

# **Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung**

## **-Praxisempfehlungen für eine psychiatrische Bewegungstherapie –**

(Andreas Stammer, Klinikum am Weissenhof Weinsberg 2012)

### **1. Vorbemerkungen**

Bewegungstherapeutische Angebote gehören mittlerweile in fast allen psychiatrischen Kliniken zum Spektrum der eingesetzten Behandlungsverfahren. Es finden sich verschiedene Methoden, bei denen der Körper sowie Bewegung, Spiel und Sport als Medien in der Behandlung schizophrener Patienten eingesetzt werden (Bewegungstherapie, Sporttherapie, Physiotherapie sowie körpertherapeutische Ansätze wie KBT, IBT, Tanztherapie).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Formulierung von therapeutischen Leitlinien in der bewegungstherapeutischen Behandlung von schizophrenen Menschen, die von Grundlagen der Diagnostik und Psychopathologie des Krankheitsbildes und von therapeutischen Standards und praxiserprobten Modellen abgeleitet sind.

### **2. Begründung einer gezielten psychiatrischen BWT mit schizophrenen Menschen**

Die Bedeutung und Indikation einer leib- und bewegungsorientierten Therapie für schizophrene Patienten ergibt sich zum einen aus Veränderungen in der Körperwahrnehmung und im Körpererleben (Körperschema- und Körperbildstörungen) sowie einer deutlichen Veränderung der Fähigkeit, eine Beziehung zu sich selbst, zu den Mitmenschen und zur Umwelt (Raum, Geräte, Materialien) aufzunehmen. In seiner Krankheit verliert der schizophrene kranke Mensch das Gefühl für die Ganzheit seines Körpers, Halt und Grenzen gehen verloren. Die Beziehung zum eigenen Selbst, sowie zur Außenwelt ist gestört. Er fühlt sich fremdbeeinflusst, fremdbestimmt.

Messbare neuropsychologische Defizite wie Störungen der Konzentrationsfähigkeit, des Antriebs, der Planung, der Exekutivfunktionen, der Sozialkompetenz können erheblich beeinträchtigend wirken und zu sozialer Isolierung führen. Der allgemeine körperliche Zustand und die Leistungsfähigkeit sind mit zunehmender Dauer der Erkrankung oft deutlich beeinträchtigt.

Da sich diese Störungen besonders im leiblichen Geschehen manifestieren, ist ein gezieltes bewegungstherapeutisches Vorgehen von Anfang an möglich und sinnvoll.

### **3. Modell der Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung**

Um die Wirksamkeit bewegungstherapeutischer Maßnahmen sicherzustellen, ist ein geplantes und auf die Diagnose und Psychopathologie ausgerichtetes Vorgehen erforderlich. Im Modell der Therapieplanung (vgl. Hölter 1993, modifiziert im Weinsberger Modell der Therapieplanung) wird der therapeutische Prozess daher in vier wesentliche Schritte gegliedert:

- **Bewegungstherapeutische Diagnostik** (Einsatz geeigneter Verfahren zur qualitativen Bewegungsbeobachtung, u.a. LOVIPT, WSBB)
- **Formulierung von Therapiezielen**
- **Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur** (Indikation für Einzelbehandlung oder Gruppentherapie, verlaufs- und ressourcenorientierte Intervention, Reflexion des Therapeutenverhaltens)
- **Therapiekontrolle** (Einsatz diagnostischer Verfahren im Verlauf, Einbindung der Bewegungstherapie in das therapeutische Team, Supervision)

### 3.1 Bewegungstherapeutische Diagnostik

Die Basis der **bewegungstherapeutischen Problem- und Verhaltensanalyse** bildet der psychopathologische Befund und die daraus resultierende Diagnose nach ICD 10 sowie ggf. Befunde der Anamnese, der körperlichen und neurologischen Untersuchung. Ergänzt und präzisiert werden diese Vorinformationen durch eine spezifische **bewegungstherapeutische Diagnostik**, bei der Möglichkeiten der Fremd- und Selbstevaluation genutzt werden.

