

Evangelische Hochschule Nürnberg

Heilpädagogik B.A.

Bachelor–Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Trias – Körper, Seele und Geist – Auswirkung der Bewegung auf
psychische Erkrankungen am Beispiel der Bipolaren Störung

Maria Józefina Kubica

Erstgutachterin: Krisztina Desits

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Birgit Mayer–Lewis

Abgabetermin: 28. Juli 2021

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildungsverzeichnis..... | 3 |
| Tabellenverzeichnis..... | 4 |
| Abkürzungsverzeichnis..... | 5 |
| 1. Einleitung..... | 6 |
| 1.1 Heilpädagogische Indikation für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen..... | 7 |
| 1.2 Ziel der Arbeit..... | 8 |
| 2. Affektive Störungen..... | 10 |
| 2.1 Definition, Formen und Verlauf affektiver Störungen..... | 11 |
| 2.2 Die bipolare affektive Störung..... | 13 |
| 2.2.1 Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten..... | 16 |
| 2.2.2 Auswirkung auf das soziale Umfeld..... | 17 |
| 2.3 Herausforderungen für Menschen mit affektiven Störungen..... | 19 |
| 3. Heilpädagogische Ganzheitlichkeit..... | 21 |
| 3.1 Heilpädagogische Beziehungsgestaltung..... | 22 |
| 3.2 Salutogenese Modell nach Aaron Antonovsky..... | 24 |
| 4. Bewegung..... | 26 |
| 4.1 Wahrnehmung..... | 28 |
| 4.2 Körpersprache..... | 28 |
| 4.3 Bewegungsstile..... | 29 |
| 5. Bewegungsförderung..... | 33 |
| 5.1 Motivation..... | 34 |
| 5.2 Positive Auswirkungen der Bewegung auf psychische Erkrankungen..... | 36 |
| 6. Bedeutung der Bewegung für die bipolare affektive Störung..... | 40 |
| 7. Vorgehensweise..... | 43 |
| 8. Fazit..... | 44 |
| Literaturverzeichnis..... | 47 |
| Eidesstattliche Erklärung..... | 56 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| Abb. 1: Arten von körperlicher Aktivität und Bewegung..... | 30 |
|------------------------------------------------------------|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Tab. 1: Symptome einer manischen und depressiven Episode..... | 13 |
| Tab. 2: Positive physiologische und psychische Effekte der Bewegung..... | 39 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DGBS | Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V DGBS |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. |
| ebd. | ebenda |
| H. i. O. | Hervorhebung im Original |
| ICD | „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (en) / „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (de) |
| ICF | „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (en) / „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (de) |
| WHO | „World Health Organization“ (en) / „Weltgesundheitsorganisation“ (de) |

1. Einleitung

Das Interesse an der Beziehung zwischen Körper, Bewegung und physischer sowie psychischer Gesundheit besteht seit den alten Hochkulturen. So wurde die Olympiade der alten Griechen, welche alle vier Jahre stattfand, als eine heilige Festlichkeit den Göttern geweiht (Beitel 1996: 73). Demokrit zum Beispiel erklärte im 5. Jahrhundert vor Christus, dass die Menschen sich ihre Gesundheit von den Göttern wünschten, doch dass sie selbst Macht über ihre eigene Gesundheit hätten, wussten sie nicht (Hollmann und Strüder 2009: VI). Dies schließt die physische genauso wie die psychische Gesundheit mit ein. Bewegung begleitet jeden Menschen im Alltag. Selbst während des Schlafes, fließt das Blut und der Atem weiter. Die Gedanken äußern sich in bewussten oder unbewussten Träumen.

Bewegung ist ein natürlicher Prozess und eine Ausdrucksform des Lebens, in der sich die biografisch gewordene Person und ihre Entwicklung zeigt (Höhmann–Kost 2009: 22–23). Bewegung wird als eine Einheit von Denken, Fühlen, Erleben und Handeln betrachtet, als eine Sprache sowie ein Kommunikationsmittel (Möllers 2007: 190), durch das der Mensch selbstwirksam werden kann. Ein Kind drückt über Bewegung seine Gefühle und Stimmungen aus und nimmt Kontakt zu seiner Umwelt auf (ebd.). Dies geschieht über die Kindheit hinaus. Die Kontaktaufnahme und Ausdrucksmöglichkeit durch Bewegung ermöglichen eine Begegnung und das Verständnis füreinander. Der französische Mathematiker, Physiker, Literat und christliche Philosoph, Blaise Pascal (1623–1662) drückte es wie folgt aus:

„Zu unserer Natur gehört die Bewegung. Die vollkommene Ruhe ist der Tod“
(Brinkmann 2014: 380).

Körper, Seele und Geist sind die Trias der Heilpädagogik. Einer der wichtigsten Vertreter und Lehrenden der Heilpädagogik, Heinrich Hanselmann (1885–1960), schrieb der Ganzheitlichkeit eine Bedeutung zu, die bereits im 18. Jahrhundert zu Pestalozzis (1746–1827) Grundwerten seines Menschenbildes gehörte (Haeberlin 1996: 263). „Kopf, Herz und Hand“ bilden für Pestalozzi die Ganzheit von Verstand und Gefühl als eine Einheit ab (Haeberlin 1996: 266).

Durch die Fortschritte in der Medizin, den Aspekt der Ganzheitlichkeit und die zunehmenden psychischen Erkrankungen in der globalen Gesellschaft, setzen sich viele Forschende mit der Frage auseinander, wie Bewegung (Körper), die Psyche (Geist) und die Seele sich gegenseitig beeinflussen und zueinander verhalten, welche positiven wie auch negativen Auswirkungen es gibt und welchen Einfluss sie dabei auf das soziale Umfeld

haben (Kass et al. 1996: 94/ Schulz et. al 2011: 55/ Hölter 2011: 581/ Deister 2015: 591–592). Die Ansätze zu positiven Auswirkungen von Sport und Bewegung auf psychische Störungen sind demnach vielfältig. Allerdings erscheinen diese mangelhaft und sind oft nicht auf störungsspezifische Erkrankungsbilder angelegt. Es handelt sich dabei um Auswirkungen, wie Verbesserung des Allgemeinbefindens sowie Beschwerderückgang (Braunbarth und van Wijnen 2009: 293) und Ablenkung (Hautzinger und Wolf 2012: 169). Dabei erweisen sich in der Forschung einige Herausforderungen, Kontroversen und Diskrepanzen, denn die Ergebnisse sind undifferenziert und unspezifisch. So zum Beispiel liegt der Fokus größtenteils auf depressiven Erkrankungen, worunter jedoch unterschiedliche spezifische affektive Erkrankungen fallen.

Durch die wenn auch nicht quantitativ und qualitativ ausreichende, jedoch vielfältige Forschung zum Zusammenhang von Depressionen und Bewegung, können positive Effekte belegt werden. Eine Forschungslücke zeigt sich bei der bipolaren affektiven Störung, welche aus depressiven und manischen Episoden besteht. Dabei sind in Deutschland circa 1,5% bis 5% der Bevölkerung von der bipolaren affektiven Störung betroffen (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. 2016 [DGBS]). Interessanterweise sind in Deutschland von der bipolaren affektiven Störung mehr Menschen betroffen als von Diabetes mellitus (ebd.).

1.1 Heilpädagogische Indikation für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen

Greving und Ondracek (2010: 342–343) verstehen eine psychische Störung als Quelle einer seelischen Belastung, weshalb im Rahmen einer psychiatrischen Begleitung heilpädagogische Aufgaben Platz finden und erfüllt werden sollten.

Das medizinische Therapieverständnis in der Heilpädagogik hat eine lange Tradition, die 1923 von Max Isserlin dargelegt und beschrieben wurde (Haerberlin 1996: 17/ BHP 2016: 3). Der Zusammenhang besteht darin, dass die Heilpädagogik sich mit der Bildung und Erziehung psychopathischer Kinder und Jugendlicher beschäftige und die Psychiatrie ihr das Klientel zugewiesen hat (ebd.). Es wurde versucht eine Trennung zwischen bildungsfähigen– und unfähigen Kindern herzustellen, wobei insbesondere der Heilpädagogik eine präventive Wirkung zugeschrieben wurde (ebd.). „Zum Glück“, stellte sich im Rahmen der Erhebung zur Psychiatrie–Enquête 1975 heraus, „[...] dass Menschen mit [Beeinträchtigung], insbesondere mit einer sog. geistigen [Beeinträchtigung], in den Psychiatrien fehlplatziert sind“ (BHP 2016: 3–4). Dies führte dazu, dass zahlreiche Gründungen

von heilpädagogischen Heimen, therapeutischen Wohngemeinschaften, ambulanten Angeboten, Tagesstätten, Begegnungszentren etc. erfolgten, um Menschen in jeder Altersstufe mit einer psychischen Störung und/oder einer geistigen Beeinträchtigung die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, statt sie ausschließlich zu hospitalisieren (BHP 2016: 4).

In der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen bedient sich die Heilpädagogik an Ansätzen der Individualpsychologie und Humanistischen Psychologie (Greving und Ondracek 2010: 343). Die angewandten Maßnahmen orientieren sich z.B. an den humanistisch-psychologischen (z.B. Spiel bzw. Gespräch), kreativ-gestalterischen (z.B. werken, malen und basteln) und körper- bzw. bewegungsorientierten (z.B. Rhythmik und Psychomotorik) Ansätzen unterschiedlicher Psychotherapien (Greving und Ondracek 2010: 319). Auf diese Weise wird versucht die Betroffenen zu ermutigen, ihnen Selbstkenntnis zu ermöglichen, positive Erfahrungen in der Interaktion zu erleben sowie das Selbstwertgefühl zu stärken und zu stabilisieren (Greving und Ondracek 2010: 343). Des Weiteren liegen die Heilpädagogen und Heilpädagoginnen einen Wert auf die Förderung der Partizipation und Selbstbestimmung. Durch die ganzheitliche Betrachtung der Person gegenüber, werden die Individualität, Ressourcen sowie das soziale Umfeld der Klienten in die Praxis mitintegriert.

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist die positiven Auswirkungen von Bewegung auf die bipolare affektive Störung herauszuarbeiten und dabei den Stellenwert der Bewegung in der heilpädagogischen Praxis zu erhöhen.

Bipolare affektive Störungen sind Störungen, die unterschiedliche Einschränkungen in den beruflichen und sozialen Alltag bringen, welche nicht ausschließlich die Betroffenen selbst, sondern auch die Familie und das soziale Umfeld beeinträchtigen (DGPPN 2021a). Gehören Kinder zu den Angehörigen, kann dies ebenfalls Einfluss auf deren Weiterentwicklung nehmen. Umgekehrt empfinden die Betroffenen die Vorurteile und soziale Isolation häufig belastender als die Erkrankung selbst (Schulze 2004: 850/ Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2016).

So kann die Arbeit ein Versuch sein, durch die Darstellung der positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die gesamte Person, die Betroffenen zur Bewegung zu motivieren. Sie kann die Chance bieten, ihr Handlungsrepertoire zu erweitern. Das

wiederrum kann die Selbstwirksamkeit fördern, wodurch sich ein Gefühl von Zugehörigkeit und Anerkennung und dadurch auch Annahme und Akzeptanz entwickelt. Zudem kann sie einen Beitrag dazu leisten, Menschen, die von einer bipolaren affektiven Störung betroffen sind, deren Familien und ihr soziales Umfeld aufzuklären, zusammenzubringen und zu verbinden.

Aufgrund des Rahmens dieser Thesis wird es nicht möglich sein, neue Forschung anzutreiben und damit evidenzbasierte Erkenntnisse zu gewinnen. Jedoch soll die im oberen Abschnitt dargelegte Forschungslücke anhand reiner Literaturlarbeit reflektiert und kritisch diskutiert werden. Durch diese Vorgehensweise soll herausgefunden werden, ob Bewegung positive Auswirkungen auf die bipolare affektive Störung hat, welche es sind, und welche Auswirkung dies auf das soziale Umfeld der Betroffenen hat. Somit sollen die folgenden Hypothesen bestätigt oder widerlegt werden:

1. Bewegung hat positive Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Individuums, unabhängig von der Art oder Intensität der Bewegung.
2. Menschen, die an einer bipolaren affektiven Störung erkrankt sind, brauchen Bewegung als Halt, Rhythmus und Struktur und als Ausgleich zwischen Depression (Loslassen und Energie Schöpfen) und Manie (Loslassen und Erholen).
3. Durch körperliche Aktivitäten kann das soziale Netzwerk eines Individuums gestärkt werden und somit zur Inklusion beitragen.

Nach der Einleitung beginnt der Hauptteil dieser Bachelor–Thesis. Dabei werden im 2. Kapitel die Grundlagen Affektiver Störungen mit dem Fokus auf die bipolare affektive Störung dargestellt. In diesem Kapitel werden die Herausforderungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie das Erleben von Betroffenen und Angehörigen berücksichtigt. Das 3. Kapitel befasst sich mit der heilpädagogischen Ganzheitlichkeit. Dabei setzt sich die Verfasserin mit der heilpädagogischen Beziehungsgestaltung und dem Salutogenese Modell nach Aaron Antonovsky auseinander. Im 4. Kapitel wird der Begriff Bewegung definiert und Bezug zur Körpersprache sowie Wahrnehmung genommen. Darauf folgt der Aspekt der Bewegungsförderung bei psychischen Erkrankungen. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf dem Forschungsstand sowie der Motivation (zur Bewegung). Im 6. Kapitel werden die gewonnenen Erkenntnisse resümiert und die Bedeutung der Bewegung für bipolare affektive Störung zusammengefasst. Das Vorgehen wird im 7. Kapitel vorgestellt. Die Thesis schließt im 8. Kapitel mit einem Fazit ab.

Sollte die Verfasserin in der vorliegenden Arbeit über sich selbst in der dritten Person sprechen, wird dafür der Begriff „Verfasserin“ gewählt, um eine Abgrenzung zu der Autorenschaft der analysierten Literatur herzustellen. Die Verfasserin formuliert die Arbeit in einer geschlechterneutralen Sprache, ohne den Lesefluss dabei zu beeinträchtigen.

2. Affektive Störungen

„Psychische Störungen stellen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind. Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen und Psychosen“ (Weltgesundheitsorganisation 2019 [WHO]).

Die geschätzte Prävalenz psychischer Störungen betrug im Jahr 2015 110 Millionen, das 12% der Gesamtbevölkerung der Europäischen Region entspricht (WHO 2019). Von allen von der WHO untersuchten Ländern bezüglich diverser psychischer Störungen, liegt Deutschland (Stand 2014) mit 9,1% an der 9. Stelle (Rätzel–Kürzdörfer und Wolfersdorf 2014: 243). Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V (DGPPN) sind jedes Jahr in Deutschland 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von diversen psychischen Erkrankungen betroffen, das etwa 17,8 Millionen betroffenen Individuen entspricht (DGPPN 2020: 1).

Affektive Störungen stellen eine Reihe psychischer Erkrankungen dar, die durch eine Veränderung der Stimmungslage, des Aktivitätsniveaus, des Antriebes und der Denkinhalte gekennzeichnet sind (Wenzler et al. 2016: 55/ Payk und Brüne 2018: 203). Darunter fallen unterschiedliche Formen der Depressionen, die in der heutigen Zeit weltweit zu den Volkskrankheiten zählen. Das bedeutet, dass ungefähr jede 6. Person irgendwann an einer Form der Depression erkranken wird (Rätzel–Kürzdörfer und Wolfersdorf 2014: 250/ Hölter 2011: 161). In Deutschland zählen affektive Störungen mit 9,8% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Stand 2020), wobei die unipolare Depression allein 8,2% ausmacht und zu den wichtigsten Ursachen für den Verlust von gesunden Lebensjahren nach Herz–Kreislauf–Erkrankungen und Diabetes Mellitus gehört (DGPPN 2020: 1/ Hölter 2011: 161).

Insgesamt haben Betroffene von einer psychischen Erkrankung eine um 10 Jahre verringerte Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Im Jahr 2018 haben in

Deutschland 9300 Menschen Suizid begangen. Dabei lassen sich zwischen 50% und 90% auf eine psychische Erkrankung zurückführen (DGPPN 2020: 1).

2.1 Definition, Formen und Verlauf affektiver Störungen

Der Begriff Affekt kommt aus dem lateinischen (*affectus*) und bedeutet Gemütsverfassung sowie zeitliche und intensive Gefühlsregung (Pschyrembel 2001: 26). Die Veränderungen, die bei affektiven Störungen auftreten betreffen entweder eine Steigerung (Hypomanie) oder eine Minderung (Depression) des Aktivitätsniveaus und der Stimmung (des Affektes) (Wenzler et al. 2016: 55/ Pantel et al. 2017: 320). Dementsprechend werden affektive Störungen in unipolare und bipolare Störungen unterschieden (ebd.). Der Hauptunterschied zwischen unipolaren Depressionen und bipolaren Störungen ist die Abwesenheit bzw. das Vorhandensein von Episoden manischer Symptomatik (Hautzinger und Meyer 2011: 1).

