universität innsbruck
Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Sport und Depression

Huber, Gerhard

1988

4. Sporttherapie als Baustein eines Behandlungskonzeptes für Depressionen

urn:nbn:at:at-ubi:2-5086

4. SPORTTHERAPIE ALS BAUSTEIN EINES BEHANDLUNGSKONZEPTES FÜR DEPRESSIONEN

Im folgenden soll versucht werden, die bisher dargestellten Aspekte aus Sicht der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen in ein Modell der Sporttherapie für die Behandlung von depressiven Patienten zu integrieren. Verschiedene Disziplinen konstituieren dabei die Basis zu einem theoretischen Bezugsrahmen.[14] Innerhalb dieses Bezugrahmens können auch andere, allerdings psychiatriespezifische, Modelle konzipiert werden. Das speziell für den Bereich depressiver Erkrankungen auszudifferenzierende Modell wird unter 4.2 dargestellt.

4.1 Exkurs: Über die mögliche Bedeutung der Bewegung für den psychisch kranken Menschen

Es gibt eine Vielzahl von Versuchen aus dem Blickwinkel verschiedenster Disziplinen, die möglichen Dimensionen der Bewegung für den Menschen auszuloten (vgl. unter anderem Kapitel 3.3).

Die folgenden Ausführungen ergeben sich aus einer Zusammenschau einer phänomenologisch-anthropologischen Sichtweise der Bewegung (GRUPE, 1980, 1982, 1983) mit einer verhaltenswissenschaftlich orientierten Darstellung des Gebiets der Psychiatrie (REDLICH/FREEDMAN, 1976).

Diese Beschränkung verengt naturgemäß den Blickwinkel, läßt aber dadurch wichtige Aspekte deutlicher erkennbar werden.

Das Ausmaß und die Art der Bewegung scheint deutlich Einflüsse auf unsere Gesundheit zu haben und zwar im Sinne des von vielen psychotherapeutisch orientierten Körpertherapien strapazierten Leib-Seele-Dualismus. Dabei besteht natürlich kein mathematisch formelhafter Zusammenhang zwischen Ausmaß an

[14] In diesem Fall sind dies: Trainingslehre, Neurophysiologie, Psychopathologie, klinische Psychologie, Sportpsychologie und Sportpädagogik.

Sport und Ausmaß an Gesundheit. Die positiven Auswirkungen eines wohldosierten Trainingsprogramms auf somatisch orientierte Krankheitsbilder wie Herzkreislaufstörungen, Fettleibigkeit, Haltungs- und Muskelschwächen, Stoffwechselstörungen usw. sind vielfältig beschrieben, dokumentiert und auch empirisch nachgewiesen.

Für den Bereich psychiatrischer Krankheitsbilder wird häufig ein erweiterter psychosomatischer Ansatz postuliert. Danach können nicht nur psychische Fehlverarbeitungen somatische Störungen hervorrufen, sondern es können umgekehrt körperliche Störungen, und die Entwicklungsgeschichte zeigt, daß mangelnde Bewegung als eine solche betrachtet werden muß, die Tendenz zu seelischem Mißbefinden verstärken. Die Vermutung, daß weniger Bewegung auch weniger psychische und physische Gesundheit bedeutet, soll uns nicht daran hindern, nach kausalen Erklärungsansätzen zu suchen.

Entfremdung als Ausdruck fehlender primärer, eigenständiger und ursprünglicher Erfahrung über unsere Umwelt und in Rückkopplung dazu über unser eigenes Selbst, ist ein Symptom, das mit als ein Kennzeichen für die industrielle Epoche bezeichnet werden kann. Dies bezieht sich nicht nur auf die Entfremdung am Arbeitsplatz im Sinne einer Nichtidentifikation mit der zu verrichtenden Arbeit, sondern auch ausdrücklich auf eine körperliche Entfremdung. Wir haben heute oft verlernt, welche Möglichkeiten sich in der Bewegungsvielfalt unseres Körpers bieten.

Weiterhin ist zu bedenken, daß Menschen, auch hinsichtlich der Erlangung psychischer Stabilität gezwungen sind, im Alltag, innerhalb dessen sekundäre und tertiäre Erfahrungen überwiegen, primäre Erfahrungen zu sammeln.

> "In einer Welt, die uns zunehmend sogenannte sekundäre Erfahrungen, Erfahrungen also aus zweiter und dritter Hand über Medien gefiltert, ausgewählt, umsetzt und vermittelt, aussetzt, ja manchmal sogar ausliefert, sind eigenständige, primäre, ursprüngliche, 'eigentlich authentische' Erfahrungen geradezu existenziell verantwortlich." (GRUPE, 1980, 139)

Was kann dies für die Psychiatrie bedeuten? Ein ganzes Spektrum psychopathologischer Symptome beschäftigt sich mit Fremdheits- und Entfremdungsgefühlen, die sich im Verlauf verschiedenster Krankheitsbilder manifestieren.

"Bei vielen Psychosen, Vergiftungen, akuten und chronischen Hirnkrankheiten ist die Erfahrung, was ICH ist und was NICHT-ICH ist, tiefgreifend verändert und die Grenzen des Selbstsystems verschwimmen. Solche Veränderungen der ICH - Grenze gehen gewöhnlich mit einer Vielzahl weiterer Fehldeutungen einher."(REDLICH/FREEDMAN, 1976, 139)

So gilt für fast alle klinisch bedeutsamen psychischen Störungen, daß sich der Patient in zweierlei Hinsicht entfremdet hat; so hat er zunächst das Gleichgewicht mit der für ihn relevanten Umwelt verloren und darüberhinaus ist es die gestörte Balance zwischen seinem Körper und seinem Selbst.[15] Dies bedeutet, daß Informationen, die das Individium über seinen Körper erhält, falsch verstanden oder falsch interpretiert werden. Wenn auch innerhalb der Psychopathologie diese Entfremdungsgefühle fast immer in Bezug auf schizophrene Erkrankungen thematisiert werden, so haben sie auch für depressive Patienten eine enorme Bedeutung (vgl. Kapitel 2). Es gehört deshalb zum Ziel einer psychiatrischen Therapie, dazu beizutragen, die gestörte Balance zu regulieren. Dabei ist es jedoch entscheidend, dieses Gleichgewicht nicht als statisch, sondern als dynamisch zu kennzeichnen. "Weiterhin wäre falsch anzunehmen, daß die Genesung nur eine Umkehr des pathogenen Prozesses sei, sie ist vielmehr als Erreichung eines neuen Gleichgewichtszustandes zu beschreiben" (REDLICH/FREEDMAN, 1976, 291).

Die Bewegung erscheint hier fast als ein ideales Medium, dieses Gleichgewicht zu erreichen, da hier originale Körpererfahrungen gesammelt werden können. Dabei beschränkt sich die Möglichkeit der Körpererfahrung nicht auf den engeren Kreis der spezifischen Übungen zur Körpererfahrung, sondern durch fast alle bewegungszentrierten Ansätze läßt sich ein bestimmter Aspekt des Körperbewußtseins vermitteln. Die oft als wohltuend empfundene Müdigkeit, zum Beispiel nach einem Dauerlauf, kann in diesem Sinne für den Patienten eine entspannendere Wirkung haben, als ein spezifisches Entspannungstraining. Wir erleben dabei oft, daß die bei vielen Patienten unterbrochene Zuwendung zum eigenen Körper wieder einsetzt und sich auch eindeutig positiv auf die Befindlichkeit und auf das Krankheitsbild des Patienten auswirkt. Die verschiedenen Einstellungen zum eigenen Körper sowie dessen Wahrnehmungen und seine

[15] Hier sind Parallelen zu der Theorie der geistigen Entwicklung von PIAGET zu sehen (vgl. PIAGET, 1975; FATKE, 1983).

Funktionsweise der Teile untereinander müssen innerhalb der Sporttherapie vermittelt werden, da nur hier die Möglichkeit besteht, über Eigenaktivität ein neues, restauriertes Verhältnis zum eigenen Körper herzustellen.

Für viele Patienten bedeutet die Teilnahme an der Sporttherapie ein Vordringen in positiv erlebte Grenzsituationen, die jeweils individuell zu definieren sind und umso mehr an Bedeutung gewinnen, da sie innerhalb der vom Patienten als bedrückend erfahrenen psychischen Krankheit erreicht werden. Dies gilt vor allem auch für depressive Patienten, wobei das Vordringen in Grenzsituationen deren Sensibilität für positive Körperwahrnehmung zu erhöhen scheint. Dabei sind mit Grenzsituationen nicht Risiko- oder Notsituationen gemeint, denen im Sinne des "sensation-seeking" therapeutische Bedeutung zugemessen wird (vgl. SCHLESKE, 1977; die dort referierten Ansätze zeigen durch die Auswahl der Sportarten Bergsteigen, Segelfliegen, Wildwasserfahren, Tiefschneefahren ihre geringe Brauchbarkeit in der klinischen Praxis).

Bewegung stellt nicht nur ein ideales Feld dar, Erfahrungen über sich selbst zu sammeln, sondern auch Erfahrung über die sächliche, die gegenständliche Umwelt (vgl. GRUPE, 1983). Dazu gehören Aspekte wie die Orientierung innerhalb eines begrenzten Raumes, wie sie z. B. die Sporthalle oder ein Spielfeld darstellen. Wenn wir uns begegnen, begegnen wir dabei vielen verschiedenen Materialien, unsere Bewegung muß sich wechselnden Bedingungen anpassen. Für Depressive scheint in diesem Zusammenhang ein Aspekt wesentlich, nämlich die Vermittlung der Erfahrung, daß man Dinge, Sportgeräte "manipulieren kann". Dies bedeutet hier, daß der Patient erfährt, wie er mit seinen Fähigkeiten bestimmt wohin der Ball fliegt, wie weit der Reifen rollt und in welcher Höhe das Seil schwingt. Oft wird für den Patienten aus dem "Greifen nach einem bestimmten Sportgerät" auch wieder ein Begreifen seiner eigenen eigentlichen Fähigkeiten und Kompetenzen.

Sport- und Bewegungstherapie ist in der Praxis nur in Ausnahmefällen eine Einzeltherapie, wird also normalerweise in der Gruppe durchgeführt und stellt somit ein soziales "Lern- und Handlungsfeld" (THOMAS, 1982) für den Patienten dar. Der Patient hat Gelegenheit, quasi in einem Schonraum seine durch die Krankheit beeinträchtigte soziale Kompetenz wieder zu erlangen. Er ist durch

die Tatsache, daß er sich mit anderen bewegt, gezwungen, sich selbst zu äußern und auf seine Mitspieler/Mitpatienten einzugehen. Diese Kommunikation muß zu Beginn nicht immer verbal ablaufen, ein zugeworfener Ball, Blickkontakt beim gemeinsamen Wippen auf dem Trampolin sind Möglichkeiten einer nonverbalen Kommunikation, die erste Schritte zur Erlangung neuer sozialer Kompetenz sein können. Im Rahmen der Sporttherapie können die oft auch für den psychisch gesunden Menschen unübersichtlich gewordenen Sozialbeziehungen der modernen Industriegesellschaft auf wenige und doch wichtige Elemente reduziert werden. Auf diese Art wird für den Patienten der Sport tatsächlich zu einem Lern- und Handlungsfeld.

Wesentliches Element der Bedeutung der Bewegung ist die Spannung und Lebendigkeit, die uns in spielerischen Tätigkeiten vermittelt wird. "Belebung" und "Selbstaktivierung" stellen hier Schlüsselbegriffe dar, die die Bedeutung der Bewegung für psychisch Kranke charakterisieren. Belebung und Wiederbelebung, das Herauslösen des Patienten aus seiner Inaktivität, aus seiner Lethargie. Und dies geschieht mit Hilfe einer Therapie, an der er im wahrsten Sinn des Wortes aktiv beteiligt sein muß, bei der er sich selbst aktiviert. Belebung oder Wiederbelebung durch Selbstaktivierung, dies erscheint als eine wichtige Formel, die für die Sporttherapie mit psychisch Kranken zutreffend ist. In welcher Art und Weise diese Selbstaktivierung am günstigsten ausgelöst wird, wie dem Patienten dabei am besten geholfen werden kann und wie sich diese Selbstaktivierung in richtige Bahnen lenken läßt, diese Frage muß für unterschiedliche psychiatrische Krankheitsbilder unterschiedlich beantwortet werden.

