

SpaS – Sport und Bewegung nach Schlaganfall

Bewegungstherapie in der Gruppe zur Erhaltung der Selbstständigkeit

Friederike Ziganek-Soehlke

1. (Der Verlust der) Selbstständigkeit

Die individuelle Selbstständigkeit eines jeden Menschen ist ein kostbares und sensibles Gut. Jeder strebt es auf seine Weise an. Selbstständigkeit/Autonomie ist ein Grundpfeiler der menschlichen Würde. Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen bedürfen auf diesem Weg der Unterstützung. Diesen zu ebnen ist Ziel der Bewegungstherapie in der Gruppe. Zur Selbstständigkeit von Schlaganfall-Patienten zählen ferner größtmögliche Selbstbestimmung, Mitsprache, Entscheidungsfreiheit, Teilhabe am sozialen Leben, Selbstversorgung/-pflege, freie Meinungsäußerung, Performance u. a.

Nach einem Schlaganfall werden Betroffene meist in der Stroke Unit-Klinik bestens behandelt. Dem folgt die stationäre Rehabilitation mit ebenso höchst effizienten Therapien. Die Motivation der Patienten nach der Entlassung ist hoch, der Anspruch an die eigene Entwicklung/Rehabilitation ebenso.

Wieder daheim sieht es bald anders aus, nicht selten wie folgt: Angehörige sind verunsichert und überfordert (Schellhorn et al. 2008, S. 13)¹. Der Patient stößt auf Unverständnis. Er kommt in der eigenen Wohnung kaum zurecht. Es fehlt an adäquaten Hilfsmitteln, an Anweisungen für den Umgang mit dem Betroffenen in der häuslichen Situation, auf Dauer auch an Zuspruch. Vieles – wenn nicht alles –,

was zuvor locker gelang, kostet jetzt Zeit und Kraft. Schon die Morgentoilette wird zu einem Problem. Der einfachste „Alltagsbrassel“ erschöpft. Ist der Betroffene² unterwegs, spürt er bei seinen Mitmenschen³ nicht selten Miss- und Verachtung. Erworbene Therapieerfolge schwinden, ebenso Kraft, Mut und anfängliche Zuversicht. Die Reaktionen sind nicht selten Frust, Resignation, Wut, Unverständnis und Ungeduld.

Die eingeschränkte Mobilität senkt die Lebensfreude. Zusätzlich, die meisten Schlaganfall Patienten bezeugen es, zieht sich der Freundeskreis zurück, oft aus Unsicherheit und/oder Unwissen. Patient und engste Angehörige rutschen in eine schmerzhaft Isolation. Um zu retten,

was zu retten ist, noch das Beste aus der Situation zu machen, nehmen betreuende Personen⁴ dem Betroffenen in seiner Hilflosigkeit möglichst viel ab, in der Regel zu viel. Er wird inaktiver, was unmittelbar negative Auswirkungen auf seine Motorik und Kognition hat. Auch hier gilt: Was nicht gebraucht wird, verliert sich (*oder ... use it or lose it*). Das Resultat: Ein Großteil der nach dem Schlaganfall wieder erworbenen Selbstständigkeit schwindet. Die Inaktivität⁵ steigert sich, das Risiko eines Re-Insults auch. Unbemerkt landen Patient und Angehörige in einem schwer auflösbaren Beziehungsfilz, der auf gegenseitiger Abhängigkeit⁶ beruht. Die Selbstständigkeit rückt in weite Ferne.

¹ Schlaganfallpatienten entwickeln nicht selten ein inadäquates Sozialverhalten, wie es den Angehörigen bis dato fremd war: Grobheiten, Verletzen sozialer Regeln, Distanzlosigkeit, gestörte soziale Wahrnehmung, mangelndes soziales Fein-/Taktgefühl, mangelnde Empathie, Egozentrik, kindisches Verhalten, Enthemmungen (Schellhorn et al. 2008). Genauso können sie psychisches Fehlverhalten entwickeln. Ohne Anlass wird beispielsweise gelacht oder geweint. Oder sie entwickeln eine für Außenstehende nicht erklärbare Angst und Ängstlichkeit samt Depressionen.

