

## **Der motodiagnostische Blick und das sinnerfassende Verstehen von bewegter Lebenswirklichkeit / Prof.Dr. Dieter Mattner<sup>1</sup>**

### **Vom Blicken und Schauen**

Der Psychiater Klaus Dörner berichtet in der Einleitung zu seinem Buch "Tödliches Mitleid" von dem Phänomen des sog. "Pannwitz-Blickes", um damit Anliegen und Problemstellung seiner Ausführungen zu präzisieren.

Dr. Pannwitz, ein Offizier der deutschen Wehrmacht in Auschwitz, war die Aufgabe übertragen, verwertbares von unverwertbarem Menschenmaterial zu unterscheiden. Grundvoraussetzung dessen war es nach Dörner, mittels reduktionistischer Blickbeschränkungen menschliche Wesen in verwertbare bzw. wertlose Sachen zu verwandeln.

Dörner sieht in dieser Art des selektierenden Blickes ein im Zuge der Moderne heraufkommenden Verwertungsperspektive, die sich nach ihm gerade in der Behandlung der "sozialen Frage" drastisch auswirkte (vgl. Dörner 1988, 7ff).

Diese Form des kalkulierend-objektivierenden Verwertungsblickens bedarf zur Vermeidung subjektiv verfärbter Verunreinigungen der Wert- und Empfindungsenthaltung des dazu legitimierten Gutachters, um so die Entpersonalisierung betroffener Menschen zu gewährleisten.

Der Soziologe Zygmund Baumann, ein Vertreter der Postmoderne, sieht im Programm der Aufklärung und der damit verbundenen Inthronisation der Naturwissenschaften insgesamt das Postulat der subjektiv-normierenden Wertenthaltung zur Gewährleistung rational-objektivierbaren Wissens begründet: einer "Befreiung der Vernunft vom Gefühl, der Rationalität von normativen Zwängen", wie es Baumann nennt (Baumann 1994, 123).

Baumann spricht hier von einem Prozeß der Entmenschlichung, die für ihn dort beginnt, wo Menschen ("Objekte des bürokratischen Prozesses") auf rein quantitative Größen reduziert werden (Baumann 1994, 117ff).

### **Der kalkulierende Blick**

Der datensammelnde, objektivierende Blick der Naturwissenschaften wurde zum Erkenntnisideal der Moderne. Dieser "diagnostische Blick" erfordert eine spezifische Wahrnehmungsstrategie: "eine Art von blindem Sehen", wie Kleinbach sagt (Kleinbach 1993, 141).

Der so charakterisierte Blick unterscheidet sich wesensgemäß vom Sehen, Ansehen und Gesehenwerden: von der ganzheitlichen Wesensschau, der Gesamtschau, durch die ich mich durch ein Gegenüber "berühren" lasse.

Beispiel:

Ich kann mich durch eine angeschaute Trauerweide in Stimmung versetzen lassen; man kann diesen Baum auch aus der kalkulierend-ökonomischen Blick-Perspektive in Festmetern denken.

Die schlaffe Körperhaltung, die hängenden Schultern eines Kindes kann auf die innerpsychische Verfassung hinweisen; dem diagnostischen Blick erschließt sie sich als Haltungsscnaden, der mittels spezifischer Übungen korrigiert werden muß.

Die Zappeligkeit des unruhigen, unkonzentrierten Kindes erscheint der paradigmatisch fixierten Blickbeschränkung als inadäquates Bewegungsverhalten, das der motorischen AbSättigung bedarf; der Wesensschau eines empathischen Gegenübers erschließt sich diese Unruhe u.U. als sinnvolle Mitteilung eines Kindes, das sich in einer psychosozialen Notlage befindet.

Sie können mich wiegen, mich vermessen, meine Gesten biomechanisch erfassen; sie werden auf diesem Wege allerdings nie erfahren, was ich fühle und denke, wer ich meinem Wesen nach bin.