4.2 Das Modell der Sporttherapie für depressive Patienten

Modellvorstellungen "dienen der Integration, indem sie verschiedenartige Befunde in einem gemeinsamen System abbilden, aus dem Hypothesen über noch unbekannte Fakten rückgeschlossen werden können" (TACK, 1987, 1395; vgl. zur weiteren Diskussion des Modellbegriffs BÖS/MECHLING, 1983). Das hier

entwickelte Modell versucht dies, indem eine möglichst große Anzahl von Zusammenhängen zwischen Depression und sportlichen Möglichkeiten veranschaulicht und erklärt werden. Gleichzeitig werden verschiedene Modelle der Depressionsentstehung integriert und im Rahmen sporttherapeutischer Möglichkeiten fruchtbar gemacht. Gerade der letztgenannte Aspekt scheint entscheidend für die Brauchbarkeit eines solchen Modells.

> "Da es bisher keine Entscheidungsexperimente bezüglich der Gültigkeit der einzelnen entwickelten Modellvorstellungen gibt und diese teilweise in ihren konkreten Verhaltensvoraussagen wenig differieren, scheint es günstig, ihren Modellannahmen gemeinsame Implikationen für die Therapie herauszustellen, bzw. sich ergänzende ableitbare Strategien zu kombinieren." (de JONG, 1980a, 19)

Das Modell versteht sich infolgedessen analog zu einer multifaktoriellen Ätiopathogenese der Depression als multimodaler Ansatz innerhalb der stationären Behandlung von depressiven Patienten.

4.2.1 Förderung der Aktivität

Besonders im Zusammenhang mit lerntheoretischen Konzepten ist der Aufbau und die Erhöhung des Aktivitätsniveaus von wesentlicher Bedeutung. So stellt de JONG für die Verhaltenstherapie fest:

> "Ein durch therapeutische Maßnahmen eingeleiteter Versuch der Aktivitätssteigerung bildet einen zentralen Bestandteil jeder verhaltenstherapeutischen Intervention bei Depressionen." (de JONG, 1980a, 23)

Dabei ist es jedoch nicht die reine Erhöhung der Aktivität, sondern die im Sinne des Ansatzes von LEWINSOHN bestehende Notwendigkeit, hierfür eine ausreichende Rate an Verstärkern zu erlangen. Doch auch unter Berücksichtigung kognitionspsychologischer Überlegungen scheint eine angemessene Aktivitätsrate notwendig, um mit Hilfe dieser Aktivitäten kognitive Techniken anzuwenden, d. h. depressionstypische Kognitionen zu identifizieren und zu modifizieren. Möglichkeiten einer Aktivitätssteigerung durch die Sporttherapie lassen sich am besten veranschaulichen, wenn die konzeptionellen Vorgaben der Verhaltenstherapie aufgegriffen werden (vgl. LINDEN, 1983). Diese bestehen in:

- Aktivitätsaufbau;

- Erfolg- und Vergnügentechnik;
- gestufte Aufgaben.

4.2.1.1 Aufbau und Planung der Aktivitäten

Beim Aufbau von Aktivitäten besteht für den depressiven Patienten die Gefahr einer Überforderung. Es ist deshalb notwendig, mit dem Patienten das sporttherapeutische Programm genau abzusprechen und es in seine Tages- und Wochenplanung zu integrieren. Diese sollte insgesamt für den Patienten überschaubar und bewältigbar sein. Darüberhinaus hat es sich bewährt, zwar die Sportstunden verpflichtend zu machen, innerhalb dieser Stunden jedoch freiwillige Beteiligung zu verabreden. Zum einen stellt das entsprechende Umziehen und der Fußweg zur Halle schon eine Aktivität dar, für die der Patient kontingente Verstärkung erhält, zum anderen lassen sich die Stunden so gestalten, daß sich die Patienten fast immer beteiligen. Es gehört dabei zu den wesentlichen Aufgaben dem Patienten klar zu machen, daß zwischen seiner Stimmung und seinen Handlungen eine enge Beziehung besteht, sich Befindlichkeit durch Aktivität verbessern läßt. Dieser bedeutsame Aspekt wird für den Patienten in der Sporthalle transparent und kann deshalb auch angesprochen werden.

4.2.1.2 Erfolg- und Vergnügentechnik

In einer Untersuchung von LEWINSOHN/LIBET (1980) zeigte sich, daß Depressive überdurchschnittlich häufig unangenehme und für sie unerfreuliche Aktivitäten durchführten. Maßnahmen zur Steigerung der Aktivitätsrate innerhalb der Sporttherapie müssen diesen Gesichtspunkt aufgreifen und deshalb zunächst angenehm erlebte und erfolgversprechende Aktivitäten ermöglichen.

Es wäre euphemistisch zu behaupten, Sport biete von vornherein die Gewähr, bei den Teilnehmern immer positive Empfindungen hervorzurufen. Realistisch ist jedoch die Aussage, daß bestimmte Angebote des Sports, insbesondere solche, die mit sozialen Aktivitäten verknüpft sind, in der Regel von den Teilnehmern

als angenehm empfunden werden.

Angenehme Aktivitäten stehen in der Regel im Zusammenhang mit deren Erfolgsbewertung. Erfolgreiche Aktivitäten werden meist auch als angenehm erlebt. Dies bedeutet für die Sporttherapie zum einen Angebote zu machen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit als angenehm empfunden werden (z. B. Spielformen mit Luftballons, New Games, spezielle Übungen auf dem Trampolin usw.) oder aber solche Angebote, die durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen positiv wahrgenommen werden. Gerade dies ist in der Praxis sehr häufig der Fall, da die meisten Patienten aufgrund ihrer Ungeübtheit mit einfachen Übungen wie Ballfangen, Ballprellen, Zielwerfen oder Balancieren Erfolgserlebnisse im Sinn einer wieder- oder neuerlernten Fertigkeit, die sie sich häufig nicht selbst zugetraut haben, sammeln können. Mit der richtigen Auswahl des inhaltlichen Angebots lassen sich Aktivitätsrate und die sich anschließende emotionale Resonanz sehr gut beeinflussen. Obwohl de JONG für den Bereich der Psychotherapie anführt: "Soziale Aktivitäten sind besonders günstige Möglichkeiten, die Stimmung positiv zu beeinflussen, ebenso körperliche Aktivitäten" (1983, 219), wurden diese Möglichkeiten noch zu wenig aufgegriffen und inhaltlich belebt. Wenn im Rahmen der Sporttherapie sich körperliche und soziale Aktivitäten verknüpfen lassen, wird den beiden Aspekten Rechnung getragen.

4.2.1.3 Gestufte Aufgaben

In engem Zusammenhang mit dem Aufbau des Aktivitätsniveaus, ist das schrittweise Vorgehen innerhalb der Sporttherapie zu sehen. Der Patient soll hier erfahren, daß er allmählich seine individuelle Aktivitätsrate erhöhen kann. Dabei muß das oft zu hohe Anspruchsniveau des Patienten an sich selbst (vgl. HOFFMANN/FRESE/HARTMANN-ZEILBERGER, 1976) zunächst relativiert werden.

Dies gelingt dann relativ leicht, wenn die Kompetenz des Sporttherapeuten zur Festlegung des Gütemaßstabes anerkannt wird. Nur mit Hilfe eines gestuften Vorgehens ist es möglich, daß der Patient allmählich mehr positive Erfahrungen in Form von Erfolgserlebnissen sammeln kann und diese wiederum positiven

Einfluß auf seine Befindlichkeit haben.

Die Forderung nach einem gestuften Aufbau der Aktivitäten läßt sich dabei mit grundlegenden sportpädagogisch-methodischen Prinzipien wie: "von einfachen zu schwierigen und komplexeren sportlichen Handlungen" in Beziehung setzen. Einige relevante Voraussetzungen lassen sich mit der Vorgehensweise lerntheoretisch orientierter Therapieformen vergleichen. Ähnlich den Prämissen der Verhaltenstherapie liegt die Aufgabe des Sporttherapeuten auch

> "in einer sorgfältigen Analyse des Verhaltenspotentials, in der Hilfe bei der Zielbestimmung, in der Suche nach günstigen Durchführungsbedingungen, in schwierigen Fällen beim Vormachen und Mitmachen bei Aktivitäten und in der sozialen Anerkennung, die er dem Patienten für selbst kleinste erreichte Veränderungen vermitteln sollte." (de JONG, 1983, 221)

Die hier gemachten Vorgaben der Psychotherapie lassen sich innerhalb der Sporttherapie hervorragend umsetzen und geben entscheidende Hinweise für das methodische Vorgehen; so müssen für jeden Patienten individuelle, an seinen momentanen Möglichkeiten orientierte Ziele definiert werden. Diese Ziele müssen als Teilziele der angegebenen übergeordneten Ziele angesehen werden und können sowohl in der Verbesserung grundlegender motorischer Fähigkeiten, wie Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Koordination liegen, als auch in der Vermittlung meist einfacher sportlicher Fertigkeiten. Da sich letztere eher kurzfristig erreichen lassen, sind, zumindest in den ersten Stunden, solche zu bevorzugen.

Ein wesentlicher Prüfstein für die therapeutische Relevanz eines solchen Vorgehens ist die Fähigkeit, diese Verbesserungen dem Patienten bewußt zu machen. Dies gelingt besonders dann, wenn die Aufgabe so gestaltet ist, daß der Patient den Erfolg seiner Handlung nachvollziehen kann. Hierbei gewinnt der Aspekt der veränderten Kausalattribuierung depressiver Patienten an Bedeutung. Es wird im weiteren Verlauf noch darauf einzugehen sein.

Sporttherapie muß gerade in diesem Fall, und darin zeigt sich eine weitere grundlegende methodische Konsequenz, so gestaltet sein, daß zur Erreichung der jeweiligen Ziele die angesprochenen "günstigen Durchführungsbedingungen" (de JONG, 1983, 221) geschaffen werden. Die Forderung nach einer aktiven Beteiligung des Therapeuten, nach "Vormachen und Mitmachen bei Aktivitäten" (de JONG, 1983, 221) wird schon immer in verschiedensten sportpädagogischen

Bezugsfeldern eingelöst und gilt mit noch deutlicherer Akzentuierung hier.

Insgesamt gesehen bieten die für eine Sporttherapie auszuwählenden Inhalte und die sich dabei ergebenden methodischen Chancen eine Fülle von Möglichkeiten, die erniedrigte Aktivitätsrate depressiver Patienten zu erhöhen. Die von seiten der klinischen Psychologie gemachten Vorgaben nach einem gestuften Aufbau und möglichst positiv erlebten Aktivitäten lassen sich vor allem durch die große Bandbreite sportlicher Aktivitäten einlösen.

Wenn man die in einem psychiatrischen Krankenhaus vorhandenen Möglichkeiten der Aktivitätssteigerung der Patienten betrachtet wird dies deutlich. Diese sind, abgesehen von ansatzweise vorhandenen soziotherapeutischen Möglichkeiten wie Musik- oder Beschäftigungstherapie, sehr bescheiden.

4.2.1.4 Praxisorientierte Konkretisierung am Beispiel der Körpererfahrung

Wie in Kapitel 3.7 aufgezeigt, stellen Aspekte der Körpererfahrung einen wichtigen Beitrag zum sporttherapeutischen Modell dar.
Die folgende Abbildung verdeutlicht, wie im Sinne einer allmählichen Steigerung des Aktivitätsniveaus diese eingesetzt werden können.

