

Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Sport und Depression

Huber, Gerhard

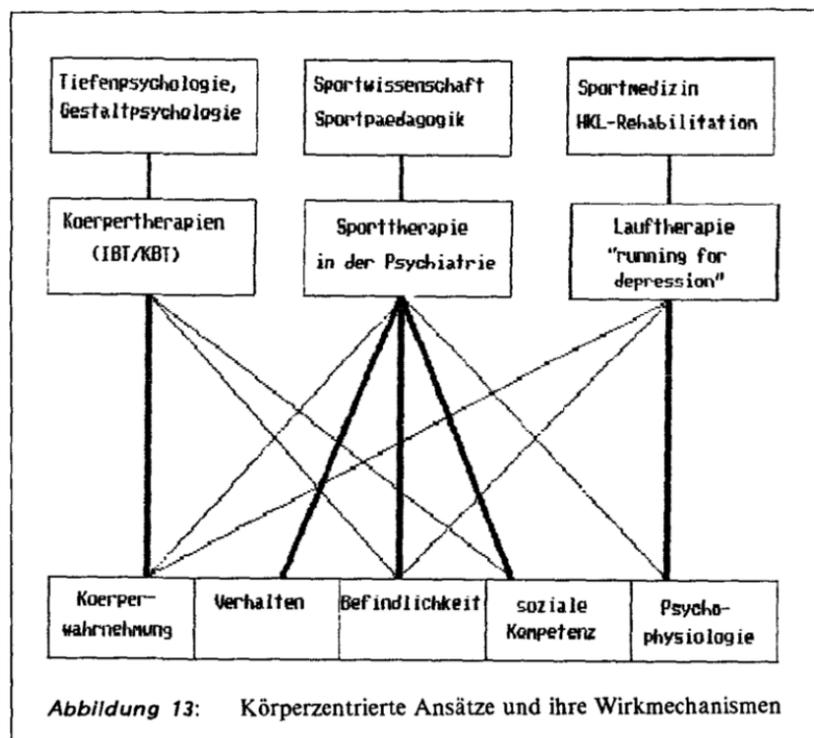
1988

3. Sportwissenschaftliche Aspekte des Sports für depressive Patienten

3. SPORTWISSENSCHAFTLICHE ASPEKTE DES SPORTS FÜR DEPRESSIVE PATIENTEN

Im folgenden Kapitel werden die für eine Modellbildung notwendigen Aspekte sportwissenschaftlicher Natur entwickelt. Da wir uns auf einem Gebiet bewegen, welches mehrere Wissenschaftsdisziplinen tangiert, scheint es notwendig, eine Einordnung des Begriffs "Sportwissenschaft" vorzunehmen, seine Beziehung zur Sporttherapie und insbesondere den in diesem Begriff implizierten "Konflikt" zwischen Therapie und Pädagogik nicht zu lösen, so doch anzusprechen und in dem gebotenen Maße zu diskutieren.

Sportwissenschaftlich relevante Gesichtspunkte lassen sich sowohl aus einer Betrachtung der in diesem Bereich angewandten Methoden als auch aus den dabei postulierten Wirkmechanismen ableiten. Da die Beziehung zwischen eingesetzten Methoden und Wirkmechanismen keineswegs monokausal ist, erlaubt nur eine Gesamtbetrachtung die Identifikation der für eine spezifische Sporttherapie mit depressiven notwendigen Verknüpfungen. Sporttherapie in der Psychiatrie rekurriert auf heterogenen Disziplinen und hat ihre Wurzeln zunächst in der Sportwissenschaft/Sportpädagogik, integriert aber auch sportmedizinische und körpertherapeutische Ansätze. Diese Integration ermöglicht die Beeinflussung verschiedener Zielbereiche. Die folgende Abbildung versucht diese Zusammenhänge darzustellen und dient gleichzeitig als Gliederungshinweis für Kapitel 3.



3.1 Definitive Annäherungen

Eine eindeutige, allseits akzeptierte Definition des Begriffes "Sport" steht bisher noch aus (vgl. DIGEL, 1982, VOLKAMER, 1984). Was jedoch den Begriff der "Sportwissenschaften" angeht, so wird dieser, relativ unumstritten, als interdisziplinär charakterisiert. Diese Interdisziplinarität begründet sich darin, daß die Komplexität und Vielschichtigkeit der zu bearbeitenden Probleme eine überge-

ordnete Betrachtung erfordern. Kennzeichnend ist dabei,

„daß eine wesentliche Eigenart der Sportwissenschaft in der Vielschichtigkeit ihrer Objektbereiche liegt, woraus sich die Übertragung und Anwendung von Fragestellungen und Methoden sogenannter Basiswissenschaften oder angrenzender Wissenschaftsdisziplinen erklären läßt.“ (WEDEKIND, 1984, 10)

Die Sportwissenschaft

„erfüllt die Kriterien der Interdisziplinarität geradezu in idealer Weise.“ (WILLIMCZIK, 1985, 9)

Es ist dabei zu fragen, ob dieser Konsens hinsichtlich der Interdisziplinarität nicht auch ein Zeichen ist für den Rückzug von einer notwendigen wissenschaftstheoretischen Diskussion. Als eine Ursache ist dabei die größer werdende Distanz zwischen Theorie und Praxis zu sehen, die eine gegenseitige Befruchtung immer schwieriger werden läßt. Vergleicht man die Sportwissenschaft mit Kriterien, denen eine Wissenschaft gemeinhin zu entsprechen hat (vgl. NIXON, 1979), so wird deutlich, daß „die multidisziplinäre Aggregatwissenschaft“ (LENK, 1979, 42) diese oft nicht erfüllen kann, da Problemwahrnehmung und Problemverarbeitung „disziplinbezogen verschieden erfolgen und ein gemeinsames Konzept fehlt, um die Forschung einheitlich zu organisieren und zu integrieren.“ (HEINEMANN, 1985, 44) Dabei ist vor allem eine bestimmte Art der Integration erforderlich.

„What we need most at present is a new integration of knowledge we already possess.“ (LANGRIDGE, 1969, zitiert nach ROSS, 1978, 127)

Diese erwünschte Integration läßt sich vor allem bei der Verarbeitung ausgewählter Fragestellungen verwirklichen, denn nur dann, im Hinblick auf das zu bearbeitende Problem, läßt sich eine Synthese der aus den verschiedenen Disziplinen stammenden Methoden, Erkenntnisse und Betrachtungsweisen herbeiführen.

Die Beziehungen, die zwischen den einzelnen Disziplinen und Bereichen bestehen, ergeben dabei eine „Landkarte des Wissens“ (Map of Knowledge; ROSS, 1978, 13). Versucht man diese Karte als Planungsgrundlage sportwissenschaftlicher Forschung zu benutzen, so verdichten sich Verbindungen zu Strukturen, Strukturen die sich auch zeigen, wenn man die Frage des therapeutischen Ein-

satzes des Sportes in verschiedenen Bereichen betrachtet. Diese Strukturen zeichnen sich je nach Fragestellung mehr oder weniger deutlich ab.

Interdisziplinarität als ein eigenes Merkmal der Sportwissenschaft ist auch für den therapeutischen Einsatz des Sports von hoher Relevanz. Gerade dabei geht es immer um Probleme, "die komplex sind und zu deren Lösung deshalb nicht nur eine, sondern mehrere Wissenschaften herangezogen werden müssen" (WILLIMCZIK, 1987, 452).

Sporttherapie ist aber noch weiter als die Sportwissenschaft davon entfernt, sich als ein einigermaßen geschlossener Bereich zu repräsentieren, legt man als Maß die Kriterien einer Wissenschaft an (vgl. NIXON, 1979, 85).

Die Vielfalt verschiedener Ansätze, Strömungen und Methoden bringt es mit sich, daß viele Begriffe neu eingeführt, uneinheitlich und auch mehrdeutig gebraucht werden (vgl. dazu die Übersicht bei THEGEDER, 1987). Viele Begriffe, unter anderem auch "Sporttherapie"; "Bewegungstherapie" sind momentan noch polysemantisch besetzt und werden von unterschiedlichen Sprachbenutzern in ihrer Bedeutung variabel benutzt. Damit ist für eine Vielzahl von Begrifflichkeiten aus diesem Bereich das Kriterium der konventionalen Brauchbarkeit noch nicht erfüllt. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für Kommunikation und Dokumentation gerade in der Forschung.

Es ist also bis jetzt noch nicht gelungen, die sich in diesem Bereich herausbildenden Ansätze, Möglichkeiten und Verfahren in einer eindeutigen begrifflichen Systematik abzubilden (vgl. WEDEKIND 1984).

3.1.1 Zum Begriff Sporttherapie

Therapeutische Maßnahmen lagen und liegen zum überwiegenden Teil in den Händen der Medizin und der ihr untergeordneten sogenannten Heilhilfsberufe. Dementsprechend sind viele Definitionen stark medizinisch und dabei in der Regel auch naturwissenschaftlich geprägt.

Die für die Integration anderer Ansätze notwendige breitere Basis kann hierbei eine Definition von JOCHHEIM (1975) liefern:

„Die Therapie versucht, durch aufeinander abgestimmte Maßnahmen medizinischer, pädagogischer-psychologischer, beruflicher und sozialer Art ein möglichst hohes Niveau der Funktionstüchtigkeit der Betroffenen zu erhalten und wieder zu erreichen.“ (JOCHHEIM, 1975, 72)

Kennzeichnend für den Versuch den Begriff Sport zu definieren, ist die Schwierigkeit, Unterschiedliches, ja oft Gegensätzliches mit einem Begriff abzudecken (vgl. LANGENFELD, 1987). Ähnliches gilt für den Versuch, „Sporttherapie“ zu definieren. Eine Vielzahl unterschiedlicher Zielsetzungen, Inhalte und Vorgehensweisen bilden die schwer zu umgrenzende Struktur des Definiendums.

Schon die Frage, welchem der beiden Begriffe Sporttherapie oder Bewegungstherapie eine übergeordnete Funktion zukommt, wird nicht einheitlich beantwortet. So fragt SCHULKE-VANDRE nach dem Spezifischen der Sporttherapie:

„Ist es ein eigenständiger Therapieansatz oder ein Oberbegriff für bewegungsakzentuierte Therapieangebote?“ (SCHULKE-VANDRE, 1983, 227)

Da Bewegung auch in dem Bereich der Krankengymnastik, der psychomotorischen Übungsbehandlungen, der Physiotherapie therapeutisch eingesetzt wird, jedoch ohne sportlichen Bezug im eigentlichen Sinne, mag der Bewegung und damit dem Begriff Bewegungstherapie eine übergeordnete Funktion zukommen. Dies wird auch in den weiter unten angeführten Definitionen des DEUTSCHEN SPORTTHERAPEUTENBUNDES deutlich.

Vergleicht man die einzelnen definitorischen Ansätze, so erweist sich deren Brauchbarkeit in der Regel immer in Abhängigkeit von der jeweiligen Bezugsgruppe und dem jeweiligen Indikationsgebiet. Eine erste Abgrenzung nimmt dabei RIEDER (1971) vor:

„Der Ausdruck ‚Sporttherapie‘ soll nicht nur Überschneidungen mit bereits fixierten Begriffen vermeiden, etwa der Spieltherapie, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, psychomotorischen Übungsbehandlungen oder Leibeserziehung, sondern die allgemeinen speziell mit Sport bezeichneten Bewegungsformen, Tätigkeiten, Leistungen auch seine Wesens-, Erziehungs- und Bildungsgehalte miteinbegreifen. Würden die Ausdrücke Leibeserziehung und Leibesübung nicht zu Unrecht fast ausschließlich mit Schulsport gleichgesetzt und nicht mit einer moralisierenden Tendenz belastet sein, könnten sie dem Inhalt der Therapie nahekommen.“ (RIEDER, 1971, 213-214)

Sport wird in diesem Fall als therapeutisches Mittel für verhaltensgestörte Heimkinder eingesetzt und erweist sich vor allem unter Berücksichtigung des für diese Kinder kaum entwickelten psychotherapeutischen Instrumentariums als sehr wirkungsvoll.

Ein Beispiel für eine sehr funktionell-medizinische Orientierung ist die Definition der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR:

"Sporttherapie (körperlich-sportliches Training als therapeutische Maßnahme) beinhaltet alle medizinisch dosierbaren physischen Beanspruchungen, die bei psychosomatisch und pathophysiologisch bedingten Störungen während und nach einer Erkrankung bzw. im Verlauf von chronischen Erkrankungen zur Wiedergewinnung, Erhaltung und Verbesserung der allgemeinen physischen und psychischen Leistungsfähigkeit eingesetzt werden. Ihr Ziel stellt somit eine Erweiterung eingeschränkter Funktionsamplituden und Erzielung funktioneller und morphologischer Adaptationen dar, die der Pathogenese der Erkrankung entgegenwirken und den Heilungsprozess aktiv unterstützen.

Bei der Anwendung des körperlich-sportlichen Trainings als therapeutische Maßnahme, das heißt Sport als Therapeutikum, gilt die Forderung, daß prinzipielle ärztliche Grundsätze unter Berücksichtigung des jeweiligen Krankheitsbildes im Vordergrund stehen müssen:

- Die Indikation für die Anwendung des Therapeutikums Sport muß eindeutig sein.
- Die Dosierung der physischen Belastung muß auf der Grundlage exakter Standards erfolgen.
- Die Kontrolle des Verlaufs und des Ergebnisses der therapeutischen Wirkung muß immer gegeben sein."

(GOTTSCALK/KABISCH/SCHÜLER, 1986, 131)

Ausgehend von der Entwicklung der sogenannten Herzsportgruppe findet sich auch heute noch die Vorstellung, daß Sporttherapie sich unter Vernachlässigung pädagogisch-psychologischer Gesichtspunkte nur um eine ausschließliche Symptomreduzierung im Sinne eines naturwissenschaftlich-medizinischen Ansatzes bemühe. Gerade die neuere Entwicklung in den Herzsportgruppen zeigt, daß diese Definitionsansätze wesentliche Aspekte der Sporttherapie nicht umfassen. Ebenso falsch ist sicherlich auch die Annahme, Sporttherapie vollziehe sich immer in Sportarten, wie z.B. SACK (1984) ausführt.

In einer Weiterentwicklung stellt RIEDER fest:

"Sporttherapie umfasst inhaltlich die Zusammenstellung geeigneter Elemente, Formen und Sportarten zu einem Programm der Förderung von Personen und - oder Personengruppen gemäß ihrer spezifischen Behinderung."(RIEDER, 1987, 421)

Er verweist im weiteren Verlauf auf die noch nicht ausreichend geklärte Verknüpfungen und Überschneidungen mit dem Behindertensport und der psychomotorischen Übungsbehandlung hin.

Eine übergreifende Definition der Sporttherapie, die auch eine Standortbestimmung bezüglich der Bewegungstherapie darstellt, legt der DEUTSCHE SPORTTHERAPEUTENBUND vor:

"Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit den Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird.

Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktion kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders pädagogische, psychologische und soziotherapeutische Verfahren ein und versucht eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen."

(DEUTSCHER SPORTTHERAPEUTENBUND - INFORMATIONEN, 1986)

Es scheint aufgrund dieser Definition auch nicht einleuchtend, Sporttherapie durch den Begriff Bewegungstherapie bzw. Bewegungspsychotherapie zu ersetzen (FRITZ, 1986, 215). Ist der erste Vorschlag zu weit gefaßt (nicht jede Bewegung ist Sport), so ist der zweite als zu eng zu betrachten, da die Sporttherapie weder Psychotherapie sein kann, noch sein will.

Zum jetzigen Zeitpunkt vermag wohl erst eine Zusammenschau verschiedener Ansätze das Wesen der Sporttherapie adäquat zu repräsentieren.

Eine sorgfältige Indikationsstellung, eine entsprechende Dosierungs- und Verlaufskontrolle müssen als konstituierende Elemente einer Sporttherapie verstanden werden. Auf der anderen Seite stehen einer Vielzahl von Zielsetzungen eine noch geringe Anzahl von methodischen Konzeptionen gegenüber, mit denen sich diese Ziele in der Praxis verwirklichen lassen (vgl. RIEDER, 1971/1987). Die Sporttherapie muß deshalb auch immer an ihrer inhaltlichen Präzisierung und damit an ihrer Brauchbarkeit für die klinische und ambulante Praxis gemessen werden.

Unter diesen Voraussetzungen muß sich die Sporttherapie auch nicht für eine der alternativen Sichtweisen entscheiden:

„Sporttherapie orientiert am sogenannten ‘medizinischen Modell’ (das heißt vorwiegend symptomorientierte Übungsprogramme unter Vernachlässigung pädagogisch-psychologischer Aspekte) oder pädagogisch-psychologischer Sporttherapie als Teil der Persönlichkeitsförderung.“ (SCHULKE-VANDRE, 1983, 228)

Die hier aufgezeigte Alternative stellt in der Praxis in aller Regel keine dar. Beide Aspekte, sowohl der somatisch-funktionelle als auch der pädagogisch-psychologische werden im Rahmen des sporttherapeutischen Arbeitens mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung verknüpft. Gerade der Bereich Psychiatrie und Psychosomatik, ja die Öffnung für psychosomatische Denkweisen in der Medizin erlauben keine Trennung in der angesprochenen Weise. Wenn SCHULKE-VANDRE im weiteren Verlauf das „Streben nach Leistung“ als zentrales Prinzip des Sportes darstellt, so wird dieses dem Anliegen der Sporttherapie nicht gerecht. Es geht also keinesfalls darum, für den Kranken „die Fähigkeit zum Ausüben entwickelter Sportarten und damit die Aneignung des kulturhistorischen Erbes“ (SCHULKE-VANDRE, 1983, 234) zu fördern, dies gilt allenfalls für den Bereich des wettkampforientierten Behindertensports.

Sporttherapie muß aus dem breiten Spektrum sportlicher Möglichkeiten diejenigen auswählen, die dem Kranken in seiner spezifischen Situation nützlich sind, für ihn eine Hilfe im Sinne einer Therapie darstellen. Dabei handelt es sich immer um ein Geflecht funktionell-somatischer und pädagogisch-psychologischer Maßnahmen.

Sporttherapie erfordert immer die Schaffung eines theoretischen Bezugsrahmens, nur dadurch wird verhindert, daß Sport per se als Therapeutikum verstanden wird. DIGEL wehrt sich zu Unrecht gegen eine „gesundheitspolitische Inanspruchnahme des Sports“ als einem „bedeutsamen Symbolsystem unserer Kultur“ (DIGEL, 1987, 5).

Die therapeutischen Möglichkeiten des Sports sind sicherlich vielfältig, lassen sich aber erst auf einer breiten theoretischen Basis in der Praxis realisieren. Die dabei wirksam werdenden Mechanismen sind aber bei fast allen Krankheitsbildern so komplex, als daß eine pauschale und unreflektierte Anwendung empfohlen werden kann.

3.1.2 Exkurs: Zum Verhältnis von Pädagogik und Therapie

Eine eigenständige Schwerpunktsetzung gegenüber anderen bewegungstherapeutischen Verfahren erfährt die Sporttherapie durch die ihr immanenten sportpädagogischen Aspekte. Schon 1971 weist RIEDER auf die Bedeutung der "Verbindung von Therapie und Pädagogik" hin. Dabei besteht keine hierarchische oder zeitlich gestufte Abfolge, sondern

"die Praxis zeigt ein Neben- und Ineinander von Therapie und Pädagogik, die man in ihrer Eigenart an zwei extremen Punkten eines Kontinuums sehen sollte, das man mit dem Behandlungsverlauf von Verhaltensgestörten gleichsetzen kann. Auch die Sporttherapie ist dieser Doppelrolle ausgesetzt." (RIEDER, 1971, 19-20)

Die Sporttherapie kann diesen pädagogischen Anforderungen umso eher gerecht werden, als die überwiegende Zahl der in diesem Bereich Tätigen eine sportpädagogisch orientierte Ausbildung besitzen (vgl. INGWERSEN/BECKRÖGE, 1978, SCHÜLE/DEIMEL, 1981, RIEDER/ZOZ/LEINERT, 1984).