² Partielle Sensibilität und Empfindlichkeit nehmen nach einem Schlaganfall häufig zu.

³ Nichtaufgeklärte Personen ordnen einen nachgezogenen Fuß, einen schwankenden Gang, eine langsame Reaktion usw. häufig als „Blödheit“ ein. Diese entwürdigende Einstufung nimmt der Patient wahr, die psychische Verletzung (Diskriminierung) ist groß, manchmal kaum heilbar.

⁴ Nicht wenige verantwortungsvolle Betreuer/Pfleger haben zur Autonomie des Kranken – nachvollziehbar, aber nicht richtig – ein zwiespältiges Verhältnis. Sie bewerten die Autonomie/Selbstständigkeit/Emanzipation des zu Betreuenden für ihn emotional als Verlust und rational als Eigengefährdung.

⁵ Inaktivität ist immer mit gefährlichem Bewegungsmangel verbunden. Gerade Menschen mit neurologischen Handicaps brauchen viel Bewegung. Diese senkt den Blutdruck, reguliert das Cardio-Pulmonalsystem, hebt die Gemüthsheit, mindert Ängstlichkeit und Depressionen, macht Mut, kurbelt den Stoffwechsel (Metabolisches Syndrom) an, reduziert das Gewicht und unterstützt die Neurogenese durch Aktivierung der BDNF Moleküle.

⁶ Der Patient braucht Hilfe, der Helfer braucht das Gefühl, „gebraucht zu werden“ mit dem Ergebnis, dass der Patient allmählich immer weniger kann und will.

2. Bewegungstherapie in der Gruppe zur Erhaltung der Selbstständigkeit

Wir⁷ bieten **Sport nach Schlaganfall** an (kurz **SpaS** genannt). Er ist geeignet für alle, die sich mit oder ohne Hilfsmittel fortbewegen können. Fünf bis zwölf Teilnehmer treffen sich wöchentlich ohne Angehörige unter Anleitung einer Fachkraft und einer Assistenz⁸ zum Training (60 min). Manche Teilnehmer ergänzen die Therapie entweder durch speziellen Yogaunterricht, der die Körperwahrnehmung, Atmung, Koordination, Konzentration und das Wohlfühl fördert und/oder durch Gedächtnistraining mit Bewegung und Spaß (kurz **GriBS** genannt).

Inhalte der Gruppentherapie sind Funktions- und Konditionstraining, Koordinations- und Konzentrationsübungen, Gleichgewichtsschulung, Sturzprophylaxe, spezielle Übungen zur Erhaltung der ADLs, zur Kompensation individueller Handicaps und zur Minderung von Paresen. Die genannten Inhalte werden angeboten in Form von Stuhlgymnastik im Kreis, Bewegungsspielen (meist ohne Verlierer und Gewinner) und in offener Form im Raum. Unterstützend werden Musik (von Klassik über Salsa und Rockmusik bis hin zu aktuellen Hits), Bälle (in unterschiedlichen Farben, Formen und Materialien), Buttermilchbecher und Tennisbälle, Schaumstoffwürfel, Sandsäckchen, Zeitungen, Handtücher u. ä. eingesetzt⁹. Permanent gibt es Wechsel zwischen fein- und grobmotorischen, zwischen ruhigeren und anstrengenderen Übungen sowie motorischen und kognitiven Spielen. Genauso variiert die Organisation: mal im Stuhlkreis und alle zusammen, mal im freien Raum mit einem oder zwei Partnern. Sehr häufig wird Partnerwechsel angesagt. Andere Personen, andere Stimmen haben eine anregende Wirkung. Ziel ist, jeden SpaS-Teilnehmer in seiner Anpassungs- und Orientierungsfähigkeit zu fördern.

