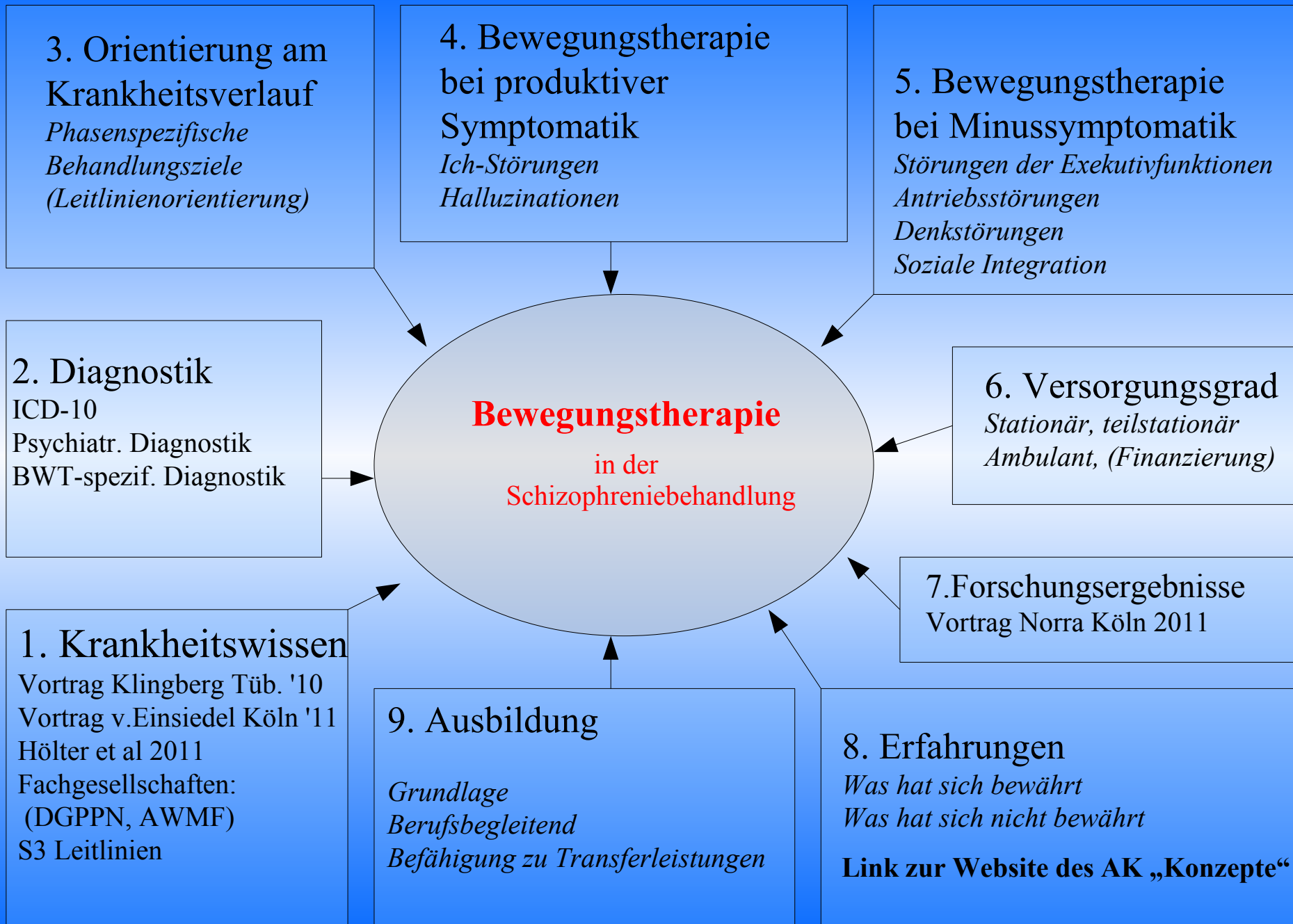


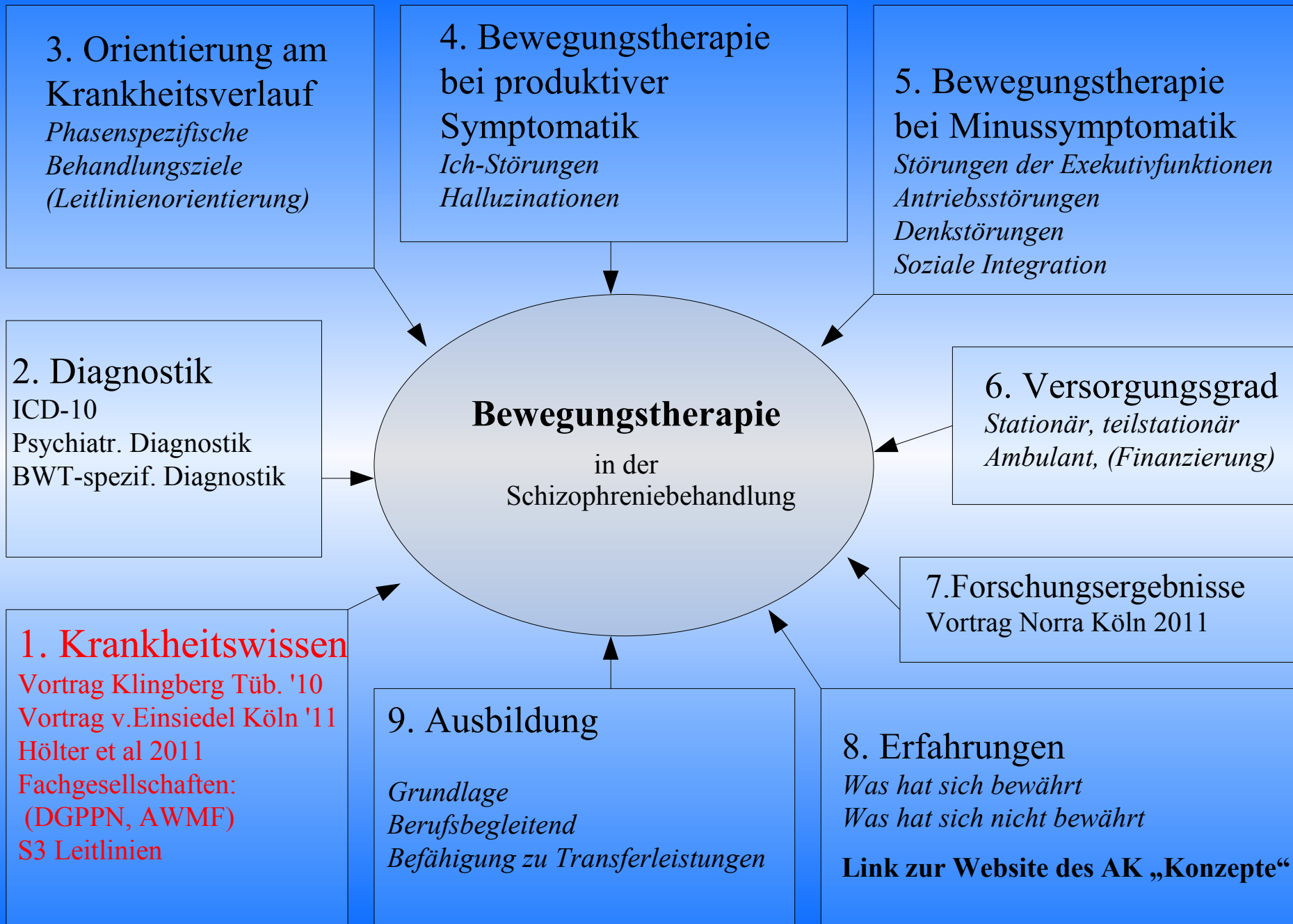
Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung

Ein Modulsystem

Interdisziplinärer Arbeitskreis Bewegungstherapie bei
psychischen Erkrankungen

15./16.03. 2012, Prien am Chiemsee
(R. v. Einsiedel, H. Ossoba, M. Schneck, A. Stammer et al)





Krankheitswissen

- **Klassifikation** nach ICD-10 (F2x.xx)
- **Subtypen** schizophrener Erkrankungen
 - Paranoid-halluzinatorische Form F20.0
 - Hebephrene Form F20.1
 - Katatone Form F20.2
 - Schizophrenes Residuum F20.5
- **Krankheitsverläufe** (Remission, Krankheitsintervalle, Chronifizierung)

(v.Einsiedel, Köln 2011)

Krankheitswissen

•Symptomatik

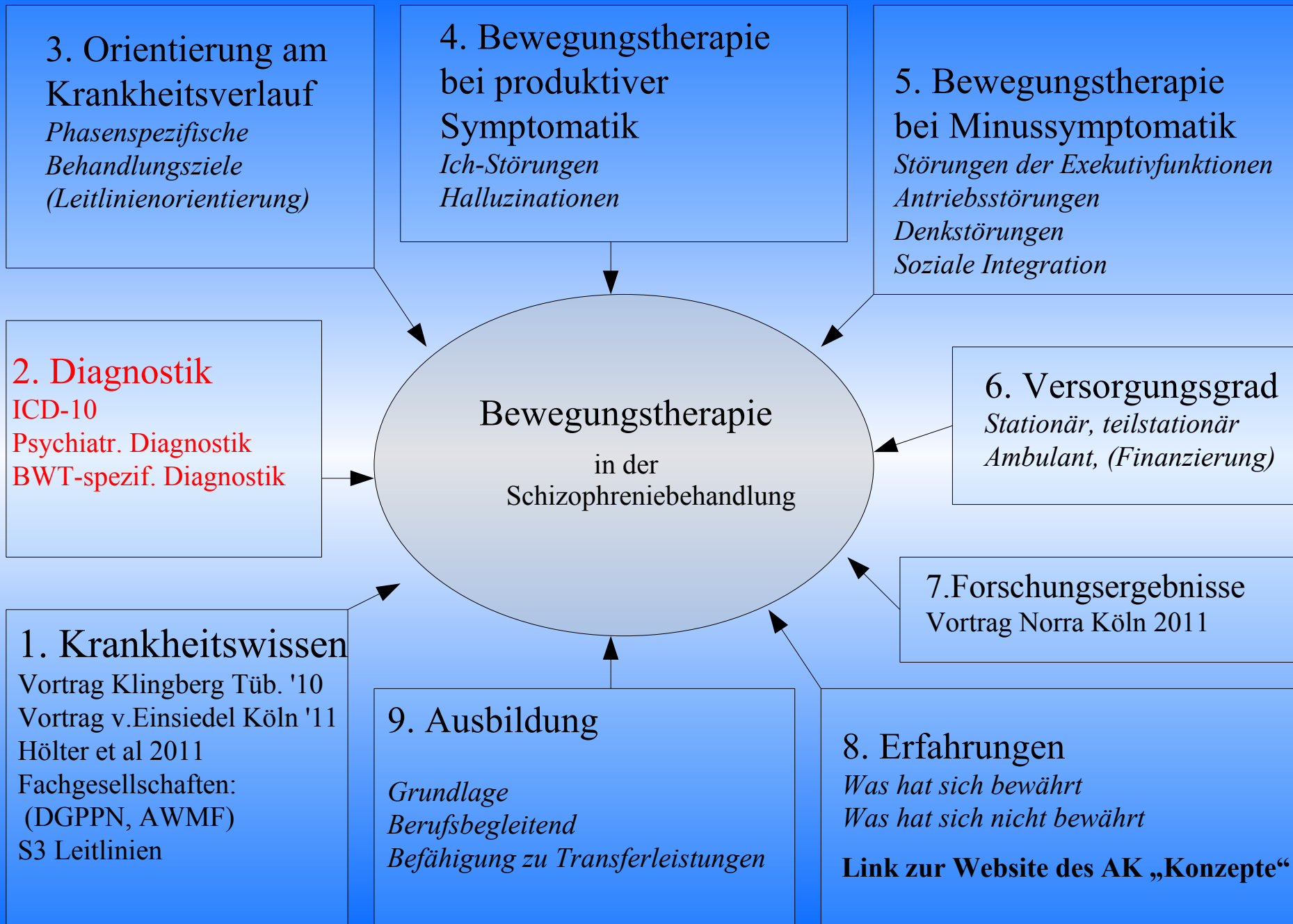
- Positivsymptome
- Störungen in Affekt, Antrieb und Motorik
- Kognitive Störungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen)
- Negativsymptome (u.a. Anhedonie, Aufmerksamkeitsstörung, sozial. Rückzug, Affektverflachung)

(Klingberg Tübingen 2010, v.Einsiedel, Köln 2011, Norra, Köln 2011)

Krankheitswissen

- **DGPPN** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde)
- **AWMF** (Arbeitsgem. Wiss. Med. Fachgesellschaften)
 - u.a. Grundlagenforschung, Diagnostik u. Therapie, Versorgungsstrukturen, Fortbildung
 - Leitlinienerstellung
 - S3 – Leitlinien Schizophrenie:
 - Evidenz- u. Konsensbasierung
 - Empfehlungen für phasenspezifische Therapie
 - Empfehlungen für Sport- u. Bewegungstherapie

(v.Einsiedel, Köln 2011, Hölder Köln 2011)



Diagnostik

- **ICD-10** (Klassifikation psychischer Erkrankungen)
- **AMDP** (Erstellen eines psych. Befundes)
- **Skalen zur Erfassung schizophrener Symptomatik:**
 - BPRS (Brief Psychiatr. Rating Scale)
 - SAPS (Erfassung positiver Symptome)
 - PANNS (Erfassung negativer Symptome)
- **Bewegungstherapeutische Diagnostik**
 - (Motorik-Tests, Bewegungsbeobachtung, Erfassung des Körpererlebens)

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**

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**

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**

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**

Bewegungstherapeutische Diagnostik

- Erfassung des subjektiven Körpererlebens
 - Körperbesetzung (Körperzufriedenheit)
 - Körperschema (Bewusstsein des eigenen Körpers)
- krankheitsbedingte Veränderung der subjektiven Körperwahrnehmung
- Mißempfindungen, Ausdehnung der Körper-Ich-Grenzen

3. Orientierung am Krankheitsverlauf

*Phasenspezifische
Behandlungsziele
(Leitlinienorientierung)*

4. Bewegungstherapie bei produktiver Symptomatik

*Ich-Störungen
Halluzinationen*

5. Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

*Störungen der Exekutivfunktionen
Antriebsstörungen
Denkstörungen
Soziale Integration*

