

Lebenshilfe durch Bewegung

KONZEPT EINER GANZHEITLICHEN BEWEGUNGSTHERAPIE BEI CHRONISCHEN LEIDEN UND SCHWERER BEHINDERUNG

Das Leiden körperlich-motorisch behinderter Menschen erfasst die ganze Persönlichkeit und hat Einfluss auf die mitmenschliche Umwelt. Die Motorik ist Teil unseres Seins, Verluste in diesem Bereich sind entsprechend einschneidend. Und: Eine Behinderung ist nie abgeschlossen, sie trägt immer den Keim der Verschlechterung in sich. Lebenshilfe bietet in dieser Situation die ganzheitliche Bewegungstherapie, da sie langfristig auf körperlicher und damit auch auf psychischer Ebene Verbesserungen oder Stabilisierungen erreichen kann.



Leben mit einer schweren Behinderung. Einige Aspekte

Die Lebenssituation von Menschen mit einer körperlich-motorischen Beeinträchtigung ist stets eine individuelle und damit eine besondere Situation. Seine objektive Betroffenheit bewertet jeder Mensch anders. Das Leiden ist in seinem Ausmaß und seiner Qualität immer etwas Subjektives, die ganze Persönlichkeit Erfassendes. Daher können körperlich-

motorische Behinderungen auch in ihrer Wirkung auf die mitmenschliche Umwelt recht unterschiedlich sein.

Behinderungen stellen für den Therapeuten wegen der Vieltätigkeit ihrer Ursachen, ihres Erscheinungsbildes, ihrer funktionellen Auswirkung und vor allem wegen der jeweiligen Einstellung des Betroffenen gegenüber seiner Behinderung in seiner persönlichen Lebenssituation eine äußerst komplexe Aufgabe dar.

So spielt es eine große Rolle, ob die Behinderung seit früher Kindheit besteht, ob sie später durch eine Erkrankung allmählich zu den körperlich-motorischen Störungen geführt hat oder ob sie das Ergebnis eines plötzlichen Unfallgeschehens ist.

Das Gemeinsame aller körperlich-motorischen Beeinträchtigungen sind funktionelle Störungen und morphologische Veränderungen, die eine andersartige Lebensführung als im Zustand der Nicht-

behinderung erzwingen. Die Betroffenen müssen dabei oft die Erfahrung machen, dass die Mitmenschen ihren Zustand und ihre Art der Lebensgestaltung nicht als normal betrachten, obwohl sie selbst ihre Situation als gegeben und normal betrachten können und möchten.

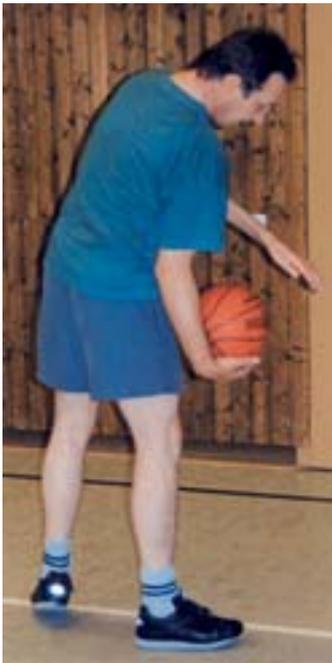
Mit den Störungen im Bereich der physisch-räumlichen Mobilität entwickeln sich auch Einschränkungen der sozialen Mobilität.

rischer Beeinträchtigung das Herz-Kreislauf-Atemsystem und der Stoffwechsel neben anderen Körperfunktionen nicht die für eine normale Entwicklung erforderlichen Reize erhalten und somit lebenslang insuffizient bleiben.

