

Zur therapeutischen Wirksamkeit von Kampfkünsten

Till Thimme¹, Hubertus Deimel²

Zusammenfassung

Der Einsatz von Kampfkünsten wird in vielen gewaltpräventiven Konzepten als eine wichtige Methode der Persönlichkeitsförderung befürwortet; einige Studien bestätigen zudem die Wirksamkeit vom Nutzen und der Kontrolle von Aggressivität in diesem Kontext. Hingegen liegen für bewegungstherapeutische Interventionen mit dieser Methode im Bereich der Psychosomatik, Psychiatrie oder Psychotherapie wenige Studien vor, die positive Effekte durch die Auseinandersetzung mit Emotionen wie Ärger oder Wut sowie der Entwicklung konstruktiv gelenkter aggressiver Verhaltensweisen ausweisen. Die relevanten Studienergebnisse hierzu werden dargestellt. In der eigenen Explorationsstudie wurden sechs Patienten einer stationären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit dem Selbstbeurteilungsfragebogen State-Trait-Ärger-Ausdrucks-Inventar (STAXI) sowie einem strukturierten Interview untersucht, die an einem wöchentlichen Angebot zur Kampfkunst in Absprache mit dem therapeutischen Team teilgenommen haben. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass ausgewählte Elemente der Kampfkünste im Setting der psychosomatischen Rehabilitation eine wertvolle therapeutische Ergänzung darstellen können. Weitere kontrollierte Studien zu den therapeutischen Effekten sind notwendig.

Summary

The implementation of martial arts in violence prevention programs is widely recommended. A number of studies confirm the effectiveness of the use and control of aggression in this context as an important method of facilitating personality development. In contrast, only a few such studies have been done in the fields of psychosomatics, psychiatry and psychotherapy. The results of the available studies show positive effects of dealing with emotions such as anger and rage and the development of constructive, controlled aggressive behavior. The relevant empirical data on this subject will be presented in this article. Our own explorative study involved six patients at a clinic for psychosomatic medicine and psychotherapy. They took part in a weekly program in martial arts during in-patient treatment, in agreement with the therapeutic team. The results of a self-assessment questionnaire, the State-Trait-Anger-Expression-Inventory (State-Trait-Ärger-Ausdrucks-Inventar STAXI) and a structured interview with these patients support the assumption that selected elements of the martial arts may represent a valuable addition to treatment in psychosomatic rehabilitation. Further controlled studies are necessary to clarify the therapeutic effects in detail.

¹ Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn

² Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln

1. Einleitung

Die positiven psycho-sozialen Effekte der Kampfkünste, ihr therapeutischer Wert und Nutzen sowie konkrete Anwendungsmöglichkeiten in unterschiedlichen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsrahmen werden mittlerweile in zahlreichen Publikationen beleuchtet und beschrieben (*Gleser & Brown, 1988; Bettinaglio, 1992; Roth, 1992; Weiser et al., 1995; Höhmann-Kost & Siegele, 2004; Wagner, 2002; Wohak, 2003; Petzold et al., 2004; Grässner & Deimel, 2007*). Als Methoden der Kampfkünste kommen u.a. Judo, Aikido, Karate-Do oder Schwertarbeit in diesem Kontext zum Einsatz, die auch unter dem Oberbegriff „Budo“ zusammengefasst werden. Eine Literaturrecherche zur Thematik zeigt allerdings, dass empirische Studien zu belegbaren Effekten solcher Interventionen nur in bescheidenem Maße vorliegen; diese wurden vor allem im Bereich des Strafvollzugs, bei Jugendlichen mit emotionalen und psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt (vgl. dazu *Wolters, 1992*). Insgesamt bleibt zu konstatieren, dass die Wichtigkeit der aktiven therapeutischen Auseinandersetzung mit so bedeutsamen Emotionen wie Wut, Ärger oder Zorn sowie die Entwicklung lustvoller, konstruktiver und kontrollierter Aggressivität im Kontakt mit einem Gegenüber in psychosomatischen bzw. (körper-)psychotherapeutischen Behandlungskonzeptionen nur randständig Eingang gefunden hat. Dies überrascht schon deswegen, da der Zusammenhang zwischen gehemmt bzw. nach innen gerichteten aggressiven Affekten oder auch enthemmter Aggressivität und dem Auftreten bestimmter psychosomatischer Erkrankungen im Erwachsenenalter vielfach beschrieben wurde (*Hoffmann & Hochapfel, 2009; Ermann, 2004; Lachmann 2004*). Über eine Einbeziehung ausgewählter Elemente aus den Kampfkünsten im Rahmen des therapeutischen Gesamtprozesses in Absprache und Austausch mit dem psychotherapeutischen Bezugstherapeuten ergeben sich beispielsweise ergänzende diagnostische Hinweise als auch gezielte Interventionsansatzpunkte, die den Teilnehmern ein spezifisches Erleben und Verändern im Hinblick bestimmter Emotionen und Verhaltensweisen erlauben. Dies unterstützt ihre Selbstwirksamkeitserfahrungen, ihre Selbstregulationsfähigkeit, ihr Selbstvertrauen, ihre Selbstkontrolle und Selbstsicherheit sowie ihre sozialen Kompetenzen (*Grässner & Deimel, 2007*). Insofern eröffnen sich mit einem derartigen ergänzenden Angebot körper- und selbstwahrnehmungsbezogene Zugangswege für die Patienten, die in dieser Form nicht in anderen Psychotherapien vorfindbar sind und den Therapieerfolg wesentlich unterstützen können (*Petzold et al., 2004*). Weiterhin lassen sich die Kampfkünste in hervorragender Weise mit der Praxis des Achtsamkeitstrainings verknüpfen (*Anderssen-Reuster, 2011*).

Aus diesem Grunde sollen im Folgenden einige charakteristische Merkmale der Kampfkünste³ exemplarisch dargestellt und ihre jeweilige spezifische therapeutische Dienlichkeit und Wirkung erläutert werden.

2. Dojo, Regeln und Etikette – der äußere Rahmen für den inneren Entwicklungsprozess

Der Übungsraum, in dem Kampfkünste praktiziert werden, wird als Dojo bezeichnet. Dieser ist in traditionellem Sinne „eine Stätte der Meditation und Konzentration, ein geehrter Ort des Lernens, (...) der Freundschaft und des gegenseitigen Respekts“ (Lind, 1999, S. 148). Grundlegende Ziele und Leitsätze einer Kampfkunst(-schule) werden meist in den Dojo-Regeln (jap.: Dojokun) zusammengefasst⁴. Die Dojo-Regeln sind von hoher Bedeutung: Sie bilden das moralische und ethisch-philosophische Grundgerüst und gelten nicht nur für die Praxis im Dojo, sondern sind auch Wegweiser für den Alltag.

Im therapeutischen Kontext bieten die Dojo-Regeln eine intentionale und motivationale Orientierung; sie sind nützlich im Sinne der Förderung positiver persönlicher Wertebezüge. Darüber hinaus wird jeder Einzelne durch die Beachtung und Akzeptanz der Dojo-Regeln Teil einer Wertegemeinschaft. Die Verständigung auf gegenseitigen Respekt, Achtung, Aufrichtigkeit und Wertschätzung erleichtert die eigene Identitätssicherung in der Gruppe, fördert das Zugehörigkeitsgefühl und ermöglicht eine gewisse Verlässlichkeit für die Gestaltung von Beziehungen (vgl. *Petzold et al.*, 2004).

Die Etikette bezieht sich im Vergleich zu den Dojo-Regeln noch konkreter auf die Verhaltensebene und findet ihren Ausdruck in zahlreichen ritualisierten Handlungen und prägt sämtliche Kommunikations- und Umgangsformen der Praktizierenden untereinander.