Charakteristisch für die Bewegungsspiele ist, dass es keine Gewinner oder Sieger gibt, jeder so viel mitmachen kann, wie er will/kann, ohne den Ablauf zu stören¹⁰, dass die Teilnehmer auch das Kommando übernehmen¹¹ und dass keine teuren Geräte angeschafft werden müssen. Ein Spiel deckt immer mehrere Themenfelder ab; und – fast das Wichtigste – es wird viel gelacht. Die Spiele machen Spaß und stärken die Sozialkompetenz zu Gunsten der Gruppendynamik, des Gefühls von *aufgehoben sein*¹² und der Selbstständigkeit über den Weg der Selbstwirksamkeit.

Die selbstständige und regelmäßige Teilnahme an der SpaS-Gruppe strukturiert die Woche der Betroffenen. Oft entstehen daraus neue Freundschaften mit beflügelnder Wirkung (Verabredungen für Kino, Kaffee, Konzert u. ä.). Als wohltuend empfinden es alle, wenn sie im Krankheitsfall für vermisst erklärt und von „SpaS-Kameraden“ angerufen werden. Die soziale Teilhabe (vgl. SGB IX) wird auf diese Weise ebenso gefördert, mit ihr die dazu erforderliche soziale Kompetenz.

3. Übungsbeispiele

3.1 „Namensball“

Materialien: Pro Teilnehmer (im Folgenden: TN) ein Stuhl/Hocker und ein Pezziball, zudem je nach Gruppengröße ein kleiner roter Ball, ein lila Ball und ein blauer Ball, den man prellen kann.

Ausgangsstellung (im Folgenden: AS-TE): Alle TN sitzen im Stuhlkreis.

Phase A: Der Übungsleiter/Therapeut (im Folgenden: ÜL) fängt an, indem er TN A tief in die Augen schaut¹³. Wenn TN A dies bemerkt, klatscht er in die Hände. Der ÜL stellt sich TN A mit seinem eigenen Namen im ganzen Satz vor: „Ich heiße Friederike/Jürgen.“ (*Mein Name ist .../Man nennt mich... als Beispiel anbieten.*) – und rollt ihm dann den Pezziball mit beiden Händen zu (*einen Pezziball mit beiden Händen rollen gelingt oft auch Hemiplegikern*). TN A macht es wie der ÜL und sucht sich TN B aus. *Hierbei werden geübt: die Wahrnehmung, die Sprache (seinen eigenen Namen kann jeder sagen, die TN sollten zum lauten und deutlichen Sprechen aufgefordert werden) und die Koordination.* Wer angeschaut wurde, sich vorgestellt und seinen Namen genannt hat, verschränkt seine Arme, damit jeder weiß, wer schon dran war. Das geht so lange weiter, bis jeder seinen Namen gesagt hat, gegebenenfalls wiederholen.

Phase B: Der ÜL hat den Ball und fängt wieder an. Er ruft einen TN bei dessen Namen (= TN A). Der Gerufene klatscht in die Hände und bekommt den Ball zugerollt (*das Klatschen erleichtert die Orientierung/das Finden des Spielpartners*). TN A sucht sich TN B usw. Klappt es, so kommt ein zweiter Ball ins Spiel (*der Geräuschpegel steigt und die Konzentration ebenso*).

Phase C: (*zunächst nur die neue Aufgabe üben*) Der rote kleine Ball wird immer dem jeweiligen rechten Nachbarn (*rot fängt mit R an = Gedächtnisanker für Richtung rechts*) gegeben, nachdem er mit Namen angesprochen wurde (*weiterer Schritt zur Selbstständigkeit: nach dem Namen des Nach-*

⁷ Wir = das Übungsleiter- und TherapeutenTeam von aktivijA – Gesellschaft zur Förderung aktivierender Maßnahmen in jedem Alter und IMUDA – Institut für Mobilität und Dialog im Alter.