Die „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ der WHO (ICD–10–WHO) ist die international am häufigsten eingesetzte Diagnoseklassifikation (BfArM 2021b). Affektive Störungen finden sich im Kapitel V unter F30–F39–Affektive Störungen und werden in sieben Kategorien unterteilt, die weitere Unterkategorien beinhalten. Zu den unipolaren affektiven Störungen zählen die einmalig auftretende Depressive Episode, die wiederholt auftretende Rezidivierende Depressive Störung und die anhaltende Affektive Störung. Zu den bipolaren affektiven Störungen gehört die Manische Episode und Bipolare Affektive Störung sowie Andere Affektive Störungen und Nicht Näher Bezeichnete Affektive Störungen (BfArM 2020).

Insgesamt wird unterschieden zwischen Bipolare Störung I und Bipolare Störung II. Die Bipolare Störung I besteht aus manischen und depressiven Episoden deren Prävalenz international bei etwa 1% (Spanne 0,5% bis 2%) liegt (Hautzinger und Meyer 2011: 15). Die Bipolare Störung II ist eine etwas leichtere, dafür häufig chronische (Pantel et al. 2017: 320) affektive Störung, die aus depressiven und hypomanischen Episoden besteht und deren internationale Prävalenz bei etwa 2% bis 5% liegt (Hautzinger und Meyer 2011: 15). Zudem gibt es die *Zyklothymie*, bei der leichte hypomanische und depressive Episoden auftreten (Pantel et al. 2017: 320). Eine *Hypomanie* (hypomanische Episode) ist eine „leichtere Form“ der manischen Episode und die Unterschiede zeigen sich in der Intensität der Symptome (Hautzinger und Meyer 2011: 6/ Quitkin et. al. 1996: 136–137). Wichtig für die Diagnose einer Hypomanie ist, dass das veränderte Verhalten für Dritte sichtbar ist (ebd).

Gemischte affektive Episoden ist eine Form, bei der die Symptome für beide Episoden, also einer depressiven sowie (hypo-) manischen Episode gleichzeitig auftreten (Hautzinger und Meyer 2011: 6). Dieser „Mischzustand“ wird von den Betroffenen als besonders einschränkend empfunden (Quitkin et. al. 1996: 137). *Rapid Cycling* ist eine Form von der gesprochen wird, wenn „[...] die Betroffenen innerhalb eines Jahres mindestens vier affektive Episoden erleben, die entweder durch eine vollständige Remission (Symptomfreiheit) voneinander abgegrenzt sind oder durch ein Kippen in eine Episode entgegengesetzter Polarität (z.B. manisch → depressiv) gekennzeichnet sind“ (Hautzinger und Meyer 2011: 8). Von dieser Form sind etwa 10% der Erkrankten betroffen (Payk und Brüne 2018: 203).

Hautzinger und Meyer (2011: 4) beschreiben, dass immer wieder hervorgehoben wird, dass die Empfindung des Beginns der Depressionen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung abrupt ist, im Gegensatz zu einer beginnenden unipolaren Störung, bei der sich die Depressionen langsamer entwickeln und schrittweise intensivieren. Depressive Episoden, die nicht behandelt werden, dauern in der Regel 3 bis 12 Monate (Hölter 2011: 162). Wobei bei 15% bis 30% der Fälle eine Chronifizierung eintritt und bei ca. 15% bis 20% ein hohes Suizidrisiko besteht, das sich vorwiegend am Anfang und am Ende einer depressiven Episode äußert (ebd.). Manische Episoden sind kürzer und dauern im Durchschnitt sechs bis acht Wochen (Payk und Brüne 2018: 203/ Hautzinger und Meyer 2011: 17). Sie entwickeln sich oft über einige Tage hinweg (DGBS 2016: 3).

Das durchschnittliche Erkrankungsalter einer bipolar affektiven Störung liegt bei 22 Jahren (Hautzinger und Meyer 2011: 16/ Pschyrembel 20001: 479/ DGBS 2016: 5). In Bezug auf das Geschlecht ist die Erkrankung gleich verteilt, jedoch beginnt sie bei Männern eher mit einer manischen und bei Frauen eher mit einer depressiven Episode (DGBS 2016: 5). Es gibt Betroffene, die ausschließlich manische Episoden erleben, wobei das nur selten der Fall ist (Quitkin et. al. 1996: 136). Insgesamt dominieren depressive Episoden bei bipolaren affektiven Störungen (Hautzinger und Meyer 2011: 1).

Die Suizidalität liegt bei etwa 4% bis 5%, das bedeutet, dass im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung das Suizidrisiko bei Menschen mit einer bipolaren affektiven Störung um das 50-fache erhöht ist (Hautzinger und Meyer 2011: 19).

2.2 Die bipolare affektive Störung

Für die bipolar affektive Störung gibt es keine einheitliche Definition. Bei dieser psychischen Erkrankung handelt es sich um eine Störung der Affektivität, welche sich in einem Wechsel zwischen manischen und depressiven Episoden äußert (Hölter 2011: 162). Die Depression (depressive Episode) und Manie (manische Episode) lassen sich anhand von deren Symptomen beschreiben. So bietet die folgende Tabelle einen guten Überblick über die Erscheinung der einzelnen Episoden.

| Symptome einer manischen Episode sind gekennzeichnet durch: | Symptome einer depressiven Episode sind gekennzeichnet durch: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Erhöhte bis euphorische Stimmung | Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, dysphorische Stimmung |
| Gereiztheit, Rasches Stimmungswechsel, Gefühl von Ärger und Wut, Ungeduld | Gesteigertes Gefühl von Traurigkeit und Wertlosigkeit |
| Gesteigerter Antrieb und gesteigertes Aktivitätsniveau | Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Freudlosigkeit sowie gemindertes Interesse an Sexualität |
| Intensives Hochgefühl und Erregung | Grübeleien |
| Übersteigerte, häufig unbegründete gute Laune, extreme Begeisterung, übersteigertes Selbstvertrauen und Optimismus, überstarkes Selbstwertgefühl | Mangelndes Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl |
| Erhöhte Leistungsfähigkeit, Kreativität | Vermehrte, (unbegründete) Schuld-, Hoffnungs- und Wertlosigkeitsgefühle |
| vermindertes Schlafbedürfnis, viel Energie und Ruhelosigkeit | Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen |
| Wahnvorstellungen, Größenwahn und Halluzinationen | Eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit |
| Eingeschränkte Nähe-Distanz-Funktion | Schlafstörungen (früh morgendliches Erwachen oder gesteigertes Schlafbedürfnis), Ruhelosigkeit |
| Großes Mitteilungsbedürfnis, schnelles Reden und Gedankensprünge | eingeschränkte Motorik und / oder Erschöpfung |
| Hyperaktivität und Ablenkbarkeit, Konzentrationsstörungen | Körpergewichtverlust oder Zunahme, Veränderungen im Appetit |
| Es werden viele Pläne gemacht und weitreichende Ziele formuliert | Weitere psychosomatische Symptome wie Enge im Brustbereich, Diarrhö oder Obstipation |
| Riskantes Verhalten (Verlust der Selbstbeherrschung, Fähigkeit Konsequenzen zu beurteilen ist mangelhaft: hohe | Suizidgedanken und Suizidhandlungen |

Tab. 1: Symptome einer manischen und depressiven Episode (Zusammenfassung nach Basco 2017: 25–35/ Quitkin et. al. 1996: 136/ Hautzinger und Meyer 2011: 2/ DGBS 2016: 3–4)

Die bipolare affektive Störung tritt meist ohne erkennbare Ursachen, jedoch oft plötzlich auf. Dies hängt mit den individuellen, biologischen und genetischen Dispositionen zusammen, da die bipolare affektive Störung, eine Störung des ganzen Körpers und als eine „Verletzlichkeit des Nervensystems“ zu verstehen ist (Quitkin et. al. 1996: 118–119/ DGBS 2016: 6). An dieser Stelle tritt das Vulnerabilitäts–Stress–Bewältigungs–Modell ein, dass zur Erklärung von Entstehung psychischer Störungen genutzt wird. Dieses besteht aus den Bereichen der Vulnerabilität– und Stressfaktoren sowie den Coping–Mechanismen (Bewältigung) (Friedrichs und Knöchel 2016: 33). Vulnerabilität bedeutet Verletzlichkeit und bezeichnet somit eine Anfälligkeit für Störungen, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden (ebd.). Zu diesen Faktoren gehören individuelle genetische Veranlagungen und biologische Merkmale (Friedrichs und Knöchel 2016: 34). Darüber hinaus wird Vulnerabilität von psychosozialen Faktoren insbesondere während der Kindheit und Jugend beeinflusst (ebd.). Ob die erhöhte Vulnerabilität dann eine psychische Störung auslöst, hängt jedoch von den individuellen Stressfaktoren ab. Zu diesen Stressfaktoren zählen u.a. chronische Erkrankungen, Verlust eines Arbeitsplatzes oder einer nahstehenden Person (ebd.). Doch ob die Stressfaktoren zur erhöhten Vulnerabilität führen und damit zu einer psychischen Erkrankung hängt weiterhin mit den Coping–Mechanismen zusammen, demnach wie eine Person ihre Stressfaktoren bewältigt und mit ihnen umgeht.

Gerade für die Entstehung bipolarer affektiver Störungen spielen genetische Faktoren eine bedeutende Rolle (Hautzinger und Meyer 2011: 22). Die Heredität, also die erbliche Weitergabe von biologischen Merkmalen und Eigenschaften (Bibliographisches Institut GmbH 2021a), liegt für bipolare affektive Störungen bei 80% bis 90% (Hautzinger und Meyer 2011: 22). Welche es jedoch genau sind, lässt sich noch nicht bestimmen (ebd.). In der Neurobiologie spielen Störungen der Neuromodulatoren (chemischen Substanzen) wie z.B. der noradrenerge, dopaminerge und serotonerge Transmittersysteme eine Rolle (ebd.). Zudem sind endokrines System und zahlreiche Neuropeptide fehlreguliert (Hautzinger und Meyer 2011: 23). Diese Fehlregulationen können ein Folge von verschiedenen Neurotransmitterstörungen und Signalübertragungspfaden sein „[...] welche wiederum durch (unbekannte) genetische Vulnerabilitäten und Umweltbelastungen verursacht werden“ (Hautzinger und Meyer 2011: 23). Das genetische und biologische

Ungleichgewicht wie die Dysregulation des Schlaf–Wach–Rhythmus und Verhaltensaktivierungssystems werden als Hauptstörungen der bipolaren affektiven Störung verstanden (Wenzler et al. 2016: 58– 59 zit. n. Hautzinger und Meyer 2011). Hinzu kommen psychosoziale Faktoren, wie z.B. belastende Lebensereignisse oder physische Erkrankungen, die das Erkrankungsrisiko erhöhen (Wenzler et al. 2016: 58–59).

Als Komorbidität wird das Auftreten weiterer Erkrankungen bei bestehender Grunderkrankung bezeichnet (Stangl 2021) und diese liegt bei bipolar affektiven Störungen bei etwa 60% (Hautzinger und Meyer 2011: 13).

Da die Störung über kein einheitliches Krankheitsbild verfügt, ist die Diagnostik erschwert und Fehldiagnosen laut Studien weiterhin üblich (Basco 2017: 36–39). Das kann daran liegen, dass „[...] es vielfach gleitende Übergänge zwischen einer vorübergehenden Niedergeschlagenheit und depressiven Stimmungen oder auch Hochstimmungen gibt, deren Krankheitswert schwer zu ermessen ist“ (Hölter 2011: 165). Anhand von Klassifikationssystemen wird versucht die Komplexität der Erkrankungen systematisch und einheitlich darzustellen und zu beschreiben. In der ICD–10 ist die Bipolare affektive Störung unter F31–F31.9 aufgeteilt, dokumentiert und definiert, als „[...] eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren“ (BfArM 2020).

Darüber hinaus gibt es die International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF]), auch als eine Klassifikation der WHO (BfArM 2021a). Anhand der ICF kann der Gesundheitszustand, eine körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigung und die relevanten Umweltfaktoren des Individuums beschrieben werden (BfArM 2021a). So können sich beide Klassifikationen ergänzen und ein umfassendes, ganzheitliches Bild einer Person und seines Gesundheitszustandes schaffen und daran alle rehabilitativen Maßnahmen individuell abstimmen.

2.2.1 Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten

Der Schwerpunkt in der Behandlung bipolarer affektiver Störungen liegt in der Pharmakotherapie. Während einer depressiven Episode werden häufig Antidepressiva eingesetzt. Ein Antidepressivum ist ein chemisches, antriebssteigerndes, stimmungsaufhellendes und antriebsdämpfendes Medikament, das zur Behandlung von Depression verwendet wird (Psychrembel 2001: 86/ Glossar–Das Große Handbuch der Seelischen Gesundheit 1996: 409ff.). Der Wirkungsmechanismus liegt in der Wiederaufnahme, dem Abbau oder der Empfänglichkeit für Noradrenalin oder Serotonin im zentralen Nervensystem (Psychrembel 20001: 6/ Quitkin et. al. 1996: 139–140). Für die manischen Episoden wird das Medikament Lithium eingesetzt (Quitkin et. al. 1996: 137). Lithium ist ein Medikament, das akut zur Stabilisierung biologischer Rhythmen und Abmilderung der Stimmungsschwankungen eingesetzt wird sowie der langfristigen Erhaltungstherapie dient (ebd.). Darüber hinaus gibt es Interventionsmedikamente, die während einer akuten Depression oder Manie eingesetzt werden, wenn die stimmungsstabilisierenden Medikamente nicht ausreichen (DGBS 2016: 7).

Bewährte Formen der Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen sind die Familien Fokussierte–Therapie (FFT), Interpersonelle und Soziale Rhythmus–Therapie (IPSRT) und die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (Hautzinger und Meyer 2011: 42–67). Alle drei Formen der Psychotherapie haben sehr ähnliche Ansätze. Dazu gehören die Motivation, Psychoedukation und Selbstbeobachtung, anhand dessen die Krankheitsgeschichte erarbeitet wird und Zusammenhänge z.B. der Symptome erkannt und verstanden werden können (Hautzinger und Meyer 2011: 52–53). Die Psychoedukation spielt bei der Behandlung eine bedeutende Rolle. „Psychoedukation bedeutet Informationen und Aufklärung der Betroffenen (und ggf. ihrer Angehörigen) über ihre Erkrankung, deren [möglichen] Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten“ (Hautzinger und Meyer 2011: 42). Dies bedeutet, dass die psychotherapeutische Fachkraft und der Patient oder die Patientin sich auf Augenhöhe begegnen und ein respektvolles Gespräch miteinander führen. Dabei können die Betroffenen lernen Frühwarnzeichen zu erkennen und an der Bewältigung der Belastung zu arbeiten, die die Episoden auslösen kann. Sie können lernen feste Strukturen und Rhythmen in den Alltag zu bringen. Und sie erhalten Unterstützung im Erkennen und Lernen der Balance zwischen Manie und Depression sowie Selbstdistanzierung. Zudem beinhalten alle drei Psychotherapien Übungen zur Achtsamkeit und interpersonellen Kompetenzen (Hautzinger und Meyer 2011: 62). Dazu gehören beispielsweise das

Body Scan und achtsames Gehen (Hautzinger und Meyer 2011: 65–67). Der Body Scan ist angelegt an die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen.

Einige Studien sowie Metanalysen belegen, dass verschiedene Formen der Psychotherapie wirksam bei der Rückfallprophylaxe bei bipolaren affektiven Störungen sind (Hautzinger und Meyer 2011: 75–77). Dabei ist die FFT besonders hervorzuheben, da sie den Betroffenen als Ganzes betrachtet unter Einbeziehung seiner (nächsten) Umwelt. „Psychotherapie erlaubt bipolaren Patienten, ein „normales“ Leben verbunden mit längeren gesunden Zeiträumen in der Familie, in der Ausbildung, im Beruf und in der Gesellschaft zu führen“ (Hautzinger und Meyer 2011: 77).

Die Pharmakotherapie allein ist jedoch nicht ausreichend, was mit den Einschränkungen im Alltag und im sozialen Leben zusammenhängt (Quitkin et. al. 1996: 137ff.) Darüber hinaus hat die medikamentöse Behandlung den Nachteil, dass viele Betroffene an Gewicht zunehmen (Basco 2017: 223). Hierfür wäre eine Kombination aus Pharmakotherapie (für die Stabilisierung), Psychotherapie (für die Bewältigungsstrategien) sowie bewegungsorientierte Maßnahmen (für die physische und psychische Gesundheit) denkbar. Zudem wird die bipolare affektive Störung mit Wachtherapie und Elektrokrampftherapie behandelt (DGBS 2016: 8).

2.2.2 Auswirkung auf das soziale Umfeld

Aus dem bereits ausgearbeiteten Inhalt lässt sich ableiten, dass die bipolare affektive Störung eine Erkrankung ist, die nicht nur für die Betroffenen selbst eine Last bildet, sondern sich ebenfalls auf das soziale Umfeld unterschiedlich auswirken und die Beziehungsqualität nachhaltig beeinflussen kann. In diesem Kapitel soll kurz das Erleben und die Erfahrungen der Betroffenen sowie deren Umfeldes erläutert werden. Mit sozialem Umfeld sind neben den Familienangehörigen, auch Freunde, Bekannte sowie Teammitglieder u.Ä. gemeint. Wobei es sich im folgenden Abschnitt vorwiegend um Familienangehörige handelt. Die Erfahrungen wurden aus den Berichten der Informationsabende, Tagungen und Veröffentlichungen des „bipolaris–Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin–Brandenburg e.V.“ aus den Jahren 2010 und 2011 entnommen.

