



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Wirkfaktoren der Sport- und Trainingstherapie am
Neuromed Campus Linz – positiv wahrgenommene Effekte
bei Depressionserkrankungen und Angststörungen“

verfasst von / submitted by

Sarah Landerl

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

190 299 482

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UF Bewegung und Sport
UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Univ. Ass. MMag. Dr. Clemens Ley

Erklärung

„ Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B.: für eine andere Lehrveranstaltung) noch von anderen Personen (z.B.: Arbeiten von anderen aus dem Internet) vorgelegt.

Abstrakt

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Bewegungstherapie als Teil des klinischen Therapiespektrums bei Depressionserkrankungen und Angststörungen. Folglich werden Fragestellungen zur Wahrnehmung von Bewegungstherapie, Bewegung und Sport analysiert. Dazu wurden Patientinnen und Patienten des Neuromed Campus am Kepler Universitätsklinikum Linz anhand eines Interviewleitfragebogens befragt. Die Patientinnen und Patienten beschreiben ihre persönliche Wahrnehmung von Bewegung und Sport als unterstützende Maßnahme in der Therapie ihrer psychischen Erkrankung. In den Interviews wird auf verschiedene Aspekte der positiven Wirkung von Bewegung und Sport, aber auch auf Vorerfahrungen und diesbezügliche Zukunftspläne Bezug genommen. Aus diesen und weiteren Informationen wurde ein Gesamtbild über den Stellenwert und entsprechenden Nutzen der Bewegungstherapie, aber auch Bewegung und Sport allgemein, erstellt. Bewegung und Sport werden auf umfangreiche Weise positive Effekte zugeschrieben, die Patientinnen und Patienten beschreiben positive Wirkungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

Aus den gewonnenen Daten der Interviews lässt sich folgende Auffassung der Bewegungstherapie beschreiben: Bewegungstherapie, ebenso wie Bewegung und Sport, haben einen hohen Stellenwert und eine entsprechende Bedeutung als ergänzende Maßnahme in der Therapie von Depressionen und Angststörungen. Die Patientinnen und Patienten können Verbesserungen auf unterschiedlichen Ebenen wahrnehmen und eine Fortführung der physischen Aktivität ist für viele erwägenswert. Gerade Ausdauersportarten werden von den Patientinnen und Patienten in Betracht gezogen, da sich diese leicht umsetzen und in den Alltag integrieren lassen. Wichtig sind dabei entsprechende unterstützende Maßnahmen, Anleitung und Informationen, um Barrieren für die Fortführung abzubauen und ein individuell angepasstes Trainieren zu ermöglichen. Die Bewegungstherapie kann einen wertvollen Beitrag in der Therapie von Depressionen und Angststörungen leisten.

Abstract

This thesis is submitted to determine the value of exercise therapy as a part of the clinical treatment of anxiety and depression. Using interviews as a main method, the positive effects of exercise therapy, physical activity and sports are analyzed. For this purpose, a questionnaire survey was done with patients of the Neuromed Campus in the university hospital Linz. The participants were asked to describe their subjective perception of exercise therapy, physical activity as well as the attributed value of the same in the therapeutic process. Furthermore, they were asked about their athletic career and future plans concerning physical activity.

Overall, the information gathered from the interviews describes the following concept of exercise therapy: Exercise therapy, physical activity and sports constitute an important part of anxiety and depression treatment. The results show that patients describe positive physiological, psychological and social effects of exercise therapy, physical activity and sports. It is also perceived as an important part of their therapy. Patients consider continuing the physical activity exerted in therapy, in particular aerobic training, which can be relatively easy integrated in everyday life. However, supporting measures, information and professional instructions are required for reducing barriers to continuation and to ensure personalized training. It is for this reason that exercise therapy can make a valuable contribution to the treatment of anxiety and depression.

Danksagung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich beim Prozess der Entstehung der Idee für meine Diplomarbeit und dem darauf aufbauendem Verfassen der Arbeit unterstützt haben.

Besonders möchte ich mich beim Neuromed Campus in Linz für die Kooperationsbereitschaft bedanken. Ein besonderer Dank gilt hier den Patientinnen und Patienten der ausgewählten Stationen, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben. Ich möchte mich bei Frau Mag. Ute Potyka, der Leiterin der Sport- und Trainingstherapie am Neuromed Campus, bedanken, die als erste Ansprechpartnerin Interesse an meiner Arbeit gezeigt und mich auf umfangreiche Weise unterstützt hat. Weiteres möchte ich mich auch bei den Leiterinnen und Leitern der Station D103, der Tagesklinik und –struktur und ihrem Team bedanken. OA Dr. Robert Frühwirth, DGKP Patricia Höller, OA Dr. Christian Foff, DGKP Marianne Linner und OA Dr. Martin Barth unterstützten mich bei der Auswahl und der Kontaktvermittlung der Interviewteilnehmerinnen und –teilnehmer und stellten mir jeweils Räumlichkeiten für die Interviews zur Verfügung.

Mein Dank gilt meinem Betreuer Univ. Ass. Dr. Clemens Ley, der der Idee meiner Arbeit gegenüber offen gewesen ist und mich mit konstruktiver Kritik auf fehlende Aspekte und Verbesserungsmöglichkeiten hingewiesen hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Freunden und Familienmitglieder, die sich Zeit für das Korrekturlesen meiner Arbeit genommen haben und mich in der Zeit des Schreibens motiviert und unterstützt haben.

Danke für die spannenden Einblicke, Gespräche und Diskussionen, die ich in Zusammenhang mit meiner Diplomarbeit erfahren durfte.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Aufbau der Arbeit	2
2. Definition & Klassifikation psychischer Erkrankungen	4
2.1. Depressive Episode & Major Depression	4
2.2. Angststörungen	5
2.2.1. Phobische Störungen	6
2.2.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	7
2.2.3. Anpassungsstörung	8
2.2.4. Weitere Angststörungen	8
2.3. Exkurs	9
2.3.1. Alkoholmissbrauch beziehungsweise schädlicher Gebrauch von Alkohol	9
2.3.2. Burnout	9
2.4. Ursachen & Auswirkungen von psychischen Erkrankungen	10
2.4.1. Risiko- und Umweltfaktoren	10
2.4.2. Auswirkungen & Folgen von psychischen Erkrankungen	11
2.4.2.1. Depressionen	11
2.4.2.2. Angststörungen	12
2.4.2.3. Mortalität	13
2.4.2.4. Geschlechtsspezifische Unterschiede	13
3. Therapie von psychischen Erkrankungen	14
3.1. Medikamentöse Therapie	14
3.2. Psychotherapie	15
3.3. Weitere Therapiemaßnahmen	15
4. Bewegungstherapie	16
4.1. Begriffsabgrenzung	16
4.1.1. Trainings- und Sporttherapie	18
4.1.3. Physiotherapie	19
4.2. Zieldimension der Bewegungstherapie	19
4.3. Erklärungsmodelle	20
4.4. Rechtliche Grundlagen	21
4.5. Salutogenesemodell	21
4.5.1. Stressoren	23
4.5.2. Ressourcen	23

4.5.3. Kohärenzgefühl	24
4.5.4. Wirkungsweise von Bewegungsaktivitäten nach dem Salutogenesemodell	24
5. Forschungsstand der Bewegungstherapie bei Depressionen und Angststörungen.....	26
5.1. Bedeutung der Bewegungstherapie.....	26
5.2. Angstreduzierende Wirkung	27
5.3. Ablenkende Wirkung	29
5.4. Hormoneller Aspekt	30
5.5. psychische Aspekte	30
5.6. Körperliche Aspekte.....	31
5.7. Sozialer Aspekt	32
5.8. Entspannungsverfahren	32
5.9. Yogaformen.....	33
5.10. Therapeutisches Klettern.....	34
5.11. Kampfsportarten.....	35
5.11.1. Therapeutisches Boxen	36
5.12. weitere Interventionsformen	37
5.13. Handlungsempfehlungen.....	38
5.13.1. Individueller Aspekt.....	39
5.13.2. Umsetzung und Fortsetzung nach dem Aufenthalt	40
5.13.3. Bedeutung einer regelmäßigen Aktivität.....	42
5.14. Zusammenfassung.....	43
6. Charakteristika des Forschungsdesigns.....	44
6.1. Fragestellung und Forschungsfragen	44
6.2. Methoden und Auswertung	45
6.2.2. Interviewleitfaden.....	45
6.2.3. Transkription	47
6.2.4. Kategorisierung	47
6.3. Charakteristika des Kepler Klinikums - Der Neuromed Campus	48
6.3.1. Neuromed Campus	48
6.3.2. Abteilung für Sport- und Trainingstherapie	49
6.3.3. Bewegungs- und Sportangebot.....	50
6.3.3.1. Aktives Erwachen	52
6.3.3.2. Bewegung und Energie	52
6.3.3.3. Ballspiele.....	53

6.3.3.4. Nordic Walking	53
6.3.3.5. Therapeutisches Boxen.....	53
6.3.3.6. Therapeutisches Klettern.....	54
6.3.4. Physiotherapie	54
6.3.5. Therapiespektrum.....	57
6.4. Auswahl der Patientinnen und Patienten.....	59
6.5. Durchführung	60
7. Ergebnisse & Diskussion	61
7.1. Personenbezogene Ergebnisse.....	61
7.1.1. Herr M.	61
7.1.1.2. Schlussfolgerung	63
7.1.2. Frau G.....	63
7.1.2.1. Schlussfolgerung	66
7.1.3. Frau R.....	67
7.1.3.1. Schlussfolgerung	69
7.1.4. Herr W.....	70
7.1.4.1. Schlussfolgerung	74
7.1.5. Frau S.	75
7.1.5.1. Schlussfolgerung	76
7.1.6. Frau B.....	77
7.1.6.1. Schlussfolgerung	79
7.1.7. Frau C.....	79
7.1.7.1. Schlussfolgerung	81
7.1.8. Herr D.....	82
7.1.8.1. Schlussfolgerung	84
7.1.9. Herr P.	84
7.1.9.1. Schlussfolgerung	86
7.1.10. Herr F.	87
7.1.10.1. Schlussfolgerung	88
7.2. Zusammenfassende Auswertung.....	88
7.2.1. Sportlicher Werdegang.....	89
7.2.2. Teilnahme am Therapieangebot	89
7.2.3. Zusätzliche Aktivitäten	90
7.2.4. Bedeutung von Bewegung und Sport.....	90

7.2.5. Positiv wahrgenommene Wirkung	91
7.2.5.1. Körperliche Aspekte.....	91
7.2.5.2. Psychische Aspekte	91
7.2.5.3. Soziale Aspekte	92
7.2.6. Abgrenzung zur medikamentösen Behandlung.....	92
7.2.7. Sportartspezifische Aspekte	92
7.2.7.1. Leibtherapie.....	93
7.2.7.2. Therapeutisches Boxen.....	93
7.2.7.3. Ballspiele.....	93
7.2.7.4. Nordic Walking	94
7.2.7.5. Medizinische Trainingstherapie	94
7.3. Feedback, Kritik und Wünsche	94
8. Abschließende Diskussion	97
8.1. Wahrgenommene Wirkung der Bewegungstherapie.....	97
8.2. Salutogenesemodell.....	98
8.3. Aufrechterhaltung der physischen Aktivität.....	99
9. Schlussfolgerung und Ausblick.....	101
Literaturverzeichnis.....	103
Abbildungsverzeichnis.....	106
Anhang.....	107

1.Einleitung

Psychische Störungen werden mittlerweile als große Gesundheitsherausforderung, Depressionen sogar als Volkskrankheit bezeichnet (Hautzinger & Wolf, 2012). Das ECNP (European College of Neuropsychopharmacology, 2011) gibt an, dass 40 Prozent der Bevölkerung jedes Jahr an einer psychischen Krankheit leiden, wobei diese hohe Zahl auch durch den Einbezug eines großen Spektrums psychischer Erkrankungen erklärt wird. Zu den häufigsten Erkrankungen gehören dabei Angststörungen (14 Prozent) und Depressionen (7 Prozent). Hölter (2011) bezeichnet die Depression als häufigste psychische Erkrankung unserer Zeit, da bei einer Prävalenzrate von 17,1 Prozent jeder Sechste irgendwann daran erkranken wird. Aufgrund der steigenden Verbreitung, dem damit verbundenen Leid für die einzelnen Person und der wirtschaftlichen Belastung gewinnt die Entwicklung kostensparender und effektiver Behandlungsformen an Bedeutung (Ledochowski et. al., 2017).

Eine alternative beziehungsweise ergänzende Behandlungsform stellt dabei die Bewegungstherapie dar. Sie hat mittlerweile an Bedeutung gewonnen und ist teilweise fester Bestandteil des therapeutischen Angebots im psychiatrischen Klinikbereich (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Es gibt demnach bereits ein Bewusstsein über die Bedeutung von Bewegung und Sport in der Therapie von psychischen Erkrankungen und bereits vor einigen Jahren auch den Gedanken körperliche Bewegung oder sportliche Betätigung formal in die ärztlichen Behandlungsrichtlinien aufzunehmen. Ratey & Hagerman (2009) vermuten, dass deren Umsetzung an einer noch ungenügenden wissenschaftlichen Beweislage scheitert. Die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 2013) empfiehlt mittlerweile in ihren Leitlinien unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit gezieltes regelmäßiges Training bei depressiven Patientinnen und Patienten, bei Angststörungen wird dies nicht explizit angeführt.

Viele Studien bestätigen die Wirksamkeit von Bewegung und Sport bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen. Differenzierte Studien in Bezug auf die jeweiligen Wirkungen sind gefragt und für eine gezielte und angepasste Therapie von Bedeutung. Das Wissen um die Wahrnehmungen von Patientinnen und Patienten kann für einen optimalen Anpassungsprozess der Therapie an Patientinnen und Patienten genutzt

werden, sowie zu einer Verbesserung der Sport- und Trainingstherapie führen. In Anlehnung an eine vorangegangene Masterarbeit zum Stellenwert und den Wirkfaktoren der Trainingstherapie bei Abhängigkeitserkrankungen (Portele, 2015), behandelt diese Masterarbeit die Wirkfaktoren der Sport- und Trainingstherapie bei Depressionserkrankungen und Angststörungen.

Im Zuge dieser Arbeit wurden sowohl körperliche, psychische als auch soziale Aspekte der Bewegungstherapie in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen untersucht. Dazu wurden mithilfe von Interviews wahrgenommene Veränderungen im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten des Neuromed Campus Linz ermittelt. Dort stellt die Sport- und Trainingstherapie eine wichtige und verpflichtende Säule der dort angebotenen Therapie dar.

Aufbauend auf den gewonnenen Informationen wurde untersucht, inwiefern Bewegung, Sport und Training den Patientinnen und Patienten eine Hilfestellung und Unterstützung in der Genesung ihrer psychischen Erkrankung ist. Auf Basis dieser Informationen wurde erarbeitet, welche Bedeutung und welchen Stellenwert die Bewegungstherapie als ergänzende Therapiemethode in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen haben kann.

Es wurden keine quantitativen Parameter erhoben oder untersucht, dies ist nicht Teil der vorliegenden Arbeit. Vielmehr konzentriert sich diese Arbeit auf subjektive Aspekte und den wahrgenommenen Nutzen der Patientinnen und Patienten von Bewegung und Sport im Therapiesetting.

Bewegung und Sport sind als ergänzende Therapie für die Behandlung von Depressionen und Angststörungen von Bedeutung und können einen positiven Beitrag zur Genesung leisten. Im Sinne des Salutogenesemodells können Ressourcen und das Kohärenzgefühl gestärkt werden, die bei der Bewältigung von Stressoren hilfreich sind. Die interviewten Patientinnen und Patienten äußern sich diesbezüglich über Bewegung und Sport als wichtige ergänzende Maßnahme, die unterschiedliche unterstützende positive Wirkungen leisten kann.

1.1. Aufbau der Arbeit

Nach einer allgemeinen Einführung über Depressionen und Angststörungen, wird kurz auf die Therapiemöglichkeiten dieser psychischen Erkrankungen eingegangen. In einem eigenen Kapitel wird dann auf die Bedingungen und Möglichkeiten der

Bewegungstherapie genauer eingegangen und diese anhand des Salutogenesemodells dargestellt.

Ein Augenmerk wird auf den aktuellen Stand der Forschung in Bezug auf die positiven Effekte der Bewegungstherapie bei Angststörungen und Depressionen gelegt. Hier wird sowohl auf die verschiedenen positiven Aspekte, als auch auf sportartspezifische Wirkungen eingegangen. Im Hauptteil werden weiters die Charakteristika des Forschungsdesigns und des Kepler Klinikum behandelt, wobei besonders auf die Abteilung Sport- und Trainingstherapie und ihr Angebot eingegangen wird. In weitere Folge werden die Ergebnisse der Interviews personenbezogen und danach zusammenfassend dargestellt. Abschließend werden die Ergebnisse in Zusammenhang mit relevanter Literatur in Zusammenhang gebracht und diskutiert.

2. Definition & Klassifikation psychischer Erkrankungen

Im folgenden Kapitel werden die psychischen Erkrankungen definiert und entsprechend der gültigen Diagnosekriterien erläutert, sowohl auf Depressionen als auch auf Angststörungen wird Bezug genommen. Auch die Anpassungsstörung und das Burnout werden behandelt. Anschließend werden mögliche Ursachen und Folgen dieser Erkrankungen beschrieben.

Für die Definition und Klassifikation psychischer Erkrankungen sind der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* der American Psychiatric Association (APA) relevant (WHO, 2015).

Gelegentlich wird kritisch darauf hingewiesen, dass mit dem national und international verbindlichen ICD-10 eine hinreichende Grundlage zur Klassifikation psychischer Erkrankungen zur Verfügung stehe und auf das nordamerikanische DSM-5 Manual verzichtet werden könnte. Im Gegensatz zum ICD-10 ist das DSM-5 jedoch nicht als weltweites Klassifikationssystem aller Erkrankungen konzipiert, sondern stellt psychische Krankheiten im Speziellen ausführlicher und umfangreicher dar (APA, 2015).

2.1. Depressive Episode & Major Depression

Die WHO beschreibt im Kapitel V (F) der ICD-10 *Psychische und Verhaltensstörungen* und zählt depressive Episoden (F32) und rezidivierende depressive Episoden (F33) zu den affektiven Störungen¹. Im *DSM-5* wird den *Depressiven Störungen* im zweiten Teil ein Kapitel gewidmet. Die *Major Depression* entspricht der *depressiven Episode* des ICD-10. Es werden die Symptome ausführlich beschrieben und näher darauf eingegangen. Die meisten dieser Störungen tendieren zu wiederholtem Auftreten. Der Beginn der einzelnen Episoden steht oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang, die Hauptsymptome bestehen in einer Veränderung der Stimmung und der Affektivität.

In den leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2) depressiven Episoden leidet die betroffene Person gewöhnlich unter den typischen Symptomen von

¹ Als Affekt wird der Gemüts- und emotionale Zustand eines Menschen bezeichnet (Haupt & Gouzoulis-Mayfrank, 2016, S.264).

gedrückter Stimmung (1), Interessensverlust beziehungsweise Freudlosigkeit (2) und Verminderung des Antriebs beziehungsweise erhöhter Ermüdbarkeit (3).

Es werden sieben *andere weitere Symptome* beschrieben: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit.

