

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fachbereich Sozialpädagogik

Diplomarbeit

Kann Bewegung heilen?

Chancen und Grenzen bewegungstherapeutischer Angebote
in der Behandlung von schizophrenen Menschen

Judith Gulla

Tangstedterstr. 12

25421 Pinneberg

Matrikelnr.: 1697492

Tag der Abgabe: 12.01.2007

Betreuender Prüfer: Herr Professor Dr. Georg Schürgers

Zweiter Prüfer: Herr Professor Dr. Dieter Röh

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Bewegung und ihre Bedeutung für das Leben	5
1.1 Die Geschichte der Bewegung	5
1.2 Einige mechanische Aspekte der Bewegung	8
1.3 Die Funktionen der Bewegung	10
1.4 Die Wirkungsmöglichkeiten der Bewegung	11
1.4.1 Die Wirkung der Bewegung auf den Körper	12
1.4.2 Die Wirkung der Bewegung auf die Psyche	14
1.4.3 Die Wirkung der Bewegung auf die psychosoziale Befindlichkeit	17
1.5 Mögliche Folgen des Bewegungsmangels	18
2. Der Begriff der Psychose	20
2.1 Die schizophrene Psychose	21
2.1.1 Die Ätiopathogenese	21
2.1.2 Verlauf und Prognose	24
2.1.3 Die Querschnittssymptomatik	25
2.1.4 Die Subtypen	26
2.2 Die Besonderheit der intrapsychischen Vorgänge bei psycho- tischen Menschen mit dem Schwerpunkt des Körpererlebens	27
2.3 Therapiemöglichkeiten	30
2.4 Eine Auswahl von Indikationen für bewegungsbezogene Angebote bei schizophrenen Menschen	32

3.	Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen	36
3.1	Die Anfänge der Bewegungstherapie	36
3.2	Bewegungstherapie in der gegenwärtigen Zeit	38
3.3	Wirkungsmöglichkeiten der Bewegungstherapie	41
3.4	Grenzen bzw. Nachteile in der Bewegungstherapie	49
3.5	Die Rolle des Therapeuten	50
4.	Bewegungstherapeutische Ansätze	54
4.1	Lauftherapie	54
4.2	Konzentrierte Bewegungstherapie	60
4.3	Tanz- und Bewegungstherapie	65
4.4	Qigong	68
4.5	Allgemeine Hinweise	70
5.	Bewegungstherapie im nachsorgenden Sektor	73
5.1	Das Beispiel einer gemeindenahen Sport- und Spielgruppe	75
5.2	Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie	77
5.3	„Begegnung in Bewegung“	80
5.4	Stellungnahme der Experten	81
6.	Die Relevanz für die sozialpädagogische Arbeit	82
7.	Schlussbetrachtung	85
	Abbildungsverzeichnis	IV
	Literaturverzeichnis	VI
	Erklärung	XVI

Einleitung

2003 fing ich mein Vollzeitpraktikum in einem Wohnheim für 28 psychisch kranke Erwachsene an. Ein großer Teil der Bewohner hatte eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis. Viele waren schon jahrzehntelang in der Psychiatriclandschaft unterwegs und stark gezeichnet von ihrer schweren psychischen Erkrankung. Chronifiziert – dieses Wort beschreibt den dauerhaften Zustand einer pathologischen Symptomatik. Ein Charakteristikum chronisch schizophrener Menschen ist ihre Antriebslosigkeit. Sie haben keine Lust etwas zu unternehmen, keine Lust sich zu bewegen. Ausnahmen gibt es, überspitzt formuliert nur, wenn der Tabak aus ist und der nächste Supermarkt frequentiert werden muss, um den Vorrat wieder aufzustocken. Darüber hinaus besteht, sofern nicht bewusst von den Mitarbeitern des Hauses gesteuert, wenig Anlass, sich in einem vollstationären Wohnheim zu bewegen.

Von Beginn an, spürte ich eine große Motivation, die Bewohner dieses Hauses zu aktivieren. Ich bot eine Musikgruppe an, initiierte Spaziergänge und Ausflüge ins Schwimmbad, leitete Koch- und Backgruppen und sammelte somit viele Erfahrungen in Einzel- und Gruppenkontakten.

Im Sommer 2005 mündete dieser zentrale Gedanke der Aktivierung in einem Konzept für das Projekt „Aktiv“. Ich konnte einige Bewohner des Hauses, durchschnittlich drei bis fünf Personen, dazu mobilisieren, an wöchentlichen, bewegungsbezogenen Unternehmungen teilzunehmen. Dieses Projekt bezog sich auf einen Rahmen von 10 Einheiten, die jeweils 60-90 Minuten dauerten.

Das Ziel war es, den Teilnehmern der Gruppe eine Möglichkeit anzubieten, ihrem Körper wieder näher zu kommen. Dies sollte durch Bewegungsangebote sowohl im, als auch außerhalb des Wohnheims geschehen. Als sinnvolle Methode kristallisierte sich das Walken heraus. Jeder Teilnehmer hatte dabei die Möglichkeit sich in seinem eigenem Tempo innerhalb der Gruppe zu bewegen.

Der Forschungsbericht (1996) über Bewegung, Spiel- und Sport mit Behinderten

und von Behinderung Bedrohten vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bot damals einen Indikationskatalog für psychische Erkrankungen. Im Rahmen eines rehabilitativen Gesamtkonzeptes, sollte es laut diesen Empfehlungen um die Wiederherstellung und Stabilisierung der personalen, sozialen, sportspezifischen und lebenspraktischen Kompetenzen der schizophrenen Menschen gehen.

Als Evaluationsinstrumente erwiesen sich schriftliche Prä- und Postbefragungen der Teilnehmer als sinnvoll. Zum Abschluss der zehn Bewegungseinheiten hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, einen umfassenden Fragebogen zu den Themen Gefühle, Körper- und Gruppenerfahrungen, und das Erlebnis in der jeweiligen Umgebung auszufüllen. Dies wurde überraschend gut von den Bewohnern in Anspruch genommen, so dass ich dadurch reichlich Material für die Auswertung des Projekts erhielt.

Die Umgebung in der die bewegungsbezogenen Angebote durchgeführt wurden, spielte für die Teilnehmer der Gruppe eine bedeutsame Rolle. Den größten Zuspruch erhielten die Ausflüge an die Elbe, an deren Deiche und Strände wir entlang liefen. Außerdem waren für die Teilnehmer die Berücksichtigung und ein eindeutiges Verständnis für ihre körperlichen Einschränkungen, aufgrund der psychischen Krankheit bedeutsam. Alle bestätigten, dass der geschützte Raum, in dem in der Gruppe Bewegung durchgeführt wurde, eine stützende Möglichkeit war, überhaupt wieder Erfahrungen in der Gruppe zu machen, die sonst aufgrund von Ängsten und Unsicherheiten vermieden worden wären. Eine positive Grundstimmung des Gruppenleiters war ebenso für alle Teilnehmer bedeutend. Die Gruppe erlebte Spaß. Abgesehen von den Grenzerfahrungen, die aufgrund der körperlichen Einschränkungen gemacht wurden, beschrieben die Bewohner ihre Bewegungserfahrungen besonders in der freien Natur als belebend, erfrischend und lustvoll. Sie äußerten außerdem den Wunsch, sich häufiger zu bewegen.

„Unsere Aktiv-Gruppe hat mit sehr gut getan, mich aus meiner Lethargie befreit und mir Mut für die Zukunft gemacht.“ (Bewohner H., Befragungsbogen des Aktiv Projekts, 2005)

Die Ergebnisse des Projekts machen deutlich, dass es ein sehr fruchtender Ansatz sein kann, der schizophrenen Klientel den Zugang zu ihrem Körper durch Bewegungsangebote zu erleichtern. So können sie ihren Körper wieder als individuelle Kraftquelle erleben. Die Erkenntnisse, die ich durch das Aktiv-Projekt sammelte, gaben mir die Motivation dieses Thema weiter zu erforschen.

Bewegungsmangel ist keine Erscheinung, die nur in vollstationären psychiatrischen Einrichtungen existiert. Es ist eine bemerkenswert ausgebreitete Problematik der gesamten Gesellschaft. Folgen des Bewegungsmangels nehmen in Form von sogenannten Zivilisationskrankheiten zu, die Hälfte der Erdbevölkerung ist übergewichtig und Kinder verlernen zugunsten technischer Kompetenzen die Beherrschung von grundlegenden Fähigkeiten wie beispielsweise das Rückwärtslaufen.

Die sozialpädagogische Relevanz liegt auf der Hand, wenn man sich bewusst macht, dass die körperliche Aktivität für Menschen essentiell ist. Gerade wenn das Bedürfnis nach Bewegung nicht mehr eindeutig gefühlt und artikuliert wird, ist es die Aufgabe von lebensberatenden und -beeinflussenden Instanzen über die Wirkungsmöglichkeiten von Bewegung aufzuklären. Dem Klienten kann so ein funktionelles Werkzeug angeboten werden, dass eine Hilfe zur Selbsthilfe darstellt. Dass dieser Ansatz nicht bei jedem Menschen auf fruchtbaren Boden fällt, ist gewiss. Die Entscheidung liegt beim Klienten.

Im ersten Kapitel dieser Arbeit wird der Begriff der Bewegung ausführlich bestimmt. Angefangen mit der Bedeutung und der Geschichte der Bewegung, weiter über Bewegungsabläufe, deren Funktionen und Wirkungsweisen auf den Körper, die Psyche und die psychosoziale Befindlichkeit eines aktiven Menschen.

Im zweiten Kapitel findet eine Annäherung an den Begriff der Psychose statt. Die schizophrene Psychose wird dabei zum ausgewählten Gegenstand für die weitere Analyse. Dies begründet sich darin, dass die Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis in psychiatrischen vollstationären Einrichtungen weit verbreitet ist, und der nachsorgende Bereich, in dem diese unter anderem verortet sind,

ebenfalls zum Untersuchungsfeld dieser Thematik gehört. Zu Beginn werden Aspekte der Ätiopathogenese, des Verlaufs und der Prognose genannt. Weiter wird das Bild der schizophrenen Psychose verdeutlicht, indem die Querschnittssymptomatik und ihre Subtypen vorgestellt werden. Ein Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf den intrapsychischen Vorgängen schizophrener Menschen mit dem Focus auf das Körpererleben, da der Körper im Zentrum des Interesses von bewegungsbezogenen Behandlungsmöglichkeiten steht. Eine Auswahl von Therapiemöglichkeiten wird vorgestellt, bevor das Kapitel mit verschiedenen Indikationsmöglichkeiten für bewegungsbezogene Angebote bei schizophrenen Menschen endet.

Im dritten Kapitel findet die Verbindung der ersten beiden Gegenstände der Diplomarbeit statt. Die Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen wird beschrieben. Drei umfassende Experteninterviews unterstützen und ergänzen die Inhalte der folgenden Abschnitte, wenn es um die Rolle der Bewegungstherapie früher und heute und um ihre Wirkungsmöglichkeiten geht. Darauf folgen mögliche Grenzen und Nachteile der bewegungstherapeutischen Arbeit. Abschließend wird die Bedeutung des Therapeuten beleuchtet.

Das vierte Kapitel stellt Ansätze der Bewegungstherapie vor, die schon langjährig in der Behandlung von schizophrenen Menschen eingesetzt wurden, so dass teilweise Erfahrungsberichte, aber auch Studien vorliegen. Die Lauftherapie, die Konzentrative Bewegungstherapie, die Tanz- und Bewegungstherapie und Qigong sind die ausgewählten Verfahren, die erläutert werden.

Im vorletzten Kapitel wird die bewegungsbezogene Arbeit anhand von ausgewählten konzeptionellen Ideen im nachsorgenden Bereich vorgestellt und diskutiert.

Abschließend wird die sozialpädagogische Relevanz bezogen auf diese spezielle Thematik beschrieben. Mit dieser Arbeit soll der Bereich der Sozialpädagogik für das Thema Bewegung sensibilisiert werden. Anhand der ausgewählten Personengruppe soll deutlich werden, wie wertvoll der bewegungsbezogene

Ansatz für Menschen ist, die an einer Schizophrenie erkrankt sind. Die Erkenntnisse sind jedoch übertragbar und so wie jede andere Behandlungsform individuell auf andere Klienten anwendbar.

1. Bewegung und ihre Bedeutung für das Leben

„Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Nur in der Bewegung aber erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich.“

(V.Iljinde 1985)

1.1 Geschichte der Bewegung

Leben entsteht durch Bewegung und Bewegung bedeutet Leben. Zellen finden zu einander, sie teilen sich – bewegen sich. Schon vor der Geburt eines Kindes, können wir sehen und fühlen, dass es sich bewegt. Das ist ein wesentliches Merkmal von Lebewesen – die Bewegung.

Die Wissenschaft geht davon aus, dass der so genannte Homo Sapiens, auch bekannt als Jetztmensch, seit 40.000 Jahren in seiner Wesensform existiert und sich seitdem auch nicht mehr wesentlich in seiner Struktur und Funktion verändert hat. Damals bestimmten zwei Funktionen in erster Linie seinen Lebensinhalt: Nahrung zu beschaffen und sein Leben vor Feinden zu bewahren. Diese Aufgaben setzten viel Bewegung voraus. Die Konstruktion des heutigen Menschen entspricht der des Steinzeitmenschen und ist demzufolge immer noch auf ein hohes Maß an Bewegung eingestellt. Tatsache ist jedoch, dass nur noch 1% der für die Arbeit aufgebrauchten Energie durch reine Muskelkraft erfolgt. (vgl. Hartmann, 2002, 4) Mehr und mehr wurde der Mensch durch moderne Technologien ersetzt und mit einer bewegungsarmen Realität konfrontiert.

Ludwig Prokop schreibt in seinem Artikel „Gesundheit-Lebensqualität-Sport“ von

einer pathologischen Situation, in der sich der moderne Mensch befindet. Sie ist einerseits durch psychische Belastungen wie beispielsweise Berufsstress und Zukunftsängste geprägt und wird auf der anderen Seite durch weitere gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen wie zum Beispiel eine ungesunde Ernährung oder ein unvernünftiger Lebensrhythmus manifestiert. Als problematisch sieht er ebenfalls auch den Wandel der heute gängigen Freizeitbeschäftigungen an. Diese beschränken sich häufig auf Fernsehen, Computerspielen oder banales Herumhängen. Seiner Meinung nach bieten diese bewegungsarmen Beschäftigungen keinen Ausgleich, sondern einen zusätzlichen Stressfaktor. (vgl. Prokop, 1994, 99)

„Echte „Beweggründe“ sind angesichts von Aufzügen, Rolltreppen, Auto und Fernsehen selten geworden.“ (Pohle, 1994, 10) Diese Aussage beschreibt die Entwicklung einer zivilisierten Gesellschaft – unserer Gesellschaft.

Dieser bedeutsame Prozess in der Geschichte des Menschen wird auch als eine Entfremdung von der Natur beschrieben, da keine Orientierung mehr an dieser statt findet und das Individuum sich in erster Linie in seinem Arbeits- aber auch Freizeitleben auf die Technik konzentriert. Dies hat fatale Folgen. Der Mensch verweichlicht und verliert an Lebendigkeit. Zudem reduzieren sich seine sozialen Kontakte. Möglicherweise führten diese Veränderungen zur Entwicklung des modernen Sports, weil dort wiederum eine Zusammenführung von Menschen statt findet und die vermisste Körperlichkeit im Zentrum steht. (vgl. Andrecs, 1994, 140 ff)

Maes stellt in seiner Dissertation die These auf, dass aufgrund der umgreifenden Zerstörung der Lebenswelt des Menschen, durch zum Teil auch menschengemachte Umweltkatastrophen, neue Bewältigungsstrategien entwickelt wurden. Dabei setzt das Individuum auf seine eigenen Kräfte und konzentriert sich auf Gesundheit und die eigene Körperlichkeit.

Mit einer sensiblen Körperwahrnehmung habe diese Entwicklung laut Maes allerdings nichts zu tun. (vgl. Maes, 1993, 7 f)

Der Mensch, sein Körper und die Bewegung befinden sich in einer starken Wechselwirkung zu einander. Im Zuge der Entfremdung des Menschen von der Natur und dem unausweichlichen daraus resultierenden Hinzuwenden zur modernen, technologisierten Gesellschaft, hat sich auch die Beziehung des Menschen zum eigenen Körper gewandelt.

„Selbstbeherrschung, Selbstdistanzierung, Selbstkontrolle, Selbstbeobachtung sind Kennzeichen dieser Entwicklung. Sie bringen zum Ausdruck, dass der Mensch hier gegen die eigene Natürlichkeit ankämpft. Der menschliche Körper wird zunehmend instrumentalisiert, der Mensch körperdistanziert und körperentfremdet.“ (Fischer, 2001, 57)

So steht einerseits die folgende Aussage im Raum: *„Bewegung ist Ausdruck von Natur, von Lebendigkeit.“* (Gentzsch, 2004, 54) und andererseits entwickelt sich die Gesellschaft zunehmend zu einer unnatürlichen und unlebendigen Zivilisation.

Es ist deutlich zu erkennen, dass sich die neuzeitlichen Entwicklungen nicht zugunsten des einzelnen Menschen vollzogen haben. Es ist nachweislich zu einer höheren Krankheitsanfälligkeit durch die Bewegungsarmut der Menschen gekommen. Haltungsschäden, Übergewicht, Organleistungsschwächen und Koordinationsstörungen sind nur ein Bruchteil der negativen Auswirkungen, die sich im Leben der inaktiven Menschen ausbreiten. (vgl. Hartmann, 2002, 5)

Festzuhalten ist also, dass der Mensch einen natürlichen Bedarf an Bewegung hat, um seinem organischen und psychischen System gerecht zu werden. Allerdings ist der Stellenwert dieses Bedarfs im Zuge des Wandels zur modernen Gesellschaft verdeckt und vernachlässigt worden.

1.2 Einige mechanische Aspekte der Bewegung

So wie es die klassische Ontogenese gibt und damit „*die Individualentwicklung eines Menschen im gesamten Lebenszeitraum*“ (Hartmann, 2002, 7) benannt wird, gibt es auch eine motorische Ontogenese, die einen Teilaspekt, nämlich den der motorischen Entwicklung von Haltung und Bewegung und den zugrunde liegenden Steuerungs- und Funktionsprozessen beschreibt. Dieser Prozess ist nicht nur von den genetischen und hormonellen Dispositionen eines Individuums abhängig, sondern auch von seiner Umwelt und der darin statt gefundener Sozialisation. (ebd. 8 f) Bei allen statt findenden Bewegungen ist der Prozess der motorischen Ontogenese demzufolge parallel im Gange und entwickelt sich weiter.

„Bewegungstätigkeit des Menschen als ganzheitlich handelnde Persönlichkeit ist als Auseinandersetzung mit der Umwelt zu verstehen, die auf der Grundlage vorhandener und genutzter personaler Voraussetzungen durch gezieltes praktisches Handeln ausgeführt wird.“ (Hartmann, 2002, 1)

Die personalen Voraussetzungen, von denen Hartmann schreibt, vereinen sowohl physische, als auch psychische Anteile. Die Biologie sorgt für eine funktionierende Mechanik des Körpers und die Psyche für einen ausgleichenden Moment in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und in der Darstellung der eigenen Person.

„Die Grundlage für die Bewegung ist die Motorik des Menschen.“ (ebd. 3) Motorische Vorgänge umfassen die Fülle der Steuerungs- und Funktionsprozesse des Körpers und sind dabei in Stütz- und Zielmotorik zu unterteilen. Das stützende Element, welches durch eine Grundspannung in der Muskulatur, dem Muskeltonus, gewährleistet wird, ist grundlegend für jede Bewegung. Ebenso ist die Aufgabe des Skelettmuskels auf entsprechende Impulse im Körper zu reagieren und in Form von zielgerichteter Bewegung diese zu artikulieren, unentbehrlich. (vgl. ebd. 1 f)

Diese kurze Abhandlung körperlicher Vorgänge macht deutlich, welche große Leistung im Inneren des menschlichen Organismus von statten gehen muss, um eine äußerlich erkennbare Bewegung zu bewerkstelligen. Mit dieser angedeuteten

Komplexität lässt sich vielleicht schon erahnen, dass in ihr unter Umständen auch eine Quelle von Störungsbildern liegt, welche sich im Verlauf dieser Arbeit verdeutlichen wird.

Die Komplexität der inneren Prozesse bestätigt auch die Aussage von Peter Passett in der Einleitung zu dem Buch „Bewegungsstudien“, in der er betont, dass jede körperliche Bewegung auch eine psychische Beteiligung mit einfließen lässt und umgekehrt jede psychische Bewegung, auch einen körperlichen Ausdruck mit sich bringt. (vgl. Passett, 1998, 7)

Sehr vereinfacht lässt sich die Bewegung in zwei Arten unterteilen. Erstens in die „eigene“ und zweitens in die „trainierte“. Die letztgenannte bezieht sich auf Bewegungstechniken, die in den unterschiedlichen sportlichen Disziplinen vermittelt und trainiert werden. Die eigene Bewegung, welche die alltägliche wiederholte Aktivität meint, ist dabei Grenzen unterworfen. Denn der Mensch neigt dazu in dieser vereinheitlichenden Form, des Ausdrucks den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen und mögliche schmerzhaft Erfahrungen zu vermeiden. (vgl. Mahr, 1998, 19-25)

Die Grundformen der Bewegung nach Redel sind: *„die Gebärde, die Fortbewegung, die Erhebung, die Drehung, die Haltung, die Gestik und die Mimik“* (Rebel, 1999, 104)

In 5 Regionen des Körpers sind diese Bewegungsformen durchzuführen: Kopf, Hals, Schultergürtel, Brustkorb, Becken und Extremitäten. (ebd.)

Die Motologie, welche die Lehre von der menschlichen Motorik und deren Anwendung in Erziehung und Therapie beschreibt, hat folgendes Verständnis: *„In der Bewegung vereinen sich motorische, sensorische, neuro-physiologische, kognitive und emotionale Prozesse.“* (Fischer, 2001,129)

In der aktuellen Sportwissenschaft spielt der Begriff Bewegung eine eher untergeordnete Rolle im Vergleich zum zeitgemäßen Ausdruck des Sports.

Sport beschreibt eine funktionell gebundene Bewegung. Eine naturwissenschaftlich-mechanistische Betrachtung beschreibt Bewegung als Ortsveränderung in Raum und Zeit. So gibt es ebenso Auffassungen, die Bewegung als ein individuelles Leibphänomen, oder aus therapeutischer Sicht als sinngebendes,

bedeutungsvolles und Situationsbezogenes Element beschreiben. (vgl. Hölter, 1993,14) In der Annahme, dass Bewegung Leben ist und es ebenso eine Voraussetzung für Lebendigkeit ist, sind mehrere Autoren einer Meinung. (Gentzsch, 2004, 54; Hartmann, 2002, 3) Weinberg erläutert diesen Zustand, indem er schreibt, dass Sport als „Lebensmittel“ zu bezeichnen ist. (vgl. Weinberg, 2001, 292 zit. n. Gentzsch, 2004, 54) Sport ist demnach als ein essentielles Element zu betrachten, was symbolisch als Nahrung für den Menschen gelten kann.

Nach dem Zusammentragen einzelner Aussagen über die Bewegung und den Sport, ist deutlich geworden, dass der Begriff der Bewegung keineswegs statisch, sondern äußerst flexibel verwandt wird. Es gibt unendlich viele Formen und ebenso zahlreiche Gründe, Motive und Ziele, sich zu bewegen. Es gibt Bewegung im Leistungssport, in der Freizeit, zur Entspannung oder im Alltag als funktionellen Prozess. Ebenso gibt es Bewegung im Rahmen einer Therapie als Ausdruck der Seele oder als schlichtes Naturerlebnis.

1.3 Die Funktionen der Bewegung

Günther Rebel hat in seinem Buch über Bewegungspädagogik eine überschaubare Auflistung der Funktionen von Bewegung benannt. Diese soll als zusammenfassende Darstellung dienen:

- *personale Funktion – körperliche Fähigkeiten entwickeln*
- *impressive Funktion – wechselnde Gefühle durch Körperspannung erleben*
- *expressive Funktion – sich durch Bewegung ausdrücken*
- *explorative Funktion – die Bewegungsanpassung an die Umwelt*
- *soziale Funktion – Kommunikation und Interaktion*
- *komparative Funktion – Bewegungsvergleich mit anderen*
- *adaptive Funktion – das Aushalten von Körperbelastungen (Rebel, 1999,103)*

Interessant sind ebenfalls seine Deutungsversuche der Bewegungen. Er interpretiert die Bewegung zum Körper hin als Handlung, welche zum Schutz, als

Hygiene und zu Selbstintimitäten dient. Außerdem bewertet er die Bewegung weg vom Körper insbesondere als eine Abwehrreaktion. (vgl. ebd. 104)

Es ist zusammenzufassen, dass Bewegung mannigfaltige Funktionen hat. Aus der Geschichte der Bewegung heraus ließ sich die Bedürftigkeit des Menschen nach Bewegung manifestieren. An dieser Stelle ist dem zuzufügen, dass die genannten Funktionsbereiche diesen Sachverhalt nicht nur bestätigen und ergänzen, sondern auch mit Leben füllen. Jede Bewegung hat eine Funktion, man könnte auch sagen einen Sinn. Inwiefern sie jedoch eine sogenannte heilende Wirkung hat, wird im nachfolgenden Abschnitt behandelt. Dieser Abschnitt über die Funktion der Bewegung soll mit einem alten chinesischen Sprichwort enden: *„Ich höre und ich vergesse. Ich sehe und erinnere mich. Ich tue und ich verstehe.“* (Rebel, 1999, 26)

1.4 Die Wirkungsmöglichkeiten der Bewegung

Über die Wirkung von Bewegung ist viel geschrieben worden. Besonders in den letzten Jahren sind zahlreiche Studien über die positiven Effekte von regelmäßiger körperlicher Aktivität durchgeführt und ausgewertet worden. Um diese Ausführungen möglichst überschaubar zu halten, werden an dieser Stelle die Wirkungen auf die Psyche und die Wirkungen auf die somatische Befindlichkeit systematisch getrennt, trotzdem in den oberen Ausführungen deutlich geworden ist, dass Körper und Psyche in gegenseitiger Abhängigkeit und Beeinflussung zueinander stehen.