⁸ Die Assistenz ist zwingend notwendig, um einzelne Patienten „aufzufangen“.

⁹ Wir verwenden möglichst viele Alltagsgegenstände.

¹⁰ Wir nennen das die individuelle Dosierbarkeit.

¹¹ Wir nennen das die Kommandoübergabe, die die Selbstwirksamkeit aufleben lässt.

¹² Für jeden Betroffenen ein stabilisierendes und motivierendes Gefühl

¹³ Einfaches Beispiel der non-verbalen Kommunikation

barn fragen, falls man ihn vergessen hat). Gelingt dies, so spielt ein Pezzi-ball wieder mit, gemäß seiner Funktion.

Phase D: (zunächst nur die neue Aufgabe üben) den lila Ball (*L = Gedächtnisanker für die Richtung links*) zu jeder zweiten Person nach links werfen, vorher den jeweiligen Mitspieler namentlich rufen. Gelingt dies, so spielen der Pezzi-ball und der rote Ball nacheinander wieder mit, gemäß ihrer Funktion (*mittlerweile haben die TN drei verschiedene Aufgaben zu bewältigen*).

Phase E: (falls die TN noch aufnahmefähig sind) Ein zusätzlicher Stuhl/Hocker kommt auf die Kreisbahn. Der ÜL ruft TN A, dieser klatscht in die Hände und/oder steht auf. Der ÜL wirft oder prellt TN A den blauen Ball zu (*Gedächtnisanker: Blauer Ball fliegt durch die blaue Luft*). Nachdem der ÜL den Ball geworfen hat, geht er zu dem freien Stuhl. TN A ruft TN B. TN B steht auf, TN A wirft und wechselt dann zu dem freigebliebenen Stuhl usw. Haben die TN dies gelernt, kommen die anderen Bälle nacheinander wieder ins Spiel (*die erhöhte Anforderung besteht darin, dass die Nachbarn ständig wechseln und dass sich jeder immer wieder neu orientieren und anpassen muss*).

Tip für den ÜL: Beendet wird der „Namensball“, indem der ÜL die Bälle sukzessive einkassiert, wenn sie ihm zugespielt werden.

Erläuterungen zu Inhalten des „Namensball“: Viele Schlaganfallbetroffene verlieren die Fähigkeit zu reden, weil das die „schnelleren“ Angehörigen übernehmen. Hier üben wir, dass jeder selbst für sich spricht. Nachdem auf diese Weise gelernt wurde, wie die TN alle heißen, ergeben sich automatisch Kontakte und Gespräche. Dieses Spiel bietet auch Erfolgserlebnisse: sich an den Namen einer bislang unbekannt Person zu erinnern, einen Ball zu werfen und das Ziel zu treffen oder einen Ball zu fangen kann das Selbstwertgefühl heben.

Motorisch und kognitiv steigen die Anforderungen kontinuierlich. Zuerst wird der große Ball nur gerollt (*da greift kaum jemand daneben*) und der eigene Name genannt. Dann wird irgendein Name genannt, an den man sich erinnern kann und ein zusätzlicher Ball wird persönlich weiter gereicht. Es wird unruhiger. Man muss aufpassen, ob man gerufen wird oder, ob andere verstanden haben, dass ein Ball zu ihnen kommt. Eine Steigerung ist das Werfen zum linken Nachbarn. Zielen, werfen, treffen und fangen, sehr anspruchsvolle Koordinationsaufgaben, stimmen glücklich, wenn sie gelingen. Geht's daneben, wird gelacht – so die Erfahrung. Ab Phase E dynamisiert der Platzwechsel den Ablauf. Jeder TN kann seiner eigenen akuten Situation gerecht werden: Wer will/kann, steht auf und geht; wer nicht will/kann, bleibt sitzen. Die unterschiedlichen Ballgrößen (*man kann übrigens auch Kissen oder Sandsäckchen verwenden oder – eine sehr belebende Variante – dem Nachbarn Wäscheklammern ans Hosenbein knipsen – rote nach rechts, lila nach links*) beüben zusätzlich die Taktilität. „Namensball“ eignet sich auch sehr gut, wenn „Neue“ in die Gruppe kommen.