Der erwachsene Mensch, der im späteren Lebensgang eine Behinderung seines Bewegungsapparats erleidet, mag den Vorteil einer zuvor ungestörten Entwicklung haben. Durch das Geschehen sei-

Bewegung als Therapie. Lebenshilfe durch Bewegung

Die körperliche Haltung, die Bewegung und das Verhalten des Menschen sind Produkt und Ausdruck der menschlichen Motorik. Dabei ist die Motorik als ein wesentlicher Bestandteil des menschlichen Seins beziehungsweise als eine »Schicht« der menschlichen Persönlichkeit neben der körperlichen, der psychischen, der kognitiven und der sozia-



Abbildungen 1a-e

Fallbeispiel aus dem Bereich der Ganzheitlichen Bewegungstherapie

1. Patient (44 Jahre) mit Armplexuslähmung links nach Nervenwurzelaustritt im Bereich der Halswirbelsäule, Schädelhirntrauma, Rippenfraktur und Lungenkontusion nach Autounfall, 7 Jahre zurückliegend. Der Arm ist schlaff und dem Patienten zu Beginn der Bewegungstherapie eher hinderlich. Lähmungsbedingt bildete sich eine linkskonvexe Skoliose mit Schiefhalsstendenz als sekundäre Behinderung (s. Abb. 1a und b). Durch die Ganzheitliche Bewegungstherapie seit einem Jahr konnte die Skoliose reduziert werden. Durch die passive Mitbewegung des gelähmten Arms und durch Aktivierung proximaler Anteile der neuro-muskulären Rumpf-Arm-Bewegungsschlinge der betroffenen Körperseite ist eine Integration der behinderten Extremität in das unbewusste und bewusste Körperbild angebahnt worden; als Beispiel: Werfen eines Balls unter verstärktem Rumpfeinsatz und Beteiligung des gelähmten Arms (s. Abb. 1c bis e).

Bei motorischen Behinderungen seit früher Kindheit muss mit Verzögerungen der Gesamtentwicklung gerechnet werden. Hierbei spielt eine Rolle, dass die Bewegungsbefähigung zu Defiziten der materialen und der Raumerfahrung geführt hat. Hieraus können bei unzureichender Bewegungsförderung Entwicklungsrückstände im Psychischen, im Kognitiven sowie im Sozialempfinden und -verhalten resultieren.

Dauerhafter Bewegungsmangel wirkt sich in jedem Fall negativ auf die Entwicklung des Bewegungsapparats einschließlich der sensorischen und motorischen neuronalen Funktionen aus. Hinzu kommt, dass bei starker moto-

ner Erkrankung oder seines Unfalls wird er jedoch zurückgeworfen in den Zustand des Andersseins und der partiellen Hilfsbedürftigkeit.

Dies zu verarbeiten stellt für ihn eine besondere psychische Belastung dar. Bezugspersonen und Therapeuten müssen hierin eine zusätzliche Aufgabe sehen.

Bezüglich der Folgen wird meist zu spät erkannt, dass eine körperlich-motorische Behinderung nie ein abgeschlossenes Geschehen darstellt, sondern immer den Keim der Verschlechterung trägt; und zwar bis zu einer sekundären Behinderung. Diese kann im Orthopädischen, im Neurologischen und im Bereich der inneren Organe liegen.

len Schicht zu betrachten. Wir haben uns vorzustellen, dass diese Schichten in ihrer individuellen Verknüpfung die Besonderheit der einzelnen Persönlichkeit ausmachen.

So ist zu verstehen, dass jede motorische Leistung, das heißt jeder Bewegungsakt und jede Bewegungshandlung nicht nur ihren körperlichen Ausdruck findet und ihren Reflex auf das Körperliche im Sinne eines motorischen Lern-, Übungs- oder Trainingseffekts hat, sondern ebenso eng mit Prozessen im psychischen, kognitiven und sozialen Bereich als Wahrnehmung, Empfindung und Erfahrung verbunden ist.

Diese Zusammenhänge sind unbestritten und werden in Erziehungs- und Therapiekonzepten wie der Psychomotorik und der Motopädagogik speziell bei Kindern berücksichtigt.

Jedoch ist viel länger bekannt, dass Bewegungserziehung in der Frühförderung von Kindern im Kindergarten, im Sportunterricht der Schu-

(zum Beispiel nach BRÜGGER, VOJTA, BOBATH) Heilung bringen und die motorischen Defizite kompensieren.