Für den therapeutischen Kontext bietet die Etikette zunächst einmal Klarheit, Ordnung und Struktur. Für bestimmte psychiatrische Krankheitsbilder wie Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen oder auch bei frühen Störungen im Kindesalter können die Rituale Halt, Stabilität und Sicherheit bedeuten. Die Konstanz und Vorhersagbarkeit der Handlungsabläufe vermitteln zudem ein Gefühl der Kontrolle und stärken das Vertrauen, dass die Situationen als handhabbar erlebt werden. Diese Bewertung wiederum reduziert negative Gefühle wie Angst und Depression, wirkt beruhigend und stressreduzierend (*Holz & Zahn*, 1995).

Des Weiteren mobilisieren, kanalisieren und regulieren Rituale starke Emotionen (*Schröder & Brendel*, 2004; *Matschke & Velte*, 2005). Wird bei-

³ Hier sind vor allem Budo-Künste gemeint wie z.B. Karatedo, Kendo, Aikido oder Judo. Eine umfangreichere Darstellung spezifischer Merkmale findet sich bei Thimme (2007).

⁴ Exemplarisch werden hier die fünf Dojoregeln des Karatedo dargestellt: (1) Nach Vollendung der Persönlichkeit streben; (2) Den Weg der Wahrhaftigkeit bewahren; (3) Den Geist der Bemühung entfalten; (4) Den respektvollen Umgang hochschätzen; (5) Sich vor unbesonnenem Mut in Acht nehmen (nach Albrecht, 2004).

spielsweise in der Gruppe synchron eine Schlagbewegung unter Einbezug der Stimme (jap.: Kiai) vollzogen, so besteht die energetische Funktion darin, sämtlich zur Verfügung stehende psychophysische Energiepotentiale zu vereinen und zu bündeln. Der Kiai trägt die Stimmung und die innere psychische Bewegung nach außen (vgl. *Binhack*, 1998). Derartige Rituale werden somit zu einem wertvollen Medium in der therapeutischen Arbeit mit aggressionsgehemmten, aber auch aggressionsenthemmten Patienten, da hier eine Zentrierung und Fokussierung durch die entsprechenden Rahmenbedingungen vorgegeben wird (vgl. *Holz & Zahn*, 1995).

Matschke & Velte (2005, S. 38) sehen in der Achtung der Etikette auch eine gezielte Aufmerksamkeitsschulung: „Die Ausführung der Etikette bedarf einer ständigen geistigen Wachsamkeit, Achtsamkeit und Geistesgegenwart“. Gerade für Personen mit psychosomatischen Beschwerden liegt der therapeutische Gewinn dieser gezielten Aufmerksamkeitslenkung in einer verbesserten Sensibilität für die Beziehung von äußeren Veränderungen und psychophysischen Korrelaten.

3. Der Kampf – Begegnung und Dialog mit dem Partner

Der Kampf nimmt in den Kampfkünsten einen zentralen Platz ein: „Er ist das Grundthema, Medium und Symbol – aber nicht das Ziel“ (*Wolters*, 1992, S. 217). Die Bandbreite der kämpferischen Übungen erstreckt sich in der Regel von festgelegten Angriffs- und Verteidigungsmustern einfacher Grundtechniken bis hin zum freien Kämpfen. Die Übersetzung des japanischen Begriffs für Zweikampf ist Kumite und bedeutet „Begegnung der Hände“ (*Lind*, 1999, S. 359). Dieser Terminus versinnbildlicht, dass es sich in erster Linie um eine Form des In-Kontakt-Tretens handelt. Das Kämpfen ist ein kommunikativer und interaktiver Prozess und weitaus mehr als reines Kräfteressen um Sieg und Niederlage.

Für den therapeutischen Behandlungsrahmen scheinen folgende drei Aspekte von besonderer Relevanz und Nutzen: Erstens erfordert jede Partnerkonstellation einen neuen Einlassungs- und Abstimmungsprozess, in dem personen- und situationsadäquate Handlungen sowie Kontaktbereitschaft und Beziehungsfähigkeit erprobt und geübt werden können (vgl. *Grässner & Deimel*, 2007). Der Zweikampf bietet den Übenden „die Möglichkeit zu einer unmittelbaren, körperbetonten Selbst- und Fremdbegegnungserfahrung im Rahmen hochindividualisierter Lebensvollzüge“ (*Binhack*, 1998, S. 175).

Zweitens erfordern kämpferische Aktionen auch ein gewisses Maß an Entscheidungsorientiertheit und Durchsetzungswillen (*Binhack*, 1998). Die in den Kampfsituationen geübte Entscheidungsfähigkeit und das Durchsetzungsvermögen können beispielsweise für Abhängigkeitserkrankte in ihrem Prozess von der Abhängigkeit zur Abstinenz eine wertvolle therapeutische Hilfe sein (*Petzold et al.*, 2004; *Höhmman-Kost & Siegele*, 2004).

Drittens bietet der Kampf eine Möglichkeit, die eigene Aggressivität und die des Kampfpartners zu entdecken und zu erfahren. Diese explorativen Aggressionen haben eine wichtige Funktion für die zwischenmenschliche Kommunikation, da sie neue Handlungsalternativen in der Problembewältigung eröffnen. Dies ist sowohl für die Arbeit mit aggressionsenthemmten wie auch aggressionsgehemmten Menschen eine wertvolle therapeutische Erfahrung (Wolters, 1992; Wohak, 2003). Auch für Patienten mit Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eignen sich kämpferische Übungen, da hierüber niedergedrückte Affekte wie Wut und Ärger wahrgenommen werden können (Grässner & Deimel, 2007). Die Patienten können dahingehend gestärkt werden, eine angemessene Auseinandersetzungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Widerstands- und Ausdrucksfähigkeit ihrer Gefühle zu entwickeln.

4. Maai – Regulation von Nähe und Abstand

Maai ist die japanische Bezeichnung für Distanz bzw. Abstand, wobei sich der Begriff auch auf den zwischenmenschlichen Abstand bezieht (Oshima & Ando, 2003). Diesem wird in den Kampfkünsten eine elementare Rolle zugeschrieben. Insbesondere bei Partnerübungen ist das Abschätzen, Einhalten und Regulieren der optimalen Distanz von zentraler Bedeutung und bildet den Kern zahlreicher Übungspraktiken.

Im therapeutischen Rahmen können Übungen zu Maai einen ebenso wichtigen Platz einnehmen. Wohak (2003, S. 95) stellt in seiner Arbeit mit traumatisierten Missbrauchsoptionen fest, dass diese „enorme Schwierigkeiten haben, sich angemessen abzugrenzen und die Integrität ihrer eigenen Dimension wirksam zu schützen“. Für diese Patientengruppe können neben dem praktischen Erlernen von Selbstverteidigungstechniken die Nähe- und Distanzübungen eine wertvolle Methode und Übungspraxis sein, um die eigenen Grenzen besser wahrnehmen und schützen zu lernen.

In Maai-Übungen können die Patienten verschiedene Perspektiven wie Folgen oder Führen, Widerstand leisten oder Nachgeben, Annähern oder Zurückweichen, Bestimmen oder Anpassen einnehmen und einüben, was für Personen mit Kontaktängsten oder ausgeprägter Selbstbehauptungsproblematik einen wichtigen Nutzen darstellt (vgl. Wagner, 2002).

Auch für das Krankheitsbild der Borderline-Störungen sehen Grässner & Deimel (2007) gute therapeutische Anwendungsmöglichkeiten in Bezug auf störungsspezifische Themen wie Nähe-Distanz oder den Umgang mit Körperkontakt und Grenzüberschreitungen.