2. Diagnostik

ICD-10
Psychiatr. Diagnostik
BWT-spezif. Diagnostik

Bewegungstherapie
in der
Schizophreniebehandlung

6. Versorgungsgrad

*Stationär, teilstationär
Ambulant, (Finanzierung)*

1. Krankheitswissen

Vortrag Klingberg Tüb. '10
Vortrag v.Einsiedel Köln '11
Hölter et al 2011
Fachgesellschaften:
(DGPPN, AWMF)
S3 Leitlinien

7. Forschungsergebnisse

Vortrag Norra Köln 2011

9. Ausbildung

*Grundlage
Berufsbegleitend
Befähigung zu Transferleistungen*

8. Erfahrungen

*Was hat sich bewährt
Was hat sich nicht bewährt*

Link zur Website des AK „Konzepte“

Orientierung am Krankheitsverlauf

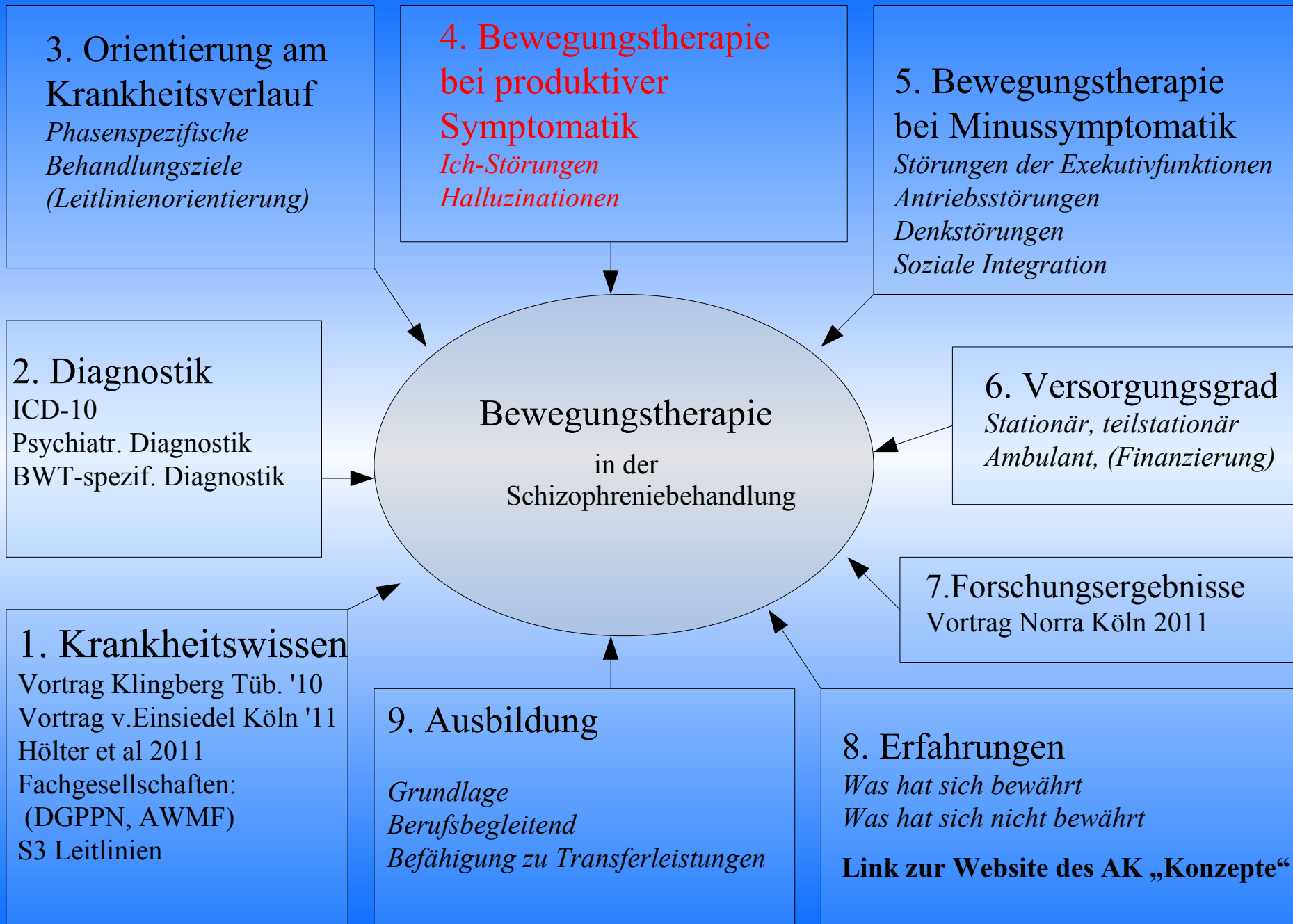
- Prodromalphase
- Akutphase
- Postakutphase
- Remissionsstadium
- Chronischer Verlauf
- Allgemeine phasenspezifische Behandlungsziele
- Weinsberger BWT-Konzept

(Stammer, Langen 2010; v.Einsiedel, Köln 2011; Hölder / Deimel 2011)

Orientierung am Krankheitsverlauf

- **Interventionsgruppen in der
Bewegungstherapie**
 - Akute Symptomatik
 - Postakute Symptomatik
 - Stabilisierungsphase /weitgehende Remission
 - Chronischer Verlauf

(Stammer, Langen 2010; Hölter / Deimel 2011)



Bewegungstherapie bei produktiver Symptomatik

• **Positivsymptome**

- Wahn
- Halluzinationen
- Ich -Störungen
- Denkstörungen
- Affektive Störungen
- Psychomotorische Störungen

(v.Einsiedel, Köln 2011; Hölter / Deimel 2011)



Teil-Haftigkeit 8.7.83

Bild 1: Teil-Haftigkeit

Mit dieser Zeichnung stellt eine Patientin ihre Selbsterfahrung der total chaotischen Fragmentierung dar: unzusammenhängende Teile, keine Mitte, keine Achsen, keine Grenzen. Indirekt erfahren wir daraus, was unser therapeutischer Auftrag wäre, nämlich Resynthese, Rekonstruktion und Stabilisierung des Wiederhergestellten.