Der Blick als Diagnose-Instrument funktionalisiert das Sehen; er abstrahiert von der kommunikativen

---

<sup>1</sup>entnommen: TB'P - Institut für Bewegungsbildung und PsychomotorikInternet-Zeitschrift Artikel 2000  
[http://www.ibp-psychomotorik.de/forum/rmattner\\_home\\_oben.htm](http://www.ibp-psychomotorik.de/forum/rmattner_home_oben.htm)

Wesensschau und zerlegt das menschliche Gegenüber - z.B. ein wie auch immer bewegungsauffälliges Kind - nach quantifizierbaren und objektiv verifizierbaren Größen.

Die in den Blick genommene Dingwahrnehmung und das Gewährwerden des Anderen, die Wesens-Schau sind demnach zwei unterschiedliche, gegensätzliche Modi der Welterfassung, für die sich ein visuell Wahrnehmender mehr oder weniger bewußt entscheidet (vgl. Kleinbach 1993, 1994).

### **Wahrnehmung als subjektiv-sinnkonstituierendes Moment**

Das heißt: Wir konstruieren im Wahrnehmungsprozeß das, was wir wahrnehmen wollen. Allgemein formuliert heißt das: Die vom Betrachter visuell wahrgenommene Welt ist, wie wir seit den Erkenntnissen des Konstruktivismus wissen, immer eine dem Wesen nach subjektiv konstruierte Welt.

Demnach entscheidet der Wahrnehmende mehr oder weniger bewußt darüber, was für ihn zum Wahren wird. In der Leib-Phänomenologie Merleau-Pontys ist dies das "Prä-Reflexive" im Wahrnehmungsprozess (vgl. Mattner 2000). Gemeint ist damit das bereits Gekante, Erfahrene, ohne das das jeweilige Wahrgenommene bedeutungslos wäre.

Ich kann also nur das sehen, was ich bereits kenne oder erwarte.

Was bedeutet dies bezüglich einer diagnostischen Intention?

Die Erwartungshaltung des Diagnostikers wird dann wirksam, wenn er beispielsweise vermittlems paradigmatischer Blickbeschränkung seine Beobachtungen lediglich auf objektivierbare Daten beschränkt. In diesem Falle ist er im diagnostischen Erblicken von der Überzeugung geleitet, nur die durch subjektive Enthaltbarkeit gereinigte Daten seien von wissenschaftlicher Relevanz. Dem positivistischen Reinheitsgebot folgend, wird dieser Wissenschaftler menschliche Wesensphänomene auf empirisch-rational beobachtbare "Tatsachen" reduzieren.

Dieses diagnostische Vorgehen erfordert die Enthaltung subjektiver Empfindungs- und Werturteile, die aus der Perspektive des naturwissenschaftlichen Erkenntnisideals dem Reich der Spekulation zugewiesen wurden (vgl. Mattner 1997, 33ff).

Was schließen wir daraus?

Die in der Diagnose-Situation gewonnenen Ergebnisse sind immer vom jeweiligen Erkenntnisideal geprägt: beispielsweise durch eine paradigmatisch fixierte Blickverengung oder durch eine überschäumende esoterisch infizierte subjektive Deutungslust.

Das heißt konkret: Die vom Forscherblick erkannten Wesensbesonderheiten eines Kindes sagen offensichtlich mehr über den Diagnostiker aus als über das diagnostizierte Kind. Nur so ist es zu erklären, daß aus der jeweiligen Blick- und Beurteilungsperspektive ein "besonderes" Kind, das den institutionellen Normalitätsansprüchen nicht genügt, aus der einen Perspektive als interessiert, lebhaft und aus der anderen Perspektive als unkonzentriert, hyperkinetisch mit Krankheitswert erscheinen kann.

Das heißt: Das "Andere der Normalität", das sog. "Störende" des Kindes, ist immer eine Frage der Blickperspektive, aus der es beurteilt wird. Eine vom diagnostischen Blick definierte Störung ist demnach zunächst nichts anderes als eine Differenz zwischen einer Erwartungshaltung einer zur Definition Störung berechtigten Person und deren Wirklichkeitsauffassung und einem Menschen, der dieser Erwartungshaltung aus den unterschiedlichsten Gründen nicht zu entsprechen vermag.

