

# Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Jun.-Prof. Dr. Mone Welsche  
Universität Hamburg

Weissensee 06.05.2010

# Gliederung

---

- Fragebogenerhebung 1 2003/4
- Fragebogenerhebung 2 2005
- Fazit - Diskussion

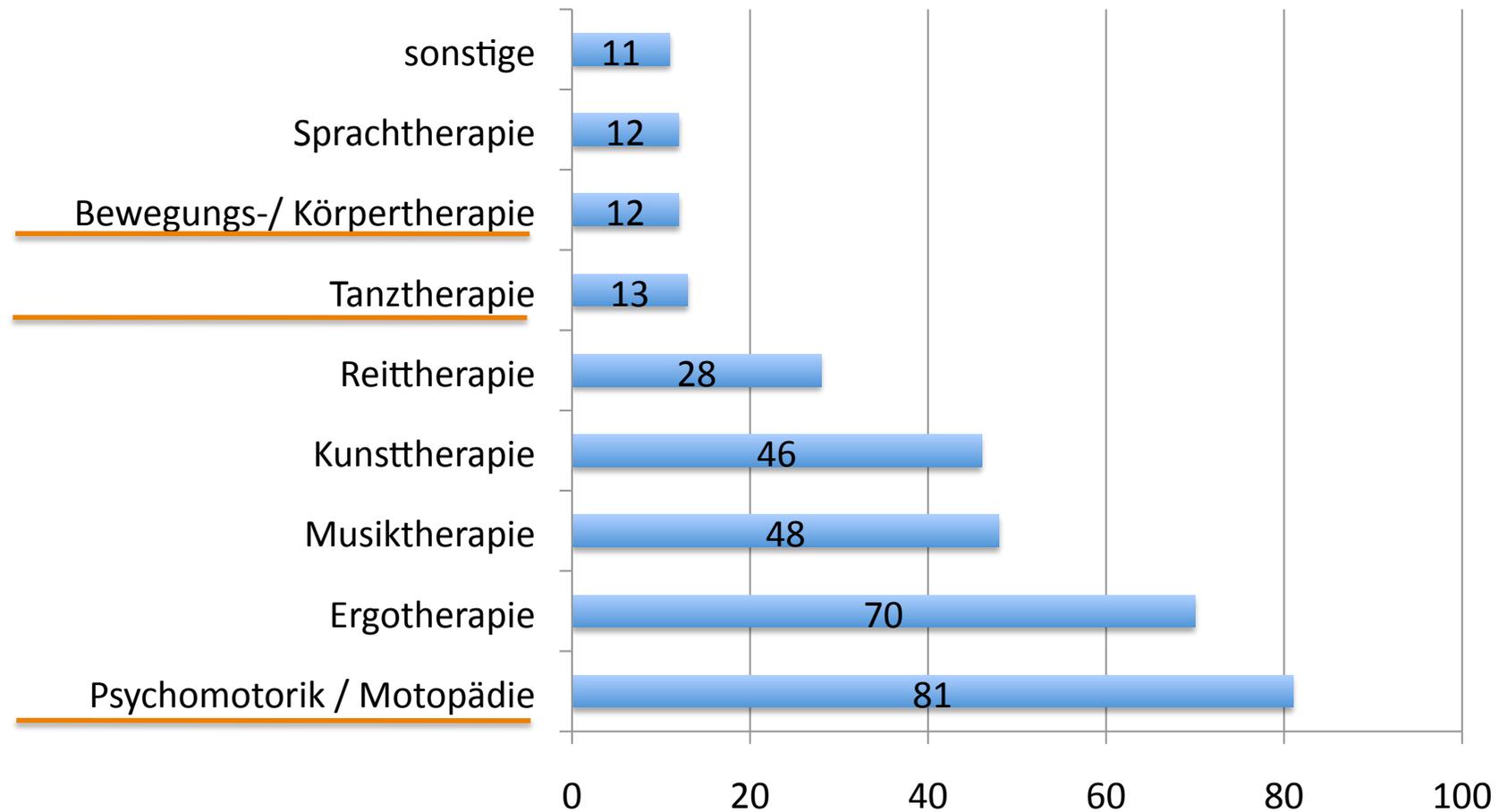
# Fragebogenerhebung 1

---

- ➔ Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE)  
Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ➔ Schwerpunkt:
  - A) Bewegungsdiagnostik
  - B) klinische Rahmenbedingungen
- ➔ angeschrieben wurden 137 Kliniken  
Teilnahme: n= 82, Rücklaufquote (59,8 %)