Für die Diagnose von leichten und mittelgradigen depressiven Episoden müssen mindestens zwei der typischen Symptome und mindestens eines (F32.0) beziehungsweise mindestens drei (F32.1) der anderen weiteren Symptome beschrieben werden. Bei schweren depressiven Episoden müssen alle drei typischen Symptome und mindestens fünf andere weitere Symptome vorhanden sein. Für die Diagnose depressiver Episoden aller Schweregrade wird gewöhnlich eine Dauer von mindestens zwei Wochen verlangt.

F33 ist die *rezidivierende depressive Störung* und durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert. Weiters wird die Kategorie *Angst und depressive Störung gemischt* (F41.2) für eine Diagnose bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression angeführt. Weitere Erkrankungen, die häufig zusammen mit einer Episode einer Major Depression auftreten, sind Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Panikstörungen, Zwangsstörungen, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Bereits vorher bestehende phobische Angst verschlimmert sich fast immer während einer zusätzlichen depressiven Episode. Manche depressive Episoden werden auch zeitweilig von phobischer Angst begleitet (WHO, 2015; APA, 2015).

2.2. Angststörungen

Furcht wird im Gegensatz zu Angst als emotionale Reaktion auf eine reale oder wahrgenommene unmittelbar bevorstehende Bedrohung verstanden, *Angst* ist dann die Antizipation zukünftiger Bedrohung. Beide Zustände überschneiden, aber unterscheiden sich auch. Während Furcht eher mit einer für Kampf oder Flucht notwendigen Zunahme autonomer Erregung, mit Gedanken unmittelbarer Gefahr und mit Fluchtverhalten verbunden ist, steht Angst eher mit erhöhter Muskelspannung und Wachsamkeit in Vorbereitung vor einer zukünftigen Gefahr, sowie mit vorsichtigen oder vermeidenden Verhaltensweisen in Zusammenhang (Lenz & Küfferle, 2008). Laut Lenz & Küfferle

(2008) manifestiert sich Angst in drei Komponenten: Einer körperlichen Komponente, die das Zentralnervensystem, das Herz-Kreislauf-System, die Atmung und die Schweißdrüsen betrifft, einer Gedanken-Komponente, die das Angstobjekt bestimmt und einer Verhaltenskomponente im Sinne eines Vermeidungs- und Fluchtverhaltens. Angststörungen unterscheiden sich voneinander einerseits durch die Art von Objekten oder Situationen, die Furcht, Angst oder Vermeidungsverhalten auslösen, andererseits in den damit verbundenen kognitiven Merkmalen und Prozessen.

Der DSM-5 fasst unter den *Angststörungen* die spezifischen Phobien (F40), die soziale Angststörung (F40.1), die Panikstörung (F41), die Agoraphobie (F40.0) und die generalisierte Angststörung (F41.1) zusammen. Die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) fällt unter das Kapitel *Trauma- und belastungsbezogene Störungen*. Weiters werden phobische Störungen (F40), andere Angststörungen (F41) und Reaktionen auf schwere Belastungsstörungen (F43) im Kapitel F4 der ICD-10 *Neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen* beschrieben (APA, 2015; WHO, 2015).

2.2.1. Phobische Störungen

Die *phobische Störung* (F40) definiert die Angst vor meist ungefährlichen Situationen oder Objekten. Diese werden dann gemieden oder voller Angst ertragen. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten nicht von anderen Angstformen zu unterscheiden.

Die *Agoraphobie* (40.0) beschreibt eine zusammenhängende und sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien, wozu die Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, Angst vor Menschenmengen oder auf öffentlichen Plätzen zu gehen oder die Angst davor alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen, zählen. Diese Situationen haben als Schlüsselsymptom gemeinsam, dass ein unmittelbar vorhandener Fluchtweg fehlt.

Die *soziale Phobie* (40.1) ist dadurch gekennzeichnet, dass soziale Situationen gemieden werden, da Angst vor Kritik anderer Menschen präsent ist. Diese kann nur für eine spezifische soziale Situation oder unbestimmt in fast allen sozialen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten. Betroffene haben meist ein niedriges Selbstwertgefühl und Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen. Dabei glaubt die Patientin oder der Patient manchmal, dass eine dieser eigentlich sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis

hin zu Panikattacken verstärken, in extremen Fällen kann das Vermeidungsverhalten zur vollständigen sozialen Isolation führen.

Spezifische (isolierte) Phobien (40.2) beschreiben Phobien, die auf ganz bestimmte Situationen beschränkt sind.

Gemeinsam sind den diagnostischen Leitlinien der phobischen Störungen (1) psychische, Verhaltens- oder vegetative Symptome als Manifestationen der Angst, (2) eine Beschränkung der Angst auf bestimmte Situationen oder auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objekts und (3) die Vermeidung der phobischen Situation als entscheidendes Symptom (APA, 2015; WHO, 2015).

2.2.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) kennzeichnen sich dadurch, dass sie immer als direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas entstehen. Diese können insofern als unangepasste Reaktionen gesehen werden, als dass sie erfolgreiche Bewältigungsmechanismen verhindern und dadurch zu einer Störung der sozialen Leistungsfähigkeit führen.

Die *posttraumatische Belastungsstörung* (F43.1) entsteht verzögert als Reaktion auf ein Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem Menschen, auch bei einem gesunden, eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Dazu gehören (Natur)Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle, Zeuge eines gewaltsamen Todes anderer zu werden oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) oder in Träumen, ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit beziehungsweise Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie (Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden) sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Es kann auch zu dramatischen, akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf, kommen. Für gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung (erhöhte Wachsamkeit) beziehungsweise einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression, auch Suizidgedanken sowie Drogen- und Alkoholkonsum

können eine Rolle spielen. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann, wobei die Heilungschancen hoch sind. Bei wenigen Patientinnen und Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf an und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsstörung über. Bei Personen mit einer PTSD besteht eine 80-prozentige Wahrscheinlichkeit, dass die Kriterien für mindestens eine andere psychische Störung, wie eine depressive oder bipolare Störung, Angststörung oder Substanzkonsumstörung, erfüllt sind (APA, 2015; WHO, 2015).

Es liegt eine 20-prozentige Prävalenz für einen Substanzmissbrauch bei Menschen mit einer PTBS aus der Allgemeinbevölkerung vor, auch eine Selbstmedikation durch Drogen oder Alkohol ist häufig. Substanzmissbrauch als Begleiterkrankung einer PTBS ist dann schwieriger zu behandeln als jeweils eine Krankheit separat (Shivani et. al., 2014).

2.2.3. Anpassungsstörung

Die *Anpassungsstörung* (43.2) ist gekennzeichnet von Zuständen subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach belastenden Ereignissen oder in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise, wie Elternschaft, Schulwechsel oder Ruhestand, auftreten können. Sie behindern soziale Funktionen und Leistungen und können das soziale Netz des Betroffenen beschädigen. Anzeichen äußern sich in Form von depressiver Stimmung, Angst oder Sorge, dem Gefühl mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen und auch Störungen des Sozialverhaltens, besonders bei Jugendlichen (WHO, 2015).

2.2.4. Weitere Angststörungen

Andere Angststörungen (F41) beschreiben als Hauptsymptom, dass die Angst nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzt ist. Die *Panikstörung* (F41.0) kennzeichnet sich durch wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Typisch ist der plötzliche Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen wie *Depersonalisierung* oder *Derealisation*².

² Die einfacheren und unspezifischen Formen der Ich-Störung werden *Depersonalisation*, bei der sich der Betroffene in eigentümlicher Weise selbst entfremdet, und *Derealisation*, bei der dem Betroffenen die Umwelt verändert vorkommt, genannt (Haupt & Gouzoulis-Mayfrank, 2016, S.264).

Weiters entsteht Todesangst, Angst vor Kontrollverlust oder Angst, wahnsinnig zu werden. Die einzelnen Anfälle dauern meistens nur Minuten und können in ihrer Häufigkeit und im Verlauf der Störung stark variieren. Eine eindeutige Diagnose wird nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen gestellt, die innerhalb eines Zeitraums von etwa 1 Monat in (1) Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht, (2) wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind und (3) zwischen den Attacken weitgehend angstfreie Zeiträume liegen, aufgetreten sind.

Die *generalisierte Angststörung* (F41.1) beschreibt als wesentliches Symptom eine anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt ist. Für eine Diagnose müssen primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen und mindestens mehrere Wochen lang vorhanden sein. Befürchtungen, motorische Spannungen und vegetative Übererregbarkeit sind dafür die wesentlichen Kriterien (WHO, 2015).

2.3. Exkurs

Eine Patientin gibt an, dass sie unter anderem auch die Diagnose Alkoholmissbrauch gestellt bekommen hat, ein weiterer Patient erwähnt im Interview das Burnout, weshalb hier die wesentlichen Kriterien zusammengefasst werden.

2.3.1. Alkoholmissbrauch beziehungsweise schädlicher Gebrauch von Alkohol

Schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) gehört zu den *psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol* (F10) und ist von der Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden, die von dem starken Wunsch nach Alkohol, Kontrollverlust, Abstinenzverlust, Toleranzbildung, Entzugserscheinungen und Rückzug aus dem Sozialleben gekennzeichnet ist. Kriterien für den schädlichen Gebrauch von Alkohol sind im Speziellen eine körperliche oder psychische Schädigung der Betroffenen oder des Betroffenen oder des sozialen Umfeldes durch den Alkoholkonsum. Für eine Diagnose muss ein schädliches Gebrauchsmuster seit einem Monat bestehen oder über ein Jahr hinweg mehrfach aufgetreten sein (WHO, 2015)

2.3.2. Burnout

Das *Burnout* beziehungsweise *Ausgebranntsein* wird im ICD-10 unter *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung* (Z73) erwähnt, jedoch gibt es dafür noch keinen separaten Diagnose-Schlüssel (WHO, 2015).

Burnout beschreibt einen Zustand körperlicher, emotionaler und seelischer Verausgabung

und Erschöpfung mit zusätzlichen psychosomatischen Begleiterkrankungen wie Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Nacken- und Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen oder Ähnlichem (Schüle & Huber, 2012).

2.4. Ursachen & Auswirkungen von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen betreffen selten nur bestimmte Teilfunktionen des Individuums oder seines Körpers, sondern mehrere Aspekte des Erlebens und Verhaltens. Sie werden von frühen Erfahrungen und aktuellen Konstellationen im sozialen und familiären Rahmen beeinflusst beziehungsweise beeinflussen ihrerseits das Zusammenleben im sozialen und familiären Kontext (Haupt & Gouzoulis-Mayfrank, 2016).

2.4.1. Risiko- und Umweltfaktoren

Die Ätiopathogenese (Entstehung und Entwicklung von Krankheiten) affektiver Störungen ist multifaktoriell. Genetisch verankerte, neurobiologische, psychosoziale Faktoren, Persönlichkeitsstile und frühere sowie aktuelle Lebensereignisse und Erfahrungen interagieren miteinander auf komplexe Weise. Bei affektiven Störungen ist eine Dysfunktion im Bereich der Neurotransmitter, insbesondere eine Dysfunktion des Katecholamin- und Serotoninsystems und der Schilddrüsenfunktion vorhanden. Darüber hinaus finden sich bei Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen vielfach neuroendokrine Dysregulationen im Bereich des Hypothalamus-Hypophysennebennierenrindensystems und eine vermehrte Ausschüttung des Stresshormons Cortisol (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

Angst hat evolutionstheoretische Wurzeln und war früher für das Überleben essentiell. Die Ursachen für die Entstehung von Angststörungen sind aber vielfältig, denn Angst kann biologisch determiniert sein, über Modelle gelernt und konditioniert werden oder das Resultat einer Bewertung sein (Damm, 2007). Belastende Lebensereignisse wie Trennung vom Lebenspartner, Tod von nahen Angehörigen, Arbeitsplatzverlust oder -wechsel, Umzug oder Pensionierung sind häufige Auslöser für eine depressive Erkrankung, während ein Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung Auslöser einer PTBS sein können. Jede dritte Frau berichtet von Erfahrungen mit Gewalt durch den Partner und leidet folglich oft an Depressionen, Angststörungen oder einer PTBS (APA, 2015; WHO, 2015).

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen, da 15 Prozent der Allgemeinbevölkerung im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer depressiven

Störung erkranken. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer, auch ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko. Die Erstmanifestation einer Major Depression kann in jedem Lebensalter stattfinden, die Wahrscheinlichkeit dafür nimmt jedoch in der Pubertät deutlich zu und kann ihren Höhepunkt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr erreichen. Auch die meisten phobischen Störungen, mit Ausnahme der sozialen Phobie, sind bei Frauen häufiger als bei Männern, viele der Angststörungen entwickeln sich in der Kindheit und neigen unbehandelt zur Persistenz (Beständigkeit). Die meisten Angststörungen treten im Verhältnis 2:1, häufiger bei Frauen als bei Männern, auf (APA, 2015; WHO, 2015).

2.4.2. Auswirkungen & Folgen von psychischen Erkrankungen

Die Auswirkungen und Folgen von Depressionen und Angststörungen können sich auf mehreren Ebenen äußern. Es werden Symptome auf funktioneller, kognitiver, emotionaler, motivationaler und behavioraler Ebene beschrieben. Mortalität durch Suizid wird mit diesen Erkrankungen assoziiert, Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht bestehen vor allem in der Prävalenzrate (Ratey & Hagerman, 2009).

2.4.2.1. Depressionen

Depressionen können als eine physische Veränderung des emotionalen Schaltkreises des Gehirns beschrieben werden. Noradrenalin, Dopamin und Serotonin sind dabei wesentliche Neurotransmitter für die Informationsverarbeitung. Bei einer Depression ist die Anpassungsfähigkeit des Gehirns in bestimmten Regionen gestört. Das breite Spektrum an Symptomen, die Personen erfahren, kann durch das Problem der Verbindungsfähigkeit erklärt werden. Neben dem Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit können viele Teile des denkenden Gehirns, wie das Lernen, die Aufmerksamkeit, die Energie und die Motivation betroffen sein. Die kognitive Verzerrung führt dazu, dass Depressive versuchen Fehler zu vermeiden und überzubewerten, was zu Inaktivität und der Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik führt. Viele der funktionellen Konsequenzen der Major Depression resultieren aus den einzelnen Symptomen. Depressive Symptome können auf emotionaler, wie Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit, motivationaler, wie Rückzug und Interessenverlust, kognitiver, wie Pessimismus und zirkuläres Grübeln, motorischer-behavioraler, wie Agitiertheit und maskenhaft erstarrte Mimik, und interaktioneller Ebene, wie Rückzug und weniger sexuelle Aktivität, unterschieden werden. Das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung kann durchaus sehr leicht sein, sodass sich Betroffene der

Symptome gar nicht bewusst sind. Sie können aber auch zu massiveren Einschränkungen der Lebensführung führen, sodass Betroffene gar nicht mehr in der Lage sind, eine basale Selbstversorgung aufrechtzuerhalten (Ratey & Hagermann, 2009).

Die Erfahrung von Nicht-Kontrolle oder Kontrollverlust über persönlich relevante Lebensprobleme führt zu Passivität, Rückzug, Apathie und anderen Kardinalsymptomen einer Depression. Zudem ändert sich die subjektive Sicht über die eigene Person und die Welt an sich. Dinge, die faktisch kontrollierbar wären, empfinden depressive Patienten subjektiv als unkontrollierbar. Diese Einstellung der eigenen Hilflosigkeit wird auf andere Lebensbereiche, die Vergangenheit, die Zukunft und auf das Erleben depressiver Symptome übertragen. Dieser subjektive Mangel an Selbstkontrollfähigkeit führt dann eher zur Antizipation zukünftiger Misserfolge anstatt von zukünftigen Erfolgen (Hautzinger & Wolf, 2012).

2.4.2.2. Angststörungen

Angststörungen werden mit einem hohen Maß sozialer, beruflicher und körperlicher Einschränkung, mit beachtlichen wirtschaftlichen Kosten, einer hohen Anzahl an Arztbesuchen, geringerer Erwerbstätigkeit, einem schlechten Allgemeinbefinden und einer niedrigen Lebensqualität assoziiert. Die funktionellen Beeinträchtigungen zeigen sich im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich, in der Entwicklung und Ausbildung, der körperlichen Gesundheit und im Berufsleben. Übermäßiges Sorgen schränkt die Fähigkeit einer Person ein, Aufgaben zu Hause oder am Arbeitsplatz schnell und effizient zu erledigen und benötigt Zeit und Energie. Die begleitenden Symptome wie Muskelverspannung, ständiges auf-dem-Sprung-sein, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder gestörter Schlaf tragen zu den Einschränkungen bei. Betroffene leben häufiger alleine, sind eher unverheiratet oder geschieden und haben seltener eigene Kinder. Viele Angstpatienten versuchen sich zu schonen, indem sie für allgemeine Ruhe und Stressfreiheit sorgen, was problematisch ist, da der Körper zur Erbringung von Leistung fähig ist und auch danach verlangt. Durch die Vermeidung von körperlicher Ertüchtigung kann Angst begünstigt und am Leben erhalten. Eine länger andauernde soziale Isolation im Verlauf einer sozialen Angststörung kann eine Major Depression nach sich ziehen. Die Komorbidität mit Major Depression ist auch bei älteren Menschen hoch (Ratey & Hagermann, 2009; Weigelt et.al., 2012).

Weiters gehen Angststörungen mit einer mangelnden Ausbildung der Ich-Kompetenz

einher, sodass es zu Fehleinschätzungen der Bedrohlichkeit einer Situation und der eigenen Ressourcen zur Lösung der Situation kommt. Außerdem sinkt das Selbstvertrauen durch das Setzen zu hoher Ziele (Martin et. al., 2015).

2.4.2.3. Mortalität

Die Major Depression hat eine hohe Mortalität, die zu einem erheblichen Teil auf Suizid zurückzuführen ist. Das Risiko für Suizidversuche ist bei Frauen höher, wobei die Wahrscheinlichkeit für einen Suizid niedriger ist als bei Männern. Personen mit spezifischen Phobien haben eine um bis zu 60% erhöhte Wahrscheinlichkeit einen Suizidversuch zu begehen, wobei diese erhöhten Raten wahrscheinlich hauptsächlich auf die Komorbidität mit Persönlichkeits- und anderen Angststörungen zurückzuführen ist. Traumatische Erlebnisse erhöhen das Suizidrisiko eines Menschen, auch die PTBS wird mit Suizidgedanken und Suizidversuchen assoziiert (APA, 2015; WHO, 2015).

2.4.2.4. Geschlechtsspezifische Unterschiede

Frauen geben mehr soziale Befürchtungen an und haben häufiger komorbide depressive Störungen, bipolare Störungen und andere Angststörungen, während Männer häufiger Ängste vor Verabredungen, Störungen des Sozialverhaltens und Missbrauch von Alkohol oder illegalen Drogen aufweisen (Ratey & Hagermann, 2009).

Obwohl Frauen ein höheres Risiko haben an einer Depression zu erkranken, zeigen sich keine klaren Geschlechterunterschiede in Bezug auf die Art der Symptome, den Verlauf, den Behandlungserfolg oder die funktionellen Folgen (Weigelt et. al., 2012).

3. Therapie von psychischen Erkrankungen

In diesem Kapitel werden die therapeutischen Ansätze bei Depressionen und Angststörungen zusammenfassend dargestellt. Genauer wird auf die Psychotherapie, die medikamentöse Behandlung und alternative Therapieansätze beziehungsweise ergänzende Verfahren eingegangen.