5. Zanshin und Meditation – Geisteszustand im Hier und Jetzt

Zanshin (jap.: der Geist, der unbeweglich bleibt) ist ein weiteres elementares Prinzip, das zum rechten Verständnis der Kampfkünste Erläuterung verdient.

Zanshin bedeutet, bei all seinen Handlungen im ‚Hier und Jetzt‘ zu sein. Zanshin ist gleichbedeutend mit Geistesgegenwart, Aufmerksamkeit oder Achtsamkeit. In den Kampfkünsten wird Zanshin als Zustand permanent angestrebt – es ist Übung und Ziel zugleich und ermöglicht dem Übenden eine optimale Anpassung an wechselnde Bedingungen und neue Situationen (Lind, 1999).

Zanshin entspricht gewissermaßen dem Begriff der awareness⁵ aus dem körperpsychotherapeutischen Bereich (vgl. Petzold et al., 2004). In verschiedenen psychotherapeutischen und körperpsychotherapeutischen Schulen werden aufmerksamkeitsschulende und bewusstseinsfördernde Prozesse gezielt angewandt, um

- sinnhaft wahrnehmende Zustände zu fördern,
- über die körperliche Wahrnehmung eine aufdeckende Arbeit zu ermöglichen,
- Wahlmöglichkeiten durch das Bewusstsein über innere Prozesse zu eröffnen und
- reifere Zustände des Patienten zu fördern (Weiss, 2006).

Der mit Zanshin umschriebene Geisteszustand kann nicht nur in Bewegung sondern auch in Ruhe praktiziert werden, z.B. bei der Meditation. Diese erfährt je nach Kampfkunst und Stilrichtung unterschiedliche Gewichtung. Wolters (1992) sieht die positiven Auswirkungen der Meditation vor allem in einer verbesserten Stressbewältigung und Spannungsregulation sowie in der Entfaltung der Sinneswahrnehmung und des Gefühlslebens. Kutz et al. (1985) heben insbesondere den Nutzen meditativer Praktiken für Personen mit psychosomatischem Störungen hervor, da sie zu einer differenzierteren Wahrnehmung körperlicher und emotionaler Empfindungen beitragen. Darüber hinaus lässt sich durch die Einbeziehung achtsamkeitsorientierter Prinzipien ein veränderter Standpunkt zum eigenen seelischen Leiden anbahnen (Anderssen-Reuster, 2011).

6. Zusammenfassung des bisherigen Forschungsstandes

In einer umfangreichen Analyse über die psychosozialen Effekte der Kampfkünste von Bloem et al. (2004)⁶ konnten überwiegend spezifische Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen nachgewiesen werden, wie z.B. verbessertes Selbstbewusstsein und Stärkung der Kompetenzgefühle, erhöhte Selbstkontrolle, verminderte Angst, Fähigkeit zur Toleranz und Anpassungsbereitschaft, Erwerb von problem- und emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien und

⁵ Der Begriff awareness oder sensory awareness „umfasst Inhalte wie Wachheit, Konzentration, Bewusstheit, intensive Selbstwahrnehmung, Gewahrsein, Hier und Jetzt“ (Weiss, 2006, S. 408).

⁶ Nur bei 4 von den insgesamt 22 untersuchten Studien hatte die Interventionsgruppe jedoch eine psychosoziale Problematik. Die teils unzureichende methodische Qualität der Studien und die Heterogenität der Studiendesigns ermöglichte den Autoren keine metaanalytische Auswertung. Somit konnte bislang keine empirisch gesicherte Aussage über die psychosozialen Effekte der Kampfkünste gemacht werden.

verminderte Aggression. Die Autoren schlussfolgern, dass die Integration von Kampfkünsten im therapeutischen Rahmen ein erhebliches Potential für die Ergänzung rein verbaler Therapieverfahren haben dürfte. Insbesondere die wahrnehmungsschulenden, emotionsregulierenden, gemeinschaftsbildenden, selbstsicherheits- und souveränitätsfördernden Aspekte der Kampfkünste können den psychotherapeutischen Prozess optimal ergänzen (*Petzold et al.*, 2004). Der Gewinn einer Einbettung von Budo-Künsten in die Therapie wird auch von anderen Autoren als sehr hoch eingeschätzt (*Buck*, 2002; *Gleser & Brown*, 1988; *Fuller*, 1988; *Grässner & Deimel*, 2007; *Wagner*, 2002; *Weiser et al.*, 1995). Gestützt werden die meist theoretisch fundierten Beiträge durch Erfahrungsberichte und deskriptive Fallbeispiele. Valide wissenschaftliche Untersuchungen bzw. klinische Studien zur therapeutischen Wirksamkeit von Kampfkünsten im psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsrahmen liegen im deutsch- und englischsprachigen Raum jedoch kaum vor. Eine ausführliche Analyse vorliegender Studien zur Thematik findet sich bei *Bloem et al.* (2004) sowie bei *Thimme* (2007).

Im Folgenden werden einige relevante Ergebnisse einer explorativen Studie zu den Effekten eines therapeutisch ausgerichteten Angebotes für psychosomatisch erkrankte Patienten in einem klinisch-stationären Setting dargestellt.

7. Methodik

Die Hauptannahme der Studie beruhte auf den bisher in der Literatur beschriebenen Wahrnehmungen, dass das Ausüben der Kampfkunst für die Patienten mit subjektiv bedeutsamen Veränderungen verbunden ist und ihren Umgang mit Aggressionen verändert. Als Untersuchungsmethoden kamen eine quantitative und eine qualitative Datenerhebungsmethode zur Anwendung:

Das State-Trait-Ärger-Ausdrucks-Inventar (STAXI) wurde mit der Fragestellung eingesetzt, ob das Ausüben einer Kampfkunst den Umgang mit Aggressionen bei der psychosomatischen Patientengruppe verändert. Dieser vollstandardisierte Selbstbeurteilungsfragebogen wurde u.a. entwickelt, um die Bedeutung der Emotionskomponenten Ärger und Ärgerausdruck für Ätiologie und Verlauf von Erkrankungen mit vermuteter psychosomatischer und psychosozialer Komponente zu analysieren (*Schwenkmezger et al.*, 1992). Für die Studie wurden folgende Skalen eingesetzt:

1. Ärger-Dispositionsskala (Trait-Anger / TA)
2. Ärgerausdrucksskala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (Anger-In / AI)
3. Ärgerausdrucksskala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger (Anger-Out / AO)
4. Ärgerausdrucksskala zur Erfassung von Ärgerkontrolle (Anger-Control / AC)

Alle Items sind als Selbstaussagen formuliert und werden auf einer Vier-Punkte-Rating-Skala beurteilt. Die Analyse der Ergebnisse erfolgte auf Grundlage deskriptiver Statistik (Clauß, 1999; Pflaumer, 1999), da die geringe Anzahl der Studienteilnehmer ($n = 6$) keine sinnvolle Signifikanzüberprüfung mittels schließender statistischer Verfahren erlaubt.

Zur Erfassung der interindividuellen, spezifischen und als subjektiv bedeutsam erlebten Veränderungen wurde ein halbstrukturiertes leitfadenorientiertes Interview konzipiert und durchgeführt. Dieses beinhaltet offene und geschlossene Fragen sowie Einschätzungs- und Bewertungsskalen zu folgenden Bereichen:

1. *Vorerfahrungen, Motive und Vorstellungen*
2. *Einstellung zur Aggressivität (kognitive Komponente)*
3. *Umgang mit Aggressionen (behaviorale Komponente)*
4. *Erlebte Veränderungen durch das Ausüben einer Kampfkunst*
5. *Nutzen der Kampfkunst für die persönliche Problematik*
6. *Einschätzung der therapeutischen Wirksamkeit von Kampfkünsten*

Das Interview wurde auf Tonband aufgezeichnet; die Auswertung des Datenermaterials erfolgte gemäß den Arbeitsschritten der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1993).