Bewegungstherapie bei produktiver Symptomatik

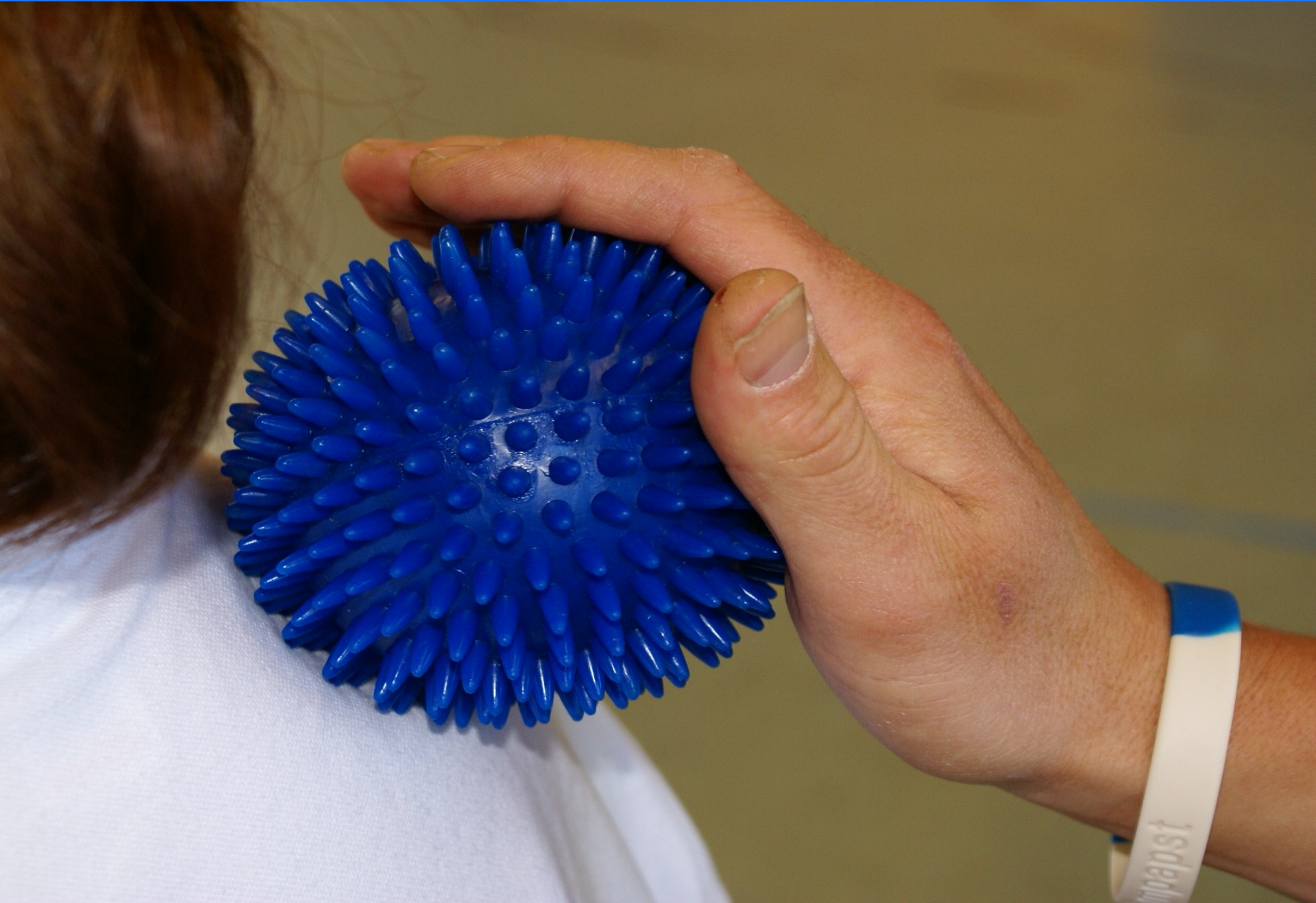
- **Bewegungstherapeutische Basisziele**
 - Entängstigung und Beruhigung
 - Abbau von Spannungszuständen
 - Orientierung in sozialen Situationen
 - Wiederherstellung des Körper-Ichs
(Zusammenhang, Halt und Abgrenzung erfahren)

(Stammer, Langen 2010 ; Hölter / Deimel 2011)

Bewegungstherapie bei schizophrenen Störungen
(in Anlehnung an SCHARFETTER 1998, KRIETSCH/HEUER 1997)

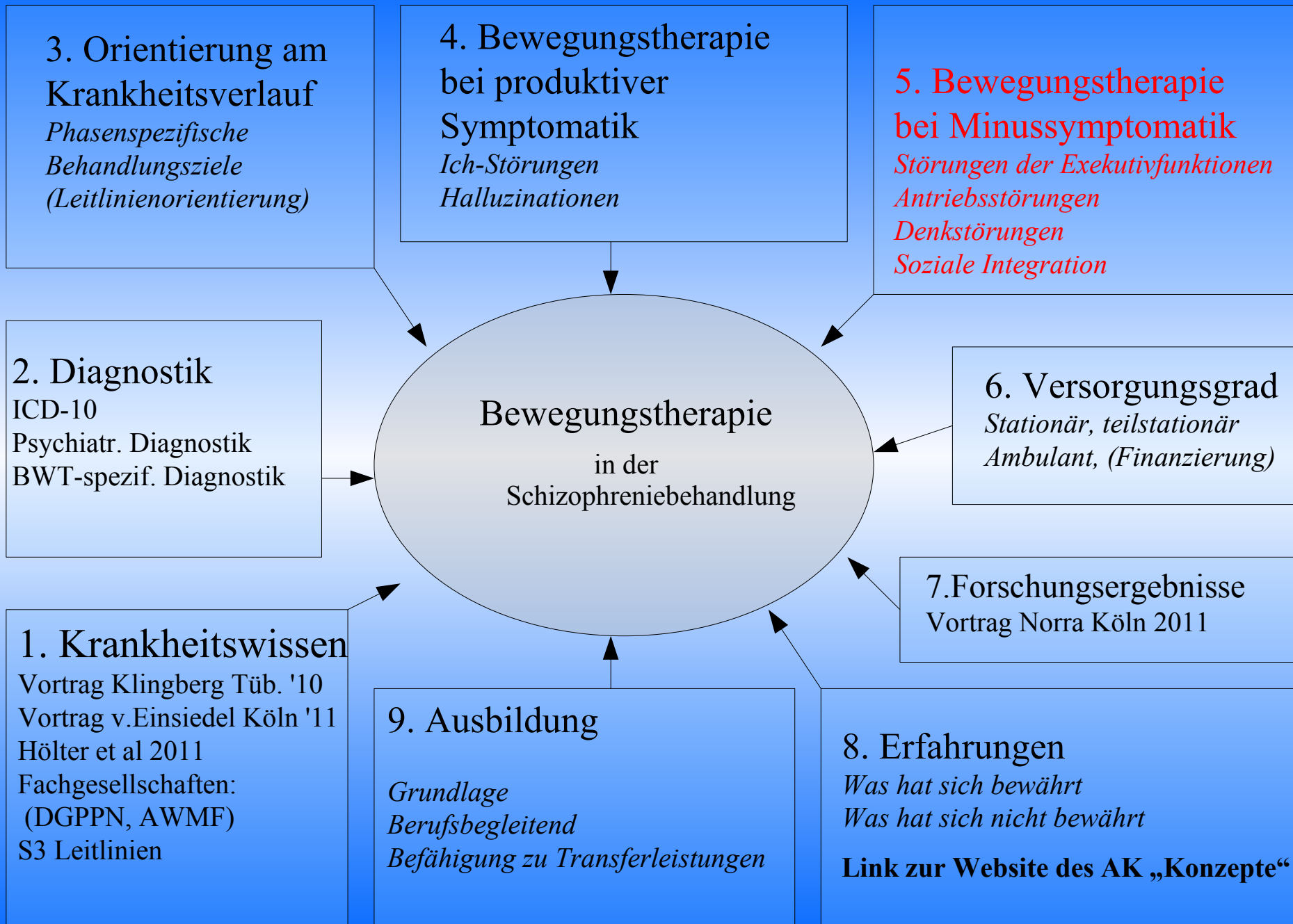
Spezifische Ausgangslage	Basisziele	Differentielle Ziele – bewegungstherapeutische Ziele
Angst vor Tod und Untergang Erleben des eigenen Absterbens	Förderung der Ich-Vitalität	
Gefühl des von außen gemachten fehlende Handlungskontrolle	Förderung der Ich-Aktivität	
Erlebnis des Zerissenseins Verlust des Gefühls der Verbundenheit aller Körperteile	Förderung der Ich- Konsistenz	
Gefühl der auflösung von grenzen bezüglich Leib, denken und Fühlen	Förderung der Ich -Demarkation	
Unsicherheit über die eigene Identität Verlust der eigenen Identität	Förderung der Ich-Identität	





