

Dokumentation

Tagung „Bewegungstherapie in der Psychiatrie“

Am 25.04.2008

Im ZfP Münsterlinik Zwiefalten

Inhaltsverzeichnis

Programm	3
Vortrag Prof. Dr. Gerd Hölter	4
Vortrag Prof. Dr. Gerhard Längle	18
Vortrag Ulrich Dautel	23
Vortrag Ruth Kleinagel	26
Vortrag Dr. Manfred Schneck	31
Diskussion.....	37
Teilnehmerliste.....	40

Kontakt

Dr. Manfred Schneck
Münsterklinik Zwiefalten
Hauptstr. 9
88529 Zwiefalten

Tel. 07373/10-3458
manfred.schneck@zfp-zwiefalten.de

Daniela Croissant (Dipl.-Psych.)
Münsterklinik Zwiefalten
Hauptstr. 9
88529 Zwiefalten

Tel. 07373/10-3407 oder -3538
daniela.croissant@zfp-zwiefalten.de

Ulrich Dautel
Münsterklinik Zwiefalten
Hauptstr. 9
88529 Zwiefalten

Tel. 07373/10-3352
ulrich.dautel@zfp-zwiefalten.de

Ab 9:00 Uhr

Eintreffen der Tagungsteilnehmer

9:30-10:45 Uhr

- Begrüßung
- Vorstellungsrunde
- Vortrag Prof. Hölter (Universität Dortmund):
Bewegungstherapie im europäischen Kontext
- Vortrag Prof. Längle (Münsterklinik Zwiefalten):
Braucht die Psychiatrie die Bewegungstherapie?

10:45-11:00 Uhr

Pause

11:00-12:30 Uhr

- Vortrag Ulrich Dautel (Münsterklinik Zwiefalten):
Entwicklung der Bewegungstherapie in der Münsterklinik Zwiefalten in den letzten 20 Jahren
- Vortrag Ruth Kleinagel (Münsterklinik Zwiefalten):
Taugt unsere Ausbildung für die Arbeit in der Psychiatrie?
- Vortrag Dr. Schneck (Münsterklinik Zwiefalten):
Übersicht über die vorliegenden Konzepte
- Diskussion

12:30-13:30

Gemeinsames Mittagessen/ggf. Führung durch Räume der BWT in der Klinik

13:30-17:00 Uhr

- Namensgebung der Arbeitsgruppe
- Zusammenstellung von Fragen und Erwartungen an die Gruppe
- Zielplanung für 2008
- längerfristige Zielplanung
- Zusammenstellung von themenbezogenen Kleingruppen
- ggf. Festlegung Zeitraum für ein neues Treffen

UNIVERSITÄT DORTMUND

Prof. Dr. Gerd Hölter
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Bewegungserziehung und Bewegungstherapie
gerd.hoelter@tu-dortmund.de

Zwiefalten

April 2008

Klinische Bewegungstherapie im internationalen Kontext

- Terminologie
- Wirksamkeit
- Klinische Bewegungstherapie - interdisziplinär

©Hö 08



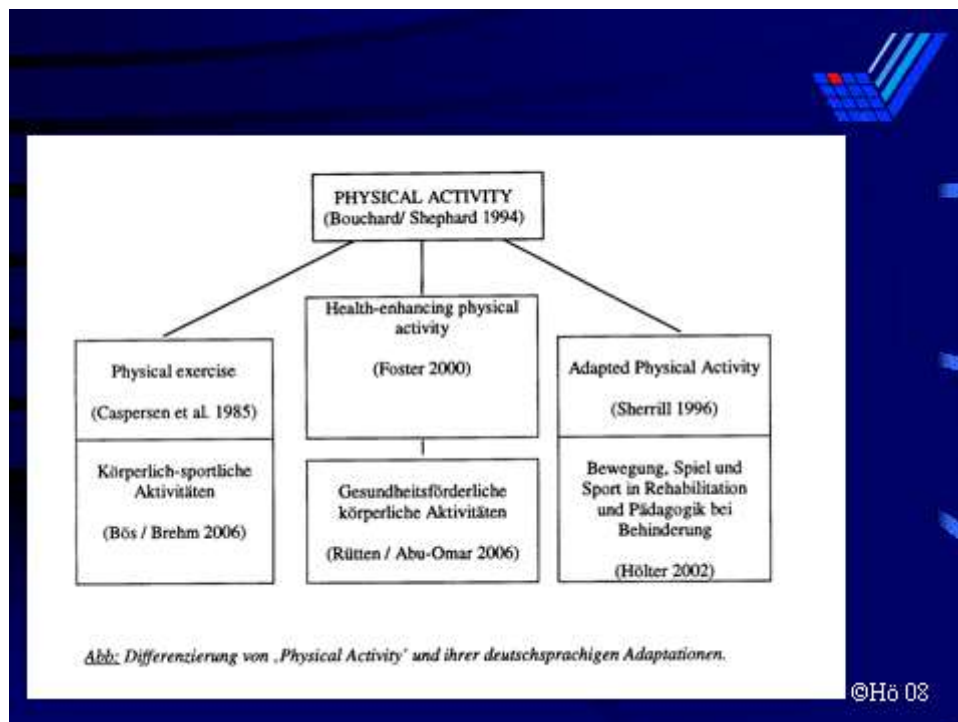
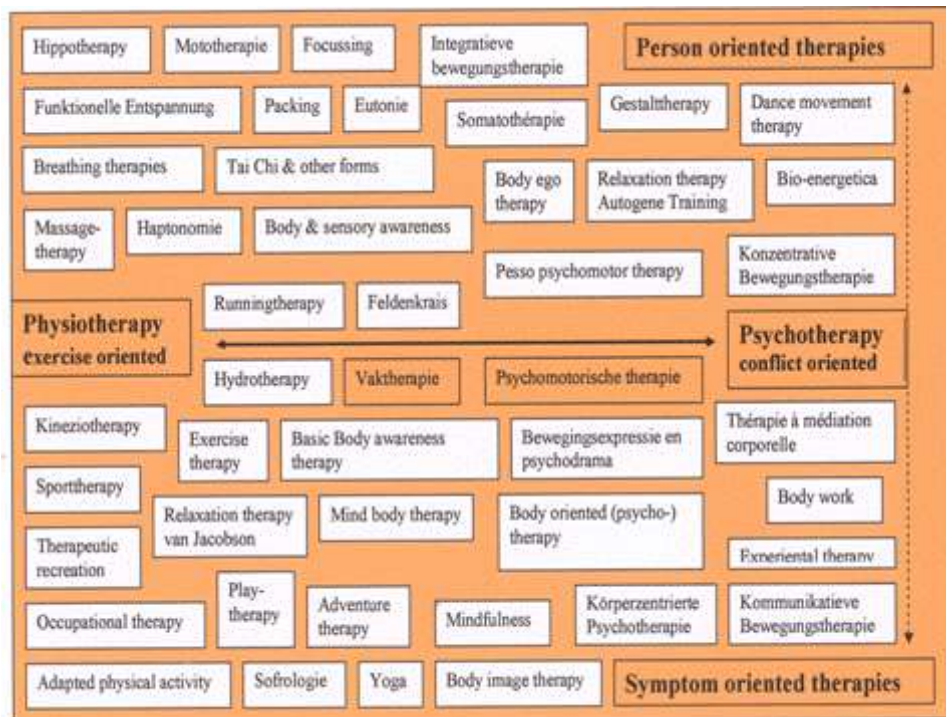
TIERTHERAPIE IST KOSTENGÜNSTIG, WIRKSAM UND
ERFORDERT NUR EINE RELATIV KURZE AUSBILDUNG.

