

AG Borderline Praxis-Leitfaden BWT

Röbel 16./17. April 2015

Dr. Katharina Alexandridis
Sabine Diehl
Paavo Lohmann
Claudia Mönch
Christina Terán
Karin von Hacht
Heidrun Waidelich



Gliederung

1. Einleitung
2. Krankheitswissen
3. Diagnostik
4. Störungsorientierte Ziele, Methoden und Inhalte der BWT
 - 4.1 Setting allgemein und spezifisch und TherapeutInnen/PatientInnen- Beziehung
 - 4.2 Zielbereiche im Überblick
 - 4.3 Tabellarische Darstellung von Zielen, Methoden und Inhalten
5. Stand der Forschung
7. Offene Fragen/Veröffentlichung der Praxisleitfäden?

1. Einleitung

Da die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (BPS) eine sehr junge Diagnose ist, gibt es bisher nur wenige Veröffentlichungen zum Thema Körper und Bewegungstherapie. Der folgende Leitfaden soll einen Überblick über die bisherigen Forschungsergebnisse und Forschungsfragen geben, aber vor allem Erfahrungen aus der Praxis liefern.

Das bewegungstherapeutische Arbeiten mit PatientInnen, die unter einer BPS leiden, stellt uns BewegungstherapeutInnen vor die Herausforderung am Affektkontrollverlust (Spannungsregulation), der Identitätsstörung (Ich-Stärke) und an der Interaktionsstörung (Beziehungsfähigkeit) zu arbeiten. Dies erfordert von uns eine besondere Herangehensweise, da es sich bei allen bewegungstherapeutischen Interventionen auf der Sachebene vor allem um Veränderungen auf der emotionalen Ebene handelt.

Die Bewegungstherapie bietet allgemein eine sehr große Methodenvielfalt, die vor allem von:

- den Bedürfnissen und Zielen der PatientInnen
- den Bedürfnissen und Zielen der BewegungstherapeutInnen und
- den Zielen der Institutionen entsprechend den gegebenen Rahmenbedingungen
abhängig ist.

1. Einleitung

Wir verstehen uns als Teil eines interdisziplinären Teams und arbeiten in Anlehnung an die Grundannahmen der DBT. Auf Grund der hohen emotionalen Arbeit, die dieses Störungsbild von uns erwartet, benötigen wir interne und externe Supervision und Unterstützung durch andere Disziplinen. Das Selbstverständnis von uns BewegungstherapeutInnen muss mit den Inhalten unserer Arbeit übereinstimmen (Wer selbst nicht achtsam mit sich umgeht, kann es den PatientInnen nicht überzeugend vermitteln - verliert große Anteile seiner Authentizität).

Wir haben das große Glück über das Medium „Bewegung“ Ressourcen zu aktivieren. Dies bietet gleichzeitig die Chance Problemverhalten zu bearbeiten, da eine Problemaktualisierung ohne passende Ressource nicht möglich ist. Viele dysfunktionale Regulationsversuche werden über den eigenen Körper ausgetragen beispielsweise in Form von Selbstverletzung. Da Bewegungen im Körper bewusst verankert werden und direkt im anschließenden Gespräch gezielt die Bereiche „Spannung aushalten“ sowie „Ich Stärke“ aufbauen bei gleichzeitigem Kontakterhalt fokussiert werden, kann die BWT einen großen Beitrag zur Gesamttherapie leisten. Dabei sind Dissoziationen im Fluss und nicht vermeidbar. Der veränderte Umgang mit starken Emotionen gehört in der Bewegungstherapie zu den Behandlungszielen. Es sollte Konsens im Team sein, wie mit Dissoziationen umgegangen wird.

Die folgenden Leitlinien sind erstellt worden um auf typische „Fallen“ und Schwierigkeiten aufmerksam zu machen, sie sollen Hilfestellung und Unterstützung bei der bewegungstherapeutischen Behandlung aufzeigen und Mut machen diesen besonderen Weg gemeinsam mit den PatientInnen zu gehen.