"Das heißt, wenn wir etwas als störend beschreiben, dann machen wir im Grunde keine Aussage über den Gegenstand, den wir beschreiben, sondern wir machen eine Aussage über unsere Art und Weise zu beobachten." (vgl. Walthes 1993, 149)

Die pathologische Zuschreibung, die scheinbare Sinnlosigkeit eines gezeigten Verhaltens resultiert aus dem "Vor-Urteil" eines um Objektivität bemühten Beobachters, der dazu legitimiert ist zu entscheiden, das für ihn Unverständliche mit dem Etikett "sinn-los" oder "krank" zu versehen.

### **Der motodiagnostische Blick der "Moto-Logik"**

Kommen wir zum motodiagnostischen Blick in der "Moto-Logik", die ursprünglich mit dem Anspruch angetreten war, das menschliche Bewegungsgeschehen als "Motorik" nach wissenschaftlichen Kriterien

systematisch-logisch" zu erfassen, um von dort, so nahm man an, Rückschlüsse auf die menschliche Psyche ziehen zu können.

Ganz in diesem "moto-logischen" Sinne veröffentlichte Neuhäuser in der Motorik 1986 einen Aufsatz mit dem Titel "Der Blick und die motoskopische Diagnose". Er betonte dort, die motoskopische Diagnostik bediene sich der Fähigkeit des menschlichen Blickes, komplexe Phänomene rasch zu erfassen, analysierend zu bewerten und bestimmten Kategorien zuzuordnen. Um einen zu stark subjektiv gefärbten Eindruck zu vermeiden, habe man versucht, das Vorgehen so gut als möglich zu standardisieren und zu objektivieren.

Dennoch solle eine psychomotorische Diagnose "ganzheitliche Aussagen" ermöglichen, die "Leib und Seele" gleichermaßen erfassen (vgl. Neuhäuser 1986, 45, 47).

Wie dieses Zusammenspiel von Blicken und Schauen funktionieren soll, um sog. ganzheitliche Aussagen zu ermöglichen, ist eine der wesentlichen ungelösten Widersprüchlichkeiten der Psychomotorik geblieben. Innerhalb der mototherapeutischen Konzeption versucht man sich immer wieder dieses Problems mit Hilfe eines anthropologischen Tricks zu entledigen: mittels der sog. Sekundärstörungshypothese, die gewissermaßen die besondere Position dieser therapeutischen Variante hervorheben soll.

### **Die motodiagnostische Blickbeschränkung**

Neuhäuser hob ganz in diesem Sinne erst kürzlich den spezifisch therapeutische Stellenwert der Mototherapie hervor, indem er dort ausdrücklich darauf hinwies, daß die Mototherapie eine Methode zur Behandlung von Retardierungen und Störungen im psycho-motorischen Leistungs- und Verhaltensbereich, weshalb sie gewissermaßen eine "Lücke" zwischen Physiotherapie und Psychotherapie ausfülle und somit zwischen Psycho- und Physiotherapie anzusiedeln sei (vgl. Neuhäuser 1999). Die Mototherapie wird demnach weiterhin als eine Therapieform charakterisiert, mit deren Hilfe man über die Korrektur motorischer Fehlfunktionen eine Korrektur von Auffälligkeiten im Verhaltens- und Leistungsbereich von betroffenen Kindern erreichen könne; nämlich "alle Störungen im psychischen Bereich, die im engen Zusammenhang mit dem Bewegungsverhalten stehen" (vgl. Neuhäuser 1999, 107).