Die Patienten wurden zunächst in einem persönlichen Gespräch über die Rahmenbedingungen und Formalitäten der Studie aufgeklärt. Alle an den Kampfkunsteinheiten partizipierenden Patienten erklärten sich zu der freiwilligen Studienteilnahme bereit. Der Erhebungszeitraum betrug sechs Monate, die Mindestteilnahmedauer zwei Monate. Der Fragebogen (STAXI) wurde als Pre- / Post-Test vor Beginn der Teilnahme an den Kampfkunsteinheiten und nach Beendigung der Therapie ausgefüllt. Das Interview fand ebenfalls nach Beendigung der Therapie statt.

Die Intervention fand in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – Rheinischen Kliniken Düsseldorf statt. Die Integrative Körper- und Bewegungstherapie (hierzu: Petzold, 1996) ist dort als klinisches Verfahren ein wichtiger Bestandteil des multimethodalen Gesamtbehandlungskonzeptes. Innerhalb der Integrativen Bewegungstherapie wird Kampfkunst als erlebniszentrierte Methode angeboten. Die Einheiten (Dauer: 45 Minuten) fanden einmal wöchentlich statt.

Stichprobe

Tabelle 1 gibt einen Überblick über Alter, Geschlecht und Diagnose der Patienten sowie ihre Teilnahmedauer an den Kampfkunsteinheiten.

Tab. 1: *Diagnosen der Stichprobe*

n	Alter	Diagnose (nach ICD 10)	Dauer
Frau C	30	<ul style="list-style-type: none">• Schwere depressive Episode (F 32.2)	8 Wochen
Frau S	35	<ul style="list-style-type: none">• Bulimia nervosa (F 50.2)• Mittelgradige depressive Episode (F 32.1)• Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.31)	11 Wochen
Frau T	30	<ul style="list-style-type: none">• Schwere depressive Episode (F 32.2)• Zwangshandlungen und Zwangsgedanken gemischt (F 42.2)	11 Wochen
Herr B	50	<ul style="list-style-type: none">• Generalisierte Angststörung (F 41.1)• rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F 33.2)• nicht organische Insomnie (F 51.0)	11 Wochen
Herr L	38	<ul style="list-style-type: none">• Schwere depressive Episode (F 32.2)• Essentielle Hypertonie bei narzisstischer Persönlichkeit (I 10.90)	12 Wochen
Herr U	34	<ul style="list-style-type: none">• Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer, ohne psychotische Symptome (F 33.2)• Somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungssystems (F 45.32)	8 Wochen

Die Stichprobe zeichnet sich durch ihre relative Altershomogenität, ihre geschlechtliche Gleichverteilung und die Vielfalt psychosomatischer Erkrankungen aus, wobei insbesondere eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen zu erkennen ist. Die Zusammensetzung der Patientengruppe ist in dieser Konstellation in gewisser Weise repräsentativ für die behandelte Klientel der Institution. Die geringe Stichprobengröße ist trotz des relativ langen Interventionszeitraumes von sechs Monaten auf formale und strukturelle Bedingungen (frühzeitigere Entlassung einiger Teilnehmer) zurückzuführen. Die Bedingungen für die Bildung einer Kontrollgruppe waren in diesem Untersuchungsrahmen leider nicht gegeben.

8. Ergebnisse des Fragebogens

Abbildung 1 zeigt die Ärger-Dispositionswerte im STAXI vor und nach der Intervention und stellt dar, inwiefern die Patienten sich in ihrer Neigung verändert haben, Situationen als störend oder frustrierend wahrzunehmen und mit einer Erhöhung ihres Ärgerzustandes zu reagieren.

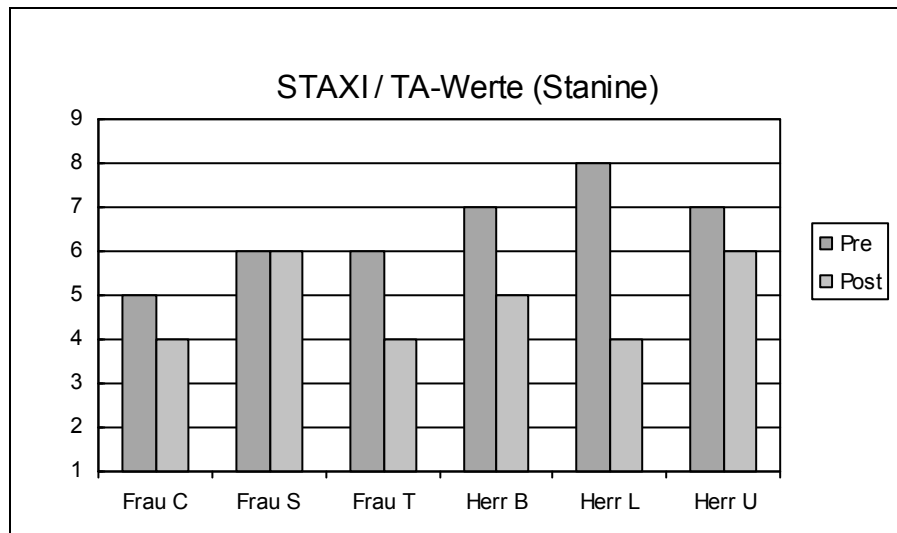


Abb. 1: Pre-Post-Ergebnisse der STAXI-Ärger-Dispositionsskala (TA)

Der Gesamteindruck des Säulendiagramms zeigt hierbei folgende Tendenzen auf: Erstens haben die männlichen Patienten im Pre-Test leicht höhere Werte als die weiblichen Patienten. Zweitens sinken die Werte im Post-Test in dem Maße, dass sich alle Patienten nach der Teilnahme an den Kampfkunsteinheiten innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert 5 befinden⁷. Damit bewegen sie sich in Anlehnung an die repräsentative Eichstichprobe des STAXI im Normbereich.

⁷ Personen mit hohen TA-Werten erfahren relativ häufig Ärger und fühlen sich oft durch andere unfair behandelt. Zudem ist wahrscheinlich, dass sie häufig Frustrationen ausgesetzt sind.