Für das psychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Fachgebiet müssen immer sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt werden. Aktuell vorherrschend in der Psychiatrie ist eine multidimensionale Therapie, die neurobiologische Behandlungsmethoden wie die Psychopharmakabehandlung, Psychotherapie, aktivierende und ressourcenorientierte Behandlungsmethoden wie die Sport- und Ergotherapie, sowie soziotherapeutische und rehabilitative Komponenten wie die Arbeitstherapie, einschließen (Haupt & Gouzoulis-Mayfrank, 2016). Der multidimensionale Therapieansatz kann auch von anderen Autoren bestätigt werden (Carek et. al., 2011; Hautzinger & Wolf, 2012).

Wirksamkeitsstudien zeigen keine deutliche Überlegenheit eines bestimmten psychotherapeutischen Verfahrens, wobei eine kognitive Verhaltenstherapie längerfristig besser wirkt als die Behandlung mit Antidepressiva. Die Kombination beider scheint jedoch wirksamer zu sein als Psychotherapie alleine. Aufgrund des moderaten Effekts von Standardinterventionen, werden alternative Therapieinterventionen wie sportliche Aktivität, die nebeneffektsarm und kostengünstiger sind, beleuchtet und entwickelt (Hautzinger & Wolf, 2012).

3.1. Medikamentöse Therapie

Antidepressiva gibt es in verschiedenen Substanzklassen, die sich in Bezug auf das Wirkungsspektrum und der Nebenwirkungen deutlich unterscheiden. Sie sind nicht nur gegen depressive Symptome wirksam, sondern auch gegen Angst- und Zwangsstörungen und andere psychische Erkrankungen. Durch die Behandlung mit Psychopharmaka ist eine systematische Beeinflussung der Symptomatik und des Verlaufs psychischer Störungen möglich. Sie wirken alle in ähnlicher Weise stimmungsaufhellend, unterscheiden sich aber hinsichtlich der Beeinflussung von Aktivität und Antrieb. Es stehen aktivierende, neutrale und dämpfende Präparate zur Verfügung. Außerdem haben Antidepressiva als Dauermedikation eine vorbeugende Wirkung, wenn es um Krankheitsverläufe mit einer Tendenz zu wiederkehrenden depressiven Episoden geht. Nebenwirkungen der Antidepressiva treten bevorzugt während der Einstellungsphase auf und bessern sich im

weiteren Verlauf bei gleichbleibender Dosis.

In der Akutphase einer depressiven Episode ist ein Schwerpunkt der Therapie die Einstellung auf ein Antidepressivum, vorzugsweise aus der Klasse der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), der spezifischen Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) oder Mirtazapin. Die medikamentöse Behandlung ist vor allem bei schweren Depressionen von zentraler Bedeutung, sie hat jedoch ihren Stellenwert als unterstützende Maßnahme auch bei mittelschweren und leichteren Formen. Die medikamentöse Therapie wird bei Angststörungen im Bedarfsfall symptomorientiert mit Antidepressiva, Benzodiazepinen oder Neuroleptika durchgeführt. Bei der Panikstörung und bei Phobien sind Antidepressiva (SSRI), eventuell gemeinsam mit Benzodiazepinen als Medikamente passend, bei generalisierten Angststörungen und Sozialphobien empfiehlt sich die Gabe von SSRI oder SNRI (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016; Lenz & Küfferle, 2008).

3.2. Psychotherapie

Es gibt viele verschiedene Psychotherapieverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit bei verschiedenen psychischen Störungen. Als geeignete Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen werden Psychoedukation, Verhaltenstherapie, kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, interpersonelle Psychotherapie (IPT) und Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) gesehen (Lenz & Küfferle, 2008).

3.3. Weitere Therapiemaßnahmen

Begleitende Basisverfahren wie Entspannungstraining und aktivierende, ressourcenorientierte Maßnahmen wie Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Konzentrationstraining und tagesstrukturierende Maßnahmen haben einen großen Stellenwert in der stationären Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten. Weitere biologische Behandlungsmethoden bei depressiven Störungen sind Schlafentzugstherapie, Lichttherapie und neuere Stimulationsverfahren wie die repetitive transkraniale Magnetstimulation (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016; Lenz & Küfferle, 2008).

4. Bewegungstherapie

Im folgenden Kapitel wird einer der ergänzenden und alternativen Therapieansätze mehr Beachtung geschenkt. Die Bewegungstherapie wird zuerst begrifflich und rechtlich abgegrenzt und dann jeweils auf die Sport-, Trainings- und Physiotherapie näher eingegangen. Weiters werden deren Ziele und Bedeutung skizziert.

Die Bewegungstherapie stellt einen wichtigen Faktor der nichtmedikamentösen Behandlung und Rehabilitation dar und wird von Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftlern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation (Sportphysiotherapie) beziehungsweise von Sportlehrerinnen und Sportlehrern mit zusätzlicher medizinischer Ausbildung durchgeführt (Stoll & Ziemainz, 2012).

Die Sport- und Bewegungstherapie hat durch die vermehrte Einbindung eines multimodalen Treatments in psychiatrischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken mehr an Beachtung und Bedeutung gewonnen (Martin et. al., 2015). Sie ist mittlerweile fester und anerkannter Bestandteil des therapeutischen Angebots im psychiatrischen Klinikbereich im deutschsprachigen Raum (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Ausdauerorientierte Ansätze wie Walking oder Training am Fahrradergometer werden genauso wie Krafttraining, Gymnastik oder spielerisch orientierte Gruppenaktivitäten angeboten (Broocks, 2012). Auch Lenz & Küfferle (2008) erwähnen die Bewegungstherapie als unterstützendes therapeutisches Verfahren bei der Behandlung von Depressionen. Bewegung und Sport sind eine wirksame und kostengünstige Alternative in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen.

Bei leichten bis mittelschweren Depressionen kann physische Aktivität ähnliche Wirkungen wie Antidepressiva oder Psychotherapie erzielen, aber auch als Ergänzung zur medikamentösen Behandlung eingesetzt werden (Carek et. al., 2011; Hölter, 2011). Ebenfalls hat sie einen ähnlich angstreduzierenden Effekt wie eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine medikamentöse Behandlung (Hautzinger & Wolf, 2012). Carek et. al. (2011) meinen jedoch, dass sie die medikamentöse Behandlung nicht ersetzen kann.

4.1. Begriffsabgrenzung

Der deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS, zit. n. Schüle & Huber, 2016, S.76) definiert *Bewegungstherapie* als „ärztlich indizierte und verordnete

Bewegung mit verhaltensorientierten Komponenten, die vom Therapeuten geplant, dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird.“

Die *Bewegungstherapie* fasst alle Verfahren, die Bewegung als therapeutisches Mittel beinhalten, zusammen (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016) und stellt einen Sammelbegriff für therapeutische Konzepte dar, mit denen versucht wird, durch aktive muskuläre Beanspruchung Erkrankungen, Defizite, Fehlverhalten oder psychosoziale Störungen zu behandeln. Zur Bewegungstherapie zählen die Sporttherapie, aktive Bewegungsübungen, Physiotherapie, sensomotorische Therapieformen, psychomotorisch konzipierte Verfahren, Bewegungspsychotherapie und die kommunikative Bewegungstherapie (Weineck, 2010).

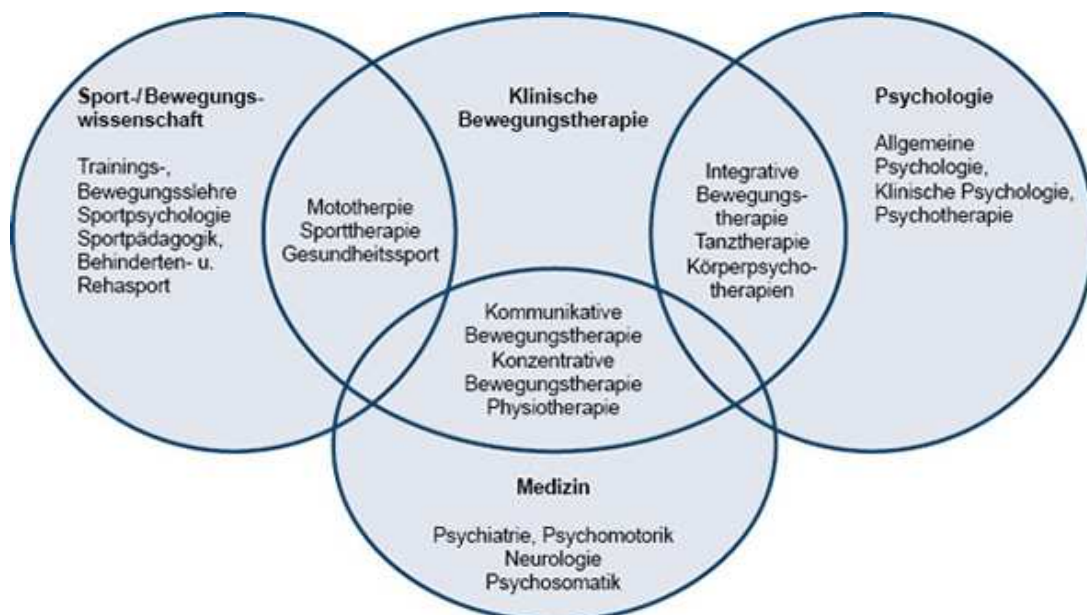


Abbildung 1: Schnittpunkte der klinischen Bewegungstherapie (Schüle & Huber, 2012, S.75)

In den Bereich der *klinischen Bewegungstherapie* (Abb. 1) fließen Erkenntnisse unterschiedlicher Fachdisziplinen ein, es werden verschiedene Bewegungspraxen in einem integrierten Sinn berücksichtigt. Aspekte aus der Sport- und Bewegungswissenschaft, Psychologie und Medizin werden miteinbezogen. Das Spektrum der Bewegungstherapie umfasst die Mototherapie, Sporttherapie, den Gesundheitssport, die integrative Bewegungstherapie, Tanz- und Körperpsychotherapie, sowie die kommunikative Bewegungstherapie, die konzentrierte Bewegungstherapie und die Physiotherapie (Schüle & Huber, 2012).

4.1.1. Trainings- und Sporttherapie

Die *Sporttherapie* wird in den übergeordneten Bereich der Bewegungstherapie integriert und als „bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert“ definiert (DVGS, zit. n. Schüle & Huber, 2012, S.76).

Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren mit ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen (Schüle & Huber, 2012). Sporttherapie beinhaltet also gezielt, auf Ganzheitlichkeit ausgerichtete und ressourcenorientierte pädagogische, psychische und psychosoziale Schwerpunkte wie Motivation, psychophysische Befindlichkeit, Entspannungsfähigkeit, Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit und soziale Kompetenz (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Die Trainingstherapie durch Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler umfasst die strukturelle Verbesserung der Bewegungsabläufe und der Organsysteme mit dem Ziel, die Koordination, Kraft, Ausdauer und das Gleichgewicht durch systematisches Training, aufbauend auf der Stabilisierung der Primärerkrankung und zur ergänzenden Behandlung von Sekundärerkrankungen, zu stärken. Übergeordnetes Ziel ist die Vermeidung des Wiedereintritts von Krankheiten sowie des Entstehens von Folgekrankheiten und Chronifizierungen (BMGF, 2012).

Sporttherapie wird als ein mehrdimensionales Vorgehen betrachtet, das psychosoziale und pädagogische Ziele verwirklicht. Diese Mehrdimensionalität bezieht sich auf die Vorgehens- und Wirkungsweise, wobei das Zusammenspiel der funktionellen, pädagogischen und psychosozialen Dimension die therapeutische Wirksamkeit ermöglicht. Sport hat nicht nur eine trainingsbezogene Wirkungsweise, sondern kann auch zur Vermittlung eines gesundheitsorientierten Lebensstils eingesetzt werden (Schüle & Huber, 2012). Die Sporttherapie wird in Arbeitsfeldern der klinischen und ambulanten Therapie, des Rehabilitationssports, des Gesundheitssports und der Fitnesscenter, des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Verbände eingesetzt und ist somit allgemein- und breitensportlich, sowie in der Prävention wichtig. Mittlerweile wird sie auch in Kur-Zentren, Hotels und sport- und behindertentouristischen Bereichen eingesetzt (Schüle & Huber, 2012).

4.1.3. Physiotherapie

Physiotherapie ist eine funktionell-defizitorientierte Methode zur Behebung von Einschränkungen des Bewegungsapparates und, wie die Sporttherapie, der Bewegungstherapie unterzuordnen. Die Sporttherapeutinnen und -therapeuten betreuen meistens mehrere Patientinnen und Patienten gleichzeitig, während die Physiotherapeutinnen und -therapeuten normalerweise Einzeltherapien durchführen (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). In der Physiotherapie werden Kräfte und Energieformen aus dem Bereich der klassischen Physik methodisch zu Heilzwecken eingesetzt. Sie veranlasst den Körper zu einer eigenständigen und aktiven Überwindung von gestörten physiologischen Reaktionen beziehungsweise pathologischen Prozessen, die er selbst nur schlecht überwinden kann. Die physikalischen Behandlungsmethoden können aus der Sicht der Patientin oder des Patienten in eine passive und aktive Physiotherapie unterteilt werden. Die aktive Physiotherapie fasst alle Methoden und Inhalte zusammen, in denen die Patientin oder der Patient selbst aktiv Übungen mit oder ohne Geräte durchführt. Passive Methoden sind Therapien im Wasser und Bäder, die Elektrotherapie, Massagetherapie, manuelle Lymphdrainage oder Ultraschalltherapie (Schüle & Huber, 2012).

4.2. Zieldimension der Bewegungstherapie

Haupt & Gouzouliz-Mayfrank (2016) geben als Ziele der Sporttherapie die Stärkung der *Ich-Kompetenz* und der *Sozial-Kompetenz* in physischen, psychischen und sozialen Bereichen an. Das soll zu einer Verbesserung der Handlungs- und Sozialkompetenz und des Verhaltens führen.

Bei der *Ich-Kompetenz* handelt es sich um die Fähigkeit einer Person bekannten und unbekannten Belastungen und Anforderungen gewachsen zu sein und diese bewusst und zielgerichtet bewältigen zu können. Es geht darum, die eigenen physischen und psychischen Energien gezielt zu nutzen, sich passend an- und entspannen zu können, sich selbst zu motivieren, bei einer Sache zu bleiben, sich die eigenen Gefühle und Erlebnisse bewusst zu machen und mit ihnen umgehen zu können. Zu ihr kann man ebenfalls die sportartspezifischen Kompetenzen zählen, die allgemeine und spezielle Muster sportmotorischen Handelns beinhalten. Zu diesem Bereich gehören die funktionellen Bereiche Ausdauer, Schnelligkeit, Kraft, Koordination, Flexibilität, sportartspezifische Techniken und Taktiken. Sie zielen auf die Erhöhung der allgemeinen Leistungsfähigkeit

ab und verbessern dadurch das Wohlbefinden (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

Die *soziale Kompetenz* ist durch die Fähigkeit gekennzeichnet, soziale Bedingungen adäquat wahrzunehmen, zu bewerten und entsprechend auf sie zu reagieren. Es geht um die Verbesserung der Ressourcen, der Körperwahrnehmung, des Körperbewusstseins und um das Kennen von eigenen Stärken und Grenzen. In der Bewegungs- und Sporttherapie können die Patientinnen und die Patienten in der Beziehung zu sich selbst lernen eigene Bedürfnisse und soziale Wünsche zu erkennen, zu äußern, durchzusetzen und dementsprechend auf die Handlungen anderer Einfluss zu nehmen. Die Erfahrung einer positiven und sicheren Bindungsebene und angemessener sozialer Unterstützung kann gezielt durch Bewegungsaufgaben mit einer Partnerin, einem Partner oder in der Gruppe erreicht werden. Kommunikation, Zugehörigkeitsgefühl und Problemlösungsverhalten sollen dabei gefördert werden. Die Patientinnen und Patienten können somit in der Bewegungstherapie lernen, sich anzupassen, mit anderen Menschen umzugehen, Hilfe anzunehmen, Hilfe anzubieten, die eigenen Fähigkeiten besser zu erkennen, einzuschätzen und anzuwenden (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

Durch die Bewegungstherapie sollen also über die Verbesserung der körperlichen Fitness und des Körpergefühls positive Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit erzielt werden. Durch ein vielseitiges Programm sollen auch über die psychologischen Effekte hinaus in der Gruppe Spaß und Kreativität erlebt und Kommunikation und Interaktion gefördert werden. Weitere Ziele sind Freude am Spiel, Sport und Bewegung wiederzuentdecken oder neu zu vermitteln, Körperwahrnehmung und Körperbewusstsein zu verbessern, Möglichkeiten der Entspannung kennenzulernen, den Zusammenhang von körperlichen und psychischen Funktionen zu erkennen, das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu stärken sowie die Förderung von Sozialverhalten. Entscheidend ist die Entwicklung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität (Broocks, 2012). Dies stellt ein wichtiges Ziel der Bewegungstherapie dar, um langfristig positive Effekte erzielen zu können (Niederer et. al., 2017).

4.3. Erklärungsmodelle

Es gibt zahlreiche Erklärungsmodelle für die Wirkungsweise von physischer Aktivität, Bewegung und Sport. Dazu zählen die Endorphinhypothese, die Ablenkungshypothese, die Selbstwirksamkeitshypothese, die Theorie meditativer Bewusstseinszustände, die transiente Hypofrontalitätstheorie (THFT), das Dual-Mode-Modell (DMM), das

serotonerge System und die „adulte Neurogenese“ (Ledochowski et. al., 2017).

Physiologische Erklärungsmodelle gehen, zum Beispiel, davon aus, dass sportliche Aktivität physiologische Veränderungen mit psychologischen Konsequenzen bewirkt, was in Zusammenhang mit neurochemischen Prozessen im Gehirn steht (Schwerdtfeger, 2012). Die verschiedenen Gründe für den lindernden Effekt von sportlicher Aktivität auf die depressive Symptomatik entsprechen einer komplexen Wirkungsweise auf verschiedene Faktoren. Psychologische Faktoren, Kompetenzerleben, Ablenkung und sozialer Kontakt, neurophysiologische und neuroendokrinologische Prozesse können stimuliert werden (Hautzinger & Wolf. 2012).

Näher wird im folgenden Kapitel auf die Wirkmechanismen und Erklärungsmodelle eingegangen.

4.4. Rechtliche Grundlagen

Die Ausübung von Trainingstherapie ist im *Medizinischen Assistenzberufe-Gesetz (MABG)* geregelt. Seit 2012 ist die Berufsausübung nur Personen erlaubt, die in die Trainingstherapieliste eingetragen sind, wofür es bestimmte Voraussetzungen gibt und ein entsprechender Qualifikationsnachweis erbracht werden muss. Mit Beginn des Jahres 2016 ist eine Berufsausübung sowie die Berufsbezeichnung *Trainingstherapeutin* oder *Trainingstherapeut* ohne vorherige Eintragung in die Trainingstherapieliste verboten und wird verwaltungsstrafrechtlich verfolgt. Es muss eine entsprechende Ausbildung absolviert und ein Antrag auf Akkreditierung gestellt werden. Die Trainingstherapie wird durch Physiotherapeutinnen und –therapeuten sowie Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler auf ärztliche Anordnung durchgeführt. An der Universität Wien kann man, zum Beispiel, das Bakkalaureat Sportwissenschaften und darauf aufbauend den Master mit der Pflichtmodulgruppe *Trainingstherapie* studieren, um diese Qualifikation zu erlangen. Dies ist auch an den Universitäten Salzburg, Graz und Innsbruck in ähnlicher Art möglich. Neben einem anerkannten Studium ist auch eine individuelle Akkreditierung möglich (BGBl.I Nr. 89/2012).

