

Integrative Bewegungstherapie

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

(peer reviewed)

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

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

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

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

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

Ausgabe 03/2006

Zeitschrift *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1-2/2006

Themenschwerpunkt: Altern und Bewegung *

Autoren:

Julia Daller

Ulrike Wollsching-Strobel

Annette Höbmann-Kost

Anton Leitner

Annette Höbmann-Kost

Martin Waibel

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

Nr. 1-2/2006
14. Jahrgang
ISSN 1437 – 2304

Integrative Bewegungstherapie

*Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie
in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz*



Themenschwerpunkt:
Altern und Bewegung

Integrative Bewegungstherapie

Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie
in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)
Geschäftsstelle: Habichtstr. 96, 22305 Hamburg, Tel.: +49 40 / 611 890 73

Redaktion:

Annette Höhmann-Kost, Claus Gieseke (Layout), Cornelia Jakob-Krieger
Fotos: Renate Neddermeyer

Beirat:

Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems (A)
Prof. Dr. Heinrich Dauber, Kassel (D)
Prof. Dr. Hilarion G. Petzold, Düsseldorf/Amsterdam

Inhalt Nr. 1/2006

Julia Daller

Editorial

3

Ulrike Wollsching-Strobel.

Gedanken zur Leiblichkeit und Bewegung älterer Menschen

5

Annette Höhmann-Kost

Sturzprophylaxe bei älteren und alten Menschen

30

Anton Leitner

Nachruf Hildegund Heintl

52

Annette Höhmann-Kost

Nachruf Helmut Stolze

54

Martin Waibel

Buchbesprechungen

56

Editorial

Liebe IBT - Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

der Schwerpunkt der Beiträge in dieser Ausgabe ist der alte Mensch. Im Angesicht der Entwicklung einer zunehmend alternden Bevölkerung in unserer Gesellschaft finde ich die Auseinandersetzung unserer Berufsgruppe mit diesem Thema immer wieder aktuell und wichtig. Die Ergebnisse der unterschiedlichen Forschungszweige rund um das Alter machen es erforderlich, dass wir unsere Wissensbestände und Einstellungen ständig erweitern, aber auch korrigieren. So ist z.B. die irrige Annahme, Bewegung dürfe den alten Menschen nicht anstrengen, denn das würde ihm schaden, immer noch weit verbreitet. Im Sinne einer solchen differenzierenden Bewusstseinsarbeit verstehe ich die Artikel von Ulrike Wolsching-Strobel und Annette Höhmann-Kost. Beide Artikel ergänzen einander: Zusammen gelesen spannen sie den Bogen von der Vielfalt der Einflüsse auf die Bewegung eines alten Menschen zur konkreten Konzeption eines Bewegungsangebotes, insofern verbinden sie Theorie und Praxis.

Anton Leitner erinnert mit einem Andenken an Hildegund Heidl. Für mich als Therapeutin aus späteren FPI Generationen, habe ich einiges von der Bedeutung Hildegund Heidls für das Institut und für die mit ihm verbundenen Menschen indirekt miterlebt, sie selbst aber leider nie persönlich kennen gelernt. Durch diesen Beitrag erfahre ich nachträglich etwas von dem, was zu dem hohen Ansehen Hildegund Heidl's geführt hat und weswegen wir sie seit 1999 gerne als Ehrenmitglied in der DGIB hatten.

Annette Höhmann-Kost erinnert an Helmuth Stolze und seinen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Bewegungstherapie.

In zwei Buchbesprechungen macht Martin J. Waibel auf zwei neu erschienene Bücher im Bereich Essstörungen aufmerksam.

Was gibt es sonst Neues aus der Welt der Integrativen Bewegungstherapie? Gerne möchte ich noch auf unsere diesjährige Tagung „Die Kraft der Beziehung“ – Bewegungstherapie zwischen Intersubjektivität und Neurobiologie vom 08.12. – 10.12. 2006 in Geldern/NRW aufmerksam machen und einladen. Während der Tagung findet auch die Mitgliederversammlung der DGIB statt, zu der alle Mit-

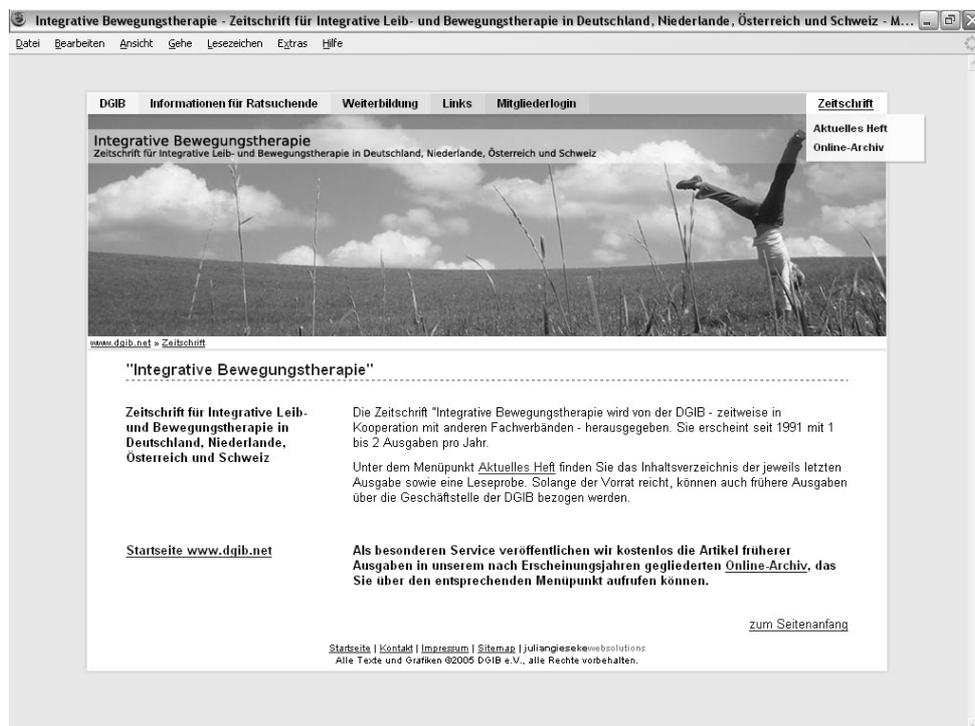
glieder und interessierten Leute eingeladen sind. Es wird ein neuer Vorstand gewählt und Meinungs austausch, konstruktive Beiträge und Engagement von Eurer/ Ihrer Seite sind ausgesprochen erwünscht.

Viel Freude beim Lesen und gedanklichen Austausch dieser neuen Ausgabe!

Julia Daller

Das Online-Archiv der Zeitschrift Integrative Bewegungstherapie mit Artikeln aus früheren Ausgaben unserer Zeitschrift, eine IBT-TherapeutInnen-Liste und weiteren Infos. zur DGIB finden Sie auf der Webseite der DGIB unter folgender Internetadresse:

www.dgib.net



Gedanken zur Leiblichkeit und Bewegung älterer Menschen

Ulrike Wollsching-Strobel, Frankfurt/M.

Zusammenfassung

Die folgenden Ausführungen sind ein Ausschnitt der Abschlussarbeit der Ausbildung in Integrativer Bewegungstherapie am Fritz Perls Institut mit dem Titel „Alter in Bewegung – Gedanken, Konzepte und Ideen zum Thema Alter und Bewegung“.

Im ersten aus Platzgründen hier nicht gedruckten Teil beschäftigt sich die Arbeit mit dem Thema alternde Gesellschaft allgemein, und geht dann auf das individuelle und persönliche Altern über.

Die Säulen der Identität von PETZOLD werden in ihrer Bezugnahme zu den Veränderungen in der Alternsphase dargestellt. Sie lesen hier die Vertiefung der Säule Leiblichkeit in einigen ihrer Facetten und dem Aspekt Bewegung. Die Abschlussarbeit endet mit den hier nicht dargestellten ausgewählten Bedeutungsfeldern von Bewegungs- und Leibarbeit für ältere Menschen.

Die vollständige Arbeit sowie die Literaturliste sind im Archiv des FPI einzusehen oder auch gerne von der Autorin zu erhalten

Vertiefung des Aspekts: Leib und Leiblichkeit

Die „objektive“ Sicht der „Welt“ auf den älteren Leib

Die objektive Sicht auf den älteren Leib ist je nach Stand der Wissenschaft sowie der gesellschaftlichen Haltung zum Alter und zu bestimmten Altersphasen ständiger Veränderung unterworfen und wird immer wieder durch neue Forschungsergebnisse und Erfahrungsberichte ergänzt und modifiziert.

Der ältere Leib verändert im Alternsprozess seine Adaptationsfähigkeit an psycho-physische und intellektuelle Anforderungen. Das zeigt sich durch längere Anpassungszeiten, verlängerte Reaktionszeiten auf Reize und die erhöhte Notwendigkeit, Lehrmethoden und Lerntechniken dem alten Menschen anzupassen, damit er Neues lernen kann und Fertigkeiten erhält.

Der ältere Mensch sieht anders aus als der jüngere: Durch den zunehmenden Wasserverlust in den Geweben und durch hormonelle Veränderungen wird seine Haut faltiger, es zeigen sich Pigmentflecken, seine Körpergestalt ändert sich durch Abnahme der Muskelmasse. Die Elastizität und die Geschwindigkeit der Bewegungen nehmen ab, Kombinationsbewegungen machen mehr Mühe, mehrere Dinge gleichzeitig zu tun, gelingt weniger, das Haar wird grauer und verändert sich in der Struktur und so weiter. Die so genannte allgemeine Leis-

tungsfähigkeit, die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats und auch der Sinnesorgane lassen nach (LANG 1986). Auch die Erholungszeiten bei Krankheiten werden länger.

Die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit im Alter krank zu sein, nimmt zu (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004, 569): zum Ersten durch so genannte „Alternde Krankheiten“, das heißt chronische Erkrankungen, die der Mensch aus früheren Lebensphasen schon mit in die Alternsphase bringt, zum Zweiten durch so genannte Alterskrankheiten, die zumeist erst im höheren Lebensalter auftreten. Diese sind neben genetischen Faktoren häufig durch ungesunde Lebensstile bedingt wie etwa der so genannte Altersdiabetes, Arteriosklerose, Arthrose, Osteoporose und so weiter. Zum Dritten treten im Alter häufiger Krankheiten auf, die auf die geringer werdende Adaptationsfähigkeit zurückzuführen ist, zum Beispiel Infekte. Zu den Krankheiten im Alter gehören aber auch Unfälle und bestimmte psychische Störungen wie depressive Symptomaten, Demenz und Angststörungen sowie Erkrankungen, die erst in der Alternsphase auftreten. Die gerontologische Medizin spricht von einer Multimorbidität im Alter.

Durch erweiterte Erkenntnisse der Wissenschaften im Hinblick auf Lebensstil, Lernfähigkeit älterer Menschen, verbesserte Krankheitsprophylaxe und Möglichkeiten zur Psychohygiene sowie der medizinischen Versorgung, ist das Altern aber nicht per se mit Krankheit und auch nicht mit dramatischen Leistungseinschränkungen verbunden. Es gibt Alternsveränderungen und -einbußen, aber auch Altersgewinne. Abgesehen von genetischen Faktoren, macht auch die Nutzung der oben genannten Erkenntnisse ein relativ gesundes und leistungsfähiges Altern, sowie vor allem Wohlbefinden im Alter, möglich. Mancher ältere Mensch ist sogar gesünder als in der Zeit seiner Lebensmitte oder Jugend, wenn für ihn entsprechender Lebensstil, Lebenszufriedenheit und akzeptable Lebensverhältnisse gegeben sind. Und untrainierte jüngere Menschen sind oft weniger leistungsfähig als trainierte ältere Menschen.

Das Kurzzeitgedächtnis, die Funktionsqualität der Sinnesorgane und die „fluid intelligence“ sind bei älteren Menschen weniger gut als früher, aber Faktoren wie Lerngegenstand und Lernkriterien, Persönlichkeitsstruktur und -erfahrungen, Motivation und angemessene Didaktik können diese Defizite ausgleichen (LEHR 1977). Wenn jüngere Menschen im Allgemeinen schneller lernen, können ältere Menschen dies durch strukturiertes Vorgehen bei der Auswahl des Lerngegenstands, verbesserte Integration in Gesamtzusammenhänge und oft mehr Genauigkeit und Intensität kompensieren. DÖRNER/PLOG (1984) betonen in diesem Zusammenhang die Fähigkeiten des älteren Menschen zu Konzentration, Aufmerksamkeit und Interesse, mangelnder Ablenkbarkeit sowie den

Bewusstseinsgrad und die affektive Beteiligung beim Behalten des Erlernten. Ältere Menschen sind also durchaus (noch!) lernfähig, sie lernen nur anders als jüngere.

Durch geeignete Anregungen und Anforderungen aus der Umwelt können veränderte Anpassungsfähigkeit, weniger schnelle Bewältigung neuer Situationen sowie langsamere Entschlussfähigkeit wettgemacht werden (SINGER 1981). Auch ein höherer Bildungsgrad spielt eine positive Rolle für die Lernfähigkeit. Zudem lässt die „crystallized intelligence“, worunter Allgemeinwissen, integrierendes Denken, logische Assoziationen und verbale Fähigkeiten gefasst werden, nicht zwingend aufgrund biologischer Alternsvorgänge nach, sondern kann mit entsprechendem Engagement des Einzelnen im Alter sogar zunehmen (SCHAIE, 1980).

Vorurteile, die durch Begriffe wie „Altersstarrsinn“, „Altersdummheit“ und „Alterspersönlichkeit“ eine defizitäre Sicht der Intelligenz- und Persönlichkeitsveränderungen im Alter suggerieren, können durch wissenschaftliche Untersuchungen nicht bestätigt werden (ÖSTERREICH 1981).

Eine negative Veränderung der Persönlichkeit in Abhängigkeit vom kalendrischen Alter und durch biologische Alternsprozesse ist nicht nachzuweisen (LEHR 1977, 128 ff.). Das heißt, weniger das Lebensalter als vielmehr die gesamte individuelle Lebenssituation sowie biografische und soziale Faktoren scheinen für die alternde Persönlichkeit prägend zu sein (ebd., 139).

Sämtliche Leistungsträger über 60 Jahre, seien sie in der Wissenschaft, der Politik, der Kirche, dem wissenschaftlichen oder sozialen Bereich, freiberuflich oder unternehmerisch tätig oder voll eingebunden in diverse familiäre Pflichten wie die Pflege von Angehörigen oder das Aufziehen von Enkelkindern, machen eine generelle Theorie über „Alter = Abbau“ zunichte. Das Gleiche gilt für Alterssportler.

Im Durchschnitt ist die Lebenszufriedenheit und emotionale Lage von Älteren nicht schlechter als die jüngerer Menschen (STATISTISCHES BUNDESAMT 2004, 573), allerdings sind hier – je nach Lebenslage – starke interindividuelle Unterschiede zu beobachten (MAYRING 1987).

Der Alternsprozess ist, solange ein Altersgen noch nicht gefunden und eliminiert ist, natürlich und ein relativ gesundes Altern normal und möglich.

Abgesehen von genetischen und Schicksalsfaktoren, die jeden einzelnen Menschen treffen können, sind die Qualität der Altersphase und das individuelle Wohlbefinden des Älteren mitgestaltbar durch die Gesellschaft und den Menschen selbst:

- Durch die Bereitstellung von Möglichkeiten und Fördermaßnahmen für alte Menschen im Rahmen gesellschaftlicher und staatlicher Institutionen sowie geeignete Anreize und Anforderungen.
- Durch adäquate Betreuung, Pflege, Versorgung und Begleitung von kranken Älteren und Hochbetagten.
- Durch das Ergreifen und selbstverantwortliche Tun des älteren Menschen, das heißt seinen Willen, sein Altern durch bewusste Lebensführung – als Prophylaxe für das höhere Alter auch schon in früheren Lebensphasen – aktiv mitzusteuern.

Der „objektiv betrachtete“ ältere Mensch ist bis ins hohe Alter veränderungs- und lernfähig und könnte wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge also durchaus von therapeutischen, agogischen und sonstigen Unterstützungsmaßnahmen profitieren.

Tatsächlich hat sich der Blickwinkel unserer Gesellschaft zu diesem Thema in den letzten Jahrzehnten differenziert: Das Altersbild der jungen und gesunden Älteren hat durchaus positive Aspekte, während sich im Hinblick auf ältere Alte, Kranke und Sieche ein defizitorientiertes Altersbild und Altersstigma findet.

Der „subjektive“ ältere Leib

Altern ist, wie schon gesagt, ein natürlicher Prozess jeglichen organischen Lebens und beginnt als Entwicklungsphase schon im Mutterleib.

Ein Gewährwerden des Alterns setzt zum einen das Selbstgewahrsein voraus, also die Wahrnehmungsfähigkeit aller Sinne und die Verarbeitung des Wahrgenommenen. Zum anderen hängt es von der Art der Verbindung zur umgebenden Welt ab, von den Anforderungen und Reizen, die von dort geboten werden.

Was beim kindlichen Altern Erweiterung der Handlungsfähigkeit bedeutet, erlebt der ältere Erwachsene zunächst als Einschränkung der Handlungsfähigkeit: Was er bisher konnte, wie er bisher lebte, kann er – plötzlich oder allmählich – nicht mehr, nur noch teilweise oder anders als vorher. Ein Konflikt zwischen persönlichen Zielen und tatsächlichen Handlungskompetenzen entsteht: „Ich will diese Herausforderungen annehmen, aber ich kann es nicht (mehr).“

Frau D., 68 Jahre, beschreibt es so: *„Im Alter macht man die Erfahrung, dass man Grenzen hat. Man sieht klar die Grenzen der Möglichkeiten, die man einmal hatte.“*

Die Kompensation der verringerten und veränderten Kompetenzen und deren Anpassung ist die Aufgabe des Älteren. Nimmt er diese nicht an, sind überforderungsbedingte Störungen und Erkrankungen – auch Unfälle – die Folge. Nach der Theorie von THOMAE (1970) erfolgt dieser Abstimmungsprozess meist in Form einer Anpassung der kognitiven Strukturen und Motivationslagen an die zur Verfügung stehenden psychomotorischen Funktionen. Der Mensch „will“ nur noch das, was der Körper „noch“ kann.