Entspannungsübungen

Als geeignetes Verfahren hat sich hier die progressive Muskelentspannung nach JAKOBSEN bewährt, da sie für den depressiven Patienten über den Wechsel von Anspannung und Entspannung den Zugang erleichtert. Außerdem wird der Patient im Gegensatz zum autogenen Training nicht mit seinen Gedanken allein gelassen, sondern sehr direkt geführt. Solche Entspannungsübungen sind hervorragend geeignet, ablehnende Haltungen gegenüber dem eigenen Körper abzubauen und somit als weitere Basis für Körpererfahrungsübungen zu dienen.

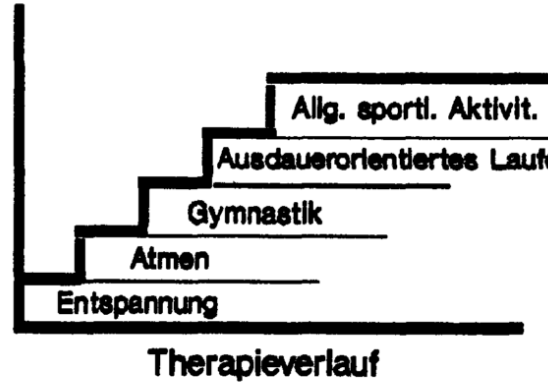

Abbildung 17: Gestufter Aufbau von Übungen zur Körpererfahrung

Atmung

Damit wird eine psychosomatische Funktion angesprochen, die von depressiven Patienten oft in eingeschränkter Weise erlebt wird. Die Übungen bestehen im wesentlichen darin, die physiologischen Grundlagen der Atmung zu vermitteln und durch spezifische Aufgaben diese Atmung für den Patienten erlebbar zu machen.

Gymnastik

Innerhalb der gymnastischen Angebote, läßt sich Körpererfahrung vor allem bei Stretching-Übungen, also im Verlauf des passiven Dehnens vermitteln.

Ausdauerorientiertes Laufen

Da dies einen wesentlichen Teil des sporttherapeutischen Programms darstellt, muß auch hier der Aspekt Körpererfahrung angesprochen werden. Gerade hier gelingt es sehr gut Körpererfahrung "schrittweise" zu vermitteln. Dabei reicht die Bandbreite von einer als wohltuend empfundenen Müdigkeit über die mit dem Laufen im Freien verbundenen Naturerlebnisse bis zur eigentlichen Körpererfahrung des Laufens, des Sich - Fortbewegens aus eigener Kraft.

Körpererfahrung als Bestandteil sportlicher Aktivitäten

Es zeigt sich, daß hier, z. B. in Spielsituationen, der Aspekt der Körpererfahrung am schwierigsten zu vermitteln ist. Dies liegt zum großen Teil daran, daß die Körperwahrnehmung in solchen Situationen von anderen, speziell emotionalen Faktoren überlagert wird. Trotzdem gelingt es auch in den Bereichen abseits spezifischer Körpererfahrungsübungen diesen Aspekt anzusprechen und zu vermitteln.

Ein bewährter methodischer Weg besteht hierbei darin, den Aspekt der Körpererfahrung und Körperwahrnehmung möglichst häufig anzusprechen. Dies findet vor allem dann Resonanz, wenn es gelingt, beim Patienten bestimmte Sinne, die von ihm nur unbewußt benutzt werden, zu öffnen. So eröffnet das Ansprechen der propriorezeptiven und vestibulären Sinnesorgane mit bestimmten Übungen eine erhöhte Sensibilität für die Körperwahrnehmung und damit auch die Körpererfahrung.

Derartige Ansätze lassen sich unter den Prämissen: Aktivitätsaufbau, Erfolg- und Vergnügentechnik und gestufte Aufgaben innerhalb der Sporttherapie sinnvoll thematisieren.

4.2.2 Förderung sozialer Kompetenz innerhalb der Sporttherapie

Es wurde schon mehrfach angesprochen, daß depressive Patienten in der Regel über eingeschränkte soziale Kompetenzen verfügen. Dieser Aspekt bildet auch die Grundlage für verschiedene therapeutische Ansätze.

In einer Arbeit von LEWINSOHN/WEINSTEIN und ALPER (1980) wird soziale Kompetenz sehr praxisnah definiert und zwar: " als das Beherrschen von Verhaltensweisen, die bei anderen Leuten zu möglichst positiven Reaktionen führen" (1980, 84). Defizite zeigen sich bei Depressiven vor allem in den folgenden Bereichen:

> "Ein niedriges Beteiligtsein an sozialer Interaktion (wenige initiierte und weniger an einen gerichtete Reaktionen) ein Überwiegen negativer gegenüber positiven Reaktionen, ein ungünstiges Verhältnis von selbstinitiierten zu empfangenen Mitteilungen sowie eine geringe Reichweite der Interaktion (wenige Menschen mit denen kommuniziert wird);" (de JONG, 1980b, 82)

Diese Aufstellung zeigt, in welche Richtungen die von der Sporttherapie intendierten Ziele führen und wo sich deren besonderen Möglichkeiten ergeben. Diese wurden zum größten Teil schon in Kapitel 3.8 erarbeitet und sollen daher nur kurz wieder aufgegriffen werden. Stellt man den spielerischen Akzent in den Vordergrund, so läßt sich durch den dabei in der Regel entstehenden hohen Aufforderungscharakter die soziale Interaktion durch die Sporttherapie deutlich erhöhen. Außerdem ermöglicht die Distanz zwischen Spiel- und Alltagswirklichkeit, die partielle Konsequenzlosigkeit der Interaktionen in der Sporttherapie, daß auch der Patient diese als soziales Probehandeln versteht. Ein solches Vorgehen kann als Vorstufe und komplementäres Element eines psychotherapeutisch ausgerichteten themenorientierten Interaktionskurses angesehen werden, wie ihn STRAUB/KOPITTKE (1983) vorstellen.

Durch die entsprechende Konzipierung des formalen Rahmens der Sporttherapie lassen sich auch rollenspielähnliche Strukturen innerhalb von kleinen Spielen oder Sportspielen herstellen. So kann auch innerhalb von heterogenen Gruppen individuellen Zielen Rechnung getragen werden. Gerade in diesem Bereich zeigt sich die enge Verknüpfung pädagogischer und therapeutischer Elemente in der

Sporttherapie. Die Verbesserung der sozialen Kompetenz, als "soziales Lernen" eindeutig pädagogisch geprägt, ist hier kompensatorisch und damit therapeutisch aufzufassen. So bewegt sich die Förderung sozialer Kompetenz zwischen der sicherlich falschen Hoffnung, diese Förderung ließe sich automatisch durch Spielangebote bewerkstelligen und der zwingenden Notwendigkeit, konkrete Angebote in Form von Spielen, gerade für depressive Patienten, zu machen (vgl. GUDJONS, 1983). Orientierungshilfe kann auch hier die praktisch-methodische Umsetzung geben.

4.2.2.1 Praxisorientierte Konkretisierung

Greift man auf die oben gemachten Ausführungen zurück, so ergeben sich folgende Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung analog zu den sich daraus ableitenden Zielen.[16]

- **Erhöhung der Beteiligung an sozialen Interaktionen.**

Obwohl Sporttherapie immer in Gruppen stattfindet, ergibt sich aus dieser Tatsache keine zwangsläufige Erhöhung der sozialen Interaktion. Es hat sich deshalb bewährt, an den Anfang der Stunde ein Kennenlernspiel oder eine andere Spielform, welche taktile oder verbale Kommunikation ermöglicht, zu stellen. Gymnastische Formen als Partnerübungen oder Gemeinschaftsaufgaben, wie das gemeinsame Erbauen eines Hindernisparcours, sind hervorragend geeignet, die Rate der sozialen Interaktionen der Patienten zu erhöhen. Diese Angebote sind so ausgelegt, daß sie als gestufte Aufgaben auch in Spielformen mit weniger ausgeprägtem sozialen Charakter (z.B. in einer modifizierten Form des Basketballes) wirksam werden und bleiben.

[16] Die hier dargestellten Beispiele ergeben sich aus einer besonderen Art der theoriegeleiteten Praxis, in dem sich praktische Erfahrung im Umgang mit depressiven Patienten und theoretische Forderungen gleichsinnig ergänzen.

- Zurückdrängen negativer gegenüber positiver Reaktionen

In diesem Zusammenhang sind besonders die Fähigkeit des Sporttherapeuten hinsichtlich der geeigneten Auswahl der Inhalte sowie der optimalen methodischen Umsetzung gefragt. Diese sollten so gestaltet sein, daß der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit eine positive Resonanz bei seinem schrittweisen Aufbau der sozialen Interaktion erfährt. Es erweist sich dabei als besonders günstig, die Verbesserung der sozialen Interaktion in eine Aufgabenstellung zu integrieren, sie quasi "zu verkleiden". Ein kleines Beispiel kann dies verdeutlichen. Wenn die Patienten gebeten werden, sich einen Gymnastikreifen zuzurollen, so gelingt dies in der Regel auch massiv beeinträchtigten Teilnehmern. Werden nun zwei Reifen zugerollt, so erfordert dies eine Ko-Orientierung (vgl. Kapitel 3.8) im Sinne einer Vorbereitung auf verbale Interaktion, die durch die nächste Aufgabenstellung, nämlich die Bitte, den Reifen gleichzeitig entweder rechts oder links zuzurollen, provoziert wird. In weiterer Folge lassen sich auch hinsichtlich eines gestuften Aktivitätenaufbaus weitere, nur gemeinsam zu bewältigende Übungen anschließen. Die auf diese Art erzielten positiven Reaktionen auf soziale Interaktionen sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß der Patient aktiv wird und sich das Verhältnis von "selbstinitiierten zu empfangenden Mitteilungen" (de JONG, 1980b, 82) verbessert.

Der Vermittlungsaspekt ist hierbei gekennzeichnet durch die Schaffung einer Atmosphäre, die soziale Interaktion fördert. Der Sporttherapeut muß hier gewissermaßen Modellfunktion übernehmen.

Aufgaben, die kooperativ zu lösen sind, haben hier ein eindeutiges Übergewicht vor Übungen, die leistungsorientiert den kräftigsten, schnellsten oder geschicktesten Teilnehmer selektieren. Innerhalb eines solchermaßen geschaffenen Schonraums, werden für die Patienten günstige Bedingungen geschaffen, soziale Kompetenz aufzubauen, die geeignet ist "bei anderen Leuten zu - möglichst positiven - Reaktionen zu führen" (LEWINSOHN/WEINSTEIN/ALPER, 1980, 84).

- Vergrößerung der Reichweite der sozialen Interaktion

Als günstig erweist sich die Tatsache, daß innerhalb der Sporttherapie eine Reihe verschiedener Interaktionspartner zur Verfügung stehen, deren Zahl trotzdem für den Patienten überschaubar bleibt. Auch hier kann durch entsprechende Übungsauswahl das Interaktionsverhalten des Patienten gesteuert werden, z. B. in Partnerübungen mit wechselnen Partnern, verschiedenen Kleingruppen oder verschiedenen Mannschaften. Die Sachorientierung der Aufgabe, z. B. wenn die Patienten versuchen einen Ball zu transportieren, ohne die Hände zu benutzen, erleichtert ihnen den Zugang zu anderen Patienten und ermöglicht so eine Vergrößerung der sozialen Reichweite. Dies wird vor allem dann deutlich, wenn der Patient Rückmeldung im Sinne seiner sozialen Integriertheit erhält. Derartige Rückmeldungen sind in der Sporthalle sehr vielschichtig und differenziert möglich; zum Beispiel daß die Patienten begrüßt werden, mit ihrem Namen von Mitpatienten angesprochen werden, daß sie gegebenenfalls gelobt werden usw. Hinsichtlich des Verstärker-Verlust-Modells von LEWINSOHN kann über die Verbesserung der sozialen Beziehungen das Defizit an verhaltenskontingenten Verstärkern mit abgebaut werden.