4.5. Salutogenesemodell

Das *Salutogenesemodell* stellt eine Weiterentwicklung der Gesundheitsdefinition der WHO (Weltgesundheitsorganisation), die Gesundheit bereits 1948 „als einen Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definiert, dar. Im Gegensatz zum Risikofaktorenmodell

beinhaltet das Salutogenesemodell eine positive und ganzheitliche Gesundheitsansicht, die öko-bio-medizinische-psycho-soziale Aspekte miteinbezieht, wie in Abbildung 2 dargestellt wird. Interne und externe gesundheitsschützende Ressourcen sind von Bedeutung (Weineck, 2010).

Gesundheit und Krankheit werden nicht als dichotome Zustände verstanden, sondern befinden sich an den jeweils gegenüberliegenden Enden eines Kontinuums. Das sogenannte *Gesundheits-Krankheitskontinuum* beinhaltet dann die Pole *Gesundheit/körperliches Wohlbefinden* und *Krankheit/körperliches Missempfinden*. Nach diesem Modell ist Gesundheit kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Gesundheit muss immer wieder aufgebaut werden und der Verlust von Gesundheit ist allgegenwärtig und natürlich. Entscheidend ist dabei, wie weit man von den beiden Polen entfernt ist. Diese können nie vollständig erreicht werden, da jeder lebende Organismus, sowohl gesunde als auch kranke Anteile in sich hat. Unter gleichen äußeren Bedingungen kann es Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Menschen geben (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

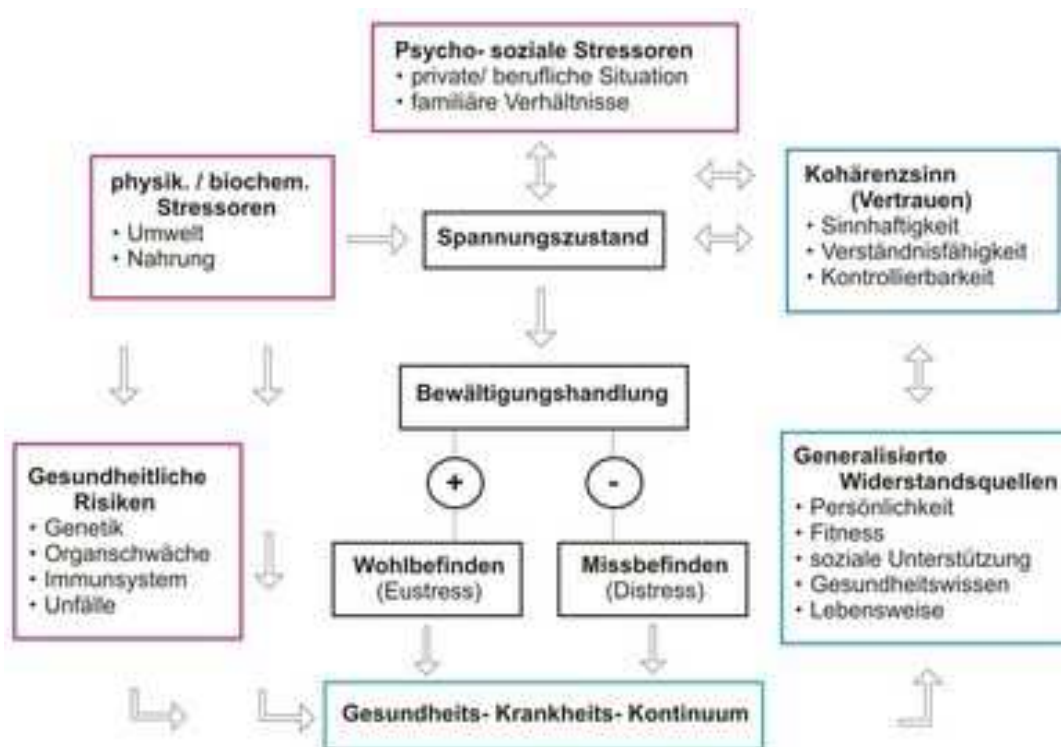


Abbildung 2: Salutogenesemodell (Peikert, 2017)

Inwieweit eine Person von Gesundheit oder Krankheit entfernt ist, hängt von den Stressoren und den Ressourcen ab, wie in Abbildung 2 dargestellt ist. Auch die kognitive und emotional-motivationale Grundeinstellung, also das *Kohärenzgefühl*, gegenüber dem Stressor ist von Bedeutung (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

4.5.1. Stressoren

Stressoren sind Anforderungen, die das Gleichgewicht des Organismus stören und somit zu einem Spannungszustand führen, sie begünstigen eine Entwicklung in Richtung Krankheit und sollten möglichst minimiert werden (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Antonovsky sieht Stressoren nicht zwangsläufig als gesundheitsschädlich, denn die jeweilige Auffassung ist von den subjektiven Bewertungs- und Bewältigungsreaktionen abhängig, wobei auch körperlicher Aktivität in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle zukommt. Wenn die Stressbewältigung gelingt, hat dies eine gesundheitsförderliche Wirkung, ansonsten entsteht ein negativer Stress oder eine subjektiv belastende Situation (Weineck, 2010).

4.5.2. Ressourcen

Ressourcen oder *Widerstandsquellen* bestehen aus individuellen, sozialen oder kulturellen Faktoren und haben im Sinne einer Widerstandsfähigkeit gegenüber den jeweiligen Stressoren einen positiven Einfluss auf den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Stressoren und Ressourcen können beide von außen durch Erziehungs- oder therapeutische Prozesse beeinflusst werden (Hölter, 2011). Die körperlichen, kognitiven und einstellungsbezogenen Widerstandsquellen können auch durch physische Aktivität angeregt und gefördert werden. Eine Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstsicherheit kann durch Erfolgserlebnisse und Aufgaben, die den Patientinnen und Patienten eine gewisse Leistung abverlangen, ohne sie zu überfordern, erreicht werden. Gerade für Patientinnen und Patienten mit einem sehr geringen Selbstvertrauen und einer dementsprechend gering ausgeprägten Überzeugung der eigenen Widerstandsquellen, bieten sich unter anderem Aufgaben zur Selbsteinschätzung an. Dadurch kann an einem realistischen Bild der eigenen Ressourcen gearbeitet werden (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

4.5.3. Kohärenzgefühl

Inwieweit eine Person von Gesundheit oder Krankheit entfernt ist, hängt von den Stressoren, den Ressourcen und der kognitiven und emotional-motivationalen Grundeinstellung, also dem Kohärenzgefühl, gegenüber dem Stressor ab (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

Es ist laut Antonovsky die wichtigste Einflussgröße und besteht aus drei Komponenten. Das *Gefühl der Verstehbarkeit* meint eine geordnete und strukturierte Wahrnehmung der Welt, das *Gefühl der Bewältigbarkeit* ist die Überzeugung in die Verfügbarkeit eigener Ressourcen zur Problemlösung und das *Gefühl der Sinnhaftigkeit* ist das Ausmaß, in dem man das Leben für wertvoll empfindet, sodass man Energie in Probleme und Anforderungen investiert (Weineck, 2010).

Die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst die Gesundheit maßgeblich und ist von gesellschaftlichen Gegebenheiten und der familiären Sozialisation abhängig, es ist bei Männern in der Regel stärker ausgeprägt als bei Frauen (Weineck, 2010). Laut Antonovsky hat das Kohärenzgefühl einen großen Einfluss auf die Position, die man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl bewegt diese Position zum Pol *Gesundheit* hin, da bestimmte Stimuli nicht als Stressoren bewertet werden und die Überzeugung vorhanden ist, dass man sich problemlos an die Anforderungen anpassen kann (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

4.5.4. Wirkungsweise von Bewegungsaktivitäten nach dem Salutogenesemodell

Das Salutogenesemodell beschreibt die Wirkungen von Bewegungsaktivitäten auf die physische und psychische Gesundheit. Dabei werden Haupt-, Puffer- und Mediatoreffekt der Bewegungsaktivität unterschieden (Hölter, 2011).

Haupteffekte wirken auf somatisch-funktioneller Ebene, haben kurzfristig unmittelbar positive Effekte auf den Spannungszustand und können den Aufbau eines gesunden Lebensstils oder eine günstige Beeinflussung von Stressoren bewirken (Hölter, 2011).

Puffereffekte sind Wirkungen ohne nachweisbare somatisch-funktionelle Veränderungen, die sich auf physische und psychische Aspekte beziehen können. Sport dient hier dem Abpuffern im Sinne von Ablenkung, wobei psychophysische Puffereffekte auch in Zusammenhang mit Spaß, Freude an der Bewegung und im Spiel stehen können (Hölter, 2011).

Der bei psychischen Erkrankungen Bedeutendste ist der *Mediatoreffekt*, der ein besonders günstiges Vehikel für edukativ-psychosoziale und therapeutische Beeinflussung darstellt. Dieser kann sich auf die psychosozialen Ressourcen des Modell beziehen und, zum Beispiel, auf die Vermittlung von bewegungsbezogenen Kompetenzen und Erfahrungen durch Meditationstechniken Einfluss nehmen. Mit dem Salutogenesemodell können die unterschiedlichen Befunde zu möglichen Wirkungen von Bewegungsaktivitäten auf die psychische Gesundheit sinnvoll geordnet werden (Hölter, 2011).

Das im Salutogenesemodell geforderte Spannungsmanagement bezieht sich auf einen kurzfristigen Abbau von Spannungsgefühlen, die eine Balance von Stressoren und Ressourcen erleichtern und durch unterschiedliche Entspannungsverfahren wie Walken, spielerische Aktivitäten, Yoga oder autogenem Training erreicht werden können. Haupt- und Puffereffekte können als Stabilisierung der somatischen Basis, Behandlung von Komorbiditäten, aktuelle Spannungsbewältigung und Beschwerde- und Stimmungsmanagement empirisch gut nachgewiesen werden. Mediatoreffekte sind empirisch schwierig zu belegen, spielen aber bei der Vermittlung eines stabileren Körperkonzeptes, beim Erlernen spezifischer Bewältigungsstrategien oder beim Aufbau eines sozialen Netzwerks eine wichtige Rolle. Das Salutogenesemodell ist in der Lage, individuelle Erkrankungen auch psychosozial zu verorten und zusätzlich Ressourcen zur Aufrechterhaltung und Herbeiführung von Gesundheit zu identifizieren (Hölter, 2011).

5. Forschungsstand der Bewegungstherapie bei Depressionen und Angststörungen

Im diesem Kapitel soll der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf die positiven Wirkungen und Effekte von Bewegung und Sport beziehungsweise physischer Aktivität im therapeutischen Setting aufgezeigt werden. Einerseits geht es darum, einen Überblick über die vielfältigen Wirkungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu zeigen, dann auch darum, diese sportartspezifisch auszuarbeiten. Abschließend werden Überlegungen bezüglich konkreter Handlungsempfehlungen für die Bewegungstherapie angeführt.

Die meisten Studien untersuchen die Effekte angeleiteter aerober Aktivierungsprogramme, die sich unter dem Oberbegriff Fitnessstraining zusammenfassen lassen. Fitness wird sportmedizinisch als kardiorespiratorische Ausdauer, als Einsatz muskulärer Kraft sowie als Koordinierungsleistung verstanden. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Laufen und Gehen, angeleitete Gymnastik und Übungen an Trainingsgeräten, weniger oft um Entspannungsübungen, Spiele, Yoga oder aquatische Therapien und Tanztherapie (Hölter, 2011).

5.1. Bedeutung der Bewegungstherapie

Obwohl ein negativer Zusammenhang zwischen Depression und körperlicher Aktivität herrscht, da Symptome wie verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit, Änderung der psychomotorischen Aktivität mit Agiertheit oder Hemmung konträr zur Ausübung sportlicher Aktivität stehen, kann sie Depressionen durch eine stimmungsaufhellende Wirkung lindern. Gerade der Gegensatz zu der charakteristischen Antriebsarmut einer Depression ist dafür von Bedeutung, wobei dieser Effekt komplex ist und beispielsweise beim Übergang von aerober in anaerober Energiebereitstellung eher zu einem negativen Affekt führt. Sport kann positive Emotionen auslösen, was der negativen Emotionalität während depressiver Episoden entgegensteht (Hautzinger & Wolf, 2012).

Das Bewegungsangebot im psychiatrischen Setting wird zwar oft als Pausenfüller oder Beschäftigung in einem strukturierten Tagesablauf und nicht als spezifische Therapie gesehen, trotzdem beurteilen Patientinnen und Patienten die Sport- und Bewegungstherapie positiv hinsichtlich der subjektiv eingeschätzten Wirksamkeit (Broocks, 2012). Bewegungs- und sporttherapeutischen Ansätzen wird mittlerweile mehr Aufmerksamkeit geschenkt, da es viele Belege für deren Wirksamkeit im psychiatrischen Setting gibt (Broocks, 2012). Bewegungstraining als therapeutisches Mittel hat positive Wirkungen auf

somatischer, psychosomatischer und psychologischer Ebene (Badenhop, 2017).

Der Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Angst ist noch weniger gut erforscht als der Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Depressionen (Schwerdtfeger, 2012). Mittels bewegungstherapeutischen Maßnahmen kann aber auf alle Bereiche des Menschen, also auf Körper, Psyche und den Bereich der sozialen Interaktion in positiver Weise Einfluss genommen werden (Hautzinger & Wolf, 2011; Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Diese Ganzheitlichkeit in der Bewegungstherapie ermöglicht es, den Patienten als komplexes körperliches, psychisches und soziales Wesen wahrzunehmen und seine Gesundheit ganzheitlich positiv beeinflussen zu können. Die Bewegungstherapie arbeitet vor allem ressourcen- und wachstumsorientiert, wodurch auch präventive Faktoren positiv beeinflusst werden können (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). So wirkt Bewegung und Sport beispielsweise positiv auf die körperliche Gesundheit, die Lebenszufriedenheit, das Wohlbefinden und kognitive Aspekte (Carek et. al., 2011).

Physische Aktivität erzielt in der Behandlung von Angststörungen ähnliche Effekte wie der Einsatz von Psychotherapie oder Psychopharmaka. Physische Aktivität kann somit eine effektive und kostengünstige Behandlung bei Angststörungen darstellen (Stonerock et. al., 2015), weshalb sie sich in den vergangenen Jahren als eine effektive Methode gegen Angststörungen etabliert hat (Asmundson et. al., 2013).

Die Bewegungstherapie kann also einen lernfördernden Explorationsraum mit unterschiedlichem Erlebnisgehalt bieten, wobei Bewegung als Mittel zur Wahrnehmung und zum Erlangen von Erfahrungen genutzt werden kann. Über diese, teilweise auch emotionalen Erfahrungen können dann Veränderungen im Verhaltens- und Einstellungsbereich erzielt werden. Ein erhöhter erlebnispädagogischer Gehalt lässt sich in der Bewegungstherapie außerdem über Natur- und Umweltbegegnungen außerhalb von geschlossenen Räumlichkeiten herstellen (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

5.2. Angstreduzierende Wirkung

Physische Aktivität reduziert Angst und die Angstsensitivität (Stonerock et. al., 2013). Dabei spielt auch die Exposition zu angstausslösenden Körperempfindungen eine Rolle. Die Angstsensitivität umfasst die Angst vor körperlichen Empfindungen, Angst vor dem Verlust der kognitiven Kontrolle und die Angst vor sozial beobachtbaren Symptomen (Asmundson et. al., 2013). Die Reduzierung der Angstsensitivität wurde durch mehrere Studien nachgewiesen und das relativ unabhängig von der Intensität der sportlichen

Aktivität. Aerobe Interventionen reduzieren alle drei Dimensionen der Angstsensitivität. Hier spielt auch die Erfahrung, dass körperliche Prozesse wie erhöhte Herzfrequenz, Muskelanspannung, außer Atem sein oder Schwitzen, die ähnlich von Angstreaktionen sind, unangenehm sind aber keine katastrophalen Konsequenzen haben. Diese werden neu beziehungsweise umbewertet (Asmundson et. al., 2013).

Physiologische Anpassungen äußern sich unter anderem durch neuroendokrine Adaptionen, wie die Erhöhung der Körpertemperatur und der Endorphinproduktion. Thermoregulierende Mechanismen wirken sich positiv auf die Homöostase aus, denn während der physischen Aktivität wird man homöostatischen Veränderungen ausgesetzt, die angstinduzierte neurochemische Prozesse imitieren. Wiederholte Erfahrungen solcher Veränderungen durch physische Aktivität ermöglichen eine Toleranz von physiologischer Erregung und Stress (Asmundson et. al., 2013).

Körperliche Bewegung wirkt als Form der Angstbewältigung insofern auf den Körper, als dass sich die Ruhespannung der Muskeln senkt, wodurch der Schaltkreis der negativen Feedback-Schleife vom Körper zum Gehirn unterbrochen und auf die Bewegung gelenkt wird (Ratey & Hagerman, 2009). Besonders bei aerobem Training wurde der positive Effekt bei Angststörungen bereits zahlreich belegt (Hautzinger & Wolf, 2012). Auch Krafttraining wirkt in diesem Zusammenhang positiv, wobei ein Training unter Aufsicht oder in einer Institution, wie einem Fitnessstudio, stärkere Effekte zeigt als ein selbstorganisiertes Training (Hautzinger & Wolf, 2012).

Beispielsweise Ausdauersport ist ein positiver Stress, da Angst im Sinne eines Stressabbaus reduziert und dadurch effektiv der Anfälligkeit für Depressionen vorgebeugt wird. Laufen ist eine wichtige Angstprophylaxe, denn bei Angststörungen herrscht oft ein niedriger Serotoninspiegel vor und beim Laufen wird dieses Hormon ausgeschüttet. Das wirkt sich positiv auf das Immunsystem aus und durch regelmäßiges Laufen kann ein Zustand mit einer euphorisierenden Wirkung erreicht werden. Dieses „Runners High“ offenbart sich ungefähr 30 Minuten nach sportlicher Aktivität und wird als Hochgefühl beschrieben (Damm, 2007). Es können dadurch Erfahrungen mit körperlicher Belastung und daraus resultierenden körperlichen Phänomenen, wie schnellere Atmung oder erhöhte Herzfrequenz, gemacht und als physiologisch verstanden werden. Das ist ein wichtiger Erfahrungsbereich für Personen, die Ängste im organischen Bereich entwickelt haben (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

So kann ein aerobes Ausdauertraining beispielsweise bei generalisierten Angststörungen helfen zu lernen, dass eine erhöhte Herz- und Atemfrequenz im Rahmen der sportlichen Betätigung als physische Anzeichen nicht zwingend zu einer Angstatacke führen. Dadurch kann Angst als eine kognitive Fehlinterpretation verstanden und ein Umlernen ermöglicht werden. Die physischen Symptome der Angst können dann mit etwas Positivem assoziiert werden (Ratey & Hagerman, 2009). Auf den spezifischen Effekt anderer Sportarten wird im Verlauf des Kapitels noch näher eingegangen.

