlieben und Stärken je nach seinem kulturellen Hintergrund Strategien zur Bewältigung entwickeln (Scharnhorst, 2010).

Die Erforschung der verschiedenen Faktoren, die Resilienz ausmachen, ist theoretisch und sehr umfassend. Diese Ergebnisse miteinander zu vergleichen ist schwierig, weil es keine erklärende Theorie und gemeinschaftliche Terminologie gibt und die Resultate immer abhängig sind von welchem Wissenschaftsgebiet erforscht wird. Das ist auch der allseits kritisierte Schwachpunkt. Des Weiteren bestehen unterschiedliche Auffassungen, was unter einer gelungenen Anpassung oder Bewältigung zu verstehen ist (Wustmann, 2012).

Die Wichtigkeit des Themas wird von der steigenden Anzahl an Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, unterlegt (Depressionen, Suchterkrankungen, Burnout). Mittlerweile werden von Unternehmen bereits Möglichkeiten in unterschiedlichen Formen angeboten, um Mitarbeiter aktiv in der Entwicklung ihrer Gesundheitskompetenz zu unterstützen (Scharnhorst, 2010).

5.2.4 Schutzfaktoren

Die Erkenntnisse der Resilienz Forschung sind die Grundlage um davon ausgehend verschiedene Schutzfaktoren zu benennen. Dabei handelt es sich um Faktoren, die dazu beitragen, dass Menschen auch unter schwierigen Lebensumständen eine für sie positive Entwicklung nehmen können.

5.2.4.1 Definition

Der „positiv shift“ in der Humanwissenschaft fördert die Forschung im Bereich von Ressourcen oder Schutzfaktoren. Begriffe wie Krankheit, Defizit, Belastung und Risikofaktoren werden in der heutigen Terminologie ersetzt durch Begriffe wie Gesundheit, Kompetenz, Bewältigung oder Schutzfaktoren (Laucht, Esser & Schmidt, 1997).

Begriffe wie „Ressourcen“, „Schutzfaktoren“ oder „Resilienzfaktoren“ werden, wie Petermann und Schmidt (2006, S. 118) anführen, in der Literatur teilweise synonym verwendet. Hier zur Unterscheidung:

- Ressourcen sind aktuell verfügbare Potentiale eines Menschen, die seine Entwicklung unterstützen
- Schutzfaktoren oder risikominimierende Faktoren beschreiben Petermann und Schmidt (2006) als individuelle und umfeldbezogene Faktoren, die bereits vor auftretenden Risikofaktoren wirken und die Auswirkung dieser abschwächen können.
- Resilienzfaktoren/Resilienzen wiederum werden als spezifisch zu bestimmten Bereichen zuzuordnende Ressourcen beschrieben, die in Interaktion mit der Umwelt erworben werden (Petermann & Schmidt, 2006, S. 119).

Für Grawe (1998) geben Ressourcen dem Menschen die Möglichkeit seine Grundbedürfnisse zu befriedigen. Sie dienen daher der Lebenserhaltung und –verbesserung. Verbindend zwischen den unterschiedlichen ressourcenorientierten Konzepten ist die Auffassung, dass Ressourcen für die Bewältigung alltäglicher und besonderer Lebensaufgaben von Bedeutung sind und die physische und psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von ihrer Bereitstellung abhängig ist. Ressourcen sind dann als solche zu verstehen, wenn sie für die Erreichung von individuellen Zielen eine positive Bedeutung haben (Willutzki & Teismann, 2013, S.61).

Subjektiv wahrgenommene Ressourcen sind ausschlaggebender für die Gesundheit eines Menschen, als die objektiv bereitgestellte Unterstützung (Antonovsky, 1997).

In der Weiterentwicklung des Salutogenese Modells wurden gesundheitliche Protektivfaktoren definiert, auf die sich auch die psychomotorische Entwicklungsbegleitung bezieht (Haas, 2014, S 15).

5.2.5 Anforderung - Ressourcen - Modell nach Becker

In Weiterentwicklung des Salutogenese Modells entwickelte Becker (2006) einen Fragebogen, SAR (Systemischen Anforderungs-Ressourcenmodell) um Gesundheitsprozesse empirisch zu erfassen und die Verknüpfung von Person-Umweltinteraktion zu ermitteln. Haas (2014) weist darauf hin, dass Beckers Konzept auf dem psychosomatischen Erklärungsmodell von Gesundheit und Krankheit nach Uexküll und Wesiack (1996), aufbaut.

Becker (2006) unterscheidet zwischen:

- Interne Anforderungen: Die Aneignung geschieht im Laufe der Entwicklung. Er benennt physiologische Bedürfnisse nach Atmung, Schlaf, Bewegung, Sexualität; Explorationsbedürfnisse, Selbstaktualisierungsbedürfnisse, Bedürfnisse nach Sicherheit, Orientierung, Kontrolle, Achtung und Wertschätzung, Liebes- und Bindungsbedürfnisse. Dazu zählen des Weiteren: Ziele, Wünsche, Ich-Ideale, Projekte die kurz – mittel - oder langfristigen bedeutsam sind.
- Externe Anforderungen: können kurz- mittel- oder langfristig sein. Externe Anforderungen werden den Lebensbereichen: Ausbildung, Beruf, Arbeit, Kernfamilie, Partnerschaft, Freundeskreis und Freizeit zugeordnet,
- Interne Ressourcen: bedeuten das Potential an Wissen, Intelligenz, soziale Kompetenzen, körperliche Fitness, physische Attraktivität und Persönlichkeitseigenschaften wie Offenheit, Verträglichkeit, Gewissen, Kontrolliertheit, emotionale Intelligenz, hohes Selbstwertgefühl, hohe interne Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung u.v.m.
- Externe Ressourcen: sind Familie, soziales Netzwerk, Arbeit, Ausbildung (Becker 2006).

In Beckers SAR Modell wird deutlich, dass die Gesundheit eines Menschen abhängig davon ist, wie es einem Menschen gelingt seine individuellen internen und externen Anforderungen mittels seiner individuellen internen und externen Ressourcen zu bewältigen. Das bedeutet, dass Gesundheit immer eng verbunden mit der Befriedigung von physiologischen, emotionalen und psychosozialen Bedürfnissen zu betrachten ist (Haas, 2014, S. 15-17).

5.2.6 Gesundheitliche Schutzfaktoren

Die gesundheitlichen Schutzfaktoren wurden von Viehhauser (2000) systematisch analysiert. Er definiert gesundheitliche „Protektivfaktoren“ die er unterteilt in:

- interne personen – bezogene Schutzfaktoren stehen immer in Bezug zu Fragen der aktuellen Lebenswelt und Lebensgestaltung
- externe Schutzfaktoren beziehen sich auf die Umwelt (Haas, 2014). Folgende Schutzfaktoren sind förderlich für die psychomotorische Gesundheitsförderung:
- Schutzfaktor „Erfahrung der persönlichen Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Handhabbarkeit“
- Schutzfaktor „Erholungsfähigkeit“
- Schutzfaktor „Fähigkeit zum Herstellen euthymen Erlebens, Verhaltens und Genießens“
- Schutzfaktor „Erfahrung von Sinn und Bedeutsamkeit“
- Schutzfaktor „Soziales Netzwerk/Beziehungskompetenz“
- Schutzfaktor „Spiel- sowie Dialogräume und Wahrgenommen werden“
- Schutzfaktor „Aufmerksamkeitsfokussierung“ sowie „Balance zwischen Anforderung und Ressource“
- Schutzfaktor: „Leib-seelische Regulation“ (Haas, 2014, S. 17-22).

5.2.6.1 Schutzfaktor Leib-seelische Regulation

Der Schutzfaktor „Leib-Seelische Regulation“ soll hier nun näher beleuchtet werden, weil er ein zentrales Thema der psychomotorischen Gesundheitsförderung ist. Durch ihn wird der enge Zusammenhang von Psyche und Körper und damit von Entwicklung und Gesundheit besonders gut dargestellt.

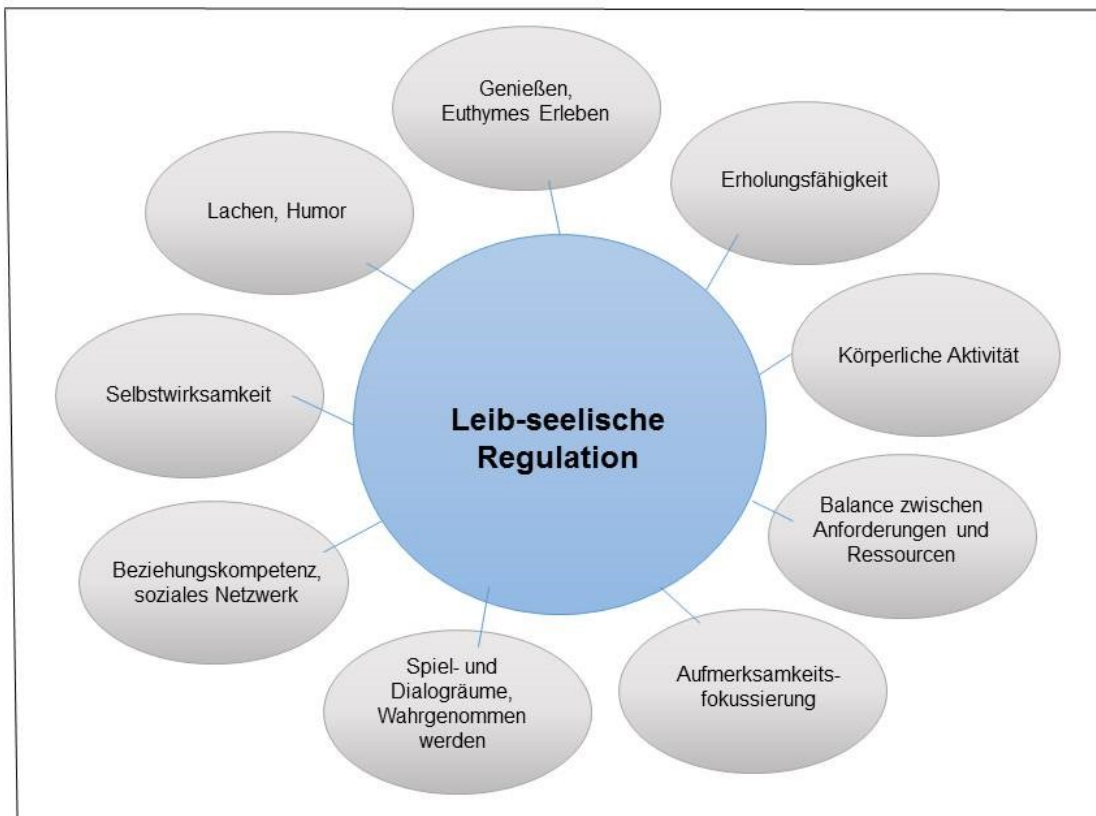


Abb.: 4, *Gesundheitliche Schutzfaktoren als Ausgangspunkt der Psychomotorischen Gesundheitsförderung* (Viehhauser, 2000; Schiffer, 2001, mod. n. Haas 2014, S. 18)

Die Entfremdung von der eigenen Körperlichkeit ist im Erwachsenenalter ein weitreichendes Thema. Die Gestaltung des Alltags mit sitzender Tätigkeit, vorherrschende elektronische Kommunikation, die Instrumentalisierung des eigenen Körpers und die Kontrolle über Aussehen, Gewicht durch kosmetische Interventionen oder sportliche Aktivitäten beeinflussen die Beziehung zum eigenen Körper, zur Leiblichkeit. In der Psychomotorik werden die Zusammenhänge der sinnlichen Wahrnehmung, der emotionalen Verfassung, der kognitive Zuordnung und der kommunikativen Möglichkeiten wieder thematisiert und in den Vordergrund der Gesundheitsvorsorge gerückt (Haas, 2014).