4.2.3 Veränderung depressionsspezifischer Verhaltensweisen und Kognitionen innerhalb der Sporttherapie

Ein entscheidender Bestandteil des sporttherapeutischen Modells ist das Bemühen, die lerntheoretisch und kognitiv orientierten Ansätze der Depressionsentstehung und Therapie für eine sportlich orientierte Intervention fruchtbar zu machen. Es geht dabei nicht darum, diese psychotherapeutischen Ansätze in die Sporthalle zu verlagern, sondern diejenigen Aspekte auszuwählen, für die die Sporttherapie besonders günstige Bedingungen liefern kann. Da die orginären Konzepte in Kapitel 2.4.4 dargestellt werden, sollten nur die spezifischen Ansatzpunkte aufgezeigt und Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung entwickelt werden.

4.2.3.1 Gelernte Hilflosigkeit und Sporttherapie

Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die nicht oder nur wenig vorhandene Kontrolle eines Individiums über bestimmte Situationen. Vereinfacht ausgedrückt muß die Therapie darin bestehen, daß der Patient zumindest teilweise die Umweltkontrolle wiedererlangt, das heißt durch seine Handlungen positive Umweltreaktionen herbeiführen kann.

> "Erreichbare, klar definierte Ziele, die mit Erfolgserlebnissen enden, sind auch die vom Hilflosigkeitsmodell voraussagbaren optimalen Strategien der Modifikation!" (de JONG, 1980b, 18)

Die enge inhaltliche Verflechtung der einzelnen Modelle zeigt sich darin, daß die angesprochene Steigerung der Aktivitätsrate sowie die Verbesserung der sozialen Kompetenz auch hier als wesentliche therapeutisch wirksame Elemente betrachtet werden müssen, ebenso wie der Vermittlung von Erfolgserlebnissen Bedeutung als verhaltenskontingente Verstärkung zukommt.

In Orientierung an den von BECK in dessen kognitionspsychologischem Ansatz vertretender Auffassung, daß es nicht Ereignisse sind, die die Depression auslösen und aufrechterhalten, sondern deren kognitive Verarbeitung, erweiterte SELIGMAN seine Überlegungen um das Konstrukt der Kausalattribution. Danach ist das Erleben von Unkontrollierbarkeit eng damit verknüpft, welche Ursache für das negative Ergebnis einer Handlung verantwortlich gemacht wird. Depressive Patienten zeigen in ihren Kausalattribuierungen dabei Veränderungen. Diese sind häufiger internalisierend, stabil und global als bei nicht depressiven Menschen (KLUTMANN, 1981; vgl. dazu auch Kapitel 2.6). Auch von sportpsychologischer und sportpädagogischer Seite wurde der Aspekt der Kausalattribuierung thematisiert, wobei sich "sportpsychologische Attributionsforschung hauptsächlich auf Erklärungen für Leistungshandeln, insbesondere im Rahmen von Wettkämpfen, konzentriert hat" (BIERHOFF-ALFERMANN, 1986, 168). Die eher sportpädagogisch ausgerichtete Attributionsforschung beschäftigt sich vor allem mit der Herausbildung und Beeinflussung motivationaler Gesichtspunkte im Sport (vgl. GABLER, 1986). Die hier notwendigen therapeutischen Implikationen, nämlich die Veränderung von Kausalattribuierun-

gen, wurde bisher noch wenig berücksichtigt. Innerhalb der Sporttherapiestunden läßt sich Attribuierungsverhalten (Abb. 18) mit Hilfe ausgewählter Aufgabenstellungen folgendermaßen modifizieren:

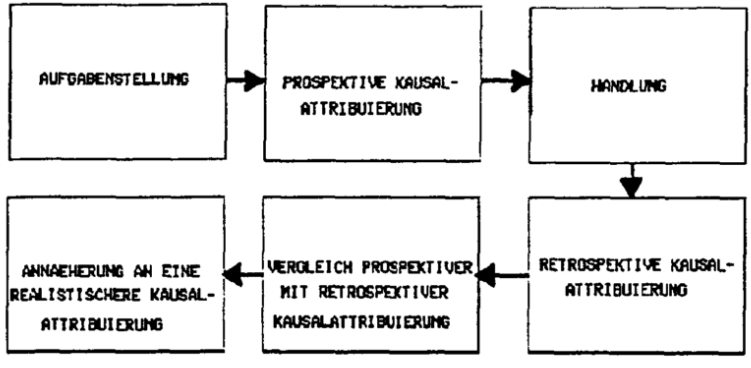

Abbildung 18: Modifikation der Kausalattribuierung

Werden die Anforderungen so gestellt, daß sich ein vom Patienten nicht erwarteter Erfolg der Handlung einstellt, läßt sich diese Diskrepanz im Gespräch mit dem Patienten aufgreifen. Sportliche Handlungen erweisen sich als sehr geeignet für solche Vorgehensweisen.

"Charakteristisch für den Sport ist dabei, daß Erfolge als klar sichtbare, selbst verursachte Ergebnisse des eigenen Bemühens unmittelbar und häufig erfahren werden können." (NITSCH/NITSCH, 1979, 25)

Positiv wirkt sich neben einer geschickten Übungsauswahl, die dem Sporttherapeuten zuerkannte Kompetenz bei der Beurteilung der Richtigkeit der geäußerten Kausalattribution des Patienten aus. So kann man den Patienten darauf aufmerksam machen, daß man zwischen zufälligem und absichtlichem Erfolg sportlicher Handlungen unterscheiden kann.

Mögliche Verbindungen zwischen dem Paradigma der gelernten Hilflosigkeit und dem Bereich des Freizeitsports zeigt SCHWENKMEZGER (1986) auf, wobei er folgerichtig die daraus erwachsenden therapeutischen Möglichkeiten anspricht. Demnach

> "erscheint der Bereich des Freizeitsports nahezu ideal, den Effekt eigenen Handelns auf Leistungszuwachs, Erfolgserfahrung und das Wohlbefinden zu demonstrieren. Allerdings genügt es nicht, eine generelle Wirksamkeit sportlichen Handelns anzunehmen." (SCHWENKMEZGER, 1986, 125)

Gerade der letztgenannte Aspekt gilt besonders für den Bereich des Freizeitsports, wobei die diesem Bereich zugemessene Bedeutung sicherlich individuell unterschiedlich ist. Für die Sporttherapie mit Depressiven bedeutet dies, sportliche Angebote möglichst so zu konstruieren und zu inszenieren, daß den Patienten die Kontrollierbarkeit bestimmter Situationen durch eigenes Handeln deutlich bewußt wird.

4.2.3.2 Kognitive Ansätze innerhalb der Sporttherapie

Ebenso wie beim Ansatz der gelernten Hilflosigkeit, geht es hierbei nicht um die Veränderung des Verhaltens, sondern darum, Einstellungen zu modifizieren, die das Verhalten des Patienten in bestimmten Situationen regeln. Einstellungen, die zu verändern sind, zeigen sich darin,

> "welche Folgerungen ein Patient aus einem Erlebnis zieht, inwieweit er dabei Realitätsbedingungen berücksichtigt und ob nicht oder inwieweit andere Konsequenzen denkbar und wahrscheinlich sind." (HAUTZINGER,1983, 198; vgl. auch Kapitel 2.4.4.1)

In diesem Zusammenhang kommt der Sporttherapie die Aufgabe zu, jene angesprochenen Erlebnisse zu konkretisieren, also Situationen zu schaffen, aufgrund derer der Patient seine Einstellungen zu relativieren vermag. Die im folgenden

dargestellten Techniken lassen sich dabei besonders günstig in der Sporttherapie anwenden (vgl. dazu BECK, 1981, HAUTZINGER, 1981, 1983; Kapitel 2.6.2.3).

- **Identifikation von automatischen Gedanken**

  Die häufig in der Sporthalle geäußerten Sätze: "Das schaffe ich nicht"; "das lerne ich nie"; "ich bin viel zu alt, zu dick, zu dumm usw.", stellen in der Regel automatische Gedanken dar, die gemeinsam mit den Patienten als solche erkannt werden müssen.

- **Reattribuierungstechniken**

  Wenn im Anschluß an eine Handlung eine Überprüfung des automatischen Gedankens erfolgt, kann dem Patienten meist gezeigt werden, daß die Annahme falsch war, respektive es muß eine relativierende Sichtweise vermittelt werden, daß auch noch andere Faktoren für Gelingen oder nicht Gelingen der Handlung verantwortlich sind; zum Beispiel Schwierigkeit der Aufgabe, Ungeübtheit usw.

- **Neubewertung**

  Gestützt auf die Kompetenz des Sporttherapeuten werden gemeinsam alternative Erklärungen gesucht.

Ein solches Vorgehen kann natürlich keine Psychotherapie im eigentlichen Sinne ersetzen. So ist der Sporttherapeut in aller Regel kein ausgebildeter Psychologe/ Psychotherapeut, jedoch läßt sich auch über eine pädagogische Orientierung ein Zugang zu den Ansätzen von BECK und SELIGMAN finden. Entscheidend ist hierbei, inwieweit es gelingt, durch die von der Sporttherapie geschaffenen Situationen dem Patienten bestimmte verzerrte Wahrnehungen von sich und seiner Umwelt evident zu machen. Neben der fehlenden adäquaten Ausbildung wird die mögliche Wirksamkeit eines solchen Vorgehens durch die häufig fehlende Zeit beschränkt. Wie die mehrjährige Erfahrung zeigt, lassen sich direkt im Anschluß an eine konkrete Situation solche Gesichtspunkte sehr zielgerichtet und effektiv mit dem Patienten besprechen, wobei sich dieses Vorgehen durch

eine Kooperation mit dem behandelnden klinischen Psychologen oder Psychiater optimieren läßt.

Als weiterer Aspekt ist hierbei zu nennen, daß innerhalb der Sporttherapie der Patient von seinen depressiven Denkinhalten abgelenkt wird; die kognitive Kontrolle sportlicher Handlungen die depressionstypischen Denkschemata quasi überlagern kann und teilweise ersetzen (vgl. BIERHOFF-ALFERMANN, 1986, 163).

4.2.4 Das Modell des Verstärkerverlustes und die Sporttherapie

Wenn SKINNER Unterricht als Anordnung von Verstärkerbedingungen versteht, die Verhaltensänderungen bewirken, so gilt dies in diesem Zusammenhang auch für die Sporttherapie (vgl. SKINNER, 1974). Die schon beschriebenen Maßnahmen zur Aktivitätsförderung und Verbesserung der sozialen Kompetenz stellen eine wesentliche, sich für den Patienten neu eröffnende, verhaltenskontingente Verstärkerquelle dar.

> "Eine Reduktion depressiver Zustände würde nach diesem Modell somit primär dadurch erklärbar, daß 'körperliches Training'[17] zu einem Anstieg von verhaltenskontingenter positiver Bekräftigung führt." (BIERHOFF-ALFERMANN, 1986, 163)

Mit dieser Sichtweise werden jedoch zwei Probleme außer acht gelassen, nämlich die Tatsache, daß depressive Patienten nur schwer den Zugang zu "körperlichem Training" finden, zum anderen der Aspekt, daß körperliches Training nicht notwendigerweise potentielle Verstärkerwirksamkeit entfaltet. Es ist aus diesem Grund notwendig, bestimmte Strategien einzusetzen, um eben diese Verstärkerwirksamkeit zu ermöglichen. Ein Beispiel für eine Übertragung solcher Ansätze in den leistungssportlichen Bereich zeigt BRENGELMANN (1986). Innerhalb der Sporttherapie kommen dabei folgende verhaltenstherapeutische Techniken zum Einsatz (vgl. auch den psychologischen Ansatz von STRAUB/KOPITTKE, 1983):

---

[17] Training muß in diesem Zusammenhang als regelmäßige, gezielte und längerfristige Maßnahme zur Verbesserung des körperlichen Leistungsniveaus angesehen werden.