# Fachtherapeutische Angebote in der KJP im Überblick (Stand 2004)

---

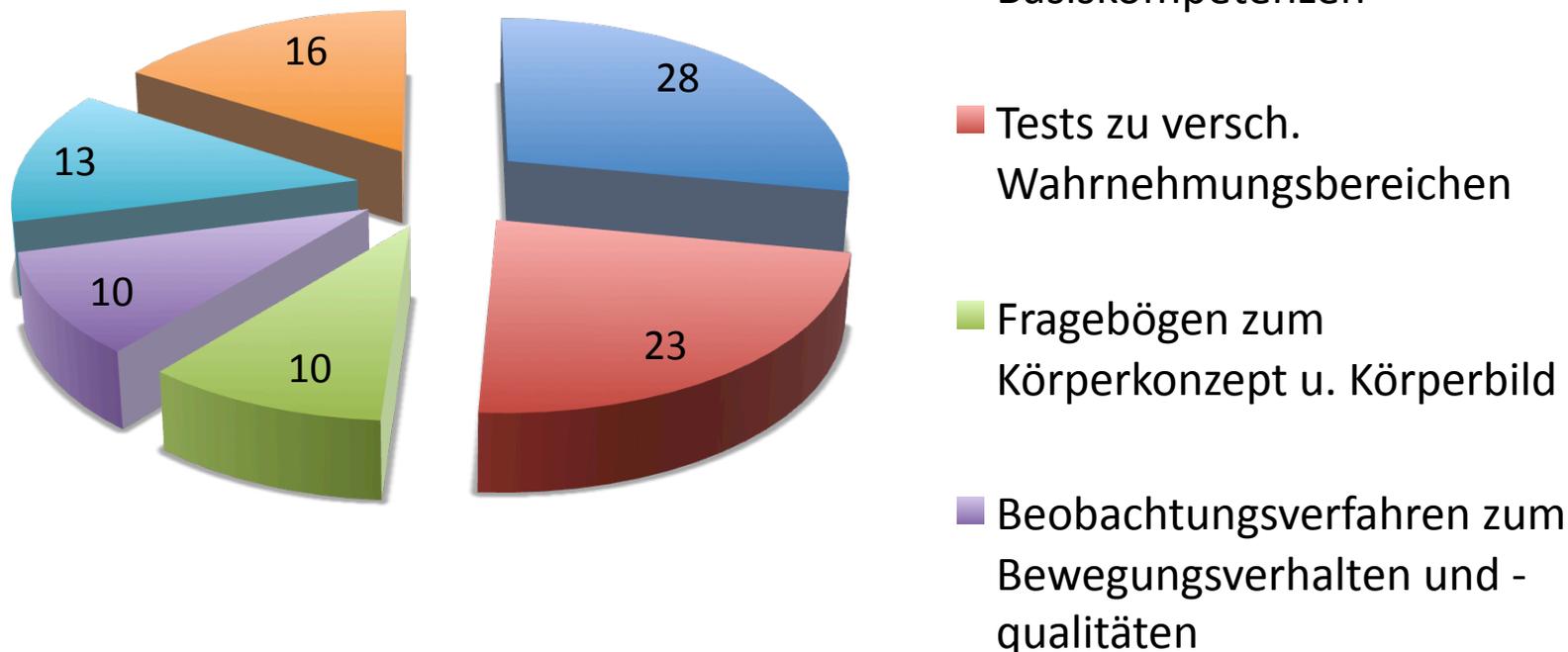


# Ergebnisse zur Bewegungsdiagnostik

---

- ➔ Insg. wurden 43 versch. Verfahren und Ansätze benannt, von denen jeweils 30 von nur einer oder zwei Kliniken angewendet wurden.
- ➔ Das am häufigsten genutzte Verfahren, der KTK, ist veraltet mit einer Normierung aus den 70er Jahren.
- ➔ Von sehr vielen Kolleg/innen wurde eine strukturierte Bewegungsbeobachtung als Methode angegeben.
- ➔ Die Mehrzahl der Konzepte und Verfahren dienen der Überprüfung von Wahrnehmungs- und Bewegungsleistungen im Kindergarten-, Grundschul- oder Mittelschulalter ➔ altersbegrenzt einsetzbar

# Methodengruppierung der häufigsten standardisierte Bewegungs- diagnostische Verfahren (n=33, in %)



# Diskussion

---

- ➔ Defizit In der Versorgung der jugendlichen Patienten (psychopathologischen Diagnostik im Sinne der klinischen Hypothesenbildung und –prüfung?) (s. Welsche et al., 2007).
- ➔ Störungsspezifische Verfahren wurden gewünscht
- ➔ Keine Vergleichbarkeit möglich
- ➔ Unübersichtlich und sehr beliebig? ➔ wie ernsthaft kann die bewegungsdiagnostische Praxis da genommen werden?

Plädoyer für Standards ?

# Fragebogenerhebung 2

---

- ➔ 2005 Uni Dortmund FB Rehabilitationswissenschaften  
Bewegungserziehung und -therapie & KJP, UKE
- ➔ Schwerpunkt
  - A) klinische Rahmenbedingungen
  - B) bewegungsth. Konzepte und Zielsetzungen
  - C) allgemeine Einschätzung des Arbeitsbereiches
- ➔ n=118 Therapeut/innen, 58 von 137 Kliniken, Rücklauf:  
45,7%  
w: 74,6 %, m: 25,4 %, Durchschnittsalter ca. 40 J.