Bewegungstherapie bei schizophrenen Störungen
 (in Anlehnung an SCHARFETTER 1998, KRIETSCH/HEUER 1997)

Spezifische Ausgangslage	Basisziele	Differentielle Ziele – bewegungstherapeutische Ziele
Angst vor Tod und Untergang Erleben des eigenen Absterbens	Förderung der Ich-Vitalität	Übungsangebote zum Erleben von Atem, Bewegung, Wärme Beziehung bedeutet Leben Wahrnehmung des Bodens als Halt
Gefühl des von außen gemachten fehlende Handlungskontrolle	Förderung der Ich-Aktivität	Ermöglichen eigenständiger, selbstkontrollierter Bewegungshandlungen im Umgang mit Objekten und in Kontakt mit anderen.
Erlebnis des Zerissenseins Verlust des Gefühls der Verbundenheit aller Körperteile	Förderung der Ich-Konsistenz	Vermittlung von Körperschema und –struktur Gelenke als Verbindungsstellen im Körper
Gefühl der auflösung von grenzen bezüglich Leib, denken und Fühlen	Förderung der Ich -Demarkation	Haut als Körpergrenze Strukturierung und Abgrenzung durch Hilfsmittel
Unsicherheit über die eigene Identität Verlust der eigenen Identität	Förderung der Ich-Identität	Namen rufen,Hände und Gesicht wahrnehmen,Körper- und Selbstwahrnehmung im Kontakt mit Objekten oder Partnern



Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

• **Negativsymptome**

- Apathie
- Anhedonie
- Verarmung des Gefühlslebens
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Sprachverarmung
- Rückzugsverhalten

(v.Einsiedel, Köln 2011; Hölder et al 2011)

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

- Bewegungstherapeutische Zielsetzungen -

Übungsleitlinien

Beziehung zu sich selbst über den eigenen Körper

Beziehung zu Raum und Zeit

Beziehung zu den Dingen der Umwelt

Beziehung zu den Mitmenschen

(Krietsch & Heuer 1997; Therapiekonzept Tübingen)

Bewegungstherapie bei Minussymptomatik

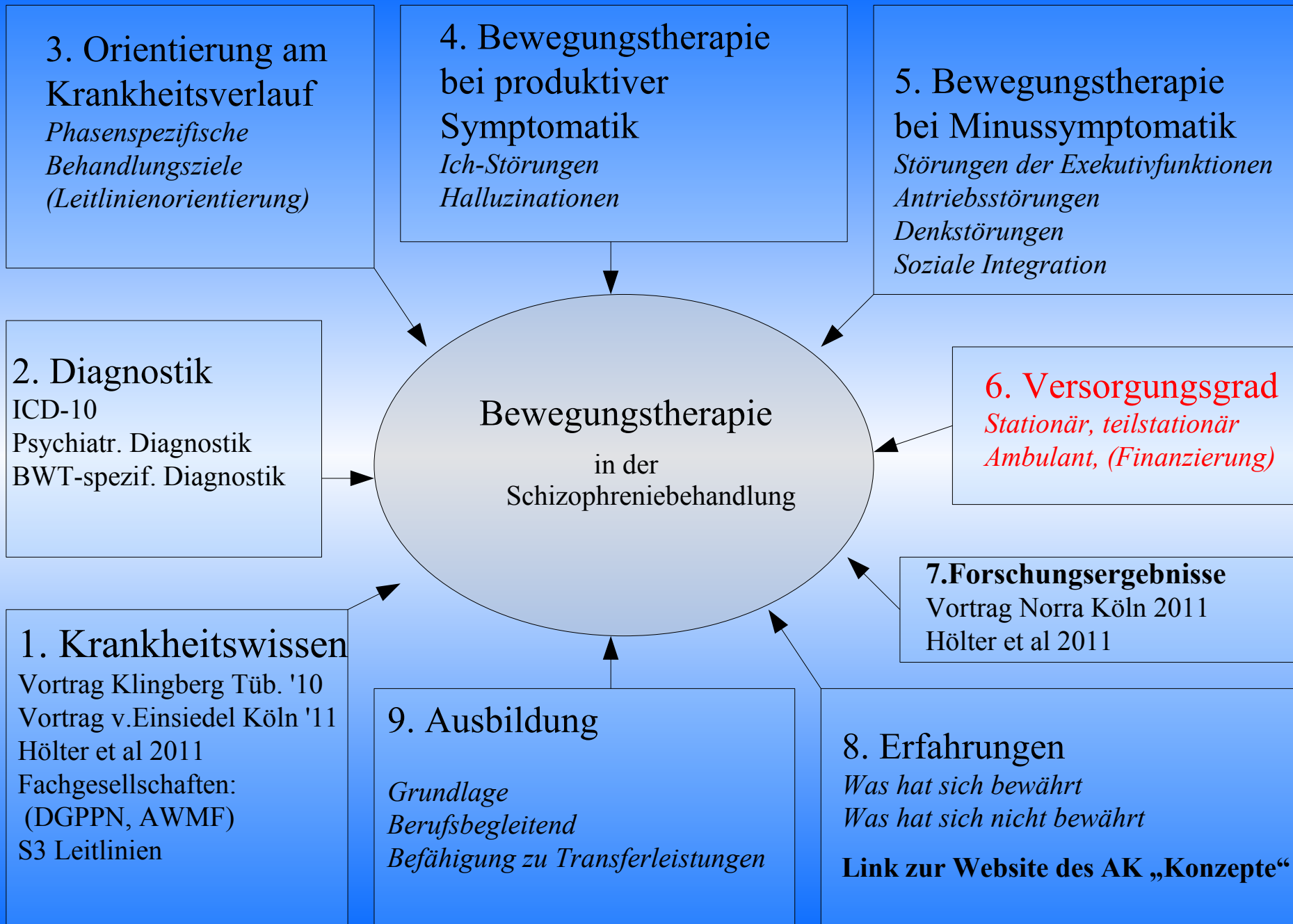
- Bewegungstherapeutische Zielsetzungen -