Ärger-Ausdruckswerte

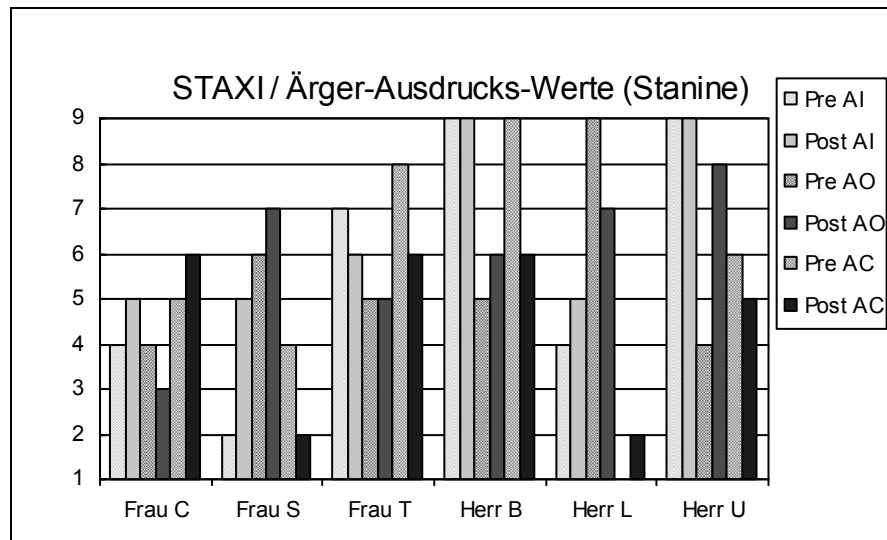


Abb. 2: Pre-Post-Ergebnisse der AI, AO und AC-Werte für die Gesamtgruppe

Die Pre-Werte der Ärger-In-Skala zeigen ein uneinheitliches Bild der Gruppe, wobei drei Patienten auffällige Werte aufweisen. Die Post-Ergebnisse zeigen bei 4 Patienten eine Annäherung zur Norm. Zwei der Extremwerte bleiben bestehen. Die Pre-Werte der Ärger-Out-Skala zeigen für fünf Patienten ein unauffälliges Bild. Fünf Werte verändern sich im Post-Test, hiervon zwei deutlich in Form einer Abnahme und einer Zunahme. Die Pre-Werte der Ärger-Control-Skala sind uneinheitlich, wobei drei Patienten auffällige Werte aufweisen. Der Post-Test zeigt für alle sechs Patienten Veränderungen. Drei der auffälligen Ausgangswerte nähern sich der Norm an, in einem Fall sogar um 3 Einheiten. Ein Wert sinkt aus dem Normbereich deutlich ab.

Betrachtet man die Ärger-Ausdrucks-Werte im Pre-Test insgesamt, so fällt auf, dass fünf von sechs Patienten mindestens einen Extremwert auf einer der drei Skalen aufweisen. Die Analyse der entsprechenden Ärger-Ausdrucks-Werte im Post-Test zeigt, dass für alle fünf Patienten mit signifikant abweichenden Ausgangswerten auf mindestens einer Skala eine deutliche⁸ Veränderung stattgefunden hat.

⁸ Um von Veränderungen zu sprechen wird eine Zu- oder Abnahme um mindestens zwei Stanine-Einheiten vorausgesetzt.

9. Diskussion der Fragebogenergebnisse

Die Ärger-Dispositionswerte der ersten Messung zeigen zwar auf, dass sich die psychosomatische Patientengruppe nur unwesentlich von der Normalbevölkerung unterscheidet. Die Neigung der Patienten, nach der Intervention Situationen als störend oder frustrierend wahrzunehmen, sich unfair behandelt zu fühlen und mit Ärger, Wut und Irritation zu reagieren, nimmt jedoch in fünf Fällen ab. Dieses aussagekräftige Ergebnis lässt die Annahme zu, dass das Ausüben einer Kampfkunst mit einer differenzierteren Wahrnehmung der Wut- und Ärgergefühle sowie einer veränderten Bewertung von Konfliktsituationen einhergeht. Auch das in den Einheiten systematisch geübte Schützen der eigenen Grenzen führt möglicherweise zu weniger erlebten Grenzüberschreitungen und damit verbundenen Emotionen. Die einheitliche Abnahme des dispositionellen Ärgers ist jedenfalls positiv zu bewerten, da sie mit einer Reduktion negativer Affekte verbunden ist.

Die auffälligen Ärger-Ausdruckswerte im Pre-Test bei fünf von sechs Patienten unterstützen die These der engen Beziehung von Aggression und Psychosomatik, wie sie bereits 1974 von *Elhardt* (1974) beschrieben wird und durch verschiedene Studien bestätigt werden konnte (*Freiwald et al.*, 1973; *Liedtke*, 1987; *Leibig et al.*, 1995; *Probst et al.*, 1990). Insbesondere für das Krankheitsbild der Depressionen kann die Korrelation zwischen Aggressions- und Depressionsphänomenen als empirisch gesichert angenommen werden (hierzu: metaanalytischer Vergleich und Studie von *Schulte*, 1997). Die Werte dieser Patienten, bei denen allesamt eine depressive Erkrankung vorlag, bekräftigen die pathogenetische Rolle der Aggression für die Entstehung und den Verlauf psychosomatischer Erkrankungen.

Zwar sind die Veränderungen der Ärger-Ausdruckswerte im Post-Test nicht einheitlich, es zeigen sich jedoch klare inter- und intra-individuelle Veränderungen mit einer Tendenz zur Angleichung an die Norm. Es ist anzunehmen, dass die Patienten über die Kampfkunst für den Ausdruck ihrer Gefühle sensibilisiert wurden und alternative Handlungsoptionen zu ihren bisherigen Verhaltensmustern gelernt haben. Niedrige Ärger-Control-Werte im Post-Test könnten beispielsweise dadurch entstehen, dass jene Patienten, die ihren Ärger sehr stark zu unterdrücken und zu kontrollieren versuchen, in den Kampfkunsteinheiten die Erfahrung gemacht haben, diesen zuzulassen und auszudrücken.

Zusammenfassend lässt sich aus den Fragebogen-Ergebnissen ableiten, dass das Ausüben einer Kampfkunst einen Effekt auf das Ärgerausdrucksverhalten dieser psychosomatischen Patientengruppe hatte. Eine Interpretation dahingehend, ob die erfassten Veränderungen von positiver oder negativer Qualität sind, ist erst durch die Analyse der qualitativen Interviewdaten möglich.

10. Darstellung und Interpretation des Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interview-Kategorien (2) Einstellung zur Aggressivität, (3) Umgang mit Aggressionen, (4) erlebte Veränderungen durch das Ausüben einer Kampfkunst sowie (5) Nutzen der Kampfkunst für die eigene Problematik in zusammengefasster Form dargestellt und interpretiert⁹. Gestützt und veranschaulicht werden diese durch Zitate und Formulierungen einzelner Teilnehmer. Alle Teilnehmer hatten keine Vorerfahrungen mit den Kampfkünsten; die Teilnahme am Kurs erfolgte aus Interesse oder aufgrund der Empfehlung des Bezugstherapeuten.

Kategorie (2): Einstellung zur Aggressivität

Folgende Aussagen sind in Bezug auf die Einstellung zur Aggressivität der Patientengruppe möglich: Erstens wird in der Gruppe eine deutliche Tendenz zur Aggressionshemmung sichtbar. Zweitens zeigt sich eine mehrheitlich negativ konnotierte Auffassung und Bewertung von Aggressivität – diese wird insbesondere mit Kontrollverlust in Verbindung gebracht und gleichgesetzt. Drittens überwiegt in der Gruppe eine negative Einschätzung und Erwartungshaltung gegenüber der Wirkung aggressiven Handelns. Hier sticht hervor, dass insbesondere aggressive Empfindungen und Impulse gegenüber dem sozial Anderen nicht toleriert werden. Repräsentativ für diese Tendenzen wird die Auffassung von Frau C, die sich als „sehr gehemmt“ und kontrolliert beschreibt, wiedergegeben:

„Ich glaube, dass man mit Aggressivität erstmal gar nichts erreichen kann. Das ist meine Erfahrung. Aggression bewirkt nichts. (...) Ehrlich gesagt, Aggressivität ist für mich ein Zeichen von Schwäche. Das ist eine Schwäche, wenn man sich nicht anders zu helfen weiß. (...). Außerdem könnte man ja auch etwas in der Situation sagen, was den anderen verletzt und Derjenige ist tief gekränkt. (...).“

Die Ergebnisse decken sich mit Befunden von *Schulte* (1997), der höhere Werte gehemmter Aggressivität bei depressiven Patienten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Kontrollgruppe aufzeigen konnte. Als Ursache für die Unterdrückung aggressiver Affekte wird u.a. die rigide Gewissensbildung depressiver Patienten beschrieben. Die hohen Ansprüche und Idealvorstellungen erlauben dem Depressiven nicht, seine Aggressionen auszudrücken; er gerät in eine „emotionale Zwickmühle“ (*Hoffmann & Hochapfel*, 2004, S. 135), dessen

⁹ Die aus den Interviews gewonnenen Daten haben einen erheblichen Umfang, so dass auf die vollständige Darstellung der Inhalte zugunsten einiger expliziter Beispiele verzichtet wird (die Rohdaten sowie die zusammengefasste Darstellung finden sich bei Thimme, 2007).

pathologische Lösung in einer Wendung der Aggression gegen die eigene Person besteht. Die Kampfkunst bietet hier die Chance, die verschiedenen positiv-konstruktiven Anteile von Aggression wie Initiative ergreifen, Herausforderungen angehen, rivalisieren und sich behaupten aufzuzeigen und zu vermitteln. Durch die gemeinsame Thematisierung, Verbalisierung und Aufarbeitung der in Aktion entstandenen Gedanken und Gefühle können depressionsspezifische Einstellungen, Erwartungen, Bewertungen und Attributionen verändert werden (Hoffmann & Hochapfel, 2009). Der Einsatz von Kampfkünsten in der Therapie stellt hier als Ergänzung zu verbalen und kognitiven Verfahren ein sinnhaft ergänzendes Übungs- und Erfahrungsfeld dar.