Frau D.: „... und diese Grenzen muss man erkennen. Es lässt sich aber innerhalb dieser Grenzen noch allerhand tun.“ Aber die emotionale Beanspruchung der Begrenzung läuft parallel: Frau D.: „Traurig, traurig ... Mein Gott, wenn du das noch könntest.“

Wichtig ist es, in diesem Anpassungsprozess hervorzuheben, welche Entwicklungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind. Dann ist es möglich, sich gegebenenfalls für diese zu entscheiden beziehungsweise die zur Verfügung stehenden Ressourcen explizit zu benennen, neue Kompetenzen und Performanzen zu entwickeln oder sich ihrer nur bewusst zu werden, um dem Verlust einen Gewinn entgegenzusetzen.

Ihren Bewältigungsversuch formuliert Frau D. so: „Man muss immer offen bleiben, alles auf sich zukommen lassen, es verarbeiten, aufnehmen, interessiert sein ... Neugierig auf das Leben sein, das hält einen jung.“

Vorschnelle Anpassung und Kompensation von Einschränkungen ohne die Eröffnung alternativer Perspektiven sind möglicherweise langfristig Mitverursacher von depressiven Symptomaten im Alter, deren Zunahme tatsächlich nachgewiesen ist (MÜLLER/PETZOLD 2002, 58).

Sich selbst leiblich spüren und die Grenzen der persönlichen Belastbarkeit wahrnehmen, ist der eine Aspekt des subjektiven Alterns. Ein weiterer Aspekt entsteht aus der Sozialität: Die Anforderungen Anderer an den älteren Menschen entsprechen nicht dessen Leistungsfähigkeit, und dies wird im sozialen Miteinander deutlich. Der direkte Vergleich des Älteren mit dem Jüngeren (den beide vornehmen) macht zunächst nur Unterschiede deutlich. Dazu kommen die mehr oder weniger offen formulierten Etikettierungen: „Der ist zu langsam.“ „Diese Umstellung macht die nicht mehr mit“ usw. Hierdurch werden Alterseinbußen, aber auch negative Altersstereotype offenbar, mit denen sich ältere Menschen auseinander zu setzen haben. Gewinne wie breiter Erfahrungsschatz, hohe Konzentrationsfähigkeit und hohe Motivation sowie ein durch die Erfahrung gewonnenes vernetztes Denken im Zuge des gestiegenen Lebensalters, die auch für das soziale Miteinander oder die berufliche Praxis von Vorteil sein können, werden gemäß dem eher negativen Altersstereotyp wenig oder gar nicht beachtet

und benannt. Die allgemeine Orientierung folgt einem jugendlichen Ideal. Erst in jüngerer Zeit haben einige Betriebe begonnen, gezielt mit altersgemischten Teams zu arbeiten.

Neben Können und Fähigkeiten ist gerade das äußere Erscheinungsbild mit seinen sichtbaren Merkmalen des Lebensalters ein wichtiger Aspekt des subjektiven Alterns. Wer selbst täglich in den Spiegel schaut, mag lange kaum Veränderungen wahrnehmen, wer aber Bekannte nach längerer Zeit wiedertrifft und ein frotzelndes „du wirst aber auch nicht jünger“ oder aber nur ein „gut gehalten“ hört, wird auf seinen Alternsprozess aufmerksam gemacht.

Die Veränderung des Körperbilds allein ist schon eine extrem narzisstische Kränkung (PETZOLD 1993b, 530). Der steigende Marktanteil von Produkten und Dienstleistungen zur Kompensation der äußeren Merkmale des Alters in Form von Schönheitschirurgie, Kosmetik, Mode, Hormone soll hier nur erwähnt werden. Das Verhindern beziehungsweise das Rückgängigmachen von Alterserscheinungen ist eine boomende Bewältigungsform. Die bewusste Beschäftigung mit der Alternsfrage – auch in den anderen Bereichen – wird so weiter nach hinten und damit auf ein höheres Lebensalter verschoben.

Ein großes Problem im subjektiven Erleben des Altwerdens äußert sich in dem Konflikt zwischen subjektivem Erleben und objektiven Daten: „Ich fühle mich die ganze Zeit wie mit 40 Jahren und bin erstaunt und gekränkt, dass ich schon 60 Jahre bin.“ Zudem fühlt der Ältere sich längst nicht so alt, wie er – den gesellschaftlich normierten „objektiven“ Kriterien nach – sein müsste und wie es gegebenenfalls von „den Anderen“ erwartet wird. Er fühlt sich selbst nicht so alt wie er, gerade in den Augen der Anderen, gesehen wird: Welche Art von Verhalten kann und darf er zeigen, denken, aussprechen und leben? Wann begibt er sich über gesellschaftliche Grenzen und handelt gegen Altersstigma? Darf sich ein Alter „jung“ fühlen (siehe Frau D.)?

Diese Diskrepanz zwischen der Fortdauer der bisher entwickelten Identität und den veränderten Erwartungen und Anforderungen der Umwelt sowie den selbst mehr oder weniger erlebten veränderten Handlungsmöglichkeiten führt zu Identitätskrisen und Anpassungsnotwendigkeiten.

Dabei führt das Zusammenspiel zwischen Selbststigmatisierungen und Fremdstigmatisierungen im Sinn einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ möglicherweise dazu, dass der ältere Mensch sich stärker einschränkt und zurückzieht, als es seinen tatsächlichen Fähigkeiten entspricht, und auch entgegen seiner Bedürfnisse handelt. Als Folge dessen nehmen physische Leistungsfähigkeit und Vitalität in weitaus größerem Umfang ab, als dies notwendig wäre. Der Leib

wird Opfer eingeschränkten Lebens (PETZOLD 1988, 519) und es besteht die Gefahr, dass ein negatives Leibkonzept über den alternden Leib entsteht (HEINEMANN-KNOCH u. a 1985).

Die Veränderungen in der Altersphase beziehungsweise das Erleben bestimmter altersspezifischer Ereignisse sind zunächst Belastungen und Anforderungen, denen der ältere Mensch ausgesetzt ist. Sie können von ihm auf verschiedenen Ebenen subjektiv als Kränkungen empfunden werden: Kränkung durch Verrentung, Krankheiten beziehungsweise körperliche Altersanzeichen, Auszug der Kinder, Verlassensein durch Tod des Partners oder Ähnliches. In der Altersphase können solche Ereignisse zu prekären Lebenslagen führen, aber auch positive Resonanz auslösen beziehungsweise positiv bewältigt werden: Stolz auf Geleistetes und mehr Selbstwertgefühl, die Akzeptanz des Lebenswegs, eine Dankbarkeit gegenüber sich selbst, aber auch der Umwelt, eine Erleichterung nach der Beendigung bestimmter Lebensphasen und so weiter.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Der alte Leib eines bestimmten kalendrischen Alters, objektiv erfasst und subjektiv erlebt, ist nicht ein gleicher, sondern ein individuell verschiedener Leib, geprägt durch individuelle Faktoren wie z. B. genetische Disposition, Lebensereignisse, Lebensumfeld in verschiedenen Lebensphasen, Bewegungskarriere, berufliche Laufbahn und Entwicklung. Er ist also einerseits durch den natürlichen Prozess des Alterns geprägt, der nicht aufzuhalten ist, andererseits ist er jedoch durch eine Fülle von Aspekten in seiner Qualität beeinflussbar.

Zum Leibverhältnis

Allgemeines zum Leibverhältnis

Das Leibverhältnis ist der individuelle und subjektive Bezug zum eigenen Leib. Es bewegt sich grundsätzlich in einem Hin und Her zwischen zwei Polen, dem Leib-Sein und dem Körper-Haben, und steht zudem in Wechselbeziehung mit der den Leib umgebenden Welt: „Diesen Körper habe ich; ich bin aber mein Leib“ (MARCEL 1986, 17). Die Präsenz des einen Pols bedeutet nicht die Abwesenheit des anderen. So sehr die Möglichkeit besteht, seinen Körper als Objekt zu behandeln und zu betrachten, so unabänderlich ist die Tatsache, dass das Ich untrennbar mit ihm verbunden bleibt bis in den Tod. Dieses individuelle Leibverhältnis, das sich möglicherweise von der Zeugung bis zum Tod entwickelt und sich durch die Lebens-, Bewegungs- und Leiberfahrungen verändert, bildet die Grundlage für das Handeln und Verhalten des Menschen, das Nutzen und Ausschöpfen seiner leiblichen Möglichkeiten im Dialog mit der ihn umgebenden Welt .

Für die Beschäftigung mit dem Thema Altern und die Suche nach Unterstützung in der Altersphase erscheint der Autorin die Besinnung auf die Pole des Leibverhältnisses und damit eine anthropologische Grundposition von besonderer Bedeutung: In der letzten Lebensphase rundet sich die Ganzheit des menschlichen Lebens ab. Ein positiver Umgang mit sich und seinem Leib und damit ein positives Verhältnis auch zu seiner Umwelt und zu den Gegebenheiten des menschlichen Lebens scheint sich nur durch eine individuell angemessene Beachtung beider Pole des Leibverhältnisses zu entwickeln:

•**Leib-sein: „Ich bin mein Leib.“**

Im Leib-Sein empfindet der Mensch sich selbst als Leib und verwachsen mit der Umwelt. Er ist beispielsweise in eine Arbeit oder Aufgabe vertieft und spürt seinen Körper oder einzelne Teile seines Körpers nicht, nur sich selbst als Leib, als Ganzes. Der Mensch erlebt sich als Leib optimal abgestimmt zu den Verhältnissen der Umwelt und der Anforderungen, denen er ausgesetzt ist.

Bei automatisierten Bewegungen und beim Vertieftsein in eine Tätigkeit ist diese Seite des Leibverhältnisses aktuell, aber auch bei äußerlich nicht zu sehender Bewegung und starker Innenbewegung wie dem Hören von Musik oder dem Erinnern an ein Bewegungserlebnis. Auch Sein und Bewegung in der Natur, mit Tieren und Pflanzen können diese Seite des Leibverhältnisses hervorrufen. Sie wird vom Menschen als angenehme Selbstvergessenheit bei optimalem Gesamtkörpergefühl und Verbundenheit mit der Welt (gegebenenfalls auch mit anderen Menschen) bis hin zum Rauschzustand erlebt und beschrieben: „Ich bin glücklich“. Im Leib-Sein besteht ein Einklang von momentaner körperlicher Leistungsfähigkeit sowie den Absichten und Zielen des Menschen (vgl. auch „Flow-Erlebnis“, CSIKSZENTMIHALYI 2000).

Das Spüren des Leib-Seins kann sich aber auch im Unwohlsein, einer vollständigen Mattigkeit, Müdigkeit oder Übelkeit äußern, in dem Empfinden „ich bin krank“ oder „mir ist schlecht“. Es drückt den Zustand des Seins aus beziehungsweise das, was mir „als Ganzes“ widerfährt.

Die sinnstiftende Seite der Integrativen Leib- und Bewegungsarbeit für ältere Menschen besteht in dem subjektiv positiven Erleben von Leib und Bewegung. Was in den Unterrichtszielen im Rahmen der Sportpädagogik oft etwas lapidar als Spaß beschrieben und ebenso schnell als wenig wichtig abgetan wird, bekommt mehr Bedeutung, wenn man spezifiziert in:

-Freude an der Bewegung

- Lebenslust im Bewegen,
- Lust am Erleben des eigenen Leibes in der Bewegung und in Ruhe.

Es geht um das, was in der phänomenologischen Anthropologie das Erlebnis des Leib-Seins genannt wird, um das Einssein mit sich und seinem Körper und mit der Welt. Beispiele können das Erleben im Walzertakt sein, im Wiegen mit der Gruppe im Sitzen oder alleine tanzend im freien Raum oder ein Lachen. Auch die Naturverbundenheit durch meditative Übungen draußen oder am Fenster, das Lenken der Wahrnehmung auf den Luftzug auf der Haut oder das Singen der Vögel kann dieses Leibverhältnis induzieren.

Beispiel:

Eine Seniorin, 75 Jahre, Teilnehmerin einer Wochenendveranstaltung „Gymnastik und kreatives Tanzen“ drückt ihr anderes Lebensgefühl so aus:

„Wenn ich hier reinkomme, lass’ ich den Stock vor der Türe stehen. Dann fall’ ich in den Tanz hinein mit der Musik, in den Schwung, da bin ich wie im Rausch. Das tut so gut. Da bin ich eine andere.“

Auch das Ruheerleben, eine meditative Ruhe, ein Sich-getragen-fühlen von der Erde, der Gruppe, dem Partner, ein Nichts-leisten-müssen kann durch Leibarbeit induziertes Leib-Sein im positiven Sinne sein.

•Körper-Haben: „Diesen Körper habe ich“

Im Zustand des Körper-Habens befindet sich der Mensch im reflexiblen Verhältnis zu seinem Leib beziehungsweise zu dessen Teilen. Der Mensch erlebt seinen Körper als Objekt und nimmt seine eigene Spaltung wahr. Es findet ein Dialog zwischen Wahrgenommenem und Bewusstsein statt, also eine Metadiskussion mit sich selbst über den körperlichen Aspekt des Leibes. Es besteht ein mehr oder weniger großes Spannungsverhältnis zwischen Ich und Körper. BINSWANGER (1973) und PLÜGGE (1967) sprechen vom „Last- oder Molescharakter“ des Leibes und heben damit die negative Seite der Körperbewusstheit hervor. Der Körper wird in seinen Teilen oder als Ganzes bewusst wahrgenommen, und dies kann durchaus auch als neutral oder angenehm empfunden werden. Meist tritt der Zustand des Körper-Habens aber erst dann ein, wenn negative Körperempfindungen auftreten, wie zum Beispiel bei Schmerz, Schwäche, Schwindel, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Unfällen, Krankheiten, aber auch bei körperlichen Anforderungen wie jeglicher Art von Alltagsbewegungen bis hin zu sportlicher Leistung. Auch durch Hunger, Durst oder Harndrang schiebt sich der Körper ins Zentrum des Bewusstseins. Der Körper fordert als der „fungierende Leib“

Auseinandersetzung und/oder Verhaltensänderung, und der Mensch beginnt, seine körperlichen Möglichkeiten und Grenzen zu reflektieren.

Den Körper zu „haben“ bedeutet auch, auf ihn bezogen handeln zu können, ihn zu behandeln, ihn zu trainieren, zu verändern, zu beherrschen, ihm bewusst Gutes oder Schlechtes zu tun. Überdies kann der Körper gezielt als Instrument genutzt werden, um die Welt zu gestalten oder sich in Bezug zur personalen und materiellen Umwelt zu verhalten.

MARCEL schreibt über die Verfügungsfähigkeit des Menschen und die Verfügbarkeit des Leibes: „Verfügungsfähig bin ich nur durch und über den Körper, und nur insofern ich verfügen kann, habe ich einen Körper. Dabei wird das Ich stets als der Wille gedacht, durch den das Instrument des Körpers in Bewegung gesetzt wird und auf Gegenstände der Außenwelt wie eine Zange zugreift. Die Gegenüberstellung wird klar, wenn man davon ausgeht, dass innerhalb der Erfahrungen des Leibes, der ich bin, das Haben zunichte gemacht wird: Es geht buchstäblich zugrunde. Das wird besonders deutlich in der Krankheit, die mich nicht zuletzt dessen vergewissert, dass dieser Leib, der ich bin, mir **nicht** restlos zur Verfügung steht, ja, dass er in dem Maße, indem er mein Leib ist, der ich wirklich und wahrhaftig bin, wesentlich unverfügbar ist“ (1986, 29).

Nicht nur durch Krankheit, sondern auch in dem Bewusstsein des Alterns, der Irreversibilität von Altersvorgängen und dem Prozess des Sterbens wird dem Menschen diese begrenzte Verfügbarkeit und Machbarkeit bewusst.

MARCEL warnt: „Indem ich den Körper als Instrument ansehe, gerate ich zwar immer in die Gefahr, mich selbst zu verlieren, insofern dieser Körper und alles, was ich durch ihn begreifen kann, das heißt die Welt des Habens, der Kosmos des Habhaften, mich überwältigen und gleichsam erschlagen. Die Beziehung zwischen dem Ich und dem, was ich habe, ist stets gespannt“ (ebd., 31 f.).

Dem Zustand des Körper-Habens, im Alter oft mit negativen Zuständen assoziiert und an krankheits- oder schwächebedingte Leibempfindungen gekoppelt, stellt sich in der Integrativen Leib- und Bewegungsarbeit ein Körper-Haben gegenüber, das positives Leibempfinden und positiv gekoppelte Körperbewusstheit ermöglicht und den Körper (wieder) akzeptieren lässt.

Beispiel:

Ein 63-jähriger Abteilungsleiter von Siemens, mit Bluthochdruck, leichtem Übergewicht und ständigen Rückenbeschwerden gelangt in der Rücken-

gymnastik und der anschließenden Reflexion über Beachtung und Nichtbeachtung des eigenen Körpers zu der Erkenntnis, was Leib- und Bewegungsarbeit für ihn bedeuten könnte: *„Das Bild mit dem Garten hilft mir. Wenn man ihn nicht beachtet und pflegt, verwildert er. So hab ich das 30 Jahre lang mit meinem Körper gemacht, hab das berufliche Feld beackert und mein Körper hat gelitten. Wie gut tut mir jetzt diese Bewegung und das Entspannen! Da werde ich weitermachen.“*

Aus diesen unterschiedlichen Erlebensmöglichkeiten des Leibes und der Möglichkeit in Metareflexion darüber zu sein, aber auch durch unbewusste Vorgänge, formuliert sich ein Komplex aus individuellen Einstellungen zum eigenen Körper, Gefühlen und Gedanken, Wissen und Erkenntnissen: das Leibverhältnis. Es bildet die Grundlage für körperbezogenes Verhalten und Handeln, für Bewegungsverhalten und -handeln und kreative Akte. Dabei steht das Leibverhältnis immer auch in Ko-Respondenz zu der den Menschen umgebenden Welt und wird durch Umweltresonanzen und Feedbacks beeinflusst.