©Hö 08

Terminologie

©Hö 08







- **USA / GB**
 - Recreational Therapy
 - Dance / Movement Therapy
 - Body (Psycho) Therapy
 - Physiotherapy
- **Skandinavien / Beneluxländer**
 - Physiotherapy in Mental Health
 - Psychomotor Therapy
 - Physical Exercise
 - Adapted Physical Activity

©Hö 08



- **Frankreich**
 - Activité Physique Adaptée (APA)
 - Thérapie Psychomotrice
- **Schweiz**
 - Sport- / Bewegungstherapie
 - Psychomotorische Therapie (Kinder)
 - Physiotherapie

©Hö 08

Wirksamkeit

©Hö 08

	sehr geholfen	ziemlich geholfen	geholfen	etwas geholfen	nicht geholfen	Summe abg.
Bewegungs-/Sporttherapie	32,50	25,00	25,00	15,00	2,50	80
mal allein zu sein	25,00	22,50	27,50	17,50	7,50	80
Gruppentherapie	19,48	20,78	27,27	14,29	18,18	77
Gespräche mit anderen Patienten	41,56	20,78	24,68	5,19	7,79	77
Einzelgespräche mit dem Psychologen	23,53	17,65	29,41	16,18	13,24	68
zusätzlich angebotene Freizeitgestaltung	22,22	22,22	42,86	9,52	3,17	63
Gespräche mit dem Pflegepersonal	14,52	3,23	32,26	33,87	16,13	62
Einzelgespräche mit dem Arzt	14,75	13,11	21,31	27,87	22,95	61
Vorschriften und Planung in der Klinik	5,45	18,18	32,73	21,82	21,82	55
Besuche von Angehörigen und Freunden	25,93	22,22	29,63	11,11	11,11	54
Krankengymnastik/ Massage	33,33	27,78	0,00	25,00	13,89	36
Medikation	0,00	14,29	42,86	39,29	3,57	28
Wochenendurlaub	0,00	33,33	33,33	33,33	0,00	6
Arbeitstherapie	25,00	25,00	50,00	0,00	0,00	4
Werk-/Gestaltungstherapie	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	2

**1.
Einschätzung
der
Wirksamkeit
- Anteil in
Prozent -
(n=88
PatientInnen)**

ö 08

Evidence Report Chief Medical Officer 2004, Great Britain



Table 1 Level and strength of evidence for a relationship between physical activity and contemporary chronic conditions

Condition	Preventive effects			Therapeutic effects	
	Level of evidence ^a	Strength of effect	Evidence of a dose-response relationship	Level of evidence ^a	Strength of effect
Cardiovascular disease					
Coronary heart disease	High	Strong	Yes	Medium	Moderate
Stroke – ischaemic	High	Moderate	–	Low	Weak
– haemorrhagic	Medium	Weak	–	Low	Weak
Peripheral vascular disease	No data/ insufficient data	–	–	Medium	Moderate
Obesity and overweight	Medium	Moderate ^b	–	Medium	Moderate ^b
Type 2 diabetes	High	Strong	Yes	Medium	Weak
Musculoskeletal disorders					
Osteoporosis ^c	High	Strong	–	Medium	Weak
Osteoarthritis	No data/ insufficient data	–	–	Medium	Moderate
Low back pain	Medium	Weak	–	High	Moderate
Psychological well-being and mental illness					
Clinical depression	Low	Weak	–	Medium	Moderate
Other mental illness	No data/ insufficient data	–	–	Low	Weak
Mental well-being	–	–	–	Medium	Moderate
Mental function	Low	Moderate	–	Low	Weak
Social well-being	No data/ insufficient data	–	–	Low	Weak

2. Metaanalysen zur Wirksamkeit

Effekte Physische Gesundheit



- Gesamtmortalität
- Herz-Kreislauf
- Schlaganfall
- Krebs
 - Dickdarm (29)
 - Brustkrebs (13)
 - andere
- Diabetes mellitus (o. Insulin)
- Osteoporose
- Rheuma
- Körpergewicht
- ♂ 2 Jahre länger
- Dosis-Effekt Beziehung eindeutig
- nicht eindeutig
- protektive Wirkung
- widersprüchliche Befunde
- widersprüchliche Befunde
- protektive Wirkung
- nicht eindeutig
- nicht eindeutig
- nicht eindeutig

Quelle: USDHHS, 1996; Banzer et al., 1998.