Als **Meßverfahren** zur Erhebung des bewegungstherapeutischen Befundes werden Verfahren zur qualitativen Bewegungsbeobachtung eingesetzt (Löwener Beobachtungsskalen bzw. Weinsberger Skalen; Ratingverfahren zur zielgerichteten Beobachtung und Erfassung psychosozialer Aspekte des Patientenverhaltens in Bewegungssituationen). Zur spezifischen Ergänzung bzw. zur Evaluation bewegungstherapeutischer Prozesse kommen, v.a. bei körpertherapeutischen Methoden, Fragebogenuntersuchungen oder projektive Verfahren zur Anwendung ((vgl. Röhrich & Priebe 1998).

### 3.2 Therapieziele

Aus der bewegungstherapeutischen Diagnostik lässt sich im weiteren die Formulierung von Therapiezielen und bewegungstherapeutischen Themen ableiten. Unter Berücksichtigung der Psychopathologie wird ein störungsspezifischer Zugang möglich, es kann ein direkter Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Erkrankung hergestellt werden. Von besonderer Bedeutung ist aus bewegungstherapeutischer Sicht, dass der Patient in der Wahrnehmung des eigenen Körpers und im Erleben der eigenen Bewegung in Kontakt kommen kann mit sich selbst, seinen Mitmenschen und der ihn umgebenden Umwelt. So ergibt sich ein therapeutisch strukturierter Handlungs- und Erfahrungsspielraum, in dem sich der Patient in übender Form auch mit seinen Möglichkeiten und Ressourcen auseinandersetzen kann.

Krietsch & Heuer (1997) formulieren **vier Übungsleitlinien**, die sich auf die komplexe Beziehungsstörung im Rahmen der schizophrenen Erkrankung beziehen:

- Beziehung zum eigenen Körper
- Beziehung zu Raum und Zeit
- Beziehung zu den Dingen
- Beziehung zum Mitmenschen

**Allgemeine Zielsetzungen** für eine Praxis der Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen liegen in folgenden Bereichen:

- Körperwahrnehmung
- Aktivierung, Vitalisierung, Verbesserung motorischer Grundfertigkeiten

- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Kommunikation, Beziehungsfähigkeit und soziale Interaktion
- Angstbewältigung, Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Deimel 1990, Stammer & Werle 1996)

Für die praktische Umsetzung in der bewegungstherapeutischen Arbeit bietet das **Konzept der Ich-Psychopathologie** Scharfettters (1999) eine hilfreiche Orientierung.

Spezifische Ausgangslage	Basisziele	Differentielle Ziele – bewegungstherapeutische Themen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Tod und Untergang</li> <li>• Erleben des eigenen Absterbens</li> </ul>	Förderung der Ich - Vitalität	> Übungsangebote zur Erfahrung körperlicher Reaktionen wie Atmung, Pulsschlag, > Bewegungsenergie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühl des von außen gemachten</li> <li>• fehlende Handlungskontrolle</li> </ul>	Förderung der Ich - Aktivität	> Ermöglichen eigenständiger, selbstkontrollierter Bewegungshandlungen im Umgang mit Objekten und in Kontakt mit anderen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlebnis des Zerrissenseins</li> <li>• Verlust des Gefühls der Verbundenheit aller Körperteile</li> <li>• Gedankenzersplitterung</li> </ul>	Förderung der Ich - Konsistenz	> Vermittlung des Körperschemas und der Körperstruktur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühl der Auflösung von Grenzen bezüglich Leib, Denken und Fühlen</li> </ul>	Förderung der Ich - Demarkation	> klare Strukturierung und Abgrenzung durch Hilfsmittel wie Kreis, Matte oder Reifen > Partnerkontakt: Umgang mit Nähe und Distanz
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsicherheit über die eigene Identität</li> <li>• Verlust der eigenen Identität</li> </ul>	Förderung der Ich - Identität	> Wahrnehmung des Bodens als Halt und Ausgangsbasis für eigene Stabilität > Körper- und Selbstwahrnehmung in Kontakt mit Geräten, Materialien oder Partnern