Doch kann der Hinweis auf die berufliche Herkunft kein hinreichender Grund für die pädagogische Orientierung der Sporttherapie sein. So erscheint in diesem Zusammenhang wichtig, daß die klassischen naturwissenschaftlich orientierten Modelle der Krankheitsentstehung mehr und mehr von vielschichtigeren Ansätzen abgelöst werden, die auch psychosomatische Überlegungen zu integrieren suchen. Auch für Krankheitsbilder weit außerhalb des Spektrums sogenannter klassischer psychosomatischer Krankheiten (Magengeschwür, Bronchialasthma usw.), deren Entstehung mehr funktionell und monokausal betrachtet worden war, werden in zunehmendem Maße psychosomatische Wirkzusammenhänge für Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf dieser Krankheit verantwortlich gemacht (vgl. HALHUBER, M., 1982; HOLLMANN et al., 1985). Die Tatsache, daß sich ausschließlich naturwissenschaftlich orientierte Therapiemaßnahmen, beziehungsweise der "Priorität der Gerätemedizin" (vgl. SCHÜLE, 1987) sich als insuffizientes kuratives Instrumentarium erwiesen haben, waren sicherlich mitentscheidend für diesen Perspektivenwechsel.⁵ Sporttherapie ist in

⁵ Das in Kapitel 2 ausführlich dargestellte Konzept einer multifaktoriellen Ätiopathogenese der Depression stellt für diesen Perspektivwechsel ein deutliches Beispiel dar.

diesem Zusammenhang "primär psychosomatisch orientiert, soll psychomotorische Veränderungen bewirken und mehr verhaltenssteuernd, pädagogisch verstanden werden" (RIEDER, 1975, 202). Erst eine "psychosomatische" Sichtweise und der darin implizierten Möglichkeit einer pädagogisch-psychologischen Beeinflussung des Krankheitsgeschehens eröffnet der Sporttherapie die Möglichkeit, den in ihrem Namen gegebenen Anspruch voll und ganz einzulösen und sie vom funktionell orientierten aktiven und passiven Bewegungsmaßnahmen der Krankengymnastik oder Physiotherapie abzugrenzen. Dies erfordert eine Erweiterung des tradierten Therapiebegriffs: das Verhältnis von Pädagogik und Therapie ist also kein sich gegenseitig ausschließendes, sondern ein sich ergänzendes; oder wie KIPHARD es ausdrückt, ein "Sowohl-als-auch" (KIPHARD, 1983, 215).

Durch die pädagogische Orientierung der Sporttherapie eröffnet sich die Chance einer "Einflußnahme auf die Entwicklung" (GRUPE/KURZ, 1983, 352) des kranken Menschen im Rahmen eines bisher medizinisch orientierten therapeutischen Prozesses. Eine solche Einflußnahme, die Verhalten modifiziert, Einsichten verschafft, Strukturen vermittelt, ist pädagogisch und stellt einen wesentlichen Beitrag der Sporttherapie im Gesamtkanon psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und medizinischer Maßnahmen dar.

Natürlich bildet die Praxis der Sporttherapie ein Geflecht von physiologisch-morphologischen, psychotherapeutischen (vor allem lerntheoretisch orientierten) und pädagogischen Aspekten, deren Anteil und Gewichtung von der spezifischen Indikation der Patientengruppe abhängt. Dabei ist der Hinweis wichtig, daß sich pädagogisch-psychologische Ziele innerhalb einer institutionalisierten medizinischen Therapie und Rehabilitation oft nur innerhalb eines sporttherapeutischen Handlungsfeldes verwirklichen lassen.

Der Begriff "Sporttherapie" wird umso präziser, je genauer ein bestimmtes Indikationsgebiet oder Krankheitsbild angegeben wird. Erst auf dieser Grundlage können Ziele und Methoden eines sporttherapeutischen Vorgehens klar definiert werden.

3.2 Ansätze der Körpertherapien

Ist Bewegung als Therapeutikum für psychische Erkrankung zu werten, so setzt dies die Anerkennung der wechselseitigen Beziehung von Leib und Seele voraus. Die Annahme, daß es sich bei Körper und Geist um isoliert zu betrachtende Phänomene handelt, finden sich schon in der Antike, insbesondere bei PLATO, sie wurde bei DESCARTES (17. Jahrhundert) zum Dogma des Leib-Seele-Dualismus weiterentwickelt. Dieser hatte

"Konsequenzen für die Medizin, die Psychologie und die Pädagogik gehabt, die erst in den vergangenen Jahrzehnten nach und nach reflektiert wurden und noch lange nicht überwunden sind." (PETZOLD, 1974, 408)

Mit dem Postulat des Denkens als Begründung der Existenz des Menschen ist DESCARTES in der Sicht von HUSSERL der Urvater und Begründer zweier Strömungen, die auch die Medizin in ihrem wissenschaftlichen Selbstverständnis nachhaltig beeinflusst haben (HUSSERL, 1982; MATTNER, 1987). Danach sind die Empirie und die rationale Betrachtungsweise als entscheidende Kriterien für die Richtigkeit der Forschung anzusehen.

Auch die Psychiatrie als eine medizinische Fachdisziplin, die über Jahre um Emanzipation kämpfen mußte, wurde lange Zeit von einer durch den Leib-Seele-Dualismus geprägten Denkweise beherrscht. Gerade die historische Entwicklung unterschiedlicher Ansätze der Depression mag hier als Beispiel dienen (vgl. Kapitel 2).

Kennzeichnend für eine mögliche Überwindung der Gegenüberstellung von Körper und Geist im Bereich der Psychiatrie sind Begriffe wie Sozialpsychiatrie, Psychosomatik, die mögliche bedeutsame Entwicklungslinien markieren und dazu beitragen können, Verbindungen zwischen klassischer Psychiatrie und Antipsychiatrie (vgl. SZASZ, 1972; GLATZEL, 1975; BONGARTZ/GOEB, 1981) zu knüpfen. Ebenso können sie dazu beitragen, die eh schon geringer werdende Kluft zwischen tiefenpsychologischen und lerntheoretischen Ansätzen weiter abzubauen.

Dem Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Bewegung wurde bisher von Seiten der klassischen Psychiatrie fast nur durch die phänomenologische Beschreibung der durch psychische Krankheiten verursachten bizarren Bewegungsabläufe Rechnung getragen (vgl. HOMBURGER, 1922,1973).

Im Gegensatz dazu zeigten sich die tiefenpsychologisch orientierten Ansätze sehr früh offen gegenüber körperzentrierten Verfahren. Es war Wilhelm REICH, der den Begriff der "Charakterpanzerung" prägte, wobei deren Abbau zum Therapieziel erklärt wurde und somit zum Ausgangspunkt vieler Körpertherapien wurde (REICH, 1972; PETZOLD, 1977a). Dies führt in der Folge dazu, Körpertherapien als "neoreichianisch" zu verstehen, wobei jedoch eine Vielzahl anderer Einflüsse wirksam werden können. Zu diesen gehört vor allem die Einbeziehung des Gestaltkreises von v. WEIZSÄCKER (1973). Dem "Gestaltkreis" liegt das Verständnis zugrunde, daß die Wirklichkeit durch die Isolation einzelner Phänomene aus ihrem Zusammenhang nicht adäquat erfasst werden kann (STEHN/EGGERT, 1987, 7). Auch in der Praxis der einzelnen Körpertherapien wird die Ganzheitlichkeit sichtbar, verbunden mit einer klaren Absage an eine zergliedernde Auffassung von Krankheit und Gesundheit.

Neben diesen Einflüssen entwickelten sich die meisten dieser Verfahren aus dem Umgang mit Menschen im therapeutischen Kontext. Obwohl sie sich durchaus als psychotherapeutische Ansätze verstehen, sind sie im Gesamtzusammenhang psychiatrischer und klinisch-psychologischer Verfahren als eher randständig zu betrachten (vgl. das Vorwort von BÜHLER in: PETZOLD, 1974a).

Die verstärkte Zuwendung zu bewegungs- und körperzentrierten Psychotherapieformen zeigt sich darin, daß im jüngst erschienenen Kursbuch PSYCHOTHERAPIE (EICHMANN/MAYER, 1985) weit über 200 derartige Verfahren aufgelistet werden. Schon diese Zahl macht deutlich, daß ein Überblick über den gesamten Bereich unmöglich ist (die Spanne reicht dabei von "Aguado-System of Movement Awareness", der "holonomischen Integration" bis zur "Vegeto-Therapie"). Der meist fehlende theoretische Hintergrund und teilweise diffuse inhaltliche Vorstellungen verhindern eine systematische Einordnung. Darüber hinaus verstellt die Vielzahl der unterschiedlichen Therapieformen dem wirklich Interessierten den Blick auf sinnvolle, das heißt theoretisch

begründete und praxisnahe bewegungstherapeutische Verfahren (vgl. dazu auch BASTINE, 1987, 504).

Unter Berücksichtigung der Einsetzbarkeit in der klinischen Praxis, z. B. in einem psychiatrischen Krankenhaus, erweisen sich vor allem zwei Verfahren als relevant. Dies sind die konzentrierte Bewegungstherapie sowie die integrative Bewegungstherapie. Ihre Wurzeln finden beide Verfahren zum einen in der Tiefenpsychologie (FREUD, JUNG, ADLER, REICH, PERLS), zum anderen in phänomenologischen Ansätzen von BUJTENDIJK (1956) und im Gestaltkreis von v. WEIZSÄCKER (1973).

3.2.1 Konzentrierte Bewegungstherapie

„Psychische Erlebnisse werden leibhaftig erfahrbar gemacht“ (SCHÖNFELDER, 1984, 3). Diese zentrale These kennzeichnet die Ausgangsüberlegung der konzentrierten Bewegungstherapie. Begründet wurde dieses Verfahren von Elsa GINDLER (vgl. MAURER, 1979, 28; STOLZE, 1984). Wesentliches Grundprinzip besteht darin, sich konzentriert dem eigenen Körper zuzuwenden, ihn „anzuspüren“ auf der Grundlage von Körperwahrnehmungen, die in der Ausgangsposition der Rückenlage registriert werden sollen.

„In den konzentrierten Entspannungsübungen wandelt sich das Verhältnis zum eigenen Körper und zur Außenwelt. Es kommt zu einer gesteigerten Wahrnehmung des ruhenden und des bewegten Körpers, zur Konzentration auf Sinneseindrücke, auf das Erleben des Raumes, der Umwelt und der Mitwelt. Entscheidend für die Vertrautheit mit dem eigenen Körper ist die Erarbeitung eines intensiven Körperschemas, besser Köperraumbildes. In der Zuwendung zur Außenwelt tritt an die Stelle der Aufmerksamkeit die Konzentration. Damit sind wir im gegenwärtigen unmittelbar bei den Dingen, die Welt aber wird nicht mehr als das Gegenüber, also das Bedrohliche, Nicht-Ich erlebt. Die Wahrnehmung der Einzel Dinge vollzieht sich mit großer Intensität und (dennoch) „entspannt“, weil herausgelöst aus dem Spannungsfeld unserer aktuellen lebensgeschichtlichen Situation. Im gleichen Sinn verändert sich auch das Verhältnis zu den Mitmenschen, denen man frei, unbefangen von den Beziehungen der Gesellschaftsordnung, begegnen kann.“ (MEYER, 1974, 171)

Eher praxisorientiert ist der definitorische Ansatz von H. BECKER. Er sieht die konzentrierte Bewegungstherapie als

„eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode an. Sie nutzt im besonderen Maße unser Wissen über die Bedeutung prä- und averbaler, das heißt sensomotori-

scher Anteile in der frühkindlichen Entwicklung. Durch "Konzentration" auf das Körperfeld wird eine Intensivierung des Körperraumbildes erreicht, objektives Körpererleben wird zu subjektivem, das heißt es wird der Versuch gemacht, eigene Körpererfahrung aufzuheben mit dem Ziel einer größtmöglichen Autonomie auch im übertragenen Sinne (Anspüren des eigenen Körpers und seiner Funktion)." (BECKER, 1981, 12)

Grundvoraussetzungen für die Therapeuten sind fundierte Kenntnisse im Bereich der psychoanalytischen Theorie. Die tiefenpsychologische Ausrichtung der konzentrativen Bewegungstherapie ermöglicht in der Regel eine Integration im klinischen Bereich nur dort, wo auch von ärztlicher und psychologischer Seite eine psychoanalytische Orientierung vorhanden ist. Doch auch in solchen Einrichtungen kommt es zu Konflikten, wenn das Prinzip "konzentrierte Bewegungstherapie und verbale Psychotherapie wenn möglich in einer Therapeutenhand" (BECKER, 1981, 13) nicht verwirklicht werden kann.

Als klassische Indikationsgebiete der konzentrativen Bewegungstherapie gelten Neurosen und psychosomatische Störungen (vgl. STOLZE, 1984). Daß auch psychotische Krankheitsbilder zum erweiterten Indikationsgebiet gerechnet werden, muß bedenklich erscheinen. Eigene Erfahrungen zeigen, daß bei diesem Vorgehen bei psychotischen Patienten, trotz der langjährigen, auch positiven Erfahrungen von HELLER (vgl. STOLZE, 1984) Wirkungen auftreten können, die dieses Verfahren als kontraindiziert erscheinen lassen. Dabei sind die geschilderten Fälle eher als Ausnahme, denn als Regel anzusehen, aber oft tritt ein, was STOLZE selbst beschreibt:

"Die Aufforderung "sich selbst zu spüren" ruft eine so starke Angst und Verlorenheit hervor, daß der Patient durch die Anwendung der konzentrativen Bewegungstherapie gefährdet werden kann". (STOLZE, 1984, 468)

Ähnlich kritisch steht auch BECKER (1981, 49) einer Anwendung der konzentrativen Bewegungstherapie bei psychotischen Patienten gegenüber.

So sind der konzentrativen Bewegungstherapie sowohl von der grundsätzlichen therapeutischen Ausrichtung der Institution als auch der speziellen Indikation Grenzen gesetzt. Überblickt man beispielsweise die Situation in dem psychiatrischen Großkrankenhäusern der Bundesrepublik, so sind es recht wenige Einrichtungen, die dafür in Frage kommen.

3.2.2 Integrative Bewegungstherapie

Bei der integrativen Bewegungstherapie handelt es sich um ein Verfahren,

„das einen komplexen therapeutischen Ansatz vertritt und den Menschen in seiner Körperlichkeit, seiner Emotionalität, seinen geistigen Strebungen und seinen sozialen Bezügen zu erreichen sucht. Der anthropologische Ansatz der integrativen Bewegungstherapie betont die Ganzheit des Menschen, seine Körperlichkeit und seinen Umweltbezug. Sie sieht den Menschen als ein Leib-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Umfeld.“ (PETZOLD/BERGER, 1977, 452)

Entwickelt wurde die integrative Bewegungstherapie von PETZOLD auf der Grundlage verschiedenster Ansätze. Er

„begann das Improvisationstraining von ILJINE in Richtung von Leib-, Atem- und Bewegungstherapie zu entwickeln und theoretisch und methodisch zu vertiefen. Diese und weitere Ansätze (Expression corporelle; Atemtherapie; reichianische Bioenergetik und Gestalttherapie) wurden von PETZOLD rezipiert und in der integrativen Bewegungstherapie zu einem in sich konsistenten Verfahren verbunden.“ (ULLMANN, 1985, 188)

Sehr viel anschaulicher wird der ganzheitliche und integrative Ansatz in einem praxisbezogenen Beitrag von PETZOLD/BERGER mit dem Titel: „Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten“ (1977, 452-477). Die darin geschilderte Vorgehensweise zeigt sich eher an den Bedürfnissen und strukturellen Voraussetzungen eines psychiatrischen Krankenhauses orientiert als andere körpertherapeutische Verfahren. Neben der „Behandlung pathologischer Zustände“ geht es hier um die „Bewahrung und Stabilisierung des gesamten Verhaltens sowie der Entwicklung neuer Verhaltensmöglichkeiten“ (PETZOLD/BERGER, 1977, 458). Aus diesem Grund wird gerade für den Bereich der Behandlung psychisch Kranker auf das Zusammenwirken bewegungstherapeutischer und bewegungspädagogischer Aspekte verwiesen.

So steht für die Praxis an erster Stelle der Einsatz eher sportlicher Mittel, nämlich Bewegungsspielen.

„Spiele, insbesondere Fußball, Handball, Volleyball und Völkerball können in ihrem Wert für bewegungstherapeutische Arbeit gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Sie mobilisieren nicht nur die Körperlichkeit indem sie gezielte und koordinierte Bewegungen fördern, Atmung- und Herzkreislauf-tätigkeit anregen, die Muskulatur beanspruchen

sondern sie mobilisieren auch den affektiven sozialen Bereich." (PETZOLD/BERGER, 1977, 464)

Auch was die Qualifikation der Therapeuten betrifft, zeigt sich eine starke Orientierung an tatsächlichen Bedürfnissen im Umgang mit psychiatrischen Patienten speziell im klinischen Bereich.

"Der erfahrene Körpertherapeut arbeitet deshalb mit großer Vorsicht auf der Grundlage profunder Kenntnisse der funktionalen Anatomie, der Physiologie und Pathologie - das ist seine professionelle Kompetenz. Er arbeitet weiter auf der Grundlage von Verantwortung, Achtung und bedingungsloser Wertschätzung des anderen Menschen - das ist seine personale Kompetenz." (PETZOLD, 1977b, 486)

Im Vergleich zur konzentrativen Bewegungstherapie erweist sich die integrative Bewegungstherapie eben durch ihren integrativen Ansatz, der unter anderem auch bewegungspädagogische und verhaltenstherapeutische Ansätze einschließt, als weitaus pragmatischer. Dies wird auch an den drei Richtzielen deutlich:

"Erstens Förderung der personalen Kompetenz, zweitens Förderung der sozialen Kompetenz, drittens Förderung sachlicher Kompetenz." (PETZOLD/BERGER, 1977, 458)

Auf der anderen Seite kann der integrative Charakter zu einem therapeutischen Polypragmatismus verleiten durch den sich die unreflektierte Anwendung verschiedener methodischer Wege bei unterschiedlichen Indikationsgruppen rechtfertigen ließe. So haben die oben dargestellten Richtziele eher den Charakter eines allgemeinen therapeutischen Credos, als daß sich durch sie Rückschlüsse auf das Spezifische des Therapieverfahrens ziehen ließen. Das in Kapitel 4 entwickelte Modell einer Sporttherapie mit Depressiven unterscheidet sich jedoch in seiner inhaltlich-methodischen Konzipierung als auch in der unterschiedlichen Zugrundelegung der psychopathologischen Mechanismen von dem hier vorgestellten Ansatz.

3.2.3 Körperzentrierte Psychotherapie

Der Ansatz wurde von MAURER (1985) auf der Basis früherer empirischer Arbeiten mit schizophrenen und depressiven Patienten entwickelt (vgl. MAURER, 1979, 1985).