5.2.6.2 Konzept der reflexiven Leiblichkeit

Das Konzept der *reflexiven Leiblichkeit*, geprägt von Jürgen Seewald, meint die dem Menschen einzigartige Fähigkeit, seinen Leib, seine Körperlichkeit als Resonanzkörper für seine eigene Befindlichkeit zu verstehen und zu erfühlen. Ganz unmittelbar erteilt der Körper Informationen über körperliche Qualitäten wie z.B. Überanstrengung oder Wohlfühl, Erholungsbedürfnis, euthymen Erlebens, der Selbstwirksamkeit oder auch der Beziehungskompetenz u.v.m. Diese Sensibilität ist eng mit der eigenen Leiblichkeit verknüpft (Seewald, 2007).

In der psychomotorischen Praxis sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Wahrnehmung des eigenen Leibes im Alltag ermöglicht und damit eine leibseelische Regulation wieder in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt. Es sollen Dialogräume eröffnet werden, die einer aufmerksam und nachsichtig akzeptierende Selbstzugewandtheit Raum geben. Damit wird eine Möglichkeit geschaffen offen zu sein, für das was sich zeigen will – um im Dialog mit sich selbst zu sein (Haas, 2014).

5.3 Psychomotorisch orientierte Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung kann, aus psychomotorischer Sicht, entsprechend der WHO Definition an mehreren Ebenen ansetzen. Nach Seewald (2012) hat, auf der individuellen Ebene, psychomotorische Gesundheitsförderung immer die Balance als Grundthema. Das Ziel ist es diese in den unterschiedlichen Lebensbereichen zu finden und zu halten. Das umfasst nicht nur Bewegung, Körpergefühl und Entspannung, sondern auch den Umgang mit Ernährung, Nähe und Distanz in Beziehungen, Arbeit und Freizeit, Genuss und Entsagung. In der psychomotorischen Gesundheitsförderung sollen Situationen angeboten werden, in denen der Mensch die Auseinandersetzung mit diesen Themen führen kann, ausgehend von seinem Körper in Bewegung und Beziehung, im Kontext zu seiner Umwelt. Durch den Abstand zur realen Lebenswelt wird Reflexion und Überblick ermöglicht (Seewald, 2012, S. 54-60). Die praktische Arbeit ist gekennzeichnet von der Erschaffung von Situationen des Spürens und symbolischen Darstellens und versucht methodisch „das leibliche Wissen der Teilnehmer zu verschiedenen Lebensbereichen durch metaphorische Situationen bewusst und besprechbar zu machen.“ (Seewald, 2012, S. 57). Auf diesem Weg wird die Fähigkeit geschult, den Leib im Sinne eines inneren Beraters zur Unterstützung der Selbstsorge zu erleben um Bedürfnisse und eigene Befindlichkeiten besser wahrnehmen zu können. Es werden eigene Handlungsspielräume eröffnet und diese können somit genutzt und erweitert werden (Seewald, 2006, S. 289).

5.3.1 Vier Grundannahmen der Gesundheitsförderung in der Psychomotorik

Der psychomotorische Blick auf den Menschen wird hier graphisch dargestellt:

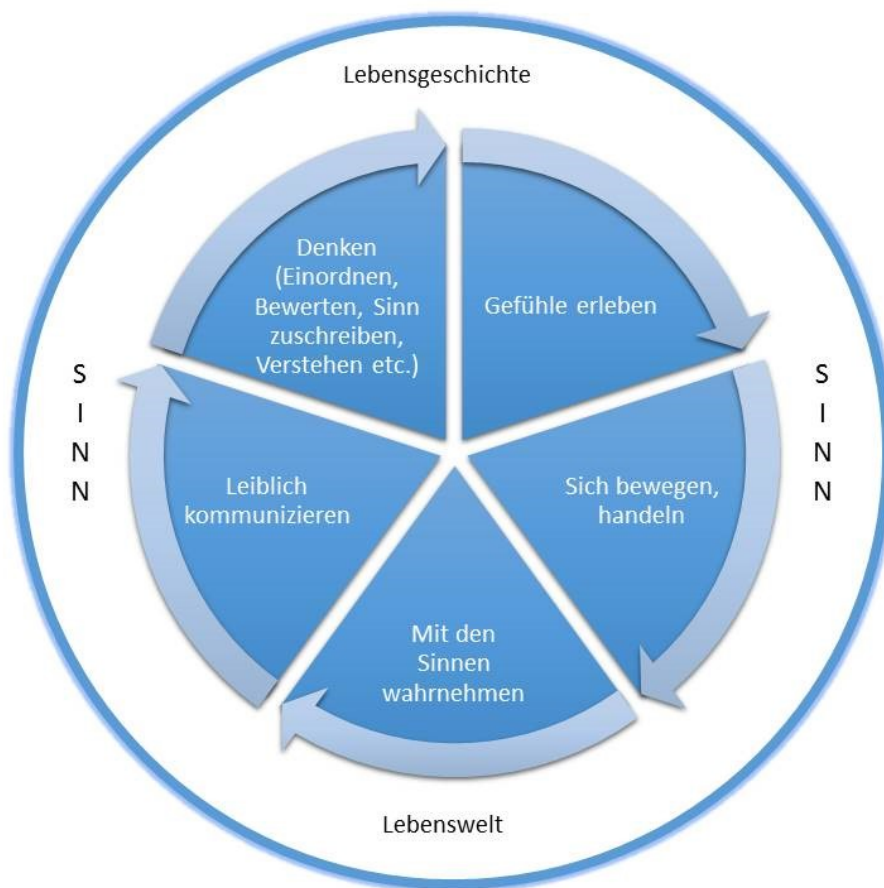


Abb. 5: Psychomotorischer Blick auf den Menschen (mod. n. Haas, 2014, S. 11).

Die vier Grundannahmen:

Prämisse I: „Die wechselseitige Beziehung von Denken, emotionalem Erleben, kommunizieren, sich bewegen und handeln und sinnlich Wahrnehmen.“ (Haas, 2014, S. 11). Diese psychomotorischen Wechselbeziehungen sind leibliche Prozesse, die sich über die gesamte Lebensspanne, in Abhängigkeit von Lebenswelt und Lebensgeschichte, verändern. Sie sind im Körper- und Selbstkonzept verankert. Diese anthropologische Grundannahme ist als methodische Vorgehensweise zu verstehen. Es werden immer die verschiedenen Ebenen in die Betrachtung des Menschen miteinbezogen. Es können unterschiedliche Zugänge, abhängig von den Zielgruppen angeboten werden, um dann die anderen Ebenen miteinzubeziehen. Zugänge z.B. über Bewegung, Sprache, Emotion und

bzw. oder Kognition sind von der jeweiligen Lebensgeschichte und den Lebensumständen unterschiedlich gewichtet (Haas, 2014, S. 12).

Prämisse II: „Erfahrungs- und Handlungsorientierung“

Der Mensch wird im Kontext seines leiblichen gewordenen Seins und leiblichen Werdens verstanden. Subjektive, selbstbestimmte handelnde Erfahrungen bilden den Ausgangspunkt. Zitiert nach Haas: „Kreisbewegungen zwischen sinnlichen Erfahrungen, Bewusstwerdungsprozessen bezüglich emotionaler Reaktionen, aktiver Denkmuster und Bewertungen sowie Bezugnahme auf momentane Lebenssituation und/oder biografische Bezüge verdeutlichen dem einzelnen Menschen sein persönliches Erlebens- und Ursachengefüge“ (2014, S. 12). Es stehen die individuellen Erfahrungen und selbstbestimmten Handlungen, erfahren durch Bewegungsangebote im Fokus der Vorgehensweise. Andere Ansätze der Gesundheitsförderung haben das Augenmerk auf Verhaltensänderung um Risikofaktoren zu vermeiden. In der psychomotorischen Gesundheitsförderung für Erwachsene werden Erfahrungsräume zur Entdeckung neuer Handlungsmöglichkeiten oder zur Veränderung ausgedienter Verhaltensweisen geboten (Haas, 2014, S. 12).

Prämisse III: „Prozessorientierung“

Der gemeinsame Prozess der reflektierten Erfahrung, die vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der Menschen in individueller Weise emotional erlebt, kognitiv bewertet und eingeordnet werden, steht im Mittelpunkt. Es werden keine gemeinsamen Ziele festgelegt sondern ein gemeinsamer Prozess gestaltet. Die Entwicklung dieses gemeinsamen Weges wird gestaltet nach den persönlichen Möglichkeiten und Bedürfnissen und ist abhängig vom individuellen sozialen System. Der Rahmen der aktuellen Umweltbedingungen und das Angebot im Hier und Jetzt bestimmen das Erleben (Haas, 2014, S. 13).

Prämisse IV: „Themenorientierung“

Haas (2014, S. 13) schrieb, dass:

In der Psychomotorischen Gesundheitsförderung wird mit Themen anstatt Ergebnissen gearbeitet. Die aktuell situativen, temporären oder überdauernden Themen nach Thomae (1996) der teilnehmenden Personen werden in der Psychomotorischen

Gesundheitsförderung erfahrbar gemacht. Bewegungserfahrungen werden als bedeutungshaltig verstanden und durch die teilnehmenden Personen mit subjektivem Sinn erfüllt (Thomae, 1996; zit. n. Haas, 2014, S. 13).

6 Entspannung

Entspannung wird im kommenden Kapitel als Möglichkeit vorgestellt, aktiv an der eigenen Gesundheitsförderung zu arbeiten. Die Atmung ist das zentrale Element, denn jeder atmet. Sie ist der Zugang zum Selbst. Die Atemtherapie dient als Verständnisgrundlage der Dimensionen unserer Atmung. Das verbunden mit Achtsamkeitserlernen, welches einen selbstsorgenden Umgang fördert.

Der Alltag stellt den Anspruch an die Menschen, immer wieder zwischen Anspannung und Lockerung, Aktivität und Ruhe zu pendeln. Phasen der Ruhe, Entlastung und der Entspannung gehören zum Leben. Um sich zu erholen gibt es viele verschiedene Entspannungsverfahren, die auch als therapeutische Methoden bekannt sind, z.B. Hypnose, autogenes Training, meditative Verfahren, imaginative Verfahren, progressive Muskelentspannung und Biofeedback. Entspannung bedeutet also mehr als „Nichtstun“. Das Wort bezieht sich vor allem in unserem Sprachgebrauch eher auf eine entspannte, gelöste Muskulatur. Aber Entspannung meint auch eine psychische Komponente, meint ausgeglichenes Denken (Petermann & Vaitl, 2014, S. 17).

6.1 Definition von Entspannung

Begriffsdefinition nach Dorsch, psychologisches Wörterbuch:

„Kurzfristiger (phasisch) oder länger anhaltender Zustand reduzierter, metabolischer, zentralnervöser unbewusster Aktivität. Entspannung ist auf subjektiv-verbaler, physiologischer und motorischer Ebene mess- und definierbar. Entspannungszustände sind nicht mit Schlafphasen gleichzusetzen, Entspannung geht mit wachem Verhalten einher, wenngleich auch Schlafphasen subjektiv als entspannend erlebt werden können. Muskuläre, autonome und subjektive Entspannung müssen nicht korrelieren.“ (Dorsch, 1992, S. 176).

6.2 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren sind allesamt übende Verfahren, die erlernt werden um im Alltag als Mittel eingesetzt zu werden, die Muskelspannung zu tonisieren, aber auch um in belastenden Situationen wieder ein körperlich und geistiges Wohlfühl herzustellen. Sie sollen eine Alternative bieten, unterschiedliche Reaktionen bewusst abrufen zu können. Entspannungsverfahren finden nicht nur bei der Behandlung von Störungen, sondern auch bei der Optimierung der Leistungsfähigkeit im z.B. Berufsalltag, Anwendung (Petermann & Vaitl, 2014, S. 27).

6.3 Funktionen der Entspannung

1. Entspannung schützt die Körperorgane präventiv vor Überlastung, besonders jene, die nach Selye (1936) für stressbedingte Erkrankungen relevant sind.
2. aus therapeutischer Sicht fördert Entspannung den Stressabbau
3. Preveler und Johnston (1986; zit. n. Payne, 1998, S. 20) haben erforscht, dass Entspannung als Bewältigungsstrategie hilft die innere Ruhe wieder zu finden, wieder klar zu Denken. Stress beeinträchtigt einerseits biologisch-körperlichen Abläufe, aber auch die menschliche Psyche. In der Entspannung gelingt der Zugang zu positiven Gedächtnisinhalten.