Diese falsche Vorstellung von dem unmittelbaren und Langzeiteffekt krankengymnastischer Behandlung ist fatal für die Betroffenen, die im günstigen Fall ein- bis zweimal wöchentlich in zwanzig Minuten »behandelt« werden,

Dennoch ist die Zahl der von Geburt oder früher Kindheit an schwer- und schwerstbehinderten Kinder und Jugendlichen groß, die später als Erwachsene mit schwersten Defiziten leben müssen, weil eine angemessene intensive Bewegungsförderung und Bewegungstherapie neben der üblichen, meist nur auf Einzelsymptome eingehenden

Abbildungen 2a und b

Fallbeispiel aus dem Bereich der Ganzheitlichen Bewegungstherapie

2. Patient (58 Jahre) nach Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Schädelhirntrauma mit Labyrinthschädigung nach Pkw-Auffahrunfall 1992; Berufsunfähigkeit im 47. Lebensjahr. Permanente und periodisch verstärkte Nackensteife mit schweren Schmerzzuständen im Nacken-Kopfbereich rechtsbetont. Drehschwindel mit ataktischer Gangunsicherheit. Mehrfach erfolglose mehrmonatige stationäre Reha-Maßnahmen. Ab 1996 in der Ganzheitlichen Bewegungstherapie anfänglich 2 Monate quasi täglich, dann 2 x wöchentlich jeweils 2 Stunden über 4 Monate. Durch die Ganzheitliche Bewegungstherapie völlige Behebung der Schmerzzustände und erhebliche Besserung der statischen und dynamischen Koordinationsstörungen. Jetzt jährlich ambulante Auffrischungs- und Stabilisierungstherapien 2-3 Monate mehrfach wöchentlich ambulant. Die rezidivierenden Schmerz- und Schwindelzustände können regelmäßig zurückgeführt werden über allgemeine Mobilitäts- und Ausdauerschulung geringer Intensität, insbesondere durch Gleichgewichtsschulung in Verbindung mit haltungskontrollierenden Übungen (s. Abb. 2a) und als Feedbacktraining mit Hanteln und anderen Geräten unter besonderer Schulung der Propriozeption im Schulter-Nackengebiet (s. Abb. 2b).



len sowie im Breitensportlichen und leistungsorientierten Üben und Trainieren im Turn- und Sportverein der Persönlichkeitsentwicklung insgesamt dient und nicht nur körperliche Effekte hat.

So ist es auch naheliegend, dass Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen vor allem der motorischen Förderung bedürfen, also häufiger, komplexer und intensiver Bewegungsanregungen. Und zwar in einem Ausmaß, das in seinem Effekt den Reizen entspricht, die sich unbeeinträchtigte Kinder in ihrem Bewegungsleben selbst suchen.

Leider sind dies Idealvorstellungen. Die Realität sieht so aus, dass die Bewegungsanregungen und spontanen Bewegungsaktivitäten behinderter Kinder umso geringer sind, je schwerer die motorische Beeinträchtigung ist. Es kommt hinzu, dass sich Eltern, Erzieher und Ärzte vielfach darauf verlassen, dass physiotherapeutische »Spezialtherapien«

sonst aber unter einem enormen Mangel an differenzierten motorischen Anregungen, Belastungen und Erfahrungen leiden.

Die Situation erwachsener Behinderter

Erwachsene, die seit Geburt oder früher Kindheit behindert sind, haben nur in seltenen Fällen eine ihnen und ihrer speziellen Behinderung gemäße optimale motorische Förderung erfahren.

Allerdings ist die Situation heute in Deutschland und in den anderen westeuropäischen Ländern sowie Nordamerika besser als vor 30 Jahren, da inzwischen an Sonderschulen auch Sportlehrer und nicht nur Krankengymnasten tätig sind. Außerdem haben sich seit der Mitte der 1960er Jahre die Behindertensportvereine der Kinder- und Jugendbetreuung angenommen.



physiotherapeutischen Kurzbehandlung fehlte.

In ähnlicher Weise sind Menschen betroffen, die ihre Behinderung im Erwachsenenalter durch Erkrankung oder Unfall erleiden. Sie durchlaufen kürzere oder längere medizinische und physiotherapeutische Behandlungsverfahren.

Im günstigen Fall gelingt es ihnen, sich auf ihre veränderte körperlich-motorische Situation einzustellen und aktiv gegen die bei jedem Handicap drohenden Verschlechterungen anzugehen.

Eine große Zahl Betroffener schafft diesen Weg nicht und resigniert nach einer Reihe stationärer und ambulanter Heilverfahren. Sie leiden weiter unter Schmerzen und den Bewegungsbeeinträchtigungen, werden von Medikamenten abhängig, fühlen sich mit ihrer Beeinträchtigung beruflich überlastet oder schaffen die berufliche Wiedereingliederung nicht.