Wie schon in dem chinesischen Sprichwort angedeutet, hat es den höchsten Behaltenswert, wenn Menschen durch Erleben lernen. Gehirnforscher haben dies anhand von Studien ermittelt. (vgl. Rebel, 1999, 26) Fest steht jedoch auch, dass jede Handlung eine individuelle Wirkung impliziert. So ist trotz der Tatsache, dass Bewegung, Musik oder eine ausgewogene Ernährungsform grundsätzlich positive Wirkungen haben können, zu beachten, dass jeder Mensch eine andere körperliche beziehungsweise psychische Beschaffenheit hat und demzufolge unterschiedlich auf Angebote reagiert. Das heißt, ungeachtet aller empirischer

Daten, die zusammengetragen werden, ist das Prinzip der individuellen Behandlung erstrangig zu berücksichtigen. Dies bestätigt auch Ommo Grupe, wenn er sagt, „*dass sich das einzelne Individuum in dieser Weise wohlbefindet, hat man dabei, weil Wohlbefinden individuell erlebt wird, nicht in der Hand.*“ (Grupe, 1994, 172)

1.4.1 Die Wirkung der Bewegung auf den Körper

Nachweislich sind die Abwehrkräfte von Sportlern ausgeprägter, als bei Nichtsportlern. Das hat zur Folge, dass zum Beispiel äußerliche Angriffe von Bakterien und Viren effektiver vom Körper abgewehrt werden können. (vgl. Hartmann, 2002, 5)

In der Zeitschrift „Bewegungstherapie und Gesundheitsport“ ist ein umfassender Überblick über Studienergebnisse zum Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität, Fitness und ausgewählten chronischen Erkrankungen oder Beschwerden dargestellt. Dabei ist eine Unterteilung der Ergebnisse vorgenommen worden, die es zulässt die Studien nach stichhaltigen und sicheren Beweisen und Ergebnissen auszuwählen. Für den folgenden Abschnitt gilt, dass nur Ergebnisse benannt werden, die auf fünf bis zehn Studien basieren.

Es ist herausgefunden worden, dass das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko eines Menschen grundsätzlich geringer ist, wenn sportliche Aktivitäten durchgeführt werden. Dies weist auf den ausgesprochen hohen Resilienzfaktor von körperlicher Bewegung hin. Diese protektive Komponente kann aufgeschlüsselt werden, wenn folgende Auflistung betrachtet wird. Sie umfasst eine Vielzahl von weit verbreiteten Krankheiten der heutigen Gesellschaft, die nachweislich durch Bewegung beeinflusst werden können: Koronarerterienerkrankungen, Hypertonie, Adipositas, Fettstoffwechselstörung, Dickdarmkrebs, Brustkrebs, nicht insulinabhängiger Diabetes sind Erkrankungen, die nachweislich durch Bewegung und Sport eingedämmt werden können. (vgl. Blair, 1996, 11-41; vgl. Pandolf, 2001, 345-641, zit.n. Woll u.a., 2004, 98) Außerdem liegt eine signifikante Verbesserung von Funktionseinschränkungen bei Rückenschmerzen und dem Mineralhaushalt von

Knochen vor. Letzteres macht es möglich, dass eine Osteoporose durch Bewegung vorgebeugt werden kann (vgl. Pfeifer, 2004, 68-69 zit.n.Woll u.a., 2004,100) Dies bestätigt der Internist Herbert Löllgen im Deutschen Ärzteblatt: *„Doch gerade bei Stoffwechselerkrankungen und Gelenkverschleiß sei Nichtstun „meist kontraindiziert“ und verschlechtere sogar die Lebensqualität.“* (Löllgen, zit.n. Blech, 2006, 136) Ebenso sind Gedächtnisschwund und Schlaganfälle weniger aufgetreten, wenn Personen sich regelmäßig bewegt haben. (vgl. Blech, 2006, 138)

Außerdem können Kraft-, Muskel- und Koordinationstraining gerade ältere Menschen davor schützen zu stürzen. 36% weniger Hüftfrakturen wurden bei Senioren dokumentiert, die zwei Stunden wöchentlich trainiert haben. (Fachblatt „Annals of International Medicine“, zit.n.Blech, 2006, 138)

Eine entscheidende Frage bei diesen Studien ist der „Dosis-Wirkungs-Zusammenhang“. Fest steht, dass ein geringes Maß an körperlicher Betätigung, das heißt schon ein Betätigungsausmaß, welches sich minimal von der Inaktivität abgrenzt, einen positiven Nutzen auf die Gesundheit eines jeden Menschen hat. Je höher die Leistung der Aktivität anzusiedeln ist, desto viel versprechender werden die Ergebnisse. Ein Beispiel hierfür bietet die Tatsache, dass das Risiko einer Herzerkrankung um 15% sinkt, wenn wöchentlich eine Stunde Sport getrieben wird. Dieser Sachverhalt steht im Vergleich zu den nicht aktiven Personen. Erhöht sich der sportliche Aufwand auf zwei Stunden, sinkt das Risiko um 40%. Bei mehr als zwei Stunden liegt man bei einem Satz von 61%. Erstaunlich ist, dass schon eine moderate Tätigkeit wie zum Beispiel schnelles Spaziergehen eine wesentliche Schutzwirkung bezüglich koronarer Erkrankungen hat. (vgl. Woll u.a., 2004,101)

Im April 2005 gab es neue Erkenntnisse darüber, wie die körperliche Aktivität nicht nur prophylaktisch tätig ist, sondern auch aktiv, nämlich auf molekularer Ebene. Durch Bewegung wachsen neue Zellen heran, die sich effektiv gegen Krankheiten einsetzen. Man könnte somit von einer körpereigenen Stammzelltherapie sprechen, die auch bei Krebspatienten zu verbesserten Ergebnissen geführt hat. (vgl. Blech, 2006, 145)

Die aufgeführten Studien belegen die enorme Wirkungskraft von Bewegung bezüglich des konstitutionellen Zustands des menschlichen Körpers. Sie geben eindeutige Hinweise darauf, welche Vorteile eine regelmäßige Bewegung für den Körper hat.

1.4.2 Die Wirkung der Bewegung auf die Psyche

Der besondere Ansatz der Befindensforschung von Brehm fasst die Wirkung der sportlichen Aktivitäten zusammen: *„Danach gibt es Parameter des aktuellen (kurzfristigen) und habituellen (zur Persönlichkeit gehörenden) Befindens in positiver (Stimmung, Grundgestimmtheit) und negativer (Angst, Depression, Stresswahrnehmung) Ausprägung.“* (Woll u.a., 2004,102) Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass sowohl von einer Reduzierung von Spannungs- und Angstzuständen, Ärgererleben, Depression, Müdigkeit und Verwirrtheit als auch von einem Anstieg der Vitalität gesichert ausgegangen wird. (vgl. ebd.)

In einem Zeitungsartikel aus dem „Spiegel“ wird ebenfalls von der immer stärker beeindruckenden Möglichkeit, durch Bewegung Krankheiten vorzubeugen, aber auch Gesundheit wieder zu erlangen, ausführlich berichtet. Wer dreimal wöchentlich für eine halbe Stunde trainiert, kann gemäß einer Vergleichsstudie aus den USA auf Stimmungsaufheller in Tablettenform verzichten, da die Wirkung der Bewegung eine mindestens gleich starke ist. (vgl. Blech, 2006, 145)

Die Wirkung des Sports ist mit anderen psychotherapeutischen Therapien vergleichbar, sagt Servan-Schreiber, selber Psychiater. In seinem Buch „Die Neue Medizin der Emotionen“ stellt er mehrere Ansätze vor, die psychische Erkrankungen ohne Medikamente vergleichbar gut, oft sogar langfristig gesehen besser, behandeln. Auch die körperliche Bewegung wird als Methode aufgeführt. Sie hat einen Einfluss auf unser emotionales Gehirn und kann uns somit zu einem ausgeglichenem Leben verhelfen. Servan-Schreiber bestätigt, dass Angstzustände und Depressionen gute Chancen haben durch eine regelmäßige Bewegung bewältigt zu werden. Bewegung hat außerdem einen schützenden

Charakter in schwierigen Lebensphasen. Dies hat Dr. LaPerriere herausgefunden. Laut dieser Untersuchung haben die so genannten „Killerzellen“ des Körpers bei den Teilnehmern der Studie stark abgenommen, als sie einer schwierigen Lebenssituation ausgesetzt wurden. Bei den Teilnehmern, die regelmäßig trainierten, war dies nicht der Fall. [Killerzellen schützen den menschlichen Organismus gegen Infekte und Krebszellen] (vgl. Servan-Schreiber, 2003, 182 f)

Das klassische Bild einer Depression ist in der Regel mit pessimistischen, düsteren Gedanken verbunden. Ein Ausdauertraining kann helfen diese wiederkehrenden Gedankenmuster zu unterbrechen. Aaron Beck, der Begründer der kognitiven Therapie, hat in den 60er Jahren bekannt gemacht, dass die Aufrechterhaltung dieser kreisenden Gedanken stark zur Aufrechterhaltung der Depression beiträgt. Ein Merkmal von Ausdauertraining ist jedoch gerade, zumindest zeitweilig, den ständigen Fluss düsterer Gedanken aufzuhalten. Sollten die Gedanken doch spontan während des Trainings auftauchen, hilft es, sich auf die Atmung, den Kontakt zum Boden und eine aufrechte Haltung zu konzentrieren. (vgl. Servan-Schreiber, 2003, 186)

Sportpsychologische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass während und nach einer sportlichen Aktivität die Stimmung steigt und das subjektive Wohlbefinden zunimmt. (vgl. Norden, 1994, 74) Außerdem lässt sich ein positiveres Selbstkonzept insbesondere bezüglich des eigenen Körpers bei Sportlern feststellen. Jenes beinhaltet nahezu stabile positive Kognitionen über die eigene Person. (vgl. Spiel, 1994,150) Das verbesserte Selbstbild ist auch von der Wahrnehmungssteigerung des eigenen Körpers und den daraus entstehenden Signalen abzuleiten. (vgl. Hollandsworth 1979 zit.n.Knobloch u.a., 1993, 46) Doch auch die Wahrnehmung der eigenen sportlichen Leistung verdeutlicht dem Individuum seine vorhandene Selbstwirksamkeit und weckt zunehmend das Gefühl der Selbstbestätigung. Außerdem fördert es Fähigkeiten, die der Stressbewältigung dienen. (vgl. Knobloch u.a., 1993, 47)

Erklärungsansätze für die Wirkungsmöglichkeiten der Bewegung auf die Psyche:

Endorphine, die zu der Gruppe von Hormonen mit einer opiatähnlichen Wirkung gehören, werden bei einem erhöhten Belastungsniveau in das Zentrale Nervensystem und in die periphere Blutlaufbahn ausgeschüttet und sorgen für Emotionen, die die Stimmung verbessern. Diese zudem schmerzlindernde Wirkung tritt jedoch erst zum Ende einer Ausdaueraktivität auf. Jener Prozess scheint, zumindest durch die Ausschüttung in das periphere Blut, für die Wirkung von Bewegungsangeboten bei einem eher niedrigen Leistungsniveaus, nicht relevant zu sein. Allerdings sind keine Untersuchungen bezüglich des Zentralen Nervensystems vorliegend und die Möglichkeit besteht, dass die Endorphine auf diese Weise innerhalb kürzerer Zeit, also auch bei kurzen Bewegungseinheiten, eine Wirkung zeigen.

Mehrere Untersuchungen bestätigen, dass eine Ausdauerbelastung gleichermaßen zu einer erhöhten Produktion von Noradrenalin, Serotonin und Dopamin führt. Der Mangel an diesen Botenstoffen ist zum Beispiel dafür verantwortlich, dass depressive Menschen starke Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit verspüren. Studien deuten darauf hin, dass diese Substanzen vermehrt im Körper produziert werden, wenn schon ein geringes Maß an körperlicher Aktivität ausgeführt wird. Somit liefert dieser biochemische innere Vorgang im menschlichen Körper eine plausible Erklärung für den Anstieg der Stimmung aufgrund von Bewegung.

Ein dritter Erklärungsansatz für die psychische Wirkung von Bewegung bezieht sich auf das kardiovaskuläre und muskuläre System des menschlichen Organismus. So gibt es Hinweise darauf, dass eine Steigerung der kardiovaskulären Funktion zu einem erhöhten Wohlgefühl und einer besseren Stressbewältigung führt. Endgültige Beweise für diese Thesen stehen noch aus. Sofern man aber von der Wirkung ausgeht, ist diese mit der Wirkung von Psychopharmaka gleichzusetzen, wobei negative Nebenwirkungen eindeutig ausbleiben. (vgl. Knobloch u.a., 1993, 45 f)

Servan-Schreiber erklärt, dass durch die regelmäßige Ausschüttung von Endorphinen scheinbar die verantwortlichen Rezeptoren zunehmend empfänglicher dafür werden und der Mensch so eine größere Kapazität an glücklichen Momenten entwickelt. Außerdem beschreibt er in seinem Buch, dass Sportler einen stärkeren Parasympathikus entwickeln. Dieser Nervenstrang, der als Gegenspieler zu dem Sympathikus fungiert, hat eine ausgleichende und beruhigende Wirkung und beugt Angst- und Paniksymptome vor.

(vgl. Servan-Schreiber, 2003, 191 f)

Nachdem sowohl die psychischen, als auch körperlichen Wirkungsmöglichkeiten von Bewegung und Sport aufgeführt wurden und teilweise auch erklärt werden konnten, soll noch ein weiteres Wirkungsfeld beleuchtet werden. Wie oben schon erwähnt, haben Bewegungsangebote auch einen hohen Stellenwert im Sozialraum eines Individuums. (vgl. 1.1)

1.4.3 Die Wirkung der Bewegung auf die psychosoziale Befindlichkeit

„Bewegung und Sport zählen zu den wichtigsten Stabilisierungs- und Therapieformen psychosozialer Befindlichkeit.“ (Mitterbauer, 1994, 91) Um diese hohe Unterstützungsleistung durch Bewegungsangebote zu erzielen, müssen laut Mitterbauer jedoch folgende ausgewählte Elemente in der Einheit vorhanden sein: Anstrengung, Leistung, Sozialkontakt und Entspannung. Unter diesen Bedingungen kann Sport tatsächlich als Lebenshilfe fungieren. Des Weiteren ist eine Verbesserung der Alltagsbewältigung festzustellen, wenn eine motorische Leistungsfähigkeit vorliegt. Diese Tatsache führt verständlicher Weise auch zu einer Erhöhung des subjektiven Wohlbefindens und motiviert auch in anderen Lebensbereichen zu einem erhöhten Engagement. (vgl. ebd. ff)

Wie schon im Abschnitt 1.1 erwähnt, existiert die These, dass Sport erst dadurch entstanden ist, dass der Mensch sich zuvor entfremdet und von der Natur abgewandt hat und durch die Einrichtung des gemeinschaftlichen Sports wieder soziale Kontakte zu einander initiieren wollte. Die psychosoziale Wirkungs-

möglichkeit ist natürlich von dem Setting der Bewegungseinheit abhängig. Wenn jedoch bestimmte Bedingungen wie zum Beispiel eine vertrauenswürdige, annehmende und positive Grundhaltung des Übungsleiters bedacht werden, kann Sport beziehungsweise Bewegung einen bedeutenden, positiven Einfluss auf die psychosoziale Befindlichkeit einnehmen. Natürlich existiert auch die Kehrseite dieser positiven Wirkungsmöglichkeiten. So wie die aktive zielgerichtete Bewegung einen konsequenten Schutzfaktor für die körperliche und psychische Gesundheit des Menschen darstellt, entstehen konkrete negative Konsequenzen, wenn ein Mensch die Bewegung aus seinem Leben ausklammert.

1.5 Mögliche Folgen des Bewegungsmangels

„Manifester Bewegungsmangel liegt dann vor, wenn die Muskulatur chronisch mit weniger als 30% ihrer Maximalkraft und das Herz-Kreislauf-System mit weniger als 50% seiner maximalen Leistungsfähigkeit beansprucht wird.“ (Hollmann u.a., 2000 zit.n. Woll u.a., 2004, 97)

Bei einer andauernden Unterbelastung der Körper- und Organsysteme resultieren Funktions- und Leistungseinbußen. Als Spätfolgen sind desgleichen Inaktivitätsatrophien zu konstatieren. Dies kann bedeuten, dass sich Schwund von Organen, Geweben und Zellen einstellt. (vgl. Woll u.a., 2004, 97)

Forscher haben kürzlich die Feststellung gemacht, dass der eingegrenzte Minimalgebrauch der Muskulatur ähnlich schädlich wie Zigarettenkonsum sein kann. Eine Vergleichsstudie kommt zu folgendem Befund: Körperlich inaktive Menschen haben eine um ein Drittel erhöhte Sterberate im Vergleich zu aktiven Menschen. (vgl. Blech, 2006, 139) Die Folgen von dem widernatürlichen Zustand der Bewegungslosigkeit sind vielseitig und sicherlich noch nicht vollständig erforscht. Eine weitere Konsequenz ist, dass sich die biochemischen Kreisläufe im Körper verlangsamen und es im Ablauf zu Komplikationen kommt. Bei dem Beispiel der Verdauung entsteht durch diese Veränderung ein längerer und somit intensiverer Kontakt mit krebsauslösenden Substanzen. Das Risiko an Darmkrebs zu erkranken ist bei bewegungsarmen Menschen um 50% höher, als bei aktiven.

Ein Evolutionsmediziner namens Booth stellt die These auf, dass aufgrund der Tatsache, dass unser Körper, der auf ein Mindestmaß an Bewegung eingestellt ist, degenerative Prozesse einleitet, wenn dieses archaische Bedürfnis nicht erfüllt wird. Der Körper zerfällt somit schrittweise, wenn er nicht täglich ungefähr ein 30 Minuten langes Pensum an moderater Tätigkeit wie Walken oder Schwimmen durchführt.

Ein sehr beeindruckendes Beispiel gibt uns dafür die Weltraumforschung. Fünf junge Männer wurden zu Forschungszwecken 21 Tage ins Bett gelegt, ohne sich während dieser Zeit bewegen zu dürfen. Nach diesem Zeitraum war bei den Probanden das Vermögen Sauerstoff aufzunehmen um 28% verringert und das Schlagvolumen des Herzens um 25%. Weiterhin war der Pumpmuskel um 11% geschrumpft.“ (vgl. ebd.)

Deutlich wird also, dass der Körper Bewegung benötigt, um seine funktionellen Aufgaben in optimaler Weise aufrechterhalten zu können. Rosenberg hat gesagt: „*Wir altern nicht chronologisch, sondern biologisch*“ (Rosenberg, zit. n. Blech, 2006, 13). Dieses Zitat macht deutlich, dass an jedes Individuum, egal ob gesund oder krank, der Auftrag ergeht, ein gewisses Maß an Aktivität zum Wohle seiner eigenen körperlichen Beschaffenheit, durchzuführen. So ist es dem Menschen möglich, nicht von Jahr zu Jahr, also gebunden an die Zeit, kontinuierlich körperlich abzubauen, sondern eigenständig und selbstwirksam etwas für seine Gesundheit zu tun. Dabei geht es nicht um die Diskussion, dem Alter grundsätzlich den Rücken zu kehren, sondern das Potenzial eines jeden Menschen auszuschöpfen, um das Leben unabhängig vom Alter möglichst lange aktiv und gesund gestalten zu können.

In den nächsten Kapiteln soll beschrieben werden, welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen bewegungsbezogene Angebote in der therapeutischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen haben. Um die Thematik einzugrenzen, wird die Arbeit mit schizophrenen Menschen fokussiert. Vorerst soll der Begriff der Schizophrenie beziehungsweise Psychose behandelt werden.

2. Der Begriff der Psychose

„Wir irren allesamt, doch irret jeder anders.“

Goethe

So wie es den Begriff Somatose, zu verstehen als körperliche Erkrankung, und die Bezeichnung Neurose als sogenannte Nervenkrankheit gibt, umschreibt der Begriff der Psychose den Zustand einer erkrankten Seele. (vgl. Hutterer-Krisch, 1994, 3) Diese weit umfassende Erklärung für den Begriff der Psychose lässt darauf schließen, dass zahlreiche Variationen und Ausdrucksformen dieser Krankheit existieren. Psychose ist als Oberbegriff zu verstehen. So gibt es affektive, schizophrene und schizoaffektive Psychosen. Bei den affektiven Psychosen stehen die Emotionen im Zentrum der Erkrankung. Merkmale wie Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit und massive Selbstzweifel weisen auf eine depressive Störung hin. Das andere Extrem mündet in einer Manie, wenn starke Gefühle der Euphorie und des Getriebenseins letztendlich in selbstüberschätzendem Verhalten enden. Wenn beide Phasen erlebt werden, spricht man von einer bipolaren Störung. (vgl. Möller u.a., 2001, 73)

Die dritte Kategorie beinhaltet die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese werden insbesondere dadurch auffällig, dass sich das Denken, Wahrnehmen und Handeln insofern verändert, als das es zunehmend den Realitätsbezug verliert und im buchstäblichen Sinne verrückt erscheint. (vgl. ebd. 134) Zu betonen ist, dass trotz der kategorischen Erklärung, jede Psychose, abhängig von der Person, seiner Lebensgeschichte und den gegenwärtigen Umständen, anders ist. Außerdem ist das psychotische Verhalten keinesfalls unmenschlich. Der Diplompsychologe Thomas Bock, der die Sozialpsychiatrische Ambulanz im Universitätskrankenhaus in Eppendorf leitet, sagt: *„Wer psychotisch wird, ist also kein «Wesen vom anderen Stern»,...“* (Bock, 2003, 22) Es ist das Ausmaß und demzufolge auch das damit verbundene Leiden, was die Psychose zu einer pathologischen Störung macht.

2.1 Die Schizophrene Psychose

Die Historie der Schizophrenie geht über ein Jahrhundert zurück. 1898 prägte Emil Kraepelin den Begriff „dementia praecox“ [vorzeitige Verblödung] und konzentrierte sich bei diesem Namen auf die Persönlichkeitsveränderung der betroffenen Menschen. Der Schweizer Psychiater und Psychologe Bleuler gab dieser Krankheit dann 1911 schließlich den Namen Schizophrenie, womit er auf die charakteristische Bewusstseinspaltung aufmerksam machte. (vgl. Möller u.a., 2001, 134)

Basierend auf diesen wesentlichen Beiträgen zum Verständnis und dem Begriff der Schizophrenie, wurden Klassifizierungssysteme im ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und im DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zusammengestellt. Diese sollen dazu beitragen das Verstehen einer Schizophrenie international zu vereinheitlichen und zu vereinfachen.

Die epidemiologischen Daten zeigen auf, welche Relevanz die Krankheit für die Gesellschaft hat. „Die Prävalenz der Schizophrenie liegt bei 0,5 – 1%.“ (ebd.) Das bedeutet, dass auf 100 Personen bis zu eine innerhalb ihres Lebens an einer Schizophrenie erkrankt. Diese Daten sind dabei unabhängig von soziokulturellen Merkmalen. Überdies erkranken Männer genauso häufig wie Frauen. Allerdings liegt das Prädilektionsalter bei Männern durchschnittlich 5 Jahre vor dem der Frauen, das heißt bei 21 Jahren. (vgl. ebd.)

2.1.1 Die Ätiopathogenese

Die Ätiopathogenese hat im Laufe der letzten Jahre deutlich gezeigt, dass sowohl genetische, als auch psychosoziale Faktoren nicht als ausschließliche Ursache betrachtet werden dürfen. Neuzeitliche Untersuchungen bestätigen, dass eindeutige, verursachende Elemente dieser Krankheit nur vereinzelt identifiziert werden können. In den anderen Fällen ist höchstens von Hinweisen oder

vorläufigen Annahmen zu sprechen. Fest steht, dass eine genetisch bedingte Vulnerabilität bei den erkrankten Personen besteht. Zwillings- und Adoptivstudien haben dies belegt. Je höher der Verwandtschaftsgrad ist, desto größer ist das Risiko ebenfalls zu erkranken. Wenn beide Elternteile betroffen sind, so steigt das Risiko um bis zu 40% für das gemeinsame Kind, ebenfalls schizophren zu werden. Man spricht von einer polygenen Erbanlage, die bei den Schizophrenieerkrankten vorliegt und durch verschiedene, noch nicht genau erfasste Dispositionen, eine Quelle der Ursachen sein kann. Perinatale Schädigungen, strukturelle Abnormalitäten des zentralen Nervensystems, zum Beispiel die Vergrößerung der Ventrikel und Hypofrontalität, sind Stichwörter die fallen, wenn man von möglichen genetischen Ursachen spricht. (vgl. Möller u.a., 2001, 135 ff)

Die Biochemie ist inzwischen zu dem Ergebnis gekommen, dass scheinbar mehrere Neurotransmittersysteme, insbesondere Glutamat, Dopamin und Serotonin an dem Entstehungsprozess der Schizophrenie beteiligt sind. (vgl. Braus, 2005, 33)

Neben den genetischen und biologischen Erklärungsansätzen hat auch der psychosoziale Faktor seine Relevanz in der Ursachenforschung. Die größere Bedeutung hat er allerdings für den Verlauf der Krankheit. Einige Studien innerhalb der „Life-event-Forschung“ weisen darauf hin, dass vor dem Ausbruch einer akuten schizophrenen Psychose eine erhöhte Lebensbelastung statt gefunden hat. Diese Belastung kann für jeden Menschen anders aussehen. Schulische oder berufliche Herausforderungen wie Prüfungen, Beziehungsprobleme oder Todesfälle in der Familie sind Ereignisse, die einen entsprechend belastenden Charakter haben und einen sensiblen Menschen aus seinem Gleichgewicht bringen können. Bezogen auf das Umfeld der an Schizophrenie erkrankten Personen, kamen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass es für die Betroffenen scheinbar ein erhöhtes Rückfallrisiko bedeutet, wenn sie in „High-expressed-emotions“ Familien leben. Die Besonderheiten in solchen Familienkonstellationen belaufen sich auf eine übermäßig protektive Art, verbunden mit massiver, negativer Kritik, was zu komplizierten Beziehungsmustern führen kann. Abzuleiten aus diesen verschiedenen Forschungsansätzen ist die These, dass

sowohl eine psychosoziale Über- als auch Unterstimulation einen krankheitsfördernden Wesenskern haben, der möglichst auch prophylaktisch gesehen vermieden werden soll. (vgl. Möller u.a., 2001, 139)

Ein sehr anschauliches und klares Zusammenfassen dieser verschiedenen Ansätze schafft das Vulnerabilitätsmodell von Zubin/Spring, welches im Jahre 1994 von Luc Ciompi modifiziert wurde. Die Ausgangslage für dieses Modell bieten somatische, genetische und psychosoziale Einflüsse. Diese komplexen Einflüsse münden in einem vulnerablen Zustand, der sich durch konfliktbehaftete, anfällige Bezugssysteme, eine Ich-schwache Persönlichkeit und Störungen in der Informationsverarbeitung auszeichnet. Bei zu hohem Stress, kommt es dann schließlich zu einer Dekompensation – dem Beginn der Krankheit. (vgl. Gentzsch, 2004, 30)

Zu guter Letzt folgt eine Erwähnung des psychodynamischen Erklärungsmodells, welches oft im Angesicht der scheinbar manifestierten biologischen Wurzeln dieser Störung vernachlässigt wird und eher bei den neurotischen Erkrankungen zum Zuge kommt. Dieses Modell basiert auf der Psychoanalyse, welche nicht wie die traditionelle Psychiatrie rein destriktiv vorgeht, sondern insbesondere intrapsychische Vorgänge des Menschen als wesentliches Instrument zur Aufklärung von Störungen verwendet. Die Psychodynamik hat die These, dass die organischen Defekte bei psychotischen Menschen aufgrund von inneren Spannungen, Ängsten und Unsicherheiten zu Verhaltensweisen der Neu Anpassung und der Abwehr führen, um eine Art Kompensation zu bewerkstelligen. Dieses symptomatische Verhalten stellt sich letztendlich für den neutralen Beobachter als die so genannte produktive Positivsymptomatik dar. Der unerträgliche innere Konflikt wird somit externalisiert. (vgl. Mentzos, 2002, 23)

Es ist zusammenzufassen, dass es sich bei den Ursachen einer schizophrenen Psychose, um eine multifaktorielle Entstehung handelt. Ein eingegrenzter Blick wird dieser komplexen Störung und dem Menschen der dahinter steht nicht gerecht.