2. Krankheitswissen

Das Krankheitswissen zur Borderline Störungen bildet die Grundlage der bewegungstherapeutischen Arbeit.

Wir orientieren uns an der Trias Affektkontrollverlust, Identitätsstörung und Interaktionsstörung: Die Persönlichkeitsmerkmale der Patienten sind besonders stark oder viel zu gering ausgeprägt und wenig flexibel.

Die Grundlage des Krankheitswissens zur Bewegungstherapie bei Patienten mit Borderlinestörungen sind dem Buch von G. Hölter „Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendungen“ (Köln 2011) zu entnehmen.

Relevante Aspekte der Krankheitsgenese

PatientInnen mit einer BPS gründen ihr Verhalten wie jeder Mensch auf ihre biographischen Erfahrungen. Vielfach sind die PatientInnen in einem so genannten "invalidierenden" (im Sinne von Erfahrungen/ Gefühle nicht-bestätigend, nicht-validierend) Umfeld aufgewachsen, d.h. dass die Reaktionen der Bezugspersonen nicht im Einklang mit der Mitteilung von Wünschen, Gedanken und Gefühlen des Kindes standen. Auf gefühlsmäßige Reaktionen wird in solchen Familien üblicherweise entweder überhaupt nicht oder auf extreme Weise reagiert. Ein typisches Merkmal ist auch, dass Mitteilungen persönlicher Erfahrungen nicht als stimmige Selbstbeschreibungen akzeptiert werden (z.B. "Du bist wütend und willst es nur nicht zugeben"; „Hör auf zu heulen, den Teddy wolltest Du doch sowieso nicht mehr haben“). Vom Kind geäußerte Gefühle werden nicht als eine angemessene Reaktion auf Ereignisse wahrgenommen, werden abgewertet oder als falsch zurückgewiesen. Die PatientInnen wurden auch häufig direkt kritisiert oder bestraft, als sozial inakzeptabel (z.B. faul, naiv) charakterisiert oder aufgrund willkürlich gewählter Eigenschaften herabgesetzt. Eine der schlimmsten invalidierenden Erfahrung ist ein sexueller Missbrauch in der Kindheit.

2. Krankheitswissen

Die längerfristige Erfahrung eines invalidierenden Umfeldes bewirkt das Unterdrücken von Gefühlen, insbesondere negativer Gefühle. Auch lernen die PatientInnen kaum, negative Gefühle zu benennen, mitzuteilen und emotionale Spannung auszuhalten bzw. zu regulieren. Weiterhin führen diese Erfahrungen dazu, dass das eigene Empfinden und Erleben permanent in Frage gestellt wird. Die PatientInnen hatten nicht die Möglichkeit zu lernen, sich auf die persönlichen Empfindungen und Erfahrungen zu verlassen. Sie lernten stattdessen, die soziale Umwelt ständig nach Hinweisen darauf abzusuchen, wie sie denken, fühlen und handeln soll. Schließlich kommt es auch bei vielen BPS PatientInnen zum Aufbau dysfunktionaler Überzeugungen („Schemata“) wie z.B. „Die Welt ist gefährlich und feindselig“, „Ich bin machtlos und verletzlich“ oder „Ich bin von Natur aus inakzeptabel“, was die Symptome langfristig aufrechterhält.

Dissoziation ist eine Schutzfunktion des Körpers und es erfordert einen sorgsamem Umgang.

Die Orientierung am Schweregrad/ Komorbidität (PTBS, Depression (ca. 80%), affektive Störungen, Sucht, und Essstörungen) ist erforderlich.