Kategorie (3): Umgang mit Aggressionen

Ebenso wie für die einstellungsbezogenen Auffälligkeiten auf kognitiver Ebene lassen sich auch auf behavioraler Ebene inadäquate Umgangsformen mit Aggressionen bei den Patienten erkennen.

Erstens zeigten sich unangemessene Reaktionen auf fremdes aggressives Verhalten in den Kampfkunsteinheiten selbst. Frau C beschreibt beispielsweise, wie sie Partnerübungen mit bestimmten Mitpatienten, welche sie als distanzlos und grenzüberschreitend erlebt, vermeidet. Sie selbst bezeichnet dies treffenderweise als „Ausweichmanöver“ und „Fluchtverhalten“. Durch die umgangene Auseinandersetzung mit ihrem Gegenüber bleiben ihre Ängste und Bedürfnisse jedoch ungeäußert – entsprechende Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, von innerer Konsistenz und Kontrollüberzeugung bleiben vermutlich aus.

Zweitens wird ersichtlich, dass sich unangemessene Konfliktbewältigungsmechanismen auch außerhalb des Dojos wieder finden: Gleich vier der sechs Patienten geben an, im Alltag Streitigkeiten und Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen. Besonders eindrücklich ist das Konfliktmanagement von Herrn L. Dieser versucht in hohem Maße, seinen Ärger und seine Wut nicht aufkommen zu lassen, indem er Ablenkung sucht und zu Konsumverhalten tendiert: „Dass ich mir dann irgendwelche Sachen kaufe, die ich eh nicht brauche. Dann geh' ich in den Supermarkt und mache den Einkaufswagen voll. Einfach was machen. Hauptsache Luft.“ Experimentelle Studien weisen nach, dass die Inhibition von Emotionen mit einer erhöhten somatischen Aktivierung einhergeht (Nyklicek et al., 2001). Vermutlich steht das unangemessene emotionale Ausdrucksverhalten von Herrn L in engem Bezug zu seiner Diagnose: Insbesondere bei Essentieller Hypertonie sprechen epidemiologische Studien für den pathogenen Einfluss von emotionaler Hemmung und Ärgerunterdrückung (vgl. Vögele & Steptoe, 1993).

Drittens spiegelt sich in mehrheitlichen Aussagen der Patienten wider, dass eigene aggressive Handlungen und Bewegungen in den Einheiten wie Nähe herstellen, energievoll agieren oder angreifen als schwer erlebt wurden. Herr B berichtet, wie „erstaunt“ aber auch „ängstlich“ und „erschrocken“ er über die

Wirkung seiner Trittbewegungen war und diese Anteile zunächst als ich-fremd empfunden hat. Herr U beschreibt seine Empfindungen und Reaktionen während des Übens von Schlagbewegungen folgendermaßen:

„Also im ersten Moment fand' ich das befreiend, dass ich das überhaupt konnte! Und dann hab` ich mich aber schon erschrocken, dass ich das halt hinbekommen kann. (...) Da hab' ich Angst vor mir selber irgendwie. Dass ich mich dann da irgendwie auch reinsteigern kann. Dass das ja eigentlich nicht mein Schema ist sozusagen und ich normalerweise nicht so der Draufhauende bin. Weil ich ja sicher dann so gestrickt bin, dass wenn ich wütend oder sonst was bin, mach' ich das normalerweise mit mir selber aus und fress' es in mich rein im wahren Sinne des Wortes. Und regele das dann über meinen Magen und Verdauungstrakt.“

Das Zitat veranschaulicht eindrücklich, wie eng die Beziehung der Aggressionsthematik und der störungsspezifischen psychosomatischen Symptome vom Patienten selbst eingeschätzt wird. Seine Aussage deckt sich mit Studienergebnissen über verminderte Extrapunitivität bzw. erhöhte Intropunitivität bei psychosomatischen Patienten mit Darmerkrankungen (vgl. *Freiwald et al.*, 1973; *Liedtke & Jäger*, 1993).

Alle hier vorgestellten Ergebnisse unterstreichen den hohen Bedarf dieser Patientengruppe, angemessene Ausdrucks- und Umgangsformen für ihre Aggressionen sowie Konfliktbewältigungsstrategien für ärgerevozierende Situationen zu entwickeln. Aus der Analyse der Interviewaussagen geht deutlich hervor, wie eng die Aggressionsthematik in Zusammenhang mit den individuellen und auch krankheitsspezifischen Symptomen zu stehen scheint.

Kategorie (4): Erlebte Veränderungen durch das Ausüben einer Kampfkunst

Zusammenfassend sind durch die Intervention individuelle und störungsspezifische Veränderungen entstanden. Diese manifestieren sich auf folgenden Ebenen:

- *körperliche Ebene:* Verbesserte Körperwahrnehmung und Koordination, Aktivierung, erhöhte Standfestigkeit, Aufrichtung der körperlichen Haltung, Entdecken der eigenen körperlichen Kräfte / Stärke
- *kognitive Ebene:* Stärkere Meinungsvertretung in Auseinandersetzungen, gesteigertes Durchsetzungsvermögen, Steigerung des Selbstvertrauens
- *emotionale Ebene:* Verbesserter Umgang mit Angstgefühlen, Stimmungsaufhellung, verbesserte Vitalität

- *soziale Ebene*: Verbesserte Nähe-Distanz-Regulation und Fähigkeit zur Grenzsetzung, verbesserte Anpassungsfähigkeit an wechselnde Partner, erhöhte Kontaktfreudigkeit

Wie die verschiedenen Ebenen in Bezug zu einander stehen können, soll an einem Beispiel von Herrn U hervorgehoben werden: Durch die regelmäßige Konfrontation mit Angriffssituationen und das systematische Einüben von Verteidigungstechniken habe er beispielsweise gelernt, besser mit seiner Angst umzugehen, „*gerade mit der praktischen Erfahrung (...) dem anderen nicht chancenlos ausgeliefert*“ sein zu müssen. Früher habe er außerdem versucht, „*sich auf die Massengröße runter zu biegen*“, da er seine Übergröße als unangenehm empfand. Durch die Kampfkunst gehe er nun viel selbstverständlicher mit seiner Körperlänge um, habe insgesamt ein anderes Gefühl zu seinem Körper und seinen Maßen entwickelt, was zu einer Aufrichtung seiner Haltung beigetragen habe. Er habe nun das Gefühl, mit seinem Körper eine Einheit zu bilden. Durch das Interagieren mit unterschiedlichen Partnern habe er mehr über seine körperlichen Kräfte erfahren. Dabei habe er sich auch in Zweikampfsituationen besser behaupten können als erwartet, was zu mehr Selbstvertrauen geführt habe.