- **MODELING**

Für das Lernen am Modell in bestimmten Situationen für bestimmte Verhaltensweisen eignen sich sowohl der Sporttherapeut als auch Mitpatienten. Dies bezieht sich vorwiegend auf psychosoziale Interaktionen und weniger auf sportmotorische Gesichtspunkte.

- **PROMPTING**

Um die (häufig schwierige) Annäherung an das Zielverhalten zu erleichtern, werden gezielte Lernhilfen gegeben. Die pädagogische Orientierung verhaltensmodifizierender Ansätze zeigt sich auch daran, daß diese in methodischen Hilfen sportpädagogischer Prägung bestehen können. Die sukzessive, allmähliche Annäherung an das Zielverhalten, das SHAPING ist hier ebenso zu nennen wie das CHAINING, die Verkettung der einzelnen Schritte, die zum eigentlichen Zielverhalten führen. Das folgende Beispiel soll die Abläufe verdeutlichen: Zielverhalten sei die Erhöhung der sozialen Interaktion. Als Modelle dienen dabei die Patienten sowie der Therapeut. Instrumentelle und personelle Lernhilfen bietet der methodische Weg. Die Patienten sollen zu zweit, einer vorwärts, der andere rückwärts, über eine Langbank balancieren. Die Anweisung, daß ein Patient rückwärts mit geschlossenen Augen vom anderen Patienten über die Bank geführt wird, eröffnet den Weg zur verbalen Kommunikation, der im Anschluß mit wechselnden Partnern erprobt werden kann.

- **FEEDBACK**

Fruchtbar werden solche Bemühungen erst dann, wenn die entsprechende kontingente Verstärkung erfolgt. Dies soll in der Regel direkt nach dem erwünschten Verhalten geschehen, sowohl durch den Sporttherapeuten als auch durch Mitpatienten. Indem sich Patienten gegenseitig verstärken, lernen sie auch leichter sich selbst zu verstärken.

Hinzu kommen die vielfältigen Formen einer eher sekundären Verstärkung durch erzielte Punkte oder andere Bekräftigungssituationen.

Nachdem ein Konsens über die wesentlichen Zielvorgaben der Depressionstherapie besteht, lassen sich diese im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten innerhalb der Sporttherapie auch hinsichtlich eines verhaltenstherapeutischen Konzeptes abdecken. Dem Bedürfnis nach einer individuellen Verhaltensanalyse als Grundlage des Vorgehens kann durch die Beobachtung in ein oder zwei Sportstunden zumindest ansatzweise Rechnung getragen werden. Wie die Praxis zeigt, eignen sich solche Beobachtungen im Sinne eines SCREENING für die Vorauswahl weiterer therapeutischer Schritte.

Verhaltenstherapeutische Ansätze haben durch ihre Nähe zu pädagogischen Vorgehensweisen sowie durch die Möglichkeit innerhalb der Sporttherapie vielfältige Lern- und Bekräftigungssituation zu schaffen eine hohe Relevanz für die Konzipierung eines entsprechenden Modells zur Depressionsbehandlung.

4.2.5 Beeinflussung der emotionalen Dynamik durch die Sporttherapie

Besonders hier wird deutlich, daß die aufgezählten relevanten Therapieziele in enger Verbindung und auch Abhängigkeit voneinander stehen! So bildet die Verbesserung der emotionalen Dynamik einerseits ein übergeordnetes und allgemeingültiges Ziel der Depressionsbehandlung, andererseits bildet sie einen komplementären Bestandteil innerhalb von therapeutisch induzierten Lernprozessen und kognitiven Umstrukturierungen. Dementsprechend, dies wurde auch speziell in Kapitel 3.9 entwickelt, lassen sich Befindlichkeitsveränderungen durch Sport auf verschiedene physiologische oder psychologische Modelle, respektive auf ein daraus bestehendes Geflecht zurückführen.

Für die Ätiopathogenese der Depression sind das die Modelle von LEWINSOHN, BECK und SELIGMAN oder physiologische Ansätze, die Beeinflussung der emotionalen Dynamik gelingt also entweder über veränderte Verstärkerbedingungen, oder als Ergebnis veränderter Kognitionen aufgrund wiedererlangter Kontrollbedingungen über Kontingenzen.

Es muß dabei berücksichtigt werden, daß die fehlende theoriegeleitete Konzeptualisierung der Frage, auf welche Art und Weise Sport die Befindlichkeit beeinflußt, die Übernahme eines der bestehenden, doch wenig tragfähigen Konzepte ratsam erscheinen läßt. Die bisher geleisteten Untersuchungen (vgl. ABELE/BREHM, 1984a), Analysen (vgl. GRUPE, 1978; 1980; 1982) oder Grundannahmen (Leib-Seele-Einheit, Ganzheitlichkeit) machen es notwendig, nach Möglichkeiten zu suchen, psychotherapeutische Ansätze für die Sporttherapie mit Depressiven fruchtbar zu machen.

4.2.6 Veränderung biochemischer Parameter

Die in Kapitel 3.6 angesprochenen und mit depressiven Erkrankungen in Verbindung stehenden biochemischen Veränderungen können, wenn überhaupt, durch Ausdauerbelastungen verändert werden. Durch diese, so wird vermutet, werden eine Reihe depressionsspezifischer psychischer Aspekte mediiert und modifiziert. Die auf solchen Überlegungen beruhenden Arbeiten zum Thema Jogging und Depression wurden in Kapitel 3.3 ausführlich dargestellt und diskutiert. Daraus läßt sich zum einen die Notwendigkeit ableiten, Ausdauerbelastungen (Jogging) in ein sporttherapeutisches Programm zu integrieren. Zum anderen aber auch die Erkenntnis, gerade für schwerere depressive Erkrankungen, wie sie im klinischen Bereich anzutreffen sind, dieses Ausdauerprogramm nur als zusätzliches Angebot zu einem auf die Problematik depressiver Patienten in der Klinik abgestellten Ansatz zu machen. Dabei gelten vor allem die in Kapitel 3.3.4 entwickelten Vorschläge bezüglich der Durchführung eines solchen Laufangebotes für Depressive.

Wesentliches Kriterium für die Validität solcher Überlegungen ist der Stand der neurophysiologischen Grundlagenforschung. Sollten sich hier, vor allem aufgrund verbesserter technologischer Möglichkeiten Entscheidendes verändern, so muß dieser Aspekt sicherlich neu gewichtet werden.

4.3 Sporttherapie als Element eines integrativen therapeutischen Ansatzes

Über die Notwendigkeit einer Verbindung von Psychotherapie und Pharmakotherapie schreibt KIELHOLZ bereits 1971:

> "Ohne Psychotherapie im erweiterten Sinn des Wortes ist eine Depressionsbehandlung nicht möglich. Die Psychopharmaka leisten in der Therapie der Depression wertvolle Hilfe, sie können aber niemals die Psychotherapie ersetzen." (KIELHOLZ, 1971, 106)

Diese Entwicklung hat sich gerade vor dem Hintergrund multifaktorieller Depressionskonzepte (vgl. Kapitel 2) in den letzten 17 Jahren noch weiter verstärkt.

Trotzdem müssen, mit kritischer Distanz zum vorgestellten Modell, dessen Chancen realitätsnah, d. h. orientiert an den Rahmenbedingungen der klinischen Behandlung beurteilt werden. Die darin enthaltenen Möglichkeiten werden vor allem dann genutzt, wenn ein intensiver Austausch zwischen Ärzten, Psychologen und dem anderen therapeutischen Team stattfindet. Erst dann lassen sich für den einzelnen Patienten Behandlungsziele und therapeutische Vorgehensweisen differenziert abstimmen. Solche Therapie- oder Teambesprechungen sind heute in den meisten Krankenhäusern üblich, nicht jedoch die Beteiligung des Sporttherapeuten. Dabei, so zeigt die Erfahrung, kann nur dort, wo dieser Informationsaustausch funktioniert, von Sporttherapie gesprochen werden, da ohne entsprechende Information, z. B. diagnostischer Art, keine Therapie möglich ist.

Greift man auf die Unterteilung der vorhandenen therapeutischen Maßnahmen in soziotherapeutische, pharmako- oder psychotherapeutische zurück (vgl. BENKERT/HIPPIUS, 1974/1986), so läßt sich die Sporttherapie zwischen diesen Bereichen einordnen, dies gilt auch hinsichtlich der diskutierten Wirkmechanismen.

Die Sporttherapie überschneidet sich zwar mit soziotherapeutischen, pharmakotherapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen. Sie bietet jedoch ein hinreichend großes Areal an, welches sportspezifisch ist. Der Nutzung dieses Areals als "ökologischer Nische" für den depressiven Patienten kommt im Sinne der Integration der Sporttherapie spezifische Bedeutung zu.

4.3.1 Sporttherapie als "ökologische Nische"

Die gemeinsame Arbeit mit depressiven Patienten ist für den Therapeuten oft langwierig und frustrierend. Dies gilt vor allem dann, wenn der therapeutische Zugang ausschließlich über das Gespräch gesucht wird (vgl. RÖTZER, 1983). Auch von seiten des Pflegepersonals wird der Umgang mit depressiven Patienten als belastend empfunden, die Gründung einer Depressionsstation gestaltet sich deshalb oft schwierig (vgl. LAUX, 1985). Neben diesen Gesichtspunkten scheint die praktische Anwendung des vorgestellten Modells von weiteren Problemen begleitet. Zum einen die Frage, ob sich ein Modell, welches sich auf psychologische Depressionskonzepte stützt, auch für die Behandlung schwerer, das heißt klassischerweise als endogen bezeichneter Depressionsformen eignet. Die langjährige Erfahrung in der sporttherapeutischen Betreuung auch schwerst depressiver Patienten spricht eindeutig dafür. Neben einer Vielzahl von multifaktoriellen Konzepten und integrativen Ansätzen wird diese Erfahrung auch durch eine Reihe empirischer psychotherapeutischer Untersuchungen gestützt (vgl. CROMBACH, 1977; RUSH/KHATOMI/BECK, 1980; TEASDALE et al., 1984).

Das zweite Problem erscheint weit gravierender. Sport und Depression, vor allem die sich hinter diesen Begriffen verbergenden Vorstellungen, scheinen soweit auseinander zu liegen, als daß eine Verknüpfung mit therapeutischer Nutzung möglich wäre. So fehlt dem schwer Depressiven die Fähigkeit des emotionalen Einfühlens, die Motivation aktiv zu werden, etwas an seiner Krankheit zu verändern, es fehlt auch das Ausmaß an Selbstachtung, um positive Kontingenzen wirksam werden zu lassen. So bleibt zunächst die Möglichkeit eines abgestuften Vorgehens wie es von HOFFMANN et al.

(1976, 228-232) vorgeschlagen wird (vgl. auch HAUTZINGER, 1983), das heißt, den Patienten zunächst nur zu entlasten und allenfalls den Wiederaufbau positiv verstärkender Aktivitäten vorzubereiten.

Darüberhinaus besteht die Möglichkeit nach

> "'ökologischen Nischen' zu suchen, die von der Depression noch relativ wenig tangiert sind und von hier aus das Verhaltens- und Einstellungsrepertoire schrittweise ... zu erweitern ..." (de JONG, 1980a, 21)

Gerade diese spezielle Wertung als "ökologische Nische" ist für die Sporttherapie von zentraler Bedeutung. Depressive Patienten haben sich im Vorfeld und Verlauf ihrer Krankheit in verschiedensten Bereichen und Bezügen als depressiv erlebt. Dabei bleibt in aller Regel der Bereich des Sports ausgespart, ein Bereich innerhalb dessen noch keine, oder sehr lang zurückliegende depressionsspezifischen negativen Erfahrungen gemacht wurden. Als Konsequenz muß dieser Bereich im Sinn des vorgestellten Modells nämlich nicht als Sportangebot, sondern als Sporttherapie ausgestaltet werden. Um diesen "Nischencharakter" noch deutlicher zu nutzen, ist es notwendig, die Patienten möglichst häufig mit der Sporttherapie zu konfrontieren. Nur so gelingt es, der Sporttherapie in der Patientensicht größere Bedeutung zu vermitteln, als der eines kleinen Mosaiksteinchens im Klinikalltag. Es ist aus diesem Grund auch nicht ratsam, ein solches Programm schrittweise in Form einer allmählichen Erhöhung der Stundenzahl zu konzipieren. Als günstig erweist es sich, mit dem Patienten möglichst häufig (nicht drei, am besten fünfmal pro Woche) einen Sporttherapietermin zu vereinbaren. Der notwendige schrittweise Aufbau vollzieht sich dann innerhalb dieser Sporttherapiestunden. Das von HOFFMANN et al. (1976) vorgeschlagene zweistufige Vorgehen im psychotherapeutischen Kontakt mit Patienten läßt sich auch innerhalb der Sporthalle verwirklichen, wodurch beide Ansätze, sowohl die notwendige Entlastung als auch das Aufsuchen von ökologischen Nischen verbunden werden. Die Patienten werden hier dadurch entlastet, daß das Prinzip der Freiwilligkeit herrscht, wobei die einzige Verpflichtung nur darin besteht, in die Sporthalle zu kommen.