3. Diagnostik in der BWT bei Borderline

Da die Schwerpunkte der BWT bei BPS in der sensitiven, sozial-emotionalen und symbolischen Funktion liegen und nicht in der instrumentellen erübrigen sich in der Regel Testverfahren zu motorischen Basisdimensionen. *Spezifische Erfahrungen gibt es noch nicht, so dass auf allgemeine diagnostische Verfahren zurückgegriffen werden muss:*

- 1) Psychomotorische Beobachtungsverfahren
- 2) Selbstbeurteilungsbögen: Fragebögen zum Körpererleben/Körpererfahrung/
Fragebogen zur Messung der Befindlichkeit

Aus bewegungstherapeutischer Sicht wäre es wichtig borderlinespezifische Messinstrumente zu entwickeln.

Zu 1) **Psychomotorische Beobachtungsverfahren**

Beschreiben von Bewegungsphänomenen, die mit Krankheitssymptomen verbunden sind (z.B. Emotionale Instabilität, Beziehungsverhalten)

- Löwener Beobachtungsskalen
- Weinsberger Skalen
- BAST Lausberg (aus unserer Sicht diskussionswürdig)
- BARS Skatteboe et al 2005 (alltägliche Handlung)

Durch die strukturierte Bewegungsbeobachtung ist eine gezielte Erfassung psychosozialer Aspekte des Patientenverhaltens in Bewegungssituationen möglich. Es ergibt sich ein direkter Zugang zum Verhalten und Erleben, Ressourcen und Defizite können benannt und im Therapieverlauf abgebildet werden. Borderlinespezifische Verhaltensmuster und ihre mögliche Veränderung im Therapieverlauf werden sichtbar.

3. Diagnostik in der BWT bei Borderline

Zu 2) **Selbstbeurteilungsbögen**

Die Erfassung von Aspekten des Körpererlebens von Patienten mit Borderlinestörung ist nur durch Methoden der Selbstevaluation möglich.

Folgende Fragebögen erfassen die Einstellung u. a. zu Gesundheit / körperlichem Befinden, körperlicher Effizienz, sowie die Selbstakzeptanz des Körpers:

- FKB-20 (Fragebogen zum Körperbild, erfasst inhaltlich die Aspekte Körperbewertung und Körperdynamik)
- DKB 35
- MAAS
- FDS
- KEKS (ökonomisch, Veränderung der Körperwahrnehmung vorher-nachher, Fokussierung auf die Körperempfindung)
- FKK Frankfurter Körperkonzeptskalen
- FKKS Deusinger

