

Article

Wirkungen der Feldenkrais-Methode 'Bewußtheit durch Bewegung' bei eßgestörten Patienten im Rahmen einer stationären Therapie

Uwe Laumer

Lehrstuhl für Psychologie I., Universität Regensburg

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, Wirkungen der Feldenkrais-Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung' bei eßgestörten Patienten im Rahmen eines stationären Therapieprogramms zu erfassen. Ausgehend von der geschichtlichen Entwicklung der Feldenkrais-Methode und ihrer Einordnung in die Vielfalt körper- und bewegungstherapeutischer Verfahren werden zunächst die theoretischen Grundlagen der Methode erläutert, um dann näher auf die grundlegenden Prinzipien der Gruppenmethode einzugehen und verschiedene Anwendungs- und Forschungsgebiete anzudeuten. Anschließend erfolgt die Darstellung von Symptomatik, diagnostischen Kriterien, Epidemiologie sowie Erklärungs- und Behandlungsansätzen der drei Eßstörungsformen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas und ihrer Gemeinsamkeiten, sowie eine Beschreibung des Behandlungskonzepts von Eßstörungen der Psychosomatischen Klinik, in der die Untersuchung durchgeführt wurde.

Aus der Wirkmöglichkeit einer körper- und bewegungstherapeutischen Herangehensweise an die Problematik der Eßstörungen geht schließlich die Fragestellung und Zielsetzung der empirischen Untersuchung hervor. Um im Rahmen eines integrativen stationären Therapieprogramms die Wirkungen eines Feldenkraiskurses herauszufiltern, wurden anhand von Fragebögen Veränderungen in den Bereichen der Zufriedenheit und Akzeptanz des eigenen Körpers, der psychischen Befindlichkeit und weiteren eßstörungstypischen Bereichen erfaßt. Eine weitere Frage bezog sich auf die individuellen Erfahrungen der Kursteilnehmer.

Für den quantitativen Teil der Untersuchung kam dabei ein Fremdwartgruppen-Design zur Anwendung. Eine Gruppe von 15 eßgestörten Patienten (mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas) nahm zusätzlich zur Standardtherapie an einem speziell auf die Eßstörungsproblematik abgestimmtem Feldenkrais-Kursprogramm mit neun Terminen innerhalb von vier Wochen teil. Diese Gruppe wurde mit einer weitgehend parallelisierten Kontrollgruppe verglichen, die Standardtherapie ohne Feldenkrais erhielt. Die Patienten beider Gruppen nahmen im Untersuchungszeitraum an keiner anderen bewegungstherapeutischen Behandlung teil. Nach Abschluß des Kurses wurden zusätzlich mit den Teilnehmern der Experimentalgruppe Interviews durchgeführt.

Die quantitativen Ergebnisse zeigten Verbesserungen in der Zufriedenheit mit eßstörungsspezifischen problematischen Körperzonen und der eigenen Gesundheit, sowie der Akzeptanz und Vertrautheit mit dem eigenen Körper. Weiter zeigte sich eine Zunahme von spontanem und selbstsicherem Verhalten, die Abnahme eines Gefühls der Hilflosigkeit sowie des Wunsches, in die Sicherheit der frühen Kindheit zurückzukehren.

Die qualitativen Ergebnisse, die sich auf offene Fragen und Interviews stützten, weisen auf die Förderung der Körperbewußtheit, Klärung des Körperbildes und die entspannende und angenehme Wirkung der Stunden hin. Es wurden Tranceerfahrungen und - insbesondere während der Atemstunden - emotionale Erlebnisse berichtet. Sieben Teilnehmer gaben positive Wirkungen in bezug auf ihre Eßstörungenproblematik an. Die angesprochenen Bereiche sind dabei die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht, Veränderungen des Körperbildes, die Wahrnehmung innerer Reize wie Hunger und Sätttheit sowie alternative Verhaltensweisen bei einem Heißhungeranfall. Für manche Kursteilnehmer ergaben sich allerdings in bestimmten Stunden auch Probleme wie Übelkeit oder Schwindelgefühle. Schließlich wurde von einer Integration von Übungselementen in den Alltag berichtet und acht Personen bekundeten ihr Interesse an einer Fortsetzung des Kurses und weiterer Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode.

Keywords

Feldenkrais Method, contemporary dance, choreographic research, intention, awareness

Copyright ©: The copyright for this paper remains with the author(s).

First published: Diplomarbeit als Teil der Diplomprüfung für Psychologie Universität Regensburg (1993)

Please cite: *Feldenkrais Research Journal*, volume 1; 2004.

Service marks: The terms Feldenkrais®, Feldenkrais Method®, Awareness Through Movement®, ATM®, Functional Integration®, and FI® are service marked terms of the International *Feldenkrais*® Federation (IFF) and Feldenkrais professional guilds and associations in many countries. In keeping with academic conventions, they will not be service marked in the entire text as may be required in nonacademic use, but only for the first and most prominent use of the terms. In recognition that these phrases are formal terms referring to specific practices within the Method, and to the Method as a whole, capitalization of all the words in each term has been retained.

Regensburger Arbeiten

zur

Allgemeinen und Klinischen Psychologie

unter der Leitung von

Prof. Dr. Adolf Vukovich

**Wirkungen der Feldenkrais-Methode
'Bewußtheit durch Bewegung'
bei eßgestörten Patienten
im Rahmen einer stationären Therapie**

Uwe Laumer

**Diplomarbeit als Teil der
Diplomprüfung für Psychologie**

**Universität Regensburg
21.9.1993**

Vorwort

Hier möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben.

An erster Stelle danke ich Herrn Prof. Dr. A. Vukovich, der mir durch seine spontane Offenheit die Bearbeitung dieses Themas ermöglicht hat.

Ganz herzlich danke ich auch Dr. Manfred Bauer, der mich während des ganzen Verlaufs der Arbeit betreute und bei Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Darstellung wertvolle Anregungen und Hilfestellungen gab.

Von der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck danke ich dem Leiter der Klinik, Prof. M. Fichter, der dem Projekt zugestimmt hat, dem wissenschaftlichen Leiter Dr. Winfried Rief, der mir in bezug auf die praktische Durchführung viele wichtige Hinweise gab, sowie besonders Dr. Helmut Milz, der mich entscheidend bei der Realisierung unterstützt hat. Ebenso möchte ich den Teams der vier Eßstörungenstationen danken, die der Teilnahme von Patienten an der Untersuchung zustimmten und mich während des Kursverlaufs ermutigten und mir Rückmeldung gaben. Insbesondere danke ich den Mitarbeitern der Abteilung Sport- und Bewegungstherapie für ihre Freundlichkeit, Unterstützung und Kollegialität, sowie Hella Neubert, der Feldenkrais-Lehrerin der Klinik, die mich in vielen Gesprächen unterstützte und viele fachliche Anregungen gab.

Vor allem danke ich den Patientinnen und Patienten, die an der Untersuchung teilgenommen haben und von denen ich viel gelernt habe.

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, Wirkungen der Feldenkrais-Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung' bei eßgestörten Patienten im Rahmen eines stationären Therapieprogramms zu erfassen. Ausgehend von der geschichtlichen Entwicklung der Feldenkrais-Methode und ihrer Einordnung in die Vielfalt körper- und bewegungstherapeutischer Verfahren werden zunächst die theoretischen Grundlagen der Methode erläutert, um dann näher auf die grundlegenden Prinzipien der Gruppenmethode einzugehen und verschiedene Anwendungs- und Forschungsgebiete anzudeuten. Anschließend erfolgt die Darstellung von Symptomatik, diagnostischen Kriterien, Epidemiologie sowie Erklärungs- und Behandlungsansätzen der drei Eßstörungsformen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas und ihrer Gemeinsamkeiten, sowie eine Beschreibung des Behandlungskonzepts von Eßstörungen der Psychosomatischen Klinik, in der die Untersuchung durchgeführt wurde.

Aus der Wirkmöglichkeit einer körper- und bewegungstherapeutischen Herangehensweise an die Problematik der Eßstörungen geht schließlich die Fragestellung und Zielsetzung der empirischen Untersuchung hervor. Um im Rahmen eines integrativen stationären Therapieprogramms die Wirkungen eines Feldenkraiskurses herauszufiltern, wurden anhand von Fragebögen Veränderungen in den Bereichen der Zufriedenheit und Akzeptanz des eigenen Körpers, der psychischen Befindlichkeit und weiteren eßstörungstypischen Bereichen erfaßt. Eine weitere Frage bezog sich auf die individuellen Erfahrungen der Kursteilnehmer.

Für den quantitativen Teil der Untersuchung kam dabei ein Fremdwartegruppen-Design zur Anwendung. Eine Gruppe von 15 eßgestörten Patienten (mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas) nahm zusätzlich zur Standardtherapie an einem speziell auf die Eßstörungsproblematik abgestimmtem Feldenkrais-Kursprogramm mit neun Terminen innerhalb von vier Wochen teil. Diese Gruppe wurde mit einer weitgehend parallelisierten Kontrollgruppe verglichen, die Standardtherapie ohne Feldenkrais erhielt. Die Patienten beider Gruppen nahmen im Untersuchungszeitraum an keiner anderen bewegungstherapeutischen Behandlung teil. Nach Abschluß des Kurses wurden zusätzlich mit den Teilnehmern der Experimentalgruppe Interviews durchgeführt.

Die quantitativen Ergebnisse zeigten Verbesserungen in der Zufriedenheit mit eßstörungsspezifischen problematischen Körperzonen und der eigenen Gesundheit, sowie der Akzeptanz und Vertrautheit mit dem eigenen Körper. Weiter zeigte sich eine Zunahme von spontanem und selbstsicherem Verhalten, die Abnahme eines Gefühls der Hilflosigkeit sowie des Wunsches, in die Sicherheit der frühen Kindheit zurückzukehren.

Die qualitativen Ergebnisse, die sich auf offene Fragen und Interviews stützten, weisen auf die Förderung der Körperbewußtheit, Klärung des Körperbildes und die entspannende und angenehme Wirkung der Stunden hin. Es wurden Tranceerfahrungen und - insbesondere während der Atemstunden - emotionale Erlebnisse berichtet. Sieben Teilnehmer gaben positive Wirkungen in bezug auf ihre Eßstörungsproblematik an. Die angesprochenen Bereiche sind dabei die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht, Veränderungen des Körperbildes, die Wahrnehmung innerer Reize wie Hunger und Sättigkeit sowie alternative Verhaltensweisen bei einem Heißhungeranfall. Für manche Kursteilnehmer ergaben sich allerdings in bestimmten Stunden auch Probleme wie Übelkeit oder Schwindelgefühle. Schließlich wurde von einer Integration von Übungselementen in den Alltag berichtet und acht Personen bekundeten ihr Interesse an einer Fortsetzung des Kurses und weiterer Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Zusammenfassung

1 Einführung	1
2 Die Feldenkrais-Methode	3
2.1 Geschichtliche Entwicklung der Feldenkrais-Methode	3
2.2 Einordnung der Feldenkrais-Methode.....	7
2.3 Theoretischer Ansatz der Feldenkrais-Methode.....	10
2.3.1 Über das Lernen	10
2.3.2 Die Einheit von Körper und Geist.....	12
2.3.3 Selbstbild.....	13
2.3.4 Bewegung als bester Weg einer Veränderung.....	15
2.3.5 Gesundheit	17
2.3.6 Bewußtheit	18
2.4 Zwei Feldenkrais-Verfahren	20
2.4.1 Die Einzelbehandlung 'Funktionale Integration'	21
2.4.2 Die Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung'	23
2.5 Forschung.....	28
2.6 Anwendungsbereiche.....	30
3 Eßstörungen	32
3.1 Anorexia nervosa	32
3.1.1 Symptomatik.....	32
3.1.2 Diagnose.....	33
3.1.3 Epidemiologie	34
3.1.4 Erklärungs- und Behandlungsansätze	34
3.2 Bulimia nervosa	36
3.2.1 Symptomatik.....	36
3.2.2 Diagnose.....	37
3.2.3 Epidemiologie	38
3.2.4 Erklärungs- und Behandlungsansätze	38
3.3 Adipositas	40
3.3.1 Symptomatik.....	40

3.3.2 Diagnose.....	41
3.3.3 Epidemiologie	42
3.3.4 Erklärungs- und Behandlungsansätze	42
3.4 Gemeinsamkeiten der verschiedenen Eßstörungen	44
3.5 Die Behandlung von Eßstörungen in der Medizinisch- Psychosomatischen Klinik Roseneck	45
4 Zusammenfassung theoretischer Grundlagen und Zielsetzung der Untersuchung	48
5 Fragestellung.....	50
6 Untersuchungsdesign.....	51
6.1 Fremdwartegruppen-Design	51
6.2 Gruppenbildung	51
6.3 Zeitlicher Ablauf.....	52
6.4 Kursprogramm und Kursleitung	53
6.5 Praktische Durchführung.....	54
7 Beschreibung der Stichprobe	56
7.1 Diagnose, Alter und Vorbehandlungszeit	56
7.2 Familienstand und Schulbildung	57
7.3 Parallelisierung der Stichproben	57
7.4 Vorerfahrung.....	58
8 Beschreibung der Erhebungsinstrumente.....	60
8.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körper	60
8.2 Akzeptanz des eigenen Körpers	61
8.3 Psychische Befindlichkeit	61
8.4 Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung.....	62
8.5 Eating Disorders Inventory	63
8.6 Offene Fragen	64
8.7 Interviews	64
8.7.1 Das halbstrukturierte Interview	64
8.7.2 Der Interviewleitfaden	65
8.7.3 Durchführung der Interviews.....	66
9 Darstellung der Ergebnisse	67

9.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körper	67
9.2 Akzeptanz des eigenen Körpers	70
9.3 Psychische Befindlichkeit	72
9.4 Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung.....	73
9.5 Eating Disorders Inventory	75
9.6 Offene Fragen	78
9.6.1 Fazit des Kurses und bedeutsame Erfahrungen während des Kurses.....	79
9.6.2 Erlebte Veränderungen	80
9.6.3 Erlebte Veränderungen der Körperwahrnehmung	80
9.6.4 Einschätzung der Feldenkrais-Stunden	81
9.7 Auswertung der Interviews	83
9.7.1 Kategorie 1: Allgemein intensivere und bewußtere Körperwahrnehmung.....	85
9.7.2 Kategorie 2: Spezifische kinästhetische Erfahrungen	86
9.7.3 Kategorie 3: Entspannende und beruhigende Wirkung	87
9.7.4 Kategorie 4: Angenehme Übungen und sonstige angenehme Empfindungen	88
9.7.5 Kategorie 5: Tranceinduzierende Wirkung.....	89
9.7.6 Kategorie 6: Positive Wirkungen im Bereich der Eßstörungenproblematik	90
9.7.7 Kategorie 7: Emotionale Erfahrungen während der Stunden.....	94
9.7.8 Kategorie 8: Weitere Wirkungen.....	95
9.7.9 Kategorie 9: Probleme während der Stunden	95
9.7.10 Kategorie 10: Störungen von außen	96
9.7.11 Kategorie 11: Unangenehme Übungselemente	97
9.7.12 Kategorie 12: Schwierigkeiten, einen Zugang zu finden, oder geringes Interesse.....	97
9.7.13 Kategorie 13: Integration von Übungselemente in den Alltag	98
9.7.14 Kategorie 14: Interesse an weiterer Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode.....	99
10 Diskussion.....	100
10.1 Verhältnis zum eigenen Körper	101
10.2 Psychische Befindlichkeit	103
10.3 Spezifische Eßstörungenproblematik	103
10.4 Offene Fragen	105
10.5 Interviews	106

10.6 Zusammenfassung und Ausblick	110
11 Literaturverzeichnis	113

Anhang

A: Fragebögen zu Meßzeitpunkt 1 und 2

B: Wortlaut des Kursverlaufs

C: Transkripte der Interviews

D: Zusammenstellung der Antworten auf die offenen Fragen

1. Einführung

Das Interesse an körperorientierten Zugängen in der Behandlung seelisch und psychosomatisch Kranker, aber auch zur Persönlichkeitsförderung von gesunden Menschen ist in den letzten Jahren ständig gewachsen. Offenbar nimmt in unserer Kultur das Bewußtsein zu, daß der "lebendige, wahrnehmungs- und ausdrucksfähige Leib als 'Grundlage der Person' zum Zentrum eines neuen Lebensverständnisses" werden muß (Petzold, 1992, S. 7). Aufgrund der Verarmung sinnlicher Erfahrung in der modernen Industriegesellschaft, einem bewegungsinktiven Lebensstil, der Überforderung des Körpers durch Streßsituationen und der Zunahme psychosomatischer Erkrankungen finden die Körper-, Bewegungs-, Leib- und Atemtherapien immer stärkeres Interesse.

Die Körpertherapien - die lange eine Stellung am Rand der etablierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren einnahmen - werden in der akademischen Psychologie und klinischen Psychotherapie vermehrt zur Kenntnis genommen und können als ein neues Paradigma in der Psychotherapie betrachtet werden, das die traditionellen Wege in sinnvoller Weise ergänzt.

Die Mehrzahl der körperorientierten Verfahren geht auf die bahnbrechenden Arbeiten von Wilhelm Reich (1970, 1972) zurück. Inzwischen sind aber, insbesondere auf dem Hintergrund der Humanistischen Psychologie, auch andere Strömungen stärker geworden, etwa integrierte Ansätze, die verschiedene Ansätze von Körper- und Psychotherapie verbinden sowie aus dem Bereich der gestalttherapeutischen Verfahren der Leibarbeit oder der Bewegungstherapie.

Eines dieser Verfahren ist die ganzheitliche Bewegungspädagogik, die von dem Physiker und Judolehrer Moshé Feldenkrais entwickelt wurde. Nach der ersten theoretischen Begründung 1949 entwickelte Feldenkrais die Methodik seiner Gruppenmethode wie auch der Einzelbehandlung kontinuierlich weiter. Nach weiteren Veröffentlichungen Ende der 60er Jahre und einer erfolgreichen Praxis verbreitet sich die Feldenkrais-Methode seither und findet heute zunehmendes Interesse und Anwendung in den verschiedensten Bereichen, wie z.B. in der Psychosomatik und der Behandlung von Eßstörungen.

Eßstörungen, wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas sind in den letzten Jahren stark angestiegen und haben vermehrt Beachtung gefunden, was auch die Vielzahl der Veröffentlichungen zu diesem Thema zeigt. Bei der Entstehung und Symptomatik dieser Erkrankungen ist das gestörte Verhältnis zum eigenen Körper ein entscheidender Faktor. So ist z.B. eine verzerrte Körperwahrnehmung wie auch eine gestörte

Wahrnehmung von proprio- und interozeptiven Reizen typisch für alle Formen von Eßstörungen.

Die Anwendung körper- und bewegungstherapeutischer Verfahren in der stationären Behandlung von Eßstörungspatienten liegt deshalb nahe. Die Einbindung der Feldenkrais-Methode als integrativer Bestandteil eines stationären Therapieprogramms, wie dies seit einigen Jahren in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck praktiziert wird, ist jedoch neu.

Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Arbeit liegt nun bei der ersten Erfassung von Wirkungen eines Feldenkrais-Kursprogramms im Rahmen eines stationären Therapieprogramms einer psychosomatischen Klinik. Die Beschreibung dieser Wirkungen und der individuellen Erfahrungen der Teilnehmer an diesem Kursprogramm sollen Anregungen geben für weitere Forschung und für die Weiterentwicklung der Anwendungen der Feldenkrais-Methode im Bereich der Eßstörungen und der Psychosomatik im allgemeinen.

Vor der Darstellung der praktischen Durchführung der Untersuchung an der Klinik Roseneck, wird im folgenden zunächst der theoretische Hintergrund und die Praxis der Feldenkrais-Methode dargestellt sowie auf die verschiedenen Formen von Eßstörungen und deren Gemeinsamkeiten eingegangen.

2. Die Feldenkrais-Methode

"Gründliche Änderungen, wenn sie von Dauer sein sollen, sind undenkbar, ohne Umbildung der muskulären und der Verhaltensgewohnheiten überhaupt. Der ganze Mensch muß in Bewegung kommen. Denkbahnen und Eßverhalten, Gewohnheiten des Gefühls und der Atmung, Geschlechtsleben, Haltung, Gang, kurz: der Gebrauch und Umgang mit sich selbst wie mit anderem und anderen bedürfen der Umerziehung." (Feldenkrais, 1987a, S. 220)

Im folgenden Kapitel wird zunächst die geschichtliche Entwicklung der Feldenkrais-Methode dargestellt und anschließend ein kurzer Überblick über eine mögliche Einordnung im Bereich der körper- und bewegungstherapeutischen Verfahren gegeben. Danach wird näher auf die theoretischen Grundlagen der Methode eingegangen, um dann die beiden Verfahrensweisen 'Funktionale Integration' und 'Bewußtheit durch Bewegung' zu erläutern. Zum Schluß werden verschiedene Anwendungs- und Forschungsgebiete beschrieben.

2.1 Geschichtliche Entwicklung der Feldenkrais-Methode

1904 in Rußland geboren entschloß sich Moshé Feldenkrais im Alter von 15 Jahren seine Eltern zu verlassen und ins damalige Palästina zu gehen. Er arbeitete dort fünf Jahre lang als Pionier, später als Landvermesser und besuchte in der Folge das Gymnasium. Er interessierte sich für Psychologie, Pädagogik und Jiu-Jitsu und lehrte diese Kunst der Selbstverteidigung in der palästinensischen Bürgerwehr, wobei die Bewegungen möglichst optimal sein mußten, da es in den Straßenkämpfen der damaligen Zeit oftmals ums Überleben ging (Leri, 1986). Sein Interesse in Jiu-Jitsu (und später in Judo) sowie die erste Beschäftigung mit der 'Selbstverbesserungs-Philosophie' von Emile Coué waren richtungsweisend für sein Denken. Nachdem er 1929 sein erstes Buch über 'Jiu-Jitsu und Selbstverteidigung' geschrieben hatte, übersetzte und kommentierte der junge Autor Coués berühmtes Buch über Autosuggestion ins Hebräische.

Neben diesen Aktivitäten arbeitete Feldenkrais als Nachhilfelehrer und er war stolz darauf, Kindern mit Lernschwierigkeiten zu helfen, sich für das Lernen zu interessieren, ohne sie dazu zu zwingen. Diese pädagogische Haltung stammte aus der Philosophie des Jiu-Jitsu, niemals direkt gegen den Widerstand des Gegners vorzugehen, sondern dessen eigene Stärke zu benutzen, um ihn zu kontrollieren. Diese Idee wurde später

zentral für Feldenkrais' Denken: Geh' niemals gegen die Mechanismen des Widerstands eines Menschen, sondern arbeite positiv damit, um der Person zu helfen, sich zu verbessern (Hanna, 1984).

Feldenkrais bekam ein Stipendium und studierte in Paris Elektroingenieurswissenschaft. Er schloß 1933 sein Studium zum Diplomingenieur ab, wurde im gleichen Jahr Forschungsassistent von Frederic-Juliot Curie im berühmten Laboratorium, in dem Madame Curie gearbeitet hatte, und erwarb sich in der Folge einen Dokortitel in Physik an der Sorbonne in Paris.

In Paris traf er auch Dr. Jigoro Kano, den Begründer des modernen Judo, wurde dessen Schüler und erlangte als erster Europäer einen schwarzen Gürtel im Judo. Bereits 1934 hatte er den 'Jiu-Jitsu-Club de France' gegründet, der sich bald über das ganze Land ausbreitete. Vor dem Einmarsch der deutschen Nazis in Frankreich floh Feldenkrais nach England und arbeitete dort in der U-Boot-Ortungsforschung der Alliierten und als Judolehrer. In dieser Zeit schrieb er drei Bücher über Judo, diesmal in englischer Sprache (Feldenkrais, 1941, 1944, 1952). Es war die Kombination aus seinem Wissen über Mechanik und seinen Experimenten, die Judo-Konzepte beim Lernen von Bewegungen anzuwenden, die den Ursprung seiner berühmten 'Feldenkrais-Übungen', später 'Bewußtheit durch Bewegung' genannt, bildeten (Hanna, 1984).

In dieser Zeit verschlimmerte sich zudem eine alte Knieverletzung bei der Arbeit auf den rutschigen U-Boot-Decks, seine Gehfähigkeit war ernsthaft gefährdet und es drohte eine Operation mit ungewissem Ausgang. Feldenkrais beschloß aber, sich der Operation nicht zu unterziehen und experimentierte statt dessen mit seinen Bewegungen und so gelang es ihm, seine Gehfähigkeit völlig wiederherzustellen (Reese, 1991a).

Er beschäftigte sich während der Kriegsjahre weiter mit Psychologie, insbesondere der Psychoanalyse, bei der er eine Zeit als Analysand engagiert war, dehnte diese Studien aber nun auf Anatomie und Neurophysiologie aus. Zwei andere wichtige Einflüsse in dieser Zeit waren sein Interesse am Werk von F.M. Alexander (Alexander, 1988) und an der Philosophie von Gurdieff. Alexander zeigte als erster, daß die Körperhaltung nicht fixiert oder statisch ist, sondern durch bestimmte Praktiken verändert und verbessert werden kann. Und Gurdieff argumentierte, neben vielen anderen, daß die persönliche Entwicklung ein lebenslanger Prozeß fortdauernder Veränderungen und Verbesserungen der Selbst-Bewußtheit von Geist und von Körper ist.

1949 publizierte Feldenkrais sein wissenschaftliches Hauptwerk 'Body and Mature Behaviour' mit dem Untertitel: 'A Study of Anxiety, Sex, Gravitation and Learning'. Hier zeigte sich das eigentümliche Gemisch von Interessen, die er seit den zwanziger Jahren verfolgt hatte: Psychotherapie, Psychoanalyse, Physik und Selbsterziehung. Zentral für

das Buch ist die Einsicht, daß das psychologische Phänomen von Angst und Furcht begründet ist in der unkonditionierten, reflexhaften Angst vor dem Fallen, einer autonomen Reaktion, die durch Erregung des vestibulär-auditiven Systems ausgelöst wird und durch die eine Kontraktion aller Beugemuskeln und simultan dazu eine Hemmung aller Streckmuskeln bewirkt wird.

Dies als unkonditionierten, frühkindlichen Reflex betrachtend, fordert er das gesamte Feld der Psychotherapie - insbesondere der Psychoanalyse - heraus, indem er argumentiert, daß alle anderen Ängste und Gefühle der Furcht als konditionierte, gelernte Reaktionen auf die angeborene Angst vor dem Fallen entstehen. So wie Freud die Angst als zentrales Problem der Neurose angesehen hat, behauptet Feldenkrais zusätzlich, daß alle Neurosen durch eine aufeinanderfolgende Serie von Konditionierungen entstehen, die auf der unkonditionierten Fall-Angst basieren. Deshalb wird jeder psychotherapeutischen Behandlung, der es nicht gelingt, diese gelernten Reaktionen muskulärer Gewohnheit aufzuheben, es auch nicht gelingen, die Neurose zu beseitigen (Hanna, 1984).

Dieser Sichtweise am nächsten kam Wilhelm Reich (1970, 1972), der behauptete, daß orgasmische Impotenz der Ursprung der Angst sei, was im wesentlichen eine Somatisierung von Freuds Position war. Feldenkrais geht in 'Body and Mature Behaviour' weit über diesen Standpunkt Reichs hinaus, indem er den Ursprung der Angst in einem allgemein anerkannten physiologischen Mechanismus der menschlichen Spezies begründet (vgl. Ayres, 1984, S. 20).

Reich behauptete, daß jeder Neurotiker eine sexuelle Dysfunktion hat. Feldenkrais behauptete etwas viel allgemeineres: daß jeder Neurotiker eine Person ist, dessen Beugemuskeln gewohnheitsmäßig kontrahiert sind, wodurch die Bauchmuskulatur verhärtet, Atmung und Verdauung eingeschränkt sind und so Übelkeit, Schwindelgefühl und das Gefühl der Angst entstehen können. Flacher Atem und angespannter Brustkorb und Bauch sind, nach Feldenkrais, eine allgemeine Begleiterscheinung der Erfahrung der Angst. Orgastische Impotenz aufgrund einer Rigidität des Beckens ist daher nur eine von vielen physiologischen Dysfunktionen, die aus diesem Flexor-Reflex heraus entstehen.

Freuds Denken bildete hier eine Basis für das allgemeinere Ziel der Entwicklung eines Erziehungsprogramms zur Verbesserung menschlicher Funktionsstörungen, das eher an Lehren und Lernen interessiert war, als an Krankheit und Heilung. Die Frage von Angst und Neurose lieferte einen Ausgangspunkt, von dem aus diese Probleme als weit mehr als psychologische Probleme gesehen werden konnten: als allgemeine Probleme von fehlangepaßtem Verhalten, das auf einer somatischen Grundlage beruht. Aus diesem Blickwinkel heraus wird deutlich, daß neurotisches Fehlverhalten nicht effektiv verändert werden kann, indem allein das Unbewußte bewußt gemacht wird, sondern es muß

sich zudem der physiologische Habitus ändern, der die zugrundeliegende Struktur der unbewußten Tiefen des menschlichen Verhaltens bildet.

40 Jahre bevor Neurophysiologen wie der Nobelpreisträger Roger Sperry es verkündeten, vertrat Feldenkrais die Ansicht, daß der wesentliche Ausdruck der Gehirnfunktion die motorische Aktivität ist: neben internen endokrinologischen Vorgängen sind alle Aktionen des Gehirns muskulärer Art. Die motorische Aktivität ist demnach das Zentrum aller menschlichen Aktivität und gelernte Gewohnheiten motorischer Aktivität sind der Ursprung von emotionaler Instabilität und Verhaltensstörungen. Deshalb ist, nach Feldenkrais, die Neu-Erziehung muskulärer und haltungsmäßiger Gewohnheiten der einzig durchgreifende und gründliche Weg, um den ganzen psycho-physischen Organismus zu verbessern. Eine Behandlung, die die physiologischen Grundlagen des Verhaltens nicht oder nur oberflächlich berührt, reicht dazu nicht aus. Muskuläre Umerziehung ist, nach Feldenkrais, der angemessene Ausgangspunkt. Denn sobald die muskulären Gewohnheiten des Angst-Musters verändert sind, entfällt für die meisten Menschen die Notwendigkeit einer Psychotherapie. Wenn sie es dennoch wünschen, sind sie nun bereit, optimal davon zu profitieren. Die meisten Personen können aber ihr Leben selbstverantwortlich gestalten, wenn erst die Angst ihre Spitze verloren hat durch die Auflösung unkontrollierbarer muskulärer Spannungen (Hanna, 1984).

So wurde in 'Body and Mature Behaviour' (Feldenkrais, 1949) die Theorie einer, in diesem Sinn ganzheitlichen, somatischen Erziehung formuliert, aber ein konkretes praktisches Programm wurde erst angedeutet. Während dieser Jahre arbeitete Feldenkrais in London aber bereits mit Bewegungs-Klassen, die durch die Judo-Philosophie inspiriert waren und lehrte auf zwei Arten: indem er Gruppen von Leuten mit Hilfe verbaler Instruktion durch bestimmte Bewegungsmuster führte und gelegentlich, indem er mit seinen eigenen Händen bestimmte Hinweise dazu gab (Hanna, 1984). Dies war der Anfang der beiden Feldenkrais-Techniken, die er in der Folge weiter entwickelte.

1949 verließ Feldenkrais England und wurde Direktor der elektronischen Abteilung des israelischen Verteidigungsministeriums. Er fuhr fort die Einzeltechnik 'Funktionale Integration' zu entwickeln und zu praktizieren und begann reguläre Klassen in der Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung' zu geben, wobei die beiden Verfahren erst später, in der Zeit in den USA, diese Namen erhielten. So begab sich z.B. der erste israelische Premierminister David Ben-Gurion bei Feldenkrais in Behandlung und half ihm bei der Ausstattung eines ständigen Instituts in Tel Aviv, das noch heute besteht. In diesem Institut war Feldenkrais bis Mitte der siebziger Jahre hauptsächlich tätig und

machte sich durch erfolgreiche Arbeit mit international bekannten Persönlichkeiten und Künstlern sowie einer großen Anzahl schwerkranker, von der Schulmedizin oft aufgegebenen Patienten einen Namen. Er war bald in ganz Israel bekannt, insbesondere als eine Art Geheimtip für pathologische Fälle, bei denen konventionelles Wissen und Diagnose nicht nützten.

1969 begann Feldenkrais in Tel Aviv eine Gruppe von 13 Landsleuten auszubilden. 1972 erschien ein weiteres Buch 'Bewußtheit durch Bewegung', das in mehrere Sprachen übersetzt wurde. Im selben Jahr wurde Feldenkrais in die USA eingeladen, um im Esalen-Institut in Kalifornien einen Monatsworkshop zu geben und in Gesundheitsinstituten und Universitäten seine Arbeit vorzustellen. Ein Jahr später gab er wiederum einen Monatsworkshop für das Esalen-Institut, im Alter von 69 Jahren und noch relativ unbekannt. In dieser Zeit in den USA wurde er u.a. beeinflusst von Milton Erickson und Fritz Perls, der Ende der 60er Jahre die Psychotherapie in Esalen populär gemacht hatte (McNeely, 1992). 1975 begann Feldenkrais ein dreijähriges Trainingsprogramm in San Francisco und wurde während dieser Jahre eine bekannte Figur in den USA. Wenige Jahre später begann ein zweites Trainingsprogramm, das 1980 und 1981 in Amherst, Massachusetts, stattfand und an dem etwa 200 Personen teilnahmen. Aufgrund einer Gehirnblutung konnte Moshé Feldenkrais aber diese Ausbildung nicht mehr selbst zu Ende führen. Er starb 80jährig im Juli 1984. Seither sind in Ausbildungen, deren Richtlinien von Moshé Feldenkrais und seinen engsten Schülern festgelegt wurden, über 1000 Feldenkrais-Lehrer ausgebildet worden. Feldenkrais schrieb fünf Bücher über seine Methode (Feldenkrais, 1949, 1978, 1981, 1987a, 1989) und sein Lehren ist in vielen Stunden auf Ton- und Videobändern aufgezeichnet.

2.2 Einordnung der Feldenkrais-Methode

Aus der Beschreibung der Entwicklung der Methode geht hervor, daß die Feldenkrais-Methode ein Verfahren der somatischen Erziehung ist, das über Bewegung einen Zugang zur Veränderung der ganzen Person sucht. Mit somatisch ist dabei die lebendige, von innen kommende Wahrnehmung von sich selbst gemeint, im Unterschied zur von außen kommenden Wahrnehmung dessen, was wir einen "Körper" nennen (Hanna, 1990, S. 34).

Es werden hier die verschiedenen Möglichkeiten, die Feldenkrais-Methode einzuordnen, kurz erwähnt, da dies in der Praxis sehr unterschiedlich gehandhabt wird.

Moshé Feldenkrais (1987a) selbst beschreibt seine Arbeit folgendermaßen:

Das Verfahren, das ich vorschlage, ist keine Behandlung, sondern Umerziehung des Erwachsenen. Prophylaxe und Therapie erweisen sich hier demnach als bloße Nebenerscheinung funktions- und das bedeutet menschengerechten Umlernens. Und so, meine ich, sollte es auch sein; denn zumal wenn Krankheit nur allzu oft fehlgesteuertes Lernen ist, so geht es um Lehren und Lernen, und nicht um Krankheit und Heilung. (S. 221)

So ist die Feldenkrais-Methode von ihrem Selbstverständnis her "eine Lernmethode und keine medizinische oder therapeutische Heilbehandlung" (Deutsche Feldenkrais-Gilde, 1992, S. 1). Sie hat eine Reedukation erworbener Bewegungs- und Verhaltensmuster zum Ziel und basiert stark auf neurophysiologischen und -psychologischen Grundprinzipien, wie sie in der Bewegungsentwicklung des Menschen zum Tragen kommen. Wegen der zentralen Stellung, die das Um- und Neulernen in der Methode einnimmt, ist sie deshalb eindeutig keine medizinische oder paramedizinische Arbeitsweise, sondern muß als pädagogisch im weitesten Sinn des Wortes betrachtet werden (Wurm, 1986). Trotzdem ergeben sich aus der Natur der Sache und den Grundlagen der Arbeit Überschneidungen (vgl. Kap. 2.6).

In der psychologischen Literatur wird die Feldenkrais-Methode den Körpertherapien zugeordnet. Petzold (1992) spezifiziert dabei die Körpertherapien folgendermaßen:

1. Funktionale Körpermethoden

Zu ihnen gehören verschiedene westliche Methoden der Atemtherapie, bewegungsorientierte Methoden wie die Alexander-Technik; die Feldenkrais-Methode oder die Eutonik, Sensory Awareness, Relaxationsmethoden und verschiedene Massageverfahren. Die funktionalen Ansätze sind auf das 'richtige' Atmen, Bewegen, Entspannen zentriert. Sie wirken im 'Streueffekt' auch psychotherapeutisch, ohne biographisch aufdeckend zu arbeiten.

2. Konfliktorientierte Körperverfahren

Zu ihnen gehören die klassische reichianische Vegetotherapie, die Orgontherapie, wie sie Reich in seiner letzten Schaffensperiode entwickelt hat, und die verschiedenen neoreichianischen Verfahren, darunter das bekannteste, die bioenergetische Analyse von A. Lowen (1988). Diesen Ansätzen geht es um das Aufdecken "im Körper verdrängten traumatischen Materials", das zu Blockierungen des vitalen Energieflusses, zur muskulären Panzerung geführt hat.

3. Integrative Verfahren

Die Bioenergetik, die Thymopraktik und die Lomi-Therapie haben sowohl konfliktzentrierte als auch funktionale Methoden entwickelt, die kombiniert oder auch separat eingesetzt werden können (Petzold, 1992, S. 243)

Die Feldenkrais-Methode wird also von Petzold (1992) in dieser rein westlich orientierten Betrachtungsweise als bewegungsorientierte Methode den Funktionalen Körpertherapien zugeordnet.

In den alten östlichen Traditionen existieren eine Vielzahl weiterer Systeme von Bewegungs- und Körpertherapie, die in unserem Jahrhundert die Entwicklung westlich geprägter Verfahren zweifellos mitgeprägt haben. Gerade in letzter Zeit werden asiatische Methoden wie Yoga (Cubley, 1976), T'ai Chi, Judo, Aikido, Shiatsu, Chi Gong und andere im Westen zunehmend populärer und darüber hinaus entstehen Ansätze, die westliche und östliche Einflüsse verbinden (Leigh, 1989).

Alle diese Methoden haben viele Prinzipien gemeinsam. Sie orientieren sich an Entwicklung, Wachstum und Förderung von vorhandenen Potentialen des Organismus und der ganzen Person (Milz, 1992) und teilen die Annahme einer engen wechselseitigen Beziehung zwischen körperlichen und psychologischen Funktionen. Sie gehen davon aus, daß sich eine überdauernde psychotherapeutische Veränderung nur einstellt, wenn sich auch die Körperbewußtheit des Individuums verändert. Sie gehen weiter davon aus, daß es Zeit und Energie erfordert, um Körperbewußtheit zu entwickeln, und daß Körperbewußtheit eine Fähigkeit ist, die gelernt und praktiziert werden muß (Pruzinsky, 1990).

Im Psychotherapieführer von Kraiker und Peter (1991) wird die Feldenkrais-Methode in der Rubrik "Weitere Entspannungsverfahren" erwähnt. Nach Feldenkrais (1988a, S. 185) ist seine Methode aber "keine Entspannung, denn wirkliche Entspannung kann nur durch vollständige Ruhigstellung erreicht werden. Das Ziel ist nicht komplette Entspannung, sondern gesunde, kräftig leichte und angenehme Anstrengung".

