

Schnurnberger, Marion

Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ergebnisse einer Untersuchung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 6, S. 208-215

urn:nbn:de:bsz-psydok-37389

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- HUNDSALZ, A.: Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung (Educational Guidance between Counseling and Official Participation) 157
- JAEDÉ, W./WOLF, J./ZELLER, B.: Das Freiburger Gruppeninterventionsprogramm für Kinder aus Trennungs- und Scheidungsfamilien (The Freiburg Group Intervention Program for Children from Separated and Divorced Families) 359
- KNOKE, H.: Rollenkonfusion in der Nachscheidungsphase (Role Confusion in the Phase after a Divorce) 366

Familientherapie

- CZECH, R./WERNITZNIG, H.: Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie (Therapeutical Letters as an Effective Ressource in Family Therapy – Documented by a Case of School Phobia) 304
- REITER, L./REITER-THEIL, S./EICH, H.: Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Antwort auf Kritik (The Ethical Status of the Child in Family Therapy and Systemic Therapy) 379

Forschungsergebnisse

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Body Image im Jugendalter: Eine vergleichende Untersuchung an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Image in Adolescents: A Comparative Investigation of Healthy and Chronically Ill Adolescents) 119
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistig-behinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim (Effects of an Intensive Therapy Program Designed for Mentally Handicapped Persons with Severe Behavioral Problems on Their Staff Personal in a Residential Institution) 90
- HOKSBERGEN, R./JUFFER, F./TEXTOR, M.R.: Attachment und Identität von Adoptivkindern (Attachment and Identity of Adopted Children) 339
- KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Sind die Lese- und Rechtschreibleistungen der Buben stärker von der Unterrichtsqualität abhängig als jene der Mädchen (Does the Reading and Spelling Achievement of Boys Depend More Strongly on the Quality of Classroom Teaching than the Achievement of Girls?) 2
- KUSCH, M./LABOUVIE, H./BODE, U.: Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie (Differences in Actual State in the Beginning of Cancer Treatment and Its Implications: A Pilot Study in Pediatric Oncology) 98
- LUGT-TAPPESE, H./WIESE, B.: Prospektive Untersuchung zum mütterlichen Verhalten in der Neugeborenenzeit: eine Erkundungsstudie (A Prospective Study on Mater-

- nal Behavior During the Period of New-born Child: A Pilot Study) 322
- LUGT-TAPPESE, H.: Können Kinder ihre Ängste schildern? Eine Interviewstudie zum Vergleich der Einschätzung kindlicher Ängste durch Verhaltensbeobachtung, die Kinder selbst, deren Erzieherinnen und Mütter (Are Children able to describe their Anxieties? An Interview Study) 194
- NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.C./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U./SEIDEL, R./REITZLE, M.: Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren (Eating Disorders in East- and West-Berlin in the Eighties) 60
- ROGNER, J./WESSELS, E.T.: Bewältigungsstrategien bei Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind (Coping of Mothers and Fathers with a First- or Second-born Mentally Handicapped Child) 125
- SCHNURNBERGER, M.: Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) 208
- SOHR, S.: Ist es schon ‚fünf nach zwölf‘? Entwicklung einer Skala zu ‚Ökologischer Hoffnungslosigkeit‘ (Is it “Five past Twelve” Already? Development of a New Instrument to measure ‘Ecological Hopelessness’) 203
- WAGNER, H.: Auditive Wahrnehmungsprobleme und verbale und nonverbale Intelligenzleistungen (Auditory Perception Problems and Verbal and Non-verbal Intelligence Achievements) 106
- WOLKE, D./MEYER, R./ORTH, B./RIEGEL, K.: Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern (Prevalence and Persistence of Sleeping Problems during the Preschool Years: A prospective Investigation in a Representative Sample of South German Children) 331

Praxisberichte

- HEINEMANN, C.: Neuentscheidungstherapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen (New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure) 130
- JARCZYK, B./ROSENTHAL, G.: „Gewalt“ und Erziehungsberatung (“Violence” and Child Guidance) 163
- KUNTZAG, L.: Diagnostische Probleme bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch an behinderten Vorschulkindern (Diagnostic Problems in Developmentally Retarded Children Suspected of Having been Sexually Abused) 21
- SONNENBURG, M.: Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern (On the Conception of Group Psychotherapy with Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children) 175
- SONNENBURG, M.: Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern

in der stationären Psychotherapie von Kindern (Parents' Wounds through a Child's Illness – On the Psychological Situation of Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children)	138	lichkeit in der jungen Generation ("I came here a Stranger, as a Stranger I will go." – From Alienation to Ant-Foreign Sentiment in the Younger Generation)	247
TATZER, E./KRISCH, K./HANICH, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung (Working with Mentally Disturbed Parents in a Psychiatric Institution for Children)	170	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe (Children of Psychotic Parents – A Neglected Risk Group)	295
Psychotherapie		RESCH, F.: Magisches Denken und Selbstentwicklung (Magic Thinking and Self Development)	152
CRAMER, B.: Mutter-Kleinkind-Beziehung: Beginn der psychischen Struktur (Mother-Infant-Relationship: the Beginning of the Psychic Structure)	345	SCHUEYER-ENGLISH, H./SUESS, G.J./SCHWABE-HÖLLEIN, M.: Das psychologische Sachverständigengutachten als Intervention bei Sorgerechtskonflikten während der Scheidung (The Psychological Expert Opinion as a Form of Intervention in Custody Conflicts during Divorce)	372
DIEZ GRIESER, M.T.: Zur Rolle der Eltern beim Abbruch von Kinderpsychotherapien (On the Role of Parents in Premature Termination of Child Psychotherapy)	300	SOHNI, H.: Geschwisterbeziehungen – Die Einführung der horizontalen Beziehungsdynamik in ein psychoanalytisches Konzept 'Familie' (The Psychoanalytic Starting Position Concerning the Sibling Relationship as attributed to S. Freud)	284
KERN, H.J.: Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen (Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations)	9	STRECK-FISCHER, A.: Männliche Adoleszenz, Fremdenhaß und seine selbstreparative Funktion am Beispiel jugendlicher rechtsextremer Skinheads (Male Adolescence, Xenophobia and its Self-repairing Function using the Example of Adolescent Right-wing Extremist Skin Heads)	259
Übersichten		WALTER, R./REMSCHMIDT, H.: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter (On the Need of Psychotherapy for School Children)	223
BAUERS, W.: Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie (Transference in Psychoanalytic Child Therapy)	84	Werkstattberichte	
DERICHS, G./KROHN-JASTER, G.: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5–8-jährigen (An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children)	215	NETZER, J.: Akzeptanz einer kommunalen Erziehungsberatungsstelle im ländlichen Bereich	27
ERDHEIM, M.: Das fremde Böse (The Strange Evil)	242	Tagungsberichte	
FRIEBEL, V.: Entspannungstraining für Kinder – eine Literaturübersicht (Relaxation Training for Children. A Review of Literature)	16	Bericht über den XIII. Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)	350
HESS, T.: Systemdenken in Schulpsychologie und Schule (Systemic Perspectives in Guidance and Educational Counseling in Public Schools)	45	Buchbesprechungen	
HIRSCHBERG, W.: Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – eine Übersicht (Cognitive Characteristics of Children and Adolescents with Conduct Disorders – a Review) . .	36	ADLER, M.: Ethnopschoanalyse. Das Unbewußte in Wissenschaft und Kultur	352
HÖGER, C.: Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie (Systemic Aspects in Outpatient Child Psychiatry)	78	BARRON, J./BARRON, S.: Hört mich denn niemand? Eine Mutter und ihr Sohn erzählen, wie sie gemeinsam den Autismus besiegten	182
KAHL-POPP, J.: „Ich bin Dr. Deutschland.“ – Rechtsradikale Phantasien als verschlüsselte Kommunikation in der analytischen Psychotherapie eines Jugendlichen ("I am Dr. Deutschland." – Right-wing Extremist Fantasies as Enciphered Communication in the Analytic Psychotherapy of an Adolescent)	266	BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. V	272
KOHE-MEYER, I.: „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ – Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose ("I am a Stranger for Everybody." – Experience of Migration, Ego-Identity and Neurosis)	253	BOSSELMANN, R./LÜFFE-LEONHARDT, E./GELLERT, M.: Variationen des Psychodramas – ein Praxisbuch, nicht nur für Psychodramatiker	183
MÄRTENS, M.: Bettnässen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis – Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten (Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event – Considerations Concerning the Application of Hypnotherapy Methods under Aspects of Familydynamics)	54	BOTT SPILUS, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute – Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1 u. 2	27
PETRI, H.: „Fremd bin ich eingezogen, fremd zieh ich wieder aus.“ – Von der Entfremdung zur Fremdenfeind-		BRACK, U. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	273
		BRÜNDEL, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention	275
		BUCHHOLZ, M.B.: Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie	235
		BÜRGIN, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter .	183