### 3.3 Gestaltung der Therapiestruktur

Entsprechend des Schweregrades und des Verlaufs der Erkrankung (Krankheitsstadien, Ausprägung von produktiver Symptomatik bzw. von Minussymptomatik) können verschiedene Interventionsgruppen (Akut-, Postakut- und Stabilisierungsgruppe, Gruppe für chronische Patienten) sowie bei spezieller Indikation eine Einzelbehandlung angeboten werden. Das therapeutische Setting kann dadurch in seiner Strukturierung und im Grad der psychischen und physischen Anforderungen variiert werden. Auf grundlegende Störungen im Bereich der Wahrnehmung und der Affektivität sowie die eingeschränkte Fähigkeit des Umgangs mit Belastungen und Stressoren (Vulnerabilität) wird mit gezielten therapeutischen Maßnahmen eingegangen (Vgl. Tab. 1-4).

Folgende **Prinzipien der Stundendurchführung** (vgl. Deimel 1990) haben sich in der Arbeit mit schizophrenen Patienten bewährt:

- starke Strukturierung der Stunde mit regelmäßigem Wechsel von psychophysischen Belastungs- und Entlastungsphasen
- Einfachheit, Klarheit und Eindeutigkeit in der Instruktion der Aufgabenstellung
- Herstellung einer emotional kontrollierten Beziehung zum Patienten
- Schaffen einer entspannten, konkurrenzfreien und stabilen Atmosphäre
- Aktions- statt erklärungsorientiertes Vorgehen
- Rückmeldung von Handlungserfolgen sowie Korrektur von Bewegungs- u. Handlungsfehlern (Realitätsbildung)
- Vermeidung von symptomprovozierenden Umweltbedingungen wie z.B. zu viel Stimulation, Zeitdruck, zu viel Nähe

In der **Praxis der Bewegungstherapie**: kann ein vielfältiges Methodeninventar zum Einsatz kommen.. Durch spielerisches Üben z.B. mit Bällen, Seilen, Stäben und anderen geeigneten Geräten und Materialien werden aktivierende und regulierende Wirkungen möglich. In Einzel-, Partner- und Gruppensituationen machen die Patienten aufgrund klarer Strukturierung hilfreiche und korrigierende Erfahrungen im Kontakt mit anderen. Im Therapieverlauf werden bei zunehmender Remission und Stabilisierung höhere psychophysische Anforderungen gestellt; während Struktur und Hilfestellung reduziert werden können. Im Übergang zu teilstationären und ambulanten Angeboten ist eine stärkere freizeitsportlichen Orientierung sinnvoll.

### 3.4 Therapiekontrolle

Zur Sicherung des Therapieerfolges ist der Einsatz diagnostischer Verfahren (Bewegungsbeobachtung) im Verlauf erforderlich, um auf Entwicklungen und krankheitsbedingte Veränderungen reagieren zu können. Die Einbindung der Bewegungstherapie in das therapeutische Team sowie Teilnahme an Supervision sind weitere Bausteine der Effektivitätskontrolle.

## 4. Zusammenfassung und Perspektiven

In der Behandlung schizophrener Menschen ergibt sich die Notwendigkeit differenzierter und an den Behandlungsphasen ausgerichteter bewegungstherapeutischer Angebote. Sowohl in der Fachliteratur als auch aus Sicht erprobter Praxismodelle wird dabei auf ein geplantes und strukturiertes Vorgehen verwiesen, das Grundlagen der Psychopathologie, Diagnostik und Intervention berücksichtigt.

Die nachfolgende tabellarische Auflistung orientiert sich in ihrer Struktur an einem Modell der **Therapieplanung** (Befund/Diagnostik – Therapiezielformulierung – Gestaltung der Therapiestruktur – Therapiekontrolle), das am Klinikum am Weissenhof in Weinsberg in die psychiatrische Praxis umgesetzt wird. Es gibt Hinweise auf Ziele, Inhalte und Gestaltung der Bewegungstherapie mit schizophrenen Patienten.