Auf dem Hintergrund dieser ursprünglich motologisch inspirierten impliziten Anthropologie - der sog. Sekundärstörungshypothese - soll die motodiagnostische Blickfixierung des menschlichen Bewegungsgeschehens Rückschlüsse auf den Verhaltensbereich und damit auf den Persönlichkeitsbereich des jeweiligen Menschen zulassen, wie dies z.B. Schilling schon früher immer wieder betonte:

"Das Kind, das nur unzureichend sich und seinen Körper beherrscht und seine Willkürmotorik kontrollieren kann, zeigt jedoch sehr häufig Sekundärstörungen im emotionalen und sozialen Bereich. Verhaltensauffälligkeiten, Schulschwierigkeiten, Ängste, Unsicherheiten, Konzentrationsstörungen und Leistungsversagen sind häufig vordergründige Vorstellungsgründe, die bei einer genaueren Motodiagnostischen Untersuchung Zusammenhänge zu motorischen Auffälligkeiten, Retardierungen und Störungen erkennen lassen." (Schilling 1984a, 101f)

Mit dieser "Sekundärstörungs-Hypothese" und dem damit verbundenen impliziten Menschenbild hat ein überzeugter Motodiagnostiker lediglich die motorische Störungen eines verhaltensauffälligen Kindes in den Blick zu nehmen, weil er mit der motologischen Selbstgewißheit davon ausgehen darf, daß diese motodiagnostisch erfaßten motorischen Abweichungen als Primärstörungen für vielfältige "neurotische" Verhaltensweisen verantwortlich sind (Schilling 1986b, 63). In seiner anschließenden mototherapeutischen Behandlungstrategie darf er sich dann zur Beseitigung der "neurotischen Verhaltensweisen" lediglich auf Altbewährtes konzentrieren wie der: "Entwicklung der Sensorik, des Körper-Schemas, der Raum-Zeit-Orientierung, der Körperkoordination, der Auge-Hand-Koordination und der manuellen Geschicklichkeit, der Lateralisation, der Graphomotorik" (Schilling 1988, 127). Im Zuge dieser motologischen Gewissheit weiß dieser Motologe, daß er über die Korrektur insuffizienter somatischer Funktionsbereiche quasi automatisch die inadäquate "psychisch-emotionale Steuerung" erreichen wird.

Die "Moto-Logik" will hier, wie es ursprünglich hieß, einen bisher unentdeckten menschlichen Befindlichkeitsbereich ("Zwischenbereich") "zwischen den Polen 'normal' und 'gestört'" entdeckt haben, der nur durch den mototherapeutischen Blick verifizierbar sei. Gemeint sind die genannten "leichten motorischen Behinderungen", die als Primärstörungen für die Sekundärstörungen im psychischen Bereich verantwortlich seien, und die aufgrund fehlenden diagnostischen Inventars von neurologisch-psychiatrischer Seite meist unerkannt blieben (vgl. Schilling 1984a, 101f; 1984b, 12; 1986b, 63).

Diese motologische Selbstgewißheit und das damit verbundene implizite Menschenbild ist m. E. nach wie

vor dafür verantwortlich, daß im motologischen Setting verhaltensauffällige Kinder vielfach lediglich psychomotorisch beübt werden, weil man in der motologischen Selbstgewißheit davon ausgehen darf, daß sich diese motorischen Übungssequenzen schon irgendwie "sekundär" stabilisierend auf die Gesamtpersönlichkeit betroffener Kinder auswirken werden. Als Beleg der Fortschritte scheint es dann zu genügen, lediglich auf die positiven Veränderungen der motometrisch ermittelten Daten zu verweisen.

Halten wir also fest:

Die motodiagnostische Blickfixierung ist im impliziten Menschenbildes der "Moto-Logik" mit folgenden Hypothesen begründet:

In der Hervorhebung der menschliche Motorik als Hauptentwicklungsfaktor der menschlichen Persönlichkeit. Mit der Annahme, menschliche Wesensbesonderheiten resultieren kompensatorisch (sekundär) aus einer defizitären Motorik bzw. - wie früher angenommen wurde - auf einer minimalen cerebralen Dysfunktionen (MCD).

Einer damit verbundenen therapeutischen Selbstgewissheit: die mittels mototherapeutisch vorgenommener Korrektur motorischer Fehlfunktionen hätten einen positiven Einfluß auf die psychische Gesamtbefindlichkeit des menschlichen Individuums.