Aus den Berichten und Erzählungen der Betroffenen ist zusammenfassend festzustellen, dass Mitleid aber auch Unverständnis für die Erkrankung sehr schlimm ist. Zudem besteht Unmut gegenüber der medikamentösen Behandlung und viele haben Selbstmordgedanken (Drasdo und bipolaris e.V. 2010/ bipolaris e.V. 2010a). Hinzu kommen

Wahnvorstellungen und Kontrollverlust gegenüber finanziellen Ausgaben (bipolaris e.V. 2010a). Die Betroffenen selbst empfinden den manischen Zustand oft als besonders angenehm, größtenteils, wenn sich die manische Episode direkt an eine depressive Episode anschließt (DGBS 2016: 3). Jedoch klagen die Betroffenen während einer manischen Episode auch über die typischen Symptome wie rasende Gedanken und Sprache, Konflikte mit anderen und wenig Schlaf (ebd.). Als wichtig und hilfreich werden Selbsthilfegruppen und Austausch mit anderen Betroffenen beschrieben (Drasdo und bipolarisbe.V. 2010). Auch Ergo- und Kunsttherapie sowie Tai-Chi, Yoga und Musiktherapie werden als hilfreich empfunden (Wolff 2010).¹

Aus ihren Erfahrungen berichten die Angehörigen, dass es für sich selbst sowie für die betroffene Person erheblich ist eine Haltung zu entwickeln (Berg-Peer 2010) und die Störung von der betroffenen Person zu trennen (bipolaris 2010b). Für den eigenen Schutz ist es fundamental, sich in gewissen Situationen zu distanzieren, die Vorwürfe von sich fernzuhalten und sich selbst keine Schuld zu geben bzw. sich diese nicht zu schreiben zu lassen (ebd.).

Auf Grund der Komplexität der Erkrankung, wünschen sich die Angehörigen viel mehr Offenheit und Aufklärung vom medizinischem und psychotherapeutischen Fachpersonal. Die Aufklärung sollte folgende Punkte beinhalten:

- Aufklärung über die Therapie sowie deren Ziele (psychopharmakologische und psychotherapeutische),
- Unterstützung bei dem Umgang mit der betroffenen Person, dies bezieht sich vorrangig auf deren Mündigkeit, auf die Verinnerlichung, dass es eine erwachsene Person ist, die selbst für sich Verantwortung trägt und dies auch kann,
- Hinweis darauf, dass die Angehörigen selbst sich therapeutische Hilfe suchen können,
- Hinweis auf gemeinsame therapeutische Stunden und
- Hinweis auf die Bedeutung von stabilen und wohltuenden sozialem Umfeld sowie Selbsthilfe (Berg-Peer 2010).

¹Aufgrund des Rahmens dieser Bachelorthesis ist es nicht möglich intensiver auf die Berichte der Betroffenen einzugehen. Für Interessierte empfiehlt die Verfasserin einen Blick auf die Webseite des bipolaris e.V., um einen Eindruck über das Erleben der Störungen zu erhalten – denn so individuell wie jede Person ist, ist es auch die Einzigartigkeit der Störung und deren Erlebens.

Von ihren Angehörigen wünschen sie sich ein Feedback zu ihrem eignen Verhalten bzw. Umgang mit der Erkrankung und der betroffenen Person sowie Offenbarung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse (Berg–Peer 2010). So besteht die Möglichkeit eines gemeinsamen Lernens und Gestaltung der Beziehung (ebd.). Das Erfüllen dieser Wünsche ist bedeutsam, damit die Familienangehörigen bei der Behandlung förderlich mitwirken können.

2.3 Herausforderungen für Menschen mit affektiven Störungen

Wie bereits erwähnt, sind Betroffene von einer psychischen Erkrankung oft in ihrem Selbsterleben und in ihren Beziehungen zu sich selbst, ihrer Umwelt und anderen Personen beeinträchtigt (Wolfersdorf und Heindl 2003: 20). Zudem lehnen manche Betroffene eine medikamentöse Behandlung ab, auch wenn sie unter einem Leidensdruck stehen, denn sie selbst bewerten dies als ein Zeichen von „Schwäche“ und meinen, sie „sollen“ imstande sein von selbst gesund zu werden, oder während einer manischen Episode, um sich von ihren Symptomen nicht zu trennen (Kass et. al. 1996: 93). Dies deutet auf das Bild (Stigma) einer psychischen Störung in der Gesellschaft hin. Nach Goffman (1975) (Kobi 2004: 205–208 zit. n. Goffman, E. 1975, p.1) ist Stigma „[...] ‘die Situation des Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptierung ausgeschlossen ist‘ “. Für die Heilpädagogik als Handlungswissenschaft ist es elementar, Stigmatisierungsprozesse in ihrer Komplexität zu betrachten und diese aufzubrechen sowie „[...] Veränderungen auf der kommunikativ–interaktiven wie auch auf der sozial–ausgrenzenden Ebene anzustreben“ (Störmer 2007: 282).

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in unserer heutigen Gesellschaft weiterhin mit Stigmatisierung konfrontiert. Sie erfahren Distanzierung und die herrschenden Vorurteile können sich ebenfalls auf die Betroffenen übertragen, was den Umgang und die Inanspruchnahme von Hilfe erschweren kann (DGPPN 2021b). Dies stellt eine Belastung für die Betroffenen und deren soziales Umfeld dar, wirkt sich negativ auf die Heilungsprozesse aus und beeinträchtigt somit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2019). Darüber hinaus belegen Studien, dass allein das Gefühl eine Stigmatisierung ausgesetzt zu sein, das Suizidrisiko erhöht (DGPPN 2021b). Deshalb ist eine Entstigmatisierung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung unabdingbar (Rätzel–Kürzdörfer und Wolfersdorf 2014: 252). Auch durch die andauernde Covid–19 Pandemie haben sich seelische Belastungen wie Stress, Ängste und Sorgen in der Gesellschaft verstärkt, und trotzdem besteht wenig Offenheit gegenüber

psychischen Erkrankungen (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2020). „Deshalb unterstützen die DGPPN und ihr Aktionsbündnis Seelische Gesundheit als First Starter die „Offensive Psychische Gesundheit“ der drei Bundesministerien Arbeit und Soziales (BMAS), Gesundheit (BMG) und Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und begrüßen die Initiative als wichtiges Zeichen zur richtigen Zeit“ (ebd.). Darüber hinaus hat das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2016 die Kampagne „Grüne Schleife für mehr Akzeptanz für psychische Erkrankungen“ in Deutschland organisiert, um ein Symbol für einen offenen Umgang mit Betroffenen von psychischen Erkrankungen zu fördern und fordern (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2020).

Die Heilpädagogik versucht die Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Partizipation, Selbstwahrnehmung, das Selbstkonzept und die Entwicklung ihres Klientels zu fördern und dabei die Werte, Möglichkeiten und Grenzen der Personen zu beachten (BHP 2010: 8). Auf diesem Hintergrund baut das heilpädagogische Handeln auf, das auf die Verwirklichung von Inklusion mit dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe ausgerichtet ist (ebd.). „Unter dem Aspekt der Teilhabe bedeutet die alltägliche Lebensführung, dass Menschen miteinander in Kontakt treten, sich austauschen, gegenseitig helfen oder Dienstleistungen erbringen und in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund bedingt und ermöglicht eine alltägliche Lebensführung auch soziale Teilhabe. Damit der Alltag möglichst selbstbestimmt gestaltet werden kann, kommt es darauf an, die alltäglichen Tätigkeiten so organisieren zu können, dass eigene Lebensvorstellungen verwirklicht werden können. Zentrale Bereiche, die das Gelingen einer selbstbestimmten alltäglichen Lebensführung beeinflussen, sind das Wohnen, der öffentlich zugängliche Raum, Mobilität und Kommunikation“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013: 168).

Hier findet die Bewegung ihren Einsatz, denn es ist belegt, dass Bewegung körperliche, psychische und soziale Ressourcen aktivieren kann und in präventiver, rehabilitativer und therapeutischer Hinsicht wirksam ist (Lützenkirchen 2016: 9). Dadurch dass der Zugang zu Sport und Bewegung niederschwellig ist, können Benachteiligungen abgebaut werden (Löwenstein et al. 2020: 6), wodurch Sport viele inklusive Aufgaben wie die gesellschaftliche Akzeptanz von Vielfalt, Diversität und Heterogenität leistet (Lützenkirchen 2016: 25).

„Kaum etwas bringt Menschen so unkompliziert zusammen wie Sport und Spiel, die Grenzen unterschiedlicher Sprache, Hautfarbe und Religion fast mühelos überwinden. Als zentraler Inhalt unserer Alltagskultur erfasst Sport alle gesellschaftlichen Schichten, Geschlechter und Altersgruppen und wirkt so als eine verbindende Klammer für Menschen unterschiedlicher gesellschaftlicher

Gruppierungen. Für viele ist er die beliebteste Form der Freizeitgestaltung, vermittelt Lebensfreude und trägt damit zu mehr Lebensqualität bei“ (Deutscher Bundestag 2002: 10).

3. Heilpädagogische Ganzheitlichkeit

Heilpädagogik ist die Theorie und Praxis (Köhn 2003: 15) der Erziehung unter „[...] erschwerenden Bedingungen [...]“ (Moor 1965: 15). Die Heilpädagogik ist „[...] die Lehre von einem wirklichen Geschehen“ (Moor 1965: 335) und Pädagogik „[...] und nichts anderes“ (Moor 1965: 336).

Die Theorie und Praxis der Heilpädagogik stand lange in einem Spannungsfeld zwischen ihren Bezugswissenschaften wie der Medizin, Theologie, Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Rechtswissenschaften, (philosophischen) Anthropologie und Pädagogik (BHP 2010: 7). Erst am Anfang des 20. Jahrhunderts entstand in Budapest die erste Hochschule für Heilpädagogik (BHP 2010: 13). Die weitere Entwicklung der Heilpädagogik als eigenständiger Profession wurde besonders von der Schweizer Schule der Heilpädagogik durch Heinrich Hanselmann und Paul Moor (1899–1977) geprägt (ebd.). Nicht zu vergessen ist, dass die Heilpädagogik sich weiterhin an den Nachbarsdisziplinen orientiert, was für das heilpädagogische Handeln von hoher Bedeutung ist, um das Mantra der Ganzheitlichkeit in jedem Sinne nachzukommen (Köhn 2003: 17). Hierbei bildet die ganzheitliche Perspektive und die Einbeziehung der Nachbardisziplinen ein wichtiges Fundament für das heilpädagogische Handeln und ermöglicht die Anerkennung des Gegenübers in seinem „SoSein“ (Martin Buber) (ebd.). Eine Beeinträchtigung ist auf individuelle und soziale Faktoren bezogen. Deshalb ist die Ganzheitlichkeit bestimmend, denn die körperlichen, seelischen und geistigen Aspekte dürfen nicht getrennt sein – so wird von Entwicklung (Erziehung) und Förderung des ganzen Menschen gesprochen, unter Berücksichtigung dieser Aspekte (Moor 1965: 11).

Der Begriff „Heilen“ in der Heilpädagogik bedeutet „[...] keine „Reparatur“ physischer oder psychischer Störungen, sondern im umfassenden Sinn Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE) der gesamten Persönlichkeit. [...] Vielmehr geht es um die größtmögliche *subjektive Erfahrung* von Heil und Heilung im Sinne existenzieller Erfüllung menschlichen Lebens, um die existenzielle Annahme des Menschen im Behindertensein und um eine gemeinsame Lebensbewältigung hin zu immer mehr Menschwerdung“ [H. i. O.] (Köhn 2003: 21). Dabei geht es in der Heilpädagogik nicht um besondere Menschen, sondern um besondere (beeinträchtigte) Entwicklungsbedingungen (Gröschke 1993: 59). So bedeutet das „heil“ in der Heilpädagogik nicht Heilen im Sinne des

Wiedergesundmachens, sondern eine „Verganzheitlichung“ und „Sinnerfüllung“ des Lebens (Kobi 1972: 30). Die Etymologie für „Heil“ meint „ganzheitlich“, das bedeutet, dass die Heilpädagogik den Menschen als Ganzes betrachtet, als eine unauflösbare Einheit von Körper, Seele und Geist sowie den sozialen Komponenten, die in der Individualität, Einzigartigkeit und gleichwertiger Weise in jedem einzelnen erscheint (BHP 2010: 7). Dies ist geknüpft an das Selbstverständnis, dass jeder Mensch von Anfang seines Lebens eine Person ist und diese nicht noch erst werden muss (Haeberlin 1996: 15). Sowie an das Selbstverständnis, dass jedes Individuum entwicklungsfähig ist (ebd.) und dies – wie aus der Entwicklungspsychologie bekannt – über die gesamte Lebensspanne.

Leib – als Ausdruck des ganzen Menschen – demzufolge Körper, Seele und Geist, wurde im Mittelalter weniger unterschieden als in der heutigen Zeit (Höhmann–Kost 2002: 17). Das Verständnis von Körper, Seele und Geist als Einheit – und Ganzheitlichkeit, sind als Postulate anzusehen (Fikus und Schürmann 2004: 49). Im Leib wird die Integration von Körper, Seele und Geist erfahren (Lander und Zohner 1990: 9). Denn „[d]er Mensch ist mit seiner Entstehung ein leiblich – seelisch – geistige Einheit. Wenn wir den Leib nicht wahrnehmen, nehmen wir auch den Menschen nicht wahr. Seelisch – geistiges Geschehen ist nur möglich, wenn ein Leib vorhanden ist. Durch den Leib verwirklicht sich die handelnde Person“ (Klein und Neuhäuser 2006: 76).

Die heilpädagogischen Aufgabenfelder bauen auf zwei grundlegenden Elementen auf, nämlich der Beziehungsgestaltung und dem Individualisierungsprinzip. Das Individualisierungsprinzip, die heilpädagogische Beziehung und Praxis sind an keine Bedingungen geknüpft – die Heilpädagogik ist bedingungslos. Nach dem Individualisierungsprinzip steht jedes Individuum für sich selbst und ist „[...] als einzigartig und unverwechselbar in seinen subjektiven und intersubjektiven Bezügen zu sehen und zu respektieren“ (BHP 2010: 8). Dies knüpft an das Normalisierungskonzept (NK) an, das den sozialen und rechtlichen Lebensbereichen jedes Menschen sowie der Gleichberechtigung und der gleichberechtigten Teilhabe dienen sollte (Gröschke 1993: 39–40).

3.1 Heilpädagogische Beziehungsgestaltung

„Die Heilpädagogische *Beziehung ist das Fundament* für die heilpädagogische Begleitung des Mitmenschen [...]“ [H. i. O.] (Köhn 2003: 26). Es ist die Grundaufgabe von Heilpädagogen und Heilpädagoginnen mit ihrem Gegenüber in eine Beziehung zu treten (Greving und Ondracek 2010: 301). Denn jeder Mensch ist auf Beziehungen angewiesen, von seinem sozialen Umfeld geprägt und von der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse

abhängig (ebd.). „Die heilpädagogische Beziehung ist geprägt von einem *heilpädagogischen Menschenbild*, in dem humane Menschenliebe und Liebe zum Leben sowie eine berufsethische Haltung der *personalen Mitverantwortung* grundgelegt ist [...]“ [H. i. O.] (Köhn 2003: 26).

Doch was genau sind Beziehungen? Beziehungen sind „[...] Phänomene, die in Interaktion mit bedeutsamen anderen Personen entstehen und im anderen affektive Resonanzen auslösen“ (Gingelmaier und Schwarzer 2019: 12). Es sind zwischenmenschliche und intraindividuelle Phänomene, bei den das Denken, Fühlen und Handeln in unterschiedlicher Intensität, Form und Kultur über alle menschliche „Kommunikationskanäle“ ausgetauscht werden (ebd.). Das, was von diesem zwischenmenschlichen und intraindividuellen Austausch bleibt, wird Repräsentanz genannt und als Kern von Beziehungen beschrieben (Gingelmaier und Schwarzer 2019: 12).

Die heilpädagogische Beziehung ist personell und dialogisch. Ihre Aufgaben und Angebote bestehen im äußeren und inneren Halt, Vertrauen, Empathie, Offenheit und Spontaneität (Köhn 2003: 31). Sie ist von Ermutigung zum Anderssein, zur Selbstannahme und Selbstwirksamkeit geprägt (BHP 2010: 8). Die heilpädagogische Beziehung ist eine professionelle Beziehung die durch Akzeptieren, Annahmen, Nicht Bewerten und Wertschätzen der Ressourcen und Potenziale des Gegenübers geprägt sowie den Respekt – den Menschen zu verstehen zu versuchen und ernst zu nehmen (Greving und Ondracek 2010: 301). Die Annahme der Person gegenüber in ihrem „SoSein“ ist eine grundlegende Bedingung für die (heil-) pädagogische Beziehung (Klein und Neuhäuser 2006: 69–70). Hierbei spielt das dialogische Prinzip nach Martin Buber (1878–1965) eine Rolle. „Der Mensch wird am Du zum Ich“ ist eines der bekanntesten und wichtigsten Zitate Bubers (Tatlow 2013: 92). Das meint, dass das „Zwischen“ im Dialog die Menschen zu einer Einheit macht und nämlich dies bedarf an der Annahme und Akzeptanz der Person gegenüber in „seiner totalen Persönlichkeit“, demnach in seinem So–Sein (ebd.).