Es sind keine ungewöhnlichen Phänomene, die durch Entspannung hervortreten, sondern ihre Wirkungen gehören zum normalen Verhaltensrepertoire des Menschen. Es werden Ressourcen aktiviert und geschult, die in jedem Menschen vorhanden sind. Bestimmte Methoden und Techniken machen den Zugang möglich (Petermann & Vaitl, 2014, S. 18).

6.4 Wirkspektrum:

Petermann und Veitl (2014) geben einen Überblick über empirische Forschungen die zeigen, welche Entspannungsverfahren für welche psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen angewendet werden.

- Zu den psychischen Störungen zählen:
z.B. stressbedingte Störungsformen, Angststörungen, aggressives Verhalten, leichte bis mittelgradige depressive Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Sprechstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störungen infolge eines Substanzmissbrauchs.
- Zu den körperlichen Erkrankungen zählen:

Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, periphere Durchblutungsstörung (z.B. Raynaud'sche Erkrankung), Asthma bronchiale, gastrointestinale Störung, Kopfschmerzen von Migräne- und Spannungskopfschmerz, akute und chronische Schmerzzustände, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörung, somatoforme Störungen, Fibromyalgie, rheumatische Erkrankungen.

Eine weitere Unterscheidung soll getroffen werden zwischen:

- Entspannungsverfahren, die als zusätzlich therapeutische Begleitmaßnahme den Behandlungserfolg beschleunigen, stabilisieren und unterstützend wirken bei einer Krankheitsbewältigung.
- Entspannungsverfahren, die als zentrale Behandlungsmethode eingesetzt werden (Petermann & Vaitl, 2014, S. 21).

Trotz der großen Vielfalt der Methoden und Einsatzgebiete lassen sich Gemeinsamkeiten feststellen. Petermann und Vaitl (2014, S. 22 ff.) benennen folgende:

- Selbstkontrolle: der Erwerb von Eigenkompetenz und Selbstkontrolle eröffnet die Möglichkeit das Bewusstsein dahingegen zu erweitern, den eigenen Beschwerden und Belastungen nicht hilflos ausgeliefert zu sein. In der Verhaltenstherapie sind das die Wirkkomponenten: Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle.
- Schulung der Konzentration: das Fokussieren auf innere Vorgänge oder auf bestimmte Objekte kann den Teilnehmer helfen im Alltag z.B. störende Außenreize auszublenden, oder innere Bedürfnisse wahrzunehmen.
- Beruhigung: es lässt sich anhand von physiologischen Parametern eine Entspannungsreaktion je nach Verfahren: neuromuskulär, kardiovaskulär und zentralnervös feststellen.
- Steigerung des Wohlbefindens: Entspannungsverfahren steigern das subjektive physische und emotionale Wohlbefinden und können dadurch z.B. die Therapiemotivation steigern

Entspannungsverfahren können bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen angewendet werden. Die körperlichen Reaktionen unterscheiden sich nicht. Bei Kindern gelingt der Zugang oft über Bewegung. Es muss allerdings nicht zuerst eine Störung auftreten. Entspannung erleichtert auch den Alltag (Petermann & Vaitl, 2014).

6.5 Entspannungsreaktionen

6.5.1 Physiologische Merkmale der Entspannungsreaktion

Körpersysteme, die auf Entspannung und Stress reagieren sind nach Payne (1998, S. 20-24).

- Das vegetative Nervensystem: auf Erregung reagieren beide Äste des vegetativen Nervensystems. Der Sympathikus: erhöht die allgemeine Reaktionsbereitschaft des Organismus, der Parasympathikus führt einen Erholungszustand herbei. Das sympathische Nervensystem steigert die Herztätigkeit (zu Lasten der inneren Organe) und die Durchblutung der willkürlichen Muskulatur. Blutdruck und Atemfrequenz sind erhöht und die Sinneswahrnehmungen geschärft. Der Körper ist bereit für Flucht oder Angriff (Fight-or-Flight). Die enge Verbindung zwischen emotionalem und körperlichen Erleben wird durch das Zusammenspiel von sympathischen und parasympathischen Nervensystem deutlich. Wird der Sympathikus aktiviert, z.B. bei Angst, Wut, wird das von physiologischen Reaktionen begleitet. Geschehen diese Reaktionen häufig und intensiv, kann die Ermüdung der inneren Organe die Folge sein. Darauf begründet sich das Konzept der psychosomatischen Erkrankungen.
- Das Endokrinium: es besteht eine enge Verbindung zwischen dem vegetativen Nervensystem und besonders den Nebennieren, die durch Hormonausschüttung (Adrenalin und Noradrenalin) die inneren Organe und die äußeren Reize aufeinander abstimmen. Die Hormonausschüttung wird vom sympathischen Nervensystem gesteuert. Noradrenalin unterstützt die Kampf- und Angriffsbereitschaft, steigert die Aufmerksamkeit und bewirkt einen Erregungszustand.
- Adrenalin aktiviert die Angst- und Fluchtbereitschaft, die geistige Fähigkeiten sind herabgesetzt, man fühlt sich bedroht. Beide Hormone werden produziert und es ist vom Gefühl abhängig, wie der eingegangene Reiz beurteilt wird. Des Weiteren werden Glukokortikoide ausgeschüttet. Das Cortisol ermöglicht die Energiebereitstellung im Muskel. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Immunsystem davon beeinflusst wird.
- Skelettmuskulatur: Jacobson (1938; zit. n. Payne, 1998, S. 24) entwickelte die Methode der progressiven Muskelentspannung, wo die Eigenwahrnehmung für Anspannung und Entspannung geschärft wird. Er belegte mit dieser Methode den engen Zusammenhang zwischen Spannung der Skelettmuskulatur und der Psyche,

d.h. dass das neuromuskuläre System unterstützend beim Abbau von Spannung und Stress wirkt.

6.5.2 Psychologische Merkmale der Entspannungsreaktion

Nach Stetter (1998) werden Entspannungsreaktionen in affektive bzw. kognitiv-perzeptive Reaktionen eingeteilt. Unter einer affektiven Reaktion ist eine Ruhetönung, eine affektive Distanzierung, eine Gelassenheit zu verstehen und ein Gefühl des Ausgeruht seins. Bezeichnend für einen assoziativ gelockerten Denkablauf, eine Erhöhung der Wahrnehmungsschwelle, eine verminderte exterozeptive Wahrnehmungsverarbeitung und eine Fokussierung auf innere Prozesse ist der kognitiv-perzeptive Entspannungsreaktion zu zuordnen (Stetter, 1998).

Nach dem Modell der Salutogenese wird Gesundheit nicht als Produkt und Endzustand betrachtet, sondern als Prozess, der immer wieder aufgebaut bzw. erhalten werden muss. Entspannung ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Ressource zur Gesundheitsvorsorge, da sie stressregulierend wirkt und zur Entfaltung der Selbstheilungsprozesse des Organismus beiträgt (Antonovsky, 1997). Therapeutisch eingesetzte Entspannungsverfahren lenken die Aufmerksamkeit auf innere Prozesse und schulen die Sensibilität und Wahrnehmungsfähigkeit für psychische und somatische Vorgänge, die bei Bedarf regulierend wirken (Payne, 1998).

Die Atmung ist ein zentrales Element der Entspannung, werden doch alle körperlichen und psychischen Vorgänge von ihr beeinflusst.

6.6 Die Atmung

Redewendungen wie: atemberaubend schön..., vor Angst bleibt mir die Luft weg..., der Atem stockt vor Schreck'..., erst mal tief durchatmen..., kennen und verwenden wir alle.

Der Atem kommt und geht, meist von uns unbemerkt und ganz von selbst. Der Körper wird beim Einatmen mit dem lebenswichtigen Sauerstoff versorgt. Ausatmen ist der wichtigste Stoffwechselvorgang – wir atmen Kohlendioxyd und Wasser aus. Der Mensch kann Tage ohne Nahrung verbringen, einige Zeit ohne Wasser, doch nur wenige Minuten ohne Atemversorgung.

In Ländern wie Indien, China, Ägypten und Griechenland wurde die Atemkraft als zentrales, verbindendes Element von Körper, Geist und Seele gewürdigt und gepflegt.

- Im indischen Begriff aus dem Sanskrit ist mit *Atman* der Atem und das individuelle Selbst gemeint.
- Das chinesische *Qi* meint: Lebenshauch ebenso wie Lebensenergie.
- Das griechische *Pneuma* bezieht sich auf Luft, Hauch und Geist.

Unser Körper befindet sich in einem ständigen Auf- Ab- und Umbauprozess.

Hier soll ein kleiner Einblick in den umfassenden Atemprozess gegeben werden.

6.6.1 Biologischer Ablauf der Atmung

Nach Wenk (1991) wird der Gasaustausch und die Atembewegung wie folgt beschrieben:

Der Austausch vom eingeatmeten Sauerstoff und ausgeatmeten Kohlendioxyd findet in den Lungenbläschen statt. Das Blut transportiert den Sauerstoff bis zu jeder einzelnen Zelle, wo die Energiegewinnung stattfindet und transportiert das Stoffwechselprodukt Kohlendioxyd wieder ab. Kohlendioxyd ist im Blut als Säure zu finden. Die Lunge und die Nieren dienen dem Körper als Schaltstellen für die Erhaltung des Säure-Basen-Haushalts und garantieren damit die Funktionsfähigkeit des Organismus (Wenk, 1991, S. 201).

- Einatmung:
Die Atembewegung, der Vorgang des Gasaustausches in den Lungen, ist eine dreidimensionale Dehnung des Atemraums und bewegt unseren Körper von Geburt an. So wird beim Einatmen das Zwerchfell gesenkt, dadurch auch der Bauchraum, die Organe werden komprimiert, die Bauchdecke und der Beckenboden geben Raum, der durch die Leisten bis zu den Beinen wahrgenommen werden kann. Auch der Brustkorb weitet sich, das Brustbein hebt sich an, der Atemraum bis unter die Schlüsselbeine wird spürbar.
- Ausatmung:
Beim Ausatmen wiederum schwingt alles wieder in die Ausgangslage zurück. Es sind Muskeln, Gewebe, Faszien und die davon umfassten Skelettteile in die Atembewegung eingebunden. Die Bauchmuskeln z.B. sind in eine kräftige Zwerchfellatmung involviert und sind als Gegenspieler der Lendenwirbelsäule unmittelbar an der aufrechten Haltung beteiligt. Die Magen- und Darmperistaltik, die Arbeit der Nieren und das vegetative Nervengeflecht (Solar Plexus) werden von der Atembewegung unterstützt (Wenk, 1991).

Das Druckverhältnis zwischen der Ein- und Ausatmung unterstützt Systeme wie z.B. das Lymphsystem und die Herzkreislauffunktion. Als Atembewegung bezeichnet man die Ausdehnung beim Einatmen, das Absinken beim Ausatmen und die Phase der Atem Ruhe.

An dieser Bewegung sind zahlreiche Muskeln beteiligt, die in der Fachliteratur als Ein- und Ausatemmuskeln bezeichnet werden. Durch den Vorgang des Einatmens senkt sich das Zwerchfell in den Bauchraum und gleichzeitig weitet sich der Brustkorb, dehnt sich aus und hebt sich. Dadurch verändert sich die Haltung der Wirbelsäule. Beim Ausatmen schwingt das Zwerchfell wieder zurück, der Brustkorb senkt sich unterstützt durch die Ausatemmuskulatur (Middendorf, 1991).

Die Atemfrequenz eines Erwachsenen beträgt ca. 30 Atemzüge pro Minute. Die Bewegung wird beeinflusst vom allgemeinen Muskeltonus, der individuellen Form und Beweglichkeit der beteiligten gelenkigen Verbindungen, vom elastischen Bau des Brustkorbs, von der Haltung der Person und letztendlich von der Bewegung die eben jetzt gemacht wird (Wenk, 1991).

Die Atemregulation findet im Atemzentrum, in der Medulla Oblongata, verlängertes Mark, statt. Von dort leiten die Nervenbahnen Reize an die Atemmuskulatur. Unter dem Begriff Atemregulation fasst man die Steuerungsvorgänge zusammen, welche die Atmung bzw. die Ventilation an die jeweilige Stoffwechselsituation anpassen, und dadurch die ausreichende Versorgung der Körperzellen mit Sauerstoff gewährleisten (Wenk, 1991).