Die paradigmatische Blickbeschränkung und dem damit verbundenen impliziten Menschenbild der "Moto-Logik" haben folgende konkrete Konsequenzen:

Durch diese monokausale Zugangsweise zum jeweiligen Phänomen wird tendenziell jegliche Abweichung von einer vorab definierten Norm zum Beleg einer zugrundeliegenden Krankheit

Den spezifischen Verhaltensbesonderheiten betroffener Kinder wird keinerlei Bedeutung beigemessen: das gezeigte Verhalten ist anormal und damit bedeutungslos, also ohne Sinn.

Andere mögliche Verursachungsfaktoren, die verursachende Auslöser für ein Verhaltensphänomen sein könnten, bleiben ausgeblendet.

Der Vorteil dieser Sichtweise von menschlicher Subjektivität liegt auf der Hand:

Es bietet den mototherapeutisch Tätigen und seiner Klientel Orientierungs- und Handlungssicherheit. Die Mototherapie kann sich auf bewährte motologische bzw. psychomotorische Übungsinhalte konzentrieren, die zwar ganzheitlich-spielerisch, kindzentriert angeboten werden sollen, aber letztlich vom defizit- und funktionsorientierten Blick der jeweiligen psychomotorisch Tätigen dominiert sind. Auf dem Hintergrund dieses impliziten Menschenbildes der "Moto-Logik" waren seither die meisten kindlichen Verhaltensauffälligkeiten "aufgepöppelte Verhaltensstörungen" bei "Kindern mit zerebraler Dysfunktion" (Schilling 1977a, 48). Auf diese Weise wurde in den 80er Jahren die "minimale cerebrale Dysfunktion" (MCD) zur eigentlichen "Domäne" der Mototherapie erhoben. Denn, so wurde argumentiert, die MCD sei erst durch die Motodiagnostik erfaßbar und durch die Mototherapie adäquat behandelbar (vgl. Hünnekens 1981, 197; Kiphard 1981, 78; Schilling 1980, 62; 1986a, 734; 1986b, 63).

Dieser ätiologische Zusammenhang taucht bei Neuhäuser allerdings so nicht mehr auf, was wohl u.a. daran liegen kann, daß die "Epidemie" einer sog "Minimalen cerebralen Dysfunktion" (MCD) bei Schulkindern inzwischen insgesamt abgeklungen zu sein scheint, was weniger auf hoch-effiziente Therapiemaßnahmen als vielmehr auf kritische Einwände von kinderpsychiatrischer Seite gegen diese wild um sich greifende Modediagnose zurückzuführen ist (vgl. Esser/Schmidt 1987).

### **Bewegung als Bedeutungsphänomen**

Das bedeutsame Erfassen des Anderen der Erwartungsnormalität erfordert offenbar die Überwindung der paradigmatischen Blickfixierung, um in einer empathisch-dialogischen Wesensschau das Kind in seinem Anders-Sein überhaupt erst begreifen zu können.

Verhaltensauffälligkeiten - besser: das Andere einer von außen herangetragenen Normalitäts-Erwartung - darf dort nicht monokausal auf eine Ursache reduziert werden. Es sollte zunächst primär als Ausdruck einer Störung der Beziehung zwischen einem betroffenen Kind und seiner Lebensumwelt beurteilt werden (vgl. Klein 1999, 53ff).

Dies erfordert eine interdisziplinäre, sinnerfassende Diagnose, die die gesamte Lebensumwelt von

betroffenen Kindern berücksichtigen muß, wie dies beispielsweise für die systemökologische Sichtweise und einem dort wirksamen impliziten Menschenbild der Fall ist.

Mit dieser Betrachtungsweise verbietet es sich, unverständene Verhaltensphänomene vorab als inadäquate, pathologische Verhaltenweisen abzutun, die psychomotorisch in ihre normalisierenden Schranken zu verweisen sind. Erst die Bereitschaft, dem Absonderlichen einen Sinnbezug zum betroffenen Menschen zu unterstellen, schafft die Grundvoraussetzung einer hermeneutisch-dialogischen Wirklichkeit, deren Intention es sein muß, sich dem "Anderssein" des Menschen empathisch anzunähern.