Werden in der heilpädagogischen Praxis bewegungsorientierte Angebote bereitgestellt, kann eine Person sich ebenfalls über ihren leiblichen Ausdruck äußern. Innerliche und Äußerliche Erlebnisse kommen zum Ausdruck und die Person wird ganzheitlich angenommen. Werden solche Maßnahmen in Gruppen angeboten, können Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten entwickelt und gefördert werden, sodass neue Beziehungen entstehen. Jakob Levy Moreno (1889–1974) war der Überzeugung, dass Spontaneität und Kreativität in sozialen Begegnungen von Bedeutung sind, so gehen Ansätze wie Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie auf ihn zurück (Tatlow 2013: 93). Da die

Heilpädagogik das soziale Umfeld in die Begleitung mit einbezieht, können sich gemeinsam ausgeübte Bewegungshandlungen auf die bedeutsamen Beziehungen unmittelbar auswirken.

3.2 Salutogenese Modell nach Aaron Antonovsky

„Krankheiten und [Beeinträchtigungen] können als ein komplexes Geschehen verstanden werden, das den Menschen in seiner körperlichen, seelischen und sozialen Dimension betrifft. Eine im wohl verstandenen Sinne ganzheitliche Medizin wird dies berücksichtigen und neben den primär körperlichen Symptomen und Funktionsstörungen das emotionale Erleben und die psychosozialen Interaktionen berücksichtigen“ (Hülshoff 2005: 49–50).

Nach dieser Definition ist auch bei affektiven Störungen nicht ausschließlich die Seele krank oder beeinträchtigt, sondern es spielt hierbei der Zusammenhang von Störungen in geistigen, körperlichen sowie sozialen Bereich eine Rolle (Höhmann–Kost 2002: 37). Darüber hinaus bezieht sich die ganzheitliche Berücksichtigung dieser Aspekte nicht nur auf medizinische, sondern ebenfalls auf psychologische und pädagogische Maßnahmen. Da die Heilpädagogik ressourcenorientiert handelt, spielt neben der ICF, die für eine ganzheitliche biopsychosoziale Diagnostik zuständig ist, auch das Salutogenese–Modell nach Aaron Antonovsky eine bedeutende Rolle. In diesem Konzept handelt es sich um Faktoren, die für die Entwicklung und Erhaltung von Gesundheit verantwortlich sind, welche sich an den individuellen Ressourcen jeden Individuums orientieren. So sagte auch Moor (1965: 266), dass der Pädagogik „[...] die gesunden Möglichkeiten seelischer Entfaltung wichtiger als die Gefahren und Erkrankungen [sind]. Pädagogik sieht im Konflikt in erster Linie die Aufgabe, an der man wachsen kann, die Möglichkeit der Reifung. Heilpädagogik muß an beides denken, an die Möglichkeit des Scheiterns in der Gefahr und an den möglichen Gewinn“.

Das Salutogenese–Modell nach Aaron Antonovsky führte zu einem Paradigmawechsel in der Medizin.² Im Mittelpunkt des Salutogenese–Modells steht die Analyse der Bedingungen zur Versorgung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und nicht der Krankheit (Hölter 2011: 55/ Klein und Neuhäuser 2006: 140). Pathogenese beschäftigt sich mit den

²Aaron Antonovsky war ein israelischer Medizinsoziologe. Er wurde 1923 geboren, studierte Soziologie an der Yale Universität und ist 1960 nach Israel emigriert. Dort baute er ab dem Jahr 1972 den Studiengang Health Sciences mit auf und starb 1994 (Hölter 2011: 54–55).

Faktoren, die den Menschen krank werden lassen (Zimmer 2012: 31). Salutogenese mit der Frage, was die Menschen trotz Belastungen gesund (werden) lässt (ebd.). Dieses Modell berücksichtigt zwar auch die Risikofaktoren in der Ätiologie von Erkrankungen, doch fokussiert sich das Modell besonders auf die (Widerstands-) Ressourcen jeden Individuums (Hölter 2011: 55–166) Ätiologie ist in der Medizin die Lehre von Ursachen unterschiedlicher Erkrankungen (Bibliografisches Institut GmbH 2021b).

Nach dem Salutogenese-Modell können individuelle Erkrankungen auf psychosozialen Ebenen verortet und zusätzliche individuelle Ressourcen zu Aufrechterhaltung von Gesundheit identifiziert und systematisch untersucht werden (Hölter 2011: 166). So sieht er einen Menschen nicht etwa als krank oder gesund an, hierbei wird keine eindeutige Grenze gezogen, sondern ordnet ihn in einem Spektrum zwischen mehr oder weniger gutem Befinden ein (Hölter 2011: 55). Krankheiten lassen sich im Leben eines Menschen nicht umgehen. Doch der Umgang mit ihnen, demnach die Bewältigungsstrategien, können einen Einfluss auf dessen Verlauf nehmen (Zimmer 2012: 32).

Die Empfindung von krank ist laut Antonovsky eine Zuschreibung, die von individuellen und gesellschaftlichen Kriterien definiert wird und diese wiederum auf individuellen Risiko-Bewältigungsstrategien beruhen (Hölter 2011: 56). So ist das Erleben von Kranksein von der subjektiven Empfindung sowie der Außenperspektive beeinflusst. Demgegenüber hängt Gesundheit von einem mehr oder weniger erfolgreichen Gleichgewicht zwischen Stressoren (Risiken) und Ressourcen (Schutzfaktoren) ab (ebd.). Zu den Widerstandressourcen gehören Strategien zu Stressbewältigung, intaktes Immunsystem und soziale Unterstützungen (Zimmer 2012: 32). Die sozialen Ressourcen sind für das Gelingen sowie den Verlauf von psychischen Erkrankungen bedeutsam (Born und Becker 2004: 894). Das allgemeine Wohlempfinden kann durch das soziale Umfeld bestärkt werden, indem der Mensch affektive Zuwendung und Bindung, durch Zufriedenheit mit seinen sozialen Beziehungen erfährt und erlebt (Sudeck und Schmid 2012: 60). Weitere Schutzfaktoren sind das Kompetenzbewusstsein und positives Selbstkonzept (Zimmer 2012: 33). Um die Ressourcen als solche zu bewerten, braucht der Mensch den Kohärenzsinn. Der Kohärenzsinn (SOC-Sense of coherence) ist von Antonovsky entwickeltes empirisches Maß für das subjektive Empfinden von Gesundheit (Hölter 2011: 56–57). Dieser besteht aus drei Dimensionen, nämlich der Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit, und Handhabbarkeit. Er ist durch persönliche Lebenserfahrungen geprägt und drückt eine grundlegende Lebenseinstellung aus, in Bezug auf Zuversicht und positive Grundeinstellung gegenüber der Welt, dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Gewissheit

über die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns (Hölter 2011: 56–57/ Klein und Neuhäuser 2006: 140–141 / Zimmer 2012: 32).

Da es sich bei dem Salutogenese-Modell um die Frage handelt, wie gesundheitsfördernde Faktoren identifiziert und gestärkt werden können, spielt das Modell für die Bewegungsförderung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle (Hölter 2011: 52). Durch Bewegung können physische, personale und soziale Ressourcen gestärkt werden, die gesundheitsfördernd wirksam sind (Zimmer 2012: 35). Nach dem Salutogenese-Modell, zielt z.B. die Psychomotorik insbesondere auf die Stärkung der personalen Ressourcen (Zimmer 2012: 36). Heilpädagogik, welche sich an verschiedenen Ansätzen bewegungsorientierter Maßnahmen bedient, hat das Potenzial auf alle drei Ressourcen abzielen. Auch Gröschke (1997: 292) weist darauf hin, dass Bewegung als „Bereicherung der Lebensqualität“ in der heilpädagogischen Praxis nicht unterschätzt werden sollte.

4. Bewegung

Es gibt keine einheitliche Definition für den Begriff Bewegung. Denn Bewegung wird in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten betrachtet und betrieben, nämlich als:

- „das [Sich]Bewegen von jemandem durch Veränderung der Lage, Stellung, Haltung,
- das [Sich]Bewegen von etwas,
- inneres Bewegtsein, innere Bewegtheit, Ergriffenheit, Rührung, Erregung und
- politisch, historisch bedeutendes gemeinsames (geistiges oder weltanschauliches) Bestreben einer großen Gruppe größere Anzahl von Menschen, die sich zur Durchsetzung eines gemeinsamen [politischen] Zieles zusammengeschlossen haben“ (Bibliographisches Institut GmbH 2021c).

Somit ist Bewegung ein ganzheitliches Phänomen, das sich von der körperlichen Bewegung, über innere, geistige bis hin zu den politischen und gesellschaftlichen Bewegungen erstreckt.

Bewegung bildet ein Fundament der menschlichen Entwicklung, die bereits im Mutterleib beginnt und gerade in den ersten Lebensjahren eine wichtige Rolle spielt (Gröschke 1997: 209–212). In der Bewegung lernt sich ein Kind in seiner Leiblichkeit kennen und seine Gefühle motorisch auszudrücken, es lernt die materielle und soziale Umwelt zu verstehen und sich in ihr zu orientieren (Kiphard 2001: 26). Dies schließt die geistige und

seelische Bewegung mit ein, weshalb es essenziell ist die geistige Tätigkeit ebenfalls als Bewegung anzuerkennen.

„Ein rein *Seelisches* gibt sich im *Motorischen* kund, es ist die einzige Stelle der Welt, wo „Magie“ wirklich ist: Unmittelbare Umsetzung des Geistigen in das Sinnlich-Räumliche“ [H. i. O.] (Gröschke 1997: 212 zit. n. Jaspers 1973: 630).

Bewegung bedeutet demnach eine ganzheitliche Entwicklung, bei der physische und psychische Fähigkeiten sowie das Selbstgefühl und die Beziehung zur Umwelt miteinander vernetzt werden (Frostig 1973: 13–28). Körperliche und geistige Beweglichkeit, Reaktionsfähigkeit und Kontrolle, Verhaltenskontrolle und seelische Erlebnisfähigkeit, sind Voraussetzungen für die sinnvolle und verantwortungsvolle Handlungsfähigkeit mit sich selbst und der Welt (Kiphard 2001: 27). So ist der ganzheitliche Ansatz „Lernen durch Bewegung“ in der heilpädagogischen Praxis wiederzufinden, der durch Marianne Frostig geprägt ist (Gröschke 1997: 212–213). Nach Frostig (1973: 17–18) liegen die Hauptziele der Bewegungserziehung in der Förderung des allgemeinen Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens und des Selbstbewusstseins, weshalb gezielte körperliche Aktivitäten für alle Menschen in jeder Altersgruppe notwendig sind. Zudem ist das Körperbewusstsein und der erlebte Körper eine Grundlage für die seelische und körperliche Entwicklung – für die Ich Entwicklung, Erkennung und das Erleben sich selbst als ganze Person und das Erfahren der ganzen Persönlichkeit (Frostig 1973: 44/ Sollmann 1997: 25–26/ Kutter 2001: 50).

Historisch gesehen war ein guter körperlicher Zustand für unsere Vorfahren schon vor Millionen Jahren erheblich, um die damalige Umweltbegebenheiten (Flucht, Angriff, Jagd) zu bewältigen (Hautzinger und Wolf 2012: 166). Da menschliche Organe Mindestreize benötigen, um ordentlich zu funktionieren, stellt Bewegung nicht etwa nur eine Zugabe zur Verbesserung oder Erhalt der Gesundheit da, sondern eine Voraussetzung für das Funktionieren des Menschen (Blech 2007: 238). Laut der WHO werden jedes Jahr zwei Millionen Todesfälle durch körperlich Inaktivität verursacht und 60% aller Erwachsenen treiben weniger als 30 Minuten moderate Bewegung am Tag sowie 17% komplett inaktiv sind (Blech: 2007: 237). Körperliche Aktivitäten, die sich durch Ausdauer, langen Zeitraum und hohe Intensität auszeichnen, gelten aufgrund des erhöhten Sauerstoffumsatz als besonders gesundheitsfördernd (Brinkmann 2014: 382). Ihnen wird die „positive Wirkung“ von Bewegung zugeschrieben (ebd.). Zu solchen aeroben Bewegungsarten gehören u.a. Laufen, Fahrradfahren, Schwimmen, Skilanglauf und Wandern (Brinkmann 2014: 380–381). Somit bringt jede körperliche Bewegung im Alltag oder auch gezielte

sportliche Aktivität viele positive Wirkungen auf der ganzheitlichen Gesundheitsebene und kann sukzessiv aufgebaut werden (Brinkmann 2014: 380/ Blech 2007: 249).

4.1 Wahrnehmung

Leib ist immer ein bewegter Leib und das Fundament der menschlichen Sinnestätigkeit und Wahrnehmungsentwicklung (Gröschke 1997: 207–208). „Wahrnehmung ist definiert als ein ‘aus externen Sinnesdaten und internen Komponenten (Erfahrungen, Einstellung, Motivation) bestehender Komplex *psychischer* Erscheinungen, deren Inhalt im Raum lokalisiert wird und dadurch zur Auffassung von Gegenständen der Außenwelt führt‘ “ [H. i. O.] (Gröschke 1997: 208).

Wahrnehmung ist in Prozesse eingebettet, die „[...] mit der Wahrnehmung beginnen und über *Verarbeitungsprozesse* zu unmittelbarem *Handeln* führen“ [H. i. O.] (Höhmnn–Kost 2002: 79). Das bedeutet, wenn Wahrnehmung gefördert wird, wird damit auch die Handlungsfähigkeit gefördert und somit eine Kompetenz erreicht. Die Wahrnehmungsfähigkeit ist wichtig, um zu der eigenen Meinung zu finden. „Somit verhilft Wahrnehmung zu größerer Klarheit und diese ist wiederum Voraussetzung für Sicherheit, Selbstbewusstsein und selbstverantwortliches Tun“ (Höhmnn–Kost 2002: 79). Dabei wird das Psycho–Motorische Verhalten von der Fähigkeit wahrzunehmen, beeinflusst (Kiphard 2001: 24).

Menschen mit psychischen sowie physischen Erkrankungen sind in ihrer Wahrnehmung und Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, und dadurch auch in Bezug zu ihrem Leben, Erleben und ihren Beziehungen (Höhmnn–Kost 2002: 81). Selbstwahrnehmung in dem Zusammenhang meint das „‘augenblickliche Bild von mir selbst‘ “ (Zimmer 2012: 53 zit. n. Sader 1996). Während einer Depression sind neben Symptomen wie funktionelle Organbeschwerden, herabgesetzten Muskeltonus und depressiv–gehemmter Psychomotorik, negative Körperzufriedenheit und negatives Körper selbstbild vorhanden (Röhrich 2007a: 260). In einer Manie wiederum ist die Psychomotorik hyperaktiv und das Körper selbstbild positiv (ebd.). Dabei ist die bewusste Wahrnehmung der Beeinträchtigung erheblich, um zielorientiert zu handeln.

4.2 Körpersprache

„Affekt und Körper gehören zusammen [...]. Beides, Affekt und Körper, bildet ein Ganzes, das immer schon zusammengehörte: Wenn wir Freude empfinden, lacht das Gesicht;

überfällt uns Trauer, weinen wir und werden still. Scham läßt erröten, und Schuld drückt uns nieder in Haltung und Gang“ (Kutter 2001: 9). Mimik, Gestik, Körpersprache und Bewegungsprozesse, der nonverbale Ausdruck also, „[...] ist als Spiegel innerer und äußerer Realität zu deuten [...]“ (Bräuninger und Blumer 2004: 382). Unsere Gedanken und Erinnerungen werden oft durch die aktuelle Körperhaltung beeinflusst (Beitel 1996: 75).

Die menschliche, physikalische Bewegung ist kulturell formatiert (Fikus und Schürmann 2004: 58) und aus einer anthropologischen und phänomenologischen Sicht sind körperliche Aktivitäten elementar, um Menschen das Erzählen über vergangene Erlebnisse und Erfahrungen zu ermöglichen (Albert 2004: 73–74). Dadurch wird die Bewegung als eine zielgerichtete und sinnvolle Handlung interpretiert (ebd.), durch die ein zu Sich–Selbst und Weltbezug entsteht (Hölter 2011:45).

Ein heilpädagogischer Grundsatz von Moor (1965: 16) lautet „Erst verstehen, dann erziehen“. Das bedeutet, dass in der heilpädagogischen Praxis zuerst alle Tatsachen über das Individuum bekannt sein müssen, um die Persönlichkeit als Ganzes zu „erfassen“, worauf die Handlung erst aufgebaut werden kann (Moor 1965: 277). „Es geht um die Persönlichkeit als Ganze und nicht nur um ein einzelnes Verhalten; nicht nur um ihr Versagen oder Vergehen, sondern um ihr ganzes Sein und Wesen“ (Moor 1965: 277). So kann die Bewegung als erstes als ein Ausdrucksmittel zur Erfassung der ganzen Persönlichkeit dienen.

