

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Ergebnisse des Arbeitstreffens
der AG „Bewegungstherapie und Schizophrenie“
(Ausarbeitung durch: R. Kleinagl, H. Ossoba, Dr. M. Schneck, A.
Stammer)

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik - Überblick -

- Einführung ins Thema
 - Beschreibung des Vorgehens der AG
- Beschreibung der Patientengruppe
 - Auszüge Theorieteil Prof. Klingberg
- Bewegungstherapie bei Minussymptomatik
 - Empfehlungen für ein Therapie- und Praxismodell

AG Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Vorgehen der Arbeitsgruppe:

- Zielgruppe: Patienten mit chronischer Schizophrenie im stationären Bereich “mit Minussymptomatik“
- Umfrage an BWT in sechs verschiedenen Kliniken (Hauptproblem, Ziele, Rahmenbedingungen, Inhalte/Methoden)
- Arbeitstreffen in Tü: Vortrag Prof. Klingberg, danach Diskussion/Ergänzung der Umfrageergebnisse

Tagung Berlin

- Erst Theorie, dann Darstellung der Umfrageergebnisse

Negativ-Symptomatik bei schizophrenen Psychosen

Prof. Dr. Stefan Klingberg

Tübingen, 11.03.2010

Arbeitskreis Bewegungstherapie



Überblick

Aktuelle Konzeption des Begriffs Negativ-Symptomatik

Neuropsychologische Leistungsparameter und
Negativsymptomatik

(*Emotion und Negativsymptomatik*)

(*Soziale Kognition und Negativsymptomatik (sehr kurz)*)

Schlussfolgerungen

Negativsymptomatik

Synonym „Minussymptomatik“

„Negativsymptomatik“ ist die Bezeichnung für ein psychopathologisches Konstrukt.

Symptome, die statistisch eng miteinander zusammenhängen, wurden zusammengefaßt.

Primäre versus Sekundäre Negativsymptome (Depression, Medikamente, Folgen der Erkrankung)

Negativsymptomatik ist zu unterscheiden von

Positivsymptomatik

Desorganisation

Depression

kognitiven Störungen

NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms 2005

- Störungen der Kommunikation (Sprachverarmung)
- Affektstörung: affektive Verflachung (Gefühl der Leere, Schwarz.Weiß-Sicht)
- Störung der Sozialisation (eingeschränkte soziale Beziehungen)
- Unfähigkeit, Freude zu empfinden : Anhedonie (Freud- und Lustlosigkeit)
- Störung der Motivation: Avolition (Willensschwäche, geringes Durchhaltevermögen, ev. auch mangelnde Hygiene)

Negativ-Symptomatik

Dimensionen in den Beurteilungsinstrumenten

PANSS

- Affektverflachung
- Emotionaler Rückzug
- Mangelnder affektiver Rapport
- Soziale Passivität und Apathie
- Aktives soziales
Vermeidungsverhalten
- Mangel an Spontaneität und
Flüssigkeit der Sprache
- Motorische Verlangsamung

SANS

- Affektverflachung
- Avolition/Apathie
- Anhedonie
- Alogie
- Fehlende Aufmerksamkeit

Beurteilung durch Beobachten und Befragen

Klinische Neuropsychologie bei schizophrenen Störungen

Relevante Leistungsbereiche

Aufmerksamkeit/Konzentration

Abstraktion/Problemlösen

Gedächtnis

Untersuchung mit Hilfe neuropsychologischer Testverfahren

Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität
sind zu erfüllen

Testung in geeigneter Umgebung

Dauer ca. 2 Stunden

Beurteilung durch Testverfahren

Schlussfolgerungen

Es gibt Defizite in den genannten Bereichen, aber...