„Die körperzentrierte Psychotherapie versucht alle Ebenen des Menschseins (die organisch-biologisch, geistig-psychologische, sozial-interaktionelle und wesensmäßige) in den diagnostischen und therapeutischen Prozess einzubeziehen. Der, wie der Patient/Klient ganzheitlich geforderte (und entsprechend ausgebildete) Therapeut weist dem Patienten den Weg, die verschiedenen Niveaus nicht nur erfahrbar und erkennbar zu machen, sondern auch zur Einheit und gegenseitigen Ressourceleistung zu verknüpfen.“ (MAURER, 1985, 213,214)

Die Grundlagen der körperzentrierten Psychotherapie sind ähnlich wie die der integrativen und konzentrativen Bewegungstherapie; die Diktion der Therapie ist tiefenpsychologisch. So sollen unter anderem „frühkindliche Defizite kompensiert“ oder in einer „kurzfristigen Regression nachholend vermindert werden“ (MAURER, 1985, 207). Als hauptsächliche Indikationsgebiete werden gesehen „narzistische Störungen, depressive Verstimmungen, Beziehungsstörungen“ sowie die schon fast als Pauschalindikation anzusehende Formulierung „Ich-Schwächeproblematik“ sowie „mangelnde ganzheitliche Persönlichkeitsentfaltung“ (MAURER, 1985, 214). Auch in der Zusammenstellung der inhaltlichen Angebote zeigt sich die körperzentrierte Psychotherapie sehr eklektisch. Sportliche Mittel wie Spiel und Gymnastik kommen vor allem in der Eingangsphase der Therapiestunde zum Einsatz. Ansonsten werden bioenergetische, meditative Elemente sowie Atem- und Entspannungsübungen eingesetzt.

3.2.4 Anmerkung zum Einsatz körpertherapeutischer Verfahren

Welchen Beitrag können die dargestellten oder verwandte körpertherapeutische Ansätze mit den durch sie vermittelten leiblichen Erfahrungs- und Ausdrucksmöglichkeiten im Rahmen eines integrativen Konzeptes der Depressionsbehandlung leisten? Ein wesentlicher Hinderungsgrund für deren Integration besteht dabei sicherlich im Selbstverständnis, speziell der konfliktzentriert-aufdeckenden Verfahren wie der konzentrativen Bewegungstherapie, aber auch der eher übungszentrierten Ansätze wie der integrativen Bewegungstherapie. Dieses Selbstverständnis, welches sich aus der Zugrundelegung tiefenpsychologischer Ansätze sowie der Gestalttherapie ergibt, erfordert in der Regel ein daran orientiertes gesamttherapeutisches Umfeld. Es besteht deshalb die Notwendigkeit, zumindest im stationären Bereich, ein solches Verfahren in einem gesamttherapeutischen Kontext zu betrachten.

Möglichkeiten und Grenzen sind stark abhängig von der Art und Weise der jeweiligen institutionalisierten Behandlung psychischer Krankheiten. Dies bedeutet die Anerkennung auch der Möglichkeiten und Grenzen anderer Therapieformen als wesentliche Voraussetzung. Das psychotherapeutische Selbstverständnis solcher Verfahren erscheint dabei als wesentliches Hindernis. Trotz der richtigen Ausgangsüberlegung, "daß die körperliche Dimension des Menschen nicht aus der Psychotherapie ausgeklammert werden darf...", kann der Anspruch, eine "ganzheitliche und integrative Therapie" (PETZOLD, 1974b, 9) zu sein, in aller Regel nicht eingelöst werden. Körperzentrierte therapeutische Ansätze können einen wesentlichen Bestandteil im Rahmen der Depressionsbehandlung darstellen, vermögen aber die anderen therapeutischen Ansätze nicht zu ersetzen oder gar zu verdrängen.

"Vergleicht man die Vielfalt bewegungspsychotherapeutischer Ansätze mit ihrer empirischen Untermauerung, so bleibt eine große Diskrepanz zwischen therapeutischem Konstrukt und empirischen Nachweis feststellbar. Zu den meisten Verfahren existieren kaum Untersuchungen, die zumindest die Effektivität bestimmter Variablen belegen; lediglich an Fallbeispielen wird die therapeutische Wirksamkeit beschrieben." (DEIMEL, 1983, 99)

Die mangelnde empirische Absicherung bildet einen wesentlichen Kritikpunkt für diese Verfahren, obwohl die auf Ganzheitlichkeit abzielenden Körpertherapien sich eben dadurch einer quantifizierenden, empirischen Evaluation entziehen.

Für fast alle Körpertherapien werden pauschal recht weit gesteckte Indikationsgebiete angegeben. Psychische Störungen unterscheiden sich zu stark in ihren ätiopathogenetischen Voraussetzungen, in ihrer Symptomatik sowie in Verlauf und Prognose, als daß körperzentrierte Verfahren einen allgemeingültigen therapeutischen Anspruch erheben könnten. In diesem Zusammenhang müssen sich diese Verfahren spezifischer der einzelnen Krankheitsbilder annehmen, wodurch es in der Folge auch möglich sein wird, diese Ansätze einer empirischen Überprüfbarkeit näher zu bringen.

Die inflationäre Vielfalt derartiger Verfahren ist eng gekoppelt an eine offensichtlich bestehende Nachfrage, sicher viel stärker von Seiten der "Normalbevölkerung" als von Seiten der Patienten z. B. im klinischen Bereich. Die sich dabei abzeichnende "chaotische Entwicklung" (PETZOLD, 1977b, 489) trägt sicherlich

dazu bei, das Mißtrauen vor allem auf Seiten der Ärzte und Psychologen gegenüber solchen Verfahren zu erhöhen.

Ein Beitrag der sich "Gegen den Mißbrauch von Körpertherapien" (PETZOLD, 1977b, 478-490) richtet, muß deshalb umso wichtiger genommen werden, handelt es sich doch beim Verfasser um einen der namhaftesten Vertreter körperzentrierter Ansätze.

Es ist oft schwierig, gerade angesichts der Vielfalt der Verfahren, einen Trennstrich zwischen sogenannten Körpertherapien und der Sporttherapie im Sinne der eingangs gemachten Unterteilung zu ziehen. Wesentliche Kriterien sind dabei das Selbstverständnis des Ansatzes, dessen theoretische Begründung, die zum Einsatz kommenden Methoden sowie die Zielsetzung und vor allem die Orientierung an der Einsatzmöglichkeit gerade im klinischen Umfeld.

3.3 Laufen (Jogging) als depressionsspezifischer Therapieansatz

Laufen bedeutet nicht nur Bewegung, sondern wurde in den letzten 20 Jahren, ausgehend von den USA in vielen westlichen Industrieländern selbst zu einer "Bewegung". Zwischen 2,5 und 3 Millionen Menschen, so wird vermutet, (vgl. KRAG, 1981) sind es allein in der Bundesrepublik Deutschland, die regelmäßig laufen. Auf der Grundlage der Aussagen von 559 Läufern ermittelte WEBER (1981) folgendes

"Motivbündel, das Menschen zum Laufen veranlaßt und immer wieder neu inspiriert:

- Seelisches Gleichgewicht
- Vitalisierung
- Selbstgefühl
- Äußere Erscheinung
- Gesundheit/Fitneß
- Geselligkeit."

(WEBER, 1981, 39)

Dabei wird unter den Faktoren Gesundheit und Fitness vor allem die körperliche, die somatische Gesundheit verstanden. Diese waren es auch, die den Beginn des therapeutischen Einsatzes des Laufens markierten. Für die weitere Entwick-

lung der Laufbewegung sind sicherlich die folgenden zwei Aspekte bedeutsam:

"Auf der einen Seite wurde mit Hilfe von Testverfahren, die (auf Grund des defizitären Reizangebotes der Umwelt) mangelnde Fitness in der amerikanischen Bevölkerung festgestellt und die Bedeutung des Sportes als mögliche Abhilfe erkannt - die Erweiterung der sportmedizinischen Kenntnisse hatte daran einen wesentlichen Anteil; zum anderen bot sich zu diesem Zwecke insbesondere das ausdauerbezogene Laufen an, das in der zunehmenden Popularität des leichtathletischen Wettkampfsports einen zusätzlichen Förderfaktor besaß." (KIMMERLE, 1987, 130)

Hinzu kommt, daß Laufen fast überall und zu fast jeder Zeit betrieben werden kann. Wurde der gesundheitliche Nutzen des Laufens zu Beginn in einer Präventivfunktion gesehen, so wurden die therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten erst nach und nach erschlossen. Auf Grund der bekannten positiven Auswirkungen auf das cardiopulmonale System wurde in der Mitte der sechziger Jahre das ausdauerorientierte Laufen innerhalb der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten eingesetzt. Dieser Ansatz, verbunden mit Namen wie BOWERMAN und COOPER wurde inzwischen zu einem festen Bestandteil der klinischen und der ambulanten Herzinfarktrehabilitation (vgl. HOLLMANN et al., 1983). Er ließ sich auch in die bestehenden bewegungstherapeutischen Ansätze, die von JOKL, KNIPPING, REINDELL und MELLEROWICZ entwickelt wurden, integrieren.

Die beobachteten psychologischen Effekte des Laufens waren Anlaß, es als Therapeutikum für psychische und psychosomatische Erkrankungen einzusetzen. So gibt es Untersuchungen zum Laufen mit Alkoholabhängigen (WEBER, 1984), mit Migränepatienten (HILDENBRAND, 1987) sowie mit anorektischen Patienten (YATES et al., 1983; MEERMANN/FICHTER, 1983) und Agoraphobikern (ORWIN, 1974).

Der überwiegende Teil von Veröffentlichungen beschäftigt sich aber mit dem Thema "Running and Depression", wobei fast alle empirischen Arbeiten aus den USA stammen. Da der therapeutische Nutzen solcher Ansätze noch sehr kontrovers diskutiert wird, andererseits von großer Bedeutung ist für die Modellbildung einer Sporttherapie mit Depressiven, sollen die wesentlichen Arbeiten im folgenden ausführlich dargestellt und in ihrer Bedeutung gewürdigt werden.

3.3.1 Empirische Untersuchungen zum Thema "Running and Depression"

Zwei Fakten eröffnen dem Jogging⁶ den Zugang als therapeutisches Instrument im Rahmen der Depressionsbehandlung.

"These two influences - popular interest in exercise and research on the subject and the resurgence of the psychobiological perspective in the health professions - seem to have contributed heavily to the application of exercise as a form of psychotherapy." (BUFFONE, 1984a, 8)

Die ersten Arbeiten stammen auch dementsprechend aus den frühen siebziger Jahren, zum ersten Mal dargestellt von KOSTRUBALA in seiner Monographie "*The joy of running*" (1976).

Die erste Untersuchung von GREIST et al. stammt aus dem Jahr 1973 und wurde relativ spät, im Jahr 1978, veröffentlicht (GREIST et al., 1978). In dieser Studie wurden 28 Probanden im Alter zwischen 18 und 30 Jahren, die an einer reaktiven Depression litten (Grundlage war die Symptom Check List 90 und die Research Diagnostic Criteria for diagnosing minor depression) untersucht. Neun Patienten davon unterzogen sich einer zeitlich begrenzten Psychotherapie, sieben einer unbegrenzten Psychotherapie während acht an einem Laufprogramm von zwölf Wochen teilnahmen. Wesentliches Ergebnis: "The results of running therapy compare favourable with those of psychotherapy" (GREIST et al., 1978, 51). Obwohl die Art und Weise der psychotherapeutischen Intervention nicht näher erläutert wird, beziehen sich die Ergebnisse nur auf den Vergleich, vor allem auch in finanzieller Hinsicht: "Running is not expensive, and unlike other treatments, it has many physical side-effects" (S. 56). Die häufig zitierte Arbeit "Running as treatment for depression" (GREIST, KLEIN, EISCHENS, FARIS, GURMAN, MORGAN, 1979) bezieht sich auf die gleiche Untersuchung. Sie enthält aber ein aufschlußreiches Kapitel über "Possible explanations of a therapeutic effect" (GREIST et al., 1979, 48). Diese hypothetischen Ansätze werden in der Folge von fast allen anderen Arbeiten in diesem Bereich aufge-

⁶ Jogging hat hier nicht die Bedeutung als sehr langsames Laufen im Intervall mit dazwischen geschalteten Gehpausen, sondern deckt sich eher mit dem Laufen im Sinne von "lsd (long slow distance)". Eine eindeutige definitorische Abklärung steht für diesen Bereich noch aus (vgl. FIXX, 1979).

griffen, jedoch nicht explizit untersucht.

Mit zwei Einzelfallstudien konnte BLUE die positiven Auswirkungen eines 9-wöchigen Laufprogramms (2-mal pro Woche) aufzeigen (BLUE, 1979). Als Meßinstrumente werden insgesamt dreimal die Self-rating Depression-Scale von ZUNG eingesetzt. Da nicht die methodischen Anforderungen an eine kontrollierte Einzelfallstudie erfüllt werden, müssen, der Autor weist selbst darauf hin, die Ergebnisse sehr vorsichtig interpretiert werden.

JONES/WEINHOUSE untersuchten die physiologischen und psychologischen Effekte eines strukturierten Laufprogramms über 12 Monate an 12 Probanden. Die Untersucher fanden, neben sicherlich vorhersehbaren physiologischen Effekten, "significant changes on personality factors, becoming more relaxed, assertive, happy - go - lucky and able to deal more effectively with abstract problems" (JONES/WEINHOUSE, 1979, 403). Fraglich erscheint dabei vor allem der Titel der Arbeit "Running as self-therapy", da über irgendwelche pathologischen oder psychopathologischen Störungen der Probanden keinerlei Aussagen gemacht werden; es fragt sich also wer oder was hier einer wie auch immer gearteten Therapie unterworfen werden sollte.

Auf der Grundlage von Tagebuchaufzeichnungen und drei psychiatrischen Interviews wurde von BERGER eine Einzelfalluntersuchung an einer 35-jährigen Sportlehrerin durchgeführt. Es fehlt auch hier der Hinweis auf das Vorhandensein depressiver Krankheitsmomente, auch bleiben, sicherlich auf Grund der gewählten Methode, die Auswertung anekdotenhaft und die Schlußfolgerung entsprechend spekulativ (BERGER/ MACKENZIE, 1980).

Wenn Jogging depressive Zustände und Gefühle verändern kann, so müßten Jogger weitaus weniger depressionsanfällig sein. Diese Überlegung wurde schon von MORGAN (1979) benutzt und von JOESTING an 100 Teilnehmern eines Volkslaufs in den USA untersucht. Es zeigte sich, daß diese signifikant weniger depressiv waren als die Normalbevölkerung. Allerdings bleibt noch ungeklärt, "whether running makes runners less depressed or less depressed people chose running as a sport" (JOESTING, 1981, 442). Von HARRIS, RUETER und MUTRIE stammt eine Untersuchung, die die Effekte eines kombinierten Ansatzes von Psychotherapie (counselling therapy) und Jogging mit denen einer

alleinigen Psychotherapie vergleicht. Nach 10 Wochen zeigte nur der kombinierte Ansatz einen positiven Effekt. Untersucht wurden insgesamt 18 Studenten, bei denen depressive Verstimmungen diagnostiziert wurden. Da diese Arbeit nicht veröffentlicht wurde, fand sie in Überblicksarbeiten trotz ihrer offensichtlichen Vorzüge keine Würdigung. Sie benutzt nämlich Probanden, die als depressiv diagnostiziert wurden. Im Gegensatz dazu bilden psychopathologisch unauffällige Studenten die Probanden der Arbeit von HAYDEN und ALLEN (1984). "Results indicated that aerobic activity was associated with significantly less subjective anxiety and depression" (HAYDEN/ALLEN, 1984, 74). Auf Grund der gewählten Forschungsmethodik sind solche Aussagen nur von sehr beschränkter Brauchbarkeit im klinischen Bereich.

Bei einem Vergleich zwischen einem Ausdauerprogramm, einem als Placebo konzipierten Entspannungstraining und einer Kontrollgruppe, auf welche 43 depressive Frauen zufällig verteilt wurden, zeigen die Patientinnen der Ausdauergruppe die deutlichste Abnahme der Depressivität. "These results provide a first controlled evidence concerning the effects of strenuous exercise on depression" (Mc CANN/HOLMES, 1984, 1142). Berücksichtigt man jedoch, daß die 43 depressiven Probanden lediglich bei einem Screening an 450 Psychologiestudenten die Kriterien des BECK-Depression inventory (BECK et al., 1961) für "mild depression" erfüllten, so muß die Untersuchung sicher realistischer betrachtet werden. Dies gilt speziell hinsichtlich der Übertragbarkeit in den klinischen Bereich.

Alle bisher vorgestellten Untersuchungen waren, wenn überhaupt, an Patienten mit sogenannten "mild" oder "minor depressions" durchgeführt.⁷ Für "major depressive disorders" oder endogene Depressionen galt die Anwendung des Laufens als therapeutisches Mittel als kontraindiziert (vgl. ANTONELLI, 1982; SACHS/BUFFONE, 1984b). Die erste Untersuchung mit endogen depressiven Patienten wurde von MARTINSEN, MEDHUS, SANDVIK durchgeführt (1985). "The reduction in depression scores and the increase in maximum oxygen uptake were significantly larger in the training group" (MARTINSEN et al.,

⁷ Dies entspricht den im deutschen Sprachraum gebräuchlichen Bezeichnungen reaktive oder neurotische Depression. Auf die eingeschränkte Tragfähigkeit solcher Unterteilungen wird in Kapitel 2 hingewiesen.

1985,109). Über die Art und Weise der Durchführung der Untersuchung werden sehr wenige Aussagen gemacht, im Rahmen der Diskussion wird jedoch eingeräumt, daß andere Faktoren das Ergebnis günstig beeinflusst haben können, so zum Beispiel die vermehrte Zuwendung durch den Trainer. Bei einer weiteren kritischen Betrachtung (vgl. dazu COVERLEY VEALE, 1987, 117) zeigt sich jedoch, daß die Parallelität von Kontroll- und Experimentalgruppe nicht gegeben war. Berücksichtigt man die große Streubreite der erhobenen Werte des BECK-Depression inventory, so ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe.

3.3.2 Anmerkungen zum Einsatz der Lauftherapie bei Depressionen

Angesichts der fast ausschließlich US-Amerikanischen Studien wäre hier die richtige Überschrift: "What is the state of art of running therapy?" (SACHS/BUFFONE, 1984b.). Bei einer Zusammenschau der vorgestellten Arbeiten fällt ein krasses Mißverhältnis zwischen der geringen Anzahl empirischer Studien und einer Vielzahl von Übersichtsarbeiten auf. Diese empirischen Studien sind darüber hinaus noch durch eine Vielzahl methodischer Defizite gekennzeichnet. Sie betreffen vor allem folgende Faktoren (vgl. BUFFONE, 1984a, 9-13):

- Die meisten Arbeiten benutzen eine zu geringe Stichprobengröße.
- Es gibt fast keine Untersuchungen, die im klinischen Bereich angesiedelt sind. In der Regel werden die Stichproben aus Studentenpopulationen gewonnen, die sowohl in der Altersstruktur als auch dem Ausmaß der Depressivität mit Patienten in stationärer Behandlung nicht zu vergleichen sind.
- Fast alle Untersuchungen, respektive deren Ergebnisse, leiden ebenfalls unter einem ungenügenden Testinstrumentarium. Eine Prä- Postmessung mit dem BECK Depression Inventory (vgl. BECK et al., 1961) kann das komplexe Geschehen einer depressiven Erkrankung nur unvollständig erfassen. Darüber hinaus erfordern solche Untersuchungen die Kombination verschiedener Datenquellen und Datenebenen (vgl. dazu MÖLLER/BENKERT, 1980).