Die Gesamtheit des Leibverhältnisses speist sich aus der individuell ausbalancierten Präsenz beider Pole im Wechsel. Die Übergänge zwischen den beiden Polen sind oft fließend, und es ist dem Menschen auch möglich, diese gleichzeitig oder im schnellen Wechsel zu erleben. Dazu einige Beispiele:

- Noch im Rauschzustand (Leib-Sein, zum Beispiel im Tanz) kann sich der Körper als Objekt langsam in den Vordergrund schieben – beispielsweise weil man gerade Harndrang hat, der immer stärker wird (Körper-Haben, Wahrnehmung der Blase, Schmerz, Unwohlsein, Übelkeit und so weiter). Eine Bewegungsabfolge, die man erlernt und deren perfekte Ausführung immer wieder scheitert an den Malaisen des Körpers, also Kraft, Beweglichkeit, Koordination (Körper-Haben, Schmerzen in den Muskeln, Stolpern, Ärger oder Traurigkeit), kann unmerklich übergehen in das Können der Bewegung im Einklang mit der Umgebung, dem Partner, der Musik (Leib-Sein). Plötzlich ist der Übende nur noch eins mit sich und der ihn umgebenden Welt (Wohlbefinden, Glücksgefühl).
- Aus einer Übung der Konzentration auf verschiedene Leibzentren, zum Beispiel die Atemregionen (Körper-Haben), kann sich in der Konzentration auf den atmenden Gesamtleib ein meditatives Ruheempfinden einstellen, das unangenehme Körperempfindungen und Ängste in den Hintergrund treten lässt und Gefühlen der Sorgenfreiheit, der Weite und Geborgenheit sowie der Angstfreiheit Raum gibt (Leib-Sein).

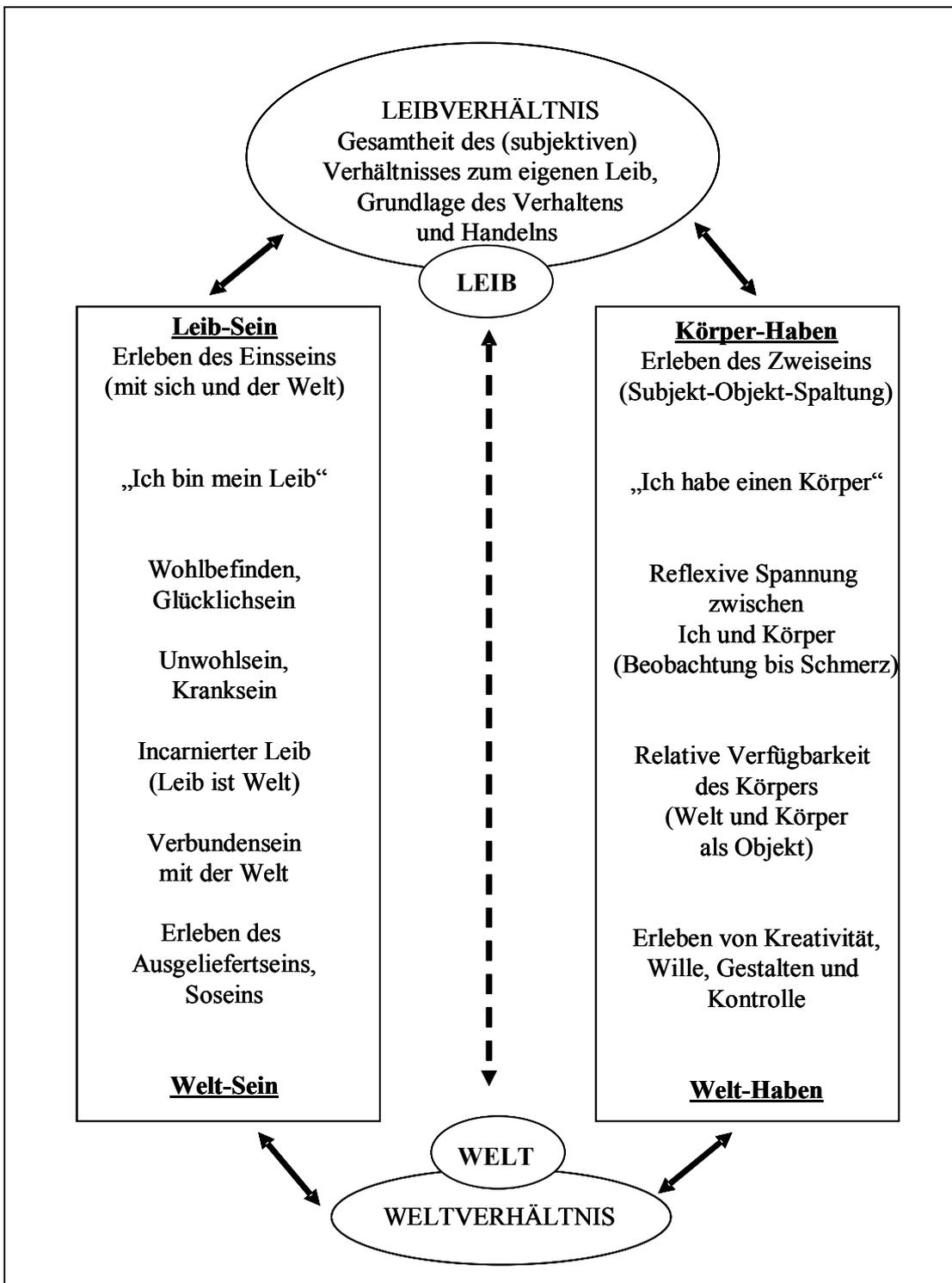


Abbildung: Leib – Welt, Weltverhältnis – Leibverhältnis, Leib und (umgebende) Welt beeinflussen sich wechselseitig

Es besteht die Möglichkeit zum gezielten Herbeiführen des Empfindens beider Pole des Leibverhältnisses durch Körperübungen, Bewegungen in der Natur, Meditationsübungen, Rauschmittelgebrauch und anderes. Dennoch wird der Mensch immer wieder durch und mit sich selbst überrascht: Ein Glücksgefühl kommt unverhofft, die Übelkeit steigt auf wie eine Welle die ganz überflutet, ein Schmerz durchfährt das Bein wie ein Dolch, eine vollständige Zufriedenheit bei der oder nach getaner Arbeit stellt sich ein – und manchmal eben auch nicht ...

Aus diesem Miteinander resultiert das individuelle Leib- und Weltverhältnis des Einzelnen mit den Polen „Haben“ und „Sein“ (siehe Abb.). Was mag der Sinn sein, dass das Leibverhältnis zwischen diesen Erlebnispolen pendelt? In den Leibempfindungen des Menschen scheint sich die Gespaltenheit des bisherigen menschlichen Daseins widerzuspiegeln: Der Mensch hat die Möglichkeit und ist aufgerufen, zielgerichtet und willentlich zu handeln, aktiv zu werden und kreativ zu gestalten, und muss gleichzeitig Akzeptanz für sein Sosein und das Unabänderliche entwickeln (Geschehenlassen, Werdenlassen und Vergehenlassen) beziehungsweise darf auch Dankbarkeit aufbringen für die Verläufe des Lebens, die ihm positiv widerfahren sind, und das Leben als solches.

Ein emotional positives wie auch der individuellen Lebenssituation angemessenes Leibverhältnis als Grundlage für Gesundheit scheint beide Erlebnispole zu benötigen und ist in seiner Ausprägung – in die eine oder andere Richtung tendierend – letztlich individuell: Im Lebenslauf entwickeln sich (als Anlage auch schon angeboren) mehr oder weniger bewusste individuelle Modalitäten des „Mit-sich-selbst-Seins“ (MARCEL 1986, 20). In der Alternsphase können diese möglicherweise zu inneren oder äußeren Konflikten führen. Zugleich können Reflexion und gegebenenfalls Anpassung, die Hinwendung zu einem vernachlässigten Pol oder die Abwendung von einem überbetonten Pol subjektives Wohlbefinden fördern.

Zudem kann sich ein Widerspruch zu gesellschaftlichen Normen ergeben, da unsere westliche, abendländische Gesellschaft einseitig die Aspekte des Körper-Haben-Pols propagiert (Stichwort: Machbarkeitswahn). Das Altersstigma fordert heute, dass man in der ersten Altersphase dem Alter trotz (Körper- und mentales Training, Kosmetik, jugendliche Kleidung). Erst im höheren Alter oder bei schwerer Krankheit wird die Hinwendung zum Loslassen, Ertragen und Geduldigsein gesellschaftlich nicht nur akzeptiert, sondern auch gefordert.

Altern und Sterben können verstanden werden als Aspekte des Loslassens und der Hinwendung zur Akzeptanz des Seins, Lebens und des Wachsens, aber auch als Aspekte des Gestaltens und Handelns, des Habens und Besitzens. Altern als natürlicher Prozess ist zu verstehen und zu akzeptieren, die Art und Weise des Alterns jedoch ist sowohl individuell als auch durch die Begleitung und Unter-

stützung der Umwelt in vielfältiger Weise gestaltbar. Da die Autorin von einem Konzept der lebenslangen Entwicklung ausgeht, leben wir in jeder Lebensphase beide Pole, und in jeder Lebensphase – ob Jugend oder Alter – sind beide Pole des Leibverhältnisses für uns von Bedeutung. Wir beenden unser Leben aber im Leib-Sein, so wie es im Ursprung mit uns begonnen hat, ohne unser Zutun. So schließt sich der Gestaltkreis menschlichen Lebens aus der Sicht des Leibverhältnisses (WEIZSÄCKER, 1996).

Leibverhältnis und Verhältnis zum eigenen Körper im Alter

Leiberfahrungen in ihrer negativ gefärbten Variante wie Schwäche, das Spüren von Grenzen, Schmerz oder Unfall, Krankheit und depressive Verstimmungen schieben sich mit steigendem Alter zunehmend in den Vordergrund des Leiberlebens. Die objektiven Durchschnittswerte zur „Multimorbidität“ im Alter belegen dies. Der Körper droht zum Quell der Unlust zu werden, zum Zeugen des Nicht-mehr-könnens, des Nicht-mehr-schön-seins, kurz: zum Zeugen von Verfall und Abbau. Der Zugang zu befriedigender Sexualität wird durch den Mangel an Möglichkeiten – weniger Partnerauswahl, Tod des Partners –, aber auch aufgrund negativer gesellschaftlicher Bilder zur Alterssexualität und Leistungsdruck immer seltener. Besonders eindrücklich beschreibt Simone de BEAUVOIR diesen negativen Aspekt der Veränderungen aus der Sicht der älteren Frau in ihren Buch „Das Alter“ (2000).

Überwiegend körperlich arbeitenden Älteren beispielsweise werden der Bewegungsapparat und das Herz-Kreislauf-System zu Last. Hinzu kommen die Kommentare der Kollegen bezüglich ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und das nicht immer würdigende Verhalten der Firmenleitungen. Die „Kopfarbeiter“ sind ebenfalls mit mehr Krankheiten konfrontiert, sehen sich körperlich untrainiert und besonders in der Leistungsfähigkeit ihres Herz-Kreislauf-Systems vorzeitig auf ihren Körper „zurückgeworfen“ oder erleben psychische und psychomotorische Einschränkungen und Grenzen. Ein bis zum mittleren Alter positiv besetztes und bisher auch angemessenes Leibverhältnis droht im Alter negativ zu werden, wenn die defizitorientierte Sicht und die Lasten des Alters überwiegen, wenn keine Anpassung und Akzeptanz an veränderte Verhältnisse erreicht werden kann und allein Einschränkungen und Verluste überhand nehmen. Unzufriedenheit mit sich selbst, Unwohlsein und Missbefinden drohen die Identität und Integrität anzugreifen und die Lebensqualität zu verschlechtern.

Der Leib wird mehr und mehr zum Fremdkörper, wenn als Folge dessen Abwehrmechanismen in Form von Abspaltung und Verdinglichung des Leibes wirksam werden (PETZOLD 1988, 320). Diesen Aspekt der Entfremdung vom

Leib beschreibt auch PLÜGGE für die Situationen des Sterbens und bei chronischen Krankheiten, die er als Arzt begleitet hat (1986, 107 ff.). Vor diesem Hintergrund verweisen PETZOLD/BUBOLZ bereits Ende der 70er-Jahre auf die Gründe, warum „der Körper schweigen soll“ (1979, 397 ff.):

- Er dient als Maß und Ausdruck der Zeit. Wenn er schweigt, vergisst der Mensch das Älterwerden und den Tod.
- Er war immer wieder Grundlage für Arbeit und Leistung. Wenn der Mensch nicht mehr gebraucht wird, nicht leisten muss, ist sein Körper nutzlos, also kann er sich auch verweigern.
- Er war auch Statussymbol. Alt und krank und hilfsbedürftig wird er zum „Unstatus“.

Auch Verluste oder Krisen in anderen Bereichen der Identität wirken sich ganzheitlich, zwischenleiblich und leiblich aus und können als Angriff auf die gesamte Person und erlebt werden:

- Der frühzeitig gegen seinen Willen in Pension Geschickte fühlt sich als Person überflüssig, „auf das Abstellgleis geschoben“.
- Die Mutter, die zeitweise am Rande der Selbstaufgabe für die Familie da war, fühlt sich als von den Kindern Verlassene.
- Die eigene schwere Erkrankung oder der Unfall „kränkt“ das gesamte Selbst.
- Der Tod oder die schwere Erkrankung eines Angehörigen kränkt auch den am Leben Bleibenden/Gesunden, er fühlt sich abgeschoben, verlassen.
- Mangelnder Glaube, fehlende Hoffnung in eine gute Zukunft und zu wenig Sinnempfinden tragen nachgewiesenermaßen zur Verstärkung und Entwicklung von Krankheiten bei.

Der (ältere) Mensch reagiert auf alle Veränderungen seiner Lebensbereiche immer als ganze Person, mit seinem ganzen Leib. Das Leibverhältnis hat – wie alle anderen Aspekte der älteren Persönlichkeit – eine Geschichte, eine Biografie. Es hat sich über Jahrzehnte im Rahmen sämtlicher individueller Körpererfahrungen beziehungsweise Leib- und Lebenserfahrungen gebildet. Dabei haben sich identitätsstützende oder weniger förderliche Bewältigungsstrategien entwickelt.

Über gezielte Selbsterfahrung und Reflexion in Leib- und Bewegungsarbeit ist das Verhältnis zum eigenen Körper lebenslang entwickelbar und differenzier-

bar, und es ist möglich, sich den Leib wieder positiv anzueignen. Das belegen diverse Studien zur Entwicklungspsychologie und Lernforschung (Stichwort: „lifespan developmental approach“).

Wenn in diesen Wiederaneignungsprozessen deutlich wird, wie sich durch Kränkungen negative Leibverhältnisse und Abspaltungen des Leibes entwickelt haben, können diese „alten“ Problematiken (eben durch die Archive des Leibgedächtnisses) auch wieder aufscheinen. Bei nicht adäquatem Umgang mit diesen Problemen, Inkompetenz des Therapeuten, Nicht-Wissen des Pädagogen besteht dann die Gefahr der erneuten Verletzung und einer Verfestigung der Abspaltung. Umgekehrt kann kompetente Bearbeitung zu Erleichterung, Bewältigung und positiver Integration führen.

Die Art des Leibverhältnisses und die Körpererfahrung (BIELEFELD 1991) als quantitativer Wissensschatz und qualitativer Ausdruck von Gedanken, Gefühlen, Einstellungen, Verhalten zum und mit dem eigenen Leib, die Art und Weise der Verleiblichung, der Grad der Leibakzeptanz, die Art des inneren Bildes vom eigenen Leib verändern sich in den Lebensphasen immer wieder. Dabei wirkt es sich gesundheitsfördernd aus, wenn auch im zunehmenden Alters die Möglichkeit zu vielfältigen Körper- und Bewegungserfahrungen besteht, die positive Gedanken und Gefühle zu sich selbst und zum eigenen Leib auslösen und wiedererwecken. Gerade dann scheint es wichtig, dass es angenehm empfundene Bewegungs- und Leiberlebnisse gibt, die positiv integriert werden können, und gleichzeitig Einsicht und Akzeptanz im Hinblick auf Altern an sich, Altersbeschwerden oder Krankheiten entwickelt werden können. Ein entsprechend heilungs- oder linderungsförderndes Verhalten, gekoppelt an eine professionelle Behandlung/Unterstützung (zum Beispiel unverzichtbar bei chronischen Schmerzen), fördern den adäquaten Umgang mit sich selbst, was sich wiederum unterstützend auf die psychophysische Gesundheit auswirkt.

Wie oben dargestellt, können „Welterfahrungen“ und „Körpererfahrungen“ kränken, aber – entsprechend verarbeitet – auch heilen und stärken.

Die Bewegungen eines alten Menschen

Physiologische Aspekte

Bewegungskennzeichen des Älteren sind aus physiologischer Sicht der zunehmende Mangel an Kombinationsbewegungen, Verlangsamung der Bewegungen, Verkleinerung der Schritte, weniger Schwung aus Hüfte und Armen beim Gehen, weniger sichere Balance, geringere Drehsicherheit, vorsichtigeres

Angehen von Bewegungsaufgaben, geringere Koordinationsfähigkeit, mangelnde Kraft und Flexibilität (PHILIPPI-EISENBURGER 1990, 43 ff.). Sie ergeben sich aus den oben skizzierten biologischen Altersveränderungen und machen zugleich auch die Gebrechlichkeit und Verletzlichkeit des alten Menschen deutlich: Abnahme des maximalen Herzleistungsvermögens durch Veränderungen der Gefäßwände, Verringerung der Atem- und Vitalkapazität, unter anderem durch die Verfestigung der Gewebestrukturen in der Lunge und Verknöcherung des Brustkorbs, Abnahme der Muskelmasse und Versteifung der Gelenke, Nachlassen der Elastizität des Bewegungsapparats durch Verringerung des Wasserhaushalts, Verminderung der Nervenleitgeschwindigkeit und der Leistung der Sinnesorgane. Diese Veränderungen unterliegen jedoch großen individuellen Unterschieden, die auch vom persönlichen Bewegungsverhalten und –training abhängen.