Trotz des angstreduzierenden Effektes kann es während der Sportausübung vorübergehend zu einer Angsterhöhung aufgrund kognitiver Faktoren wie Bewertungsprozessen oder Zielen kommen. Kurzfristige und langfristige Interventionen sportlicher Aktivität müssen hinsichtlich ihres Effektes unterschieden werden. Denn ein einmaliges sportliches Training kann mit der Reduktion der Zustandsangst (bewusst wahrgenommener emotionaler Zustand) verbunden sein, auch bis wenige Stunden nach dem Training. Während sich längerfristige Interventionen sowohl auf die Zustandsangst, als auch auf die Eigenschaftsangst positiv auswirken (Hautzinger & Wolf, 2012).

5.3. Ablenkende Wirkung

Physische Aktivität kann sowohl eine Möglichkeit zur Ablenkung von negativen Gedanken, als auch eine Möglichkeit dem täglichen Stress zu entfliehen, darstellen (Asmundson et. al., 2015).

Eine Depression kann als die Abwesenheit des Sich-auf-etwas-Zubewegens definiert werden, wobei körperliche Bewegung dann als Ablenkung von diesen negativen Signalen dient und das Gehirn auf natürliche Weise stimuliert. Im präfrontalen Cortex verändert körperliche Bewegung unser Selbstkonzept, indem alle Chemikalien einschließlich Serotonin, Dopamin, Noradrenalin und andere angepasst werden. Im Unterschied zu vielen Antidepressiva wird bei körperlicher Bewegung nichts selektiv beeinflusst, sie passt die Chemie des ganzen Gehirns an, um die normale Signalübertragung wiederherzustellen (Ratey & Hagerman, 2009).

Körperliche Bewegung dient also als Ablenkung von Negativem (Ratey & Hagerman, 2009). Sie kann von negativen Gedanken an den Tod, vor Grübeln oder Selbstvorwürfen ablenken und dadurch die depressive Symptomatik verbessern, was durch sportartspezifische Überlegungen während des Trainings einerseits und andererseits auch auf biologischer Ebene aufgrund der Versorgung neurokognitiver Ressourcen, wie den

Muskeln, geschieht. Auch bei Angstpatientinnen und –patienten reduziert Sport negative Gedanken (Hautzinger & Wolf, 2012).

Die Transiente Hypofrontalitätstheorie erklärt diesen Effekt durch eine Umverteilung der Aktivität des Gehirns während des Sports. Der präfrontale Cortex, in dem das bewusste Denken stattfindet, ist währenddessen herunterreguliert, um den motorische Cortex besser versorgen zu können (Dietrich, A., 2002). Genauer sind während körperlicher Bewegung spezifische Gehirnareale, nämlich motorische, sensorische und autonome Regionen, aktiv. Diese Regionen werden dann während der Aktivität versorgt und die Versorgung neuronaler Aktivitäten, die für die Bewegungsausführung unwesentlich sind, wird gesenkt. Besonders alle Areale des präfrontalen Cortex, die für Kontrollprozesse von Kognition und Emotion zuständig sind, werden herunterreguliert, sodass für den Zeitraum der Bewegungsausführung negative emotionale Zustände reduziert werden können (Ledochowski et. al., 2017).

5.4. Hormoneller Aspekt

Sportliche Aktivität wirkt positiv auf die Lebenszufriedenheit, das Wohlbefinden (Carek et. al., 2011) und die Stimmung (Ratey & Hagermann, 2009). Denn bei sportlicher Betätigung stellt sich für gewöhnlich ein allgemeines Gefühl des Wohlbefindens durch die Produktion von Endorphinen im Gehirn ein. Körperliche Bewegung reguliert die Neurotransmitter, die das Ziel von Antidepressiva sind. Bei Anfängern führt sportliche Bewegung zu einer sofortigen Erhöhung von Noradrenalin in bestimmten Hirnregionen, wodurch das Gehirn angeregt bleibt und sich das Selbstwertgefühl verbessert. Körperliche Bewegung und Sport fördern durch den positiven Einfluss auf den Hormonhaushalt unsere geistige und psychische Verfassung. Sie führen zu einem besseren Wohlbefinden, indem der Serotonin-, Noradrenalin- und Dopaminspiegel erhöht wird. Serotonin hat Einfluss auf die Stimmung, auf Impulsivität, Wut und Aggression, Noradrenalin verstärkt vielfach Signale, die Einfluss auf die Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Motivation und Aktivierung haben. Dopamin wird mit Lernen, Belohnung, Aufmerksamkeit und Bewegung assoziiert. Sportliche Betätigung sorgt dann für ein Gleichgewicht der Neurotransmitter und der übrigen Neurochemikalien (Ratey & Hagerman, 2009).

5.5. psychische Aspekte

Durch physische Aktivität können das Selbstvertrauen und das Kompetenzerleben gestärkt werden, indem neue Dinge wie Bewegungen, Ausdauer oder Schritte gelernt werden oder

selbstgesteckte Ziele, wie eine Gewichtsabnahme von vier Kilogramm oder das Laufen einer Strecke in einer bestimmten Zeit, erreicht werden. Besonders die Selbstwirksamkeitsüberzeugung bezogen auf sportliche Aktivität, das globale Selbstwertgefühl und ein prinzipielles Kompetenzerleben als Faktoren des körperlichen Konzeptes werden dadurch verbessert. Selbstwirksamkeit und positive Affekte verbessern sich im Gegensatz zum Selbstwertgefühl relativ schnell nach Beginn der sportlichen Aktivität (Hautzinger & Wolf, 2012).

Weiters wirkt physische Aktivität positiv auf die Impulskontrolle, das Aufmerksamkeitssystem, die Stressregulierung und die Motivation, besonders dann wenn sie regelmäßig ausgeführt wird (Ratey & Hagermann, 2009).

Erfolgserlebnisse durch physische Aktivität, besonders bei höherer Intensität, führen zu einem erhöhten Kontrollgefühl. Physische Aktivität kann die Selbstwirksamkeitserwartung, also den Glauben daran, aus eigener Kraft ihre oder seine Umwelt beeinflussen zu können und entsprechende Wirkungen zu erzielen, positiv beeinflussen. Das steht in Zusammenhang mit positiven psychologischen Zuständen. Erfolgserlebnisse durch physische Aktivität reduzieren aufgrund des erhöhten Kontrollgefühls und einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung das Katastrophendenken (Asmundson et. al., 2013).

Bewegungsinterventionen haben positive Auswirkungen auf die depressive Symptomatik und affektive Befindlichkeit der Patientinnen und Patienten. Ein gemischtes Ausdauer- und Krafttraining mit einer moderaten Intensität kann bessere Effekte erzielen, intensives Training führt eher zu negativen Gefühlen (Hautzinger & Wolf, 2012). Ausdauertraining kann ähnliche positive Wirkungen auf die affektive Befindlichkeit depressiver Patientinnen und Patienten haben wie ein Training zur besseren Körperwahrnehmung oder Yoga (Ledochowski et. al., 2017).

5.6. Körperliche Aspekte

Körperliche Aktivität wirkt bei Angstpatientinnen und -patienten sowohl auf die körperliche Gesundheit als auch auf kognitive Aspekte (Carek et. al. 2011). Auch eine Verbesserung des somatischen Zustandsbildes kann durch die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren erreicht werden (Ledochowski et. al., 2017).

Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen physischer Aktivität und Verbesserungen des Schlafes bei Patientinnen und Patienten mit Angststörungen. Es wurde gezeigt, dass

physische Aktivität Schlafprobleme durch Angststörungen und Depression verbessert. Physiologische Konsequenzen wie die Entleerung der Energiespeicher, Gewebeabbau oder die Erhöhung der Körpertemperatur stehen damit in Zusammenhang und reduzieren dann depressive Symptome und Angst (Asmundson et. al., 2013).

Auch eine gewichtsregulierende Funktion an sich wirkt präventiv und weist einen antidepressiven Effekt auf (Hautzinger & Wolf, 2012).

5.7. Sozialer Aspekt

Das Einbetten in soziale Netzwerke und der Austausch mit anderen Menschen während der Ausübung sportlicher Aktivität können einen antidepressiven Effekt haben, da diese das Zugehörigkeitsgefühl zu sozialen Netzwerken steigern kann (Hautzinger & Wolf, 2012). Denn physische Aktivität führt durch ihren verhaltensaktivierenden Aspekt zu sozialer Interaktion und verhindert dann einen sozialen Rückzug von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, was einen wichtigen therapeutischen Effekt bei der Behandlung von Angststörungen darstellen kann (Asmundson et. al., 2015).

5.8. Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren können bei leichten bis mittelgradig depressiven Störungen und Angststörungen positive Effekte bewirken. Dazu zählen autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Atemtechniken, Körper- und Fantasiereisen, Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) und Meditationen. Weiters können auch Elemente aus dem Feldenkrais oder der Massage eingebaut werden (Schüle & Huber, 2012). Entspannungsverfahren weisen wenige Kontraindikationen auf und helfen bei der Spannungsreduktion. Sie fördern die Körperwahrnehmung, die Konzentrationsfähigkeit und sind hilfreich bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Auch auf körperlicher Ebene haben sie einen positiven Einfluss auf die Körperhaltung, das Gang- und Standbild und allgemein auf das Bewegungsverhalten, da ein verspanntes Muster zunehmend gelöst werden kann. Das wirkt sich positiv auf den Haltungsapparat aus und kann auf Dauer Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen reduzieren (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

Entspannungstechniken, Wahrnehmungsübungen und Stressbewältigungstechniken aus der praktischen Sportpsychologie können helfen neue Copingstrategien zu erlernen, positive Stressbewältigungserfahrungen zu machen und eine aktivere Haltung gegenüber den alltäglichen Anforderungen aufzubauen (Weigelt. al., 2012). Das Erlernen von Entspannungstechniken oder allgemein die Erfahrung von körperlicher Belastung als

Spannungsregulator vermittelt einen gesunden Umgang mit Spannung und Stress und verbessert dadurch das Gefühl der Handhabbarkeit (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016).

Die progressive Muskelentspannung (PMR) ermöglicht nach mehreren Einheiten die Entwicklung einer sensiblen Wahrnehmung für körperliche Belastungs- und Anspannungszustände. Diese Kompetenz bringt den Vorteil mit sich, dass in Angst- oder Stressmomenten aktiv eingegriffen werden und der Angst die physiologische Grundlage genommen werden kann. Wichtig ist die Aufmerksamkeit und Selbstwahrnehmung, insgesamt können dann körperliche Angstsymptome wahrgenommen und innerhalb kurzer Zeit für Entspannung und Angstfreiheit gesorgt werden. Auch das Autogene Training ist eine hilfreiche Methode gegen Angst (Damm, 2007).

5.9. Yogaformen

Auch Yoga kann die psychische und physische Gesundheit verbessern. Es beinhaltet je nach Form verschiedene Körper- oder Atemübungen, Meditation und Entspannungsübungen. Studien zeigen einen therapeutischen Nutzen und einen positiven Einfluss von Yoga als Behandlung bei Depressionen und Angststörungen (Clark, 2014; Hull et. al., 2014; Martin et. al., 2015; Vorkapic et. al., 2014). Durch Yoga kann die physische und psychische Symptomatik verbessert werden. Rückenschmerzen, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Magenprobleme, Verstopfung, Schlafprobleme, Energieniveau, Reizbarkeit, Konzentration, Depression, Angst, Schreckhaftigkeit und störende Gedanken sind dabei eingeschlossen (Hull et. al., 2014). Yogaübungen können gezielt zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und zur bewussten Steuerung des Körpers eingesetzt werden (Weigelt et. al., 2012). Yoga kann mit und ohne medikamentöser Behandlung einen positiven Effekt auf Depressionen bewirken, unabhängig davon ob zwei oder drei Einheiten pro Woche absolviert werden (Streeter et. al., 2017).

Sudarshan Kriya Yoga kann die Symptomatik von Depressionen bei Patientinnen und Patienten, die auf Antidepressiva nicht ansprechen, verbessern (Sharma et. al., 2017). Es ist bereits bewiesen, dass Yoga die Stimmung und die Lebensqualität positiv beeinflusst und die selbsteingeschätzte Traurigkeit, Herzfrequenzvariabilität und Atemfrequenz verringern kann (Telles et. al., 2010). Weiters trägt es zu weniger Schlafstörungen und auch einem ruhigeren Schlaf bei (Seppälä et. al., 2014, Telles et. al., 2010). Außerdem kann das wahrgenommene Alkohol- und Drogenmissbrauchsrisiko verringert (Shivani et. al., 2014)

und die Motivation für die Bewegung positiv beeinflusst werden (Martin et. al., 2015). Yoga kann Stress, Angst (Jindani et. al., 2015; Telles et. al., 2010) und insgesamt die Symptome von Angststörungen senken (Vorkapic et. al., 2014; Jindani et. al., 2015). Auch die Resilienz und Achtsamkeit einer Person kann erhöht werden (Jindani et. al., 2015). Seppälä et. al. (2014) zeigen, dass Langzeiteffekte einer einwöchigen Intervention relativ unabhängig von der Fortsetzung bestehen bleiben und einen Rückgang der Symptomatik, der Angst, Atemfrequenz und Schreckhaftigkeit, welche einen Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten niedrigeren Übererregbarkeit aufweist, zeigen.

5.10. Therapeutisches Klettern

Weigelt et. al. (2012) erwähnen Übungen des therapeutischen Kletterns als geeignet für die Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Steuerung des Körpers. Während bei Ausdauerinterventionen oft physische Dimensionen im Vordergrund stehen, geht es beim therapeutischen Klettern vor allem um den Aufbau von wichtigen Ressourcen, wobei die soziale, sensitive und symbolische Funktion des Kletterns als wirksam erlebt wird. Das Klettern stellt durch die komplexen Bewegungsabläufe und das geforderte Zusammenspiel von Körper und Geist eine ganzheitliche Methode dar und ist vor allem bei ADHS, aber auch für Angststörungen und Depressionserkrankungen wirksam. Es steigert das persönliche Selbstwertgefühl, das Vertrauen in andere, das Genusserleben, die Aufmerksamkeitsregulation und Achtsamkeit, die Regulation von Emotionen, die Angstbewältigung und die körperliche Fitness. Im Sinne einer Konfrontationstherapie geht es beim therapeutischen Klettern darum, sich Ängsten auszusetzen und in diesen zu verharren bis diese nachlassen, wodurch das Muster von Vermeidungsverhalten durchbrochen, reale Erfahrungen gemacht und neue Umgangsmöglichkeiten mit Angst geschaffen werden. Dabei können je nach Art der Angststörung verschiedene Situationen angstaussendend sein, bei sozialen Phobien die Gruppensituationen oder bei Panikstörungen das Erleben von Körpersensationen. Im therapeutischen Klettern lernen Patientinnen und Patienten sich realistische Ziele zu setzen, ohne sich dabei zu überfordern. Das Klettern an sich fordert eine gewisse Eigeninitiative und Risikobereitschaft wodurch Vermeidungsverhalten überwunden werden müssen. Es werden neue Ressourcen zur Problembewältigung geschaffen, eigene Ressourcen reaktiviert und bewusst gemacht. Im Sinne des Salutogenesekonzeptes können im therapeutischen Klettern Ressourcen geschaffen werden, die dazu führen, dass Patientinnen und Patienten Stressoren besser bewältigen können, sie sich dem gesunden Pol annähern und so zu einem gesteigerten

Wohlbefinden gelangen (Martin et. al., 2015).

5.11. Kampfsportarten

Der Einsatz von Kampfkunst in der Psychosomatik und Psychotherapie ist vergleichsweise noch wenig erforscht, obwohl Beiträge bereits auf die darin liegenden Möglichkeiten hingewiesen haben. Grässner & Deimel (2007) vertreten die Ansicht, dass unter anderem Depressionen, Angststörungen und Anpassungsstörungen als psychogene Erkrankungen Ausdruck einer Störung zwischenmenschlicher Beziehung sind. Hier können ausgewählte bewegungs- und sporttherapeutische Interventionen, wie die Kampfkunst, hilfreich in der Genesung sein. Die Bedeutung der Kampfkunst liegt im kommunikativen Aspekt, da zwei Menschen im ritualisierten Ablauf von Angriffs- und Verteidigungsaktionen sich spielerisch miteinander auseinandersetzen und Kooperation für den Handlungsfluss zentral ist. Anhand eines Fallspieles zeigen sich auf motorisch-funktioneller Ebene eine Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit, des Krafteinsatzes und des koordinativen Bewegungsverhaltens. Auf emotionaler Ebene zeigen sich eine Reduzierung der Angstgefühle und ein zunehmendes Selbstvertrauen, Initiative und Aggression zu zeigen und trotzdem Kontrolle über sich und die Situation zu haben. Auf der motivationalen Ebene können wertvolle Erfahrungen hinsichtlich Wille, Kontinuität und Disziplin in Zusammenhang mit entsprechenden Veränderungen gemacht werden und auf der kognitiven Ebene werden Konzentrationsfähigkeit, Problemlöse- und Entscheidungsfähigkeit beziehungsweise Einsichtsfähigkeit angesprochen. Auch auf der sozialen Ebene werden unterschiedliche verbale und nonverbale Interaktionen und Begegnungen in einer akzeptierenden und unterstützenden Atmosphäre gemacht. In der Kampfkunst können die Patientinnen und Patienten also ihre Körperwahrnehmung durch tonusregulierende, bewegungsaktivierende, sensibilisierende und expressionsfördernde Übungen zahlreiche Interaktionserfahrungen im bewussten Miteinander des Körperdialogs im Kampfritual machen. Bei depressiven Erkrankungen kann die Kampfkunst positiv auf den sozialen Rückzug, die Aktivierung und den Muskeltonus wirken und das Erregungsniveau vermindern. Je nach individueller Angstgeschichte können durch die Kampfkunst Standfestigkeits- und Zentrierungserfahrungen über expressive Übungen gemacht und Sicherheit im Umgang mit anderen erlernt werden (Deimel & Grässner, 2007).

Kampfkünste werden in vielen gewaltpräventiven Konzepten als eine wichtige Methode zur Persönlichkeitsförderung eingesetzt und sie sind in diesem Zusammenhang für

Kontrolle von Aggressivität wirksam. Im Bereich der Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie gibt es noch wenige Studien zur Wirksamkeit (Deimel & Grässner, 2007). Der positive Effekt auf Persönlichkeit und Verhalten äußert sich in einem verbesserten Selbstbewusstsein, einer Stärkung der Kompetenzgefühle, einer erhöhten Selbstkontrolle, verminderter Angst, der Fähigkeit zur Toleranz und Anpassungsbereitschaft, dem Erwerb von problem- und emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien und verminderter Aggression. Die Integration von Kampfkünsten im therapeutischen Rahmen hat ein erhebliches Potential für die Ergänzung verbaler Therapieverfahren. Besonders die wahrnehmungsschulenden, emotionsregulierenden, gemeinschaftsbildenden, selbstsicherheits- und souveränitätsfördernden Aspekte der Kampfkünste können den psychotherapeutischen Prozess optimal ergänzen. Die meisten Ergebnisse werden über Erfahrungsberichte und deskriptive Fallstudien bezogen, da wenige klinische Studien vorliegen. Das Ausüben einer Kampfkunst führt dazu, dass Patientinnen und Patienten nach der Intervention weniger dazu neigen, Situationen als störend und frustrierend wahrzunehmen, interindividuelle kurzfristige Veränderungen wie verbesserte Befindlichkeit, Affektregulierung, Körperwahrnehmung und –haltung und einer erhöhte Standfestigkeit, genauso wie langfristige Veränderungen wie die Zunahme des Selbstvertrauens, eine verbesserte Durchsetzungsfähigkeit und Nähe-Distanzregulierung und der Umgang mit Angstgefühlen können beschrieben werden (Thimme & Deimel, 2012).