©Hö 08

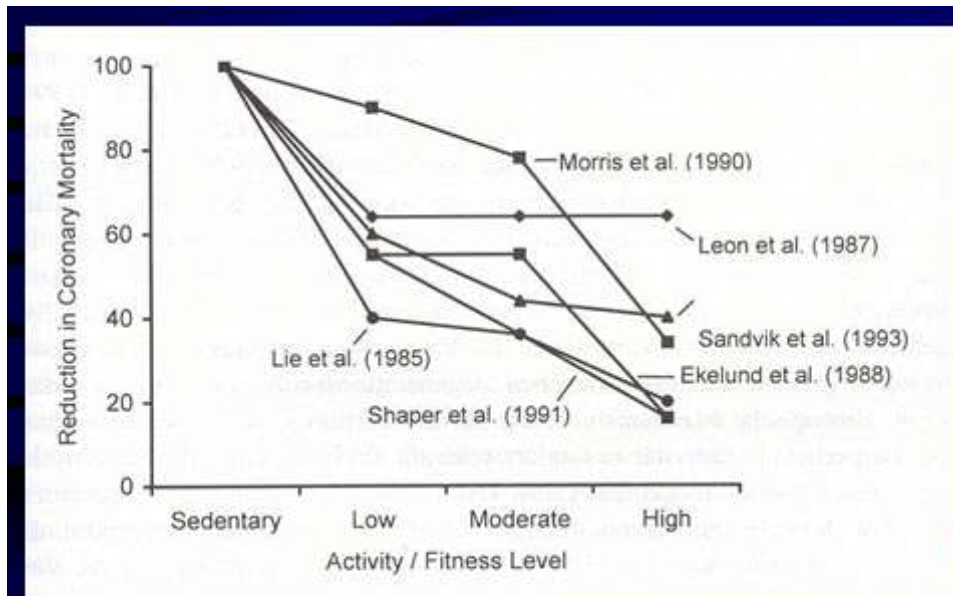


Abb.: Körperliche Aktivität bzw. Fitness und koronare Mortalität.
In: Fuchs (2003)

©Hö 08

2. Metaanalysen zur Wirksamkeit



Effekte Körpergewicht

„Sporttreiben kann insgesamt den Fettabbau im Körper unterstützen, ohne Ernährungsumstellung und Kalorienreduktion sind jedoch langfristig keine gewichtsreduzierenden Effekte zu erzielen.“

Quelle: W. Banzer, M. Knoll, K. Bös (1998)

©Hö 08



Zusammenhang Sport / Psychische Gesundheit

„Ein Grundtenor dieser Reviews ist, dass sich kausal interpretierbare generelle Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und psychischer Gesundheit als Ganzes nicht finden lassen, wohl aber Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und spezifischen Gesundheitsvariablen (z. B., Angst, Spannungszustände, Stimmung, Körperkonzept)“.

BREHM (1998)

©Hö 08



Effekte psychische Gesundheit

- *Beschwerdeerleben*

- geringere Beschwerden

©Hö 08

Beschwerdeerleben

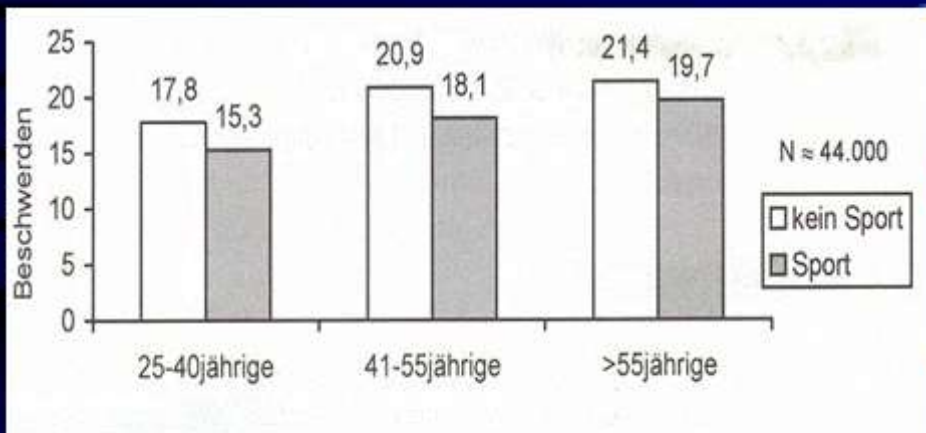


Abb.: Grad der Beschwerden (Zerssen-Skala nach Sportaktivität und Alter. In: Fuchs (2003)

©Hö 08

Effekte Sport / Psychische Gesundheit

- *aktuelles Wohlbefinden*

- Ärger (schwach)
- Spannung, Deprimiertheit, Vitalität, Müdigkeit, Konfusion
- (schwache bis mittlere Effekte)
- Anstrengung, Meistern von Aufgaben (mittlere bis starke Effekte)

©Hö 08

Effekte Sport / Psychische Gesundheit



- *Depression (10)*

-antidepressive Effekte bei
aeroben und anaeroben
Sportprogrammen (nach 4–8
Wochen), anhaltend (von 2–
12 Monaten)

©Hö 08

Effekte Depression/Angst



„1. Durch sportliche Aktivität kann die depressive Symptomatik sowie die Angstsymptomatik bei bestimmten Patienten reduziert werden ...

2. ... Dabei müssen alters- und geschlechtsspezifische Effekte berücksichtigt werden. Frauen scheinen von verschiedenen Formen sportlicher Betätigung über alle Altersgruppen hinweg zu profitieren, während Männer eher im mittleren und höheren Lebensalter einen bedeutsamen Nutzen eines aeroben Ausdauertrainings im Hinblick auf Depression und Angst aufweisen.“

Quelle: P. Schwenkmetzger (1998)

©Hö 08

-Angst

- Eigenschaftsangst (norm)
 - Zustandsangst (klin)
 - Angststörung (klin)
- generell günstige Effekte
 - Reduktion unmittelbar nach Beendigung der Aktivität
 - signifikante Reduktion der Symptomatik

©Hö 08

-Schizophrenie

- Abnahme von Rastlosigkeit, gebessertes Sozialverhalten, Wiederherstellung von Körpergrenzen, Körperwahrnehmung (uneindeutige Befunde)

©Hö 08

2. Metaanalysen zur Wirksamkeit



Effekte Schizophrenie

„Insgesamt ist festzustellen, dass die wenigen in der Literatur beschriebenen Untersuchungen zur Beeinflussbarkeit des Körpererlebens und der psychopathologischen Symptomatik durch körperorientierte Psychotherapieangebote in der deutlichen Mehrzahl zu positiven Ergebnissen kommen und dazu ermutigen, systematische Therapieevaluation fortzuführen.“

Quelle: Röhrich, F. (2000)