Die folgenden Ausführungen geben Hinweise auf die Bedeutung der Psyche für die Bewegungen des älteren Menschen, seine Hinwendung zur Welt oder den Rückzug zu sich selbst. Sie basieren auf Erkenntnissen der Sportwissenschaften und entsprechenden eigenen Erfahrungen mit Älteren.

Zur „Motorik“ der Älteren in den Sportwissenschaften

In der Sportwissenschaft werden Bewegungen, die sich im Gegensatz zu den autonomen Bewegungen (ohne willentliche Steuerung, wie z.B. die Herzaktivität) als „Leistungen“ und als „zielgerichtet“ verstehen, unter dem Begriff der Motorik zusammengefasst. In der Fähigkeit des Menschen, sich aus eigenem Antrieb zu bewegen, spiegeln sich Ziele, Engagement und Interesse, Intentionen und Motivationen des Einzelnen, kurz: sein „Ich“ und sein „Selbst“. Der Mensch entwickelt auch bezüglich der Motorik eine eigene Identität: „Ich bin einer, der gut Fußball spielt, der schnelles Wandern nicht mag, der sich gut mit Händen und Füßen ausdrücken kann.“

GRUPE versteht Bewegung als Handlung und Leistung, die sich aus dem „Verhältnis von handelndem Subjekt und Welt“ ergibt (1984, 44). Ein Leben mit der Möglichkeit des selbstbestimmten Bewegens bietet dem Menschen die Möglichkeit zum Handeln und Vermeiden, er kann sich An- und Aufforderungen der Welt öffnen oder sich ihnen gegenüber verschließen und gibt entsprechende Bewegungs- beziehungsweise Körperantworten.

Die Qualität des Umgangs mit den eigenen Bewegungsmöglichkeiten, den körperlichen wie auch den gedanklichen und gefühlsmäßigen Bewegungen, die die Motorik spiegelt, drückt einen Teil der Selbstverwirklichung des Menschen aus.

Durch die Motorik ist der Mensch in spezieller Weise über seinen Körper mit sich selbst, seinem Leib und der ihn umgebenden Welt verbunden. Zusätzlich zu seiner Wahrnehmung verfügt er mittels der Motorik über eine besondere Art, die Welt „zu haben“ und „in Besitz“ zu nehmen (ebd., 47). Durch die bewusste Bewegung in der Welt schafft sich der Mensch seinen individuellen Bewegungsraum. Er hat seine Bewegungswelt, die durch sein Ich und seine faktischen Bewegungsmöglichkeiten geprägt ist. Bewusste Bewegung bedeutet also nicht nur Selbstvollzug, sondern entwickelt sich auch durch die „Bezugssysteme“ der Bewegung, zu denen beispielsweise situative Faktoren, Lebenshintergrund, Geschlecht und Rollenzugehörigkeiten oder biografische Faktoren gehören.

Zwei gegensätzliche Beschreibungen von gezielter Bewegung Älterer, hier als Altersmotorik bezeichnet, zeigen auf, dass unabhängig von den genannten physiologischen Faktoren und bei normaler Gesundheit sowohl die geistige Art der Bewegtheit, also das Verhältnis zu sich selbst und zur Umwelt, als auch die emotionale Bewegung „Motoren für Motorik“ sein können:

BUYTENDIJK (1972, 325-331) beschreibt seine Sicht der Altersmotorik, die für ihn intentional mit einer „geistigen Distanzierung“ von der Umwelt einhergeht, folgendermaßen: „Es gibt für den alten Menschen nichts Neues mehr zu tun; ein Abstand trennt ihn von aller Aktivität. Streben, Wünsche und Begierden sind stillgelegt. Es ist die Ruhe, die vor ihm liegt, das Ruhig-Sein, aber auch das wartende Empfangen dessen, was das Leben noch als Geschenk zu bieten hat ... Alt sein heißt, gesättigt sein von Erfahrung und Tat, der Jahre satt. Es ist Distanz zu Bewegtheit und Bewegung. Es ist nicht ein Schlaf, sondern eine wachende vollwertig *lebendige Ruhe*. Von dieser Position der Distanz und Ruhe aus lebt der alte Mensch ‚in-und-mit-der-Welt‘, die jetzt für ihn zu einer Szene geworden ist, zu einem Geschehen, das für sich verläuft, eine ‚comédie humaine‘, objektiv angeschaut und wie in einem Theater mit Abstand erlebt“ (ebd., 327).

Tatsächlich erinnert diese Darstellung der Altersmotorik an das sprichwörtlich gewordene „Sitzfleisch“ der Alten, von Jüngeren mit einem leicht verächtlichen Lächeln kommentiert, in manchen Situationen aber auch geneidet, wenn darin Geduld, Gelassenheit und Wartenkönnen zum Ausdruck kommen. Anschaulich ist, dass die körperlichen Performanzen angesichts dieses Umgangs mit dem Körper schwinden und damit auch körperliche Kompetenzen, falls sie noch vorhanden sein sollten. Gehen innere Distanz von der Welt und geringste körperliche Möglichkeiten aufgrund höchsten Alters oder Krankheiten allerdings miteinander, liegt in dieser Beschreibung die Aussicht auf höchste psychophysische Entspannung bei geistiger Wachheit.

Andere Beobachtungen schildert der Sportwissenschaftler KIPHARD, der die seelischen und intellektuellen Faktoren für Haltung und Bewegung bei Älteren untersucht, die sich trotz kalendarisch hohen Alters bei guter Gesundheit noch „jugendlich“ bewegen und geistig und emotional „jung geblieben“ sind. Die Ursache ihrer jugendlichen Motorik sieht er in dem *Willen*, „noch mitzumachen“ und die Welt aktiv gestalten zu wollen: „Es muss eine innere Kraft, eine emotionale Stärke wirksam sein, welche den Körper des ‚jung gebliebenen Alten‘ aktiv aufrichtet und nach oben statt nach unten streben lässt“(1983, 96).

Die Folgerung: „Altersspezifische“ Bewegungen können also nicht ausschließlich am kalendarischen Alter festgemacht werden. Sie sind individuell höchst unterschiedlich, ja sie können sich gegensätzlich darstellen.

Wenn ein Mangel an unterschiedlichen Situationen und Anforderungen eintritt oder gewählt wird, wird Bewegung stereotyp. Fähigkeiten verarmen oder werden nicht weiter ausgeprägt. Lebt ein gesunder älterer Mensch ausschließlich nach den Maximen der oben genannten negativen Altersstigma, oder unterwirft er sich aus Überzeugung im Alter negativen Stigmatisierungen bezüglich Bewegung und schont sich unangemessen, wird er zwangsläufig eine entsprechende Altersmotorik bekommen. Diese kann zudem schon 20 Jahre früher einsetzen als bei gesunden älteren Menschen, die sich gemäß ihren Möglichkeiten bewegungsmäßig fordern und ausdrücken.

Teufelskreise des Bewegungsverhaltens im Alter

Angemessenes Bewegungsverhalten im Alter ist folglich in vielerlei Hinsicht wichtig und gesundheitsförderlich. Welche Teufelskreise hindern ältere Menschen an einem entsprechenden Verhaltensmuster? Hier einige exemplarische Beschreibungen:

- **Teufelskreis 1:** Bewegung – Feedback von außen: „Dafür bist du zu alt.“ „Das tut man nicht.“ – Unterlassen des Bewegungsverhaltens aus Scham – mangelndes Training/fehlende Gelegenheit – Verschwinden eines Erlebnisfelds – Rückgang der Fähigkeiten – Misserfolg bei Wiederaufnahme der Bewegung, Missempfinden bei dieser Bewegung – endgültiges Weglassen der Bewegung.
- **Teufelskreis 2:** Bewegung – Schmerz, Verletzung (= Feedback von innen) – Schonung – Wissen um Verletzung und weniger gute Regeneration im Alter – Angst vor Bewegung sowie Verletzung – Reduzieren von Bewegung – Weglassen von Bewegung.
- **Teufelskreis 3:** Bewegung trotz Schmerz, Ignorieren von Grenzen – Unfall – unfreiwillige Bewegungspause – Regeneration – Bewegung: grenzüberschrei-

tend – erneuter Unfall oder Überlastungssyndrom – unfreiwillige Bewegungspause.

Diese Teufelskreise machen die Schwierigkeit, aber auch die Notwendigkeit deutlich, individuell angemessen mit den Veränderungen im Hinblick auf angepasstes Bewegungsverhalten im Alter umzugehen.

Sind solche Teufelskreise bereits in Kraft getreten, sind Körper- und Bewegungsarbeit und Beratung hinsichtlich der individuellen Situation notwendig, um gesundheitsschädigende Muster zu unterbrechen.

Argumente Älterer gegen und für Bewegung

Aufgrund eines negativen Altersbilds und der eher negativ besetzten Begrifflichkeit Senior, aber auch aufgrund tatsächlich vorhandener und durch das Altern bedingter Schwierigkeiten in den Identitätsfeldern ergeben sich häufig Vorurteile und Abneigungen der Älteren gegenüber Inhalten und Zielen der Körper- und Bewegungsangebote für ihre Zielgruppe (wobei sich bei Männern und Frauen durchaus unterschiedliche Reaktionen feststellen lassen). Dazu zählen:

- Emotional negativ gefärbtes Leibverhältnis, ein negatives Bild vom eigenen Leib in Bewegung.
- Fehlender Wille „rausgehen“ zu wollen, der Wunsch nach dem Mit-sich-selbst-Sein überwiegt.
- Negatives oder angstbesetztes Bild von Bewegungstherapie.
- Negatives Bild von Bewegung im Alter (getreu dem Motto CHURCHILLS: „No Sports“).
- Scham aufgrund des alternden Körpers, Unsicherheiten bezüglich Aussehen und Kleidung.
- Schwellenangst, Angst vor Neuem.
- Problem mit der Mobilität: zu weit weg.
- Finanzielles Problem: zu teuer.
- Standes- und Schichtzugehörigkeitsdünkel: zu billig.
- „Rentnerstress“: keine Zeit.

- Schwere Erkrankungen der eigenen Person oder Pflege naher Angehöriger.
- Angst vor Verletzungen und Schmerzen im körperlichen Bereich, aber auch im psychosozialen Bereich die Angst vor Zurückweisung in der neuen Gruppe, durch den Leiter, Therapeuten.
- Informationsdefizite und mangelnde Kompetenz, sich entsprechende Informationen zu verschaffen bezüglich der Fragen: Wie? Wo ? Was? Wann?
- Mangelnde Aufklärung hinsichtlich Körperarbeit und Bewegung bei bestimmten Erkrankungen durch Ärzte.
- Gewohnheiten und Bequemlichkeit,
- Negative Sport- und Bewegungskarrieren, Bewegungsverhinderer in der Biografie.

Dagegen stehen die Argumente Älterer, die sich – auch eigenen Gegenargumenten zum Trotz – doch bewegen:

- So lange wie möglich selbstständig bleiben.
- Gesund bleiben: Bewegung und Gesundheit gehören immer mehr zum Allgemeinwissen.
- Positive Körper- und Bewegungserfahrung: Wenn es gut getan und Spaß gemacht hat, bewegt man sich wieder.
- Bewegen ist gegen Langeweile, strukturiert den Tag.
- Bewegen bringt in Kontakt: mit sich selbst, mit anderen, mit der Umwelt.
- Bewegung bringt Anregung, Spannung und Entspannung, Beruhigung:
 - Bewegung als Stressmanagement auch im Alter.
 - Man kommt mal raus: Abwechslung
 - Man tut etwas, und man tut etwas für sich: Selbstwertsteigerung.
- Bewegen mit Jüngeren knüpft an vergangene Zeiten an, macht das Schwere im Alter vergessen.

- Das Neulernen von Bewegungen oder Sportarten bringt ein völlig neues Selbstgefühl, die Identität wird differenziert (sportlich, musikalisch sein, kreativ und gestaltend sein, Tennis spielen können ...)
- Bewegung gibt das Gefühl, sich lebendig und jung zu fühlen.
- Bewegen macht Sinn.

Mit diesen Motiven, Argumenten und Beweggründen für und gegen Bewegung, aber auch mit beginnenden oder schon lange währenden Teufelskreisen bezüglich Bewegung ist die Integrative Bewegungstherapeutin mehr oder weniger offensichtlich konfrontiert, wenn sie mit älteren Menschen arbeitet. Dahinter stehen Überzeugungen, Erfahrungen, Ängste bezüglich Bewegung und Leib, aber auch individuelle Lebenslagen und -situationen, denen individuell begegnet werden muss.

Zum Bewegungsbegriff in der Integrativen Therapie

Im Vergleich zum oben skizzierten Bewegungsbegriff der Motorik legt die Integrative Therapie beziehungsweise die Integrative Bewegungstherapie – anknüpfend an das dargestellte Leibkonzept – einen umfassenderen Bewegungsbegriff zugrunde und erweitert damit den Arbeitsbereich der Leib- und Bewegungsarbeit.

Nach PETZOLD ist „Leben ... Bewegung“ und Stillstand bedeutet Lebensende/Tod (1993b, 1337 ff.). Ein lebendiger Leib, gleich welchen Alters, ist immer durch Bewegung gekennzeichnet. Bewegung ist Zeichen von Leben. Damit sind autonome, auch ohne die willentliche Beeinflussung des Menschen funktionierende leibliche Vorgänge und Bewegungen gemeint wie Herzschlag, Peristaltik, Atmung, Stoffwechsel oder hormonelle Prozesse (siehe Stichwort: „fungierender Leib“).

Nicht immer sichtbare Bewegungen wie beispielsweise Gefühlsbewegungen und gedankliche Bewegungen beeinflussen diesen vegetativen Bereich. Starke oder lang anhaltende Gefühls- oder Gedankenbewegungen äußern sich beispielsweise in starkem oder verringertem Herzklopfen, Gesichtsröte oder Schweißabsonderung, können Schmerzen verursachen und sich auch in muskulären und koordinativen Phänomenen äußern.

Legt man den Leibbegriff zugrunde, erweitert sich also der Bewegungsbegriff der sportwissenschaftlichen Motorik, der die willentliche, gegebenenfalls auch

kreative und in Längen oder Größeneinheiten messbare Körperbewegung meint, um die Innenbewegungen ...

- der Organsysteme und autonomen Funktionen,
- der psychischen Bewegungen der Gedanken,
- der Gefühle und deren – für die Person selbst und andere Menschen sichtbare oder spürbare – Resonanz im Körper (zum Beispiel Muskelspannungen, Haltung, Gestik, Stimme bis hin zu nicht willentlichen und unbewussten körperlichen Bewegungen der Gliedmaßen, Handlungen und Verhalten).

Der Bewegungsbegriff ist nicht beschränkt auf das sich bewegende Individuum, sondern erstreckt sich auch auf die Kommunikation durch Bewegung mit der umgebenden Welt, und schließt umgekehrt die Impulse für Bewegungen aus der Umwelt mit ein. Er bezieht die intrapersonale und die interindividuelle Ebene, den Mikro- und den Makrobereich ein. Die menschliche Bewegung ist – mehr oder weniger – körperlich/leiblich sichtbar, spürbar und verschieden in Zeit, Raum, Form und Dynamik. Eine Bewegungsäußerung hat Auswirkungen auf die inneren Bewegungen eines Menschen. Gedankliche und gefühlsmäßige Bewegungen wiederum können sich in Außenbewegungen beziehungsweise leiblichen Resonanzen äußern. In Bewegung, in der der lebendige Mensch immer ist, ist er in „Ko-Respondenz“ (PETZOLD 1993b, 19 ff.) mit seiner Umwelt verbunden (siehe auch Weltverhältnis und Konzept der „commotilité“ von PETZOLD 1993b, 1300).

„Menschliche Bewegung ist die aufgrund der genetisch vorgegebenen sensumotorischen Organisation des Körpers und seinen ökologischen, sozialen und kulturellen Prägungen ausgebildete Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjekts, die es durch den Aufforderungscharakter eines gegebenen Kontexts/Kontinuums in jeweils einzigartiger Weise aktualisiert“ ... „In der Bewegung zeigt sich die Befindlichkeit der biographisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel mit den Gegebenheiten seiner Situation und seiner Geschichte, an die er sich autoplastisch anpasst, in die er sich ideoplastisch einpasst, oder die er kooperativ in alloplastischer Weise verändert“ (PETZOLD 1993b, 1343, vgl. auch PETZOLD/ORTH 1993a).

Die Autoren beschreiben damit die Möglichkeiten der Gestaltung und Formung vom Leib durch Bewegung initiiert durch Fremdeinwirken, Sichselbstgestalten und Umweltgestalten im Miteinander mit Anderen.

Können „Innenbewegungen“, Gedanken und Gefühle über sehr lange Zeit nicht adäquat geäußert und integriert werden, können Störungen und Krankheiten, die

so genannten „Bereitstellungserkrankungen“ (UEXKÜLL/WESIAK 1995) und „Ausdruckserkrankungen“ entstehen. Das häufigere Vorkommen depressiver Symptomatiken im Alter (PETZOLD/MÜLLER 2002, 109 ff.) verbunden mit Störungen der Ausdrucksfähigkeit in Gestik und Mimik könnte hier eine Ursache haben.