Im Folgenden soll mittels der Beschreibung der Atemtherapie das Augenmerk auf das Potential, das die Atmung in sich birgt, hingewiesen werden.

6.6.2 Atemtherapie

Atemtherapie wird verstanden als eine Methode der

- Gesundheitsvorsorge und eine
- pädagogische Methode zur Entwicklung der Persönlichkeit, oft als Ergänzung zur Psychotherapie und Organmedizin.
- Atemtherapie ist nicht das Einübung bestimmter Atemtechniken die vermeintlich falschen Atemmuster korrigieren, oder das Atemvolumen vergrößern soll.

„Das wesentliche Element in der Atemtherapie ist demnach eine Schulung der – auf die Empfindung des Atems gerichtete – Körperselbstwahrnehmung, die zu einem erfahrbaren, präkognitiven Verständnis der inneren Beziehung von leiblichen und seelischen Prozessen führen soll“ (Mehling, 2010, S. 159).

6.6.2.1 Elemente der Atemtherapie

Nach Mehling (2010) haben verschiedene Richtungen der Körpertherapie und Körperarbeit wie z.B. Feldenkrais, Yoga, Alexandertechnik, und Entspannungsverfahren wie autogenes Training, Progressive Relaxation, Meditation den gemeinsamen Nenner, die

Aufmerksamkeit auf die sensorischen Körperempfindungen zu lenken. Die Aufmerksamkeitsschulung lenkt vom Denken zum Spüren der eigenen proprio- und introzeptiven Wahrnehmungen. Die Körperwahrnehmung steht im Fokus um einen Entspannungs- bzw. einen meditativen Geisteszustand zu erreichen. Das Schulen der Körperselbstwahrnehmung ist ein zentrales Element. Diese wird in der Medizin als Propriozeption, als Wahrnehmung des Muskelsystems, auf Basis neurologischer Grundlagen wie Rezeptoren und neurale Bahnen benannt. In der jüngeren psychologischen und neurologischen Forschung hat sich der Begriff Introzeption etabliert, der hier erklärt wird (Mehling, 2010):

6.6.2.2 Definition Propriozeption

Propriozeption wird aus neurologischer Sicht als die Fähigkeit verstanden, Nervenimpulse aus Muskeln, Sehnen und Gelenken wahrzunehmen, die uns deren Spannungszustand und Stellung im Raum erkennen lassen, *Proprio-* steht für *eigen* und *-zeption* für *sinnliche Wahrnehmung* also sinnliche Eigenwahrnehmung. *Extrozeption* meint die Sinne wie Riechen, Hören, Sehen, Schmecken und Berührung die unsere Innenwelt mit der Außenwelt verbinden (Mehling 2010, S. 161).

6.6.2.3 Definition Interozeption

Bedeutet die Vorgänge aus dem inneren des Körpers als Reize wahrzunehmen. Das ist eine wesentliche Voraussetzung für unser subjektives Wohlbefinden. Gefühle wie: Gesundsein oder Kranksein sind ebenso von der inneren Bewertung abhängig wie die emotionalen Gefühlslagen von glücklich und unglücklich. Durch die interozeptive Wahrnehmung wird die Bildung eines Körperschemas ermöglicht (Mayer, 2016). Namhafte Experten wie Vaitl (1993, 1997), Cameron (2001), Damasio (1999) haben aus ihren Fachgebiet der biologischen Psychologie und Neurologie den Begriff der *Introzeption* als eine: „aus dem Körperinneren stammende sensorischen Wahrnehmung, z.B. von Atmung, Kreislauf und Gastrointestinaltrakt, neben der Propriozeption“ (zit. n. Mehling, 2010, S. 161), bezeichnet.

Die Begrifflichkeit hat ihren Stellenwert auch in der psychosomatischen Medizin, wo sie als eine Möglichkeit betrachtet wird, den Leib mit der Seele zu verbinden. Die Frage nach einem „Körper-Selbst“ wird nach Thomä (1992) von der körperorientierteren Psychotherapie insofern beantwortet, als Propriozeption als neurologische Grundlage gesehen wird. Der „Sens of Self“ muss durch Propriozeption immer wieder aufgebaut werden. Forschungsergebnisse zum Ich-Bewusstsein, durchgeführt vom amerikanischen Neurologen Damasio (1999; zit. n. Mehling, 2010, S.161) unterstreichen seine Theorie, dass es ohne Propriozeption oder Introzeption kein Selbst gibt. Mittels bildgebenden

Verfahren konnte der Zusammenhang zwischen Introzeption, neuronalen Verbindungen und Gehirnarealen, insbesondere der anterioren Insula, als Teil der Insula, festgestellt werden. Ebenfalls wurde von Hölzel (2008), Lazar (2005) und Grossmann (2004) erforscht, dass eine größere Neuronen Dichte, und kortikale Dicke der anterioren Insula entsteht, wenn der Aufmerksamkeitsfokus auf der Atmung liegt (zit. n. Mehling, 2010).

Weiters konnte ein Zusammenhang zwischen chronischen unspezifischen Rückenbeschwerden bei wenig ausgebildeter Introzeption festgestellt werden. Hier wird Atemtherapie bzw. Aufmerksamkeitsschulung mit Fokus Atmung empfohlen. Klinische Untersuchungen konnten des Weiteren zeigen, dass bei Rehabilitation von Knieverletzungen und in der Sturzprophylaxe von geriatrischen Patienten das Üben der propriozeptiven Wahrnehmung zu empfehlen ist (Mehling, 2010).

6.6.3 Atemerfahrung

Der besondere Fokus der Atemtherapie liegt auf der „Wahrnehmung einer Beziehung zwischen Seelischem und Leiblichem“. Für das psychosomatische Therapieverständnis bedeutet es, dass mit dieser nach innen gerichtete Aufmerksamkeit eine geniale Schnittstelle zwischen dem autonomen und dem willkürlichen Nervensystem entsteht (Mehling, 2010, S. 162).

- Die Steuerung der Atmung vom autonomen Nervensystem entspricht unserer unbewussten, autonomen Atmung.
- Die willentliche, bewusste Atmung wird über das willkürliche Nervensystem gesteuert, wo die Qualität der Atmung willentlich beeinflusst wird.
- Mit dem *erfahrbaren Atem* soll der unbewusste Atem bewusst erfahrbar gemacht werden ohne ihn willentlich zu beeinflussen (Middendorf, 1991).

Je nach Atemfokussierung unterscheidet man die verschiedenen Ansätze der Atemtherapie. Den unterschiedlichen Therapieformen gemeinsam ist die Überzeugung, dass den Patientinnen und Patienten, den Klientinnen und Klienten, den Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer die Möglichkeit geboten wird, ihre ursprüngliche Lebenskraft, das Selbst als Potential zu erfahren.

Nach Fischer (1998; zit. n. Mehling, 2010) ist das Ziel der Atemtherapie ein: „idealtypische Konstrukt“ eines Menschen, der sich physisch in einem idealen (muskulären und vegetativen) Spannungszustand befindet und seelisch an seine Kreativität und Wesenskraft angeschlossen ist“.

Ein anderer wesentlicher Teil der Atemtherapie ist das innere Umschalten vom alltäglichen Denken zum Spüren.

Die Entspannung wird als meditative Geistesverfassung und nicht wie früher als Zustand zwischen Einschlafen und Wachsein verstanden. Der gehaltene Entspannungszustand wird als Übungsziel verstanden. Der Übende soll sich durch bewusstes Loslassen dem autonomen Atemrhythmus überlassen, um so eine vertiefte körperliche Selbstwahrnehmung zu erreichen. In diesem Entspannungszustand kann auf frühe Erinnerungsspuren aus der Kindheit zurückgegriffen werden (Vaitl, 2004).

Uexküll et al. (1994; zit. n. Mehling, 2010, S. 61) beschreiben, dass gespürte und gefühlte Erinnerungen nach Namen und Begriffen drängen. Hier steht im Vordergrund, dass der Fokus der inneren Aufmerksamkeit bleibt und nicht mit diesen Erinnerungsspuren, Assoziationen und Gefühlen aus der Vergangenheit nach wandert. Es wird zwischen der

- perzeptiven,
- affektiven und
- kognitiven Aufmerksamkeitsebene unterschieden.

Kann die Person auf der perzeptiven, nicht wertenden Aufmerksamkeitsebene bleiben, kann sie sich dem „Proto – Selbst“ nach Damasio (2011), dem „Körper – Selbst“ nach Johnen (1998) oder der Entwicklung des Körperschemas bzw. Körperraumbild nach Meyer(1989). stellen.

Die Atemtherapie hat zum Ziel, über die Sammlung des Atems dem Menschen von seinem psychosomatischen Befinden zum Erleben einer erneuerten „Sense of Self“ zu verhelfen die durch Introzeption des rhythmischen Atmens entsteht.

In der Befragung von Atemtherapeuten durch Mehling (2010) wurde deutlich der Gesundheitsförderungsaspekt aufgezeigt. Im Sinne Antonovskys: die Stärkung der Widerstandsressourcen.

6.6.4 Was bewirkt die Atmung:

Die Atemtherapie ist bekannt als pädagogische Methode zur Persönlichkeitsentwicklung und hat damit als gesundheitsfördernde Maßnahme ihren Stellenwert. Ihr Ziel ist es die Körperselbstwahrnehmung – Proprio- und Introzeption – mittels der Atmung zu schulen. Das Verständnis für die inneren Beziehungen von leiblichen und seelischen Vorgängen steht in Vordergrund. Bildgebenden Verfahren belegen die neurologischen Abläufe im Gehirn. Der Körper kann in seiner sensorischen Eigenwahrnehmung als die Grundlage des Selbstempfindens - “Sense of Self“ – betrachtet werden. Der Atem soll mit nach innen gerichteter Aufmerksamkeit wahrgenommen, jedoch nicht gelenkt oder verändert werden (Mehling, 2010).

6.6.4.1 Das Wesen der Atmung

Durch unbewusste rhythmische Ein- und Ausatmung oder durch bewusste sprachliche Äußerung steht der Mensch im ständigen Austausch mit seiner Umwelt. Der Atemrhythmus wird durch z.B. Bewegung, Kontakt, emotionale Erregung und anderen Umweltfaktoren beeinflusst. Es entsteht ein ganz individuelles Atemmuster im lebenslangen Entwicklungsprozess. Es konnte von Bloch (et al. 1991; zit. n. Steinaecker, 2010, S.177) der enge Zusammenhang zwischen der Atmungsfrequenz und den fünf Grundgefühlen wie Freude, Angst, Zorn, Zuneigung und sexuelle Lust wissenschaftlich belegt werden.

Steinaecker führt aus: „Diese enge Wechselbeziehung von Atem zur Umwelt, Körperhaltung, seelischer Verfassung, Bewegung, Denken und Sprechen bzw. Stimme und Gesang bildet die Basis der Atem- und Leibtherapien“ (2010, S. 177).

Über die Atmung ist es dem Menschen möglich, zu seinen verdrängten Emotionen Zugang zu finden und Kräfte zur Selbstregulierung und Selbstheilung zu nutzen.

Folgende Arbeitsfelder, wie von Steinaecker (2010) beschrieben, ergeben sich daraus:

- Förderung der Eigenverantwortlichkeit über Körperspürarbeit im Bereich der Prävention/Gesundheitserziehung und persönlicher Entwicklung
- Tonus-Regelung bei Stress und allgemeiner Belastung
- Verbesserung der sozialen Integration durch Erweiterung des individuellen Ausdrucks der Gestaltungsmöglichkeit
- Behandlung und Mitbehandlung psychosomatischer Beschwerden
- Koordination der Atem- und Körperbewegung zur Vermeidung von Überanstrengung innerhalb der Funktionsabläufe und zur Steigerung der Stress- und Leistungsfähigkeit
- Abbau von Atemstörungen
- Kräftigung der Atmungsorgane und der Atemmuskulatur
- Begleitung seelischer Prozesse, die durch Atem- und Körperarbeit ausgelöst werden

Die Atemarbeit ist ein nicht symptomorientiertes Verfahren, das bewusst an der leiblichen, geistigen, seelischen und sozialen Komponente des Menschen ansetzt. Atemarbeit ist eine Möglichkeit der Persönlichkeitsentwicklung sowie der Gesundheitsvorsorge. Elemente der Übungen können sein: Körperspür- und Kontaktarbeit, das Zulassen des Atemflusses, die direkte und indirekte Beeinflussung der Atmung, die Tonus-Regulation, die indirekte Atemführung, die Bewegungsübungen, die Ruhelagerungen, die Übung mit der Stimme, Sprache und Gesang, das kognitive Aufarbeiten des Erfahrenen in Form der Reflexion (Steinaecker, 2010, S.177).

