

# Integrative Bewegungstherapie

## Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert*, *Apostolos Tsomplektis*, *Hilarion G. Petzold*, *Martin J. Waibel*

**Herausgeber:** Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),  
*Cornelia Jakob-Krieger*, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;  
*Hermann Ludwig*, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückes-  
wagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.  
„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 02/1993

Integrative Bewegungstherapie als Verbindung  
funktionaler und psychomotorischer Behandlung  
bei seniler Demenz in der Psychogeriatric (Teil 2)

*Sicco Henk van der Mei*, Amsterdam \*

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 2/1993, Seite 33 - 39

---

\* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: [info@ibt-verein.de](mailto:info@ibt-verein.de), Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ).

**Zusammenfassung: Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric (Teil 2)**

Dieser Beitrag hat die psychomotorische Therapie bei psychogeriatrischen Patienten innerhalb der Krankengymnastik zum Thema. Der Schwerpunkt dieser Therapie liegt auf der psychosozialen Problematik innerhalb der Psychogeriatric und deren psychomotorisch-integrativ bewegungstherapeutischen Behandlung. Am Ende des Beitrages werden zwei Beispiele dieser Behandlung beschrieben.

**Schlüsselworte:** Senile Demenz, Demenz, Integrative Bewegungstherapie, Psychomotorik, Physiotherapie, Krankengymnastik, Psychogeriatric.

**Summary: Integrative movement therapy as a combination of functional and psychomotor treatment for senile dementia in the Psychogeriatric (Part 2)**

This contribution has the psychomotor therapy in psychogeriatric patients within the physiotherapy in the subject. The focus of this therapy is on the psychosocial problem within the Psychogeriatric and their psychomotor-integrative-motion therapy treatment. At the end of the article, two described examples of this treatment.

**Keywords:** Senile dementia, dementia, integrative Movement therapy, psychomotor, physiotherapy, physical gymnastics, Psychogeriatric.

### **Funktionale und psychomotorische Behandlung der senilen Demenz**

Bei der krankengymnastischen Behandlung von geriatrischen Patienten steht die Bewegungstherapie im Vordergrund. Neben der präventiven Funktion, hat die Krankengymnastik auch noch eine erhaltende, lindernde und rehabilitierende Funktion (siehe auch: van der Mei, 1987). Die Ziele der Krankengymnastik bei geriatrischen Patienten sind:

- das Aktivieren der Patienten zur Erhaltung der körperlich physiologischen Funktionen;
- Vorbeugen von Haltungsfehlern und Bewegungseinschränkungen;
- Erlernen einer guten Atmung;
- Erlernen harmonischer Bewegungen;
- das Reaktivieren von Funktionen des täglichen Lebens.

Wie schon oben erwähnt, kommt bei der psychomotorischen Therapie noch die psychologische Komponente hinzu.

In der Arbeit mit geriatrischen Patienten kommen drei Arbeitsmodalitäten der Integrativen Bewegungstherapie zum Einsatz (Petzold & Berger, 1978; Petzold, 1985):

- die übungszentriert-funktionale Arbeit; diese hat krankengymnastisch/ physiotherapeutischen Charakter;
- die erlebniszentriert-agogische Arbeit; diese hat pädagogischen Charakter;
- die konfliktzentriert-aufdeckende Arbeit; diese hat psychotherapeutischen

## Charakter.

Diese drei Arbeitsmodalitäten haben auch in der Psychogeriatric von Bedeutung. Die übungszentriert-funktionale Arbeit umfaßt krankengymnastisch-physiotherapeutische Handlungen (siehe oben) unter anderem die Atemregulation (Middendorf, Schaarschuch-Haase), Tonusregulation, Koordination, Flexibilität, Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer. Das erlebniszentriert-agogische Arbeiten umfaßt erweiterte Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten. Man kann den 'alten Leib' als 'neuen Leib' erfahren (siehe auch: van der Mei, 1991). Die konfliktzentriert-aufdeckende Arbeit kommt in der Psychogeriatric nur zum Teil zum Tragen. Durch die kognitiven Beeinträchtigungen der Patienten ist eine aufdeckende Arbeit nur beschränkt oder überhaupt nicht möglich.

*Abb. 1: Adaptive Aufgaben die durch psychomotorische Gruppentherapie positiv beeinflusst werden und die Gebiete des Funktionierens worauf sich die Therapie in ihrem konkreten Handeln richtet (cf. Dröes, 1991).*

Dröes (1991) formulierte - nach wissenschaftlichen Untersuchungen - einige allgemeine psychomotorische Gruppentherapieziele für Patienten mit seniler Demenz, die die psychosoziale Problematik verringern oder vermeiden (adaptive Aufgaben, siehe auch Abb. 1):

- das Umgehen mit der eigenen Invalidität;
- das Umgehen mit der neuen sozialen Umgebung;
- das Entwickeln und Instandhalten der sozialen Beziehungen;
- das Handhaben des emotionalen Gleichgewichtes;
- das Erhalten eines positiven Selbstbildes.