kurzfristige Ziele

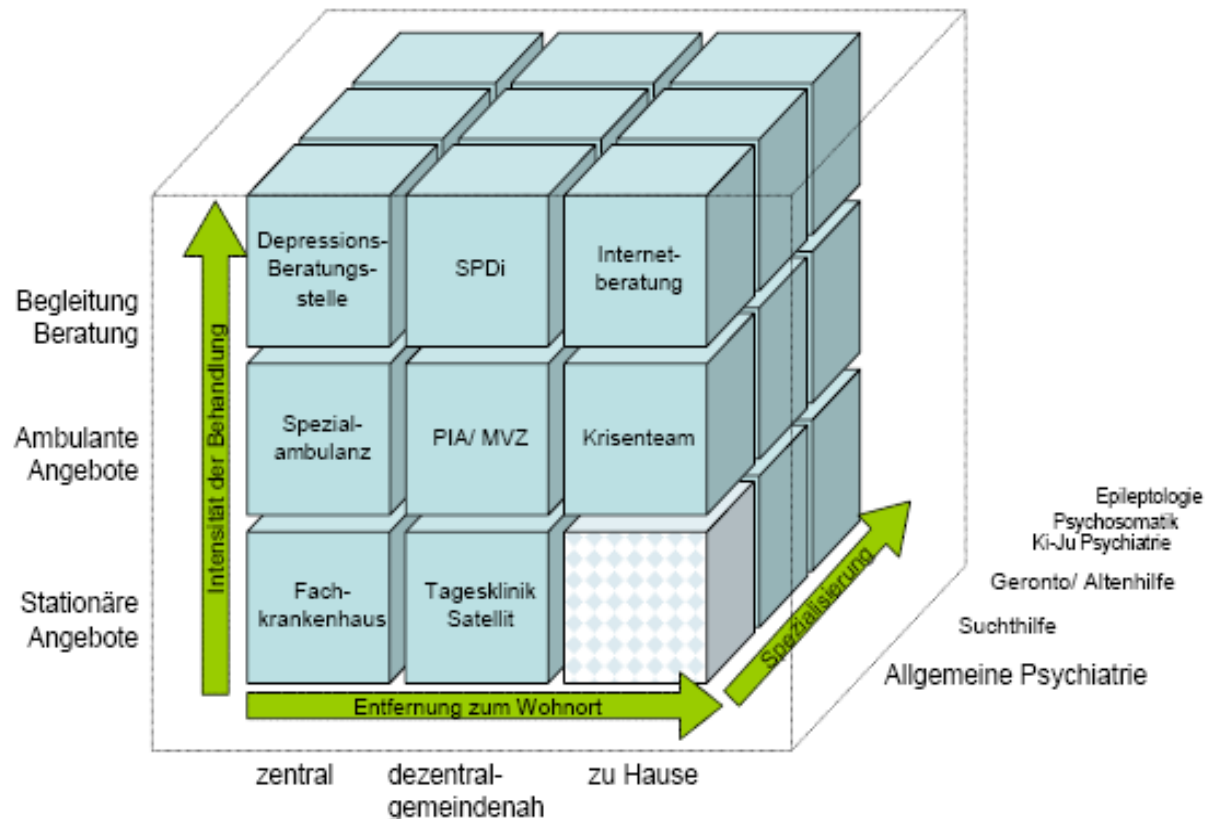
- affektive Stimulation (Freude erleben, Motivation entwickeln)
- Aktivierung, Antriebssteigerung
- Tagesstrukturierung
- Beziehungserfahrung
 - zu selbst
 - zu Mitmenschen
 - zur räumlichen und dinglichen Umwelt
- Realitätsbezug

langfristige Ziele

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

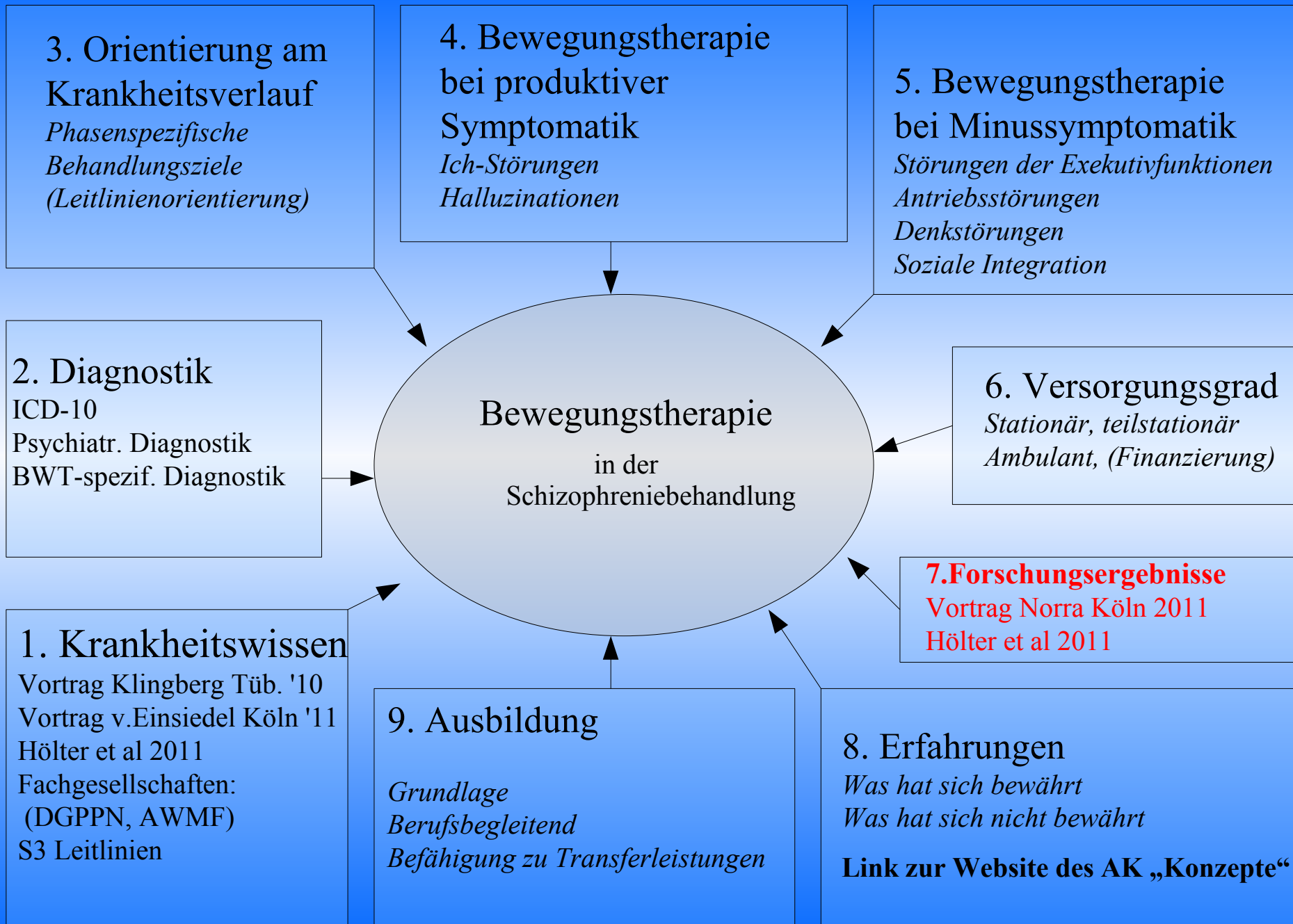


Versorgungsspektrum an Klinikstrukturen gebunden



Versorgungsspektrum

- Selbsthilfegruppen
- Vereinsport
- Heimbereich
- Bewegungszentren/Fitnessstudio
- Freundeskreis/Nachbarschaftshilfe
- Familie