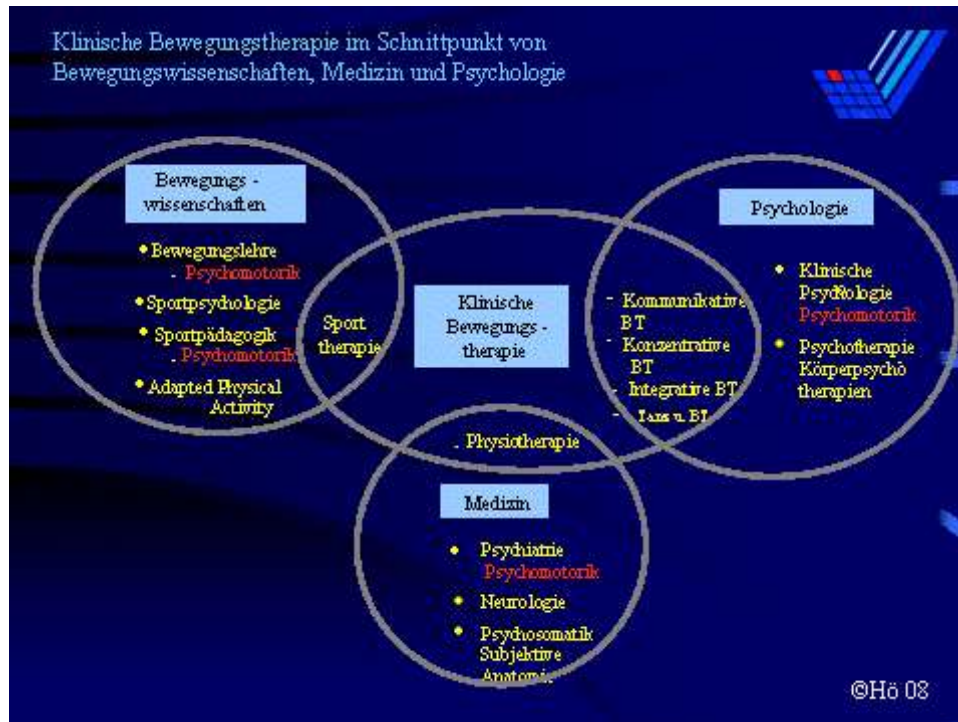
©Hö 08

-Motorik

- keine generellen Effekte

Quelle: Brehm (1998), Röhrich (2000), Fuchs (2003)

©Hö 08



3. Objektive und subjektive Wirkfaktoren

Psychotherapieforschung

„Heuristiken“ therapeutischer Interventionen

1. Reflektierende Abstraktion
2. Emotionsverarbeitung
3. Kompetenzerweiterung
4. Heuristik der Beziehungsgestaltung

Ambühl/Grawe (1989)

Therapeutische „change agents“

1. Affektives Erleben
2. Kognitive Beherrschung
3. Verhaltensregulation

Karasu (1986)

©Hö 08

Wirkfaktoren in
der Psychotherapie



1.Tagung
Psychiatrische Bewegungstherapie
Zwiefalten, 25.4.2008





Braucht die Psychiatrie
Bewegungstherapie?

Prof.Dr.G. Längle
ZfP Münsterklinik Zwiefalten,
Südwestwürttembergische Zentren für Psychiatrie



Braucht die Psychiatrie Bewegungstherapie?



Gliederung:

1. Vorbemerkungen / Hintergrund
2. Diagnostik
3. Ambulante Bewegungstherapie
4. Bewegungstherapie im stationären Umfeld
5. Diagnosespezifische Bewegungstherapie
6. Vorläufige Antwort
7. Diskussion



2. Diagnostik



Theorie: vor der Behandlung steht die Diagnose

Praxis: Verordnung erfolgt oft ohne spezifische Diagnostik

Ziel (?): spezifische Diagnostik geschieht in der Behandlung
und modifiziert diese

These: *psychiatrische Bewegungstherapie verfügt über
spezifische diagnostische Methoden und ergänzt die
sonstige bio-psycho-soziale Diagnostik der Psychiatrie*



2. Diagnostik



Ausgewählte diagnostische Aspekte psychiatrischer Bewegungstherapie

- Verhalten in Gruppen (Kontaktfähigkeit, Frustrationstoleranz)
- Emotionale Modulationsfähigkeit, Umgang mit Emotionen
- Konzentrationsfähigkeit, Durchhaltevermögen
- Körperwahrnehmung
- Bewegungskoordination
- Hinweise auf zusätzliche neurologische Beeinträchtigung
- Hinweise auf Medikamentennebenwirkung





3. Ambulante Bewegungstherapie

Theorie: wichtig, effektiv, von jedem Arzt zu verordnen

Praxis: sehr geringes Angebot, selten randständig in großen Praxen
etwas häufiger in PIAs, gelegentlich im Rahmen von ABW

Besonderheit: Rehasport in Vereinen (mit Verordnung)



These: *im ambulanten setting in der Versorgungsroutine kaum genutzt, weder diagnostisch noch therapeutisch*



4. Bewegungstherapie im stationären Umfeld

Theorie: fester Bestandteil der multiprofessionellen
Komplexbehandlung in den meisten Kliniken,
Einbindung in Diagnostik und Therapie,
gemeinsame Dokumentation, Teil des Teams

Praxis: z.T. randständig, isoliert, ohne enge Abstimmung zu
anderen Therapiebausteinen, gesonderte Doku,
inhaltlich stark bestimmt durch Zufälligkeiten
(Ausbildung, Räumlichkeiten, Interesse der Leitung...)





4. Bewegungstherapie im stationären Umfeld

Unspezifische Therapieziele:*

- Aktivierung
- Körperwahrnehmung verbessern
- Realitätsbezug / -konfrontation herstellen
- Gruppenerleben ermöglichen, Gruppenfähigkeit steigern
- Erlernen und Einüben von (Gruppen-) Regeln
- Leistungssteigerung (Durchhaltevermögen, Konzentration)

.....

* Auch erreichbar durch Ergotherapie, Reittherapie, Musiktherapie, Entspannungsverfahren u. a. m.