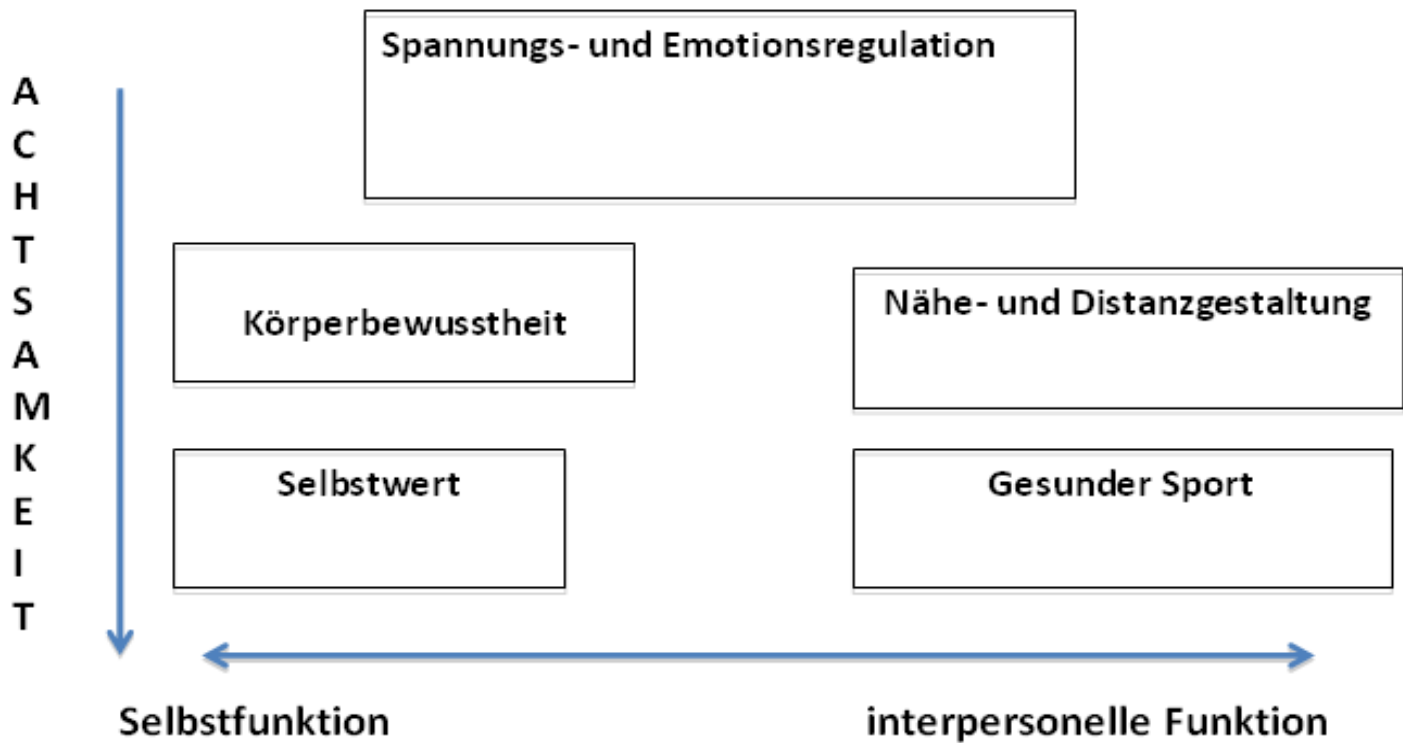
Für die Erfassung von Stimmung, Wohlbefinden, Gefühlen, Beschwerden und Schmerzen eignen sich folgende Instrumente:

- MDBF mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen
- Befindlichkeitsskalen BFS (sehr ökonomisch, 5 min. kurzfristige Stimmungsänderung können über vorher-nachher Messung erfasst werden)
- Visuelle Analogskalen Katharina
- Gefühlskörper
 - Körperskulpturtest
 - Körperbilder

4. Störungsorientierte Ziele, Methoden und Inhalte der BWT

Für eine Zuordnung von bewegungstherapeutischen Inhalten gilt die Struktur der für die Behandlung von Borderline üblichen Zielbereichen (ICD 10)

Von der Selbstfunktion zur interpersonellen Funktion (vgl. / ICD 10, DSM-5)



4. Störungsorientierte Ziele, Methoden und Inhalte der BWT

Die Arbeit an allen Therapiezielen erfolgt im stationären, teilstationären und ambulanten Setting gleichermaßen. Gemeinsames Ziel aller bewegungstherapeutischer Interventionen ist die Sicherung der Therapieerfolge im Selbstmanagement.

Für alle bewegungstherapeutischen Vorgehensweisen gilt der achtsame Umgang mit dem Körper.

Achtsamkeit bezeichnet einen Zustand des bewussten und wertfreien Wahrnehmens im Hier und Jetzt. Für die Bewegungstherapie wird die Achtsamkeit als eine Grundhaltung und als ein methodisches Prinzip verstanden.

Die Arbeit an der Spannungs- und Emotionsregulation nimmt eine zentrale Rolle in der bewegungstherapeutischen Borderlinebehandlung ein.