# Berufsgruppen

Berufsgruppen in der bewegungsth. Versorgung	
1. Akademische Berufsgruppen Dipl. Sportlehrer (11,9 %) Dipl. Motologen (8,5 %) Dipl. (Reha-)Pädagogen (5,1 %) Dipl. Sportwissenschaftler (2,5 %)	28,0 %
2. Physio- und Ergotherapeuten Physiotherapeuten (12,7 %) Ergotherapeuten (9,3 %)	22,0 %
3. Absolventen einer bewegungspsychotherapeutischen Weiterbildung Konzentrierte Bewegungstherapeuten (5,9 %) Tanztherapeuten (5,9 %) Kommunikative Bewegungstherapeuten (5,9 %) Körperpsychotherapeuten (3,4 %)	21,2 %
4. Motopäden und Mototherapeuten	17,8 %
5. Gymnastiklehrer	5,9 %
6. Andere Berufsgruppen	5,1 %

# Konzeptionelle Grundlagen

(Mehrfachantworten möglich)

Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der KJP	
Psychomotorik	67,8 %
Sporttherapie	43,2 %
Sensorische Integration	37,3 %
Integrative Bewegungstherapie	26,3 %
Konzentrierte Bewegungstherapie	23,7 %
Kommunikative Bewegungstherapie	23,7 %
Physiotherapie	22,0 %
Tanztherapie	16,1 %
Ergotherapie	11,9 %
Systemische Bewegungstherapie	9,3 %
Andere Konzepte	16,1 %

# Ziele

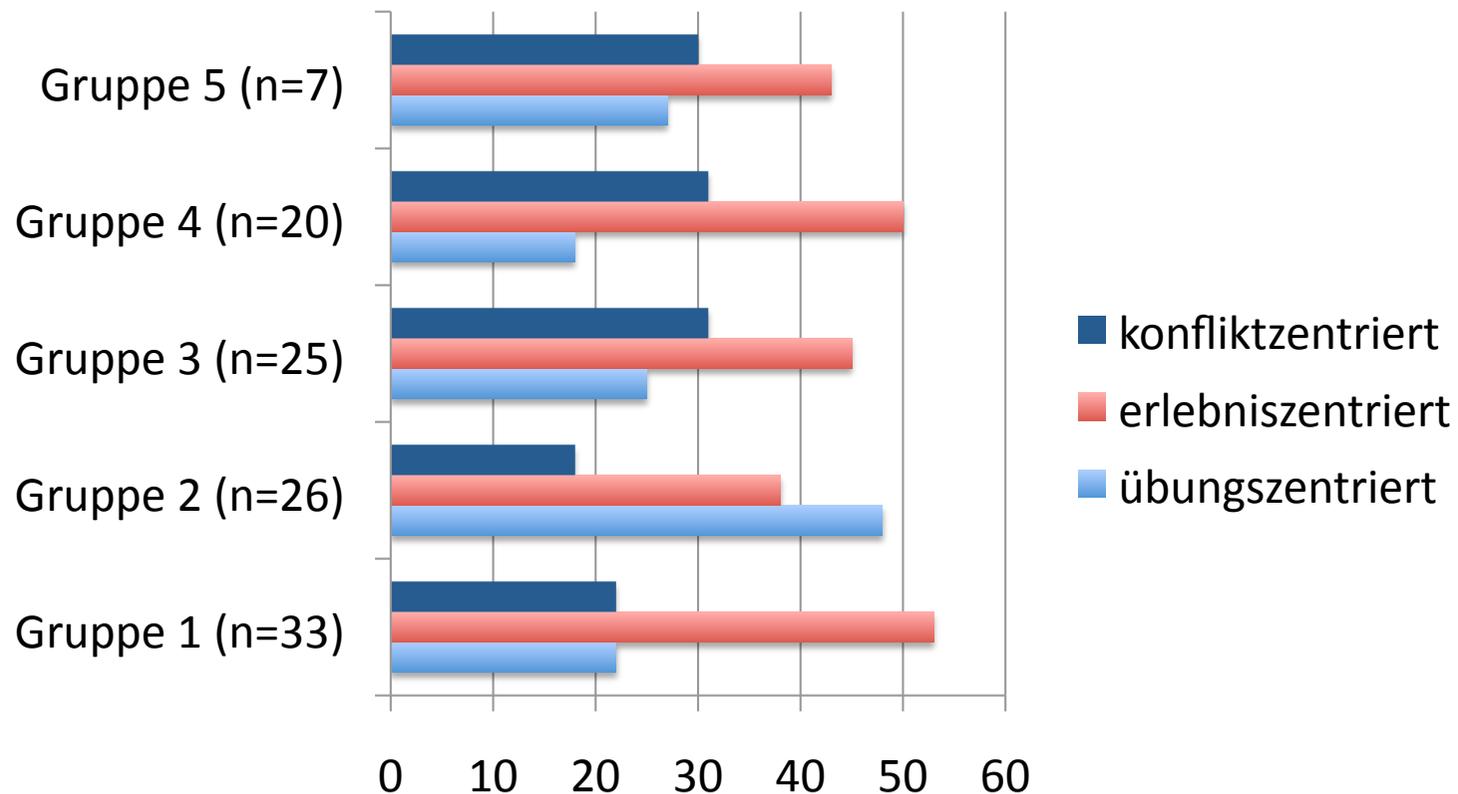
Kategorie	Beispiel Item
1. Aktivierung / Training / Fitness	Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit
2. Anregung zur Freizeitgestaltung	Freude an Bewegung, Spiel und Sport vermitteln
3. Vermittlung von Kompetenzen 3.1 Ich-Kompetenz 3.2 Sozial-Kompetenz 3.3 Sach-Kompetenz 3.4 Sportliche / Bewegungskompetenz	Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein fördern „Soziale Spielregeln“ und Kompetenzen im Miteinander vermitteln Achtsamkeit für Material und Umwelt fördern Sportliche Fähigkeiten / neue Sportarten vermitteln
4. Psychotherapeutische Ziele	Stärke zugänglich machen, Erlebtes, Emotionen und Probleme verbalisieren und reflektieren