Eine weitere Einordnung nimmt die deutsche Stiftung Warentest vor, von der alle möglichen Verfahren aus dem Gesundheitsbereich untersucht und beurteilt wurden. Hier wird die Feldenkrais-Methode unter 'Unkonventionelle Heilmethoden' eingestuft (Stiftung Warentest, 1992). Nach Überzeugung des Leiters der Forschungsgruppe der deutschen Feldenkrais-Gilde wird aber in fünf bis zehn Jahren ein allgemeines Theoriekonzept der Feldenkrais-Methode - das bis heute noch aussteht - formuliert sein. Dadurch wird die Feldenkrais-Methode aus der Grauzone eines alternativen Behandlungsverfahrens herauskommen und allgemein als Grundlagendisziplin anerkannt werden. Und zwar nicht als eine weitere krankengymnastische Technik oder paramedizinische Arbeitsweise, sondern als eigenständige Disziplin der

Bewegungswissenschaft, wobei dieser Prozeß in den USA ("Movement Science", "Kinesiologie") bereits weiter fortgeschritten ist als in Deutschland (Roger Russell, persönliche Mitteilung, April 1993).

Nach diesem Überblick über die Entwicklung der Feldenkrais-Methode und die Möglichkeiten der Einordnung werden nun die theoretischen Grundlagen näher erörtert.

2.3 Theoretischer Ansatz der Feldenkrais-Methode

In diesem Kapitel sollen wesentliche Grundlagen und Annahmen der Feldenkrais-Methode ausführlicher dargestellt werden.

2.3.1 Über das Lernen

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel zur Einordnung hervorgeht, ist die Feldenkrais-Methode nach ihrer Selbsteinschätzung ein Verfahren der somatischen Erziehung, also eine Lernmethode.

Die Art von Lernen, die in der Feldenkrais-Methode zur Anwendung kommt, ist organisches Lernen. Damit ist die Art und Weise gemeint, wie Kleinkinder und Kinder durch Versuch und Irrtum lernen, den Kopf zu heben, zu krabbeln, zu gehen etc.. Dieses organische Lernen ist langsam und kümmert sich nicht um die Bewertung etwaiger Ergebnisse als gut oder schlecht. Es hat keinen erkennbaren Zweck und wird einzig gelenkt von dem Gefühl der Befriedigung, das sich einstellt, wenn ein neuer Versuch als weniger ungeschickt empfunden wird als der vorangegangene (Feldenkrais, 1987a).

Insbesondere die Bewegungslektionen der Gruppenmethode, die sich z.B. mit Bewegungsmustern wie Saugen, Greifen, Rollen, Krabbeln beschäftigen und auch der Auge-Hand-Koordination eine große Wichtigkeit beimessen, lassen dabei den Einfluß des Entwicklungsmodells von Piaget auf Feldenkrais' Auffassung der kindlichen Entwicklungsstadien erkennen (Feldenkrais, 1987b, S. 7).

Tiere sind bei der Geburt mit den meisten Verhaltensmustern ausgestattet, die sie während ihres Lebens benutzen werden und die Größe ihres Gehirns ändert sich in ihrer Entwicklung nur wenig. Der Mensch hat von allen Säugern das komplexeste Zentralnervensystem, hat aber bei der Geburt nur einige wenige Reflexe zur Verfügung. Wir lernen die meisten Muster, die wir zum Überleben brauchen, und im Erwachsenenalter ist unser Gehirn etwa fünfmal so groß wie bei der Geburt. Im Vergleich zu Tieren haben wir eine unendliche Kapazität, verschiedenste Verhaltensmuster zu erlernen.

Der Mensch geht auf seinen zwei Beinen. In der aufrechten Haltung ist der physikalische Schwerpunkt auf der höchstmöglichen Ebene und daraus entsteht ein labiles Gleichgewicht, in dem die potentielle Energie maximal ist. Der stehende Körper ist daher jederzeit bereit zu Bewegung in alle Richtungen. Die aufrechte Haltung ist also eine biologische Qualität des menschlichen Körperbaus. Deshalb sollte Aufrecht-Stehen keinerlei Empfindung von Anstrengung, Halten oder bewußtem Tun beinhalten. Die aktuelle Haltung ist aber immer das Resultat aus den angeborenen Mechanismen der Körperstruktur, und daraus, was wir gelernt haben, um uns unserer physikalischen und sozialen Umgebung anzupassen (Wurm, 1986).

Die Bahnen im Nervensystem eines Embryos, eines Kleinkindes und eines Kindes werden nach Feldenkrais durch die Erfahrungen, die es in seiner spezifischen Umwelt macht, gleichsam verdrahtet. Ein solches organisches Lernen kann aber auch Unvollkommenheiten, Fehler und Mißlingen mit sich bringen. So ist vieles von dem, was wir gelernt haben, zum Schaden des Systems, weil es unter emotionalem Druck oder dem Stress von elementaren Bedürfnissen zu einer Zeit gelernt wurde, als unsere unmittelbare Abhängigkeit von anderen unsere wirklichen Bedürfnisse verzerrte (Wurm, 1986).

Verläuft der organische Lern- oder Reifungsprozeß im Idealfall reibungslos, werden nach und nach alle möglichen Bewegungsmuster entwickelt und integriert. Wird dieser Prozeß jedoch aus irgendwelchen Gründen gestört, so bauen sich alle weiteren Funktionen auf einem unvollständigen Muster auf. Bewegungsmuster oder Haltungen - wobei Haltung als dynamischer Prozeß der Organisation des Körpers im Schwerfeld verstanden wird - sind dabei nach Feldenkrais das Resultat einer komplexen neuromuskulären Organisation. Dazu müssen Informationen aus verschiedenen Quellen koordiniert werden. Feldenkrais (1949) nennt hier als Impulsquellen die Gleichgewichtsorgane im Innenohr, die Propriozeptoren des kinästhetischen Sinns, die Rezeptoren der Haut, viszerale Rezeptoren sowie die im Kopf lokalisierten Telerezeptoren.

Vom organischen Lernen unterscheidet Feldenkrais die schulische, akademische Lehr- und Lernweise unter der Anleitung von Lehrern. Hier soll nach einem bestimmten Lehrplan in einer festgesetzten Zeitspanne ein vorgeschriebenes Pensum bewältigt werden. Feldenkrais schreibt dazu (1987a):

Diese schulische Lehr- und Lernweise hat unsere Eltern geformt, hat ihre Überzeugungen geprägt und die Art, wie sie Lernen verstehen. Ob sie es noch so gut meinen, Eltern scheinen sich in das organische Lernen doch so störend einzumischen, daß viele Therapien die

Entstehung und Entfaltung der meisten Dysfunktionen bis zu den Eltern zurückführen können. (S. 61)

In der Feldenkrais-Methode soll nun ein organisches, somatisches Lernen neu ermöglicht werden, in dem u.a. an möglicherweise unvollständig ausgebildeten motorischen Mustern gearbeitet wird und sozusagen eine Nachreifung ermöglicht wird. Ein solches Lernen ist nach Feldenkrais lebendig und lebhaft, geschieht bei guter Laune und mit häufigen kurzen Pausen und verglichen mit schulischem Lernen ist die Einstellung dazu weniger ernst.

Ein solches Lernen soll zu anderen, neuen Weisen führen, Dinge zu tun, die einer bereits tun kann, und so die Möglichkeiten erweitern, frei zu wählen, d.h. neue Reaktionsweisen werden geformt, die funktionell angemessener sind. "Wer über nur eine Verfahrensweise verfügt, hat keine Wahl als zwischen Tun und Nichttun" (Feldenkrais, 1987a, S. 65). In der Praxis der Feldenkrais-Methode soll dies erreicht werden durch Differenzierung bekannter, eingefahrener Bewegungs- und Verhaltensmuster. Dadurch sollen vielerlei Möglichkeiten verfügbar werden, um auf unterschiedliche Situationen jeweils angemessen reagieren zu können.

Um dieses ganzheitliche Verständnis des Lernens näher zu erläutern, soll als nächstes auf Feldenkrais' Auffassung der Beziehung von Körper und Geist eingegangen werden.

2.3.2 Einheit von Körper und Geist

Die Art und Weise, in der Leib und Seele vereint sind, hat durch die Jahrhunderte die Menschen beschäftigt. Der allgemein bekannte Spruch "Ein gesunder Geist in einem gesunden Körper" und ähnliche Aussagen drücken diese Verbundenheit aus. Nach anderen Auffassungen schafft ein gesunder Geist einen gesunden Körper.

Feldenkrais behauptet nun, daß die Einheit von Körper und Geist eine konkrete Realität ist, daß sie keine in irgendeiner Weise verbundenen Dinge, sondern in ihren Funktionen ein untrennbares Ganzes sind. Die Kontinuität der Geistesfunktionen wird also durch die entsprechenden motorischen Funktionen ermöglicht oder zumindest gestärkt.

Er belegt diesen Punkt durch einige Beispiele (1988a):

1. Die meisten Menschen können nicht klar denken, ohne dabei den motorischen Sektor des Gehirns ausreichend zu mobilisieren, indem sie die in der Muskulatur des Sprechapparats verankerten Wortmuster, die die Gedanken repräsentieren, vergegenwärtigen.
2. Um deutlich den Inhalt dessen, was wir beim Lesen sehen, wahrzunehmen, benötigen wir die Zeit, die für das Überblicken des

Teilstücks von den Augenmuskeln benötigt wird. Hier wird die funktionale Einheit von Wahrnehmung und motorischem Antrieb deutlich. (S. 176)

Diese Beispiele weisen darauf hin, daß eine Verbesserung in der Geschwindigkeit und Klarheit des Denkens durch eine Optimierung motorischer Aktivität und durch einen reibungslosen Ablauf der Muskelfunktionen zu erreichen ist.

In bezug auf die Verbindung von Gefühlen und Bewegung ist diese Beziehung deutlich. Wir zeigen normalerweise ein klares Bild der Muskelbewegungen, das sogar für ein objektives Einschätzen der Intensität unserer Gefühle ausreicht. Was zuerst kommt - das Bild der Muskelbewegungen oder das Gefühl -, war Gegenstand vieler Theorien und ist nach Feldenkrais unmöglich zu unterscheiden.

Er nimmt an, daß die motorischen Funktionen wesentlicher Bestandteil der höheren Funktionen des Menschen sind. "Dies trifft nicht nur für die höheren Funktionen wie Singen, Malen, Lieben zu, die ohne Muskelaktivität unmöglich sind, sondern auch auf das Denken, Erinnern und das Gefühl" (Feldenkrais, 1988a, S. 178).

Aus dieser Sichtweise der Einheit von Körper und Geist läßt sich auch Feldenkrais' Begriff des Selbstbildes (synonym: Ich-Bild) verstehen, der im folgenden näher erläutert wird.

2.3.3 Selbstbild

Zur eher verwirrenden Verwendung verschiedenster Begriffe wie Körperschema, Körperbild, körperliches Selbst, body image, body concept und vielen anderen in der umfangreichen Literatur zum Bereich der Körpererfahrung sei verwiesen auf die Übersicht von Bielefeld (1986). Laut Bielefeld weisen die mangelnde Einheit in Begriffswahl und -verständnis nur auf die unterschiedlichen philosophischen, anthropologischen, psychologischen, medizinischen und letztlich auch pädagogischen und therapeutischen Ansätze hin.

Feldenkrais (1978) schreibt zum Begriff des Selbstbildes:

Ein jeder bewegt sich, empfindet, denkt, spricht auf die ganz ihm eigentümliche Weise, dem Bild entsprechend, das er sich im Lauf seines Lebens von sich gebildet hat. Um Art und Weise seines Tuns zu ändern, muß er das Bild von sich ändern, das er in sich trägt. Das

bedeutet natürlich nicht nur das Ersetzen einer Reaktion durch eine andere, sondern eine Änderung in der Dynamik seiner Reaktionen.

(S. 31)

Das Selbstbild besteht nach Feldenkrais aus vier Teilen, die an jeder Handlung mehr oder weniger beteiligt sind: Bewegung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken. Um sich zu bewegen, braucht man, bewußt oder unbewußt, mindestens einen seiner Sinne, wodurch auch Gefühl und Denken miteinbezogen werden. Das Selbstbild ist aber nicht statisch. Es ändert sich von Handlung zu Handlung, aber mit der Zeit wird das so Geänderte zur Gewohnheit, d.h. die Handlungen nehmen einen starren Charakter an.

Zumindest was die elementaren Bewegungen betrifft, beruht der Begriff des Selbstbildes auf konkreten Ergebnissen: Bei den Grundbewegungen verbinden sich die betreffenden Zellen der motorischen sowie der sensorischen Region der Großhirnrinde zu einer Gestalt, die derjenigen des Körpers ähnlich ist. Die Neurologen nennen diese Gestalt den 'homunculus'. Unser Selbstbild ist nach Feldenkrais kleiner als es sein könnte. Es besteht nur aus den Zellengruppen, die einer tatsächlich benützt hat oder benützt. Wir gebrauchen daher nur einen Bruchteil unseres Leistungspotentials.

Dieses Selbstbild, das man sich von sich macht, ist nun nach Feldenkrais teils ererbt, teils anerzogen; zu einem drittem Teil kommt es durch Selbsterziehung zustande (Feldenkrais, 1978, S. 19).

Der ererbte Teil ist dabei im wesentlichen festgelegt, lange bevor von der Identität des Menschen überhaupt die Rede sein kann. Die Erziehung bestimmt die Sprache, dadurch auch die spezifischen Formen der Begriffe, des Denkens und Reagierens, die sozialen Normen und allgemeinen Lebensgewohnheiten. Diese sind aber nicht Merkmale des Menschen als einer Gattung, sondern kennzeichnen einzelne Gruppen oder Personen. Die Selbsterziehung schließlich ist beim Neugeborenen noch kaum vorhanden, nimmt aber zu, indem der Organismus wächst und stabiler wird. Das Kind entwickelt allmählich individuelle Züge, wählt oder verwirft Gegenstände und Handlungen, je nach seiner Eigenart.

Wir hören aber gewöhnlich auf, uns weiter zu entwickeln und zu lernen, sobald wir genügend Fertigkeiten entwickelt haben, um unseren unmittelbaren Zweck zu erreichen. Der Entwicklung des einzelnen wird dabei von der Gesellschaft nach der Pubertät ein vorzeitiges Ende gesetzt. Denn die Bedürfnisse der Gesellschaft sind solcher Art, daß die Jungen selbst in diesem "niederen Entwicklungsstadium ihre nützlichen Glieder sein können. In der Tat beschränkt sich das Lernen nach der Pubertät auf das Erwerben praktischer und fachlicher Kenntnisse, während die eigentliche, d.h. die nicht speziali-

sierte Weiterentwicklung nur zufällig und in Ausnahmefällen fortgesetzt wird" (Feldenkrais, 1978, S. 39).

Der biologische Grundtrieb eines jeden Organismus ist aber, sich völlig auszuwachsen und zu entwickeln. Ebenso drängt es auch die Zellen, die den menschlichen Körper und das Nervensystem bilden, zu wachsen und ihre spezifischen Funktionen zu erfüllen. Trotzdem bleiben im ganzen Organismus viele Zellen untätig aufgrund einseitiger Tätigkeit oder, weil die eine oder andere Funktion gar nicht erst zur Reife gelangt ist. Beides kommt häufig vor und, um vom Standpunkt der Gesellschaft aus ein nützliches funktionierendes Glied zu sein, braucht ein Organismus seine Fähigkeiten auch gar nicht voll zu entwickeln.

Obwohl sich das Selbstbild nach Feldenkrais (1978) im Lauf vieler Jahre gebildet hat, erscheint es nach außen, als wäre es nicht erworben, sondern angeboren und naturegeben. Deshalb besteht auch die Schwierigkeit beim Umlernen darin, daß Verhaltensweisen geändert werden sollen, die alt und schon eingefahren sind. Es soll aber nicht einfach eine Handlung durch eine andere ersetzt, sondern ihre Qualität und die Art, wie sie ausgeführt wird, verändert werden und damit ihre ganze Dynamik.

Um ein vollständiges Selbstbild zu haben, müßte sich "einer der gesamten Oberfläche seines Körpers innesein: vorne, hinten, an den Seiten, zwischen den Beinen, usw., und aller Gelenke in seinem Skelett obendrein. Das ist ein Idealzustand und dementsprechend selten" (Feldenkrais, 1978, S. 47). Um eine Idee von den Lücken im eigenen Selbstbild zu bekommen, kann man folgendes versuchen: Legen Sie sich auf den Rücken und schließen Sie die Augen. Spüren sie mental den ganzen Körper methodisch durch, von den Fersen angefangen nach oben. Wie Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Stellen Ihres Körpers richten, werden Sie bemerken, daß Sie zu bestimmten Stellen leichter Kontakt bekommen als zu anderen, und daß diese Stellen während einer Handlung gewöhnlich nicht bewußt sind. Tatsächlich sind bestimmte Teile des Körpers im Selbstbild während einer Handlung niemals präsent. So besteht meist eine Differenz zwischen dem Bild und der Wirklichkeit. Das Selbstbild kann dabei "verkleinerte oder aufgeblasene Wirklichkeit sein, der Maske angepaßt, nach der einer von seinesgleichen beurteilt werden möchte" (Feldenkrais, 1978, S. 47).

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, daß der Weg über die systematische Korrektur des Bildes kürzer und gründlicher sein wird als der über die Korrektur einzelner Handlungen und einzelner Fehler in Verhaltensweisen. "Die Korrektur einzelner Handlungen gleicht dem Spiel auf einem verstimmten Instrument. ... Verbessert man die allgemeine Dynamik des Bildes, so entspricht das dem Stimmen des Instruments" (Feldenkrais, 1978, S. 48).

Feldenkrais' Ansatz zielt also auf den motorischen und sensorischen Teil des Selbstbildes ab, der mit Bewegung zusammenhängt. Weshalb er die Korrektur von Bewegung als den besten Weg zu einer Verhaltensänderung ansieht, soll im folgenden näher begründet werden.

2.3.4 Bewegung als bester Weg einer Veränderung

Nach Feldenkrais (1988a) existieren im wesentlichen zwei Möglichkeiten zur Verhaltensänderung eines Menschen, entweder über die Psyche oder über die Soma:

Der Vorteil, die Einheit von Geistes- und Körperfunktionen über die Soma anzugehen liegt in der Tatsache, daß mit dem muskulären Ausdruck des Körpers einfacher umzugehen ist. Er ist konkreter und einfacher zu lokalisieren. Es ist auch unvergleichlich einfacher, eine Person auf das aufmerksam zu machen, was an ihrem Körper geschieht. Man erhält auf diese Weise schnellere und direktere Resultate. (S. 179)

Wie im vorigen Kapitel bereits erwähnt, besteht nun das Selbstbild und damit jedes Verhalten nach Feldenkrais aus den Bestandteilen Sinnesempfindung, Gefühl, Denken und Bewegung. Keines der vier Teile besteht losgelöst von den anderen. Aus dieser Wechselwirkung ergibt sich, daß die Behandlung eines Bestandteils auf die anderen und somit auf den ganzen Menschen wirkt.

Zur Bedeutung von Bewegung in dieser Wechselwirkung berichtet Feldenkrais (1988b) einige interessante Experimente mit Umkehrbrillen:

Nachdem Versuchspersonen am Anfang alles auf dem Kopf stehend sahen, begann sich nach einiger Zeit alles, was sie berühren konnten, wieder umzukehren und normal auszusehen. Jedoch alles, was nicht berührt werden konnte, verblieb weiterhin umgekehrt.

In einem weiteren Experiment schob eine Person eine andere, die im Rollstuhl saß, und beide trugen Umkehrbrillen. Die Versuchsperson, die die andere schob, begann bald ganz normal zu sehen und nach ein paar Stunden war sie fähig, sich ganz normal zu bewegen. Die im Rollstuhl herumgeschobene Person sah weiterhin alles in der falschen, umgekehrten Weise.

Feldenkrais (1978) begründet nun in neun Punkten, warum für ihn die Korrektur von Bewegung der beste Weg einer Verhaltensänderung ist:

1. Da das Nervensystem vorwiegend mit Bewegung beschäftigt ist, steht die motorische Aktivität im Zentrum aller menschlichen Aktivität.

2. Es ist leichter die Qualität einer Bewegung zu erkennen, als die eines der anderen Faktoren. "Wir wissen viel mehr von Bewegung als von Liebe, Zorn, Neid oder selbst vom Denken"(S. 59).
3. Wir haben von Bewegung größere Erfahrung als vom Fühlen und Denken.
4. Wie einer gebaut ist und in welchem Ausmaß er sich bewegen kann, ist für seine Selbsteinschätzung wahrscheinlich wichtiger als irgend etwas sonst.
5. Am Anfang jedes Tuns steht Muskeltätigkeit. Ohne Muskeltätigkeit kann einer keinen Laut von sich geben, kann er weder sehen noch hören. Und selbst der ungeübte Beobachter kann Fehler im Regulieren der Intensität von Bewegungen erkennen.
6. Bewegungen spiegeln den Zustand des Nervensystems. Ein Muskel zieht sich zusammen infolge von Impulsen vom Nervensystem. Die Struktur des Muskelbildes der aufrechten Haltung, des Gesichtsausdrucks und der Stimme spiegeln daher den Zustand des Nervensystems. Also können "weder Haltung, noch Ausdruck, noch Stimme verändert werden ... ohne eine Änderung auch im Nervensystem, von dem aus die Muskeln zu äußeren, sichtbaren Änderungen in Gang gesetzt werden" (S. 61). D.h., daß Bewegung und Tätigkeit Besserungen erst dann aufweisen werden, wenn zuvor eine Änderung im Gehirn und im Nervensystem geschehen ist. Das bedeutet: eine Besserung körperlicher Tätigkeit spiegelt eine Änderung in dem Kontrollzentrum, das diese Tätigkeit regiert.
7. Das meiste dessen, was in einem vorgeht, wird hauptsächlich durch die Muskulatur bewußt. Was in einem geschieht, erfährt einer, "sobald seine Gesichtsmuskeln, sein Herz oder seine Atmungsmuskulatur sich zu einer Gestalt organisieren, die wir als Furcht kennen, als Angst, als Lachen oder als sonst ein Gefühl" (S. 62).
8. Atmen ist Bewegung und unsere Atmung spiegelt jede Anstrengung des Gefühls oder des Körpers und jede Störung. Sie reagiert empfindlich auch auf die vegetativen Prozesse. Das Skelett ist aber so gebaut, daß es fast unmöglich ist, die Atmung richtig zu organisieren, wenn nicht auch das Skelett gegen das Schwerfeld richtig organisiert ist. Die Atmung selbst kann daher nur in dem Maße gebessert werden, indem indirekt die Organisation der Skelettmuskulatur verbessert wird.
9. Den letzten Punkt hält Feldenkrais für den wichtigsten: Haltung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken sowie auch die chemischen und hormonalen Prozesse bilden in jedem Augenblick ein integriertes Ganzes. Innerhalb jeder solchen Integrationsfigur wird einer sich aber nur der Teile bewußt werden, in denen seine Muskeln und die Hülle (Haut und Schleimhäute) beteiligt sind. In der Muskulatur kann wiederum keine Änderung geschehen, ohne daß ihr eine entsprechende Änderung in der motorischen Region der Gehirnrinde voranginge.

Da nun die Strukturen im Gehirn, in denen Gefühle und Denken vor sich gehen der motorischen Region der Gehirnrinde sehr nahe sind, und da im Gehirn Erregung und Impulse dazu neigen sich auszubreiten

ten und auf benachbarte Gewebe überzugreifen, wird eine drastische Veränderung in der motorischen Region parallele Wirkungen aufs Denken und aufs Fühlen haben. (Feldenkrais, 1978, S. 66)

Durch eine grundsätzliche Änderung in der motorischen Grundlage einer Integrationsfigur wird daher der Zusammenhalt des Ganzen zerstört und dadurch dem Denken und dem Gefühl der gewohnte Rahmen, d.h. die Gewohnheit, entzogen. In diesem Zustand ist es viel leichter, Änderungen im Denken und Fühlen herbeizuführen, da sich die Muskulatur, durch die man sich seines Denkens und Fühlens bewußt wird, geändert hat. So hat die Gewohnheit ihre stärkste, die Stütze der Muskeln verloren und läßt sich jetzt ändern.

Nach der Darstellung der Vorteile eines somatischen Ansatzes zur Veränderung von Verhalten werden als nächstes Feldenkrais' allgemeine Konzepte von Gesundheit und Bewußtheit erörtert.

2.3.5 Gesundheit

Zunächst heißt Gesundheit nach Feldenkrais in erster Linie, "daß alle wesentlichen Funktionen eines Menschen ohne längere Unterbrechung arbeiten können müssen. Das Bewußtsein, das Zentralnervensystem, das Herz usw. müssen gleichmäßig arbeiten" (Feldenkrais, 1988c, S. 19).

Aus systemtheoretischer Sichtweise ist das menschliche Nervensystem nun mit seinen mindestens 3×10^{10} Teilen ein sehr großes System. Große Systeme haben die Eigenschaft, daß sie weiter funktionieren, auch wenn einzelne Teile davon ausfallen. Jede Großfirma wäre ein gutes Beispiel dafür. Die Gesundheit eines solchen Systems kann man messen an dem Schock, den es verträgt, ohne daß es zusammenbricht. Aus diesem Blickwinkel heraus läßt sich Gesundheit demnach an dem Schock messen, den ein Mensch ertragen kann, ohne daß seine übliche Lebensweise beeinträchtigt wird. Je gesünder ein Mensch also ist, desto leichter findet er, nach Feldenkrais (1988c), nach beträchtlichen Schocks zurück zu seiner gewohnten Lebensweise.

Das menschliche Nervensystem ist aber nicht in dem Zustand geboren, wie er bei Erwachsenen vorzufinden ist. Es wird vielmehr geformt, indem die Sinne die Außenwelt mehr und mehr differenzieren. Ein solcher Lernprozeß kann aber nicht einwandfrei und fehlerlos in allen Menschen vorgehen. Einige der latenten Neigungen, die wir besitzen, sind auch nie soweit ausdifferenziert und entwickelt worden, und deshalb hat, nach Feldenkrais, "jeder Erwachsene verborgene Träume. Unsere Kultur, unsere Eltern und Schulbildung zwingen uns, diese Träume zu unterdrücken als kindliche Absichten, die

eines Erwachsenen nicht würdig sind...Lassen Sie mich behaupten, daß der gesunde Mensch derjenige ist, der seine verborgenen Träume ausleben kann" (Feldenkrais, 1988c, S. 22).

Am Anfang der individuellen Entwicklung differenzieren sich die Fähigkeiten in Richtung einer feineren und vollständigeren Vielfalt. Mit zunehmender sexueller Reife spezialisieren wir uns, nach Feldenkrais, in einem immer enger werdenden Bereich von Handlungen und Erfahrungen. Es kommt der Punkt, wo unsere Bildung und Erziehung uns nicht helfen können, uns weiter zu entwickeln, sondern im Gegenteil uns einschränken und in Richtungen drängen, die in der Folge unsere Gesundheit gefährden. Das Handeln ist dann mehr und mehr begrenzt auf die Spezialisierung, in der wir uns auszeichnen. Wir werden ungesund, so daß wir in den Ruhestand treten müssen, bevor wir biologisch alt sind. Altersbeschwerden z.B. beginnen meist mit der selbstauferlegten Beschränkung neue körperliche Muster zu formen, mit anderen Worten, wenn einer aufhört zu lernen und sich weiterzuentwickeln. Zuerst wählt eine Person Haltungen und Einstellungen, um der Würde seiner Position gerecht zu werden, wodurch bestimmte Handlungen, wie Auf-dem-Boden-Sitzen oder Springen, verworfen und dadurch bald unmöglich werden. Die Wiederaufnahme und Re-Integration solcher Handlungsweisen hat einen verjüngenden Effekt, nicht nur auf die Mechanik des Körpers, sondern auch auf die Persönlichkeit als Ganzes (Wurm, 1986).

Einigen wenigen gelingt es nun, ihren gesunden Lebensablauf bis ins hohe Alter fortzusetzen. Diese gesunden Menschen haben entdeckt, "daß Lernen das Geschenk des Lebens ist. Ein ganz besonderes Lernen: sich selbst kennen zu lernen. Sie lernen kennen, 'wie' sie handeln, und dadurch sind sie in der Lage, 'das' zu tun, was sie wollen (Feldenkrais, 1988c, S. 22).

2.3.6 Bewußtheit

Der Begriff der Bewußtheit spielt bei Feldenkrais eine wichtige Rolle. Er nannte seine Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung', und er unterscheidet zwischen Bewußtsein und Bewußtheit, was ihm in der Fülle der Literatur zu diesem Thema eine Sonderstellung verleiht (Bielefeld, 1986).

Feldenkrais bringt nun den Begriff der Bewußtheit insbesondere in Verbindung mit der Entwicklung der Strukturen des menschlichen Nervensystems, die er systematisch untersucht hat. Dabei hat er die Verknüpfungen der verschiedenen Gruppen von Nervenstrukturen, d.h. ihrer vegetativen, reflexartig-automatischen und bewußten Anteile besonders berücksichtigt (Milz, 1985). Er spricht hier vom rhinischen, limbischen und supralimbischen System (Feldenkrais, 1978). Die dritte Gruppe von

Strukturen des supralimbischen Systems weist nun strukturelle Eigentümlichkeiten auf, durch die sich dieser Teil grundsätzlich von allen anderen Lebewesen unterscheidet. Struktur und Gewebe dieses Anteils sind zwar vererbt, aber ihre Funktion hängt weitgehend von den Erfahrungen ab, die einer macht. Als Beispiel führt Feldenkrais an, wie die Muttersprache die Entwicklung der Muskulatur der Zunge etc. weitgehend bestimmt.

Die meisten Tätigkeiten, die von diesem dritten System ausgehen, werden aber über einen Umweg durch die ersten beiden Systeme ausgeführt. Diese Verzögerung zwischen dem Denkvorgang im dritten System und dessen Umsetzung in Handlung ist aber lang genug, um die Ausführung auch hemmen zu können. "Daß eine Pause möglich ist zwischen der Entstehung einer Denkfigur zu irgendeiner bestimmten Handlung und deren Ausführung als Handlung, bildet die physische Grundlage der Bewußtheit" (Feldenkrais, 1978, S. 73).

Wessen Bewußtheit nicht geweckt ist, der handelt laut Feldenkrais nach der Art der beiden älteren Gehirnsysteme, obwohl die Absicht zu handeln vom höheren, dritten System ausgegangen war. Oft erweist sich die Handlung sogar als das gerade Gegenteil der ursprünglichen Absicht. Das geschieht, wenn die Absicht zu handeln, die vom höheren System ausgeht, das mit den Gefühlen nur schwach verbunden ist, die niederen Systeme in Gang setzt, die mit den Gefühlen viel stärker verbunden sind. Deren Handeln ist schneller, die Verzögerung zwischen Absicht und Ausführung kürzer und es kommt zu einer Affekthandlung, z.B. bei einem Versprecher.

"Das obere System, das im Menschen höher als in allen anderen Lebewesen entwickelt ist, ermöglicht die Bewußtheit. Das heißt: einer kann seine organischen Bedürfnisse erkennen und sich die Mittel wählen, um sie zu befriedigen" (Feldenkrais, 1978, S. 76).

Nach Feldenkrais hat die Evolution der Lebewesen eine Richtung dahingehend, den Umfang der Bewußtheit zu erweitern, "d.h. ihre Fähigkeit zu erhöhen, ältere Vorgänge zu lenken, die während früherer Evolutionsperioden entwickelt worden sind, und die Vielfalt diese Vorgänge zu vermehren, sie zu hemmen oder zu beschleunigen" (Feldenkrais, 1978, S. 77).

Alle höher entwickelten Tiere haben Bewußtsein und es hat einen beträchtlichen Umfang. Sie kennen die Umwelt, in der sie leben, ihren Platz in der Gruppe, der Herde, oder dem Rudel und sie können gemeinsam handeln, um einem der ihren zu helfen. Der Mensch hat ein höher entwickeltes Abstraktionsvermögen, dank dem er, wenn er es gebraucht, unterscheiden kann, was in ihm vorgeht. So kann er z.B. wissen, daß er etwas weiß oder nicht weiß. Feldenkrais gibt nun folgende Definition von Bewußtheit: "Bewußtheit ist Bewußtsein und das Erkennen dessen, was im Bewußtsein vor sich geht, oder dessen, was in uns vor sich geht, während wir bei Bewußtsein sind" (Feldenkrais, 1978, S. 78).

Zur Verdeutlichung führt er ein altes tibetisches Gleichnis an:

Es sagt, daß ein Mensch, der sich seiner selbst nicht bewußt ist, einem Wagen gleiche, dessen Fahrgäste die Begierden, dessen Pferde die Muskeln sind, und der Wagen selbst ist das Skelett. Die Bewußtheit ist der schlafende Kutscher. Solange er schläft, wird der Wagen ziellos bald hierhin, bald dorthin gezerrt. Jeder Fahrgast will an ein anderes Ziel, jedes der Pferde zieht in eine andere Richtung. Ist der Kutscher wach und hält die Zügel, so wird er Pferde und Wagen so lenken, daß jeder Fahrgast sein Ziel erreicht. (Feldenkrais, 1978, S. 83)

Nach der Darstellung allgemeiner theoretischer Grundlagen der Feldenkrais-Methode wird im nächsten Kapitel auf ihre Techniken und Verfahrensweisen eingegangen.

2.4 Zwei Feldenkrais-Verfahren

Die Feldenkrais-Methode ist eine Form neuromuskulärer Umerziehung, in der sanfte Bewegung und gelenkte Aufmerksamkeit benützt werden, um Selbst-Bewußtheit zu fördern und das neuromuskuläre Selbstbild, auf dem Bewegung basiert, zu verbessern. Feldenkrais hatte dabei zwei Leitprinzipien in seiner Arbeit:

1. Bewegung sollte nur durch die Skelettstruktur (den Bewegungsumfang der Gelenke und Bänder) und nicht durch eine muskuläre Behinderung beschränkt sein.
2. Jede Handlung sollte mit dem geringsten nötigen Aufwand und maximaler Effizienz ausgeführt werden. Er schreibt dazu:

Die gesunden, koordinierten Bewegungen des Körpers folgen dem Prinzip der geringsten Aktion; die Muskeln erfüllen ihre Aufgaben mit dem geringsten Aufwand an metabolischer Energie. Angesichts der Regeln, die die Arbeitsweise des gesamten menschlichen Körpers bestimmen, kann man entscheiden, welches Verhalten normal oder anormal ist. (Feldenkrais, 1988a, S. 180)

Feldenkrais entwickelte zwei miteinander verknüpfte Methoden. Beide Methoden arbeiten mit Hilfe von Bewegung direkt mit dem Nervensystem und zielen auf eine Veränderung neuronaler Muster. Die erste Methode 'Bewußtheit durch Bewegung' besteht aus verbal vermittelten Bewegungslektionen und wird vor allem in Gruppenarbeit angewendet. Das Spektrum der Bewegungen reicht von klein bis groß und umfaßt jede Funktion des Körpers, sowie Aufmerksamkeit, Vorstellungskraft, Wahrnehmung, Einstellungen und Kognition. Die Bewegungen zielen auf die Neu-Programmierung neuromuskulärer Bahnen; sie transformieren alte Gewohnheiten und etablieren neue Wege des Denkens, Fühlens und der Bewegung. Die zweite Methode 'Funktionale

Integration' ist eine mit den Händen vermittelte Einzelbehandlung, die dann verwendet wird, wenn eine größere individuelle Aufmerksamkeit nötig ist. Sensomotorisches Lernen wird hier durch ausgefeilte Berührungstechniken und passive Bewegung ermöglicht. Feldenkrais-Lehrer werden in ihrer Ausbildung dafür sensibilisiert, in einem Prozeß nonverbaler Kommunikation genau zu spüren, was für ihre Schüler erforderlich ist.

Da in der vorliegenden Studie die Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung' zur Anwendung kam, soll diese eingehender erörtert werden, wobei zuerst auf die Einzelbehandlung 'Funktionale Integration' nur kurz eingegangen wird.

2.4.1 Die Einzelbehandlung 'Funktionale Integration'

Die Arbeit an der individuellen Problematik einzelner Menschen heißt 'Funktionale Integration'. Die Behandlungen in der Funktionalen Integration finden gewöhnlich auf einem Behandlungstisch statt, der etwas länger, breiter und niedriger als ein Massagetisch ist. In der Einzelarbeit wird durch den Gebrauch der Hände, durch spezifische Techniken, bei denen Körper und Körperteile in verschiedenen Variationen passiv bewegt werden sowie durch Arbeit an der Muskulatur eine Verbindung der verschiedenen Körpersegmente angestrebt. Nach Feldenkrais (1987) wird niemals ein krankes Glied oder Gelenk behandelt, bevor nicht eine Besserung des Kopf-Hals-Verhältnisses und der Atmung erreicht wurde. Dies kann aber nur durch eine Besserung der Wirbelsäule und der Thorax-Struktur geschehen. Dafür aber müssen Becken und Unterleib korrigiert werden. In der Praxis ist das Verfahren deshalb eine aufeinanderfolgende Serie von schrittweisen Annäherungen, die jede eine weitere Besserung des gerade behandelten Gliedes erlaubt.

Die Funktionale Integration wendet sich an die ältesten Teile unseres sensoriiellen Systems, die auf Berührung, die Empfindungen von Zug und Druck, auf die Wärme der Hand und ihre Streichelbewegungen reagieren. Dabei reguliert sich der Tonus der Muskulatur, der Atem wird tiefer und regelmäßiger, die Haut weitet sich und wird besser durchblutet. Die im wörtlichen Sinn behandelte Person empfindet dabei ihre primitivsten, d.h. entwicklungsgeschichtlich ursprünglichen, vom Bewußtsein vergessenen Verhaltensschemata und erinnert sich des Wohlgefühls eines heranwachsenden kleinen Kindes (Feldenkrais, 1987).

Rywerant (1985) beschreibt in seinem Lehrbuch über Funktionale Integration, daß sich mittels dieser Technik "der Lehrer der Besonderheiten in der neuromotorischen Funktionsweise des Schülers bewußt werden" (S. 18) kann. Ein wichtiger Faktor ist

dabei, daß der Lehrer Sensibilität und Intuition entwickelt hat, um die Bedürfnisse des Schülers wahrzunehmen und eine angemessene Vorgehensweise zu entwickeln. Der Schüler wird dann durch passende Behandlung auf diese Besonderheiten und die alternativen Möglichkeiten, seine motorischen Funktionen zu kontrollieren, aufmerksam gemacht. Dabei reicht die Wirkung dieser Behandlungssitzungen von einer Steigerung des Wohlbefindens, der Lebenskraft sowie der Effizienz der motorischen Funktionen im allgemeinen bis zu einer graduellen Schmerzlinderung und Zurücknahme motorischer Beeinträchtigung.

Die Behandlungen dauern etwa eine Stunde und werden der Problematik jedes Klienten individuell angepaßt. Feldenkrais (1988a, S. 184) hält je nach Schwere der Beeinträchtigung eine "Behandlungszeit von 30-40 Sitzungen anfangs in täglichem Abstand, und dann zwei bis dreimal pro Woche" für erforderlich, bis die wichtigsten Beschwerden verschwunden sind, wobei bedeutende Besserungen auch bereits nach wenigen Behandlungen auftreten können.