COOKE, J./WILLIAMS, D.: Therapie mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern	73	NEUBAUER, G./SÜNKER, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Problemfelder und Strategien	71
DEGENER, G./DIETEL, B./KASSEL, H./MATTHAEI, R./NÖDL, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	232	PASSOLT, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder. Psychomotorische Therapie	184
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETERMANN, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern ..	147
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETRI, U.: Umweltzerstörung und die seelische Entwicklung unserer Kinder	27
Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Beratung von Stieffamilien – Von der Selbsthilfe bis zur sozialen Arbeit	110	PETRI, H.: Verlassen und verlassen werden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn bei gescheiterten Beziehungen ..	30
DITTLER, U.: Software statt Teddybär. Computerspiele und die pädagogische Auseinandersetzung	278	RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P./BOWI, U./LAASER, U.: Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge	112
EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung	315	RÖHRLE, B.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung ..	187
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 30, 31, 32	312	RÖTTGEN, G.: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb	111
ELLEBRACHT, H./VIETEN, B. (Hrsg.): Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Perspektiven und Meinungen aus Theorie und Praxis	72	SCHIFFER, E.: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen	313
FAHRENFORT, J.: Attachment und Early Hospitalization ..	279	SCHMIDT, M.H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	280
FALLER, H./FROMMER, J. (Hrsg.): Qualitative Psychotherapieforschung	318	SCHUBARTH, W./MELZER, W. (Hrsg.): Schule, Gewalt und Rechtsextremismus	186
FRANSEN, S.: Ganz normal – und doch ver-rückt. Freiwillig in die Jugendpsychiatrie	111	SCHUBBE, O. (Hrsg.): Therapeutische Hilfen gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern	313
GAULD, J.W.: Character first – the Hyde School Difference ..	386	SCHUBERT, B.: Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule – ein Modell	72
GIL, E.: Die heilende Kraft des Spiels: Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern	315	SCHUMACHER, K.: Musiktherapie mit autistischen Kindern ..	316
GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession	316	SEIDLER, G. (Hrsg.): Magersucht – öffentliches Geheimnis ..	288
GROSSKURTH, P.: Melanie Klein – ihre Welt und ihr Werk ..	232	SOLNIT, J. (Ed.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 47	70
HEINL, P.: Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ... Seelische Wunden aus der Kriegskindheit	235	STEINHAUSEN, H.C./VON ASTER, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen	147
HENNICKE, K./ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung	147	STORK, J. (Hrsg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters	32
HESSE, S.: Suchtprävention in der Schule – Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention	185	TENT, L./STELZ, I.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik	109
HURRELMANN, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung	317	Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen: Testkatalog 1994/95	318
KASTEN, H.: Die Geschwisterbeziehung, Bd. II: Spezielle Geschwisterbeziehungen	72	TIETZE-FRITZ, P.: Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation	274
KLAUSS, T.: Trennung auf Zeit	274	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken	274
KLEES, K.: Partnerschaftliche Familien: Arbeitsteilung, Macht und Sexualität in Paarbeziehungen	277	VOLLBRECHT, R.: Ost-west-deutsche Widersprüche. Ost-deutsche Jugendliche nach der Wende und im Westen ..	31
KNÖLKER, U./SCHULTE-MARKTWORT, M. (Hrsg.): Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung	183	WEBER-KELLERMANN, I.: Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben	186
KROWATSCHEK, D.: Marburger Konzentrationstraining ..	386		
KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltenstherapie	185	Editorial 240, 358	
LANFRANCHI, A.: Immigranten und Schule	385	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 27, 68, 109, 138, 175, 229, 266, 310, 345, 382	
LAUTH, G.W./SCHLOTTKE, P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern	112	Diskussion 179	
LICKONA, T.: Educating for Character – How our Schools can teach Respect and Responsibility	276	Zeitschriftenübersichten 68, 143, 230, 310, 383	
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie ..	146	Tagungskalender 34, 74, 114, 148, 188, 236, 280, 319, 354, 387	
LÜCK, H.E./MÜLLER, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Psychologie	353	Mitteilungen 34, 74, 114, 149, 188, 237, 320, 354	
MÖNKS, F.J./YPENBERG, I.H.: Unser Kind ist hochbegabt. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer	235		
MYSCHKE, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen	145		

Aus der Klinik „Haus Vogt“, Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Leitender Arzt: Dr. S. Drömann)

Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer Untersuchung

Marion Schnurnberger

Zusammenfassung

Die Untersuchung zur Situation der Bewegungs- und Körpertherapie in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ermöglicht eine erste Standortbestimmung für bewegungs- und körpertherapeutische Behandlungsansätze im stationären Kontext. Die Analyse der Daten einer Fragebogenerhebung aller Einrichtungen in den

neuen und alten Bundesländern ermöglicht erstmals einen Überblick über strukturelle Bedingungen und konzeptionelle Ausrichtung bewegungs- und körpertherapeutischen Arbeitens. Mit der Erarbeitung von weiterführenden Fragestellungen zu Bedeutung und Stellenwert der Bewegungs- und Körpertherapie im stationären Kontext geht der Beitrag über eine reine Bestandsaufnahme hinaus.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 43: 208–215 (1994), ISSN 0032–7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 1994

1 Bewegungs- und körperorientierte Therapien im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Während der letzten Jahre kann für bewegungs- und körperorientierte Therapien eine enorme Ausdifferenzierung sowohl inhaltlicher als auch struktureller Art beobachtet werden. Die Entwicklung neuer Konzepte, wissenschaftliche sowie praxisorientierte Kongresse, die Gründung und der Ausbau von Gesellschaften und Arbeitsgemeinschaften sowie von Aus- und Fortbildungsinstitutionen zeigen, daß auf vielen Ebenen die Kommunikation über unterschiedlichste bewegungs- und körperorientierte Themen angeregt und intensiviert verläuft. Auch für die Anwendungsfelder kann eine ähnlich starke Ausbreitung sowohl bezüglich der Einrichtungen, in denen Bewegungs- und Körpertherapien angeboten werden, als auch bezüglich des angesprochenen Klientels festgestellt werden.

Einem ersten Überblick folgend könnte man konstatieren, daß bewegungs- und körperorientierte Therapien auch in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Einzug gehalten haben. Zumindest in den Beschreibungen und Selbstdarstellungen der jeweiligen Einrichtungen tauchen bewegungs- und körpertherapeutische bzw. – pädagogische Verfahren häufig auf.

Eine kontextbezogene, inhaltliche Auseinandersetzung steckt jedoch eher noch in den Kinderschuhen, nimmt man die Fachorgane bzw. Monographien speziell zur Kinder- und Jugendpsychiatrie als Maßstab (vgl. u. a. EGGERS et al. 1993; KRÜSE 1987; NISSEN/FOCKEN 1984; REMSCHMIDT 1984; SCHMIDTCHEN/BAUMGÄRTEL 1980; SCHÖNFELDER 1988, 1989; ROTTHAUS 1990)¹. Impulse und Anregungen zur Bearbeitung körper- und bewegungsbezogener Fragen und therapeutischer Möglichkeiten im Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen und Problemen von Kindern und Jugendlichen sind wenn, dann eher in bewegungstheoretischen als in psychiatrischen Kontexten zu finden (vgl. hierzu v. a. Zeitschrift „Motorik“; ALTHERR 1990; HUBER/RIEDER/NEUHÄUSER 1990; HÖLTER 1988, 1990; HÜNNEKENS/KIPHARD 1966; IRMISCHER/FISCHER 1989; KESSELMANN 1984; KIPHARD 1980, 1983; LINN/HOLTZ 1987; NEUHÄUSER 1985; RIEDER 1977; SCHILLING 1973). In den deutschsprachigen Zeitschriften für Kinder- und Jugendpsychiatrie, den anerkannten Fachorganen in der Bundesrepublik finden sich in den letzten Jahrgängen weder Überblicks- noch Grundsatzartikel zu diesem Thema.

Hieraus zu folgern, Bewegungs- und Körpertherapie spiele innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Rolle, greift meines Erachtens jedoch ebenso zu kurz, wie die Annahme, bewegungs- und körperorientiertes Arbeiten stelle einen festen, unhinterfragbaren und gesicherten Bestandteil des Therapiekonzeptes der Einrichtungen dar.

Da sowohl inhaltliche Arbeiten zur Bewegungs- und Körpertherapie als auch Studien zu ihrer Verbreitung und Etablierung fehlen, verwundert es nicht, daß bis heute

wesentliche Fragen nicht beantwortet, ja möglicherweise sogar nicht gestellt wurden:

- (1) Fragen zur Art und Weise der Kooperation des Bereichs Bewegungs- und Körpertherapie mit den anderen Bereichen innerhalb des stationären Settings,
- (2) Fragen zur Art der Ausdifferenzierung bewegungs- und körpertherapeutischer Verfahren innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- (3) Fragen bezüglich der Strukturen, die zur Etablierung körper- und bewegungstherapeutischen Arbeitens in den Einrichtungen geschaffen werden,
- (4) Fragen nach Konzepten der Arbeit,
- (5) Fragen nach der Ausbildung und Qualifikation der bewegungs- und körperorientiert Arbeitenden.

Mit diesem Beitrag soll ein erster Einblick in die bewegungs- und körpertherapeutische Arbeit im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet werden. Er basiert auf einer Erhebung zur ‚Situation der Bewegungs- und Körpertherapie innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken‘ in Deutschland, die Ende 1992 an der Klinik Haus Vogt in Titisee-Neustadt mit finanzieller Unterstützung und im Auftrag der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung Stuttgart in Zusammenarbeit mit dem Projekt ‚Bewegungsorientierte Frühförderung‘ an der ‚Forschungsstelle Lebenswelten behinderter Menschen‘ der Universität Tübingen durchgeführt wurde².

2 Methodische Aspekte der Erhebung

Im folgenden Kapitel wird ein kurzer Einblick in Struktur und Aufbau der Untersuchung gegeben. Die Erhebung ist als Felderschließungsstudie angelegt mit dem Ziel, einen ersten Ein- und Überblick über bewegungs- und körpertherapeutische Angebote und deren strukturelle Bedingungen an den verschiedenen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu gewinnen. Ein weiteres, über die Bestandsaufnahme hinausgehendes Ziel besteht in der Erarbeitung von weiterführenden Fragestellungen zum Bereich bewegungs- und körpertherapeutischer Arbeit im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Befragung wurde mit Hilfe eines Fragebogens durchgeführt, der an alle 111 stationären Einrichtungen in den alten und neuen Bundesländern versandt wurde (vgl. dazu SPECHT/ANTON 1992). Der Fragebogen gliedert sich in drei Bereiche:

- (a) Kontextfragen zum institutionellen Rahmen (Art der Institution, Zahl der Patient/innen, Behandlungsdauer, Behandlungskonzept, begleitende Therapien),

² Die Untersuchung ist Bestandteil eines Forschungsprojektes, dessen Aufgabe darin besteht, das im Projekt ‚Zur bewegungsorientierten Frühförderung mit Familien‘ entwickelte familienorientierte Bewegungskonzept auf seine Relevanz für den kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext hin zu prüfen.

¹ Die Arbeit von DU BOIS: Körpererleben und psychische Entwicklung (1990) kann hier als Ausnahme angeführt werden.

- (b) Fragen zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung des bewegungs- und körpertherapeutischen Bereichs,
- (c) offene Fragen nach den Wünschen der in diesem Feld arbeitenden Kolleg/innen.