Schließlich leiden unter diesen Verhältnissen auch die familiären und anderen sozialen Bezüge.

Die Ganzheitliche Bewegungstherapie als besonderer Weg

Das Konzept der Ganzheitlichen Bewegungstherapie wurde vom Verfasser auf der Grundlage breiter Erfahrungen mit gliedmaßgeschädigten, gelähmten und sehgeschädigten Kindern und Erwachsenen sowie mit geistig Behinderten im Bereich von Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Schulen und Sportvereinen entwickelt und in der praktischen Zusammenarbeit zwischen der Hochschule und Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation umgesetzt.

Die Ganzheitliche Bewegungstherapie fordert auf der Seite der Bewegungstherapeuten eine breite und vertiefte Ausbildung in den Didaktiken und Methodiken der Sportarten, sowie im Rahmen eines Magister-, Diplom- oder Lehramtstudiums die Ausbildung in der Bewegungs- und Trainingslehre und der Sportmedizin; weiterhin eine umfang-



reiche praktische und theoretische Ausbildung im Bereich des Präventions- und Rehabilitationssports. Praktika im Bereich der Physiotherapie, der stationären Frührehabilitation und der Anschlussheilbehandlung dienen der Berufsfeldorientierung. Schließlich gehören zum Rüstzeug des Mitarbeiters in der Ganzheitlichen Bewegungstherapie pädagogische, psychologische

und spezielle sonderpädagogische Kurse.

So konnte am Institut für Sportwissenschaft der Universität Hannover seit 1976 eine große Zahl von Lehramtsstudenten Zusatzqualifikationen für die Bereiche des Präventions- und Rehabilitationssports erwerben.

Seit 1990 wurden im Rahmen eines besonders strukturierten Magisterstudiengangs der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften etwa vierzig Studierende für den Bereich Bewegungstherapie/Präventions- und Rehabilitationssport qualifiziert.

Eine Reihe besonders engagierter Physiotherapeuten hat dies als Möglichkeit einer aka-

Abbildungen 3a-c

Fallbeispiel aus dem Bereich der Ganzheitlichen Bewegungstherapie

3. Jugendliche (12 Jahre) mit geistiger Entwicklungsverzögerung (Moebius-Sequenz); zusätzlich entwickelt sich seit



demischen Vervollständigung ihres Berufs genutzt.

Die Ganzheitliche Bewegungstherapie ist auf ein breites Spektrum von Behinderungen ausgerichtet. Die Therapieindikation wird im eingehenden Gespräch mit dem Rehabilitanden erörtert und mit dem jeweils behandelnden Arzt abgeklärt. Hinzu kommt nach Möglichkeit eine Abstimmung mit dem eventuell parallel behandelnden Physiotherapeuten.

Die Ganzheitliche Bewegungstherapie fordert die Mitwirkungsbereitschaft des Patienten und in besonderen Fällen auch seiner Angehörigen; Eltern, Partner, Kinder werden gelegentlich oder regelmäßig beteiligt.

einem Jahr eine rechtskonvexe Schiefhaltung der Brust- und Lendenwirbelsäule (idiopathische Skoliose). Die Ganzheitliche Bewegungstherapie ist primär auf die allgemeine psycho-motorische Aktivierung in Verbindung mit Gleichgewichts- und Haltungsübungen sowie Übungen zur Schulung der materialen Erfahrung und der Raumorientierung (s. Abb. 3a bis c) ausgerichtet. Ein gezieltes Training der Rumpfmuskulatur zum Ausgleich der neurologisch-orthopädischen Haltungsstörung ist aufgrund der geringen kognitiven Ansprechbarkeit und wegen der Antriebschwäche kaum möglich.

Die Ganzheitliche Bewegungstherapie ist *psychomotorisch* orientiert. Daher ist das therapiebegleitende Gespräch und die Hinführung auf die bewusste Wahrnehmung der eigenen Körperhaltungen in verschiedenen Übungssituationen und auf die Besonderheiten des Bewegungsverhaltens wichtig; ebenso das Eingehen auf Empfindungen und Beschwerden.