4.1 Setting allgemein und spezifisch und TherapeutInnen/PatientInnen- Beziehung

Setting allgemein:

- Bewegungstherapiegruppen mit 1 Therapeuten mit max. 8 Patienten
- offene, halboffene und auch geschlossene Gruppen
- Inhalte für das Behandlungsteam und Patienten transparent
- Gleiches Zuordnungsverfahren bei allen Patienten (ob durch den Arzt oder Einzeltherapeuten verordnet oder nach Vorstellung der Therapieziele im Team)
- Empfohlene Dauer der BWT: 45 –60 Minuten, 2 -3 x pro Woche

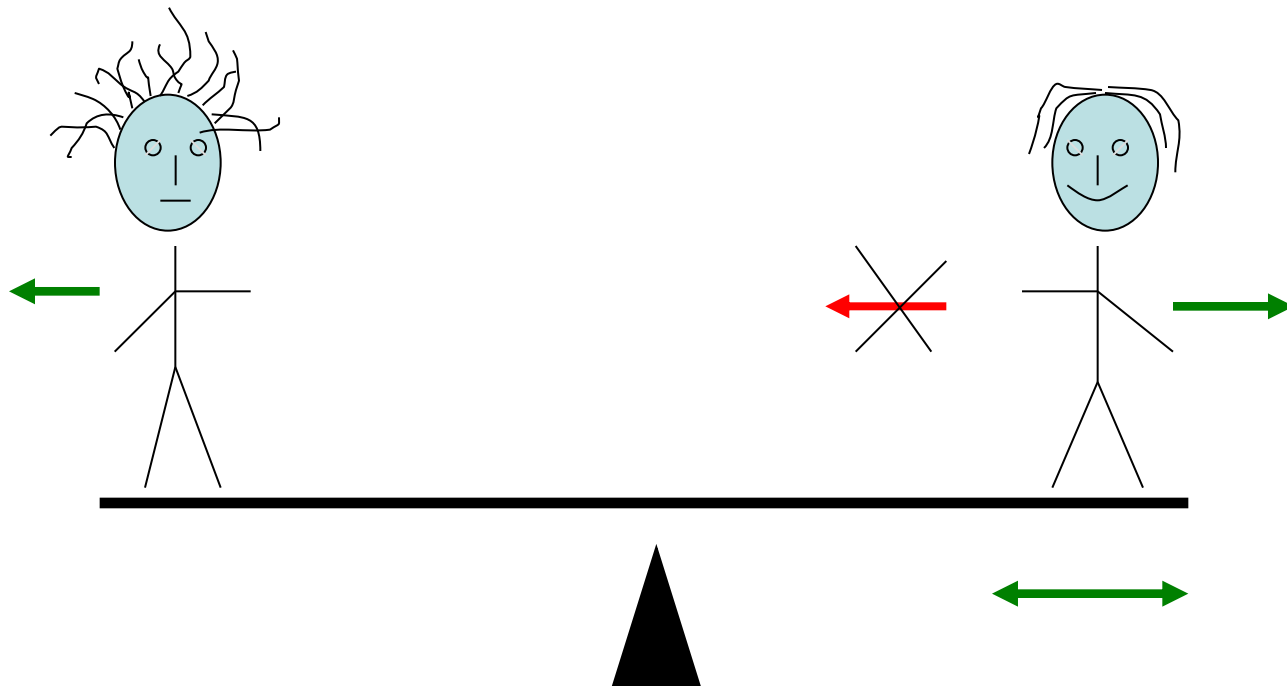
Setting spezifisch:

Anfangsritual (z.B. Yoga-Übung)

- Spannungsabfrage
- Aufwärmen: Verletzungsprophylaxe, Aufmerksamkeitslenkung zu sich und der Umwelt, z.B. Gehformen im Raum, Gymnastik
- 70 –100% zum Abbau von Spannung und dissoziativen Symptomen, z.B. laufen, stampfen, Bälle werfen und prellen, Kick-Box-Aerobic, Zirkeltraining
- 30 -70% zur Reduktion dissoziativer Symptome Verbesserung der sensorischen Wahrnehmung, z.B. Koordinationsübungen, Gleichgewichtsübungen (Slackline), Escrima-Stockkampf
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Umgang mit Gefühlen
- 0 –30% zum Erlernen der inneren Achtsamkeit, z.B. leichte Yogaübungen, Atemübungen, Body Scan
- Spannungsabfrage
- Evtl. Abschlussritual