4.3 Bewegungsstile

Körperliche Aktivität ist ein Überbegriff für alle möglichen Bewegungsarten von der Hausarbeit bis zum Leistungssport. Es wird unterschieden zwischen beruflicher, freizeit- und haushaltsbezogener körperlicher Aktivität (Brinkmann 2014: 380). Sport als Begriff ist spezifischer zu definieren (Lützenkirchen 2016: 21) und wird in vier Hauptkategorien unterschieden (Hollmann 2009: 10). Die folgende Abbildung bietet einen Überblick der Kategorien.

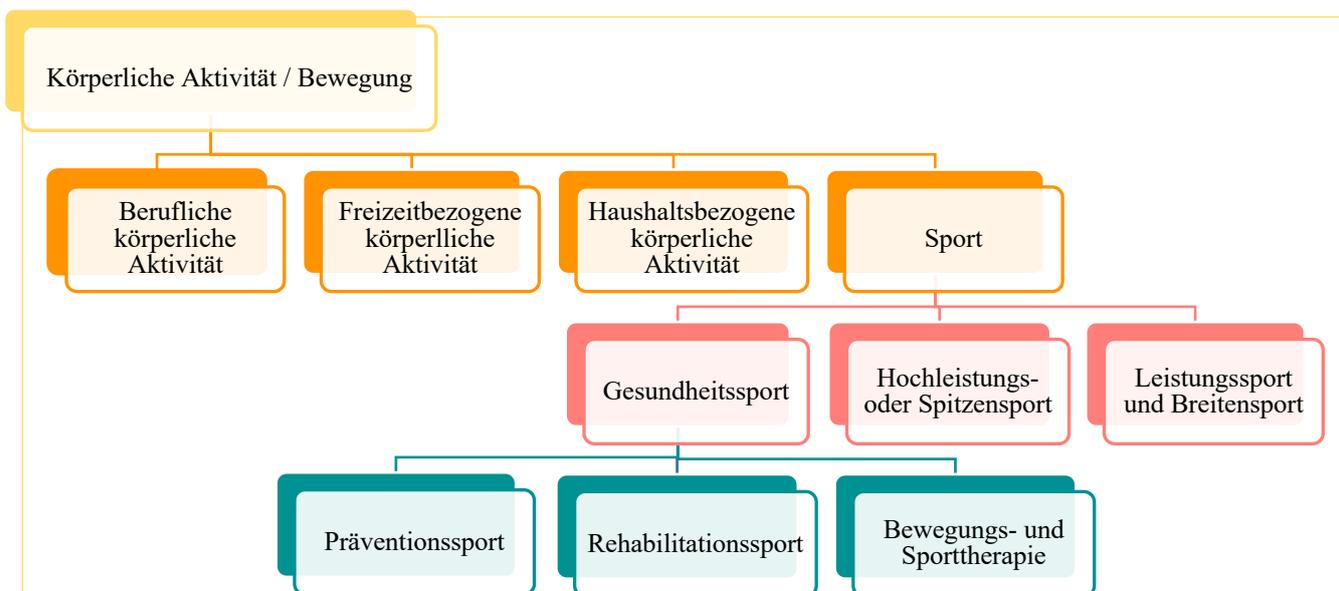


Abb. 1: Arten von körperlicher Aktivität und Bewegung

In Folgenden sollen unterschiedliche Bewegungsstile nur skizziert werden, welche aus Sicht der Verfasserin für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeutsam erscheinen.

Die Ansätze unterschiedlicher Bewegungstherapien gehen auf die deutsche Gymnastiklehrerin Elsa Gindler (1885–1961) zurück. Sie entwickelte keine Methode oder Technik, sondern versuchte den Menschen „[...] ihren eigenen angeboren Wesen zu erkennen und darauf zu vertrauen“ (Weaver 2007: 39). Dieser Versuch beruht auf der Annahme des Menschen als eine Einheit von Körper, Seele und Geist (Weaver 2007: 35). Zum Beispiel gehörte Entspannung durch bewusste Atmung zu ihrer Arbeit, wodurch der Mensch sich selbst spüren, finden, erden und Verantwortung für sich übernehmen kann (Weaver 2007: 33–35). Beispielsweise ist die durch Helmuth Stolze entwickelte Konzentrative Bewegungstherapie und die Feldenkreis-Methode nach Moshe Feldenkreis von Gindlers Arbeit beeinflusst (Weaver 2007: 36). Durch Gindlers Kollegin und Freundin, Elfriede Hengstenberg, kam auch die ungarische Kinderärztin Emmi Pikler (1902–1984) in Berührung mit Gindlers Ansatz (Weaver 2007: 36). Weitere bewegungsorientierte Maßnahmen sind die Sinneserziehung nach Maria Montessori und die rhythmisch-musikalische Erziehung nach Mimi Scheiblauber (Zimmer 2012: 17).

Des Weiteren versteht sich auch die Gestalttherapie nach Kurt Goldstein (1878–1965) als ein Ganzheitliches Verfahren (Krauss-Kogan 2007: 897). Hierbei spielen Berührungen eine bedeutsame Rolle und können therapeutisch, heilend wirken (Krauss-Kogan 2007: 903). Berührungen können auch als eine begleitende Gestik dienen, die aus Begleitung von Menschen aber auch dem Alltag bekannt sind. So wird die Schulter berührt, wenn

jemandes Aufmerksamkeit geweckt werden soll oder die Hand gehalten, um jemanden zu beruhigen. Durch solche Berührungen kann die Resonanz verstärkt werden.

Eine der bekanntesten bewegungsorientierten Handlungsmethoden der Heilpädagogik ist die Psychomotorik. Ernst J. Kiphard (1923–2010) gilt als der „Gründervater“ der Psychomotorik (Zimmer 2012: 15). Nach Kiphard (2001: 24) ist sie die psychische und motorische Entwicklung im Kindesalter, die in einer dynamischen Wechselbeziehung zwischen seelischen und körperlichen Erleben steht. Da die menschliche Entwicklung über die gesamte Lebensspanne verläuft, kann sie ebenfalls Anwendung bei Jugendlichen und Erwachsenen finden. Psychomotorik ist ganzheitlich, humanistisch, persönlichkeits- und ressourcenorientiert (Zimmer 2012: 17). In der psychomotorischen Entwicklungsförderung geht es um Hilfe zur Selbsterfahrung und Selbstfindung, Handlungsbefähigung, Persönlichkeitsentwicklung und soziales Lernen (Gröschke 1997: 285). Ihre Ziele sind Förderung der Selbstständigkeit, Kommunikationsfähigkeiten und Selbstwahrnehmung sowie eigene Ressourcen, wie Kompetenz und Selbstwirksamkeit, zu erleben (Zimmer 2012: 22–23). So hat sich die Psychomotorik beispielsweise in den 2000er Jahren mit Erwachsenen Menschen in psychiatrischen Feldern für Menschen mit Suchterkrankungen etabliert (Möllers 2007: 196).

Ein weiteres Verfahren, das im Rahmen der klinischen Heilpädagogik Anwendung findet ist der Tanz (Löwenstein et al. 2020: 160). Beim Einsetzen von Musik und Rhythmus im heilpädagogischen Rahmen, handelt es sich, „[...] um eine Bereitschaft Erfahrungen und Bewegungen ins Leben zusetzen“ (Sacks 2017: 387). Tanz ist eine alternative Ausdrucksmöglichkeit. Beim Tanzen entfalten sich alle Sinne, die Bewegungen sind frei und fließend. Würden beim Tanzen Gefühle unterdrückt werden, würden sich diese in gehemmter Handlung äußern. Deshalb ist der Tanz als Ausdruck ehrlich. In ihm zeigt sich das Innere und Äußere der wahren Person. Hierbei kann die Person „So-Sein“.

Die als Beispiel genannten Bewegungsstile verbindet der Atem. Die Atmung ist eine große Körperfunktion, die nach Willkür bewusst oder unbewusst betätigt werden kann und für das Leben jeder einzelnen Person physisch und psychisch erheblich ist (Bärnklaus 1965: 300). So werden durch die Atmung seelische unbewusste Inhalte gelockert und gelockt (Bärnklaus 1965: 306).

„Wie der Wind in seinem Wesen nach immerfort bewegt ist, so auch die Seele: sie ist ein ewig hin und her flutendes, unsichtbar-greifbares Etwas, ein flüchtig-bewegter Hauch, der entschwindet, wenn man ihn greifen, wenn man ihn begreifen will. [...] Das Menschenleben ist rhythmisch bewegtes Leben der Seele, seelisches Atmen. Die Seele, die zu „atmen“ aufhörte, hörte auf zu leben: sie hörte auf Seele zu sein“ (Bärnklaus 1965: 301).

Es gibt zwei bedeutsame Atemschulen. Leser–Lasario hat in seiner Atemschule am Anfang des 20. Jahrhunderts den Atem mit dem Sprechen von Vokalen verbunden (Bärnklaus 1965: 303). Die Rothenburger Atemschule verbindet den Atem mit der Musik (ebd.). Beide Ansätze sind vollkommen ganzheitlich und haben eine enge Verbindung zu dem Ganzheitsprinzip und dem rhythmischen Intendieren sowie den Atemsequenzen der Konduktiven Förderung (Tatlow 2013: 137–150).

Diese Elemente sind eine Grundlage der Konduktiven Pädagogik. Dabei geht es um die „[...] Bewegungspädagogik der gesamten menschlichen Entwicklung [...]“ (Weber 1998: 21 zit. n. Bärnklaus 1965: 71–72). Die Konduktive Förderung richtet den Blick auf die Komorbidität unterschiedlicher Erkrankungen hin (Weber 1998: 38–39). So werden in das Konzept der Konduktiven Förderung und Rehabilitation alle primären und sekundären Beeinträchtigungen, wie z.B. Verhaltensstörungen und emotionale und vegetative Beeinträchtigungen, einbezogen (ebd.). Darüber hinaus vereint die Konduktive Förderung unterschiedliche pädagogische und therapeutische Maßnahmen, die auf ganzheitliche Förderung und Inklusion ausgerichtet sind, weshalb die Arbeit in interdisziplinären Teams stattfindet (Weber 1998: 120).

In der Konduktiven Förderung werden sozial–emotionale Fähigkeiten sowie Lebenspraktische Tätigkeiten gefördert (Weber 1998: 85). Aktivitäten des täglichen Lebens beinhalten u.a. die Nahrungsaufnahme, persönliche Hygiene, das Anziehen sowie die Fortbewegung (Tatlow 2013: 189–191). Diese können während einer depressiven Episode von Bedeutung sein, bei verminderter Motivation, vermindertem Antrieb und gehemmter Psychomotorik. Sowie während einer manischen Episode bei hyperaktiven Psychomotorik.

In der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen wird zwischen unterschiedlichen Körpertherapien, Körperpsychotherapien und Bewegungstherapien, die zu Bewegungs– und Sporttherapien des Gesundheitssportes dazugehören unterschieden. Weitere Beispiele finden sich bei Bräuninger und Blumer (2004: 381). Viele der Aktivitäten, Ansätze und Maßnahmen bedienen und beeinflussen sich gegenseitig und wirken aufeinander wechselseitig ein. Für die Praxis der Heilpädagogik ist dies vorteilhaft, da es die Entwicklung eines individuellen Handlungskonzeptes ermöglicht.

5. Bewegungsförderung

Durch Bewegung kommt der Kreislauf in Schwung und durch körperliche Aktivität gewinnt der Mensch Energie. Oft fehlen jedoch die notwendigen physischen und psychischen Voraussetzungen. Beispielsweise klagten die Patienten und Patientinnen des kalifornischen Psychiaters Wayne Sandler darüber, dass sie sich für Bewegung zu labil fühlten, sich jedoch wohl fühlen, wenn sie sich eben einmal richtig bewegen (Blech 2007: 13). Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben oft diesen Teufelskreis, der mit ihren Symptomen einhergeht, da Antriebslosigkeit eines der Kernsymptome ist und durch die Pharmakotherapie die Inaktivität und Müdigkeit oft verstärkt wird (Hautzinger und Wolf 2012: 167/ Lützenkirchen 2016: 40).

In Bezug auf psychische Erkrankungen kann Bewegung neben Psychotherapie, Pharmakotherapie u.a. als eine adjuvante Maßnahme dienen, die die Betroffenen selbst dabei unterstützt ihr Krankheitserleben zu verbessern oder die Symptome auf ein Minimum zu senken sowie deren Familienangehörige und das soziale Umfeld zusammenzubringen. Die Abgrenzung der Begriffe Förderung, Therapie und Behandlung ist wesentlich, um zu verstehen, dass es sich in dieser Thesis um Bewegungsförderung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, als zusätzliche Maßnahme zur Psycho- und Pharmakotherapie handelt. Jedoch nicht im medizinischen Sinne der Wiederherstellung eines bestimmten (Gesundheit-)Zustandes sondern, um ganzheitliche menschliche Förderung (Gröschke 1997: 286).

Behandeln im medizinischen Sinne bedeutet, „[...] **jemandem** (Kranken oder Verletzten) als **dafür qualifizierte Fachkraft** (Arzt) **Hilfe zu geben** (ihn mittels Medikamenten bzw. Therapie zu heilen versuchen)“ [H. i. O.] (Greving und Ondracek 2010: 318). Darüber hinaus bedeutet eine Behandlung „[...] das Bemühen, Funktionsstörungen und Beschwerden zu bessern sowie mit geeigneten Maßnahmen auf Befindlichkeit, Leistungsfähigkeit und Anpassungsvermögen günstig einzuwirken“ (Klein und Neuhäuser 2006: 104). Wobei in diesem Sinne Leistung nicht als Erfolg und dadurch möglicherweise entstehender Druck zu verstehen ist, sondern als Alltagsbewältigung. Die Alltagsbewältigung bezieht sich auch auf eins der bewegungstherapeutischen Ziele (Hölter 2011: 47). Die Therapie ist eine Maßnahme „[...] die von einer bestimmten Indikationsstellung nach einer möglichst umfassenden Diagnose ausgeht, zeitlich begrenzt ist und ein bestimmtes Ziel verfolgt, das sich meist an körperlichen oder psychischen Funktionen orientiert“ (Klein und Neuhäuser 2006: 117). Der Begriff „Förderung“ wird vielfältig verwendet. Und bei der Förderung wird auch etwas gefordert (Köhn 2003: 40). Um der heilpädagogischen

Förderung erfolgreich nachzugehen, muss sie den „ganzen Menschen“ als Subjekt ansprechen und somit gleichzeitig den Menschen im Dialog gegenüberreten (Köhn 2003: 43–44).

Die Heilpädagogik ist keine Therapie, sondern „Pädagogik und nichts anderes“ (Moor 1965: 336). Die Heilpädagogik im Sinne eines Hilfebeitrags zur Erziehung, Bildung und Förderungen für das „entwicklungsgehemmte“ Individuum (Moor 1965: 346), kann jedoch auf therapeutische Maßnahmen zurückgreifen und sich an diesen bedienen. Dieses Können stellt gleichzeitig die heilpädagogische berufsethische Pflicht dar, denn aufgrund der komplexen, insbesondere der ganzheitlichen und individuellen Erscheinung des Gegenübers in seinem biopsychosozialen Kontext, besteht die Aufgabe der Heilpädagogen und Heilpädagoginnen in einer Integrität für die ganzheitliche Bildung und Entwicklung sowie interdisziplinären Praxis (Moor 1965: 347).

Die Abgrenzung zwischen den psychologischen,– therapeutischen– und pädagogischen Maßnahmen ist schwierig (Haeberlin 1996: 18). Durch diese unscharfe Trennung zwischen Therapie und Erziehung unterscheidet, der schweizerische Heilpädagoge Emil E. Kobi (1935–2011), in mittelbare und unmittelbare Therapien. Die mittelbare Therapie ist objektivbezogen und bezieht sich auf etwas, das ein Individuum hat und das mit Instrumenten „hergestellt wird“. Die unmittelbare Therapie ist subjektiv, sie bedient sich nicht an einem Instrumente oder Mittel, sondern begegnet dem Menschen subjektiv (Kobi 2004: 342–346). Im Genaueren geht es um die ganzheitliche, humanistische, akzeptierende, dialogische und wertschätzende Annahme des Individuums in seinem „So–Sein“ sowie das Vertrauen in die Entwicklung des Gegenübers und die Förderung seiner Ressourcen, Selbstvertrauen und Autonomie (Greving und Ondracek 2010: 319–320). Die heilpädagogische Praxis ist primär pädagogisch und die therapeutischen Maßnahmen dienen als eine Ergänzung (Greving und Ondracek 2010: 318). Dies bedarf an Selbstreflexion der pädagogischen Fachkraft.

5.1 Motivation

In Bezug auf körperliche Aktivität ist die Frage der Motivation ein wichtiger Aspekt, der bisher wenig Beachtung findet (Hautzinger und Wolf 2012: 181). So stellen sich die Fragen, warum Menschen mit psychischen Erkrankungen überhaupt sportliche Tätigkeiten ausüben sollten, welchen individuellen Anreiz es gibt und wie Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Sport machen überhaupt motiviert werden können.