- Therapeutische Interventionen müssen im Fall ihrer Evaluation (vgl. dazu BIEFANG, 1980) genau erläutert werden, zum Beispiel die Intensität, Dauer und Häufigkeit des Laufprogramms. Ebenso müssen die anderen therapeutischen Faktoren, die für eine Befindlichkeitsveränderung verantwortlich gemacht werden könnten, dargestellt werden. Dies ist in der Regel nicht der Fall. Ebenso wenig wird der spezifische Aspekt der Therapeutenvariablen überhaupt nicht oder nur am Rande erwähnt.
- Mögliche Wirkmechanismen, die für die Erklärung des positiven Effekts herangezogen werden können, werden nur ansatzweise diskutiert.
- Außer der Arbeit von MARTINSEN et al. (1985) werden nur Probanden mit "minor depressions" untersucht. Für endogene Depressionen gilt die Anwendung des Laufens als kontraindiziert (vgl. auch Kapitel 1). Dem Aspekt einer multifaktoriellen Depressionsgenese, die über die klassische Dichotomie der endogenen und exogenen Depressionsformen hinausgeht, wird in keiner der Arbeiten ausführlich Rechnung getragen.

Faßt man diese Kritikpunkte, die im übrigen auch mehr oder weniger deutlich in den einzelnen Übersichtsarbeiten angeführt werden, zusammen, so ergeben sich daraus folgende Konsequenzen:

- a. Die Untersuchung einer hinreichend großen Stichprobe depressiver Patienten im klinischen Umfeld nach einheitlichen nosologischen Kriterien ist äußerst schwierig. Die Forderung: "Studies with psychiatric populations should use standard psychiatric diagnostic systems" (TAYLOR/SALLIS/NEEDLE, 1985, 200) ist dabei sicherlich berechtigt.
- b. Es existiert bis heute noch kein standardisiertes Testinstrumentarium, um psychische Veränderungen in ausreichender Qualität zu quantifizieren.
- c. Der zur Konzipierung von Forschungsvorhaben notwendige Austausch zwischen Psychiatrie, klinischer Psychologie und Sportwissenschaft ist noch zu gering, als daß sich diese Ansätze hierbei gegenseitig befruchten könnten.
- d. Es deutet viel darauf hin, daß sich eine Reihe von Prozessen, die bei depressiven Patienten durch ein Laufprogramm induziert werden, einer empirischen Untersuchung, auch unter optimalen methodischen Voraussetzungen entziehen.

- e. Versteht sich Laufen als "Jogotherapie" (HARPER, 1984, 84) in direkter Konkurrenz zu anderen Behandlungsformen, so stellt dies sicher einen verkürzten Ansatz dar. Laufen alleine vermag Stimmungsschwankungen, vielleicht auch leichte Depressivität auszugleichen, kann aber für den depressiven Patienten psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe nicht ersetzen. Laufen, und hier gilt gleiches wie für die Körpertherapien, muß sich als integratives Element in einem Gesamtbehandlungskonzept der Depression sehen.

In Anerkennung dieser Mängel schließt eine Reihe von Übersichtsarbeiten mit Empfehlungen für zukünftige Forschung, über deren Nutzen aber erst ihre Praktikabilität entscheiden wird. Diese Vorschläge beziehen sich vor allem auf eine Verbesserung der methodischen Ansätze, so werden zum Beispiel Kontrollgruppenversuche, Einfach- oder Doppelblindbedingungen, Optimierung der Meßinstrumente und deren Einsatz auf mehreren Ebenen vorgeschlagen (BUFFONE, 1984a; SILVA/SHULTZ, 1984; DISHMAN, 1985; TAYLOR/SALLIS & NEEDLE, 1985).

Einen Ausweg aus der im klinischen Bereich häufig anzutreffenden Problematik der zu geringen Probandenzahl bietet der Einsatz der kontrollierten Einzelfallstudie. Dies wird von WEINSTEIN & MEYERS (1983, 297), SILVA/SHULTZ (1984, 317), sowie BUFFONE (1984a) und SCHWENKMEZGER (1985) vorgeschlagen.

Der Vergleich solcher Ansätze mit psychoanalytischen, kognitivistischen oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen, wie er von WEINSTEIN/MEYERS (1983, 318) vorgeschlagen wird, scheint zum derzeitigen Forschungsstand verfrüht. Zum einen muß die Effektivität des Laufansatzes erst grundsätzlich nachgewiesen werden; Therapievergleichsstudien, wenn überhaupt, müssen einen zweiten Schritt darstellen. Zum anderen, und dies wurde schon mehrfach erwähnt, kann Laufen nicht in direkter Konkurrenz mit psychotherapeutischen oder pharmakologischen Verfahren gesehen werden. Für den klinisch auffälligen depressiven Patienten stellt sich nicht die Frage ob er laufen oder die professionelle Hilfe des

Psychiaters oder Psychotherapeuten suchen soll.⁸

3.3.3 Mögliche Wirkmechanismen des Laufansatzes

Obwohl noch nicht ausreichend empirisch erhärtet, scheint sich ein Konsens über die Wirksamkeit solcher Vorgehensweisen abzuzeichnen. Die Aussagen über die dabei wirksam werdenden Mechanismen bleiben größtenteils noch spekulativ. Dabei werden vor allem folgende Faktoren diskutiert (vgl. GREIST et al., 1979):

a. Veränderung psychischer Faktoren

Dazu gehört das verbesserte Wohlbefinden durch gesteigerte körperliche Fitness, die Vermittlung von Erfolgserlebnissen durch die im Laufen erzielten Fortschritte, die Ablenkung von depressiven Denkinhalten sowie der Verminderung von depressionsspezifischen Emotionen und Kognitionen.

b. Schaffung von Körperbewußtsein durch eine veränderte Körpererfahrung.

c. Psychophysische Faktoren

Dabei werden vor allem 2 Stoffwechselvorgänge diskutiert. Zum einen die Erhöhung der Konzentration der biogenen Amine im zentralen Nervensystem, zum anderen die Rolle der sogenannten Endorphine.

Da diese möglichen Wirkfaktoren auch mit anderen körper- oder sporttherapeutischen Ansätzen in Verbindung gebracht werden müssen, darüber hinaus eine Schlüsselrolle bei der Legitimation bewegungsbezogener Ansätze in der Depressionsbehandlung spielen, soll auf diese noch ausführlich eingegangen werden (Kapitel 3.5 bis 3.10). Einige Übersichtsarbeiten sind insofern bedeutsam, als sie die vorliegenden Untersuchungen aus einem spezifischen Blickwinkel betrachten.

⁸ Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß ein wesentliches Argument der Befürworter die niedrigen Kosten einer auf Laufen gestützten Therapie darstellen.

Die Einführung zum Standardwerk "Running as Therapy" (SACHS/BUFFONE) zeigt die ökonomisch geprägte Denkweise: "There is increasing public concern with the cost and quality of mental health care in the United States, and attention is being given to methods of treatment that are proving cost-effective" (1984b,IV). Im Rahmen der derzeitigen Diskussion um die Kosten im Gesundheitswesen ist es abzusehen, daß sich auch in der Bundesrepublik Deutschland neue Therapieverfahren einer intensiven Kosten-Nutzen-Analyse stellen müssen.

Interessant sind dabei besonders die vermuteten psychophysiologischen Zusammenhänge. So werden von RANSFORD antidepressive Pharmaka, die Elektroschocktherapie sowie die Lauftherapie in ihren Wirkungen auf depressions-spezifische Parameter verglichen. Grundlage sind dabei tierexperimentelle Befunde, bei denen sich durch Ausdauerbelastung die Neurotransmitterkonzentration erhöht zeigt (RANSFORD, 1981, 7; vgl. auch BLISS/AILION, 1971).

Aus der Vielzahl von Arbeiten über die mögliche Bedeutung der körpereigenen Endorphine sind die von RIGGS (1981), MELLION (1983) und SACHS (1984) zu nennen. Dabei werden insbesondere die Zusammenhänge zwischen dem sogenannten "runners high" und der Endorphinsekretion diskutiert. Andere Arbeiten beschäftigen sich mit dem Aspekt der Motivationssteigerung durch Ausdauerbelastung, so zum Beispiel KRAL, der anführt: "Graded physical activity is frequently the first helpful step before the patient can be asked to become active in his usual task" (1975, 121). SONSTROEM befasst sich sehr ausführlich mit der Veränderung des Selbstkonzeptes durch das Laufen, kommt aber zu einer eher nüchternen Einschätzung: "At this time it is not known why or in what manner exercise programs affect self esteem ..." (SONSTROEM, 1984, 150). Im deutschen Sprachraum wurde der Laufansatz zur Behandlung von Depressionen erstmals von SCHWENKMEZGER kritisch gewürdigt (1985). Eine sehr praxisorientierte Zusammenfassung, die sich an den Bedürfnissen im klinischen Bereich orientiert, stammt von TAYLOR/SALLIS/NEEDLE (1985). Insgesamt wird der therapeutische Nutzen des Laufens noch eher nüchtern beurteilt:

"Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint es angemessen, das Dauerlaufen in unserem Bereich erst einmal als eine unspezifische Intervention zu verstehen, die bei einer breiten Palette von Störungen offenbar positive Auswirkungen hat - Auswirkungen, so mein Vorurteil - die sich neben vielen anderen im weitesten Sinn psychotherapeutischen Interventionen, Beschäftigungstherapie usw. sehen lassen können;" (EISERT, 1986, 14)

"...bewertet man die empirischen Befunde qualitativ, so kommt man trotz der Fülle der zunächst positiven Arbeiten eher zu der Feststellung, daß die Annahme unzulässig ist, Ausdauertraining führe zum Abbau depressiver Symptome." (SCHWENKMEZGER, 1985, 128)

Lässt man abschließend den Psychiater und begeisterten Läufer zu Wort kommen, so stellt dieser fest: "I do not advise my depressed patients to run. But I don't exactly discourage them either. If running helps me more than it helps them, that is probably because in general, I'm not so depressed to begin with"

(ALTSHUL, 1981, 56).

3.3.4 Konsequenzen für die Modellbildung der Sporttherapie mit Depressiven

Die vorliegenden Arbeiten zeigen deutlich, daß der Aspekt der Praxisrelevanz zwischen dem Bemühen einer theoretischen Begründung und eines empirischen Nachweises zu kurz kommen oder ganz auf der Strecke bleiben. Sicherlich stellt Laufen kein Wundermittel zur Behandlung von Depressionen dar. Andererseits rechtfertigt eine Reihe von Erfahrungen die Einbeziehung des Laufens in ein spezifisches sporttherapeutisches Programm. Dies gilt vor allem dann, wenn folgende Punkte beachtet werden, die sich auf eine mehrjährige Erfahrung im sporttherapeutischen Umgang mit depressiven Patienten stützt.

- Der Sportlehrer muß die Patienten, mit denen er läuft, genau kennen. Dies bedeutet zum einen Diagnose und Verlauf der Erkrankung des Patienten, sowie auf der Grundlage dieses Wissens den einzelnen Patienten in seiner momentanen Situation richtig einzuschätzen. Neben der funktionalen Beeinträchtigung, die vor allem durch die Medikation hervorgerufen wird, sollte auch eine eventuell vorhandene Beeinträchtigung am Bewegungsapparat oder Herzkreislaufsystem berücksichtigt werden. Patienten mit funktioneller Einschränkung, wie zum Beispiel mit degenerativen Gelenkserkrankungen, sollten schwimmen oder auf dem Fahrradergometer belastet werden.
- Der Einstieg sollte besonders behutsam sein (vgl. ALTSHUL, 1981), es hat sich bewährt, mit einem Spaziergang zu beginnen, in den immer länger werdende Laufphasen integriert werden. Es sollte nicht versucht werden, den Patienten zum Laufen zu überreden, schon gar nicht mit dem Hinweis auf einen für ihn wichtigen Therapieerfolg (Erfolgsdruck). Es besteht dabei die Gefahr eines Mißerfolgs. Der Patient soll auch nicht, zumindest während seines stationären Aufenthaltes, alleine laufen.

- Laufstrecke, Laufdauer und Intensität orientieren sich immer am Patienten. Aspekte der Trainingslehre hinsichtlich der Kriterien für eine allgemeine, aerobe, dynamische Ausdauerleistung sollen soweit als möglich berücksichtigt werden, haben aber hinter den krankheitsbezogenen Limitierungen des Patienten zurückzustehen.
- Im Gespräch mit dem Patienten soll versucht werden, Erfolgserlebnisse deutlich bewußt werden zu lassen, auf Körperwahrnehmungen hinzuweisen, um die angesprochenen Faktoren auch in das Bewußtsein des Patienten zu rücken.

Auf die Art und Weise in der Laufen mit Patienten im Rahmen des sporttherapeutischen Modells durchgeführt wird, soll in Kapitel 5.2 eingegangen werden.

3.4 Sporttherapeutische Ansätze

Legt man die in Kapitel 3.1 entwickelten Merkmale der Sporttherapie zu Grunde, so sind unter diesem Abschnitt alle diejenigen Verfahren zu subsumieren, die geeignete Mittel des Sports einsetzen, um psychiatrischen Krankheitsbildern therapeutisch zu begegnen.

Obwohl in vielen psychiatrischen Einrichtungen sportliche Angebote im weitesten Sinne zum Beispiel als Morgengymnastik oder Freizeitangebot zu finden sind, ist die eigentliche Sporttherapie weit davon entfernt, als fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes realisiert zu sein.

“Versucht man die derzeitige Situation der Bewegungs- und Sporttherapie in den verschiedenen psychiatrischen Stationen zu beurteilen, bleibt festzustellen, daß ihr Stellenwert innerhalb des psychiatrischen Gesamtkonzeptes noch sehr gering ist ...” (DEIMEL, 1984a, 10)

Vorhergehende regional begrenzte Arbeiten aus den Jahren 1978 (INGWERTSEN/BECKRÖGE), 1981 (BORNKAMP-BAAKE), sowie eigene Befragungen aus den Jahren 1980 und 1981 zeigen, daß sich am geringen Stel-

lenwert, an mangelnder räumlicher Ausstattung sowie an nicht vorhandenen Planstellen im Verlauf der letzten 10 Jahre nur Unwesentliches geändert hat. Sport als Freizeitangebot scheint akzeptiert, jedoch nicht Sport als Therapie mit entsprechenden personellen und räumlichen Voraussetzungen und der Berücksichtigung innerhalb des Therapiekonzepts. Überall dort, wo Krankenhausflure, Abstellräume oder Speisesäle als Räumlichkeiten für den Sport genutzt werden, wo die Sportgeräteausstattung lediglich aus einer alten Tischtennisplatte und ein paar unbrauchbaren Bällen besteht, wo unabhängig vom therapeutischen Konzept engagierte Mitarbeiter aus dem Bereich der Krankenpflege oder der Bäderabteilung eine Morgengymnastik oder ähnliches anbieten, kann Sport allenfalls als ergänzendes Freizeitangebot betrachtet werden. Die in der Psychiatrieenquête von 1975 gemachten Vorgaben werden nur sehr schleppend eingelöst, Veränderungen in Bezug auf Räumlichkeiten und Stellenpläne greifen nur sehr langsam. Die in den Jahren 1987 und 1988 erneut entfachten Diskussionen um das "Elend der Psychiatrie" sind ein weiteres Zeugnis dafür.

Ein wesentliches Hindernis besteht aber sicher darin, daß theoriegeleitete Konzeptionen der Sporttherapie in der Psychiatrie bis jetzt noch fehlen. Vergleicht man zum Beispiel Quantität und Qualität sporttherapeutischer Arbeiten aus dem Gebiet der Herz-Kreislaufrehabilitation (vgl. LAGERSTRÖM, 1976; ROST, 1984) mit solchen aus dem Bereich der Psychiatrie, so kommt darin zum Ausdruck, daß die Zusammenhänge hier sehr viel komplexer sind und daß sportwissenschaftlich-sportmedizinische Grundlagen für diesen Bereich völlig fehlen.

Betrachtet man das Gesamtspektrum psychiatrischer Krankheitsbilder, so liegen vorwiegend für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Arbeiten aus den USA, Belgien und Holland vor (vgl. dazu den Überblick in DEIMEL, 1983, 83-113). Es ist dabei oft schwierig, die einzelnen Ansätze inhaltlich richtig einzuordnen. Sie bewegen sich häufig zwischen Beschäftigungstherapie (recreational therapy; OLSEN/McCORMACK, 1957; JONES/WEINHOUSE, 1979) oder verbinden Elemente der Krankengymnastik und der physikalischen Therapie mit denen des Sports und des Tanzes (PALEY, 1974).

3.4.1 Entwicklungslinien der Sporttherapie in der Psychiatrie

Für einen kurzen Überblick über die vorliegenden Arbeiten aus der Bundesrepublik soll kein chronologischer, sondern ein eher pragmatisch orientierter Zugang gewählt werden. Dabei lassen sich folgende Entwicklungslinien erkennen:

- Arbeiten über die Sporttherapie aus der Sicht der Ärzte;
- praxisorientierte Erfahrungsberichte;
- konzeptionelle Ansätze der Sporttherapie;
- empirische Arbeiten zur Sporttherapie.

Für die Akzeptanz der Sporttherapie war und ist die Einschätzung der Ärzte ein entscheidender Faktor. Ohne deren Initiative oder Kooperationsbereitschaft lässt sich bei Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ein sporttherapeutisches Angebot weder im stationären noch im ambulanten Bereich etablieren.

Für die Psychiatrie war der Zusammenhang zwischen Motorik und Psychopathologie vor allem durch die im Verlauf schizophrener Erkrankungen oft auftretenden Dyskinesien gegeben. So vergleicht HOMBURGER (1922) diese Dyskinesien mit der Entwicklung der menschlichen Motorik. Diese "motorischen Besonderheiten" betreffen für ihn weniger die Arbeitsmotorik, als eine ganze Reihe von Bewegungen die,

"wie es scheint, durch den Willen des Kranken nicht abzuändernden Mischungen hypertotonischer und hypotonischer Innervation, zuckender und primitiv rhythmischer Bewegungen, und durchbrechbarer Perseverationen, choreatischer und dysmetrischer Bewegungsstörungen zeigt." (HOMBURGER, 1973/1922, 25)

Gerade weil heute die neuroleptische Pharmakotherapie den Patienten sehr selten in seiner ursprünglichen Bewegung und Bewegungsstörung sichtbar werden lässt, scheinen diese Ausführungen interessant.

Ansätze einer Schizophrenietherapie über das Angehen dieser motorischen Symptomatik werden nicht gemacht.

Es sind auch hier physiologische Aspekte, die im Vordergrund stehen, wenn Ärzte über einen möglichen therapeutischen Nutzen des Sports sprechen. Die dabei entstehenden Anpassungserscheinungen und positiven Effekte sind inzwischen auf so breiter Basis dokumentiert, daß sie zum Grundwissen der Sportmedizin, ja der Medizin gehören (REINDELL et al., 1960; COOPER, 1968; ROST, 1984).

Die Veränderung psychischer Parameter durch sportliche Aktivitäten und die sich daraus ableitenden therapeutischen Möglichkeiten fanden erst langsam Eingang in die ärztliche Forschungsarbeit (CURETON, 1963; COLLINGWOOD, 1972; ISMAIL/YOUNG, 1977). Diesbezügliche Ergebnisse zeigen, daß sich ausdauerorientierte Sportprogramme positiv auf relativ globale Faktoren wie soziale Interaktion, emotionale Stabilität und Selbstverständnis auswirken. So sieht DEYNET (1979b) eine wesentliche Begründung der Sporttherapie in der Tatsache, daß sich "in zunehmendem Maße viele Rückkopplungen von Bewegung und Bewegungsverhalten auf psychische Abläufe anhand neurophysiologischer Erkenntnisse erhellen" (8). Daraus "leitet sich auch sicherlich ein Berechtigungsanspruch der Sporttherapie ab" (DEYNET, 1979b, 11).