3.2 „Bis Drei zählen“

ASTE: Zunächst sitzen alle im Stuhlkreis (*bevor es losgeht, hat der ÜL die TN-Zahl zu beachten. Ist sie durch drei teilbar, muss bis Vier gezählt werden.*) Vorübung (im Folgenden: VÜ) 1: Alle zählen ein paarmal gemeinsam bis Drei.

Phase A: Der ÜL fängt an und zählt EINS, sein rechter Nachbar ZWEI, der nächste dementsprechend DREI und wieder von vorne, den ganzen Kreis durch (*Wichtig ist, dass jeder jedes Mal eine andere Zahl sagen muss.*)

VÜ 2: Alle stehen gemeinsam auf und strecken die Arme nach oben, das ist die *bewegte EINS*.



Abb. 1: Die bewegte EINS: Der TN streckt im Stehen oder Sitzen die Arme nach oben.



Abb. 2: Die bewegte DREI: Der TN versucht, mit beiden Füßen und einer Hand drei Kontakte zum Boden herzustellen.

Phase B: Wer mit EINS dran ist, bewegt sich wie geübt¹⁴ (Abb. 1). Die anderen Zahlen werden gesprochen.

VÜ 3: Alle heben gemeinsam beide Beine hoch, das ist die *bewegte ZWEI*.

Phase C: Bei ZWEI wird auch „geturnt“, bei DREI gesprochen.

VÜ 4: Alle versuchen, mit beiden Füßen und einer Hand drei Kontakte zum Boden herzustellen (Abb. 2). Das ist die *bewegte DREI*.

¹⁴ Wer nicht aufstehen kann, streckt nur die Arme hoch. Hemiplegiker unterstützen mit dem gesunden Arm den gelähmten.

Phase D: Jetzt wird auch bei DREI geturnt.

Phase E: Nur noch „turnen“.

Phase F: ab da im zunächst geordneten, dann im ungeordneten Wechsel: „Ton an!“ = nur zählen, „Ton aus“ = nur „turnen“, „Ton an und turnen“ = Zahl nennen und die Bewegung machen. Zunächst macht der ÜL die Ansagen, dann kommen die TN Reih um dran.

Phase G: Neue ASTE: Zwei TN sitzen sich gegenüber. Die Paare sind im Raum weit verteilt, so dass sie sich akustisch nicht beeinflussen.

Phase H: Sie zählen hin und her von EINS bis DREI. Dann das gleiche mit „Ton aus“ oder „Ton an und turnen“ usw.

Phase I: wieder neue ASTE: Drei TN sitzen zusammen. Sie denken sich GEMEINSAM eine Bewegung/Haltung für die Zahl VIER aus und beginnen zu zählen bzw. sich zu bewegen wie oben.

Phase J: evtl. noch mit vier TN ausprobieren usw.

Erläuterungen zu den Inhalten von „Bis DREI zählen“: Anfangs dürfen die TN das Kommando für alle übernehmen. Das übt die mitunter verloren gegangene Selbstwirksamkeit. Bei der Arbeit in den Kleingruppen müssen sie kreativ sein und demokratisch abstimmen, wofür sie sich entscheiden – ohne dass irgendjemand (wie u. U. zu Hause) dazwischen pfuscht. Die Anforderungen steigen auch hier kontinuierlich. Es beginnt mit einfachem Zählen und „Nachmachen“, aber mit wechselnder Zahl und Bewegung vor versammelter Mannschaft. Es geht weiter damit, dass die TN vorschlagen. Das erfordert Konzentration und schult die Performance. Bei der Kommandoübernahme/-übergabe erfahren die TN auch die animierende Resonanz, was in ihrem Leben u. U. immer seltener vorkommt.