4. Bewegungstherapie im stationären Umfeld

Spezifische Therapieziele:

- Kräftigung, Ausdauer, Fitness
- Neuerwerb von Bewegungsmustern
- Wahrnehmen und Verbalisieren von Gefühlen
- Umgang mit Anspannung / Verspannung
- Training „harmloser“ Körperkontakte
- Nähe-Distanzregulierung
- Steigerung von Durchsetzungsvermögen
- Selbsteinschätzung

5. Diagnosespezifische Bewegungstherapie

Unterschiedlicher Wissensstand zu Diagnosegruppen

Gut untersucht: Lauftraining bei Depression

Weniger gut untersucht: alles andere

Unterschiedliche Gewichtung in Akutbehandlung / Reha

Je weniger akut desto mehr BWT (maximal in Forensik)

Unterschiedliche Gewichtung nach Diagnosegruppen (absteigend)

Suchterkrankungen, Depression, Schizophrenie,

Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Zwangsstörung, Demenz,....

Diagnosespezifische Konzepte

In Entwicklung, teilweise vorhanden

6. Vorläufige Antwort

Braucht Psychiatrie Bewegungstherapie?

Ja, in Diagnostik und Behandlung!

Aber: sie braucht sie spezifischer....

Entwicklung der Bewegungstherapie in der Münsterklinik Zwiefalten in den letzten 20 Jahren

Gliederung:

1. Vorstellung des Therapeuten
2. Historie der Bewegungstherapie in Zwiefalten
3. Supervision
4. Organisationsform der Bewegungstherapie
5. Räumlich- infrastrukturelle Bedingungen
6. Arbeitsweise der Bewegungstherapie
7. Veränderungen/Erweiterungen innerhalb der Bewegungstherapie
8. Fachspezifische Besonderheiten
9. Schluss

1. Vorstellung des Therapeuten

Seit 1988 bin ich als Bewegungstherapeut in der Münsterklinik Zwiefalten beschäftigt. Im Grundberuf bin ich Sportwissenschaftler und Sportbiologe M.A.

2. Historie der Bewegungstherapie in Zwiefalten

Frau Sophie Krietsch-Mederer, Sport- und Gymnastiklehrerin, Lehrbeauftragte für funktionelle Entspannung, arbeitete in den 70er und frühen 80er Jahren in der Zwiefalter Psychiatrie und beschrieb in dem Buch „Schritte zur Ganzheit“ ihre bewegungstherapeutische Arbeit mit schizophrenen Patienten.

Mitte der 80er Jahre entwickelte sich eine Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Sportwissenschaft der Universität Tübingen und dem damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten. Herr Dr. Schneck regte diese Kooperation an und begleitete diese ersten Schritte von „sportlichen“ Angeboten. Diese waren zunächst beschränkt auf die Suchtstation und auf die forensische Suchtstation.

Seit 1987 besteht die Bewegungstherapie (BWT) in ihrer heutigen Grundstruktur. Es wurden zunächst 3 akademische Sportpädagogen eingestellt, 1988 kam ein vierter Sportpädagoge hinzu. Die positiven Erfahrungen führten zur weiteren Einstellung von 2 Sportpädagogen 1990 und der Einstellung eines Sportpädagogen auf der Sucht-Entwöhnungsstation. Zu Beginn der 90er Jahre waren somit 7 Vollkräfte in der BWT beschäftigt und versorgten alle Stationen des Hauses.

Die allesamt akademischen Sportlehrer mit Zusatzqualifikation „Bewegung, Spiel und Sport in Prävention und Rehabilitation“ wurden zu Konditionen von Physiotherapeuten eingestellt. Dies hat sich bis heute nicht verändert. Alle berufspolitischen Aktivitäten der letzten 20 Jahre blieben erfolglos. In diesem Bereich fand keine Entwicklung statt.

Mit Umwandlung des Krankenhauses zum Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie (ZfP) wurden auch Stellen in der BWT gekürzt, so dass wir heute mit einem Stellenschlüssel von ca. 4,3 Vollkräften die bewegungstherapeutische Arbeit in der Münsterklinik zu bewältigen haben.

In der Struktur des Hauses ist die BWT in die Abteilung 6 (extramurale Dienste) eingebunden. Die Abteilung ist dual geleitet vom Ärztlichen Direktor Herrn Prof. Längle und Herrn Pflegedirektor Aßfalg. Dr. Schneck ist direkter Vorgesetzter der BWT.

Da die Sportpädagogen auf keine Konzepte bewegungstherapeutischer Arbeit zurückgreifen konnten, waren sie gefordert, ihre Vorgehensweise zu reflektieren, zu beschreiben und ihre Stunden am Patienten auszurichten. Es entstanden erste Konzepte (Beschreibungen) von bewegungstherapeutischem Handeln bei spezifischen Störungsbildern. Ein wesentlicher Bestandteil für diese Entwicklung ist die Supervision.

3. Supervision

In den ersten 6 Jahren übernahm Frau Sophie Krietsch-Mederer die Supervision der Bewegungstherapeuten. Vierwöchig 2 Stunden profitierten die Therapeuten vom großen Erfahrungsschatz von Frau Krietsch-Mederer und konnten viel Neues in ihre Therapiestunden integrieren.

Seit 1994 ist Frau Heidrun Waidelich vom Zentrum für Tanz, Therapie und Gestaltung Tübingen die Supervisorin für die BWT. Dieser fachliche Austausch der KollegInnen untereinander und die fachspezifische Einschätzung der erfahrenen Lehrbeauftragten für Tanztherapie (DGT) ist ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung der Bewegungstherapie in Zwiefalten. Es handelt sich primär um eine Fallsupervision. Die Supervision ist m. E. ebenso von wesentlicher Bedeutung für die Tatsache, dass 3 Mitarbeiter schon 20 Jahre in diesem Bereich tätig sind.

4. Organisation der BWT

Die Bewegungstherapeuten bilden ein Team aus dem heraus jeder von ihnen 2 bis 4 Stationen betreut. Auf diesen Stationen nimmt der Bewegungstherapeut an den Therapiebesprechungen, Visiten und/oder anderen Besprechungen teil. Er/Sie ist zuständig für alle bewegungstherapeutischen Aufgaben inklusive Diagnostik und Dokumentation.

Die für die Therapie notwendigen Räumlichkeiten werden vom Team gemeinsam genutzt, gewartet und verwaltet. Ebenso ist die Nutzung und Verwaltung des Therapiematerials Aufgabe des BWT Teams. Durch die Teambildung ist fachlicher Austausch möglich und gewünscht, gleichzeitig werden praktische Tätigkeiten ständig überprüft und auf ihre Wirksamkeit untersucht.