# Ziele Ergebnis (1 = nicht wichtig – 5 = sehr wichtig)

	Gruppe 1 (Akadem.)	Gruppe 2 (Phy&Ergo)	Gruppe 3 (Bewpsych)	Gruppe 4 (Motop/th)	Gruppe 5 (Gymn)
1. Aktivierung	3,3	3,9	3,1	3,2	3,4
2. Freizeitgestaltung	4,3	4,5	4,3	4,5	4,7
3. Vermittlung von Kompetenzen					
3.1 Sach-Kompetenz	3,2	3,7	3,1	3,6	3,6
3.2 Sozial-Kompetenz	4,6	4,5	4,6	4,6	4,7
3.3 Ich-Kompetenz	4,0	4,4	4,6	4,6	4,6
3.4 Bewegungskompetenz	3,0	3,0	2,8	3,0	3,0
4. Psychotherapeutische Ziele	4,5	4,3	4,8	4,6	4,6

# Therapeutische Arbeitsweise (100%)

---



# Anmerkungen

---

- ➔ Schwerpunkt im erlebniszentrierten Ansatz  
Unterschied der Berufsgruppe Physiotherapie & Ergotherapie (Gruppe 2) – hier überwiegt der funktionale Ansatz
- ➔ Persönliche Angaben vieler Therapeuten: Schwerpunkt in der therapeutischen Herangehensweise wird den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten angepasst

# Ausstattung

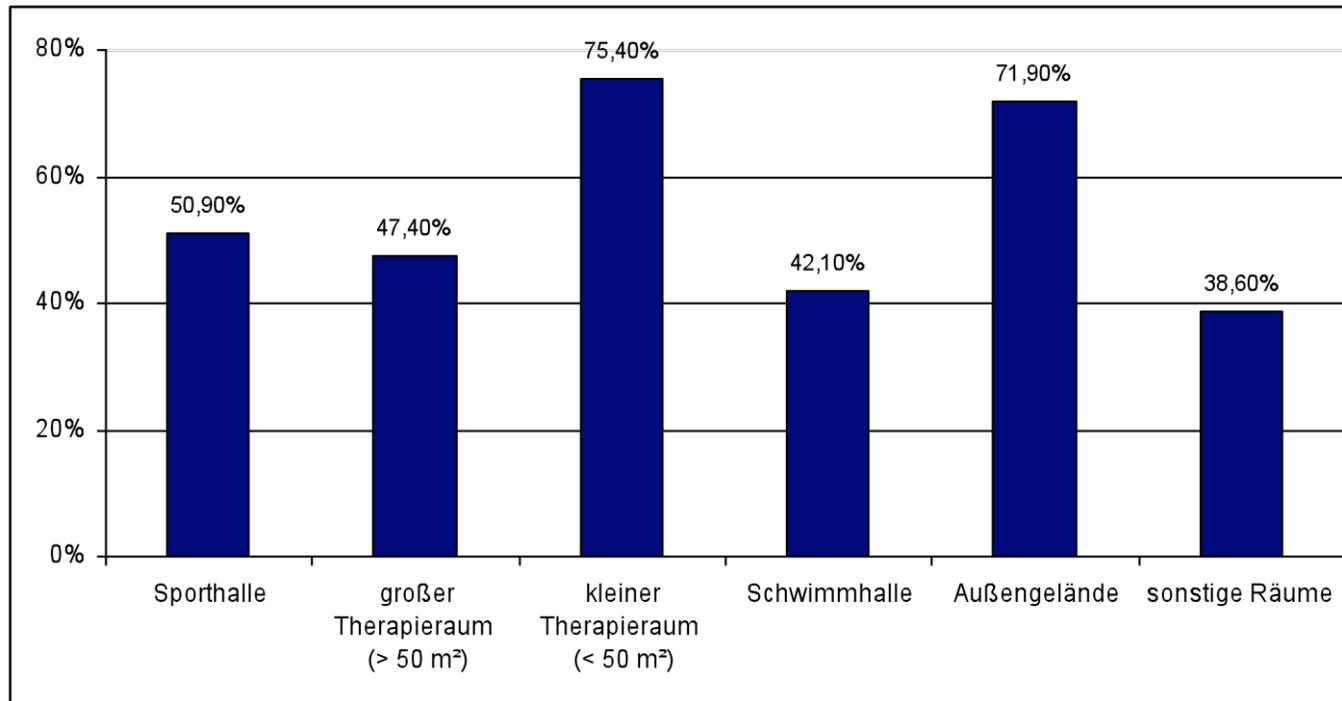


Abbildung 1: Übersicht über die zur Verfügung stehenden Räume an den befragten 58 Kliniken