DBT Behandlungsstrategien

- Dialektische Beziehungsgestaltung -



„Teeter-Totter“

4.2 Zielbereiche im Überblick

Zielbereich: Umgang mit Spannung und Emotionen

Zielbereich: Selbstwertregulation

Zielbereich: Umgang mit Nähe und Distanz

**Zu den Tabellen: die Inhalte verstehen sich als Beispiele, die sich
in der bisherigen Praxis als
sinnvoll gezeigt haben, nicht als vollständige und einzig gültige
Möglichkeiten der
Stundengestaltung.**

Tabellarische Darstellung von Zielen, Methoden und Inhalten

4.3 Zielbereich: Umgang mit Spannung und Emotionen

	Methoden	Unterziele	Setting	Inhalte	Besonderheiten
A C H T S A M K E I T	Ausdauertraining Verbale Anleitung, Exploration, Trainingsplan	Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit	Allgemeine offene Gruppe und/oder Einzel	Joggen, Walken, Schwimmen, Ergometertraining, Fahrrad fahren, Rudern, Paddeln, Inliner fahren, Aerobic, ...	Gewichtsreduktion bei anorektischen PatientInnen
	Krafttraining Verbale Anleitung, Exploration, Trainingsplan	Ausgleich von muskulären Dysbalancen, Reduzierung von Schmerz	Allgemeine offene Gruppe und/oder Einzel	Funktionelles Krafttraining / Muskelaufbautraining an Geräten, mit und ohne Kleingerät, ...	Körperliche Beeinträchtigungen, Berücksichtigung der Selbstüberforderungstendenz
	Verbale Anleitung, Exploration	Erfahren von Kraft, Stärke Wirkung im Außen und im Innen erleben (Feedback)	Störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Bewegungselemente aus versch. Sportarten und Kampfkünsten, Boxen, Schmetterschläge, therapeutisches Bogenschießen, Torschüsse, ...	Körperliche Beeinträchtigungen
	Verbale Anleitung, Imitation (Lernen am Modell), Exploration	Umgang mit hohen inneren Spannungen und Belastungen	Störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	modifizierte Elemente aus dem Schnelligkeitstraining, Sprints, Treppenläufe, Seilsprünge, ...	Körperliche Beeinträchtigungen, Berücksichtigung der Selbstüberforderungstendenz
	Verbale Anleitung, Exploration	Differenzierte Körperwahrnehmung im Hier und Jetzt	Störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Erleben von klaren intensiven sensorischen Reizen: Barfußpfad, Kneippanwendungen, Igelballmassage, Tau treten, ...	Eigene Vorlieben berücksichtigen
	Modifizierte Elemente aus Entspannungsverfahren und Schulen der Körperarbeit		Störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Qi Gong, Yoga, PMR, autogenes Training, Feldenkrais, Atemtherapie, ...	Uns keine bekannt
	Modifizierte Berührungsübungen		Störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel, evtl. tiergestützt	Berührungsübungen, Abklopfen, Ausstreichen, Halten und gehalten werden, funktionelle Entspannung, ...	Es können starke Emotionen ausgelöst werden