3.3 „Krieg und Frieden“

VÜ/ASTE: Alle sitzen im Kreis: Jeder klopft sich von der Körpermitte



Abb. 3: Spielvorbereitend werden die Hände massiert und ausgestrichen.

beginnend mit der einen Hand den anderen Arm ab. Seitenwechsel. Dann wird in der gleichen Weise „massiert“ und „ausgestrichen“ (Abb. 3). Vor allem die Hände besonders bearbeiten = wichtig für Hemiplegiker.

Materialien: Bälle, die gut prellen können, pro TN einen.

Phase A: Jeder TN spielt für sich alleine mit dem Ball. Hochwerfen und fangen, auf den Boden prellen und fangen.



Abb. 4: Es herrscht „Frieden“: Die TN spielen sich den Ball zu.

Phase B: Die TN tun sich paarweise zusammen mit jeweils einem Ball (*immobile TN nach Möglichkeit mit einem mobilen TN*) und spielen sich den Ball „friedlich“ zu (Abb. 4).

Phase C: Partnerwechsel. TN A spielt alleine, TN B versucht, den Ball zu fangen.

Phase D: Drei TN finden zusammen und spielen „friedlich“. Evtl. auffordern, dass ein TN in der Mitte steht.

Phase E: Wenn der ÜL „Krieg“ ruft, versucht jeder, der den Ball hat, mit diesem alleine weiter zu spielen, und die anderen beiden probieren, den Ball „abzu-kriegen“ (Abb. 5).

Phase F: Wird das Spiel zu wild, ruft der ÜL „Frieden“ und alle Dreier-Gruppen spielen wieder friedlich miteinander; wird es zu ruhig, ist wieder „Krieg“ angesagt und die Ruhe dahin.

Tipp: Muss ein TN zuschauen, kann er den Job des Ansagers übernehmen.

Erläuterungen zu den Inhalten von „Krieg und Frieden“: Die TN erleben unterschiedliche Gefühle, was sie sichtlich erfreut. Manche genießen die Ruhe des „Friedens“, andere leben auf, wenn sie ihre Mitmenschen endlich einmal „ärgern“ sollen, oder beides. Ein leicht und schnell zu lernendes Spiel mit viel Bewegung.



Abb. 5: Ist „Krieg“ angesagt, versuchen sich die TN den Ball gegenseitig abzunehmen.

4. Positive Auswirkungen der Gruppenarbeit

Die Patienten lernen, sich zu organisieren (z. B. Umkleiden für den Sport), berichten von einer Verbesserung ihrer Mobilität, im Umgang mit anderen Menschen, von Angstreduzierung und dem Mut, sich Herausforderungen zu stellen. Im Rahmen von SpaS organisieren wir regelmäßig auch andere Unternehmungen wie Ausflüge, Besichtigungen, Theater- und Konzertbesuche und sogar Radtouren¹⁵. Untereinander kommt es zu Dates¹⁶, Einladungen und Freundschaften. Die regelmäßige Teilnahme am Training ist ein fester Bestandteil, den die TN nicht missen wollen. Manche kommen schon mehr als zehn Jahre regelmäßig. Aufbauend ist es für jeden, Verständnis und Akzeptanz zu spüren, trotz Behinderung. Die Gruppenzugehörigkeit trägt dazu bei, dass sich der Einzelne mehr diszipliniert, sogar mit Freude. Die Familien profitieren ebenso davon wie das weitere soziale Umfeld. Der Filz wird luftiger.