außerordentlich große Variabilität hinsichtlich

Prädominanter Symptomatik

Symptomschwere

Art und Schwere der kognitiven Beeinträchtigung

Beeinträchtigung des emotionalen Erlebens

Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz

Negativsymptomatik ist zu unterscheiden von

Kognitiver Beeinträchtigung

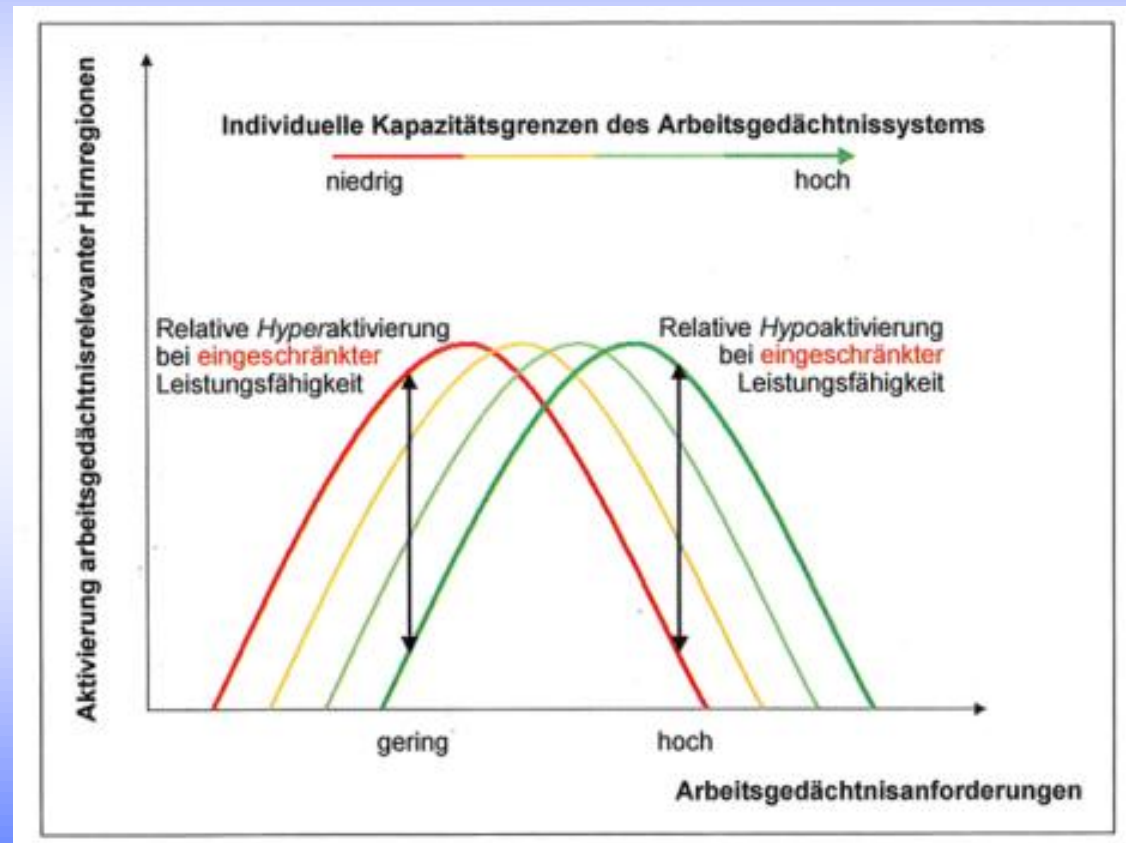
Kompetenz zur Affektdekodierung

Depressivität

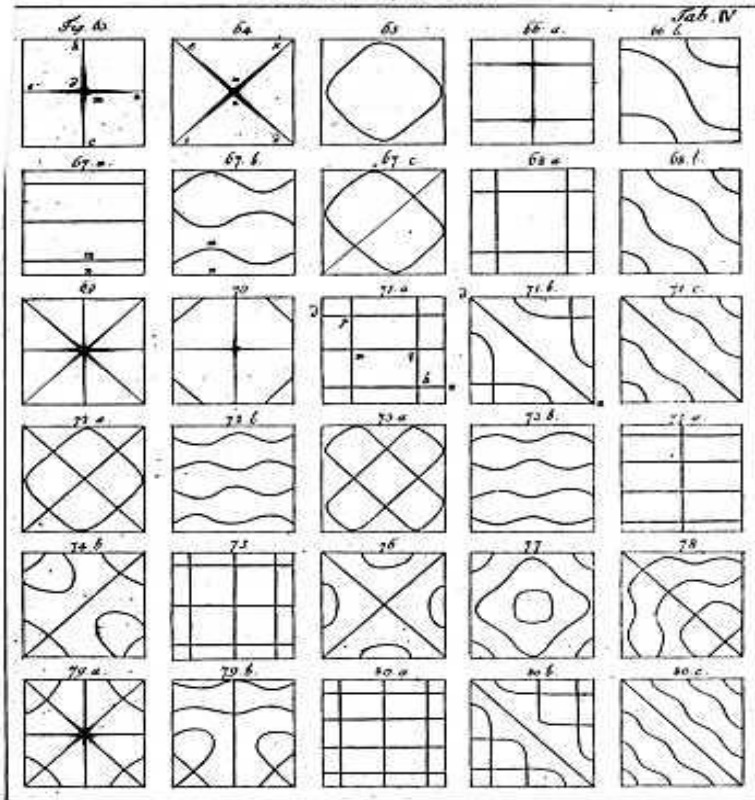
Problem der „Hypofrontalität“ bei Schizophrenie