Tabelle 1-4.pdf

Weitere Qualitätsmerkmale einer psychiatrischen Bewegungstherapie liegen im Bereich der **Qualifikation der Bewegungstherapeuten** (Ausbildung, Tätigkeitsprofil, Rollenverständnis) und in der **wissenschaftlichen Fundierung** der Therapieprogramme. Laufende bzw. geplante Forschungsvorhaben innerhalb des AG von Dr. Sieberer

Hannover: *Wirkung von Lauftraining (bei vorbestehender Laufgruppe) auf die Symptomatik bei Schizophrenie* und PD Dr. Jordan: *Multicenterstudie Magdeburg/Langen/Hannover: Wirkung von Ausdauertraining bei Pat. mit Schizophrenie im postakuten /chronischen Stadium* arbeiten in diese Richtung.

Durch die Orientierung an vorhandenen **medizinischen Leitlinien** (DGPPN) kann eine weitere Professionalisierung und Akzeptanz der bewegungstherapeutischen Arbeit erreicht werden.

## 5. Literatur

**BANDURA, A. (1994).** Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behaviour* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.

**BANDURA, A. (1997).** *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

**DEIMEL, H. (1990).** Schizophrene Erkrankungen. In: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). *Bewegung, Spiel und Sport mit Behinderten und von Behinderung Bedrohten. Indikationskatalog und Methodenmanual*. Band 3 (966-1032). Bonn o.V.

**HAAS, R. (1997).** Psychomotorische Entwicklungsbegleitung erwachsener Menschen. *Motorik* 20 (3), 108-115.

**HAAS, R. (1999).** *Entwicklung und Bewegung – der Entwurf einer angewandten Motologie des Erwachsenenalters*. Schorndorf: Hofmann.

**HEUER, B. & SCHÜRMAN-WALKER, CH. (1988).** Körperzentrierte Gruppentherapie mit schizophrenen Kranken. In: *Krankengymnastik* 1988, Nr. 4, S. 259-269.

**HÖHMANN-KOST, A. (2002).** *Bewegung ist Leben: Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.

**HÖLTER, G. (1993).** *Mototherapie mit Erwachsenen*. Schorndorf: Hofmann.

**KLEINE, W. & HAUTZINGER, M. (HRSG.) (1996).** *Sport & Psychisches Wohlbefinden*. Aachen: Meyer und Meyer.

**KOZUL, M. (2000).** Die Weinsberger Beobachtungsskalen – Exploratorische Evaluation einer Modifikation der Leuvenener Beobachtungsskalen zur Erfassung von psychischen Indikatoren in der psychiatrischen Bewegungstherapie. Unveröff. Magisterarbeit: Universität Heidelberg.

**KRIETSCH, S. & HEUER, B. (1997).** *Schritte zur Ganzheit: Bewegungstherapie mit schizophrenen Kranken*. Lübeck/Stuttgart/Jena/Ulm: G. Fischer.

**RÖHRICHT, F. (2000).** *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.

**SCHARFETTER, C. (1998).** Schizophrenien. Annäherung an einen bedürfnisangepassten Therapieplan. *Krankenhauspsychiatrie* 9, 60-65.

**SCHARFETTER, C. (1999).** Leibeinbeziehende Therapie schizophrener Ich-Störungen. *Krankenhauspsychiatrie* 10 (4), 151-154.

**SIMONS, J., VAN COPPENOLLE, H., PIERLOOT, M.P. & WAUTERS, M. (1989).** Zielgerichtete Beobachtung des Bewegungsverhaltens in der Psychiatrie. *Motorik* 12 (2), 66-71.

**STAMMER, A. & WERLE, J. (1996).** *Bewegungstherapie in der Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. In: Rieder, H. et al. *Sport mit Sondergruppen*. Schorndorf: Hofmann.