Anfangs finden die Behandlungen im Liegen statt, um den Einfluß der Schwerkraft auf den Körper so weit wie möglich auszuschalten und so das Nervensystem zu entlasten. In der Folge können dann verschiedene Positionen des Sitzens, Stehens, Gehens und Balancierens angewendet werden. Weitere Einzelheiten sollen bei der Beschreibung der Gruppentechnik vermittelt werden.

Obwohl die Funktionale Integration ursprünglich eine rein nonverbale Vorgehensweise ist, wird gegebenenfalls auch verbale Kommunikation miteinbezogen, was u.a. auf den Einfluß von Milton Erickson auf Moshe Feldenkrais und seine Schüler zurückzuführen ist (vgl. auch Kap. 2.4.2).

Systematische Untersuchungen über die Wirksamkeit der Funktionalen Integration (Chester, 1982; Ginsburg, 1986; Hanna, 1980; Shelhav-Silberbush, 1987) sind noch selten, häufiger sind Veröffentlichungen über Fallstudien (z.B. Hanna, 1990; Rywerant, 1985; Talmi, 1981).

2.4.2 Die Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung'

Die Wirkungsweise insbesondere der Gruppenmethode gründet sich auf den Prozeß des sensomotorischen Lernens. Sensomotorisch, weil die Sinne, also Gesichts-, Gehör-, Gleichgewichts-, Tastsinn und der kinästhetische Sinn in Verbindung mit Bewegung eingesetzt werden. Dieses sensomotorische Lernen beruht auf dem Prozeß einer Informationsrückkopplung zwischen den Sinnen (insbesondere dem kinästhetischen Sinn, der Stellung und Bewegung des Körpers im Raum sowie den Spannungszustand der

Muskulatur an das Gehirn rückmeldet), den Muskeln und dem Gehirn: Während einer Bewegung senden kinästhetischer Sinn, Gleichgewichts- und Gesichtssinn dem Gehirn Informationen über die Haltung des Körpers und die Aktivitäten der Muskeln. Das Gehirn reagiert darauf, indem es die efferenten Signale an die Muskeln modifiziert. Die vielfältigen neuromuskulären Regelkreise werden so benutzt, um Veränderungen der Bewegungs- und Haltungsmuster zu bewirken (Juhan, 1992).

Eine typische 'Bewußtheit durch Bewegung'-Lektion dauert etwa eine Stunde und besteht aus verbalen Bewegungsanweisungen und Hinweisen für sensorische Aufmerksamkeit, die rund um ein funktionales Bewegungsmuster organisiert sind. 'Bewußtheit durch Bewegung' gründet, wie in Kapitel 2.3 ausgeführt, auf Feldenkrais' Verständnis des kindlichen Lernens und der motorischen Entwicklung sowie der Struktur und Funktion des menschlichen Körpers und Gehirns. Es werden viele Bewegungen unterrichtet, die aus der frühen Kindheit stammen, wie z.B. den Kopf zu rollen oder zu krabbeln, und es werden Bewegungsabfolgen zusammengesetzt, die bei Kindern natürlicherweise auftreten. Der Prozeß des organischen, kindlichen Bewegungslernens durch Versuch und Irrtum wird so genutzt, daß die Schüler in ihren Bewegungsfolgen und -ansätzen aus ihren eigenen sensomotorischen Erfahrungen lernen und nicht durch von außen vorgegebene Modelle oder Vorschriften. Feldenkrais erarbeitete eine Vielzahl von Lektionen¹ die eine umfassende Exploration aller Gelenke und jeder Muskelgruppe im Körper, sowie ein breites Panorama menschlicher Bewegungsmöglichkeiten erfassen. Bevor einige grundlegende Prinzipien näher erörtert werden, soll ein einfaches Beispiel einer Bewegungslektion die allgemeine Beschreibung verdeutlichen:

Stellen Sie sich bitte so hin, daß Ihre Füße etwa schulterbreit auseinanderstehen.

Strecken Sie Ihren linken Arm vor Ihrem Körper waagrecht aus. Drehen Sie jetzt ihren Arm und Körper so weit nach links, wie es Ihnen ohne Überstrecken und Anstrengung möglich ist. Merken Sie sich einen Punkt an der Wand, den Sie in dieser Haltung sehen, damit Sie festhalten können, wie weit Sie sich gedreht haben. Kehren Sie dann in ihre Ausgangsposition zurück. Drehen Sie jetzt langsam den Arm nach links, während Sie den Kopf und die Augen nach rechts drehen. Nehmen Sie dann wieder Ihre Ausgangsposition ein. Wieder-

¹Viele dieser Lektionen sind auf Audio- und Videokassettserien aufgezeichnet, die hauptsächlich der Aus- und Weiterbildung von Feldenkrais-Lehrern dienen und nicht öffentlich zugänglich sind. Es existieren jedoch eine Reihe von Transkripten und Audio-Kassettserien von öffentlichen Workshops von M. Feldenkrais und von einigen seiner Schüler (vgl. Reese, 1991b), die verfügbar sind. Zu weiteren Beispielen von Bewegungslektionen, die in gedruckter Form vorliegen, vgl. Fußnote 2.

holen Sie diese Bewegung fünf- bis zehnmal, behutsam und ohne Überstrecken. Kehren Sie in die Ausgangsposition zurück.

Merken Sie sich nun einen Punkt, der direkt vor Ihnen ist. Drehen Sie dann den Arm nach links und den Kopf nach rechts, während Sie mit den Augen diesen Punkt weiter fixieren. (Ihr Arm wird sich nach links und ihr Kopf nach rechts drehen, während sich die Augen nach links bewegen). Kehren Sie wieder in Ihre Ausgangsposition zurück. Wiederholen Sie jetzt diese Bewegung fünf- bis zehnmal, ohne Überanstrengung.

Machen Sie jetzt die Probe aufs Exempel. Drehen Sie ihren Arm und Körper nach links, so weit es Ihnen ohne Anstrengung möglich ist. Wie weit können Sie sich jetzt im Vergleich zum Beginn der Übung drehen? Merken Sie einen Unterschied?

Wiederholen Sie nun die erste Übung mit dem rechten Arm. Im Unterschied zu vorhin stellen Sie sich jetzt aber die weiteren Übungen nur vor, anstatt sie wirklich fünf- bis zehnmal auszuführen. Prüfen Sie dann wieder, wieviel Bewegungsfreiheit Sie dadurch gewonnen haben. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um diese Übungen zu erforschen. (Milz 1985, S. 127)²

Nach den gleichen Prinzipien wie in der Einzelarbeit (vgl. Kap. 2.4.1) wird mit der Rückenlage und mit dem Üben des aufmerksamen Wahrnehmens des eigenen Körpers begonnen. Da die Reaktion des Nervensystems auf den Zug der Schwerkraft habituell geworden ist, besteht keine Möglichkeit, daß die Muskeln auf den gleichen Reiz in anderer Weise reagieren. Die Position der Rückenlage reduziert nun den Einfluß der Schwerkraft auf den Körper so weit wie möglich und entlastet das Nervensystem, sodaß eine Veränderung im Nervensystem erreicht werden kann.

Der Kontakt des Körpers mit dem Boden wird untersucht, und man lernt Unterschiede zu entdecken, Punkte, an denen der Kontakt mehr oder weniger ausgeprägt ist. Durch dieses Training wird das Bewußtsein für die Lage der Muskeln entwickelt, die den schwachen Kontakt durch ihre permanente übermäßige Spannung produzieren und Teile des Körpers vom Boden hochhalten. Eine gewisse Verbesserung in der Haltung kann schon durch das bewußte Erfassen der Muskeln und ihrer Funktionen erzielt werden,

²Weitere Beispiele von Bewegungslektionen finden sich in Anhang B dieser Arbeit, sowie in verschiedenen Büchern über die Feldenkrais-Methode, z.B. Feldenkrais (1978, 1990); Hanna (1990); Masters und Houston (1983); Triebel-Thome (1991); Zemach-Bersin und Reese (1990) sowie auf verschiedenen Tonkassetten, die im Buchhandel erhältlich sind, z.B. Walterspiel (1989).

aber "darüber hinaus wird keine Verbesserung möglich sein, wenn nicht auch das Skelett und seine Orientierung bewußt erfaßt werden" (Feldenkrais, 1988a, S. 185).

Die Feldenkrais-Arbeit soll zu bewußten Aktionen führen, d.h. zu der Fähigkeit, praktisch gleichzeitig Kontakt mit seinem eigenen Skelett, den Muskeln und der Umgebung herzustellen. Dies ist daher kein Entspannungsverfahren, wie in Kapitel 2.2 bereits ausgeführt. Es ist aber nötig, unnütze Muskelanspannungen und Anstrengungen zu reduzieren, um sich selbst besser regulieren zu können. Man muß also die kinästhetische Sensibilität erhöhen, um feinere Unterschiede wahrnehmen zu können. Feldenkrais bezieht sich hier auf das Fechner-Weber'sche Gesetz (Fechner, 1964), welches besagt, daß für einen großen Bereich menschlicher Wahrnehmung und Aktivität der Unterschied im Reiz, der den am geringsten wahrnehmbaren Unterschied in der Wahrnehmung bewirkt, immer im gleichen Verhältnis zum gesamten Reiz steht. "Es ist deshalb naheliegend, daß, bevor man Unterschiede in einer Anstrengung feststellen kann, man diese Anstrengung reduzieren muß. Verfeinerte Ausführung von Bewegungsabläufen wird nur möglich, wenn die Sensibilität, d.h. die Fähigkeit, Unterschiede zu fühlen, verbessert wird" (Feldenkrais, 1988a, S. 185).

Häufig werden zu diesem Zweck in den Lektionen sehr kleine, kaum wahrnehmbare Bewegungen verwendet, die den latenten Tonus (den Grad der unbewußten Kontraktion) in den Muskeln in einem erstaunlichen Ausmaß reduzieren. In wenigen Minuten kann z.B. ein Bein oder ein Arm an der bearbeiteten Körperseite dazu gebracht werden, sich länger oder leichter anzufühlen als an der anderen Seite (Feldenkrais, 1988a).

Ein weiteres Grundprinzip ist die Reversibilität von Bewegungen. Jede Bewegung (mit Ausnahme von Sprüngen etc.) sollte in jeder Phase gestoppt werden können und umkehrbar sein. Umkehrbarkeit ist ein Zeichen für eine optimalere Koordination von Bewegung, im Gegensatz zu einem automatischen Bewegungsablauf, der zwanghaftem Verhalten gleichkommt (Feldenkrais, 1989).

Um unnötige Anstrengungen und Muskelanspannungen zu reduzieren, wird die Gruppe wiederholt ermutigt, alles ein bißchen weniger gut zu machen, weniger schnell, weniger elegant etc.. Diese innere Haltung ermöglicht, Fortschritte zu verspüren, ohne daß man sich anspannt. Leistungen, für die man sonst zahlreiche Arbeitsstunden benötigt, können in dieser Geistes- und Körperhaltung innerhalb kurzer Zeit erzielt werden.

Sehr oft wird in einer Stunde nur mit einer Körperhälfte gearbeitet, die andere Hälfte wird so gelassen, wie sie ist. So wird ein Gefühl des Unterschiedes erfahren, man trägt zwei Bilder in seinem eigenen Körper, das gewohnte und das angestrebte bessere. Aufgrund der neurologischen Verbindungen der Gehirnhälften wird meist ein Transfer

des Lernens auf die ungeübte Seite erfahren. Dieser Lerntransfer kann sich nach Feldenkrais (1988a) auch in völlig unterschiedlichen Bereichen zeigen, wie z.B. in der Sprechgewohnheit, der Art der Aufmerksamkeit oder des Beobachtens.

Oft werden die Bewegungen anschließend nur in der Vorstellung mit der anderen Seite ausgeführt, und es zeigt sich, daß nur ein Bruchteil der Zeit benötigt wird, um die gleiche Qualität von Bewegung zu erreichen, wie auf der zuerst bearbeiteten Seite. Es werden zudem weitere Imaginationstechniken verwendet, z.B. wird ein Bereich des eigenen Skeletts in der Vorstellung mit einer Farbe angemalt oder Gummibänder werden vorgestellt, die z.B. Schulter und Hüfte verbinden, und anderes mehr.

Ein anderes wichtiges Prinzip ist das aufmerksame Betrachten des Körperbildes. Dies wird auf zwei parallele Arten geübt: Die eine Art besteht darin, durch konkrete Bewegungen nach den oben erwähnten Prinzipien eine Empfindung von Länge, Weite und Leichtigkeit in einer Körperhälfte hervorzubringen. Mit der anderen Hälfte des Körpers wird nur geistig gearbeitet, indem die Unterschiede im Spannungszustand der Muskeln der beiden Hälften und in der Wahrnehmung der Orientierung im Raum erspürt werden. Die andere Art besteht darin, von Anfang an beide Körperhälften zu betrachten und die Aufmerksamkeit auf die Empfindung der Distanz zwischen verschiedenen Stellen des Körpers (entweder auf nur einer Seite oder zwischen linker und rechter Seite) zu richten, bis sie mit dem tatsächlichen Abstand übereinstimmt. Zum Beispiel soll die Breite des Mundes vorgestellt werden, anschließend mit geschlossenen Augen mit beiden Zeigefingern dieser Abstand angedeutet werden und dann diese Distanz mit der tatsächlichen Breite verglichen werden (vgl. Feldenkrais, 1978).

Ein weiteres wichtiges Merkmal der Gruppenarbeit ist die fortgesetzte Neuheit der Situation, da so ein optimales Lernen ermöglicht wird. Eine Konfiguration wird dazu in vielen Variationen wiederholt, bis sie beherrscht wird.

Viele Übungen benutzen Agonismus und Antagonismus, indem abwechselnd der Agonist bearbeitet wird, bis man beim Aufhören feststellt, daß der Antagonist sich gelängt hat und kontrollierbar geworden ist. Ebenso handhaben viele Übungen die positive und negative Induktion, d.h. sie nutzen die Nachwirkung der verlängerten, ununterbrochen aufrechterhaltenen Leistung. Beispiel: Stellen Sie sich nahe an eine Wand, vielleicht mit der rechten Seite, und drücken Sie mit dem Handrücken so gegen die Wand, als ob Sie sie wegdrücken wollten. Nachdem der Druck für etwa eine Minute ausgeübt wurde, hört man auf und läßt den rechten Arm 'machen, was er will'. Der rechte Arm hebt sich bis in Schulterhöhe mit einer seltsamen Leichtigkeit ähnlich der eines Schwebezustandes. Wenn man den Arm durch seinen Willen gesteuert

herunterfallen und wieder frei läßt, wird sich der gleiche Vorgang einige Male mit abnehmender Amplitude wiederholen.

Ein zentrales Element für Lernen im allgemeinen und für die spezielle Lernmethode in 'Bewußtheit durch Bewegung' ist Aufmerksamkeit. Mittels gelenkter Aufmerksamkeit soll die Bewußtheit für den eigenen Körper und seine Funktionen und dadurch für sich selbst entwickelt werden:

Aber ganz gleich welche Übung oder welches Prinzip angewendet werden, ist eine Unterrichtsstunde so aufgebaut, daß es nicht möglich ist, ohne Konzentration, ohne den Versuch, Unterschiede zu spüren, und ohne richtige Aufmerksamkeit dem nächsten Schritt zu folgen. Mechanische Wiederholung ohne Aufmerksamkeit wird unmöglich gemacht und abgelehnt. (Feldenkrais, 1988a, S. 188)

Der Gebrauch der Sprache in Lektionen der Gruppentechnik, wie auch der Ansatz der ganzen Methode und die zugrundeliegende Philosophie des Lernens zeigen Parallelen zu Milton Ericksons hypnotherapeutischem Ansatz (Reese, 1991a). Feldenkrais benutzte eine hochentwickelte Sprache, um physische Bewegungen zusammen mit angemessenen Bildern, sensorischen und psychologischen Hinweisen zu übermitteln. Seine Sprache beinhaltete viele "Erickson'sche" hypnotische Arten der Kommunikation, um Lernen auf einer tiefen Ebene des Selbst zu bewirken. So rufen 'Bewußtheit durch Bewegung'- Lektionen oft einen tranceähnlichen Zustand hervor (Reese, 1985).

Als Beispiel für die Parallelen zwischen beiden Ansätzen mag das "Utilisationsprinzip" (Erickson & Rossi, 1981) dienen, das als ein zentraler Baustein in Ericksons Arbeit betrachtet wird und ebenso wichtig für das Verständnis von Feldenkrais' Ansatz ist: Feldenkrais und Erickson glichen sich oft dem Erfahren und Verhalten ihrer Schüler und Klienten an, um deren Lernen und Änderung zu fördern. Erickson war, um ein anderes Beispiel zu nennen, bekannt für die Anwendung indirekter und oft paradoxer Techniken in Hypnose und Psychotherapie. Ebenso vermied Feldenkrais direkte und offensichtliche Ansätze und betont, daß eine indirekte Lösung oft die effektivste und eleganteste ist. So umgeht er z.B. das Problem des Widerstands, indem er meist mit dem gewohnheitsmäßigen Bewegungs- und Haltungsmuster des Patienten geht. Wenn also einer gewohnheitsmäßig etwas zusammengekrümmt ist, wird er ermutigt, sich noch etwas mehr zusammenzukrümmen, um so zu erreichen, daß er sich aufrichtet. Auch wird meistens nicht direkt mit einem betroffenen Körperteil gearbeitet, sondern versucht, die allgemeine Struktur des Körpers zu verändern, um so indirekt Veränderungen in der betroffenen Region zu bewirken (Feldenkrais, 1990).

2.5 Forschung

Das Interesse an Forschung im Bereich der Feldenkrais-Methode hat in den letzten Jahren zugenommen, jedoch sind systematische Untersuchungen zur Wirksamkeit der Gruppenmethode noch selten. Die vorliegenden Untersuchungen und Projekte werden hier kurz umrissen.

Frydman und Frydman (1982) erforschten über einen Zeitraum von drei Jahren die Auswirkung von Feldenkrais-Lektionen auf den Erwerb einer Fremdsprache und die Beständigkeit des Erlernten. Die Experimentalgruppe durchlief ein zehnstündiges Training in der Woche, die einem Sprachkurs vorausging, sowie eine 50-minütige Bewegungslektion vor jeder Sprachunterrichtsstunde. Sie erwies sich hinsichtlich des Sprachlernprozesses gegenüber einer Kontrollgruppe sowie gegenüber einer weiteren Gruppe, die ein Entspannungsprogramm mit klassischer Musik durchlaufen hatte, als deutlich überlegen. Ebenso zeigte sich das Feldenkrais-Training als förderlich hinsichtlich Leistungen des visuellen und auditiven Gedächtnisses als auch der Verfeinerung der visuellen Wahrnehmung.

In ihrem Buch 'Transforming Body Image' beschreibt Hutchinson (1985) ein Trainingsprogramm, um ein negatives Körper- und Selbstbild adipöser Frauen zu verändern. Sie zitiert darin (S. 13) ihre Dissertation, in der untersucht wurde, wie ein siebenwöchiger therapeutischer Prozeß, genannt 'Transforming Body Image' - der aus Imaginationsübungen und Elementen von Feldenkrais-Lektionen bestand - auf das Körperbild einer Gruppe von adipösen Frauen wirkte. Die Experimentalgruppe zeigte hier im Vergleich zu einer Kontrollgruppe deutliche Veränderungen in bezug auf Körperbild und Selbstbild.

Eine kalifornische Studie beschäftigte sich mit neuen Wegen der Schlaganfall-Rehabilitation (Bach-y-Rita, 1981), wobei u.a. beide Feldenkrais-Verfahren (vgl. Kapitel 2.4) angewendet wurden. Es wurde mit Patienten gearbeitet, die zwei oder mehr Jahre keine Verbesserungen ihrer Symptomatik zeigten, also an einem Punkt waren, an dem die übliche medizinische Prognose als negativ und aussichtslos beschrieben wird. Für die Arbeit nach Hirnverletzung und Schlaganfällen wurden Dauer und Abfolge der Bewegungslektionen verkürzt, wobei das Training in Gruppenarbeit sowie in Einzelbehandlungen stattfand. Bach-y-Rita beschreibt eine veränderte Wahrnehmung zuvor nicht gespürter körperliche Impulse, die eine rasche Besserung der depressiven Stimmungslage der Patienten zur Folge hatte und ihnen wieder ein vollständigeres Bild des eigenen Körpers vermittelte, lange bevor wesentliche funktionale Besserungen auf-

treten konnten. Nach den Erfahrungen dieser Studie ist die von der Schulmedizin vertretene Auffassung, daß nach dem Erreichen bestimmter Plateaus der Besserung nach zwei Jahren kein weiterer Fortschritt mehr möglich sei, nicht haltbar. Ein weiterer Fortschritt hänge entscheidend von einer ganzheitlichen Behandlung ab.

Von der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (Saar) (liegt noch nicht als Publikation vor) wird zur Zeit ein Forschungsprojekt durchgeführt zur Wirkung der Feldenkrais-Methode 'Bewußtheit durch Bewegung' bei Multipler Sklerose, bei dem zwei Gruppen von etwa 25 Betroffenen über einen Zeitraum von jeweils einem Jahr an 11 Wochenenden 30 volle Tage an einem Feldenkrais-Programm teilnehmen, das speziell auf diese Gruppe zugeschnitten ist. Die erste Gruppe startete im Mai 1990, die zweite im Mai 1991, Ergebnisse werden in Kürze erwartet. Die Studie wird von einem erfahrenen Feldenkrais-Lehrer durchgeführt und ärztlich und psychologisch betreut (Bost, 1991).

Eine weitere Studie zur Wirkung der Feldenkrais-Methode bei lernbehinderten Kindern wurde im Rahmen einer Dissertation (C. Shelhav, persönliche Mitteilung, Juli 1993) in einer Lernbehinderten-Schule in Gummersbach durchgeführt. Sie wurde von einer der engsten Mitarbeiterinnen von M.Feldenkrais geleitet. Eine Experimentalgruppe von 13 Kindern erhielt über einen Zeitraum von sechs Wochen eine Stunde 'Bewußtheit durch Bewegung' pro Tag, die in den normalen Unterrichtsablauf integriert war. Zusätzlich erhielten die Kinder Einzelstunden in 'Funktionaler Integration'. Diese Gruppe wurde mit einer parallelisierten Kontrollgruppe verglichen. Veränderungsmessungen wurden mit Hilfe von Videos, Verhaltensbeobachtungen, Photographien (bezüglich Körperhaltung) sowie Intelligenztests vorgenommen. Die vorläufigen Ergebnisse zeigen eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Kindern sowie in bezug auf das schulische Lernen, insbesondere auf die Motivation zum Lernen. Weiter weist die Experimentalgruppe Verbesserungen der Körperhaltung und der Beweglichkeit auf, wobei sich hier bei der Kontrollgruppe keine Veränderungen ergeben. Die IQ-Tests zeigen keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

2.6 Anwendungsbereiche

Die Feldenkrais-Methode hat im großen Bereich der Haltungsstörungen sehr gute Erfolge zu verzeichnen.

Besonders bewährt hat sie sich in der Praxis der psychomotorischen Entwicklungsförderung von cerebralen Paresen bei Kindern, die Anwendung bei Spastikern zeigt

ebenfalls gute Erfolge (Shelhav-Silberbush, 1987; Yaron, 1985). Ein weiterer Bereich ist die Förderung der motorischen Bewegungsentwicklung bei gesunden Kindern (Rosenholtz, 1991).

Sie findet Verwendung bei allen Funktionsstörungen bei und nach Hirntraumata und anderen zentralen Störungen (Bach-y-Rita, 1981) sowie in der Rehabilitation (Feldenkrais, 1981; Ginsburg, 1986).

Es gibt außerdem verschiedene Ansätze, die Feldenkrais-Methode im geriatrischen Bereich (Gutman, Herbert & Brown, 1977) sowie in der Schmerzbehandlung (Rywerant, 1981) einzusetzen.

Weitere Anwendungsmöglichkeiten zeigen sich in der Arbeit mit Patienten mit Multipler Sklerose (Bost, 1991), Parkinsonsyndrom, Muskelatrophien und rheumatischen Erkrankungen, die mit Bewegungseinschränkungen und einem dysfunktionalen Gebrauch des Körpers einhergehen.

Zudem gibt es Versuche, die Einzelbehandlung 'Funktionale Integration' in der psychiatrischen Behandlung einzusetzen (Talmi, 1981).

Auf der Basis der Feldenkrais-Methode können zudem Visualisationstechniken zur Leistungsförderung im Sport angewendet werden. Ebenso stellt die Betonung der Integration des gesamten Körpers in jeder Bewegung eine Ergänzung zu den Routineprogrammen der Athleten dar (Strauch, 1984). Feldenkrais' Methoden wurden bereits beim Laufen (Heggie, 1992), Skifahren (Heggie, 1980), Reiten (Tellington-Jones & Bruns, 1985) und anderen Sportarten angewendet.

In Hinblick auf eine Verbesserung von Effizienz, Eleganz und Koordination von Bewegung finden Feldenkrais-Lektionen und -Ideen Anwendung in Schauspiel- und Tanztrainings (Myers, 1980), bei zahlreichen Theater- und Tanzgruppen, Musikkonservatorien (Linklater, 1972) und im Bereich der Stimmbildung (Apel, 1992).

Feldenkrais' Methoden können zudem in verschiedene Formen hypnotischer Erziehung und Therapie integriert werden. 'Bewußtheit durch Bewegung' kann nützlich sein, um bei bestimmten Menschen, die normalerweise Trance gegenüber resistent sind, eben diese aufgrund des dabei erreichten tiefen Stadiums der Entspannung hervorzurufen, was durch die langsamen, angenehmen Bewegungen und den sensorischen Focus erreicht wird (Reese, 1991a).

Schließlich sei auf die breiten Anwendungsmöglichkeiten insbesondere der Gruppenarbeit im pädagogischen Bereich, in Prävention (z.B. bei Haltungsbeschwerden, Streßsymptomatik, Bewegungseinschränkungen u.ä.) und Erwachsenenbildung, als Ansätze zur Entwicklung der Persönlichkeit und zum Gewinn eines unentfremdeten Bezuges zur

eigenen Leiblichkeit hingewiesen (Petzold, 1985). So finden Elemente und grundlegende Prinzipien von Feldenkrais-Lektionen z.B. Eingang in neuere Rückenschulprogramme, die zur Zeit gerade erprobt werden (K. Weiker, persönliche Mitteilung, Juni 1993) sowie im Bereich der Fortbildung von Krankengymnasten und Ergotherapeuten.

Ebenso ist die Feldenkrais-Methode zur Behandlung verschiedener psychosomatischer Störungen, die u.a. mit einer Verminderung oder Störung der Bewegungsfähigkeit oder mit einem gestörten Verhältnis zum eigenen Körper und einem inkompletten Körperbild einhergehen, angezeigt.

Dies soll in der vorliegenden Studie für das Gebiet der Eßstörungen untersucht werden, wobei zunächst auf die theoretischen Grundlagen dieser Problematik eingegangen wird.

3. Eßstörungen

In diesem Kapitel wird in gegebener Kürze auf die Theorie der Eßstörungen eingegangen, da die vorliegende Untersuchung Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Eßstörungen zum Untersuchungsgegenstand hatte.

Bei den Eßstörungen unterscheidet man die drei verschiedenen Störungsformen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas. Für jedes Krankheitsbild sollen zunächst Symptomatik, diagnostische Kriterien, Epidemiologie und verschiedene Erklärungs- und Behandlungsansätze dargestellt werden, um dann ein gemeinsames Modell der Eßstörungen sowie das Behandlungskonzept der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck vorzustellen.

3.1 Anorexia nervosa

3.1.1 Symptomatik

Das auffälligste Symptom der Anorexia nervosa ist die starke Abmagerung, welche durch keine somatischen Ursachen begründet ist, sondern durch Nahrungseinschränkung oder -verweigerung entsteht. Die Letalität durch Verhungern liegt hier bei etwa 10%. Ebenso treten als weitere Symptome Amenorrhoe und Obstipation auf, wie auch andere Folgen der somatischen Unterernährung (z.B. Herz- und Kreislaufstörungen, Ödeme, Hypokaliämie) (Gerlinghoff & Backmund, 1989).

Neben einer Gewichtsphobie besteht eine extreme Ablehnung von Nahrungsaufnahme und trotz starker Hungergefühle beschränken die Patienten ihre Nahrung auf ein Minimum. Anorexie-Patienten zeigen gleichzeitig ein großes Interesse an Essen und Nahrungsmitteln, sie kochen gern für andere, sammeln Rezepte und horten Nahrungsmittel (Karren, 1986).

Dazu kommt häufig ein Mißbrauch von Abführmitteln und Medikamenten. Begleitend zur Kalorienreduktion wird oft ein kalorienreduzierendes Körpertraining durchgeführt, Ruhepausen werden vermieden und der nächtliche Schlaf auf ein Minimum reduziert.

Ein weiteres Symptom besteht in der Störung der Körperwahrnehmung der Patienten. Sie nehmen ihre extreme Abmagerung oft nicht wahr, fühlen sich immer noch zu dick oder wollen ihr jetzt erreichtes "Idealgewicht" halten.

Anorexie-Patienten werden als sehr leistungsorientiert und -motiviert beschrieben. Defizite im Sozialverhalten und soziale Rückzugstendenzen sind bei vielen Patienten beobachtbar. Ebenso fehlt häufig das Interesse an Sexualität und der eigenen körperlichen Reifung (Meermann, 1981).

3.1.2 Diagnose

Hier soll das DSM-III-R (Wittchen, Saß, Zaudig, & Koehler, 1989) herangezogen werden, da es die genauesten diagnostischen Kriterien und Abgrenzungen gegenüber anderen Krankheitsbildern aufweist und häufig in der Praxis eingesetzt wird.

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

A) Das Körpergewicht wird absichtlich nicht über dem der Körpergröße oder dem Alter entsprechenden Minimum gehalten, d.h. Gewichtsverlust auf ein Gewicht von 15% oder mehr unter dem zu erwartenden Gewicht bzw. während der Wachstumsperiode Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme mit der Folge eines Gewichts von 15% oder mehr unter dem zu erwartenden Gewicht.

B) Starke Angst vor Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden, obgleich Untergewicht besteht.

C) Störungen der eigenen Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe oder Form, d.h. die Person berichtet sogar im kachektischen Zustand, sich "zu dick zu fühlen", oder ist überzeugt, ein Teil des Körpers sei "zu dick", obgleich ein offensichtliches Untergewicht besteht.

D) Bei Frauen Aussetzen von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen, deren Auftreten sonst zu erwarten gewesen wäre (primäre oder sekundäre Amenorrhoe). (Bei Frauen liegt eine Amenorrhoe vor, wenn die Menstruation nur bei Gabe von Hormonen, z.B. Östrogen eintritt.) (S. 99)

Differentialdiagnostisch muß die Anorexia nervosa von der Bulimia nervosa abgegrenzt werden. Bei der Anorexia nervosa besteht im Gegensatz zur Bulimia nervosa ein starker, oft lebensbedrohlicher Gewichtsverlust. Es kann aber auch eine Bulimia nervosa bei Personen mit Anorexia nervosa vorkommen, dann werden beide Diagnosen gegeben (Wittchen et al., 1989).

3.1.3 Epidemiologie

Magersucht wurde erstmals Ende des 19. Jahrhunderts detailliert beschrieben. Betroffen sind in erster Linie Mädchen und junge Frauen. Von der Gesamtzahl der anorektischen Patienten liegt der Anteil der männlichen Personen bei 6,4% (Karren, 1986). Die Zahl der Ersterkrankungen steigt vom elften bis zum vierzehnten Lebensjahr sprunghaft an und fällt dann langsam bis zum 33. Lebensjahr ab. Der Altersmittelwert beträgt 17,5 Jahre (Karren, 1986). Schätzungen zufolge kommt ein Erkrankungsfall auf 100 bis 150 Mädchen in der Pubertät (Gerlinghoff & Backmund, 1989).

Das Krankheitsbild nimmt in der heutigen Zeit in den Industrieländern beträchtlich zu, während es in der Dritten Welt kaum zu beobachten ist. Führt man diese kulturell unterschiedliche Auftretenshäufigkeit nicht auf verschiedene Erhebungsmethoden und unterschiedliche psychiatrische Diagnostik zurück,

liegt die Vermutung nahe, daß die besonderen Lebensbedingungen in urbanisierten und industrialisierten Regionen mit hohem Lebensstandard nicht nur das kollektive Diätverhalten weiblicher Jugendlicher und junger Frauen, sondern auch die Entwicklung und Verbreitung der Anorexia nervosa und anderer psychosomatischer Erkrankungen fördern. (Karren 1986, S. 22)

3.1.4 Erklärungs- und Behandlungsansätze

Ausschlaggebend für die Entstehung der Anorexia nervosa sind individuelle, familiendynamische und soziokulturelle Faktoren. Die Wurzeln der Erkrankung reichen bis in die frühe Kindheit, ja sogar zuweilen in die Familiendynamik einer großelterlichen Herkunftsfamilie zurück (Gerlinghoff & Backmund, 1989).

In der Verhaltenstherapie wird die Anorexia nervosa unter dem Aspekt des gestörten Eßverhaltens betrachtet. Da hier Störung und Symptom gleichgesetzt werden, wird die Anorexia nervosa häufig als phobische Vermeidung einer Gewichtszunahme oder von Nahrungsmitteln gesehen. Die verhaltensorientierten Behandlungsansätze wollen vor allem eine Gewichtszunahme herbeiführen und das Eßverhalten verändern. Neuerdings werden auch Defizite im Sozialverhalten in die Therapie miteinbezogen (Karren 1986). Neben operanten Verstärkungstechniken werden dabei Interventionen, die eine systematische Desensibilisierung der Angst vor Übergewicht oder vor

Nahrungsaufnahme beinhalten eingesetzt. Häufig dient der Therapeut dabei als Modell, indem er gemeinsam mit den Patienten die Mahlzeiten einnimmt.

In der Psychoanalyse wird die Anorexia nervosa als orale Störung in der frühkindlichen Beziehung zur Mutter aufgefaßt. Dabei lernt das Kind nicht, körperliche Empfindungen und Gefühle zu differenzieren, es entwickelt kein Autonomie- und Identitätsgefühl. Das Kind kann sich nicht von seiner Mutter lösen und fühlt sich durch die Umwelt kontrolliert. Dadurch können Anorexie-Patienten nach Meinung von Analytikern pubertäre Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen. Es leben die präödpalen Separations-Individuations-Konflikte wieder auf. Einerseits will sich die anorektische Jugendliche dem mütterlichen Einfluß entziehen, andererseits verspürt sie den Wunsch, in mütterlicher Obhut zu bleiben, um die unzureichende Zuwendung aus der Kindheit nachzuholen. Aufgrund dieses Konflikts wird es unmöglich, sich von der Mutter zu lösen.

Durch die körperlichen Veränderungen während der Pubertät müssen sich die Jugendlichen mit dem eigenen Geschlecht identifizieren. Anorexie-Patientinnen haben es durch ihr ambivalentes Verhältnis zu ihren Müttern damit sehr schwer. Die mangelnde Geschlechtsidentifikation erschwert ihnen zudem den Zugang zu Gleichaltrigen, insbesondere zum männlichen Geschlecht.

Die psychoanalytischen Behandlungsansätze versuchen eine Veränderung der Persönlichkeit der Patientin zu erreichen. Sie soll sich emotional von ihrer Mutter lösen und ihre Ich-Identität aufbauen, so daß sie ihre Symptomatik aufgeben kann (Karren, 1986).

Die familientherapeutischen Behandlungsansätze betrachten vor allem die spezifischen Interaktions- und Kommunikationsstrukturen in der sogenannten Magersuchts-Familie. Das Verhalten einer Anorektikerin wird dabei nicht von vornherein als pathologisch eingestuft, sondern im Rahmen eines pathologischen familiären Interaktionssystems durchaus als normal angesehen. Innerhalb der Magersuchts-Familie wurden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und Konfliktvermeidungsverhalten beobachtet. Besonders interessant erscheint hier die systemische Betrachtungsweise des Mailänder Teams um Selvini Palazzoli (1982), die bestimmte Spielregeln innerhalb der typischen Magersuchtsfamilie feststellen konnte.

Familientherapeuten sehen in der Entwicklung einer psychosomatischen Krankheit wie der Anorexia nervosa, den Ausdruck einer familiären Krise. Häufig sind äußere Veränderungen die Ursache oder in der Familie selbst stehen Veränderungen an, die die Homöostase der Familienorganisation ins Wanken bringen (Karren, 1986).

In seinem Vortrag "Grenzen des Gewissens" geht Hellinger (1992) in seiner ihm eigentümlichen systemischen Sichtweise auf die Kraft der Bindung in Beziehungen ein. In bezug auf die Magersucht umreißt er eine Familienkonstellation, in der der Vater aus der Familie drängt. Die Dynamik dieser Situation ist nach Hellinger:

'Lieber ich als du', im Sinne einer Rettung. Also zum Beispiel: lieber ich in Gefangenschaft als du; lieber will ich verschwinden, als daß du weggehen muß; lieber sterbe ich als du; lieber bin ich krank als du. Dahinter steht eine Liebe, ein Sich-Opfern, gepaart mit der Idee, daß der andere dann bleiben könne (...) Ein guter Satz für die Mager-süchtige ist dann: Lieber Papa, auch wenn du gehst - ich bleibe. (Weber, 1993, S. 291)

3.2 Bulimia nervosa

3.2.1 Symptomatik

Bulimie-Patientinnen erleben meist täglich mindestens einen Heißhungeranfall, der zwischen 15 Minuten und vier Stunden dauert und während dem sie ihre Nahrungsaufnahme nicht kontrollieren können. Manche Patientinnen können ihr Eßverhalten mehrere Tage kontrollieren, so daß sich Heißhungerphasen und symptomfreie Phasen abwechseln. Die Heißhungeranfälle geschehen meist heimlich, häufig wissen weder Familienangehörige noch Freunde von der Krankheit. Die Freßattacken werden als suchtartiges Verhalten erlebt, die Patientinnen essen, bis sie wirklich nicht mehr können. Dadurch wird das anschließende Erbrechen erleichtert (Paul & Pudiel, 1985). Ein Teil der Betroffenen berichtet, daß sie sich in einem Zustand verminderter Bewußtseinskontrolle befinden und erst nach einer Heißhungerattacke feststellen, was sie überhaupt gegessen haben (Paul, 1987).

Bei einem Heißhungeranfall nehmen die Patientinnen durchschnittlich 3000 bis 4000 kcal auf. Meist werden dabei Lebensmittel bevorzugt, die sie sich eigentlich verboten haben, da sie angeblich dick machen.

Nach einer Heißhungerattacke überwiegen bei den Betroffenen negative Gefühle. Sie fühlen sich deprimiert, sie hassen sich selbst und sind unzufrieden.

Fast regelmäßig wird nach einer Heißhungerattacke erbrochen. Zwei Drittel der Patienten führen jedesmal ein selbstinduziertes Erbrechen herbei. Hinzu kommt häufig der Mißbrauch von Appetitzüglern und Abführmitteln.