Eine frontale
Minderaktivierung hängt
ab von der jeweils
angewandten
Aufgabenstellung und
dem Stimulusmaterial

- keine Überforderung
- keine Unterforderung



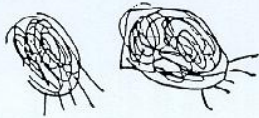
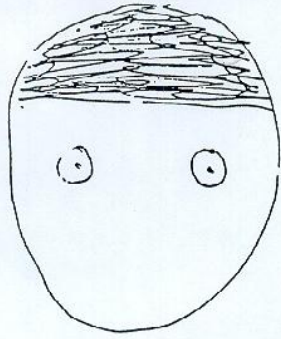
Chladni's Acoustic



Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Begründung einer gezielten psychiatrischen BWT mit schizophrenen Menschen

- Veränderungen in der Körperwahrnehmung und im Körpererleben
 - Beziehungsgestaltung (zum eigenen Selbst und zur Außenwelt) ist gestört
 - neuropsychologische Defizite (Konzentration, Antrieb, Handlungsplanung, Exekutivfunktionen)
 - körperliche Beeinträchtigungen
- ➔ „leibliche“ Betroffenheit begründet den bewegungstherapeutischen „Auftrag“



Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Fragestellungen:

- Hauptprobleme der BWT bei Minussymptomatik?
- Zielsetzung der BWT (kurz- u. langfristig)?
- Welche Rahmenbedingungen sind zu beachten?
- Was hat sich inhaltlich / methodisch bewährt?

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Empfehlungen für ein Therapie- und
Praxismodell -

Bewegungstherapeutische Diagnostik (Einsatz geeigneter
Verfahren zur qualitativen Bewegungsbeobachtung)

→ Hauptprobleme

Formulierung von Therapiezielen

→ Zielsetzungen (kurz- u. langfristig)

Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur

→ Inhalte, Methoden

→ Rahmenbedingungen

Therapiekontrolle

→ Einbindung in Behandlungsteams, Dokumentation

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Bewegungstherapeutische Diagnostik -

Weinsberger Skalen zur Bewegungsbeobachtung

- Kontaktverhalten
- Selbstvertrauen
- Aktivität
- Spannung
- Bewegungsregulierung
- situative Aufmerksamkeit (Konzentration)
- Bewegungsausdruck
- verbale Kommunikation
- soziale Regulierungsfähigkeit
- Antrieb
- Informationsaufnahme und -verarbeitung

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Bewegungstherapeutische Diagnostik / Psychiatrische Diagnostik

WSBB

- **Kontaktverhalten**
- **Selbstvertrauen**
- **Aktivität**
- **Spannung**
- **Bewegungsregulierung**
- **situative Aufmerksamkeit
(Konzentration)**
- **Bewegungsausdruck**
- **verbale Kommunikation**
- **soziale Regulierungsfähigkeit**
- **Antrieb**
- **Informationsaufnahme und -
verarbeitung**

PANSS

Affektverflachung

Emotionaler Rückzug

Mangelnder affektiver Rapport

Soziale Passivität und Apathie

Aktives soziales

Vermeidungsverhalten

Mangel an Spontaneität und

Flüssigkeit der Sprache

Motorische Verlangsamung

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Bewegungstherapeutische Diagnostik

WSBB

- Kontaktverhalten
- Selbstvertrauen
- **Aktivität**
- Spannung
- Bewegungsregulierung
- situative Aufmerksamkeit (Konzentration)
- Bewegungsausdruck
- verbale Kommunikation
- soziale Regulierungsfähigkeit
- **Antrieb**
- Informationsaufnahme und -verarbeitung

PANSS

Affektverflachung

Emotionaler Rückzug

Mangelnder affektiver Rapport

Soziale Passivität und Apathie

Aktives soziales

Vermeidungsverhalten

Mangel an Spontaneität und

Flüssigkeit der Sprache

Motorische Verlangsamung

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Bewegungstherapeutische Diagnostik