Wenn man die oben genannten Gruppentherapieziele genauer betrachtet, so betreffen diese, die drei allgemeinen Gebiete des menschlichen Funktionierens. Das sind die kognitiven-, sozialen- und affektiven Funktionen, die wie oben schon erwähnt, das Funktionieren des psychogeriatricen Patienten mit seniler Demenz beeinträchtigen können.

Diese allgemeine Ziele wurden nochmals konkretisiert. Es entstanden drei Ziele psychomotorischer Gruppentherapie (Dröes, 1991):

- (Re)Sozialisierung;
- (Re)Aktivierung;
- Förderung des affektiven Funktionierens.

Petzold (1977) hat für geriatrische Patienten, und Dröes (1981; 1991) für geriatrische Patienten mit seniler Demenz einige Empfehlungen zur Durchführung von psychomotorischer Therapie erstellt.

Diese sind hier kurz wiedergegeben:

- Gruppenzusammenstellung: Es gibt mehrere Niveaus der Demenz und es ist wichtig große Unterschiede im Funktionieren der Patienten in einer Therapiegruppe zu vermeiden.
- Frequenz und Dauer der Therapie: Zu empfehlen ist eine Therapielänge von 45 Minuten, und das zwei bis drei die Woche. Eine Erhöhung der Frequenz und Dauer würde eine zu große Belastung für die Patienten bedeuten.
- Gruppengröße: Eine Gruppengröße von sechs bis acht Personen ist ideal. Bei einer solchen Größe ist auch eine individuelle Betreuung jedes einzelnen Patienten möglich. Erfahrungen haben gezeigt das Patienten mit seniler Demenz, sich durch zu viele Eindrücke von der Außenwelt abschließen bzw. sich ausschließen.
- Therapieraum: Die Therapie sollte in einem dafür geeigneten Raum stattfinden, der eine Trennung von anderen Aktivitäten möglich macht. Dies kreiert eine für den Patienten intime und sichere Atmosphäre und fördert die räumliche Orientierung.
- Therapiezeitpunkt: Der Zeitpunkt der Therapie sollte möglichst immer der gleiche sein, um somit den Patienten eine feste Zeitstruktur (zeitliche Orientierung und Gedächtnistraining) zu bieten.
- Aktivitäten innerhalb der Therapie: Sie sollten einfach, also nicht komplex und zeitlich kurz sein, das heißt die Therapie darf nicht zu ermüdend sein, sie muß kurzfristige Resultate bringen, da sich sonst Motivationsschwierigkeiten ergeben und dadurch die Konzentration nachlässt. Weiterhin sollte sie eine komplexe Wirkung haben, damit kognitive-, soziale- und affektive Funktionen angesprochen werden.

### **Allgemeine Richtlinien und Arbeitsweisen (Dröes, 1991)**

Man sollte bei der Vorbereitung damit rechnen, daß die Patienten kognitive Beeinträchtigungen/Störungen haben. Bestehende Spiel und Sportformen müssen deshalb angepaßt und die Basishandlungen wie zum Beispiel werfen, fangen, treten in ihrer Struktur vereinfacht werden. Die individuellen Möglichkeiten jedes einzelnen Patienten sollten in der Therapie zentral stehen und nicht die Leistungsunterschiede

zwischen den Teilnehmern. Es ist jedoch von Vorteil, einen angemessenen Wettkampfcharakter in die Therapie einzubringen. Dies erhöht die Motivation zur aktiven Teilnahme.

Es sollte während der Therapie auch Materialien benutzt werden. Diese Materialien sollten handlich sein, zum Bewegen einladen und sich als Kommunikationsmittel eignen. Die Materialien sollten leicht und ein farblich grelles Äußeres besitzen. An folgende Materialien wäre zu denken: Schaumstoffbälle (rot und gelb) in verschiedenen Größen, Strandball (Mehrfarbig), Plastikfußball, Hockeyschläger, Luftballons, farbige Kegel, farbiger Fallschirm, Plastiktiere in verschiedenen Farben etc.. Auch wäre es ratsam Musik und Gegenstände aus dem täglichen Leben in die Therapie einzubringen. Dies trainiert das Gedächtnis und aktiviert die Patienten.

Dann noch einige Worte zur Interventionstechnik. Damit ist die Art der Kommunikation (Erklären und Begleiten der Aktivitäten) mit den Patienten gemeint. Sie sollte ein Teil der Therapieeinheit, in Form einer Vor- und Nachbesprechung der psychosozialen Problemen, sein.