Die Intention, die der Auswahl der *Kontextfragen* zugrundelag, bestand in der Erfassung möglicher Zusammenhänge institutioneller Daten mit speziellen Themen aus dem Bereich Bewegungs- und Körpertherapie, z.B. Größe der Einrichtung in Verbindung mit bewegungs- körpertherapeutischem Angebot. Die Fragen zum *bewegungs- und körpertherapeutischen Bereich* sollten Einblicke in die inhaltliche und strukturelle Gestaltung geben. Die *offenen Fragen* sollten über die Erfassung der Wünsche und Themen der in diesem Feld arbeitenden Kolleg/innen die konkrete Arbeitssituation in den Blick bekommen.

Von 111 angeschriebenen Einrichtungen schickten 68 (61,2%) die Fragebogen bearbeitet zurück. Aus den neuen Bundesländern haben sich von den 36 angeschriebenen Kliniken 17 Einrichtungen (47,2%), aus den alten Bundesländern von 75 befragten Kliniken 51 Einrichtungen (68%) an der Untersuchung beteiligt.

3 Es ist leichter draußen zu bleiben, als auszusteigen! – Zur Stellensituation im Bereich Bewegungs- und Körpertherapie

Eine Möglichkeit, Aussagen zur Bedeutung eines spezifischen Behandlungsansatzes innerhalb einer Institution machen zu können, ist die Betrachtung struktureller Daten, wie z.B. Stellensituation, Räumlichkeiten und vor allem der Zeiten, die zur Verfügung stehen.

Die Bedingung der Möglichkeit therapeutischen Arbeitens ist auf der strukturellen Ebene an das Vorhandensein von Stellen gebunden. 88,2% (n = 60) aller Einrichtungen (n = 68) geben an, über ein bewegungs- und körpertherapeutisches Angebot zu verfügen³, 82,1% (n = 56) der Einrichtungen haben speziell für diesen Bereich Stellen zur Verfügung gestellt.

Ob Stellen vorhanden sind oder nicht, ist sicherlich ein bedeutsames Merkmal zur Einschätzung der Akzeptanz eines Bereichs innerhalb eines bestimmten Kontextes und diese scheint bei 60 von 68 Einrichtungen für den bewegungs- und körpertherapeutischen Bereich vorhanden zu sein.

Die Tatsache, daß überhaupt Stellen für bewegungs- und körpertherapeutisches Arbeiten zur Verfügung stehen, genügt für die Einschätzung der Relevanz jedoch nicht. Und so verändert sich das Bild deutlich, wenn man die Zahl der Stellen zu den in der Einrichtung vorhandenen Behandlungsplätzen in bezug setzt.

Schon die Betrachtung der absoluten Stellenzahl läßt die Vermutung zu, daß bewegungs- bzw. körpertherapeu-

tische Verfahren einen relativ bescheidenen Platz in den Einrichtungen einnehmen. Von den Kliniken, die über ein bewegungs- körpertherapeutisches Angebot verfügen, haben 60% nur eine Stelle und weniger, weitere 26,7% der Einrichtungen eine bis zwei Stellen speziell für diesen Bereich einrichten können (vgl. Abb. 1).

Die Analyse der Relation von halben Stellen zu den vorhandenen Behandlungsplätzen (vgl. Abb. 2) ermöglicht einen interessanten Einblick in den derzeitigen Stellenwert bewegungs- und körpertherapeutischer Verfahren innerhalb kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen. Bei einer durchschnittlichen Zahl von 34,5 Kindern und Jugendlichen pro halbe Stelle muß davon ausgegangen werden, daß die Bedeutung, die diesen Behandlungsansätzen im klinischen Kontext zukommen kann, recht gering ist.

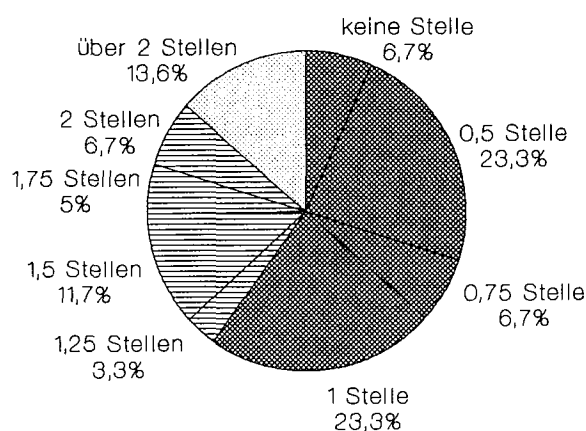


Abb. 1: Stellen für Bewegungs- und Körpertherapie an den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (n = 60)

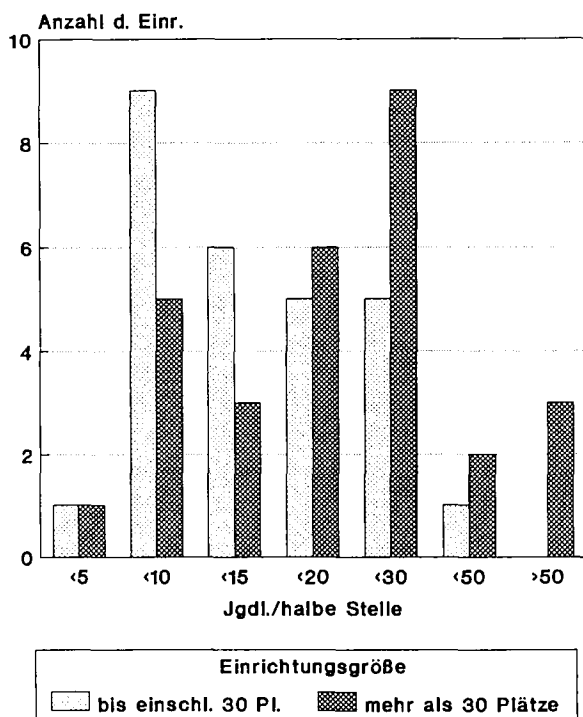


Abb. 2: Relation von Behandlungsplätzen zu halber Stelle (n = 56)

³ Acht Einrichtungen verfügen über kein bewegungs- und körpertherapeutisches Angebot. Als Gründe hierfür werden genannt: Raumsituation (4 x); finanzielle Gründe (2 x); inhaltliche Gründe (1 x); personelle Gründe (6 x).