2.1.2 Verlauf und Prognose

Trotz der Aussage, dass es so viele Verläufe wie schizophren erkrankte Menschen gibt, lässt sich eine gewisse Gesetzmäßigkeit in den Anfängen der Verläufe, die zumindest als Warnsignal aufgefasst werden kann, beobachten. Symptome wie Angstgefühle, kognitive Defizite oder Schlafstörungen sind zwar nicht spezifisch für die Schizophrenie, scheinen aber, so haben Studien gezeigt, zumindest in einer höheren Anzahl vorhanden zu sein, wenn es im Verlauf um eine Erkrankung an Schizophrenie geht, als wenn es sich um andere Erkrankungen handelt. Neben derartig unspezifischen Vorzeichen der Krankheit, lassen sich prodromale psychoseähnliche Erscheinungen manifestieren, die auf ein höheres Erkrankungsrisiko schließen lassen. Wie schon oben erwähnt sind Vorbelastungen in der Familie ein Hinweis auf ein erhöhtes Risiko. Es kann zu einer abgeschwächten psychotischen Symptomatik kommen, die sich zum Beispiel in mystischen Überzeugungen und Beziehungsideen zeigt. Am auffälligsten sind kurzzeitige, spontan auftretende aber auch wieder spontan verschwindene psychotische Verhaltensweisen. (vgl. Braus, 2005, 4) Diese Auffälligkeiten sollten stets ernst genommen werden. Es gibt vielfache Hinweise darauf, dass noch zu oft erst mehrere Jahre nach dem Ausbruch der Krankheit vergehen, bis es zu einer adäquaten Behandlung kommt. Der Zeitraum, in der die Psychose unbehandelt ist, enthält einen entscheidenden Faktor für die Prognose. Je weniger Zeit vergeht bis es zu einer Behandlung kommt, desto günstiger fällt die Prognose für die psychotische Erkrankung aus. (vgl. Crow et al.1986; Loebel et al.1992; McGorry et al. 1996; Wyatt u. Henter 1998 zit.n. Häfner, 2004, 3)

Der Verlauf der Schizophrenie kann in Schüben mit Residualzuständen oder Phasen mit einer völligen Remission von statten gehen. (vgl. Möller u.a., 2001,157) Fest steht, dass der Krankheitsverlauf wie ein offener Lebenslauf zu betrachten ist, der sich je nach Person und sozialer Situation anders gestaltet. Die Prognose gestaltet sich ebenfalls different. Man kann den Ausgang in drei Kategorien unterteilen. Ein Drittel erfährt eine völlige Remission, das zweite Drittel lebt mit einer abgeschwächten Symptomatik und das letzte Drittel bleibt schwer krank. (vgl. Scharfetter 1999;Ciompi 1994 zit. n. Gentsch, 2004, 25)

2.1.3 Die Querschnittssymptomatik

Wie schon oben erwähnt, haben Psychosen viele Erscheinungsformen. Dabei entsteht ein außergewöhnlich heterogenes Bild. Bleuler hat das Konzept der Grundsymptome, die insbesondere Störungen des Affekts, der Denkleistung und des Ichs beschreiben und den akzessorischen Symptomen wie Wahn, Halluzinationen und katatone Symptome entwickelt. Schneider unterscheidet hingegen in Symptome 1. und 2. Ranges. Eine zunehmend bedeutendere Typologie lässt sich in der Unterscheidung zwischen Positiv- und Negativsymptomatik finden. (vgl. Möller u.a., 2001, 141)

Im 19. Jahrhundert gab es schon erste Ansätze, die Symptome der Schizophrenie in positive und negative zu unterteilen. Die amerikanische Psychiaterin Andreasen hat schließlich in den 1970er Jahren basierend auf empirischen Daten das Konzept der positiven und negativen Symptomatik entwickelt. Die Negativsymptomatik, auch unter dem Begriff der Minussymptomatik bekannt, beschreibt Symptome, die einen reduzierenden, beeinträchtigenden Charakter haben und die Personen somit stark in ihren sozialen Fähigkeiten und den allgemeinen Alltagsfunktionen einschränken. Hervorzuheben ist, dass die Negativsymptomatik tiefgreifender und meist lang anhaltender ist, als die Positivsymptomatik. Dadurch entstehen oftmals soziale Nachteile, die sich insbesondere in der Arbeitswelt, aber auch im normalen Alltagsleben in der Gesellschaft deutlich machen. (vgl. Marneros, 1997,1 ff)

Bekannt sind die negativen Symptome auch als die 6 A:

- Alogie (Sprachverarmung)
- Affektverflachung (Verarmung der Gefühle und des Ausdrucks)
- Apathie (Mangel an Antrieb und Energie)
- Anhedonie (Unfähigkeit, Freude und Vergnügen zu empfinden)
- Asozialität (aufgrund des sozialen Rückzugs verarmen die Fähigkeiten, sich sozial auseinanderzusetzen)
- Aufmerksamkeitsstörungen
(Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit)

Unter den positiven Symptomen sind unter anderem Wahnvorstellungen, akustische, optische oder den eigenen Körper betreffende Halluzinationen und Ich-Erlebnisstörungen wie Gedankenentzug oder Ausbreitung der Gedanken zu verstehen. (vgl. Möller u.a., 2001,143)

2.1.4 Die Subtypen

Die verschiedenartigen Subtypen der Schizophrenie verdeutlichen die Heterogenität dieser Störung. Die Inhalte des folgenden Abschnitts orientieren sich an der Klassifikation des ICD-10.

Der Paranoide Subtyp ist die häufigste Erscheinungsform der Schizophrenie. (vgl.Möller u.a., 2001,147) Die markantesten Wesenszüge dieser Störung sind Wahnvorstellungen und Halluzinationen, die häufig das gleiche Thema umkreisen.

Die Hebephrenie oder auch desorganisierte Schizophrenie ist einerseits auffällig durch ihre Affekt-, Denk- und Antriebstörungen und andererseits durch ihr im Vergleich frühes Prädilektionsalter, was zwischen 15-25 Jahren liegt. Die Affekte sind häufig verflacht. Typisch sind läppische Ausdrucksformen wie beispielsweise unangemessenes Lachen. Der Antrieb kann sowohl stark gemindert, als auch auffallend agitiert sein.

Der Katatone Subtyp kann ein sehr spektakuläres Erscheinungsbild haben, da psychomotorische Veränderungen im Mittelpunkt stehen. Dies bedeutet, dass Vorgänge zwischen einer Hyperkinese und einem Stupor möglich sind. Der Patient kann in Lebensgefahr geraten, wenn eine perniziöse Katatonie entsteht. Die Prognose dieses eher seltenen Subtyps ist im Vergleich zu anderen Formen der Schizophrenie günstig.

Der Undifferenzierte Subtyp unterscheidet sich insofern von den anderen, als das sich bei ihm paranoide, hebephrene und katatone Symptome abwechseln können.

Eine Postschizophrene Depression tritt im Zeitraum von 12 Monaten nach einer Schizophrenie auf. Vordergründig sind bei ihr die depressiven Anteile, wenngleich die schizophrenen auch noch existent sein können.

Ein Schizophrenes Residuum oder der residuale Typus lässt sich durch die Negativsymptomatik, die nach einer schizophrenen Episode vorhanden ist, am treffendsten beschreiben. Verlangsamungen im Antrieb, der Motorik, der Sprache sind beispielhafte markante Hinweise.

Bei der Schizophrenia Simplex sind keine Wahnvorstellungen oder Halluzinationen vorhanden. Negative Symptome verbunden mit Leistungsabfall und einer prozesshaften Persönlichkeitsveränderung entwickeln sich, ohne vorher eine positive Symptomatik erlebt zu haben. Das macht die Prognose auch oft so schwierig. (vgl. Braus, 2005, 10 ff)

2.2 Die Besonderheit der intrapsychischen Vorgänge bei psychotischen Menschen mit dem Schwerpunkt des Körpererlebens

Nach allgemein anerkannter Auffassung, beziehen sich schizophrene Verhaltens- und Erlebnisweisen sowohl auf den Körper als auch auf die Psyche eines Betroffenen. 1911 benannte Bleuler, der entscheidend an der Entstehung eines psychopathologischen Querschnittsbildes einer Schizophrenie beteiligt war, dass die Körperhalluzinationen ein Charakteristikum einer schizophrenen Persönlichkeit sind. (vgl. Röhrich, 1998 a, 11)

Aus psychoanalytischer Sicht ist die Objektbeziehung ein wesentliches Element des theoretischen Hintergrunds bezogen auf eine körperbezogene Psychopathologie eines schizophrenen Menschen. Die Entwicklung eines Individuums ist abhängig von der Fähigkeit, die eigene Präsenz zu erkennen und sie in Abgrenzung von einem Gegenüber zu erleben. Die Ich-Grenzen sind jedoch im Falle einer Schizophrenie instabil. Schizophrene Menschen fühlen sich deshalb häufig von außen bedroht, ungeschützt und sind deshalb in Angst, wenn das

Gegenüber zu nah kommt.

Der Psychiater Scharfetter hat folgende 5 Dimensionen des Ich-Bewusstseins als Modell entwickelt und damit zum Verständnis der Selbsterfahrung eines Menschen beigetragen:

- Ich-Vitalität (Lebendigkeit)
- Ich-Aktivität (Selbstbestimmung),
- Ich-Konsistenz (eine zusammenhängende Beschaffenheit),
- Ich-Demarkation (Abgrenzung der eigenen Person von äußerlichen Einflüssen),
- Ich-Identität. (vgl. Scharfetter, 1998, 33)

Treten in diesen Bereichen Störungen oder Irritationen auf, so erfolgen Veränderungen im körperlichen und psychischen Erleben des Betroffenen.

Die fünf Bereiche des Bewusstseins kehren sich sodann ins Negative. Wo es vorher um Vitalität ging, herrschen Ängste über das eigene oder das Absterben anderer. Es besteht keine Eigenmächtigkeit mehr bezogen auf Handlung, Denken und Fühlen. Externe Mächte kontrollieren und beeinflussen diese persönlichen Bereiche. Dabei kann es außerdem zu Auflösungen der körperlichen und gefühlsmäßigen Verbindungen und Zusammenhänge, die sonst zum Dasein eines Menschen dazu gehören, kommen. Unsicherheit und Schwäche führen zu einer mangelnden Abgrenzung gegenüber der Außenwelt. Der eigene Bereich geht dadurch verloren und verliert somit seinen strukturierenden Charakter. Die Identität verliert sich. Es kommt zu Depersonalisationserfahrungen, die zur Gruppe der Ich-Störungen gezählt werden. (vgl. Scharfetter, 1998, 32 f) Die Störungen einer schizophrenen Persönlichkeit reichen folglich bis in die tiefsten Schichten der Leiblichkeit hinein.

Röhrich und Priebe geben in ihrer Literaturübersichtsarbeit: „Körpererleben in der Schizophrenie“, eine umfassende Übersicht klinischer Symptome, die im Bereich des Körperlichen eines schizophrenen Menschen existent sein können.

**A. Störungen im neurophysiologischen Teilbereich
des Körpererlebens (Körperwahrnehmung)**

- Coenästhesien (abnorme Leibgefühle)
- Körper- / Leibhalluzinationen
- Störungen der Schmerzwahrnehmung (Hyp- oder Analgesien, Hyperalgesien) und anderer Sinnesmodalitäten
- Störungen der Körpergrößenwahrnehmung (Körperschemastörungen)

**B. Störungen im psychologisch-phänomenologischen Teilbereich
des Körpererlebens**

B.1. Den Körper betreffende Kognitionen / Denkstörungen

- Körperbildstörungen (abnorme Gedanken und Einstellungen zum Körper)
- körperbezogener Wahn

B.2. Den Körper betreffende emotional-affektive Störungen

- Störungen der Körper-Kathexis (mangelnde Zufriedenheit mit dem Körper, insuffiziente Körper-Besetzung)
- körperbezogene Ängste (z.B. Dymorphophobie), wahnhaftige Hypochondrie

C. Störungen im Erleben der leiblichen Integrität (Kognition und Wahrnehmung):

- somatopsychisches Depersonalisationssyndrom
- Autoskopie (Mehrfachsehen der eigenen Gestalt)
- Out-of-body-experiences
- Ich-Verdoppelung (leibhaftiges Insichhaben des anderen, der gedanklich und körperlich intern wahrgenommen wird)
- Syndrom der multiplen Persönlichkeit

D. Störungen im Ausdrucks- und Bewegungsverhalten

- autoaggressive Fehlhandlungen (Selbstverletzung und Selbstverstümmelung)
- psychomotorische Störungen:
 - motorische Unruhe, Lokomotion, tic-artige Bewegungsmuster
 - motorische Stereotypen und Automatismen
 - mimische und gestische Manierismen
 - katatone Symptomatik mit Parakinesen (Kataplexie, Flexibilitas cerea)
 - Autismus

Abbildung 1: Störungen des Körpererlebens in der Schizophrenie Strukturmodell (Röhricht, 1998, 13)

Diese differenzierte Arbeit ist auf vier Bereiche einzugrenzen: Störungen des Körperschemas (A), des Körperbildes (B), Ich-Störungen (C) und Störungen der

Psychomotorik (D). (vgl. Gentsch, 2004, 42) Das Konstrukt eines Körperschemas meint dabei die Perzeption des eigenen Körpers. Es geht auf die Frage ein wie genau ein Individuum seine eigenen Körpergrenzen spüren und wahrnehmen kann. Das Körperbild hingegen beschreibt die eigene Einstellung mitsamt den subjektiven Gefühlen und Gedanken über den eigenen Körper. (vgl. Röhrich, 1998 b, 91)

2.3 Therapiemöglichkeiten

„Inhalt und Ziel der psychiatrischen Therapie sind die Besserung, Heilung und Rückfallverhütung von psychischen Störungen. (Möller u.a.,2001, 465)

Anlehnend an die multifaktorielle Ätiopathogenese hat sich aus mehreren Therapieangeboten eine Zusammensetzung aus drei wesentlichen Säulen entwickelt. Diese therapeutischen Möglichkeiten müssen jedoch im Einzelfall entsprechend modifiziert und angepasst werden. Die erste Säule umfasst die stabilisierende pharmakologische Behandlung mit Substanzen, die die Regulation der zentralnervösen Funktionen beeinflusst und auf diese Weise psychische Prozesse verändern kann. Die Psychopharmakotherapie ist in der Behandlung von schizophrenen Menschen, insbesondere wegen ihrer antipsychotischen Wirkung, von großem Interesse. Neuroleptika beziehungsweise Antipsychotika können Positivsymptome wie Wahn und Halluzinationen eindämmen. Antidepressiva und sedierende Tranquilizer werden ebenfalls bei einer entsprechenden Indikation in der Therapie von Schizophrenien eingesetzt. (vgl. Möller u.a., 2001, 149 ff) Mentzos stellt die These auf, dass die pharmakologische Behandlung die Wahrnehmung der eigenen Ängste, Unruhen und Spannungen dämpft und es somit zu einer Beruhigung des Patienten auch in Form von reduzierten Symptomen kommt. (vgl. Mentzos, 2002, 24)

Die Medikamenteneinnahme ist insbesondere in der akuten Phase von großer Bedeutung. Allerdings ist sie mindestens für sechs weitere Monate anzustreben, um einen möglichen Rezidiv vorzubeugen. Dies gestaltet sich häufig aufgrund der mangelnden Compliance schwierig. Nachdem die akuten Zustände durch die

indizierte Medikation zunehmend in den Hintergrund treten, können weitere therapeutische Angebote angewandt werden.

Darunter fällt auch die psychotherapeutische Arbeit mit schizophrenen Menschen, die in erster Linie supportiv gehandhabt wird. Das psychotherapeutische Angebot hat bei dieser besonderen Klientel zum Ziel, den Betroffenen zu unterstützen und anhand von aufklärenden und tragenden Gesprächen über die Erkrankung einen alltagsbezogenen Umgang zu erlernen. Dabei ist besonders zu beachten, die Betroffenen keiner Unter- oder Überstimulation auszusetzen, sondern sie möglichst ausgleichend zu begleiten. (vgl. Möller u.a., 2001, 149 ff)

Als dritte Säule ist die Soziotherapie bekannt. Die großen Themen dieses Arbeitsfeldes sind vor allen Dingen die zwischenmenschlichen Beziehungen eines jeden Menschen und das Milieu in dem er sich im Laufe seiner Biographie aufgehalten hat. Die dritte Säule nimmt einen sehr wichtigen Stellenwert ein. Sie ist handlungsorientiert und geht den möglichen Hospitalisierungserscheinungen und den rückläufigen Alltagskompetenzen entgegen. Sie kümmert sich um den Ausgleich und das Neuerlernen dieser entsprechenden Fähigkeiten. (vgl. ebd. 539) Zudem wird dabei optimalerweise das Milieu der Betroffenen miteinbezogen. Das heißt, Angehörige und Freunde, insgesamt die vorhandenen Netzwerke werden möglichst auch durch psychoedukative Maßnahmen begleitet.

Besonders in dem Experteninterview mit S. Buschert wurde deutlich, wie hilfreich die Handlungsorientierung in der Behandlung von Schizophrenen ist. Funktionale Angebote haben ihrer Erfahrung nach eine oft stabilisierende und therapeutisch zweckmäßigere Wirkung als Methoden, die schwerpunktmäßig auf einer kognitiven Ebene stattfinden. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

Dass die Medikamente eine wesentliche Bedeutung in der Behandlung von schizophrenen Menschen spielen, bleibt unbestritten. Fest steht, dass die zwei letzten Säulen, sofern adäquat angewandt, keine negativen Nebenwirkungen haben, wie es leider häufig bei der Psychopharmakotherapie der Fall ist. In Anbetracht der Tatsache, dass die pharmakologische Behandlung starke

Nebenwirkungen in sich bergen kann, die sich auch deutlich im körperlichen Bereich zeigen, sind die Zusatztherapien nicht nur wichtig, sondern auch unabdingbar, da sie anderes erreichen können, als Medikamente. Außerdem setzen sie konkret in dem Leben des Patienten an und verfolgen das Ziel ihn wieder handlungsfähiger und selbstbestimmter werden zu lassen, was einen hohen rehabilitativen Wert für die erkrankten Menschen hat.

Die oben genannten Säulen sind die drei großen Pfeiler der therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten im psychiatrischen Arbeitsfeld. In ihnen sind weitere Ableger zu finden, die ebenfalls große Effekte zeigen können. Diese können im Einzelnen jedoch nicht alle benannt werden, da es den Rahmen dieser Arbeit weit sprengen würde.

Die Bewegungstherapie kann, je nachdem wie eingesetzt, psychotherapeutisch oder soziotherapeutisch wirksam sein. Warum diese Behandlungsform eine große Zweckmäßigkeit für schizophrene Menschen beinhaltet, soll in den nächsten Abschnitten und Kapiteln aufgezeigt werden.

2.4 Eine Auswahl von Indikationen für bewegungsbezogene Angebote bei schizophrenen Menschen

Es lassen sich viele plausible Argumente anführen, weshalb gerade bewegungsbezogene Angebote in der Schizophreniebehandlung indiziert sind. Sigmund Freud hat es in einem Satz gesagt: *„Das Ich ist vor allen Dingen ein körperliches [...]“* (Freud, Das Ich und das Es, 1923, GW 3., 294 zit.n. Hochgerner, 1994, 295)

Effekte der Bewegung, die bei einem jedem eine fördernde Wirkung auf die Psyche und auf den Körper zeigen, haben ebenso bei schizophrenen Menschen eine Gültigkeit. (vgl. Gentzsch, 2004, 41) Ebenfalls ein Psychiater, der sich eingehend mit der Thematik beschäftigt hat, nämlich Scharfetter, meint: *„[...] das ist eine wesentliche Anliegen dieser Psychopathologiebetrachtung, dass wir uns vergegenwärtigen, wie tief in die elementarsten Schichten des sich lebendig Fühlens, bis in das Leibliche hinein, der Schizophrene gestört ist. Und woher könnte ein stärkerer Impuls kommen als aus dieser Einsicht,*

als eben den Leib in die Therapie miteinzubeziehen.“ (Scharfetter, 1979,15)

Auf der anderen Seite stehen die hohen Zahlen der Betroffenen. Bis zu $\frac{3}{4}$ aller schizophrenen Psychosen sind von Leibgefühlstörungen wie leibliche Beeinflussungserlebnisse oder Coenästhesien betroffen. (vgl. Maurer-Groeli, 1998,139) Außerdem ist die Verbalisierungsfähigkeit bei Psychotikern häufig gestört. Bewegungsorientierte Angebote können somit ein Instrument zur besseren Verständigung zwischen Therapeut und Patient sein. Dies wird besonders relevant, berücksichtigt man die eher geringen Erfolge verbaler Psychotherapien mit schizophrenen Menschen. Die körperorientierte Therapie vermeidet zudem Frustrationserfahrungen, die aufgrund der hohen kognitiven Anforderungen gesprächslastiger Therapien entstehen können. (vgl. Maes, 1993, 19) Deimel spricht 1983 davon, dass ältere Untersuchungen die Folgen der Hospitalisierung bei Schizophrenen erkannten und dabei auch die starke Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit feststellten. (vgl. Deimel, 1983,105) Gerade bei chronischen Erkrankungen ist dies häufig der Fall. Gekoppelt mit der Negativsymptomatik kommt es besonders im Alltag vollstationärer, psychiatrischer Einrichtungen zu einer auffallenden Bewegungslosigkeit.

Drei Experten der Bewegungstherapie haben Stellung zu der Frage der Indikation von bewegungsbezogenen Angeboten bei schizophrenen Menschen genommen:

Susanne Gentsch betont dabei die physiologische Ebene. Sie spricht von der Möglichkeit für die Antriebsgeminderten eine Aktivierung zu erleben und erneut in eine Pulsation zu gelangen und somit zu erfahren, dass der Körper wieder seinen eigenen Schwung entwickelt. Weiterhin benennt sie die Patienten, die einen starken inneren Druck haben und sich sehr umtriebig verhalten. Für sie stellt das Bewegungsangebot eine Anknüpfstelle dar. Ein weiterer relevanter Grund ist die Kohärenz, die spürbar ist, wenn man sich in seiner Ganzheit erlebt. Gerade für den in sich gestörten schizophrenen Menschen sei dies eine wichtige Erfahrung. (vgl. Experteninterview mit S.Gentsch, 2006)

Jörg Trommer erwähnt seine Anfangszeit in der Psychiatrie, die vor zehn Jahren begann. Seinerzeit ging es schwerpunktmäßig darum, die Menschen aufgrund der starken Nebenwirkungen überhaupt wieder in Bewegung zu bringen und somit eine gewisse Kompensation der negativen Effekte von den starken Medikamenten zu bewirken. Aus dem heutigen Alltag heraus, benennt er immer noch die Notwendigkeit, aber auch das Bedürfnis, besonders bei Ersterkrankten, an Bewegungsprogrammen teilzunehmen. Ein Grund dafür ist die auffallende Gewichtszunahme, die aufgrund des steigenden Appetitgefühls, welches als Nebenwirkung der psychogenen Medikamente bekannt ist, häufig manifestiert wird. Trommer betont außerdem die Zweckmäßigkeit bewegungstherapeutischer Angebote, um die mangelnde Wahrnehmungsfähigkeit der schizophrenen Menschen zu trainieren. Durch die verbesserte Wahrnehmung, entsteht für den Patienten eine Möglichkeit zur Überprüfung seiner eigenen Realität. Außerdem ergibt sich im Gruppengeschehen auch die Möglichkeit sich in Abgrenzung von den anderen zu erleben. Dies behandelt laut Trommer den Grundkonflikt der Psychose. Dabei geht es um die Erlernung der Distanzregulation. Des Weiteren sieht Trommer vor allem in der akuten Phase eine Erleichterung des Einstiegs in den therapeutischen Prozess, wenn man sich der Bewegung bedienen kann oder auch andere kreative Therapien zu nutze macht. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Buschert nennt zu Beginn ihrer Ausführungen den scheinbar banalen, aber für sie absolut wesentlichen Grund der Indikation, nämlich den Patienten überhaupt den Raum zur Bewegung zu geben und die Wichtigkeit dessen mit einem speziellen Angebot zu betonen. Sie führt weiter aus, dass schizophrene Menschen häufig nicht aushalten können zu sitzen oder die Nähe eines anderen im Ruhezustand zu spüren. Außerdem mangelt es ihrer Meinung nach an der Fähigkeit sich vom Wort und von der Tat anderer abzugrenzen. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass wenn zum Beispiel Ängste von anderen benannt werden, diese sich sehr schnell auf den Betroffenen übertragen. Um das zu verhindern, kann die Bewegung ein nützliches Element sein, weil der Patient sich so auch von etwas entfernen kann und ihm nicht ausgesetzt bleiben muss. Buschert beschreibt die Patienten als häufig kognitiv überbelastet und dementsprechend wenig fähig, sich zu konzentrieren.

Demzufolge kann die Fokussierung auf den Körper eine enorme Entlastung darstellen. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

Zum Abschluss der Ausführungen von S. Buschert, bezogen auf die Frage der Indikation, geht sie speziell auf das junge Klientel ein:

„Was wir gerade bei den jungen Patienten gemerkt haben, was ein riesiges Anliegen von denen ist, ist eigentlich etwas Normales zu tun. Die haben ganz stark das Gefühl: sie sind die einzigen auf der Welt, die anders sind als alle anderen. Sie sind ihrer eigenen Realität und sich nicht mehr sicher. Sie wissen nicht: ist das jetzt psychotisch, was ich gerade denke und sehe oder ist das jetzt doch die Realität. Und ist mein Misstrauen begründet oder nicht. Die sind in solchen Zwischenräumen. Und die haben irrsinnig das Bedürfnis in der Gruppe etwas zu tun, was alle normalen Menschen tun. Also was sie quasi mit der Menschheit verbindet. [...] Und in dem Alter macht man eben so etwas wie Joggen oder vielleicht auch Tanzen oder vielleicht auch Liegestütz. Ganz egal. Aber dieses Gefühl: Ich mache etwas Normales und jemand macht mir ein ganz normales Angebot.“ (ebd.)

Nachdem im vorherigen Kapitel deutlich wurde, dass Bewegung ein Instrument sein kann, welches zum Stressabbau dient, kann es ebenso wie bei jedem anderen Menschen auch bei schizophrenen Menschen eine kompensatorische Leistung erbringen. Gemäß dem schon erwähnten Vulnerabilitätskonzept nach Ciompi, [...] *ist die zentrale Störung der Schizophrenie eine teils angeborene, teils erworbene erhöhte seelische Verletzbarkeit einer Person gegenüber Stress [...].* (Knobloch u.a., 1993 b, 140 ff) Sport und Bewegung kann im Vorfeld einer Krise als Schutzfaktor angesehen werden, der gerade bei besonders sensiblen Menschen eine bedeutsame Rolle spielt.