Der Begriff der Ruhe und Entspannung bekommt durch den Bewegungsbegriff der Integrativen Therapie und mit Blick auf die Pole des Leibverhältnisses eine gleichwertige Bedeutung für die Leib- und Bewegungsarbeit: Ruhe bedeutet weniger Motorik und außenraumgreifende Bewegung, aber nicht weniger Bewegung. Ruhe und Entspannung bedeuten auch nicht Stillstand und Tod, sondern fördern im Gegenteil sogar die Innenbewegung, die Wahrnehmung von Gedanken- und Gefühlsbewegungen, die Wahrnehmung des fungierenden Leibes und die Bewusstwerdung von Selbstkonzepten über den eigenen Leib. Der Wechsel zwischen Bewegung und Ruhe, Spannung und Entspannung wird vom Therapeuten daher gezielt eingesetzt als bewegungsfördernder und beruhigender Faktor für die raumgreifenden, spannungsgeladenen Bewegungen des Bewegungsapparats in Korrelation mit den innenraumgreifenden Bewegungen der Wahrnehmung, Wahrnehmungsverarbeitung und Bewusstwerdung sowie der Gedanken und Gefühlsbewegungen.

Durch die Integrative Leib- und Bewegungsarbeit wird damit eine gezielte Ko-Respondenz des Menschen mit sich selbst und seiner Umwelt, seinen Mitmenschen möglich, wobei – je nach den Bedürfnissen des Klienten – die verschiedenen Formen menschlicher Bewegungen in den Vordergrund gerückt werden können.

Fazit zum Thema „Bewegungen eines alten Menschen“

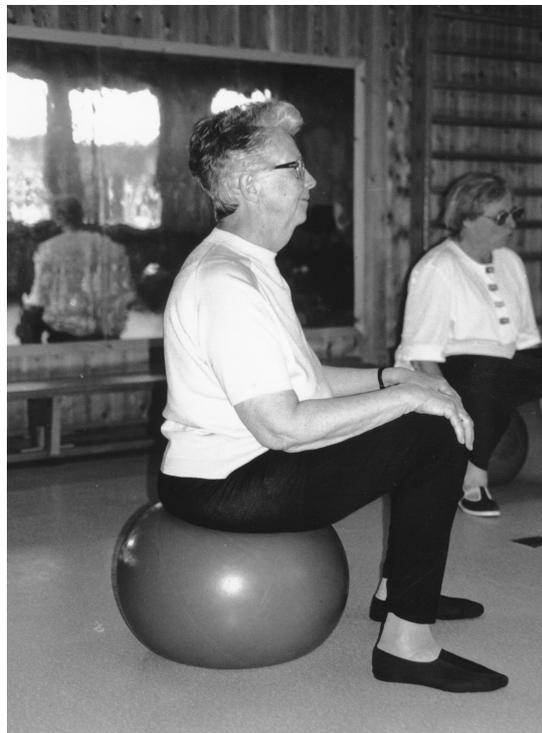
Das „Alter“ und damit die Qualität und Quantität der Bewegung jedes Einzelnen sind also von viel mehr Faktoren als nur dem kalendarischen Alter abhängig. Zu nennen wären hier beispielsweise:

- Die aktuelle Lebenssituation.
- Die psychophysische Verfassung, die sowohl eine Folge des gelebten Lebens (einschließlich Krankheiten und Unfällen, Schicksalsschlägen und deren Verarbeitung) als auch der aktuellen Situation und der Erwartung an die Zukunft ist.
- Die Willensstärke und die Möglichkeit zum Gestalten oder der Wunsch nach Rückzug aus der Welt.

- Das funktionierende Zusammenspiel oder der mögliche Konflikt im Hinblick auf die tatsächlich vorhandenen leiblichen Möglichkeiten.
- Die biografischen Prägungen des Leibes und der Bewegung des Leibes (Leibgeschichte, Sport- beziehungsweise Bewegungsbiografie).
- Die Form des in der jeweiligen Gesellschaft vorherrschenden Altersbilds und die individuelle Einstellung dazu (Anpassung/Ablehnung) sowie der persönliche Umgang damit.
- Die Qualität des Leib- und Weltverhältnisses.
- Die Leib- und Bewegungserfahrungen im gesamten Leben und speziell im Alter, wenn nicht vorzeitige Erkrankungen oder Unfallfolgen das Bewegungsbild beherrschen.

Autorin:

Ulrike Wollsching- Strobel
Bertha-von-Suttner- Ring 17a
60598 Frankfurt/ Main
ulrike@wollsching-strobel.de



Sturzprophylaxe bei älteren und alten Menschen

Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg

Einleitung

Jeder Mensch hat ein Risiko zu stürzen. Über dieses alltägliche Risiko hinaus gibt es aber Stürze, deren Ursache im *Verlust der Fähigkeit zur Vermeidung eines Sturzes* liegt. Oft handelt es sich um eine Verkettung und Häufung von Risikofaktoren. Die allermeisten Stürze ereignen sich in Pflegeheimen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Sturzgefährdung die über das alltägliche Risiko hinausgeht und mit den bewegungstherapeutischen Maßnahmen bei alten Menschen.

Sturzprophylaxe ist seit Jahren ein beachtetes Thema in der professionellen Pflege und ist in der wissenschaftlichen Qualitätsentwicklung von Pflege implementiert. Gleichzeitig ist das Wissen um das Ausmaß von Sturzfolgen für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Kostenträger nur sehr eingeschränkt verbreitet. In jedem Fall wird es bis jetzt nicht ernst genug genommen. Noch zu DM-Zeiten überstiegen die direkten Kosten (Fallpauschalen und Rehabilitation) jährlich in Deutschland 1 Milliarde D-Mark. Die indirekten Kosten (Pflegebedürftigkeit) wurden im zwei- bis dreifachen dieses Betrages vermutet. (www.aktivinjedemalter.de/sturzurs/haurs.shtml) Umso verwunderlicher ist, dass zwar der Sturzprophylaxe bezüglich der Umgebungsgestaltung, Hüftprotektoren usw. inzwischen einige Beachtung geschenkt wird, spezifisches Gleichgewichts- und Krafttraining findet sich dagegen in Pflegeheimen nach wie vor so gut wie gar nicht. Gymnastik gibt es im Allgemeinen, aber durch Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass diese keinen positiven Effekt auf Sturzrisiken und Sturzraten hat.

Sturzprophylaxe geht uns Bewegungstherapeuten an. Unsere Aufgaben liegen in der präventiven und therapeutischen Arbeit mit älteren und alten Menschen, in der Weiterbildung von Bewegungstherapeutinnen und Gruppenleiterinnen die Gymnastik anbieten, sowie in der Beratung von Angehörigen und Freunden der Senioren.

Der vorliegende Artikel bietet in vier Abschnitten eine knappe Übersicht über wichtige Aspekte des Themas:

1. Übersicht über Bereiche und Inhalte von Sturzprophylaxe nach dem Expertenstandard
2. Bewegungstherapeutische Überlegungen und Trainingsmaßnahmen
3. Motivationshilfen und Bewusstseinsarbeit aus Sicht der Integrativen Bewegungstherapie
4. Eindrücke aus einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema:
„Sturzprophylaxe bei älteren, gehbehinderten Menschen in Pflegeheimen und im „Betreuten Wohnen““

Im Ausklang schließlich empfehle ich eine praktische Übung für uns, die wir uns (noch) nicht zu den Alten zählen.

1. Übersicht über wichtige Bereiche und Inhalte von Sturzprophylaxe

1.1 Definition

„Ein Sturz ist jedes Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt“

Hier sind nicht Ereignisse gemeint, die auf Grund eines Stoßes, Verlustes des Bewusstseins, plötzlich einsetzender Lähmung oder eines epileptischen Anfalls eintreten.

aus: Expertenstandard 2005

1.2 Sturzprophylaxe – Warum?

Prophylaxe (griechisch): Vorbeugung, Verhütung

Bei rund 10% aller Stürze von pflegebedürftigen Menschen entstehen medizinisch behandlungsbedürftige Verletzungen: offene Wunden, Prellungen, Schädelhirntraumen, Frakturen. Die wichtigsten und sehr folgenschweren sind die Oberschenkelhalsfrakturen. Statistisch gesehen gelten Stürze als sechst häufigste Todesursache bei alten Menschen. Aber auch Stürze ohne äußere Verletzungen führen zu einem Verlust des Selbstvertrauens und zu Angst. Oft ziehen sich die Menschen zurück, vermeiden Bewegungen, schränken Aktivitäten ein und werden zunehmend noch immobiler als sie ohnehin sind. Soziale

Kontakte verringern sich, die Lebensqualität nimmt deutlich ab.

Zusätzlich entstehen, wie gesagt, erhebliche Kosten. Inzwischen gibt es aber große Studien im In- und Ausland die gezeigt haben, dass rund 40% der Stürze durch gezielte Maßnahmen zu vermeiden sind. Dies unterscheidet die Strategien der Sturzprophylaxe von vielen anderen medizinischen Interventionen.

1.3 Ursachen für Stürze

Es wird zwischen „inneren“ und „äußeren“ Ursachen unterschieden.

a) Interne Faktoren - „innere“ Ursachen

Dies sind physiologische, meist körperliche Faktoren. Sie liegen *in der Person* begründet.

altersphysiologische Veränderungen

- Einschränkung der Balancefähigkeit
- Veränderung des Sehvermögens
- Einschränkung des Bewegungsapparates: Muskelschwäche, Fußdeformitäten, stärkere Rückenkrümmung, Schmerzen, Versteifungen
- Veränderung des Gangbildes:
 - überwiegend bei Frauen: schmale Stand- und Gangfläche, zu kleine Schritte, Neigung des Beckens zur Seite
 - überwiegend bei Männern: breiter Stand- und Gangfläche, schlurfender Gang
- Veränderung der Blutdruckregulation
- Verlangsamte Reaktionsfähigkeit
- Anfälligkeit für Wechselwirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten. Sie können die motorischen und sensorischen Kontrollmechanismen, sowie auch kognitive Funktionen in der Weise stören, dass sie den Gang und die Balancefähigkeit negativ beeinflussen.
 - Medikamente die am häufigsten mit Stürzen in Verbindung gebracht werden sind: Psychopharmaka und im Besonderen Antidepressiva, Hypnotika/ Sedativa und Benzodiazepine, allgemein gesagt: sedierende Psychopharmaka.

krankheitsbedingte Veränderungen

- vorausgegangene Stürze und Frakturen
- Vitamin D - und Calciummangel
- akute Erkrankungen, z.B. Fieber bei Harnwegsinfekt, Blasenschwäche (Inkontinenz), Hypotonie, Herzrhythmusstörungen
- chronische Erkrankungen, z.B. Osteoporose, Demenz, Parkinsonsyndrom mit Gangstörung, Arthrose der Knie- u. Hüftgelenke, neurologische Er-

krankungen, z.B. Schlaganfall, veränderte Denkprozesse (dazu gehören mangelnde Situationseinschätzung, Fehleinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, Ängstlichkeit), Alkoholabhängigkeit, Depression, Angststörungen

b) Externe Faktoren - „äußere“ Ursachen

Sie liegen in den *Umgebungsbedingungen*. Die meisten Stürze ereignen sich in Schlafzimmern, Toiletten/Badezimmern und Speisesälen. Dies geschieht zu- meist beim Transfer, z.B. aus dem Bett klettern, vom Stuhl/Toilette aufstehen, beim Gehen.

defekte oder fragwürdige/unpassende Hilfsmittel

- Gehstöcke/Gehgestelle die nicht die passende Höhe haben und/oder defekt sind, z.B. sind oft die Gummikappen abgenutzt
- Rollstühle mit mangelhaften Bremsen
- Rollstühle bei Menschen mit kognitiven Störungen sind oft gefährlich, weil die alten Leute vergessen die Füße von den Fußrasten zu nehmen, wenn sie den Rollstuhl verlassen wollen und dann kippt der Rollstuhl nach vorne
- unangemessene Toiletten- oder Stuhlhöhe
- defekte oder falsche Brille
- hochgestellte Bettgitter, über die die alten Menschen zu klettern versuchen
- unsachgemäß angelegte Fixiergurte

unübersichtliches Gelände

- herumliegende Gegenstände
- wenig Platz
- mangelhafte Beleuchtung

Beschaffenheit des Bodens

- Kanten, Schwellen
- feuchte oder stark gebohnerte Böden
- sich ablösender Linoleumbelag
- Teppiche mit langem Flor
- nicht rutschfeste Teppichbrücken

instabile, wackelige Möbel und fehlende Griffe

- wacklige Tische, Stühle, Nachtschränken, insbesondere mit Laufrollen
- fehlende Halte- und Stützgriffe, insbesondere in Toilette und Badezimmer

Schuhwerk

- offene Schlappen
- Hausschuhe ohne festen Halt oder Socken
- rutschige, glatte Schuhsohlen
- hohe Absätze

Ortswechsel

- hier ist jeder Ortswechsel bzw. jede neue Umgebung ein erhöhtes Risiko, z.B. Verlegung in ein anderes Heim, ein anderes Zimmer, ins Krankenhaus,

ein Besuch bei der Familie

c) Situative Faktoren

Bestimmte Umstände und Situationen erhöhen das Sturzrisiko.

- Tageszeit: die meisten Älteren fallen nachts (zwischen 23 – 7 Uhr)
- Zeiten, in denen viele Aktivitäten stattfinden (Reizüberflutung, Überforderung)
- besondere Ereignisse und Festtage (Aufregung, Reizüberflutung)
- Anzahl des zur Verfügung stehenden Personals
- Entfernung des Stationszimmers zum Bewohner (langer Weg des Personals, aber auch für die Bewohner selber)
- Besonderheiten in der Personalstruktur: Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass sich die persönliche Einstellung des Personals bezüglich der Hilfsbereitschaft alten Menschen gegenüber, auf die Sturzhäufigkeit auswirkt. Eine positive innere Haltung zur Pflege alter Menschen reduziert Stürze, eine negative innere Haltung führt u.a. zu Unterlassungshandlungen.

1.4 Maßnahmen

Sturzprophylaxe in Institutionen muss in einer interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgen, wenn sie gute Ergebnisse erzielen will. An diesen Maßnahmen sind folgende (Berufs)Gruppen beteiligt:

1. Die Eigentümer von Institutionen, Führungsverantwortliche und Qualitätsbeauftragte sind für die Bereitstellung von Geldern für prophylaktische Maßnahmen zuständig.
2. Architekten und Raumplaner sind mit der Innenraumgestaltung beschäftigt und bestimmen wie viel Platz zur Verfügung steht, die Qualität des Fußbodens, die Beleuchtung, Lichtschalter, Haltegriffe, Handläufe, altersgerechte Möbel usw.
3. Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Krankengymnasten bzw. Bewegungstherapeuten und andere Berufsgruppen, die in der Betreuung alter Menschen tätig sind, sowie auch die Familienangehörigen, sind verantwortlich für die genaue Beobachtung der sturzgefährdeten Personen und für die Beseitigung oder Verbesserung der Faktoren, die als erhöhtes Sturzrisiko erkannt worden sind.

Hier geht es um die:

a) Erfassung (Assessment) der Sturzursachen:

Warum – Wie – Wann?

Diese Erfassung bezieht sich auf die

- allgemeinen „äußeren“ Bedingungen

- die persönliche Situation jedes Einzelnen, z.B. Umstellung der Medikamente, Hüftprotektoren, gute Lösung bei Inkontinenz, neue Brille.

Und es geht um:

b) das Anpassen der aktuellen Umgebungsbedingungen auf die Bedürfnisse von Menschen mit Mobilitätsproblemen. Diese Personen organisieren zumeist auch die bewegungstherapeutische Sturzprophylaxe.

4. Die Bewegungstherapeuten sind für die Planung und Durchführung der regelmäßigen Übungseinheiten, die die alten Menschen selber durchführen müssen, verantwortlich. – Je nach institutioneller Situation ist die Bewegungstherapeutin auch für theoretische und praktische Mitarbeiterschulung zuständig.

2. Bewegungstherapeutische Aspekte und Trainingsmaßnahmen

2.1 Ziele

Allgemeine Ziele:

Erhaltung vorhandener Fähigkeiten
Verbesserung der Fähigkeiten

Spezifische Ziele:

Erhaltung und Verbesserung von:

- Gleichgewicht**
- Kraft**
- Ausdauer
- Mobilität
- Entspannung und Lockerung
- Wahrnehmung

2.2 (Ein wenig) Theorie über den Körper des älteren Menschen

Gesundheitlicher Nutzen von Sturzprophylaxe - gegenüber Gefahren

Es ist noch nicht lange her da glaubte man u.a., dass das Krafttraining bei älteren Menschen der Muskulatur schade und den Blutdruck negativ beeinflusse. Wissenschaftliche Untersuchungen haben aber inzwischen eindeutig gezeigt, dass das falsch ist. Gerade Krafttraining führt zu einem gesundheitlichen Nutzen auch für Hochbetagte, Menschen mit Bluthochdruck, Zuckererkrankung, Asth-

ma, Herzerkrankungen, Arthrose, Osteoporose, Depression, nach Schlaganfall, mit Parkinson und anderen chronischen Erkrankungen. Beim Krafttraining kommt es kaum zu Auswirkungen auf den Puls und Blutdruck. Die Wirkung nimmt am stärksten in den ersten drei Monaten zu.

Beim Ausdauertraining steigt die Herz- und Atemfrequenz an. Bei einer behutsamen Steigerung der Anforderungen, beinhaltet aber auch dies in aller Regel kein Gesundheitsrisiko sondern führt, wie beim klassischen Herz-Kreislauftraining, zu der gewünschten größeren Ausdauerleistung. Ermüdungserscheinungen und Kurzatmigkeit treten später auf. Menschen die krankheitsbedingt sehr schnell kurzatmig werden, sind trotzdem in der Lage am Krafttraining teilzunehmen.

Beim Gleichgewichtstraining sind keine gesundheitsschädlichen Nebenwirkungen für den alten Menschen bekannt.

Das größte Risiko besteht darin, dass beim Krafttraining mit einem zu großen Widerstand oder einem zu schweren Gewicht begonnen und die Belastung zu schnell gesteigert wird. Dies kann bei einem geschwächten Gelenk zu Schmerzen führen. In diesem Fall muss die entsprechende Übung sofort beendet werden und es darf erst wieder trainiert werden, wenn die Muskulatur ganz schmerzfrei ist. Sollte es doch einmal zu einer Zerrung kommen (sehr selten), ist die Sofortmaßnahme eine Kältepackung. Menschen mit Arthrosen sind häufig aufgrund von Schmerzen in den Gelenken wenig aktiv. Auch hier verursachen kräftigende Übungen eine stabilisierende und schützende Wirkung auf die Gelenke.