Achtsamkeit ist eine Notwendigkeit um diese Atemvorgänge und -wirkungen wahrnehmen zu können und darauf wird im kommenden Abschnitt eingegangen.

6.7 Achtsamkeit

Was bedeutet Achtsamkeit?

Achtsamkeit ist: „Bewusstsein und Aufmerksamkeit gegenüber gegenwärtigen Erfahrungen“ (Grossmann, 2004, S. 109). Achtsamkeit ist in unserem Sprachgebrauch häufig anzutreffen, meist unter ganz unterschiedlichen Bedeutungen. So werden Begriffe assoziiert wie: Fürsorge, Sorgfalt, Vorsicht, Behutsamkeit, Bedacht, Beachtung oder Berücksichtigung (Grossman, 2004).

Die Achtsamkeitspraxis hat ihre Wurzeln in der zweieinhalbtausend Jahre alten ‚Satipatthana-Sutra‘ der buddhistischen Lehren.

Aus buddhistischer Sicht, dem Ursprung der Achtsamkeit als Meditations- und Transformationspraxis bedeutet das: „Achtsamkeit beinhaltet eine Reihe nicht nur kognitiver, sondern auch emotionaler, sozialer und ethischer Dimensionen, in die sie eingebettet ist und die weit über die herkömmliche Unterteilung von Konditionierung, Aufmerksamkeit und Bewusstsein in der wissenschaftlichen Psychologie hinausgeht“ (Grossman, 2004, S. 109). Als Bausteine der Achtsamkeit werden:

1. Die bewusste Lenkung der Atmung
2. Gegenwärtigkeit
3. Akzeptanz
4. Der „innere Beobachter“

bezeichnet (Harrer, 2016)⁸.

Die hier beleuchteten Aspekte der achtsamen Atmung beziehen sich zwar auf die alten Weisheiten der buddhistischen Lehren, sind jedoch nicht religiös oder esoterisch zu werten. Sie sind für jedermann zugänglich, immer und überall. Ihr Potential möchte entdeckt werden.

⁸ Zugriff am 28. Juni 2016 unter <http://www.achtsamleben.at/definition/>

6.7.1 Achtsamkeit und Atmung

In den verschiedenen Buddhistischen Schulen werden unterschiedliche Meditationsformen eingesetzt. Fast allen gleich ist: sie beginnen mit einer Fokussierung auf körperliche Empfindungen, die mit der Atmung verbunden ist. In den meisten Fällen beginnt das Üben von Achtsamkeit mit der Beobachtung der Atmung. Der Atem stellt das „Vehikel“ und das zentrale Eingangstor zur Achtsamkeit um Zugang zu inneren und äußeren Prozessen zu erlangen (Harrer, 2016).

6.7.1.1 Aspekte der Achtsamkeit

Das Augenmerk liegt auf einer übenden Praxis, die die Aufmerksamkeit auf die eigenen Empfindungen, Gedanken und Emotionen und körperlichen Befindlichkeiten lenkt. Dafür ist ein gewisser affektiver, gefühlsoffener Geisteszustand Voraussetzung. In der buddhistischen Psychologie bedeutet das, Gefühle wie Freundlichkeit, Mitgefühl, Sanftmut, Akzeptanz und Toleranz u.e.m. zu kultivieren. In der übenden Praxis wendet man sich Gefühlen bewusst und achtsam zu, übt seine Konzentration aufrecht zu halten um eine freundliche, tolerante und offene Haltung zu entwickeln. Dies erfordert eine gewisse ethische Grundhaltung zu finden, die in vielen Aspekten dem Konzept der Selbstsorge entspricht. Das Verständnis von Achtsamkeit in dem hier beschriebenen Kontext ist: die Auffassung einer *expansiven* - sich ausbreitenden, *inhärenten* - schon immer zugehörigen als Teil einer Sache, *transformativen* - also umwandelbarer und übertragbarer Aufmerksamkeit (Grossman, 2004, S. 107-139).

6.7.1.2 Aspekte der achtsamen Atmung

Das Üben von Achtsamkeit beginnt, in dem hier angesprochen Kontext, mit der Beobachtung der Atmung und mit einer Bewusstmachung der körperlichen Empfindungen, die mit der Atmung verbunden sind, ohne das Atemmuster zu verändern. Das schult die sensorischen Empfindungen gegenüber der Atmung (Atemfluss, Tiefe, Häufigkeit, Regelmäßigkeit).

Es ist belegt, dass durch regelmäßiges und fortwährendes Üben dieser inneren Beobachtungen langsam ein Verständnis für das Selbst und das Umfeld entstehen kann. Der Atem wird als Leitfaden und als Anker verwendet.

Die Aufmerksamkeit wird zumeist auf die körperlichen Empfindungen gelenkt, die durch die Atmung entstehen ohne dabei bewusst die Atmung zu verändern. Der anfängliche Fokus liegt also auf der Aufrechterhaltung des Bewusstseins gegenüber der Atmung (Atemfluss, Atemtiefe, Häufigkeit und Regelmäßigkeit). Dadurch entwickelt sich die Fähigkeit zur Konzentration und die Aufmerksamkeit breitet sich langsam weiter aus und erstreckt sich

auch auf andere körperliche Empfindungen, die mehr oder weniger mit den Atemprozessen zusammenhängen (Grossman, 2004). Dieser Focus auf die Innenwelt, auf leibliche Empfindungen ist der Brückenschlag zum verstehenden Ansatz in der Psychomotorik (Seewald, 2008).

6.7.1.3 Psychologische und physiologische Aspekte

Auch aus psychologischer Sicht gibt es Gründe, warum sich der Atemvorgang für die Entwicklung von Aufmerksamkeit anbietet:

- Es handelt sich bei der Atmung um eine physiologische Funktion, die für das Leben selbst unumgänglich ist. Der Atem ist immer zugänglich für alle Sinne wie das Riechen, das Schmecken, das Sehen, das Hören, etwas berühren, propriozeptiv, kinästhetisch und interozeptiv. Normalerweise wird der Atemvorgang jedoch nicht einmal bewusst wahrgenommen, obwohl ständig sensorische Informationen geliefert werden.
- Durch den Atemvorgang arbeitet die Lunge in einem bestimmten Rhythmus, der wiederum durch die Atmung verändert werden kann. Vom Rhythmus der Lunge sind weitere Körpersysteme abhängig wie: Herzschlag, Blutdruck und Aktivitäten des Zentralnervensystems. Durch achtsames Atmen lassen sich lebensnotwendig Prozesse direkt und auch indirekt steuern.
- Das Atemmuster ist nie dasselbe, sondern passt sich in jedem Moment an, gleicht durch Mobilisierung andere Körpersysteme aus und ermöglicht es dem Körper zu reagieren. Schon durch den Prozess des Achtsamwerdens verlangsamt und vertieft sich die Atmung und damit verändert sich auch der Herzschlag. Andere Körpersysteme kommen dadurch ihrem ursprünglichen Rhythmus wieder näher.
- Ein anderer Aspekt der achtsamen Aufmerksamkeit der Atmung ist jener, dass das Atemsystem unter bewusster Kontrolle arbeitet, aber auch unter unbewusster Kontrolle z.B. im Tiefschlaf. Nur der ursprünglichste Teil des Gehirns, das Stammhirn steuert den Austausch von lebenswichtigen Gasen. Das bedeutet wiederum, dass die achtsame Aufmerksamkeit auf die Atmung auch als Mittler zwischen Bewusstsein und Unterbewusstsein dienen kann.

Durch regelmäßiges und fortwährendes Üben dieser inneren Beobachtung und Erforschung kann allmählich ein anderes Verständnis für das Selbst und die Welt wachsen (Grossman, 2004).

6.7.1.4 Jon Kabat-Zinn

Der Medizinprofessor Jon Kabat-Zinn erkannte den Wert der darin enthaltenen Meditationen für unser Leben im 21. Jahrhundert und entwickelte seit 1979 aus diesen

Übungen ein medizinisches systematisches Programm zur Stressbewältigung, das unter dem Namen MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction = Stressbewältigung durch Achtsamkeit) bekannt ist. Immer mehr Menschen unterstützen mittels dieser Achtsamkeitspraxis eine umfassende gesunde Lebensführung. Im Laufe der vergangenen dreißig Jahre wurde das MBSR-Programm vor allem an der Universität Massachusetts umfassend wissenschaftlich erforscht. Inzwischen gibt es zahlreiche Studien, die die Wirksamkeit des MBSR-Programms und der darin enthaltenen Achtsamkeitsmeditationen belegen (Kabat-Zinn, 2011). Sein Verständnis über den Zusammenhang von Gesundheit, Gleichgewicht, Körperlichkeit und Achtsamkeit meint, dass wir Menschen in einem dynamischen Gleichgewicht, Gesundheit, aber auch in einem kollektiven Gleichgewicht, Gemeinwohl leben wollen. „Es sollte ein Gleichgewichtsein, welches unserer Verschiedenheit Rechnung trägt, unsere jeweiligen kreativen Potentiale fördert und uns die Möglichkeit eröffnet, frei zu sein von willkürlicher Gewalt und von dem, was unsere wichtigsten Lebensgrundlagen bedroht.“ (Kabat-Zinn, 2011, S. 18).

Eine Übung aus diesem Programm für Laien wird im Praxisteil vorgestellt

7 Psychomotorisches Praxiskonzept

7.1 Theoretische Überlegungen

In der Psychomotorik wird bei der Bewegung und Körperlichkeit/Leiblichkeit des Menschen direkt angesetzt. Diese Grundannahmen: „Ich bin mein Körper und mein Körper bin ich“ eröffnet die Möglichkeit psychomotorisch an der Unmittelbarkeit des Menschen zu arbeiten. Der Körper/Leib, der gleichzeitig auch als Medium verstanden wird: „ich habe meinen Körper und meine Bewegung“ (Seewald, 2012, S. 58) birgt das Potential der Veränderbarkeit und die Möglichkeit der Spiegelung der eigenen Bewegung und Körperlich- bzw. Leiblichkeit. In der psychomotorischen Gesundheitsförderung stellt sich die Frage nach einer Balance in unterschiedlichen Bereichen: in der Bewegung, im Körpergefühl und in der Entspannung einerseits und andererseits betrifft Balance auch Lebensbereiche wie: Umgang mit Ernährung, mit Nähe und Distanz in zwischenmenschlichen Beziehungen, in der Arbeit und Freizeit, mit Genuss und Entsagung.

Die Psychomotorische Gesundheitsförderung bietet den Rahmen, in dem sich die Menschen selbst in diesen Fragen begegnen können (Seewald, 2012, S. 57).

7.1.1 Konzept der Selbstsorge

Das Konzept der Selbstsorge ist auf einem von fünf von der WHO erstellten Handlungsfeldern angesiedelt. In dem Konzept der „persönliche Kompetenzentwicklung“, ist der Selbstsorge ein besonderer Stellenwert zugeteilt. Der französische Philosoph Soziologe und Psychologe Michel Foucault (1926-1984), greift ein aus der Antike stammendes Konzept wieder auf und Schmid (1998; zit. n. Seewald, 2012, S. 57) integriert es in seine Philosophie der Lebenskunst. Es ist ein „um-sich-selber-Kümmern“, eine Art der „Selbst-Bemutterung“, ein reflexiver Prozess der ängstlichen Sorge. Nach dem Vorbild einer „Guten Mutter“ wird durch eine Verlagerung nach Innen aus Fremdfürsorge die Selbstsorge (Seewald, 2012).