Durch Interventionen aus der experimentellen Psychologie (Verhaltenstherapie) kann das Verhalten der Patienten durch systematische Belohnung beeinflusst werden. Auch andere Interventionstechniken, wie Demonstration, Verbalisation (bei schwerhörigen Patienten durch Notizen), Kontextvariation und permanente Begleitung, können dazu beitragen daß die konkreten Ziele (Re)Sozialisierung, (Re)Aktivierung und Förderung des affektiven Funktionierens erreicht werden.

## **Zwei Beispiele einer psychomotorischen Gruppentherapie**

(Dröes & Bosscher & van der Mei & van Roosmalen, 1992)

Eine Therapie besteht aus drei Teilen, der Vorbesprechung, der Hauptaktivität und der Nachbesprechung. Die Vor- bzw. Nachbesprechung dient dazu, die Kognition und die psychosozialen Probleme anzusprechen. Es sollten Fragen gestellt werden, die die kognitiven Gebiete betreffen, wie Orientierung in der Zeit, Raum und Person, Gefühlsleben, Gedächtnis, Körperschema, Kommunikation und sozialer Umgang.

Die Hauptaktivität kann, neben den kognitiven Aspekten, auch genutzt werden funktionale Aspekte einzubringen, wie zum Beispiel Mobilität (Beweglichkeit der großen und kleinen Gelenke), Haltungsschulung, Koordination (Geschicklichkeit, Gewandtheit), Reaktion, grobe und feine Motorik, Kraft (dynamisch und statisch; Aufbau der Muskulatur), Ausdauer (Anregung Herz- Kreislauf-Systems), Tonusregulierung (Entspannung, Anspannung) und Atmung (Erlernen einer guten Atmung).

Die Vor- und Nachbesprechung unterscheiden sich nicht voneinander, deshalb sind sie nur einmal aufgeführt.

## **Vorbesprechung:**

Folgende Fragen sollten den Teilnehmern gestellt werden:

- Begrüßung der Teilnehmer (sozialer Umgang);
- Wie ist der Name des Teilnehmers? (Orientierung zur eigenen Person);
- Erkennt der Teilnehmer seine Mitpatienten? (Erkennen von Personen);
- Welche Aktivitäten sind in der letzten Therapiestunde durchgeführt worden (Übungsmaterial aus der letzten Stunde kann hinzugenommen werden)? (Gedächtnis);
- Welche Uhrzeit, welcher Tag, Monat und welches Jahr ist es? (Orientierung in der Zeit).

## **Hauptaktivität I:**

Benötigtes Übungsmaterial: Bälle (verschiedener Größe, Farbe und Beschaffenheit), Kegel, Fallschirm und Musik (Kassettenrecorder und Kassetten).

Die Teilnehmer sitzen schon während des Vorgesprächs in einem Kreis. Zuerst werden die Bälle zur Hand genommen. Diese werden einzeln, einmal linksherum und einmal rechtsherum durchgegeben, wobei man nach Gewicht, Farbe und Beschaffenheit fragen kann. Es ist auch möglich während der Ballübergabe den Namen des jeweiligen Ballempfängers zu nennen. Variationen in der Ballübergabe sind auch möglich, wie zum Beispiel den Ball über den Kopf oder unterhalb der Knie zu übergeben.

Im Anschluß daran kann man die Kegel in die Aktivität einbeziehen. Diese werden in der Mitte des Patientenkreises aufgestellt. Die Patienten sollen versuchen diese Kegel mit dem Ball umzuwerfen. Dabei kann man zwischendurch Fragen wieviele Kegel jeder einzelne umgeworfen hat oder ob sie das Spiel schon eher gespielt haben etc.. Während des Spiels (Abhängig vom Niveau der Patientengruppe) kann man noch in der Anzahl der Kegel, Abstand der Kegel zueinander und Größe des Balles variieren.

Zum Schluß wird noch mit einem farbigen Fallschirm und Musik gearbeitet. Jeder Teilnehmer hält den ausgebreiteten Fallschirm fest und bewegt diesen auf Kommando im Rhythmus der Musik nach rechts, links, oben und unten, wobei die Teilnehmer auch mitsingen/-summen können oder sollen. Auch bei dieser Übung kann man variieren, zum Beispiel einen Ball auf den Fallschirm legen und ihn über den Fallschirm fortbewegen lassen etc..

Während der Hauptaktivität werden folgende kognitive und funktionelle Aspekte angesprochen: Orientierung in der Zeit, Raum und Person, räumliche Orientierung, Gedächtnis, Kommunikation, sozialer Umgang, Mobilität, Koordination, Reaktion, Grobmotorik, Kraft und Atmung.