Die Überlegungen bezüglich der Wirkungen der Sporttherapie orientierten sich aus medizinischer Sicht zunächst daran, Analogien zu psychopharmakologischen Mechanismen zu bilden. Die Einseitigkeit dieser Überlegungen wurde jedoch bald erkannt und es wurde darauf verwiesen daß:

"über anatomische und physiologische und biochemische Aspekte hinaus gleichrangig auch die psychologische und psychosoziale Natur heranzuziehen sind ..."
(STEINBACH, 1981, 8)

Wenn auch die empirische Basis sehr schmal ist, so führen doch die ärztlichen Empfehlungen zu dem Wunsch, die Medizin solle "in ihrem rehabilitativen Instrumentarium in Forschung und Anwendung dem Sport mehr Aufmerksamkeit widmen" (STEINBACH, 1981, 17). Einige Arbeiten von Ärzten sind sehr undifferenziert und oberflächlich, sie befinden sich in einer großen Distanz zur therapeutischen Praxis. So soll Sport nur dazu dienen, daß der Patient am öffentlichen Leben teilnehmen kann (DÖRNER, 1981) oder nur den Bewegungsmangel depressiver Patienten überwinden helfen (GLATTHAAR, 1983).

Weitaus brauchbarer sind Arbeiten, die über die praktischen Erfahrungen im sporttherapeutischen Umgang berichten.

Als einen der ersten sporttherapeutischen Ansätze kann die Arbeit von MEDERER verstanden werden, obwohl sie es selbst als gezielte psychiatrische Bewegungstherapie bezeichnet (MEDERER, 1968). Gestützt auf langjährige praktische Arbeit mit Patienten, entwickelte sie eine Vorgehensweise, die dem Patienten hilft, "Kommunikationsstörungen und Begegnungsunfähigkeit zur Mitwelt zu überwinden" (KRIETSCH-MEDERER, o.Jg., 1).

Angesichts der fehlenden Möglichkeiten, mit herkömmlichen krankengymnastischen Methoden einen Beitrag zur Therapie von psychischer Erkrankung zu leisten, der über eine funktionell orientierte Mobilitätsförderung hinaus geht, werden auch von krankengymnastischer Seite sportliche und sporttherapeutische Inhalte integriert (vgl. dazu VON DER MÜHLEN, 1976, 1981).

Von einem Psychologen stammt ein erster wichtiger Beitrag, der konzeptionelle Strukturen für eine Sporttherapie in der Psychiatrie entwirft. Obwohl abgestellt auf die Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger, zeigt er Richtungen auf, die für die gesamte Sporttherapie bedeutsam sind. Es wird bereits hier auf wesentliche konstituierende Merkmale verwiesen:

- Ohne die Absicherung der formal strukturierten Organisationen (Adressen-, Klientelanalyse, Therapieverflechtung) nimmt sich der Sport von vorne herein die Möglichkeit einer therapeutischen Wirksamkeit;
- Der Sport hat konzeptionsgebunden strukturiert zu sein nach den Merkmalen der Dauer und Ständigkeit;
- Die Konzeptionsgebundenheit muß sich direkt in der Sportpraxis niederschlagen." (TSCHÖPE, 1978, 8)

Zum ersten Mal wird hier auch der Unterschied zwischen sportlicher Aktivität und der Sporttherapie deutlich gemacht: "Der Sport beurteilt sich in der Therapie selbst" (TSCHÖPE, 1978, 5).

Die Arbeit von DEIMEL (1978) definiert erstmalig Ziele und Inhalte einer Sporttherapie in der Psychiatrie. Bedeutsam ist hierbei, daß bei den aufgezählten Zielen die Verbesserung der physischen Bedingungen erst an letzter Stelle steht und sich somit von traditionellen Auffassungen deutlich absetzt. In einer später veröffentlichten Arbeit werden folgende Zielperspektiven entwickelt:

- Entwicklung von Wahrnehmungsfähigkeit: Dies beinhaltet die Körperwahrnehmung, die Selbstwahrnehmung, aber auch sensomotorische und soziale Wahrnehmung ...
- Entwicklung von Entspannungsfähigkeit zur Korrektur, Regulation und Normalisierung psycho-physischer Anspannungsprozesse.
- Entwicklung von Handlungsfähigkeit und Handlungskompetenz, um zum Neuaufbau und zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen.
- Entwicklung von Sozialisationskompetenz, um die Gruppenfähigkeit zu verbessern.
- Verbesserung von sportmotorischen Bewegungsfertigkeiten ...
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit ...
(DEIMEL, 1984a, 9)

Es wird deutlich, daß die Sporttherapie in der Psychiatrie

- sich immer an der Diagnose und der momentanen Befindlichkeit des Patienten orientiert;
- eine aktivierende, stützend-aufbauende und entwickelnde Rolle im Therapieangebot übernimmt;
- ihre Ziele in der Regel krankheitsspezifisch und sehr selten sportspezifisch sind;
- sich als Teil eines integrativen Therapieansatzes versteht.

3.4.2 Vorliegende Untersuchung zur Sporttherapie in der Psychiatrie

Die dargestellten Ziele und Inhalte stellen eine Art Hypothek dar, die nur ansatzweise eingelöst werden konnte. Zu schmal ist die empirische Basis der Sporttherapie, und dies wird nicht nur von Ärzten (DEYNET, 1979b; STEINBACH, 1981) beklagt, sondern auch von Vertretern der Sporttherapie selbst (DEIMEL, 1981, 1984a). Die generelle Schwierigkeit der Therapiefor- schung in der Psychiatrie, die bereits angesprochen wurde, verschärft sich hier durch ein spezifisches Problem. Der in der Psychopathologie und speziellen For- schungsmethodik erfahrene Arzt oder Psychologe weiß zu wenig um die sport-

therapeutischen Möglichkeiten; der in der Regel sportpädagogisch ausgebildete Sporttherapeut muß sich solches Wissen, wenn überhaupt, langwierig erarbeiten. So ist es verwunderlich, daß noch keine gemeinsamen Untersuchungen von Ärzten und Sporttherapeuten erschienen sind. Meist werden diese von sportwissenschaftlich-sportpädagogisch orientierten Autoren veröffentlicht. Eine der wenigen Ausnahmen ist die Untersuchung von ANDRES, einem Arzt (1976). Auch hier erfolgt eine starke Orientierung an einem medizinischen Krankheitsmodell. So wird davon ausgegangen, daß psychische Krankheiten als Störung übergeordneter psychovegetativer Regulationsmechanismen anzusehen sind.

"Das Training zwingt die Regulation des Organismus in eine bestimmte Richtung, ein Mißverhältnis zwischen starker psychischer und geringer physischer Belastung kann ausgeglichen werden." (ANDRES, 1976, 186)

Während vorherige Arbeiten nur den Aspekt der körperlichen Leistungsfähigkeit psychisch Kranker untersuchten (HOGDON/REIMER, 1960, 1962; NADEL/HORVATH, 1967), wurden hier ansatzweise Beobachtungsdaten über die psychische Befindlichkeit integriert. Angaben über die Diagnosen der acht untersuchten Patienten fehlen allerdings.

Aussagekräftiger ist die Untersuchung von DEIMEL, der eine signifikante Verbesserung des Sozialverhaltens, der Emotionalität und des motorischen Verhaltens an 23 psychotischen Patienten (nach ICD 295/296) nachweisen konnte (DEIMEL, 1980, 1983). Die untersuchten Probanden sowie die Vorgehensweise wurden hinreichend dargestellt, dies gilt auch für die gleiche Untersuchung mit psychiatrischen Langzeitpatienten (DEIMEL/SCHÜLE, 1982).

Eher den Charakter einer Pilotstudie hat die Untersuchung von CONROY/SMITH/FELTHOUSE, 1982), deren Ergebnisse die Autoren zu dem Schluss führen:

"a well designed exercise program has enough potential benefit to make it a regular part of a psychiatric in-patient program." (641)

Eine gesonderte Betrachtung unter dem Blickwinkel des Zusammenhangs von neuroleptischer Medikation und Koordinationsstörungen leisten DEIMEL/SCHÜLE, (1982; vgl. auch FALKE, 1982). Danach eignet sich ein sporttherapeutisches Programm auch zur Reduzierung des parkinsonartigen

Begleitsyndroms bei der medikamentösen Behandlung der schizophrenen Erkrankungen.

Wenn auch häufig methodisch unbefriedigend, so liegen doch für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis eine ganze Reihe von empirischen Untersuchungen vor. Es ist zu erwarten, daß auf Grundlage des Konzeptes der schizophrenen Basisstörung eine Evaluation sporttherapeutischer Ansätze durchgeführt werden kann.

3.4.2.1 Empirische Arbeiten über die Sporttherapie bei Depressiven

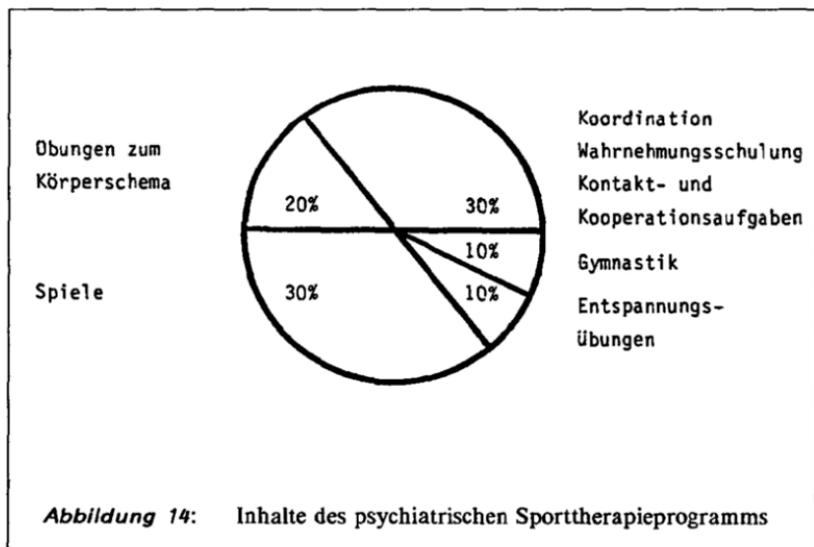
Arbeiten, die über den in Kapitel 3.3 dargestellten Laufansatz hinausgehen und Sporttherapie für depressive Patienten beschreiben oder gar untersuchen, liegen so gut wie nicht vor. Zwar reklamieren einige Arbeiten über den Zusammenhang von Sport und Depression zu berichten, rekurrieren aber sehr schnell auf Laufen als therapeutischen Ansatz (vgl. JONES und WEINHOUSE, 1979; ANTONELLI, 1982). Hinsichtlich unterschiedlicher Depressionsformen wird der so einseitig verstandene Sport nur für reaktive Formen empfohlen und gilt als kontraindiziert für endogene Depressionen.

HUBER (1980) konnte an 12 endogen depressiven Patienten die Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit nachweisen.

In einer umfangreichen theoretischen Arbeit rezipiert RUEPP (1984) vor allem die vorliegende US-amerikanische Literatur. Neben den bekannten Arbeiten über Jogging und Depression wird davon ausgegangen, daß der durch moderne Zivilisationserscheinungen in seinem Bewegungsdrang domestizierte Mensch aufgrund dieser Einschränkungen verstärkt dazu neigt, psychisch krank, speziell depressiv zu werden. Hier eine ausgleichende Funktion zu schaffen, wird als eine wesentliche Zielperspektive des Sports angesehen (vgl. auch SCHULZ, 1964, 100).

3.4.3 Inhalte der Sporttherapie in der Psychiatrie

Zu den wesentlichen Elementen, die dazu beitragen, aus Sport Sporttherapie werden zu lassen, gehört die Auswahl geeigneter inhaltlich-methodischer Angebote. Hinweise über den entsprechenden Weg, den die Sporttherapie gehen kann, finden sich naturgemäß eher in konzeptionellen Arbeiten, obwohl es auch zu den Aufgaben einer Therapieevaluation gehört, die Therapie und deren Variablen zu beschreiben. DEIMEL (1983, 126) kommt bei der Analyse seiner Sporttherapiestunden auf folgende inhaltliche Verteilung:



KRIETSCH-MEDERER beschreibt sehr anschaulich, wie sie mit einfach erscheinenden Aufgaben spezifische Effekte bei chronifizierten Langzeitpatienten erzielen kann (vgl. KRIETSCH-MEDERER, o.Jg.). Die Ansicht, daß immer

dann von Sporttherapie zu sprechen sei, wenn Patienten in irgendeiner Weise Sport treiben, wird leider auch von vielen Psychiatern geteilt (ANDRES, 1976; DEYNET, 1979; CONROY/SMITH/FELTHOUSE, 1982). Die Beiträge zeigen ihr traditionell geprägtes Sportverständnis dadurch, daß psychisch Kranke lediglich mit herkömmlichen Sportangeboten konfrontiert werden.

Beschreibungen, die den Verlauf einer Stunde und die inhaltlichen Verflechtungen der einzelnen Elemente zeigen, können am ehesten eine inhaltliche Konzipierung der Sporttherapie verdeutlichen (TSCHÖPE, 1978; DEIMEL, 1984a; DEIMEL/MARQUENIE, 1984a,b,c).

In der Praxisanwendung haben sich folgende Elemente bewährt:

- **Gymnastik:** Neben den herkömmlichen Zielen einer Gymnastik wie Kräftigung, Dehnung und Koordinationsverbesserung steht hier vor allem eine verbesserte Körperwahrnehmung im Mittelpunkt.
- **Kleine Spiele:** In fast jeder Arbeit erwähnt, stellen die sogenannten kleinen Spiele durch ihr überschaubares Regelwerk und die variabel zu gestaltenden Spielbedingungen einen wesentlichen Bestandteil der Sporttherapie in der Psychiatrie dar.
- **Freizeitsportarten:** Angebote wie Indiaka oder Family-Tennis, die ohne langwieriges Üben sehr rasch zu einem funktionierenden Spielgeschehen führen, können Erfolgserlebnisse vermitteln und dem Patienten aufzeigen, wie eine "sportliche" Freizeitgestaltung aussehen kann.
- **Spezifische Angebote:** Dabei werden teils bekannte, teils neue sportliche Inhalte so strukturiert und gestaltet, daß der therapeutische Anspruch möglichst optimal erfüllt wird. Sowohl die Zusammensetzung der Gruppe als auch die Bedürfnisse des einzelnen Patienten sind hier entscheidende Variablen.

Die in Kapitel 5.1.1 dargestellten Inhalte können dies für das Modell der Sporttherapie mit Depressionen verdeutlichen.

- **Entspannungsverfahren:** Relativ spät fanden Entspannungsverfahren Eingang in das sporttherapeutische Instrumentarium. Gerade bei psychotischen

Krankheitsbildern wurde befürchtet, damit eine Verschlechterung der Symptomatik zu provozieren. Die Erfahrung zeigt jedoch, daß außerhalb der akuten Phase auch psychotische Patienten einbezogen werden können. Dabei zeigt es sich auch, daß die körpernahen Verfahren wie die progressive Muskelentspannung nach JAKOBSEN besser geeignet sind als Verfahren, die, wie das autogene Training, durch ihre autosuggestive Komponente dem Patienten bisweilen ein Gefühl der Verlorenheit geben. Selbstverständlich erfordert die Einbeziehung von Entspannungsverfahren deren genaue theoretische und praktische Kenntnis, wobei sich zu Beginn eine Supervision durch einen Arzt oder durch einen Psychologen empfiehlt (vgl. DEIMEL/MARQUENIE, 1984c).

Für die therapeutische Qualität einer Sportstunde mit psychisch kranken Patienten ist neben dem inhaltlichen Aspekt der Vermittlungsaspekt zu beachten. Insgesamt gesehen wird dieser, für die Entwicklung der Sporttherapie bedeutsame Gesichtspunkt in der Literatur noch recht wenig berücksichtigt. Dies gilt sowohl für sporttherapeutische Arbeiten, als auch für Arbeiten zum Thema Jogging und Depression (vgl. 3.3). Wichtig wird dieser Aspekt vor allem dadurch, daß der normalerweise als Sportlehrer ausgebildete Sporttherapeut nicht nur pädagogische und therapeutische Ansprüche, sondern auch psychopathologische und sportwissenschaftlich begründete (z. B. Trainingslehre, Biomechanik, usw.) Ansprüche zu koordinieren hat. Dies erschwert nicht nur die grundsätzliche Entscheidung, welcher Schritt als nächster zu wählen ist, sondern verstellt auch den Blick auf möglicherweise günstigere Vorgehensweisen. Aus diesem Grund wird dann oft der Rückgriff auf gelernte und deshalb bekannte Verhaltensweisen gewählt, nämlich die des Sportlehrers. Dies führt dazu, daß eher Sport mit Patienten als Sporttherapie für Patienten gemacht wird.

Ansonsten wird hinsichtlich des Therapeutenverhaltens lediglich auf die von ROGERS entwickelten Prinzipien der Gesprächsführung verwiesen (vgl. ROGERS, 1972; TAUSCH/TAUSCH, 1975; ROGERS, 1985). Auf diesen Aspekt wird im Verlauf der Konzipierung des Modells in Kapitel 4 ausführlich eingegangen werden.

Der Überblick zeigt, daß es sich bei der Sporttherapie in der Psychiatrie um ein Konstrukt handelt, dessen mangelnde Validität vor allem in einer noch nicht oder nur ansatzweise geleisteten Theoriebildung begründet liegt. Sporttherapie in der Psychiatrie bildet somit ein zu weiten Teilen hypothetisches Konstrukt, an das von unterschiedlicher Seite unterschiedliche Erwartungen gestellt werden. Diese reichen vom ergänzenden Freizeitangebot über eine stützende Rolle als soziotherapeutisches Verfahren bis zur Sichtweise der Sporttherapie als eigenständige Psychotherapie (NITSCH/NITSCH, 1979).

Der Überblick zeigt weiterhin, daß sich Zielperspektiven zwar schlüssig entwickeln lassen (DEIMEL, 1983, 121-125), deren Umsetzbarkeit in die Praxis aber sicherlich um so größer wird, je enger sie sich an einem bestimmten Krankheitsbild oder an einer gegebenen psychopathologischen Symptomatik orientiert.

Dies macht es notwendig, ein spezielles Modell für die Sporttherapie mit depressiven Patienten zu entwickeln, wobei die vorliegenden Erkenntnisse aus Psychiatrie, klinischer Psychologie und Sportwissenschaft den theoretischen Bezugsrahmen bilden. Anhand dieses Modells soll die Frage noch einmal aufgegriffen werden, inwieweit sich diese Vorgehensweise als sportpädagogisch, sporttherapeutisch oder gar psychotherapeutisch versteht.

3.5 Mögliche Wirkmechanismen

Werden in den oben dargestellten Arbeiten Aussagen darüber gemacht, welche Mechanismen die vermuteten oder festgestellten Therapieerfolge bewirken, so bleiben diese größtenteils spekulativ. Dabei konzentrieren sich diese Ansätze auf die folgenden, auch schon eingangs dargestellten Bereiche:

- Psychophysiologie,
- Körpererfahrung,
- soziale Interaktion,
- allgemeine Aspekte der Befindlichkeitsveränderung durch Sport.

Trotz der Tatsache, daß diese einzelnen Bereiche sich im eigentlichen Verlauf der Sporttherapie verschränken und auch gegenseitig voneinander abhängig sind, eignet sich für eine analytische Aufarbeitung eher deren getrennte Betrachtung. Dies kann auch ein Schritt dazu sein "eine Einbettung psychischer Effekte durch körperliches Training in einen größeren theoretischen Bezugsrahmen" (BIERHOFF-ALFERMANN, 1986, 16; vgl. auch FOLKINS/SIME, 1981) zu leisten. Bis jetzt fehlt ein übergeordnetes, theoriegeleitetes Modell, welches den allgemein postulierten Zusammenhang zwischen Psyche und physiologischem Bereich, zwischen Befindlichkeit und körperlicher Betätigung klärt.⁹

3.6 Psychophysiologische Ansätze

Psychophysiologie, deren Interdisziplinarität schon im Namen zum Ausdruck kommt, ist ein relativ junges Forschungsgebiet, welches sowohl von der Sportpsychologie als auch von der klinischen Psychologie berücksichtigt wird.