Verbinden im positiven Sinne läßt sich diese Überlegung ebenfalls mit den Erkenntnissen der Trainingslehre, die der Trainingsquantität und Trainingshäufigkeit eine entscheidende Bedeutung bei der Veränderung physiologischer Parameter zumißt (vgl. HOLLMANN/HETTINGER, 1976; LETZELTER, 1978).

Trotz der Nutzung der Sporttherapie als "ökologische Nische" für den depressiven Patienten müssen weitere bestimmende Elemente des Modells präzisiert werden. Diese sollen im wesentlichen dessen Anwendbarkeit sowie die Integration in ein Gesamtkonzept gewährleisten. Diese Integration läßt sich dann verwirklichen, wenn das vorgestellte Modell versucht, depressionstypische Verhaltensweisen und Einstellungen zu kompensieren. Ein weiteres Element, das für die Brauchbarkeit des vorgestellten Modells wichtig ist, ist die spezifische Vorgehensweise des Sporttherapeuten, wobei sich, wie schon öfter erwähnt, durch die Verknüpfung pädagogischer und therapeutischer Ansätze besondere Einflußmöglichkeiten ergeben. Unter anderem muß hierbei auch geklärt werden, inwieweit die sich innerhalb der "ökologischen Nische" erzielten Veränderungen auf die Lebenswirklichkeit des Patienten übertragen lassen.

Die Funktion der Sporttherapie als einer ökologischen Nische wird auch deutlich, wenn man das unterschiedliche Gesprächsverhalten der Patienten gegenüber dem Arzt oder dem Pflegepersonal einerseits und innerhalb der Sporttherapiestunden andererseits betrachtet. In der Form von beiläufigen, "nicht-therapeutischen" Gesprächen erfährt der Sporttherapeut vieles vom Patienten, was für die Therapieplanung Relevanz besitzt, trotzdem vom Arzt in anamnestischen und exploratorischen Gesprächen nicht in Erfahrung gebracht wurde. Dies unterstreicht wiederum die Notwendigkeit regelmäßiger Teambesprechungen.

4.3.2 Sporttherapie als symptomorientiertes - kompensierendes Vorgehen

Wenn sich die Sporttherapie als symptomorientiert bezeichnet, so bedeutet dies keinesfalls einen Offenbarungseid im Sinne eines "Herumtherapierens an den Symptomen". Vielmehr läßt uns die mangelnde Wissensgrundlage im Bereich der Psychopathologie der Depression keine andere Wahl. Es gibt sicher eine Vielzahl von Bereichen, in denen eine sporttherapeutische Intervention einen kausalen und direkten Zugang zum eigentlichen Krankheitsgeschehen ermöglicht. Im Falle depressiver Krankheitsbilder sind wir jedoch auf Vermutungen über die eigentlichen Krankheitsursachen angewiesen und müssen uns deshalb auf die Symptome, auf die Art und Weise in der uns der Patient begegnet, konzentrieren. Die therapeutische Zielsetzung eines symptomorientierten Vorgehens bedeutet deshalb auch weniger ein "frei von Symptomen", sondern ebenso und vor allem ein "fähig zu gesundem, normalem Erleben und Verhalten des Patienten" (HELMCHEN, 1982, 23).

Der Begriff des Symptoms muß für die Sporttherapie sicherlich erweitert werden. Eine Reihe symptomatischer Verhaltensweisen zeigt sich oft erst in Zusammenhang mit konkreten Handlungen innerhalb eines konkreten Bezugs, für den die Sporttherapie die Grundlagen schafft. Hier zeigen sich auch die bisher nur vage angedeuteten potentiellen diagnostischen Möglichkeiten des Modells, zum Beispiel in der Manifestation von depressionsspezifischen Defiziten, die sich auf die angesprochenen Depressionskonzepte zurückführen lassen. Aus diesem Grund orientiert sich das Vorgehen in der Sporthalle an Aspekten, die die herkömmliche psychopathologische Auflistung von Symptomen der Depression erweitert (z. B. geringe Aktivitätsrate, mangelndes Verhalten, welches die Umwelt kontrollieren kann oder mangelnde soziale Kompetenz).

Ein generelles Problem therapeutischer Ansätze der Depression stellt die Tatsache dar, daß die tatsächlich wirkenden ätiologischen Bedingungsfaktoren nur ungenügend erfaßt und aus diesem Grund nicht kausal verändert werden können. Sporttherapie versteht sich deshalb als "kompensierende Therapie";

einem Begriff der von HOFFMANN für den psychotherapeutischen Umgang mit Depressiven konzipiert wurde (HOFFMANN et al., 1976).

> "'Kompensierende Therapie' wäre in einem solchen Fall bemüht, dem Patienten trotz seiner stärkeren Anfälligkeit, etwa in Belastungssituationen depressiv zu reagieren, Strategien an die Hand zu geben, um nicht in eine Exazerbation im Sinne voll ausgeprägten depressiven Verhaltens zu gelangen.
>
> Sie besteht darin, dem Patienten beizubringen, durch gezielte Aktivität auch in einem solchen Moment die Auseinandersetzung mit der Umwelt nicht aufzugeben; ihn zu lehren, die negativen Kognitionen und Selbstbewertungen, die im Anschluß an bestimmte Situationen auftreten können, immer wieder auf ihren Wirklichkeitsgehalt hin zu überprüfen." (HOFFMANN et al., 1976, 268)

Mit der Annahme einer kompensierenden Wirkung auch der Sporttherapie wird postuliert, daß Erfahrungen, die ein Patient innerhalb der Sporthalle gemacht hat, auf das alltägliche Leben übertragen werden. Damit wird ebenso die Frage gestellt, inwieweit sich die "ökologische Nische" Sporttherapie als außerhalb der gewöhnlichen Lebenserfahrung liegenden Bereiches wieder in eben diese zurückführen und fruchtbar machen läßt. Wesentliche Variable für einen erfolgreichen entsprechenden Transfer ist dabei das Therapeutenverhalten, wobei auch die Erfahrung zeigt, daß durch die in der Sporttherapie mögliche Verknüpfung von pädagogischen und therapeutischen, vor allem psychotherapeutischen Ansätzen eine besonders günstige Einflußmöglichkeit geschaffen wird.

4.4 Pädagogisch-therapeutische Rolle des Sportlehrers/Sporttherapeuten

Nicht nur hinsichtlich der möglichen Übertragung auf andere Lebensbereiche, sondern das ganze vorgestellte Modell ist stark von der pädagogisch-therapeutischen Rolle des Sportlehrers, der, falls er diese adäquat ausfüllt, zum Sporttherapeuten wird, geprägt.

Nachdem in Kapitel 3.1 die eher allgemeine Bedeutung der Verbindung von Pädagogik und Therapie aufgezeigt wurde, sollen hier die spezifischen Aspek-

te angesprochen werden. Pädagogisch-therapeutisch muß dieses Vorgehen auch deshalb genannt werden, weil in fast allen Phasen der Sporttherapie beide Bereiche, wenn auch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung vertreten sind. Die therapeutische Komponente findet ihre Rechtfertigung in den folgenden Überlegungen:

* Der Patient ist objektiv und subjektiv krank, bedarf also einer helfenden Intervention im Sinne einer Therapie.
* Die strukturellen Rahmenbedingungen sowohl in räumlicher Hinsicht (Klinik) und zeitlicher Hinsicht (begrenzter stationärer Aufenthalt) gebieten eine therapeutische Ausrichtung.
* Sporttherapie versteht sich als ein Bestandteil eines gesamttherapeutischen Konzeptes in Kooperation mit anderen therapeutischen Maßnahmen.
* Sporttherapie orientiert sich an psychopathologischen Erkenntnissen, an psychotherapeutischen Konzepten sowie an ärztlichen Diagnosen.

Der Anspruch und das Bemühen einer gleichzeitigen pädagogischen Orientierung legitimiert sich aus folgenden Gründen:

* Sporttherapie unterscheidet sich von anderen Therapiesituationen durch eben diese pädagogische Orientierung und ermöglicht so die Schaffung einer "ökologischen Nische" für den Patienten.
* Speziell die kognitiven Depressionskonzepte ermöglichen die Einbeziehung pädagogischer Mittel, um beim Patienten Einstellungsänderungen zu ermöglichen.
* Immer dann, wenn Lernvorgänge im Sinne des Modellernens ablaufen und dies ist im Rahmen der Sporttherapie öfters der Fall, wird eine pädagogische Orientierung verlangt, zum Beispiel bei der Lenkung der Aufmerksamkeit der Patienten.
* Alle Elemente, die im Rahmen des Modells zur Selbstregulation anregen, benötigen eine pädagogische Orientierung.
* Pädagogische Elemente sind auch dann erforderlich, wenn es darum geht, dem Patienten zu helfen, Erfahrungen innerhalb der Sporttherapie auf sein Alltagsleben zu übertragen.

* Die wesentliche Bedeutung der sozialen Interaktion innerhalb des vorgestellten Modells läßt sich viel eher durch eine pädagogisch orientierte Vorgehensweise verwirklichen.

Die hier gemachte Differenzierung läßt sich nur aus theoretisch-analytischer Sicht machen. Innerhalb der Sporttherapiestunden lassen sich pädagogische und therapeutische Elemente nicht trennen, die besondere Chance besteht in einer gemeinsamen Anwendung. Sporttherapie ist deshalb weder schulisch ausgerichteter Sportunterricht noch ausschließlich klinisch-therapeutische Interventionsstrategie. Trotz des Nebeneinanders ist der Anteil in verschiedenen Phasen der Therapie sicherlich unterschiedlich. Die folgende Darstellung versucht die zu Beginn therapeutische, später pädagogische Schwerpunktsetzung zu verdeutlichen.

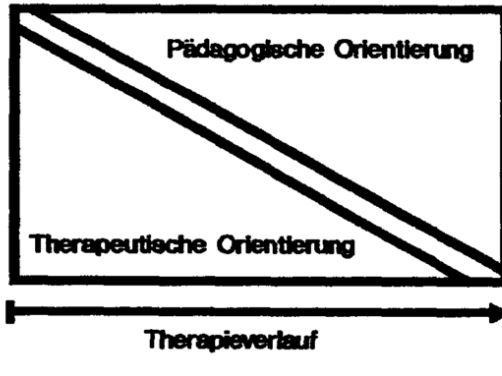

Abbildung 19: Pädagogisch-therapeutische Rolle des Sportlehrers

4.4.1 Komponenten des Sporttherapeutenverhaltens

Von fast allen Autoren wird ein gestuftes therapeutisches Vorgehen angeregt, nämlich die Unterteilung in eine kurzfristige und eine langfristige Strategie (HOFFMANN et al., 1976; HAUTZINGER, 1979, 1983). Ein ähnliches Vorgehen hat sich auch innerhalb der Sporttherapie bewährt, obwohl dabei die einzelnen Strategien relativ fließend ineinander übergehen. In der ersten Phase geht es auch hier darum, den Patienten zu entlasten und die Basis für eine therapeutische Beziehung zu bilden.