# Frequenz bewegungstherapeutischer Interventionen

---

- ➔ Feste Frequenz (41,4%), davon überwiegend 2x pro Woche (29,3%) oder 1x pro Woche (12,1%)
- ➔ An allen Wochentagen sind bew. Angebote vorhanden (8,6 %)
- ➔ Anmerkungen: Variiert nach Indikation, keine einheitliche Regelung (46,6 %)

# Anmerkungen

---

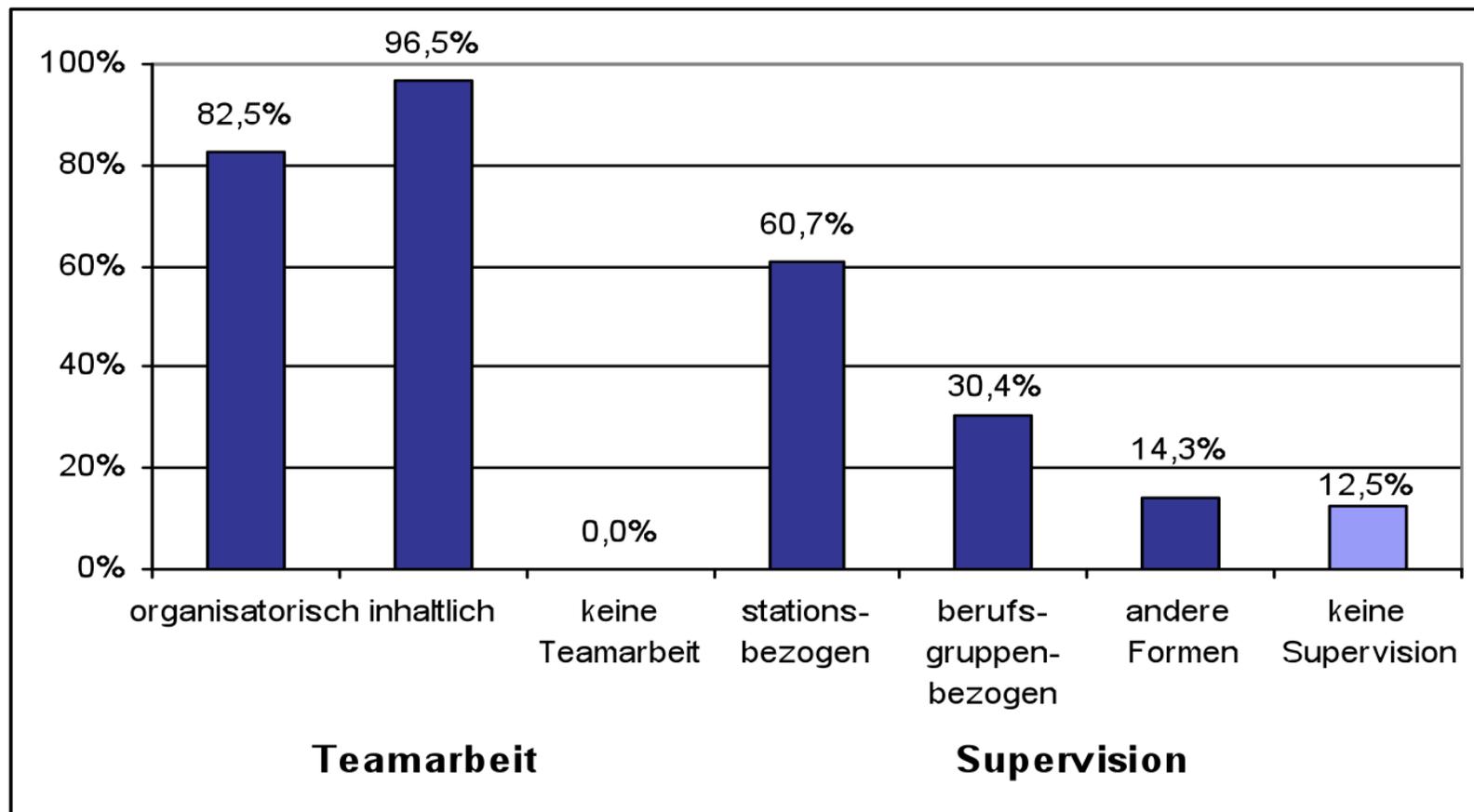
- ➔ Freiwillig als auch verpflichtend wurde nicht unterschieden
- ➔ Inwieweit findet eine (inhaltliche) Abgrenzung zwischen
  - A) freiwillig und verpflichtend
  - B) bewegungsorientiertes Freizeitangebot und Bewegungs-`psychotherapie´ statt?