5.11.1. Therapeutisches Boxen

Beim Therapeutischen Boxen können sich Patientinnen und Patienten konstruktiv mit Themen wie Antriebslosigkeit und innerer Anspannung auseinandersetzen. Beim Schlagen auf einen Boxsack bekommt man eine direkte körperliche Rückmeldung und nimmt Faust, Arm und Schultergürtel intensiv wahr. Durch das bewusste Spüren der eigenen Kraft werden das Selbstbewusstsein und das Selbstvertrauen gestärkt, was dann eine Basis für Alltagssituationen darstellen und zu Verhaltensänderungen führen kann. Durch Partnerübungen lernt man eigene und fremde Grenzen zu respektieren. Das therapeutische Boxen ist im psychiatrischen Setting für Patientinnen und Patienten mit Angststörungen und Depressionen geeignet, da Menschen mit psychischem Leidensdruck aufgrund eines geschwächten Selbstwertgefühls Aggressionen oft gegen sich selbst richten (Mösch, 2015). Depressive Patientinnen und Patienten haben häufig das Problem, dass sie ihre Wut nicht wahrnehmen können, gehemmt oder destruktiv, im Sinne von fremd- und autoaggressiv,

damit umgehen (Henning, 2006). Boxen hilft dann beim Abbau von selbstaggressiven Gefühlen und Spannung (Mösch, 2015). Auch Henning (2006) sieht im therapeutischen Boxen eine Möglichkeit einen Zugang zur inneren Anspannung, die bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten häufig vorhanden ist, zu erreichen. Neben körperlichen Aspekten steht besonders das Erleben, Wahrnehmen und Verhalten im Vordergrund, denn es geht darum, über körperliches Erleben beim Boxen einen Zugang zu den eigenen Emotionen zu finden. Durch Einzelübungen am Doppelendball werden die Patientinnen und Patienten mit ihrer Ängstlichkeit, Zögern, Hemmungen und fehlendem Durchhaltevermögen konfrontiert. Weiters muss die eigene Kraft entsprechend dem direkten Feedback des Gerätes angepasst werden. Partnerübungen fördern die Reaktionsfähigkeit, die Interaktion mit dem Gegenüber und es werden unterschiedliche Rollen eingenommen. Aggressionen können besonders über den Sandsack abgebaut werden. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten profitiert vom therapeutischen Boxen, da dadurch insgesamt die Anspannung weniger, der Antrieb gesteigert und die Körperwahrnehmung besonders in Armen und Händen verbessert wird (Henning, 2006).

5.12. weitere Interventionsformen

Ein Bewegungsparkour wurde mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum an möglichen Verbesserungen körperlicher Leistungsfähigkeit abzudecken, zusammengestellt. Dieser umfasst 17 Einzelgeräte wie Ruder-, Arm- und Sitzergometer, Schultermobilisatoren, Crosstrainer, Gangtrainer und Stepper, Balancebrett- und balken, Beweglichkeits-, Liegestütz- und Rückentrainer (Niederer et. al., 2017). Die Einbindung von Bewegungsparkours in die Therapie von Depressionserkrankungen stellt eine attraktive und im klinischen Setting realisierbare und sichere Ergänzung zu Standardinterventionen der Bewegungstherapie in der Behandlung von Depressionen dar. Positive Wirkungen können besonders in Hinblick auf die depressive Symptomatik und die Lebensqualität gezeigt werden (Niederer et. al., 2017).

Bei Spiel- und Bewegungsformen muss sich die Patientin oder der Patient auf ständig wechselnde Bedingungen einstellen und darauf reagieren, wodurch spontanes Handeln gefordert und gefördert wird. Diese Beanspruchung zielt auf kognitive und psychomotorische Symptome der Depression ab, denn Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit flexibel zu handeln und positive Erfahrungen in sonst vermiedenen Bereichen zu machen. Es sollen dadurch unter anderem auch ermöglicht werden, effiziente Strategien zur Informationsverarbeitung zu erlernen, was mit dem Einsatz von Strategien

zur bewussten Aufmerksamkeitslenkung ermöglicht werden kann. Weiters kann durch Spiele wie *Völkerball* oder *Ball über die Schnur* ein Rahmen geschaffen werden, in denen ein Handlungsfehler keine größeren Konsequenzen nach sich zieht und, die durch häufigen Ballwechsel und Zusatzregeln schnell wieder ausgeglichen werden können. Dies ist besonders für die kognitive Verzerrung, unter der Depressive leiden, wichtig. So können in der Sporttherapie kognitiv erarbeitete Inhalte der Psychotherapie erlebbar gemacht und dysfunktionale Verhaltensweisen getestet werden (Weigelt et. al., 2012).

5.13. Handlungsempfehlungen

Interessant in der Therapie von psychischen Erkrankungen sind konkrete Anweisung zur jeweiligen Gestaltung von physischer Aktivität beziehungsweise Bewegungstherapie, um die Genesung optimal zu unterstützen. Im Folgenden werden diesbezügliche Überlegungen verschiedener Autoren kurz skizziert.

Ledochowski et. al. (2017) weisen in ihrer Übersichtsstudie darauf hin, dass es sehr widersprüchliche Empfehlungen bezüglich Dauer, Intensität und Frequenz der Bewegungsinterventionen bei depressiven Patientinnen und Patienten gibt.

Asmundson etl al. (2013) meinen, dass das Ausmaß des angstreduzierenden Effekts in Zusammenhang mit der Dauer der Intervention steht. Die größten Effekte konnten bei einer Dauer von 12 oder mehr Wochen gezeigt werden. Intervention sollten nach ihnen mindestens 10 Wochen andauern, um eine entsprechende Angstreduzierung zu erreichen. 21-30-minütige Einheiten zeigen ebenfalls bessere Effekte als kürzere. In Bezug auf die Intensität kann der jeweilige Fitnesszustand eine Rolle für das Ausmaß des positiven Effektes spielen. Eine Trainingshäufigkeit von drei- oder viermal pro Woche scheint effektiver zu sein, als eine geringere oder höhere Anzahl (Asmundson et. al., 2013).

Besonders aerobes Training wird in der Behandlung von Angststörungen häufig verwendet, auch Krafttraining wird eingesetzt (Stonerock et. al., 2015). Die wenigen Wirksamkeitsstudien für physische Aktivität als Behandlung von Angststörungen sind jedoch größtenteils durch kleine Stichproben, ungenügende Kontrollen und aerobe Inhalte gekennzeichnet (Asmundson et.al., 2013). Hautzinger und Wolf (2012) kritisieren, dass sehr häufig Ausdauersport, wie das Laufen, in den Studien operationalisiert wird. Denn Gehen und Laufen reduzieren Angst ebenso wie Krafttraining oder Yoga. Ausdauertraining kann kurzfristig Stress erzeugen, langfristig folgen jedoch ein positiver psychischer Zustand und eine Reduzierung der Angst. Auch Krafttraining kann kurzfristig Ängste

steigern, was sich dann nach der Aktivität wieder einpendelt. Langfristiges Krafttraining steht dann aber in Zusammenhang mit einer Reduzierung von Ängsten. Sowohl ein regelmäßiges intensives als auch weniger intensives Krafttraining über 12 Wochen zeigt zum Beispiel positive Effekte bei Angststörungen. Es gibt keine bedeutenden Unterschiede der Effektivität in Bezug auf die Intensität des Trainings (Asmundson et. al., 2013).

Auch bei generalisierten Angststörungen ist der Einsatz von Krafttraining ähnlich effektiv gegen Angst und Sorgen wie ein Ausdauertraining am Fahrradergometer (Asmundson et. al., 2013). Ausdauer- und Krafttraining weisen auch bei Depressionen eine positive Wirkung auf (Badenhop, 2017), wobei Ausdauerbelastungen relativ unabhängig von der Art der Ausdauerbelastung, also Laufen, Walken oder Radfahren, eine Verbesserung der Symptomatik zeigen. Weder die Dauer einer Einheit noch die Intensität zeigen große Unterschiede in ihrer Wirkung, jedoch sollte die Belastung mindestens dreimal pro Woche stattfinden, um einen entsprechenden Effekt in der Depressionstherapie zu erzielen (Nyström et. al., 2015). Hohe Intensitäten führen eher zu einer Verminderung der depressiven Symptomatik als niedrige Intensitäten, zügiges Gehen ist dann effektiver als sanftes Stretching (Ledochowski et. al., 2017). Henning (2006) meint, dass bereits sechs Einheiten therapeutisches Boxen mit 45 Minuten über Einzel- und Partnerübungen einen positiven Beitrag in der Genesung beitragen können. Im Ausdauerbereich scheint weder die Dauer einer Einheit, noch die Intensität große Unterschiede in ihrer Wirkung zu zeigen, jedoch sollte die Belastung mindestens dreimal pro Woche stattfinden, um einen entsprechenden Effekt in der Depressionstherapie zu erzielen (Nyström et. al., 2015). Auch die Art der Bewegungsaktivität, neben der Belastungsintensität, spielt für die Effekte auf die psychische Gesundheit keine bedeutende Rolle, wohl aber eine Regelmäßigkeit. Als optimale Behandlungsdauer wird ein Zeitraum von mindestens acht Wochen mit einer wöchentlichen Übungszeit von 30 bis 60 Minuten angegeben. Die Intensität (aerob oder anaerob), die Art der Aktivität und die Zunahme der Fitness haben eben in den meisten Untersuchungen keinen Einfluss auf die positiven Veränderungen der Depressionswerte (Hölter, 2011).

5.13.1. Individueller Aspekt

Sporttherapie wirkt nicht auf alle Menschen gleich (Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Depressionen sind ein sehr heterogenes Krankheitsbild, das mit sehr unterschiedlichen Symptomen verbunden ist und oft eine sehr individuelle Krankheitsgeschichte aufweist. Je nach Ätiologie, Symptomatik und bisherigen Krankheitsverlauf, Episodenzahl und

Schwergrad können sich sportliche Aktivität, Psychotherapie und Antidepressiva unterschiedlich auswirken. Auch diverse Attribute sportlicher Aktivität, die wiederum mit individuellen Faktoren interagieren, können die antidepressive Wirkung beeinflussen (Hautzinger & Wolf, 2012). Es wird deshalb auch auf das individuelle Trainieren Wert gelegt, wobei dementsprechende Informationen zur Handhabung, Häufigkeit und Intensität gegeben werden sollten (Niederer et. al., 2017).

Für depressive Patienten im höheren Lebensalter sind, zum Beispiel, Trainingsprogramme mit Ausdauer- und Kräftigungseinheiten zu empfehlen, wobei eine gute Strukturierung und eine Anpassung an die individuellen Fähigkeiten und den Trainingszustand der Patientinnen und Patienten entscheidend sind (Ledochowski et. al., 2017).

Laut Mösch (2015) muss zum Beispiel, in Abhängigkeit des Beschwerdebildes beim therapeutischen Boxen, auf das körperliche Leistungsniveau der Patientin oder des Patienten eingegangen werden. Patientinnen und Patienten mit Burnout müssen oft gebremst, bei Depressionen eher aktiviert werden. Fünf Einheiten mit je 30 Minuten können bereits entsprechende Effekte bewirken (Mösch, 2015).

Hautzinger & Wolf (2012) merken die Bedeutung motivationaler Faktoren an und fragen nach den Gründen der Patientinnen und Patienten für die Sportausübungen. Eine Gewichtsabnahme, Muskelaufbau, Menschen kennenlernen, Spaß und Neues kennenlernen können als motivationale Faktoren hinzukommen und gehen über die Verbesserung der depressiven Symptomatik hinaus. Psychologischen Variablen wie sozialen Kontakten oder der Selbstwirksamkeit kommen dann mehr Bedeutung zu. Da die Einnahme eines Antidepressivums einfacher ist als die Umsetzung sportlicher Aktivität, könnten hier individuelle Faktoren in Zusammenhang mit motivationalen Faktoren von Bedeutung sein (Hautzinger & Wolf, 2012).

5.13.2. Umsetzung und Fortsetzung nach dem Aufenthalt

Broocks (2012) merkt an, dass es vielen Patientinnen und Patienten nicht gelingt, bestimmte Aktivitäten, mit denen sie während ihres Klinikaufenthaltes gute Erfahrungen gemacht haben, in ihren Alltag umzusetzen. Auf Zukunftspläne und deren Umsetzung im Alltag wird dann zwar oft in der Verhaltenstherapie im letzten Drittel der Behandlung ein Fokus gelegt, jedoch sollten in der Bewegungstherapie viele Möglichkeiten geboten werden Erfahrungen mit verschiedenen sportlichen Aktivitäten machen zu können, um sich dabei zu überlegen, wie ein Bewegungsprogramm nach der Entlassung jeweils aussehen

könnte. Realistische Umsetzungsmöglichkeiten und persönliche Vorlieben sollten dabei beachtet werden (Broocks, 2012).

Entscheidend für einen nachhaltigen Erfolg ist die Entwicklung einer Eigenmotivation für regelmäßige körperliche Aktivität in der stationären Behandlungsphase. Das Konzept der motivationalen Gesprächsführung und Behandlungsmanuale sowie praktische Anleitungen mit verständlich und einfach formulierten Informationen über therapeutische Effekte und die bekannten Wirkmechanismen von Sport und Bewegung können dabei eingesetzt werden (Broocks, 2012). Auch Ledochowski et. al. (2017) weisen darauf hin, dass der Beweis der Effektivität von Bewegung alleine nicht ausreicht, um die Patientinnen und Patienten auch entsprechend zu motivieren. Auch sie plädieren für Techniken der motivierenden Gesprächsführung sowie die tägliche Protokollierung der Aktivitäten, die persönliche Betreuung und Gespräche zu Beginn der Bewegungsintervention über mögliche Hindernisse zur Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität und regelmäßiges Feedback über die erzielten Fortschritte im Laufe des Bewegungsprogramms.

Obwohl das Gruppensetting für die Sportausübung positive Effekte hat, sollten für die Umsetzung nach dem Aufenthalt Bewegungsprogramme überlegt werden, die unabhängig und alleine passieren können. Laufen oder schnelles Gehen können ohne technische Hilfsmittel und bei jedem Wetter umgesetzt werden, auch das Fahrradfahren ist eine bevorzugte Alternative. Fitnessstudios sind geeignet, da es eine Vielzahl an Geräten gibt und darüber hinaus oft ein angeleitetes Training oder Kurse angeboten werden. Kraft- und Ausdauertraining ergänzen sich gut, es kann ein individuelles Training erstellt werden (Broocks, 2012).

Auch Badenhop (2017) weist darauf hin, dass eine gewisse Eigeninitiative und Überwindung für eine regelmäßige sportliche Aktivität und nachhaltige Veränderungen entscheidend sind und ein Problemfeld darstellen. Einen hemmenden Faktor für eine konsequente Fortführung stellt diesbezüglich auch das psychosoziale Umfeld dar, das durch eine regelmäßige sportliche Aktivität mit Zeiteinbußen konfrontiert ist. Außerdem stellt die empfundene sportliche Anstrengung und das erforderliche Durchhaltevermögen für entsprechende Ergebnisse oft eine große Überwindung dar. Für die Realisierung einer nachhaltigen positiven Veränderung kommt Fachleuten, wie Ärztinnen und Ärzten, eine entscheidende Rolle zu. Sie können die Selbstkompetenz der Patientinnen und Patienten gezielt fördern. Diese Unterstützung ist idealerweise von Empathie, fachlicher Information, konkreten und individuell abgestimmten Trainingsplänen gekennzeichnet. Die

Vorbildfunktion der Ärztinnen und Ärzte ist für eine überzeugende Therapieempfehlung und für den Behandlungserfolg entscheidend, dabei sind entsprechende sportwissenschaftliche Kenntnisse in der Rolle als Coach wichtig (Badenhop, 2017).

Asmundson et. al. (2013) zeigen zum Beispiel, dass eine kognitive Verhaltenstherapie mit einem Walking-Programm für zu Hause effektiver als die Psychotherapie alleine ist. Patientinnen und Patienten berichten von entsprechenden Verminderungen von Angst, Depression und Stress. In dieser Studie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeleitet das Bewegungspensum so zu steigern, dass sie mindestens fünfmal pro Woche über insgesamt 150 Minuten aktiv waren (Asmundson et. al., 2013).

5.13.3. Bedeutung einer regelmäßigen Aktivität

Es werden also konkrete Handlungsempfehlungen gefordert, besonders in Bezug auf die ideale Bewegungsdauer, -häufigkeit und -intensität. Nicht nur, um unmittelbare Auswirkungen während einzelner Bewegungseinheiten, sondern auch, um längerfristige Auswirkungen optimal gestalten zu können (Ledochowski et. al., 2017). Denn ein regelmäßiges Training verbessert die körperliche Fitness und damit das Körpergefühl und beeinflusst das psychische Empfinden positiv. Zwischen den somatischen und den psychischen Effekten besteht eine enge Interaktion, so dass es zu einer gegenseitigen positiven Verstärkung neurobiologischer und psychologischer Mechanismen kommt, was insbesondere bei depressiven Erkrankungen und Angststörungen zu messbaren und klinisch signifikanten Effekten führt (Broocks, 2012).

Zum Beispiel halten Verbesserungen des affektiven Zustandes nach aeroben und anaeroben Aktivitäten bis zu vier Stunden danach an. Es gibt auch Grund zur Annahme, dass durch ein nachhaltiges Training von mehr als zehn Wochen anhaltende positive affektive Effekte erzielt werden können (Asmundson et. al., 2013).

Sportlich aktive Menschen sind dann weniger ängstlich, weniger depressiv, weniger neurotisch und sozial aufgeschlossener. Diejenigen, die sich mindestens zwei bis drei Mal wöchentlich sportlich betätigen, sind erheblich weniger von Depressionen, Wut, Stress und zynischem Misstrauen belastet als Menschen, die sich weniger oder gar nicht sportlich betätigten (Ratey & Hagerman, 2009). Sportliche Aktivität ist auch ein protektiver Faktor in der Ausbildung einer psychischen Erkrankung (Schwerdtfeger, 2012). Personen mit geringerer Bewegungsaktivität weisen vermehrt depressive Symptome auf als aktivere Menschen (Weineck, 2010).

5.14. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann aus aktueller Sicht gezeigt werden, dass Bewegung und Sport auf mehrdimensionaler Weise positive Wirkungen auf die Symptome von Depressionen und Angststörungen haben. Sowohl die körperliche, psychische als auch soziale Ebene wird dabei angesprochen und die physische Aktivität als wirksam empfunden. Weiters kann eine regelmäßige sportliche Aktivität einen präventiven Faktor darstellen, weshalb auch die optimale Unterstützung auf dem Weg zu einem aktiveren Alltag nach der Erkrankung diskutiert wird.

