

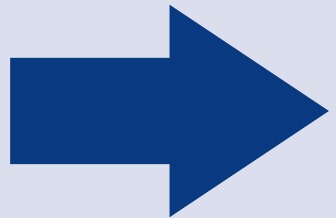
BEIHEFT

„Richtig atmen bei Parkinson“

Das ist mir wichtig

Das will ich

maudrich



1 Konzentration auf das, was mir gut tut

Meine Lieblingsfarbe ist

Meine Lieblingsblume ist

Welches Gericht esse ich am liebsten?

Meine Lieblingsmelodie ist

Wenn ich beim Wettergott etwas wünschen dürfte:

Meine beste Tageszeit ist

Ich fühle mich wohl, wenn ich in bin.

Ich schlafe besonders gut, wenn ich vorher

Ich fühle mich wohl, wenn ich die Farbe trage.

Ich bin gerne mit zusammen.

Aus meiner Nachbarschaft mag ich am liebsten

Wenn es mir schlecht geht, rufe ich an.

Als ich mit zusammen war, habe ich besonders viel gelacht.

Wenn ich verreist bin, ist mir am liebsten, gießt die Blumen und leert den Briefkasten.

Ein schönes Erlebnis im letzte Jahr war

Ein Urlaub/ein Wochenende, an dem ich mich gut erholt habe, war

.....

Die nächste Erholungszeit plane ich für

2 Erproben Sie „Die 12 Atemübungen“

Wählen Sie Ihre Übung aus	Übungszeit	- 0 + ++

Variieren Sie die Übungsabläufe und vergleichen Sie die Übungsabschätzungen:

++ gute Wirkung, Sie fühlen sich entspannter und beweglicher

+ wirkt etwas

0 keine Wirkung

- heute klappt es nicht

3 Was mache ich im Alltag und wie erhole ich mich?

Selbstbeobachtungsbogen

Beobachten Sie Ihren Lebensrhythmus. Achten Sie auf Ihre Bedürfnisse. Notieren Sie, was Sie geschafft haben und wie Sie sich erholen.

Was ich geschafft habe!	Wie erhole ich mich?

TIPP: Legen Sie Pausen ein.

4 Mein idealer Nachmittag

12.00 Uhr	
13.00 Uhr	
14.00 Uhr	
15.00 Uhr	
16.00 Uhr	
17.00 Uhr	
18.00 Uhr	
19.00 Uhr	
20.00 Uhr	

5 Bessere Aktivitätsplanung

Welche Aktion/Bewegung <i>muss</i> ich durchführen? Aktion	Welche Ruheaktivität entfalte ich?

6 Wie stärke ich mein Wohlfühl?

Was hilft mir, mich zu aktivieren bzw. mich zu entspannen? Planen Sie Ihre Aktivitäten eher allgemein, zum Beispiel „schwimmen gehen“, statt „drei Bahnen schwimmen“.

Was möchte ich tun?	Wie belohne ich mich?

Beispiel:

Wie belohne ich mich: schlafen, lesen, Musik hören, Limonade trinken, Katze streicheln, Telenovela sehen, spazieren gehen.

7 Tagesplaner I

Uhrzeit	Was tue ich?	Besonderheiten, eigene Notizen
6.00		
7.00		
8.00		
9.00		
10.00		
11.00		
12.00		
13.00		
14.00		
15.00		
16.00		
17.00		
18.00		
19.00		
20.00		
21.00		

8 Psychohygiene: meine besonderen Stärken

Notieren Sie, was Sie gut können. (Schreiben, Kochen, Rad fahren, Kreuzworträtsel, Lieder oder Gedichte erkennen, Kinder beruhigen ...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9 Kraft aus der Vergangenheit: Entspannung mit schönen Erinnerungen

Schreiben Sie Ihre schönen Erinnerungen nieder.

.....

.....

.....

10 Welche Situationen beanspruchen/belasten mich derzeit am meisten?

1.

.....

2.

.....

3.

.....

11 Meine Stressmelder

11a. Das erste Kästchen füllen Sie vor dem Training aus, bitte ankreuzen.

Mir wird heiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefer pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lippen pressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faust ballen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roter Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelle Atmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmung bleibt stecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angespannter Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starres Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände werden kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füße werden kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckungen (z. B. am Auge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneller Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weinkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist derzeit Ihr Stressmelder Nummer 1?

11b. Sie haben die zutreffenden Symptome nun angekreuzt. Welche Symptome treten als *Frühwarnzeichen* für Stress bei Ihnen auf? Bitte im 2. Kästchen ankreuzen.

11c. Nummerieren Sie hinter den Kreuzen mit den Zahlen 1–5 die *Reihenfolge* Ihrer persönlichen Stressmelder (im 3. Kästchen). Welches Stresszeichen tritt zuerst auf?

12 Was kann ich ändern, wo liegen meine Ziele?

Notieren Sie stichpunktartig.

1.

.....

2.

.....

3.

.....

TIPP: Beginnen Sie immer eine Situation zu ändern, die Ihnen leicht erscheint!
So gibt es eher einen Erfolg.

13 Tagesplaner II

Uhrzeit	Aufgaben	-- - 0 + ++
6.00		
7.00		
8.00		
9.00		
10.00		
11.00		
12.00		
13.00		
14.00		
15.00		
16.00		
17.00		
18.00		
19.00		
20.00		
21.00		

- ++ gehobene Stimmung, konzentriert
- + gute Stimmung, zufrieden
- 0 unauffällig, Durchschnitt, gerade okay
- etwas angeschlagen, komme aber noch klar
- schlecht, eher unbeweglich, gedrückte Stimmung

Diesen Plan können Sie beim Arzt vorlegen, um auf einen Blick die Wirkung der Medikation zu sehen.

14 Tremortraining

In welcher Situation tritt das Zittern stärker auf?	Wie fühle ich mich vor der Übung?	Wie fühle ich mich nach der Übung?	Welche positiven Gedanken habe ich?

15 Tremor-Trainingsplan für 3 Tage

Wählen Sie sich nun eine Übung aus und führen Sie diese Übung an drei Tagen so häufig durch, wie es für Sie angenehm ist.

Datum/ Uhrzeit	Beschreibung der Situation	Eigene Notizen	Welche Technik habe ich verwendet?	Was hat sich geändert?