Das Risiko beim Gleichgewichtstraining ist, dass die eigenen Möglichkeiten überschätzt werden und zu schwierige Übungen ausgewählt werden. Dies kann im schlimmsten Fall zu einem Sturz führen. Dies gilt es natürlich in jedem Fall zu vermeiden.

Muskulatur

Bedingt durch den natürlichen Alterungsprozess, aber auch durch einen passiven Lebensstil, verlieren die meisten Erwachsenen 20 – 40 % ihrer Muskelmasse bis zum achtzigsten Lebensjahr. Die Muskelfasern schrumpfen oder verschwinden und werden durch Fett oder Bindegewebe ersetzt. Damit sind sie durch die Signale des Nervensystems schlechter erregbar und ermüden schneller, weil sie die nötige Energie für die Muskularbeit nicht in ausreichendem Maße bereitstellen können. Die Fähigkeit Sauerstoff aus dem Blut aufzunehmen, ist ebenfalls vermindert. Im Ergebnis sind dadurch die Muskeln von älteren Menschen

zumeist kleiner, schwächer und schneller ermüdbar. Hauptursache aber ist - um es noch einmal zu betonen - nicht das Altern selber, sondern es ist das Resultat einer verminderten Aktivität.

Gleichgewicht

Die Fähigkeit des Körpers in natürlichen Positionen (z.B. freier Sitz, Stand) oder Aktionen (z.B. Gehen, alltägliche Verrichtungen) eine ruhige aufrechte Haltung und zielgerichtete Bewegungen durchführen zu können, ist im Alter oft eingeschränkt. Neben Erkrankungen und Medikamentennebenwirkungen liegt die Ursache für diese Gleichgewichtsstörungen ebenfalls in der Inaktivität. Anzeichen sind unsicheres Stehen und Gehen sowie Schwindel.

Der Körper des Menschen passt sich an die an ihn gestellten Erfordernisse an. Wird er wenig gefordert, kommt es zu wenigen Reizen auf das Nerv-Muskelsystem und die Leistungsfähigkeit verschlechtert sich. Bei „multipler Stimulierung“ und ausreichender Aktivität („bewegungsaktiver Lebensstil“) dagegen, ist das Gleichgewicht bei gesunden älteren Menschen nicht wesentlich beeinträchtigt.

Die Grundlage für die Gleichgewichtsfähigkeit liegt in mehreren Wahrnehmungssystemen.

Ein Wahrnehmungssystem ist das Auge. Es informiert über die Stellung des Körpers im Raum. Hier sind besonders das Erkennen des Horizontes und die Unterscheidung von „oben“ und „unten“ wichtig.

Ein weiteres Wahrnehmungssystem ist das Gleichgewichtsorgan im Innenohr. Es informiert über Drehbewegungen und Beschleunigungen des Körpers.

Das dritte System liefert Informationen aus dem eigenen Körper. Rezeptoren geben uns z.B. Auskunft über den Druck an den Fußsohlen, den Spannungszustand in der Muskulatur oder die Stellung der Gelenke, auch wenn wir gar nicht hinschauen.

Wenn wir mit eng beieinander stehenden Füßen aufrecht dastehen, sind leichte Schwankungen normal. Junge und gesunde Menschen können im Fußgelenk entgegensteuern, so dass ein Sturz ausbleibt. Ältere Menschen dagegen können oft im Fußgelenk nicht mehr so effektiv gegensteuern und regulieren die Ausgleichbewegungen über kleine Hüftbewegungen. Bei größeren Schwankungen oder Bewegungen wenden Gesunde einen Sturz durch einen schnellen Ausfallschritt ab. Alte Menschen haben oft nicht genügend Kraft oder der Schritt kommt zu spät, um einen Sturz zu verhindern. Neben der geschwächten Muskulatur verhindert zusätzlich die altersbedingte natürliche Verlangsamung der

Übermittlung von Wahrnehmung (hier: des Bodens), den Körper im aufrechten Gleichgewicht zu halten. Es ist dann nicht nur die mangelnde Muskelkraft sondern vielmehr fällt es den Alten schwer, die vorhandene Kraft richtig einzusetzen. Ein Schutzreflex ist verändert, die Koordination bzw. die Geschicklichkeit ist eingeschränkt.

2.3 Dauer und Planung des Trainings

Das Training sollte möglichst zwei Mal in der Woche durchgeführt werden, jeweils eine Stunde lang. Dazwischen sind zwei oder drei Tage Pause notwendig, denn solange braucht die Muskulatur nach intensivem Krafttraining zur Erholung. Es sollte immer zur selben Zeit geübt werden und die beste Tageszeit ist der späte Vormittag oder der späte Nachmittag. Mit individuellen Schwankungen ist der Körper zu diesen Tageszeiten am leistungsfähigsten - und um Leistung geht es in der Sturzprophylaxe.

Die Zusammensetzung einer Gruppe muss, wie alles andere auch, der vorhandenen Situation angepasst werden. Oft ist die Realität weit entfernt von Idealkonzepten und dann gilt: wenig ist mehr als gar nichts.

Bewährt hat sich:

- a) eine Gruppe für Menschen, die noch ohne Gehhilfen gehen können
- b) eine weitere Gruppe für Menschen mit Gehbehinderungen, die aber mit einem Stuhl als Stütze (Stuhllehne) stehen können. Hierzu gehören auch Personen mit Halbseitenlähmung und Bewohner mit einer leichten bis mittelschweren Demenz (sie haben häufig Gangstörungen und sensorische Einschränkungen).

Die Bewegungstherapie beginnt grundsätzlich behutsam und wird nur allmählich gesteigert. Bei Einhaltung der individuellen Grenzen sind keine gesundheitsschädigenden Nebenwirkungen bekannt. Trotzdem sollte vor dem Sturzprophylaxetraining der Arzt gefragt werden, ob aus seiner Sicht Bedenken gegen das Training bestehen.

2.4 Material

- Tücher und andere gut greifbare, ansprechende Gegenstände als Bewegungsmotivationshilfen, zur Wahrnehmungsschulung und für das Gleichgewichtstraining (Steine, Kastanien, Blüten, Muscheln, im Winter auch mal ein Schneeball).
- Kurzhandeln mit veränderbarem Gewicht, von 500 gr. bis 5 Kilo. Ersatzwei-

se kann mit kleinen Plastikflaschen, die mit Wasser oder Sand gefüllt sind, begonnen werden.

-Gewichtsmanschetten mit veränderbaren Gewichten sind optimal für das Krafttraining der Beine. Diese sind leider sehr teuer (ca. 70,- € pro Stück).

-Therabänder (breite Gummibänder in verschiedenen Stärken und Farben) für Krafttraining mit dem ganzen Körper. Diese sind am laufenden Meter zu kaufen und preisgünstig (ab ca. 2,70 € / m). Pro Person benötigt man ca. 2 Meter.

2.5 Durchführung des Trainings

Die Teilnehmer sitzen in einem großen Kreis, so dass sich alle gegenseitig sehen können. Vor jeder Person steht ein Stuhl, der bei Übungen im Stand eine Möglichkeit zum Festhalten bietet. Darauf liegt das Übungsmaterial bereit.

Die Teilnehmer müssen unbedingt feste Schuhe tragen.

Alle Übungen werden grundsätzlich von der Gruppenleiterin vorgemacht und mitgemacht. Modelllernen – Nachahmen - (Spiegelnervenzellen). Dies ist insbesondere bei Demenzkranken absolut notwendig.

Die sechs genannten spezifischen Ziele (2.1) fasse ich zu **drei Themenbereichen** zusammen:

1.20 Minuten Anfangsritual, Lockern, Aufwärmen, Training der Beweglichkeit, Spiel- und Spaß, Wahrnehmen, Entspannen, Ausdauer. Dies sollte, außer dem Anfangsritual, von Stunde zu Stunde variieren.

2.20 Minuten Gleichgewichtstraining. Dies enthält immer wieder ähnliche Elemente, die das Wiedererkennen und den Vergleich mit der eigenen Leistungsfähigkeit ermöglichen. Der Schwierigkeitsgrad wird behutsam gesteigert. Hierhin gehören auch das Üben des Aufstehens vom Stuhl und das Hinsetzen.

3.20 Minuten Krafttraining. Dies sollte ebenfalls in jeder Stunde ähnlich sein, je nach persönlicher Leistungsfähigkeit werden die Gewichtsbelastung und der Widerstand durch die Therabänder individuell angepasst und allmählich gesteigert.

<p style="text-align: center;">Gleichgewichtstraining + Krafttraining schwierig ! anstrengend !</p>

Gleichgewicht ist trainierbar !

Ich beschreibe hier Grundprinzipien und beispielhaft nur einige „Klassiker“ als Anregung zum Üben. Jede Bewegungstherapeutin wird hier ein Repertoire haben. Im Übrigen verweise ich am Ende dieser Arbeit auf Infomaterial (auch zum downloaden).

Entscheidend ist, dass die Übungen als schwierig erlebt werden. Unser Gleichgewichtssystem kann sich nur bei Anforderungen verbessern. Dann nämlich liefern die drei genannten Wahrnehmungssysteme (2.2) ausreichende Informationen an das Gehirn, woraufhin dieses eine entsprechende Ausgleichbewegung veranlasst und dies ist der Beginn einer verbesserten Balance und Koordination. Dieses Fordern ist in der Arbeit mit Älteren und Hochbetagten ein schwieriges Ziel in sich selbst, neigen doch die Meisten von uns dazu alte Menschen zu schonen und diese Vorstellung haben sie oft auch selber über sich (erinnere: „Theorie als Intervention“, diese Arbeit 3.). Hat man mit einer Übung ein *sicheres* Gleichgewicht erarbeitet und kann sie *exakt* ausführen, dann kann zu einer schwierigeren Variante oder der nächsten Übung weitergegangen werden.

Das Gleichgewichtstraining dient auch dem Aufwärmen der Muskulatur. Deshalb sollte es immer vor dem Krafttraining durchgeführt werden. Damit verbunden ist eine gleichzeitige Schulung der Wahrnehmung, Konzentration, Koordination und Geschicklichkeit. Bei allen Bewegungen hin zu *der* Grenze, an der die Balance noch soeben gehalten werden kann, ist es notwendig, sich selber genau zu spüren. Nur in wacher Achtsamkeit für sich selbst ist die individuelle Grenze des gerade noch Machbaren erfahrbar und kann gefahrlos ein wenig überschritten werden. Ist eine gewisse Sicherheit mit den Übungen erreicht, weist die Bewegungstherapeutin zusätzlich auf den Atem hin. Es soll bewusst ruhig aus- und eingeatmet werden.

Ziel ist: Gewichtsverlagerung bei einer möglichst aufgerichteten „äußeren“ Körperhaltung und mit einer aufgerichteten „inneren“ Haltung. Zu dieser „inneren“ Aufrichtung sollte man auch Menschen mit Verkrümmungen und Körperschief-lagen versuchen zu motivieren. Es geht auch um „Sich-selber-etwas-zutrauen“, Zuversicht und Selbstsicherheit und dafür bedarf es der guten „inneren“ Haltung.

Jede „Stand“- Übung muss etwa 20 – 30 Sekunden gehalten werden und alle Übungen sollten möglichst genau durchgeführt werden.

Gleichgewichtsübungen auf dem Stuhl:

- freies Sitzen auf dem Stuhl, ohne Anlehnen am Stuhlrücken, beide Füße

gut am Boden, auf den Druck des Gesäßes auf die Stuhlsitzfläche konzentrieren, beide Füße möglichst gleichmäßig belasten und den Bodenkontakt spüren, auf den Atem konzentrieren

- langsame Gewichtsverlagerung mit ausgestreckten Armen, nach rechts und links, später nach vorne und zurück zur Mitte, hin- und her, dabei auf die Druckverschiebung vom Gesäß und auch von den Füßen am Boden achten (vom rechten Fuß zum linken Fuß, zur Fußspitze und zur Ferse)
- freies Sitzen, die Arme zur Seite ausstrecken und sich dann selber über die Schultern schauen, rechts und links
- freies Sitzen und Gewichtsverlagerungen mit Tuch: mit jeder Hand einen Zipfel fassen und das Tuch von rechts nach links „fliegen“ lassen. Oder: den Oberkörper etwas nach vorne beugen und das Tuch von unten nach oben schwingen, von oben wieder nach unten usw.

Gleichgewichtsübungen im Stand:

- die Beine stehen hüftbreit auseinander, auf den Druck unter den Fußsohlen konzentrieren, beide Füße sind gleichmäßig belastet, Schultern und Arme hängen entspannt, ruhig aus- und einatmen.
- das Gewicht langsam auf das eine Bein verlagern, beide Füße behalten Bodenkontakt, dann das Körpergewicht auf das andere Bein verlagern, so hin- und her.
 - Variante: in Schrittstellung
 - Variante: mit hüftbreit stehenden Füßen mit dem Becken in beide Richtungen kreisen
- beide Hände in den Hüften abstützen, dann den ganzen Körper nach hinten drehen und sich selber über die Schulter schauen
- im Stand in verschiedenen Variationen mit einem Luftballon spielen

Alle Gleichgewichtsübungen können nach einer gewissen Übungszeit auch mit geschlossenen Augen geübt werden.

Kraft ist trainierbar

Auch hier beschreibe ich Grundprinzipien und beispielhaft einige konkrete Übungsmöglichkeiten.

Das Wichtigste beim Krafttraining ist, dass im Trainingsverlauf die Belastung so gesteigert wird, dass immer mit großer Anstrengung trainiert wird. Übt man ständig mit derselben Gewichtsbelastung so ist dies zwar (sinnvolles) Bewegungstraining, aber man erreicht keinen Kraftzuwachs. Das Krafttraining stärkt die Muskulatur und auch die Sehnen und Bänder. Die Muskelmasse verändert sich nur wenig, aber es kommt zu einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen

Muskulatur und Fett und das Gewebe strafft sich. Auch die Gelenke werden beweglicher und gleichzeitig stabiler. Zum Aufbau der Kraft und der Muskulatur ist das Heben von Gewichten oder das Arbeiten gegen Widerstand (Therabänder) am effektivsten. Das bloße Anspannen der Muskeln gegen einen unbeweglichen oder gedachten Widerstand ist weniger sinnvoll. Dieses ist ohnehin für alte Menschen auf der kognitiven Ebene meist zu schwierig. Nach dem Krafttraining sind die Muskeln ermüdet, deshalb werden die anderen Trainingsmaßnahmen vorher durchgeführt.

Die Gewichte dürfen nicht mit Schwung gehoben oder bewegt werden, sondern die Arbeit erfolgt langsam und in Ruhe. Die „innere“ und „äußere“ (Körper-)Haltung ist, wie auch beim Gleichgewichtstraining, so weit wie möglich ausgerichtet.

Die Gewichte werden so gewählt, dass sie möglichst zehnmal hintereinander bewältigt werden können, bevor eine kurze Pause gemacht wird. Ziel ist: zwei Durchgänge mit zehn Wiederholungen pro Übung zu schaffen.

Kraftübungen auf dem Stuhl:

- für Hände, Arme, Schultern: aus dem aufrechten Sitzen heraus mit den Hanteln (oder mit Wasser oder Sand gefüllten Plastikflaschen) langsame und zielgerichtete Bewegungen in verschiedene Richtungen ausführen. Wichtig ist, dass sowohl das Wegstrecken als auch das Zurücknehmen bewusst und zielgerichtet durchgeführt wird, z.B. die Hantel wird zur Seite rausgestreckt und dann zurück zur Schulter geführt und wieder raus und wieder zur Schulter usw.
- für Hände und Arme: Die Arme hängen mit den Hanteln nach unten. Nun eine Hantel langsam in Richtung Schultern führen und dann langsam wieder in die Startposition. 10 Mal wiederholen
Variante: im Wechsel rechts und links
Variante: mit beiden Armen/Händen gleichzeitig
- für die Armstrecker: Auf der vorderen Hälfte des Stuhles sitzen, mit beiden Händen die Armlehnen fassen so, dass sich die Hände neben dem Rumpf befinden. Nun wird das Körpergewicht nach oben gestemmt, die Ellbogen so weit wie möglich gestreckt, möglichst langsam wieder in den Stuhl sinken.
Variante: die Füße weiter nach vorne stellen, dann wird es schwerer
- für die Beine: Theraband wie eine Schlinge um einen Fuß legen und die beiden losen Enden fest in den Händen halten. Nun das Bein im Knie langsam strecken und langsam wieder beugen. 10 Mal wiederholen
- das Theraband um beide Knie wickeln. Die Knie strecken, die Beine in die Luft heben und beide Beine nach außen drücken (das rechte Bein nach

rechts, das linke Bein nach links) und langsam zurück zur Mitte

Kraftübungen im Stand

- für die Muskulatur der Beine, die zum Aufstehen von einem Stuhl/Toilette benötigt wird: Man steht hinter dem Stuhl (der *vor* einem steht, siehe 2.5). Man hält sich an der Rückenlehne ein wenig fest, die Füße stehen gut auseinander, die Fußspitzen zeigen leicht nach außen (so ist die Standfläche und Standsicherheit am Größten). Die Knie werden langsam gebeugt, das Gesäß schiebt sich nach hinten, so als ob man sich setzen wolle. Man schaut nach vorne (nicht nach unten). Dann drückt man sich langsam mit den Beinen wieder hoch in die Ausgangsposition. 10 Mal wiederholen.
- für Fußgelenke und Wadenmuskulatur: Man hält sich an der Stuhllehne fest und steht ganz aufrecht. Dann drückt man sich so weit wie möglich in den Zehenstand und senkt sich langsam wieder zurück in die Ausgangsposition, bis beide Füße wieder fest am Boden stehen. Diese Übung kann bis zu 20 Mal wiederholt werden. Variante: Das Körpergewicht nur auf einem Bein hochstemmen
- für Oberschenkelmuskulatur: möglichst mit Gewichtsmanschetten, diese werden oberhalb der Fußgelenke befestigt: Bei aufrechter Körperhaltung das gestreckte Bein langsam zur Seite führen und langsam zurück. Ebenso auch nach hinten üben.