WSBB

- Kontaktverhalten
- Selbstvertrauen
- Aktivität
- Spannung
- Bewegungsregulierung
- situative Aufmerksamkeit (Konzentration)
- **Bewegungsausdruck**
- verbale Kommunikation
- soziale Regulierungsfähigkeit
- Antrieb
- Informationsaufnahme und -verarbeitung

PANSS

Affektverflachung

Emotionaler Rückzug

Mangelnder affektiver Rapport

Soziale Passivität und Apathie

Aktives soziales

Vermeidungsverhalten

Mangel an Spontaneität und

Flüssigkeit der Sprache

Motorische Verlangsamung

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

Bewegungstherapeutische Diagnostik

WSBB

- Kontaktverhalten
- Selbstvertrauen
- Aktivität
- Spannung
- Bewegungsregulierung
- situative Aufmerksamkeit (Konzentration)
- Bewegungsausdruck
- verbale Kommunikation
- **soziale Regulierungsfähigkeit**
- Antrieb
- Informationsaufnahme und -verarbeitung

PANSS

Affektverflachung

Emotionaler Rückzug

Mangelnder affektiver Rapport

Soziale Passivität und Apathie

Aktives soziales

Vermeidungsverhalten

Mangel an Spontaneität und

Flüssigkeit der Sprache

Motorische Verlangsamung

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Empfehlungen für ein Therapie- und
Praxismodell -

Bewegungstherapeutische Diagnostik (Einsatz geeigneter
Verfahren zur qualitativen Bewegungsbeobachtung)

→ Hauptprobleme

Formulierung von Therapiezielen

→ Zielsetzungen (kurz- u. langfristig)

Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur

→ Inhalte, Methoden

→ Rahmenbedingungen

Therapiekontrolle

→ Einbindung in Behandlungsteams, Dokumentation

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Bewegungstherapeutische Zielsetzungen -

kurzfristige Ziele

- affektive Stimulation (Freude erleben, Motivation entwickeln)
- Aktivierung, Antriebssteigerung
- Tagesstrukturierung
- Beziehungserfahrung
 - zu sich selbst
 - zu Mitmenschen
 - zur räumlichen und dinglichen Umwelt
- Realitätsbezug

langfristige Ziele

- Selbstwahrnehmung fördern
- Eigenaktivität entwickeln
- soziale Kontakte, Gruppenerfahrung
- gesundheitsorientiertes Verhalten aufbauen
 - Gewichtsreduktion
 - Freizeitaktivitäten

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Empfehlungen für ein Therapie- und
Praxismodell -

Bewegungstherapeutische Diagnostik (Einsatz geeigneter
Verfahren zur qualitativen Bewegungsbeobachtung)

→ Hauptprobleme

Formulierung von Therapiezielen

→ Zielsetzungen (kurz- u. langfristig)

Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur

→ Inhalte, Methoden

→ Rahmenbedingungen

Therapiekontrolle

→ Einbindung in Behandlungsteams, Dokumentation

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Prinzipien der Therapiedurchführung -

Rahmenbedingungen / Methoden:

- Gestaltung des Therapiesettings
 - Einzeltherapie, Kleingruppe (4-6)
 - klare zeitliche Struktur (täglich, 2-4/ Wo.)
 - Kontinuität (Bewegungstherapeut und Intervention)
- Gestaltung der Therapiestunde („Struktur gibt Sicherheit“)
 - dosierte psychophysische Belastung (Über-Unterforderung)
 - Ritualisierung der Abläufe
 - individueller Zugang zum Patienten
 - einfache Aufgabeninstruktionen

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Empfehlungen für ein Therapie- und
Praxismodell -

Bewegungstherapeutische Diagnostik (Einsatz geeigneter
Verfahren zur qualitativen Bewegungsbeobachtung)

➔ Hauptprobleme

Formulierung von Therapiezielen

➔ Zielsetzungen (kurz- u. langfristig)

Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur

➔ Inhalte, Methoden

➔ Rahmenbedingungen

Therapiekontrolle

➔ Einbindung in Behandlungsteams, Dokumentation

Therapiemodell Tübingen

Stationsaufbau:

B2-Projekt: 8 wöchiges Programm für
Ersterkrankte an Schizophrenie

B2-Gruppe: Programm für schon mehrfach
Schizophren erkrankte Patienten

Stationsgröße: 18 Betten + 2 Tagesklinische Pat.