# Gruppentherapie vs Einzeltherapie

---

- ➔ Im Überblick Gruppensetting etwas häufiger als Einzelsetting (57 % vs 43%)
- ➔ Persönliche Rückmeldung vieler Therapeuten:  
Das Setting hängt von der Indikation und den individuellen Erfordernissen der Patienten ab

# Übersicht über verschiedene Formen der Teamarbeit und Supervision (Mehrfachantworten)

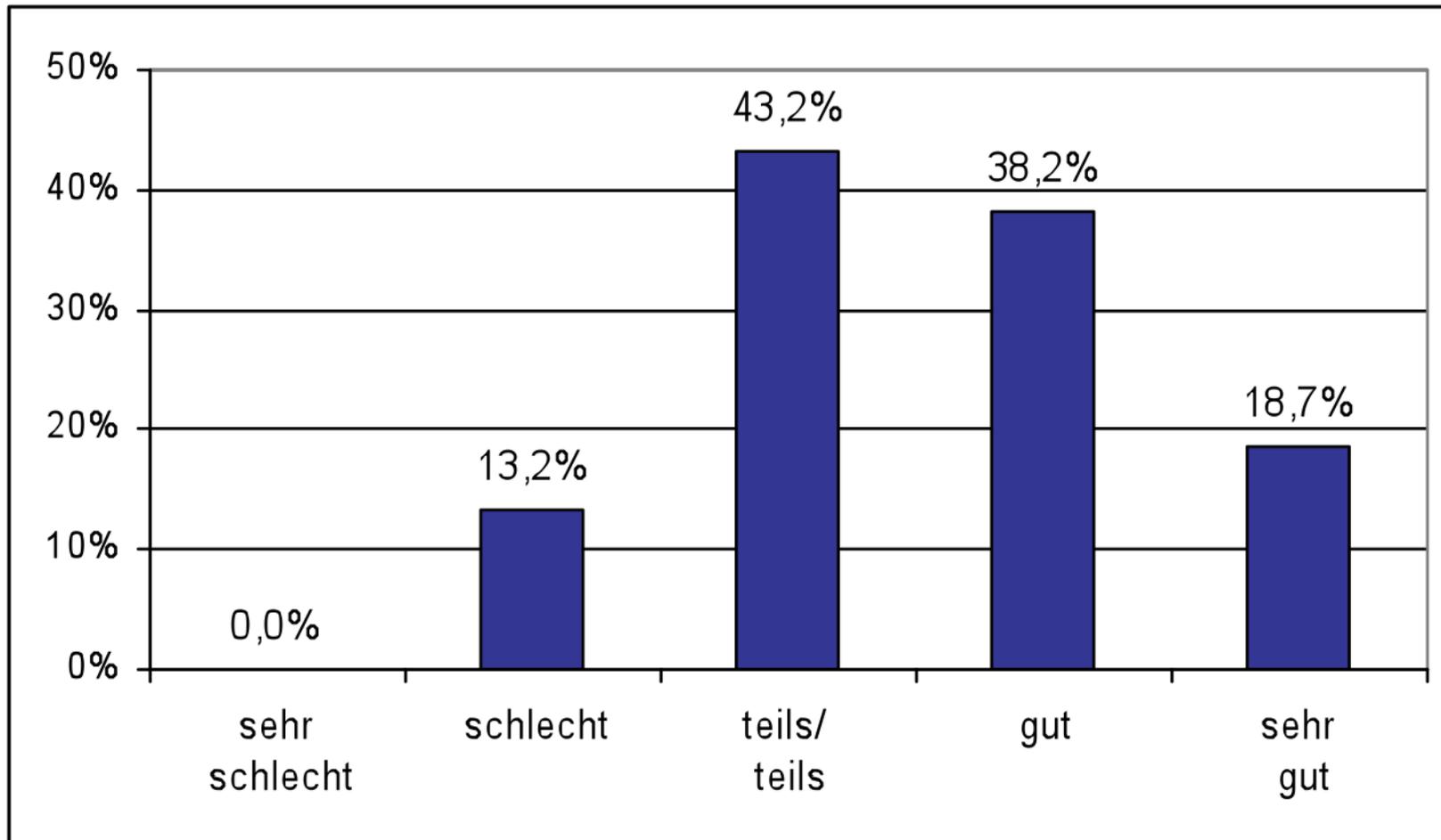


# Anmerkungen

---

- ➔ Inhaltliche und organisatorische Zusammenarbeit ist gewährleistet hat
- ➔ ein großer Anteil der Therapeut/innen kann an verschiedenen Supervisionsangeboten teilnehmen (insg. 87,5 %).
- ➔ Supervisionsangebote sind ca. doppelt so häufig stationsbezogen wie berufsgruppenbezogen
- ➔ 12,5% der Therapeut/innen haben keine Möglichkeit, an Supervisionen teilzunehmen