Die Heißhungerattacken treten auf, weil die Betroffenen "ein unwiderstehliches Verlangen haben zu essen", bzw. weil "sie einfach nicht mehr aufhören können, wenn

sie nur eine Kleinigkeit gegessen haben" (Paul & Pudel, 1985, S. 77). Hunger und Appetit als Auslöser für Heißhungeranfälle werden selten genannt. Vermutlich haben die Patientinnen aufgrund ihrer Symptomatik keine Körperempfindungen mehr in bezug auf Hunger und Sättigung. Als Auslöser werden des weiteren Frustration, Langeweile, Ärger oder Wut genannt.

Interessant ist weiterhin, daß Bulimie-Patientinnen durchschnittlich weniger wiegen als eine gesunde Vergleichsgruppe. Selbst sehen sie sich jedoch nicht so schlank und halten sich eher für übergewichtig, wünschen sich aber eine schlanke Figur. Dabei wird die verzerrte Körperwahrnehmung deutlich (Paul & Pudel, 1985). Kennzeichnend für die Symptomatik ist außerdem die übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.

Typisch für das Krankheitsbild sind die hohen Gewichtsschwankungen, die bei manchen Bulimie-Patientinnen mehr als 20 kg betragen können. Interessant ist auch, daß einige Patientinnen vor ihrer Bulimie-Symptomatik eine anorektische Phase durchliefen, andere dagegen zuvor übergewichtig waren (Paul, 1987).

3.2.2 Diagnose

Bei den Diagnosekriterien wird auch hier das DSM-III-R (Wittchen et al., 1989) herangezogen:

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

A) Wiederholte Episoden von Freßanfällen (schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmittelmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne).

B) Das Gefühl, das Eßverhalten während der Freßanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.

C) Um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, greift der Betroffene regelmäßig zu Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme, wie selbstinduziertes Erbrechen, den Gebrauch von Laxantien oder Diuretika, strengen Diäten oder Fastenkuren oder übermäßiger körperlicher Betätigung.

D) Durchschnittlich zwei Freßanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten.

E) Andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.
(S. 101)

Differentialdiagnostisch muß die Bulimia nervosa von der Anorexia nervosa abgegrenzt werden. Bei der Anorexia nervosa besteht im Gegensatz zur Bulimia nervosa ein starker, oft lebensbedrohlicher Gewichtsverlust. Es kann aber auch eine Anorexia nervosa bei Personen mit einer Bulimia nervosa vorkommen, dann werden beide Diagnosen gegeben (Wittchen et al., 1989).

3.2.3 Epidemiologie

Über die Erkrankungshäufigkeit liegen nur Schätzungen vor, da die Betroffenen ihre Krankheit häufig verheimlichen. Somit ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen (Paul, 1987). Der Ernährungsbericht der deutschen Gesellschaft für Ernährung (1988) geht z.B. davon aus, daß etwa 3,5% Prozent aller Frauen zwischen 18 und 35 Jahren von der Bulimie betroffen sind. Die meisten Patientinnen sind zwischen 14 und 35 Jahre alt, der Krankheitsbeginn liegt meist zwischen 14 und 20 Jahren. Vorher hatten die Patientinnen ein normales Eßverhalten, die Symptomatik trat häufig erst nach einer Gewichtsreduktion auf.

Die Mehrzahl der Betroffenen sind Frauen. Ähnlich wie bei der Anorexia nervosa wird von einem Geschlechtsverhältnis von 10:1 ausgegangen. Als Ursache dafür werden die gesellschaftlichen Verhältnisse mitangesehen (Paul, 1987).

3.2.4 Erklärungs- und Behandlungsansätze

Aus der Sicht der Verhaltenstherapie geben Paul und Pudel (1985) folgendes allgemeines Erklärungsmodell der Bulimia nervosa: Während einer unsicheren Phase, häufig während der Pubertät, wird extrem stark auf das Erscheinungsbild geachtet. Dabei beginnen die Patientinnen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion. Der einsetzende Gewichtsverlust wird als positiv erlebt und von der Umwelt verstärkt. Bei einigen Patientinnen kann sich daraus ein Zwang zum Fasten entwickeln mit einer daraus resultierenden Anorexie. Die meisten Personen verfügen jedoch nicht über solch starke Kontrollmechanismen, so daß die Zügelung des Eßverhaltens in Spannungs- und Erregungssituationen aufgegeben werden muß. Durch den Gewichtsverlust und die Nahrungskarenz drehen sich die Gedanken der Patientinnen permanent um das Essen, was eine verstärkende Funktion darstellt. Dadurch entstehen anfangs sporadisch Heißhungerattacken. Die Angst vor Gewichtszunahme wird durch die Einnahme von Diuretika und/oder Laxantien, aber auch durch selbst-induziertes Erbrechen gemindert. Diese Angstreduktion verstärkt den Medikamentenabusus und das Erbrechen. Dies läßt

die Patientinnen in Erregungs- und Spannungszuständen immer häufiger auf das "Fressen" mit anschließendem Erbrechen zurückgreifen. Eine verstärkende Wirkung zeigt die einsetzende Erregungs- und Spannungsreduktion. Der Kontrollverlust über das eigene Eßverhalten wird mit Selbstverachtung und Selbsthaß bewertet, was zum Teil zu Depressionen und suizidalen Gedanken führt. Das dadurch verstärkte Minderwertigkeits- und Unsicherheitsgefühl will wieder die äußere Attraktivität steigern bzw. erhalten, was diesen paradoxen Kreislauf aufrechterhält (Paul & Pudel, 1985).

In verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten werden nun verschiedene Schwerpunkte gesetzt. So überwiegt in manchen Behandlungskonzepten eher die Veränderung der verzerrten Meinungen und Überzeugungen hinsichtlich Aussehen und Gewicht, in anderen steht das Erlernen von gesundem Eßverhalten und körperlicher Aktivität im Vordergrund und in einem weiteren Ansatz sollen die Betroffenen lernen, die Auslösesituationen zu identifizieren und statt Essen andere streßreduzierende Verhaltensweisen einzusetzen (Nuntzinger & de Zwaan, 1989).

Fichter (1989, S. 230) legt bei seinem Therapiemodell für Bulimie-Patientinnen den Schwerpunkt auf die "Bearbeitung von Defiziten in der interozeptiven und emotionalen Wahrnehmung, dem Aufbau sozialer Kompetenz und auf die Verbesserung direkter emotionaler Ausdrucksfähigkeit".

Der psychoanalytische Erklärungsansatz sieht die Ursache für die Bulimia nervosa in einer frühkindlichen Deprivation in der Mutter-Kind-Beziehung während der oralen Phase. Da die Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigt werden, erlebt es Frustrationen, die zu einer oralen Fixierung führen. Die sadomasochistische Qualität und die primitive Wut werden durch das unkontrollierte Hinunterschlingen der Nahrung deutlich. Die Bulimikerin bleibt dabei gleichzeitig auf einer Stufe primären Narzißmus' stehen; so ist sie unfähig zu reifen Objektbeziehungen.

Während der Pubertät werden diese Themen wieder aktuell. Orale Fixierung und die Fixierung auf den eigenen Körper bewirken, daß sich die Bulimikerin von den neuen Aufgaben überfordert fühlt. Die weibliche Rolle wird abgelehnt und die daraus resultierenden ungelösten Konflikte führen zu bulimischem Verhalten.

Die Heißhungerattacken werden als oral-sadistische Impulse gesehen. Das Essen ist für die Bulimikerin eine Waffe, die sie aus Rachegefühlen gegen die Mutter einsetzt.

Zusammenfassend wird das bulimische Eßverhalten beschrieben als ein Versuch, einerseits Trost und Schutz, andererseits Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu erlangen, um die unbefriedigenden zwischenmenschlichen Beziehungen zu ersetzen (Ziolko, 1982).

Als Hauptdynamik jeder Sucht (Alkohol-, Drogen- und Eßsucht) beschreibt Hellinger (Weber, 1993) aus systemischer Sichtweise,

daß derjenige von seinem Vater nicht nehmen kann oder darf. Die Mutter vermittelt dem Kind: Nur was von mir kommt, ist gut, und was vom Vater kommt und von seiner Familie, taugt nichts. Das darfst du nicht nehmen. Nimm nur von mir! Das Kind sagt dann: Wenn ich nur von dir nehmen darf, Mutter, dann räche ich mich und nehme soviel, daß es mir schadet. Die Sucht ist sozusagen die Rache und Sühne für das Nicht-Nehmen des Vaters. (S. 290)

Bei der Bulimie findet sich nun (ähnlich wie bei der Magersucht) eine solche Dynamik: "Auch die Mütter bulimischer Töchter sagen zu diesen: 'Nur was von mir kommt, ist gut; was vom Vater kommt, darfst du nicht nehmen.' Dann nimmt die Patientin das Essen und spuckt es wieder aus" (Weber, 1993, S. 298). Die Lösung liegt für Hellinger darin, daß derjenige "angesichts der Mutter vom Vater nimmt und ihm Raum gibt" (Weber, 1993, S. 290).

3.3 Adipositas

3.3.1 Symptomatik

Die Adipositas ist ein Symptom, das durch eine Vielzahl von Faktoren entsteht. Neben physiologischen sind auch genetische Faktoren von Bedeutung. Zudem beeinflussen Persönlichkeitsfaktoren, erlernte Eßgewohnheiten aus der Kindheit und das Essen, um emotionale Bedürfnisse zu befriedigen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas.

Die meisten Untersuchungen in bezug auf eine spezifische Persönlichkeitsstruktur weisen jedoch darauf hin, daß es eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur Adipöser nicht gibt (Pudel, 1978).

In auslösenden Situationen wird Essen zur Ersatzbefriedigung. Essen wird zu einem Symbol der Liebe und Geborgenheit; es entschädigt für Schmerzen und Verluste. Dies haben viele Fettsüchtige von Kindheit an gelernt und diese Verhaltensweise hat sich zu einem psychosomatischen Reaktionsmuster stabilisiert (Bräutigam & Christian, 1981).

Sowohl ihr Eßverhalten als auch ihr Körpergewicht empfinden Adipöse als nicht kontrollierbar. Sie schämen sich wegen ihrer Unfähigkeit, sich nicht beherrschen zu können und versuchen, ihr Eßverhalten zu verbergen. Ihrem Körper stehen sie selbst oftmals aggressiv bis feindlich gegenüber. Durch ihr Dicksein können sie momentan nicht glücklich sein, so träumen sie von einer "schlanken" Zukunft. Aber das Essen und der

dicke Körper bringen auch Vorteile: Der Krankheitsgewinn schützt vor Selbstkritik, an allem ist der Körper schuld. Des weiteren lehnen sich Adipöse oft unbewußt dagegen auf, bestimmte Rollen zu spielen. Sie wollen nicht attraktiv und dynamisch sein, wie man es von ihnen erwartet. Zudem konnten bei Adipösen Körperbildstörungen festgestellt werden, d.h. sie halten sich für dicker als sie sind (Mader, 1986).

Neben sozialen Benachteiligungen bringt das Übergewicht auch körperliche Folgeerscheinungen mit sich. Dazu zählen Krankheiten wie Diabetes, Gicht, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Gallensteine und Karies. Jedoch werden die körperlichen Schäden oft als weniger gravierend beurteilt als die sozialen Nachteile und die daraus resultierenden Störungen des seelischen Wohlbefindens (Mader, 1986).

3.3.2 Diagnose

Äußerlich leiden Adipositaspatienten an Übergewicht. Unter Adipositas sollten man aus medizinischer Sicht nur die behandlungsbedürftigen oder gesundheitsrelevanten Formen verstehen. Demnach müßte eine Definition der Adipositas auf dem Grad des Übermaßes an Körperfett beruhen, bei dem das Gesundheitsrisiko für jeden einzelnen anzusteigen beginnt. Gegenwärtig existiert eine solche Definition jedoch noch nicht. Die Grenzen des Normalgewichts sind nicht einheitlich definiert, so daß die Übergänge von belanglosem Übergewicht zu pathologischer Fettsucht fließend sind (Großklaus, 1990).

Um das individuelle Gesundheitsrisiko abschätzen zu können, wird international, sowohl von National Institute of Health der USA, als auch von der WHO, die Bildung des Body Mass Index (BMI) empfohlen. Der BMI wird berechnet aus dem Körpergewicht (in kg) dividiert durch die Körperlänge (in m)². Der BMI wird empfohlen, da dieser größenunabhängigere Aussagen erlaubt als der zuvor übliche Broca-Index. Dieser Broca-Index wurde berechnet durch die Körpergröße in cm minus 100.

Für den BMI wurden Normentabellen entwickelt, welche auf den Gewichtstabellen der amerikanischen Lebensversicherungen beruhen. Ein BMI von 20-25 kg/m² wird für beide Geschlechter und alle Altersklassen als akzeptabel betrachtet. Ein BMI von 25,1-30 kg/m² wird als übergewichtig eingestuft, bei einem BMI größer als 30 kg/m² spricht man von Adipositas (Großklaus, 1990).

Im ICD 10 (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1991) wird Adipositas als eigenständige Krankheit aufgeführt. Es fällt hier unter endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen und bekommt den Diagnoseschlüssel E66 Fettsucht (Adipositas).

Im DSM-III-R wird Adipositas nicht unter dem Abschnitt Eßstörungen abgehandelt, da die Adipositas oft nicht mit psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen einhergeht. Sind jedoch psychische Faktoren für Entstehung und Verlauf von Bedeutung, so kann als Zusatzdiagnose "Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen" (Wittchen et al., 1989, S. 97) gegeben werden.

3.3.3 Epidemiologie

In allen Kulturländern nimmt die Adipositas rasch zu. Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger sind übergewichtig. Insgesamt leiden mehr Frauen als Männer an Adipositas (Bräutigam & Christian, 1981).

Untersuchungen zur Schichtzugehörigkeit von Adipösen kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen, ebenso existieren Studien, in denen kein Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Schichtzugehörigkeit nachgewiesen werden konnte (Pudel, 1978).

Zwischen der Kindheit und dem 40. Lebensjahr ist ein monotoner Anstieg der Adipositashäufigkeit zu verzeichnen. Doppelt so groß ist der Anstieg zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahr. Ab dem 50. Lebensjahr fällt die Häufigkeitskurve steil ab (Stunkard & Pudel, 1986).

3.3.4 Erklärungs- und Behandlungsansätze

Nach weitverbreiteter Auffassung liegt dem Übergewicht eine positive Energiebilanz zugrunde. Aufgrund dieser Erklärung der Adipositas sollen Reduktionsmaßnahmen, wie totales Fasten oder energiereduzierte Mischkost, zur Therapie von Übergewicht eingesetzt werden. Als problematisch erweist sich dabei, den erzielten Gewichtsverlust langfristig zu stabilisieren.

Nachdem das einfache Ursache-Wirkungsschema der positiven Energiebilanz in der Adipositastherapie langfristig keine befriedigenden Erfolge zeigte, ist es erweitert worden. Den subjektiven Körpergefühlen von Appetit, Hunger und Sättigung wird nun eine entscheidende regulative Funktion für die Nahrungsaufnahme zugesprochen, da sie die Menge der Energieaufnahme bestimmen.

Der Unterschied zwischen Normalgewichtigen und Adipösen ist in diesem Zusammenhang, daß Normalgewichtige ohne kognitive Kontrolle spontanes Eßverhalten zeigen, sie achten auf ihre Körpersignale und halten langfristig ihr normales Gewicht. Zu den Adipösen werden dabei auch die latent Adipösen gezählt, die aufgrund restriktiven

Eßverhaltens ihr Normalgewicht haben und halten, wobei ein Zusammenbruch dieser Kontrolle zu einer Gewichtszunahme führen würde (Pudel, 1987).

In der Adipositas-Verhaltenstherapie geht man nun davon aus, daß die Verhaltensstörungen bei der Nahrungsaufnahme erlernte Reaktionen sind. Pudel (1978) nennt als Ziele neben einer Gewichtsabnahme die Gewichtskonstanz. Durch die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sollen die Eßgewohnheiten und die Aktivitätsbereitschaft der Patienten so verändert werden, daß sowohl weniger Kalorien aufgenommen, als auch mehr Kalorien verbraucht werden.

Da verschiedene Faktoren die Adipositas mitbedingen, muß aber jedes Therapieprogramm individuell ausgerichtet sein. Wichtig ist dabei eine sorgfältige Verhaltensanalyse, in der Bedingungen, die zu einem bestimmten Verhalten führen und die Konsequenzen, die das Verhalten stabilisieren, herausgearbeitet werden.

Die Psychoanalyse sieht in der Adipositas eine Regression mit Fixierung an die orale Befriedigung. Das Essen wird zum Ersatz für fehlende Mutterliebe, viel Essen wehrt aufkommende Depressionen ab. Des weiteren lassen sich bei Adipösen narzißtische Züge erkennen. Sie haben die Tendenz sich selbst sehr hoch und unrealistisch einzuschätzen. Außer ihrer Fettleibigkeit haben sie sehr wenig Konflikte im Vergleich mit Altersgleichen. Beschrieben werden die Betroffenen als passiv, bequem, kontaktgestört, aggressionsgehemmt und mit wenig Interessen.

Unter den Adipösen findet man viele Einzelkinder; in der Familie haben die Eltern häufig Schwierigkeiten miteinander und das Kind wird als Objekt benützt, um diese Schwierigkeiten zu lösen. Eine emotionale Distanz der Eltern zu ihrem Kind bringt für diese Schuldgefühle mit sich, die sie in der oralen Verwöhnung abzubauen versuchen. Das Füttern ist das einzig liebevolle Ausdrucksmittel (Bräutigam & Christian, 1981).

Die psychoanalytische Therapie will einen emotionalen Nachreifungsprozeß in Gang setzen. Dabei wird am Anfang versucht, das Eßverhalten mit der aktuellen Lebenssituation in Verbindung zu bringen. Hunger kann alle Emotionen ersetzen, deshalb besteht ein großer Teil der psychoanalytischen Arbeit darin, Hungergefühle in die eigentlichen Gefühle zu übersetzen. Ziele sind ein dauerhafter Gewichtsverlust ohne Gewichtsschwankungen, eine Kontrolle des Eßzwangs und ein psychischer Wachstumsprozeß, der eine bessere Beziehung zu sich selbst und zur Umwelt beinhaltet.

3.4 Gemeinsamkeiten der verschiedenen Eßstörungen

Bruch (1973) war die erste, die Gemeinsamkeiten bei Patienten mit verschiedenen Eßstörungen beschrieb. Danach leiden alle Eßstörungspatienten an Störungen des

Körperbildes (Rosen, 1990), an Störungen der Wahrnehmung von proprio- und interozeptiven Signalen sowie an einem Gefühl persönlicher Ineffektivität.

Vandereycken und Pierloot (1981) schlagen vor, die statische Weise des Diagnostizierens aufzugeben, und von der dichotomen Auffassung Anorexia nervosa und Adipositas abzuweichen, da beide Symptome denselben pathogenetischen Lernprozeß voraussetzen: Das Körperbild ist gestört, die Wahrnehmung verzerrt, innere Reize werden nicht adäquat verarbeitet und alle eßgestörten Patienten fühlen sich hilflos und ineffektiv.

Betrachtet man noch die Bulimia nervosa, so stellt man fest, daß manche Betroffenen vorher an einer Anorexia nervosa oder an einer Adipositas erkrankt waren. Nach Vandereycken und Pierloot (1981) stellt die Bulimia nervosa eine Position zwischen der Anorexia nervosa mit Bulimie und Erbrechen einerseits und der Adipositas, die mit impulsivem Fressen einhergeht, andererseits, dar. Sie entwickelten daher ein dimensionales Modell der Eß- und Gewichtsstörungen (vgl. Abb. 1).

Abb.1: Das Dimensionale Modell der Eß- und Gewichtsstörungen von Vandereycken & Pierloot (1981, S. 72).

Abbildung 1 zeigt ein Kontinuum mit Anorexia nervosa am einen und Adipositas am anderen Pol. An der Dimension Dysorexia sind Störungen des Eßverhaltens, auf der Dimension Dysponderosis Störungen der Gewichtsreduktion angesiedelt. Vandereycken & Pierloot vermuten, daß die Mehrzahl der Personen mit Eß- und Gewichtsstörungen im Lauf der Zeit von einer der abgebildeten fünf Gruppen der fastenden, sich

übergebenden bzw. Abführmittel mißbrauchenden, eß- und magersüchtigen, "dünnen" Dicken und extrem übergewichtigen Personen zur anderen wechseln. Dabei ist nicht nur eine Entwicklung von der Adipositas zur Bulimia nervosa oder zur Anorexia nervosa, sondern auch eine umgekehrte Entwicklung möglich (Karren, 1986, S. 14).

In den bekannten diagnostischen Kategorien, die die verschiedenen Eßstörungen differenzieren, werden die Gemeinsamkeiten dabei etwas vernachlässigt. Allen eßgestörten Patientinnen ist aber gemeinsam, daß sich ihre Gedanken immer wieder ums Essen drehen. Ebenso ist das Gewicht und der Körper von besonderer Bedeutung und alle verspüren den Wunsch nach Gewichtsabnahme. Jedoch haben die verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedliche "Lösungsmuster", um eine Gewichtsabnahme herbeizuführen. Die meisten eßgestörten Patienten haben außerdem viele Diäten hinter sich, die häufig von Heißhungeranfällen durchbrochen wurden, und allen ist Nahrungsrestriktion bekannt (Meermann, 1981; Pudiel, 1978).

3.5 Die Behandlung von Eßstörungen in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck

Die Klinik Roseneck, in der die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, hat sich auf verschiedenen Stationen auf die Behandlung von Eßstörungen spezialisiert. Auf diesen werden Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patienten sowie Adipöse gemeinsam behandelt, da trotz individueller Motivation sowie körperlicher und psychischer Verfassung eßgestörte Patienten viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Die meisten Patienten sind weiblich und in der Altersgruppe von 16-35 Jahren. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen 12 und 16 Wochen.

Schon vor Aufnahme des Patienten in die Klinik besteht Kontakt zur Klinik, um u.a. die motivationale Ausgangslage zu erfassen.

Bei Klinikaufnahme bekommt jede Patientin einen Bezugstherapeuten (Arzt oder Diplom-Psychologe) zugeteilt. Außerdem übernimmt im Wechsel immer eine Patientin die Erstbetreuung von Neuankömmlingen. Diese zeigt den "Neuen" die Klinik und stellt so gleich den Kontakt zu den Mitpatienten sicher.

Zu Therapiebeginn erstellt jede Patientin gemeinsam mit ihrem Bezugstherapeuten einen Therapieplan mit den Therapiezielen. Außerdem wird die eigene Motivation nochmals überprüft.

Die Adipösen erwarten meist bei Aufnahme eine Reduktionsdiät und sind dann enttäuscht, wenn sie erfahren, daß dies nicht der Fall ist. Erst durch adipöse Mitpatienten, die ohne Reduktionsdiät abgenommen haben, werden sie ermutigt ihr Diätendenken aufzugeben und auf eigene Hunger- und Sättigungsmechanismen zu achten.

Für die Bulimie-Patientinnen hat anfangs der Kontakt mit anderen Betroffenen eine entlastende Funktion. So geben sie häufig sofort in den ersten Tagen ihre oft jahrelang praktizierte Symptomatik auf. Hier ist schon in der Anfangsphase wichtig, die Bulimie-Patientinnen auf Rückfälle vorzubereiten.

Bei den Anorexie-Patientinnen ist der Anfangskontakt meist schwierig. Ihr, durch ihre Symptomatik bedingtes Äußeres verliert unter den anderen eßgestörten Patienten im Klinikkontext seine Bedeutung. Sie sind nichts Besonderes mehr, was sie ja eigentlich sein wollen. Für die Anorexie-Patientinnen ist es deshalb sehr wichtig in der Anfangsphase Vertrauen zu gewinnen.

Der allgemeine Therapieplan für alle Eßgestörten besteht aus Einzel- und Gruppentherapie, welche vom jeweiligen Bezugstherapeuten geleitet wird. Wenn möglich, wird in die Therapie die Familie miteinbezogen. Eltern und Geschwister, bzw. Partner und Kinder werden zu einem Familiengespräch eingeladen.

Zusätzlich wird mit den eßgestörten Patienten Körperarbeit gemacht. Durch die Sport- und Bewegungstherapie soll ein positiverer Bezug zum eigenen Körper hergestellt werden. Die Sporttherapie umfaßt dabei Frühsport, Wirbelsäulengymnastik, Hockergymnastik, Bewegungsbad und Wandern. Die Bewegungstherapie umfaßt Tanztherapie und die Feldenkrais-Methode 'Bewußtheit durch Bewegung', die meist mit Gruppen von Patienten einer Station durchgeführt wird sowie Einzelarbeit.

Um die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit zu erhöhen, nehmen die Patientinnen an einer Ergotherapie teil.

Entspannungstechniken, Selbstsicherheitstraining und ein Anti-Diät-Kurs (Rief, Stock & Fichter, 1991) werden von den Co-Therapeuten unter Supervision durchgeführt.

Für die ganze therapeutische Arbeit ist die therapeutische Gemeinschaft ein wichtiger Gesichtspunkt. Viele eßgestörte Patienten leben vorher in Isolation; diese soll durchbrochen werden. Zudem wird ein Schwerpunkt auf das Hier und Jetzt gesetzt, was bedeutet, daß man sein Hungergefühl und seinen Sättigungspunkt im Hier und Jetzt erlebt und lernt, danach zu handeln. Die eßgestörten Patientinnen werden in der Klinik Roseneck mit einem Anti-Diät-Modell konfrontiert, d.h. es gibt für keines der beschriebenen Krankheitsbilder Diäten. Sowohl die Adipösen, wie die Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen sollen lernen, nicht mehr nach erlaubten und verbotenen Nahrungsmitteln zu unterscheiden und Kalorien zu zählen, sondern auf ihre eigenen Mechanismen und Bedürfnisse zu achten.

Problematisch für viele Patientinnen ist die Entlassung aus der Klinik. Die Umstellung in das Alltagsleben bedeutet häufig wieder Rückfälle. Deshalb wird den Patientinnen

schon während ihres Aufenthaltes empfohlen, Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder Therapeuten an ihrem Heimatort aufzunehmen. Manchmal wird eine Phase der Realitätserprobung innerhalb der Behandlungszeit eingeschoben. In einem vorbereiteten Therapieurlaub kann das Leben zu Hause erprobt werden. Die dort auftretenden Probleme können dann in der Klinik nochmals bearbeitet werden (Brunner, 1987).

4. Zusammenfassung theoretischer Grundlagen und Zielsetzung der Untersuchung

Das allgemeine Ziel der vorliegenden Untersuchung besteht darin, einen Beitrag zu leisten zur Erforschung der Wirkungen der Feldenkrais-Methode und ihrer Nützlichkeit und Anwendbarkeit im psychosomatischen Bereich, hier speziell im Bereich der Eßstörungen.

Aus der Darstellung der Feldenkrais-Methode in Kapitel 2 wurde deutlich, daß die Methode über Bewegung einen Zugang zur Veränderung der ganzen Person eröffnet. Sie stellt einen ganzheitlichen, bewegungsorientierten Ansatz zu Verhaltensänderung und persönlichem Wachstum dar (Pruzinsky, 1990). Durch die Praxis der Feldenkrais-Methode werden bestehende Bewegungs-, Haltungs- und Atemmuster bewußter, wodurch sich das Selbst- und Körperbild klärt. Dadurch können neue und angemessenere Alternativen von Bewegung und Verhalten entwickelt werden, was sich "im 'Streueffekt' natürlich auch psychotherapeutisch auswirkt" (Petzold, 1992, S. 243) und Veränderungen auch im emotionalen und mentalen Bereich hervorruft.

Aus der Übersicht über die Problematik der Eßstörungen in Kapitel 3 zeigte sich, daß zwischen den verschiedenen Formen von Eßstörungen Gemeinsamkeiten bestehen, wie sie bereits von Bruch (1973) beschrieben wurden. Darunter fallen Störungen des Körperbildes, Störungen der Wahrnehmung von proprio- und interozeptiven Signalen sowie ein Gefühl persönlicher Ineffektivität. Als diagnostische Kriterien im DSM-III-R (Wittchen et al., 1989) gelten dabei in bezug auf die Anorexia nervosa die Störung der Körperwahrnehmung sowie in bezug auf die Bulimia nervosa als Folge einer verzerrten Körperwahrnehmung die übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht. Hinzu kommt bei der Anorexia nervosa ein mangelndes Interesse an körperlicher Reifung und bei der Adipositas ein gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper. Aus diesen Aspekten geht die Bedeutsamkeit und Wirkmöglichkeit einer körper- und bewegungstherapeutischen Herangehensweise an die Problematik der Eßstörungen hervor, wie sie in integrativer Form bereits - z.B. in der Psychosomatisch-Medizinischen Klinik Roseneck - praktiziert wird (Brunner, 1987).

Bei der Durchsicht der verfügbaren Literatur konnten keine Untersuchungen zum Thema 'Feldenkrais und Eßstörungen' gefunden werden, so daß auf keinerlei Erfahrungswerte zurückgegriffen werden konnte und die vorliegende Arbeit den Charakter einer Erkundungsstudie hat. Es gibt, da die Erforschung der Methode erst am Anfang steht, allgemein erst wenige wissenschaftliche Arbeiten darüber, so auch im Bereich der Psychosomatik. Zu nennen ist hier lediglich eine Dissertation (zitiert nach

Hutchinson, 1985, S. 13), in der Elemente von Feldenkrais-Übungen in einem umfassenderen Trainingsprogramm zur Veränderung des Körperbilds adipöser Frauen angewendet wurden. Im weitgesteckten Rahmen der Anwendung bewegungstherapeutischer Verfahren bei Eßstörungen gibt es bereits eine ganze Reihe von Untersuchungen verschiedener Methoden, insbesondere im Bereich der Tanztherapie (Stark, Aronow & McGeehan, 1989; zusammenfassend vgl. Pruzinsky, 1990).

In der vorliegenden Studie wird nun versucht, im Rahmen eines integrativen, stationären Therapieprogramms mit quantitativen und qualitativen Methoden die Wirkungen eines Feldenkrais-Kurses in den Bereichen des Verhältnisses zum eigenen Körper, der psychischen Befindlichkeit sowie in weiteren für die Eßstörungsproblematik typischen Bereichen herauszufiltern und die individuellen Erfahrungen der Kursteilnehmer darzustellen.

Insgesamt verfolgt diese Untersuchung die Absicht, das psychologische Wissen darüber zu erweitern, in welchen Bereichen die Feldenkrais-Methode bei eßgestörten Patienten wirkt. Durch die Erfassung allgemeiner und spezifischer Wirkungen entstehen Voraussetzungen für eine fruchtbare Nutzung, insbesondere für die Entwicklung spezifischer Kursprogramme im stationären Rahmen, aber auch im ambulanten Bereich und in Selbsthilfegruppen.

5. Fragestellung

Aus dem Ziel, Wirkungen eines Feldenkrais-Kurses im Rahmen eines stationären Therapieprogramms für eßgestörte Patienten auf unterschiedlichen Ebenen zu erfassen, ergeben sich Fragen zu folgenden fünf Bereichen.

a) Verhältnis zum eigenen Körper

- Verändert sich durch die Teilnahme am Feldenkrais-Kurs die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie die Akzeptanz des eigenen Körpers?

b) Psychische Befindlichkeit

- Ergeben sich durch die Teilnahme am Feldenkrais-Kurs Veränderungen in der Spontaneität des Verhaltens sowie beim psychischen Wohlbefinden?

c) Eßstörungsspezifische Problematik

- Verändert sich durch die Teilnahme am Feldenkrais-Kurs das Figurbewußtsein sowie das Gefühl der Überforderung?

- Ergeben sich durch die Teilnahme am Feldenkrais-Kurs als positiv zu bewertende Veränderungen in den Bereichen Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction, Interoceptive Awareness, Maturity Fears, Asceticism, Impulse Regulation sowie Social Insecurity?

d) Subjektive Einschätzung des Kurses

- Wie beschreiben die Patienten der Experimentalgruppe nach dem Feldenkrais-Kurs in Antworten auf offene Fragen ihr persönliches Fazit des Kurses, interessante Erfahrungen, allgemeine Veränderungen, Veränderung der Wahrnehmung ihres Körpers sowie den Wert des Kurses für ihre Gesundheit und allgemeine Befindlichkeit?

e) Erfahrungen und persönliches Erleben

- Welche Erfahrungen berichten die Patienten der Experimentalgruppe nach dem Feldenkrais-Kurs in einem halbstrukturierten Interview?

6. Untersuchungsdesign

Wie bereits erwähnt liegen keine Forschungsergebnisse zu diesem speziellen Thema vor. Es ist deshalb von Interesse, Informationen auf möglichst vielen Ebenen zu erhalten. Dies wurde hier realisiert einerseits durch eine quantitative Zugangsweise, wobei für eine adäquate Auswertung der Daten die Hinzunahme einer Kontrollgruppe erforderlich war. Zum anderen waren insbesondere die subjektiven Erfahrungen der Teilnehmer an der Experimentalgruppe von Interesse, was methodisch durch die Verwendung eines qualitativen Verfahrens umgesetzt wurde (Bortz, 1984).

6.1 Fremdwartegruppen-Design

Eine Gruppe von 15 eßgestörten Patienten erhielt einen Feldenkrais-Kurs mit neun Terminen innerhalb von vier Wochen zusätzlich zur Standardtherapie der Psychosomatischen Klinik Roseneck (vgl. Kap. 3.5). In bezug auf die quantitativen Daten wurde diese Gruppe verglichen mit einer Kontrollgruppe von 15 eßgestörten Patienten derselben Klinik, die Standardtherapie allerdings ohne Feldenkrais erhielt. Dabei wurde darauf geachtet, daß die Kontrollgruppe der Feldenkrais-Gruppe so gut wie möglich in Alter, Vorbehandlungszeit und Diagnose entspricht (vgl. Kap. 7).

Es erschien in Anbetracht des umfangreichen Stundenplans der Patienten nicht sinnvoll für die Kontrollgruppe eine 'Placebo-Behandlung' durchzuführen, die dem Feldenkrais-Kurs in zeitlichem Umfang entspricht. Auch eine zeitlich vergleichbare Behandlung der Kontrollgruppe mit z.B. Tanztherapie erschien hier nicht sinnvoll, da die Untersuchung den Charakter einer Erkundungsstudie hat und erst einmal nur mögliche Wirkungen der Feldenkrais-Methode erfaßt werden sollten.

Bei beiden Gruppen wurde darauf geachtet, daß die Patienten während Wartezeit und Untersuchungszeitraum keine weitere bewegungstherapeutische Behandlung (wie z.B. Tanztherapie) erhielten. Außerdem nahmen die Patienten der Feldenkrais-Gruppe während der Wartezeit vor Beginn des Kurses an keinen Feldenkrais-Stunden teil.

6.2 Gruppenbildung

Die beiden Gruppen wurden jeweils aus Patienten der vier Eßstörungenstationen der Klinik mit den Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas

zusammengestellt. Diese Vorgehensweise entspricht dem Behandlungskonzept der Klinik, bei dem Patienten der verschiedenen Eßstörungen auf den Stationen und auch in den Gruppentherapien zusammengefaßt sind. Zudem war dies notwendig, da nur so in wenigen Wochen eine angemessene Gruppenstärke erreicht und dadurch eine lange Wartezeit der Kontrollgruppe vermieden werden konnte.³

Eine feste Gruppe erschien im Vergleich zu einer offenen Gruppe sinnvoller, da hier ein aufbauendes Kursprogramm durchgeführt werden kann. Bei den Vorüberlegungen zu der Untersuchung wurde zwar ein Design mit einer offenen Gruppe ohne Kontrollgruppe diskutiert, welches bei einer anderen Studie an der Klinik Roseneck Verwendung fand (Rief et al., 1991). Aber bei einer offenen Gruppe würden häufig neue Teilnehmer dazukommen und andere ausscheiden, es müßte immer wieder eine Einführung gegeben werden, es würde kein intensiveres Gruppengefühl entstehen und ein Entwicklungsprozeß wäre erschwert.

6.3 Zeitlicher Ablauf

Abbildung 2 verdeutlicht die Zusammenstellung von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe und den zeitlichen Ablauf der Untersuchung.

Woche:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	12										
FG:		? Bildung der FG			? Feldenkrais-Kurs			?			
					?				?		
				1.Messung			2.Messung				
KG:						? Bildung der KG		?	Standardtherapie		?
		?							?		
								1.Messung			
	2. Messung										

Abb. 2: Zeitlicher Ablauf der Gruppenbildung und des Ablaufs der Untersuchung

³Dies bedeutete aber einen erheblichen Aufwand, da normalerweise in der Klinik nur stationsbezogene Gruppen durchgeführt werden.

FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich wurden während drei Wochen neuaufgenommene Patienten der vier Eßstörungen-Stationen gesammelt. Mit dieser Gruppe wurde dann ein Feldenkrais-Kurs mit einem Vortermin und neun Stunden durchgeführt. Während der Durchführung des Feldenkrais-Kurses wurden wiederum während drei Wochen Neuaufnahmen von den vier Stationen gesammelt, welche dann die Kontrollgruppe bildeten.

Die Messungen für jede Gruppe fanden jeweils nach einem Vortermin sowie nach einem Zeitraum von vier Wochen und zwei Tagen statt.

Eine zusätzliche Überlegung in bezug auf die Messungen war, kurzfristige Effekte in bezug auf das momentane körperliche Wohlbefinden (Frank, 1990) vor und nach einer Feldenkrais-Stunde zu erheben. Die Erhebung von Kurzzeiteffekten wurde aber verworfen, da vor allem längerfristige Wirkungen von Interesse waren und eine Störung der Stunden durch das Ausfüllen von Fragebögen und die Ablenkung der Aufmerksamkeit dadurch vermieden werden sollte.

6.4 Kursprogramm und Kursleitung

Der Kurs umfaßte einen kurzen Einführungstermin sowie neun Feldenkrais-Lektionen 'Bewußtheit durch Bewegung' zu je etwa 45 Minuten, die jeweils montags und dienstags über einen Zeitraum von vier Wochen gehalten wurden.

Das inhaltliche Konzept des Kurses orientierte sich an der Bewegungsentwicklung des Kindes (vgl. Kap. 2.3.1). Es wurde eine Serie von typischen Feldenkrais-Lektionen zusammengestellt, die in methodenspezifischer Weise verschiedene Entwicklungsstufen der kindlichen Entwicklung thematisieren. Drei der Lektionen dienten hier insbesondere der Bewußtmachung und Klärung des Atemmusters. Dabei wurde aber keine strenge Reihenfolge eingehalten und berücksichtigt, daß die Teilnehmer des Kurses so gut wie keine Erfahrung mit dieser Art von Bewegungen haben. Die Zusammenstellung der Stunden hatte also den Charakter eines Anfänger- und Einführungskurses. Der Verlauf des Kurses gestaltete sich dabei folgendermaßen:

Nach einem Einführungstermin wurde in der 1. Stunde begonnen mit den ersten kindlichen Bewegungsthemen, wie Bewegungen der Lippen (Saugen), des Kopfes, der Augen und den ersten Rollbewegungen. Thema der 2. Stunde war das Heben des Kopfes in Rückenlage (Arbeit mit der Beugemuskulatur). Die 3. Stunde arbeitete mit den Bewegungen beim Atmen, vor allem bei der Bauchatmung. Inhalt der 4. Stunde

waren Bewegungen der Beine (Beine aufstellen) in Verbindung und Differenzierung mit dem Rollen des Kopfes. In der 5. Stunde wurde die Verbindung von verschiedenen Körperhaltungen (von 'in sich zusammengesunken' bis 'übertrieben aufgerichtet') und dazugehörigen Gefühlen untersucht. In der 6. Stunde wurde mit seitlichen Rollbewegungen weiter der rote Faden der kindlichen Bewegungsentwicklung verfolgt. Die 7. Stunde diente der weiteren Erforschung des eigenen Atemmusters sowie der Verbindung verschiedener Arten zu atmen mit Gefühlen. In der 8. Stunde wurde insbesondere mit Strampelbewegungen der Arme und Beine und der Wahrnehmung der beiden Körperhälften gearbeitet. Die 9. Stunde schließlich thematisierte wiederum den Atem, insbesondere die verschiedenen Phasen und den Rhythmus des Atems (Zum genauen Wortlaut der Bewegungslektionen vgl. Anhang B).