Ein signifikanter Unterschied besteht zwischen den Einrichtungen mit weniger als 30 Kindern und Jugendlichen und denen mit über 30 Kindern und Jugendlichen. Bei den mittleren und großen Einrichtungen (> 30 Plätze) ist der Stellenschlüssel insgesamt wesentlich ungünstiger als bei den sogenannten kleinen Einrichtungen (< 30 Plätze). Bei einem Anteil von 31 kleinen zu 29 mittleren und großen Einrichtungen weisen lediglich 11, d.h. 35,5% der Klein-einrichtungen, dagegen jedoch 20, d.h. 69% der mittleren und großen Einrichtungen sehr hohe Quoten von über 15 (bis 53!) Jugendlichen pro halbe Stelle auf (vgl. dazu Abb. 2). D.h. es existieren zwar in 56 Einrichtungen Stellen für bewegungs- und körpertherapeutisches Arbeiten, die Relation von Stelle zu Klientel ist jedoch insgesamt als ausgesprochen ungünstig einzustufen.

Im folgenden sollen nun diejenigen strukturellen Bedingungen näher untersucht werden, mit denen in den Einrichtungen eine Passung der Stellenkapazität mit der Anzahl der Kinder und Jugendlichen hergestellt wird. Die These, daß über die Angebotsform (vermehrt Gruppen), die Dauer des Angebots (kürzere Einheiten) und die Häufigkeit (geringere Angebotsdichte) bereichsintern Strukturen geschaffen werden, über die bei einer Minimierung von Zeit möglichst viele Kinder und Jugendliche erreicht werden können, läßt sich durch die Auswertung der Daten nicht belegen.

So können z. B. in 69,5% der Einrichtungen die Kinder und Jugendlichen mehrmals wöchentlich (in der Regel zwei bis drei Mal) ein bewegungs-/körpertherapeutisches Angebot wahrnehmen, in 8,3% ist dies sogar täglich möglich; lediglich in 16,9% der Einrichtungen ist die Teilnahmemöglichkeit auf ein Mal pro Woche beschränkt, weitere 5,9% haben andere Häufigkeiten.

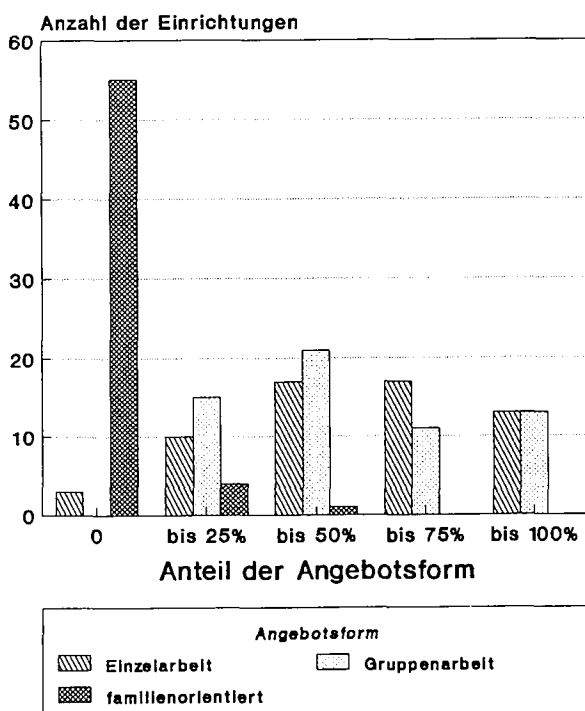


Abb. 3: Angebotsformen der Bewegungs- und Körpertherapien (n = 60)

Wichtig für eine Aussage darüber, wievielen Kindern und Jugendlichen die Annahme eines regelmäßigen bewegungstherapeutischen Angebotes unter den gegebenen Bedingungen möglich ist, könnte die Analyse der Angebotsform (vgl. Abb. 3) sowie der zeitlichen Dauer einer therapeutischen Einheit sein.

Überraschend an der Analyse der Angebotsform ist m. E. zweierlei:

- (1) Familienbezogenes Arbeiten existiert im Bereich der Bewegungs- und Körpertherapien kaum. Lediglich in vier Einrichtungen, drei davon in den neuen Bundesländern, existiert überhaupt ein auf die gesamte Familie bezogenes Angebot. Für dieses Phänomen können sehr unterschiedliche Faktoren verantwortlich sein. Im Zusammenhang dieser Ausführungen können lediglich einige Fragen auf mögliche Problembereiche verweisen: (a) Die Ergebnisse der Analyse der Anzahl der Stellen sowie der Relation vorhandener Stellen zu Behandlungsplätzen legt die Frage nahe, ob die zeitlichen Bedingungen dafür verantwortlich sind, daß eine Ausweitung der therapeutischen Arbeit auf familiäre Zusammenhänge nicht möglich ist? (b) Gibt es bewegungs- und körpertherapeutische Konzeptionen, die ein familienbezogenes Arbeiten nahelegen? (c) Sind es die strukturellen Bedingungen innerhalb der Einrichtungen, die zwischen Bewegungs- und Körpertherapie und familienbezogenem Arbeiten keine Verbindung ermöglichen?
- (2) In 41,6% der Einrichtungen beträgt der Anteil an einzeltherapeutischen Arbeitsformen zwischen 70% und 100% des gesamten bewegungstherapeutischen Angebotes (vgl. Abb. 3). Diese Zahlen legen die Vermutung nahe, daß lediglich ausgewählten Kindern und Jugendlichen ein bewegungs-/körpertherapeutisches Angebot zugänglich ist. Diese Vermutung wird noch dadurch erhärtet, daß auch durch die zeitliche Dauer der einzelnen therapeutischen Einheiten keine wesentliche Steigerung der Zahl der potentiellen Therapieeinheiten pro halbe Stelle ermöglicht wird. 64% der Angebote im Bereich Bewegungs- und Körpertherapie dauern 45 Minuten und länger (bis zu 90 Minuten), 36% zwischen 20 und 40 Minuten.

Da im Fragebogen nur nach den zeitlichen Aufwendungen für die therapeutische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen gefragt wurde, d.h. die für eine Arbeit im stationären Kontext existierenden Aufgaben wie z. B. Therapieplanung, Nachbereitung, Fallbesprechungen, Visiten, Teambesprechungen, Supervision, Berichte, Materialbeschaffung etc. nicht eigens genannt wurden, kann man aus den Angaben schließen, daß die vorhandenen Strukturen es nicht ermöglichen können, daß für alle Kinder und Jugendlichen die Bedingungen für die Teilnahme an einem bewegungs-/körpertherapeutischen Angebot vorhanden sind, sowohl was gruppen- als auch was einzeltherapeutische Angebote anbelangt.

Eine bedeutsame Aussage macht daher die Art der Auswahl der Kinder und Jugendlichen, die ein bewegungs-/körpertherapeutisches Angebot wahrnehmen. Denn offen-

Tab. 1: Teilnahmemodus bei bewegungs- und körpertherapeutischen Angeboten (Mehrfachnennungen von n = 60 Einrichtungen)

Teilnahmemodus	Häufigkeit in %
freiwillig	26,6
verpflichtend	50,0
ärztlich verordnet	78,3
sonstiges	13,3

sichtlich wird vor allem über die Regelung der Zugangsmöglichkeit bzw. -pflicht die Passung von Angebot (zur Verfügung stehende Stellen) und Nachfrage (Anzahl der Jugendlichen) erreicht.