Forschungsergebnisse

Vortrag Dr. Norra, Köln 2011

- Heterogene Datenlage
- Eher Beobachtungen oder Fallstudien
- **Fazit**
 - Positive Effekte von Bewegungstherapie anzunehmen
 - Kostengünstige Behandlungsform
 - Studiendesign: Kontrollgruppe, körperliche Daten und Funktionstests, neurokognitive Untersuchungen
 - Konfundierende Einflüsse (Medikamente, andere Therapien, soziale Interaktionen)

Forschungsergebnisse

Hölter / Deimel 2011

- **Ausführliche Darstellung von Evaluationsstudien zu**
 - Übungszentrierten Interventionen
 - Bewegungs- u. körperpsychotherap. Interventionen

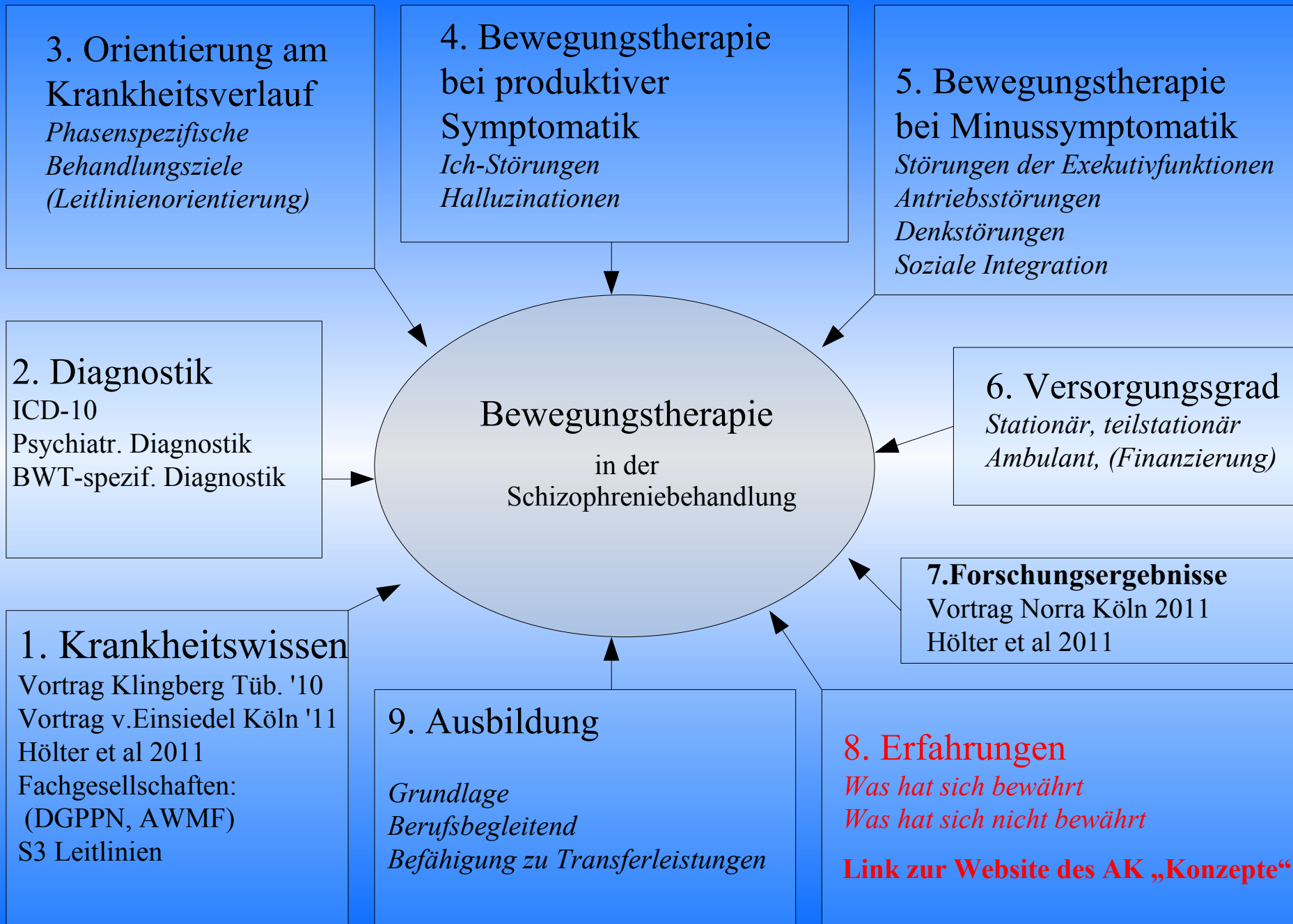
- **Hinweis auf mangelnde Vergleichbarkeit der Studien**
 - Breites Spektrum an Interventionen
 - Heterogenität der Patientengruppen (u.a. Krankheitsphase, Schweregrad, Medikation)
 - Studiendesigns und Fragestellungen

Forschungsergebnisse

Hölter / Deimel 2011

Interpretation ausgewählter Studienergebnisse

- „soziale Kontakt- u. Beziehungsaufnahme“ sowie „Türöffnerfunktion“ für verbale Therapieformen u. einen aktiveren Lebensstil (*Goertzel et al 1965*)
- Verbesserung motorischer Qualitäten, Sozialverhalten u. emotional. Ausdruck (*Deimel 1980, 1982*)
- Effekte eines spezifischen Bewegungsprogramms auf die Negativsymptomatik (*Röhrich / Priebe 2006*)
- Wirksamkeit auf der psycholog. und psychosozialen Ebene
- Bedeutung physiolog. und neurobiolog. Erklärungsansätze



Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung

- Empfehlungen für ein Therapie- und Praxismodell -

- **Bewegungstherapeutische Diagnostik**
 - Einsatz geeigneter Verfahren zur Bewegungsbeobachtung
- **Formulierung von Therapiezielen**
- **Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur**
 - Inhalte, Methoden
 - Rahmenbedingungen
- **Therapiekontrolle**
 - Einbindung in Behandlungsteams, Dokumentation

Weinsberger Skalen zur Bewegungsbeobachtung (WSBB)

Name des Beobachters:	Datum:
Name des Patienten:	Interventionsgruppe:

1. Kontaktverhalten

-3	-2	-1	0	1	2	3
extrem wenig Bindung			angemessen		stark emotional überbindend	

2. Selbstvertrauen

-3	-2	-1	0	1	2	3
überhaupt kein Selbstvertrauen		normales Selbstvertrauen				übermäßig stark

3. Aktivität

-3	-2	-1	0	1	2	3
übermäßig passiv			normal aktiv			übermäßig hyperaktiv

4. Spannung

-3	-2	-1	0	1	2	3
stark herabgesetzte Muskelspannung			angemessene Spannung			sehr verkrampft

5. Bewegungsregulierung

-3	-2	-1	0	1	2	3
übermäßig unkontrolliert			normal kontrolliert			stark übervorsichtig

6. Situative Aufmerksamkeit (Konzentration)

-3	-2	-1	0	1	2	3
stark unkonzentriert			angemessen aufmerksam			besonders stark verstrickt