Je nach Bedarf ist eine Rotation innerhalb der Klinik möglich. Es ist erwünscht, dass neue MitarbeiterInnen die unterschiedlichen Bereiche des Großkrankenhauses kennenlernen und durch die Erfahrung im Team profitieren. Hieraus entwickelte sich ein hausinternes Ausbildungscurriculum zum „Bewegungstherapeuten für Psychiatrie“. Darüber hinaus führt die BWT Ausbildungsangebote für Sportstudierende und angehende Sporttherapeuten aus. Im Rahmen der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger unterrichtet die BWT die Schülerinnen und Schüler. Assistenzärzte durchlaufen im Rahmen ihres Curriculums zum Facharzt das Ausbildungsangebot der BWT. Studierende und Auszubildende werden im Rahmen von Praktika in der BWT betreut.

Die Bewegungstherapie nimmt turnusmäßig an den Fallvorstellungen im Rahmen der Ärztekonzferenz teil.

5. Räumlich-infrastrukturelle Bedingungen

Das Zentrum der BWT bildet die sogenannte „Baracke“. Hier steht ein „weicher“ Bewegungsraum mit Teppichboden, Vorhängen und viel Tageslicht zur Verfügung und bildet die Voraussetzung für die „psychiatrische Bewegungstherapie“. Des Weiteren dient ein Ergometerraum dem Ausdauertraining und ein kleiner Raum ist für Einzeltherapie vor-

handen. Die Büros der Bewegungstherapeuten sind ebenfalls in der Baracke untergebracht.

Die BWT verfügt über eine komplett ausgestattete Sporthalle mit allen Möglichkeiten. Die Forensik hat einen eigenen Sportraum ausgestattet mit Ergometern und Laufbändern. Ein 9sitzer Bus steht der BWT zur Verfügung um das angemietete Hallenbad anzufahren. Der Bus wird darüber hinaus für Kanuausfahrten, Erlebniswanderungen, Skilanglaufaktivitäten und anderen erlebnispädagogischen Aktivitäten genutzt.

6. Arbeitsweise der BWT

Der Begriff der Bewegungstherapie beinhaltet alle Formen menschlicher Bewegungsmöglichkeiten. Eine solche Form ist der Sport, so dass die Begrifflichkeit der Sporttherapie immer Bestandteil der Bewegungstherapie ist.

Die therapeutische Ausrichtung orientiert sich am jeweiligen Stationskonzept. Das heißt das therapeutische Angebot ist indiziert für die jeweiligen Patienten der entsprechenden Station. (Akutaufnahme, Sucht, Oligophrenie, Depression, Forensik, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, Schizophrenie) .

Die BWT richtet ihr Therapieverfahren am Störungsbild des Patienten aus. Formuliert entsprechend zu erreichende Ziele, entwickelt geeignete methodische Schritte und füllt diese mit den entsprechenden Inhalten aus dem Bereich der menschlichen Bewegung. Tanz, Gymnastik, Spiel, Sport, Training sind solche Inhalte und dienen zum Erreichen des gemeinsam entwickelten Ziel.

7. Veränderungen/ Erweiterungen innerhalb der Bewegungstherapie

In den ersten Jahren stand die „Körperarbeit“ im Zentrum des Interesses und der Arbeit. Alle Patientengruppen sollten nachspüren und erläutern wie die Befindlichkeit vor, während und nach der Bewegungseinheit war. Dies stieß vor allem in der Sucht und in der Forensik auf heftigen Widerstand. Die BWT entwickelte daraufhin aus den reichhaltigen sportlichen Möglichkeiten eine Körperwahrnehmungsschulung die es erlaubt auch dieses Klientel entsprechend zu sensibilisieren. Ein Beispiel ist der Einsatz von allgemeinem aeroben Ausdauertraining. Das über die Jahre immer weiter ausgebaut und verfeinert wurde. Nicht zuletzt auch wegen der positiven psychoregulativen Wirkung von Ausdauerbelastung im Sucht und forensischen Suchtbereich.

Im forensischen Bereich wurde in den frühen Jahren oft der „Sportsucht“ der Patienten nachgegeben. Nach dem Motto „Viel Hilft Viel“ gehen die Patienten dort mit sich und mit den Anderen grenzüberschreitend und damit gefährlich bzw. gefährdend um. Zwischenzeitlich wird in diesem Bereich auf Ausdauertraining und Durchhaltevermögen der Fokus gesetzt. Hier wird auch zu diagnostischen und prospektiven Einschätzungen das Ausdauertraining mit Erfolg eingesetzt. Die Erkenntnis, dass psychotherapeutische Fortschritte eng mit körperlichen Fortschritten im Ausdauerbereich verbunden sind, bestätigen die Vorgehensweise. Forensischen Suchtpatienten fehlt es meist nicht an der Kraft, aber an der Fähigkeit Dinge und eben auch Belastungen über eine längere Zeit durchhalten zu können. Ausdauerleistungsfähigkeit zu verbessern bedeutet in diesem Fall eine Verbesserung der Psychotherapiefähigkeit.

In der Gerontopsychiatrie stießen Sportpädagogen an ihre Grenzen. Physiotherapeutische Arbeit musste von außen eingekauft werden. Es wurde eine Physiotherapeutin eingestellt, die sowohl die psychiatrische BWT abdeckt, wie auch die physiotherapeutische Arbeit übernimmt.

Im Psychotherapiebereich wurde in den frühen Jahren den Wirkungsweisen der motorischen Beanspruchung nur beiläufig Aufmerksamkeit geschenkt. Zwischenzeitlich ist aerobes Ausdauertraining fest etabliert und aus der Behandlung nicht mehr wegzudenken. Hier entwickelte sich eine Kombination aus Bewegung/Tanz/Spiel mit Sport und Training zu einer depressionsspezifischen Bewegungstherapie. Siehe Konzept: Bewegungstherapie mit depressiven Menschen. A. Schmid 2008.

Im Akutbereich bildet das „Krietsche Konzept“ eine gute Arbeitsgrundlage, die durch „sportliche“ Angebote erweitert wurde und so das bewegungstherapeutische Spektrum deutlich erweitern. Den extrem heterogenen Gruppen lässt sich mit dem großen Bewegungsrepertoire besser begegnen und wird so mehr Patienten gerecht.

Im Oligophreniebereich ist die Einführung einer Erlebnisorientierten Gruppe als gelungene Erweiterung des Therapeutischen Angebots zu bezeichnen.