7.1.1.1 Was ist Selbstsorge?

Selbstsorge wird als die aktive Gestaltung des eigenen Lebens, als die Basis eines erfüllten und glücklichen Daseins in Balance, verstanden. Sie ist nicht das Gegenteil von Egoismus. Die Grundlage ist, sich selber vertrauen zu können, um die eigenen Grenzen zu wissen und seine Entwicklungspotentiale zu kennen.

Zu Beginn steht die Sorge um die eigene Person und die Erforschung und Ausbalancierung der eigenen Bedürfnisse und Wünsche. Die Selbstsorge lässt Potentiale erkennen und diese auch nutzen. Eigene Stärken werden erarbeitet und erlebbar gemacht. Diese werden als „Ressourcen-aktivierendes Empowerment“ freigesetzt. Als lebensbegleitendes Projekt bestimmt die Selbstsorge die Einstellung zum Leben (Bostelmann, Institut für Selbstsorge)⁹.

Seewald (2012) schlägt dafür einen vierstufigen Prozess vor:

- 1. Stufe: Das was ist soll erfahrbar gemacht werden. Relevant Fragen dafür sind: wie fühle ich mich, welche Bedürfnisse kann ich leben und welche schiebe ich zur Seite? Es geht in diesem Prozess darum zu erfahren, welche Lebensbereiche betroffen sind und das bewusst und besprechbar zu machen.
- 2. Stufe: Auf dieser Stufe sollen Veränderungswünsche thematisiert werden. Wo kann ich Balance fühlen, welche körperlichen Signale kann ich wahrnehmen, wie kann ich Anforderungen begegnen.

⁹ Zugriff am 22. Juni 2016 unter <http://www.selbstsorge.de/institut-fuer-selbstsorge/das-konzept-der-selbstsorge/>

- 3. Stufe: Hier wird mit Veränderungsstrategien experimentiert und Erfahrungen werden gemacht. Wie fühlt es sich an, wenn ich etwas anders mache, mich auf Ungewohntes einlasse?
- 4. Stufe: In diesem anschließenden Prozess geht es um die Frage, wie ich Veränderungen in meinen Lebensalltag integrieren kann und zu Gewohnheiten mache.

Diese Prozesse sind hier idealtypisch dargestellt. Es wird jedoch kein Ziel von außen vorgegeben, sondern die Unterstützung zur Selbstsorge angeboten. Das Menschenbild ist dem der Entwicklungsförderung zuzuordnen und der Mensch wird als Akteur seiner eigenen Gesundheit gesehen.

7.1.2 Das Konzept der „reflexiven Leiblichkeit“

Seewald (2007, S. 95) beschreibt dieses Konzept wie folgt: als Teil einer neuen Orientierungsform, die aus dem Bewegungsverständnis der Moderne, dem Verständnis von Körper und Bewegung der Postmoderne und nun als „Überwindung“ und Hinwendung zur eigenen leiblichen Sensibilität zu verstehen ist. Es verortet die Leiblichkeit als Quelle von Differenzerfahrungen, denen man auch misstrauen darf d.h. dass man Sachverhalte auf ihre gefühlte Stimmigkeit reflektiert (Seewald, 2012). Nach Wienands (2014) kann der Körper als Ressource genutzt werden um Wahrnehmungen, Gefühle, Bewegungen oder Interaktionen zu ermöglichen, die in einem bisher eher problematischen Kontext nicht möglich schienen.

Im folgenden Kapitel werden die Ziele, die den Einheiten immer zu Grunde liegen sollten und die notwendigen Rahmenbedingungen dargelegt.

7.2 Praktische Umsetzung

Haas (2014, S. 37) schlägt eine

- erfahrungs- und handlungszentrierte Arbeitsweise vor. Es ist von der Annahme auszugehen, dass Erfahrungen in der Bewegung und mit dem Leib zur Erweiterung der Erfahrung und der Handlungsmöglichkeiten führen. Das Augenmerk liegt auf der aktuellen Erfahrung und deren begleitenden Empfindungen, Wahrnehmungen und Gedanken. Aufgabenstellungen werden und Bewegungsangebote sollen so offen wie möglich und so strukturiert wie nötig angeboten werden. Es sollen Freiräume zum Experimentieren geöffnet werden. Dadurch wird die Möglichkeit der individuellen Entwicklung geschaffen.

Ebenso eignet sich das Model der

- funktional-übungszentrierten Vorgehensweise, bei der das Kennenlernen und beeinflussen von leiblichen Funktionen wie Atmung, Spannung, Koordination, Flexibilität und eigene Kraft im Fokus stehen. Ebenso soll dem Erlernen von Bewegungstechniken und -fertigkeiten, Körperwahrnehmungs- und Entspannungstechniken Platz eingeräumt werden. Die Wahrnehmung fokussiert den Augenblick. Die Teilnehmer sollen sich ihrer Befindlichkeit im Hier und Jetzt bewusst zu werden und durch reflexive Fragen den Bezug zum Alltag herzustellen. Das Ziel ist den eigenen Wahrnehmungen zu vertrauen und darauf achtend adäquat zu handeln (Haas, 2014).

7.2.1 Gruppenregeln als sicheren Rahmen:

Um die Bedeutsamkeit der psychomotorischen Gesundheitsförderung zu unterstreichen soll ein geschützter Raum definiert werden, wo bestimmte Verbindlichkeiten, wie Zeitrahmen, Pünktlichkeit, Anpassung an die räumlichen Gegebenheiten, Arbeitsmaterial und Basisinformation über die Arbeitsweise festgelegt werden.

7.2.2 Themenfindung:

Haas (2014, S. 27) hat dafür eine Ermittlungsstrategie des multifaktorellen Gesamtbildes entwickelt in den Rahmenbedingungen analysiert werden nach den Gesichtspunkten der Lebensweltanalyse, Analyse der gesundheitlichen Störungen, Analyse von Bewegung und Leiblichkeit, thematische Analyse, Interaktionsanalyse und den Gesichtspunkt der Anforderungen und Ressourcen.

Mögliche Themen des Körper-und Bewegungsangebots können sein:

- Das Gleichgewicht finden und bewahren
- In Kontakt kommen – Nähe regulieren,
- Sich abgrenzen – Nein sagen,
- Anspannung – Entspannung,
- Sein eigenes Tempo – seinen Raum finden,
- Den Kontrast von Sicherheit und Risiko erleben.

So kann die psychomotorische Gesundheitsförderung Erfahrungsräume schaffen, um mit Abstand einen Überblick über die eigene Situation im Leben zu bekommen. Lebensnahe Situationen fördern den Austausch und wird der Transfer in den Alltag ermöglicht (Seewald, 2007).

7.2.3 Zielgruppen:

Aus salutogenetischer Sicht sind alle Menschen mehr oder weniger gesund. Nach Seewald ist allerdings Gesundheitsförderung dann fruchtbar, wenn der Mensch seine Gesundheit als kostbares und verlierbares Gut erlebt (Seewald, 2012). In diesem Arbeitskonzept werden Erwachsene mittleren Alters angesprochen. Personen, die an einer Erweiterung ihres Selbstkonzepts arbeiten wollen und interessiert sind sich mit ihrem Körper, ihrer Gesundheit durch Entspannung aktiv auseinander zu setzen.

7.2.4 Anwendungsperspektiven der Entspannung durch achtsame Atmung im Rahmen psychomotorischer Gesundheitsförderung

Die vorangegangenen Darlegungen sollen nun zu einer Anwendungsmöglichkeit der Entspannung durch achtsame Atmung und psychomotorisch orientierter Gesundheitsförderung entwickelt werden. Einige von Seewald (2012) dargelegten zentralen Aspekte sollen wie folgt herausgehoben werden:

- Das grundlegende Thema der Gesundheitsförderung ist die Balance
- Diese betrifft alle wichtigen Lebensbereiche und die psychomotorisch orientierte Gesundheitsförderung bietet Situationen, in denen sich die Klienten mit diesen Fragen auseinandersetzen können
- Als Ziel wird die Hinführung bzw. die Unterstützung der Selbstsorge bezeichnet
- Dafür dient das Konzept der reflexiven Leiblichkeit

7.2.4.1 Die Achtsamkeit der Psychomotoriker/innen

Nach Weiss, Harrer und Dietz (2011) lassen sich folgende Aspekte aufzeigen:

- Eine präsente und ungeteilte Aufmerksamkeit, genaues Beobachten und gleichbleibendes Interesse
- Die Fähigkeit, intensive Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten
- Akzeptierende Haltung und erhöhte Empathie Fähigkeit
- Höhere Toleranz gegenüber der eigenen Grenzen
- Tiefes Verständnis dafür, wie Menschen ihre eigene Welt erschaffen
- Besserer Umgang mit eigenen narzisstischen Problemen
- Die Fähigkeit Theorien und Modelle als solche zu erkennen
- Glück und Freude

Weiss, Harrer und Dietz (2011) sehen die Fähigkeiten zur Achtsamkeit nicht nur als individuelle Gesundheitsvorsorge im Sinne der Selbstsorge, sondern geben ihnen auch eine zentrale Bedeutung im Dialog mit unterschiedlichsten Klienten, für die Qualität von

Kooperationsbeziehungen und für den Austausch zwischen Theorie und Praxis. Sie sehen einen engen Zusammenhang zwischen der Achtsamkeit der Psychomotoriker/in und einem gelungenen, begleiteten Setting und für einen gelungenen Dialog ist seine Resonanzfähigkeit von Bedeutung. Als Basis der psychomotorischen Gesundheitsförderung lässt sich ein Zusammenspiel zwischen dem vom Klienten ausgelösten körperlich-emotionalen Resonanzen beim Psychomotoriker/in feststellen. Wie ein Klient/in im Raum ist, sich bewegt, seine Ausstrahlung, die Abwehr oder Wunsch nach Nähe stellen wichtige Ressourcen für die praktische Arbeit dar.

Die Achtsamkeit für Themen der Gesundheitsförderung stellt ein weiteres Potential dar. Hier wird die Frage aufgeworfen, ob nicht all diese Themen letztendlich auf das Thema der Balance verweisen. Folgende Zusammenhänge werden von Weiss, Harrer und Dietz (2011) dargelegt: Alternativen zum Alltagsbewusstsein (monkey-mind), Umgang mit negativen Gedanken und Depression, Umgang mit Gefühlen, Erfahrung des Tun- und Sein-Modus, Prophylaxe und Früherkennung von Burnout, Schmerzbewältigung, Umgang mit schweren Krankheiten, enge Beziehungen und dem körperlichen Bezug. Damit liegt auch ein psychomotorischer leib-körperbezogener Zugang nahe.

7.3 Grundthema: Entspannung durch Atmung

Entspannung durch Atmung kann in der

- Eingangsphase als Einstieg in das Thema, in der
- Hauptphase zum Erlernen verschiedener Entspannungs- und Atemtechniken und ebenso in der
- Abschluss- und Neuorientierungsphase angeboten werden.

Exemplarisch werden hier ein eigenentwickeltes Konzept und der von Kabat-Zinn (2011) entwickelte Body-Scan vorgestellt.