Zugleich wurden in den Stunden Elemente betont, von denen vermutet wurde, daß sie wirksam sein könnten für die eßstörungsspezifische Problematik, wie z.B.:

- Mit Bauchatmung arbeiten und den Bauch aufblasen "wie einen Ballon".
- Hinweise während der Bewegungspausen, wie z.B. "wie atme ich beim Essen?"
- Arbeit mit Lippen (Saugbewegungen), Zunge und Mundraum.
- In der Vorstellung eine Strichfigur zeichnen oder Stellen des eigenen Körpers (z.B. Brustbein) anmalen.
- Stellen des eigenen Körpers selbst berühren und ertasten (z.B. Wange, Brustkorb, Brustbein, Kopf, Bauch).
- Das Gefühl für den inneren und äußeren Raum entwickeln (Körpergrenzen spüren, Ausdehnung des äußeren Raums vorstellen, Körpervorderseite, -rückseite, -volumen spüren).

Das Kursprogramm wurde von einem 'Feldenkrais-Lehrer in Ausbildung' durchgeführt (Deutsche Feldenkrais-Gilde e.V., 1992).⁴

6.5 Praktische Durchführung

Die Patienten beider Gruppen hatten vor Meßzeitpunkt 1 maximal drei Wochen Behandlungszeit in der Klinik hinter sich und in den allermeisten Fällen keine Vorerfahrung in der Feldenkrais-Methode (vgl. Kap. 7).

⁴ Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatte der Autor den ersten Teil einer akkreditierten Feldenkrais-Ausbildung abgeschlossen und war berechtigt, öffentlich Kurse in der Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung' zu geben. Während eines zweimonatigen Praktikums in der Abteilung Bewegungstherapie der Klinik Roseneck leitete er viele Feldenkrais-Gruppen mit Eßstörungspatienten und führte auch das Kursprogramm mit der Experimentalgruppe selbst durch.

Mit der Feldenkrais-Gruppe wurde eine Vorbesprechung durchgeführt und die Fragebögen verteilt, mit der Bitte, diese noch am gleichen Tag auszufüllen. Am nächsten Tag begann der Kurs, der in der Folge jeweils an den gleichen Wochentagen zur selben Uhrzeit durchgeführt wurde. Nach der letzten Stunde wurden wiederum Fragebögen verteilt mit der Bitte, diese möglichst bald auszufüllen.

Am selben Wochentag zur gleichen Uhrzeit wie bei der Feldenkrais-Gruppe wurde mit der Kontrollgruppe eine Vorbesprechung durchgeführt und entsprechend die Fragebögen verteilt. Nach einem Zeitraum von vier Wochen wurde diese Gruppe wiederum versammelt und es wurden wiederum Fragebögen verteilt, mit der Bitte diese möglichst bald auszufüllen.

Die Feldenkrais-Stunden fanden in der Regel in einem angenehmen, hellen und ruhigen Raum der Klinik Roseneck statt.

Die Stunden (zu je 45 Minuten reiner Behandlungszeit) fanden aus raumtechnischen Gründen jeweils am Montagvormittag und Dienstagnachmittag statt. Daß die Termine jeweils vor und nach dem Mittagessen lagen, ergab sich zufällig aus der Raumbellegung, sollte aber interessante Rückmeldungen erbringen.

7. Beschreibung der Stichprobe

Die Untersuchung wurde durchgeführt mit 30 Patienten mit Eßstörungen, die in der Zeit zwischen dem 2.1.1992 und dem 3.3.1992 in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck aufgenommen wurden. Die Patienten waren auf vier reinen Eßstörungen-Stationen untergebracht. Die Feldenkrais-Gruppe und die Kontrollgruppe bestanden jeweils aus 15 Patienten (vgl. Tab. 1).

7.1 Diagnose, Alter und Vorbehandlungszeit

Von den 15 Patienten der Feldenkrais-Gruppe bekamen neun die Diagnose Bulimia nervosa, zwei die Diagnose Anorexia nervosa, eine davon erhielt die Zusatzdiagnose Bulimia nervosa und vier die Diagnose Adipositas.

Von den 15 Patienten der Kontrollgruppe bekamen neun die Diagnose Bulimia nervosa, zwei die Diagnose Anorexia nervosa, davon eine die Zusatzdiagnose Bulimia nervosa und vier die Diagnose Adipositas, davon zwei die Zusatzdiagnose Bulimia nervosa.

Die Diagnosestellung erfolgte durch die Therapeuten; sie bezogen sich in ihren Diagnosekriterien auf das DSM-III-R (Wittchen et al., 1989).

Der Altersrange der Patienten der Feldenkrais-Gruppe reichte von 20 bis 42 Jahren, für die Kontrollgruppe von 18 bis 51 Jahren. Der Alters-Mittelwert betrug für die Feldenkrais-Gruppe 29.0, für die Kontrollgruppe 28.8 Jahre.

Die Vorbehandlungszeit betrug im Mittel für die Feldenkrais-Gruppe 1.2, für die Kontrollgruppe 1.0 Wochen.

Tabelle 1: Haupt-Diagnose, Anzahl der Patienten jeder Störungsform, Alter und Vorbehandlungszeit der Patienten beider Gruppen.

Diagnose	Feldenkrais-Gruppe			Kontrollgruppe		
	n	aM Alter	aM Vor	n	aM Alter	aM Vor
BN	9	29.0	1.1	9	26.6	1.2
AN	2	25.5	2.0	2	24.0	0.5
Ad	4	33.7	1.2	4	36.0	1.0
Gesamt	15	29.0	1.2	15	28.8	1.0

Legende: n = Anzahl der Patienten; aM Alter = arithmetisches Mittel Alter; aM Vor = mittlere Vorbehandlungszeit in der Klinik bei MZP1 (in Wochen); BN = Bulimia nervosa; AN = Anorexia nervosa; Ad = Adipositas.

7.2 Familienstand und Schulbildung

Familienstand und Schulbildung der Patienten beider Gruppen sind Tabelle 2 und Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 2: Vergleich zwischen Feldenkrais- und Kontrollgruppe in bezug auf den Familienstand der Patienten (Angabe der Absolutzahlen).

	FG	KG
ledig ohne Partner	7	4
ledig mit Partner	4	6
verheiratet	4	4
geschieden, getrennt oder verwitwet und z.Zt ohne Partner	-	1

Legende: FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe

Tabelle 3: Vergleich zwischen Feldenkrais- und Kontrollgruppe in bezug auf die Schulbildung der Patienten (Angabe der Absolutzahlen).

	FG	KG
Hauptschule	8	6
Realschule mit Abschluß	2	1
Realschule ohne Abschluß	-	1
Gymnasium ohne Abschluß	-	1
Abitur	1	2
Höhere Fachschule mit Abschluß	1	2
Hochschule ohne Abschluß	1	2
Hochschule mit Abschluß	2	-

Legende: FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe

7.3 Parallelisierung der Stichproben

Soweit dies der Therapiebetrieb in der Klinik Roseneck zuließ, wurde die Kontrollgruppe möglichst parallel zur Feldenkrais-Gruppe in bezug auf diagnostische Kriterien, Alter und Vorbehandlungszeit in der Klinik zusammengestellt (Vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Parallelisierung der Stichproben hinsichtlich Vorbehandlungszeit in der Klinik, Diagnose und Alter.

Feldenkrais-Gruppe				Kontrollgruppe			
Vpn-Nr.	V	D	A	Vpn-Nr.	V	D	A
1	3	BN	23	1	3	BN	25
2	1	BN	26	2	1	BN	25
3	2	BN	28	3	3	BN	30
4	0	BN	42	4	0	BN	27
5	2	BN	30	5	3	BN	31
6	0	BN	30	6	0	BN	30
7	1	BN	38	7	1	BN	27
8	0	BN	20	8	0	BN	21
9	1	BN	24	9	0	BN	24
10	1	AN	29	10	1	AN	30
11	3	AN+BN	22	11	0	AN+BN	18
12	1	Ad	41	12	1	Ad+BN	51
13	3	Ad	30	13	2	Ad	42
14	0	Ad	29	14	0	Ad	28
15	1	Ad	35	15	1	Ad+BN	23

Legende: Vpn-Nr. = Versuchspersonennummer; V = Vorbehandlungszeit in der Klinik vor MZP1 (in Wochen); D = Diagnose (BN= Bulimia nervosa; AN= Anorexia nervosa; Ad= Adipositas); A = Alter.

7.4 Vorerfahrung

Auf die bei Meßzeitpunkt 1 gestellte Frage "Haben Sie bereits Erfahrungen mit irgendwelchen körpertherapeutischen Methoden (z.B. Feldenkrais, Tanztherapie, Autogenes Training, Yoga etc.) gemacht?" antworteten von der Feldenkrais-Gruppe acht Patienten mit Nein. Drei Patienten hatten in einem früheren Klinikaufenthalt Erfahrungen mit Autogenem Training, vier in geringem Umfang (1-3 Stunden) Erfahrungen mit Feldenkrais gemacht.

Von der Kontrollgruppe hatten fünf Patienten keinerlei Erfahrungen mit körpertherapeutischen Methoden gemacht. Sechs Patienten hatten in einem früheren Klinikaufenthalt Erfahrung mit Autogenem Training, fünf mit Feldenkrais, zwei mit Tanztherapie, sechs mit Progressiver Muskelentspannung und drei mit Yoga gemacht (Mehrfachnennungen waren möglich) (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Vergleich zwischen Feldenkrais- und Kontrollgruppe in bezug auf Vorerfahrung in körpertherapeutischen Methoden (Angabe der Absolutzahlen, Mehrfachnennungen waren möglich).

Vorerfahrung	FG	KG
Nein	8	5
Autogenes Training	3	6
Feldenkrais	4	5
Tanztherapie	-	2
PME	-	6
Yoga	-	3

Legende: FG= Feldenkrais-Gruppe, KG= Kontrollgruppe

8. Beschreibung der Erhebungsinstrumente

Da die Untersuchung einen explorativen Charakter hatte, wurden Daten auf verschiedenen Ebenen, also mit Hilfe von quantitativen (Fragebögen) als auch qualitativen Instrumenten (Interviews), und in unterschiedlichen Bereichen erhoben. Zugleich sollte sich die Belastung der Versuchspersonen durch Fragebögen etc. in Grenzen halten, da in der Klinik standardmäßig umfangreiche Befragungen durchgeführt werden.

In der Folge werden die verwendeten Instrumente im einzelnen beschrieben.

8.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körper

Auf der Grundlage der 'Body Cathexis Scale' (BCS) (Secord & Jourard, 1953), einem der ersten Instrumente auf diesem Gebiet, und der 'Body Parts Satisfaction Scale' (BPSS)⁵ (Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973) wurde eine Liste von 34 Items zusammengestellt, bei denen Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit verschiedenen Körperteilen und -funktionen angegeben werden sollte. Dies wurde so gehandhabt, da keine der ursprünglichen Skalen (BCS sowie BPSS) für unseren Zweck ideal erschien. Die verwendete Skala deckt sich mit 20 von 25 Items der BPSS, weggelassen wurden die fünf Items Größe der Geschlechtsorgane, Erscheinung der Geschlechtsorgane, Ohren, Zähne, Kinn. Hinzugenommen wurden 13 Items (Rücken, Nacken/Hals, Kopf, Lippen, Atmung, Körperhaltung, Verdauung, Leichtigkeit der Bewegungen, Eleganz der Bewegungen, Gesundheit, Appetit, Schlaf, Lebendigkeit), die teilweise in der BCS Verwendung finden und weitere Bereiche abdecken sollten. Die Split-half-Reliabilität der ursprünglichen Liste von 46 Items von Körperteilen und -funktionen der BCS wird mit .81 angegeben (Secord & Jourard, 1953).

Wie bei der BPSS sollte Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper auf einer sechsstufigen Ratingskala eingeschätzt werden, die von 'völlig zufrieden' bis 'völlig unzufrieden' reichte.

⁵ Die BPSS wurde 1973 von 62 000 Lesern der Zeitschrift 'Psychology Today' beantwortet. Davon wurde eine der amerikanischen Bevölkerung repräsentative Stichprobe von 2 000 Fragebögen ausgewertet.

8.2 Akzeptanz des eigenen Körpers

Für den Bereich der Akzeptanz des eigenen Körpers wurden Items aus dem 'Fragebogen zum Körpererleben' (FKE) von Paulus (1982) herangezogen.⁶ Der FKE wurde bei einer Stichprobe von 691 Studenten angewendet. Aus Subskala 1 'Akzeptierung des eigenen Körpers und Integration ins Selbsterleben', welche 43 Items umfaßt, wurden die 21 höchstladenden und inhaltlich für die Untersuchung sinnvollen Items ausgesucht. Die berechneten Reliabilitätskoeffizienten weisen die genannte Subskala 1 als hoch reliabel aus (Paulus, 1982).

Die Antworten sollten entsprechend dem FKE auf einer 4-stufigen Skala von 'trifft fast gar nicht zu' bis 'trifft stark zu' eingeschätzt werden.

8.3 Psychische Befindlichkeit

Zur Messung der psychischen Befindlichkeit wurden zwei Subskalen aus dem Emotionalitätsinventar (EMI-B) von Ullrich de Muynck und Ullrich verwendet (1978a). Das EMI-B wurde zur Therapiekontrolle entwickelt. Es soll eine differenzierte Aussage über klinisch relevante emotionale Reaktionsklassen erlauben. Anhand einer Gesamtstichprobe von N=1062, die etwa zur Hälfte "Normale" (N=550) und psychiatrische Patienten (N=512) enthielt, wurden sieben Faktoren extrahiert. Die Subskalen weisen mit 0.97 eine recht hohe innere Konsistenz des Tests aus, die Test-Retest-Reliabilität liegt zwischen 0.7 und 0.9. Die Kennwerte klinischer Gruppen zeigen eine gute externe Validität der Subskalen und die Kriteriumsvalidität ist als gut zu bezeichnen (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1978b).

In der Untersuchung wurden die zwei Faktoren 'gehemmtes vs. spontanes Befinden' und 'gestörtes Allgemeinbefinden vs. Wohlbefinden' verwendet. Sie wurden gewählt, weil der Feldenkrais-Methode eine Wirkung in Richtung einer Verbesserung der allgemeinen körperlichen sowie psychischen Befindlichkeit sowie einer Abnahme gehemmten Verhaltens und Zunahme spontanen Verhaltens zugeschrieben wird (Feldenkrais, 1989).

⁶ Hier erschienen die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) von Deusinger, I.M., wie sie im Testkatalog des BDP 1991/92 beschrieben sind, ebenfalls sehr interessant, insbesondere die Skalen 3 (Selbstkonzept der körperlichen Erscheinung) und 4 (Selbstakzeptanz und Akzeptanz durch andere). Wie beschrieben zeigen hier Vorbefunde, daß Unterschiede zwischen Körperkonzepten magersüchtiger Patienten mit Personen der Normalbevölkerung bestimmt werden können. Leider waren die FKKS noch in Vorbereitung und konnten - trotz eines persönlichen Kontakts mit Prof. Deusinger, die mir Skalen und Auswertungsanleitung vor Erscheinen zu Verfügung gestellt hätte - nicht mehr eingesetzt werden.

1. Gehemmt vs. spontanes Befinden: Die neun Items des Faktors decken inhaltlich den Bereich eines 'gehemmten, schüchternen, zurückhaltenden, verschlossenen' vs. 'spontanen, freien, offenen und selbstsicheren' Befindens ab.
2. Gestörtes Allgemeinbefinden vs. Wohlbefinden: Die 18 Items des Faktors definieren inhaltlich vor allem in ihrer positiven Polung einen Bereich des Wohlbefindens ('ausgeglichen, klar, entscheidungsfreudig, locker, gelöst, quicklebendig, unbefangen, stabil, ruhig, wohl') und der ungestörten Selbstbewertung.

Die 27 Items der beiden Skalen wurden auf einem Blatt zusammengefaßt. Sie wurden mit der Instruktion: 'Während der letzten Woche fühlte ich mich vorwiegend...' eingeleitet. Die vorherrschenden Gefühle werden zwischen zwei gegensätzlichen Eigenschaftspaaren in jede Richtung nach drei Ausprägungsgraden ('sehr', 'deutlich', 'eher') eingeschätzt.

8.4 Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS)

Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS) (Fichter & Keeser, 1980) wurde ursprünglich als Instrument zur Erfassung anorektischer Symptome konzipiert, ist aber für alle Eßstörungen anwendbar und wird in der Klinik Roseneck standardmäßig eingesetzt. Es wurde mit 118 gesunden Schülerinnen und 101 magersüchtigen Patientinnen entwickelt. Eine Faktorenanalyse ergab sechs Faktoren mit insgesamt 32 Items. Das Instrument gestattet eine gute Unterscheidung zwischen Gesunden und magersüchtigen Patienten und ist sensibel für die Erfassung klinischer Veränderungen. Die Reliabilitäten der einzelnen Subskalen werden zwischen .80 und .90 angegeben (Fichter & Keeser, 1980).

In der Studie wurden zwei Faktoren verwendet, die im Zusammenhang stehen mit Konzepten wie der übertriebenen Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht und dem Gefühl persönlicher Ineffektivität, wie sie von H. Bruch (1973) formuliert wurden.

1. Figurbewußtsein: Auf diesen Faktor laden zehn Items hoch zu den Bereichen: Fasten, Diät, Eßverhalten und Angst vor dem Dickwerden.
2. Gefühl der Überforderung: Die sieben Items des Faktors erstrecken sich auf die Bereiche: Ohnmacht gegenüber äußeren Einflüssen und Erwartungen, Einengung durch äußere Anforderungen, innere Leere, Unruhe, Anpassung und Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit.

8.5 Eating Disorder Inventory-2 (EDI)

Um den vielfältigen Bedingungen und Dimensionen von Eßstörungen gerecht zu werden, wurde in der Studie zusätzlich das Eating Disorder Inventory-2 (EDI) (Garner, 1990) verwendet, das in der Klinik Roseneck standardmäßig in deutscher Übersetzung eingesetzt wird. Das EDI ist ein weitverbreitetes Instrument zur Messung von Symptomen, die im allgemeinen mit Eßstörungen einhergehen. Es existieren Normen, die anhand einer Stichprobe von 889 eßgestörten Patienten entwickelt wurden sowie weitere Normen für gesunde Stichproben. Es ist zur Überprüfung von Therapiefortschritten geeignet.

Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei verschiedenen Studien um die .80. Eine Vielzahl von Untersuchungen weist darauf hin, daß die EDI-Subskalen klinisch relevante Erfahrungsdimensionen von Eßstörungspatienten messen, daß sie zwischen Stichproben von Eßstörungspatienten und Nicht-Patienten unterscheiden und sensitiv für klinische Veränderungen sind. Inhalts-, Kriteriumsbezogene- und Konstrukt-Validität können daher als gut bezeichnet werden (Garner, 1990).

Es liefert standardisierte Subskalen-Werte für elf Dimensionen. Die acht für die Untersuchung verwendeten Subskalen (Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction, Interoceptive Awareness, Maturity Fears, Asceticism, Impulse Regulation und Social Insecurity) werden in der Folge beschrieben:

- **Drive for Thinness (7 Items):** Die klinischen Manifestation eines intensiven Drangs, dünner zu sein oder die Angst, dick zu sein, ist wesentlich für eine Diagnose von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Die Items dieser Subskala messen exzessive Beschäftigung mit Diät, Gewicht und der Angst vor Gewichtszunahme.
- **Bulimia (7 Items):** Tendenz, an unkontrollierbare Eßanfälle zu denken oder diese auszuführen.
- **Body Dissatisfaction (9 Items):** Unzufriedenheit mit den allgemeinen Körperformen und mit den Maßen jener Körperregionen, die für Eßstörungspatienten von größter Wichtigkeit sind (z.B. Bauch, Hüften, Oberschenkel, Gesäß).
- **Interoceptive Awareness (10 Items):** Fähigkeit, emotionale Zustände zu erkennen und adäquat zu reagieren. Die Subskala berührt auch Ungewißheit in der Identifikation von Hunger und Sätttheit.
- **Maturity Fears (8 Items):** Wunsch, in die Sicherheit der Kindheit zurückzukehren.
- **Asceticism (8 Items):** Tendenz, den eigenen Selbstwert zu erhöhen durch die Verfolgung von Idealen wie Selbst-Disziplin, Selbst-Verleugnung, Selbstbeschränkung, Selbstopfer und Kontrolle über körperliche Bedürfnisse.

- **Impulse Regulation (11 Items):** Tendenz zu Impulsivität, Substanzmißbrauch, Rücksichtslosigkeit, Feindseligkeit, Destruktivität in Beziehungen und Selbstzerstörung.
- **Social Insecurity (8 Items):** Glauben daran, daß soziale Beziehungen spannungsgeladen, unsicher, enttäuschend und allgemein von armseliger Qualität sind (Garner, 1990).

Die Fragen sollten auf den momentanen Zustand bezogen auf einer sechsstufigen Ratingskala von 'nie' bis 'immer' eingeschätzt werden.

8.6 Offene Fragen

Zusätzlich wurden offene Fragen formuliert, um weitere Informationen zu erhalten, die durch die Fragebögen nicht erfaßt werden konnten.

Bei Meßzeitpunkt 2 wurden den Teilnehmern des Feldenkrais-Kurses fünf offene Fragen gestellt, die sie mit eigenen Worten schriftlich beantworten sollten. Diese Fragen zielten auf das persönliche Fazit nach dem Kurs, auf bedeutsame Erfahrungen während des Kurses, auf Veränderungen der Wahrnehmung sowie auf die persönliche Einschätzung der Feldenkrais-Stunden für die eigene Gesundheit und Befindlichkeit (vgl. Anhang D).

8.7 Interviews

Darüber hinaus erschien es als wichtig und aufschlußreich, das subjektive Erleben und die persönliche Meinung der Teilnehmer des Feldenkrais-Kurses angemessen zu berücksichtigen. Als geeignete Methode dazu erschien das halbstrukturierte Interview.

8.7.1 Das halbstrukturierte Interview

Ein halbstrukturiertes Interview ist ein Gespräch mit offenen Fragestellungen, die dem Interviewten die Möglichkeit geben, die Thematik erzählend darzustellen. Dabei wird die individuelle "Qualität jeder einzelnen Antwort im Gegensatz zur typisierten Art des formellen Fragebogens" (Bureau of Applied Social Research, 1969, S. 145) berücksichtigt.

Als Instrumente des Interviewverfahrens dienten Leitfaden und Tonbandaufzeichnung. Der Interviewleitfaden stellt Orientierungsrahmen und Gedächtnisstütze für den

Gesprächsleiter dar. Die Reihenfolge der behandelten Themenbereiche kann willkürlich erfolgen, der Befragte soll selbst seinen eigenen "Erzählstrang" entwickeln; dabei "bleibt es dem Geschick des Interviewers überlassen, wann er gewisse Grundfragen stellt, wie er sie formuliert und welche zusätzlichen Sondierungsfragen er sich bedient." (Bureau of Applied Social Research, 1969, S. 146). Die Tonbandaufzeichnung hat den Vorteil, daß der gesamte Gesprächskontext erfaßt wird; um die Interviews zu analysieren ist jedoch anschließend eine vollständige Transkription der Gespräche notwendig.

Besonders wichtig für die Qualität dieser Form der Datenerhebung ist - neben dem guten Kontakt zwischen Interviewer und Gesprächspartner sowie einer Atmosphäre von Verständnis und Wohlwollen - insbesondere die Art der Gesprächsführung. Mit Hilfe der Techniken der klientenzentrierten Gesprächsführung, Empathie, Kongruenz und bedingungslose Wertschätzung (Rogers, 1983) wurde eine unverkrampfte und offene Gesprächsbasis geschaffen, die die Interviewpartner motivierte, auch emotional bedeutsame Inhalte anzusprechen. Zudem kannte der Interviewer die Interviewpartner bereits, da er den Feldenkrais-Kurs selbst durchgeführt und deren Erfahrungen während des Kurses begleitet hatte, und diese hatten in Feedbacks während des Kursverlaufs dem Kursleiter bereits manche Erfahrungen mitgeteilt, wodurch eine gewisse Vertrautheit bestand.

8.7.2 Der Interviewleitfaden

Aus allgemeinen Überlegungen und den Beobachtungen während des Kurses ergaben sich die Themenschwerpunkte für den Interviewleitfaden. Im Verlauf des Gesprächs wurden dann folgende Themenbereiche angesprochen:

- a) Allgemeine Einschätzung des Kurses.
- b) Veränderung der Körperwahrnehmung.
- c) Gedanken, Bilder, Gefühle während der Stunden.

Zusätzliche Sondierungsfragen berührten Themen wie:

- Angenehme/unangenehme Stunden.
- Veränderung des Eßverhaltens.
- Unterschiedliche Wirkungen der Stunden vormittags/nachmittags.
- Etwas in den Alltag mitnehmen aus dem Kurs.
- Einschätzung und Erfahrungen bei den Atemstunden.
- Unterschiedliche Wahrnehmung der Körperhälften.

- Das "Auffangen" von Gefühlen.

8.7.3 Durchführung der Interviews

Nach Abschluß des Kurses und nachdem sämtliche Fragebögen ausgefüllt waren, wurden alle 15 Teilnehmer interviewt. Die Interviews fanden entweder in der Cafeteria der Klinik oder im Garten des Klinikgeländes statt. Die Gesprächsdauer betrug etwa 10-15 Minuten. Jedes Interview wurde auf Tonband aufgezeichnet, womit alle Teilnehmer ohne Einwände einverstanden waren. Danach wurden die Interviews vollständig transkribiert, damit die für die Auswertung notwendige Form der Gespräche vorlag. Die Daten wurden anonymisiert, die Interviewreihe chronologisch durchnummeriert und die Namen verschlüsselt (vgl. Anhang C).

9. Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden werden für jedes verwendete Erhebungsinstrument die Ergebnisse dargestellt.⁷ Bei den Berechnungen, die mit dem Programmpaket SPSS-X (Schubö, Uehlinger, Perleth, Svöger & Sierwald, 1991) durchgeführt wurden, wurde jeweils ein Signifikanzniveau von 0.050 zugrunde gelegt.

9.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körper

Da man nicht von einer Normalverteilung ausgehen konnte und die Stichprobe klein ist, wurden hier die Veränderungen innerhalb jeder Gruppe mit dem Wilcoxon-Test für Paardifferenzen berechnet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 6, in der Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe einander gegenübergestellt sind.

⁷ Für die Beschreibung der einzelnen statistischen Verfahren wird auf Bortz (1989) und Bortz, Lienert und Boenke (1990) verwiesen.

Tabelle 6: Vergleich von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe hinsichtlich der Werte für Zufriedenheit mit Körperteilen und -funktionen bei MZP1 und MZP2. (Angabe der Rohwerte; Signifikanzprüfung mittels Wilcoxon-Test.)

	Feldenkrais-Gruppe				Kontrollgruppe			
	Rohwerte		z-Wert	p	Rohwerte		z-Wert	p
	MZP1	MZP2			MZP1	MZP2		
Füße	45	46	-.219	.413	53	55	-.414	.339
Beine	32	42	-1.511	.065	35	35	-.169	.433
Knie	37	41	-.910	.181	51	46	-1.050	.146
Hüften/Oberschenkel	23	34	-1.883	.029	32	30	-.044	.482
Gesäß	24	37	-2.395	.008	30	31	-.420	.337
Bauch	22	26	-.829	.203	20	21	-.676	.249
Rücken	44	44	-.350	.363	36	32	-.529	.277
Schultern	49	50	-.059	.476	42	39	-.139	.444
Oberkörper	35	45	-1.882	.023	31	33	-.400	.345
Arme	48	55	-1.859	.031	44	47	-.666	.252
Hände	53	59	-.980	.163	40	47	-1.267	.102
Nacken	54	58	-.824	.199	43	48	-.823	.205
Kopf	48	55	-1.007	.157	49	51	-.431	.333
Haare	44	47	-.533	.297	41	39	-.350	.363
Gesicht	46	45	-.235	.407	44	49	-.929	.176
Nase	42	50	-1.333	.091	46	51	-1.153	.124
Mund	47	53	-1.243	.108	52	53	-.236	.406
Lippen	48	51	-.666	.252	52	53	-.236	.406
Augen	55	53	-.101	.459	56	51	-.533	.297
Haut	42	46	-.770	.220	39	40	-.622	.533
allg. körperl. Erschein.	34	44	-1.732	.041	29	30	-.350	.363
Gewicht	25	32	-1.184	.118	28	32	-.764	.222
Größe	53	57	-1.183	.118	42	46	-1.066	.143
Atmung	54	56	-.489	.312	46	46	-.152	.439
Körperhaltung	31	38	-1.467	.071	33	33	.000	.500
Körperformen	26	30	-1.183	.118	28	28	-.177	.429
Verdauung	46	52	-1.303	.096	45	41	-1.183	.118
Stimme	53	52	-.177	.429	47	40	-1.188	.117
Leichtigkeit der Beweg.	44	39	-.755	.225	35	36	-.177	.429
Eleganz der Bewegung	30	37	-1.244	.106	313	26	-.770	.220
Gesundheit	39	50	-2.250	.012	34	31	-.676	.249
Appetit	38	45	-1.007	.157	40	31	-1.330	.091
Schlaf	46	43	-.296	.383	43	38	-.414	.339
Lebendigkeit	42	45	-.509	.305	26	28	-.770	.220

Legende: MZP1= Meßzeitpunkt 1; MZP2= Meßzeitpunkt 2; allg. körperl. Erschein.=allgemeine körperliche Erscheinung; Leichtigkeit der Beweg.= Leichtigkeit der Bewegung.

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich ergaben sich für die Feldenkrais-Gruppe bei sechs Items signifikante Ergebnisse. Bei der Kontrollgruppe waren keine signifikanten Veränderungen festzustellen.

Abbildung 3 zeigt die Rohwerte dieser sechs Items (Hüften/Oberschenkel, Gesäß, Oberkörper, Arme, allgemeine körperliche Erscheinung, Gesundheit) für beide Gruppen und Meßzeitpunkte.

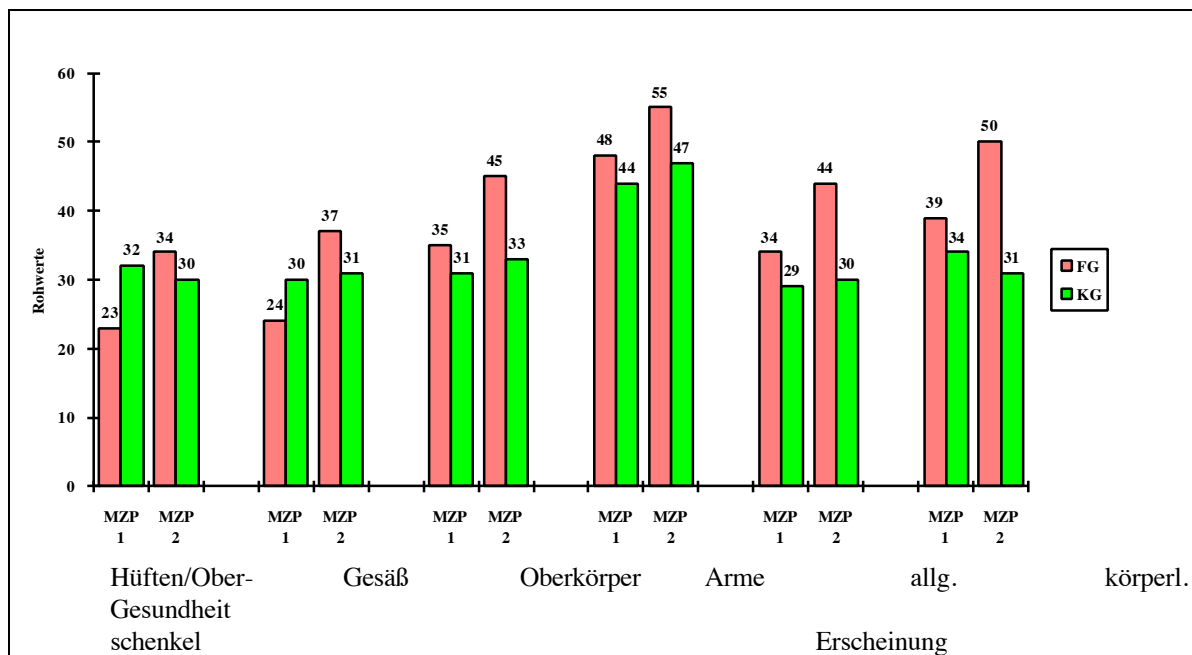


Abbildung 3: Signifikante Items aus dem Fragebogen zur 'Zufriedenheit mit dem eigenen Körper'. Gegenüberstellung der Rohwerte von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe je Item bei Meßzeitpunkt 1 und 2. Zunahme der Rohwerte bedeutet Zunahme der Zufriedenheit. (MZP= Meßzeitpunkt; allg. körperl. Erscheinung = allgemeine körperliche Erscheinung; FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe.)

Aus Abbildung 3 ist ersichtlich, daß sich bei der Feldenkrais-Gruppe die Zufriedenheit mit Hüften/Oberschenkeln, Gesäß, Oberkörper, Armen, der allgemeinen körperlichen Erscheinung sowie der Gesundheit signifikant verbessert, wogegen bei der Kontrollgruppe in diesen Bereichen lediglich geringfügige Veränderungen nach oben und unten eintreten. Interessant sind hier insbesondere die Verbesserungen bei der Feldenkrais-Gruppe in den für Eßstörungen typischen Bereichen, wie Hüften/Oberschenkel, Gesäß und der allgemeinen körperlichen Erscheinung sowie die Verbesserung in der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, daß die Feldenkrais-Methode Verbesserungen in der Zufriedenheit mit gerade für Eßstörungen problematischen Körperzonen sowie eine positivere Einschätzung und Einstellung in bezug auf die eigene Gesundheit bewirkt.

9.2 Akzeptanz des eigenen Körpers

Es wurden hier wiederum die Veränderungen innerhalb jeder Gruppe mit dem Wilcoxon-Test für Paardifferenzen berechnet. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 7, in der Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe einander gegenübergestellt sind.

Tabelle 7: Vergleich von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe hinsichtlich der Werte für Akzeptanz des eigenen Körpers bei MZP1 und MZP2 (Signifikanzprüfung mittels Wilcoxon-Test).

	Feldenkrais-Gruppe		Kontrollgruppe	
	z-Wert	p	z-Wert	p
1. Meinen Körper empfinde ich oft als unangenehm	-1.717	.043	-.253	.399
2. In meinen Bewegungen wirke ich oft ungeschickt und un gelenk	-1.171	.043	-.674	.250
3. Meine Bewegungen wirken oft unbeholfen	-.980	.163	-.801	.211
4 Ich habe manchmal körperliche Empfindungen, die mir unklar und rätselhaft bleiben	-.591	.277	-.338	.367
5. Ich sehe unreif aus	-1.135	.088	-1.095	.137
6. Ich fühle mich manchmal in meinem Körper wie gefangen	-1.048	.147	-.338	.367
7. Es fällt mir schwer mich meinen Bekannten und Freunden körperlich zu nähern	-1.400	.080	-.912	.180
8. Durch meine körperliche Konstitution fühle ich mich in meinem Handlungsspielraum oft eingeschränkt	-1.572	.057	-.943	.173
9. Mein Körper erscheint mir manchmal irgendwie fremd und fern	-.840	.200	-1.213	.112
10. Der Eindruck, den ich mit meinem Körper erwecke, stimmt oft nicht mit meinen wirklichen Gefühlen überein	-.888	.197	-.296	.383
11. Es würde mir besser gehen, wenn ich anders aussähe	-2.022	.021	-.730	.233
12. Der Eindruck, den ich mit meinem Körper erwecke ist eher negativ	-1.352	.088	.000	.500
13. Wenn ich mich im Spiegel genau betrachte komme ich mir manchmal fremd und unheimlich vor	-2.100	.017	-.591	.554
14. Ich habe selten Freude an meinem Körper	-1.681	.046	.000	.500
15. Wenn ich mich bewege verspüre ich oft meine eigene körperliche Schwere als hinderlich	.000	.500	-.140	.444
16. Es gefällt mir oft nicht wie ich mich gebe und bewege	.000	.500	-.404	.343
17. Ich verspüre oft eine körperliche Unruhe in mir	-1.121	.131	-1.483	.069
18. Insgeheim fürchte ich manchmal die anderen könnten mich wegen meines körperlichen Aussehens ablehnen	-.314	.376	.000	.500
19. Körperlich fühle ich meistens unausgeglichen	-1.480	.069	-1.095	.136
20. Ich bin weniger zufrieden mit meinem Körper als meine Alters- und Geschlechtgenossen	-1.078	.140	.000	.500
21. Nach außen zeige ich oft eine kühle körperliche Fassade gleich einer Maske	-1.120	.131	-.943	.176

Legende: FG=Feldenkrais-Gruppe, KG= Kontrollgruppe

Wie aus Tabelle 7 ersichtlich ergaben sich für die Feldenkrais-Gruppe bei fünf Items signifikante Unterschiede, bei der Kontrollgruppe waren keine signifikanten Veränderungen festzustellen. Abbildung 4 zeigt die Rohwerte dieser fünf Items (Items 1, 2, 11, 13, 14) für beide Gruppen und Meßzeitpunkte.

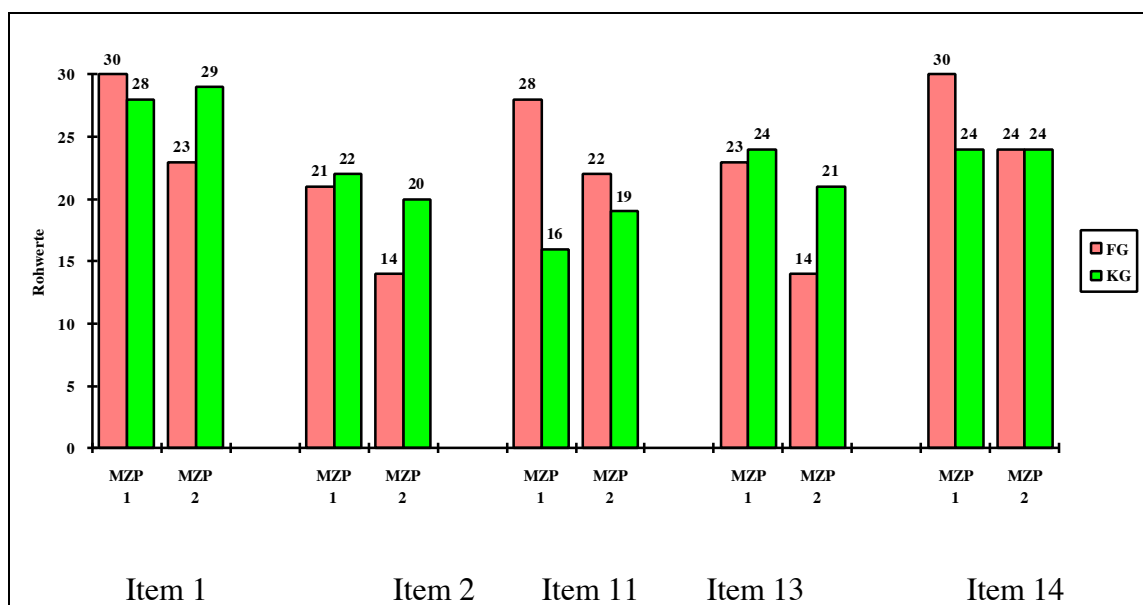


Abb. 4: Mangel an Akzeptanz des eigenen Körpers. Signifikante Items aus dem Fragebogen zur 'Akzeptanz des eigenen Körpers'. Gegenüberstellung der Rohwerte von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe je Item bei Meßzeitpunkt 1 und 2. Abnahme der Rohwerte bedeutet Abnahme des Mangels an Akzeptanz. (MZP= Meßzeitpunkt; FG= Feldenkrais-Gruppe; KG= Kontrollgruppe; Item 1: Meinen Körper empfinde ich oft als unangenehm; Item 2: In meinen Bewegungen wirke ich oft ungeschickt und ungelentk; Item 11: Es würde mir besser gehen, wenn ich anders aussähe; Item 13: Wenn ich mich im Spiegel betrachte, komme ich mir manchmal fremd und unheimlich vor; Item 14: Ich habe selten Freude an meinem Körper.)