Was die in der Therapie eingesetzten Sportarten betrifft, scheint der Art der sportlichen Aktivität, sowie der Dauer und der Intensität eine weniger bedeutende Rolle zuzukommen, als einer gewissen Regelmäßigkeit, wobei moderate Intensitäten eher geeignet sind als intensive. Eine Vielzahl an Sportarten kann im therapeutischen Setting eingesetzt werden und ihre positiven Effekte auf unterschiedlichen Ebenen können bestätigt werden. Gerade Ausdauersportarten und auch Krafttraining werden wegen ihrer guten Kontrollierbarkeit und einfachen Umsetzung häufig eingesetzt und sind in ihrer Wirkung bei psychischen Erkrankungen erforscht. Auch verschiedene Arten von Yoga und Entspannungsformen wurden in den letzten Jahren auf ihren therapeutischen Effekt hin erforscht. Weniger gut erforscht im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sind therapeutisches Klettern, therapeutisches Boxen, spielerische Bewegungsformen oder Bewegungsformen mit koordinativen Aspekten. Positive Effekte auf psychosozialer Ebene werden vermutet und durch Einzelfallstudien oder Überlegungen aus den Effekten auf gesunde Personen begründet. Hier besteht noch Forschungsbedarf, denn aktuell scheinen die Individualität und das Eingehen auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten im Vordergrund zu stehen. Auch für eine nachhaltige sportliche Aktivität sind weitere motivationale Gründe für die Sportausübungen und individuelle Vorlieben von Bedeutung. Dies soll durch eine entsprechende fachliche Begleitung und umfangreiche aber einfache Informationen unterstützt werden.

6. Charakteristika des Forschungsdesigns

In diesem Kapitel werden die Fragestellung und das Forschungsinteresse definiert, sowie die Vorgehensweise und die Forschungs- und Auswertungsmethoden dargestellt.

Die Studie mit dem Titel *Wirkfaktoren der Sport- und Trainingstherapie am Neuromed Campus Linz – positiv wahrgenommene Effekte bei Depressionserkrankungen und Angststörungen* wurde von der Ethikkommission Wien per Bescheid mit der Bearbeitungsnummer 00245 genehmigt.

6.1. Fragestellung und Forschungsfragen

Es wurde herausgearbeitet, welchen Stellenwert von Bewegung und Sport die Patientinnen und Patienten in der Therapie ihrer psychischen Erkrankung, wahrnehmen und beschreiben können. Dazu wurden die Interviews dahingehend ausgewertet, welche positiven Wirkungen und welchen Nutzen die Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Sporttherapie, aber auch hinsichtlich zusätzlicher Bewegungs- und Sporteinheiten auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene in Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung nennen können.

Folgende Fragestellungen wurden mithilfe der Informationen und Daten aus den Interviews behandelt:

Welchen subjektiv wahrgenommenen Beitrag leistet die Bewegungs- und Trainingstherapie in der Behandlung von Angst- und Depressionserkrankungen?

Diese Fragestellung wurde durch folgende Fragen des Interviewleitfadens behandelt:

Können Sie mir beschreiben, wie Sie die Bewegungs- und Sporteinheiten erleben?

Welchen Sinn bzw. welche Bedeutung haben diese Einheiten für Sie ganz persönlich?

Welche Hilfestellungen bietet Ihnen die Sport- und Trainingstherapie in der Genesung?

Welche positiven Effekte und Wirkungen von Bewegung und Sport können im Therapiesetting genannt werden?

Dazu wurden die Patientinnen und Patienten explizit zu ihrer Teilnahme an den verschiedenen Sporttherapien, zusätzlichen Bewegungs- und Sporteinheiten und den positiven Veränderungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene befragt. Dies wurde besonders durch folgende Fragen erarbeitet:

Welche Bewegungs- und Sporteinheiten nehmen Sie in Anspruch?

Machen Sie Sport zusätzlich zur Sport- und Trainingstherapie?

Welche Veränderungen können Sie beschreiben, wenn Sie an den Beginn Ihres Aufenthaltes zurückdenken?

Können Sie mir beschreiben, was sich durch die Sport- und Trainingstherapie körperlich, im psychischen und sozialen Bereich bei Ihnen verändert hat?

Welche Bewegungs- und Sportangebote werden als subjektiv nützlich wahrgenommen?

Wie muss eine Bewegungs- und Sporttherapie idealerweise gestaltet sein?

Diese Fragestellung soll aufbauend auf die vorangegangenen Fragestellungen mithilfe der gewonnenen Informationen diskutiert werden, auch unterschiedliche Wahrnehmungen bezüglich des Krankheitsbildes sind hier interessant.

6.2. Methoden und Auswertung

Für die oben genannten Fragestellungen wurden mithilfe einer qualitativen Studie Informationen zu deren Beantwortung gewonnen. Dazu wurden Patientinnen und Patienten am Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums Linz anhand eines Interviewleitfragebogens zur Trainings- und Sporttherapie befragt. Die Daten wurden mithilfe des F4-Transkript-Programms transkribiert und danach erfolgte die Auswertung über Kategorisierung im Programm Atlas.ti v8. Die transkribierten Daten wurden in das Auswerteprogramm Atlas.ti v8 hochgeladen, die entsprechenden Inhalte im Sinne von Codierung, Generalisierung und Kategorisierung bearbeitet und ausgewertet, wobei sich die im Prozess entstandenen Kategorien an den Hauptfragepunkten des Interviewleitfragebogens orientierten. Es wurde darauf geachtet, alle personenbezogenen Daten zu anonymisieren, sodass die Patientinnen und Patienten unkenntlich gemacht wurden.

6.2.2. Interviewleitfaden

Im Vorfeld der qualitativen Studie wurde ein Interviewleitfragebogen für die Interviews mit den Patientinnen und Patienten erarbeitet.

Dieser ist grundsätzlich in drei große Bereiche unterteilt, wobei die Patientinnen und Patienten als Einstieg in das Interview zu ihrer sportlichen Aktivität vor der Erkrankung

und zu diesbezüglichen Veränderungen im Verlauf der Erkrankung befragt wurden. Weiters wurde nach dem persönlichen Stellenwert von Bewegung und Sport und den individuellen Motiven gefragt.

Der erste große Bereich behandelt die Möglichkeiten und das Angebot der Sport- und Trainingstherapie, deren Durchführung und den wahrgenommenen Stellenwert und Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Dazu wurden die Patienten zuerst gefragt, an welchen Sporteinheiten sie teilnehmen und wie sie diese erleben. Ein weiterer Aspekt war die Hilfestellung, die die Sport- und Trainingstherapie für die Patientin oder den Patienten in der Genesung darstellt und wie sie diese bewerten. Abschließend wurde nach Bewegungs- und Sporteinheiten gefragt, die die Patientinnen und Patienten zusätzlich zur Sporttherapie machen.

Der zweite große Bereich besteht aus Fragen zu den Wirkungen und Veränderungen, die die Patientinnen und Patienten der Bewegung und dem Sport zuschreiben. Als Einstieg wurde zuerst sehr allgemein zu den Veränderungen, die die Patientinnen und Patienten seit der ersten Sporttherapie wahrgenommen haben, gefragt. Danach wurde genauer auf körperliche Veränderungen Bezug genommen und als Hilfestellung weitere Unterfragen zu ihrem Aktivitätsniveau, der Muskelspannung, dem Gefühl bei Ausdauerbelastungen, der Bewegungsausführung im Alltag, der Beweglichkeit, dem Schlaf und äußerlichen, optischen Veränderungen gestellt.

In einem weiteren Fragenkomplex wurde nach psychischen Veränderungen gefragt. Auch hier wurden als Unterstützung Unterfragen zu Veränderungen der Gemütsverfassung, des Aktivierungszustandes, der Konzentration und Aufmerksamkeit, der eigenen Körperwahrnehmung, dem Sicherheitsempfinden, dem Aggressionsempfinden und der Motivation für das Training gestellt.

Weiters wurde auch nach sozialen Veränderungen seit Beginn des Aufenthaltes gefragt. Im Besonderen ging es um Veränderungen des Wohlbefindens in einer Gruppe, der Kontaktfreudigkeit und dem Sozialverhalten allgemein. Es wurde auch danach gefragt, inwieweit die Patientinnen und Patienten ihre Bedürfnisse voran stellen. Als Abschluss dieses Bereiches wurde nach sonstigen Veränderungen gefragt, die den Patientinnen und Patienten aufgefallen sind.

Der dritte große Bereich behandelt biographische Daten, wobei dieser Fragen zum Alter, der Diagnose, der medikamentösen Behandlung und der Dauer des Aufenthaltes beinhaltet.

Zusätzlich wurde nach den Motiven für den Aufenthalt gefragt.

Am Ende des Interviews wurde als Abschluss nach vorhandenen Zukunftsplänen in Bezug auf eine sportliche Betätigung oder Integration von Bewegung im Alltag gefragt.

6.2.3. Transkription

Die Interviews wurden mit Zustimmung der Patientinnen und Patientin aufgenommen, alle stimmten der Aufnahme zu, weshalb keine rein schriftlichen Aufzeichnungen für ein Interview vorhanden sind. Die Audiodateien wurden in das F4-Transkript Programm geladen und wörtlich transkribiert. Die Auswertung passierte mit dem Programm Atlas.ti v8, wobei die Datensätze anhand von Kategorisierung codiert wurden. Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden anonymisiert und unkenntlich gemacht.

6.2.4. Kategorisierung

Die Entwicklung der Kategorien orientierte sich am Interviewleitfragebogen, wobei dabei vier Hauptkategorien entstanden.

In der Kategorie *Biographie* wurden biographische Daten und Information zur Sporterfahrung vor dem Aufenthalt und der Verfassung zu Beginn des Aufenthaltes zusammengefasst. Hier werden Inhalte zu *Sport und Erkrankung*, *sportliche Vergangenheit* und *Verfassung zu Beginn* zugeordnet, außerdem enthält diese Kategorie alle Informationen betreffend der Erkrankung und bisherigen Therapie. Hier wurden auch die zusätzlichen Subkategorien *Beschreibung der Erkrankung* und *kultureller Aspekt*, die nur für einzelne Interviews relevant sind, untergeordnet.

Eine eigene Kategorie beschreibt die *Sporttherapie*, wobei hier alle Daten zu den Themen *wahrgenommenes Angebot*, *zusätzliche Bewegung* und *Bedeutung und Sinn* zusammengefasst sind. Weiters finden sich hier auch Informationen zu Zukunftsplänen der Patientinnen und Patienten. Die dritte Kategorie betrifft Informationen über das Klinikum, es werden hier allgemeine, personenunspezifische Daten sowie Feedback betreffend der Sporttherapie zusammengefasst.

Die letzte große Kategorie behandelt die von den Patientinnen und Patienten beschriebenen Veränderungen und ist in fünf Subkategorien unterteilt. Es werden dabei alle körperlichen Veränderungen, aber auch alle beschriebenen psychischen und sozialen Veränderungen separat zusammengefasst. Weiters wurde der Wirkung der Medikamente eine eigene Subkategorie zugeordnet, auch allgemeine unspezifische Veränderungen wurden hier

zugeordnet. Bei der Bearbeitung der Daten und der Zuordnung der Paraphrasen wurden diese auch mehreren Kategorien oder Subkategorien zugewiesen. Wie oben erwähnt haben sich bei einzelnen Interviews weitere Subkategorien ergeben, die jedoch nicht alle Interviews betreffen.

6.3. Charakteristika des Kepler Klinikums - Der Neuromed Campus

Eigentümer des Kepler Universitätsklinikums sind das Land Oberösterreich durch die OÖ Landesholding GmbH (74,9 %) und die Stadt Linz (25,1 %). Mit der Zusammenführung der drei renommierten und traditionsreichen Linzer Krankenhäuser *Allgemeines Krankenhaus Linz (AKH)*, *Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz* und *Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg* wurde das Kepler Universitätsklinikum am 31.12.2015 gegründet. Anlass der Zusammenführung war die Gründung einer medizinischen Fakultät an der Johannes Kepler Universität Linz. Mit über 1.800 Betten und rund 6.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist das Kepler Universitätsklinikum Österreichs zweitgrößtes Krankenhaus und vereint rund 50 medizinische Fachbereiche sowie Spezialisten aus allen Gesundheitsberufen unter einem Dach. In enger Abstimmung der Fachbereiche und Berufsgruppen ist es in der Lage, seine Patientinnen und Patienten ganzheitlich und umfassend kompetent zu behandeln.

Die drei Standorte des Kepler Universitätsklinikums umfassen den Medcampus III (AKH Linz), den Medcampus IV (Kompetenzzentrum für Frauen und Kinderheilkunde) und den Neuromed Campus (Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg).

6.3.1. Neuromed Campus

Der Neuromed Campus, vorher *Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg*, hat sich in den vergangenen Jahren als internationales, neuromedizinisches Zentrum etabliert.

Neben den großen klinischen Fächern Neurologie, Neurochirurgie, Akutnachsorge, Neurologisch-Psychiatrische Gerontologie mit angegliederter Tages- und Memory-Klinik, (Jugend-)Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Psychologie gibt es diagnostische und interventionelle Einheiten wie Neuroradiologie inklusive Bildgebungszentrum, Neuroonkologie, Neuroanästhesie- und Intensivmedizin, Neuronuklearmedizin, Neuropathologie sowie die medizinisch-chemische Labordiagnostik mit therapeutischem Drug-Monitoring. Ein besonderes Augenmerk wird auf die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller neuromedizinischen Bereiche gelegt. Neben speziellen psychiatrischen und jugendpsychiatrischen Angeboten gibt es vielfältige

psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen zur Ergänzung der psychiatrischen Versorgung. Weiters gibt es Spezialambulanzen und (teil-)stationäre Einrichtungen im neuromedizinischen Leistungsspektrum. Zu diesen zählen für den psychiatrischen Bereich die Jugendpsychiatrie, neurologisch-psychiatrische Gerontologie, Psychiatrie 1, Psychiatrie 2, Psychiatrie mit forensischem Schwerpunkt, Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin und Psychiatrie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters.

Weiters zählen die Institute medizinische und chemische Labordiagnostik, Blutdepot, Gewebebank, Neuroradiologie, Nuklearmedizin, Pathologie und Molekularmedizin 2 und Psychotherapie sowie das Department Psychosomatik und die Abteilungen und Einrichtungen Diätologie, Ergotherapie, Klinische Heilpädagogik, Logopädie, Musiktherapie, Physiotherapie und Sport- und Trainingstherapie zum Neuromed Campus.

Der Neuromed Campus ist seit Jahren ein Universitäts-Lehrkrankenhaus. Studentinnen und Studenten erhalten an den hochspezialisierten, technisch modern ausgestatteten Kliniken und Instituten eine Ausbildung auf höchstem, medizinischem Niveau und können hier ihr klinisch-praktisches Jahr (KPJ) absolvieren.

6.3.2 Abteilung für Sport- und Trainingstherapie

Die Abteilung für *Sport- und Trainigstherapie* wird von Mag.^a Ute Potyka und stellvertretend von MMag.^a Linda Seiwald geleitet. Ihr Team umfasst weitere drei Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten, von denen jeder jeweils einen Arbeitsschwerpunkt betreut.

Die Einrichtung Sport- und Trainingstherapie befindet sich am Standort Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums. Stationäre, tagesklinische und ambulante Therapie im Einzel- und Gruppensetting gehören zum Leistungsspektrum der Abteilung. Zusammenarbeitet wird mit den Schwerpunktbereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Suchtmedizin (Drogenstation), Psychiatrische Tagesklinik und Psychiatrische Tagesstruktur, wobei die Stationsärztinnen und -ärzte das Therapiekonzept der einzelnen Patientinnen und Patienten erstellen und diese dann für verschiedene Einheiten der Sport- und Trainingstherapie eingeteilt werden.

Die Abteilung achtet in ihrer Arbeit besonders auf Ressourcenorientierung, Handlungs- und Erlebnisorientierung. Demnach liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der Sport- und Trainingstherapie einerseits in der Ressourcenorientierung, indem die gesunden, intakten

Anteile der Persönlichkeit angesprochen und gestärkt werden, andererseits im aktiven Handeln und Tun, wodurch den Patientinnen und Patienten ermöglicht wird, Erfahrungen mit der eigenen Person, mit der Partnerin beziehungsweise dem Partner, in der Gruppen sowie mit Geräten und Materialien zu sammeln (Handlungs- und Erlebnisorientierung).

Es werden verschiedene körper- und bewegungstherapeutische Methoden aus der Mototherapie, dem therapeutischen Klettern, dem therapeutischen Sandsackboxen sowie große und kleine Spiele, New Games, Yoga, Qi Gong oder Jonglieren angewandt. Dafür steht ein großer Turnsaal zur Verfügung.

6.3.3. Bewegungs- und Sportangebot

Die Patientinnen und Patienten erhalten von den Stationsärztinnen und -ärzten ihr Therapiekonzept und besuchen dementsprechend keine, eine oder auch mehrere Einheiten an der Abteilung für Trainings- und Sporttherapie. Die Teilnahme an den jeweiligen Einheiten ist dann verpflichtend, jedoch wird bei der Erstellung des Therapieplans Rücksicht auf individuelle Besonderheiten, Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten genommen. Indikator für die Teilnahme an der Sport- und Trainingstherapie ist der Wille der Patientinnen und Patienten über Bewegung und Sport an einer Verbesserung und Stabilisierung ihrer körperlichen und psychischen Verfassung zu arbeiten. Kontraindikatoren sind Komorbiditäten, die sich durch Sport verschlechtern würden, wie schwere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, schwere Stoffwechselerkrankungen, akute Infekte oder Verletzungen des Bewegungsapparates. Die Patientinnen und Patienten erhalten konkrete Informationen zu der entsprechenden Ausrüstung für die einzelnen Therapien. Alle Therapien finden im Turnsaal am Campus statt, mit Ausnahme vom Nordic Walking, das draußen und dem therapeutischen Boxen, das in einem separaten Raum stattfindet.

Montag 02. Okt	Dienstag 03. Okt	Mittwoch 04. Okt	Donnerstag 05. Okt	Freitag 06. Okt
8.15 - 9.00 Aktives Erwachen	8.15 - 9.00 Aktives Erwachen	Sporttherapie Psychiatrische Tagesklinik bzw. N023	8.15 - 9.00 Aktives Erwachen	8.00 - 9.00 Nordic Walking / Laufen
9.00 - 9.45 Bewegung & Energie	9.00 - 10.00 Nordic Walking / Laufen		9.00 - 10.00 Nordic Walking / Laufen	
9.45 - 10.30 Th.Klettern	9.00-9.45 Th.Boxen Raum H.10.P04.0		9.00-9.45 Th. Klettern	11.45 - 12.30 Bewegung & Energie
	10.00-10.45 Th.Boxen Raum H.10.P04.0		10.15-11.15 Nordic Walking / Laufen	12.45 - 13.30 Th.Boxen Raum H.10.P04.0
	11:15 - 12:00 Ballspiele			
	12.00 - 13.00 Nordic Walking / Laufen	13:45 - 14:30 Ballspiele	13.30 - 14.15 Th.Boxen Raum H.10.P04.0	

**Abbildung 3: Wochenplan Sport- und Trainingstherapie
(Kepler Klinikum, Mag.^a Potyka, 2017)**

Abbildung 3 zeigt einen schematischen Wochenplan der Abteilung für Sport- und Trainingstherapie, wobei die entsprechenden Einheiten herausgelesen werden können. Das Therapieangebot umfasst sechs unterschiedliche Sporteinheiten, wozu das *Aktive Erwachen*, *Bewegung und Energie*, das *Therapeutische Klettern*, das *Therapeutische Boxen* und *Nordic Walking* beziehungsweise *Laufen* und *Ballspiele* zählen. Jede dieser Einheiten findet mehrmals wöchentlich statt und dauert in der Regel jeweils 45 Minuten, das Nordic Walking dauert 60 Minuten. Für die Tagesklinik und die Tagesstruktur gibt es auch stationsinterne Einheiten, wobei diese in weitere Gruppen unterteilt werden. Ansonsten sind die jeweiligen Gruppen sowohl betreffend der Stationen, als auch der Diagnosen gemischt, wodurch die Therapeutinnen und Therapeuten in der jeweiligen Einheit nicht unmittelbar wissen, wer mit welcher Diagnose am Klinikum aufgenommen ist. Sie haben Zugang zu den Informationen über die Patientinnen und Patienten, jedoch soll in den Therapieeinheiten die individuelle Person und nicht das Krankheitsbild im Vordergrund stehen.