7.3.1 Achtsamkeitspraxis

Im Folgenden soll hier eine Basisanleitung zur Achtsamkeit, Atmung und Entspannung in der Gruppe geben werden, die je nach Ziel der Einheit in den aufgelisteten Bereichen intensiviert und erweitert werden kann:

- Bewusstmachung des eigenen Körpers, der Auflagefläche, der Ausrichtung z.B. der Beine, des Beckens, der Schultern, der Arme, des Kopfes – Angebote zur Veränderung
- Erspüren von Spannung und Loslassen

- Erfahrbar machen der Atemräume
- Begrüßen der Emotionen
- Bewusst machen von Veränderung

Die Einheit beginnt mit der Einladung sich einen guten und passenden Platz zu finden. Im Sitzen/Liegen/Stehen werden Fragen formuliert:

- Bestandsaufnahme der momentanen körperlichen Befindlichkeit: wo spürst du dich?
- Bestandsaufnahme der emotionalen Befindlichkeit: welche Gedanken und Gefühle sind jetzt präsent?
- Wie sitzt/liegst/stehst du? Mach es dir gemütlich!
- wo im Körper sind Spannungen zu spüren – einzelne Körperteile werden angesprochen, mit der Einladung zum Loslassen, zum Entspannen.
- Spannungen die bestehen bleiben mit Wohlwollen und Akzeptanz begegnen.
- Beobachte, wo Atembewegung wahrzunehmen ist – bei jedem Ausatmen kommt Entspannung von selbst
- Lade andere Körperteile ein loszulassen
- Gedanken werden auftauchen und wieder verschwinden, werden kommen und gehen. Das ist auch ganz in Ordnung. Achte darauf, diese – zumindest während der Zeit der Übung – nicht weiter zu verfolgen.
- Wenn ein Gedanke auftaucht, leg deine Aufmerksamkeit auf die Spannungen im Körper, die mit diesem Gedanken verbunden sind.
- Gedanken und Spannungen wollen akzeptierend und wohlwollend betrachten werden.
- Fühle, wie es sich Spannung und wie sich Loslassen, Entspannung anfühlt.
- Manche Gedanken und Emotionen wollen länger verweilen – erlaub ihnen zu kommen und zu gehen – identifiziere dich nicht damit

Mit einiger Praxis lernt die Teilnehmerin, der Teilnehmer wie es sich anfühlt, den Muskeltonus, die Gedanken und Emotionen zu halten, anzuspannen und zu lösen, zu entspannen.

Je nach Gruppe folgt darauf eine Reflexion und Bestandsaufnahme der jetzigen Situation (Wetterlage) und ein Brückenschlag von der momentanen Befindlichkeit zum Thema der Einheit.

7.3.2 Body-Scan nach Kabat-Zinn (2011):

1. Legen Sie sich auf den Rücken und achten Sie darauf, während der ganzen Übung möglichst wach zu bleiben.
2. Schließen Sie die Augen, außer wenn Sie dazu neigen, einzuschlafen, dann ist es besser, wenn sie offenbleiben.
3. Während der ganzen Übung geht es nicht darum, etwas zu verändern oder zu erreichen. Es geht darum, einfach zu beobachten, was ist und es von Augenblick zu Augenblick so anzunehmen, wie es ist.
4. Beobachten Sie Ihren Atem, wie sich Ihre Bauchdecke hebt und senkt, ganz von selbst, ohne dass Sie etwas tun müssen. Einfach beobachten: ein und aus und Pause.
5. Nehmen Sie sich Zeit, den ganzen Körper wahrzunehmen als ein von Ihrer Haut umhülltes Ganzes.
6. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Zehen des linken Fußes. Beobachten Sie, was Sie in den Zehen wahrnehmen können: Temperatur, Berührung (wenn sie zugedeckt sind), ein Kribbeln, die Stellung der Gelenke, etwas Anderes oder vielleicht auch gar nichts. Das ist auch in Ordnung, eben ganz bewusst nichts zu spüren. Für manche Menschen ist die Vorstellung hilfreich, den Atem dorthin zu lenken, gleichsam in die Zehen zu atmen, und wieder aus ihnen heraus, die Vorstellung, wie der Atem durch die Nase einströmt, ein feiner Hauch, in die Lungen, weiter in den Bauchraum, ins linke Bein bis in die Zehen, und wieder zurück.
7. Gehen Sie für kurze Zeit mit der Aufmerksamkeit wieder zu Ihrer Atmung. Dann wenden Sie sich Ihren Fußsohlen zu, der Ferse, dem Knöchel. Und während Sie auch in diese Körperteile bewusst hinein- und wieder herausatmen, nehmen Sie alle Empfindungen wahr. Registrieren Sie sie und lassen Sie sie dann sogleich wieder los. Und fahren Sie dann mit der Übung fort.
8. Sobald Sie merken, dass Gedanken auftauchen, holen Sie Ihre Aufmerksamkeit zum Atem und zur jeweiligen Körperregion zurück.
9. Tasten Sie sich innerlich auf diese Art und Weise durch das linke Bein aufwärts, dann von den Zehen des rechten Fußes über das rechte Bein, den Rumpf, von den Fingern der linken Hand zur linken Schulter, von den Fingern der rechten Hand zur rechten Schulter, vom Hals über den Kopf bis zum Scheitel.
10. Die Aufmerksamkeit bleibt währenddessen auf den Atem und die verschiedenen Empfindungen in den unterschiedlichen Körperregionen gerichtet. Atmen Sie bewusst

dorthin und wieder heraus. Lassen Sie Empfindungen und Gedanken auch immer wieder bewusst los (Kabat-Zinn, 2011).

8 Diskussion

8.1 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen

In vorliegender Arbeit stand die Frage nach Entwicklung und Gesundheit im mittleren Erwachsenenalter im Vordergrund. In ihrem Verlauf werden die unterschiedlichen Zugänge, aber auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt. Zuerst findet die Entwicklung im Erwachsenenalter Aufmerksamkeit, die, besonders in dieser Zeitspanne, als etwas Alltägliches gesehen wird und oftmals unbemerkt geschieht. Verdeutlicht werden Veränderungsprozesse häufig erst mit der Bewältigung oder Nichtbewältigung von schwierigen Lebenssituationen. Das Forschungsgebiet des Erwachsenenalters ist als junges Gebiet der Entwicklungspsychologie zu betrachten in dem noch viele Forschungsfragen unbeantwortet sind. Die Entstehung einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne fokussiert diese Zeitspanne der Erwachsenen. Die hier in der Arbeit aufgezeigten Theoriemodelle von Bühler, Erikson und Havighurst geben Einblicke in die Komplexität des Themas der Entwicklung in dieser Zeitspanne. Eine Zusammenführung von Gesundheit und Entwicklung gelingt mit der Erkenntnis, dass Gesundheit die Voraussetzung jegliche Entwicklung ist. Das wird verdeutlicht durch das gesundheitswissenschaftliche Modell der Salutogenese von Antonovsky, dass die enge Verknüpfung gesundheitlicher Bedingungen und personaler Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigt. Seewald postuliert anhand einer Metapher: Ein Seiltänzer bewegt sich entsprechend seiner Lebens- und Entwicklungsphasen auf seinem Seil voran. Gleichzeitig ist er aber darauf bedacht, die Balance zu halten. Das Bild soll das dynamische Wachstum von Entwicklung bei zeitgleichem Ausbalancieren von Gesundheit verdeutlichen (Seewald, 2012). Anders ausgedrückt könnte man sagen, dass Gesundheit und Entwicklung untrennbar miteinander verbunden sind. Die Entwicklungsförderung unterstützt also den Menschen dabei den nächsten Schritt zu tun, während die Gesundheitsförderung darin unterstützend wirkt, die Balance zu halten. Überschneidungen lassen sich nach Zimmer und Reichenbach insofern feststellen, als die Förderung von Resilienz, Schutzfaktoren, Ressourcen und Selbstkonzept in der Gesundheits- als auch in der Entwicklungsförderung eine bedeutende Rolle spielen.

Ein Rückblick zeigt, dass sich die Menschheit bereits seit Urzeiten mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzt. Ihre Bedeutung und ihr Wandel muss in gesellschafts- und

sozialpolitischen Zusammenhängen gesehen werden. Um den Terminus *Gesundheit* fassbarer zu machen verwendet Gadamer den Begriff des *Wohlgefühls*, das für jeden von individuelle Bedeutung ist und auf unterschiedlichste Weise zu erlangen und zu erhalten ist. Nach Seewald (2008) lässt sich das Phänomen Gesundheit nur schwer fassen und sich eher aus seiner Abwesenheit heraus definieren. Positiv betrachtet, kann Gesundheit als Potential gesehen werden um: „etwas in der Welt zu bewirken, was nicht Gesundheit ist“ (Seewald, 2008, S. 88). Gesundheit also ein Balanceakt, um das eigene Maß zu finden. Diese Vorstellung von Gleichgewicht finden und halten hat eine lange Tradition und zeigt wiederum die Zusammenhänge mit Antonovskys Modell der Salutogenese (1997).

Wo sind Anknüpfungspunkte der Psychomotorik mit gesundheits- und entwicklungsfördernden Themen? Laut der Weltgesundheitsorganisation soll Gesundheit und deren Erhalt für jedermann immer zugänglich sein. Sie ruft damit zum aktiven Handeln auf und fordert, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen um dadurch befähigt zu sein, die eigene Gesundheit zu stärken und ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen (Hanne-Behnke). Präventionsprogramme können auf individueller und institutioneller Ebene angesetzt werden. In dieser Arbeit wird vor allem der individuelle Zugang beschrieben. Hier zeigen sich deutliche Anknüpfungsmöglichkeiten der psychomotorischen Förderung und Therapie als Ansatz zur Persönlichkeitsentwicklung des Erwachsenen mittels Bewegung. Diese wird als Medium eingesetzt um den Erfahrungs- und Handlungsspielraum zu definieren und diesen zu erweitern. Das Ziel ist, die Balance in unterschiedlichsten Lebensbereichen zu finden und zu halten. Die psychomotorische Förderung bietet dem Menschen die Möglichkeit, sich selbst in diesen Fragen zu begegnen. Hier nimmt das Konzept der Selbstsorge (Seewald, 2012) eine zentrale Stellung ein. Das Ziel einer Gesundheitsförderung soll sein, durch eine Erweiterung der Sicht- und Handlungsweisen Einfluss auf die Lebenseinstellung nehmen zu können. Durch ein größeres Maß an Selbstsorge können Ressourcen aktiviert und erweitert werden. Empowerment-Prozesse sind zu fördern, damit der Mensch zum eigenen Experten für seine individuelle Gesundheit wird.

In der Arbeit wird Entspannung durch achtsame Atmung als Möglichkeit der psychomotorischen Gesundheitsförderung aufgezeigt. Wesentliche physische und psychische Zusammenhänge zwischen Entspannung, Achtsamkeit und Atmung und zeigen das Potential einer besonders umfangreichen und tiefgründigen Ressource auf, nämlich die der Bewusstseinsentwicklung und deren großen Einfluss auf Stressbewältigung und effektives Handeln. Alles Fühlen, Wahrnehmen, Denken und Tun hat eine körperliche Basis. Durch die Atmung entsteht Lebendigkeit und Leben. Der Leib/Körper ist die

Grundlage für die Handlungsfähigkeit des Menschen. Über die körperliche Empfindung erhalten wir direkte und unmittelbare Rückmeldung über unsere Befindlichkeit. Er speichert implizite und explizite Gedächtnisinhalte. Durch Angebote der Entspannung und achtsamer Atmung können Möglichkeiten des Zugriffs geschaffen werden. Diese Aufmerksamkeit kann zu einem sensiblen Zugang zu sich selbst führen (Weiss, 2006). Wie Forschungsergebnisse gezeigt haben finden, durch wiederholte Praxis, neurophysiologische Veränderungen im Gehirn statt welche die physische und psychische Gesundheit maßgeblich beeinflussen können (Petermann & Vaitl, 2014).

In den hier beschriebenen Praxisstunden stehen die aktuelle Lebenssituation und die Lebensthemen im Mittelpunkt. Achtung und Achtsamkeit in der Ausdrucksform und im Angebot stellen die Einzigartigkeit der jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Vordergrund. Produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale um Belastungen und Probleme zu meistern.

Als ein verbindendes Element ist der Atem zu finden, mit seinem gesundheitsbeeinflussendem Potential und als die lebenserhaltende Funktion schlechthin.

8.2 Ausblick und offene Fragen

Die Frage nach: Was ist Gesundheit? zeigt, dass Gesundheit nicht eindeutig beschrieben werden kann, vielmehr wandelt sich das Verständnis von Gesundheit mit der Perspektive aus der sie betrachtet wird, wie z.B. mit fortschreitendem Lebensalter oder soziokulturellen Veränderungen. Eben danach richten sich auch Gesundheitsförderprogramme und Konzepte. Sehr oft wird Gesundheit auch an der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit gemessen und dafür wird zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von den Unternehmen und vom Staat Vorsorge getroffen wie z.B. Kuraufenthalte. Die Leistungsfähigkeit ist also auch ein Kriterium an der Gesundheit gemessen wird. Um Gesundheitsförderung in Unternehmen und Betrieben zu leben braucht es nicht nur gesundheitsbewusste Mitarbeiter, sondern auch flexible Unternehmensstrukturen und eine krisenfähige Leitung um gemeinsam Konzepte zu entwickeln. Dann könnte Arbeit ebenso einen positiven Aspekt in Hinblick auf Gesundheit haben im Sinne von Selbstwert und Identität. Gesundheit ist also kein fest definierter Zustand, sondern schließt immer auch einen Weg mit ein. Vielleicht ist es auch so zu umschreiben, dass die Gesundheit als Weg, von jedem Einzelnen für sich selbst zu entdecken ist.