Aus Abbildung 4 wird deutlich, daß sich bei der Feldenkrais-Gruppe bei den Items 1, 2, 11, 13 und 14 signifikante Verbesserungen der Akzeptanz des eigenen Körpers ergeben, wogegen sich bei der Kontrollgruppe bei diesen Items nur eine geringfügige Zu- oder Abnahme zeigte.

Demnach ergab sich für die Feldenkrais-Gruppe, daß der eigene Körper nach dem Kurs als angenehmer empfunden wird (Item 1), daß die eigenen Bewegungen als weniger ungeschickt und ungelentk erlebt werden (Item 2), daß das eigene Aussehen mehr akzeptiert wird (Item 11), daß Fremdheit und Furcht beim Betrachten des eigenen Spiegelbildes abnehmen (Item 13) und daß mehr Freude in bezug auf den eigenen Körper empfunden wird (Item 14). Interessant ist insbesondere die deutliche Verbesserung bei Item 13, das einen für Eßstörungen typischen Bereich der Fremdheit gegenüber dem eigenen Körper beschreibt.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, daß die Feldenkrais-Methode die Akzeptanz des eigenen Körpers in verschiedenen Bereichen fördert, und sich dadurch insbesondere die Vertrautheit mit dem eigenen Körper verbessert.

9.3. Psychische Befindlichkeit

Berechnet wurden hier die Werte für die zwei Subskalen des Emotionalitätsinventars EMI-B, 'Gestörtes Allgemeinbefinden vs Wohlbefinden' sowie 'Gehemmtes vs spontanes Befinden'. Die Ergebnisse der Varianzanalyse für beide Subskalen zeigen die Tabellen 8 und 9.

Tabelle 8: Subskala 'Gestörtes Allgemeinbefinden vs Wohlbefinden'

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	26	508.72		
Gruppe	1	1321.14	2.60	0.119
Fehler	26	88.06		
Zeitpunkt	1	157.79	1.79	0.192
Gruppe mal Zeitpunkt	1	82.57	0.94	0.342

Tabelle 9: Subskala 'Gehemmtes vs spontanes Befinden'

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	26	107,40		
Gruppe	1	240,29	2.24	0.147
Fehler	26	25.30		
Zeitpunkt	1	157.79	6.24	0.019
Gruppe mal Zeitpunkt	1	171.50	6.78	0.015

Die Werte für die Subskala 'Gestörtes Allgemeinbefinden vs Wohlbefinden' (vgl. Tab. 8) zeigen, daß im Bereich eines allgemeinen Wohlbefindens und einer ungestörten Selbstbewertung (vgl. Kap. 8.3) keine signifikanten Änderungen eingetreten sind. Im spezifischeren Bereich 'Hemmung' ergaben sich jedoch deutliche Veränderungen bei der Feldenkrais-Gruppe, wie aus Tabelle 9 ersichtlich.

Abbildung 5 zeigt die Gruppenmittelwerte des signifikanten Werts 'Spontanes vs gehemmtes Befinden' für beide Gruppen und Meßzeitpunkte (vgl. Tab. 8).

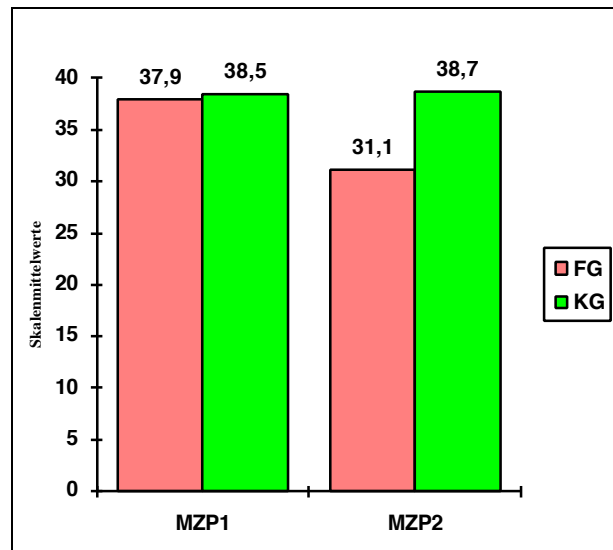


Abb. 5: Mittelwerte von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe bei Meßzeitpunkt 1 und 2 für die Subskala 'Gehemmt vs. spontanes Befinden' aus dem Emotionalitätsinventar EMI-B. (MZP = Meßzeitpunkt; FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe.)

Aus Abbildung 5 ist ersichtlich, daß die Feldenkrais-Gruppe bedeutsame Verbesserungen im Bereich 'Gehemmt vs spontanes Befinden' aufweist, wogegen sich die Kontrollgruppe hier etwas verschlechtert. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß die Feldenkrais-Methode eine Abnahme eines gehemmten, schüchternen, zurückhaltenden und verschlossenen Befindens sowie die Zunahme eines spontanen, freien, offenen und selbstsicheren Befindens fördert.

9.4. Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS)

Berechnet wurden hier die Werte der zwei Subskalen 'Figurbewußtsein' und 'Gefühl der Überforderung'. Die Ergebnisse der Varianzanalyse für beide Subskalen zeigen die Tabellen 10 und 11.

Tabelle 10: Subskala 'Figurbewußtsein'

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	26	280.12		
Gruppe	1	4.57	0.02	0.899
Fehler	26	41.32		
Zeitpunkt	1	87.50	2.12	0.158
Gruppe mal Zeitpunkt	1	12.07	0.29	0.593

Tabelle 11: Subskala 'Gefühl der Überforderung'

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	25	135.02		
Gruppe	1	3.52	0.03	0.873
Fehler	25	12.11		
Zeitpunkt	1	45.13	3.73	0.065
Gruppe mal Zeitpunkt	1	77.72	6.42	0.018

Bei der Subskala 'Figurbewußtsein' (vgl. Tab. 10) konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden, d.h. in den Bereichen Fasten, Diät, Eßverhalten und Angst vor dem Dickwerden waren keine Wirkungen der Feldenkrais-Methode beobachtbar. Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, ergaben sich aber für den Bereich des 'Gefühls der Überforderung' deutliche Veränderungen.

Abbildung 6 zeigt die Gruppenmittelwerte des signifikanten Werts 'Gefühl der Überforderung' für beide Gruppen und Meßzeitpunkte.

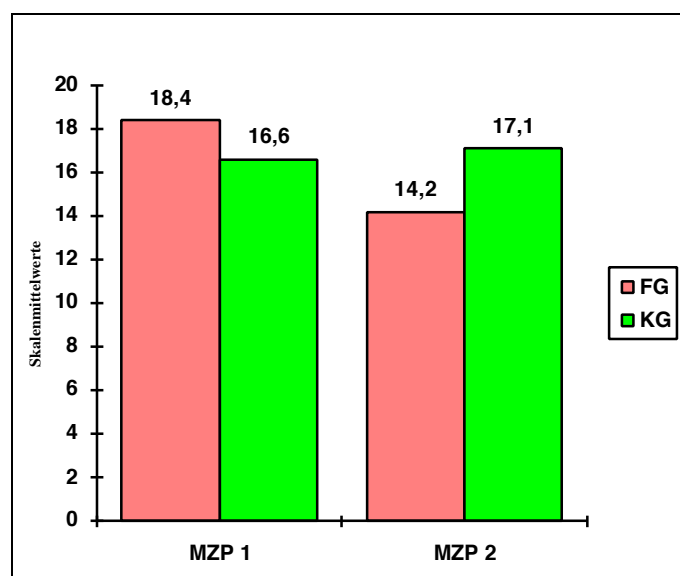


Abb. 6: Mittelwerte von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe bei Meßzeitpunkt 1 und 2 für die Subskala 'Gefühl der Überforderung' aus dem Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (MZP = Meßzeitpunkt; FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe.)

Aus Abbildung 6 ist ersichtlich, daß die Feldenkrais-Gruppe deutliche Verbesserungen im Bereich 'Gefühl der Überforderung' zeigt, wogegen die Kontrollgruppe hier ein Zunahme aufweist. Die sieben Items des Faktors erstrecken sich auf für Eßstörungen typische Bereiche wie Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit gegenüber äußeren Anforderungen und Erwartungen sowie auf Gefühle der inneren Leere, Unruhe und Minderwertigkeit.

Das Ergebnis deutet darauf hin, daß die Feldenkrais-Methode Verbesserungen in bezug auf Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber äußeren Anforderungen, der inneren Leere, der Unruhe und der Minderwertigkeit bewirkt.

9.5. Eating Disorder Inventory

Berechnet wurden hier die Werte der acht Subskalen "Drive for Thinness", "Bulimia", "Body Dissatisfaction", "Interoceptive Awareness", "Maturity Fears", "Ascetism", "Impulse Regulation" und "Social Insecurity".

Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen die in Tabelle 12 wiedergegebenen Varianztafeln.

Tabelle 12: Varianztafeln der Subskalen des Eating Disorders Inventory

Subskala: Drive for Thinness

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	119.17		
Gruppe	1	0.02	0.00	0.991
Fehler	28	15.58		
Zeitpunkt	1	40.02	2.57	0.210
Gruppe mal Z	1	7.35	0.47	0.498

Subskala: Bulimia

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	128.45		
Gruppe	1	317.40	2.47	0.127
Fehler	28	30.56		
Zeitpunkt	1	459.27	15.03	0.001
Gruppe mal Zeitpunkt	1	0.00	0.00	1.000

Subskala: Body Dissatisfaction

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	228.89		
Gruppe	1	360.15	1.57	0.220
Fehler	28	22.10		
Zeitpunkt	1	0.82	0.04	0.849
Gruppe mal Zeitpunkt	1	40.02	1.81	0.189

Fortsetzung Tabelle 12: Varianztafeln der Subskalen des Eating Disorders Inventory

Subskala: Interoceptive Awareness

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	110.99		
Gruppe	1	91.27	0.82	0.372
Fehler	28	15.56		
Zeitpunkt	1	17.07	1.10	0.304
Gruppe mal Zeitpunkt	1	3.27	0.21	0.650

Subskala: Maturity Fears

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	96.52		
Gruppe	1	198.02	2.05	0.163
Fehler	28	8.79		
Zeitpunkt	1	10.42	1.19	0.286
Gruppe mal Zeitpunkt	1	40.02	4.55	0.042

Subskala: Ascetism

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	36.80		
Gruppe	1	25.35	0.69	0.414
Fehler	28	10.85		
Zeitpunkt	1	2.82	0.26	0.614
Gruppe mal Zeitpunkt	1	40.02	3.69	0.065

Subskala: Impulse Regulation

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	91.71		
Gruppe	1	45.07	0.49	0.489
Fehler	28	16.66		
Zeitpunkt	1	2.40	0.14	0.707
Gruppe mal Zeitpunkt	1	13.07	0.78	0.383

Subskala: Social Insecurity

Q.d.V.	df	MS	F	p
Fehler	28	48.08		
Gruppe	1	96.27	2.00	0.168
Fehler	28	5.80		
Zeitpunkt	1	11.27	1.94	0.174
Gruppe mal Zeitpunkt	1	4.27	0.74	0.398

Abbildung 7 zeigt die Gruppenmittelwerte des signifikanten Werts der Subskala 'Maturity Fears' für beide Gruppen und Meßzeitpunkte.

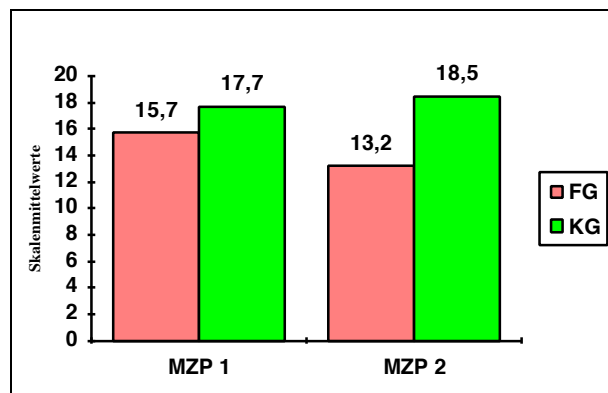


Abb. 7: Mittelwerte von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe bei Meßzeitpunkt 1 und 2 für die Subskala 'Maturity Fears' aus dem Eating Disorders Inventory. (MZP = Meßzeitpunkt; FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe.)

Abbildung 7 zeigt eine deutliche Abnahme bei der Feldenkrais-Gruppe und eine Zunahme bei der Kontrollgruppe im Bereich 'Maturity Fears'. Die acht Items der Subskala 'Maturity Fears' erfassen den Wunsch in die Sicherheit der frühen Kindheit zurückzukehren, mit Fragen wie "Die Anforderungen der Erwachsenenwelt sind mir zu groß" oder "Ich habe das Gefühl, daß die Menschen als Kinder am glücklichsten sind". Dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß die Feldenkrais-Methode dahingehend wirkt, daß der Wunsch abnimmt, in eine kindliche Abhängigkeit zurückzukehren, und erwachsenes, reiferes Verhalten und die Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben gefördert wird.

Bei der Subskala 'Bulimia' ergab sich aufgrund des Faktors 'Gruppe' ein signifikanter Unterschied. Abbildung 8 zeigt die Gruppenmittelwerte für beide Gruppen und Meßzeitpunkte.

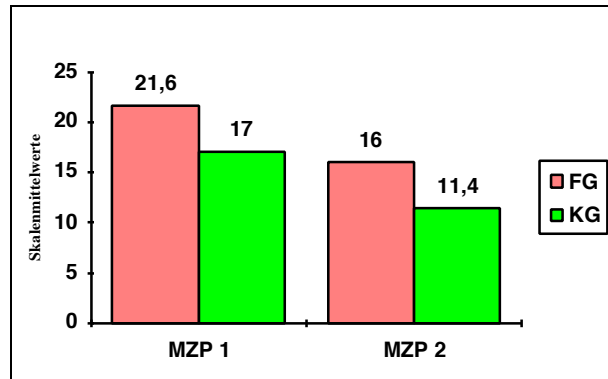


Abb. 8: Mittelwerte von Feldenkrais-Gruppe und Kontrollgruppe bei Meßzeitpunkt 1 und 2 für die Subskala 'Bulimia' aus dem Eating Disorders Inventory. (MZP = Meßzeitpunkt; FG = Feldenkrais-Gruppe; KG = Kontrollgruppe.)

Aus Abbildung 8 ist ersichtlich, daß beide Gruppen Verbesserungen um genau den gleichen Betrag aufweisen. Da das Ausgangsniveau aber sehr verschieden ist, kann dieser Befund nicht interpretiert werden.

In den weiteren Subskalen "Drive for Thinness", "Body Dissatisfaction", "Interoceptive Awareness", "Ascetism", "Impulse Regulation" und "Social Insecurity" waren keine signifikanten Unterschiede und damit auch keine Wirkungen der Feldenkrais-Methode beobachtbar.

9.6. Offene Fragen

Wie bei der Beschreibung der Erhebungsinstrumente angeführt (vgl. Kap. 8.6) wurden zusätzlich offene Fragen formuliert, um weitere Informationen zu erhalten, die durch die Fragebögen nicht erfaßt werden konnten. Diese Fragen zielten auf das persönliche Fazit nach dem Kurs, auf bedeutsame Erfahrungen während des Kurses, auf allgemeine Veränderungen und Veränderungen der Körperwahrnehmung sowie auf die Einschätzung der Feldenkrais-Stunden für persönliche Gesundheit und Befindlichkeit.

Die offenen Fragen lauteten wie folgt:

1. Welches Fazit ziehen Sie für sich nach dem Feldenkrais-Kurs?
2. Was geschah in Ihnen während des Feldenkrais-Kurses? Welche Erfahrungen waren für Sie interessant oder bedeutsam?
3. Konnten sie aufgrund der Feldenkrais-Stunden irgendwelche Veränderungen bei sich feststellen?

4. Hat sich die Wahrnehmung Ihres Körpers durch die Feldenkrais-Stunden irgendwie verändert?
5. Wie würden Sie den Wert der Feldenkrais-Stunden für Ihre Gesundheit und Ihre allgemeine Befindlichkeit einschätzen?

9.6.1 Fazit des Kurses und bedeutsame Erfahrungen während des Kurses

Die Fragen 1 und 2 (Fazit und bedeutsame Erfahrungen) wurden zusammen ausgewertet, da die Antworten inhaltlich weitgehende Überschneidungen aufwiesen. Aus den Nennungen konnten folgende Kategorien gebildet werden (Mehrfachnennungen waren möglich):

Tabelle 13: Kategorien der Antworten auf die offenen Fragen 1 und 2 (Angabe der Häufigkeiten in Absolutzahlen)

Kategorie	Häufigkeit
Bewußtere Wahrnehmung des eigenen Körpers, von Körperfunktionen und Teilen des Körpers	11
Entspannung, angenehmes Körperempfinden und Erfahrung der Ruhe	11
Wunsch, die Feldenkrais-Methode besser kennenzulernen	4
Bewußtwerden der eigenen Atmung	3
Bewußtwerden mangelnder Konzentrationsfähigkeit	3
Gefühl der Überforderung oder Erschöpfung nach einer Stunde	3
Beruhigende Wirkung der Stimme des Kursleiters	2
Zunehmende Leichtigkeit von Bewegungen im Verlauf einer Stunde	2
Erkennen von Einschränkungen und Zwängen	1
Erfahrung der eigenen Autonomie	1
Entspannung als Möglichkeit, von zwanghaften Gedanken ans Essen loszukommen	1
Erfahrung des Nicht-perfekt-sein-müssens	1
Emotionale Erlebnisse	1
Freundlicheres Umgehen mit dem eigenen Körper	1

Aus Tabelle 13 läßt sich entnehmen, daß auf die Fragen nach dem persönlichen Fazit und nach bedeutsamen Erfahrungen die beiden Kategorien 'Bewußtere Wahrnehmung des Körpers...' und 'Entspannung und Erfahrung der Ruhe...', mit jeweils elf Nennungen die größte Mächtigkeit haben.

Dies zeigt an, daß die Feldenkrais-Methode nützlich ist, um die Wahrnehmungsfähigkeit des eigenen Körpers zu verbessern und zu fördern, und daß mit Hilfe der Methode Entspannung und Ruhe erfahren werden kann. Die weiteren Nennungen geben einen Einblick in die möglichen Wirkungen der Feldenkrais-Methode, wobei diese inhaltlich von der Auswertung der Interviews bestätigt werden und dort näher behandelt werden sollen (vgl. Kap. 9.7).

9.6.2 Erlebte Veränderungen

Aus den Antworten auf Frage 3 (Konnten Sie Veränderungen feststellen) ergaben sich folgende Antwortkategorien (Mehrfachnennungen waren möglich):

Tabelle 14: Kategorien der Antworten auf die offene Frage 3 (Angabe der Häufigkeiten in Absolutzahlen)

Kategorie	Häufigkeit
Bewußteres Spüren des Körpers	7
Keine Veränderungen	4
Entspannung und Ruhe	4
Bewußtere Atmung	4
Positiveres Umgehen mit sich selbst	3
Bewußterer Umgang mit Schmerzen	2
Leichtere Bewegungen	1
Bessere Durchblutung	1
Besserer Schlaf	1
Entspannen als Alternative zum Essen	1

Aus Tabelle 14 läßt sich entnehmen, daß sieben Personen als Veränderung angeben, daß sie ihren Körper bewußter spüren, wobei nicht nur ein bewußteres Spüren des Körpers während der Stunden gemeint ist, sondern eine allgemeine Verbesserung der Körperwahrnehmung. Vier Personen konnten keine Veränderungen feststellen und jeweils vier Nennungen bezogen sich auf eine Förderung von Entspannung und Ruhe sowie eine bewußtere Atmung.

9.6.3 Erlebte Veränderung der Körperwahrnehmung

Die Antworten auf die Frage 4 (Veränderung der Körperwahrnehmung durch die Stunden) sind aus Abbildung 9 ersichtlich. Demnach geben elf Personen eine bewußtere Wahrnehmung des eigenen Körpers an, zwei Personen antworteten mit nein, eine mit wenig und eine gab keine Antwort. Dieses Ergebnis stimmt mit den Antworten auf die ersten Fragen überein und weist darauf hin, daß die Feldenkrais-Methode tatsächlich bei eßgestörten Patienten eine bewußtere Wahrnehmung des eigenen Körpers fördert.

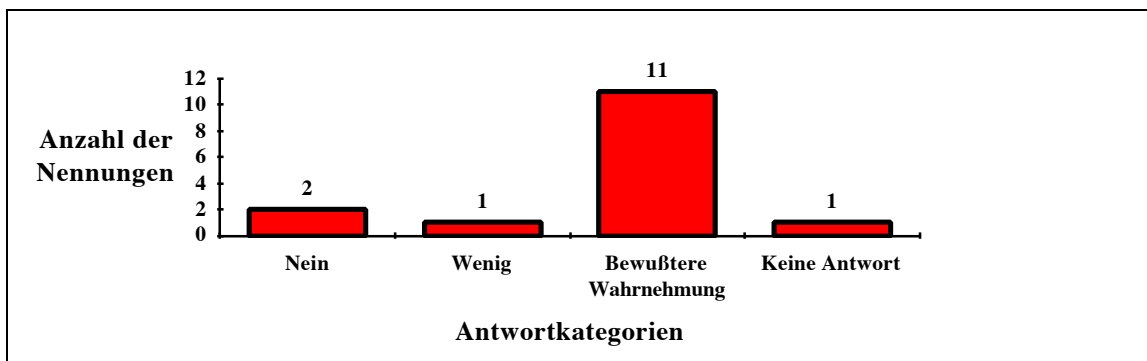


Abb. 9: Antwortkategorien und Anzahl der Nennungen für die offene Frage 4 'Veränderung der Körperwahrnehmung durch die Stunden' (Häufigkeiten in Absolutzahlen)

9.6.4 Einschätzung der Feldenkrais-Stunden

Auf die Frage 5 (Allgemeine Einschätzung der Feldenkrais-Stunden für Gesundheit und allgemeine Befindlichkeit) gaben zwölf Personen eine positive Einschätzung, eine gab keine Antwort und zwei gaben an, daß die Stunden keinen besonderen Wert für sie gehabt hätten (vgl. Abbildung 10).

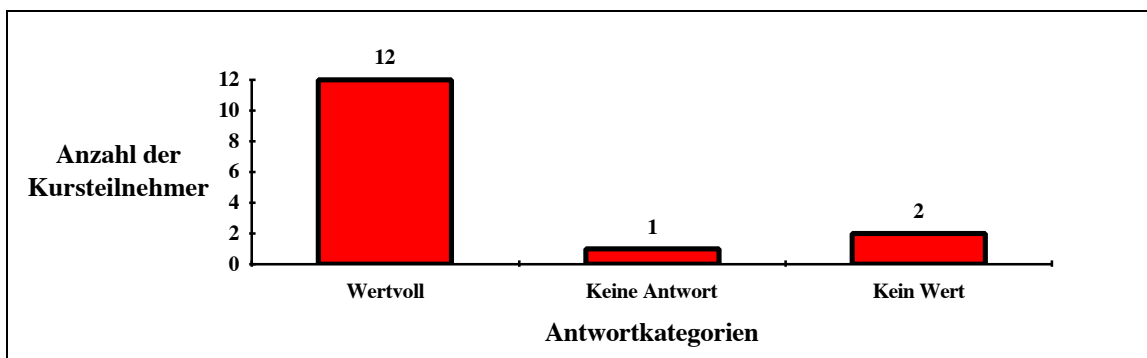


Abbildung 10: Allgemeine Einschätzung der Feldenkrais-Stunden für Gesundheit und allgemeine Befindlichkeit (Häufigkeiten in Absolutzahlen)

Aus Abbildung 10 läßt sich entnehmen, daß 12 der 15 Personen den Feldenkrais-Kurs für ihre Gesundheit und allgemeine Befindlichkeit als wertvoll einschätzen.

Dies weist darauf hin, daß für einen großen Teil der Gruppe die Feldenkrais-Stunden eine positive Wirkung auf Gesundheit und allgemeine Befindlichkeit gehabt haben.

Um obige Abbildung transparenter zu machen, sind im folgenden beispielhaft einige Zitate aus den Antworten der Kategorie "Wertvoll" sowie der Kategorie "Kein Wert" wiedergegeben (Nummer der Versuchsperson vor jeder Antwort):

Person 12 : "Als sehr gut. Eine Fortsetzung würde ich befürworten."

Person 1: "Mir ging's nach den Stunden besser, entspannter. Die Stunden haben Spaß gemacht."

Person 2: "Beachtenswert, um die ständig aufgebaute Spannung bei der Bulimie etwas abzubauen und besser an unterdrückte Gefühle heranzukommen. Gut auch die Erfahrung des Nicht-perfekt-sein-müssens."

Person 14: "Sehr hoch. Ich fühle mich gesünder dadurch, daß ich bewußter auf meinen Körper achte."

Person 15: "Könnte mir vorstellen, daß ich, wenn ich weitermache, damit meine Gesundheit verbessern könnte."

Person 10: "Sehr gut für jemanden, der seinen Körper mehr wahrnehmen möchte, bzw. Entspannung und Ruhe sucht."

Person 7: "Sehr wertvoll, weil ich mich seit dem Kurs gedanklich und körperlich viel gelöster und entspannter fühle."

Person 4: "Positiv, obwohl ich mit Entspannung und Körperwahrnehmung schon immer Schwierigkeiten hatte."

Person 13: "Hatte die Empfindung, mir etwas Gutes zu tun. Die anfängliche Skepsis ist in Begeisterung umgeschlagen."

Die zwei Antworten der Kategorie "Kein Wert" lauteten wie folgt:

Person 8: "Ich habe halt gelernt, mich auf meinen Körper zu konzentrieren, aber das ist nicht das Wichtigste."

Person 11: "Der Feldenkrais-Kurs ist mir schwer gefallen, weil ich mich mit mir selbst beschäftigen mußte. Außerdem, glaube ich, ist er nicht ganz meine Fall."

9.7. Auswertung der Interviews

Nach Abschluß des Kurses und nach Abgabe der zweiten Fragebögen wurden mit den 15 Teilnehmern der Feldenkrais-Gruppe Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und die qualitativen Daten, d.h., die in schriftlicher Form vorliegenden Interviews, wurden mit Hilfe der inhaltsanalytischen Technik nach Mayring (1990) ausgewertet. In mehreren Arbeitsschritten wurden die transkribierten Tonbandaufzeichnungen durchgesehen und dabei eine Satz-für-Satz-Analyse vorgenommen. Dabei wurde das Datenmaterial in Kategorien eingeteilt, wobei aufgrund geringer Häufigkeiten darauf verzichtet wurde Unterkategorien zu bilden. Unterschiedliche Aspekte einer Kategorie wurden aber mit Hilfe der jeweils entsprechenden Ankerbeispiele dargestellt. Dies alles erfolgte entsprechend den von Mayring (1990) aufgestellten Regeln: 1. Definition von Kategorien, 2. Erläuterung durch Ankerbeispiele, 3. Benennung und Differenzierung der Kategorien.

Die Antworten ließen sich unter folgenden Kategorien zusammenfassen:

- a) Allgemein intensivere und bewußtere Körperwahrnehmung
- b) Spezifische kinästhetische Erfahrungen
- c) Entspannende und beruhigende Wirkung
- d) Angenehme Übungen und sonstige angenehme Empfindungen
- e) Tranceinduzierende Wirkung
- f) Positive Wirkungen im Bereich der Eßstörungen-Problematik
- g) Emotionale Erfahrungen während der Stunden
- h) Weitere Wirkungen
- i) Probleme während der Stunden
- j) Störungen von außen
- k) Unangenehme Übungselemente
- l) Schwierigkeiten, einen Zugang zu finden, oder geringes Interesse
- m) Integration von Übungselementen in den Alltag
- n) Interesse an Weiterführung des Kurses und an weiterer Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode

Abbildung 11 zeigt die absoluten Häufigkeiten der Antwortkategorien.

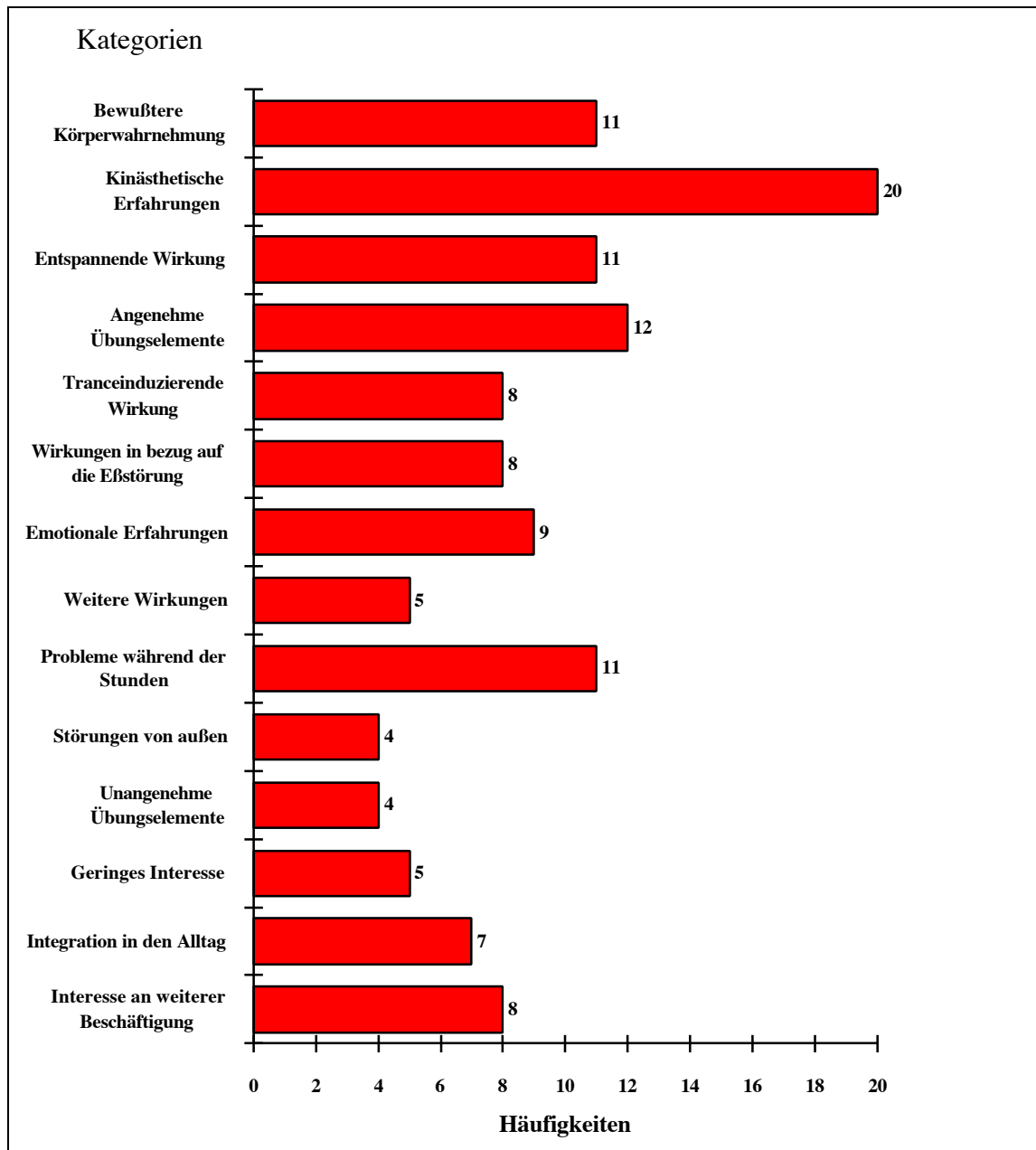


Abbildung 11: Die Antwortkategorien der Interviews und ihre absoluten Häufigkeiten

Um Abbildung 11 transparenter zu machen, wird im folgenden der Kodierleitfaden dargestellt, anhand dessen das sprachliche Material nach inhaltlichen Strukturierungsgesichtspunkten ausgewertet wurde. Dieser Kodierleitfaden beinhaltet erstens die Definition der Kategorien, zweitens Ankerbeispiele, bei denen es sich um die exemplarische Illustration der Kategorien anhand von prototypischen Textstellen handelt, und drittens die Kodierregeln, die zum Zweck von eindeutigen Zuordnungen die einzelnen Kategorien gegeneinander abgrenzen (vgl. Mayring, 1990).

9.7.1 Kategorie 1: Allgemein intensivere und bewußtere Körperwahrnehmung

Elf Kursteilnehmer berichteten von überdauernden, also über die Übungsstunden hinausgehenden Veränderungen der Körperwahrnehmung. Davon bezogen sich acht Nennungen auf allgemeine Veränderungen, zwei weitere Nennungen auf die Atmung und eine auf die verbesserte Körperwahrnehmung bei körperlicher Betätigung.

"Die Körperwahrnehmung hat sich wesentlich gebessert. Ich hab am Anfang immer das Gefühl gehabt, ich muß meinen Körper anfassen, um ihn zu spüren. Während des Kurses hab ich dann immer mehr gewußt wie ich aussehe, also ohne mich im Spiegel anzukucken oder anfassen zu müssen. Also ich hab jetzt ein Bild davon, wie ich aussehe (...) Ich schwimm also sehr gern, da spür ich meinen Körper mehr, das gleitet so richtig durchs Wasser, und ich streck mich da manchmal so richtig und genieß das. Und je mehr ich mich auf die Bewegung konzentriere, desto leichter fällt's mir. Ich kann mir vorstellen, daß sich das durch die Übungen so verändert hat." (Frau AD, Bulimia nervosa, S. 5)⁸

"Jetzt merk ich wieder, daß ich Beine hab und daß ich Füße hab und Finger hab und einfach das, was ich vorher gar nicht mehr gekannt hab (...) Und mit der Atmung, ich konnte doch sonst nur durch den Mund atmen. Das war glaub ich, in der 3.Stunde, auf einmal war die Nase frei, und seitdem atme ich durch die Nase." (Frau DO, Bulimia nervosa, S. 7)

"Das ist ein Verlauf. Es ist also nicht so bei mir, daß, wenn ich jetzt eine Stunde gemacht hab, daß ich dann meinen Körper total wahrnehme oder so, sondern ich achte einfach mehr und mehr drauf. Es ist zwar noch sehr selten, aber auf jeden Fall ist es in Bewegung gekommen." (Frau RE, Bulimia nervosa, S. 4)

Aus den Zitaten läßt sich erkennen, daß der eigene Körper und die Atmung durch die Bewegungslektionen im allgemeinen und bei körperlicher Betätigung bewußter wahrgenommen und erlebt wird. Es zeigt sich der Beginn eines Entwicklungsprozesses

⁸ In den Beispielen sind Auslassungen von Textteilen, die zugunsten einer strafferen Darstellung ausgespart bleiben, mit '(...)' gekennzeichnet. Erläuterungen des Verfassers befinden sich in eckigen Klammern '[]', Fragestellungen des Interviewers sind in spitzen Klammern '< >' gesetzt. Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf das vollständig verschriftete Datenmaterial (vgl. Anhang C).

- wie er typischerweise von der Feldenkrais-Methode angeregt wird - in dem sich u.a. eine Veränderung und Vervollständigung des Körperbildes andeutet.

9.7.2 Kategorie 2: Spezifische kinästhetische Erfahrungen

Zwanzig Nennungen beschreiben methodenspezifische kinästhetische Erfahrungen (vgl. Kap. 2.4.2), die als Folge der Anleitungen während einer Bewegungslektion gemacht wurden. Darunter fallen Empfindungen von Leichtigkeit, Schwere, Wärme und Durchblutung; unterschiedliche Wahrnehmung der Körperhälften; bewußtere Wahrnehmung des Bodens; veränderte Empfindung der Qualität einer Bewegung; veränderte Wahrnehmung einzelner Körperteile, Organe und der Atmung; sowie Wirkungen der Imaginationsübungen.

"...Und ich hab auch einmal, das war die letzte Stunde, die Wahrnehmung gehabt, als wie wenn die ganzen Glieder einzeln dagelegen wären. Alles einzeln, Füße, Beine und Bauch, das war alles weg von mir, das war alles einzeln dagelegen. Als wie wenn man's wieder zusammenbauen müßte. Ich bin ja ganz ebenerdig dagelegen und da hab ich das Gefühl gehabt, als wie wenn da beim Kopf ein Loch gewesen wäre, und der Kopf wär quasi in der Luft gewesen. Wärme und Durchblutung hab ich auch gemerkt, und ich merk es auch jetzt noch, wenn ich Sport treib, das wird alles warm, das war vorher nicht. Das schreib ich hundertprozentig den Übungen zu, weil ich hab ja gar nicht mehr gewußt, was ich habe. <Wie, was ich habe?> Ja, welche Organe ich hab, das hab ich einfach wieder alles gespürt. Oder das Herz schlagen gehört." (Frau DO, Bulimia nervosa, S. 8)

"Während der Stunden fielen mir manche Sachen ein bißchen schwer, das fühlte sich irgendwie plump an. Und das wird ja immer wiederholt bis zum Schluß und am Ende fiel's mir leicht, fast automatisch. Obwohl es dieselbe Bewegung war, hatte ich das Gefühl, es geht fast von alleine." (Frau AD, Bulimia nervosa, S. 6)

"Zum Beispiel, wo die Übung dran war, sich in den Boden sinken zu lassen, wurde ich also regelrecht, das hab ich gemerkt, schwer. Ich hab gedacht, irgendwann gibt jetzt was nach. Und danach hab ich eine wahnsinnige Leichtigkeit gehabt. (...) Da war ich also schwerelos, wenn man so sagen

will. Ich hab zwar meine einzelnen Körperteile gespürt, aber leicht, regelrecht leicht." (Frau RO, Anorexia nervosa, S. 1)

"... Da hab ich mir gedacht, bist du ausgeleiert, bist du steif, irgendwie, faules Fleisch. Das war auf der rechten Seite ganz extrem." (Frau HE, Adipositas, S. 11)

Aus den obigen Interviewpassagen wird ersichtlich, daß - neben einer sich im Verlauf des Kurses verändernden Körperwahrnehmung (vgl. Kategorie 1, Kap. 9.7.1) - während den einzelnen Stunden spezifische kinästhetische Erfahrungen gemacht wurden. Typische Wirkungen von Feldenkrais-Stunden sind die ungewohnte und ungewöhnliche Wahrnehmung einzelner Körperteile, die Empfindungen von Schwere, Leichtigkeit, Wärme und Durchblutung sowie die unterschiedliche Wahrnehmung der Körperhälften. Bewegungen, die am Anfang einer Stunde schwerfallen, werden häufig am Ende mit großer Leichtigkeit ausgeführt.