Das Antwortenprofil kann als Spiegel für die unterschiedlichen Faktoren gewertet werden, die für die Angebotsstrukturierung verantwortlich sind⁴. Freiwillige Teilnahme bedeutet z. B., daß hier lediglich Kinder bzw. Jugendliche und Bewegungs-/Körpertherapeut/in die Bedingungen für eine Zusammenarbeit bestimmen können; während bei den beiden anderen Kategorien ‚verpflichtend‘ bzw. ‚ärztlich verordnet‘ eine weitere Instanz neben den Kindern, Jugendlichen und Bewegungstherapeut/in für das Zustandekommen der Zusammenarbeit verantwortlich ist. Zweitens zeigt sich, daß die Items ‚ärztlich verordnet‘ und ‚verpflichtend‘ für eine inhaltliche Aussage keine eindeutigen Kategorien darstellen.

Interessant wäre z. B eine nähere Bestimmung des Items ‚ärztlich verordnet‘, scheint es doch kein strukturelles Muß zu sein, daß ein Behandlungsangebot, welches im klinischen Kontext angesiedelt ist, nochmals speziell verordnet wird. Hieran schließen sich interessante Fragekomplexe an: (a) Welches sind von ärztlicher Seite Faktoren, die ein körper-/bewegungstherapeutisches Angebot erfordern? (b) Was müßte aus ärztlicher Sicht ein bewegungs-/körpertherapeutisches Angebot leisten, um für alle Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen hilfreich sein zu können? (c) Welche Erwartungen bezüglich der ‚Effekte‘ bewegungstherapeutischer Maßnahmen gibt es von ärztlicher Seite aus?

Auch die naheliegende Vermutung, daß der ärztlichen Verordnung neben der Aufgabe, wer, warum, wie häufig, in welcher Form eines bewegungs- bzw. körpertherapeutischen Angebotes bedarf, eine zweite Funktion zukommt, nämlich die Reduktion des potentiellen Klientels auf eine Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die der Kapazität der Stellen entspricht, kann anhand der Untersuchung nicht bestätigt werden.

Durch die Analyse der vorliegenden Daten muß die auf den ersten Blick zuversichtliche Einschätzung zur Situation der Bewegungs- und Körpertherapien in kinder- und

jugendpsychiatrischen Einrichtungen meines Erachtens grundlegend revidiert werden, da von einem abgegrenzten bewegungs- bzw. körpertherapeutischen Bereich nur in wenigen Fällen gesprochen werden kann. Wenn 30% der Einrichtungen, die über ein bewegungs- bzw. körpertherapeutisches Angebot verfügen, hierfür lediglich eine halbe Stelle und weniger zur Verfügung stellen (vgl. Abb.1), dann liegt die Vermutung nahe, daß diese Stellen eher Alibifunktion erfüllen. Bewegungs- bzw. Körpertherapien erhöhen gegenüber Dritten die Vielfaltigkeit des therapeutischen Angebotes, innerhalb der Einrichtungen werden sie jedoch aus strukturellen Gründen keine Relevanz besitzen können. Aber auch eine dreiviertel, bzw. eine ganze Stelle (30%) sind häufig keine Garantie für bessere Voraussetzungen. Bei einer Quote von 15 bis 53 Jugendlichen und Kindern pro halbe Stelle (51,6% der Einrichtungen; vgl. Abb.2), das heißt 30–100 pro ganze Stelle kann eine interdisziplinäre Kommunikation über einzelne Behandlungsverläufe kaum stattfinden. Dies hätte zur Folge, daß Bewegungs- und Körpertherapie zwar gemacht wird, für die Zusammenarbeit jedoch keine Bedeutung hat, da diese Arbeit für die Einschätzung des Behandlungsverlaufes gar nicht berücksichtigt werden kann. Auch wenn diese Interpretation das Problem zuspitzt, kann aufgrund der Untersuchung davon ausgegangen werden, daß bewegungs- und körpertherapeutischen Verfahren im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie lediglich eine randständige Bedeutung zukommt.

4 Inhaltliche Aspekte zur Situation der Bewegungs- und Körpertherapie im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie

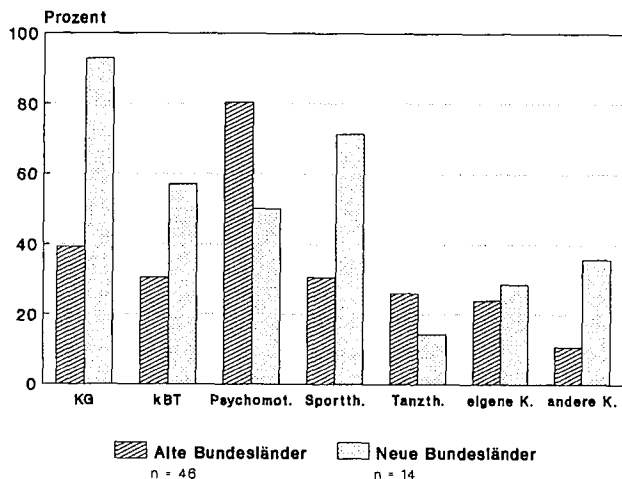
Die Frage nach der inhaltlichen Gestaltung bewegungs- und körpertherapeutischer Angebote soll zunächst einmal einen Ein- und Überblick darüber ermöglichen, welche Konzeptionen im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie vertreten sind. Auch hier muß eine differenzierte Auseinandersetzung mit den einzelnen Konzeptionen zugunsten allgemeiner kontextrelevanter Fragen zurücktreten.

Die Untersuchung ließ auch bei der Frage nach den zugrundeliegenden Konzepten Mehrfachnennungen zu. Hierdurch ergibt sich ein differenziertes Bild der konzeptionellen Grundlagen der praktischen Arbeit. Die Auswertung zeigt, daß viele Kollegen/innen über die Kompetenz verfügen, auf der Grundlage mehrerer verschiedener Konzeptionen zu arbeiten, da Mehrfachnennungen auch dann häufiger auftreten, wenn lediglich eine Stelle oder weniger zur Verfügung steht, d. h. die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß lediglich ein(e) Kollege/in bewegungs- /körpertherapeutisch arbeitet. Lediglich in 18,3% der Antworten liegt dem Angebot nur ein Konzept zugrunde. 25% aller Therapeuten/innen arbeiten zudem mit einer eigenen Konzeption, die entweder unterschiedliche Ansätze auf einer neuen Ebene verbindet (z. B. Sensorische Integration, Entspannung und Atemerfahrung), bestehende Ansätze modifiziert (Modifikation der Psychomotorik nach den

⁴ Wenn in der Einrichtung die Teilnahme an der Bewegungstherapie sowohl als ‚ärztlich verordnet‘ sowie als ‚verpflichtend‘ und als ‚freiwillig‘ angegeben wird, dann stellt sich die Frage, bei welchen Klienten unter welchen Bedingungen welches Kriterium gilt und was dies zu bedeuten hat.

eigenen Bedingungen), mit bestimmten inhaltlichen Schwerpunkten arbeitet (Schwerpunkt „Wahrnehmung“, „Kommunikative Bewegung“), oder ganz eigene Konzeptionen entwickelt („Systemische Bewegungstherapie“)⁵.