Tabellarische Darstellung von Zielen, Methoden und Inhalten

4.3 Zielbereich: Selbstwertregulation

A C H T S A M K E I T	Methode	Unterziele	Setting	Inhalte	Besonderheiten
	Verbale Anleitung, Imitation, Exploration	Freude an der Bewegung –Bewegung als Ressourcen erleben	Allgemeine offene Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Elemente aus unterschiedlichen Sport- und Bewegungsangeboten: Badminton, Tanzen, Yoga, Pilates, Qi Gong, Volleyball, Basketball, Tennis, Squash, ...	Individuelle Voraussetzungen müssen berücksichtigt werden; Den „inneren Schweinehund“ besiegen
	Aufmerksamkeitslenkung	Erleben von klaren intensiven, sensorischen Reizen erleben können	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Erleben von klaren intensiven, sensorischen Reizen: Barfußpfad, Kneippanwendungen, Igelballmassage, Tau treten, <i>Sauna</i> , ...	Uns keine bekannt
	Imitation verbale Anleitung zur ggf. geschlossenen Bewegungsaufgabe	Differenzierte Körperwahrnehmung, Lösen von körperlichen Spannungen	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Elemente aus Entspannungsverfahren; Qi Gong, Tai Chi, Yoga, PME, autogenes Training, ...	Dissoziationen, Intrusionen, Flashbacks
	Imitation, verbale Anleitung, Exploration, Exposition	Berührung zulassen, Unterscheidung von positiv und negativ besetzten Berührungen, Realitätsüberprüfung	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Berührungselemente: Berührungsübungen, Abklopfen, Ausstreichen, Halten und gehalten werden, funktionelle Entspannung, ...	es können starke Emotionen ausgelöst werden; Dissoziationen, Intrusionen, Flashbacks
	Exploration , Imitation, Exposition	Wahrnehmung von störungsspezifischen Körperzuständen (z.B. Erstarrung, Angst sitzt im Nacken)	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Elemente aus Schulen der Körperarbeit KBT, Integrative BWT, Atemtherapie, Feldenkrais, Spiraldynamik, ...	es können starke Emotionen ausgelöst werden; Dissoziationen, Intrusionen, Flashbacks

Tabellarische Darstellung von Zielen, Methoden und Inhalten

4.3 Zielbereich: Umgang mit Nähe und Distanz

A C H T S A M M E I T	Methode	Unterziele	Setting	Inhalte	Besonderheiten
	Verbale Anleitung, Imitation, Exploration	Erfahren von Kraft, Stärke Wirkung im Außen und im Innen erleben (Feedback) differenzierte Körperwahrnehmung im Hier und Jetzt	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Elemente aus Kampfkünsten aller Art Batakaschlagen, Handtuschlagen, Handschlagpolster, Boxsack, ...	es können starke Emotionen ausgelöst werden
	Exploration	Bewusstmachung der Körperhaltung und der damit verbundenen Gefühle	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Elemente aus Schulen der Körperarbeit: Alexander-Technik, Embodiment, Yoga, Tanztherapie, Tanz, Finden der eigenen Mitte PNF, ...	es können starke Emotionen ausgelöst werden; Dissoziationen
	Exploration, Improvisation, spielerischer Einsatz	Erweiterung der Handlungskompetenz, Synchronisierung von Bewegung und Stimme	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Modifizierte Elemente aus der Atemtherapie, Stimmschulung spielerischer Einsatz von Medien, z.B. der Stimme	es können starke Emotionen ausgelöst werden; Dissoziationen
	Aufmerksamkeitslenkung, Verbale Anleitung, Imitation, Exploration	Erweitern, Erleben und Reflektieren der verbalen und nonverbalen Kommunikation, Umgang mit Erfolg und Misserfolg, pathische Qualität aufrufen und aushalten lernen	Allgemeine offene Gruppe und/oder Einzel	Tanztherapie, KBT, Bewegungstheater, Sportspiele, kleine Spiele, Erlebnispädagogik, Ab- und Angrenzungsübungen, Widerstand geben, tiergestützte Bewegungstherapie, ...	es können starke Emotionen ausgelöst werden; Dissoziationen
	Gestalten, Explorieren, Verbale Anleitung, Imagination	Erfahren des persönlichen Raums auf physischer und emotionaler Ebene	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Ab- und Angrenzungsübungen, Näheübungen mit verschiedenen Materialien, Selbstbestimmung bei Näheübungen	Gute Vernetzung mit Bezugspersonal nötig
	Szenisches Spiel	Differenzierter Umgang mit Berührung, Erfahren von Berührung in unterschiedlichen Kontexten	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Spiele mit Berührung, Bewegungsspiele als Rollenspiele	Berücksichtigung der Gruppenatmosphäre und des Themas
	Ritualisierung, Exploration, Improvisation, Vor- und Nachmachen	Sicherheit, Stabilisierung, Handlungskompetenz erweitern	störungsspezifische Gruppe und/oder Einzel	Sicherer Platz („im Raum gestaltet“), Imaginationen, Kraftbilder, Kraftworte ^[1] , Kraftsätze, Alltagsgesten [1] Verbindung von Affekt, Symbol und Körperhaltung durch bestimmte, hilfreiche Assoziationen, z.B. Tiger steht für Stärke und Kraft und insbesondere der Transfer in eine alltagstaugliche Geste	Uns keine bekannt
	22.02.2019				17