Die Ganzheitliche Bewegungstherapie ist *handlungsori-*

entiert. Es wird erwartet, dass er die jeweiligen Übungen ausreichend oft, aber auch mit den erforderlichen Pausen ausführt. In aller Regel müssen die Patienten hierbei eher gebremst als angetrieben werden.

Die Aufgabenstellungen werden zunächst in Einzelarbeit speziell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt. Sobald es seine motorische Situation und seine Belastbarkeit zulassen, wird »gruppenassoziiert«

Qualität. Allerdings mit dem Unterschied, dass die Teilfunktionen immer in Aufgaben zur Schulung der Gesamtkörperkoordination eingebettet sind.

Die *Schulung der Feinmotorik* im Bereich der Hände ist insbesondere bei cerebralen Bewegungsstörungen wie Spastik, Athetose und Ataxie mit und an den Geräten möglich, die in der Sporthalle und im Bewegungsbad vorhanden

Abbildungen 4a und b

Fallbeispiel aus dem Bereich der Ganzheitlichen Bewegungstherapie

4. Bürokaufmann (36 Jahre), schwere frühkindliche Hirnlähmung (ICP mit linksbetonter Tetraspastik); nur der rechte Arm ist kontrolliert einsetzbar; schwere lähmungsbedingte Kyphoskoliose (Abb. 4a und b) mit schwersten Gleichgewichts- und Gangstörungen. Beginn der Ganzheitlichen Bewegungstherapie mit dem 20jährigen über 3 Jahre 2 x wöchentlich, 4jährige Therapieunterbrechung; seit 1995 bis heute erneut durchschnittlich 2 x wöchentlich 2 Stunden.



entiert. Wir meinen damit vereinfachend, dass der Patient mit Aufgabenstellungen konfrontiert wird, die er selbst lösen muss.

Er bekommt Hinweise zur Verbesserung seiner Bewegungsqualität und arbeitet aktiv mit Kleingeräten, an Großgeräten und vor dem Spiegel. Ihm werden Übungs- und Trainingsziele für den Bereich der Bewegungskoordination, der motorischen Ausdauer, der Flexibilität und der Kraft erläutert.

Der Bewegungstherapeut führt, hilft und sichert, lässt den Patienten jedoch soweit wie möglich selbstständig ar-

und mit wechselnden Therapeuten, schließlich auch mit Partnern und in der Kleingruppe gearbeitet.

Wann immer möglich, wird ein *Bezug zur Alltagssituation* hergestellt und der Patient angeregt, Sitzhaltungen und seine Arbeitssituation im Privat- und Berufsleben zu überdenken. Er soll sich bemühen, neu gelernte Bewegungs- und Verhaltensweisen in seinen Alltag zu übernehmen und ungünstige Gewohnheiten abzulegen.

Die Übungen und die anschließenden Aufgabenstellungen für Zuhause haben dann eine *ergotherapeutische*

sind. Sie wird aber zusätzlich bei Schreibarbeiten, Bastelaufgaben und mit verschiedenen Spielen in Verbindung mit einem Hirnleistungstraining geschult.

Diese erweiterten Aufgabenstellungen der Ganzheitlichen Bewegungstherapie sind vor allem bei Unfallpatienten wichtig, bei denen die Teilnahme an Berufsfindungskursen zur beruflichen Eingliederung angestrebt wird.

Konditionelle Anteile der Schulung insbesondere des Herz-Kreislaufsystems und der Atmung haben einen besonderen Stellenwert bei unfallbedingt sprachbeeinträchtigten Patienten. Hier kommt es in der Ganzheitlichen Bewegungstherapie zur fruchtbaren Zusammenarbeit mit der Logopädie, und zwar auch in der Form, dass Sprechübungen in Verbindung mit rhythmischen Bewegungsübungen ausgeführt werden.