Eine weitere Indikation bietet die Theorie nach Libermann (1986), der spezifische Stressoren nennt, durch die die schizophrene Symptomatik bei vulnerablen Menschen entsteht. Darunter fällt auch, dass *„[...] die Fähigkeiten zu sozialem Problemlösen entweder nicht erworben wurden, oder aber wegen mangelnden Gebrauchs durch Rückzug bereits verkümmert sind, [...].“* Ebenso der nächste Faktor, nämlich dass *„[...] das Netz der sozialen Unterstützung eines Individuums geschwächt wird oder zusammenbricht [...].“* (Liberman u.a., 1986, 98 zit. n. Knobloch u.a., 1993 b, 141) bietet eine breite „Angriffsfläche“ für die Förderung der sozialen Fähigkeiten und des sozialen Netzes durch bewegungsbezogene Angebote in einem interaktionellen

Geschehen. Der psychosoziale Faktor kann einen enormen Schutz für schizophrene Menschen im Verlauf ihrer Krankheit darstellen. Durch Bewegungsangebote, bei denen das Tun in den Vordergrund tritt, treten unsichere und ängstliche Gedanken in den Hintergrund und machen es möglich sich unbelasteter auf soziale Kontakte einzulassen. Knobloch sagt, dass in so einem strukturiertem Rahmen Stress und Empfindsamkeit reduziert und soziale Fähigkeiten wieder erlernt werden können. (vgl. Knobloch u.a., 1993 b, 141)

3. Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen

Jedes tun hat seinen Sinn und somit eine immanente Bedeutung
(Richard Hammer)

3.1 Die Anfänge der Bewegungstherapie

Bereits in der Antike existierte die Erkenntnis, dass zwischen einem gesunden Geist und einem gesunden Körper ein Zusammenhang besteht. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden in psychiatrischen Kliniken in England bewusst regelmäßige sportliche Einheiten angeboten, um die Energie der Teilnehmer zu bündeln und zusätzlich den Schlaf zu verbessern. In den 50er bis 60er Jahren nahmen diese bewegungsbezogenen Einflüsse vorerst wieder ab und wurden durch die neuen Behandlungsmöglichkeiten der pharmakologischen Therapie abgelöst. (vgl. Mieke u.a., 2004, 213)

Ende der vierziger Jahre begann die Bewegungstherapie für schizophrene Menschen zunehmend publik zu werden. Auch wenn Deimel davon schreibt, dass es schon in den 20er und 30er Jahren die Erkenntnis gab, dass Sport und Gymnastik eine positive Wirkung auf psychotische Menschen haben (vgl. Deimel, 1983, 83), lag die Begründung für die späte Integration dieser Disziplin zum großen Teil in den damaligen aufkommenden Fortschritten der Psychopharmakotherapie, die möglich machten, die erkrankten Menschen stabiler

werden zu lassen und sie dementsprechend erfolgreicher behandeln zu können. (vgl. Gentsch, 2004, 7)

Gertrud Heller hatte Ende der vierziger Jahre das Bestreben, psychotischen Menschen durch Entspannungs- und Bewegungsübungen wieder zu einem vollständigeren Gefühl über die eigene Beschaffenheit und Identität zu verhelfen. Gisela Pankow ist zu verdanken, dass die theoretische Auseinandersetzung in Bezug auf Psychose und Bewegung in den folgenden Jahrzehnten weiter statt gefunden hat. (vgl. Hochgerner, 1994, 295 f)

Erst gegen Ende der 50er Jahre wurde in Deutschland aus diesen Erkenntnissen eine tatsächlich eigenständige Therapieform entwickelt. Vorher wurde sie als solches nicht anerkannt und überwiegend als ein Element der aktiven Therapien betrachtet (vgl. Deimel, 1983, 83) Trotz einer Studie, die Deimel zu dieser Zeit durchführte und welche belegte, dass Bewegungstherapie bei chronisch erkrankten Psychotikern, was die Verbesserung von Motorik, Emotionalität, Motivation und Sozialverhalten angeht, der Neuroleptika-Behandlung überlegen war (Miehe u.a., 2004, S.213), war in den 80er Jahren die Bewegungstherapie nur in geringer Anzahl in den Psychiatrien etabliert.

Deutlich wird, dass die positiven Wirkungsmöglichkeiten schon lange Zeit bekannt waren und teilweise auch schon genutzt wurden. Bis diese bewegungsbezogene Disziplin jedoch tatsächlich anerkannt und in die Therapiepläne von Kliniken integriert wurde, hat es Jahrzehnte gedauert. Die Fortschritte der Pharmakotherapie waren zeitweise so dominant, dass die bewegungstherapeutischen Ansätze vernachlässigt wurden. Letztendlich war und ist der Pharmakologie jedoch zuzuschreiben, dass sie zuvor ungeahnte Behandlungsmöglichkeiten bei schizophrenen Menschen eröffnet hat. Auch dieser komplexe Entstehungsprozess bestätigt die Sinnhaftigkeit der multifaktoriellen Behandlungsmethodik von schizophrenen Menschen.

3.2 Bewegungstherapie in der gegenwärtigen Zeit

Heutzutage ist das Bild zugunsten der Patienten verändert. Die bewegungstherapeutischen Angebote haben größtenteils einen festen Platz in psychiatrischen Kliniken, wenngleich auch *„noch nicht die Bedeutung, die ihnen im Rahmen einer integrativen Therapie zu kommen sollte.“* (Miehe u.a. , 2004, 213)

Welche Rolle diese Behandlungsform im Klinikalltag spielt, beschreiben die drei Experten, die alle schon seit sieben bis zehn Jahren in psychiatrischen Kliniken mit schizophrenen Menschen Bewegungstherapie anbieten, eingängig. Die Interviewfrage bezog sich auf den Stellenwert und die Bedeutung der Bewegungstherapie im Behandlungskonzept der Psychiatrie für schizophrene Menschen. Das Interesse war auch, zu erfragen, inwieweit die Bewegungstherapie alleine hilfreich sein kann, um Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, zu stabilisieren.

Gentzsch bezeichnet die Bewegungstherapie in der klinischen Arbeit in erster Linie als Ergänzung in der Behandlung von schizophrenen Menschen. Der Stellenwert sei jedoch auch vom jeweiligen Setting abhängig. Gentzsch berichtet weiter, dass sie in ihrer Arbeit das sogenannte „Gehen und Laufen“ anbietet. Dieses ist ein niedrighschwelliges Angebot, das regelmäßig am Morgen durchgeführt wird. Sie bekräftigt die Sinnhaftigkeit dieser einfachen Veranstaltung, die sie durchaus als grundlegend im Sinne einer Tagesstrukturierung bezeichnen würde. Gentzsch beschreibt diese Form der Bewegung praktisch als eine wichtige Voraussetzung, um sich selber zu ordnen und zu organisieren. Ebenso diene es der eigenen Zentrierung und helfe dabei zu sich zu kommen und das an festgelegten Momenten des Tages zu tun. (vgl.ebd)

J. Trommer arbeitet in einem Setting, in dem Kunsttherapie, Gesprächstherapie und die Bewegungstherapie im Rahmen der psychiatrischen Klinik zusammen arbeiten. Von daher betrachtet er die Bewegungstherapie entsprechend als ein Element in der Psychosenbehandlung. Bei Ersterkrankten hat er aber beobachtet, dass insbesondere die Bewegungstherapie als Einstieg für die Behandlung ein

effektives Instrument sein kann. Allerdings betont er im gleichen Zuge, dass man auf der Bewegungstherapie als Grundlagenbehandlung nicht stehen bleiben dürfe, sondern sie als effektiven Türöffner für weitere Behandlungsmöglichkeiten einsetzen sollte. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Zu Beginn der Antwort von Buschert entsteht das gleiche Bild von der Bewegungstherapie im Klinikalltag wie bei den anderen Experten. Allerdings geht Buschert in ihren Ausführungen noch weiter. Sie beschreibt Patienten, die chronisch erkrankt sind, und teilweise den Eindruck erwecken, dass eine Kombination aus einem Bewegungsangebot und einer sozialpädagogischen Intervention für sie eine ausreichende Hilfestellung wären. Sie erwähnt auch Patienten, bei denen der Hauptteil der Behandlung aus einem Bewegungsangebot bestehen könnte. Sie ist aber der Meinung, dass der Bewegungsteil zu klein im Verständnis der Therapie für Schizophrene ist. Insgesamt bewertet sie das Zusammenspiel von verschiedenen Ansätzen jedoch als sehr sinnvoll. (vgl. Experteninterview mit S Buschert, 2006)

Um die Bedeutung der Bewegungstherapie zu verdeutlichen, wurde die Frage gestellt, was fehlen würde, wenn Bewegungstherapie oder auch grundsätzlich die Bewegung in der Behandlung von schizophrenen Menschen außer Acht gelassen würde. Folgende Antworten sind mit den Experten im Gespräch entstanden:

Gentzsch beschreibt die vorgestellte Ausgrenzung der Bewegungstherapie auf ihrer Station, indem sie sagt, dass ein Eindruck von Frische fehlen würde. Es würden außerdem die Momente abhanden kommen, in denen der Patient sich selber spürt, seine Lebendigkeit erlebt und eine gewisse Entspannung dadurch erlangen kann. Gentzsch sieht in diesen Erlebnissen etwas Spezifisches der Bewegungstherapie, was in keinen anderen Behandlungsansätzen in dieser Form zu finden ist. Außerdem sieht sie in einem Bewegungsangebot, welches auch die häufig wiederkehrenden Patienten nutzen können, einen Vorteil für die Beziehungsgestaltung zu der Station und den Menschen dort. (vgl. Experteninterview mit S. Gentzsch, 2006)

Auch Trommer äußerte seine Ansicht und Erfahrungen zu der Frage, was fehlen würde, wenn die Bewegung in der Behandlung unbeachtet bliebe. Trommer sagt, dass seiner Meinung nach der Kern des Menschen außer Acht gelassen und dementsprechend fehlen würde. Er bewertet diesen möglichen Mangel als durchaus schwerwiegend. Gerade, wenn man die Nebenwirkungen der Medikamente, die sich körperlich niederschlagen, unterschlägt und in der Behandlung nicht weiter darauf eingeht. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

„Ich glaube es ist eine verpasste Chance, weil über den Körper, über das was vergleichsweise nah dran ist ein guter Zugang gefunden werden kann. Weil man auch über so unterschiedliche eher niedrigschwellige Angebote wie zum Beispiel ein Spätsport oder auch über dann bewegungstherapeutische Angebote ein Beziehungsangebot machen kann, wo es nicht gleich um so schwerwiegendes wie die Psychose an sich geht. [...] Es gibt da noch sozusagen ein Seiteneingang.“ (ebd.)

Buschert betont, dass das Gefühl für sich selber und eine gewisse Erdung fehlen würde. Ebenso gäbe es keinen Raum, um die eigene Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit zu erproben. Buschert merkt zusätzlich an, dass die Bewegungstherapie den Teilnehmern ein Stück Selbstsicherheit gewährt, indem in den Gruppen ihr Inneres vorrangig für die anderen verdeckt bleibt. Die große Angst permanent als verrückt dazustehen, tritt somit in den Hintergrund. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006) Außerdem spricht Buschert die Möglichkeit der Entlastung durch bewegungsbezogene Angebote an.

„[...] ich finde in den Bewegungsgruppen, wo es nicht darum geht, ob man gerade gut denken kann oder nicht, oder ob man die Realität anders wahr nimmt als andere, sondern wo es nur darum geht, jetzt mal die Beine zu strecken, die Bauchmuskeln anzuspannen, das ist eine riesige Entlastung.“ (ebd.)

Diese Entlastung für den Patienten ist ein ernst zu nehmendes Argument für bewegungsbezogene Angebote bei schizophrenen Menschen.

3.3 Wirkungsmöglichkeiten der Bewegungstherapie

Scharfetter gibt in seinen Ausführungen Hinweise über die Vorgehensweise in der Therapie mit psychotischen Menschen. Er regt an, nicht die viel praktizierte Analyse der Störung zu betreiben, sondern eine Psychosynthese in der Behandlung des Erkrankten anzustreben. Überträgt man diesen Ansatz in die Bewegungstherapie, so kann die Entwicklung eines individuellen Körperbewusstseins zu mehr Ich-Stärke mit einer verbesserten Selbstwahrnehmung und einem erhöhten Selbstwert führen. (vgl. Hochgerner, 1994, 305)

Die Bewegungstherapie trägt einen enorm weiten Wirkungskreis in sich. Sie spricht den Körper an und macht neue Erfahrungen und somit auch Korrekturen des eigenen Körperbildes möglich. Die Kognitionen des Patienten können ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, wenn der Therapeut die Rolle des Übersetzers übernimmt und Körperbilder und Körperbewegungen verbalisiert und sie dem Patienten spiegelt und damit begreifbarer macht. Eine Objektivierung der Emotionen ist möglich, indem gegenständliche Symbole verwandt werden. So gewinnt der Patient eine Variante, sein Innenleben klarer und sichtbarer für sich und andere zu machen und damit einen Umgang zu finden. (ebd.)

Birgit Heuer, die schon seit 1970 als Krankengymnastin und später als Konzentrative Bewegungstherapeutin in der Erwachsenen- und Jugendpsychiatrie gearbeitet hat, macht deutlich, dass körperbezogene Angebote erst die Möglichkeit geben eine Beziehung zum eigenen Körper herzustellen. Aufgrund der Beziehungsgestörtheit eines schizophrenen Menschen, hat das Therapiekonzept, nachdem sie arbeitet und welches auf Sophie Krietsch eine ihrer Lehrerinnen zurückzuführen ist, vier Leitlinien, die alle Beziehung anstreben.

1. Beziehung zum eigenen Körper
2. Beziehung zu Raum und Zeit
3. Beziehung zu den Dingen
4. Beziehung zum Mitmenschen

Heuer meint, dass Sich-selber-spüren beim Bewegen des eigenen Körpers, kann helfen die eigene Realität mitsamt den schizophrenen Charakterzügen zu erkennen und anzunehmen. Dies kann den Ich-Störungen entgegen gehen. Das Sich-spüren kann den schizophrenen Menschen auch erleben lassen, dass er überhaupt ist. Es bestätigt ihm somit seine Existenz und fördert die Kohärenz und bearbeitet das Gefühl des sich Auflörens. Indem Übungen gemacht werden, die die Atmung, die Bewegung des Körpers, das Wärme-Spüren und die Kontaktaufnahme zu anderen beinhalten, kann dem Patienten vermittelt werden, dass er lebendig ist. Wenn es um die Beschaffenheit des Körpers gehen soll, wird insbesondere auf die Gelenke als Verbindungsstellen im Körper und die Extremitäten als Teile vom Körper eingegangen. Mit diesen Elementen des eigenen Körpers werden dann unterschiedliche Erfahrungsübungen durchgeführt. Um die Körper- und Hautgrenzen eines Menschen zu verdeutlichen, kann ein Abklopfen des eigenen Körpers dienlich sein. Zusätzlich können Gegenstände verwandt werden, die eine Körpergrenze eindeutig demonstrieren.

Um das Identitätsgefühl der einzelnen Personen zu fördern, schlägt Birgit Heuer vor, die Namen der Teilnehmer spielerisch in die Übungen mit einzubauen oder mit den Händen das Gesicht, welches eine sehr intime Körperzone darstellt, abtasten zu lassen.

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass sich das Urvertrauen eines Menschen durch eine stabile, unter anderem auch körperliche Beziehung zu der Primärbezugsperson entwickelt. Den Halt und die Geborgenheit, welche das Kind während dieser Phase erfährt, kann später auf den Boden als Fundament projiziert werden. In der akuten Psychose klagen schizophrene Menschen häufig darüber, dass sie keinen Boden unter den Füßen spüren oder dass der Boden sich auflöst. Es ist jedoch notwendig ihnen wieder die stützende und tragende Funktion des Bodens zu vergegenwärtigen. Indem man Übungen macht, die einen Kontakt zum Boden beinhalten, ob im Liegen, Stehen oder Sitzen kann ein neues sicheres Gefühl entstehen.

Als nächstes beschreibt Heuer, dass durch die Symbolkraft von Gegenständen zuerst die Beziehung zu Gegenständen, aber darüber hinaus auch zu anderen Menschen im Einzel- oder auch Gruppenkontakt erprobt und geübt werden kann. Nähe und Distanz lassen sich dabei gut berücksichtigen. Der Patient erfährt so

einen geschützten und selbstbestimmten Rahmen, in dem er lernt, vermehrt auf sein Bedürfnis zu achten und dementsprechend eigene Grenzen gegenüber anderen zu wahren. (vgl. Heuer, 1997, 7-106)

Ebenso kann das System von Scharfetter und Winnicott mit den oben schon vorgestellten fünf Dimensionen aufzeigen, welche Wirkungsmöglichkeiten die Bewegungstherapie hat. Dabei werden diverse methodische Elemente vorgestellt, die verdeutlichen, wie vielfältig die Möglichkeiten sind, auf das Innenleben eines schizophrenen Menschen einzuwirken.

<i>Ich - Vitalität</i>	<p>Atmen</p> <p>Leibmitte als durchflutet, bewegt betonen</p> <p>Den Leib spüren lernen: Gesicht in die Hände legen, Finger, Arme bewegen und spüren</p> <p>Rumpf zusammenbiegen und strecken (Vorsicht mit Rückenlage)</p> <p>Gehen (barfuß), stehen</p> <p>Auf dem Boden liegen, den Leib vergegenwärtigen</p> <p>Fest zupacken (z.B. Oberarm), halten</p>
<i>Ich - Aktivität</i>	<p>Gezielte Bewegungen, besonders der Hände ausführen, z.B. Finger beugen, zeichnen, schreiben, mit Bleistift, Kreide, Stab auf Boden, Tafel, Papier</p> <p>Bewegung stoppen, fort-, zurückführen (Keine neurologische Untersuchung!)</p> <p>Dabei verbal betonen, daß Patient selbst Herr seiner Bewegungen ist (eigenmächtig)</p> <p>Stoßen, halten, ziehen, packen</p>
<i>Ich - Konsistenz</i>	<p>Leibmitte betonen (Atmung)</p> <p>Arme um eigenen Leib schließen</p> <p>Sich zusammenrollen (Igel, Schildkröte, Jagdhund) in Bauchlage, Seitenlage</p> <p>Stoßen (mit Armen, Stab, Beinen), ziehen (Seil), werfen (Ball)</p>
<i>Ich - Grenze</i>	<p>Eigenbereich markieren (Matte, Ring, Kreidekreis auf dem Boden)</p> <p>Grenze angeben mittels Stab mechanisch, akustisch, verbal („Ton angeben“) gegenüber der Therapeutin</p> <p>Patient selbst bestimmt Nähe und Distanz</p> <p>Schrittweise Annäherung, vom Patienten selbst kontrolliert.</p> <p>Vorsicht bei Berührung:</p> <p>Wegstoßen, wegstemmen mit Stab, wegstoßen ohne Instrument (Finger, Hand, Arm, Bein, Fuß, im Stehen, Sitzen, Liegen)</p> <p>Ziehen (Stab, Seil, zuletzt ohne zwischengeschaltetes Hilfsmittel)</p>
<i>Ich - Identität</i>	<p>Besonders auf Gesicht und Hände zentriert</p> <p>Gesicht in eigenen Händen spüren (Wärme, Puls, Bewegung)</p> <p>Gesicht im Spiegel betrachten</p> <p>Hände vergegenwärtigen den eigenen Leib (taktil, aber auch protopathisch!)</p>

Abbildung 2: Körpererleben in der Schizophrenie (Röhrich, 1998, 39)

Dipl. Psychologin Bayerl lenkt den Blick auf die Ressourcen eines erkrankten Menschen, wenn sie sagt: *„Schizophrene Menschen können ihrem aus der Ordnung geratenen, sozusagen „ver-rückten“ Körperleben bildnerisch eine hohe Aussagekraft verleihen, die uns in der Körperpsychotherapie als Brücke zum psychischen Erleben und als therapeutischer Ansatz dient.* (Bayerl, 2004, 219)

Anhand der Experteninterviews sind folgende Ergebnisse bezüglich der Wirkungsmöglichkeiten von bewegungstherapeutischen Angeboten für schizophrene Menschen entstanden:

Gentzsch berichtet von den feinen Veränderungen, die für sie eine große Bedeutung haben. Sie erwähnt dabei das „Gehen und Laufen“ und die Wandlung, die Patienten durchmachen: von der Überwindung überhaupt an dem Angebot teilzunehmen bis zu der Feststellung, dass es ihnen wirklich gut getan hat. (vgl. Experteninterview mit S. Gentzsch, 2006)

Diese Erfahrungen können durchaus sehr effektiv sein, da der Patient lernt, dass Überwindung und Selbstmotivation ein Teil des Prozesses ist, der zum Erfolg, nämlich beispielsweise einer verbesserten Stimmung führen kann.

Trommers Antwort bezieht sich ebenso auf das niedrigschwellige Angebot in der Klinik, nämlich dem Spätsport. Er hat die Beobachtung gemacht, dass Teilnehmer dieser Gruppe immer wieder angeregt werden, nach dem Klinikaufenthalt sich weiter regelmäßig zu bewegen. Einige versuchen tatsächlich auch in einen Sportverein einzutreten. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Der Versuch, sich in Sportvereine zu integrieren, fällt den meisten Erkrankten jedoch sehr schwer. Eigene Unsicherheiten und Ängste stehen häufig im Weg. Eine Möglichkeit von der Trommer berichtet, ist, dass Interessenten auch noch ein halbes Jahr nach ihrer stationären Behandlung ambulant zu den Bewegungsangeboten der Klinik kommen können. Nur langfristig gesehen, sind die Kapazitäten der Klinik dafür zu gering. Weiter nennt er neben der Möglichkeit Kontakt aufzunehmen auch noch die Tatsache, dass die Klienten davon profitieren können, wenn sie ein und dasselbe Thema auf unterschiedliche Weise bearbeiten

und verstehen lernen. Dies ist bei Trommer im Klinikalltag der Fall, da Kunsttherapie, Gesprächstherapie und Bewegungstherapie eng miteinander kooperieren. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Buschert berichtet von Patienten die durch die bewegungsorientierte Arbeit wieder einen Rhythmus in ihren Alltag integrieren können. Sie erleben durch die Bewegungsangebote eine ordnende Strukturierung ihres Lebensraums. Zehn Jahre lang hat Buschert schon bewegungstherapeutisch mit schizophrenen Menschen zusammen gearbeitet. Sie konnte feststellen, dass die Patienten nach den Bewegungsangeboten häufig besser schlafen, obwohl sie nachts sonst grübelnd wach liegen und dafür morgens nicht aufstehen können. Außerdem erlebt sie die Teilnehmer ihrer Gruppen im Anschluss an die Bewegungseinheit weitaus entspannter als vorher. Dies ließ sich für sie auch bestätigen, indem die Erfahrung gemacht wurde, dass Gespräche effektiver geführt werden können, wenn vorher Bewegung stattgefunden hat. Die Patienten können sich besser öffnen und sind zugänglicher. Vermutlich auch, weil vorher schon ein nonverbaler Kontakt stattgefunden hat und sie dadurch weniger Unsicherheit und Angst spüren. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

„Also, ich fand gerade, wenn Kontakt ganz schwierig ist und wenn Patienten sehr viel Angst haben auch zu ihrem psychotischen Erleben etwas zu sagen, hilft es sich vorher miteinander bewegt zu haben. Das geht leichter. Das kann ich auf jeden Fall beobachten.“ (ebd.)

Außerdem beschreibt Buschert, dass die Teilnehmer zunehmend sicherer in ihrem Körper werden und somit auch wieder ein eindeutigeres Gefühl über ihre Körpergrenzen entwickeln. Ein gängiges Thema in ihren Gruppen ist für die Teilnehmer der Vergleich mit den anderen und dabei die Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit mitsamt ihrem Anderssein. Patienten erleben: Ich darf anders sein, als der andere und trotzdem sind wir hier beide richtig. Diese gruppendynamischen Prozesse erlebt Buschert als äußerst stabilisierend, sowohl für die Gruppe, als auch für die Einzelnen. Eine weitere sehr interessante Wirkung lässt sich die Bewegungstherapeutin hin und wieder anhand von Körperbildern vor und nach den Bewegungseinheiten demonstrieren. Sie beschreibt, dass zu Anfang der

Bewegungseinheit häufig Körperteile fehlen oder der eigene Körper in den Zeichnungen auffallend undimensioniert dargestellt wird. Auf vielen Bildern seien übergroße Köpfe zu sehen. Diese Auffälligkeit führt zu der Annahme, dass das Gefühl der Teilnehmer dementsprechend stark auf den Kopf und dessen Leistungen bezogen ist. Dies ist vorstellbar, wenn man sich spezifische Symptome vergegenwärtigt, die das formale Denken eines erkrankten Menschen stark beeinflussen und erschweren. Buschert plädiert in ihrer Arbeit deshalb stark für eine Ablenkung der kopflastigen Aktivitäten. Die Konzentration auf den Körper als Ganzes könne eine enorme Entlastung für schizophrene Menschen bedeuten. Im Laufe der Bewegungsstunde können sich Empfindungen verändern. Patienten zeichnen am Ende der Stunde Details ihrer Körper wie Hände und Füße. Außerdem wird dem Bild ein Boden hinzugefügt, der für eine entsprechende Erdung der Person steht. (vgl. ebd.)

Ein Beispiel dafür bieten auch folgende Aufnahmen. Sie stellen Körperskulpturen dar, welche von einer Patientin mit der Diagnose paranoid-halluzinatorische Schizophrenie vor und nach der bewegungstherapeutischen Behandlung während eines Klinikaufenthalts gemacht worden sind. Diese Tonfiguren wurden im Rahmen eines Körperbild-Skulptur-Tests von der vorgestellten Patientin geformt. Dieses dreidimensionale Testverfahren wird zur Messung des Körper-Selbst, der ganzheitlichen Erfahrung des Körpers und indirekt als Maß für die Ich-Identität und Ich-Konsistenz verwendet. In der Auswertung der Skulpturen werden die Proportionalität, die Vollständigkeit und die Verbundenheit der Figur berücksichtigt.

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der ersten Phase. Die Patientin erhielt Anweisung mit geschlossenen Augen eine menschliche Gestalt zu plastizieren. Dafür hatte sie uneingeschränkt Zeit. Sie benötigte 50 Minuten.

Abbildung 4 zeigt das Ergebnis der Gestaltungsphase, die die Patientin mit offenen Augen durchführte. Deutlich bei diesen Bildern wird die fehlende Kohärenz. Verbindungen der einzelnen Körperteile sind überwiegend nicht vorhanden.