Stand der Forschung bewegungstherapeutischer Interventionen

- Bewegungstherapeutische Elemente sind durch die Psychotherapieforschung gut belegt (Bohus et al. 2004)
- Körperbildtherapie ist als sinnvoller Therapiebaustau belegt (Haaf et al. 2001)

Körpermodule der dialektisch-behavioralen Therapien

- Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz
Inhalte: Achtsamkeitsübungen
- Vermittlung körperbezogener Fertigkeiten zur Spannungs- und Emotionsregulation
Inhalte: Gleichgewichtsübungen, funktionelles Krafttraining, atemtherapeutische Übungen, Flamencotanz

Wirkfaktoren der Therapie

Primat der Methodik über die Didaktik

- RCT-Studien zur Wirksamkeit von Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen belegen die Austauschbarkeit von Inhalten solange sie methodisch der Zielgruppe angepasst werden.
(u.a. Deimel, 1980; Alexandridis 2005; Hilf, 2010; Heimbeck, 2011)

5. Stand der Forschung

- Die Forschungsarbeiten zur Evaluation der dialektisch-behavioralen Therapie bei BPS belegen die Wirksamkeit bewegungstherapeutischer Interventionen (vgl. Bohus et al. 2004).
- Sie bilden von Beginn an den Kern des Behandlungsprogramms (Linehan, 1996). Konkret handelt es sich um die Zielbereiche:
- Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz
Inhalte: Achtsamkeitsübungen
- Vermittlung körperbezogener Fertigkeiten zur Spannungs- und Emotionsregulation
Inhalte: Gleichgewichtsübungen, funktionelles Krafttraining, atemtherapeutische Übungen, Flamencotanz

Die evidenzbasierte Praxis erweitert die Zielbereiche um den Aufbau von gesundem Bewegungsverhaltens und die Beziehungsgestaltung. Als autonome Fachtherapie ist der sportwissenschaftliche Bewegungstherapeut in der Lage die gesundheits-fördernde und präventive Funktion des Sports über eine Hinführung zum Sport und die Erprobung der körperlichen Aktivität im therapeutischen Setting für die PatientInnen nutzbar zu machen. Das Erleben von Beziehungsgestaltung über sporttherapeutische Inhalte mit anschließender Reflektion bereitet den Transfer in Lebensbereiche außerhalb des Sports vor und ist ein wirksamer Weg in die Gestaltung gesunder Beziehungsmuster.

Die Auswahl von geeigneten Bewegungs- und Körperübungen geht in der akademischen Bewegungstherapie über die von der Physiotherapie für die psychotherapeutische Behandlung der BPS vorgeschlagenen hinaus und ist bei (Degener 2007) beschrieben. Die methodische Aufarbeitung in Hinblick auf das Störungsbild deckt sich mit der Methodik der Bewegungstherapie bei psychischen Störungen (Hölter 2011).

- Aus bewegungswissenschaftlicher Sicht sind weitere Studien zu spezifischen bewegungstherapeutischen Inhalten, sowie Evaluationsstudien zur Bewegungstherapie als Monotherapie im ambulanten Setting wünschenswert.

7. Offene Fragen/ Veröffentlichung der Praxisleitfäden

- Finden einer gemeinsamen Veröffentlichungsform?
- Arbeitsgruppe „Publikation“
 - Nutzungsmöglichkeiten

Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit und die hilfreichen
Anregungen!!!!