Besondere Bedeutung kommt dem Moment zu, in dem der Patient zum ersten Mal in die Sporthalle kommt.

> "Aus der Sicht der theoretischen Ansätze bedeuten schon diese ersten Kontakte für den Klienten aktives Verhalten, eine Struktur in seiner desorganisierten Zeitplanung, einen sozialen Kontakt überhaupt. Aufgabe des Therapeuten ist es, die Beziehungen und Charakter der Sitzung für den Klienten wertvoll und damit verstärkend zu gestalten. Klare Strukturierung und Vermittlung einer Perspektive und die in der beruhigenden Versicherung zum Ausdruck kommende Nicht-Hilflosigkeit des Therapeuten sind geeignet, das Gefühl des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit zu reduzieren. Negative Kognitionen von sich und dem Therapeuten können in dieser Phase bereits in Frage gestellt werden durch Exoploration positiver Eigenschaften des Klienten und Erfahrung von Wärme und Wertschätzung." (RÖTZER, 1983, 182)

Diese Aussagen lassen sich ohne allzuviel Verlust an Prägnanz auch auf die Sporttherapie übertragen.

Den dabei genannten Gesichtspunkten kann auch innerhalb der Sporttherapie Rechnung getragen werden, wenn vor der ersten eigentlichen Sportstunde ein ca. zehn- bis fünfzehnminütiges Gespräch stattfindet, welches den Patienten in der angesprochenen Weise auf Ziele und Inhalte der Sporttherapie einstimmt. Allen im folgenden genannten Komponenten lassen sich zwei, sich ergänzende Prinzipien zuordnen:

a. Die bewußte Gestaltung von Therapiesituationen;
b. der bewußte, das heißt auf die spezifischen Belange Depressiver abgestellte Einsatz des Therapeutenverhaltens.

Im folgenden wurde unter Berücksichtigung ihrer Relevanz für die Sporttherapie die von verschiedenen Autoren genannten Komponenten ergänzt, neu geordnet und bewertet (vgl. SCHULTE, 1964; HOFFMANN et al., 1976; HAUTZINGER, 1979, 1983; RÖTZER, 1983; VÖLKEL, 1985).

I. Therapeutisches Basisverhalten

Häufig werden als Grundvoraussetzung für eine tragfähige therapeutische Beziehung die Anwendung der Basisvariablen der Gesprächstherapie angesehen (ROGERS, 1972; TAUSCH/TAUSCH, 1977; WEINBERGER, 1980; ROGERS, 1983). In der Tat müssen gerade gegenüber depressiven Patienten Wertschätzung, emotionale Wärme, einfühlendes Verständnis und Echtheit kennzeichnende Elemente des Therapeutenverhaltens sein. Jedoch muß "aufgrund der affektbesetzten und ich-nahen Thematik mit einem sehr geringen Akzeptierungsbereich für abweichende Verbalisierungen" (RÖTZER, 1983, 181) gerechnet werden.

Da im Kontext soziotherapeutischer, auch sporttherapeutischer Maßnahmen die Anwendung dieser Variablen fast immer vorgeschlagen wird, muß diese pauschale Anwendung zukünftig sicherlich kritischer hinterfragt werden. Eine genauere, den zeitlichen Therapieverlauf einschließende, Analyse zeigt hier sicherlich Phasen, in denen andere, den Patienten eher fordernde und dirigierende, Maßnahmen notwendig sind. Dies gilt vor allem dann, wenn Gesprächspsychotherapie nicht die zentrale Maßnahme von seiten des Arztes oder Psychologen darstellt.

II. Beruhigende Versicherung

Patienten machen, vor allem in dem oft langen Zeitraum vor einer stationären Behandlung die Erfahrung, daß ihre Umgebung mit sehr wenig Verständnis auf die Krankheit reagiert (vgl. GOLDMANN-POSCH, 1985; FAUST et al., 1985). Glatte Ablehnung und vollkommenes Unverständis sind dabei in der Regel eher selten, doch "sämtliche Äußerungen, die darauf abzielen, auf beschönigende Art oder gar auf der Basis moralisierender Appelle dem Klienten seine subjektiven Befinden ausreden zu wollen, sind fehl am Platz" (HAUTZINGER, 1983, 197).

Ratschläge, Besserwisserei oder schulterklopfende "es wird schon wieder-Mentalität" verstärken die innere Aussichtslosigkeit des Patienten und das Gefühl mit seiner Krankheit allein zu sein. Gerade dann ist es wichtig, dem Patienten mit beruhigenden Versicherungen (reassurance; vgl. SCHULTE, 1964; HOFFMANN et al., 1976, 231) zu begegnen. Wesentliches Ziel besteht darin, dem Patienten, dessen Leidensdruck das Gefühl einer sehr schwerwiegenden, einzigartigen Störung vermittelt, aufzuzeigen, daß er keinen Einzelfall darstellt, seine Krankheit als solche bekannt ist. Hier können bereits erste Perspektiven einer Therapie entwickelt werden. Dies setzt natürlich voraus, daß auch der Sporttherapeut wie jeder, der sich therapeutisch um depressive Patienten bemüht, über psychopathologische Kenntnisse verfügen muß. Auf der Grundlage eines solchen Wissens, stellt sich beim Patienten ein Vertrauen in die Kompetenz des Sporttherapeuten ein. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für weitere therapeutische Schritte.

III Nicht-kontingente Verstärkung

Wie bereits erwähnt, muß die Tatsache, daß der Patient in die Sporthalle kommt, bereits als ein wesentlicher, vom Patienten initiierten Schritt betrachtet werden. Es ist in der folgenden Anfangsphase häufig nicht leicht, die Inhalte so zu gestalten, daß Handlungen vom Patienten immer erfolgreich abgeschlossen werden, respektive daß die subjektive Bedeutung dieser Handlung für den Patienten so groß ist, um Verstärkerwirkung zu entfalten. Er erhält trotzdem ein hohes Maß an positiver Rückmeldung, an nicht-kontingenter Verstärkung. Dieses therapeutische Basisverhalten, die uneingeschränkte Akzeptanz des Patienten mit seinen eingeschränkten Möglichkeiten, stellt einen wesentlichen Teil des pädagogisch-therapeutischen Verhaltens in der Sporthalle dar. Dies ist auch im Zusammenhang zu sehen mit der sogenannten "narzißtischen Fütterung" des Patienten; dabei sollte dieser auch kleinste Erfolge "lustvoll als seine eigenen Erfolge erleben" (VÖLKEL, 1985, 127).

So wichtig die nicht-kontingente Verstärkung gerade in der Anfangsphase ist, so groß ist dabei die Gefahr des ständigen und dadurch mechanischen Verstärkens, welches vom Patienten eher als berufstypische Angewohnheit, denn als Verstärkung im Sinne einer therapeutisch effizienten Rückmeldung verstanden wird.

Entscheidend ist hierbei, dadurch dem Patienten ein Gefühl der Akzeptanz zu vermitteln und seine in der Sporthalle zu Beginn verstärkt auftauchenden Versagensängste zu reduzieren. Therapeutisches Basisverhalten, beruhigende Versicherung sowie nicht-kontingente Verstärkung sollen gerade zu Beginn den Patienten aktivieren und motivieren.

IV. Vermitteln von Erfolgserlebnissen

Im Gegensatz zur Gesprächspsychotherapie (vgl. u. a. TAUSCH/TAUSCH, 1977) bei der ein möglichst geringes Ausmaß an Lenkung die Beziehung zum Patienten prägen sollte, benötigen Depressive gerade zu Beginn ihrer Krankheit ein hohes Maß an Führung und Betreuung. Dies bedeutet für den Sporttherapeuten, daß er über das durchschnittliche Maß hinaus die Stunden strukturieren muß. Die Patienten werden nicht mit der gestellten Aufgabe sich selbst überlassen, sondern sollten immer das Gefühl haben, auftauchende Schwierigkeiten gemeinsam mit dem Therapeuten bewältigen zu können.

Die Patienten sind selten in der Lage, Bewegungsaufgaben induktiv zu bewältigen. In einer Taxonomie von Therapiezielen hat aber die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, respektive die Vermeidung von entsprechenden Mißerfolgen bei Depressiven absoluten Vorrang vor dem Ziel eine induktive Lösung selbstständig zu erarbeiten. Aus diesem Grund stellt die Lösbarkeit der Aufgabe, immer auf dem schmalen Grad zwischen Über- und Unterforderung, ein wesentliches Kriterium dar. Notwendige Voraussetzung ist dabei das allmähliche Erkennen von Aktivierungsmöglichkeiten, um dann im Rahmen der individuellen Fähigkeiten des Patienten realistische, das heißt in relativ kurzer Zeit erreichbare Ziele aufzustellen. Die vielfältigen Möglichkeiten sportlicher Handlungen und Erfahrungen im Umgang mit Patienten ermöglichen die Einlösung dieses recht hohen Anspruchs.

V. Förderung der sozialen Interaktion

Wie bereits dargestellt (Kap. 4.2.2) bildet die Förderung der sozialen Interaktion ein wesentliches Ziel der Sporttherapie für Depressive. Als methodische Konsequenz ergibt sich daraus, die Inhalte der Sporttherapie so auszuwählen, daß sie

geeignet sind, Kommunikation und Interaktion auf verbaler und nonverbaler Ebene zu fördern (z. B. Bevorzugung von Partnerübungen, Aufgabenstellungen, die nur gemeinsam zu lösen sind, Akzentuierung der Kooperation gegenüber der Konfrontation).

VI. Kontingente Verstärkung

Die Erhöhung der Aktivitätsrate des Patienten ist immer im Zusammenhang mit der dafür erhaltenen Verstärkung zu sehen. Um die Rate an verhaltenskontingenten Verstärkern für den Patienten zu erhöhen, stehen in der Sporthalle zwei Möglichkeiten zur Verfügung.

- Verstärkung durch den Sporttherapeuten
  Da die Patienten dem Sporttherapeuten eine hohe Kompetenz für den Bereich Sport zumessen, wird dessen Verstärkung von den Patienten akzeptiert. Dadurch kann auch erreicht werden, daß erfolgreich abgeschlossene Handlungen weniger external (Zufall, Glück, geringe Schwierigkeit der Aufgabe), als internal attribuiert werden.

- Verstärkung durch Mitpatienten
  Jeder kennt aus Fernsehübertragungen das stürmische Feiern des Torschützen durch die Mannschaftskameraden. Solche Szenen sind bei depressiven Patienten natürlich nicht zu beobachten. Trotzdem verfügen sie über eine Reihe von Möglichkeiten, ihren Mitpatienten verhaltenskontingente Verstärkung zu geben. Diese reichen von einem anerkennenden Blick, einem Schulterklopfen oder einem verbalen Lob bis zum spontanen Applaus der ganzen Gruppe, wenn z. B. ein Patient nach einigen Vorübungen zum ersten Mal auf dem Trampolin springt.

- Der Patient verstärkt sich selbst
  Fast alle Patienten können innerhalb der Sporttherapie (vor allem im Sinne der "Selbstaktivierung" (NITSCH/NITSCH, 1979) Erfolgserlebnisse sammeln, die in ihrer verstärkenden Funktion dazu beitragen, ein adäquateres Selbstbild aufzubauen und sich auch selbst verhaltenskontingent zu verstärken. Mit

dieser Selbst-Verstärkung wird auch eine größere Unabhängigkeit und Selbstständigkeit erreicht.

Zwei Gesichtspunkte erscheinen gerade in der Zusammenschau des Ansatzes des Verstärkerverlustes und der Sporttherapie wichtig. Für den größten Teil der Patienten stellen die Situationen innerhalb der Sporthalle einen völlig neuen Bereich auch im Sinne der "ökologischen Nische" dar. Erfahrungen, die dabei gesammelt werden und die sich daraus ergebenden Konsequenzen sind noch wenig "abgenutzt" und können deshalb umso deutlicher therapeutisch als Verstärker wirksam werden.