8. Fachspezifische Besonderheiten



Als Besonderheit ist zu nennen, dass die Bewegungstherapie immer den „erlebnispädagogischen“ Elementen in der Therapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat. Die Wirkfaktoren von Kanufahrt, Skilanglauf, Mountainbike, Fahrradfahren, Erlebnispazierungen sind spezifisch und therapeutisch wirksam. Ab Sommer 2008 wird in der Sporthalle eine Kletterwand zur Verfügung stehen, die neue therapeutische Möglichkeiten eröffnet.

9. Schlussbemerkung


Zum Abschluss des Vortrags möchte ich noch meinen Kollegen aus der letzten Arbeits-sitzung zitieren: „ Im Kern geht es doch darum den Patienten emotional zu beleben, ihn zu vitalisieren und ihn zu befähigen in Kontakt zu treten“.

Meines Erachtens kann hierzu die Bewegungstherapie einen wichtigen Beitrag leisten. Bleibt für die Zukunft zu klären, welche Methoden mit welchen Inhalten kombiniert die wirkungsvollste Therapie für das jeweilige Störungsbild ergibt.

1. Tagung
Psychiatrische Bewegungstherapie
Zwiefalten, 25.04.2008





Taugt unsere Ausbildung für die Arbeit in
der Psychiatrie?
Eine subjektive Betrachtung.





Dipl. Sportwiss. Ruth Kleinagel
ZfP Münsterklinik Zwiefalten,
Südwestwürttembergische Zentren für Psychiatrie

Vorbemerkung





- Bewegungstherapeuten in der Psychiatrie haben unterschiedliche Ausbildungen
- Gemeinsamkeit: Medium Bewegung





Zur Person

- Ruth Kleinigel
- Studium der Diplomsportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln 1999 - 2004
- seit April 2006 in der Bewegungstherapie der Münsterklinik Zwiefalten tätig




Zur Ausbildung

- Grundstudium
- Hauptstudium „Prävention und Rehabilitation“ mit Spezialisierung „Bewegung, Spiel und Sport in Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht“
- Praktika
- zusätzlicher Schwerpunkt „Spiel-Musik-Tanz – Bewegungstheater“





Zur Arbeit

- Wie stehe ich zu meiner Ausbildung nach zwei Jahren Arbeit in der Psychiatrie?
- Worauf kann ich zurückgreifen?
- Was bewerte ich als wichtig?
- Was aus der Ausbildung kann ich in die Praxis transferieren?





Zur Arbeit

- Zwei Schwerpunkte: Nötiges Handwerkszeug und Transferkompetenz
- Nötiges Handwerkszeug:
 - Erweiterung und Vertiefung des eigenen Bewegungsrepertoires
 - Zielmotorik / Stützmotorik
 - Qualitäten von Bewegung
 - Phänomenologie von Bewegung
 - Bewegungsausdruck, Emotionalität
- Bewegung als gesundheitsförderndes Mittel (funktionaler Bereich)



Zur Arbeit

- Transferkompetenz
- Praxistransfer (Bewegungstherapeut)
- Alltagstransfer (Patienten)




Zur Arbeit

- Soziale Kompetenz
- Gesprächsführung
- Kontaktfähigkeit, Beziehungsfähigkeit
- Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung



Fazit

- die Ausbildung taugt für die Arbeit in der Psychiatrie als Grundlage
- Erfahrungsraum Arbeit, kollegialer Austausch, Fortbildungen, Supervision folgen bzw. sind notwendig





Welche Konzepte sind für unsere AG interessant?

Alle Konzepte, die über die kurze oder stichwortartige Beschreibungen der Angebote der einzelnen Kliniken hinausgehen

- **Anzahl der ausgewählten Konzepte bzgl. dem Schwerpunkt der Kliniken**
- **Theoretischer Schwerpunkt von BWT**
- **Bezüge zur vorliegenden Psychopathologie der Patienten**
- **gibt es Meßinstrumente?**
- **Anregungen**

--> 10 von 13 Konzepten ausgewählt



Anzahl der ausgewählten Konzepte bzgl. dem Schwerpunkt der Kliniken

Fachkliniken für Suchterkrankungen	2
Psychiatrische Abteilung an einem Kreiskrankenhaus	1
Psychiatrische Großkliniken mit differenziertem Angebot	7

Psychiatrische Universitätskliniken	0

Theoretische Schwerpunkt von BWT

Schwerpunkt auf
Körpertherapie/
Körperpsychotherapie
3 Konzepte



Weiter gefasste Definition von
Bewegungstherapie
7 Konzepte

Die Sport- und Bewegungstherapie einschließlich Physiotherapie versucht die Gesundheit des Patienten durch einen ganzheitlichen (??) Behandlungsansatz zu fördern.

Bezug zur vorliegenden Psychopathologie der Patienten

Alle Konzepte nehmen Bezug

- auf Einzelsymptome/Fähigkeiten der Pat.
(z.T. nur ansatzweise)
- Spezialisierung von Stationen/Abteilungen

Ein Konzept

- zusätzlich orientiert an ICD 10

Gibt es Meßinstrumente?

Ein noch kaum gelöstes Problem!

Am detailliertesten

Weinsberg/Hr. Zimmer

- Verlaufs- und Ergebnisdokumente stellen mit geeigneten Verfahren der Fremd- und Selbstbeobachtung

Am ehesten im Bereich Ausdauertraining

Donawörth

- Das Basiskonzept besteht aus einem täglichen Spaziergang und Übungen am Fahrradergometer oder Crosstrainer (ca. 30 min). Über diese Aktivitäten führen die Patienten – auf Formularen – selbst Buch.

Zwischen (noch nicht im Konzept beschrieben)

- Vorgabe/Kontrolle individueller Leistungsparameter bei einzelnen Patientengruppen

--> Relevanz für Praxis? Gruppentherapie? Zeitaufwand?
Für Forschung unverzichtbar

Anregungen

- alle Konzepte sind unterschiedlich (abhängig vom Kontext) und schon deshalb lesenswert!
- Festlegung der Zielgruppen, für die die Konzepte bestimmt sind?
- Was soll und kann dokumentiert werden? Wo machen Meßinstrumente Sinn?
- Welche Rolle spielen die Psychiater und andere Berufsgruppen bzgl. der klinikspezifischen Gestaltung der BWT?
- Was bleibt nach der Entlassung? Übergang in ambulante Betreuung?
- Wie wird die BWT in spezifische Konzepte (z.B. dialektisch behaviorale Therapie bei Borderlinepat.) eingebunden?
- Was ist mit dem großen Bereich der Forensik?
- wie wird die **Definition der DVGS** in den Konzepten umgesetzt?