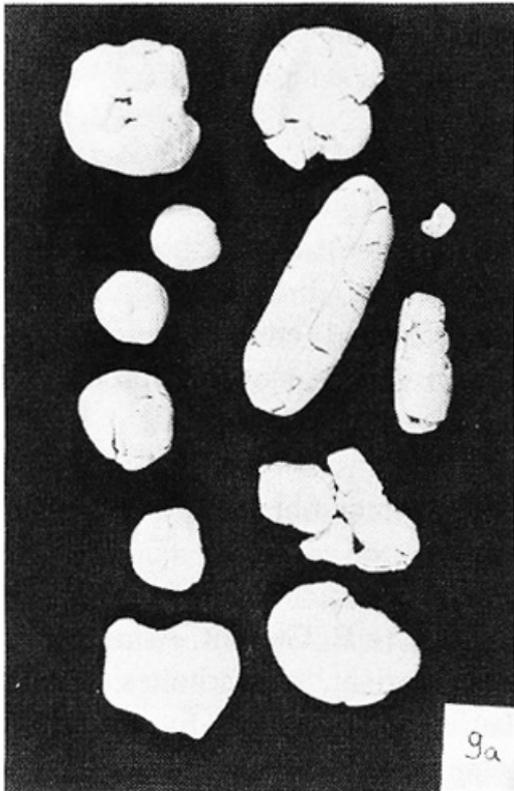


Abbildung 3:
Beispiel für eine fragmentierte Skulptur Pat. A
(Joraschky u.a., 1998, 130)

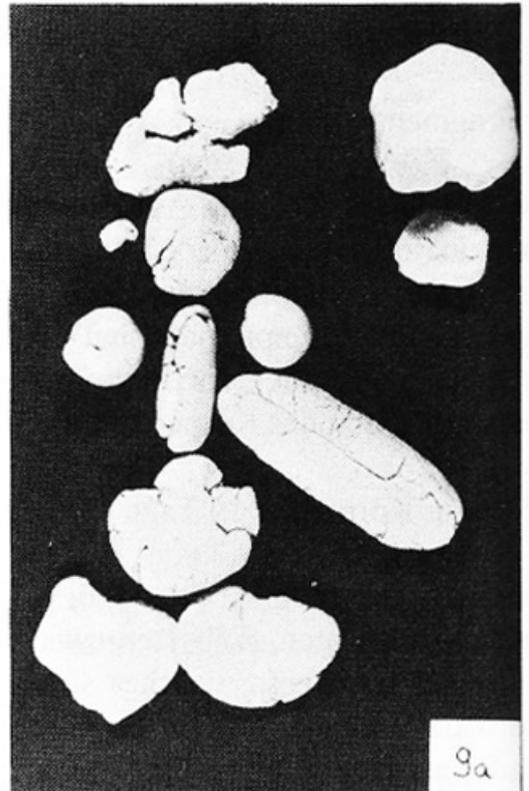


Abbildung 4:
Gestaltbildung der fragmentierten Figur nach dem
Augenöffnen (Joraschky u.a., 1998, 130)

Am Ende der Behandlung in der Klinik wurde der zweite Teil des Tests durchgeführt. Die Patientin formte vier Minuten lang. Sie hatte zwar Arme, Gesicht und andere Details vergessen, fühlte sich beim Formen jedoch frei. Auch ohne eingängige Erfahrungen mit dem Körperbild-Skulptur-Test, lassen sich signifikante Unterschiede feststellen.

Die vorhandenen Körperteile sind miteinander verbunden. Die Dimensionen der Skulptur haben einen nachvollziehbaren Charakter erhalten. Schließt man von diesen Beobachtungen auf das veränderte Empfinden der Patientin, so kann man zum Beispiel auf mehr Ich-Konsistenz schließen. Weitere Deutungsmöglichkeiten werden in der angegebenen Literatur erörtert.

(vgl. Joraschky u.a., 1998, 121-135)

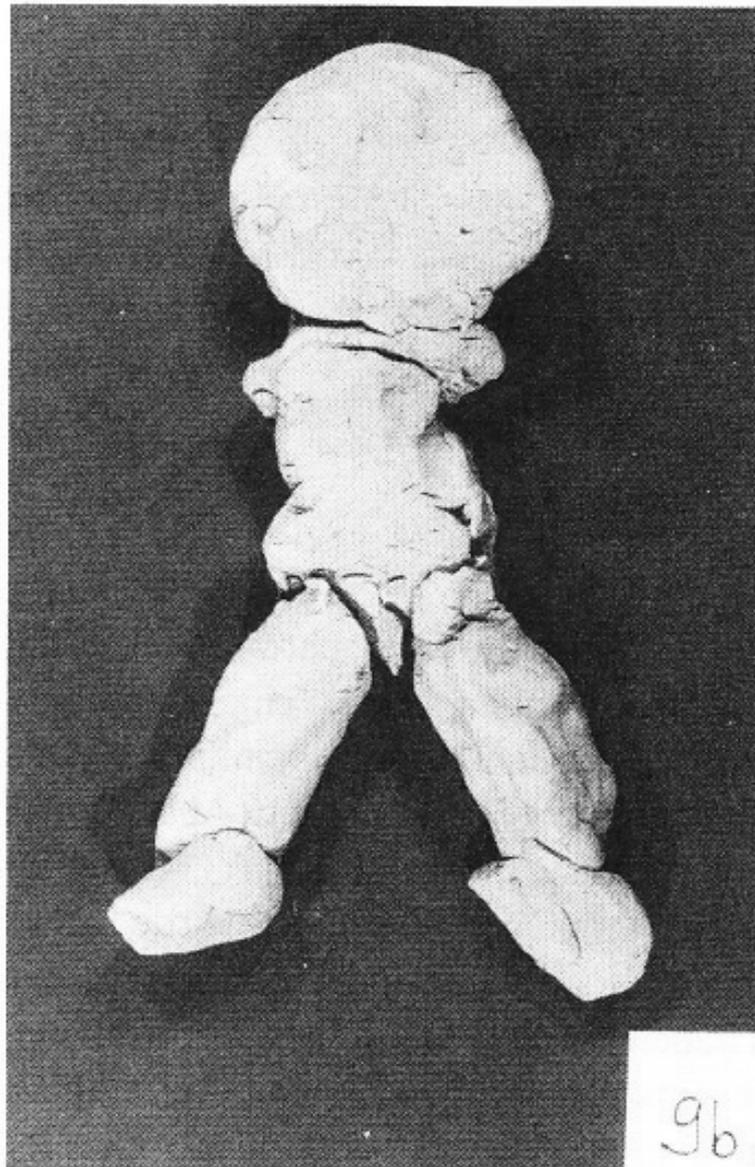


Abbildung 5:
Skulptur der Patientin A vor der Entlassung (Joraschky u.a., 1998, 131)

Ein letzter Wirkungskreis durch bewegungsbezogene Angebote soll an dieser Stelle noch genannt werden. Innerhalb dieser Bewegungseinheiten gibt es, wenn gewollt, auch die Gelegenheit soziale Lernprozesse zu initiieren. Es kann Kooperation, Koalition und Konkurrenz geübt werden. Soziale Regeln können neu erkannt und die Handhabung von ihnen trainiert werden. Nähe und Distanz, die Bewältigung von Konflikten, die Möglichkeit der Mitgestaltung im interaktionellen Wirken, jedes dieser Themen kann durch eine kompetente Übungsleiterin gefördert werden. (vgl. Knobloch u.a., 1993 b, 142)

3.4 Grenzen bzw. Nachteile in der Bewegungstherapie

Jede Methode hat seine Grenzen. Welche es in der Bewegungstherapie gibt und ob auch Nachteile in dieser Behandlungsform bestehen, berichten die Experten aus ihrer Erfahrung:

„Wie bei ganz vielen Sachen [...] ist es so, dass man eben nicht jeden Menschen damit erreicht. Also, es gibt einfach Leute, die mögen das nicht, [...] es gibt auch Menschen, die praktisch über ihr Psychotischsein [...] wo das körperliche Erleben dadurch bedingt so sehr irritiert ist, das jede Intervention zu viel ist oder schräg ankommt, also durch die Verzerrung auf der Ebene, man da kein Impuls gut und wirksam setzen kann, weil sofort die verzerrte, gestörte Dynamik greift, [...]“
(Experteninterview, S. Gentzsch, 2006)

Gentzsch beschreibt weiter, dass es eine Gefahr sein kann, dem Patienten durch bestimmte Impulse zu nah zu kommen. Die Gefahr der psychotischen Überflutung sieht Gentzsch nicht. Die Sensibilität gegenüber Reizen bei schizophrenen Patienten muss jedoch in der Arbeit berücksichtigt werden. Auch wenn wegen der Gefahr der Reizüberflutung oft die Grenze für Psychotiker im Gruppensetting angesiedelt wurde, hat Gentzsch diesbezüglich eine andere Sichtweise geschildert. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass eine Einzeltherapie mit Schizophrenen häufig zu dicht von ihnen erlebt wird. Kleingruppen sind von Vorteil, da die Verteilung der Konzentration auf mehrere Personen möglich ist und der Einzelne somit nicht permanent im Focus stehen muss. (vgl. ebd.)

„Es gibt immer die Gefahr [...], dass man beim Thema Grenzen schnell zu nah ist.“
(Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Dementsprechend muss der Therapeut immer Vorsicht bewahren und auf die Reaktionen seines Gegenübers achten. Trommer weist in seiner Antwort darauf hin, dass die Bewegungstherapie ebenso wie alle anderen Disziplinen einen eingeschränkten Blick hat. In der Bewegungstherapie wird das Körperbezogene betrachtet. In der Gesprächsgruppe oder in der Kunsttherapie können andere Anteile der Person thematisch erfasst werden. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Dies weist auf eine Grenze der Bewegungstherapie hin, die im Rahmen eines multiprofessionellen Behandlungskonzepts aufgefangen werden kann.

S. Buschert konstatiert, dass es vielen Patienten, häufig sind es die chronifizierten, an der Symbolisierungsfähigkeit mangelt. Bei denen sind in erster Linie funktionale Angebot sinnvoll. Außerdem gibt es auch Patienten, die sich einfach nicht bewegen wollen. Der Körper ist teilweise so stark in den Wahn mit einbezogen, dass die Beschäftigung damit die Ängste nur verstärkt und der bewegungstherapeutische Ansatz durchaus kontraproduktiv sein kann. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

3.5 Die Rolle des Therapeuten

Heuer verdeutlicht in ihren Ausführungen, dass der Therapeut in der Arbeit mit schizophrenen Menschen eine besonders bedeutende Aufgabe hat, da die Schizophrenie sich auch in einer Beziehungsgestörtheit zeigt. Umso entscheidender ist, dass der Therapeut eine tragfähige und eindeutig abgegrenzte Beziehung zu seinen Klienten herstellt. Birgit Heuer empfiehlt in der Beziehungsarbeit Kritik zu vermeiden. Sie fordert vom Therapeuten Annahme und Bestärkung der individuellen Leistungen. Dazu gehört ihrer Ansicht nach eine gewisse Wertschätzung und Achtung der Eigenarten des Patienten. (vgl. Heuer, 1997, 19 f)

Zudem hält Heuer es für wichtig, eine angemessene Heiterkeit und Freude in die Bewegungseinheiten zu bringen. Diese kann sich bestenfalls auf den Patienten übertragen. (ebd., 29)

Hochgerner bekräftigt diese Einstellung, in dem er sagt:

„Der Therapeut hat die Aufgabe, Beziehung zum Patienten in dessen desintegrierter Welt herzustellen im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion.“ (Hochgerner, 1994, 309)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass der Therapeut den Klienten in den Bereichen zu stützen hat, in denen noch Unsicherheit besteht.

Gentzsch ist der Meinung, dass Beziehungsarbeit eine Grundlage für das psychiatrische Arbeitsfeld ist. Sie schätzt, dass 50% die Beziehung und 50% das spezielle Angebot für die Beteiligung ausmacht. Zusätzlich nennt sie die Möglichkeit, die sie durchaus als sinnvoll erachtet, sich als Therapeut eine Zeit lang mit dem Klienten zu parallelisieren. Den Klienten lässt man dabei in seiner eigenen Welt und schließt sich dieser an, ohne sie dabei zu verstärken. Diese Handlung hat einen stärkenden Aspekt für den Patienten. Der Therapeut lehnt dabei die psychotische Welt nicht kategorisch ab und betrachtet sie auch nicht in erster Linie defizitär. Er nimmt sie an, akzeptiert und behandelt sie zudem mit Respekt. (vgl. Experteninterview mit S. Gentzsch, 2006)

Trommer bewertet die Rolle des Therapeuten als enorm wichtig. Er bezeichnet seine bewegungstherapeutische Arbeit sogar insbesondere als Beziehungsangebot. Der Therapeut tritt dabei als ein Gegenüber auf und ist immer ein Teil des Arbeitsprozesses. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Dementsprechend grundlegend ist auch die Reflexion des Therapeuten, um die Beziehungsprozesse zu verstehen und sinnvoll zu lenken.

Buschert beschreibt zu Beginn Patienten für die sie durchaus eine wichtige Rolle als Therapeutin gespielt hat. Insbesondere bei Klienten, die immer wieder phasenweise in die Klinik kommen, entstehen langjährige Beziehungen, die für die vertrauensvolle Arbeit sehr bestimmend sein können. Und dann gibt es Patienten,

die eher in einer gewissen Distanz mit ihr in den Kontakt gehen. Auch dieses ermöglicht sie und kann ein Grund für die Klienten sein, das Angebot wahr zu nehmen. Buschert bewertet das kontinuierliche Angebot einer vertrauten Person als positiv für die Patienten, da auf diese Art eine kontinuierliche und einschätzbare Beziehung aufgebaut werden kann. Für die Übungsleiterin sieht sie einen großen Vorteil darin, wenn keine Angst vor dem Anderssein schizophrener Menschen besteht. Außerdem sollte die Leiterin Verständnis für Teilnehmer haben, die nicht kontinuierlich oder nur minutenweise zu den Angeboten kommen. Buschert hält es ebenso für wichtig, dass die Übungsleiterin die Fähigkeit entwickelt, zu spüren wie die Stimmung in der Gruppe ist und sie entsprechend aufzufangen. Das kann auch mal bedeuten eine Pause einzubauen, um wieder etwas frische Luft in die Gruppe zu bringen. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

Bock stellt in seinem Buch über den Umgang mit psychotischen Menschen fest, dass die schizophrene Personengruppe existenziell verunsichert und im Wesentlichen mit sich selbst beschäftigt ist. Auf Beziehungsangebote von professionellen Helfern reagieren sie höchst sensibel. Sie spüren, ob die Beweggründe des Helfers aufrichtig und von wirklichem Interesse zeugen, oder ob jemand einfach mechanisch seine methodischen Interventionen durchführen will. Authentizität des Beratenden, Betreuenden oder einfach Helfenden ist gefragt. (vgl. Bock, 2003, 14f.) Außerdem empfiehlt Bock eine dialogische Behandlung in welcher der Klient und der professionelle Helfer miteinander über die möglichen Behandlungsformen gemeinsam beraten und sie in Absprache planen. (ebd., 85)

Psychoseerfahrene Menschen forderten in mehreren Umfragen vor allem: Raum, Zeit, Ruhe und Natur. (ebd., 86) Außerdem wünschen sie sich mehr Respekt bezüglich ihrer psychotischen Erfahrungen und eine Sprache, die sowohl Klient, als auch der Professionelle sprechen kann, um sich miteinander zu verständigen. (vgl. ebd., 88 ff) Diese Ansprüche können in einem gemeinsamen bewegungsbezogenen Angebot berücksichtigt werden und zugunsten des Klienten gehandhabt werden. Aus diesem Grund hat ein Bewegungstherapeut ein vorteilhaftes Setting, um eine günstige Beziehung zum Klienten aufzubauen.

Andere vorteilhafte Aspekte bezogen auf die Beziehungsgestaltung mit schizophrenen Menschen, nennt Buschert:

Sie empfiehlt den Klienten viel Raum für ihre Verrücktheiten zu lassen. Der Ansatz sollte sich nicht darauf beziehen, die Symptome zu reduzieren und die Realität des kranken Menschen wieder der „allgemeingültigen“ anzupassen. Buschert meint, dass man die psychoseerfahrenen Menschen selber entscheiden lassen sollte wie viel Psychose sie erleben oder behandeln wollen. Wesentlich ist es, psychisch kranke Menschen dabei zu unterstützen, einen angemessenen Umgang mit der Krankheit zu erlernen, so dass sie damit leben können.

Des Weiteren spricht Buschert die Thematik Nähe und Distanz an. Herrscht bei dem Therapeuten Klarheit und Sicherheit über dieses Thema, stellt dies auch eine Stütze für den Klienten dar. So wie Bock weiter oben anspricht, dass Menschen mit einer Psychose sich mehr Zeit wünschen, ergänzt Buschert dieses Ergebnis von Umfragen mit den Beobachtungen aus ihrer langjährigen Erfahrung.

Den Patienten die nötige Zeit zu geben in der Gruppe anzukommen, sich auf das Angebot einzulassen oder eine Beziehung mit dem Therapeuten aufzubauen, ist eine grundlegende Haltung in der psychiatrischen Arbeit. Ergänzend ist es jedoch auch notwendig, trotz der nötigen Ruhe und Geduld, klar und deutlich zu vermitteln, dass es bedeutend und ernst zu nehmen ist, die Angebote möglichst kontinuierlich zu besuchen.

Weitere Wirkungsmöglichkeiten der Bewegungstherapie werden im nächsten Kapitel erwähnt, wenn es darum geht verschiedene Ansätze bewegungstherapeutischer Arbeit vorzustellen, die bei schizophrenen Menschen erprobt wurden.

4. Bewegungstherapeutische Ansätze

Einen Überblick der Verfahren in der Psychiatrie bietet uns Hölter in seinem Buch über die Mototherapie. Diese Abbildung verdeutlicht, dass ein großes Repertoire an körper- und bewegungstherapeutischen Angeboten für die psychiatrische Arbeit existiert. Allerdings wird dabei nicht aufgeschlüsselt, welche Methode für welche spezifische Erkrankung indiziert ist. Im Rahmen dieses Kapitels soll eine Auswahl von Verfahren aufgezeigt werden, die für schizophrene Menschen geeignet sind. Einige Studien und Erfahrungsberichte über die bewegungstherapeutische Arbeit mit schizophrenen Menschen geben dabei im Folgenden genauere Einblicke.

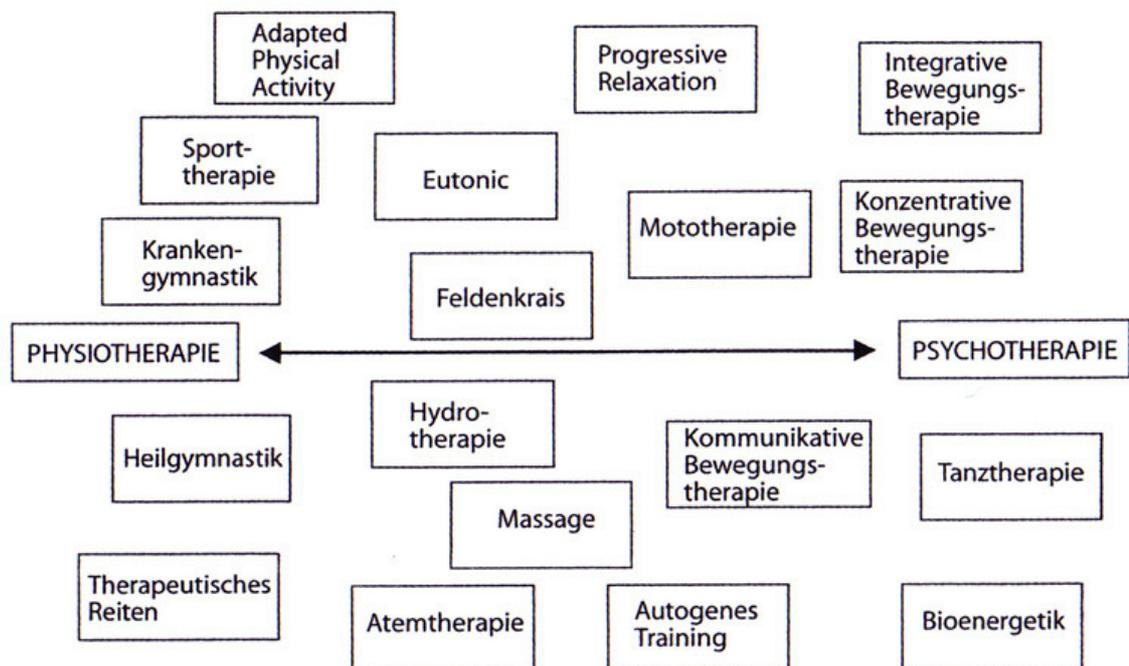


Abbildung 6: Körper- und bewegungstherapeutische Verfahren in der Psychiatrie – eine Auswahl (Hölter, 1993, 13)

4.1 Lauftherapie

Diese Form der Therapie ist als Zusatz in der Behandlung von schizophrenen Menschen zu verstehen. Im Idealfall entsteht im therapeutischen Prozess der Lauftherapie ein Werkzeug zur Eigenhilfe für den aktiven Menschen. Die Methodik

umfasst psychotherapeutische, pädagogische und physiotherapeutische Elemente. Der Klient soll sich so wieder vermehrt als selbstwirksamer Mensch erfahren, der imstande ist, sein Leben eigenständig und verantwortlich zu gestalten. Körperliche und psychische Wirkungseffekte, wie oben erwähnt, spielen in diesem Prozess eine entscheidende Rolle. Ein regelmäßiger und langsamer Dauerlauf ist die Basis dieser therapeutischen Variante.

Dabei ist das Ziel reaktiv orientierte Gewohnheiten wie beispielsweise Defensiv- oder Vermeidungsverhalten, Opferhaltung, Passivität oder Selbstbehinderungen langfristig zu reduzieren. An Stelle dessen sollen proaktivere Gewohnheiten, also eigenverantwortliches gesundheitliches Handeln ausprobiert und erlernt werden. Dies soll im Bewusstsein geschehen, dass Gesundheit und Wohlbefinden in erster Linie nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen sind und es dementsprechend Zeit braucht bis gesundes Verhalten in das Leben eines Menschen integriert werden kann. (vgl. Miehe u.a., 2004, 214)

Aus der Sicht der Psychologie und Sozialwissenschaften ist die Sporttherapie, zu der lauftherapeutische Ansätze gezählt werden können, mit dem Modell der Salutogenese von Antonovsky (1974) zu verbinden. Im Rahmen dieser therapeutischen Angebote ist es möglich, die Selbsterfahrung, die Selbstwirksamkeit und Handhabbarkeit bezogen auf Probleme im Alltag, ebenso Erfolgserlebnisse, zu vermitteln. Außerdem können durch diesen Ansatz protektive Faktoren gestärkt und entwickelt werden. Ein Mensch, der durch körperliche Anstrengung zu einem positiverem Selbstkonzept und einem höherem Selbstwertgefühl gelangt, ist durch diese Selbsterfahrung am eigenen Körper besser gerüstet, um Herausforderungen im Alltag entgegen zu gehen. Die Initiierung solcher positiven Effekte durch sporttherapeutische Elemente lassen sich auch mit dem Vulnerabilitätsmodell von Ciompi in Verbindung bringen. Dabei wird aufgezeigt, dass sporttherapeutische Elemente in der Genese schizophrener Menschen von entscheidender Bedeutung sein können. Stress kann vorgebeugt, aber auch abgebaut werden. Somit kann der negative Stress, der zu einer psychotischen Dekompensation führen kann, mit dieser Form der Therapie aktiv bekämpft werden. (vgl. Miehe u.a., 2004, 214 f)

Diese Überlegungen führten in der Praxis dazu, dass 1999 Hannelore Miehe, Axel

Fischer-Walther, Martina Brack und Horst Haltenhof lauftherapeutische Angebote in verschiedenen Einrichtungen, die auch zum großen Teil von schizophrenen Menschen genutzt werden, anzubieten begannen. Es betraf ein Langzeitwohnheim, ein Tageszentrum und eine Tagesklinik im Raum Hannover. Die lauftherapeutische Arbeit mit schizophrenen Menschen stellte sich nicht als eine einfache Aufgabe dar. Einzelfallbeispiele wie folgende haben die Verantwortlichen jedoch ermutigt weiter zu machen:

„Ein 36-jähriger Mann hatte sich im Verlauf seines knapp neunjährigen Wohnheimlebens aufgrund ausgeprägter, überwiegend paranoider Ängste immer mehr zurückgezogen. Zeitweilig lag er nur noch im Bett und konnte gerade die notwendigsten Aufgaben erledigen. Zu den Mitbewohnern hatte er kaum Kontakt und empfand die Menschen außerhalb des Wohnheims als feindselig. Hilfe erhoffte er sich fast ausschließlich von Medikamenten. Seine Psychose hatte sich erstmals im Alter von 19 Jahren manifestiert, seit 1990 nahm er regelmäßig Neuroleptika ein. Bei den wöchentlichen Arztgesprächen gingen alle Versuche, ihn zu einer aktiveren Bewältigung seiner panikartigen Ängste zu motivieren, ins Leere. Dabei hatte Herr A. unter seiner Einschränkung stets sehr gelitten; aufgrund der inneren Unruhe lief er in seinem Zimmer mit einer Zigarette in der Hand stundenlang auf und ab. Für die Therapeuten war diese Getriebenheit Anlass, dem Klienten Laufen vorzuschlagen. Tatsächlich nahm Herr A. zum Erstaunen des Teams das Angebot wahr. Die ersten drei Monate lief er mit seinem Bezugstherapeuten mehrfach wöchentlich. Seit nunmehr 20 Monaten läuft der Klient täglich 30 Minuten alleine am Stück vor dem Frühstück.“ (ebd. 215)

Herr A. berichtete außerdem davon, dass er davon abgekommen sei zu glauben, dass ihm nur die Medikamente helfen können. Sowohl Vermeidungsverhalten, als auch Passivität konnte er im Laufe der Zeit erst ein wenig und später sogar stark ablegen. Herr A. berichtet außerdem, dass seine Ängste fast ganz verschwunden sind. Zudem erfreut er sich sehr daran, andere Läufer während seines Trainings zu grüßen. (vgl. ebd.)

Resultierend aus diesen Erfahrungen, wurden in dem Wohnheim gemäßigte Dauerlaufeinheiten sowohl für Gruppen als auch individuell angeboten. Den theoretischen Hintergrund für das Laufprogramm, bot Bartmann in seinem Buch „Laufen und Joggen für die Psyche“. Auch wenn die Überlegungen Bartmanns nicht spezifisch für schizophrene Menschen entwickelt wurden, sollen einige Aspekte seiner Untersuchungen, die sich auf das Joggen beziehen genauer

betrachtet werden.

„Joggen bewirkt eine umfassende Verbesserung der körperlichen Befindlichkeit und ist hervorragend zur Bekämpfung der so genannten Bewegungsmangelerkrankheiten geeignet. (Bartmann, 2005, 24)

Eben diese umfassende Verbesserung der körperlichen Befindlichkeit ist besonders bei langjährig an Schizophrenie erkrankten Menschen erforderlich.