- Die Therapieinhalte und -methoden sind vorrangig auf die Schulung der Bewegungskoordination ausgerichtet. Einfache Übungen mit hoher Wiederholungszahl in variierenden Situationen sprechen das hochkomplexe propriozeptive Steuerungssystem und damit die unbewusste Haltungs- und Bewegungskontrolle (Körperschema; Kinästhesie) an. So gelingt es beispielsweise,

tungszeit bei hoher Wiederholungszahl der Bewegungszyklen steht im Vordergrund. Der wichtigste sich hieraus ergebene Effekt ist die Ökonomisierung des Herz-Kreislauf-Atmungs-systems auf der Grundlage einer verbesserten psycho-vegetativen Einstellung. So wird erreicht, dass sich die meisten Patienten nach zwei bis drei Therapiewochen wohl fühlen, aufgeschlossener sind



Abbildungen 4c-e

Therapieinhalte der Ganzheitlichen Bewegungstherapie: Gangschulung ohne und mit zusätzlichen Geräten, zyklische Schulung auf dem Fahrradergometer zur dynamischen Koordination und als Kreislaufaktivierung, allgemeine Mobilitätsschulung an Geräten (Abb. 4c bis e »Überwinden eines hohen Kastens«), Schwimmtherapie und Wassersportgymnastik – Patient hat mit einer Hand als Vortriebsmittel schwimmen gelernt und kann im Therapiebecken (29 °C) 1000 m ausdauernd schwimmen. Der Patient ist völlig selbständig, benutzt öffentliche Verkehrsmittel, besucht Restaurants.

Wichtige weitere Kennzeichen der Ganzheitlichen Bewegungstherapie

- Übergeordnete Zielsetzungen und die Arbeitsweise mit dem einzelnen Patienten bestimmend ist die generelle *Aktivierung*, wenn es sich um eine Persönlichkeit handelt, die nach langem Leiden eher misserfolgsorientiert und in ihrem Verhalten regressiv ist. Die Arbeit ist hingegen eher auf entspannenden Ausgleich gerichtet, wenn es sich um Patienten handelt, die psychomotorisch verspannt sind und dazu neigen, sich zu überfordern.

Patientinnen und Patienten bei multipler Sklerose mit bereits deutlichen Einschränkungen ihres Gleichgewichtsvermögens und ihrer Gangsicherheit für eine gewisse Zeit eine Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Sukzessiv- und Simultankombination von Bewegungshandlungen zu vermitteln.

- In Verbindung mit der Koordinationsschulung wird über einfache dynamische Übungsformen wie Gehen, Laufen, Radfahren und vor allem über die systematische Schwimmschulung die allgemeine aerobe Ausdauer gefördert. Nicht die Intensität, sondern die Dauer der Belas-

und ihre Situation positiver beurteilen.

- Die Schulung der Körperhaltung ist eingebettet in die Bewegungsschulung. Dies entspricht der Tatsache, dass die Haltung ein dynamischer Prozess ist und dazu in aller Regel immer nur eine »Momentaufnahme« zwischen Bewegungsaktionen darstellt; sie ist niemals ein wirklich statischer Zustand.
- Intensive Übungen im Sinne eines leider ständig verordneten »Muskelaufbautrainings« für spezielle Muskelgruppen an Maschinen werden in der Ganzheitlichen Bewegungstherapie nicht durchgeführt. Begründung: Die isolierte



**Prof. rer. nat.
Hans-Jürgen Dordel**

Jahrgang 1939, ist seit 1976 Professor am Institut für Sportwissenschaft der Universität Hannover und hat unter anderem die Ergänzungsstudien für Lehramtsstudierende im Bereich Sport in Prävention und Rehabilitation und den Magisterstudiengang Prävention- und Rehabilitationssport aufgebaut.

Schulung einzelner Muskelgruppen ist nicht möglich – auch nicht an und mit den teuersten Geräten.

Bei jeder Bewegungshandlung werden kleinere oder größere Muskelschlingen auf der Grundlage komplexer Steuerungsmuster des Zentralnervensystems (Engramme) auf differenzierte Weise innerviert. Es kann nicht verhindert werden, dass proximale und distale Anteile sowie auch Antagonisten mit der speziell zu trainierenden Muskelgruppe angeregt werden. Unspezifische Nebenwirkungen sind niemals zu verhindern.

Das Problem bei Haltungstörungen, die bei großen Bevölkerungsteilen von chronisch-rezidivierenden Rückenschmerzen begleitet werden, als lähmungsbedingte Fehlhaltung für den Hirnverletzten typisch sind oder zur Schiefhaltung der Wirbelsäule (idiopathischen Skoliose) bei leider zu oft und zu früh operierten jungen Mädchen führen, ist die *neuro-muskuläre Dysbalance*.