„Motive sind unbewusste Handlungsmotive, die sowohl durch stammesgeschichtliche festgelegte als auch durch bindungsbedingte und frühkindlich erworbene Handlungsantriebe bestimmt werden. Ziele sind bewusste Handlungsantriebe, die durch Antriebe, die in späterer Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter durch bewusste soziale Erfahrungen entstehen“ (Roth 2019: 211). Die unbewussten Handlungsmotive müssen bestimmte Widerstände überwinden und je höher die Widerstände sind, desto stärker muss die Motivation zu einer Handlung sein (Roth 2019: 207). Deshalb bedarf die Handlung an häufigen Wiederholungen und positiven Zuschreibungen, d.h. positiven Wirkungen, der ausgeübten Handlung, um in die Tat umgesetzt zu werden (Waibel und Petzold 2009: 89–90). So beinhaltet jede Handlung eine Intention, ein Motiv und ist auf Erfolg und (positive) Konsequenzen ausgerichtet (Gröschke 1993: 68–69).

Dabei wird zwischen extrinsischen und intrinsischen Zielen unterschieden. Extrinsische Ziele sind durch materielle und/oder soziale Anreize geprägt, wie z.B. ein Job, Gehalt oder soziale Anerkennung. Intrinsische Ziele sind durch Persönlichkeitsentwicklung und/oder Selbstbelohnung geprägt, wie z.B. persönliche Weiterbildung (Roth 2019: 211). Die Stärke der Motivation hängt von vielen Faktoren ab und wird durch diese beeinflusst (Roth 2019: 208/ Wiemeyer et al. 2016: 119). So spielen die Art und Attraktivität der Belohnung, ihre Nachhaltigkeit und Erwartbarkeit eine bedeutende Rolle (Roth 2019: 208). Dies kommt mit der Überzeugung zustande, dass der gewünschte Zielzustand erreicht wird, das gewünschte Ergebnis einen hohen Anreiz aufweist, die ausgeübte Handlung tatsächlich zum gewünschten Ergebnis führt und dies auch positive Folgen mit sich bringt (Wiemeyer et al. 2016: 119). Nach diesem Modell geht es darum, sich ein Ziel so zu setzen, dass es erreichbar und attraktiv für einen selbst ist, woran die Bewegungsförderung angepasst werden sollte.

In Großbritannien zum Beispiel wurde im Rahmen einer Studie das Physical Activity Facilitator (PAF) Konzept entwickelt, um depressive Menschen zu körperlicher Aktivität zu motivieren. Dabei geht es um Beratung aber vor allem intrinsische Motivationsförderung zur Aufnahme und Beibehaltung von sportlichen Aktivitäten. Denn umso höher die intrinsische Motivation, desto höher die Wahrscheinlichkeit der Nachhaltigkeit für die körperliche Aktivität (Schulz et al 2011:56).

Darüber hinaus belegen die Untersuchungen u.a. von Blumenthal et al. 2007, Hoffman et al. 2008, Deslandes et al. 2010 und Kerse et al. 2010, dass Bewegung die körperliche Fitness von depressiven Menschen verbessern kann (Oertel–Köchel et al. 2016: 16). Heh et al. (2008) berichten, dass Patienten und Patientinnen nach sportlicher Aktivität ihre

Gesundheit subjektiv als besser beurteilen (ebd.). Das Spektrum an positiven physischen Auswirkungen der Bewegung, reicht z.B. von der Anorexie bis zur Obesitas, von der Hypo- bis zur Hyperaktivität, vom Verlust des Gleichgewichts bis zu Wahrnehmungsstörungen, die jedoch die allgemeine Bevölkerung und nicht ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen (Hölter 2011: 578). Diese Effekte können sich auf andere depressive Symptomen wie den Verlust von Antrieb und verminderten Selbstwertgefühl positiv auswirken (Oertel-Köchel et al. 2016: 16). Alleine diese Vorteile könnten Menschen mit psychischen Erkrankungen dazu motivieren, regelmäßig körperlicher Aktivität nachzugehen.

„Verschaffen Sie sich Bewegung. Obwohl Sie vielleicht keine Lust dazu haben, werden Sie feststellen, daß Sie sich nach leichtem bis mäßigem Fitneßtraining – von Spaziergängen bis zur aerobischen Übungen – besser fühlen. Die Wirkung mag vorübergehend sein, aber jede kleine Besserung hilft“ (Quitkin et. al. 1996: 139).

5.2 Positive Auswirkungen der Bewegung auf psychische Erkrankungen

Die Auswirkungen der Bewegung auf psychische Erkrankungen finden sich bis heute in der Forschung und Literatur vor allem im Zusammenhang mit affektiven Störungen und insbesondere bei unipolaren Depressionen (Lützenkirchen 2016: 39/ Pantel et al. 2017: 322/ Längle 2004: 794). So zeigen viele Studien der primären und sekundären Gesundheitsprävention die positiven Auswirkungen von Sport und Ausdauer bei verschiedenen Formen und Schweregraden depressiver Erkrankungen (Waibel und Petzold 2009: 82/ Hollmann 2009: 629/ Hölter 2011: 579/ Schulz et. al 2011: 55/ Brinkmann 2014: 386/ Oertel-Köchel et al. 2016: 15–16). Einige der Studien weisen jedoch „erhebliche qualitative Mängel“ auf, weshalb weitere Forschung notwendig ist und der Wunsch nach mehr evidenzbasierten Untersuchungen besteht, insbesondere in störungsspezifischer Hinsicht (Loew und Tritt 2007: 625–629/ Waibel und Petzold 2009: 92–93/ Brinkmann 2014: 386/ Geuter 2015: 340). Die qualitativen Mängel ergeben sich u.a. daraus, dass es sehr wenige Studien mit hohen methodischen Standards gibt, weil z.B. die Anwendungen „[...] wie [...] Gruppenbehandlungen in interdisziplinären stationären Settings nicht für RCTs geeignet“ sind (Braunbarth und van Wijnen 2009: 293/ Oertel-Köchel et al. 2016: 15). Die RCT (Randomisierte kontrollierte Studie) erfüllt in der Medizin und Forschung den höchsten methodischen Standard für den Beleg einer eindeutigen Fragestellung und deren Wirkungen bei z.B. neuen (Therapeutischen-) Maßnahmen (Kabisch et al. 2011/ Stang 2011). Deshalb sollten adjuvante Maßnahmen, wie Sport- und Bewegungstherapie im psychiatrischen Bereich mehr nach qualitativen Methoden untersucht werden und sich an

der evidenzbasierten Praxis orientieren (Hölter 2011: 581). Evidenzbasierte Praxis (EbP) bezieht in ihren Untersuchungen externe Evidenzen für den Beleg von wissenschaftlichen Maßnahmen (Universität Rostock 2021) mit ein. Das heißt sie bezieht sich auf das individuelle Wissen, die Erfahrungen der Fachpersonen (interne Evidenz) und die Bedürfnisse des Klientel (soziale Evidenz) (ebd.). Des Weiteren könnte der Umstand einer mangelhaften Forschung damit zusammenhängen, dass sich physiologische Effekte grundsätzlich besser nach wissenschaftlichen Güterkriterien untersuchen lassen als nach psychologischen und psychosozialen Auswirkungen, obwohl selbst diese zum Teil qualitative Mängel aufweisen (Hölter 2011: 581/ Brinkmann 2014: 386).

Forschende der amerikanischen Duke University entdeckten in einer Vergleichsstudie, dass körperliche Aktivität wie schnelles Gehen oder Joggen für eine halbe Stunde dreimal in der Woche, gleich wirksam gegen „Missmut und Trauerattacken“ schützt, wie stimmungsaufhellende Medikamente (Blech 2007: 16). Waibel und Petzold (2009: 92) nennen die Ergebnisse von Knubben 2004, die auch zeigten, dass nach 10 Tagen die Depressionswerte für die Trainingsgruppe signifikant geringer waren als in der Kontroll- und Placebogruppe, der Klinikaufenthalt wurde verkürzt und die Beschwerden nahmen ab. Das Ergebnis der Studien von Blumenthal et al. (1999, 2007, 2011) zeigte, dass sportliche Aktivität wie ein Laufbandtraining über vier Monate vergleichbare positive Auswirkungen auf die depressive Symptomatik zeigte wie das Medikament Sertraline (Antidepressivum) (Hautzinger und Wolf 2012: 176). Zudem kann das Beibehalten regelmäßiger sportlicher Aktivität die Remission über 12 Monate fördern (Hautzinger und Wolf 2012: 176/ Blech 2007: 158/ Schulz et al. 2011: 56). Viele Studien zeigen, dass gerade Ausdauer- und Lauftraining, sich als ein wirksames Mittel gegen depressive Erkrankungen bewahren (Waibel und Petzold 2009: 82/Lützenkirchen 2016: 40). Damen et al. (1984) kamen in einer Studie in Amsterdam mit 18 depressiven PatientInnen zu dem Ergebnis, dass Lauftherapie zu einer Reduktion der Depressionswerte und Zunahme des allgemeinen Wohlbefindens und Selbstwertgefühls sowie Minderung von körperlichen Beschwerden führte (Waibel und Petzold 2009: 92).

Bei den Evidenzdaten bildet die Frage nach Intensität, Häufigkeit und Bewegungsstil von körperlicher Aktivität, um positive Auswirkungen zu erzielen, weitere Unstimmigkeiten. Hölter (2011: 578) empfiehlt zur Verbesserung der physischen Gesundheit sowie dem allgemeinen Wohlbefinden eine Belastung von mindestens drei Mal pro Woche je 20 bis 60 Minuten, „[...] wobei strukturierte und angeleitete Bewegungsaktivitäten wirksamer sind als bewegungsorientierte Alltagsaktivitäten“. Laut den Studien der

Bewegungsforscherin Andrea Dunn et al. (Blech 2007: 159/ Hautzinger und Wolf 2012: 176) macht die Häufigkeit der ausgeübten sportlichen Aktivität, sprich ob drei oder fünf Mal die Woche, keinen Unterschied bei den positiven Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, wesentlich ist der empfohlene Energieverbrauch im Laufe der gesamten Woche durch moderat intensives Training von 17.5 kcal/kg/Woche. Forschende der Universität Bayreuth haben bei einer Durchsicht von 44 Studien herausgefunden, dass die meisten der positiven Bewegungseffekte bereits eintreten, wenn 1000 Kilokalorien pro Woche verbrannt werden (Blech 2007: 246). Daraus ergibt sich die Empfehlung von einem 30 minütigen moderaten Training (z.B. schnelles Gehen, lockerer Lauf oder Radfahren) an fünf Tagen die Woche sowie Haus- und Gartenarbeiten, damit eine Verbrennung von 2000 Kilokalorien erreicht werden kann (ebd.). Das Forschendenteam Schlicht und Reicherz (2012: 26) sagen auf der einen Seite, dass Bewegung zu affektiven Reaktionen führt, dessen Verlauf von „[...] der Intensität der Belastung, damit vom Beanspruchungsgrad der Person und somit von der Toleranz der Person für steigende Belastungen abhängt“, auf der anderen Seite jedoch, dass sich die Forschenden über die Intensität der Belastungen uneinig sind, da hierfür ausreichend valide Studien fehlen (Schlicht und Reicherz 2012: 27–28). Im Gegensatz zu Dunn et al. und deren Empfehlung zu intensivem moderatem Training, führt nach Hall, Ekkekakis und Petruzzello, niedrige und moderate Belastung bei aktiven Personen zu positiven affektiven Reaktionen (Schlicht und Reicherz 2012: 26). Darüber hinaus ist die Sportart nicht entscheidend (z.B. Squash, Tanzen, Krafttraining) und ein mehrwöchiges Training effizienter als kurzzeitige Maßnahme (Längle 2004: 794). Und über die Wirkung von Krafttraining ist wenig bekannt (Hollmann 2009: 629).

Insgesamt ist festzustellen, dass obwohl viele Studien zum Zusammenhang von körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit keine klaren Ergebnisse erbringen, scheint insbesondere moderate Bewegung positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit aufzuzeigen.

Die Auswirkung von körperlicher Aktivität bei Depressionen steht im Zusammenhang mit neurobiologischen Wirkfaktoren wie der Neurotransmitterregulierung in verschiedenen Gehirnabschnitten, Verbesserung der Gehirndurchblutung, Verbesserung des Gehirnstoffwechsels, Spannungsregulation sowie vermehrter Endorphinausschüttung (Hollmann 2009: 629). Endorphine, die die Stimmung positiv beeinflussen können, sind Neurotransmitter, die zu der Hauptfamilie der endogenen Opioidpeptiden gehören (Hollmann 2009: 28–29). Durch moderate Bewegung werden die Neuropeptide (Endorphine)

freigesetzt und wirken dabei auf einzelne Immunzellen ein, sodass sie sich wechselseitig beeinflussen (Hollmann 2009: 29). In Verbindung mit positivem Körpererleben, emotionaler Zufriedenheit, also positiven affektiven Reaktionen, durch die körperliche Aktivität, werden die ausgeübten Handlungen höchstwahrscheinlich wiederholt und das Verhalten eventuell beibehalten (Schlicht und Reicherz 2012: 27).

Die verbesserte Remission von depressiven Episoden macht deutlich, dass Bewegung eine nachhaltige Wirkung haben kann, die in unserer heutigen Gesellschaft in jeder Hinsicht von hoher Bedeutung ist. Die Begründung der nachhaltigen Wirkung liegt „offenbar“ in der Freude und dem Spaß, den die Betroffenen bei Bewegung und Sport empfinden (Blech 2007: 158). Außerdem erfahren Betroffenen dadurch Selbstwirksamkeit, in dem sie etwas gegen ihre Erkrankung machen können, um den Zustand zu verbessern, vor allem aber die Kontrolle darüber zu spüren (ebd.). Selbstwirksamkeit bedeutet das subjektive Erleben von Kontrolle und Kompetenz (Zimmer 2012: 64). In dem jemand selbstwirksam ist, kann er oder sie etwas bewirken und verändern, sie oder er hat Einfluss auf materielle und soziale Umwelt sowie die Kontrolle der jeweiligen Situation. Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht auf Bandura (1984) zurück und ist auf einer sozial-kognitiven Lerntheorie begründet (ebd.). Nach dem Beginn von körperlicher Aktivität entsteht das Selbstwirksamkeitsgefühl, wodurch sich positive Affekte (Emotionen) bilden (Hautzinger und Wolf 2012: 168). Später kann eine Verbesserung des Selbstwertgefühls entstehen (ebd.). Nach Hänsel 2012 kann sportliche Aktivität ebenfalls die Selbstwahrnehmung positiv beeinflussen (Wiemeyer et al. 2016: 118), da während körperlicher Aktivität Reize und Sinneseindrücke verarbeitet werden, die die Wahrnehmung fördern (Beitel 1996: 37). Das Selbstvertrauen und Kompetenzerleben wird gestärkt, wenn z.B. neue Übungen gelernt und die gesetzten Ziele erreicht werden (Hautzinger und Wolf 2012: 168). Durch diese Erfahrung kann dann wiederum das körperliche Selbstkonzept gestärkt werden (ebd.). Darüber hinaus kann durch körperliche Aktivität eine Flow Zustand entstehen, der von Grübeleien, negativen Gedanken sowie Selbstvorwürfen ablenkt bzw. diese ganz unterbricht (Hautzinger und Wolf 2012: 169).

Die positiven Auswirkungen der Bewegung auf psychische Erkrankungen lassen sich in folgende Effekte zusammenfassen:

| Positive physiologische Effekte: | Positive psychische Effekte: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Positive neurophysiologische Effekte, wie die Beeinflussung der Neurotransmittersysteme und endokrine Systeme (Stresshormone, Endorphine) | Förderung der Selbstwirksamkeit, Aufbau eines positiven Selbstbilds und stabilen Selbstbewusstseins |

| | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vorteilhafte metabolische Effekte | Stärkung der Unabhängigkeit, der Handlungskompetenz und Handlungsbereitschaft (Alltagsbewältigung) |
| Verbesserung der Koordination und Motorik | Erweiterung des (Körper-) Ausdrucks und Verbesserung der Körperwahrnehmung, Entwicklung eines guten Körpergefühls |
| Stärkung des Immunsystems | Verbesserung des allgemeinen und seelischen Wohlbefindens, |
| | Antriebssteigerung und Motivation |
| | Positive psychosoziale Effekte |
| | (Positive) Veränderungen der Affekte |

Tab. 2: Positive physiologische und psychische Effekte der Bewegung (Zusammenfassung nach Kutter 2001: 48/ Hölter 2011: 578/ Deister 2015: 591–592/ Lützenkirchen 2016: 25–40)

6. Bedeutung der Bewegung für die bipolare affektive Störung

In der bisherigen Ausarbeitung konnte der Wert der Bewegung dargestellt werden. Das Bewegung positive Auswirkungen auf die Psyche und Physis jedes Menschen hat, wurde deutlich gemacht. Demzufolge soll die Bedeutung der Bewegung für die bipolare affektive Störung zusammengefasst werden.