Für die Zukunft wäre es sicherlich interessant, die Auswirkungen einer über einen längeren Zeitraum laufen Übungsgruppe empirisch zu erforschen. Fragen, die man dazu stellen

könnte, wären: In welchen Bereichen können Veränderung durch die Teilnahme an psychomotorischen geleiteten Gruppen die Entspannung und achtsame Atmung üben hinsichtlich der Gesundheitsförderung festgestellt werden? Wirken sich regelmäßig Übungseinheiten positiv auf die Lebenswelt aus?

Vielleicht kann die vorliegende Arbeit dazu theoretisches Grundwissen bereitstellen und einen Einstieg in diese Thematik erleichtern.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, a coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvtv-Verlag.
- Baltes, P. B. & Eckensberger, L. (1979). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Verlag Hogrefe GmbH & Co.KG.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Schriftenreihe zu Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 43. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bostelmann, R. Institut für Selbstsorge, www.selbstsorge.de, Zugriff am 22. Juni 2016 unter <http://www.selbstsorge.de/institut-fuer-selbstsorge/das-konzept-der-selbstsorge/>
- Damasio, A. (2011). *Selbst ist der Mensch: Körper, Geist und die Entstehung des Bewusstseins*. München: Siedler.
- Dorsch, F. (1992). *Psychologisches Wörterbuch* (14. Überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Eggert, D. & Lütje-Klose, B. (2008). *Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Textband*. Dortmund: Borgmann.
- Erikson, E. H. (1989). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (2012). *Der vollständige Lebenszyklus* (8., Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Faltermaier, T. & Schulz, I. (2014). *Anforderungs-Ressourcen-Modell*. In M. A. Wirtz (Hrsg.),
- Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W. & Strehmel, P. (2014). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (3., vollständig überarb. Aufl.). (Grundriss der Psychologie, Bd. 14). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Filipp, S. H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

- Fischer, K. (2009). *Einführung in die Psychomotorik*. München: Ernst Reinhardt.
- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In A. Antonovsky. & A. Franke (Hrsg.), *Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (S. 169-188). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Friedrich, M. (2012). Das Zauberwort heißt Resilienz. *Beziehungsweise, Österreichisches Institut für Familienforschung*, März 2012, Zugriff am 11. November 2017 unter http://www.oif.ac.at/fieladmin/OEIF/beziehungsweise/2012/bzw_maerz_2012.pdf
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greve, W. (2008). Bewältigung und Entwicklung. In R. Oertner & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl. S. 910-926). Weinheim: Beltz.
- Grossmann, P. (2004). Das Üben von Achtsamkeit: Eine einzigartige klinische Intervention für die Verhaltenswissenschaften. In T. Heidenreich. & J. Michalek (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (3. Aufl.). (S. 107-139). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Haas, R. (2004). Multiples Ich in einer sich wandelnden Welt – Psychomotorik als integrative Kraft im Erwachsenenalter. In H. Köckenberger & R. Hammer (Hrsg.), *Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder*. Ein Lehrbuch (S. 510-530). Dortmund: modernes lernen
- Haas, R., Golmert, C. & Kühn, C. (2014). *Psychomotorische Gesundheitsförderung in der Praxis. Spiel- und Dialogräume für Erwachsene*. Schorndorf: Hofmann.
- Hanne-Benke, G. (2012), Psychomotorik im Kontext der Gesundheitsförderung – eine Sicht von außen. *Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie*, 35(3), 140-144.
- Harrer, M. (2016), Stärkung der inneren Achtsamkeit, Zugriff am 28. Juni 2016 unter <http://www.achtsamleben.at/definition/>
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hesse, H. (1986). „Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne.“ *Lebensstufen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hölter, G. (1989). Zum Konzept einer Bewegungstherapie in der Psychiatrie auf psychomotorischer und sportpädagogischer Grundlage. In T. Irmischer & K. Fischer (Hrsg.), *Psychomotorik in der Entwicklung* (S. 181–192). Schorndorf: Hofmann.

- Hölter, G. (1993). Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In G.Hölter (Hrsg.), *Mototherapie mit Erwachsenen* (S. 12-32). Schorndorf: Hofmann.
- Hünnekens, H. & Kiphard, E. J. (1960/1985). *Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern* (7., Aufl.). Gütersloh: Flöttmann.
- Irmischer, T. (1993). Ursprünge. In T. Irmischer & K. Fischer (Hrsg.), *Psychomotorik in der Entwicklung* (S. 9-18). Schorndorf: Hofmann.
- Jessel, H. (2012). Editorial. *Zeitung für Motopädagogik und Mototherapie*, 35(2), 53.
- Johnen, R. (1998). Das Sprechen des Körpers als Ressource für die Gesundheit: das Unterrichtsprojekt „Subjektive Anatomie“. In W. Schüffel, U. Brucks & R. Johnen (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzepte und Praxis* (S. 221-232). Wiesbaden: Ullstein.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. München: Knaur Nachf. GmbH & Co.Kg.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Zur Besinnung kommen. Die Weisheit der Sinne und der Sinn der Achtsamkeit in einer aus den Fugen geratenen Welt* (4., Aufl.). Freiamt im Schwarzwald: Arbor.
- Kiphard, E. (1980). *Motopädagogik*. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Kiphard, E. (1989). *Psychomotorik in Praxis und Theorie. Ausgewählte Theorien der Motopädagogik und Mototherapie*. Gütersloh: Flöttmann.
- König, J. (2013). *Psychomotorische Gesundheitsförderung durch Flow und Achtsamkeit: Entwurf eines Konzeptes*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Krus, A. (2004). *Mut zur Entwicklung. Das Konzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie*. Schorndorf: Hofmann.
- Laucht, M. Esser, G. & Schmidt, M.H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkung zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, Band XXIX(3), 260-270.
- Lazarus, R.S. & Folkmann, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lorenz, R. (2005). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mayer, K. (2016). Glossar Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie / Neurologie / Neuropsychologie; Zugriff am 28. Juni 2016 unter

http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=837. Es handelt sich dabei um ein Abbild der Seite, wie diese am 14. Juni 2016 09:19:44 GMT angezeigt wurde.

- Mehling, W. (2010). Atemtherapie: Grundlagen, Wirkungsweisen, Interventionsstudien. In H. Müller-Braunschweig (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie, Methoden, Anwendungen, Grundlagen* (S.157-173). Heidelberg: Springer Medizin.
- Meyer, J. E. (1989). Konzentrative Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. In H. Stolze (Hrsg.), *Die konzentrative Bewegungstherapie* (S. 50-59). Berlin: Springer-Verlag.
- Middendorf, I. (1991). *Der Erfahrbare Atem, eine Atemlehre*. (7. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Muths, C. (1997). Zur Philosophie der Krankheit. Zugriff am 23. Mai 2016 unter <http://www.treff-raum-espaciotime.com/de/articles/philosophie.html>
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit Zugriff 22. Mai 2016, www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/.../gesundheitsbefragung_2014.pdf.
- Payne, R. (1998). *Entspannungstechniken: ein praktischer Leitfaden für Therapeuten*. Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer.
- Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressource - ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung* 15 (2), 118-127.
- Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.). (2014). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. (5. überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Reichenbach, C. (2010). *Psychomotorik*. München: Ernst Reinhardt.
- Sack, M. & Lamprecht, F. (1998). Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“.
- In W. Schüffel, (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese* (S. 326-337). Wiesbaden: Urban & Fischer.
- Scharnhorst, J. (2010). Individuelle Widerstandskraft – eine notwendige Kernkompetenz? Resilienzforschung in Theorie und Praxis. *Personalführung*. (1), 35-41.
- Schilling, F. (1981). Grundlagen der Motopädagogik. In A. Clauss (Hrsg.), *Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender* (S.184-194). Erlangen: perimed.
- Seewald, J. (1997). Glossar zum Begriff der Psychomotorik. *Praxis der Psychomotorik*, 22(4), 272.

- Seewald, J. (2006). Gesundheitsförderung als neues Paradigma der Motologie? In K. Fischer, E. Knab & M. Behrens (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit* (S. 282-290). Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.
- Seewald, J. (2007). *Der verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Seewald, J. (2008). Gesundheitsförderung – Chancen und Risiken des neuen Paradigmas der Psychomotorik. In W. Beudels, R. Hammer, R. Hamsen, St. Kühlenkamp & J. Volmer, (Hrsg.), *Bewegung in der Lebensspanne* (S. 63-74). Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.
- Seewald, J. (2012). Motologisch orientierte Gesundheitsförderung. Konzeptionelle Überlegungen und praktische Konsequenzen. *Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie*, 35, 54-60.
- Steinaecker, V. K. (2010). Atem- und Leibtherapie: Geschichte, Therapiekonzepte, Anwendung. In H. Müller-Braunschweig (173-194). *Körperorientiert Psychotherapie, Methoden, Anwendungen, Grundlagen*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Steinbach, H. (2007). *Gesundheitsförderung – ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (2. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Stetter, F. (1998). Was geschieht ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 209-220.
- Stigengreen, M. (2004). *Ayurveda – die Gesundheit stärken*. Das schwedische Standardbuch über Ayurveda. Augsburg: Wißner-Verlag.
- Trökes, A. & Grunert, D. (2007). *Das Yoga Gesundheitsbuch, Mit Yoga und Ayurveda gezielt Beschwerden heilen*. München: Verlag GmbH Gräfe und Unzer.
- Ullmann, J. (2003). Meilensteine in der Entwicklung der Psychomotorik und Motopädagogik in Österreich. In O. Weiß & J. Ullmann (Hrsg.), *Motopädagogik* (S. 11-14). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 13-52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Vaitl, D. (2004). Psychophysiologie der Interozeption. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch* (3., neu bearb. Aufl. S. 35-51). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

VEAT – Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner & -Therapeuten e.V.
Zugriff am 26. Mai 2016 unter <http://www.ayurveda-verband.eu/ayurveda/grundlagen/>

Viehhauser, R. (2000). *Förderung salutogener Ressourcen*. Regensburg: Roderer.

Weiss, H. (2006). Bewusstsein, Gewahrsein und Achtsamkeit. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 406-413). Stuttgart: Schattauer.

Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff
am 03. Juni 2016 unter
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Weiss, H., Harrer, M. E. & Dietz, T. (2011). *Das Achtsamkeits-Buch*. Stuttgart: Klett-Cotta

Wenk, M. (1991). Über die Bedeutung des Atems für den menschlichen Körper vom Anatomisch-Physiologischen und biochemischen hergesehen. In I. Middendorf. *Der Erfahrbare Atem, eine Atemlehre* (S. 200-212). Paderborn: Jungfermann Wißner-Verlag.

Whitbourne, S. K. & Weinstock, C. S. (1982). *Die mittlere Lebensspanne*. München: Urban & Schwarz.

Willutzky, U. & Teissmann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 52). Göttingen: Hogrefe.

Wienands, A. (2014). *System und Körper. Der Körper als Ressource in der systemischen Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wustmann, C. (2012). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (4. Aufl.). Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG.

Zimmer, R. (2006). Bedeutung der Bewegung für Salutogenese und Resilienz. In K. Fischer, E. Knab & M. Behrens (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit* (S. 306-312). Schorndorf: Hofmann.

Zimmer, R. (2012). *Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung*. Freiburg: Verlag Herder GmbH.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzepte und Themen der Entwicklung im Erwachsenenalter.....	25
Abbildung 2: Aufbau des Fachgebietes Motologie.....	36
Abbildung 3: Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese.....	48
Abbildung 4: Gesundheitliche Schutzfaktoren.....	56
Abbildung 5: Psychomotorischer Blick auf den Menschen.....	58
 Tabelle 1: Entwicklung und psychomotorische Konflikte.....	 16