"Gegenstand der Psychophysiologie ist die funktionelle Wechselbeziehung zwischen psychischen (mental, emotionalen) und körperlichen (nervalen, biochemischen) Vorgängen." (NITSCH/CHRISTEN, 1984, 565)

Als wesentliche Tätigkeitsbereiche mit sportlichem Bezug lassen sich die folgenden ansehen (vgl. SCHWENKMEZGER, 1979, 126; SCHRODE, 1986, 16):

- Psychophysiologische Analysen im Leistungssportlichen Bereich (z. B. Vorstartzustand);
- Untersuchung zur Psychophysiologie des rezeptiv-motorischen Lernens;
- Psychophysiologische Veränderungen durch sportliche Betätigung.

In Zusammenhang mit der Frage eines therapeutischen Einsatzes des Sports bei Depressionen ist insbesondere der letzte Aspekt bedeutsam. Dies vor allem des-

⁹ Überstrapaziert wird dabei das in diesem Sinne auch falsche Zitat "Mens sana in corpore sano", welches sicherlich nicht geeignet ist, die dabei bestehenden Zusammenhänge zu erhellen.

halb, weil wir uns hier an einer Nahtstelle befinden, an der physiologische Mechanismen, die Depressionen mitverursachen und möglicherweise aufrechterhalten, mit denen verglichen werden können, die im Verlaufe von sportlichen Aktivitäten moduliert werden.

Eine der wesentlichen Aufgaben zukünftiger Depressionsforschung besteht darin, "to determine ways in which behavioral events can alter biochemical events and how those changed biochemical processes effect subsequent behavior" (BOARD ON MENTAL HEALTH, 1985, 18).

Werfen wir einen Blick auf das methodische Inventar der Psychophysiologie, so unterscheiden NITSCH/CHRISTEN (1984) drei Gruppen: Indikatoren zur zentralnervösen Aktivität (EEG), Indikatoren peripher-nervöser Aktivität (EMG, EKG, Blutdruck, elektrodermale Aktivität), Anamnese biochemischer Parameter. Für die Fragestellung dieser Arbeit besitzt wiederum die letzte Gruppe die größte Relevanz. Wie in Kapitel 2.4.2 dargestellt, sind es zwei Substanzen, vielmehr Substanzklassen, die dabei besonders betrachtet werden müssen: die Endorphine/Enkephaline sowie die Neurotransmitter/ Neuromodulatoren.

3.6.1 Endorphine

In der zweiten Hälfte der siebziger Jahre wurde eine Reihe von Substanzen im Körper des Menschen entdeckt, denen eine opiatähnliche Wirkung zugewiesen wurde. Diese wurden sowohl im Großhirn, dort "highly localized in emotional and pain sensing parts of the brain" (SACHS, 1984b, 281), als auch im Plasma vorgefunden. Weitergehende Untersuchungen zeigten, daß diese körpereigenen Opiate in stark erhöhter Konzentration nach Ausdauerbelastungen angetroffen wurden (KRÜGER/WILDMANN, 1984; 1986). Obwohl die verschiedenen Endorphine chemisch gesehen andere Substanzen darstellen als das Morphin, das schmerzunterdrückende Extrakt aus der Opiumpflanze, so zeigen sie doch auf Grund der ähnlichen Raumstruktur eine gleiche Wirkung. Ein entscheidendes Merkmal ist dabei der wirksspezifische Antagonismus zu Naloxon. Naloxon besetzt die spezifischen Endorphinrezeptoren und verdrängt dadurch das eigentliche Endorphin kompetitiv. Die mögliche Endorphinwirkung wird dadurch auf-

gehoben.

Die Existenz einer Vielzahl von Endorphinen, von denen das Met-Enkephalin und Beta-Endorphin die stärkste neuromodulierende Wirkung haben, wurde in einer Vielzahl von Untersuchungen nachgewiesen (HUGHES et al., 1975; BOLLES/FANSELOW, 1982). Wurde die Entdeckung der Endorphine ursprünglich sehr euphorisch als entscheidender Fortschritt der Neurophysiologie gefeiert, so wird deren Bedeutung heute etwas nüchterner eingeschätzt. Zur Wirkungsweise und zur generellen Bedeutung muß nämlich immer noch festgehalten werden: "The precise psychological role of endorphines remains unclear" (RIGGS, 1981, 225).

Hypothesenformulierung und entsprechende Forschungsarbeiten konzentrieren sich auf die folgenden funktionalen Zusammenhänge:

Schmerzmodulierende Wirkung der Endorphine

Die strukturelle Verwandtschaft mit dem Morphinum legte eine ähnliche schmerzmodulierende Wirkungsweise nahe. Diese Vermutung konnte in mehreren Untersuchungen erhärtet werden (vgl. SCHRODE, 1986, 51). Dabei wurden sowohl im Großhirn als auch im Rückenmark prä- und postsynaptisch Endorphine ausgeschüttet, die die afferenten Schmerzsignale entsprechend modulieren.

Befindlichkeitsveränderungen

Neben der analgetischen Wirkung werden die Endorphine auch für einen euphorischen Stimmungsanstieg verantwortlich gemacht. Es lag nahe, den in zahlreichen Untersuchungen festgestellten erhöhten Endorphinspiegel bei Langstreckenläufern in Verbindung mit dem sogenannten "runners high" zu bringen (vgl. KRÜGER/WILDEMANN, 1985, 1986a, 1986b). Die Rolle der Endorphine bei diesem auch als "second second wind" beschriebenen Phänomen bleibt jedoch umstritten. So stellt APPENZELLER, einer der aktivsten Forscher auf diesem Gebiet, fest:

"Endurance running produces a marked increase in beta-endorphin. Whether this increase persists after physical activity and is responsible for the 'runners high', the behavioral alterations of endurance-trained individuals, improved libido, heightened pain threshold, absence of depression and other anecdotal effects of endurance training

remains conjectural." (APPENZELLER et al., 1980, 419)

Ebenso nur auf Ansicht gestützt ist die Vermutung, daß die Laufsucht (running addiction) durch diesen Endorphinmechanismus verursacht wird (vgl. SACHS/PARGMAN, 1984).

Interaktion mit anderen biochemischen Mechanismen

Die oben erwähnten Mechanismen werden in der Regel gemeinsam mit anderen neuroendokrinen Vorgängen gesteuert. Die Abfolge und Interdependenz ist bis heute weitgehend ungeklärt, "im komplexen Zusammenspiel hormoneller Regulation wird ein Einfluß der Endorphine auf verschiedene weitere Hormone vermutet" (SCHRODE, 1986, 55).

Absolut nicht in das Bild der körpereigenen Rauschdroge Endorphin paßt der Befund, daß bei depressiven Patienten eine erhöhte Konzentration dieser Stoffe festgestellt wurde (vgl. RISCH, 1982; COHEN et al., 1984; KRÜGER/WILDMANN, 1985). Die naheliegende Erklärung der antidepressiven Wirkung eines Ausdauertrainings durch die erhöhte Endorphinausschüttung scheint vorerst unmöglich. Vorerst auch deshalb, weil massive methodische Probleme den Zugriff auf gesicherte Fakten erschweren. So ist stark umstritten, in welchem Ausmaß die periphere Plasma-Endorphinkonzentration, und nur diese läßt sich bis jetzt messen, die Verhältnisse im zentralen Nervensystem widerspiegelt.

"Endorphins have been regarded as a possible mediator of exercise's effects on the emotions, but their initial promises have been clouded by research that questions the validity of serum endorphin measurements as indicators of endorphin levels in the brain." (MELLION, 1985, 98)

Auf der Grundlage von verschiedenen Untersuchungen stellen HAWLEY und BUTTERFIELD fest:

"Intravenous injection of the opioid does not effect perception of pain or mood and does not alter beta-endorphin levels in the cerebrospinal fluid, whereas injection into the cerebral ventricle and intrathecally causes profound analgesia." (HAWLEY/BUTTERFIELD, 1981, 1591)

Gesicherte Aussagen über die Rolle der Endorphine als Wirkmechanismus im Rahmen der Sporttherapie bei Depressiven, erfordert zum einen die Verbesse-

rung der Messmöglichkeiten (vor allem Einblick in cerebrale Stoffwechselfvorgänge), zum anderen eine darauf aufbauende Grundlagenforschung, die die möglichen Wirkungsweisen der Endorphine abklärt. Nur auf der Basis solcher Erkenntnisse lassen sich die noch bestehenden widersprüchlichen Befunde aufklären. Aus diesem Grunde ist es momentan noch nicht angebracht, eine Wirkung der Sporttherapie über Endorphinmechanismen zu postulieren.

3.6.2 Neurotransmitter

Im Hinblick auf biochemisch orientierte Depressionskonzepte vor allem in Zusammenhang mit der Psychopharmakologie sind Veränderungen der als Neurotransmitter fungierenden biogenen Amine von Bedeutung. Dies betrifft hauptsächlich die Katecholamine Dopamin und Noradrenalin sowie das Indolamin Serotonin. Unter allen Variablen, die im Rahmen psychophysiologischer Forschung erhoben werden, weisen gerade diese Substanzen einen engen Bezug zu Depressionskonzepten auf.

Wenn zur Erklärung der Funktionsprinzipien des Großhirns der Vergleich mit einem Computer herangezogen wird, so zeigt sich die geringe Brauchbarkeit dieser Überlegung gerade an der durch Neurotransmitter ermöglichten Übertragungsvorgänge. Kennt der Rechner nur eine digitale Arbeitsweise auf binärer Basis ("Strom oder nicht Strom"), so wird durch die neurohumorale Übertragung "die besondere Vielfalt und die Dynamik bei neuronalen Prozessen ermöglicht" (VOIGT/FEHM, 1987, 47). Die komplexen neuronalen Interaktionsstrukturen lassen sich durch die folgenden Modellvorstellungen verdeutlichen:

- a. Das einfache Modell, nach dem der Neurotransmitter als Schlüssel, der Rezeptor als Schlüsselloch fungiert, muß revidiert werden (vgl. auch entsprechende Ansätze der Depressionsforschung in Kapitel 2.4).
Es gibt auf einer postsynaptischen Membran in der Regel mehrere, auch antagonistische Rezeptoren (vgl. WEICKER et al. 1981).
- b. Die Neurotransmission und Neuromodulation wirkt nicht direkt, sondern die entsprechenden Substanzen lösen einen "second-messenger Mechanis-

mus" aus, der längere Zeit benötigt und dessen Wirkung in der Folge auch länger anhält.

- c. Viele synaptische Übertragungen werden nicht nur von einer, sondern von mehreren Substanzen beeinflusst. Unterschiedliche Konzentration und Mischungsverhältnisse ermöglichen eine Vielzahl von Reaktionsmustern innerhalb des entsprechenden Areals.

Von sportmedizinischer Seite ist der Anstieg der peripheren Konzentration der Indol- und Katecholamine durch sportliche Aktivitäten verschiedenster Art gut dokumentiert (vgl. LEHMANN et al., 1983; GIEBEL/SCHÖPPE, 1984; PLUTO et al., 1986; SCHRODE et al., 1986). Nachdem physiologische Depressionskonzepte (vgl. Kapitel 2) zumindest von einem Defizit an neuronalen Überträgersubstanzen ausgingen, lag die Vermutung nahe, daß "eine Stimmungsaufhellung bei depressiven Patienten nach sportlichem Training psychoendokrinologisch über die Amine mediiert werden könnte." (SCHRODE, 1986, 61)

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Zusammenhänge wirkt dieser Ansatz recht grobgeschnitzt. Dies gilt umso mehr, als in der Regel nur die periphere Konzentration an Katechol- und Indolamine gemessen wurde, diese, wie auch die endophinergen Substanzen, die Blut-Hirn-Schranke so gut wie gar nicht passieren können.

Es gibt bis jetzt nur eine einzige Untersuchung, die auf einen möglichen gleichsinnigen Anstieg peripherer und zentraler Neurotransmittersubstanzen durch Ausdauerbelastung berichtet und zwar die Untersuchung an Rattenhirnen von BLISS und AILION (BLISS/AILION 1971).

3.6.3 Zusammenfassung

Die Möglichkeit durch körperliche Aktivitäten, speziell sportliche Ausdauerleistung, positiv auf den gestörten Hirnstoffwechsel von Depressiven einzuwirken, kann momentan weder gänzlich verworfen noch endgültig bestätigt werden. Die vorliegenden Befunde sowie die ansatzweisen ex-post-facto-Erklärungen können allenfalls als Indizien, nicht als Beweise dienen. Voraussetzung für weitere For-

schungsarbeiten sind Ergebnisse der Grundlagenforschung, die sich vor allem folgender Probleme annehmen muß:

- Entwicklung von Meßmethoden, die Einblick in cerebrale Stoffwechselläufe des Menschen geben können;
- Aufklärung der pathophysiologischen Mechanismen der Depression, nicht nur über den Umkehrschluß der pharmakogenen Wirkungsweisen;
- Aufklärung der durch Bewegung induzierten Veränderungen der Neurotransmitter und Neuromodulatoren.

Trotz des geringen Umfangs wirklich gesicherter Erkenntnisse sollten psychophysiologische Aspekte immer in sporttherapeutische Überlegungen in der Psychiatrie einbezogen werden. Sie sind deshalb auch als ein wichtiges Element des theoretischen Bezugsrahmens solcher Ansätze zu betrachten. Annahmen über monokausale biochemische Wirkzusammenhänge sind sicherlich dabei ebenso falsch wie die Ignoranz gegenüber derartigen Aspekten.

3.7 Bedeutung der Körpererfahrung für die sporttherapeutische Konzeption

Körperschema, Körpererfahrung, Körperbild stehen für eine Vielzahl von Begriffen, die sowohl von sportwissenschaftlicher Seite als auch von psychotherapeutischer Seite die sogenannte "Wiederentdeckung des Körpers" charakterisiert (vgl. IMHOF, 1983; RITNER, 1986).

Da von möglichen Wirkmechanismen der Sporttherapie bei Depressiven die Rede sein soll, sind hier spezifische Effekte gemeint, die durch Körpererfahrungsübungen eine veränderte und restaurierte Einstellung zum eigenen Körper herbeiführen. Beschäftigen wir uns in diesem Bereich damit, "wie Individuen ihren eigenen Körper erleben, welche Beziehung sie zu ihrem Körper haben, wie sie mit ihm umgehen" (PAULUS, 1982, 1), so leitet sich daraus schon eine wesentliche Begründung für die Relevanz der Körpererfahrung im Rahmen der

Depressionsbehandlung ab.

Wie sich diese Körpererfahrung, sicherlich individuell unterschiedlich, im Umgang mit dem eigenen Körper konstruiert, welche Faktoren die Beziehung und den Umgang mit dem eigenen Körper bestimmen, dies wird noch sehr kontrovers diskutiert. Es soll in der Folge deshalb kurz darauf eingegangen werden.

3.7.1 Körpererfahrung zwischen Sportwissenschaft und Psychopathologie

Sportwissenschaft und Sportpädagogik haben sich erst sehr spät dem grundlegenden Bereich der Körpererfahrung zugewandt:

"Körpererfahrung - oder welche Termini in diesem Zusammenhang auch immer Verwendung gefunden haben - ist bisher vornehmlich aus psychopathologischer und psychotherapeutischer Sicht thematisiert worden, wobei sich die diesbezügliche Forschungs- und Publikationslage sehr breit und vielschichtig darstellt, wenngleich terminologische und definitorische Uneinheitlichkeiten die Informationsmöglichkeiten auch sehr einschränken oder oft zumindest erschweren!" (BIELEFELD, 1986c, 283)

Dies ist sicherlich zutreffend, wenn man von der absoluten Zahl der Arbeiten ausgeht, nicht aber, wenn man dies in Relation zu anderen Ansätzen aus der klinischen Psychologie und Psychiatrie betrachtet. Von daher wird das Thema Körpererfahrung auch von der Psychopathologie eher marginal betrachtet.

Speziell im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen und den dabei auftretenden verzerrten Wahrnehmungen des eigenen Körpers sind die Arbeiten von SCHILDER (1935) und HEAD (1926) zu sehen. Zum ersten Mal wurde dabei die Körperwahrnehmung über ihren medizinisch-funktionalen Zusammenhang hinaus um psychologische Aspekte erweitert (vgl. auch die Überblicksdarstellung bei BIELEFELD, 1986b).

In teilweiser Weiterführung dieser Überlegungen finden sich auch Wurzeln der in Kapitel 3.2 dargestellten körperzentrierten Therapieformen.

Einen pragmatischen Zugang zum Thema Körpererfahrung von Seiten der klinischen Psychologie verwirklichte SHONTZ mit einer Reihe von Arbeiten (SHONTZ, 1969, 1974, 1975), die als grundlegend zu betrachten sind. Störungen in diesem Bereich, "body-image disorders", wie SHONTZ sie nennt, sind oft

an der Entstehung und am Verlauf verschiedenster Krankheitsbilder beteiligt. Diese können aufgrund folgender Ursachen entstehen:

1. Disorders resulting from damage to the brain;
 2. Disorders due to damage to other parts of the nervous system, without loss of bodyparts; particularly as they affect posture and movement;
 3. Disorders due to acute dismemberment;
 4. Disorders due to toxic or metabolic disturbance;
 5. Disorders due primarily to psychological meanings of bodychange;
 6. Disorders traceable to faulty personality development."
- (SHONTZ, 1974, 467)

Sehr praxisnah und pragmatisch sind die von ihm formulierten therapeutischen Vorschläge.

- | |
|--|
| <p>A. Basic sensory-motor capacities</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Altering sensory thresholds 2. Improving perceptual-organizational capacities 3. Aiding retention and learning 4. Improving strength or coordination <p>B. Skills</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activities of daily living 2. Vocational 3. Recreational or expressive <p>C. Interpersonal contacts</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. To reorganize or re-evaluate personal adjustment 2. To promote common group goals <p>D. Psychotherapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. For disorder due primarily to faulty personality development or adaptation 2. For disorder due primarily to disturbed reaction to change of body condition |
|--|

Abbildung 15: Behavioral Treatments of Body-Image Disorders (SHONTZ, 1974, 471)

Aus diesen Vorgaben ergeben sich Anregungen und auch Konsequenzen für die Integration von Übungen zur Verbesserung der Körpererfahrung auch im Rahmen eines sporttherapeutischen Modells zur Depressionsbehandlung.

Von seiten der Sportwissenschaft sind Ansätze einer Betrachtung der Körpererfahrung teilweise in der Bewegungslehre enthalten (vergl. FETZ, 1972). Im Mit-

telpunkt stehen dabei aber vorwiegend Betrachtungen des Körperschemas, also des funktionalen Zusammenspiels der einzelnen Körperteile in Hinblick auf dessen Bedeutung für das Bewegungsklernen.

Die Tatsache, daß der Körper nicht nur funktionierender Organismus, sondern "gleichsam Bedingung und Ursprung des Bewegungsvollzuges darstellt" (BAUMANN, 1975, 9) wird nicht oder nur wenig berücksichtigt.

Für die nächsten Jahre zeichnet sich eine stärkere Einbeziehung des Aspekts Körpererfahrung in sportwissenschaftlichen Arbeiten ab (vgl. dazu den Übersichtsband von BIELEFELD, 1986a).

Eine weitere Entwicklungslinie wird erkennbar durch die Betrachtung des anthropologisch-phänomenologischen Aspektes. Dabei stellt BUYTENDIJK's Beitrag insofern eine Erweiterung dar, als er die individuelle, persönlichkeitspezifische und auch entwicklungsabhängige Bedeutung der Herausbildung des Körperschemas aufzeigt.