# Vernetzung der therapeutischen Angebote (n = 118 Bewegungstherapeut/innen)



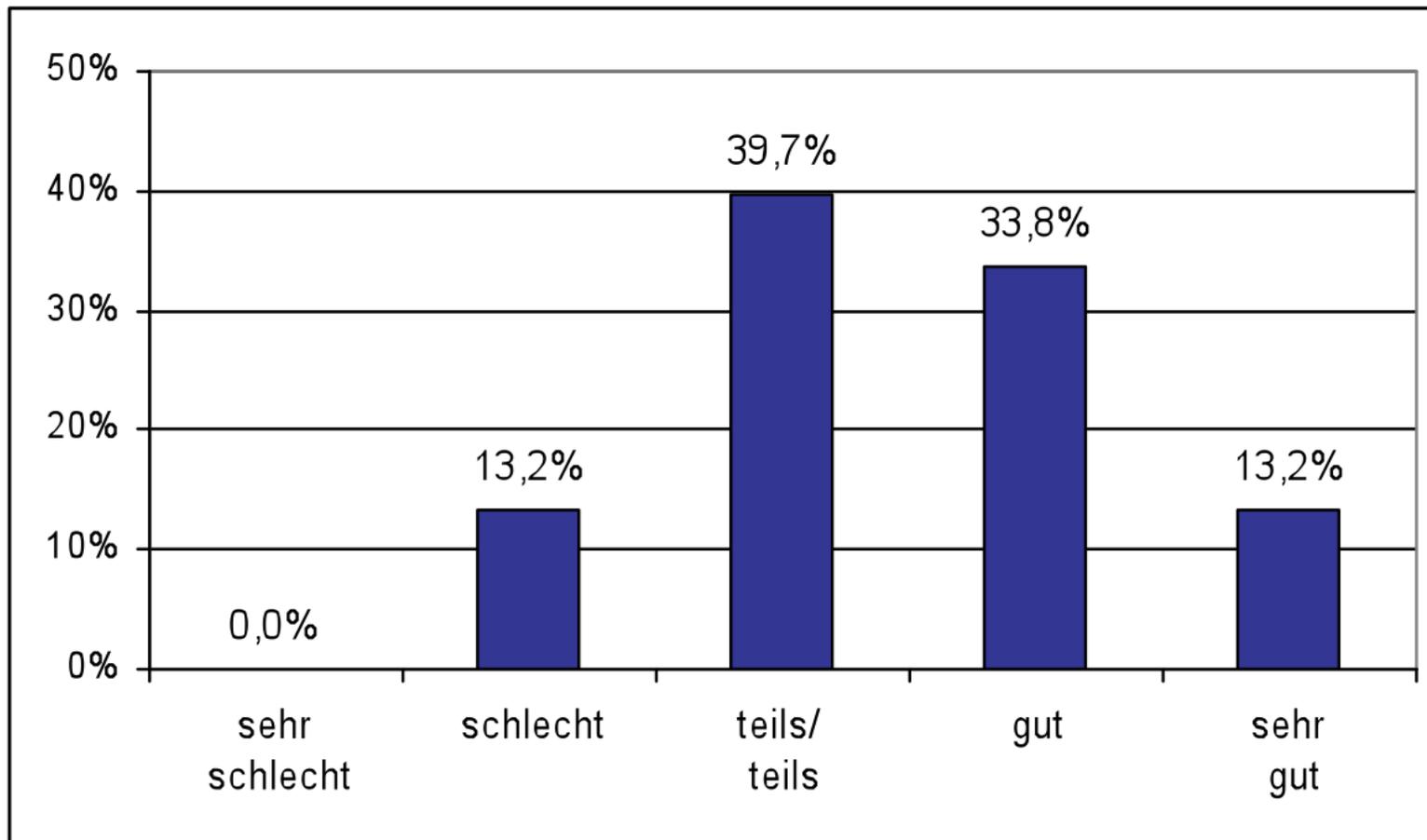
# Anmerkungen

---

- ➔ Einzelne Anmerkungen deuten darauf hin, dass die Zusammenarbeit verbessert werden könnte.

So wünscht sich z.B. ein/e Therapeut/in „*mehr Intensität in der Zusammenarbeit mit anderen Therapeut/innen bzw. dem Team in der Klinik und intensivere Supervision*“.

# Anerkennung der Bewegungstherapie im Vergleich zu anderen Therapieformen



# Anmerkungen

---

- ➔ Probleme z.B. durch die mangelnde „*Abgrenzung der Mototherapie von der reinen Beschäftigung*“ entstehen
- ➔ die Anerkennung der Bewegungstherapie innerhalb der Klinik kann auch von persönlichen Beziehungen abhängen
- ➔ Finanzielle Anerkennung der bewegungstherapeutischen Arbeit (Ausbildungsgrad der Therapeuten) erfolgt nicht.