Einen Überblick über die hauptsächlich vertretenen Konzeptionen, getrennt nach neuen und alten Bundesländern ermöglicht Abbildung 4.



KG = Krankengymnastik; kBT = konzentrierte Bewegungstherapie; Psychomot. = Psychomotorik/Mototherapie; Sportth. = Sporttherapie; Tanzth. = Tanztherapie; eigene K. = eigene Konzeption; andere K. = andere, hier nicht genannte Konzeptionen

Abb. 4: Bewegungs-/körpertherapeutische Konzeptionen

Die Vielfältigkeit und die Unterschiedlichkeit der vertretenen Konzeptionen macht deutlich, daß ähnlich wie im Zusammenhang mit Psychotherapien auch nicht von der Bewegungstherapie bzw. von der Körpertherapie gesprochen werden kann. Zu unterschiedlich sind die Ebenen, auf denen die Konzepte angesiedelt sind.

(1) Die beiden Pole auf der inhaltlichen Ebene bilden dabei meines Erachtens (a) die an der defizitären Funktion, sich auf das Körperliche konzentrierende Krankengymnastik und (b) konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie u. a. als körperorientierte Psychotherapie verstanden (vgl. SCHÖNFELDER 1989). Dazwischen lassen sich mit unterschiedlichen Gewichtungen Sporttherapie, Psychomotorik, Sensorische Integration sowie viele andere Konzepte ansiedeln. Hieraus ergibt sich die wichtige Frage, welche Funktion(en) körper- und bewegungsorientierte Therapie im Kontext Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllen kann und soll?

Ist ein gleichberechtigtes Nebeneinander von verbalen und körper- bzw. bewegungsorientierten Psychothera-

prien anzustreben? Soll Bewegungs- bzw. Körpertherapie als medizinisch orientierter Fachdienst im Sinne der Krankengymnastik Einzug erhalten? Geht es um die Gestaltung von Freizeitaktivitäten unter dem Deckmantel von Therapie oder vielleicht gerade um die Multifunktionalität eines an Körper und Bewegung ausgerichteten Angebotes?

Eine Klärung dieser Fragen wäre m. E. dringend notwendig, wenn es um eine Standortbestimmung, aber auch und vor allem um eine perspektivische Neuorientierung bewegungs- und körpertherapeutischen Arbeitens im Kontext stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie gehen soll.

(2) Eine weitere Perspektive, unter der die Konzeptionen betrachtet werden können, ist z. B. das Alter, die Lebensphase, für die das jeweilige Konzept entwickelt wurde. So scheint z. B. Krankengymnastik, da sie an der ‚richtigen, optimalen‘ Funktion orientiert ist, ein für alle Lebensphasen gleichermaßen anwendbares Konzept darzustellen, obwohl es sicher unbestritten auch konzeptionell einen Unterschied macht, ob mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen oder alten Menschen gearbeitet wird, nicht zuletzt auch für die Bestimmung dessen, was jeweils die richtige Funktion ist. Ob dieses Konzept jedoch für die relevanten Probleme und Themen der Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen ein Lösungsangebot darstellen kann, wäre zu diskutieren. Tanztherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie und andere Körpertherapien wurden überwiegend in der Auseinandersetzung mit Erwachsenen entwickelt, während z. B. Psychomotorik primär als Übungsbehandlung für Kinder konzipiert ist. Für Jugendliche existieren meines Wissens keine eigenständigen Ansätze. Jedoch zeigt der überaus große Bedarf (s. u.), der in den Fragebögen für körperorientierte Therapien mit Jugendlichen festgestellt wird, daß die Übertragung von Konzepten, die für einen anderen Lebensabschnitt entwickelt wurden, nur unzureichend gelingt.

(3) Dem Bedingungsgefüge für die unterschiedliche Relevanz, die die einzelnen bewegungs- und körpertherapeutischen Verfahren offensichtlich in den alten bzw. neuen Bundesländern haben, müßte in einer weiteren Untersuchung nachgegangen werden.

An diesem Punkt möchte ich zum Abschluß der Analyse die Auswertung der Fragen zu den Bereichen Fortbildung sowie thematische Wünsche an den Austausch mit Kollegen/innen stellen, da hierüber eine Untermauerung der aufgetretenen Fragen aus der Analyse der konzeptionellen Aspekte erfolgen kann.

Hier ist zunächst besonders die engagierte, offene und sehr differenzierte Beantwortung der Fragen zu erwähnen, die auf ein großes Bedürfnis nach fachlichem Austausch schließen läßt. 41,6% der Antwortenden bewerten die Situation der Fortbildungsangebote im bewegungs-/körpertherapeutischen Bereich als nicht ausreichend. Obwohl diese Frage als Ja-Nein-Frage konzipiert war, erläuterten einige ihre Antworten.

⁵ In der Zeit vom 15.2.1992 bis 30.6.1993 wurde an der Klinik ‚Haus Vogt‘ mit finanzieller Unterstützung der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung, Stuttgart, ein Konzept Systemischer Bewegungstherapie von der Verfasserin entwickelt und erprobt.

Während für den Erwachsenenbereich für Krankengymnastik und Psychomotorik mit Kindern sowie für funktionelle Übungsverfahren ausreichende Fort- und Weiterbildungsangebote konstatiert werden, ist es der Kinder- und Jugendbereich allgemein, insbesondere die Arbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten sowie der Bereich Körpererfahrung und Körpertherapie, für die die bestehenden Fortbildungsangebote als zum Teil „völlig unzureichend“ beschrieben werden. Nahezu alle Kollegen/innen aus den neuen Bundesländern beklagen darüber hinaus großen Bedarf für alle Fortbildungsbereiche.

Neben den bereits vielfältig wahrgenommenen Fortbildungsangeboten aus dem Bereich Bewegungs- und Körpertherapie allgemein wünschen sich 98% aller Antworten den fachlichen Austausch mit Kollegen/innen aus anderen psychiatrischen Einrichtungen. Die hauptsächlichen Inhaltswünsche an einen solchen Austausch lassen sich in fünf Hauptgruppen zusammengefaßt darstellen (Tab. 2).