In jeder Hinsicht dominieren Studien zum Zusammenhang von Bewegung und psychischen Erkrankungen bei unipolaren Depressionen. Die Zweipoligkeit sollte in der Forschung jedoch nicht außer Acht gelassen werden, da sie eben die bipolare affektive Störung ausmacht. Es könnte nach Möglichkeiten gesucht werden, die die Auswirkungen von Bewegung auf manische Episoden untersuchen, zumal viele Betroffene während einer Manie oft über zusätzliche Energiereserven verfügen. In einem Perspektivenwechsel können diese als Ressource betrachtet und genutzt werden.

Bewegung kann nachhaltige Effekte hervorbringen und Bewegungsmaßnahmen sind ressourcenorientiert. Das heißt, die Bewegung wird nach körperlichen und psychischen Möglichkeiten der Person, persönlichen Interessen sowie räumlich materiellen Mitteln ausgesucht. Dies ist insofern wichtig, dass die Ressourcen sich nach Verfassung der Person verändern können. Somit kann die gleiche Person während einer depressiven Episode über andere Ressourcen verfügen als in einer manischen Episode.

Die empfundene Freude bei körperlicher Aktivität, liegt vermutlich an der Bewegung selbst, wie auch durch das Zugehörigkeitsgefühl in einer Gruppe oder zu den Menschen, mit denen Sport und Bewegung ausgeübt werden. Gerade im Salutogenese-Modell werden die psychosozialen Aspekte als eine wichtige Ressource für die psychische

Gesundheit betrachtet (Hölter 2011: 58–59). In stationären Behandlungen z.B. sind sozi-
o-therapeutische Maßnahmen ein wichtiger Bestandteil einer Therapie (Wolfersdorf und
Heindl 2003: 158). Worunter auch Unterstützung bei der Verpflegung von Familienan-
gehörigen oder bei Belangen von organisatorischen Verpflichtungen fällt (ebd.). Bei ge-
meinsamer Vorbereitung und Durchführung solcher Maßnahmen gewinnt der Patient
oder die Patientin Einblick über seine Belange und bekommt die Einsicht, Probleme lösen
zu können (ebd.). Dabei kann es sich um die Planung und Vorbereitung einer gemeinsa-
men Bewegungseinheit handeln. Damit können auch Strukturen in den Alltag integriert
und das Aktivitätsniveau erhöht werden. Darüber hinaus wird die Selbstwirksamkeit in
der Bewegung dadurch erlebt, dass die Person Einfluss auf den eigenen Körper und die
materiellen–räumlichen Dinge nehmen kann.

Das seelische Erleben von Eigenständigkeit und Unabhängigkeit, die Freude an rhythmischen
Bewegungen und die Kontrolle über den eigenen Körper sowie dessen Fähigkeiten,
fördern die Entwicklung des Selbstbewusstseins und die damit verbundenen sozialen
Kontakte (Hülshoff 2005: 257–258). Bewegung bildet durch ihre Ausdrucksmöglichkei-
ten einen Zugang zu sich selbst und der Außenwelt. Bewegung ist eine Handlungsalter-
native, die Selbstwirksamkeit und Partizipation fördert, sie stärkt das Ich–Gefühl, gibt
Halt und Sicherheit und ermöglicht das Erleben von Harmonie und Ausgleich. Durch ihre
Leichtigkeit und das Spielerische können umfassende nonverbale Dialoge entstehen. Das
durch Bewegung entstehende gute Körpergefühl und besseres Selbstempfinden kann zu-
dem die Körperwahrnehmung verändern, die wiederum die Körpersprache beeinflusst.
Die Körpersprache ist essenziell für die Fremdwahrnehmung und kann sich positiv auf
die soziale Integration ausüben. Die gestärkte soziale Integration kann wiederum das
Wohlbefinden noch mehr verstärken und auch als Motivation für die Betroffenen gelten,
körperliche Aktivität regelmäßig auszuüben.

Darüber hinaus ist Bewegung für die bipolare affektive Störung insofern bedeutsam, dass:

- Bewegung das Gewicht regulieren kann, das durch die Pharmakotherapie sowie den
veränderten Appetit (entweder verminderten oder gestiegenen, in einer manischen
oder depressiven Episode) in Ungleichgewicht gerät.
- Regelmäßigkeit grundsätzlich für die bipolare affektive Störung wesentlich ist, da sie
zu einer Verbesserung und Erhaltung der natürlichen Lebensrhythmen beiträgt.
- Das durch Bewegung veränderte Körperempfinden und das verbesserte allgemeine
Wohlbefinden kann auf den Antrieb und eigene Handlungen Einfluss haben.

- Allein durch kleine alltagsbezogene Bewegungen kann der Alltag bewältigt werden.
- Die durch körperliche Aktivität veränderte Körperhaltung und Körpersprache kann Einfluss auf das Selbstbewusstsein nehmen.
- Bewegung bietet eine Möglichkeit der Begegnung, bei der Betroffene mit ihrem sozialen Umfeld in Beziehungen treten können.

Diese positiven Wirkfaktoren finden sich beispielsweise in der Integrativen Bewegungstherapie, die von einem ganzheitlichen Ansatz geprägt ist. Dazu gehören Wirkfaktoren wie die Ablenkung von Grübeleien sowie Techniken der Gedankenverlagerung, die angeboten und gelernt werden können. Durch das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten kann eine Verbesserung des Selbstbildes und der Selbstkompetenz gefördert werden. Darüber hinaus werden Isolationstendenzen abgebaut und ein neues soziales Netzwerk kann entstehen. Die Betroffenen können lernen eigene Bedürfnisse wahrzunehmen. Durch die Spiegelneuronen werden Synchronisationsprozesse gestützt, wodurch das Empathie–Empfinden gefördert werden kann (Waibel und Petzold 2009: 96–97).

Die (therapeutische) Beziehung ist ein wichtiger Faktor jeder (Psycho–)Therapie (Kass et. al. 1996:85). Demnach beziehen sich die Auswirkungen nicht auf eine bestimmte Methode, sondern auf die Qualität der Beziehungen sowie die personale– und ressourcenorientierte Praxis (Röhrich 2007a: 262).

All dies kann durch die heilpädagogische Arbeit ermöglicht und insbesondere gefördert werden. Denn auch, wenn die Abgrenzung zwischen pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen schwierig ist, geht es bei allen Interventionen darum, dass jeder Pädagoge oder Pädagogin, Arzt oder Ärztin, Psychotherapeut oder Psychotherapeutin u.a. sich über sein „zentrales Anliegen“ und das des anderen Beteiligten bewusst ist (Moor 1965: 12–13). Es geht bei solchen Interventionen an denen interdisziplinäres Fachpersonal beteiligt ist, an erster Stelle nämlich um ein „[...] menschliches Problem [...] und erst in zweiter auch [um] ein wissenschaftliches“ (Moor 1965: 13) sowie um das, was für das Individuum notwendig ist (Moor 1965: 269).

Die Aufgabe der Heilpädagogen und Heilpädagoginnen ist dabei, zur Erfüllung des Lebens eines Menschen zu verhelfen (Moor 1965: 271). Und dafür braucht es den Aufbau des Inneren Halts, wofür der Mensch auch andere Menschen braucht (ebd.). „Der Innere Halt wird erst zum vollkommenen, ja zum ausreichenden Halt durch die Ergänzung, deren

er jederzeit bedarf, durch den äußeren Halt an der Umgebung“ (Moor 1965: 271). Und genau dies, kann die Bewegung in einem Zusammenkommen leisten.

7. Vorgehensweise

Die vorliegende Bachelorthesis ist eine theoretische Literaturarbeit. Hierbei führt die Verfasserin keine eigene Forschung durch, sondern stützt sich auf vorhandene Literatur, die sogenannte Sekundärforschung. Das Ziel der Literaturarbeit besteht darin, relevante Literatur, nach einer kritischen und ausführlichen Auseinandersetzung, zusammenzutragen und einen gewissenhaften Beitrag zu dem vorliegenden Forschungsthema beizutragen.

Die Literaturarbeit als Methode dieser Bachelorarbeit stützt sich auf das im ersten Schritt ausgearbeitete Exposé. Dabei hat sich die Verfasserin einen Überblick über das vorhandene Thema verschafft und mit einer umfangreichen Literaturrecherche begonnen. Hierbei lag der Fokus auf neueren wie auch auf älterer Literatur, was von dem jeweiligen Inhalt abhängig gemacht wurde. Die Verfasserin setzte sich hierbei reflektiert mit der Literatur auseinander, welche ordentlich recherchiert, erkundet und verstanden wurde. Zudem wurde eine ausgiebige Internetrecherche vorgenommen, die aufgrund der SARS-CoV-II Pandemie (WHO 2021) eine wichtige Ressource war, da eine freie Durchsichtung in den Bibliotheken vor Ort erschwert und zum Teil unmöglich gewesen ist. Im Anschluss wurde eine Gliederung ausgearbeitet. Diese hat sich während der Bearbeitung der Bachelorthesis immer wieder verändert und an die tatsächlich vorhandenen Literaturinhalte angepasst. Denn auch die Literaturrecherche war stets in Bewegung und musste nach dem Gesamtkonzept vollzogen werden.

Die Verfasserin ist davon selbstbewusst ausgegangen, ausreichend viele Studien zum Zusammenhang von Bewegung und psychischen Erkrankungen zu finden und diese als Grundlage des empirischen Teils dieser Arbeit nutzen zu können. Daran ist sie gescheitert. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist das Fehlen störungsspezifischer Untersuchungen zu den Auswirkungen von Bewegung auf psychische Erkrankungen die Ausgangslage dieser Arbeit, da diese qualitative ebenso wie quantitative Mängel aufweisen (vgl. Kapitel 5.2). Dennoch konnten Zusammenhänge und positive Auswirkungen kenntlich gemacht werden, die im vorherigen Kapitel zusammengefasst wurden und in folgenden Fazit resümiert werden.

Der Vorteil einer Literaturarbeit besteht darin, dass eine neue Verständnisperspektive aufgezeigt werden kann. Ein Nachteil der Literaturarbeit ist, dass sie auf sekundärer Literatur

beruht. In dem Fall kann es vorkommen, dass sich die forschende Person in der Menge der Literatur verliert. Ein weiterer Nachteil ist, dass Unsicherheiten bzgl. der Qualität der ausgesuchten Literatur aufkommen können und die verfassende Person ihre ausgewählten Quellen anzweifelt. Hierfür erweist sich eine kritische Auseinandersetzung und Reflexion der Literatur, sowie Zuversicht und Sorgfalt in die eigene Kompetenz als grundlegend.

8. Fazit

Anhand der Ausarbeitungen dieser Bachelorthesis konnte die in der Einleitung gestellte Forschungsfrage (Hat Bewegung positive Auswirkungen auf die bipolare affektive Störung, welche sind es und welche Auswirkung hat dies auf das soziale Umfeld der Betroffenen) beantwortet und alle drei Hypothesen bestätigt werden. Im 5. Kapitel wurden vielfältige positive Auswirkungen der Bewegung auf psychische Erkrankungen gezeigt, welche physische und psychische Effekte beinhalten, womit die 1. Hypothese (Bewegung hat positive Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Individuums, unabhängig von der Art oder Intensität der Bewegung) bestätigt wird. Die 2. Hypothese (Bipolare affektive Störung braucht Bewegung als Halt, Rhythmus und Struktur, als Ausgleich zwischen Depression [Loslassen und Energie Schöpfen] und Manie [Loslassen und Erholen]) konnte ebenfalls bestätigt werden, da Bewegung den natürlichen Lebensrhythmus im Gleichgewicht hält, wozu beispielsweise auch der Atem gehört. Durch regelmäßige Planung und Ausübung körperlicher Aktivität wird Struktur in den Alltag gebracht. Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit bringen Halt und je nach Art der Bewegung wird Energie geschöpft oder Erholung erlebt. Durch körperliche Aktivitäten in Gruppen sowie ein niederschwelliges Angebot an Gruppenaktivitäten, kann durch Begegnungen und das gemeinsame Erleben das soziale Netzwerk gestärkt werden. Da die menschliche Bewegung ein Ausdruck des innerlichen und äußerlichen Erlebens eines jeden Individuums ist, trägt Bewegung zur Inklusion bei, indem jeder Mensch in seinem „SoSein“ sein und Teilhabe erleben kann. Womit die 3. Hypothese (Durch körperliche Aktivitäten kann das soziale Netzwerk eines Individuums gestärkt werden und somit zur Inklusion beitragen) bestätigt wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Forschung zum Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Bewegung unspezifisch ist sowie qualitative und quantitative Mängel aufweist. Hinsichtlich der bipolaren affektiven Störung stellt dies ein Problem dar, da die Zweipolarität der bipolaren affektiven Störung die Erkrankung als Ganzes

ausmacht. Deshalb sollten die Erkrankung sowie die Betroffenen ganzheitlich untersucht werden und Heilpädagogen und Heilpädagoginnen bzw. die therapeutisch-pädagogischen Maßnahmen sich nicht ausschließlich mit einer der Episode auseinandersetzen. So wäre eine störungsspezifische Forschung in dem Fall empfehlenswert. Menschen, die von einer bipolaren affektiven Störung betroffen sind, sind oft in ihrer Wahrnehmung, Handlungsfähigkeit und damit im Bezug zu sich und ihrer Umwelt beeinträchtigt. Hierfür sind qualitative und subjektorientierte Untersuchungen empfehlenswert, welche die Empfindungen und Bedürfnisse der Betroffenen einbeziehen. Das ist wichtig für die Akzeptanz und Teilhabe in der Gesellschaft und fängt bereits im engsten sozialen Umfeld an. Die Störung kann kritische Einflüsse auf das Zusammenleben, zum Beispiel in einer Familie haben, das wiederum negativen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder nehmen kann. So könnte eine Befragung der Betroffenen und Angehörigen zu deren Beziehungen, einen qualitativen Forschungsgegenstand für sich allein bilden.

Hier kann die Heilpädagogik aufgrund ihrer differenziellen und ganzheitlichen Diagnostik und der Beziehungsgestaltung ihren Einsatz finden. Dabei wird das Gegenüber zuerst erfasst und vollkommen angenommen. Dies betrifft auch das soziale Umfeld, da die heilpädagogische Praxis jeden Einzelnen unter dem biopsychosozialen Kontext betrachtet. Zudem wird eine professionelle Unterstützung den Angehörigen empfohlen.

Ein denkbare Angebot wären heilpädagogische Bewegungsangebote in Selbsthilfegruppen. Durch die heilpädagogische Ethik und die Möglichkeiten und Auswirkungen der Bewegung könnten die Betroffenen vollkommen sie selbst sein. Auch Bewegungsangebote in der heilpädagogischen Familienhilfe (HPFH) wären denkbar, zumal die HPFH durchaus für Familien zuständig ist, bei der zumindest ein Elternteil an einer psychischen Störung leidet. Die Motivation zu Bewegung kann dadurch gelingen, dass Bewegung die Wahrnehmungsfähigkeit stärkt und dadurch die tatsächlichen positiven biopsychosozialen Effekte wahrgenommen werden können.

Körperliche Aktivität wirkt sich generell auf die Allgemeinbevölkerung positiv aus – auf deren Seele, Geist und natürlich auch Körper. Die wertvollen heilenden Elemente der Bewegung haben ein Potenzial als zusätzliche (therapeutische) Maßnahmen weiter entwickelt zu werden.

Bewegung hat einen Einfluss auf unser psychisches und physisches Wohlbefinden. Das psychische und physische Wohlbefinden steht in einer Wechselwirkung zueinander. Unser Wohlbefinden beeinflusst unsere Selbstwahrnehmung und somit auch unsere Handlungen, unser Verhalten. Dies wirkt sich auf unser soziales Netzwerk aus, also auch auf

die Fremdwahrnehmung. Das soziale Netzwerk beeinflusst wiederum unser psychisches Wohlbefinden, welches sich auch auf die physische Verfassung auswirkt. Sind wir eigenständig, können wir uns in einer Selbstwirksamkeit erleben, die Einfluss auf unsere Seele hat. Geht es uns gut damit, haben wir positive soziale Begegnungen. So können wir unabhängig von einer Diagnose inklusiv leben.

Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2016): Newsletter. Am 30. März ist der internationale Tag der Bipolaren Störung. DGBS ruft zum Aretäus–Preis auf [online] <https://www.seelichegesundheit.net/aktuelles/newsletter/150-newsletter-2016/newsletter-22/730-nl22-am-30-maerz-ist-der-internationale-tag-der-bipolaren-stoerung> [11.05.2021].

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2018): Aktuelles. Beziehung und Kommunikation bei Bipolaren Störungen. Infotag PLUS in Berlin am 06.10. [online] <https://www.seelichegesundheit.net/aktuelles/855-beziehung-bipolarestoerung> [11.05.2021].

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2019): Pressemitteilungen 2019. Pressemitteilung: DGPPN–Antistigma–Preis 2019: Ausgezeichnete Initiativen gegen Vorurteile und Ausgrenzung [online] <https://www.seelichegesundheit.net/presse/pressemitteilung/presse-archiv-2019/915-pressemitteilung-2019-6> [11.05.2021].

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2020): Pressemitteilungen 2020. Offensive Psychische Gesundheit: Ein wichtiges Zeichen zur richtigen Zeit [online] <https://www.seelichegesundheit.net/presse/pressemitteilungen/presse-archiv-2020/942-pressemitteilung-2020-offensive-psychische-gesundheit> [11.05.2021].