Definition von Sport- und Bewegungstherapie DVGS



Definition

Sport – und Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung mit verhaltensorientierten Komponenten, die vom Therapeuten geplant, dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird.

--> nimmt die Ärzte in die Pflicht bzgl. BWT



(Persönliches) Fazit



Es ist genügend Erfahrung und Konzeptmaterial vorhanden, um mit wenig Aufwand ein Konzept im Sinne eines Expertenkonsenses für die Bereiche Schizophrenie, Sucht, Depression zusammenzustellen; für wen?

Die zunehmende wohnortnahe und ambulante Betreuung unserer Pat. muss in den Konzepten berücksichtigt werden; ebenso die immer kürzere Verweildauer

Bei zunehmender Bildung von Klinikverbänden und regionalen Versorgungskonzepten sollten Konzepte der BWT klinikübergreifend zur Verfügung stehen

Eine Qualitätsmanagement in der BWT könnte Bewegungstherapeuten und Psychiatern nützen, langfristig wären Leitlinien wünschenswert.

Dazu gehören auch Standards in der Ausbildung sowie wissenschaftliches Vorgehen bzgl. der Wirksamkeit unserer Therapiemittel

Benediktinerabtei Zwiefalten



Benediktinerabtei Zwiefalten
Gemälde: Haller 1926

1812
Königlich württembergische Pflegeanstalt

Diskussion

In der nachmittäglichen Diskussion unter der Moderation von Prof. Dr. Längle wurden folgende Punkte behandelt:

Zusammenstellung von Erwartungen an die Gruppe

In einer Fragerunde wurden die Erwartungen der Teilnehmer an die Gruppe ermittelt. Auf der inhaltlichen Ebene stand der Wunsch nach indikationsspezifischen Leitlinien incl. relevanter diagnostischer Verfahren im Vordergrund. Ebenfalls genannt wurden die Punkte Wirksamkeit/Evaluation, sowie die Aufwertung des Berufsbildes im klinischen Gesamtkonzept. Auf der Ebene der interessierenden Indikationen standen die Bereiche Sucht und Schizophrenie im Vordergrund, einzelne Nennungen ergaben sich für Gerontopsychiatrie, Persönlichkeitsstörungen und Forensik.

Zielplanung für 2008 / längerfristige Zielplanung

Folgende Planung für 2008/2009 wurde festgelegt:

- Inhaltliche Arbeit in Arbeitsgruppen für 1 Jahr (s. u.)
- Nächstes Treffen am 23./24. April 2009 mit folgendem Programm
 - Donnerstag (14-19 Uhr): Grundsätzliches*
 - Wer versteht was unter „Bewegungstherapie“? Vorträge z. B. eines Physiotherapeuten, eines Sportwissenschaftlers, eines Körpertherapeuten
 - Ansätze des QM in der BWT: Vorträge v. Hölter und Meister
 - Freitag (9-15 Uhr):*
 - Bericht der beiden Arbeitsgruppen
 - Weiteres Procedere

Als längerfristiges Ziel wurde die Erstellung von allgemein anerkannten, diagnose-spezifischen Diagnostik- und Behandlungsleitlinien festgehalten.

Zusammenstellung von Kleingruppen

Gemäß der Hauptinteressen der Anwesenden wurden zwei Arbeitsgruppen zu den Diagnosegruppen „Diagnostik und Therapie in der Behandlung Schizophrener“ und „Diagnostik und Therapie in der Behandlung Suchtkranker“ gebildet. Die Mitglieder der jew. Arbeitsgruppe sind untenstehender Tabelle zu entnehmen. Die Arbeitsgruppe zum Bereich „Sucht“ soll dabei mit dem bereits bestehenden AK in NRW kooperieren.

Arbeitsgruppe „Schizophrenie“	Arbeitsgruppe „Sucht“
Frau Dr. von Einsiedel (Leitung)	Herr Niggehoff (Leitung)
Frau Bobbert	Herr Dautel
Frau Breckner	Herr Lange
Frau Dr. Marx	Herr Stürmer
Herr Mösch	Herr Zajac
Herr Stammer	Angefragt: Herr Dr. Kuhlmann
Frau Waidelich	

Namensgebung und Selbstverständnis

Als Name für die Arbeitsgruppe wird „Interdisziplinärer Arbeitskreis Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen“ festgelegt. Der Arbeitskreis will sich dabei nicht in Ab-

grenzung von anderen Arbeitsgruppen sehen, sondern als Ergänzung. Er soll weiterhin für Interessenten offen sein. Dies soll in einer kurzen Präambel festgehalten werden (Längle, Croissant). Die Aufnahme in den AK soll durch eine Geschäftsordnung geregelt werden (Aßfalg).

Organisatorisches

Die Gründung des Arbeitskreises soll in folgenden Organen bekannt gemacht werden: Motorik (Hölter), Bewegungstherapie und Gesundheitssport (Hölter), Psychiatrische Praxis (Längle), Nervenarzt (von Einsiedel).

Die Koordinationsstelle für den AK soll bis auf weiteres in Zwiefalten liegen (Schneck, ergänzend Croissant und Dautel). Als Ansprechpartnerin für weitere Informationen soll Frau Croissant mit Email-Adresse genannt werden.

Die Tagungsdokumentation soll sowohl an die Teilnehmer als auch an die Personen verschickt werden, die sich nach dem Aufruf durch die Vorsitzende der Bundesdirektorenkonferenz gemeldet und ihr Interesse an einem solchen Arbeitskreis geäußert hatten.

Den von einigen Teilnehmern thematisierten Problemen beim Empfang großer Dateien per E-Mail muss Rechnung getragen werden. Die Datei mit den eingebetteten Konzepten soll deshalb an sie als CD versandt werden. Eine mögliche alternative Organisationsform für die Verwaltung des Arbeitskreises könnte eine entsprechende Internetplattform wie „Moodle“ sein. Hier könnten Informationen, Konzepte etc. eingestellt und von Interessierten dann heruntergeladen werden.