Einer der vielen interessanten Aspekte dieser bezeichnenden Selbstaussagen ist die enge Wechselwirkung körperlicher und psychischer Prozesse: Herr U berichtet über die Aufrichtung seiner Körperhaltung und einen verbesserten Umgang mit Angstgefühlen. *Höhmman-Kost & Siegele* (2004) weisen darauf hin, dass die in den Kampfkünsten eingeübten Körperhaltungen nicht mit „Angsthaltungen“ (S. 9) vereinbar sind. Auch *Wohak* (2003) spricht davon, durch eine aufrechte, zentrierte Haltung das „Körperschema der Angst aufzulösen“ (S. 102). Mit einer zunehmenden Konsolidierung der Kampfhaltung ist die Überwindung der Angsthaltung und der einhergehenden psychophysischen Korrelate verbunden.

Insbesondere die Vielseitigkeit der von den Patienten wahrgenommenen Veränderungen spricht für den hohen Nutzen und die breit gefächerten Einsatz- und Anwendungsmöglichkeiten von Kampfkunst im therapeutischen Setting, wo die Gruppen hinsichtlich ihrer Störungsbilder meist eine hohe Heterogenität aufweisen. Die Veränderungen im Umgang mit Aggressionen stützen die Hypothese der Studie.

Kategorie (5): Nutzen der Kampfkunst für die persönliche Problematik

Aus den Daten geht hervor, dass fünf von sechs Patienten auf sehr unterschiedliche Art und Weise von der Kampfkunst profitiert haben. Aus den Übereinstimmungen innerhalb der Patientengruppe stechen zwei Themen besonders hervor:

Zum einen scheinen die Nähe-Distanz-Regulierung bzw. das Wahrnehmen, Setzen und Schützen von Grenzen eine hohe Bedeutung gespielt zu ha-

ben, wobei die individuellen Erlebnisse unterschiedlich ausfallen: Herrn L sieht seine Kernproblematik darin, sein Gegenüber wahrzunehmen und sich auf ihn einzustellen zu können. Diesbezüglich habe ihn die Kampfkunst sehr stark gefordert und sei eine „Chance“ gewesen, sich dieser Thematik progressiv zu nähern. Frau T fühlt sich durch die kämpferischen Situationen bestärkt, in ihrer Beziehungsgestaltung „offensiver“ zu sein und weniger „auf Distanz“ zu gehen. Frau S hat hingegen realisiert, dass sie vor den Grenzen anderer „zu wenig Respekt“ und „zu wenig Angst“ habe. Herr B hat nach eigener Aussage vor allem gelernt, dass er sich mehr schützen müsse und auch Herr U berichtet, durch die Kampfkunst seine Grenzen besser zu setzen und sich besser verteidigen zu können. Die Aussagen machen deutlich, dass die Patienten in den Kampfkunsteinheiten auf der Beziehungsebene angesprochen wurden. In den Partnerübungen finden zahlreiche Spiegelungs- und Resonanzvorgänge statt; diese bieten Raum für neue Beziehungserfahrungen und soziale Explorationsversuche (vgl. Grässner & Deimel, 2007).

Zum anderen zeigte sich der Nutzen für die Patienten im verbesserten Ausdruck ihrer Gefühle, insbesondere ihrer Aggressionen: Die Kampfkunst ist nach eigener Aussage für Frau T eine Hilfe, im Alltag ihren Emotionen mehr Ausdruck zu verleihen, sich stärker mitzuteilen und sich zu öffnen. Frau S hat sehr davon profitiert, ihre Aggressionen unter kontrollierten Bedingungen ausagieren zu können und die Kampfkunst auch als „Ventil“ für ihre „ganze Wut“ zu nutzen. Aggressionen körperlich ausdrücken zu können und ihre Wirkung zu erfahren, war für Herrn B eine so „außergewöhnliche Erfahrung“, dass er dies „in zehn Jahren noch wissen“ werde. Auch Herr U empfand die angesprochenen Themen als „existentiell wichtig“ und die Kampfkunst als sehr hilfreich: *„Das ist erstmalig so gewesen, dass ich Aggression körperlich überhaupt ausdrücken konnte. Und das ist schon ein großer Schritt für mich gewesen“*.

Die Ergebnisse dieser Kategorie verdeutlichen, dass die unterschiedlichen Aspekte und Facetten der Kampfkünste mit den individuellen, (störungs-) spezifischen Symptomen und Bedürfnissen der Patienten gut ineinander greifen. Die Aussagen bekräftigen insbesondere das hohe therapeutische Potential von Maai-Übungen und kämpferischen Partnerübungen (Kumite) für die Themen Nähe-Distanz/Grenzen und den Ausdruck von Aggressionen. Die von den Patienten geschilderten bedeutsamen Erlebnisse und einschneidenden Erfahrungen aus den Einheiten dienen möglicherweise als Impuls zu längerfristigen Verhaltensänderungen, welche sich wiederum positiv auf den Gesundungsprozess auswirken können.

11. Schlussfolgerungen

In der vorgestellten Studie wurden insbesondere Veränderungen in der Wahrnehmung, dem Erleben und Handeln im Umgang mit Aggressionen untersucht. Die Kampfkunsteinheiten im Rahmen der integrativen Bewegungstherapie

wurden inhaltlich und methodisch jedoch nicht ausschließlich auf die Aggressionsthematik ausgerichtet, um eine emotionale, konzentrative oder psychosoziale Überforderung der Teilnehmer zu vermeiden. Eine Intervention mit entsprechendem Fokus oder einem zweimaligen wöchentlichen Angebot lässt noch deutlichere Veränderungen vermuten.

Kampfkunst kann formal und inhaltlich sehr unterschiedlich ausgelegt, praktiziert und vermittelt werden. Aspekte wie die Therapeutenpersönlichkeit, die klimatischen Bedingungen innerhalb der Gruppe oder äußere Rahmenbedingungen beeinflussen das Geschehen und das Erleben der Teilnehmer. Die Ergebnisse der Explorationsstudie erlauben demnach keine generalisierbare Aussage über die therapeutische Wirksamkeit von Kampfkünsten im Allgemeinen, sondern weisen auf die Wirksamkeit bestimmter Merkmale innerhalb eines spezifischen therapeutischen Settings hin, wie sie in den Interviews sichtbar wurden. Die Resonanz dieser Effekte kann zudem besonders für die psychotherapeutische Einzel- oder Gruppentherapie gewinnbringend genutzt werden. Die beschriebenen Effekte der Intervention lassen sich jedoch aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe nicht ausschließlich auf das Ausüben der Kampfkunst zurückführen. Die vielfältigen positiven Veränderungen geben jedoch Anlass, die Effekte unter kontrollierten Bedingungen mit einer größeren Stichprobe zu verifizieren. Die Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsinstrumentarien kann für weitere Forschung empfohlen werden, da sich die gewonnenen Erkenntnisse und Informationen ideal ergänzen.

Die im Rahmen dieser Studie untersuchte psychosomatische Patientengruppe zeigte insgesamt einen hohen Bedarf am Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Aggressionen: Die Analyse der emotionalen Komponente Ärger wies auf markante Auffälligkeiten im Ärgerausdrucksverhalten hin. Des Weiteren zeichneten sich die Patienten durch ihre überwiegend negative Einstellung und Bewertung von Aggressivität und ihrer Wirkung sowie durch ihre eindeutige Zuordnung zur Aggressionshemmung aus. Schwierigkeiten im Ausdruck körperlicher Aggression, inadäquate Reaktionen auf fremde Aggressivität in den Kampfkunsteinheiten sowie Kompensations- und Vermeidungsmuster in Konfliktsituationen sind weitere Indizien für einen unangemessenen Umgang der Patienten mit ihren Aggressionen.