Albert, Katrin (2004): Biographische Erzählungen über Bewegungspraxen. Zu ihrer Relevanz für die Rekonstruktion von Bedeutung körperlicher (sportiver) Bewegungen, in: Fikus, Monika / Schürmann, Volker (Hrsg.), *Die Sprache der Bewegung. Sportwissenschaft als Kulturwissenschaft*, Bielefeld: transcript Verlag: 73–74.

Amador, Xavier (2015): *Lass mich – mir fehlt nichts! Ins Gespräch kommen mit psychisch Kranken*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Basco, Monica Ramirez (2017): *Manie und Depression. Selbsthilfe bei Bipolaren Störungen*, Köln: BALANCE buch + medien verlag.

Bärnklaus, Karl Otto (1965): *Unfug der Krankheit – Triumph der Heilkunst*, Hanau/Main: Karl Schustek Verlag.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): *Die UN–Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*, Berlin.

Beitel, Erhard (1996): *Bochumer Gesundheitstraining. Ein ganzheitliches Übungsprogramm*, Dortmund: verlag modernes lernen.

Berg–Peer, Janine (2010): Erfahrung einer Angehörigen mit Psychotherapie. Über 50 Jahre Erfahrungen als Angehörige [online] <https://www.bipolaris.de/erfahrungsberichte/#Betroffene> [10.05.2021].

Berufsverband der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen – Fachverband für Heilpädagogik (BHP) e.V. (2010): Berufsbild Heilpädagogin Heilpädagoge [online] <https://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/berufsbild/20140910,%20Berufsbild%20lang.pdf> [01.06.2021].

Berufsverband der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen – Fachverband für Heilpädagogik (BHP) e.V. (2016): BHP Position. P. 07. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in psychiatrischen Handlungsfeldern [online] <https://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/BHP%20Stellungnahmen,%20BHP%20Position/20161006-P07.pdf> [01.06.2021].

Bibliographisches Institut GmbH (2021a): Heredität [online] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Hereditaet> [01.07.2021].

Bibliographisches Institut GmbH (2021b): Ätiologie [online] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Aetiologie> [01.07.2021].

Bibliographisches Institut GmbH (2021c): Bewegung [online] <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Bewegung> [01.07.2021].

bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin–Brandenburg e.V. (2010a): 40 Jahre Erfahrungen. 40 Jahre voller Therapien [online] <https://www.bipolaris.de/erfahrungsberichte/#Betroffene> [10.05.2021].

bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin–Brandenburg e.V. (2010b): Erfahrung eines Angehörigen. Im Urlaub wurde es klar: Erfahrungen eines Angehörigen mit der Bipolaren Störung seiner Tochter. [online] <https://www.bipolaris.de/erfahrungsberichte/#Betroffene> [10.05.2021].

Blech, Jörg (2007): *Bewegung. Die Kraft, die Krankheiten besiegt und das Leben verlängert*, Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

Born, Anja / Becker, Thomas (2004): Psychiatrische Rehabilitation im internationalen Vergleich und Forschungsentwicklung, in: Rössler, Wulf (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 894.

Braunbarth, Ingrid / van Wijnen, Hester (2009): Forschung im Feld von Psychotherapie, Leib-, Bewegungs- und Körpertherapien, in: Waibel, Martin J. / Jakob-Krieger, Cornelia (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*, Stuttgart: Schattauer: 293.

Bräuninger, Iris / Blumer, Elisabeth (2004): Tanz- und Bewegungstherapie, in: Rössler, Wulf (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag: 381–382.

Brinkmann, Ralf (2014): *Angewandte Gesundheitspsychologie*, Pearson Deutschland GmbH.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales – Referat Information, Publikation, Redaktion (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*, Bonn: 168.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (WHO, BfArM 1994–2021) (2020): ICD–10–GM Version 2021. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99). Affektive Störungen (F30–F39) [online] <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f30-f39.htm> [06.05.2021].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021a): ICF [online] <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> [06.05.2021].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021b): ICD–10–WHO [online] <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/> [06.05.2021].

Deister, Arno (2015): Sport- und Bewegungstherapie, in: Möller, Hans-Jürgen / Laux, Gerd / Deister, Arno (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 6. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme: 591–592.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) (2016): Bipolare Störungen– Eine Erkrankung mit zwei Gesichtern. Eine Informationsschrift der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. für Patienten und Angehörige [online] https://dgbs.de/fileadmin/cust/dgbsmaterialien/DGBS_Informationen_zur_Erkrankung_2016.pdf [06.06.2021].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2020): Basisdaten. Psychische Erkrankungen [online]

https://www.dgppn.de/_Resources/Persisent/a2e357dac62be19b5050a1d89ffd8603cfdb8ef9/20201008_Factsheet.pdf
[04.05.2021].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2021a): Valide Antworten auf zahlreiche Fragen [online] <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html> [05.05.2021].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2021b): Für Akzeptanz – Gegen Ausgrenzung [online] <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/stigma.html> [11.05.2021].

Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode. Unterrichtung durch die Bundesregierung (2002): 10. Sportbericht der Bundesregierung [online] <https://dserver.bundestag.de/btd/14/095/1409517.pdf> [08.06.2021].

Drasdo, Lea / bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin–Brandenburg e.V. (2010): Interview Juni 2010. In meinem Kopf habe ich mich oft umgebracht [online] <https://www.bipolaris.de/erfahrungsberichte/#Betroffene> [10.05.2021].

Fikus, Monika / Schürmann, Volker (2004): Die Sprache der Bewegung, in: Fikus, Monika / Schürmann, Volker (Hrsg.), *Die Sprache der Bewegung. Sportwissenschaft als Kulturwissenschaft*. Bielefeld: transcript Verlag: 49–58.

Friedrichs, Benedikt / Knöchel, Christian (2016): Klassifikation und Ätiologie psychischer Störungen, in: Oertel–Knöchel, Viola / Hänsel, Frank (Hrsg.), *Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 33–34.

Frostig, Marianne (1973): *Bewegungs–Erziehung. Neue Wege der Heilpädagogik*, Bd. 16, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Geuter, Ulfried (2015): *Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag.

Gingelmaier, Stephan / Schwarzer, Nicola–Hans (2019): Beziehung, Beziehungsgestaltung und Mentalisieren, in: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, Jg. 25: 12. [online] <https://www.szh-csps.ch/z2019-03-02/> [01.06.2021].

Greving, Heinrich / Ondracek, Petr (2010): *Handbuch Heilpädagogik*, 2. Aufl., Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Gröschke, Dieter (1993): *Praktische Ethik der Heilpädagogik. Individual- und sozial-ethische Reflexionen zu Grundfragen der Behindertenhilfe*, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Gröschke, Dieter (1997): *Praxiskonzepte der Heilpädagogik. Anthropologische, ethische und pragmatische Dimensionen*, 2. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.

Haeberlin, Urs (1996): *Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft. Ein propädeutisches Einführungsbuch in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte*, Bern/Stuttgart/Wien: Paul Haupt.

Hautzinger, Martin / Wolf, Sebastian (2012): Sportliche Aktivität und Depression, in: Fuchs, Reinhard / Schlicht, Wolfgang (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*, Bd. 6, Hogrefe Verlag: 166–181.

Hautzinger, Martin / Meyer, Thomas D. (2011): *Bipolar affektive Störungen*, Göttingen/Bern/Wien u.a.: Hogrefe Verlag.

Hollmann, Wildor / Strüder Heiko K. (2009): *Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin*, 5. Aufl., Stuttgart: Schattauer Verlag.

Höhmam–Kost, Annette (2002): *Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung*, 2. Aufl., Bern: Hans Huber Verlag.

Höhmam–Kost, Annette (2009): Der komplexe Bewegungsbegriff, in: Waibel, Martin J. / Jakob–Krieger, Cornelia (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*, Stuttgart: Schattauer: 22–23.

Hölter, Gerd (2011): *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*, Köln: Deutscher Ärzte–Verlag.

Hülshoff, Thomas (2005): *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik*, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kabisch, M. / Ruckes, C. / Seibert–Grafe, M. / Blettner, M. (2011): Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications, in: *Dtsch. Arztebl.* 108(39) [online] [<https://www.aerzteblatt.de/archiv/106949/Randomisierte-kontrollierte-Studien>] [11.07.2021].

Kass, Frederic I. / Silver, Jonathan M. / Stevenson, Ellen / Cournos, Francine (1996): Wie wirksam sind medikamentöse und psychologische Behandlungen?, in: Kass, Frederic I. / Oldham, John M. / Pardes, Herbert (Hrsg.), Wittchen, Hans–Ulrich (dt. Hrsg.), *Das große*

Handbuch der seelischen Gesundheit. Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen. Weinheim/Berlin: Quadriga Verlag: 85–94.

Kiphard, Ernst J. (2001): *Motopädagogik: Psychomotorische Entwicklungsförderung*, Bd. 1, 9. Aufl., Dortmund: verlag modernes lernen.

Klein, Ferdinand / Neuhäuser, Gerhard (2006): *Heilpädagogik als therapeutische Erziehung*, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Kobi, Emil E. (1972): *Grundfragen der Heilpädagogik und der Heilerziehung*, Berlin/Stuttgart/Bern: Paul Haupt.

Kobi, Emil E. (2004): *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken*, 6. Aufl., Berlin: BHP-Verlag.

Köhn, Wolfgang (2003): *Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE). Ein Handlungskonzept*, 3. Aufl., Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Krauss-Kogan, Wiltrud (2007): Die Bedeutung des Körpers in der Gestalttherapie, in: Marlock, Gustl / Weiss, Halko (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart: Schattauer: 897–903.

Kutter, Peter (2001): *Affekt und Körper. Neue Akzente der Psychoanalyse*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lander, Hilda-Maria / Zohner, Maria-Regina (1990): *Bewegung und Tanz – Rhythmus des Lebens. Handbuch für die Arbeit mit Gruppen*, 2. Aufl., Mainz: Matthias-Grüne-wald-Verlag.

Längle, Gerhard (2004): Sport, in: Rössler, Wulf (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag: 791–794.

Löwenstein, Heiko / Steffens, Birgit / Kunsmann, Julie (2020): *Sportsozialarbeit. Strukturen, Konzepte, Praxis*, 1. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer: 6–160.

Loew, Thomas H. / Tritt, Karin (2007): Empirische Forschung in der Körperpsychotherapie, in: Marlock, Gustl und Weiss, Halko (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart: Schattauer: 625–629.

Lützenkirchen, Anne (2016): A Einleitung, in: Lützenkirchen, Anne (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Bewegung. Theorie und Praxis bewegungs-, sport- und körperbezogener Intervention*, Lage: Jacobs Verlag: 9.

Lützenkirchen, Anne (2016): B Theoretischer Hintergrund, in: Lützenkirchen, Anne (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Bewegung. Theorie und Praxis bewegungs-, sport- und körperbezogener Intervention*, Lage: Jacobs Verlag: 21–40.

Moor, Paul (1965): *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*, Bern: Hans Huber Verlag.

Möllers, Josef (2007): Psychomotorik, in: Greving, Heinrich (Hrsg.), *Kompendium der Heilpädagogik*, Bd. 2, 1. Aufl., Troisdorf: Bildungsverlag EINS: 190–194.

Oertel–Knöchel, Viola / Mehler, Pia / Hänsel, Frank (2016): Effekte von Sporttraining bei psychischen Störungen, in: Oertel–Knöchel, Viola / Hänsel, Frank (Hrsg.), *Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 15–16.

o.V. (2001): *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*, 259 Aufl., Berlin: Walter de Gruyter Verlag: 26–1166.

o.V. (1996): Glossar, in: Kass, Frederic I. / Oldham, John M. / Pardes, Herbert (Hrsg.), Wittchen, Hans–Ulrich (dt. Hrsg.), *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit. Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen*. Weinheim/Berlin: Quadriga Verlag: 409ff.

Pantel, Johannes / Oertel–Knöchel, Viola / Banzer, Winfried (2017): Bewegung und psychische Gesundheit, in: Banzer, Winfried (Hrsg.), *Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 320–322.

Payk, Theo R. / Brüne, Martin (2018): *Checkliste. Psychiatrie und Psychotherapie*, 7. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Quitkin, Frederick M. / Endicott, Jean / Wittchen, Hans–Ulrich (1996): Depression und andere Affektive Störungen, in: Kass, Frederic I. / Oldham, John M. / Pardes, Herbert (Hrsg.), Wittchen, Hans–Ulrich (dt. Hrsg.), *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit. Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen*. Weinheim/Berlin: Quadriga Verlag: 118–140.

Rätzel–Kürzdörfer, Walter / Wolfersdorf, Manfred (2014): Prävention depressiver Erkrankungen, in: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 4. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber: 243–252.

- Roth, Gerhard (2019): *Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten*, 13. Aufl., Stuttgart: Klett–Cotta Verlag.
- Röhrich, Frank (2007a): >>Körperschema<<, >>Körperbild<< und Körpererleben – Begriffsbildung, Definition und klinische Relevanz, in: Marlock, Gustl / Weiss, Halko (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart: Schattauer: 260–262.
- Sacks, Oliver (2017): *Der einarmige Pianist. Über Musik und das Gehirn*, 6. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Schlicht, Wolfgang / Reicherz, Annelie (2012): Sportliche Aktivität und affektive Reaktionen, in: Fuchs, Reinhard / Schlicht, Wolfgang (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*, Bd. 6, Hogrefe Verlag: 26–28.
- Schulz, K.–H. / Meyer, A. / Langguth, N. (2011): Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit, in: *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz*, Nr. 1, Hamburg: Springer Verlag: 55–56 [online] https://www.rki.de/DE/Content/Service/Sozialberatung/BGBL_Krprl_Akt_psych_Gesund.pdf?__blob=publicationFile [31.05.2021].
- Schulze, Beate (2004): Psychisch Kranke im Spiegel der öffentlichen Meinung, in: Rössler, Wulf (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 850.
- Störmer, Norbert (2007): Stigmatisierung, in: Greving, Heinrich (Hrsg.), *Kompendium der Heilpädagogik*, Bd. 2, 1. Aufl., Troisdorf: Bildungsverlag EINS: 282.
- Sollmann, Ulrich (1997): *Management by Körper. Körpersprache–Bioenergetik–Streßbewältigung*, Zürich: Orell Füssli.
- Stang, A. (2011): Randomized controlled trials—an indispensable part of clinical research, in: *Dtsch. Arztebl*, 108(39 [online] [<https://www.aerzteblatt.de/archiv/106947/Randomisierte-kontrollierte-Studien-unverzichtbar-in-der-klinischen-Forschung>] [11.07.2021].
- Stangl, W. (2021). Stichwort: Komorbidität – Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik [online] <https://lexikon.stangl.eu/9654/komorbiditat> [01.07.2021].
- Sudeck, Gordon / Schmid, Julia (2012): Sportaktivität und soziales Wohlbefinden, in: Fuchs, Reinhard / Schlicht, Wolfgang (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*, Bd. 6, Hogrefe Verlag: 60–63.
- Tatlow, Anita (2013): *Konduktive Förderung für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese*, Norderstedt: Books on Demand.

Universität Rostock (2021): EbP–Was ist das? EbP–Was soll das? [online] [<https://www.rim.uni-rostock.de/das-konzept-rim-und-die-umsetzung-in-pisar/evidenz-basierte-praxis-ebp-im-rim/>] [11.07.2021].

Weaver, Judyth O. (2007): Der Einfluss von Elsa Gindler, in: Marlock, Gustl und Weiss, Halko (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart: Schattauer: 33–39.

Weber, Karin S. (1998): *Einführung in das System Konduktiver Förderung und Rehabilitation. Konzept–Praxis–Perspektive*, 1. Bd., Dortmund: verlag modernes lernen.

Waibel, Martin J. / Petzold, Hilarion G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen, in: Waibel, Martin J. / Jakob–Krieger, Cornelia (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*, Stuttgart: Schattauer: 82–97.

Weltgesundheitsorganisation (2019): Psychische Gesundheit – Faktenblatt, [online] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf [04.05.2021].

Weltgesundheitsorganisation (2021): Pandemie der Coronavirus–Krankheit (COVID-19) [online] <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [15.07.2021].

Wenzler, Sofia / Schneider, Barbara/ Oertel–Knöchel, Viola (2016): Affektive Störungen, in: Oertel–Knöchel, Viola / Hänsel, Frank (Hrsg.), *Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 55–59.

Wiemeyer, Josef / Bernardi, Andreas / Banzer, Winfried / Hänsel, Frank (2016): Sportwissenschaftliche Grundlagen, in: Oertel–Knöchel, Viola / Hänsel, Frank (Hrsg.), *Aktiv für die Psyche. Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen*, Berlin/Heidelberg: Springer–Verlag: 117–119.

Wolfersdorf, Manfred / Heindl, Andrea (2003): *Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*, Lengerich: Pabst Science Publishers: 13–158.

Wolff, Carola (2011): Klinik und Tagesklinik [online] <https://www.bipolaris.de/erfahrungsberichte/#Betroffene> [10.05.2021].

Zimmer, Renate (2012): *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern*, Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Eidesstattliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet
4. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 23.07.2021

Maria Kubica