7. Bewegungsausdruck

-3	-2	-1	0	1	2	3
überhaupt nicht ausdrucksvoll			normaler Ausdruck			stark übertrieben ausdrucksvoll

8. Verbale Kommunikation

-3	-2	-1	0	1	2	3
überhaupt nicht kommunikativ			angemessen kommunikativ			stark übertrieben kommunikativ

9. Soziale Regulierungsfähigkeit

-3	-2	-1	0	1	2	3
übermäßiger Mangel an			normal angepasst			übermäßig gesteigert

10. Antrieb

-3	-2	-1	0	1	2	3
stark gemindert			angemessener Antrieb			stark erhöht

11. Informationsaufnahme/ -verarbeitung

-3	-2	-1	0
sehr stark eingeschränkt			angemessen

Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung

- Empfehlungen für ein Therapie- und Praxismodell -

- **Bewegungstherapeutische Diagnostik**
 - Einsatz geeigneter Verfahren zur Bewegungsbeobachtung
- **Formulierung von Therapiezielen**
- **Festlegung und Gestaltung der Therapiestruktur**
 - **Inhalte, Methoden**
 - **Rahmenbedingungen**
- **Therapiekontrolle**
 - Einbindung in Behandlungsteams, Dokumentation

Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung

- 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

Neues Therapieangebot der BWT

(Ossoba, BWT-Konzept Tübingen)

- **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

(Ossoba, BWT-Konzept Tübingen)

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 Mitmenschen

Neues Therapieangebot der BWT

(Ossoba, BWT-Konzept Tübingen)

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

Sinnvolle Veränderungen

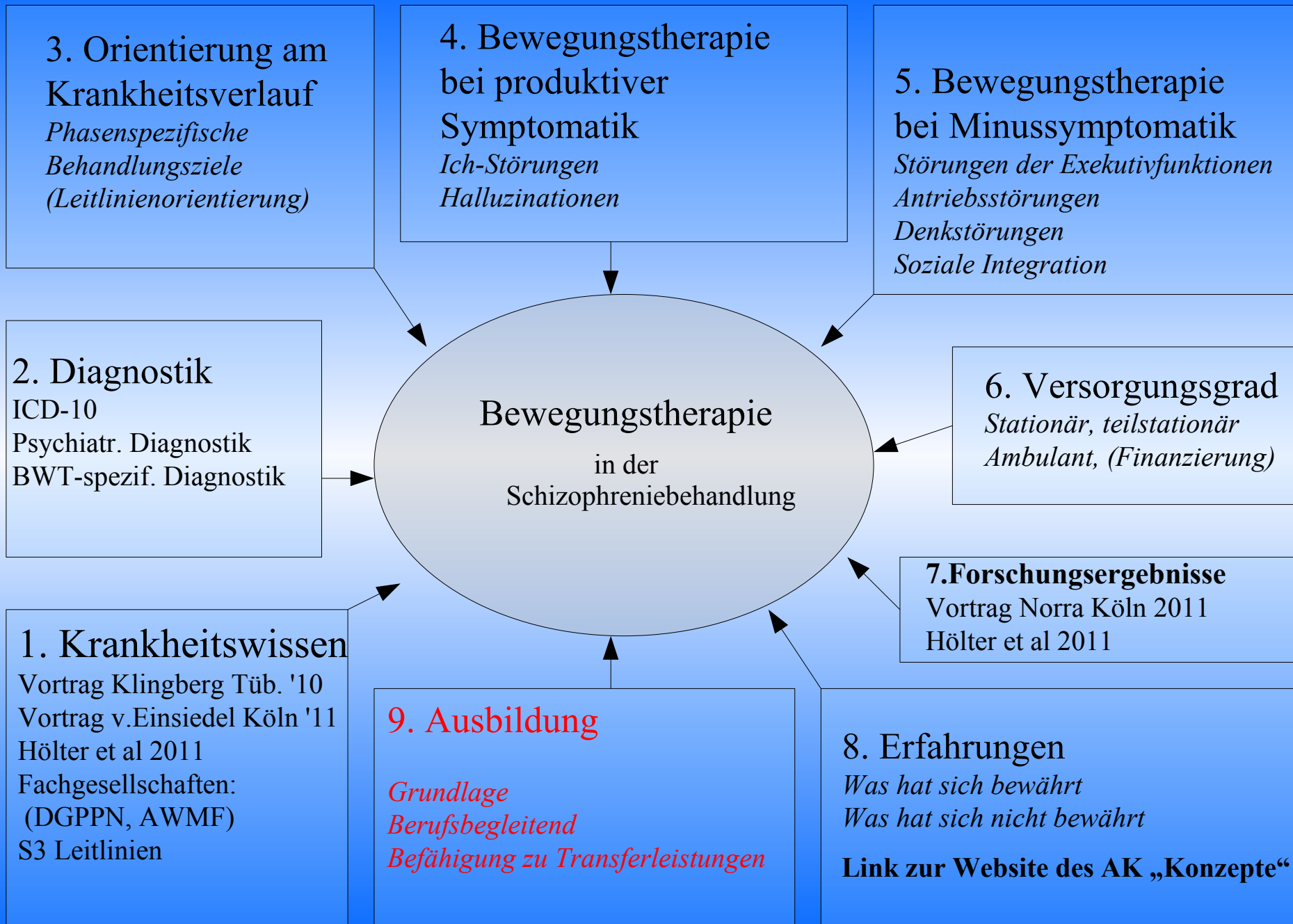
(Ossoba, BWT-Konzept Tübingen)

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

Beobachtete Verbesserung:

(Ossoba, BWT-Konzept Tübingen)

- 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



Bewegungs- und Sporttherapeut in der Psychiatrie

Ausbildungs- u. Tätigkeitsprofil

- Durchführung der bewegungstherapeutischen Maßnahmen in Gruppen- und Einzeltherapie; z.T. stations- und klinikübergreifend
- Planung und Auswertung der bewegungstherapeutischen Arbeit, organisatorische Aufgaben
- Dokumentation, Austausch mit anderen Berufsgruppen
- Gegenseitiger inhaltlicher Austausch, Fallbesprechung, Supervision
- Konzeptentwicklung

Praxis der Bewegungstherapie

- vielfältiges Methodeninventar:
 - Übungs- u. Spielformen
 - Einzel-, Partner- u. Gruppensituationen
 - Einsatz von Geräten und Materialien
 - geeignete Bewegungs- u. Sportformen
- ➔ **Modifizierung, Transferleistung des Bewegungstherapeuten**

Bewegungstherapie in der Psychiatrie

Beschäftigungs – und Freizeitangebot

Cootherapie, Begleittherapie

Soziotherapie

Fachtherapie

Kreativtherapie

Bewegungs- und Körpertherapie

Bewegungs- und Sporttherapeut in der Psychiatrie

Ausbildungs- u. Tätigkeitsprofil

- Fachschulausbildung
 - Hochschulabschluss
 - Berufsbegleitende Qualifikationen
-
- Kenntnis bewegungstherapeutischer Methoden
 - Spezialisierung im Bereich PPS
 - Persönliche Kompetenz

Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung

- Perspektiven -

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“

Perspektiven



Bewegungstherapie
als Türöffner

Bewegungstherapeut
als Begleiter

Vielen Dank für ihre
Aufmerksamkeit !