Durch diesen sinnerschließenden Perspektivwechsel zeigen sich z.B. Besonderheiten im Lern-, Leistungs- und Verhaltensbereich auch und insbesondere als Ausdruck einer jeweils besonderen Konfliktlage der Betroffenen, die sich u.U. als Konzentrationsstörung, nervöse Unruhe, Schulangst oder Verwahrlosung äußern können (vgl. Trescher 1985, 52).

#### **Literatur:**

- Baumann, Z.: Dialektik der Ordnung. Die Moderne und der Holocaust. Hamburg 1994  
Dörner, K.: Tödliches Mitleid. Gütersloh 1989  
Esser, G./Schmidt, M.: Minimale cerebrale Dysfunktion - Leerformel oder Syndrom? Stuttgart 1987  
Hünnekens, H.: Grundlagen der Mototherapie. In: Clauss, A. (Hrsg.): Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender. Erlangen 1981  
Jantzen, W.: Der neue Terminus: Ontologisierung. Behindertenpädagogik (1982),4, 189 -190  
Kiphard, E.J.: Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern. Gütersloh 1960  
Kiphard, E.J.: Unser Kind ist ungeschickt. München/Basel 1966  
Kiphard, E.J.: Leibesübung als Therapie. Bewegungspädagogische und heilpädagogische Grundlagen. Gütersloh 1970  
Kiphard, E.J.: Bewegungs- und Koordinationsschwächen im Grundschulalter. Schorndorf 1970a  
Kiphard, E.J.: Zur bewegungstherapeutischen und sonderpädagogischen Übungspraxis. In: Eggert, D./Kiphard E.J.: Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder. Schorndorf 1972a  
Kiphard, E.J.: Bewegungsdiagnostik bei Kindern. Beiträge zur schulischen und klinischen Heilpädagogik. Gütersloh 1972b  
Kiphard, E.J.: Motopädagogik. Dortmund 1979  
Kiphard, E.J.: Sensomotorische Übungsbehandlung. In: Clauss, A. (Hrsg.): Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender. Erlangen 1981  
Kiphard, E.J.: Mototherapie - Teil II. Dortmund 1983  
Kiphard, E.J.: Psychomotorik - Motopädagogik - Mototherapie. In: Motorik 7, (1984), 2, 49-51  
Kleinbach, K.: Sehzwang als Blindheit - Versuch zum ‚diagnostischen Blick‘ in der Sonderpädagogik. Behindertenpädagogik 32 (1993),2, 140-152  
Kleinbach, K.: Zur ethischen Begründung einer Praxis der Geistigbehindertenpädagogik. Bad Heilbrunn 1994  
Leber, A.: Psychoanalytische Aspekte einer heilpädagogischen Theorie. In: Bürli, A.: Sonderpädagogische Theoriebildung. Vergleichende Sonderpädagogik. Luzern 1977  
Landmann, M.: De Homine. Der Mensch im Spiegel seines Gedankens. München 1962  
Linderkamp, F.: Untersuchung zur phänomenologischen Differenzierung bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindesalter. Heilpädagogische Forschung (1998), 1,2-11  
Mannoni, M.: Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter. Ötten 1972  
Mannoni, M.: "Scheißerziehung". Von der Antipsychiatrie zur Antipädagogik. Frankfurt/Main 1980  
Mattner, D.: Wissenschaftstheoretische Grundlegung einer heilpädagogischen Anthropologie. In: Mattner, D./Gerspach, G.: Heilpädagogische Anthropologie. Stuttgart/Berlin/Köln 1997  
Mattner, D.: Der bewegte Leib - Menschliche Konstituierungsprozesse aus leibphänomenologischer Sicht. Motorik (2000), 1, 3-10  
Mrochen, S./Kerkhoff, W.: Störungen der Aufmerksamkeit - Das Attention Deficit Disorder\_syndrom (ADD). Motorik (1994),3, 87-92  
Müller, M.: Denkansätze in der Heilpädagogik. Eine systematische Darstellung heilpädagogischen Denkens. Heidelberg 1991  
Neidhardt, W.: Der Beitrag der Psychoanalytischen Pädagogik zur Förderung verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher. Hagen 1984  
Neuhäuser, G.: Das leicht hirngeschädigte Kind. Zur Problematik aus medizinischer Sicht. Motorik 3 (1980), 2, 39-50  
Neuhäuser, G.: Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) und Bewegungsverhalten. In: Knab, E. (Hrsg.): Motopädagogik in der Heimerziehung. Frankfurt 1984  
Neuhäuser, G.: Mototherapie im Spannungsfeld zwischen Physiotherapie und Psychotherapie. In: Motorik 8 (1985a), 2, 41-42  
Neuhäuser, G.: Der Blick und die motoskopische Diagnose. Motorik 9 (1986),2, 45-48  
Neuhäuser, G.: Psychomotorik und Mototherapie - Wirkfaktoren und Behandlungsergebnisse. Motorik 1999,3, 106-112  
Schilling, F.: Motodiagnostik des Kindesalter. Empirische Untersuchung an hirngeschädigten und normalen Kindern. Berlin 1973