„Wer regelmäßig ohne verbissenen Ehrgeiz joggt, wird psychisch stabiler und verändert seine Persönlichkeit tendenziell zum Sanguiniker hin.“ (ebd. 29)

Bartmann gibt in diesem Satz einen wichtigen Hinweis für das Lauftraining. Nicht der konkurrenz- und wettbewerborientierte Ehrgeiz sollen einen Läufer anspornen. Es ist das Wohlbefinden, welches Bartmann an erste Stelle setzt. Da bekannt ist, dass schizophrene Menschen stark auf lustbetonte Angebote reagieren, kann dies ebenfalls auf ihre Behandlung bezogen werden. Zudem wird damit eine Überforderungssituation vermieden und das individuelle Leistungsvermögen eines jeden Läufers berücksichtigt.

Außerdem hat Bartmann folgende Erkenntnisse bezüglich der Wirkfaktoren des Joggens in seinen umfassenden Untersuchungen gesammelt:

- Das Schlafverhalten eines Menschen kann sich verbessern.
- Es findet ein besserer Umgang mit Stress statt.
- Das Wohlbefinden wird gesteigert.
- Die geistige Leistungsfähigkeit wird gefördert.
- Das Selbstbewusstsein steigt.
- Ängste und Depressionen können damit in ihrem Ausmaß reduziert werden.
- Es bietet Abhilfe gegen psychosomatische Störungen. (vgl. ebd. 35 ff)

Von diesen Verbesserungsmöglichkeiten können gerade schizophrene Menschen stark profitieren. Alle Bereiche, die genannt wurden, können nämlich durch eine

schizophrene Psychose stark in Mitleidenschaft gezogen werden.

Der Psychiater Servan-Schreiber dokumentiert, dass viele Jogger von einem motivierendem Erlebnis beim Laufen berichten. Nach ca. 15-30 Minuten erreichen sie einen positiven, freien und häufig auch von Kreativität geprägten Zustand, der zusätzlich eine stark animierende und tragende Funktion während des Laufens hat. Dieses Hochgefühl, was erst durch regelmäßiges Training entsteht, wurde von Mihaly Csikszentmihayi als „Flow“ bezeichnet. Er untersuchte, dass Läufer diesen Zustand erreichen, wenn sie an ihre persönliche Belastungsgrenze gehen, aber nicht darüber hinaus trainieren. (vgl. Servan-Schreiber, 2006, 187)

In einer Vergleichsstudie kamen Wissenschaftler an der Duke-Universität in den USA zu dem beeindruckenden Ergebnis, dass ein sehr wirksames Antidepressivum im Vergleich zu regelmäßigem Lauftraining nach vier Monaten kein besseres Ergebnis bei den Probanden erzielte, als ohne Medikament. Erstaunlich war die langfristige Beobachtung, welche demonstrierte, dass nach einem Jahr fortgesetzter Behandlung es ein Drittel Rückfälle bei den Teilnehmern, die Medikamente einnahmen gab, während bei den Läufern 92% absolut beschwerdefrei waren. (ebd. 187 f)

Physiologische Erklärungsansätze können derzeit nur Teilaspekte der Joggingeffekte aufschlüsseln. Eine vollständige Erklärung liegt noch nicht vor. (vgl. Bartmann, 2005, 68) Die psychologische Ebene lässt sich allerdings optimal mit verhaltenstherapeutischen Prinzipien erklären. Folgende Übersicht erklärt dies an konkreten Beispielen.

Konkretes Verhalten	Prinzip der Verhaltensmodifikation
Sehen von Vorbildern	<i>Imitationslernen</i>
Entschluss zu laufen	<i>kognitive Umstrukturierung</i>
Verabreden, Lauftreff aufsuchen	<i>Selbstkontrolle</i>
mit zunehmendem Laufpensum Versagensangst verlieren	<i>systematische Desensibilisierung</i>
Mut, bisher gemiedene Probleme anzugehen	<i>Generalisierung des Angstabbaus</i>
Bewunderung von Mitmenschen	<i>extrinsische Verstärkung</i>
Beendigung belastender Gedanken	<i>Gedankenstopp</i>
Wohlbefinden, Stolz auf eigene Leistung	<i>intrinsische Verstärkung</i>
verbesserte Körperwahrnehmung	<i>Biofeedback</i>
Akzeptanz der eigenen Leistung	<i>Abbau von Fehlattribuierungen</i>
körperliche Ausgeglichenheit nach d. Laufen	<i>Entspannungsprinzipien</i>
verbesserte Genussfähigkeit	<i>euthyme Behandlungsstrategie</i>

Abbildung 7: Übersicht über den Zusammenhang zwischen dem konkreten Verhalten einer Läuferin/ eines Läufers und den verhaltenstherapeutischen Wirkungsmechanismen (Bartmann, 2006, 75)

Wenn die Theorie in die Praxis umgesetzt werden soll, lassen sich Laufprogramme in zwei unterschiedliche Arten einteilen. Bei den Streckenprogrammen wird innerhalb festgelegter Wege, die zurückgelegt werden müssen, zwischen Laufen und Gehen gewechselt. Genauso verhält es sich bei den Zeitprogrammen. Festgelegte Zeitintervalle teilen das Abwechseln von Gehen und Laufen ein. (vgl. ebd. 88) Bartmann schlägt drei bis vier Termine wöchentlich vor. Ein positiver Effekt stellt sich jedoch schon bei zwei Terminen ein. (ebd.89)

In der oben benannten psychiatrischen Tagesklinik haben sich zwei interessierte Mitarbeiter, die selber langjährige Erfahrungen als Läufer hatten zu Lauftherapeuten ausgebildet und das Standard-Laufprogramm des deutschen Lauftherapiezentrum in ihrer Arbeit übernommen. In der Klinik hatten sich nach viermonatiger Anlaufzeit Kontinuität und eine rege Beteiligung an der Laufgruppe eingestellt. Die Patienten organisierten sogar eine Untergruppe mit dem Namen „Wir Läufer“. Die Lauftherapeuten konnten im Laufe der Zeit Veränderungen der Mimik, Körperhaltung sowie in der Kommunikation und in der Wahrnehmung der Außenwelt bei den teilnehmenden Patienten beobachten. (ebd. 216) Gleichzeitig

wurde die Feststellung gemacht, dass Antriebslosigkeit, chronischer Bewegungsmangel, Übergewicht und starker Nikotinkonsum bei der psychiatrischen Klientel das Lauftraining erschwerte. (vgl. Miehe u.a., 2004, 217)

Trotzdem konnten folgende Veränderungen beobachtet werden:

- eine allgemeine Aktivierung und Mobilisierung,
- die körperliche Belastungsfähigkeit konnte ausgebaut werden und es erfolgte eine Reaktivierung des natürlichen Bewegungsbedürfnisses
- Aggressions- und Angstreduzierung,
- Stimmungsaufhellung,
- Ablenkung von akustischen Halluzinationen,
- Distanzierung und Unterbrechung von kreisenden Gedanken
- Normalität wurde wieder hergestellt,
- Gemeinschaft wurde erfahren,
- Gewichtsreduzierung wurde möglich oder zumindest eine weitere Gewichtszunahme gestoppt,
- eine Stärkung des Selbstvertrauens und eine positive Körpererfahrung,
- das Laufen wurde insgesamt als sinnvolle Tätigkeit erlebt.

Die Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik kamen nach diesen Erfahrungen zu dem Fazit, dass das lauftherapeutische Angebot sowohl für akut, als auch für langjährig erkrankte Patienten mit einer schizophrenen Psychose eine Möglichkeit zur Förderung der seelischen Gesundheit und zur Mobilisierung der Selbsthilfekräfte darstellt. (vgl.ebd.) Aufgrund dieser Erfahrungen, wurde das Lauftraining fest im Alltag der Klinik etabliert. Festzustellen war, dass nach dem Klinikaufenthalt immer wieder eine Lücke zu schließen war, die im nachsorgenden Bereich offen blieb.

4.2 Konzentrierte Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen

Die Entstehung der Konzentrierten Bewegungstherapie ist dem Jahr 1925 zuzuordnen. Das Ziel war es, wieder lebendig zu machen und den Menschen auf

körperlicher und psychischer Ebene, wieder ganzheitlich zu erwecken. Elsa Gindlers Gedanken prägen die Konzentrative Bewegungstherapie noch heute: *„Das Ziel meiner Arbeit liegt nicht in der Erlernung bestimmter Bewegungen, sondern in der Erreichung von Konzentration. Nur von der Konzentration her kann ein tadelloses Funktionieren des körperlichen Apparates in Zusammenhang mit dem geistigen und seelischen Erleben erreicht werden.“* (Gindler 1962, 82 zit. n. Heuer 1997, 123) Gindler initiierte Selbsterfahrung mit dem eigenen Körper. Diesem Ansatz schrieb sie regenerierende Kräfte zu. Helmut Stolze, ein Schüler von Gindler, gab dieser bewegungsbezogenen Arbeit in den 50er Jahren den Namen Konzentrative Bewegungstherapie. (vgl. Heuer, 1997,123) Gindler hatte das Ziel jedem Patienten zu ermöglichen, seine eigenen Bewegungen zu finden. Sie sprach dabei von „Körperassoziationen“ und „Spürarbeit“. Grundlegend in dieser Konzentrativen Arbeit ist die Annahme, dass sich jegliche Emotion in dem eigenen Körper zeigt und somit erspürt und bearbeitet werden kann. (vgl. Gentsch, 2004,77)

Bewegungstherapeuten, die konzentrativ arbeiten, machen sich sowohl Erkenntnisse der Psychoanalyse zu nutze, als auch die fünf Dimensionen von Scharfetter, die oben schon ausführlich behandelt wurden. (vgl. 2.1) Bayerl hat in ihrer Arbeit die Erfahrung gemacht, dass diese Dimensionen vom Kern des Menschen aus bearbeitet werden können. Bevor der Mensch sich nicht seiner Existenz sicher ist, macht es keinen Sinn daran zu arbeiten, ihm seine Körpergrenzen zu verdeutlichen. Durch initiierte Bewegungsarbeit wird das biographische Material eines teilnehmenden Patienten aktualisiert und es ergibt sich die Möglichkeit, es zu bearbeiten. (vgl. Bayerl, 1998, 149) Die Konzentrative Bewegungstherapie hat im Vergleich zu anderen Therapieansätzen sehr differenzierte konzeptionelle Überlegungen durchgeführt. Außerdem gibt es schon zahlreiche Erfahrungsberichte über Konzentrative Arbeit mit schizophrenen Menschen. Schwerpunktmäßig wird sie jedoch bei neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen eingesetzt. (vgl. Gentsch, 2004, 79) In der Schizophreniebehandlung ist sie nur in modifizierter Form indiziert. Der sonst stark assoziative Charakter tritt zugunsten einer strukturierenden, stützenden und regressionsmeidenden Gestaltung zurück. Zusammenfassend kann man folgende Elemente in der Konzentrativen Bewegungsarbeit für schizophrene Menschen für

sinnvoll erachten:

- Spielerische, lustbetonte Vorgehensweisen durch Ball- und Bewegungsspiele können den häufig zurückgezogenen und angespannten Patienten erreichen.
- Der Einsatz von Musik kann motivieren und Impulse zur Bewegung geben.
- Grundsätzlich gewinnen Materialien in der Schizophreniebehandlung an Bedeutung, da sie ein Instrument zu Erleichterung der Kommunikation darstellen können.
- Außerdem ist die Beziehungsarbeit zu sich selber und der Umwelt mit Raum und Zeit ein wesentliches Element. (vgl. Gentzsch, 2004, 81 f)

Über die Anwendung der Konzentrativen Bewegungstherapie herrschen unterschiedliche Meinungen vor. Tendenziell ist diese Form der Bewegungstherapie ein eher anspruchsvoller Ansatz. Er fordert den Patienten, indem er ihn auf eine Konzentration nach Innen lenkt und ihn zu einer Artikulierung dieser Erfahrung anregt.

Susanne Gentzsch hat ihre Doktorarbeit über diesen Ansatz verfasst. Sie hat in ihrer Studie zu den Wirkfaktoren der Konzentrativen Bewegungstherapie die Beobachtung gemacht, dass gerade der assoziative Anteil, der in der Schizophreniebehandlung eher vermieden werden soll, teilweise sehr gut von den Teilnehmern der Gruppe genutzt wurde. Das bedeutet nicht, dass man diesen Part grundsätzlich fördern soll. Aber es kann bedeuten, dass schizophrene Menschen den assoziativen Teil gerne nutzen und mögen, solange er sich in einem strukturierten Rahmen vollzieht. Gentzsch sagt weiter, dass es häufig der Fall ist, dass die Symptomatik der Schizophrenie auch Ressource sein kann. Der schizophrene Mensch hat tatsächlich häufig die Fähigkeit, Verbindungen herzustellen und erlebt dies zum Teil auch als durchaus lustvoll. Will man dieses heikle Feld nutzen, so bedarf es einer großen Kompetenz bei dem Therapeuten. Außerdem nennt sie noch den wirkungsvollen Gruppenaspekt, der Lernen am Modell möglich macht. Ein weiterer Punkt, der zu diskutieren bleibt, ist der

Entspannungsbereich, der sich in ihrer Untersuchung ebenfalls als wichtig für die Patienten heraus stellte. Naturerfahrung und Erfahrung des eigenen Körpers wurden ebenfalls als nützlich für den Patienten beschrieben. Zusammenfassend ergaben sich sechs Faktoren, die den gruppentherapeutischen Prozess in der Konzentrativen Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen bestimmen:

1. Der Symbolische Bedeutungsgehalt der Bewegung zeigte sich in der Studie als der ereignisreichste Erfahrungsbereich. Trotz des Risikos der assoziativen Lockerung und des Rückzugs in das psychotische Erleben, hatte die symbolische und assoziative Arbeit in Verbindung mit Bewegung einen hohen Stellenwert bei den Teilnehmern der Gruppe. Diese Erfahrung weist darauf hin, dass ein angemessener Umgang damit tatsächlich sinnvoll ist.
2. Die differenzierte Körpererfahrung hat bei schizophrenen Menschen den Schwerpunkt des Erlebens, nicht des Reflektierens. Im Mittelpunkt steht, sich selbst deutlicher zu erfahren.
3. Ein Wohlbefinden, das durch Entspannung und Abschalten geprägt ist, war ein wesentlicher Wirkfaktor in der therapeutischen Arbeit. Entspannende Berührungen durch Igelbälle wurden positiv aufgenommen. Eine weitere Form des Wohlbefindens kann durch aktive, lustvoll-spielerische Einheiten angeregt werden. Allerdings war dieser Weg schwerer zu gehen, als der der Entspannung. Diese Erfahrungen sind ebenfalls ein Indiz für die Bedeutung der Entspannung auch bei schizophrenen Menschen.
4. Der Bereich der Beziehungserfahrung gewinnt in der Schizophreniebehandlung einen besonderen Stellenwert. Die Teilnehmer stellen gerne immer wieder einen Vergleich zu den anderen Teilnehmern her. Deutlich wurde das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, weniger die Suche nach Abgrenzung.

5. Die Wahrnehmung der Umwelt war in sofern ein wichtiger Moment im Therapieverlauf, als dass die Patienten wieder zunehmend die Fähigkeiten entwickeln konnten, in Abgrenzung zu ihrer inneren Welt die reale Außenwelt anzuerkennen und eine Beziehung aufzubauen.
6. Bedingt wirksam war der Faktor „Gespräch und Reflexion“. Die eigene Selbsterkenntnis durch Gespräche war teilweise sehr unbedeutend für die schizophrenen Teilnehmer. Die Bedeutung des Gesprächs mit dem Therapeuten über die eigenen Erfahrungen wurde bisher noch nicht untersucht.

Ein übergeordneter Wirkfaktor war die Lebendigkeit in der Bewegung. Gentsch kommt im Rahmen ihrer Doktorarbeit zu dem Schluss, dass die Wirkfaktoren der Konzentrativen Bewegungstherapie differenzierter betrachtet werden müssen, um sie für die Arbeit mit der schizophrenen Klientel zu optimieren. (vgl. Gentsch, 2004, 168 ff)

Buschert hingegen beschreibt den Ansatz der Konzentrativen Bewegungstherapie als manchmal zu dicht und zu anspruchsvoll. Sie betrachtet diesen Ansatz eher kritisch, da der kognitiven Leistung sehr viel abverlangt wird und gerade dieser Bereich schon stark bei schizophrenen Menschen belastet ist. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

Dr. Maes, der eine Vergleichsstudie über die verschiedenen bewegungstherapeutischen Ansätze geschrieben hat, hält die Konzentrative Bewegungstherapie bei schizophrenen Menschen mit einer modifizierten Konzeption für indiziert. (vgl. Maes, 1993, 46)

4.3 Tanz- und Bewegungstherapie

Auch wenn die Kenntnis über die Heilkräfte des Tanzens schon uralt ist, erst in den 50er Jahren wurde sie in Amerika wieder neu entdeckt. Die American Dance Association *„definiert Tanztherapie als psychotherapeutische Nutzung von Bewegung im Sinne eines Prozesses, der die emotionale und körperliche Integrität des Individuums fördert. Tanz und Bewegung werden als Ausdrucksform für eigene Gefühle, nonverbale Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen genutzt.“* (Puhr u.a., 2004, 225)

In einer psychiatrischen Klinik in Berlin wurden im Laufe einer dreijährigen Erfahrung tanz- und bewegungstherapeutische Angebote für Menschen mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis angeboten. Die therapeutischen Prinzipien orientierten sich dabei an den gesunden Anteilen des Patienten und versuchten diese zu stärken. Es sollte möglichst in einer angstfreien und spielerischen Atmosphäre gearbeitet werden, die den psychotischen Patienten mit seinem Erleben annimmt und ernst nimmt. Für die damalige Psychosegruppe sind folgende Ziele entstanden:

- Sich selbst und andere wahrnehmen und wertschätzen;
- Nähe und Distanz beachten; den Körper als Ganzes erleben;
- Selbstvertrauen und Sicherheit gewinnen.

Auch in der Tanztherapie prägte Scharfetter die Zielvorstellungen für die Behandlung. Mit seinem Ansatz basale Seinsgewissheiten wie sich lebendig, eigenaktiv, einheitlich und abgegrenzt zu fühlen, wieder einzuüben, werden spezifische Therapieziele formuliert. (vgl. ebd. 225) Trotz der Herausforderung die Wirkfaktoren bewegungstherapeutischer Ansätze zu beweisen, liegen inzwischen einige empirische Studien über diesen Bereich der Bewegungstherapie vor.

Röhrich und Priebe stellen in ihrer Literaturübersichtsarbeit den Bericht von Imke Fiedler vor. Zitat Fiedler: *„Die Tanz- und Bewegungstherapie mit schizophrenem Klientel ist ein Bewegungsansatz, der den subjektiven Erfahrungsprozess des Einzelnen, eine Steigerung seiner emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit und eine größere Beziehungsfähigkeit des Klienten zu sich und den anderen in den Mittelpunkt der Arbeit stellt.“* (Fiedler, 1998, 171)

Schizophrene Klientengruppen profitieren im Besonderen von dem nonverbalen Aspekt der Tanztherapie. Fiedler arbeitet mit einem tiefenpsychologischen Grundverständnis. Sie sagt, dass der Tanz als symbolhafte Gestaltung menschlicher Erfahrungen, Beziehungen und Sehnsüchte verstanden und genutzt wird. In diesem Behandlungsansatz steht somit nicht die körperliche Leistung im Vordergrund, sondern das individuell erlebte Empfinden in Bewegungen zu übertragen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Bewegungswelt mit der Erlebnis- und Gefühlswelt eines Menschen eng verbunden ist. So ergibt sich die Möglichkeit durch bewegungsbezogene Angebote Einfluss auf das psychotische Erleben eines Klienten nehmen zu können.

Wie schon oben erwähnt, haben spielerische, möglichst Angst reduzierende Angebote in der Arbeit mit schizophrenen Klienten einen gehobenen Stellenwert. Sie ermöglichen es den Klienten zur Bewegung zu motivieren und im optimalen Fall weitestgehend zu stabilisieren. Zudem fließen akute Stimmungen mit in die Arbeit des Therapeuten, indem er sie beim Patienten abfragt und in die Gestaltung der Bewegungseinheit einfließen lässt. (vgl. ebd. 179)

Ein weiteres Ziel in der tanz- und bewegungstherapeutischen Arbeit ist es, durch Authentizität in der Bewegung einen Bezug und eine Integration von Empfindung und Handlung, von Emotionalität und Aktivität, von Innen und Außen zu fördern.

Mittels themenzentrierter Handlungsimprovisationen regt der Therapeut diese Prozesse bei den teilnehmenden Patienten an. Im Zentrum der tiefenpsychologischen Tanztherapie steht die Beziehungsgestaltung des Klienten. Damit ist die Beziehung zu sich selbst und zu anderen gemeint. In diesem Kontext sollen neue Erfahrungsmöglichkeiten für den Klienten entstehen. Erfahrungen, die der schizophrene Klient unter anderen Bedingungen abwehren würde.

Folgende Themen spielen in der Arbeit mit schizophrenen Menschen eine grundlegende Rolle:

- Erfahrungen von Vertrauen und Angenommen-Sein erleben
- Erfahrungen zum eigenen Körperbild und Körpererleben sowie zur eigenen sexuellen Identität

- Erlebnisse von Nähe und Distanz
- Gefühle von Wut und Angst artikulieren können und dürfen

Dabei ergeben sich drei Bereiche. Erfahrungen können der kinästhetischen, intrapsychischen oder interaktionellen Ebene zugeordnet werden. In jedem therapeutischen Angebot ist es möglich diese drei Bereiche anzusprechen. Dabei soll eine verbale Begleitung durch den Therapeuten statt finden. (vgl. ebd. 179 ff)

Gentzsch schätzt die Anwendung von Musik in der Tanztherapie sehr. Sie meint, dass Musik den Teilnehmern Struktur und Halt gibt und zusätzlich einen animierenden externen Impuls darstellt. (vgl. Experteninterview mit S. Gentzsch, 2006)

Gerade schizophrene Menschen brauchen Struktur und Sicherheit. Außerdem können sie davon profitieren, dass sie durch die Klänge der Musik angeregt werden sich zu bewegen. Und selbst wenn sie ihrer Bewegung nicht freien Lauf lassen können, weiß man, dass Musik durch ihren emotionalen Charakter intrapsychische Prozesse in Bewegung bringen kann.

Buschert verwendet in ihrer Arbeit auch häufig musikalische Elemente. Dabei sei jedoch wesentlich darauf Acht zu geben, dass niemand sich durch die zusätzlichen Reize überladen fühlt. Vorteilhaft kann die Anwendung von Musik sein, wenn jemand sich von seinen belastenden Kognitionen ablenken möchte.

Die Erfahrung zu machen, dass die eigene Bewegung mit der Musik im Einklang ist, ist für die aktiven Teilnehmer ein stärkendes Erlebnis. Stampfende Schritte zum Rhythmus der Musik zu machen, kann einem schizophrenen Menschen Halt und Sicherheit durch den Kontakt mit dem Boden verleihen. Buschert empfiehlt, dass die Phasen gemeinschaftlicher Erlebnisse nicht zu lang sein dürfen. Im Anschluss an solche Gruppenerfahrungen bietet Buschert Gelegenheiten sich anhand von Bewegung zu vereinzeln. Dieser Wechsel zwischen Gruppen- und Einzelangeboten sei für die schizophrenen Patienten wesentlich. Er gibt den Teilnehmern die Chance sowohl Kontakt und Gemeinschaft zu spüren, als auch sein eigenes Ich in Abgrenzung zu anderen zu erleben. Die übungszentrierten und

erlebniszentrierten Teile der Tanz- und Bewegungstherapie überwiegen im Angebot von Buschert. Einen geringeren Schwerpunkt haben Selbsterfahrung und Konfliktzentrierung. Bei manchen Themen entsteht während der Übung viel persönlicher Raum, ein anderes Mal bleibt es eine schlichte Körperübung. Das hängt von der Entscheidung des Klienten ab, inwieweit er sich öffnet und persönlich einbringen will. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

4.4 Qigong

„Qigong bedeutet „die Arbeit mit der Lebensenergie qi“ bzw. „die Arbeit der Lebensenergie“, die diese in Körper, Geist und Seele während der Übungen verrichtet. (Heise, 2004, 230)

Die Übungen, die diesem Namen untergeordnet werden können, haben eine Tradition, die schon mehrere tausend Jahre alt und bewährt ist. Aufmerksamkeit, Bewegung, Atmung und Körper werden dabei harmonisiert und in Einklang gebracht. Die traditionelle chinesische Medizin hat ebenfalls die Theorie, dass der Ausdruck des Körpers stark mit der Psyche eines Menschen zusammen hängt. Mit diesem theoretischen Hintergrund werden ausgleichende Qigong-Übungen gemacht, die somit auch eine psychotherapeutische Wirkung haben.

In den 80er Jahren wurde eine Umfrage gemacht, die aufzeigte, dass 90% aller Menschen in China Qigong machen, um Herzerkrankungen, Bluthochdruck, vegetative und psychosomatische Beschwerden sowie auch Psychosen und andere Krankheiten damit zu behandeln. Nur 10% führen die Übungen prophylaktisch durch. (vgl. Heise, 2005, 230 f)

In einer Studie wurde festgestellt, dass die Psychosegruppe, welche zusätzlich zu den kliniküblichen Behandlungsformen zweimal wöchentlich Qigong machte, im Vergleich zu einer Malgruppe signifikante Erfolge zu verzeichnen hatte.

Eine qualitative Auswertung des Studienverlaufs ergab das Ergebnis, dass die Teilnehmer der Gruppe alle wechselnd starke und unterschiedlich ausgeprägte Erfolgserlebnisse hatten. Körperliche Probleme wurden realistischer wahrgenommen und zu hohe oder niedrige Selbsteinschätzungen wurden

korrigiert. Ebenso konnten soziale Kompetenzen verbessert werden. Der Antrieb wurde zum Teil gesteigert und akustische Halluzinationen reduziert. Coenästhesien konnten deutlich verbessert oder gänzlich abgebaut werden. Selbstunsicherheit und Angstgefühle wurden teils deutlich gemindert. Es konnte im erhöhten Maße ein inneres Gleichgewicht hergestellt und erlebt werden. Außerdem konnten das Körpergefühl und die Körperbeherrschung, die Sexualität, die Stimmung und Schwingungsfähigkeit verbessert werden.

Testpsychologische Verbesserungen konnten in folgenden Bereichen festgestellt werden:

- allgemeine Beschwerden und Akutangst, Depressivität und Anergie,
- Körperzufriedenheit, Ruhe- und Mußegefühl, Anspannung und allgemeine Müdigkeit, körperlich/psychische Erschöpfung, Leistungsschwierigkeiten, Vitalität und Lebensfreude, Genussfreude und Lustempfinden,
- Psychotizismus und Denkstörung.