Das heißt, es liegt nicht in erster Linie ein Kraftmangel vor. Vielmehr ist häufig die eigentlich ausreichende Kraft der Muskelgruppen auf Grund neurogener Fehlsteuerungen ungünstig verteilt. Die Existenz rein myogener Dysbalancen ist anzuzweifeln.

Die Methode der Wahl besteht daher aus komplexen muskelentspannenden, lockernden und dehnenden Übungen mit dem Ziel der Gelenkmobilisierung.

Nachfolgend, beziehungsweise im Wechsel mit dieser Flexibilitätsschulung sind ebenfalls komplexe, dynamische und statische Kraftübungen auszuführen. Durch die entsprechenden Übungspositionen und die ausreichende Variation der Übungen ist eine symmetrische Spannungsentwicklung anzustreben.

Diese Vorgehensweise und insbesondere Feedback-Techniken zur Stimulation propriozeptiver Funktionen führen in der Ganzheitlichen Bewegungstherapie regelmäßig zur objektiven Haltungs- und Gangverbesserung und zur subjektiven Verbesserung der Befindlichkeit bei schweren Behinderungen und beim chronisch-rezidivierenden Kreuzschmerz.

Bei dieser, das ganze psychomotorische System des Menschen erfassenden Arbeit regen wir immer Prozesse im Bereich des spinalen und cerebralen Steuerungssystems an. Wir erreichen funktionelle Veränderungen im zentralen und im peripheren Bereich des sensorischen, motorischen und vegetativen Nervensystems.

Dies äußert sich in beschleunigter und besserer Remission geschädigter Funktionen nach Querschnittslähmung, Schlaganfall und Schädelhirntrauma, sowie in der verbesserten Kontrolle und Kompensation spastischer Lähmungen. Es gelingt, das motorische Gedächtnis zu reaktivieren, und wir initiieren mit unseren motorischen Anregungen und körperlichen Belastungen Prozesse des Lernens neuer Bewegungshandlungen.

Bei progredienten neurogenen Erkrankungen wie Multipler Sklerose gelingt es uns, zumindest für einige Zeit das reduzierte Vermögen motorischer Kontrolle zu stabilisieren und dem Verlust an Lebensqualität Einhalt zu gebieten. Wichtige Bedingungen für den Erfolg der Ganzheitlichen Bewegungstherapie sind neben der guten Patientenführung und der engagierten Mitwirkung des Patienten eine hohe Maßnahmendichte und ein ausreichend langer Therapiezeitraum. Dies ergibt sich aus der eingangs dargestell-

ten Tatsache, dass jeder Patient bezüglich seiner Behinderung eine mehr oder weniger lange Biografie hat, in der Möglichkeiten der Nachentwicklung und Kompensation nicht genutzt und Fehlhaltungen beziehungsweise motorische Fehlfunktionen als »pathologische Muster« verinnerlicht wurden.

Das Erfordernis der hohen Maßnahmendichte und der Therapiedauer ergibt sich weiterhin aus der Tatsache, dass motorische Lernprozesse bis zur Automatisierung und variablen Verfügbarkeit eines verbesserten Haltungs- und Bewegungsmusters einen großen Übungsaufwand und daher viel Zeit benötigen.

Schließlich ist die Mehrzahl der von Geburt an, durch Krankheit oder Unfall Behinderter, insbesondere aber die Gruppe der (Rücken-) Schmerzpatienten zunächst meist nur gering belastbar. Dies macht eine behutsame, Zeitfordernde Vorgehensweise im Sinne der einschleichenden Belastungssteigerung nötig. Daher sollte eine ambulant durchgeführte Ganzheitliche Bewegungstherapie bei Patienten, die selbstständig und ausreichend mobil sind, nicht unter zweimal wöchentlich jeweils 1,5 bis 2 Stunden durchgeführt werden, und zwar über einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten. Schwere Behinderte, die rollstuhl- und teilweise pflegeabhängig sind, bedürfen der täglichen und wegen ihrer starken motorischen Verlangsamung der vier- bis fünfständigen Ganzheitlichen Bewegungstherapie. In diesen Fällen ist meist auch eine mehrmonatige stationäre Betreuung anzuraten.