Übungen im Gehen für Gleichgewicht und Kraft:

- Auf den Boden ist ein gerader Strich gemalt oder geklebt und das Ende ist deutlich durch einen Querstrich markiert (das ergibt ein T). Man geht auf diesem Strich zügig bis ans Ende. Dort bleibt man kurz stehen um sich dann um 180 Grad zu drehen und wieder zurückzugehen. (Es ist nicht das Balancieren *auf* dem Strich gemeint)
 - betont langsam gehen, im Zeitlupentempo
 - in Schlangenlinien immer wieder den Strich überqueren
 - über kleine Hindernisse steigen (z.B. Blüten, Papierknäuel)
 - Gehen und dabei zur Seite/nach oben schauen
 - Gehen, nach zwei Schritten stehen bleiben – weitergehen - nach zwei Schritten stehen bleiben usw.
-
- Rollstuhlfahrer (z.B. mit Halbseitenlähmung) sollten so viel wie möglich mit den Füßen am Boden gehen (trippeln)

3. Motivationshilfen und Bewusstseinsarbeit aus Sicht der Integrativen Bewegungstherapie

Der bewegungstherapeutische Aspekt der Sturzprophylaxe führt nur dann zum Erfolg, wenn die Übungen schwierig und anstrengend sind. Das Training erfordert die Bereitschaft die eigene Trägheit zu überwinden, Durchhaltevermögen und Willensarbeit. Das Vorbeugen von Stürzen muss zu einer persönlichen Herausforderung werden, welche die alten Menschen selber wollen.

Dazu braucht es in aller Regel **motivationale Hilfe von „außen“** - von Mitmenschen, Gleichaltrigen und Betreuern. Die alten Leute müssen in ihrem regelmäßigen Üben begleitet werden. Sie brauchen Ermutigung, aktives Zutrauen und Unterstützung um Vertrauen in sich selbst gewinnen zu können und um die notwendige Anstrengung akzeptieren zu können. Sie müssen „sich selbst zum Projekt machen“, wie eine Grundstrategie der Integrativen Therapie lautet.

Dazu brauchen sie angemessenes Loben und Wertschätzen und positive Zuschreibungen wie: „Sie werden das schaffen“ oder: „Ich kann schon sehen, dass Sie sicherer auf den Beinen stehen“. Es braucht ganz allgemein ein Echo auf diese mühevollen Aktivitäten. Fortschritte müssen mit Freude wahrgenommen werden und Ängste vor Misserfolgen zerstreut werden. Das entscheidende ist eine wirkliche Ermutigung.

Zusätzlich braucht es **motivierende Strategien**. Hier ist die Identität der Trainingsgruppe zu nennen. Gelingt es, dass die Teilnehmer die Trainingsgruppe als „ihre“ Gruppe erleben, bei der sie nicht fehlen dürfen, so ist dies „unbezahlbar“. Wenn im Pflegeheim über die „Gruppe der fitten Alten“ gesprochen wird oder die Teilnehmer sagen: „Ich gehe jetzt in meine Kraftgruppe“, so hat nicht nur die Gruppe als Gruppe eine Identität, sondern dieses wirkt in jeder einzelnen Person identitätsstiftend. Ich habe einmal erlebt, dass eine Gruppe sich als die „Gruppe von der Frau Höhmann“ verstand. Auch dies ist eine Möglichkeit. Sie wollten sich für mich anstrengen und mich nicht enttäuschen. Identität ist ein Aspekt von Lebensqualität, Identitätserleben ist erlebter Sinn und wirkt damit motivierend. D.h., das Training muss mehr als eine funktionale Übungsstunde sein, es muss in gewisser Weise eine Herzensangelegenheit werden, sowohl im übertragenen als auch im wörtlichen Sinne.

Zu den identitätsfördernden Strategien gehören u.a. die regelmäßigen Übungszeiten im immer gleichen Raum sowie auch die Kreisformatierung. Nur so können sich alle gegenseitig sehen und so können sie sich am ehesten als Gemeinschaft erleben. Das Gemeinschaftserleben hat eine große motivierende

Kraft. Die Anderen sind Zeugen, sie sind in gleicher Weise Betroffene, alle müssen sich anstrengen und alle haben ein gemeinsames Ziel. Das tut gut und hilft!

Das zentrale Ziel des Sturzprophylaxetrainings ist Zuwachs an Kraft und Gleichgewicht. Eine motivierende Strategie und ein sinnvolles Nebenziel ist die Förderung von positiven Emotionen. Wir wissen aus der Lernpsychologie und Gedächtnisforschung, wie wichtig angenehme Emotionen für nachhaltiges Lernen sind. Dies gilt nicht nur für kognitives, sondern auch für körperlich-motorisches Lernen. Das heißt für unsere Arbeit, wir müssen auch bestimmte fördernde Emotionen lehren und üben. Durch eine bewusst aufgesetzte Affektmimik können wir gezielt eine entsprechende Gefühlslage stimulieren. Auf diese Weise können wir die Trainingsgruppe zu Beginn einer Stunde bewusst positiv einstimmen indem wir auffordern, zunächst eine Interessemimik „aufzusetzen“. Dadurch entsteht eine positive Erwartungshaltung: die Augen werden weit, Brauen und Stirn gehoben, der Mund öffnet sich. Vom Körper (Mimik) zum Gefühl, - „bottom up“. Dem folgt die Mimik des Lächelns. Damit wird die Stimmung in der Gruppe insgesamt gehoben und leichter. Dies gelingt auch, wenn nicht alle Teilnehmer, aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen, dieser Anregung folgen können. Jetzt ist schon eine gute Voraussetzung geschaffen für die erste Phase des „eigentlichen“ Trainings: Lockern, Aufwärmen, Spiel- und Spaß usw. und dieses sollte, wie schon gesagt, abwechslungsreich und immer wieder mit neuen und interessanten Elementen versehen sein.

Meine Erfahrung ist, wenn die Menschen sich „innerlich“ öffnen und sich eine gute Atmosphäre mit konzentrierter Aufmerksamkeit und Ernsthaftigkeit ausbreitet, dass dann auch das darauf folgende schwierige Balance- und Krafttraining durchgehalten werden kann.

Unter 2.6 ist schon auf die Notwendigkeit hingewiesen worden, dass die Gruppenleiterin alle Übungen vor- und mitmachen muss. Dies ist „Lernen am Modell“ und gehört ebenfalls zu den motivierenden Strategien. Die neurobiologische Erforschung der Spiegelneurone liefert uns hier den theoretischen Hintergrund und die Bestätigung von Volksweisheit. In zwischenmenschlicher Bezogenheit und der gleichzeitigen Stimulierung von mehreren Sinneskanälen, liegt die größte Chance für nachhaltiges Lernen. Die alten Leute orientieren sich an mir, sie sehen die Übungsabläufe, sie hören die begleitenden Erläuterungen und sie sind selber aktiv tätig.

Und es kommt noch eine weitere wichtige Lernstrategie hinzu, die Vermittlung von Wissen. Aus der Gedächtnisforschung ist bekannt, dass die Motivation für motorisches Lernen zunimmt, wenn die Menschen wissen, warum sie sich so an-

strengen sollen und ihnen der persönliche Nutzen für ihre spezielle Situation klar wird. In der Vernetzung des motorischen Lernens mit Faktenwissen liegt die stärkste Nachhaltigkeit – „Theorie als Intervention“. Gleichzeitig ist damit auch die Vernunft angesprochen und die Vernunft unterstützt den Willen zum Durchhalten. Deshalb sollte in jeder Trainingsgruppe situationsangemessen immer wieder in kleinen Portionen über das Funktionieren des Körpers, den Sinn von Gleichgewichtsübungen und die Notwendigkeit von Kraft gesprochen werden. Auch alte Menschen interessieren sich noch dafür.

4. Eindrücke aus einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema:

„Sturzprophylaxe bei gehbehinderten Menschen in Pflegeheimen und im `Betreuten Wohnen`“

Die Sozial- und Personalmanagerinnen einer großen Pflegeheim GmbH hatten mich zu einer Mitarbeiterfortbildung eingeladen. Diese sollte über drei Stunden gehen. Zielgruppe waren Honorarkräfte aus verschiedenen Pflegeheimen und dem „Betreuten Wohnen“. Es kamen 14 Gymnastikgruppenleiterinnen mit ganz unterschiedlicher beruflicher Qualifikation und drei Mitarbeiterinnen aus der obersten Führungsebene. Die Gymnastikgruppen waren bisher eher als unspezifische Aktivierungsmaßnahmen durchgeführt worden und die Pflegeheimleitung wünschte nun eine gezielte Ergänzung im Sinne des Sturzprophylaxe-trainings !!!



Als Anregung schildere ich ausgewählte Aspekte meiner Vorgehensweise sowie Reaktionen der Teilnehmerinnen.

Zu Beginn hatte ich einen Stuhlkreis vorbereitet. Nach der kurzen Begrüßung packte ich - der Jahreszeit entsprechend – eine große schöne Sonnenblume mit einem ca. 10 cm langen Stiel aus. Mit dieser Stiellänge war sie gut zu handhaben und während ich sprach, hielt ich die Blume in den Händen. Ich stellte mich mit wenigen Worten vor und erklärte, dass jede Frau sich der Reihe nach mit Namen vorstellen solle, kurz ihren Tätigkeitsbereich sowie die Motivation für diese Fortbildung beschreiben solle. Dann gab ich die Blüte mit meiner rechten Hand weiter an meine rechte Nachbarin. Diese nahm sie mit ihrer linken Hand entgegen. Und so sollte das Ritual auch weitergehen: Von der linken in die eigene rechte Hand, dann weitergeben in die linke Hand der Nachbarin usw. bis alle sich vorgestellt hatten und die Sonnenblume einmal die Runde gemacht hatte. Zum Abschluss gaben wir sie noch einmal in beiden Kreisrichtungen herum: linke Hand – rechte Hand, linke Hand – rechte Hand. Gleichzeitig sprachen wir laut aus: „Linke Hand – rechte Hand. Linke Hand – rechte Hand“ usw.

Nach diesem Einstieg fragt ich: „Wie war eigentlich Ihre Reaktion auf die Sonnenblume und diese Art des Anfangs? - Wie hat sich das angefühlt?“ – Wie zu erwarten, war das für alle eine schöne Erfahrung gewesen, hatte Freude ausgelöst und in der Anfangsunsicherheit war es gut gewesen sich an der Blume „festhalten“ zu können.

Danach kam meine Frage: „Haben Sie eine Idee warum ich *so* angefangen habe?“ – Es entwickelte sich eine Diskussion (= Aussprechen erhöht den Lerneffekt !), in der den Frauen auf der Basis ihrer persönlichen Erfahrung bewusst wurde, dass die Farbigkeit und Weite der Blüte, wie auch die Tatsache, dass sie beim Sprechen etwas in den Händen halten konnten, die Stimmung im Raum in eine positive Richtung verändert und entspannt hatte. Sie waren innerlich weiter und offener geworden. Außerdem hatte jede Frau jede andere Kollegin bewusst wahrgenommen - gesehen und gehört - und eine Atmosphäre von gemeinschaftlichem Interesse war angebahnt.

Durch meine gezielten Fragen konnte jede Teilnehmerin nach und nach ihre persönliche Theorie über den Sinn meiner Vorgehensweise herausfinden. Meiner Erfahrung nach zeigt dieses Prinzip immer wieder gute Wirkungen:

1. eine erlebnisnahe Erfahrung anbieten
2. auf der Grundlage des soeben Erlebten die „persönliche Theorie“ über den Sinn des Ganzen herausfinden (kognitive Reflexionsebene)

So verstehe ich Theorie-Praxis-Verschrankung und in dieser Weise arbeitete ich während der gesamten Fortbildungsveranstaltung. Auf jedes eigene praktische

Tun der Teilnehmerinnen folgte in zeitlicher Nähe die gemeinsame Reflexion mit den Fragen. „Wie wirkt das in mir? – Wofür ist das gut?“.

Das Interesse war nach dieser Einstimmung geweckt! – Dem folgte eine kurze Entspannungsübung und danach die noch verstärkende Anregung zur Interessemimik (siehe auch 3.). Das wurde mit Gelächter befolgt.

Mit diesem Einstieg war eine gute Vorbereitung für das „eigentliche“ Thema gelungen und ich konnte mit der Theorie und Praxis der Sturzprophylaxe fortfahren.

Meine Anliegen waren, in Verbindung mit den praktischen Aspekten und Übungen (siehe 2. diese Arbeit) a) die Vermittlung dessen, was Lernen nachhaltig macht, b) Bewusstseinsarbeit bezüglich der Notwendigkeit von Anstrengung auch bei alten Menschen.

Zu diesem Zweck hatte ich auf große, farbige Moderationskarten je einen der unten aufgeführten Gesichtspunkte aufgeschrieben. Im Verlauf der Fortbildungsveranstaltung heftete ich nun die jeweils passende Karte an eine Stellwand. So wurde in der Verbindung mit der eigenen Selbsterfahrung, die Theorie nicht nur gehört, sondern auch visuell wahrnehmbar und ich konnte in den verschiedenen Phasen der Fortbildung immer wieder darauf verweisen und verdeutlichen, welcher Aspekt gerade wirksam und im Vordergrund war.

Das ist notwendig, damit Lernen nachhaltig ist und zu Verhaltensänderungen führt:

- Interesse /Neugier
- entspannte Atmosphäre
- positive Emotionen
- Intensität der Übungen
- Erleben von Gemeinschaft/Identität
- Faktenwissen
- Üben – Üben – Üben, also häufige Wiederholung

Ich erklärte, dass es in der Arbeit mit alten Menschen sinnvoll sei, eine Gruppe mit einem Ritual zu beginnen und abzuschließen. Die Wiederkehr des Gleichen und Vertrauten, - der Wiedererkennungseffekt - gibt Sicherheit und schafft Identität: Wir sind die „Kraftgruppe“! Die Kreisformation gibt zusätzlich die Möglichkeit sich gegenseitig zu sehen, zu hören und einander zu erleben. Das

verbindet! Für das Anfangsritual bewährt sich eine funktionale Übung, - gut geeignet ist die Bewusstmachung und Nutzung beider Hände. Die Hände als „Brücke zur Welt“ sind in vielerlei Hinsicht sehr bedeutsam für den Menschen, für den zwischenmenschlichen Kontakt, für Geben und Nehmen, für Zärtlichkeiten und zum Festhalten (an der Welt). Außerdem sind sie entscheidend für selbstständiges Handeln, für die Verrichtungen des täglichen Lebens usw. - Dieses steht im Gegensatz dazu, dass viele alte Leute ihre Hände weniger benutzen, als es ihren tatsächlichen Fähigkeiten entspricht und damit schwächen sie sich unnötig.....

Am Ende dieser Fortbildung bewerteten sowohl die drei Führungskräfte als auch die Gruppenleiterinnen die Erfahrungen mit der positiven Atmosphäre, als das bedeutsamste „A-ha-Erlebnis“. Außerdem waren für sie die Informationen über das, was Lernen nachhaltig macht und die Notwendigkeit der Anstrengung in der Bewegungsarbeit mit alten Menschen, besonders wichtig. Hier waren offensichtlich auch bei diesen Frauen, die sehr viel Erfahrung in der Altenarbeit haben, die größten Wissenslücken gewesen.

Aus Gesprächen mit Kolleginnen und durch Fachliteratur weiß ich, dass dieses kein Einzelfall ist und dass hier ein hoher Weiterbildungsbedarf besteht.

5. Anhang: Körperübung zur „persönlichen Souveränität“ für uns selbst !!!

„Persönliche Souveränität“ haben wir erreicht, wenn es uns auch in schwierigen Situationen, unter äußerem Druck oder bei Belastungen gelingt, die innere Ausgewogenheit zu behalten und in Freiheit und Ruhe, Gelassenheit und Überzeugungskraft, zu reagieren (Petzold 1996, S. 283). Kurz könnte man auch sagen: Souveränität ist kraftvolle und flexible Reaktions- und Durchsetzungsfähigkeit, - noch kürzer: Souveränität ist Kraft und Gleichgewicht.

Zur Förderung dieses Ziels auf der körperlichen Ebene gibt es viele Möglichkeiten des Übens.

Hier eine persönlich erprobte Übung:

Stand: Übung A

Die Füße stehen dicht nebeneinander, Großzehen und Fußinnenknöchel berühren sich (so gut es geht). Die Knie werden nun so weit wie möglich gestreckt und aneinander gepresst!!! – Jetzt auch noch den Po fest zusammenkneifen und den Bauch einziehen !!! - kein Hohlkreuz machen! - Das alles ist Kraft- und Haltearbeit!!! Die Schultern sind dabei entspannt.

Wenn wir das gut im Gespür haben, werden beide Unterarme aneinandergelegt, sodass die Finger den jeweils anderen Ellbogen umgreifen können. Dann werden die Unterarme auf Schulterhöhe angehoben (ohne dass die Schultern hochgezogen werden!).

So stehen wir eine Weile kräftig angespannt und atmen dabei gelassen und ruhig. Die Augen sind auf Augenhöhe.

Wir bleiben in dieser Position aufrecht stehen und nehmen nach und nach folgende zusätzliche Herausforderungen. Diese betreffen das Gleichgewicht:

1. den Kopf langsam und kontinuierlich nach rechts und links drehen
2. die Augen schließen und den Kopf langsam nach rechts und links drehen
3. beide Fersen ein wenig vom Boden abheben, die Augen sind offen, die gesamte Körperspannung bleibt wie gehabt, Augen auf Augenhöhe
4. nun mit abgehobenen Fersen den Kopf langsam kontinuierlich nach rechts und links drehen
5. mit abgehobenen Fersen und geschlossenen Augen den Kopf langsam nach rechts und links drehen.