Leider gibt es noch viel zu wenige dieser SpaS-Gruppen. Ergotherapeuten könnten dazu beitragen, die Anzahl zu erhöhen. Mein Tipp: „Schicken“ Sie Ihre Patienten parallel zu den Einzeltherapien in eine Gruppe, die Sie selbst leiten. Erfahrungsgemäß entwickeln sich so treue und stabile Gemeinschaften. Diese Arbeit ist zwar anstrengend, aber sehr befriedigend. Zudem ist sie geprägt von hoher beidseitiger Konzentration und ebensolcher Flexibilität seitens des Therapeuten/ÜL. Im Laufe der Zeit (Jahre) eignen sich ÜL profundes Wissen diesbezüglich an. Allerdings ist, bevor mit einer SpaS-Gruppe begonnen wird, eine Schulung sinnvoll und erforderlich. IMUDA bie-

tet deshalb immer wieder Fortbildungen für „Sport und Bewegung nach Schlaganfall“¹⁷ an.

Die Zahl der neurologisch Erkrankten nimmt zu – bedingt einerseits durch den demografischen Wandel¹⁸, andererseits durch die verbesserte Akutmedizin. Um die Zahl der Pflegefälle niedrig zu halten zum Wohle der Gesellschaft (spart Zeit, Arbeit und Geld) sowie der Betroffenen (Würde wahren und Lebensqualität erhalten), können wir immer nur dazu auffordern, animieren und motivieren, auch diese Patientengruppe in Bewegung zu halten bzw. zu bringen. Nach wie vor zählen Bewegung und menschliche Kontakte zu den wichtigsten Lebenselixieren. Das gilt vor allem für Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Bewegung – am besten mit Vergnügen – unterstützt die Neuroregeneration, und die Nutzung der Neuronen – also das Denken, am besten ohne Stress mit viel Spaß – bewahrt sie¹⁹. Das ist genau das, was Schlaganfallpatienten brauchen, um selbstständiger zu werden/zu bleiben und um nicht vorzeitig in der Pflegemühle zu landen (Pampers und PegSonde).

IMUDA – Institut für Mobilität und Dialog im Alter – bietet Fortbildungsseminare für Therapeuten und ähnliche Berufsgruppen zu den Themen SpaS (Sport nach Schlaganfall), StuBS (Sturzprophylaxe durch Bewegung und Spaß), Sport mit Frühdementen, GriBS (Gedächtnistraining mit Bewegung und Spaß), Tanzen in der Therapie und Rollatortraining an. Kontakt: mail@imuda.de oder Tel: 05732/73 0697. www.imuda.de

Literatur:

Berg, T., Düchting, L. et al. (2011): Leitfaden „Sport nach Schlaganfall“, Hrsg.: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Schellhorn, A., Bogdahn, B. & Pössl, J. (2008): Soziales Kompetenztraining für Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Ein Therapiemanual für die neurologische Rehabilitation. Dortmund: borgmann, S. 13.

Schweizer, V. (2005): Neurotraining. Therapeutische Arbeit im kognitiven Bereich mit hirngeschädigten Erwachsenen. Heidelberg: Springer.

Ziganek-Soehlke, F. (2002): So geht's weiter. Neurorehabilitation mit Bewegungsspielen in der Gruppe. München: Pflaum.

Ziganek-Soehlke, F. et al. (2008): StuBS. Sturzprophylaxe durch Bewegungsschulung. Mehr Bewegungssicherheit im Alltag. München: Pflaum.

Die Autorin:



Friederike Ziganek-Soehlke

Dipl.-Gerontologin,
Dipl.-Fachsportlehrerin für Prävention
und Rehabilitation, Autorin
Schwetzingerstr. 60
69124 Heidelberg
fri.zi@gmx.de

Stichwörter:

- Selbstständigkeit
- Bewegung
- Resonanz
- Bewegungsspiele
- Gruppentherapie

¹⁵ Mit Unterstützung des Allgemeinen Deutschen Fahrradclubs (ADFC)

¹⁶ Eigeninitiative nimmt zu.

¹⁷ und anderen neurologischen Handicaps

¹⁸ Die Lebensdauer nimmt zu.

¹⁹ Hannah Monyer, Heidelberg