### **Hauptaktivität II:**

Benötigtes Übungsmaterial: Bälle (verschiedener Größe, Farbe und Beschaffenheit), langes Gummiband und Musik (Kassettenrecorder und Kassetten).

Die Teilnehmer sitzen im Kreis. Es wird ein Ball links oder rechts herum durchgegeben. Abhängig vom Niveau einer Gruppe ist es möglich in Art der Beschaffenheit des Balles, Anzahl der Bälle (Bälle einholen lassen) zu variieren und Tempounterschiede einzubauen.

Als nächstes sollen die Teilnehmer den Ball einander zuwerfen, wobei der Namen des jeweiligen Ballempfängers genannt werden sollte. Der Therapeut demonstriert dies am Anfang mehrmals. Diese Übung mit Ball wiederholt sich, aber nun soll der Ball prellend von Teilnehmer zu Teilnehmer gespielt werden. Welcher Teilnehmer den Ball bekommt liegt in der Entscheidung des Werfers. Auch hier kann man mit der Beschaffenheit der Bälle variieren.

Zum Schluß wird noch mit einem langen elastischem Gummiband und Musik gearbeitet. Jeder Teilnehmer hält das Gummiband fest und bewegt dieses auf Kommando im Rhythmus der Musik nach rechts, links, vor, zurück, oben und unten. Dabei ist es möglich das Kommando verschiedenen Teilnehmer nacheinander zu übergeben.

Während der Hauptaktivität werden folgende kognitive und funktionale Aspekte angesprochen: Erkennen von Personen, räumliche Orientierung, Gedächtnis, Kommunikation, sozialer Umgang, Mobilität, Koordination, Reaktion, Grobmotorik, Feinmotorik, Kraft, Ausdauer und Atmung.

### **Nachbesprechung**

Folgende Fragen sollten den Teilnehmern gestellt werden:

- Welche Aktivitäten sind in der Therapiestunde durchgeführt worden? (Gedächtnis);
- Wie lange ist man schon beschäftigt?; Wann ist die nächste Therapiestunde? (Orientierung in der Zeit);
- Wo ist der Ausgang des Therapiezimmers? Wo befindet sich die Abteilung des Teilnehmers? (räumliche Orientierung);
- Wie hat es den Teilnehmern gefallen? (Gefühlsleben);

- Abschied nehmen (sozialer Umgang).

Die oben genannten Therapiebeispiele sind nur ein ganz kleiner Teil der Möglichkeiten die man besitzt, um psychogeriatrische Patienten mit seniler Demenz zu therapieren. Mit viel Phantasie, Ideenreichtum und Flexibilität sind noch tausende Möglichkeiten, Kombinationen einer Therapiestunde zu entdecken. Dabei muß man aber nicht das Niveau der jeweiligen Patientengruppe aus dem Auge verlieren. Deshalb ist eine gute Diagnostik, Vorbereitung und Observation (Dröes, 1991; Petzold, 1985; 1979) essentiell.

### **Zum Schluß**

Auch Krankengymnasten können während ihrer Therapie mit psychogeriatrischen Patienten Einfluß nehmen auf die kognitiven Aspekte der einzelnen Patienten und deren „coping“-Strategien. Die psychomotorische Therapie eröffnet den Krankengymnasten andere, neue Dimensionen der menschlichen Beeinflussung und sollte daher auch mehr genutzt werden. Eine gute Basis bietet die Integrative Bewegungstherapie (Petzold), wo in einer langjährigen Ausbildung die Grundlagen dieser Therapie gelernt werden kann.

### **Literatur**

- Dröes, R.M. (1991) In Bewegung. Meppel: Krips Repro.
- Dröes, R.M. & Mei, S.H. van der & Roosmalen, R. (1992) Gedragsobservatieschaalvoor Psychomotorische Therapie bij demente ouderen. (In Vorbereitung) Faculteit der Bewegingswetenschappen. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Mei, S.H. van der (1987) Ausbildung/Studium zum Krankengymnasten/ Physiotherapeuten in der Bundesrepublik und in den Niederlanden. Diplomarbeit. Amsterdam: Hogeschool voor Fysiotherapie Amsterdam.
- Mei, S.H. van der (1991) Syllabus Relaxatietechnieken. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; Faculteit der Bewegingswetenschappen; Vakgroep Bewegingsagogiek.
- Mei, S.H. van der (1993) Crisis en crisisinterventie. Doctoraalscriptie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; Faculteit der Bewegingswetenschappen; Vakgroep Bewegingsagogiek.

Weitere Literatur beim Verfasser

#### ***Anschrift des Verfassers:***

*Drs. Sicco Henk van der Mei  
Bewegungswissenschaftler, Psychomotortherapeut, Physiotherapeut  
J.P. Heijestraat 47-II  
1053 GK Amsterdam*