Tab. 2: Inhaltliche Wünsche an einen fachlichen Austausch mit Kollegen/innen aus kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Mehrfachnennungen)

Inhaltsbereiche	Nennungen in %
Erfahrungsaustausch; Information; Hospitation	65,0
Konzeptionelle Interessen	61,6
Diskussion des Stellenwertes von Bewegungstherapie	23,3
Strukturelle Themen; z. B. Stellensituation; berufspolitische Interessen	21,6
Fachbezogene Supervision	11,6

Als weitere zahlenmäßig nicht so häufig gewünschte, meines Erachtens jedoch nicht weniger wichtige Themen wurden genannt: Arbeit im Team, Arbeit mit Familien, Möglichkeiten und Grenzen von Testverfahren.

5 Schlußbemerkung

Die Untersuchung zur Situation der Bewegungs- und Körpertherapie in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen stellt Ergebnisse bereit, die eine erste Standortbestimmung für bewegungs- und körperorientierte Behandlungsansätze ermöglicht. Die Analyse der Bedingungen zeigt, daß der Standort, den diese Ansätze auf der strukturellen Ebene einnehmen – um mit einem Bild zu sprechen –, eher auf bzw. vor der Türschwelle liegt, als daß er einen definierten abgegrenzten Raum innerhalb der Einrichtungen einnimmt. Überwiegend sind es ‚Einzelkämpfer/innen‘ (vgl. Abb. 1), die bewegungs- und körpertherapeutisch arbeiten. Für die Kinder und Jugendlichen,

die ein solches Angebot wahrnehmen, stellt dieses sicherlich eine hilfreiche Möglichkeit dar, in einer anderen Weise als im Gespräch, mit sich in Kontakt zu kommen. Für die Bedeutungszuschreibung als relevanter Behandlungsansatz innerhalb der Einrichtungen bzw. für die Diskussion um wichtige Therapien für Kinder- und Jugendliche mit psychiatrisch relevanten Problemen insgesamt ist bewegungs- und körpertherapeutisches Arbeiten jedoch offensichtlich irrelevant. Die strukturellen Bedingungen innerhalb der Einrichtungen eröffnen bisher keinen Raum für konzeptionelles Arbeiten. Daher ist es nicht verwunderlich, daß bewegungs- und körpertherapeutische Konzeptionen auf wichtige Fragen noch keine Antworten bereitstellen können.

In der Diskussion um die Lösung von Problemen der Kinder und Jugendlichen, die psychiatrisch betreut werden, spielt der Einbezug von wichtigen Kontextbedingungen, wie z. B. der Familie, eine zunehmend größere Rolle (vgl. u. a. ROTHHAUS 1990; LUDEWIG 1992). Für den bewegungs- und körpertherapeutischen Bereich gibt es meines Wissens noch keine Konzepte, die sich dieser Aufgabe widmen. Die Auswertung der Wünsche an einen fachlichen Austausch ergibt, daß es als dringend notwendig erachtet wird, über den Rahmen der eigenen Institution hinaus ein Forum einzurichten, das den Dialog mit Bewegungs- und Körpertherapeuten/innen aus anderen Einrichtungen sowie mit Ärzten/innen und Psychotherapeuten/innen ermöglicht. Für eine differenzierte Beurteilung sind weitere Untersuchungen, vor allem zu inhaltlichen Aspekten erforderlich. So bleibt resümierend festzuhalten, daß das Feld der Körper- und Bewegungstherapien innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit möglicherweise im Einzelfall durchaus einmal Bedeutung gewinnen mag, insgesamt gesehen jedoch eher ein Mauerblümchendasein führt.

Summary

The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry

The investigation on the situation of movement and body therapy in psychiatric institutions for children and adolescents indicates the position of movement and body therapy in the context of the in-patient institutions. The analysis of a questionnaire carried out in Germany gives a first overview on structural conditions and the concepts of movement and body therapy. In addition to the inventory the author formulates differential questions on the significance of movement and body therapy in child and adolescent psychiatry.

Literatur

ALTHERR, P. (1988): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychomotorik. In: HÖLTER, G. (Hrsg.): Bewegung und Therapie – interdisziplinär betrachtet. Dortmund. – BOIS, DU R. (1990): Körpererleben und psychische Entwicklung. Bern. – EGGERS, C.

(1993): Grundzüge der Therapie. In: EGGERS, C. et al.: Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6. Aufl. Berlin. - HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (1990): Psychomotorik in Therapie und Pädagogik. Dortmund. - HÜNNEKENS, H./KIPHARD, E.J. (1966): Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei Entwicklungsrückständigen Kindern. Gütersloh. - HÖLTER, G. (Hrsg.) (1988): Bewegung und Therapie - interdisziplinär betrachtet. Dortmund. - IRMISCHER, T./FISCHER, K. (Hrsg.) (1990): Psychomotorik in der Entwicklung. Schorndorf. - KIPHARD, E.J. (1980): Motopädagogik. Dortmund. - KIPHARD, E.J. (1983): Mototherapie. Bd. 1 und Bd. 2. Dortmund. - KESSELMANN, G. (1984): Therapeutisch orientierte Bewegungserziehung im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung. Zschr. Motorik 7, 74-85. - KRÜSE, G. (1987): Übungsbehandlung. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): Kinder und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart. - LINN, M./HOLTZ, R. (1987): Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen. München. - LUDEWIG, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart. - NEUHÄUSER, G. (1985): Mototherapie im Spannungsfeld zwischen Physiotherapie und Psychotherapie. Motorik 8, 41-42. - NISSEN, G./FOCKEN, A. (1984): Kinder- und Jugendpsychiatrie - Entwicklung und Perspektiven. Köln. - REMSCHMIDT, H. (1984):

Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien, 2 Bde. Stuttgart. - ROTHHAUS, W. (1990): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund. - RIEDER, H. (1977): Sport als Therapie. Berlin. - SCHILLING, F. (1973): Motodiagnostik des Kindesalters. Berlin. - SCHMIDTCHEN, S./BAUMGÄRTEL, F. (1980): Methoden der Kinderpsychotherapie: Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendung. Stuttgart. - SCHÖNFELDER, T. (1988): Zugang zum psychotischen und präpsychotischen Jugendlichen über körperzentrierte Psychotherapie. In: KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und zum Jugendlichen. Stuttgart. - SCHÖNFELDER, T. (1989): Am eigenen Leibe spüren - körpertherapeutische Erfahrungen im Umgang mit psychotischen Persönlichkeitsanteilen. In: ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotisches Verhalten Jugendlicher. Dortmund. - SPECHT, F./ANTON, S. (1992): Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41, 367-374. - ZIMMER-SCHÜRINGS, M. (Hrsg.) (1979): Bewegungserziehung oder Körpertherapie? Univ. Oldenburg Modellvers. Bundesmin. Bildung und Wissenschaft B 4048, Oldenburg.

Anschrift der Verfasserin: Dipl.-Sportpäd. Dipl.-Päd. Marion Schnurnberger, Hansjakobstr. 156, 79117 Freiburg.