# Einschätzung der Arbeitsbedingungen (n= 118)

---

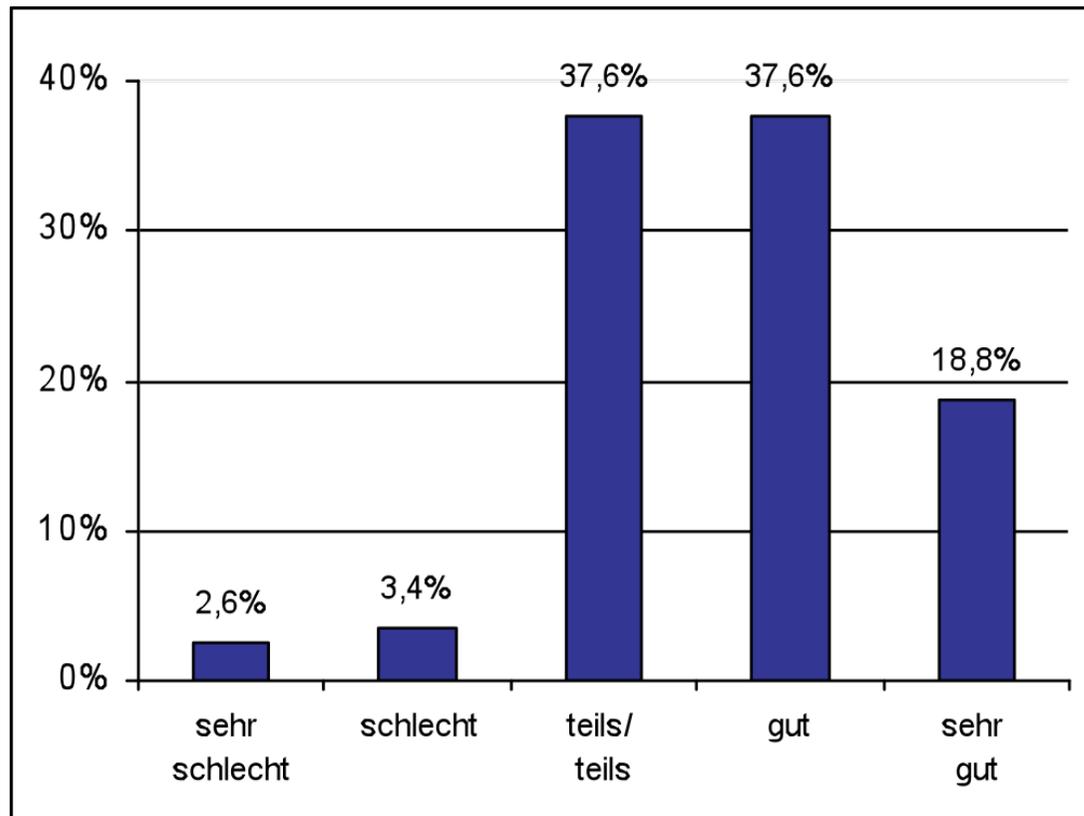


Abbildung 2: Subjektive Einschätzung der Arbeitsbedingungen durch 118 Bewegungstherapeut/innen

# Anmerkungen

---

- ➔ *„eigentliche Tätigkeit“* als Bewegungstherapeutin bei den derzeitigen Arbeitsbedingungen nicht ausführen zu können, da aufgrund der Gruppengröße meist nur sportliche Angebote gemacht werden können
- ➔ *„zu wenig Zeit für Vor- und Nachbereitungen, Organisation und Berichte“*
- ➔ *„mehr Gestaltungsfreiraum bei der Wahl zwischen Einzel- und Gruppensetting“*

# Diskussion

---

➔ Bewegungstherapeutischen Angebote sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Standard geworden.

Heute stehen **fast doppelt** so viele Bewegungstherapiestellen für die gleiche Anzahl an kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zur Verfügung wie noch vor 15 Jahren (vgl. SCHNURNBERGER 1994)

# Diskussion

---

- ➔ Schwierigkeit der Abgrenzung von bewegungstherapeutischen Maßnahmen und bewegungspädagogischen Angeboten (s. Konzepten, Professionen, Rahmenbedingungen)
- ➔ die Heterogenität des Faches in einer Schwellenposition zwischen Freizeitangeboten und therapeutischen Verfahren

Vielfalt (Methoden & Konzepte)

VS

Unübersichtlichkeit = Beliebigkeit ?

# es fehlt an:

---

- ➔ mangelnder bis kein Austausch zwischen den bewth. Professionen
- ➔ Transparenz: wer macht was, was nicht und wo machen wir alle das Gleiche?
- ➔ Wissenschaftlicher Verortung des Faches

Qualitätsstandards  
für die Bewegungstherapie  
in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ?!

---

Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!

# Literatur

---

- Welsche, M., Stobbe, C., Romer, G. & Hölter, G. (2009): Psychomotorik und Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zu Rahmenbedingungen und Akzeptanz. In: Praxis der Psychomotorik, 4: 172-177.
- Welsche, M., Stobbe, C., Hölter, G. & Romer, G. (2007): Bewegungsdiagnostik und Bewegungstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6, 435-445.
- Welsche, M., Stobbe, C. & Romer, G. (2007): „Und wer sieht uns?“ - Bewegungsdiagnostik für Jugendliche. Zeitschrift Motorik, 2: 94-101.
- Welsche, M., Romer, G. & Rosenthal, S. (2005): Bewegungsdiagnostik und bewegungstherapeutische Professionalisierung in der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bewegungstherapie und Gesundheitssport; 21: 199-205.