Schilling, F.: Die Bedeutung der Motorik für die Differentialdiagnostik leichter frühkindlicher Hirnschäden im Kindesalter. In: Mschr. Kinderheilk. (1973a), 308-309  
 Schilling, F.: Diagnose und Therapie motorischer Störungen bei Kindern mit minimaler cerebraler Dysfunktion. In: Psychomotorik 2 (1977), 2, 47-56  
 Schilling, F.: Störungen der Bewegungsentwicklung. In: Bauss, R./Roth, K. (Hrsg.): Motorische Entwicklung. Darmstadt 1977a  
 Schilling, F.: Das Bewegungsverhalten von Kindern mit minimaler cerebraler Dysfunktion. In: Motorik 3 (1980), 2, 61-68  
 Schilling, F.: Grundlagen der Motopädagogik. In: Clauss, A. (Hrsg.): Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender. Erlangen 1981  
 Schilling, F.: Mototherapie vorerst nicht verordnungsfähig. In: Motorik 7 (1984a), 3, 101-102  
 Schilling, F.: Grundkonzepte der Mototherapie. Vortrag beim 12. Internat. Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie, (unveröffentl. Mskr.). Brixen (Italien) 1984b  
 Schilling, F.: Zur Situation von Psychomotorik, Motopädagogik und Mototherapie. In: der Kinderarzt 17 (1986a), 5, 726-735  
 Schilling, F.: Ansätze zu einer Konzeption der Mototherapie. Motorik 9 (1986b), 2, 59-67  
 Schilling, F.: Anwendungsbereich der Motodiagnostik. In: der Kinderarzt 18 (1987), 1058-1065  
 Schilling, F.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Behandlung. In: Nissen, G. (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Bern; Stuttgart; Toronto 1988  
 Seewald, J.: Bewegungsmodelle und ihre Menschenbilder in verschiedenen Ansätzen der Psychomotorik. Motorik 1998,4, 151-158  
 Seewald, J.: Zum Problem der Diagnostik in Psychomotorik und Motologie. Praxis der Psychomotorik 1999,3, 152-160  
 Trescher, H.-G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik. Frankfurt/Main 1985  
 Walthes, R.: Störung zwischen Dir und mir. Grenzen des Verstehens, Horizonte der Verständigung. Frühförderung interdisziplinär (1993),4, 145-155  
 Zentall, S.S./Goetze, H.: Kinder mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen (ADHD) - Neuere experimentelle Befunde und Anwendungen für den Unterricht. Sonderpädagogik (1994),3, 82-91

Die Position Neuhäusers steht demnach im Gegensatz zu der von Seewald, der erst kürzlich konstatierte, die deutsche Psychomotorik habe keine Krankheits- und Behandlungslehre entwickelt (vgl. Seewald 1999, 154).

Ich glaub nicht, daß dieses motologische Selbstverständnis nur ein Anfängerproblem ist, bzw. lediglich im Sinne einer "Begründungsdiagnostik gegenüber Kostenträgern" Anwendung findet (Seewald 1999, 153).