Heise führt abschließend Ciompi an. Dieser betonte wie wichtig das Gefühlsleben psychotischer Menschen sei. Demzufolge liegt es nah, dass der Beeinflussung der Emotionen von Psychotikern eine besondere Bedeutung zukommt. Das harmonisierende Qigong kann dabei eine sinnvolle Methode darstellen. (vgl. Heise, 2005, 231ff)

Gentsch meint, dass Qigong, ähnlich wie die Entspannung speziell in der Arbeit mit schizophrenen Menschen zwei Seiten hat. Schizophrene Menschen haben eine besondere Begabung, sich in andere Bewusstseinszustände zu versetzen. Sofern dieses Angebot, in dessen Rahmen sie das tun, eine Struktur mit bestimmten Regularien umfasst, bei denen der Übende bestimmte Schritte wählen kann, um in den anderen Bewusstseinszustand rein- und rauszugehen, kann es eine gute Methode sein.

In den Ergebnissen der Doktorarbeit von Gentsch waren die Entspannungsübungen für viele Patienten das Schlüsselerlebnis, um sich für weitere bewegungstherapeutische Übungen zu interessieren. Trotzdem gibt Gentsch zu bedenken, dass gerade, wenn Betroffene eine ausgeprägte Minussymptomatik haben, vorsichtig mit entspannenden Übungen umgegangen werden muss. Gentsch nennt aber auch den Aspekt der Rückzugsmöglichkeit im Rahmen von Entspannungsübungen. Auf diese Weise kann auch Erholung und Regeneration statt finden. (vgl. Experteninterview mit S. Gentsch, 2006)

Jörg Trommer berichtet genauso wie Gentsch von guten Erfahrungen. Er befürwortet die Struktur, die wiederkehrende Choreographie und beschreibt die Methodik des Qigongs als sehr körpernah. Er nutzt Übungen aus dem Qigong manchmal als Aufwärmer in seinen Gruppen oder als Variation, um die Gruppe gemeinsam in Bewegung zu bringen, ohne dass sie einander berühren und direkt in Kontakt miteinander kommen müssen. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Buschert bewertet die Übungen aus dem Qigong ebenfalls als sinnvoll, da sie helfen, den eigenen Stand, die eigene Aufrichtung und Konzentration zu finden. Außerdem geben sie dem Ausübenden ein Gefühl des eigenen Rhythmus wieder, indem das Bewusstsein auf die Verbindung zwischen Bewegung und Atmung gelegt wird. Das führt zur Intensivierung des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung. Zudem sind es Übungen, die der Klient alleine zu Hause durchführen und dabei die Wirksamkeit gut spüren kann.

4.5 Allgemeine Hinweise

Schwerpunktmäßig werden in der Psychosenbehandlung strukturierende stützende Angebote gemacht. Dabei bieten sich funktionale Wahrnehmungsangebote an, welche den Körper mit seinen vielfältigen Bewegungsmöglichkeiten in den Vordergrund stellen. Gegenstände eignen sich gut, um eine Triangulierung der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten zu ermöglichen.

Es wird dann beispielsweise über den Ball miteinander kommuniziert. Die Arbeit mit Gegenständen ist eine Hilfe für den Patienten sich Schutz und Abgrenzung zu verschaffen und zu trainieren. (vgl. Hochgerner, 1994, 307) Der Gruppenleiter ist grundsätzlich vor die Aufgabe gestellt, eine offene vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, die sowohl Experimentieren der Patienten, als auch Formen des Reflektierens der Patienten ermöglicht. (Knobloch u.a., 1993 b, 142) So können die schizophrenen Teilnehmer von bewegungstherapeutischen Angeboten den größten Nutzen aus den verschiedenen Elementen ziehen.

In den Experteninterviews sind folgende Ergebnisse bezüglich der methodischen Vorgehensweise entstanden:

Gentzsch betont, dass es wichtig ist ein großes Spektrum an Methoden zur Verfügung zu haben und dementsprechend individuell für jeden Klienten eine Passung zu finden. Sie spricht nicht von einem Ansatz, den sie bevorzugt, sondern sieht eine Berechtigung in jedem, je nach Bedürfnis des Klienten.

Trommer betont, dass klare Struktur und die Wiedererkennbarkeit des organisatorischen Rahmens wichtige Komponenten in der Arbeit mit schizophrenen Menschen sind. (vgl. Experteninterview mit J. Trommer, 2006)

Buschert berichtet, dass es auch Patienten gibt, die zu Anfang gar nicht einschätzen können, wie sinnvoll eine Bewegungsmaßnahme für sie ist. In solchen Fällen gilt es Geduld und Ausdauer zu bewahren und den Patienten mit den eigenen Vorstellungen nicht zu überfordern. Buschert befürwortet dabei, den Patienten in seinem Tempo zu begleiten und seine eigenständigen Entscheidungen zu unterstützen. Dies kann zum Beispiel umgesetzt werden, indem zu Anfang der Kontakt während der Annäherungsphase nach draußen in die Natur in Form von kurzen Spaziergängen gelegt wird. Buschert stellt fest, dass ein regelmäßiges Angebot, welches mehrfach in der Woche verbindlich statt findet, am günstigsten ist. Diese kurzen Zeitspannen ermöglichen dem Patienten innerlich die Verbindung zu dem Angebot zu halten. Buschert betont des Weiteren wie wichtig die Verlässlichkeit seitens der Mitarbeiter ist. Können sich die

Patienten auf das Angebot einstellen, gibt ihnen das Sicherheit. Außerdem bevorzugt Buschert einen großen Raum, der es jedem Teilnehmer möglich macht, sich beizeiten zurückzuziehen und trotzdem ein Teil des Geschehens zu bleiben. Buschert berichtet außerdem, dass sie gerne mit rhythmischen Dingen arbeitet. Auch wenn der Anspruch dabei relativ hoch für die Teilnehmer ist, hat diese spielerisch strukturierende Methode einen sehr positiven Effekt auf das Selbst- und das Gruppengefühl. Sie erzählt weiter, dass sie das Laufen als Ansatz eher selten angewandt hat. Dafür setzt sie mitunter Walken ein. Dabei lobt sie diesen Ansatz, da er ermöglicht, dass alle Teilnehmer in dieselbe Richtung schauen und sich in der freien Natur bewegen können. Außerdem ist es für die Teilnehmer eine gute Möglichkeit, ihr Gefühl für Nähe und Distanz selber zu regulieren. Buschert führt weiter aus, dass es den Patienten bei dieser Bewegungsform recht gut gelingt, sich auf sich selber, die eigene Atmung und das Gehen zu konzentrieren. Des Weiteren erleben die aktiven Menschen bei diesem Training relativ schnell, dass sie sich besser und fitter fühlen. Gerade in stationären Bereichen, wo die Patienten viel rauchen und sitzen, kann Buschert Walking empfehlen. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

Auf die Frage hin, ob es Methoden gibt, die sie in der Arbeit bevorzugen, antworten die Experten einheitlich. Die beste Methode sei ein großes Repertoire zu haben und dieses situativ einsetzen zu können. (vgl. Experteninterviews, 2006)

Laut Maes ließ sich tatsächlich feststellen, dass in der Arbeit mit Psychotikern bestimmte Prinzipien mehr herausragen, als in der Arbeit mit Nicht-Psychotikern. Dies ließ sich bei allen Berufsgruppen, die körperorientierte Angebote offerieren, manifestieren. Dabei handelt es sich um folgende Prinzipien:

- Spielerisches und lustbetontes Arbeiten
- Vermeidung von Konfliktorientierung
- Beschränkung auf das Hier und Jetzt
- Starke Strukturierung der therapeutischen Prozesse (vgl. Maes, 1993, 198)

Schon 1988 kam Deimel zu dem Ergebnis, dass schizophrene Patienten den Nutzen eines sporttherapeutischen Angebots deutlich höher bewerten, als depressive, neurotische oder suchterkrankte Menschen. (vgl. Mieke u.a., 2004, 213) Diese Erkenntnis gibt einen Hinweis auf die subjektive Zweckmäßigkeit der Bewegungsangebote bei schizophrenen Menschen. Viele andere Gründe für bewegungsbezogene Angebote sind im Rahmen der Studien zusammengetragen worden. Wenn beantwortet werden soll, ob Bewegung insbesondere schizophrene Menschen heilen kann, dann lässt sich feststellen, dass Teilbereiche der psychischen, als auch der körperlichen Konstitution eines Psychotikers tatsächlich der Gesundheit näher kommen. Dies bestätigt die Indikation von bewegungsorientierten Angeboten bei schizophrenen Menschen.

5. Bewegungstherapie im nachsorgenden Sektor

Der zu behandelnde Mensch kann im psychiatrisch klinischen Arbeitsfeld inzwischen davon profitieren, dass die Bewegungstherapie weitestgehend angemessen integriert ist. Dies ist im nachsorgenden Bereich leider keineswegs zu beobachten. Der Dipl. Psychologe Ortwin Schäfer stellt folgende Problematik, die die Zeit nach dem Klinikaufenthalt eines psychiatrischen Menschen betrifft, fest: *„Arbeitslosigkeit, unbefriedende Wohnverhältnisse, mangelhafte psychotherapeutische Nachbetreuung und eine verwirrende Zuständigkeit im rechtlichen finanziellen Belangen führen häufig zu einer Verschlechterung der finanziellen und materiellen Lebenssituation bis hin zur Verarmung sowie zu psychischen Krisen und Rehospitalisierung. [...] Erheblich belastet sind auch die zwischenmenschlichen Beziehungen, [...]“* (Schäfer, 1993, 247)

Viele Patienten beklagen diese Umstände nach der Entlassung. Sie fühlen sich allein und leider oft ausgeschlossen von kulturellen Angeboten. (vgl. Angermeyer, 1984 zit.n.Schäfer, 1993, 247) Dies betrifft auch den Bereich des Sports. (vgl. Schäfer, 1993, 247) Sportvereine sind meist sehr stark auf Wettbewerb und Leistung ausgerichtet. Diese Umstände machen es psychisch kranken Menschen schwer, eine adäquate Anlaufstelle zu finden.

Becker schreibt in einem Artikel über gemeindenahere bewegungsorientierte Angebote für psychisch Kranke, dass er den Eindruck habe, dass dieses Klientel, trotz der fortschreitenden Erkenntnisse, im ambulanten Bereich immer noch wie ein Stiefkind behandelt wird. Obwohl gerade psychisch kranke Menschen, die laut einer Evaluationsstudie innerhalb von fünf Jahren ein oder mehrere Rezidive erleben und dadurch immer wieder ihr mit Mühen aufgebautes soziales Netzwerk auseinanderbrechen sehen müssen, insbesondere auf Angebote im nachsorgenden Bereich angewiesen sind, mangelt es stark an ihnen. Und dies trotz der aktuellen Maxime, soviel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig anzubieten.“ (vgl. Becker, 2002, 4)

„Es ist heute als weitgehend gesichert anzusehen, dass qualifizierte ambulante Unterstützung Krankheitsrückfälle und damit Klinikaufnahmen in nennenswertem Umfang verhindern kann.“ (vgl. Bauer/Berger, 1998, S. 615-638 zit. n. Becker, 2002, 4)

Gerade im nachsorgenden Bereich sollte die Frage gestellt werden, welche Schutzfaktoren es für psychisch kranke Menschen gibt, um ihre Stabilität zu fördern und möglichst die nächste Krise zu vermeiden bzw. abzuschwächen. (vgl. Becker, 2002, 4) Dies stellt sich als eine aktive und nicht als eine reaktive Aufgabe dar. Antonovsky beschreibt in seinem Modell der Salutogenese das Kohärenzgefühl als beeinflussendes Element in Krisensituationen. Das Maß des Gefühls wird darin deutlich, ob jemand seine Anforderungen für sich annehmen kann und das Vertrauen in sich trägt sie mit den eigenen Ressourcen zu bewältigen. Dabei spielen Ressourcen natürlich eine besondere Rolle. Heilsame Faktoren, die als Schutz und Ressource dienen können, sind nach Antonovsky eine soziale Unterstützung, ein gesunder Lebensstil und eine materielle und kulturelle Stabilität. Die Faktoren sollen im optimalen Falle gemeinschaftlich dazu führen, dass der Mensch mehr Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten gewinnt und seine Motivation wächst, Anforderungen bewältigen zu wollen. Becker betont außerdem, dass über eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben auch eine Normalisierung von Begegnung und Beziehung erreicht werden kann. (vgl. Becker, 2002, 5) Was so einfach und schlicht klingt, hat für einen psychisch kranken Menschen eine enorm große Bedeutung. Nur wenn die Möglichkeit angeboten wird, am

gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, entsteht ein Übungsraum, den der Betroffene nutzen kann. Wenn solche Räume jedoch nicht entwickelt werden, kann auch keine Normalisierung von Begegnung und Beziehung für psychisch kranke Menschen entstehen.

In den folgenden Abschnitten sollen Beispiele angeführt werden, wie bewegungsbezogene Angebote im nachsorgenden Sektor erfolgreich integriert werden können und welche Wirkungen bei den Teilnehmern zu verzeichnen sind, wenn ein professionelles Angebot gemacht wird.

5.1 Das Beispiel einer gemeindenahen Sport- und Spielgruppe

Einige Aspekte sind bei der Durchführung von Sport- und Bewegungsangeboten für ein psychiatrisches Klientel wesentlich. Am Beispiel einer offenen Spiel- und Sportgruppe, die in einem Tageszentrum in Hagen statt fand, soll auf diese eingegangen werden. Das erste Stichwort lautet: Gemeindenähe. Ein Versorgungsangebot soll sich möglichst in unmittelbarer Nähe von der angesprochenen Klientel befinden. *„Psychiatrische Versorgungsangebote stehen und fallen mit dem Grad ihrer Zugänglichkeit“* (Schäfer, 1993, 248) Wird dies berücksichtigt hat das Angebot eine größere Chance, erfolgreich von den Adressaten angenommen und kontinuierlich besucht zu werden. Die finanziellen Eingangsbedingungen spielen dabei außerdem eine entscheidende Rolle. Psychisch Kranke gehören in unserer Gesellschaft zu den Ärmsten. (vgl. Schädle 1989 zit.n. Schäfer, 1993, 248) Dieser Umstand muss in der Planung berücksichtigt werden. Des Weiteren ist die Niedrigschwelligkeit des Angebots zu beachten. Der Klientel soll es möglichst einfach gemacht werden, die Angebote zu besuchen. Hohe Anforderungen und Ansprüche an die Teilnehmer sollen vermieden werden, so dass Ängste oder Unsicherheiten keine Hinderungsgründe für potenzielle Teilnehmer sind. Die Bewegungsangebote sollten zu den verschiedenen Bausteinen der gemeindenahen psychosozialen Versorgung gehören. Dabei ist das Normalitätsprinzip zu wahren. Dies bedeutet, dass die angebotenen Hilfen so gut wie möglich in die normale gesellschaftliche Struktur integriert werden. (vgl. Schäfer, 1993, 249 f)

Hilfreich können außerdem klare Botschaften in der Einladung an psychisch kranke Menschen sein. Es muss deutlich werden, dass es in dem Angebot um Kooperation, nicht um Wettbewerb geht. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass Presseberichte dabei eine große Hilfe darstellen, Interesse in der Öffentlichkeit zu wecken. Allein 18 Personen kamen aufgrund der Artikel in der Zeitung zu dem offenen Angebot der Spiel- und Bewegungsgruppe in Hagen. Weiter muss berücksichtigt werden, dass bei einem offenen Angebot Menschen mit unterschiedlichen Leistungsspannen erscheinen. Alterseinschränkungen können dieser Erscheinung begrenzt eine Hilfe sein. Wenig bewegungsintensive Materialien wie Luftballons, Tücher oder zusätzliche Regeländerungen, Erholungsphasen und Zeitbegrenzungen kommen allen Teilnehmern in einer heterogenen Gruppe entgegen. (vgl. ebd. 250) Schäfer schlägt folgende Ablaufskizze als idealtypischen Verlauf einer Stunde vor. Zu Beginn steht die Aufwärmphase an. Sie dient der Herstellung günstiger individueller und zwischenmenschlicher Handlungsvoraussetzungen. Herz- und Kreislauffähigkeit sowie die Atmung und die Muskulatur sollen eingestimmt werden. Negativsymptome wie Antriebslosigkeit sollen durch Mobilisierung ausgeglichen werden, agitierte Verhaltensweisen durch entsprechende Entspannungsübungen. Während dieser überwiegend mobilisierenden Phase soll der ganze Körper mit einbezogen werden. Dafür bieten sich Lauf- und Ballspiele an. Ein wirkungsvoller weiterer Schritt ist, Kontakt- und Partnerspiele einzubauen. Diese fungieren als vertrauensschaffende Maßnahmen und brechen die anfänglich statische Atmosphäre auf. Der Hauptteil besteht überwiegend aus Spielen und Gruppenübungen, die sozial, motorisch, kognitiv und emotional-affektiv herausfordern. Der Gruppenleiter hat dabei darauf zu achten, den Teilnehmer auch Zeit zu geben, um ihre Erfahrungen auszudrücken. In der Schlussphase wird der „cool-down“ eingeleitet. Das Leistungsniveau wird schrittweise reduziert. Spannungen werden mit Hilfe von entsprechenden Methoden abgebaut. Zum Ende der Stunde soll wieder jeder Teilnehmer bei sich selber ankommen und sich aus dem Gruppengeschehen lösen. (vgl. ebd. 251)

5.2 Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie

In Tübingen wurden 1995 Rehabilitations- und Gesundheitssportangebote mit einem integrativen Charakter entwickelt. Dabei wurde bewusst auf ein spezielles Angebot für psychisch kranke Menschen verzichtet. Das Ziel war es eine Integration in die „normale Gesellschaft“ zu bewerkstelligen. (vgl. Hornberger u.a. 2002, 170) Finanziert wurde in erster Linie über Reha-Vereinbarungen. Die Indikation für psychisch kranke Menschen, die in komplementären Einrichtungen oder auch eigenen Wohnungen nach Psychiatrieerfahrung leben, wurde schwerpunktmäßig auf den sozialen Wirkfaktor bezogen. Für die Forschungsgruppe stand fest, dass der soziale Kontakt zusätzlich zu den Kontakten mit den helfenden Institutionen, ein entscheidendes Element im Gesundungsprozess eines psychisch kranken Menschen darstellt. Allerdings wurde wiederum registriert, dass das Gros der psychisch Kranken sich nicht in klassische Sportvereine traut. Gründe dafür sind auch die zum Teil gravierenden körperlichen Einschränkungen psychisch kranker Menschen. Übergewicht, Verdauungsstörungen, Kreislaufschwäche, Bewegungsunruhen, Steifigkeit usw. sind nur einige Hinderungsgründe. Rein formal-rechtlich gäbe es im Rahmen des Rehabilitationssports inhaltlich ergänzt durch den Gesundheitssport hinreichend Orientierung für ein Sportangebot im außerklinischen Bereich.

„Rehabilitationssport definiert sich im Sinne des sozialen Leistungsrechts als ergänzende Leistung der Rehabilitation, die im Rahmen der für die einzelnen Sozialleistungsbereiche (GVK, GKR, GUV) geltenden Vorschriften den Betroffenen vom Arzt verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird (...). R. umfasst bewegungstherapeutische Übungen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen, die von einem Übungsleiter mit besonderem Qualitätsnachweis (Lizenz) geleitet werden müssen.“ (Deutscher Behinderten Sportverband, 1999, zit. n. Hornberger u.a., 2002, 171)

„Gesundheitssport ist eine aktive, regelmäßige und systematische körperliche Belastung mit der Absicht, Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. somatisch wie psychosozial, zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen.“ (Deutscher Sportverbund, 1993, zit. n. Hornberger u.a., 2002, 171)

Beide Definitionen weisen deutlich auf die Personengruppe psychisch kranker Menschen hin, trotzdem fehlt es in der Praxis an Angeboten.

Längle und Hornberger verdeutlichen Gründe für die Indikation von einem nachsorgenden Bewegungsangebot für schizophrene Menschen. Sie betonen einerseits die Notwendigkeit psychisch erkrankten Menschen überhaupt ein gesundheitsförderndes Bewegungsangebot zu bieten und andererseits die Möglichkeiten von Sport als Mittel der Reintegration in die Gesellschaft auszunützen. (vgl. Hornberger u.a., 2002, 171)

Zu den Zielsetzungen solcher Bewegungsangebote im nachsorgenden Bereich gehören eine allgemeine Aktivierung, Verbesserung der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten und wie oben schon erwähnt die Erweiterung sozialer Kontaktmöglichkeiten. Aus einem bewegungsbezogenen Angebot entstehen vielfältige mögliche Funktionen von „Sport als Rehabilitationsmaßnahme“. Zuerst sollen die gesundheitsfördernden Merkmale, die sowohl psychische, als auch physische Ziele einbeziehen, benannt werden.

- Vermittlung von neuen Erfahrungen und Erlebnissen
- Erleben und Überwinden von Ängsten
- Einüben von sozialen Fähigkeiten
- Steigerung des Selbstbewusstseins und des Selbstvertrauens
- Motivation zu neuen Lebenszielen
- Vermittlung des Gefühls emotionaler Zugehörigkeit
- Aufbau eines Gesundheitsbewusstseins
- Motivation zu mehr Bewegung im Alltag
- Verbesserung der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten
- Verbesserung der Beweglichkeit

Rehabitativer Sport hat über die gesundheitsfördernde Aspekte hinaus auch noch einen nicht zu vernachlässigen reintegrativen Charakter. Dieser bezieht sich sowohl auf die Tagesstrukturierung der Klienten, als auch auf verschiedene soziale Aspekte. Folgende Ziele sind in der Forschungsgruppe erarbeitet worden.

- allgemeine Aktivierung
- Ablenkung von der Krankheit

- Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung
- Vermittlung von sportlichem Handlungs- und Freizeitwissen
- Erweiterung von sozialen Kompetenzen
- Zugehörigkeit zu einem Sportverein (vgl. Hornberger u.a., 2002, 171)

Laut einer Umfrage zu den Auswirkungen von Sport auf die subjektive Befindlichkeit, kam es bei 93% der 45 befragten psychisch kranken Menschen zu einer subjektiven Verbesserung dieser. Dabei wurden folgende Bereiche entsprechend der Reihenfolge stark bewertet: allgemeiner Gesundheitszustand, psychische Aspekte, soziale Aspekte, Motivationssteigerung Sport zu treiben und die körperliche Kondition. (ebd. 172)

Ein weiterer Forschungsgegenstand betraf das Sporttreiben unter dem Einfluss von Medikamenten. Bisherige Daten deuten darauf hin, dass über Bewegung neuroleptikainduzierte extrapyramidale Nebenwirkungen reduziert werden können. Auch zu der Frage wie sich das Sporttreiben unter Medikamenteneinfluss gestaltet, haben Betroffene Antworten gegeben. 22% der Befragten empfanden keine Einschränkung. 73% nannten in erster Linie Müdigkeit und Antriebslosigkeit, Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit und Konzentration, sowie Mangel der körperlichen Gewandheit. Für den Gruppenleiter ist es von Bedeutung zu wissen, dass die Medikamente die körperliche Befindlichkeit stark verändern können. Der Ruhepuls steigt unter Neuroleptika, die Belastungsspannung nimmt ab, die Schweißproduktion häufig zu und in vielen Fällen vollzieht sich eine Gewichtszunahme als Nebenwirkung der psychopharmakologischen Therapie. (vgl. ebd. 173)

Die Übungsleiter sind somit extrem in ihrer Fachlichkeit aber auch in ihrer Persönlichkeit gefordert. Die Differenzierungsfähigkeit des Trainers sollte sich sowohl auf die Leistungsfähigkeit des Einzelnen, aber auch auf die unterschiedlichen Stimmungen beziehen können. Die Erfahrungen in Tübingen lehren, dass im rehabilitativen Sport die Teilnehmer einen großen Wert darauf legen wieder eine Verbindung zwischen ihnen und ihrem Körper zu spüren. Koordinative Übungen sind also sehr bedeutend für den Entwicklungsprozess eines psychisch kranken Menschen. Sicherlich braucht ein Mensch mehr als eine

Stunde Reha-Sport in der Woche, um von den vielfältigen positiven Effekten des Sports im Alltag zu profitieren. Demzufolge ist eine Unterstützung die darauf abzielt, dass der Mensch sich grundsätzlich mehr in seinem Leben bewegt, äußerst sinnvoll. Weiterhin wird durch regelmäßige Treffen ein soziales Netz aufgebaut, welches auch außerhalb der Treffen einen hohen Stellenwert für die Teilnehmer gewinnt. (vgl. ebd.) Einige Sportler haben sogar den Sprung vom Rehabilitationssport in normale Sportvereine geschafft. (vgl. ebd.174)

Dieses besondere Sportangebot, das Gegenstand der Forschung war, beinhaltet Aspekte von Integrationssport, Gesundheitssport, Breitensport, Sporttherapie und Rehabilitationssport. Die englische Bezeichnung „social sports“ beschreibt den Charakter der Reha-Sportgruppen sehr treffend.

Tatsache ist: Der Bedarf für Bewegungsangebote für psychisch kranke Menschen ist vorhanden. Hornberger und Längle fordern, dass Angebote in die vorhandene Infrastruktur der Gemeinde eingebunden werden. Landkreise, Kassen, Wohlfahrtsverbände, Sportverbände aller Gemeinden sind gefordert adäquate Stellen zu schaffen.

5.3 „Begegnung in Bewegung“

In der Zeitschrift „Gesundheitssport und Sporttherapie“ wird in einem Artikel mit der Überschrift „Begegnung in Bewegung“ im Rahmen eines bewegungsorientierten Nachsorgeangebots für psychisch kranke Menschen das soziale Bindungsverhalten der Teilnehmer überprüft. Im Zuge der Evaluation wurde die Frage gestellt, ob im entsprechenden Zeitraum (August-Dezember 2000) Effekte der Bewegungs-, Spiel- und Sportgruppe in Bezug auf den psychosozialen Schutzfaktor bei den Teilnehmern erkennbar waren. Als Evaluationsinstrumente wurden verschiedene Fragebögen und Bildbeschreibungen der Teilnehmer, Dokumentationen der Übungsleiterin und Befragungen der Mitarbeiter der Kontaktstelle, durch die die Teilnehmer zum Teil auch vermittelt wurden, verwendet. Eine eindeutige Antwort auf die Fragestellung konnte nicht per se gegeben werden. Allein die standardisierte Form der Fragebögen ergab keine signifikante

Veränderung. Durch Zunahme der weiteren Verfahren konnte ein umfassenderes Bild erstellt werden. Die Übungsleiterin kam zu dem Ergebnis, dass die Bewegungsgruppe eine wichtige Unterstützungsfunktion für die Teilnehmer darstellte. Die qualitativen Verfahren bestätigten ebenfalls, dass sich erste soziale Bindungen innerhalb der Gruppe entwickelten. Um diese Tendenzen weiter zu verfolgen, wäre ein längerer Zeitraum als vier Monate notwendig gewesen. Schnell trat hingegen ein verbessertes körperliches Wohlbefinden ein.

Die Übungsleiterin stellt am Ende der Pilotstudie fest, dass das Bedürfnis nach Bewegungsangeboten in Gruppen groß ist. Für diese Klientel waren die Häufigkeit der Teilnahme, die sich auf 70% belief und die Drop-Out-Rate bei 26% erstaunlich gut. Dieses Ergebnis wird bekräftigt von der Tatsache, dass die Gruppe auch über die Studie hinaus fortgeführt wurde.