9.7.3 Kategorie 3: Entspannende und beruhigende Wirkung

Elf Äußerungen beziehen sich speziell auf die entspannende und beruhigende Wirkung der Bewegungslektionen während einer Stunde. Diese Kategorie unterscheidet sich damit von Kategorie 4 (vgl. Kap. 9.7.4), in der insbesondere angenehme Empfindungen angesprochen werden.

"An allererster Stelle war's entspannend für mich, total. Und ich merk halt, daß mir das fehlt, daß ich mich schon entspannen will und daß ich mir Entspannung immer nur übers Essen hole, aber im Grunde das auch keine Entspannung ist. Und selber gebe ich mir da immer keinen Raum dafür, und da war es halt gut, daß es ein Kurs ist, und dann war das gegeben, ich durfte mich jetzt entspannen. Und dann hab ich das so gern in Anspruch genommen und habe auch so richtig losgelassen, mich flachgelegt und genossen." (Frau AD, Bulimia nervosa, S. 5)

"Ich hab mich also auch regelrecht gehen lassen können. Gedankenmäßig, problememäßig hab ich da total abgeschaltet. Da hab ich dann alles irgendwie hinter mir gelassen. Ich hab mich also wirklich voll nur auf das, was mir im Moment jetzt gekommen ist konzentriert." (Frau RO, Anorexia nervosa, S. 1)

"Hauptsächlich war's sehr entspannend. Aber vor dem Essen war's immer besser, weil man da nicht so müde ist als wie nach dem Essen. Da war das so anstrengend, da bin ich letztes Mal eingeschlafen dabei." (Frau ZM, Bulimia nervosa, S. 10)

"Also sehr beruhigend haben die [Übungsstunden] auf mich gewirkt." (Frau ST, Bulimia nervosa, S. 2)

In diesen Aussagen wird die entspannende und beruhigende Wirkung der Stunden hervorgehoben. Durch die aufmerksam ausgeführten Bewegungsfolgen entsteht ein meditativer Effekt und das Erleben des 'Hier und Jetzt' wird gefördert. Eine für Eßstörungen charakteristische Spannung, die häufig nur über Essen (und Brechen) entladen wird, kann mit Hilfe von körperlicher Entspannung abgebaut werden.

9.7.4 Kategorie 4: Angenehme Übungen und sonstige angenehme Empfindungen

Zwölf Kursteilnehmer beschreiben hier allgemeine angenehme Empfindungen bei den Übungen, z.B. daß sie die Stunden einfach genießen konnten oder daß ihnen die Zwanglosigkeit bei den Übungen gutgetan hat. Zu dieser Kategorie gehören zudem Äußerungen, die angenehme Empfindungen bei bestimmten Übungselementen beschreiben, wie z.B. beim Kopfdrehen, bei Atemübungen oder beim Berühren des eigenen Bauchs.

"Angenehm war noch diese Atemübung, wo wir den Bauch berührt haben, weil ich normalerweise meinen Bauch gar nicht anfasse." (Frau HE, Adipositas, S. 11)

"Die ganzen Stunden waren eigentlich angenehm, hinterher fühlte man sich freier, leichter." (Herr BA, Adipositas, S. 10)

"Das war gut, daß da kein Zwang war mitzumachen. Da war ich angenehm davon überrascht, daß es so frei ist..." (Frau ZI, Bulimia nervosa, S. 2)

In Feldenkrais-Stunden wird immer wieder darauf hingewiesen, daß es nicht um Leistung und das Erreichen eines bestimmten Ziels, sondern um den Prozeß an sich und die Qualität einer Bewegung geht. Die Stunden sollen angenehm sein, wodurch der

Lernprozeß gefördert wird. Die obigen Zitate lassen erkennen, daß verschiedene Elemente von Übungen oder die Stunden insgesamt als angenehm empfunden wurden.

9.7.5 Kategorie 5: Tranceinduzierende Wirkung

Acht Kursteilnehmer schilderten tranceähnliche Zustände während mancher Übungen, wobei vier Teilnehmer von inneren, bildlichen Erlebnissen oder einem Verlust des Zeitgefühls, und weitere vier von der beruhigenden, entspannenden Wirkung der Stimme des Kursleiters berichteten.

"Also mir hat das ganz viel gebracht, das Daliegen, Loslassen, keine Gedanken festhalten, von allem lösen, da sind richtig Filme abgelaufen. <Was für Filme waren das?> Ja, ein Durcheinander. Das ist für mich richtig wie Hypnose gewesen. Das waren mal bunte Bilder, und ich hab's auch nicht festgehalten. Was Finsteres hab ich eigentlich gar nicht gesehen. <Wie meinen Sie, fast wie Hypnose?> Dadurch, daß ich alles loslassen konnte. Und ich nur Sie gehört habe und ich hab mich da voll hingeegeben. Das ist alles leicht gegangen dann." (Frau DO, Bulimia nervosa, S. 7)

"... einfach nur wahrnehmen, wie mein Körper auf diese Übungen reagiert, oder auf die Sprache reagiert von jemand, der so spricht, wie Du in den Übungen gesprochen hast. Die Sprache hat mich dabei doch am meisten beruhigt. Dieses sehr langsame, deutliche Sprechen und die Ruhe, die ich so nicht kannte (...) <Manchmal in den Stunden hatte es den Anschein, als wenn Sie irgendwie weggegangen sind. Sind Ihnen da irgendwelche Bilder, Erinnerungen oder Gefühle gekommen?> Ich war gedanklich da irgendwo ganz woanders. Wie in so einem Traumbild. (...) Durch diese Konzentration kam ich da unweigerlich ran. Ich hab da also nicht geschlafen, sondern hab mehr so Phantasiebilder gehabt (...) Das sind einfach Wunschbilder, und es war gut da reinzugehen. Vom Ablauf der Stunde bekam ich halt nichts mit in diesem Fall..." (Herr WD, Adipositas, S. 9)

"...und manchmal hab ich ein Gefühl gehabt, wie wenn ich vier Stunden geschlafen hätte, auch wenn ich nicht geschlafen hab. Insgesamt war's, wie wenn ich etliche Stunden ganz woanders war. (Frau ZM, Bulimia nervosa, S. 10)

Die Aussagen zeigen, daß während mancher Stunden tranceähnliche Zustände erlebt werden. Die Stimme des Kursleiters und die ruhige Art des Sprechens fördern die Erfahrung von Ruhe und tiefer Erholung teilweise verbunden mit einem Verlust des Zeitgefühls. Dabei können Bilder und 'Filme' vor dem inneren Auge erscheinen. Eine Kursteilnehmerin vergleicht diesen Zustand mit einer Art Hypnose. Sie führt das darauf zurück, daß sie sich voll an die Stimme des Kursleiters hingegeben hat. Dies weist auf die tranceinduzierende Wirkung der Bewegungslektionen hin und gibt einen Hinweis auf die Möglichkeiten hypnotherapeutischer Interventionen in der Feldenkrais-Methode.

9.7.6 Kategorie 6: Positive Wirkungen im Bereich der Eßstörungen-Problematik

Sieben Teilnehmer berichteten von Wirkungen des Kurses in bezug auf ihr Eßverhalten. Die angesprochenen Bereiche der Eßstörungenproblematik sind dabei die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht, die Veränderungen des Körperbildes, die Wahrnehmung innerer Reize wie Hunger und Sättigkeit sowie alternative Verhaltensweisen bei einem Heißhungeranfall. Die Stellen der Interviews, die diese Kategorie bilden werden hier vollständig wiedergegeben, da sie für die Untersuchung von besonderem Interesse sind.

Übermäßige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht

Zitat 1

"Oder es war einmal, da, eben weil ich ja unter Eßstörung leide, da ist es mir nicht so gut gegangen, und ich hab ziemlich oft ans Essen gedacht und war eben da in Feldenkrais dringelegen und konnte tatsächlich dann abschalten, das hat mir unheimlich gutgetan. [Das war in der Vormittags-Stunde, also vor dem Essen.] Und danach bin ich zum Essen gegangen, mit einer ganz anderen Einstellung, das hat gutgetan, viel entspannter, nicht mit so einem Zwang oder Drang dahinter." (Frau ZI, Bulimia nervosa, S. 2)

Zitat 2

"Wichtig ist gewesen, daß ich kurz nach dem Mittagessen immer Feldenkrais gehabt hab, und daß ich dann einfach mich mit den Gedanken nicht immer nur aufs Essen konzentrieren konnte, einfach keine Zeit dazu gehabt hab, und das war ganz gut. Weil ich dann nachher einfach überhaupt keine Probleme mehr mit dem Essen gehabt hab. Bei mir ist ja nur das

Mittagessen das Problem (...) Und da hab ich nicht mehr so drangedacht, daß ich voll wäre oder daß ich zunehmen könnte. Und auch den restlichen Tag hab ich's mir dann gutgehen lassen. Weil ich einfach meinen Körper bewußt erlebt hab, daß er einfach jetzt nicht so aufgeschwemmt ist oder nicht so voll." (Frau SC, Bulimia nervosa, S. 4)

Die Zitate zeigen, daß Veränderungen auftreten in bezug auf die zwanghafte gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, wie sie symptomatisch für Patientinnen mit Bulimia nervosa ist. Durch die realistischere Wahrnehmung des eigenen Körpers wird eine entspanntere Einstellung zum Essen gewonnen, was sich auf das Befinden insgesamt positiv auswirkt.

Veränderungen des Körperbildes

Zitat 3

"Sonst hab ich immer nach dem Essen gebrochen, und montags war die Stunde nach dem Essen und ich konnte mich einfach nicht aufs Brechen konzentrieren, hab keine Zeit dazu gehabt. Und auch wenn ich [nach der Vormittagsstunde] zum Essen gegangen bin, hab ich auch nicht gebrochen. Also irgendwie hab ich einfach gemerkt, daß mein Bauch also nach dem Essen nicht so ist, wie ich's mir eigentlich immer vorstelle. So wie ein Ballon. Sondern, daß er einfach ganz normal ist." (Frau SC, Bulimia nervosa, S. 4)

Genauer als in Zitat 2 berichtet Frau SC, daß sie durch die Feldenkrais-Stunden davon abgehalten wurde, sich auf das Brechen zu konzentrieren, und daß sie ihren Bauch nicht wie einen Ballon, sondern ganz normal wahrgenommen habe. Dies weist auf die Veränderung eines gestörten Körperbildes hin und zeigt, daß durch die Feldenkrais-Methode ganz konkrete Veränderungen des Eßverhaltens bewirkt werden.

Wahrnehmung innerer Reize wie Hunger und Sätttheit

Zitat 4

"Bei einer Stunde vor dem Essen hab ich das erste Mal wieder meinen Magen knurren gehört. Ich mein, ich hab Eßstörungen, ich hab normal kein Sättigungsgefühl. Daß ich überhaupt Hunger hab, daß hab ich gar nicht mehr

gewußt, das war mir gar nicht mehr bewußt. Und da auf einmal, ich hab's auch in der Stations-Gruppe erzählt, hat mir der Magen geknurr. Das hab ich gar nicht mehr gekannt. Und jetzt mittlerweile knurrt er auch, das hab ich auch erst da wieder kennengelernt, in diesem Kurs jetzt." (Frau DO, Bulimia nervosa, S. 7)

Frau DO schildert, daß sie in einer Stunde das erste Mal wieder ihren Magen knurren hörte und gespürt hat, daß sie Hunger hat. Dies weist darauf hin, daß durch eine Verbesserung der Körperbewußtheit wieder interozeptive Reize wie Hunger (und auch Sättigkeit) erlebt werden können, was ein elementares Anliegen bei der Therapie von Eßstörungen ist.

Zitat 5

"Ich muß auch sagen, nach dem Feldenkrais hab ich auch viel mehr Hunger gehabt. Also am Montag nicht, weil das nach dem Essen war. Aber, also am Dienstag [nach der Vormittagsstunde], da bin ich immer mit einem Hunger an den Tisch hingegangen, daß ich mir gedacht hab, na! Also das hab ich noch nie so mitgekriegt. Also aber nach dem Feldenkrais hab ich immer Hunger gehabt, weil ich total entspannt war, und dann ist der Hunger gekommen, nicht so verkrampft war ich dann. Da hab ich's gar nicht mehr erwarten können, bis es Essen gegeben hat. Da hab ich schon Kleinigkeiten gebraucht bis zum Essen." (Frau KO, Bulimia nervosa, S. 13)

Frau KO gibt an, daß sie aufgrund der Stunden (vor dem Mittagessen) immer total entspannt war und dann viel mehr Hunger gehabt hat. Dies zeigt, daß durch Entspannung, die in Feldenkrais-Stunden erfahren wird, die Wahrnehmung von Hunger gefördert wird.

Zitat 6

"Ich bin jetzt auch am Phasetisch und irgendwie hat sich bei mir beim Essen was verändert. <Meinen Sie, daß diese Übungen etwas damit zu tun haben?> Gefühlsmäßig ja. Indem ich von selber schon langsamer gegessen habe. Mehr in mich reingehorcht habe, während dem Essen, ob Hunger oder satt." (Herr WD, Adipositas, S. 8)

Herr WD beschreibt, daß er langsamer ißt und während des Essens mehr in sich hineinhorcht, ob er noch Hunger hat oder schon satt ist. Er führt diese Veränderungen auf die Übungen zurück. Dies läßt den Schluß zu, daß durch Verbesserung der

Körperbewußtheit wieder Hunger und Sättigung erlebt werden und sich dadurch das Eßverhalten verändert.

Alternative Verhaltensweisen bei einem Heißhungeranfall

Zitat 7

"Das hab ich auch mal gemacht, als ich mal abends so einen Hungeranfall kriegte. Als das dann kam und dann kam auch diese Erinnerung an einen Rat aus der Einzeltherapie, daß man eben versuchen sollte, die Dinge auch mal anders zu kompensieren, und nicht mit Essen, sondern versuchen soll, reinzuhorchen, was das denn wirklich ist. Als ich mir dann auch keinen anderen Rat mehr wußte, hab ich angefangen, mich zu entspannen, dann ließ das tatsächlich nach. Das war also eine eher seltsame Erfahrung, würd ich sagen. Weil ich gedacht habe, das kann man normalerweise nur mit Essen kriegen." (Frau HE, Adipositas, S. 11)

Frau HE berichtet, wie sie einen Hungeranfall aufgefangen hat, indem sie sich entspannte und in sich hineinhorchte. Das Zitat weist darauf hin, daß durch die Feldenkrais-Methode die Fähigkeit zur bewußten Entspannung gefördert wird. Dies kann als Alternative zur Spannungsabfuhr durch übermäßiges Essen genutzt werden.

Zitat 8

"Essen war bei mir 'ne Sache, um Streß, Gefühle, alles mögliche wegzudrücken, mich auszuschalten. Und jetzt ist es vielleicht so, daß ich mich lieber hinlege und dann schaue, was jetzt eigentlich bei mir los ist. Aber das ist jetzt nicht nur Feldenkrais alleine. Es sind sicher die ganzen Sachen, z.B. Anti-Diät, daß man mal dahinterschaut, in was für einem Kreislauf man drin ist. Aber einfach mal von dieser Eß-Schiene wegkommen und hinlegen und jetzt schau mal, was bei dir los ist." (Frau RM, Bulimia nervosa, S. 3)

Frau RM erklärt, wie sie früher Essen benützt hat, um sich auszuschalten, und daß sie sich jetzt statt dessen entspannt und sich bewußt macht, was bei ihr los ist. Sie führt diese Entwicklung zum einen auf die Feldenkrais-Stunden, zum anderen auf weitere Bestandteile des Therapieprogramms, wie den Anti-Diät-Kurs der Klinik (vgl. Kap. 3.5.) zurück.

9.7.7 Kategorie 7: Emotionale Erfahrungen während der Stunden

Neun Nennungen bezogen sich allgemein auf emotionale Erfahrungen während der Stunden, wovon fünf Nennungen von einer Art von existentiellen Erfahrungen und Einsichten berichten.

"Also daß wir uns nicht anstrengen sollten, das fand ich auch total schön. Einfach das so zu machen, wie ich's kann, und es ist okay. Das hab ich genossen, nicht so perfekt sein zu müssen. Weil ich halt oft merk, es muß gut sein, ich muß das gut machen, um Anerkennung zu bekommen... <Wie waren denn die Atemstunden für Sie?> Irgendwie hatte ich das Gefühl, da so eine Blockade freizuatmen oder sowas. Erstmal hab ich da gemerkt, wie flach ich atme, und als es dann mehr durchströmte, tat es auch manchmal weh, kribbelte und dann kam irgendwie mehr zurückgeflossen. Viele Gefühle kamen dann hoch. Bei dem einen Mal war ich in einer schlechten Phase, da kamen so die ganzen Depressionen hoch, deswegen muß ich dann auch so weinen. Das war schrecklich, da dacht ich, ja was mach ich denn jetzt, da hab ich so den Boden verloren, und ich lag ja schon, aber es ging tief, tief runter, und da war ich richtig erschrocken. <Hätten Sie sich gewünscht, daß das irgendwie aufgefangen wird?> Ja, das Gefühl hatte ich oft, daß mich in diesen Stunden einfach jemand nimmt und hält und Wärme gibt. Da hab ich mich dann mehr wie so ein kleines Kind, bedürftig oder so gefühlt." (Frau AD, Bulimia nervosa, S. 5)

Frau AD betont im ersten Teil des Zitats, daß sie es genossen hat, nicht so perfekt sein zu müssen. Es ist ein elementares Prinzip der Feldenkrais-Methode, immer wieder darauf hinzuweisen, die Übungen etwas weniger gut und nicht perfekt zu machen. Die Aussage zeigt, daß die Feldenkrais-Methode geeignet ist, in dem für manche Eßstörungen typischen Bereich eines übertriebenen Perfektionismus Anregungen für Veränderungen zu geben. Weiter schildert Frau AD, wie sie bei einer Atemstunde ein Strömen, dann viele Gefühle, wie Trauer und den Wunsch nach Geborgenheit und Wärme spürte. Dies zeigt, daß insbesondere die Lektionen der Feldenkrais-Methode, die mit dem Atem arbeiten, Veränderungen starrer emotionaler Muster anregen.

"Vor allen Dingen bin ich also in den Stunden, also zweimal, so richtig mit einem Hochgefühl da raus, weil ich das Gefühl hatte, ich stehe also erst einmal so richtig seit längerer Zeit. Dieses Wohlbefinden, dazustehen und

überhaupt mittendrin zu stehen. (...) Also so ein Gefühl hab ich schon jahrelang nicht mehr gehabt." (Frau HE, Adipositas, S. 11)

Am Ende einer Feldenkrais-Stunde läßt man die Teilnehmer meist zum Stehen kommen und spüren, wie sie dastehen. Frau HE schildert, wie sie am Ende zweier Stunden dabei ein Hochgefühl und Wohlbefinden erlebt hat, daß sie jahrelang nicht mehr gehabt hat. Grundlegende körperliche Funktionen, wie z.B. das Stehen werden häufig am Ende einer Feldenkrais-Stunde mit einer völlig neuen Qualität erlebt. Dies kann dann zu emotionalen Reaktionen oder existentiellen Erfahrungen führen, wie in diesem Fall zu einem Hochgefühl 'mittendrin zu stehen'.

9.7.8 Kategorie 8: Weitere Wirkungen

Fünf Nennungen beziehen sich auf sonstige Wirkungen, die durch die anderen Kategorien nicht erfaßt werden, wie besseres Einschlafen oder vermindertes Zähneknirschen.

"Und gut schlafen konnt ich auch. Sonst kann ich immer nicht einschlafen, und in der Zeit, wo ich Feldenkrais hatte, hab ich mich so entspannen können, da konnt ich total gut einschlafen. Den ganzen Tag war ich dann besser drauf. (...) Und das mit dem Zähneknirschen ist auch leichter geworden." (Frau KO, Bulimia nervosa, S. 14)

Frau KO schildert, daß sie in der Zeit des Feldenkrais-Kurses besser einschlafen konnte und ihr Zähneknirschen leichter geworden ist. Dies deutet darauf hin, daß aufgrund der Entwicklung des Körpergefühls und der Regulierung eines zu hohen (oder zu niedrigen) Muskeltonus' Veränderungen in verschiedensten Bereichen auftreten können.

9.7.9 Kategorie 9: Probleme während der Stunden

In elf Äußerungen wurden Probleme während oder nach einer Stunde beklagt. Vier Teilnehmer berichteten von Übelkeit und Schwindelgefühlen, weitere Nennungen beziehen sich auf Rückenschmerzen, Atemprobleme, Erschöpfung, Widerwillen gegen Entspannung, Verärgerung über die eigene Unfähigkeit sowie auf Hörprobleme.

"Ich weiß zwar, worum's geht, aber wenn's dann heißt, konzentrieren sie sich auf den Arm, ich persönlich vom Verstand her bin bereit, alles schön brav mitzumachen. Aber es geht nicht. Es fällt mir regelrecht schwer, ich verkrampf mich dann. (...) Z.B. zum Schluß bei manchen Übungen fühlte ich mich unwohl, hatte Kopfschmerzen und Übelkeit." (Frau KL, Bulimia nervosa - Zusatzdiagnose: Alkohol- und Medikamentenabusus, S. 6)

"Also am Anfang ist's mir immer schlecht geworden. Mit der linken Seite, da hab ich immer Schwierigkeiten gehabt, da hab ich nämlich immer meine Lähmungen [laut Diagnose psychogene Lähmungen] gehabt und da ist es nicht so gut gegangen. Nach einer der ersten Stunden muß ich mich dann auch übergeben. Nachdem Sie mir dann aber gesagt haben, daß ich die Übungen dann nur mit der rechten Seite ausführen soll, hab ich das gemacht und dann ist's einwandfrei gewesen." (Frau KO, Bulimia nervosa, S. 13)

Die Zitate machen deutlich, daß es für manche Patienten schwierig sein kann, sich auf die meist ruhigen und langsamen Bewegungsfolgen einzulassen. Und da bei vielen Lektionen insbesondere der Gleichgewichts- und Raumsinn angesprochen wird, können sich Probleme ergeben, wie Übelkeit, Schwindelgefühle oder Kopfschmerzen. Zudem ist auf spezifische Einschränkungen mancher Teilnehmer zu achten.

9.7.10 Kategorie 10: Störungen von außen

Drei Interviewpartner beschwerten sich über Störungen während der Stunden durch laute Atemgeräusche zweier adipöser Kursteilnehmer, eine Teilnehmerin beklagte die ihrer Ansicht nach zu große Gruppe.

"...oder wenn's vielleicht eine kleinere Gruppe wäre, dann ging's auch wieder, aber diese große Gruppe..." (Frau RM, Bulimia nervosa, S. 3)

"Also unangenehm war das mit dem Schnarchen [der beiden adipösen Männer]. Wenn ich mich beim Feldenkrais entspannt habe, dann ist Schnarchen für mich, als würd mir jemand in den Magen reinhauen. Also das ist dann - zack - weil ich dann wirklich ganz offen bin. Und da bin ich dann total unruhig gewesen, ich hab mich auch geärgert, daß ich nichts gesagt habe zu den Typen." (Frau RM, Bulimia nervosa, S. 3)

Die Aussagen machen deutlich, daß die Größe der Gruppe sowie laute Atem- und Schnarchgeräusche zweier adipöser Kursteilnehmer mit 'Pick-Wick-Syndrom'⁹ (vgl. Pschyrembel, 1990), als störend empfunden wurden.

9.7.11 Kategorie 11: Unangenehme Übungselemente

Vier Teilnehmer beklagten sich über die achte Lektion, die ihnen schwerfiel oder unangenehm war.

"Die Übung mit dem Brett, die hat mich absolut gestört, das war mir unangenehm. Da hab ich so gespürt, daß mein Körper aufklappt und auseinanderfällt, was normal eine Einheit ist. Und mir einfach diese Bewegungsabläufe in dieser Übung, daliegen wie ein kleines Kind, was mit Händen und Füßen strampelt, zuwider waren." (Herr WD, Adipositas, S. 9)

Die Aussage bezieht sich auf die achte Stunde, bei der ein imaginäres Brett in verschiedenen Variationen mit Händen und Füßen betastet wurde. Hier sind zwei Erklärungen denkbar: Entweder, weil die Stunde eher mäßig gelungen ist, oder weil eine Abwehr gegen die kindlichen Bewegungsmuster (Strampeln) dieser Übung bestand.

9.7.12 Kategorie 12: Schwierigkeiten, einen Zugang zu finden, oder geringes Interesse

Vier Kursteilnehmerinnen gaben an, daß es für sie schwierig war, sich auf diese Art Bewegungslektionen einzulassen. Eine Teilnehmerin hatte eher geringes Interesse an dem Kurs.

"Ich hab mich angestrengt, die einzelnen Körperteile wahrzunehmen, das war irgendwie sehr schwierig für mich. Aber hinterher hab ich mich auch nicht besser gespürt." (Frau ZM, Bulimia nervosa, S. 10)

"Vielleicht bereu ich das jetzt im nachhinein, daß ich die ganze Sache nicht ernstgenommen hab (...) In soviel Kliniken war ich jetzt schon, wo ich

⁹ Beim Pick-Wick-Syndrom kommt es aufgrund hochgradiger Fettsucht und Fettablagerung in der Umgebung der Lungen zu Somnolenz und anfallsweise auftretenden Schlafzuständen.

immer ein bißchen was mitgemacht hab. Das funktioniert bei mir nicht."
(Frau KL, Bulimia nervosa, S. 7)

Die Zitate zeigen, daß es für einige Teilnehmer der Gruppe schwierig war, den eigenen Körper wahrzunehmen, oder daß eine eher geringe Motivation für diese Art von Körperarbeit vorhanden war. Dieses Ergebnis bestätigt Beobachtungen bei Feldenkrais-Gruppen mit gesunden Personen, bei denen ebenfalls meist einige Teilnehmer sich erst mit der Zeit auf die ungewohnten Bewegungsfolgen einlassen können. Es scheint, daß gerade Personen mit noch gering entwickeltem Körpergefühl oder einem eher gestörten Verhältnis zum eigenen Körper hier Anfangsschwierigkeiten und Widerstände haben.

9.7.13 Kategorie 13: Integration von Übungselementen in den Alltag

Sieben Interviewpartner berichteten, daß sie Elemente aus den Übungen auch nach den Stunden wiederholt und genutzt haben, um besser einschlafen zu können, sich zu entspannen, bei Aufregung oder einfach aus Interesse.

"Und wenn ich mich aufreg, dann sag ich mir jetzt ruhig, entspannen, entspannen, locker sehen. Oder die Atmungen hab ich auch selber gemacht, also wenn ich mich wieder aufgeregt hab. Ich hab viel vom Feldenkrais, da mach ich immer viel." (Frau KO, Bulimia nervosa, S. 13)

"Meistens hab ich die Übungen am Abend dann aufgeschrieben (...) Ja, in den letzten Wochen hab ich schon dann gekuckt, wie liege ich oder so, und hab bestimmte Übungen mal gemacht." (Frau WE, Adipositas, S. 12)

"Und wenn ich nicht einschlafen kann (...) Ich hab da einfach versucht, mich zu entspannen und einen gewissen Wortlaut aus den Stunden mir wieder zurückzurufen und das an mir selber auszuprobieren. Da konnte ich total gut einschlafen." (Frau RO, Anorexia nervosa, S. 1)

Die Aussagen lassen erkennen, daß die Fähigkeit entsteht, sich z.B. bei kritischen Situationen oder Einschlafschwierigkeiten selbst zu entspannen, oder daß einfach Interesse an der Entwicklung der eigenen Körperbewußtheit geweckt wurde. Wichtige Prinzipien oder bestimmte Elemente von Übungen wurden bereits während des Kurses in den Alltag übernommen.

9.7.14 Kategorie 14: Interesse an Weiterführung des Kurses und an weiterer Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode

Sechs Kursteilnehmer äußerten ihr Interesse daran, den Kurs fortzuführen oder nochmals einen Kurs in der Klinik zu machen, zwei Teilnehmer wollten sich darüber hinaus selbständig anhand von Büchern und weiteren Kursen auch außerhalb der Klinik mit der Feldenkrais-Methode befassen.

"Und ich kann wirklich jedem Feldenkrais empfehlen und ich möchte es auch weitermachen, möchte mir auch das Buch kaufen. Also ich war begeistert vom Feldenkrais." (Frau SC, Bulimia nervosa, S. 4)

"Vier Wochen fand ich auf jeden Fall viel zu kurz. (...) Aber ich denk mir, wenn ich das länger machen würde, könnten stärkere Veränderungen passieren." (Frau AD, Bulimia nervosa, S. 5)

"Mir persönlich hat's ganz viel gebracht und ich würd's auch gern wieder machen." (Frau SC, Bulimia nervosa, S. 8)

Aus den Interviewpassagen wird das Interesse an und der Wunsch nach weitergehender Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode in der Klinik oder auch nach dem Klinikaufenthalt ersichtlich. Bei längerer Kursdauer werden stärkere Veränderungen für möglich gehalten.

10. Diskussion

Vor einer abschließenden Diskussion der Befunde sollen folgende methodische Aspekte in Betracht gezogen werden.

Die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung war mit 15 Personen je Experimental- und Kontrollgruppe relativ klein. Eine Vergrößerung der Gruppen hätte aber eine unzumutbare Wartezeit für viele Patienten zur Folge gehabt, zudem wäre es nicht sinnvoll gewesen, mit einer wesentlich größeren Gruppe einen Feldenkrais-Kurs durchzuführen, da die Überschaubarkeit der Gruppe, das Eingehen auf einzelne Personen und die Entwicklung eines Gruppengefühls entscheidend eingeschränkt gewesen wäre. Als Alternative dazu wäre ein zweiter Durchlauf des Programms denkbar gewesen. Dies hätte aber, obwohl wünschenswert, den zeitlichen Rahmen und organisatorischen Aufwand der Untersuchung gesprengt.

Ebenfalls um eine zu lange Wartezeit für viele Patienten zu vermeiden, mußten die beiden Gruppen aus Patienten der verschiedenen Eßstörungenformen zusammengestellt werden (vgl. Kap. 7). Dadurch waren die Gruppen heterogen und Aussagen können nicht spezifisch für eine Eßstörungsform formuliert werden. Diese Art der Gruppenbildung entsprach dem Behandlungskonzept der Klinik, bei dem Patienten mit unterschiedlichen Eßstörungen gemeinsam auf einer Station untergebracht sind und an den verschiedenen Gruppentherapien teilnehmen (vgl. Kap. 3.4).

Die vorliegenden Ergebnisse beleuchten einen relativ kurzfristigen Effekt, der mit zwei Messungen in einem Zeitraum von etwa einem Monat erfaßt wurde.

Die Fragebogen-Meßinstrumente im Bereich des Verhältnisses zum eigenen Körper ('Zufriedenheit mit dem eigenen Körper' und 'Akzeptanz des eigenen Körpers') wurden jeweils aus Items bestehender Fragebögen zusammengestellt, da diese entweder zu umfangreich, nur teilweise relevant oder unbefriedigend erschienen (vgl. Kap. 8.1 und 8.2). In den Bereichen 'Psychische Befindlichkeit' und 'spezifische Eßstörungsproblematik' (EMI-B, ANIS, EDI-2, vgl. Kap. 8.3, 8.4 und 8.5) wurden jeweils nur die Subskalen aus den erprobten Instrumenten verwendet, die für die Untersuchung am interessantesten erschienen, um die Versuchspersonen nicht mit einer zu umfangreichen Befragung zu überfordern.

10.1 Verhältnis zum eigenen Körper

Ein allgemeines Merkmal aller Formen von Eßstörungen ist ein gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper (Bruch, 1973). Eßstörungspatienten sind unzufrieden mit dem eigenen Körper, ihre Körperwahrnehmung ist gestört und das Körperbild verzerrt. Die

Feldenkrais-Methode als bewegungstherapeutisches Verfahren arbeitet nun insbesondere auf eine Verbesserung der Körperwahrnehmung und eine Klärung des Körperbildes hin, wodurch sich u.a. Zufriedenheit und Akzeptanz bezüglich des Körpers verbessern sollen.

Die vorliegenden Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bestätigen die Wirksamkeit dieser Vorgehensweise bei eßgestörten Patienten. Die im Vergleich zu den restlichen Items des Fragebogens zur 'Zufriedenheit mit dem eigenen Körper' niedrigen Rohwerte der Items 'Hüften/Oberschenkel', 'Gesäß' und 'Bauch' bestätigen die Befunde in der Literatur, in denen diese Körperbereiche als eßstörungstypische Problemzonen (insbesondere bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) beschrieben werden (Garner, 1990). Dabei ist zu bedenken, daß sich der hier verwendete Fragebogen aus Items zweier verschiedener Erhebungsinstrumente zusammensetzte. Die Ergebnisse zeigen nun eine größere Zufriedenheit gerade bei den problematischen Körperzonen 'Hüften/Oberschenkel' und 'Gesäß' sowie bei den Items 'Oberkörper' und 'Arme' nach dem Feldenkrais-Kurs. Es wird zudem eine positivere Einschätzung und Einstellung deutlich in bezug auf 'allgemeine körperliche Erscheinung' und 'Gesundheit', was auf ein allgemein verbessertes Körpergefühl und Verhältnis zum eigenen Körper hinweist.

Bei der Akzeptanz des eigenen Körpers zeigt sich, daß durch die Feldenkrais-Stunden der eigene Körper als angenehmer empfunden wird (Item 1). Die eigenen Bewegungen werden als weniger ungeschickt und un gelenk empfunden (Item 2), was sich aus der methodenspezifischen Vorgehensweise erklären läßt, die auf eine größere Qualität und Flexibilität von Bewegungen abzielt (Feldenkrais, 1978). Das eigene Aussehen wird mehr akzeptiert (Item 11), und es wird mehr Freude am eigenen Körper empfunden (Item 14), was die Verbesserung in der Zufriedenheit mit bestimmten Problemzonen und der 'allgemeinen körperlichen Erscheinung' (vgl. vorhergehenden Abschnitt) bestätigt. Ein besonders interessantes Ergebnis ist die Abnahme von Fremdheit und Furcht beim Betrachten des eigenen Spiegelbildes (Item 13), was auf die Klärung eines verzerrten Körperbildes hinweist. Durch die Entwicklung der Körperbewußtheit nähert sich das subjektive Bild des eigenen Körpers dem tatsächlichen Körperbau an und die Wahrnehmung des Körpers wird realistischer (Feldenkrais, 1978). Durch das Erspüren und Bewegen und durch das gelegentliche Betasten des eigenen Körpers wird dieser vertrauter. So erscheint auch das eigene Spiegelbild als weniger fremdartig.

In den Vorüberlegungen zur Durchführung dieser Untersuchung wurde außerdem eine ganze Reihe weiterer Instrumente zur Erforschung von Veränderungen des Körperbildes, der Körperwahrnehmung und der Zufriedenheit mit den Körperformen

geprüft (Thompson, Penner & Altabe, 1990). Deren Anwendung hätte aber den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, zudem mußte die Belastung der Versuchspersonen durch zusätzliche Testverfahren in Grenzen gehalten werden.¹⁰

10.2 Psychische Befindlichkeit

Feldenkrais versteht Körper und Geist (oder Leib und Seele, oder Soma und Psyche) "als zwei verschiedene Aspekte ein und derselben Einheit Mensch" (Wurm, 1989, S. 7). Körperliches Verhalten wirkt sich daher auch auf den inneren Menschen (auf das Denken und Fühlen) aus, so wie sich Denken und Fühlen auf den Körper und sein Verhalten auswirken. Daraus leitet sich der Ansatz der Feldenkrais-Methode ab, über die körperliche Bewegung eine Veränderung zu bewirken in bezug auf die allgemeine psychische Befindlichkeit und die Abnahme von zwanghaftem und Zunahme von spontanem Verhalten.

Die Messung zur psychischen Befindlichkeit zeigt keine Veränderung im Bereich des allgemeinen psychischen Wohlbefindens. Das Ergebnis in der Skala 'Gehemmtes vs. spontanes Befinden' weist jedoch auf eine Abnahme von gehemmtem und zwanghaftem und auf eine Zunahme von spontanem, offenem und selbstsicherem Befinden und Verhalten hin.

Zwanghaftes Verhalten in verschiedenen Formen ist symptomatisch für alle Eßstörungen und zeigt sich immer auch als Körperverhalten in Haltung und Handlung. Wenn sich nun ein übermäßig erhöhter (oder schlaffer) Tonus der Muskulatur reguliert und rigide, gewohnheitsmäßige Haltungs- und Bewegungsmuster bewußter werden, so ergeben sich neue Möglichkeiten des Verhaltens und spontane, der jeweiligen Situation angepasste Reaktionsmöglichkeiten (Feldenkrais, 1989).

¹⁰ Für den Bereich des Körperbildes existieren eine Reihe von apparativen Verfahren, mit denen verschiedene Dimensionen der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Körpers untersucht werden, wie z.B. die Genauigkeit der Einschätzung eigener Körpermaße (site-estimation-accuracy) (vgl. zusammenfassend Cash & Brown, 1987; Slade & Russell, 1973). Ein weiterer interessanter Aspekt wäre die Qualität und Differenziertheit der Wahrnehmung des eigenen Körpers gewesen. Es konnten hierzu aber keine geeigneten Fragebogen-Verfahren gefunden werden, und beim Versuch der Entwicklung eines eigenen Fragebogens im Vorfeld der Untersuchung tauchten vielfältige Probleme und Fragen auf. Zur Einschätzung einer allgemeinen Zufriedenheit mit den Körperformen wurde außerdem die 'Body Image Assessment Procedure' in Erwägung gezogen (Fallon & Rozin, 1985; Keeton, Cash & Brown, 1990; Thompson et al., 1990).

10.3 Spezifische Eßstörungenproblematik

Im Bereich der Eßstörungen gab es in der letzten Zeit eine Entwicklung hin zu einem Verständnis insbesondere von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa als Störungen mit vielfältigen Bedingungen und Dimensionen, in denen die Symptommuster nur der letztendliche Ausdruck einer Vielzahl von unterschiedlichen Entwicklungen sind. Biologische, psychologische, familiäre und soziokulturelle Faktoren sind alle für die Entwicklung von Eßstörungen relevant, obwohl die Bedeutung jedes einzelnen Faktors in der heterogenen Patientenpopulation stark variieren kann. Auch wenn die Eßstörungen aus verschiedenen theoretischen Perspektiven heraus beschrieben werden, gibt es bemerkenswerte Überschneidungen in bezug auf die charakteristischen klinischen Themen (Garner, 1990). Eine ganze Reihe dieser Themen findet sich in den in dieser Arbeit verwendeten Subskalen aus ANIS und EDI-2 wieder: "Figurbewußtsein", "Gefühl der Überforderung", "Drive for Thinness", "Bulimia", "Body Dissatisfaction", "Interoceptive Awareness", "Maturity Fears", "Asceticism", "Impulse Regulation" und "Social Insecurity".