Stand: Übung B

Die Beine stehen überkreuzt, die Füße dicht beieinander, so dass die Fußaußenkanten einander berühren. Knie strecken, Po und Bauch anspannen wie unter Übung A. Die Herausforderungen können ebenfalls wie unter A nach und nach geübt werden.

Viel Erfolg!!!

Informationen zum Thema:

- www.aktivinjedemalter.de
- www.fit-in-jedem-alter.de
- Video: „Sturzprophylaxe“, zu beziehen bei:
Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.
Tel: 0711/248496-60,
www.alzheimer-bw.de, info@alzheimer-bw.de

Literatur:

- Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Hrsg. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Fachhochschule Osnabrück, 2005*
- *Tideiksaar, Rein (1998): Falls in older persons. Dt.-sprachige Ausgabe (2000): Stürze und Sturzprävention. Assessment-Prävention-Management. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen*

Autorin:

Annette Höhmann-Kost

Weiglestraße 12

71640 Ludwigsburg

Tel: 07141/53744

Email: ahoehmann@dgib.net



Zum Andenken an Hildegund Heintl Ein Nachruf

Anton Leitner, Krems

Hildegund Heintl ist am 27.12. 2005 in Mainz verstorben. Nachdem sie mir im Frühjahr ihr Bedenken um ihre Zukunft in einem unserer regelmäßigen Telefongespräche mitteilte, vereinbarten wir, dass ich sie noch einmal in Mengerschied, im Soonwaldschlösschen, besuche. Bei einem Gläschen Eiswein hat sie mich, wie so oft in den Jahren unserer Zusammenarbeit, wenn wir gerade eine Pause hatten, „mitgenommen“ in ihre aktive und kreative Lebensgeschichte.

1919 in der kargen Zeit der Weltwirtschaftskrise wurde sie geboren, erlebte die Zeit des Nationalsozialismus, den zweiten Weltkrieg, studierte während des Krieges Medizin (promovierte 1944), durchlitt Flucht und Vertreibung. In der Aufbauphase der Nachkriegszeit bekam sie vier Söhne und half ihrem Mann in der orthopädischen Praxis. Die Urlaube verbrachte die Familie immer wieder im österreichischen Mühlviertel.

1970 fand auf der Lindauer Therapiewoche eine folgenreiche Begegnung statt. Hildegund meldete sich an für eine integrativ und Methoden kombinierend ausgerichtete Psychodramagruppe mit dem Thema: „Psychodramatherapie vom Leibe her“. Sie kam etwas zu früh in den Gruppenraum, in dem nur ein junger Mann war und fragte ihn, ob er den Leiter dieses Seminars, einen Herrn Prof. Petzold, kenne. Der junge Mann stellte sich als Hilarion Petzold vor. Dies war der Beginn einer gemeinsamen, lange konstruktiven, fruchtbaren und zum Schluss auch schwierigen Zeit. Sie suchte in der Fülle der Anregungen durch die Zusammenarbeit mit ihm Antworten auf die Fragen, die sie schon immer bewegten, Fragen nach den Zusammenhängen zwischen körperlichen und seelischen Schmerzen und ihrer Symbolisierung. Die Entstehungsbedingungen von Krankwerden und Kranksein blieben im Mittelpunkt ihres Interesses - bis zum Schluss.

Hildegund Heintl ist Trägerin des Bundesverdienstkreuzes und als Pionierin der psychosomatischen Orthopädie hoch geehrt. Sie wurde Mitbegründerin der Integrativen Therapie und baute das Fritz Perls Institut – FPI (1974) und die

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit – EAG (1981) mit auf. Hildegund Heintl war in vielfältigen Funktionen tätig: als Ärztin, Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin, Kontrollanalytikerin, Supervisorin. Sie war langjährige Ausbildungsleiterin am FPI, auch Lehrtherapeutin für Psychotherapeutische Medizin der Österreichischen Ärztekammer, Mitherausgeberin der Zeitschrift „Integrative Therapie“ und gemeinsam mit ihrem Sohn Peter Mitbegründerin des Weiterbildungszentrums „Soonwaldschlösschen“. Dort leistete sie bis ins hohe Alter, neben regen Vortragstätigkeiten auf Symposien und Kongressen, umfangreiche Fort- und Weiterbildungsaktivitäten für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und auch anderen Berufsgruppen, in denen Menschen mit Menschen arbeiten.

Selbst nach ihrem Schlaganfall kämpfte sie mit der ihr eigenen eisernen Disziplin weiter – übte unermüdlich und gab ihr Erfahrungswissen an uns weiter. Sie schrieb in dieser Zeit auch zwei Bücher: „Und wieder blühen die Rosen. Mein Leben nach dem Schlaganfall“ und (gemeinsam mit Peter Heintl) „Körperschmerz – Seelenschmerz. Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden“. In den letzten Tagen ihres Lebens durfte sie noch erfahren, dass das Psychotherapieverfahren, das sie mitbegründete, die INTEGRATIVE THERAPIE, in Österreich staatlich anerkannt wurde und nun auf einer Universität (Donau-Universität Krems) institutionalisiert ist.

Hildegund Heinls Lachen, aus dem ihre Herzlichkeit sprühte und ihr Engagement für Menschen, ihre feinspürige Arbeit in der „Zwischenleiblichkeit“, ihre Modellfunktion als Lehrende hat viele Menschen erreicht und war ihnen auf ihrem eigenen Weg und in der Arbeit mit Anderen ein Vorbild. Sie wird allen, die sie erleben durften, im Gedächtnis bleiben.

Prof. Dr. Anton Leitner
Donau-Universität Krems
Zentrum für Psychosoziale Medizin
www.donau-uni.ac.at/psymed

Zum Tod von Helmuth Stolze, dem Begründer der „Konzentrativen Bewegungstherapie“ (KBT)

Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg

Am 23. 12. 2004 verstarb Prof. Dr. Helmuth Stolze im Alter von 87 Jahren. Er gab der „Konzentrativen Bewegungstherapie“ ihren Namen und war maßgeblich an ihrer Weiterentwicklung und Ausarbeitung beteiligt.

Schon 1953 war sein Buch „Das Obere Kreuz“ erschienen, in dem er sich mit Fragen der Körperlichkeit in der Psychotherapie beschäftigt hatte. Als Stolze eine seinerzeit noch ungewöhnliche Spürarbeit und Bewegungsschulung bei Schülerinnen von Elsa Gindler kennenlernte, war er sofort interessiert, denn auch hier ging es um körperlich-seelische Zusammenhänge. Er lernte diese handlungsorientierte Herangehensweise und wandte sie erfolgreich in seiner ärztlichen psychotherapeutischen Praxis an. Er sprach vom „Üben ohne Übung“ und meinte damit: erproben, entscheiden, auf dem Weg sein, sich entwickeln usw. Zentral war, die Aufmerksamkeit auf eigenes Handeln zu richten.

1958 stellte er diese Form der Bewegungstherapie erstmals in Lindau bei den Psychotherapiewochen als „Konzentrierte Bewegungstherapie“ vor. Er leitete und gestaltete von 1959 an 20 Jahre lang die Lindauer Psychotherapiewochen und die KBT ist dort bis heute jedes Jahr vertreten. Auf diese Weise lernte eine große Anzahl von Ärzten, Psychologen und anderen Therapeuten eine bewegungspsychotherapeutische Methode kennen und schätzen. Das war mit ein Grund dafür, dass die KBT in vielen Kliniken ein wichtiger Teil des Behandlungsangebotes wurde.

In der „Konzentrativen“ und „Integrativen“ Bewegungstherapie gab es von Anfang an viel Gemeinsames und auch Unterschiede, wir haben von einander gelernt, uns gegenseitig auf unsere Jahrestagungen eingeladen und je nach dem auch konkurriert. Durch Stolzes unermüdliches Interesse an der Bewegungstherapie als psychotherapeutischer Methode, hat er wesentlich mit dazu beigetragen, dass die unlösbare Verwobenheit von Körper, Geist und Seele von immer mehr Menschen erkannt wurde. In diesem Sinne hat er auch für unser integratives Anliegen mitgesprochen.

Sein Engagement fand u. a. Ausdruck in zahlreichen praktischen Weiterbildungskursen so wie im Schreiben und Herausgeben von vielen Artikeln und Büchern, genannt sei hier nur sein Buch „Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen“, welches zum ersten Mal 1984 erschien und auch von Integrativen Bewegungstherapeuten mit Interesse gelesen wurde.

Mit Helmuth Stolze verstarb ein Bewegungspsychotherapeut der Wesentlichen in Bewegung gesetzt hat und für den es immer ein Anliegen war, den Menschen mit all seinen Dimensionen im Blick zu haben. Ich denke mit großem Respekt an ihn.

Annette Höhmann-Kost

Redaktion Zeitschrift „Integrative Bewegungstherapie“

Ein Buch zur Körperbildtherapie – längst überfällig !

Martin Waibel, Aulendorf

Buchbesprechung:

Vocks S., Legenbauer T. (2005): Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Göttingen:Hogrefe.

Körperbild und Körperschema sind Begrifflichkeiten, mit denen sich jeder Körper- und Bewegungstherapeut gleich zu Beginn seiner Ausbildung auseinandersetzen muss. In der klinischen Praxis wird er dann erfahren, dass die Begriffe recht willkürlich und unterschiedlich von den verschiedensten Berufsgruppen verwendet werden. J. Bielefeld versuchte in seinem Buch „Körpererfahrung“ (1986) Licht in den Begriffsdschungel zu bringen. Letztendlich haben sich seine terminologisch klärenden Ausarbeitungen zu Körperbild und Körperschema jedoch in der klinischen Welt nicht durchgesetzt.

Vocks/Legenbauer gehen nun einen selbstbewussten Weg. Sie benutzen bei den Störungsbildern der Anorexia und Bulimia nervosa ausschließlich die Begrifflichkeit des Körperbildes und definieren es so umfassend, dass sich im zukünftigen Sprachgebrauch möglicherweise diese Begrifflichkeit durchsetzen könnte. Dies ist nicht der einzige ungewöhnliche Aspekt in diesem Buch. Eigentlich hätte man doch erwarten können, dass eine entsprechende Publikation irgendwann aus der körper- bzw. bewegungstherapeutischen Ecke hätte kommen müssen. Und logischerweise auch aus dem tiefenpsychologisch , humanistischen oder phänomenologischen Lager. Nein - nun haben zwei Therapeutinnen aus der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ecke aufgezeigt, dass es einfach undenkbar ist, den Körper/Leib aus der Therapie bei Essstörungen herauszuhalten. Allein diese Fakten sprechen schon für den Kauf des Buches. Aber es gibt noch weitere:

Die Autorinnen verpflichten sich der „evidence-based practice in psychology“, so Dieter Schulte, der das Vorwort übernommen hat. Dies bedeutet, dass therapeutische Arbeit von der besten verfügbaren Forschung, der klinischen Expertise

der Therapeuten und schließlich der Berücksichtigung der spezifischen Merkmale des Patienten ausgehen sollte.

Vocks/Legenbauer legen nun ein Behandlungsmodul vor, das diesem Paradigma entspricht. In Kapitel 1 werden Symptomatik und Klassifikation nebst Differenzialdiagnostik beschrieben. Daraus ergeben sich in Kapitel 2 die Störungen des Körperbildes, die sie in perzeptive, kognitive, affektive und behaviorale Komponenten einteilen. In Kapitel 3 und 4 folgt ein Abriss über diagnostische Verfahren und die Wirksamkeit von Körperbildtherapie nach dem aktuellen Stand der Forschung. Die Autorinnen kommen hierbei zum Ergebnis, dass der Einsatz von Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes bei Patientinnen als auch bei subklinischen körperunzufriedenen Frauen gerechtfertigt erscheint und als effektiv nachgewiesen wurde. Tatsächlich wurden jedoch in der Vergangenheit direkte Körperinterventionen bei diesen Störungen weitestgehend vernachlässigt.

Das Therapiemanual ab Kapitel 5 umfasst neben allgemeinen Hinweisen zum therapeutischen Vorgehen, kognitive Techniken, Körperkonfrontation sowie den Aufbau positiver körperbezogener Tätigkeiten. Das Buch schließt mit einer gezielten Rückfallprophylaxe.

Aus körper- und bewegungstherapeutischer Sicht erfährt man nicht „neue Dinge“. Viele der beschriebenen Übungen sind bekannt und werden z.T. streng modifiziert. Für eine wissenschaftliche Arbeit zum Thema ist dies unumgänglich, lässt aber die Kritik aufkommen, dass Übungen für Leib- und Bewegung nicht in ein prozessuales Setting eingebettet sind, sondern schematisch in zeitlicher Abfolge durchgeführt werden. Die wichtige therapeutische Beziehung könnte dabei in den Hintergrund geraten. Gerade hier liegt aber auch eine Stärke des Buches und letztendlich ein Plädoyer für eine körper- und bewegungsorientierte Arbeit als ein „Muss“ zusätzlich zu einer verbalen Therapie, bei Störungen die sich nicht „nur kognitiv“ sondern auch körperlich zeigen.

Manchen klassischen Körper- und Bewegungstherapeuten wird dieses Buch zu statisch und programmatisch erscheinen. Zugleich kann es eine wichtige Hilfe sein, Körper- und Bewegungstherapien als elementare Therapiebausteine in integrierten Therapiemodellen in Kliniken und hoffentlich auch in naher Zukunft in ambulanten Praxen, zu begreifen. Vocks/Legenbauer haben hierfür einen wichtigen Grundstein gelegt.

Diagnostik von Essstörungen

Martin Waibel, Aulendorf

Buchbesprechung:

Tuschen-Caffier B., Pook M., Hilber A. (2005): Diagnostik von Essstörungen und Adipositas. Göttingen Hogrefe.

Jede Bewegungs- und Leibtherapeutin begegnet in ihrer therapeutischen Arbeit Essstörungen und Adipositas in den unterschiedlichsten Ausprägungen. Von subklinischen Symptomen bis hin zu schweren Störungen, die häufig zu spät erkannt werden, sich jedoch auf der Körperebene frühzeitig zeigen. Ein Buch unterstützend zur prozessualen Leibdiagnostik könnte hier eine wichtige Ergänzung bieten. Das Autoren-Trio kommt nun schnell zur Sache. Auf 113 Seiten handeln sie zunächst die bekannten Störungsbilder Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, das Binge eating, sowie in einem gesonderten Kapitel, die Adipositas ab. Kurz und knapp werden Prävalenz und Krankheitsbilder beschrieben, diagnostische Leitlinien aus ICD 10 und DSM-IV, soweit vorhanden, aufgezeigt. Schwerpunkt des Buches, wie nicht anders zu erwarten, ist die Darstellung von klinisch relevanten diagnostischen Verfahren. Dass sich die Autoren hier auf neun Verfahren zu potenziell relevanten Themen wie Essstil, Ernährungsverhalten, Körper- und Figurwahrnehmung begrenzt haben, ist zu begrüßen. Im Arbeitsalltag wird für die Praktikerin die Flut von Testverfahren und ihre klinische Einschätzung bzgl. Validität, Reliabilität, Anwendungspraktibilität und internationale Verbreitung bzw. Anerkennung schnell zu einer übergroßen Herausforderung. Dieses Buch bietet Hilfe, weil es die verschiedenen Verfahren einer Sichtung bzgl. Anwendungsbereichen, Auswertung, psychometrischen Gütekriterien, Referenzwerten u.a. Hinweisen unterzieht. Abschließend werden Empfehlungen für den Einsatz von Fragebögen gegeben, ebenso für die Durchführung von Interviews.

Das Buch richtet sich sicherlich zunächst an die mit Testverfahren vertraute Klinikerin, in der Regel klinische Psychologin. Im Weiteren kann es jedoch eine wertvolle Hilfe für Bewegungs- und Leibtherapeutinnen sein, die sich für die messbaren Veränderung von Essstörungen interessieren und dies entsprechend auch dokumentieren müssen.

Informationen zur Weiterbildung in Integrativer Leib- und Bewegungstherapie erhalten Sie beim Weiterbildungsträger:

*Beginn der nächsten Gruppe:
24. – 26. November 2006
Leitung: Martin Waibel*

Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG)

**Frau M. Kalischke
Wefelsen 5
D-42499 Hückeswagen
Tel. 02192 / 858-0
Fax. 02192 / 858-22**

Bürozeiten : Di. 10-12:30,
Mi. 10 –12:30 u.13:30-16:30,
Fr. 8:30-12 Uhr

Die Kraft der Beziehung

Bewegungstherapie zwischen Intersubjektivität und Neurobiologie

**8.- 10. Dezember 2006
Tagung in Geldern / Niederrhein**

Weitere Informationen :
www.tagung.dgib.net

Anmeldung:

Tagungsbüro
c/o Martin J. Waibel
Im Obstgarten 6
88326 Aulendorf, Deutschland
tagung@dgib.net

Integrative Bewegungstherapie

Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie
in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz

Heft 1-2/2005, 13. Jahrgang
ISSN 1437 – 2304

Einzelexemplare dieses Hefts können zum Preis von 8,00 €
je Heft + Versandkosten bezogen werden bei:

Geschäftsstelle DGIB
c/o Praxis Gieseke
Habichtstr. 96
22305 Hamburg
Deutschland
Tel.: +49 40/ 611 890 73
Email: dgib@iblt.de

Für das nächste Heft freuen wir uns über Beiträge,
Buchrezensionen, Leserbriefe.
Beiträge werden erbeten auf Diskette (Windows/DOS)
oder per Email an folgende Anschrift:

Redaktion der Zeitschrift
„Integrative Bewegungstherapie“
c/o Höhmann-Kost
Weiglestr. 12
71640 Ludwigsburg, Deutschland
Email: redaktion@iblt.de

Redaktionsschluss für das nächste Heft: 01. Dez. 2006

Hinweis zum Copyright aller Artikel:

Alle Rechte liegen bei der DGIB und der AutorIn.
Nachdruck nur mit Quellenangabe und Genehmigung
durch die DGIB oder die AutorIn.