Bisheriges Therapieangebot der Bewegungstherapie

**2x 60 min / Woche auf Grundlage der KBT und
Beziehungsaspekte von Prof. Scharfetter**

- Gruppenprozessorientierte Inhalte mit diversen Kleingeräten, Spiele, Eigenaktivität
- Inhalte nach Prof. Scharfetter:
 - Beziehung zum eigenen Körper
 - Beziehung zu Raum und Zeit
 - Beziehung zur Umwelt
 - Beziehung zum Mitmensch

Bisheriges Therapieangebot der Bewegungstherapie:

- Ziele:**
- Antrieb und Ausdauer erarbeiten
 - Zusammenhang wahrnehmen
 - Halt und Abgrenzung wahrnehmen
 - sich in Raum und Zeit eingeordnet zu erleben
 - sich als eigene Person wahrnehmen
 - Nähe und Distanz regulieren
 - Beziehung zum Mitmensch

Beachtung der Minus-Symptomatik

- Regressives Verhalten bekommt Raum und Zeit
- Klare Inhaltvorgaben geben Sicherheit und Halt, bringen Routine
- Verringerung der Reize durch Wiederholungen und kürzere Therapiezeiten
- Durch Wiederholung der Inhalte können Sie auf „Altbekanntes“ zurückgreifen und Veränderungen wahrnehmen
- Bekommen mehr Tagesstruktur, da mehr Termine pro Woche
- Mehr Kontaktangebote ermöglicht die Verbesserung von den Beziehungsaspekten

Neues Therapieangebot der BWT

- **Einzeltherapie**, bei starker Minus-Symptomatik
- PatientIN wird im Zimmer behandelt, mit täglichen Kurzkontakten
- Wenn PatientIN bereit ist, sein/ihr Zimmer zu verlassen, dann Vorbereitung für Gruppentherapie

Neues Therapieangebot der BWT

1 x 60 min Inhalte der KBT:

- **Gruppenprozessorientierte Inhalte** mit diversen Kleingeräten, Spiele, Eigenaktivität
- **Inhalte nach Prof. Scharfetter:**
 - Beziehung zum eigenen Körper
 - Beziehung zu Raum und Zeit
 - Beziehung zur Umwelt
 - Beziehung zum Mitmensch

Neues Therapieangebot der BWT

1 x 30 min körperliches Training

- Spüren des eigenen Körpers durch körperliche Anstrengung und Ausdauer
- Einfache stereotype Bewegungsabläufe
- „Normalität“: Fitness-Studio
- „Abarbeiten“ von innere Unruhe
- Finden der eigenen Bewegungsart
- Klare Strukturvorgabe
- Persönlicher Beziehungsaufbau

Neues Therapieangebot der BWT

1 x 30 min PMR/ Jakobson

- Körperwahrnehmungsübungen, am eigenen Ort
- spüren des eigenen Körpers in Ruhe
- Klare Struktur der Übungen
- Inhalte können variiert werden:
 - Sinne ansprechen
 - Innenräume wahrnehmen
 - Unterlage erspüren
- Anleitung und Erweiterung der Erlebnisfähigkeit
- Austausch über die Erfahrungen

Beobachtete Verbesserung:

- Patienten kommen pünktlicher
- Patienten kommen zuverlässiger und motivierter
- Sind kontaktbereiter/-offener
- Erhalten durch klaren Rahmen (=Routine, Rituale) mehr Sicherheit
- Erfahren mehr ihre Ressourcen, statt Defizite, kommen mehr in ihre Eigenverantwortung
- Der Gruppenprozess verläuft homogener

Sinnvolle Veränderungen

- Kürzere Therapiezeiten
- Häufigere Therapieangebote
- Klare Inhaltsvorgaben
- Weniger Angebote für Partner- und Gruppenkontakte
- Mehr Eigenwahrnehmung in Bewegung und Ruhe
- Wiederholungen der Inhalte

Erreichte Veränderungen

- Patienten erleben sich mehr in ihren Ressourcen
- Sie werden motivierter
- Intensivierung des Beziehungskontaktes
- Patienten kommen pünktlicher und zuverlässiger
- Kommen mehr in ihre Eigenverantwortung

Vielen Dank für ihre
Aufmerksamkeit !