Wirkungen des Feldenkrais-Kurses konnten bei folgenden Aspekten festgestellt werden: Im Bereich des 'Gefühls der Überforderung' (ANIS Subskala 2) zeigen sich Verbesserungen in bezug auf Gefühle der Hilflosigkeit gegenüber äußeren Anforderungen, der inneren Leere, der Unruhe und der Minderwertigkeit. Das Gefühl der Ineffektivität ist typisch für alle Eßstörungen (Bruch, 1973) und das Ergebnis weist darauf hin, daß durch die Entwicklung des Körpergefühls auch das Selbstgefühl und Selbstvertrauen gefördert wird und damit die Fähigkeit, konstruktiv mit äußeren Anforderungen umzugehen.

Eine überraschende Verbesserung der Feldenkrais-Gruppe zeigt sich bei der EDI-Subskala 'Maturity Fears', bei der der Wunsch erfaßt wird, in die Sicherheit der frühen Kindheit zurückzukehren. Dies scheint eine Grundannahme der Feldenkrais-Theorie - wie sie in 'Body and Mature Behaviour' (1949) formuliert ist - zu bestätigen, daß durch die Bewegungslektionen, die ja als roten Faden die Bewegungsentwicklung des Kindes haben, eine Art Reifungs- oder Nachreifungsprozeß auf der körperlichen Ebene und damit der ganzen Persönlichkeit bewirkt wird.

Ein weiteres (hoch-)signifikantes Ergebnis zeigt sich bei der EDI-Subskala 'Bulimia'. Hier geht für die Experimental- und die Kontrollgruppe die Tendenz zurück, an unkontrollierte Eßanfälle zu denken oder diese auszuführen. Beide Gruppen verbessern sich dabei in exakt dem gleichen Ausmaß, was den Schluß nahelegt, daß der Feldenkrais-Kurs hier keine zusätzliche Wirkung zeigt, aber das Standardtherapieprogramm der Klinik in diesem Bereich äußerst wirksam ist. Das sehr

unterschiedliche Ausgangsniveau beider Gruppen bei MZP 1 zeigt die schwerere Beeinträchtigung der Feldenkrais-Gruppe, zugleich kann aus diesem Grund dieses Ergebnis nur sehr vorsichtig interpretiert werden.

Aufgrund der Verbesserungen mit den typischen Problemzonen bei der 'Zufriedenheit mit dem eigenen Körper' (vgl. Kap. 10.1) würde man ein signifikantes Ergebnis auch in der EDI-Subskala 'Body Dissatisfaction' erwarten, die ebenfalls die Unzufriedenheit mit jenen Problemzonen (Bauch, Hüfte, Oberschenkel, Gesäß, allgemeine Körperformen) mißt. Bei Betrachtung der Mittelwerte sieht man nun auch eine Abnahme der Unzufriedenheit der Feldenkrais-Gruppe (und zugleich eine Zunahme der Unzufriedenheit der Kontrollgruppe) in diesem Bereich.

In den weiteren Subskalen "Figurbewußtsein" (ANIS) sowie "Drive for Thinness", "Interoceptive Awareness", "Asceticism" und "Social Insecurity" (EDI) konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden.

10.4 Offene Fragen

Mit den fünf offenen Fragen sollte die persönliche Meinung der Teilnehmer in bezug auf den Feldenkrais-Kurs erfaßt werden. Diese Fragen wurden sehr kurzfristig formuliert und durch die Antworten zeigte sich, daß die Fragen 1-4 sehr ähnliche Bereiche ansprechen und nur wenig differenzieren. So geht es immer um verschiedene Aspekte von Erfahrungen und Veränderungen durch die Stunden.

Im Hinblick auf das Fazit und bedeutsame Erfahrungen (Frage 1 und 2) wurde vor allem die bewußte Wahrnehmung des eigenen Körpers, von Körperfunktionen und Teilen des Körpers (11 Nennungen) sowie Entspannung, angenehmes Körperempfinden und die Erfahrung der Ruhe angegeben (11 Nennungen, Mehrfachnennungen waren möglich).

Bei den allgemeinen Veränderungen (Frage 3) wurde wiederum das bewußtere Spüren des Körpers (4 Nennungen) sowie Entspannung und Ruhe (3 Nennungen) und bewußtere Atmung (3 Nennungen) am häufigsten angegeben.

Hinsichtlich einer Veränderung der Körperwahrnehmung durch die Stunden (Frage 4) gaben wiederum elf Personen eine bewußtere Wahrnehmung des eigenen Körpers an, was die Nennungen bezüglich der ersten drei Fragen bestätigt.

Die Feldenkrais-Methode arbeitet insbesondere mit gelenkter Aufmerksamkeit und dem Erspüren des Körpers in Ruhe und Bewegung, um eine bewußtere Wahrnehmung zu erreichen (Feldenkrais, 1978). Die achtsam ausgeführten Bewegungen können dabei einen erhöhten Muskeltonus in erstaunlichem Maß senken, wodurch sich die entspannende und beruhigende Wirkung ergibt (Feldenkrais, 1988a). Die Nennungen scheinen die Wirksamkeit dieser Vorgehensweise zu bestätigen.

Bei der Frage 5 (Wert der Stunden für Gesundheit und allgemeine Befindlichkeit) gaben 12 der 15 Teilnehmer eine positive Einschätzung. Die Kursteilnehmer fühlen sich gesünder dadurch, daß sie bewußter auf ihren Körper achten sowie gedanklich und körperlich viel gelöster und entspannter (z.B. auch in bezug auf die ständig aufgebaute Spannung bei der Bulimie). Dieses Ergebnis bestätigt die deutliche Verbesserung bei dem Item 'Gesundheit' aus dem Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (vgl. 10.1) und weist auf das Potential der Feldenkrais-Methode bei der Therapie psychosomatischer Erkrankungen hin. Zudem kann die subjektive positive Einschätzung der eigenen Gesundheit ein starker therapiefördernder und -motivierender Faktor sein.

10.5 Interviews

Neben den allgemeinen Tendenzen, die mit Hilfe von Fragebogenverfahren deutlich werden sollten, erschienen Interviews als besonders geeignet, um spezifische Wirkungen und das subjektive Erleben der Kursteilnehmer zu erfassen. Aufgrund der Tatsache, daß zum Bereich 'Feldenkrais und Eßstörungen' kaum Untersuchungen vorliegen, sind qualitative Verfahren bei der Erforschung der Wirkungen des ganzheitlichen Ansatzes einer 'Bewegungserziehung zur Verbindung von Körper und Geist' (Feldenkrais, 1988a) wohl am ehesten angemessen. Der Leitfaden wurde dabei kurz gehalten, so daß die Interviewpartner ihr Erleben erzählend darstellen konnten. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie könnte für weitere Untersuchungen in diesem Bereich ein ausführlicherer und differenzierterer Leitfaden entwickelt werden.

Die Kategorie 1 faßt über die Übungsstunden hinausgehende Veränderungen der Körperwahrnehmung zusammen. Interessant ist dabei insbesondere, wie sich ein Entwicklungsprozeß zur Vervollständigung des Körperbildes sowie zur Bewußtwerdung der eigenen Atmung andeutet. Die Nennungen bestätigen dabei die Ergebnisse der offenen Fragen 1-3.

Die Nennungen der Kategorie 2 (Häufigkeit 20) beziehen sich auf spezifische kinästhetische Erfahrungen während der Stunden. Dies läßt sich aus der Vorgehensweise der Feldenkrais-Methode erklären, bei der die Entwicklung des kinästhetischen Sinnes (der Wahrnehmung von Stellung der Gliedmaßen im Raum sowie des Spannungszustandes der Muskulatur) besonders gefördert wird (vgl. Juhan, 1992). Hier beeindruckten Interviewpassagen, in denen alle Glieder als einzeln daliegend empfunden wurden, was wiederum auf Bewußtwerdung des Körperbildes hinweist

(Feldenkrais, 1978). Interessant insbesondere für Eßstörungen sind methodenspezifische Empfindungen von Schwere und Leichtigkeit oder von Unterschieden der Körperhälften (Feldenkrais, 1988a).

Die Aussagen der Kategorie 3 betonen die entspannende und beruhigende Wirkung der Stunden. Dies bestätigt die Nennungen bei den offenen Fragen 1-3 in bezug auf Entspannung und Ruhe. Hier deutet sich die Nützlichkeit von Feldenkrais-Übungen an, um die Hyperaktivität, innere Spannung und Unruhe, die häufig insbesondere von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erlebt wird (Bruch, 1973) - und oft nur über Essen (und Erbrechen) abgebaut werden kann - auszugleichen und zu beruhigen (Feldenkrais, 1988a).

Im Unterschied zu den entspannenden und beruhigenden Wirkungen, die in Kategorie 3 genannt werden, und die vermutlich auch als angenehm empfunden wurden, sprechen die Aussagen der Kategorie 4 explizit angenehme Empfindungen an. Insbesondere wird die zwanglose Atmosphäre erwähnt, die zu den grundlegenden Prinzipien der pädagogischen Haltung in der Feldenkrais-Methode zählt (Feldenkrais, 1988a). Dabei wird Leistungsdruck oder Teilnahmepflicht abgelehnt. Dagegen soll eine lockere, freie und anregende Lernatmosphäre geschaffen werden, die das Interesse an der Entwicklung der eigenen Bewußtheit fördert (Feldenkrais, 1987a). Für Eßstörungspatienten, die im allgemeinen ihren Körper ablehnen (Bruch, 1973; Selvini Palazzoli, 1982), scheint diese Art von strukturbildender, sanfter Körper- und Bewegungstherapie besonders geeignet. Im Unterschied zu anderen Verfahren wie z.B. der Bioenergetik (Lowen, 1988), bei denen Grenzen überschritten und 'Panzerungen durchbrochen' werden, sollen hier die eigenen Grenzen gerade geachtet werden, wodurch der Widerstand umgangen wird (Feldenkrais, 1990).

Von acht Kursteilnehmern wurden tranceähnliche Zustände berichtet (Kategorie 5). Dies weist auf die Parallelen der Feldenkrais-Methode zum hypnotherapeutischen Ansatz von M. Erickson hin (Reese, 1985). Die Art und Weise des Sprechens bei der Anleitung von Gruppenstunden (z.B. Rhythmus, Stimmführung, spezifische Hinweise), in Verbindung mit den aufmerksam ausgeführten Bewegungen scheinen dazu geeignet zu sein, einen Zustand tiefer Entspannung und Aufnahmebereitschaft herbeizuführen. Dies könnte für störungsspezifische hypnotherapeutische Interventionen genutzt werden.

Die Aussagen zur Veränderung der Eßstörungsproblematik (Kategorie 6) sind von besonderem Interesse.

Die Zitate zeigen, daß durch die Feldenkrais-Stunden eine übermäßige Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht abnehmen kann. Aufgrund der gelenkten Aufmerksamkeit haben die Übungen allgemein den Charakter einer Bewegungsmeditation, wobei sich durch die Konzentration und gleichzeitige Entspannung der Kreislauf eines zwanghaften Denkens auflösen kann (Feldenkrais, 1989).

Indem sich außerdem zugleich ein verzerrtes Körperbild normalisiert und der Körper realistischer wahrgenommen wird, wird diesen Gedanken gleichsam die Basis entzogen. Dies kann sich dann ganz konkret in Veränderungen des Eßverhaltens (hier z.B.: Aufhören des selbstinduzierten Erbrechens) auswirken.

Durch die Entwicklung der Körperbewußtheit und einer Regulierung des Muskeltonus werden auch wieder vermehrt innere Reize wahrgenommen, wie Magenknurren, Hunger oder Sättigkeit. Die Förderung der Wahrnehmung interozeptiver Reize ist ein wesentliches Ziel bei der Therapie von Eßstörungen und trägt zu einer Normalisierung des Eßverhaltens bei.

Die Aussagen deuten auch darauf hin, daß die Patienten in diesen Stunden lernen, sich zu entspannen und in sich hineinzuhorchen. So können, anstatt zu "essen, um sich auszuschalten", alternative Verhaltensweisen entdeckt und erprobt werden.

Interessante Hinweise ergaben sich auch darauf, ob die Stunden vor oder nach dem Mittagessen stattfanden. Hier wurde einerseits genannt, daß in der Stunde vor dem Essen sich die Einstellung zum anschließenden Essen oder das Körperbild veränderte, andererseits konnte sich eine Patientin in der Stunde nach dem Essen "einfach nicht aufs Brechen konzentrieren" (vgl. S. 91, in der vorliegenden Arbeit). Dies gibt Hinweise auf eine bewußte Berücksichtigung der Essenszeiten bei der zeitlichen Einteilung von Feldenkrais-Gruppen im Klinikablauf.

Die Aussagen der Kategorie 7 berichten von emotionalen Erfahrungen während der Stunden. Es zeigt sich, daß durch die Bewußtmachung von Bewegungs-, Haltungs- und Atemmustern auch emotionale Muster berührt werden, was in den verschiedenen Körpertherapien auf unterschiedliche Weise genutzt wird (vgl. Petzold, 1988, 1992). Dies geschieht auch und insbesondere bei der Arbeit mit dem Atem (Grof, 1987; Middendorf, 1992). Drei der neun Kursstunden waren solche Atemlektionen, bei denen bei manchen Teilnehmern Gefühlsinhalte auftauchten. Hier wurde zudem der Wunsch nach Gehaltenwerden, Nähe und Geborgenheit geäußert.

Ein charakteristisches Merkmal insbesondere für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist ein übertriebener Perfektionismus (Karren, 1986). Eine Teilnehmerin schildert hier, daß sie die Atmosphäre des Nicht-perfekt-sein-müssens genossen hat. Zur pädagogischen Grundhaltung in der Feldenkrais-Methode gehört, daß es nicht um das

Erreichen eines bestimmten Ziels geht (z.B. bei einer Bewegung), sondern um die Qualität des Weges dahin. Diese innere Haltung, alles etwas weniger gut zu machen, die in den Stunden vermittelt wurde, kann dabei einen übermäßigen Leistungsanspruch abschwächen, wodurch allgemein der Prozeß des Lernens gefördert wird (Feldenkrais, 1987a, 1988a).

Ein weiterer Aspekt in dieser Kategorie waren existentielle Erfahrungen. Ausgehend von der funktionellen Einheit von Psyche und Soma verwandeln sich durch die Änderung von körperlichen Mustern auch andere Aspekte der Person. So können sich Veränderungen im mentalen, spirituellen und emotionalen Bereich ergeben, wie z.B. Erfahrungen von Identität und Autonomie. Die Nennungen von Erfahrungen wie "...überhaupt mittendrin zu stehen...", oder "...einfach Platz einzunehmen, also meinen Platz mir zu suchen...", scheinen diese Vermutung zu bestätigen.

In bezug auf 'weitere Wirkungen' werden in Kategorie 8 Verbesserungen bei Einschlafstörungen sowie bei Zähneknirschen genannt. Letzteres ist im Diagnoseschlüssel des ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) unter 'andere somatoforme Störungen' eingeteilt. Dies läßt wiederum den entspannenden und den Muskeltonus regulierenden Effekt der Stunden erkennen (vgl. Kategorie 3 'Entspannende und beruhigende Wirkung').

Die Äußerungen der Kategorie 9 'Probleme während der Stunden' zeigen, daß nicht selten Schwindelgefühle oder Übelkeit während (oder nach) einer Stunde auftreten können sowie verschiedene andere Schwierigkeiten, wie sie typisch für Körperarbeit sind. Hier ist besonders wichtig, daß der Kursleiter diese Probleme wahrnimmt oder in Feedbackrunden erfragt und spezifische Einschränkungen mancher Teilnehmer berücksichtigt (Yalom, 1989). Ein weiteres Grundprinzip der Feldenkrais-Methode, das in diesem Bezug elementare Bedeutung erhält, ist dabei, die Teilnehmer nicht zu überfordern, sondern Schwierigkeitsgrad, Dauer und Rhythmus einer Bewegungslektion den Möglichkeiten einer Gruppe anzupassen, um so das Interesse an den Stunden zu fördern und zu erhalten und eine optimale Wirkung erzielen zu können (Feldenkrais, 1988a).

'Störungen von außen' (Kategorie 10), also z.B. aufgrund spezifischer Einschränkungen von Gruppenmitgliedern sind möglichst gering zu halten, indem auf diese Teilnehmer besonders geachtet und Rücksicht genommen wird. Zudem kann es nötig sein, derartige Probleme (wie z.B. laute Atemgeräusche) in der Gruppe anzusprechen, wenn der Verlauf einer Stunde beeinträchtigt wird oder sich manche Kursteilnehmer stark gestört fühlen (Yalom, 1989). Empfehlenswert wäre außerdem eine Gruppengröße von etwa

zwölf Personen, da dies ein optimales Eingehen auf spezifische Bedürfnisse ermöglicht. Förderlich sind zudem ruhige, helle und angenehme Räume, wie sie in der Klinik Roseneck vorhanden waren.

In der Kategorie 11 beklagten sich vier Teilnehmer über eine spezielle Lektion, die ihnen schwerfiel oder unangenehm war. Diese Stunde ist nach eigener Einschätzung des Kursleiters eher mäßig gelungen und beinhaltet zudem Bewegungselemente, die geeignet sind, eine Abwehr hervorzurufen. Auf diese Lektion sollte vielleicht deshalb in einer eventuellen Weiterentwicklung des Kursprogramms verzichtet werden.

Die Aussagen der Kategorie 12 berichten von Schwierigkeiten, einen Zugang zu dieser Art von Körperarbeit zu finden. Dies deutet darauf hin, daß es wichtig ist, Anfangsschwierigkeiten und spezifische Widerstände (z.B. bei bestimmten Bewegungen) zu berücksichtigen. So ist die Ablehnung und der Widerwillen sich mit dem eigenen Körper zu befassen, gerade für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa charakteristisch. Ein Grundprinzip der Feldenkrais-Methode ist hier, auf jeden Fall eine freizügige, spielerische und lockere Atmosphäre zu schaffen, Überforderung gerade in den ersten Stunden zu vermeiden und Interesse und Motivation der Teilnehmer anzuregen (Feldenkrais, 1987a, 1988a). Die Umsetzung dieses Prinzips hängt dabei vor allem von der Erfahrung und vom Geschick des Kursleiters und natürlich der Schwere der Symptomatik der Patienten ab.

Die Nennungen der Kategorie 13 zeigen, daß wichtige Prinzipien oder bestimmte Elemente von Übungen von manchen Teilnehmern bereits während des Kurses in den Alltag übernommen wurden. Denkbar wäre hier, einzelne oder alle Lektionen auf Band aufzunehmen und diese den Teilnehmern zur Verfügung zu stellen, wenn sie sie selbständig wiederholen möchten.

Aus den Äußerungen der Kategorie 14 geht das Interesse von acht der 15 Teilnehmer an einer Weiterführung des Kurses in der Klinik oder einer weiteren Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode hervor. Bei längerer Kursdauer werden stärkere Veränderungen für möglich gehalten. Ein Kurs mit etwa neun Terminen kann dabei einen Entwicklungsprozeß anregen, der in einer Fortführung vertieft werden könnte. Auch die Verfügbarkeit geeigneter Literatur (z.B. Transkripte von Übungen) und Kassettenprogrammen könnte hier förderlich sein.

10.6 Zusammenfassung und Ausblick

In einem Überblick über die Ergebnisse der Fragebögen zeigen sich Verbesserungen in der Zufriedenheit mit spezifischen Problemzonen und der eigenen Gesundheit sowie der Akzeptanz und Vertrautheit mit dem eigenen Körper. Weiter ergibt sich eine Zunahme von spontanem, offenem und selbstsicherem Verhalten, die Abnahme eines Gefühls der Hilflosigkeit sowie des Wunsches, in die Sicherheit der frühen Kindheit zurückzukehren, was auf die Entwicklung von Selbstgefühl, Selbstvertrauen und einen allgemeinen Reifungsprozeß der ganzen Persönlichkeit hinweist.

Ein Überblick über die Antworten auf die offenen Fragen und Interviews deutet auf die Förderung der Körperbewußtheit, Klärung des Körperbildes und die entspannende und angenehme Wirkung der Stunden hin. Es wurden Tranceerfahrungen und emotionale Erlebnisse berichtet und sieben Teilnehmer gaben Veränderungen in bezug auf ihre Eßstörungenproblematik an. Fünf Personen hatten Schwierigkeiten mit dieser Art der Körperarbeit und es gab auch verschiedene Probleme wie Übelkeit, Schwindelgefühle oder Störungen durch andere Kursteilnehmer. Es wurde von einer Integration von Übungselementen in den Alltag berichtet und acht Personen bekundeten ihr Interesse an weiterer Beschäftigung mit der Feldenkrais-Methode.

Die quantitativen Ergebnisse einer Studie mit einer relativ kleinen Stichprobe sind insbesondere interessant, um Hinweise auf allgemeine Wirkungen in den verschiedenen Bereichen zu geben. Eine Verbindung mit qualitativen Verfahren, die den ganzheitlichen Ansatz der Feldenkrais-Methode berücksichtigen, erscheint dabei fruchtbar und vorteilhaft, um spezifische Wirkungen zu erkennen. Für weitere Forschung könnten hier wiederum Interviews, Einzelfallanalysen und weitere qualitative Verfahren, wie z.B. eine Serie von Körperzeichnungen¹¹ oder die Anfertigung von Knetfiguren¹², von Interesse sein.

Da die Stichprobe aus verschiedenen Formen von Eßstörungen bestand, war die Anzahl von Teilnehmern der einzelnen Störungsformen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa,

¹¹Die Anweisung gebräuchlicher Zeichentests lautet dabei meist "Zeichnen Sie eine Person", oder ähnlich (Abraham, 1978). Machover (1949) versteht diese 'Draw-A-Person'-Technik als ein projektives Verfahren der Persönlichkeitsdiagnostik. Frühe Anwendungen finden sich im Goodenough-Harris Draw-A-Man-Test, wobei die Zeichnungen hier vor allem als Maß der intellektuellen Entwicklung von Kindern genützt wurden (Harris, 1963).

¹² Die Modellierung von Knetfiguren als Verfahren zur Untersuchung von Veränderungen des Körperbildes während eines methodenspezifischen Lernprozesses findet in der Eutonie (Alexander, 1976), einer der Feldenkrais-Methode verwandten Bewegungsmethode, Verwendung. Die Modellierung von Knetfiguren vor und nach einem Feldenkrais-Kurs oder vor und nach einer Stunde erscheint reizvoll und interessant - auch die räumliche Komponente des Körperbilds wird erfaßt - , aber auch sehr aufwendig durchzuführen und schwierig auszuwerten.

Adipositas) zu gering, um diese Untergruppen statistisch auswerten zu können. Hier wäre die Untersuchung der Wirkungen bei den einzelnen Eßstörungen von Interesse.

Außerdem wäre ein Vergleich der Feldenkrais-Methode mit anderen Verfahren aufschlußreich.

Aufgrund der Erfahrungen dieser Studie könnte das zur Anwendung gekommene Kursprogramm weiterentwickelt und optimiert werden. Verschiedene Elemente wie das Berühren und Ertasten des eigenen Körpers, das Gefühl für den inneren und äußeren Raum und die Körpergrenzen entwickeln, die Arbeit mit Lippen, Zunge und Mundraum, hypnotherapeutische Hinweise in bezug auf das Eßverhalten sowie die Arbeit mit der Verbindung von Atem, Haltung und Gefühlsmustern scheinen dazu geeignet.

Denkbar wäre auch das Anbieten von weiterführenden Vertiefungskursen im stationären Rahmen, eventuell in Verbindung mit Feldenkrais-Einzelbehandlungen sowie die Durchführung von Feldenkrais-Kursen im Rahmen von Selbsthilfegruppen.

Erfahrungen, die die Patienten während eines Kurses machen, könnten - im Rahmen eines stationären Aufenthaltes - auch für eine weiterführende therapeutische Arbeit in der Einzel- und Gruppentherapie genutzt werden. Hierzu wäre eine enge Kooperation mit den Bezugstherapeuten der Patienten nötig, wie sie durch Teamsitzungen gegeben ist. Insbesondere emotionale Erlebnisse und Tranceerfahrungen sowie Veränderungen in Körperwahrnehmung und Eßverhalten könnten für den Fortschritt des individuellen Therapieprogramms genutzt werden.

Aufgrund der behutsamen und strukturbildenden Vorgehensweise und der Entwicklung von Körperbewußtheit und Selbstgefühl und den daraus folgenden Wirkungen kann die Feldenkrais-Gruppenmethode 'Bewußtheit durch Bewegung' als ein wertvoller Bestandteil eines stationären Therapieprogramms bei Eßstörungen bezeichnet werden.

11. Literaturverzeichnis

- Abraham, A. (1978). *Der Mensch-Test: Zeichentest von Machover*. München: Reinhardt.
- Alexander, G. (1976). *Eutonie, ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung*. München: Kösel.
- Alexander, F. M. (1988). *Der Gebrauch des Selbst*. München: Kösel.
- Apel, D. (1992). Stimme und Feldenkrais. In ZIST (Hrsg.), *ZIST-Programm, 1. Halbjahr 1992* (S. 26). München: o. V.
- Ayres, A. J. (1984). *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin: Springer.
- Bach-y-Rita, E. (1981). New Pathways in the Recovery from Brain Injury. Part 1. *Somatics*, 3 (2), 26-34.
- Bach-y-Rita, E. (1981). New Pathways in the Recovery from Brain Injury. Part 2. *Somatics*, 3 (3), 38-46.
- Berscheid, E., Walster, E. & Bohrnstedt, G. (1973). The Happy American Body: A Survey Report. *Psychology Today*, 11, 119-127.
- Bielefeld, J. (1986). Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung* (S. 3-33). Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, A. G., & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bost, H. (1991). Die Feldenkrais-Methode und ihre Anwendung bei MS-Erkrankten. *Krankengymnastik*, 43 (3), 238-241.
- Bräutigam, W. & Christian, P. (1981). *Psychosomatische Medizin: Ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Studenten und Ärzte*. Stuttgart: Thieme.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Brunner, E. (1987). Klinik Roseneck. Die stationäre Behandlung von Eßstörungen. In P. Mader & B. Ness (Hrsg.), *Bewältigung gestörten Eßverhaltens* (S. 93-97). Hamburg: Neuland.

- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1991, in Vorbereitung). *Handbuch der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD)*, 10.Revision (in Vorbereitung).
- Bureau of Applied Social Research (1969). Das qualitative Interview. In R. König (Hrsg.), *Das Interview. Formen, Technik, Auswertung. Praktische Sozialforschung, Bd.1* (S. 143-160). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Cash, T. F. & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behaviour modification*, 11, 487-521.
- Chester, J. B. (1982). Functional Integration - Treat or Treatment: Clinical Observations. *Somatics*, 3 (4), 47-48.
- Cubley, S. (1976). Feldenkrais and Yoga. *Yoga Journal*, 76 (10), 40-43.
- Deutsche Feldenkrais-Gilde e.V. (Hrsg.). (1992). *Adressenverzeichnis der Mitglieder*. München: o.V.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Erickson, M. & Rossi, E. (1981). *Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Fallon, A. E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105.
- Fechner, G. T. (1964). *Elemente der Psychophysik, Bd. 2*. Amsterdam: Bonset.
- Feldenkrais, M. (1941). *Practical Unarmed Combat*. London: Frederick Warne & Co.
- Feldenkrais, M. (1944). *Judo. The Art of Defense and Attack*. London: Frederick Warne & Co.
- Feldenkrais, M. (1949). *Body and Mature Behaviour*. London: Routledge and Kegan Paul, Ltd.
- Feldenkrais, M. (1952). *Higher Judo*. London: Frederick Warne & Co.
- Feldenkrais, M. (1978). *Bewußtheit durch Bewegung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Feldenkrais, M. (1981). *Abenteuer im Dschungel des Gehirns. Der Fall Doris*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Feldenkrais, M. (1987a). *Die Entdeckung des Selbstverständlichen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Feldenkrais, M. (1987b). *Körperausdruck. Bibliothek der Feldenkrais-Gilde e.V., 1*. München: o. V.

- Feldenkrais, M. (1988a). Bewegungserziehung zur Verbindung von Körper und Geist. In H. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik* (S. 176-194). Paderborn: Junfermann.
- Feldenkrais, M. (1988b). Der Mensch und die Welt. *Bibliothek der Feldenkrais-Gilde e.V.*, 2, 1-10. München: o. V.
- Feldenkrais, M. (1988c). Über die Gesundheit. *Bibliothek der Feldenkrais-Gilde e.V.*, 2, 18-23. München: o. V.
- Feldenkrais, M. (1989). *Das starke Selbst. Anleitung zur Spontaneität*. Frankfurt: Insel.
- Feldenkrais, M. (1990). *Die Feldenkrais-Methode in Aktion. Eine ganzheitliche Bewegungslehre*. Paderborn: Junfermann.
- Fichter, M. M. & Keeser, W. (1980). Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 228, 67-89.
- Fichter, M. (1989). Psychologische Therapie bei Bulimia nervosa. In M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa* (S. 230-247). Stuttgart: Enke Verlag.
- Frank, R., Vaitl, D. & Walter, B. (1990). Zur Diagnostik körperlichen Wohlbefindens. *Diagnostica*, 36, 33-37.
- Frydman, M. & Frydman, P. (1982). Repercussions psychologiques et physiologiques d'un entraînement a la prise de conscience du corps. *Revue de psychologie appliquée*, 32, 69-93.
- Garner, D. M. (1990). *Eating Disorder Inventory-2, Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1989). *Magersucht. Anstöße für eine Krankheitsbewältigung*. Stuttgart: TRIAS - Thieme, Hippokrates, Enke.
- Ginsburg, C. (1986). The Shake-A-Leg Body Awareness Training Program. *Somatics*, 5 (4), 31-42.
- Grof, S. (1987). *Das Abenteuer der Selbstentdeckung*. München: Kösel.
- Großklaus, R. (1990). Definition, Klassifikation und Prävalenz des Übergewichts. *Ernährungs-Umschau*, 37 (3), 275-282.
- Gutman, G. M., Herbert, C. P. & Brown, S. R. (1977). Feldenkrais versus conventional exercises for the elderly. *Journal of Gerontology*, 32 (5), 562-572.
- Hanna, T. (1980). A Survey of the Long-Range Effects of Functional Integration. *Somatics*, 2 (4), 32-35.
- Hanna, T. (1984). The Silent Heritage. *Somatics*, 5 (1), 22-30.

- Hanna, T. (1990). *Beweglich sein - ein Leben lang*. München: Kösel.
- Harris, D. B. (1963). *Children's Drawings as Measures of Intellectual Maturity. A Revision and Extension of the Goodenough Draw-a-Man Test*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Heggie, J. (1980). Awareness through movement and skiing. *Somatics*, 2 (4), 46-47.
- Heggie, J. (1992). *Besser laufen. Das 30-Tage-Programm*. Hamburg: Rowohlt.
- Hellinger, A. S. (1992). *Grenzen des Gewissens. Vortrag auf Audiokassette*. München: ZIST.
- Hutchinson, M. G. (1985). *Transforming Body Image*. Californien 95019: The Crossing Press/Freedom.
- Juhan, D. (1992). *Körperarbeit. Die Soma-Psyche-Verbindung. Ein Lehrbuch*. München: Knaur.
- Karren, U. (1990). *Die Psychologie der Magersucht*. Bern: Huber.
- Keeton, W. P., Cash, T. F. & Brown, T. A. (1990). Body image or body images? Comparative, multidimensional assessment among college students. *Journal of Personality Assessment*, 54, 213-230.
- Kraiker, C. & Peter, B. (1991). (Hrsg.). *Psychotherapieführer: Wege zur seelischen Gesundheit*. München: Beck.
- Leigh, W. S. (1989). *A Zen Approach to Bodytherapy. From Rolf to Feldenkrais to Tanouye Roshi*. Vancouver: Water Margin Press.
- Leri, D. (1986). Moshe on Moshe on the Martial Arts. *Feldenkrais Journal*, 2, 12-26.
- Linklater, K. (1972). The body training of Moshe Feldenkrais. *Drama review*, 16, 23-27.
- Lowen, A. (1988). *Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Hamburg: Rowohlt.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Illinois: Bannerston House.
- Mader, P. (1986). *Gestörtes Eßverhalten: Adipositas - Bulimia nervosa - Anorexia nervosa - latente Adipositas*. Hamburg: Neuland.
- Mayring, P. (1990). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Masters, R. & Houston, J. (1983). *Bewußtseinsweiterung über Körper und Geist*. München: Kösel.

- McNeely, D. A. (1992). *Berührung. Die Geschichte des Körpers in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Meermann, R. (1981). Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa in der heutigen wissenschaftlichen Diskussion. In R. Meerman (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung* (S. 3-14). Stuttgart: Enke.
- Middendorf, I. (1992). Atem - und seine Bedeutung für die Entwicklung und das Heilsein des Menschen. In H. Petzold (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien* (S. 224-239). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Milz, H. (1985). *Die ganzheitliche Medizin: neue Wege zur Gesundheit*. Königstein/Ts: Athenäum.
- Milz, H. (1992). *Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen Umgang mit sich selbst*. München: Artemis & Winkler.
- Myers, M. (1980). Moshe Feldenkrais's awareness through movement. *Dance magazine*, 54, 136-140.
- Nuntzinger, D. & de Zwaan, M. (1989). Verhaltenstherapie bei Bulimia: Rückblick und Ausblick anhand der bisherigen Forschung. In M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa* (S. 248-261). Stuttgart: Enke.
- Paul, T. (1987). Bulimia Nervosa. Klinische Beschreibung, Erklärungsansätze und therapeutische Möglichkeiten. In P. Mader & B. Ness (Hrsg.), *Bewältigung gestörten Eßverhaltens* (S. 79-91). Hamburg: Neuland.
- Paul, T. & Pudiel, V. (1985). Bulimia nervosa: Suchtartiges Eßverhalten als Folge von Diätabusus? *Ernährungsumschau*, 32 (3), 74-79.
- Paulus, P. (1982). *Zur Erfahrung des eigenen Körpers*. Weinheim: Beltz.
- Petzold, H. (1985). Die "nonverbalen" Therapieverfahren. In W. Toman & R. Egg (Hrsg.), *Psychotherapie* (S. 100-123). Stuttgart: Enke.
- Petzold, H. (Hrsg.). (1988). *Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psychophysischer Bewegungs- und Körpertherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1992). Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien* (S. 240-253). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Pschyrembel, W. (1990). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Pruzinsky, T. (1990). Somatopsychic Approaches to Psychotherapy and Personal Growth. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body Images* (S. 296-315). New York: Guilford Press.

- Pudel, V. (1978). *Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas. Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten*. Berlin: Springer.
- Pudel, V. (1987). Induziert Reduktionsdiät das "Störmuster" im Eßverhalten des Adipösen? Versuch einer Re-Formulierung einer verhaltenstherapeutischen Hypothese anhand empirischer Befunde. In W. Gerber, W. Miltner & K. Mayer (Hrsg.), *Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Perspektiven interdisziplinärer Forschung* (S. 226-243). Weinheim: VCH.
- Reese, M. (1985). Moshe Feldenkrais' work with movement: a parallel approach to Milton Erickson's hypnotherapy. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian psychotherapy, 1* (S. 410-427). New York: Brunner/Mazel.
- Reese, M. (1991a). Moshe Feldenkrais' Arbeit mit Bewegung, Milton Ericksons Hypnotherapie. Parallelen, Teil 2. *Bibliothek der Feldenkrais - Gilde e.V.*, 7. München: o. V.
- Reese, M. (1991b). *A bibliography of the Feldenkrais-Method*. München: Feldenkrais-Gilde e.V.
- Reich, W. (1970). *Charakteranalyse*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Reich, W. (1972). *Die Entdeckung des Orgons / Die Funktion des Orgasmus*. Frankfurt: Fischer.
- Rief, W., Stock, C. & Fichter, M. M. (1991). Das Anti-Diät-Programm als integrativer Therapiebaustein bei anorektischen, bulimischen und adipösen Patienten. *Verhaltenstherapie, 1*, 47-54.
- Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Rosen, J. C. (1990). Body-Image Disturbances in Eating Disorders. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body Images* (S. 190-214). New York: Guilford Press.
- Rosenholtz, S. (1991). *Move like the animals*. San Mateo, CA 94401: Rosewood Publishing Co., c/o ABA Physikal Therapy Associates.
- Rywerant, Y. (1981). The Problem of Pain Produced by Faulty Functioning. *Somatics, 3* (2), 45-48.
- Schubö, W., Uehlinger, H. M., Perleth, Ch., Svöger, E. & Sierwald, W. (1991). *SPSSX. Handbuch der Programmversion 4.0 und SPSS-X 3.0*. Stuttgart: Fischer.
- Secord, P. F. & Jourard, S. M. (1953). The Appraisal of Body-Cathexis: Body-Cathexis and the Self. *Journal of Consulting Psychology, 17*, 343-347.
- Selvini Palazzoli, M. (1982). *Magersucht*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Shelhav-Silberbush, C. (1987). *The Feldenkrais-Method for Children with Cerebral palsy*. Berkeley: Advanced Seminars.
- Slade, P. D. & Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 3, 188-199.
- Stark, A., Aronow, S. & McGeehan, T. (1989). Dance/movement therapy with bulimic patients. In L. M. Hornyak & E. K. Baker (Hrsg.), *Experiential therapy for eating disorders* (S. 121-143). New York: Guilford Press.
- Stiftung Warentest. (Hrsg.). (1992). *Die andere Medizin. Nutzen und Risiken sanfter Heilmethoden*. Berlin: Stiftung Warentest.
- Strauch, R. (1984). Training the Whole Person. *Training and Development Journal*, 38 (11), 82-86.
- Stunkard, A. & Pudel, V. (1986). Adipositas. In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 565-574). München: Urban und Schwarzenberg.
- Talmi, A. (1981). Functional Integration in Psychiatric Treatment. *Somatics*, 3 (2), 48-49.
- Tellington-Jones, L. & Bruns, U. (1985). *So erzieht man sein Pferd*. Cham: Müller Rüschnikon Verlag.
- Thompson, K. J., Penner, L. A. & Altabe, M. N. (1990). Procedures, Problems and Progress in the Assessment of Body Images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body Images* (S. 21-50). New York: Guilford Press.
- Triebel-Thome, A. (1991). *Feldenkrais*. München: Gräfe und Unzer.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1978a). *Das Assertiveness-Trainings-Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1978b). *Das Emotionalitätsinventar. Testmappe EMI-B*. München: Pfeiffer
- Vandereycken, W. & Pierloot, R. (1981). Ein dimensionales Modell für Eß- und Gewichtsstörungen. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung* (S. 69-73). Stuttgart: Enke.
- Walterspiel, B. (1989). *Das Abenteuer der Bewegung. Lektionen auf Tonkassetten*. München: Kösel.
- Weber, G. (1993). (Hrsg.). *Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.

- Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, H. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R Revision*. Weinheim: Beltz.
- Wurm, F. (1986). A Body to Mind. *Somatics*, 5 (4), 10-21.
- Wurm, F. (1989). Vorbemerkung des Übersetzers. In M. Feldenkrais, *Das starke Selbst. Anleitung zur Spontaneität* (S. 7-11). Frankfurt: Insel.
- Yalom, I. D. (1989). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch*. München: Pfeiffer.
- Yaron, G. (1985). Erfahrungen mit der Feldenkrais-Methode. *Der Kinderarzt: Mitteilungen für Kinderärzte*, 6, 836-843.
- Zemach-Bersin, D. & Reese, M. (1990). *Gesundheit und Beweglichkeit*. München: Kösel.
- Ziolko, H. U. (1982). Hyperphage Eßstörungen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 124, 685-688.