Das Ausüben einer Kampfkunst hatte folgende Effekte: Die Patienten neigen nach der Intervention weniger dazu, Situationen als störend und frustrierend wahrzunehmen. Es zeigen sich sowohl interindividuelle kurzfristige Veränderungen wie verbesserte Befindlichkeit, Affektregulierung, Körperwahrnehmung und -haltung sowie erhöhte Standfestigkeit als auch langfristige Veränderungen wie Zunahme des Selbstvertrauens, verbesserte Durchsetzungsfähigkeit und Nähe-Distanzregulierung, Umgang mit Angstgefühlen. Die als positiv und hilfreich erlebten Veränderungen und der daraus resultierende Nutzen für die persönliche Problematik der Patienten sprechen für die therapeutische Wirksamkeit von Kampfkünsten im psychosomatischen Setting.

Angesichts der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen scheint eine Implementierung von Kampfkünsten als therapeutisches Mittel in der Behandlung von hohem Wert.

Literatur

- Albrecht, A.F. (2004). *Dōjōkun. Die Ethik des Karate-dō*. Lauda-Königshofen: schlattbooks.
- Andersson-Reuster, U. (2011). *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer.
- Bettinaglio, A. (1993). Integrative Bewegungstherapie und Aikido in der Behandlung psychiatrischer Patienten. *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 10-22.
- Binhack, A. (1998). *Über das Kämpfen: zum Phänomen des Kampfes in Sport und Gesellschaft*. Frankfurt/Main – New York: Campus Verlag.
- Bloem, J.; Moget, P. & Petzold, H.G. (2004). Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? – Forschung, Aggressionspsychologie, Neurobiologie. *Integrative Bewegungstherapie*, 30, 101-149.
- Buck, G. (2002). Anwesenheit im Körper, Freiheit in der Bewegung: Aikido im Rahmen ambulanter Psychiatrienachsorge. In P. Schettgen (Hrsg.). *Heilen statt Hauen! Aikido-Erweiterungen in Therapie und beruflicher Praxis*. S. 43-62. Augsburg: Ziel GmbH.
- Clauß, G. (1999). *Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner: Grundlagen*. Frankfurt/Main: Verlag Harri Deutsch.
- Elhardt, S. (1974). *Aggression als Krankheitsfaktor. Eine Einführung in das Verständnis der psychosomatischen Medizin*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Ermann, M. (2004). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Freiwald, M; Liedtke, R. & Zepf, S. (1973). Versuch einer Objektivierung des Aggressionsverhaltens psychosomatisch erkrankter Patienten. *Verh. Dtsch. Ges. inn. Med*, 79, 1452-1454.
- Fuller, J.R. (1988). Martial Arts and psychological health. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 317-328.
- Gleser, J. & Brown, P. (1988). Judo Principles and Practices: Applications to Conflict-solving Strategies in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 437-447.
- Grässner, M. & Deimel, H. (2007). Kampfkunst in Psychosomatik und Psychotherapie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23, 66-71.
- Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (2004). *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Höhmman-Kost, A. & Siegele, F. (2004). „Arbeit an sich selbst!“ – Der „Weg der Übung.“ Kampfkünste in der Integrativen Therapie und Supervision Suchtkranker. *Integrative Therapie*, 30, 6-23.
- Holz, K. & Zahn, C. (1995). *Rituale und Psychotherapie: transkulturelle Perspektiven*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Kutz, I.; Borysenko, J.Z. & Benson, H. (1985). Meditation and Psychotherapy: A Rationale for the Integration of Dynamic Psychotherapy, the Relaxation Response, and Mindfulness Meditation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 11-8.
- Lachmann, F. (2004). *Aggression verstehen und verändern*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

- Leibig, T.; Wilke, E. & Feiereis, H. (1995). Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, eine testpsychologische Untersuchung während der Krankheitsremission. *Zschr. psychosom. Med.*, 31, 380-392.
- Liedtke, R. (1987). *Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern*. Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.
- Lind, W. (1999). *Das Lexikon der Kampfkünste*. Berlin: Sportverlag Berlin GmbH.
- Matschke, K.D. & Velte, H. (2005). *Budo-Etikette. Verhaltensformen, Disziplin und Erfolgsgeheimnisse der japanischen Kampfkünste*. Vierkirchen: Schramm Sport GmbH.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Nyklicek, I.; Vingerhoets, A.J. & Van Heck, G.L. (2001). Hypertension and appraisal of physical and psychological stressors. *Journal of psychosomatic research*, 50, 237–244.
- Oshima, K. & Ando, K. (2003). *Kendo. Lehrbuch des japanischen Schwertkampfes*. Berlin: Verlag Weinmann.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.; Bloem, J. & Moget, P. (2004). Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven. *Integrative Therapie*, 30, 24-100.
- Pflaumer, P. (1999). *Statistik für die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Deskriptive Statistik*. München: R. Oldenbourg Verlag.
- Probst, B.; Wietersheim, J.; Wilke, E. & Feiereis, H. (1990). Soziale Integration von Morbus Crohn und ulcerosa Patienten. Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. *Zeitschr. psychosom. Med.*, 36, 258-275.
- Roth, S. (1993). Aikido mit Drogenabhängigen. *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 23-28.
- Schröder, G. & Brendel, T. (2004). *Affekt-Kontroll-Training – Qigong Dancing – Synergien aus Ost und West*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Schwenkmezger, P.; Hodapp, V. & Spielberger, C. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdruck-Inventar STAXI: Handbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Thimme, T. (2007). *Kampfkunst in der Psychosomatik. Eine Studie zur therapeutischen Wirksamkeit*. Köln: unveröff. Diplomarbeit.
- Schulte, N. (1997). *Wendung der Aggression gegen das Selbst? Empirische Studie zu Aggressivitätsfaktoren, Ärgerausdruck und Impulsivität bei Depressiven*. Universität Ulm: Dissertation.
- Vögele, C. & Steptoe, A. (1993). Ärger, Feindseligkeit und kardiovaskuläre Reaktivität: Implikationen für essentielle Hypertonie und koronare Herzkrankheit. In V. Hodapp & P. Schwenkmezger (Hrsg.). *Ärger und Ärgerausdruck*. S. 169-191. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wagner, W. (2002). Aiki-Do Schwertarbeit in der Psychotherapie. In P. Schettgen (Hrsg.) *Heilen statt Hauen! Aikido-Erweiterungen in Therapie und beruflicher Praxis*. S. 31-42. Augsburg: Ziel GmbH.
- Weiser, M.; Kutz, I. & Kutz, S.J. (1995). Psychotherapeutic Aspects of the Martial Arts. *American Journal Of Psychotherapy*, 49, 118-127.
- Weiss, H. (2006). Bewusstsein, Gewahrsein und Achtsamkeit. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. S. 406-413. Stuttgart – New York: Schattauer GmbH.

- Wohak, B. (2003). Das Körperschema der Angst auflösen: Schwertarbeit als Empowerment für Traumaopfer. In P. Schettgen (Hrsg.). *Kreativität statt Kampf! Aikido-Erweiterungen in Theorie und Praxis*. S. 89-102. Augsburg: Ziel GmbH.
- Wolters, J.M. (1992). *Kampfkunst als Therapie: die sozialpädagogische Relevanz asiatischer Kampfsportarten; aufgezeigt am Beispiel des sporttherapeutischen "Shorin-ji-Ryu" (-Karatedo) zum Abbau der Gewaltbereitschaft und Aggressivität bei inhaftierten Jugendlichen*. Frankfurt am Main: Verlag Pater Lang GmbH