"Die Betrachtung der Bewegung erfordert eine andere Arbeitsweise als der physikalisch oder mechanisch denkende Physiologe, der sich mit den im Körper ablaufenden Prozessen beschäftigt." (BUYTENDIJK, 1956, 12; vgl. auch MERLEAU-PONTY, 1984)

Daran anknüpfend läßt sich auch eine starke Akzentuierung der Körpererfahrung, hier wieder speziell des Körperschemas, durch die Konzeption der psychomotorischen Übungsbehandlung begründen (vgl. KIPHARD, 1983a;1987). Diese rückt den Zusammenhang zwischen psychischer und motorischer Entwicklung in den Mittelpunkt ihrer Arbeit, wobei "Ganzheitlichkeit" als prägendes Prinzip der Psychomotorik verstanden wird (vgl. STEHN/EGGERT, 1987). Dabei ist die Entwicklung des Körperschemas notwendige Voraussetzung für weitere motorische und psychische Entwicklungsschritte.

Die drei vorgestellten Ansätze, derjenige der Bewegungslehre, der anthropologisch-phänomenologische sowie der psychomotorische lassen unterschiedliche Sichtweisen des Bereichs Körpererfahrung erkennen.

Wie oben schon angesprochen, wird sich die Sportwissenschaft in Zukunft diesem Bereich zuwenden müssen. Dabei lassen sich zwei unterschiedliche Richtungen ausmachen:

- Ausweitung des Aspekts der Körpererfahrung als Grundlage verbesserter sportmotorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, zum Beispiel durch den Ansatz des "inner training", also Körpererfahrung als Grundlage zur Leistungsverbesserung auf verschiedenen Ebenen. Körpererfahrung zielt damit auch auf neue Bezugsgruppen ab und wird vor allem hinsichtlich seiner grundsätzlichen Bedeutung für das Bewegungslernen neu gewichtet werden müssen.
- Körpererfahrung als eigentliches Ziel des Sporttreibens. Damit ist eine Erweiterung des Erfahrungshorizontes gemeint, der als Grundlage einer weiteren Persönlichkeitsentwicklung betrachtet wird (vgl. "Körpererfahrung als dialogische Erfahrung" und "Körpererfahrung als Selbsterfahrung" bei LEIST/LOIBL, 1986, 44-45). Dieser Aspekt gewinnt vor allem dann therapeutischen Charakter, wenn es sich bei der Zielgruppe um eine solche handelt, bei der "body-image disorders" (SHONTZ, 1974, 461) ein wesentliches Element des Krankheitsgeschehens darstellen.

Ein Überblick zeigt, daß der Bereich Körpererfahrung bisher nur ansatzweise von Psychiatrie, klinischer Psychologie oder Sportwissenschaft aufgearbeitet wurde. Die einzelnen Arbeiten sind dazu stark vom spezifischen Erkenntnisinteresse der jeweiligen Disziplin geprägt. So steht eine allseits akzeptierte definitive Abklärung bis heute noch aus. SHONTZ, der den Begriff "body-image" benutzt, bemerkt dazu:

"As a theoretical entity, the body-image has suffered the fate of many similar constructs. It has become a thing rather than an abstraction; it has been defined in so many ways that it has lost specific meaning; its relations to other theoretical constructs have been ignored or discribed so imprecisely that its properties have been obfuscated rather than clarified." (SHONTZ, 1974, 461)

Auf den für diesen Bereich bedeutsamen persönlichkeitspezifischen Aspekt weist PAULUS hin:

"Welche Bedeutungen der Körpererfahrung relevant werden in der Selbsttheorie, hängt ab von den in der Lebensgeschichte des Individuums sich realisierenden, über die Jahre hin wechselnden lebensthematischen Bezügen. Das Individuum entwickelt Zielprojektionen für die eigene Lebensgestaltung in den verschiedenen Lebensepochen, in denen dem Körper bzw. den Körperteilen oder Körperregionen unterschiedliche Bedeutung zufällt." (PAULUS, 1986, 113)

3.7.2 Die Relevanz der Körpererfahrung für die Behandlung depressiver Patienten.

Die oben zitierte Aussage verweist mit ihrem Bezug auf Lebensgestaltung und Lebens epoche direkt auf eine Umsetzbarkeit solcher Überlegungen im Verlauf depressiver Erkrankungen.

Zur Begründung des Einsatzes von Körpererfahrungsübungen eignet sich weniger die ätiologische, als die symptomatische Ebene depressiver Erkrankungen. Dabei zeigt sich bei einer diagnostischen Annäherung ein Geflecht verschiedener leibnaher Symptome, wie Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Herzschmerzen usw., die so stark im Vordergrund der Krankheit stehen können, daß der behandelnde Arzt die solchermaßen lavierte Depression (vgl. KIELHOLZ, 1971) schwer zu erkennen vermag.

Greift man das von BIRBAUMER (1980) vorgestellte Depressionsmodell noch einmal auf (vgl. Kapitel 2.3), so zeigt sich die depressive Erkrankung als Antwort auf: "Long-lasting stimulus conditions" sowie "immediately preceding stimuli", wobei folgende Faktoren berücksichtigt werden:

a., b., c. covarying to an unpredictable degree and influencing each other on the stimulus level

a) *physiological* (languages of biochemistry, pharmacology and psychophysiology): biochemical changes, i.e. NA-depletion, growth hormone metabolism, sexual hormones; autonomic changes: circadian rhythm disorder (stage 3 and 4, REM), electrodermal changes, cortical arousal changes, i.e. habituation and classical and instrumental learning of different physiological responses;

b) *cognitive* (languages of experimental psychology, particularly cognitive psychology): labeling and attribution of external and internal stimuli (verbal conditioning). Primary and secondary appraisal and reappraisal of external and internal stimuli, the coping repertoire and the coping response; "instructional" control of motor and autonomic behavior ("self-control");

c) *motor* (languages of motor skill sciences and ethology): non verbal expressive behavior: facial expression, eye contact, gross bodily movement; muscular tonus and muscular tension.

Abbildung 16: The Depressive Response (BIRBAUMER, 1980, 151)

Dabei stehen die zuletzt unter a.,b.,c. genannten Konsequenzen im engen Zusammenhang mit dem Aspekt der Körpererfahrung, wobei gerade der Interaktion von physiologischen, kognitiven und motorischen Faktoren Bedeutung zukommt.

Schon eine phänomenologische Annäherung an den depressiven Patienten zeigt, abseits aller möglichen ätiopathogenetischen Konzepte, die Notwendigkeit, Übungen zur Körpererfahrung als Element in ein Sporttherapieprogramm zu integrieren.

Erschwert werden solche Bemühungen durch das Fehlen einer theoriegeleiteten Präzisierung des Konstruktes Körpererfahrung. Trotzdem lassen sich im spezifischen Falle auf Grund langjähriger Erfahrung bestimmte Mechanismen postulieren, die sich gegenseitig beeinflussen und aufeinander aufbauen.

Obwohl es noch keine diesbezüglichen Untersuchungen gibt (vgl. dazu MRAZEK, 1986), kann davon ausgegangen werden, daß depressive Patienten ihre Einstellung zum eigenen Körper in der Krankheit verändern. Dies gilt vor allem dann, wenn "Einstellungen lediglich als affektive Bewertung eines Sachverhaltes zu verstehen sind" (MRAZEK, 1986, 226). Übungen zur Körpererfahrung müssen also versuchen, eine entsprechende Umstrukturierung der affektiven Bewertung zu bewirken. Inhaltliche Angebote und methodische Konzepte sind so zu wählen, daß dem Patienten dieser Aspekt bewußt gemacht wird. Dies kann geschehen, indem der Patient für entsprechend positive Wahrnehmung sensibilisiert wird (z. B. angenehme Müdigkeit nach einer Sportstunde, Empfindungen beim Springen auf dem Trampolin).

In diesem Zusammenhang bedeutsam ist auch das Erleben des eigenen Körpers als "sinnliche Qualität". Dies tritt immer dann auf, wenn sich der depressive Patient aus seiner Passivität löst, seinen Körper in angenehmer Weise spürt, die im Verlauf der Krankheit meist negativen Signale seines Körpers durch positive Signale ersetzt werden. Dabei verdient Körpererfahrung als "heimliches Thema fertigungsorientierten Sportunterrichts" (LOIBL/LEIST, 1986, 38) Beachtung. So spielt dieser Gesichtspunkt auch eine wesentliche Rolle bei der Erklärung möglicher Effekte der Lauftherapie (vgl. Kapitel 3.3).

Es wird deutlich, daß Körpererfahrung innerhalb sporttherapeutischer Ansätze, innerhalb des Laufansatzes und auch innerhalb der sogenannten Körpertherapien eine Rolle spielt. Als möglicher Wirkmechanismus steht er dabei in enger Verbindung mit anderen, die hier dargestellt werden, wobei es bis jetzt noch nicht gelang, auch aufgrund begrifflicher Mehrdeutigkeiten, dessen Spezifität herauszuarbeiten. Allenfalls zeigen die Befunde, daß eine hohe Korrelation zwischen Einstellung zu sich selbst und Einstellung zum eigenen Körper besteht (vgl. MRAZEK, 1986, 209). Ein sinnvoller Zugang stellt somit die Praxis dar, mit der Körpererfahrung innerhalb der Sporttherapie vermittelt wird. Dies soll

im Kapitel 4 geschehen.

3.8 Förderung der Sozialkompetenz

Als ein wesentlicher Bestandteil depressiver Symptomatik sind Beziehungsstörungen anzusehen, die sich folgendermaßen präzisieren lassen:

„Verlust emotionaler Beziehung und Gefühle zu den anderen, Nachlassen der Schwingungs- und Erlebnisfähigkeit, ängstliches Registrieren einer wachsenden Distanz zur Umwelt, und dabei jedoch zunehmend Anspruchshaltung auf Zuwendung und Liebe.“
(FAUST/HOLE/WOLFERSDORF, 1984, 10)

Die große Bedeutung, die dieser Aspekt für die Symptomatik der Depression hat, impliziert die Notwendigkeit, die entsprechenden Gesichtspunkte in ein Konzept der Sporttherapie zu integrieren.

Wenn DIGEL die rhetorische Frage stellt: „Gelingt Kommunikation im Sport besser als in anderen Bereichen?“ (DIGEL, 1977, 127), so muß hier gefragt werden: Wie lassen sich die eventuell vorhandenen Möglichkeiten zur Verbesserung kommunikativer Kompetenz im Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten im Rahmen einer Depressionsbehandlung nutzen? Abseits aller Unklarheiten um den Begriff Kommunikation, die hier nicht weiter diskutiert werden sollen, erfordert eine spezifische Aufarbeitung in diesem Zusammenhang die nähere Betrachtung der folgenden strukturellen Elemente:

- Der Aspekt der nonverbalen Kommunikation im Rahmen des Interaktionsverhaltens depressiver Patienten;
- die im Rahmen der Sporttherapie gegebenen Möglichkeiten einer sozialen Unterstützung (social support);
- Soziales Lernen im Sport;
- die therapeutischen und pädagogischen Möglichkeiten, die sich durch die Anwendung von Spielen ergeben.

Diese strukturellen Elemente stehen sicherlich in einer wechselseitigen Beziehung zueinander und interagieren ihrerseits wiederum mit anderen postulierten Wirkmechanismen, wie der Körpererfahrung oder der Verbesserung der Befindlichkeit.

3.8.1 Die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation

Die veränderten nonverbalen Verhaltensweisen in Kommunikationssituationen haben für depressive Störungen eine solche Relevanz, daß sie von verschiedenen Autoren zu diagnostischen Zwecken herangezogen wurden (vgl. ELLGRING, 1977; sowie standardisiertes Interview für depressive Patienten {SID} des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München 1982). Der Schwerpunkt der Betrachtung nonverbaler Aspekte liegt dabei vor allem im Vorfeld der Kommunikation im Sinne der Ko-Orientierung der Gesprächspartner. In diesem Zusammenhang stellt für depressive Patienten der Wiederaufbau nonverbaler Verhaltensweisen ein wesentliches Therapieziel dar (vgl. SCHERER, 1979). Nonverbale Kommunikation aktualisiert sich dabei in folgenden Bereichen (vgl. SCHERER/WALLBOTT, 1979): Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Gestik/Handbewegung. Als weiterer Aspekt ist dabei noch die Körperhaltung in ihrer Bedeutung in verschiedenen Kommunikationssituationen zu nennen: "Körperhaltungskonfigurationen und Körperstellungen enthüllen auf einen Blick einen Großteil dessen, was in einer Interaktion vor sich geht" (SCHEFLEN, 1979, 151). STRAUB und KOPITKE (1983, 232-243) betonen den Gesichtspunkt der nonverbalen Kommunikation innerhalb ihres Ansatzes einer themenorientierten Interaktion bei stationär depressiven Patienten.

Für die Sporttherapie ist dieser Aspekt insofern bedeutsam, als innerhalb der Sportstunden eine Fülle von Situationen geschaffen werden können, die eine nonverbale Kommunikation geradezu provozieren. Ein entsprechend abgestuftes Repertoire von Partnerübungen und kleinen Spielen kann so modifiziert werden, daß ohne direkte Einflußnahme eine erhöhte Häufigkeit von Blickverhalten, eine

ausgeprägtere Mimik und Gestik bei den Patienten feststellbar wird.¹⁰

Von seiten der Sportwissenschaft wurde dieser Aspekt nur ansatzweise und hauptsächlich mit leistungssportlichem Bezug (im Sinne des peripheren Sehens in Mannschaftsspielen) berücksichtigt. Mit ein Grund dafür ist die schwierige Operationalisierung dieser Vorgänge, zumal die Rolle der nonverbalen Kommunikationsprozesse im sportlichen Handlungsfeld noch sehr wenig theoretisch abgesichert ist (vgl. GABLER/NITSCH/SINGER, 1986):

3.8.2 Soziale Unterstützung im Sport

Es besteht ein Konsens darüber, daß sozialer Unterstützung für die Entstehung und den Verlauf depressiver Krankheiten eine entscheidende Funktion zukommt (vgl. STRAUB/KOPITTKKE, 1983). Besonders in Zusammenhang mit dem Konzept des Verstärkerverlustes ergeben sich Verknüpfungen, da die soziale Umgebung eine der wesentlichen Verstärkerquellen darstellt. Uneinigkeit besteht allerdings darüber, wie sich diese soziale Unterstützung oder "social support" konzeptualisieren lässt. In Hinblick auf die Betrachtung psychopathologischer Abläufe eignet sich folgende definitorische Annäherung: Soziale Unterstützung

"bezeichnet die Funktion der sozialen Umwelt bei der Befriedigung von psychosozialen Bedürfnissen und impliziert die Kongruenz von individuellen Bedürfnisstrukturen mit Strukturen des sozialen Umfelds." (VEIEL, 1987, 554)

Die hier angesprochene Kongruenz lässt sich innerhalb der Sporttherapie sicherlich unvollständig und nur ansatzweise in bestimmten Teilbereichen herstellen: Innerhalb von Gemeinschaftsaufgaben, die nur kooperativ zu lösen sind und in Mannschaftsspielen wird dies den Patienten transparent.

Wenn das Konzept der sozialen Unterstützung für die Depressionstherapie fruchtbar gemacht werden soll, so müssen die sicherlich individuell unterschiedli-

¹⁰ Dies soll folgendes Beispiel verdeutlichen: Zwei Patienten stehen sich gegenüber und haben die Aufgabe, sich einen Ball zuzuworfen. Die Patienten orientierten sich dabei zunächst am Ball, durch Veränderung der Übung, zum Beispiel Zuwerfen über Kopf oder ähnlichen, erfolgt sehr rasch eine Orientierung respektive Ko - Orientierung am Partner. Dabei zeigt sich sehr deutlich die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation als Vorstufe der verbalen Kommunikation.

chen psychosozialen Bedürfnisse des depressiven Patienten genauer herausgearbeitet werden. Aufgrund vorliegender Erkenntnisse (BROWN/HARRIS, 1978) sowie klinischer Erfahrung bestehen dabei der Wunsch sowohl nach emotionaler als auch instrumenteller Unterstützung. Um jene Aspekte wirksam werden zu lassen, muß die Sporttherapie ein solches Klima ermöglichen, innerhalb dessen soziale Unterstützung sowohl vom Sporttherapeuten, als auch von den Mitpatienten gegeben werden kann. Dies impliziert, daß Inhalte, die Kooperation fördern gegenüber konfliktorientierten zu bevorzugen sind.¹¹ In diesem Zusammenhang muß auf den damit eng verbundenen Gesichtspunkt des sozialen Lernens innerhalb der Sporttherapie verwiesen werden.

3.8.3 Soziales Lernen innerhalb der Sporttherapie

Der Bereich des sozialen Lernens wurde auch von sportwissenschaftlicher Seite aufgearbeitet.

"Soziales Lernen, wie zum Beispiel die Regelung interpersonaler Konflikte, hat sich mit der zunehmend sozial- und verhaltenswissenschaftlich fundierten Argumentation in der Sportpädagogik zu einem zentralen, aber auch sehr kritisch diskutierten Problembereich entwickelt." (EBERSPÄCHER, 1987b, 431)

Im Gegensatz zu der dabei vom Sportunterricht geprägten pädagogischen Orientierung muß im Zusammenhang mit der Sporttherapie die pädagogisch-therapeutische Funktion des sozialen Lernens herausgearbeitet werden. Dies bedeutet, daß sportpädagogische Konzepte des sozialen Lernens auf ihre Brauchbarkeit im therapeutischen Kontext überprüft werden müssen. Diese unterschiedliche Betrachtungsweise ist in der Existenz unterschiedlicher Rahmenbedingungen sowie einer gänzlich anderen Adressatengruppe begründet.

Ein sehr brauchbares und schlüssiges Konzept für den Bereich des sozialen Lernens liefert die interaktionistische Rollentheorie (KRAPPMANN, 1975). Diese wurde in der Folge auch in praxisorientierte sportpädagogische Konzepte umge-

¹¹ VEIEL weist darauf hin, daß es sich bei der sozialen Unterstützung um ein relationales Konzept handelt "zu dessen Bestimmung Parameter des sozialen Umfelds (potentielle Unterstützungsfaktoren) mit intra-individuellen Parametern verglichen werden müssen" (VEIEL, 1987, 554).

setzt (vgl. SINGER/UNGERER-RÖHRICH, 1984; UNGERER-RÖHRICH/SINGER, 1986). Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Ziele differenzieren (vgl. KRAPPMANN, 1975):

- Rollenübernahme,
- Rollendistanz,
- Ambiguitätstoleranz,
- Identitätsdarstellung.

Vergleicht man diese Ziele mit denen, die für eine Depressionstherapie relevant sind, so zeigen sich zunächst wenig Gemeinsamkeiten. Dies liegt vor allem daran, daß zumindest im akut depressiven Zustand, die Probleme auf das Selbst des Patienten zentriert sind. In dieser Phase stellen Zielorientierungen, wie zum Beispiel Rollenübernahme oder Ambiguitätstoleranz, sicher eine Überforderung des Patienten dar.

Trotzdem ist das Konzept des sozialen Lernens für eine Sporttherapie mit depressiven Patienten in zweierlei Hinsicht bedeutsam. Besteht nämlich ein wichtiges Ziel darin, "daß die Teilnehmer ein gewisses Gleichgewicht zwischen eigenen Wünschen und Erwartungen und denen der Interaktionspartner herstellen" (UNGERER-RÖHRICH/SINGER, 1986, 132), so hat dies für die Depressionstherapie eine sekundärpräventive Bedeutung. Die Annäherung an solche Einstellungen hat sicherlich eine protektive Funktion für den Patienten nach der Entlassung aus der psychiatrischen Behandlung.