5.4 Stellungnahmen der Experten

Gentzsch fasst zusammen, dass sie bewegungsbezogene Angebote im nachsorgenden Bereich für psychisch kranke Menschen sowohl zum Zwecke der Förderung einer sozialen Struktur, als auch für die Förderung der Gesundheitspflege als absolut sinnvoll erachtet. Sie sieht in den Bewegungsangeboten einen wichtigen Beitrag im gesamten Therapieverlauf, da sie effektiv am Körpererleben eines Menschen arbeiten und dies ein schizophrener Mensch insbesondere braucht. Da Veränderungen im Körpererleben eines Menschen Zeit brauchen ist ein kontinuierliches Angebot auch nach dem Klinikaufenthalt wünschenswert.

Jörg Trommer ist ebenfalls der Meinung, dass bewegungsbezogene Angebote im nachsorgenden Sektor eine zu kleine Rolle spielen. Dabei spielt die Finanzierung solcher Angebote eine entscheidende Rolle. Aktuell gibt es in der Klinik, in der er arbeitet Überlegungen, für den Bereich der Schizophrenieerkrankten die Gruppen zu öffnen, so dass nicht nur die Patienten aus dem stationären Bereich angesprochen sind, sondern niedergelassene Ärzte Patienten das Gruppenangebot verschreiben können.

Buschert bewertet die Rolle der bewegungsbezogenen Angebote im nachsorgenden Bereich als genauso wichtig wie im klinischen. Sie berichtet, dass sich viele Patienten gerne weiter bewegen möchten, sich aber nicht in einen Sportverein trauen, weil sie es nicht bezahlen können oder aus Angst vor einer fremden Gruppe. Patienten, die es trotz dieser Befürchtungen probiert haben, mussten leider auch frustrierende Erfahrungen machen, weil kein Verständnis für ihre besondere Situation vorhanden war. Auch in der Klinik von S. Buschert gibt es die Möglichkeit, weiterhin Patienten ambulant zu betreuen, allerdings nur begrenzt.

Buschert begrüßt es sehr, wenn andere Berufsgruppen, die ebenfalls mit schizophrenen Menschen arbeiten, sich für das Thema Bewegung interessieren und darin aktiv werden wollen. Sie würde sich wünschen, dass diesbezüglich mehr Austausch in Form von Hospitationen oder Gesprächen statt findet. Sie befürwortet funktionale Angebote. Wenn zum Beispiel eine Sozialpädagogin oder ein Krankenpfleger jeden Morgen eine halbe Stunde Gymnastik im ganz herkömmlichen Sinne anbietet ist das ihrer Meinung nach eine absolut sinnvolle Maßnahme. (vgl. Experteninterview mit S. Buschert, 2006)

„Das muss überhaupt nichts kompliziertes sein und keine großen therapeutischen oder intellektuellen Ansprüche haben. Das geht einfach darum gemeinsam das zu tun und möglichst regelmäßig und eben selber mitzumachen.“ (ebd.)

6. Die Relevanz für die sozialpädagogische Arbeit

Das übergreifende Ziel der sozialpädagogischen Arbeit ist eine Verbesserung und Erweiterung der *„Teilhabe von Individuen an den gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft.“*

(Staub-Bernasconi, 1994)

Die Soziale Arbeit bietet Maßnahmen und Dienste zum Ausgleich von individuellen und strukturellen Benachteiligungen an. Dabei kann sie sowohl

präventiv, als auch rehabilitativ ansetzen. Die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen haben den Auftrag materielle und immaterielle Hilfsleistungen zu erschließen und an den nicht ausreichend versorgten Klienten zu vermitteln. (vgl. Bosshardt u.a., 2001, 52 f) Dabei lässt sich das Handlungsspektrum der sozialen Arbeit in vier große Bereiche aufteilen. Zunächst gibt es Hilfen, welche die Individuation und Sozialisation eines jeden Menschen begleiten. Dabei sollen entwicklungspezifische Aufgaben bewältigt und gefördert werden.

Des Weiteren bestehen Hilfen, die in besonderen Krisensituationen begleitend und unterstützend eingesetzt werden, um den bedürftigen Menschen zu stabilisieren und ihn in seinen Lösungsansätzen voran zu bringen. Außerdem werden problem- und defizitorientierte Maßnahmen eingesetzt, die eine konkrete Krisensituation ausgleichen beziehungsweise entlasten sollen. Dabei kann es beispielsweise um eine Familienhilfe oder um berufsfördernde Maßnahmen gehen.

Der vierte Bereich umfasst Bestrebungen, die durchgeführt werden, um Ressourcen, die auf eine Optimierung der Sozialen Arbeit hinzielen, zu erschließen. Dies kann in Form von Hilfeplankonferenzen oder in Form von Unterstützung sozialer Bewegungen geschehen. (vgl. ebd. 54 f)

Das Ziel sozialpädagogischen Handelns ist es auch die Alltagsgestaltung der Klienten zu optimieren. Dabei gelten übergreifend die Arbeitsprinzipien: Hilfe zur Selbsthilfe und Gemeinwesenorientierung. Es geht darum, den Klienten zu befähigen, innerhalb eines möglichst autonomen Lebensraums am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. (vgl. ebd. 80)

Im Rahmen des sozialpädagogischen Handlungsfeldes kommt es zu zahlreichen Berührungen mit dem psychiatrischen Arbeitsbereich. Psychiatrische Ambulanzen, Beratungsstellen, Wohnheime oder Werkstätten sind nur einige Beispiele, wo die Sozialpädagogik auf den Bereich der Psychiatrie trifft.

Die Sozialpsychiatrie verfolgt Leitprinzipien wie Gemeindenähe und Gemeindeintegration. Die individuelle Bedürfnislage des psychisch labilen Menschen in Verbindung mit seinen alltäglichen Problemlagen, wird zum Gegenstand der Arbeit. Dabei sind Kooperationen mit den Angehörigen und die Einbeziehung des

gesamten Milieus des Betroffenen von großer Bedeutung. (vgl. Firnenburg 1994 zit. n. Bosshardt, 2001, 44)

Wenn Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in einem sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld tätig sind, benötigen sie gleichermaßen Wissen über die verschiedenen Krankheitsbilder, als auch über die spezifischen Hilfsbedarfe und die daraus resultierenden möglichen Behandlungsformen. An dieser Schnittstelle werden die gewonnenen Erkenntnisse aus dieser analytischen Arbeit bezogen auf die schizophrene Klientel relevant. Bewegungsbezogene Angebote gehören nachweislich zum breiten Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten von schizophrenen Menschen. Wenn sich die Gruppe der Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen in einer lebensberatenden Funktion befindet, kann dieses Fachwissen eine präventive, aber auch eine rehabilitative Hilfe für den Klienten sein. Schaut man sich die Ziele der Bewegungsangebote bei schizophrenen Menschen und die Ziele der sozialen Arbeit an, stellt man fest, dass es einige Parallelen gibt. Im Rahmen der Lauftherapie wurde angestrebt, dass reaktiv orientierte Gewohnheiten wie beispielsweise Defensiv- oder Vermeidungsverhalten langfristig reduziert werden sollen. (vgl. 5.1) Sozialpädagogische Interventionen zielen ebenfalls darauf ab, den Klienten dazu zu motivieren, wieder möglichst eigenständig und aktiv im eigenen Lebensraum zu werden. An diesem hervorgehobenen exemplarischen Beispiel wird deutlich, dass beide Ansätze sich unterstützen können.

Bewegungsorientierte Angebote können für Klienten auch durchaus aus sozialpädagogischer Sichtweise als effektives Instrument für eine verbesserte Lebensgestaltung dienen. Bezieht man sich auf die vielfältigen Wirkungsmöglichkeiten der Bewegung, so profitiert auch die soziale Arbeit von solchen Angeboten. Gerade die Bewegungsangebote im nachsorgenden Bereich fördern die sozialen Kontakte des Teilnehmers und haben für ihn auch einen tagesstrukturierenden Charakter. Außerdem lässt es den aktiven Menschen spüren, dass er selber wirksam sein und somit einen großen Beitrag zu seinem Wohlbefinden beitragen kann.

Die nächste Schnittstelle von Bewegung und Sozialpädagogik kann sich ergeben, wenn man bewegungs- und körperorientierte Ansätze grundsätzlich in die soziale Arbeit integriert. Recherchen haben ergeben, dass diese Verkopplung in erster Linie im Kinder- und Jugendbereich vollzogen wird. Koch u.a. beschreiben einleitend zu ihrem Buch über bewegungs- und körperorientierte Arbeit im sozialen Bereich, dass im Zuge der Modernisierung der Körper zunehmend aggressive, zerstörende und kranke Verhaltensweisen zeigt. Dieser Entwicklung soll mit Hilfe von körperbezogenen Angeboten in der sozialen Arbeit Einhalt geboten werden. (Koch u.a., 2003, 10 f) In den verschiedenen Artikeln dieses Buches wird deutlich, dass bewegungsorientierte Angebote ein fester Bestandteil aller Einrichtungskonzepte für junge Menschen sein sollen. Diese Tatsache unterstützt den Gedanken, Bewegung in einem jedem Lebenslauf als so grundlegend anzuerkennen, das auch soziale Einrichtungen für Erwachsene den Körper in ihren Behandlungsansätzen mit einschließen.

Da der nachsorgende Bereich ein Schwerpunkt in der sozialpsychiatrischen Arbeit von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ist, dient das Wissen über entsprechende Bewegungsangebote für schizophrene Menschen einer vollständigeren Versorgung mit Informationen im Rahmen von beratenden Situationen. Sowohl die befragten Experten, als auch verschiedene Autoren kritisieren den Mangel von Bewegungsangeboten im nachsorgenden Bereich. Sicherlich ist es nicht die primäre Aufgabe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen Bewegungsangebote anzubieten, aber sofern welche vorhanden sind, gilt es sie für Interessierte zu erschließen.

In vollstationären Wohneinrichtungen oder Institutionen, die die Alltagsgestaltung und das Freizeitverhalten psychisch kranker Menschen mit gestalten, können Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen jedoch auch diejenigen sein, welche entweder einen externen Bewegungsspezialisten hinzuziehen oder sich selber spezialisieren, um bewegungsbezogene Angebote zu machen.

7. Schlussbetrachtung

Die Aussage: „Bewegung hat eine immanente Bedeutung für das Leben“, ist in dieser Arbeit mit Inhalt gefüllt worden. Es wurde aufgezeigt wie komplex Bewegungsabläufe sind und dass sie regelmäßigen Trainings bedürfen, um möglichen Störungen vorzubeugen. Die Funktionen der Bewegung sind für den Menschen vielfältig. Die Bewegung bestimmter Abläufe im Körper ist zum Teil sogar lebensnotwendig für den Menschen. Die Bewegung des Menschen beinhaltet aber auch die Möglichkeit sich auszudrücken. Psychisch kranke Menschen verlieren diese Ausdrucksmöglichkeit, wenn professionelle Helfer sie nicht erneut anregen und fördern. Eine regelmäßige Bewegung beugt nachweislich körperliche Krankheiten vor. Sie bekämpft sie aber auch aktiv. Jeder Faktor, der die Psyche eines Menschen stabiler werden lässt, beugt auch Dekompensationen vor. Bewegungsbezogene Angebote können dies bewirken. Gerade in der heutigen schnelllebigen und anspruchsvoll komplexen Gesellschaft braucht der Mensch Instrumente, um zur Ruhe zu kommen und sich wieder auf sich selber besinnen zu können. Sport reduziert Stress und steigert die Stimmung, außerdem fördert er die psychosoziale Befindlichkeit. Der psychotische Mensch ist durch seine ausgeprägte Vulnerabilität gekennzeichnet. Er benötigt zusätzliche Stabilisatoren, die ihn vor Krisen schützen, bzw. ihm helfen schneller aus Krisen heraus zu gelangen. Sport kann so ein Stabilisator sein. Trotz des noch relativ geringen Stellenwerts von bewegungstherapeutischen Angeboten stellen sie eine Behandlungsmöglichkeit dar, welche die Besserung, Heilung und Rückfallverhütung von psychischen Erkrankungen erreichen kann. Ob bewegungsbezogene Angebote bei schizophrenen Menschen im Vergleich zu anderen Personengruppen stärker indiziert sind, ist nach wie vor schwer zu beantworten. Entscheidend ist, dass eine eindeutige Indikation vorliegt. Die Umsetzung des Normalitätsprinzips im Rahmen der Bewegungsangebote ist für die Rehabilitation von psychisch kranken Menschen von großer Bedeutung. Dass bewegungsbezogene Angebote auch ihre Grenzen haben, ist deutlich geworden. Diese Grenzen sind von Einzelfall zu Einzelfall erneut abzuwägen. Entscheidend ist immer die Bereitschaft des Klienten. Dabei spielt der Übungsleiter jedoch eine tragende Rolle als bestärkender Motivator und als einfühlsames und vertrauens-

bildendes Gegenüber. Ein Schwerpunkt dieser Diplomarbeit ist die Versorgung von bewegungsbezogenen Angeboten im nachsorgenden Sektor kritisch zu betrachten. Die Ausbreitung von Bewegungsangeboten in diesem Bereich ist sehr gering. Umso wichtiger erscheint der Aufruf zur Integration von Bewegungsangeboten. In den Aufgabenbereich von allen professionellen helfenden Berufen, die im nachsorgenden Bereich tätig sind, fällt es, Bewegung in Form von funktionalen Angeboten anzubieten bzw. zu erschließen. Laufen, Walken, Tanzen, Ballspiele, Gymnastik, Spaziergänge in der Natur, es gibt unzählige Möglichkeiten Bewegung in den Alltag zu integrieren. Diese Integration erfordert Geduld und Ausdauer und ein hohes Engagement.

Das Fazit dieser Arbeit ist: dieses Engagement ist lohnenswert. Jeder Mensch, auch der schizophrene, profitiert von Bewegung in seinem Leben. Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen haben die Aufgabe darüber aufzuklären und so wie es ihnen individuell möglich ist Bewegungsangebote zu erschließen oder selber welche anzubieten.

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1:** Störungen des Körpererlebens in der Schizophrenie
Röricht, F. Strukturmodell
(1998) In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für
Psychologie, S. 13
- Abbildung 2:** Körpererleben in der Schizophrenie
Scharfetter, Ch. In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
(1998) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für
Psychologie, S. 39
- Abbildung 3:** Beispiel für eine fragmentierte Skulptur Pat. A
Joraschky, P. In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
u.a. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für
(1998) Psychologie, S. 130
- Abbildung 4:** Gestaltbildung der fragmentierten Figur nach dem
Joraschky, P. Augenöffnen
u.a. In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
(1998) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für
Psychologie, S. 130
- Abbildung 5:** Skulptur der Patientin A vor der Entlassung
Joraschky, P. In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
u.a. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für
(1998) Psychologie, S. 131

- Abbildung 6:** Körper- und bewegungstherapeutische Verfahren in der
Hölter, Psychiatrie – eine Auswahl
(1993) In: Hölter, G. (Hrsg.)
Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in
In Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung
Schorndorf, Karl Hofman Verlag, S. 13
- Abbildung 7:** Übersicht über den Zusammenhang zwischen dem konkreten
Bartmann, Verhalten einer Läuferin/ eines Läufers und den
(2005) verhaltenstherapeutischen Wirkungsmechanismen
In: Joggen für die Psyche
Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit, 4. überarbeitete
und erweiterte Auflage, Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie Tübingen, S.75

Literaturverzeichnis

- Andrecs, H.** **Zwischen Lust und Frust. Die Körperliche Befindlichkeit
(1994)** **als Grundlage des Lebensgefühls**
In: Weiß, O. (Hrsg.)
Sport Gesundheit Gesundheitskultur
Wien; Köln; Weimar, Böhlau Verlag, S.140 ff.
- Bachl, N.** **Sport als Prävention für ein modernes
(1994)** **Gesundheitssystem**
In: Weiß, O. (Hrsg.)
Sport Gesundheit Gesundheitskultur
Wien, Köln, Weimar; Böhlau Verlag, S.122
- Bartmann, U.** **Laufen und Joggen für die Psyche
(2005)** Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit
4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Deutsche
Gesellschaft für Verhaltenstherapie Tübingen, S. 24-29, 35-
51, 88-89
- Bayerl, B.** **Konzentrierte Bewegungstherapie bei chronisch
(1998)** **schizophrenen Patienten – eine Kasuistik**
In: Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrefe-Verlag für
Psychologie, S.149
- Bayerl, B.** **Konzentrierte Bewegungstherapie als körperorientierte
(2004)** **Psychotherapiemethode bei einem Patienten mit
coenästhetischer Schizophrenie**
In: Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen
Methoden und integrativen Konzepten
Stuttgart, Schattauer Verlag, S. 219

- Becker, K.** **Gemeindenaher bewegungsorientierte Angebote für psychisch kranke Menschen**
(2002)
In: Gesundheitssport und Sporttherapie
Nr.18, S.4-6
- Blech, J.** **Fit wie in der Steinzeit**
(2006)
In: Spiegel, 5/2006, S.134-145
- Bock, T.** **Umgang mit psychotischen Menschen**
(2003)
2. Aufl., Bonn, Psychiatrie-Verlag, S.14- 22
- Bosshardt, M.** **Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie**
(2001)
Bonn, Psychiatrie-Verlag, S. 44, 52- 54, 80
- Bräuninger, I.** **Tanz- und Bewegungstherapie**
Blumer, E. In: Psychiatrie und Rehabilitation, Berlin, Springer Verlag,
(2004) S.381
- Braus, D.** **Schizophrenie**
(2005)
Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten, Stuttgart, Schattauer Verlag, S.4, 10 ff, 33
- Buschert, S.** **Experteninterview**
(2006)
Transkript ist auf Anfrage einzusehen
- Deimel, H.** **Sporttherapie bei psychotischen Menschen**
(1983)
Entwicklung, Methodik und Ergebnisse
Berlin, Marhold Verlag, S. 83, 105
- Fischer, K.** **Einführung in die Psychomotorik**
(2001)
München, GmbH & Co KG, Ernst Reinhard Verlag, S. 57, 129

- Fiedler, I.**
Klienten
(1998) **Tanz- und Bewegungstherapie mit schizophrenen**
In: Rörich / Pribe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrefe-Verlag für
Psychologie, S. 171-181
- Freud, S.**
(1994) **Das Ich und das Es**
GW 3, S. 294
In: Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Historischer
Abriss der Psychosen-Therapie
Wien, Springer-Verlag, S.295
- Gentsch, S.**
(2004) **Bewegungstherapie in der Schizophreniebehandlung am**
Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie
Salzhausen, Lietzberg, S.25-82
- Gentsch, S.**
(2006) **Experteninterview**
Transkript ist auf Anfrage einzusehen
- Gruppe, O.**
(1994) **Wohlbefinden und Gesundheit in Sport**
In: Weiß, O. (Hrsg.)
Sport Gesundheit Gesundheitskultur
Wien; Köln; Weimar, Böhlau Verlag, S. 172
- Hammer, R.**
Eckert, R.
(2004) **Der Mensch im Zentrum**
Hofmann Schorndorf Verlag, S. 61

- Häfner, H. (2004)** **Schizophrenie – das Zusammenwirken von Entwicklungs- und Krankheitsfaktoren**
In: : Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für
Psychologie, S. 3
- Hartmann, C. (2002)** **Bewegungs- und trainingswissenschaftliche Grundlagen**
In: Froböse I., Hartmann C.; Minow H., u.a. (Hrsg.)
Bewegung und Training
Jena, Urban & Fischer Verlag München, S.1-9
- Heise, T. (2004)** **Qigong – Studie zur komplementären körper- und psychotherapeutischen Behandlung Psychosekranker**
In: Machleidt, Garlipp, Haltenhof (Hrsg.)
Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen
Methoden und integrativen Konzepten, Stuttgart, Schattauer
Verlag, S. 230-238
- Heuer, B. (1997)** **Schizophrene Menschen „sprechen“ mich an**
In: Schritte zur Ganzheit. Bewegungstherapie mit schizophren
Kranken, Urban & Fischer Verlag, S. 7-123
- Hochgerner, M. (1994)** **Das Ich ist vor allem ein körperliches...**
In: Hutterer-Krietsch (Hrsg.)
Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Historischer
Abriss der Psychosen-Therapie
Wien, Springer-Verlag, S. 295-309
- Hölter, G. (1993)** **Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie**
In: Hölter, G. (Hrsg.)
Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in
Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung
Schorndorf, Karl Hofman Verlag, 14-46

- Hornberger, S. (2002)** **Sport mit seelisch erkrankten Menschen als Rehabilitationsmaßnahme**
In: Gesundheitssport und Sporttherapie,
Nr. 18, S.170-176
- Hutterer-Krisch, R. (1994)** **Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Historischer Abriss der Psychosen-Therapie**
Wien, Springer-Verlag, S.3
- Iljine, V (1985)** **Prolegomena**
In: Petzold, H.
Psychotherapie & Körperdynamik. 5.Auflage
Paderborn, Jungfermannscher Verlag, S.5
- Knobloch, J., Fritz, A. (1993) a** **Erklärungsansätze für psychische Effekte von Bewegungsprogrammen**
In: Hölter, G. (Hrsg.)
Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in
Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung
Schorndorf, Karl Hofman Verlag, S. 45-47
- Knobloch, J., Deimel, H. (1993) b** **Eine Studie zur Förderung sozialer Kompetenz schizophrener Patienten durch Bewegung**
Ehleringer-Kosmol, M. In: Hölter, G. (Hrsg.)
Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in
Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung
Schorndorf, Karl Hofman Verlag, S.140 ff.
- Koch, J., Rose, L., Schirp, J., Vieth, J. (2003)** **Bewegungs- und körperorientierte Ansätze in der Sozialen Arbeit**
Opladen, Leske + Budrich, S.10

- Maes, K. (1993)** **Bewegung und Körpererfahrung als Medien der Psychotherapie von Psychosen. Dissertation**
Mönchengladbach, S.7-8, 19
- Mahr, K. (1998)** **Bewegungsstudien. Eine analytische Betrachtung der körperlichen Bewegung. Bd.12**
Tübingen, Edition diskord, S.19-25
- Marneros, A. (1997)** **Negative Symptome der Schizophrenie**
Diagnose – Therapie – Bewältigung
Stuttgart, New York, Thieme Verlag, S.1-4
- Mauerer-Groeli, Y. (1998)** **Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie IKP bei akut schizophran Erkrankten – empirische Studie**
In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrete-Verlag für Psychologie, S.139
- Mentzos, S. (2002)** **Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie**
Göttingen, Vadenhoeck & Ruprecht, S.23-24
- Miehe, H. Fischer-Walther, A. Brack, M. Haltenhof, H. (2004)** **„In Bewegung kommen“ Lauftherapie in der Schizophreniebehandlung**
In: Machleidt, Garlipp, Haltenhof (Hrsg.)
Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten, Stuttgart, Schattauer Verlag, S. 213-215
- Mitterbauer, G. (1994)** **Zum Einfluß von Sport und Bewegung auf die Lebensqualität**
In: Weiß, O. (Hrsg.)
Sport Gesundheit Gesundheitskultur
Wien; Köln; Weimar, Böhlau Verlag, S. 91-93

- Möller, H.** **Psychiatrie und Psychotherapie**
Laux, G. 2. Aufl., Stuttgart, Thieme-Verlag, S.134-149 ff, 465, 539
Deister,A.,
(2001)
- Norden, G.** **Sport, Gesundheit – und Lebensqualität. Eine**
(1994) **Sekundäranalyse österreichischer Daten**
In: Weiß, O. (Hrsg.)
Sport Gesundheit Gesundheitskultur
Wien; Köln; Weimar, Böhlau Verlag, S. 74
- Passett, P.** **Vorwort**
(1998) In: Mahr, K.
Bewegungsstudien. Eine analytische Betrachtung der
körperlichen Bewegung. Bd. 12.
Tübingen, Edition diskord, S.7
- Pohle, C.** **Gesundheitsbewußtsein**
(1994) Theoretische und empirische Analysen unter der
Berücksichtigung von Bewegung und Entspannung
Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie,
Bd./Vol.442, Frankfurt am Main, Europäischer Verlag der
Wissenschaften, S.10

- Prokop, L.**
(1994) **Gesundheit-Lebensqualität-Sport**
In: Weiß, O.
Sport Gesundheit Gesundheitskultur.
Wien; Köln; Weimar, Böhlau Verlag, S.99
- Puhr, A.**
Schmoll, D.
(2004) **Tanz- und Bewegungstherapie mit schizophrenen Menschen**
Ein Werkstattbericht
In: Machleidt, Garlipp, Haltenhof (Hrsg.)
Schizophrenie – Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten, Stuttgart, Schattauer Verlag, S. 225
- Rebel, G.**
(1999) **Bewegungspädagogik im Sozialwesen. Eine Einführung**
Münster; New York; München; Berlin, Waxmann Verlag, S. 26, 103-104
- Röhrich, F.**
(1998) a **Die theoretische, klinische und konzeptionelle Bedeutung des Körpererlebens für die Schizophrenie – Eine Einführung**
In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgreffe-Verlag für Psychologie, S. 11
- Röhrich, F.**
(1998) b **Körperschema, Körperbild und Körperkathexis in der akuten Schizophrenie**
In: Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgreffe-Verlag für Psychologie, S. 91

- Schäfer, O. (1993)** **Gemeindenaher Nachsorge in der psychiatrischen Versorgung am Beispiel einer offenen Sport- und Spielgruppe**
In: Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung, Schorndorf, Karl Hofman Verlag, S. 247-248
- Scharfetter, C. (1979)** **Psychopathologie und Therapie der Schizophrenen**
Transkript eines Vortrages anlässlich des Deutschschweizertreffens der Lehrerinnen und Lehrer in Psychiatrischer Krankenpflege vom 2. Februar, S. 15
In: Hutterer- Krietsch (Hrsg.)
Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Historischer Abriss der Psychosen-Therapie, Wien, Springer-Verlag, S. 395
- Scharfetter, C. (1998)** **Ich-Psychopathologie und Leiberleben**
In: : Röricht / Priebe, Körpererleben in der Schizophrenie
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hofgrefe-Verlag für Psychologie, S. 32-33
- Servan- Schreiber, D. (2006)** **Die neue Medizin der Emotionen**
Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente
3. Auflage, Wilhelm Goldman Verlag München, S. 182-192
- Spiel, C. (1994)** **Selbstkonzept und Sport**
In: Weiß, O.
Sport Gesundheit Gesundheitskultur.
Wien; Köln; Weimar, Böhlau Verlag, S. 150

Trommer, J.
(2006)

Experteninterview
Transkript ist auf Anfrage einzusehen

Woll, A.,
Bös, K.
(2004)

Wirkungen von Gesundheitssport
In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport
Nr.20, S.97-106

Erklärung zur Diplomarbeit

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit eigenständig verfasst habe.

Bei der Erstellung der Arbeit sind nur die angegebenen Quellen verwandt worden.
Wörtliche oder dem Sinn nach entnommene Textstellen sind als solche von mir
gekennzeichnet worden.

Pinneberg, 12.01.2007