Andererseits besteht eine wesentliche therapeutische Implikation des Verstärkerverlustkonzeptes darin, spezifische depressive Verhaltensweisen zu löschen, das heißt nicht zu beachten (vgl. HAUTZINGER, 1983). Die grundsätzliche Konstellation innerhalb der Sporttherapie trägt dazu bei. So ist zum Beispiel Inaktivität (Zuschauen) zum einen sehr selten, zum anderen wird es weder positiv durch Überreden noch negativ durch Bestrafung sanktioniert. Gleiches gilt für Appellations-, Hostilitäts- und Deprivationsverhalten (vgl. LINDEN, 1980a), welches vom Patienten in der Sporthalle so gut wie gar nicht aktiviert wird.

VII. Bewußtes Gestalten von therapeutischen Situationen

Dieser Punkt bezieht sich vor allem auf die Fähigkeit, Situationen so zu "inszenieren", daß mit hoher Wahrscheinlichkeit die angesprochenen übergeordneten Ziele erreicht werden können. Dieses Inszenieren bezieht sich sowohl auf die Konzipierung der Übung oder Aufgabe als auch auf deren methodische Vermittlung. Dies läßt sich am besten an einigen Beispielen verdeutlichen. Um Erfolgserlebnisse zu vermitteln, werden Aufgaben gestellt, deren Ankündigung beim Patienten zwar keine Versagensangst provozieren darf, jedoch deren erfolgreiche Bewältigung nicht unbedingt sicher ist. Dies läßt sich am Beispiel einer Trampolinstunde verdeutlichen. Über das Sitzen auf dem Trampolintuch, vom Gehen zum leichten Wippen, wird jeder Patient innerhalb einer Stunde zum eigentlichen Springen geführt, wobei gerade dieses auf dem Trampolin besondere Erlebnisqualität hat. Dazu kommt, daß die nicht springenden Patienten zwar vordergründig an der Längsseite den Springer absichern, deren eigentliche

Funktion aber darin besteht, den springenden Patienten zu verstärken, und selbst außerdem "sozial" aktiv zu werden, indem sie miteinander reden.

Dieses Inszenieren läßt sich auch dadurch charakterisieren, daß die Übungen so gestaltet sind, daß sie zu Aktivitäten in eine gewünschte Richtung zwingen. Eine solche "zwingende Übung", die die soziale Interaktion erhöhen soll, sei hier kurz skizziert. Die Patienten werden in zwei Mannschaften aufgeteilt und haben die Aufgabe, zwei Kästen in Einzelteile zu zerlegen, diese schnellstmöglich in das andere Eck der Halle zu transportieren und dort wieder zusammenzubauen. Sieger ist die Mannschaft, die als erste auf ihrem Kasten sitzt. Die Patienten haben vorher ausreichend Zeit, gemeinsam die Durchführung der Aufgabe zu besprechen. Hierin besteht die wesentliche Bedeutung dieses Spiels, welches so unvermittelt zum Rollenspiel wird, in das der Sporttherapeut, falls notwendig, behutsam eingreifen kann.

Ansätze des Selbstsicherheitstrainings durch Rollenspiele, die aufgrund einer möglichen Überforderung für depressive Patienten oft ungeeignet sind, lassen sich auf Situationen in der Sporthalle übertragen. STRAUB/KOPITTKE (1983) nennen als wesentliche Ziele der Rollenspiele: "Kennenlernen, Bedürfnisse und Wünsche äußern, Initiativ werden, soziale Kontakte aufnehmen, aufrechterhalten und beenden" (STRAUB/KOPITTKE, 1983, 236). Bestimmte Situationen stellen so eine Art Rollenspiel dar, ohne daß dies dem Patienten in belastender Weise bewußt wird.

Es ist offensichtlich, daß die zum methodischen Prinzip erhobene Forderung nach einem bewußten Gestalten der Situation im Sinne der übergeordneten therapeutischen Ziele, respektive deren Einlösung, entscheidend ist für die therapeutische Potenz des Sportangebotes.

VIII. Ansprechen möglichen Transfers

Wenn die Sporttherapie eine Art "ökologische Nische" für den Patienten darstellt, so müssen zwischen dieser Nische und der Alltagswelt des Patienten deutliche Verbindungen hergestellt werden. Erst dann, wenn die gemachten Erfahrungen auf Alltagssituationen übertragen werden können, werden die therapeutischen Chancen des Sports vollständig genutzt. Aus diesem Grunde

sollten immer nach der Stunde gemeinsam mit dem Patienten bestimmte Dinge angesprochen werden. Dies kann sowohl mit der gesamten Gruppe, als auch im Einzelgespräch erfolgen. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Dem Patienten muß vermittelt werden, daß das Sportangebot eindeutig therapeutisch ausgerichtet ist, und ihm bei der Bewältigung seiner Krankheit helfen kann und nicht als Freizeit- oder Beschäftigungsangebot gedacht ist. Durch die veränderte Bewertung des Sportangebotes gelingt es auch, die Compliance des Patienten zu erhöhen.
- Erfahrungen in der Sporttherapie sollten immer in Bezug gesetzt werden zu Alltagserfahrungen des Patienten. So ist zum Beispiel nach der Trampolinstunde zu fragen, ob der Patient schon öfter die Erfahrung gemacht hat, daß er Aufgaben falsch bewertet und sie deshalb gar nicht in Angriff nimmt. Die Formulierung: "Überlegen wir einmal gemeinsam, ob innerhalb der Stunde Dinge passiert sind, die für Sie wichtig sein können?" ist geeignet, die für den Patienten wesentlichen Aspekte der Sportstunde noch einmal nachzuzeichnen. Damit gelingt es, in weiterer Folge Prozesse im Sinne der Selbstregulation und Selbstkontrolle einzuleiten (vgl. zum Zusammenhang von Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung HAUTZINGER, 1981, 255; RÖTZER, 1983, 184).
- Die in der Sporttherapie gemachten Erfahrungen dienen in weiterer Folge dazu, mit dem Patienten weitere Perspektiven zu entwickeln. Diese beziehen sich nicht auf sportspezifische Aspekte, sondern auf eine Generalisierung der gemachten Erfahrungen in Hinblick auf zukünftige Einstellungen.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, daß sich durch eine solche Vorgehensweise eine grundständige psychotherapeutische Behandlung nicht ersetzen läßt. Die Erfahrung zeigt, daß aber gerade durch die Einbindung in konkrete Situationen, wie sie die Sporttherapie bietet, solche angestrebten Veränderungen beim Patienten möglich sind. Dies gilt umso mehr, wenn diese Veränderungen als therapeutische Ziele eines integrativen Ansatzes, innerhalb dessen Pharmakotherapie, Psychotherapie und eine entsprechend ausgerichtete Sporttherapie kooperieren, definiert werden.

4.5 Integration des sporttherapeutischen Modells

Die Integration eines sporttherapeutischen Modells muß sich an der grundsätzlichen Konzeption der psychiatrischen Versorgung orientieren. Deren offensichtlich vorhandene strukturelle Mängel wurden bereits Mitte der sechziger Jahre erkannt und führten zur Gründung einer Enquêtekommission des Deutschen Bundestages, die 1975 einen umfangreichen Katalog mit Empfehlungen vorlegte. Trotzdem muß 13 Jahre später festgestellt werden, daß sich der Wandel, dessen Notwendigkeit unumstritten ist, nur sehr schleppend bis gar nicht vollzogen hat.

> "Nach wie vor ist die gesamte psychosoziale Versorgung von einem medizinischen Denkmodell her geplant, das vorrangig die medikamentöse und technische Versorgung im Auge hat, nicht aber effektive Formen der psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Versorgung." (C. KULENKAMPFF, zit. nach BONGARTZ/GOEB, 1981, 150)

Die Integration eines Ansatzes wie dem der Sporttherapie ist sicher dort leichter, wo sich die praktizierte Psychiatrie als Sozialpsychiatrie versteht, die den Anspruch hat "den Bedürfnissen der psychisch Leidenden gerecht zu werden" (DOERNER/PLOG, 1984, 87). Sozialpsychiatrie stützt sich auf einen erweiterten Krankheitsbegriff. Die medizinisch-biologische Orientierung wird so erweitert, daß möglichst alle "Bedingungskonstellationen der Krankheit" (DOERNER/PLOG, 1984, 11) erfasst werden können.

Zu einer möglichen Integration trägt eine sozialpsychiatrische Ausrichtung auch insofern bei, als hier die klassische psychiatrische Zweierbeziehung Patient - Arzt aufgelöst wird. An deren Stelle tritt die Behandlung durch ein Team, das durch die differenzierten Fähigkeiten und Kompetenzen seiner Mitglieder versucht, dem Patienten auf die bestmögliche Art und Weise bei der Bewältigung seiner Krankheit zu helfen. Eine solche Konzeption impliziert auch einen intensiven Informationsaustausch, mit dessen Hilfe sowohl diagnostische als auch therapeutische Schritte optimiert werden können.

Schließlich bedeutet Sozialpsychiatrie auch eine Öffnung der "klassischen" Psychiatrie. Diese Öffnung für Ansätze aus anderen, vorwiegend sozialwissen-

schaftlichen Disziplinen trägt sicher dazu bei, die von KULENKAMPFF angesprochenen effektiveren Formen der psychiatrischen Behandlung zu konstituieren. Dies gilt umso mehr, als in einer medizinisch orientierten Psychiatrie Therapieverfahren zum Einsatz kommen, deren Schaden und Nutzen für den Patienten in einem oft zweifelhaften Verhältnis stehen.

4.6 Zusammenfassung

Für den Zusammenhang von sportlicher Betätigung und der Veränderung von Befindlichkeit wurde bis jetzt noch kein hinreichend gefestigter theoretischer Bezugsrahmen konzipiert. Teilweise wird aufgrund der Vorerfahrung und der Anschauung dieser Zusammenhang als grundsätzlich existent und positiv angenommen (GRUPE, 1976, 1982, 1983) oder es wird auf vorhandene physiologische oder klinisch-psychologische Konstrukte verwiesen (BIERHOFF-ALFERMANN, 1986).

Die therapeutischen Möglichkeiten des Sports für depressive Patienten lassen sich ebenfalls durch den Rückgriff auf die depressionsspezifischen ätiologischen und therapeutischen Konzepte analysieren. Aus den sich daraus ergebenden therapeutischen Zielsetzungen wurden korrespondierende sporttherapeutische Angebote entwickelt und deren inhaltliche Umsetzung erarbeitet. Neben dieser theoretischen Fundierung wurde die Konzipierung des Modells entscheidend von der langjährigen sporttherapeutischen Praxis mit depressiven Patienten geprägt.

Das sich daraus ergebende sporttherapeutische Modell ermöglicht die Formulierung einer Vielzahl von Hypothesen. Die erstmalige Entwicklung eines Modells, welches die theoretischen Rahmenbedingungen hinreichend einbezieht und Grundlagenwissen aus Sportwissenschaft, Psychologie und Psychiatrie in therapeutische Interventionsschritte zu übersetzen sucht, legt es nahe, analog zu einem in der Pharmakoforschung gebräuchlichem Phasenmodell eine Überprüfung der Phase I vorzunehmen (vgl. LINDEN, 1980b). Innerhalb dieser Phase soll eine generelle Wirksamkeit des Vorgehens sowie eventuelle negative Neben-

wirkungen eruiert werden. "Hierfür sind vor allem offene Studien mit methodenimmanenten Meßinstrumenten und kleinen Fallzahlen, wenn nicht sogar Einzelfallstudien angebracht" (LINDEN, 1980b, 237).
Für die im folgenden dargestellte empirische Untersuchung stand deshalb die Frage im Vordergrund, welche Auswirkungen ein nach diesem sporttherapeutischen Modell durchgeführtes Treatment auf den Verlauf depressiver Erkrankungen haben kann.