Zum anderen zeigen methodische Prinzipien, die im Sportunterricht soziales Lernen fördern sollen, eine große Nähe zu methodischen Vorgehensweisen im Rahmen der Sporttherapie mit depressiven Patienten. Als wesentliche Aspekte können dabei die Reduzierung der Wettbewerbsorientierung sowie die Schaffung von Freiräumen zu Eigen-Realisation genannt werden (vgl. Kapitel 4.4).

Eine der hauptsächlich inhaltlichen Angebote, innerhalb denen sich soziales Lernen verwirklichen läßt, sind Spielformen verschiedenster Art, auf die deshalb im folgenden eingegangen werden soll.

3.8.4 *Therapeutische Möglichkeiten des Spiels*

Für die Betrachtung des Spiels eröffnen sich eine Vielzahl verschiedener Perspektiven. So liegen psychagogische, lerntheoretische, tiefenpsychologische, sozialwissenschaftliche oder kognitive Theorien über das Wesen und die Bedeutung des Spiels vor (vgl. PIAGET, 1975; FLITNER, 1978; GRUPE/GABLER/GÖHNER, 1983). Inwieweit die einzelnen Ansätze für eine sportwissenschaftliche Theoriebildung des Spiels fruchtbar gemacht werden können, soll hier nicht nachvollzogen werden. Vielmehr sollen zwei Aspekte herausgegriffen werden, die im Kontext der Fragestellung der Arbeit wichtig sind. Dies ist zum einen die Bedeutung des Spiels als Probehandeln, zum anderen die Frage nach dem therapeutischen Nutzen des Spiels, speziell für depressive Patienten. Spielen, und im weiteren Verlauf ist damit das breite Spektrum spielerischer Möglichkeiten des Sports gemeint, gibt dem depressiven Patienten die Gelegenheit, innerhalb eines für ihn überschaubaren Handlungsfeldes soziale Verhaltensweisen im Sinne des angesprochenen sozialen Lernens zu erproben. Überschaubar ist dieses Handlungsfeld vor allem dann, wenn in einer definierten Situation mit einfachen Regeln agiert und reagiert werden soll. So stellt SCHEUERL fest, daß:

„Spieler als Voraussetzung für die Entfaltung ihrer Spiele ein ‘entspanntes Feld’ brauchen, ein Feld relativer Freiheit von Not, Zwängen, Zwecksetzungen, Pflicht, Streß usw., um sich in der relativen Geschlossenheit dieses entspannten Spielraums den dann erst interessant werdenden Binnenspannungen des Spieles selbst zuwenden zu können, diese Grundaussage etwa würde ich, auch wenn sie sich sehr unterschiedlich ausdrücken läßt, eine Konstante im Wechsel der Theorien nennen.“ (SCHEUERL, 1983, 87)

Eine wesentliche Rolle spielt im therapeutischen Kontext die häufig angesprochene Konsequenzlosigkeit des Spiels.

„Wenn sie spielen, mögen die Spieler die Auseinandersetzung weitertreiben; sie haben aber nicht die aus einem solchen Verhalten sonst täglich entstehenden Konsequenzen zu tragen und können im Voraus sicher sein, daß sie, selbst wenn sie dieses Mal auch verlieren mögen, noch ein anderes Mal das Spiel neu beginnen können.“ (SUTTON-SMITH, 1978, 93)

Die Erfahrung zeigt, daß sich eine solche „spielerische Atmosphäre“ im Sinne fehlender Konsequenzen für den depressiven Patienten nicht von alleine einstellt.

So besteht eine entscheidende Aufgabe des Sporttherapeuten darin, diese zu schaffen und darüber hinaus geeignete Spielformen auszuwählen. Solche Bemühungen müssen deshalb im Zusammenhang mit der pädagogisch-therapeutischen Orientierung des Modells der Sporttherapie gesehen werden.

Die therapeutische, genauer die psychotherapeutische Nutzung des Spiels ist sowohl von analytischen, gesprächspsychotherapeutischen als auch verhaltenstherapeutisch orientierten Spieltherapien aufgegriffen worden (vgl. BENESCH, 1980; DORFMAN, 1983). Für den depressiven Patienten läßt sich der Nutzen des Spiels im Rahmen eines sporttherapeutischen Ansatzes in folgenden Punkten sehen: (Diese Punkte orientieren sich größtenteils an der praktischen Erfahrung sowie an einer von BENESCH entworfenen Futurologie des Spiels; BENESCH, 1980, 99ff):

a. Spiele als Gemeinschaftserlebnis

Ein Spiel integriert den Mitspieler in eine Gruppe und kann somit als Anstoß und Modell für weitere Schritte zu einer sozialen Interaktion sein. Spielen bildet einen Freiraum und animiert durch den spielerischen Charakter den einzelnen zu "sozialen Versuchen".

b. Spiel als Selbstverwirklichung

Im Spiel kann die durch die Krankheit verschütteten Fähigkeiten des Patienten aktiviert werden. Die Erfahrung zeigt, daß Patienten gerade in spielerischen Situationen weitaus weniger depressive Symptomatik zeigen.¹²

c. Spiel als Verstärkerquelle

Spiele, richtig ausgewählt und angeboten, eignen sich in hohem Maße, um dem Patienten eine Bestätigung seiner vorhandenen Möglichkeiten zu geben. Besonders bedeutsam ist dabei die Tatsache, daß die Verstärkung von Mitpatienten/Mitspielern kommt und nicht ausschließlich aus Richtung des Therapeuten.

¹² Dies wurde in entsprechenden Videoaufnahmen dokumentiert und rief innerhalb von Therapiegesprächen bei Ärzten und Stationspersonal Erstaunen darüber hervor, wie aktiv sich der Patient in solchen Situationen zeigte.

d. Spiel als Aktivierungsmöglichkeit

Oftmals sind es überhaupt erst Spiele, die den Patienten zu motivieren und zu aktivieren vermögen. Spiele stellen für viele Patienten einen ersten Schritt dar, sich selbst zu aktivieren.

Gerade der letzte Aspekt erscheint bedeutsam. Betrachtet man nämlich die Möglichkeiten einer Depressionsbehandlung innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses, so läßt sich ein hinreichend großer Anreiz für das Spielen, ein Spektrum speziell ausgewählter Spielformen wohl am ehesten innerhalb eines sporttherapeutischen Konzeptes verwirklichen.

3.9 Sport und die Veränderung der psychischen Befindlichkeit

Auf den ersten Blick mag der Aspekt der Verbesserung der psychischen Befindlichkeit nicht als ein möglicher Wirkmechanismus zu betrachten sein, sondern als das entscheidende und übergeordnete Ziel der Sporttherapie mit Depressiven. Im folgenden sollen jedoch die Konzeptionen und Untersuchungen dargestellt werden, die eben diese Verbesserung als Ergebnis sportlicher Handlungen darzustellen versuchen. Es ist dabei unstrittig, daß die weiter oben angeführten Mechanismen in engem Zusammenhang mit dieser möglichen Verbesserung stehen. Es ergibt sich insofern die Gelegenheit, innerhalb einer zusammenfassenden Würdigung nochmals auf die Beziehung von Sporttherapie und Psychotherapie einzugehen.

Im Rahmen von sportpädagogischen Überlegungen hatte die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit einen eher untergeordneten Charakter. "Wohlbefinden ist nicht das einzige Ziel der Leibeserziehung und nicht das wichtigste ..." (GRUPE, 1976, 371). Trotzdem wurde anerkannt, daß sich durch Sport eine spezifische Art des Wohlbefindens herstellen läßt, die GRUPE wie folgt definiert:

"Ich möchte dies das aktive Wohlbefinden nennen und darunter jenes Wohlbefinden verstehen, das aus der aktiven Gestaltung der Verhältnisse zu sich selbst, zum eigenen

Körper und zur Umwelt entsteht, wobei dessen Kennzeichen nicht Verwöhnung und Schonung sind, sondern Eigenaktivität und Selbstaktivierung." (GRUPE, 1976, 362)

Diese anthropologisch-pädagogisch geprägte Sichtweise postuliert Wohlbefinden als implizierte Auswirkung sportlicher Aktivitäten, wobei erkannt wird, daß diese Annahmen "vielleicht mehr geprägt von eigener Erfahrung mit dem Sport, als von wissenschaftlichen Ergebnissen" (GRUPE, 1982, 206) sind.

3.9.1 Empirische Arbeiten zur Befindlichkeitsveränderung im Sport

In der Tat ist die Zahl von empirisch begründeten Forschungsarbeiten zu diesem Thema sehr gering, sieht man von den verschiedenen Arbeiten zum Thema des ausdauerorientierten Laufens ab: Für die Betrachtung diesbezüglicher Überlegungen ergeben sich zwei wesentliche Ansätze: So läßt sich einerseits fragen, ob und in welchem Ausmaß eine positive Befindlichkeitsveränderung durch Sport bewirkt wird? Andererseits muß aber auch berücksichtigt werden, welche Mechanismen dafür verantwortlich sind. In diesem Sinne unterscheidet BIERHOFF-ALFERMANN einen produktorientierten und einen prozessorientierten Ansatz (1986, 161). Dabei kommt dem letzteren die Aufgabe zu, "die Frage nach dem zugrundeliegenden theoretischen Modell, auf Grund dessen solche Veränderungen erklärbar werden", (BIERHOFF-ALFERMANN, 1986, 161) zu erhellern.

In diesem Kontext als eher produktorientiert sind die Arbeiten von ABELE/BREHM (1984a; 1986) zu sehen. Dabei geht es um den Nachweis, daß sportliche Aktivitäten relativ kurzfristig die Befindlichkeit positiv verändern.

"Postuliert man, daß längerfristige Veränderungen unter anderem im Sinne kumulativer Effekte kurzfristiger Veränderungen vonstatten gehen, daß längerfristige Veränderungen nur möglich sind, wenn Sport auch kurzfristig "Spaß macht", das heißt eine motivationale Qualität beinhaltet, und daß das kurzfristige "Spaß machen" ein zunehmend wichtiger werdender externaler Begründungs- und internaler Motivfaktor des Sporttreibens ist, dann erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt die genauere Untersuchung der "Befindlichkeitshypothese" vorrangig." (ABELE/BREHM, 1984a, 252)

Im weiteren Verlauf werden die bestimmenden Faktoren des Konstruktes "Befindlichkeit" konzeptualisiert und an verschiedenen studentischen Sportgruppen empirisch überprüft (Jazztanz; Skigymnastik). Die Ergebnisse zeigen eine

deutliche sportspezifische, da in der Kontrollgruppe nicht feststellbare, Verbesserung der Befindlichkeit (ABELE/BREHM, 1984a, 262-272). Die Erweiterung des verkürzten, weil ausschließlich produktorientierten Ansatzes wird von den Autoren selbst vorgeschlagen.

„Während also die Befindlichkeit als abhängige Variable bereits als recht gut differenziert betrachtet werden kann und die allgemeine Richtung ihre Veränderung durch Sporttreiben ebenfalls genau erforscht wurde, gilt dies für die Bedingungsvariable erst ansatzweise.“ (ABELE/BREHM, 1984a, 273)

In einer weitergehenden Analyse des Datenmaterials wird im Gegensatz zu ursprünglichen Aussagen festgestellt:

„Die für alle Sporttreibenden zu verzeichnende positive psychohygienische Wirkung tritt in besonderem Maße bei Personen ein, denen es vorher nicht so gut ging.“ (ABELE/BREHM, 1986, 300)

Dies scheint gerade in Hinblick auf den therapeutischen Einsatz des Sports bei Depressiven bemerkenswert. Ebenfalls von Bedeutung für diesen Bereich könnte die Erkenntnis sein, daß durch das positive Erleben der eigentlichen Sportsituation die Verbesserung der Befindlichkeit zusätzlich erhöht werden kann. Abschließend stellen ABELE und BREHM fest:

„Befindlichkeitsveränderung im Sport scheint weder durch physiologische (Belastungshöhe) noch durch psychologische (Erleben) Faktoren alleine erklärbar. Die Einheit von „Leib“ und „Seele“ wird auch bei vorliegenden Befunden deutlich.“ (ABELE/BREHM, 1986, 302)

An diese Aussage mit ihrem vergleichsweise geringen Erklärungswert wird deutlich, „daß die bisherige Forschung dazu unter einem ausgesprochenen Theoriedefizit insofern leidet, als bisher keine Verbindung von produkt- und prozessorientierten Ansätzen hergestellt wurde“ (BIERHOFF-ALFERMANN, 1986, 162). Bezüglich einer Übertragung dieser Ergebnisse auf den Einsatz im klinischen Bereich muß gefragt werden, ob dies mit Erkenntnissen, gewonnen an einer Normalpopulation mit einem breiten-, respektive freizeitsportlich orientierten Programm möglich ist. Zum anderen muß diskutiert werden, inwieweit sich die untersuchten kurzfristigen Effekte (Befindlichkeitshypothese) in eine dauerhafte Veränderung überführen lassen. Gerade bei der Beantwortung dieser Frage ist es notwendig, nicht nur die Richtung der Befindlichkeitsveränderung zu bestimmen, sondern auch nach deren Prozessvariablen im Sinne von Wirkmechanis-

men zu fragen. Genauso häufig wie von einem mystisch geprägten Leib-Seele-Zusammenhang wird dabei von einer Umkehrung der psychosomatischen Wechselwirkung ausgegangen, nämlich im Sinne einer grundsätzlichen positiven Veränderung psychischer Befindlichkeit durch körperliche Aktivität (vgl. FOLKINS/SIME, 1981). Obwohl diese Grundannahme recht plausibel scheint, konnte sie bisher vor allem auf Grund des angesprochenen Theoriedefizites nicht nachgewiesen werden. Vielmehr wurden anstelle einer Gesamtbetrachtung einzelne Bereiche herausgegriffen, d. h. disziplinspezifisch betrachtet.

Eine Zusammenschau der einzelnen Ansätze zeigt eine sowohl inhaltliche als auch strukturelle Nähe zur theoretischen Begründung der Sporttherapie für Depressive (Kapitel 4). So lassen sich folgende mögliche Wirkfaktoren anführen (vgl. BIERHOFF-ALFERMANN, 1986):

- a. Physiologische Mechanismen (vgl. Kapitel 3.5)
- b. Psychologische Ansätze
 - durch Erhöhung verhaltenskontingenter positiver Verstärkung
 - Veränderung negativer Kognitionen
 - Veränderung der Kausalattribution
- c. Förderung insbesondere retardierter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener durch wechselseitige Entwicklung und Einwirkung motorischer und kognitiver Funktionen (vgl. PIAGET, 1975).

Im Rahmen der Modellbildung und Konzeptualisierung wird auf die genannten Aspekte in ihrer unterschiedlichen Relevanz innerhalb der Depressionsbehandlung noch einzugehen sein.

3.10 Zum Verhältnis von Psychotherapie und Sporttherapie

Es wird verschiedentlich davon ausgegangen, daß der therapeutische Einsatz des Sports bereits als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren zu betrachten ist (vgl. WILLKE, 1976; MAURER, 1985, die den Begriff "körperzentrierte

Psychotherapie" benutzen). Die in Kapitel 3.2 vorgestellten Körpertherapien verstehen sich ebenfalls zum überwiegenden Teil als psychotherapeutische Verfahren. Auch von seiten der Sportpsychologie wird eine psychotherapeutische Akzentuierung in der Sporttherapie betont (vgl. FRITZ, 1986).

Im Zusammenhang von Sport- und Psychotherapie sind dabei zwei Aspekte zu beachten:

1. Als Therapie einer bestimmten Personengruppe mit möglicherweise spezifischen Störungen (Therapie von Sportlern);
2. Als besondere Therapieform, deren Grundlage die sportliche Betätigung bildet (Therapie durch Sport)." (NITSCH/NITSCH, 1979, 210)

Der uns hier interessierende zweite Aspekt wird in dreifacher Hinsicht wirksam:

1. Als Therapie durch Sport;
2. Als sportlich vermittelte Therapie;
3. Als sportlich unterstützte Therapie." (NITSCH/NITSCH, 1979, 222)

Obwohl diese Überlegungen in vielerlei Hinsicht fruchtbar gemacht werden können, bleibt fraglich, ob eine mit sportlichen Inhalten vermittelte psychotherapeutische Zielsetzung bereits die Bezeichnung "Sportpsychotherapie" rechtfertigt.

Rekurriert man auf eine Definition des Begriffes Psychotherapie, so läßt sich diese auch auf sporttherapeutische Interventionen in der Psychiatrie und im Bereich der Psychosomatik übertragen:

"Psychotherapie kann am besten definiert werden als eine spezielle menschliche Beziehung mit dem Ziel, dem Patienten in den Bereich seines Wahrnehmens, seines Fühlens und seines Handelns Veränderungen zu erleichtern." (STRUPP, 1987, 542)

Verfolgt man diese Überlegungen zurück, so zeigt sich eine deutliche Orientierung an einer früheren Definition. Nach dieser ist Psychotherapie ein Verfahren,

"dazu bestimmt, das Gefühl des Wohlbefindens eines Patienten zu erhöhen und zwar dadurch, daß ein erfahrener, offiziell zugelassener Therapeut in systematisch organisierter Zusammenkünften gewisse hilfreiche Veränderungen in den Gefühlen, Einstellungen und Verhaltensweisen des Leidenden, der Hilfe sucht, zustande bringt." (FRANK, J., zitiert nach BÜHLER, 1962, 473)

Es müssen dabei weitere Faktoren berücksichtigt werden, die die Zuordnung eines Verfahrens zu den psychotherapeutischen Ansätzen ermöglichen. Dazu gehört (vgl. BÜHLER, 1962):

- Die spezifische Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut;
- die Dominanz der verbalen Interaktion innerhalb des therapeutischen Geschehens;
- die Zieldefinition, die von einer Unterstützung des Patienten bis zu einer totalen Persönlichkeitsveränderung reichen kann.

Zum jetzigen Zeitpunkt scheinen für die Sporttherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik diese Faktoren noch nicht hinreichend elaboriert zu sein, um diese als Psychotherapie zu bezeichnen.

Aufgrund der Tatsache, daß sich eine konvergierende Entwicklung der einzelnen Psychotherapierichtungen abzeichnet, ergibt sich die Möglichkeit, einen weniger schulenorientierten als problemspezifischen Zugang zum Patienten zu finden (vgl. dazu BASTINE, 1987). In ein solches problemspezifisches Konzept kann die Sporttherapie entsprechend ihren Möglichkeiten integriert werden. Der Frage, inwieweit Sporttherapie dann Psychotherapie ist, kommt in diesem Kontext nur nachgeordnete Bedeutung zu. Im Vordergrund steht dabei die Überlegung mit welchem, möglichst mehrdimensionalen, Konzept den Problemen des Patienten am effektivsten begegnet werden kann.

Auch unter Einbeziehung einer langjährigen praktischen Erfahrung im sporttherapeutischen Umgang mit psychisch und psychosomatisch erkrankten Menschen kann deshalb postuliert werden:

- Sporttherapie ist kein eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren.
- Sporttherapie ist hervorragend geeignet, über psychophysische Mechanismen Veränderungen beim Patienten zu erzielen und ihm diese gleichzeitig transparent zu machen.¹³
- Sporttherapie, die in ihrer Grundkonzeption pädagogisch ist, kann unter Einbeziehung und in Verbindung mit psychotherapeutischen Verfahren einen bedeutenden Teil einer Gesamtstrategie zur Behandlung psychiatrischer und psychosomatischer Krankheitsbilder darstellen!

¹³ Dies hat besondere therapeutische "Durchschlagskraft" in Fällen von körpernahen psychosomatischen Störungen wie beispielsweise der Kardiophobie, der Anorexia nervosa, der Bulimie oder Angstproblemen.