6.3.3.1. Aktives Erwachen

Das *aktive Erwachen* umfasst sanfte Gymnastik, Energie- und leichte Körperübungen auf der Matte (Abb. 4), wozu auch Igelbälle verwendet werden. Außerdem wird mit Gleichgewichtspads oder auf Sitzbällen gearbeitet, was mit Entspannungsmusik unterstützt wird. Diese Einheit zielt darauf ab, dass die Patientinnen und Patienten munterer und aktiviert werden, außerdem soll die Körperwahrnehmung gestärkt werden. Abbildung 4 zeigt beispielhafte Übungen dieser Einheit, die von Mag.^a Trauner zusammengestellt wurden und in einer Visite-spezial Ausgabe über die Gespag empfohlen werden.

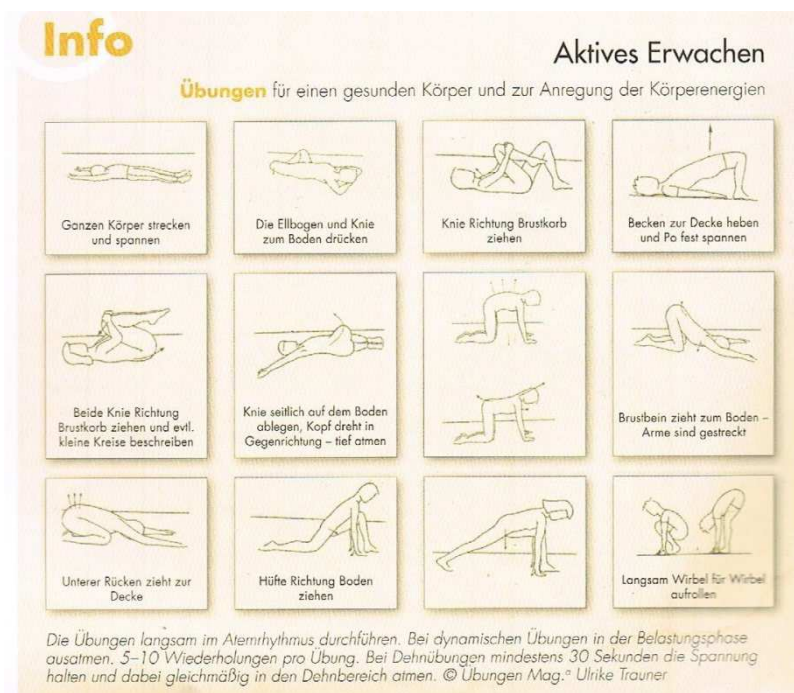


Abbildung 4: Übungen aus dem Aktiven Erwachen (Kepler Klinikum, Mag.^a Trauner, 2015)

6.3.3.2. Bewegung und Energie

Die Einheit *Bewegung und Energie* beinhaltet ein vielfältiges Bewegungsprogramm, dies können Spiele wie Frisbee und Tischtennis, genauso wie Gleichgewichtsübungen sein. Es geht dabei darum, Selbstverantwortung zu übernehmen, über die Bewegung Einfluss auf den momentanen Energielevel zu nehmen, Bewegungserfahrungen zu sammeln und neue Bewegungsformen kennenzulernen. Außerdem sollen die Patientinnen und Patienten Impulse und Ideen zur Weiterführung sportlicher Aktivität für den Alltag zu Hause bekommen.

6.3.3.3. Ballspiele

Im Turnsaal werden unterschiedliche Ballspiele, wie Volleyball oder Basketball, mit vereinfachten Regeln gespielt, sodass jede Patientin und jeder Patient mitspielen kann. Hier entscheidet die Gruppe über den jeweiligen Stundeninhalt, wodurch soziale Kompetenzen und das Sozialverhalten im Sinne der Kooperations-, Regel- und Kontaktfreudigkeit gefördert werden sollen. Weiters geht es um den Aufbau von Handlungskompetenzen und Handlungsplänen.

6.3.3.4. Nordic Walking

Das Nordic Walking dauert im Gegensatz zu den anderen Therapieangeboten 60 Minuten und findet bei jedem Wetter im Freien statt. Es geht darum, eine Stunde im eigenen Tempo mit Stöcken zu walken. Alternativ kann auch mit oder ohne Pulsuhr gelaufen oder mit Smovey-Ringen gewalkt werden. Den Patientinnen und Patienten wird dabei die richtige Technik vermittelt. Das Nordic Walking ist ein Ausdauer- und Herz-Kreislauf-Training, schult die Körperwahrnehmung, das Körperbewusstsein und wird besonders als Adipositas- und Depressionstherapie eingesetzt. Weiters geht es auch um das Erleben von Natur und UV-Licht kann getankt werden. Die Gruppe trifft sich jeweils beim Turnsaal und geht dann für die Einheit ins Freie, wobei gemeinsam zu einem nahegelegenen Park gegangen wird.

6.3.3.5. Therapeutisches Boxen

Beim *Therapeutischen Boxen* geht es um das Erlernen der Grundschlagarten und -techniken sowohl auf dem Boxsack, als auch auf der Boxbirne. Inhalte sind verschiedene Rhythmen und Intensitäten, wobei nicht gegeneinander geboxt wird. Die Arbeit am Boxsack findet also einzeln und in der Regel über drei Runden statt. Zwischendurch gibt es im Gehen gestaltete Pausen, die der Reflexion und im Speziellen dem Training des Körperbewusstseins dienen. Der Fokus liegt auf dem Fuß-Boden-Kontakt, der Atmung und dem Körperempfindungen im Bauch-Brust-Raum. Das wichtigste Element beim Boxen ist die Atmung, denn Boxen und Ausatmen müssen miteinander kombiniert sein, sonst ist der Spannungsabbau nur sehr reduziert möglich. Oft braucht es auch eine mentale Erlaubnis, hier und jetzt auf den Boxsack zu schlagen, da die Verbindung zu anderen Lebensthemen noch zu bedrohlich ist. Erkennbar wird das am Zurückhalten der Atmung und auch an einer eher zurückgelehnten Körperhaltung während des Schlagens. Für das therapeutische Boxen

steht ein eigener Raum am Campus zur Verfügung.

Die Patientinnen und Patienten sollen in dieser Einheit ihre eigene Kraft erleben, dosieren und einteilen, die eigene Standfestigkeit und eine positive Kontrolle im Sinne eines nicht-ausgeliefert-Seins erfahren, sich anpassen, Rücksicht nehmen und die eigenen Bedürfnisse wahrnehmen. Es geht auch um das Kooperieren und Konkurrieren, um das positive Erleben von Aggressionen, um das Loslassen und den neuen Aufbau von Spannung. Als begleitendes Element zu einer verbalen Psychotherapie im stationären und teilstationären Bereich können dabei viele Themen, die dort im Mittelpunkt stehen, in der Boxgruppe wieder auftauchen und auf eine andere Art erfolgreich mit ihnen umgegangen werden, als es mit einer gesprächsorientierten Psychotherapie möglich ist. Umgekehrt können die beim Boxen gemachten Erfahrungen wichtige Anregungen für die Psychotherapie bilden. Themen können Standfestigkeit, Durchsetzungskraft, Abgrenzung, Lebendigkeit spüren oder Spannungsabbau sein.

6.3.3.6. Therapeutisches Klettern

Beim *therapeutischen Klettern* wird an einer Boulderwand mit einer maximalen Höhe von 2,5 m ohne Seilsicherung gearbeitet, den Patientinnen und Patienten werden für diese Einheit auch Kletterschuhe zur Verfügung gestellt. Die Patientinnen und Patienten erhalten verschiedene Aufgabenstellungen, die auf das Kennenlernen der eigenen Grenzen, das Austesten, Akzeptieren und Überwinden von Ängsten, auch Höhenangst, abzielt. Weiters geht es darum, sich Handlungspläne zu überlegen und durchzuführen.

Die psychischen Leistungsfaktoren für das Klettern sind unter anderem Mut, Willensstärke, Durchhaltevermögen, Konzentrationsfähigkeit, Risikobereitschaft und Selbsteinschätzung. Genau diese Faktoren sind besonders für die Therapie mit süchtigen und drogenabhängigen Patientinnen und Patienten nützlich, denn beim Klettern wird der Umgang mit den eigenen Grenzen, mit Sicherheit und Risiko und mit dem konsequenten Einhalten von Regeln geschult. Beim therapeutischen Klettern gibt es kein richtig oder falsch, die Bewegungen und Bewegungsabläufe werden in ihrer Ganzheit erfasst und nicht an bestimmten vorgegebenen Parametern gemessen. Klettern ist für die Patientinnen und Patienten eine ideale Kombination, um den Zusammenhang zwischen psychischer Ausgeglichenheit und körperlichem Wohlbefinden zu erleben.

6.3.4. Physiotherapie

Die Abteilung für Physiotherapie wird von Doris Weese und stellvertretend von Martina

Leonhartsberger geleitet. Der Neuromed Campus verfügt über ein gut ausgebildetes Team von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Physiotherapie dient der Vorbeugung und Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungssystems, der Erhaltung und Wiederherstellung natürlicher Bewegungsabläufe und der Schmerzfreiheit mit Hilfe naturgegebener Mittel wie Bewegung, Berührung, Wasser, Wärme und Licht. Es geht unter anderem um die Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen am Bewegungsapparat, die leibtherapeutische Arbeit zur Bewusstseinsbildung für die erlebbaren Zusammenhänge von Körper, Seele und Geist, aktivierende und vorbeugende Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter und die Erstellung individueller Trainingsprogramme.

Nach fachärztlicher Zuweisung werden Patientinnen und Patienten aller Kliniken am Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums betreut. Das Behandlungsspektrum beinhaltet ambulante physiotherapeutische Behandlung vorwiegend als Einzelheilgymnastik, Bewegungstherapie, Massagen und Bäder, Elektrotherapie, Leibtherapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT).

In der *Bewegungstherapie* wird nach anerkannten physiotherapeutischen Behandlungsmethoden aus den Bereichen Neurophysiologie, Neuroorthopädie, strukturelle Osteopathie, bewährte alternative Behandlungen und Leibtherapie in der Psychiatrie mit verschiedenen Angeboten aus der Körperarbeit wie der Alexandertechnik, Feldenkrais, Tanzpädagogik, Basic Body Awareness Therapie oder ähnlichem gearbeitet. Weiters kommen die Klassische Massage, Lymphdrainage, Fußreflexzonenmassage, Akupunktur-Massage, Wärmepackungen, Medizinalbäder und Bewegungsbäder zur Anwendung. In einem Therapiebad kann die unterstützende Qualität des Wassers im Sinne eines Bewegungsbads eingesetzt werden, dabei werden Unterwasserbewegungstherapie im Einzel- und Gruppensetting und spezielle Entspannungstechniken angeboten. Besonders für Patientinnen und Patienten mit Adipositas ist dies eine gelenksschonende Trainingsmöglichkeit, die wieder Freude an der Bewegung vermitteln kann.

In der *Elektrotherapie* kommen nieder- und mittelfrequente Stromformen schmerzlindernd und muskelaktivierend zur Anwendung, wobei klassische Exponential-Ströme, Schwellströme und TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) verwendet werden.

Die *Leibtherapie* ist ein spezialisiertes, physiotherapeutisches, prozessorientiertes Verfahren zur Behandlung des Menschen in seiner Gesamtheit von Körper, Geist und

Seele. Die Therapie basiert auf den Grundlagen der Physiotherapie, welche die Erhaltung und Wiederherstellung der natürlichen Bewegungsabläufe beinhaltet und sich mit der körperlichen Entwicklung, den Funktionsweisen und dem Wechselspiel der Bereiche Sensorik, Motorik, Koordination und der Behandlung möglicher Störungen und Schmerzen befasst. Sie schließt somit alle jene Teile und Funktionen des menschlichen Organismus ein, die im Zusammenhang mit dem Bewegungsvermögen stehen. In der Leibtherapie sind die körperlichen Strukturen wie Knochen, Muskulatur, Bindegewebe, Innen- und Atemräume und Gelenke primäre Ansatzpunkte der Therapie.

Leibtherapie ermöglicht im therapeutischen Rahmen individuelles Erfahren von Struktur, Halt, Balance, Ruhe, Selbstwirksamkeit und Leibbewusstheit durch die konkrete Auseinandersetzung mit dem Körper. Haltungs-, Spannungs- und Bewegungsmuster können bemerkt und erkannt werden und die Einstellung zum eigenen Leib, das Wahrnehmen der physischen Identität mit seinen Grenzen, das Erleben von Bewegung und körperlichem Ausdruck, das Wechselspiel von leiblicher Befindlichkeit und Umwelt werden erfahrbare. Dies bewirkt Bewusstheit für Wahlmöglichkeiten im Umgang mit dem eigenen Leib.

Die *Medizinische Trainingstherapie (MTT)* ist ein geräteunterstütztes Training mit der alle motorischen Grundfertigkeiten wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination optimal gefördert werden können. Dies kann über die entsprechenden Geräte und angesprochenen Muskelgruppen, den Widerstand und durch die Bewegungsgeschwindigkeit und –umfang genau angepasst und überprüft werden und stellt damit einen hohen Motivationsfaktor dar. Im Bereich der Neurorehabilitation spielt die Trainingstherapie auf Grund der Menge an Bewegungswiederholungen eine zunehmend große Rolle für das Bewegungslernen, auch in der Psychiatrie und Psychosomatik kommt die MTT zum Einsatz.

Auf den einzelnen Stationen stehen zusätzlich Geräte wie ein Tischtennistisch oder ein Ergometer für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

6.3.5. Therapiespektrum

Die therapeutische Arbeit am Neuromed Campus geschieht in einem multiprofessionellen Team mit einem breiten Spektrum an Berufsgruppen und Therapien, welches Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Pflegepersonal, Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit, Leibtherapie, Sport- und Trainingstherapie, Biofeedback und Lichttherapie inkludiert. Das jeweilige Therapiekonzept der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten wird mit Rücksicht auf die jeweiligen Bedürfnisse zusammengestellt, der Aufenthalt am Neuromed Campus kann stationär oder teilstationär erfolgen. Wie die einzelnen Therapien am Neuromed Campus integriert werden, wird in den beispielhaften Wochenplänen der Tagesklinik (Abb. 6) und Tagesstruktur (Abb. 5) dargestellt.

02.052017 A1	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe A	Gruppe B
07:30	Ankunft		Ankunft		Ankunft		Ankunft		Ankunft	
08:00	Morgenrunde Pflege		Morgenrunde Pflege		Morgenrunde Pflege		Morgenrunde Pflege		Morgenrunde Pflege	
08:30										
09:00	Physio A		Leibtherapie A		Sport A+B		Psychotherapie A		MT A	
09:30	ET A	Visite A	Leibtherapie A		Sport A+B		Psychotherapie A			
10:00	ET A	Visite A	Psychologie A		Visite A				Visite A	
10:30	ET A	Visite A	Psychologie A		Visite A		Sport A		Visite A	
11:00	Visite A				Visite A				Visite A	
11:30	Mittagessen A,B		Mittagessen A,B		Mittagessen A,B		Mittagessen A,B		Mittagessen A,B	
12:00										
12:30	MT A		Sozialarbeit A		Sport A					
13:00	MT A		Sozialarbeit A		Sport A		ET A			
13:30							ET A			
14:00	Physio A				Arzt A		ET A		Pflege A	
14:30					Arzt A				Pflege A	
15:00			Sport A							
15:30	Abschlußrunde Pflege		Abschlußrunde Pflege		Abschlußrunde Pflege		Abschlußrunde Pflege		Abschlußrunde Pflege	
16:00										

Abbildung 5: Therapieplan Tagesklinik (Kepler Klinikum, OA Dr. Frühwirth, 2017)

Die *Psychiatrische Tagesklinik* ist eine teilstationäre Behandlungseinrichtung für Patientinnen und Patienten mit subakuten psychiatrischen Erkrankungen. Sie stellt die Zwischenstufe zwischen stationärer und tagesstrukturierender oder ambulanter Behandlung dar. Die Patientinnen und Patienten sind tagsüber in der Klinik, verbringen jedoch die Nächte und das Wochenende zu Hause. Die Zuweisung erfolgt von den psychiatrischen Behandlungsstationen, vom Sozialpsychiatrischen Ambulanzzentrum (SPAZ) und von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten. Am ersten Behandlungstag erfolgt in einem ärztlichen Gespräch die weitere Behandlungsplanung, wobei die Patientinnen und

Patienten dann an einem fixen und einem speziellen Therapieangebot, je nach Indikation, teilnehmen. Diese finden an Wochentagen, im Zeitrahmen von 8 Uhr bis 16 Uhr statt. Sie ist für Patientinnen und Patienten mit subakuten Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen, Anpassungsstörungen, Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen gedacht. OA Dr. Robert Frühwirth ist der leitende Facharzt und DGKP Patricia Höller die pflegerische Leitung.

Zeit	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			
07:30-08:00	Check in			Check in			Check in			Check in			8:00- 9:00 Check in			
08:15- 08:45	Startrunde			Startrunde			Startrunde			Startrunde			Team Startrunde			
	08:30 - 10:00 KUG	09:00-10:00 Ergo	9:15-10:00 Pflege	09:00- 10:00 Selbsthilfe- gruppe Depression	09:00-10:00 Sport- therapie Nordic Walken	9:15- 10:00 Pflege	8:30-10:00 SST (4 Wochen)	9:00-10:00 Selbsthilfe- gruppe Angst	9:15-10:00 Pflege		08:30-11:30 Ergo kochen	9:15- 10:15 Sport- therapie Nordic Walken	09:15-10:00 Pflege	09:00-10:00 Musik- therapie (Ro.)	09:00-10:00 Ergo	09:15-10:00 Pflege
	10:30- 11:30 DBG (3 Wochen)	10:15- 11:30	10:15-11:30	9:30-11:30	10:00- 11:00	10:30- 11:30	9:00-10:00 Musik- therapie (Lia)	10:15- 11:30		10:30 - 11: 30		10:00-11:30			10:15- 11:30	10:30-11:30
	10:30-11:15 Physio (WS)	Ergo	Pflege/ Psycho- edukation	Ergo kochen	Sport- therapie Turnsaal	Pflege	10:30-11:15 Physio (WS)	Ergo	Pflege		10:45- 11:30 Leittherapie	"Ins Leben Gruppe" (Psycho- therapie- gruppe)	10:15 - 11:00 Sozial- arbeiter- gruppe	10:30-11:15 Physio (WS)	Ergo	Pflege
11:30-12:00	Abschlussrunde			Abschlussrunde			Abschlussrunde			Abschlussrunde			Abschlussrunde			
	Wechsel			Wechsel			Wechsel			Wechsel			Wechsel			
12:30-13:00	Check in			Check in			Check in			Check in			Check in			
13:00-13:30	Startrunde			Startrunde			Startrunde			Startrunde			Startrunde			
	13:30-14:30 Team	13:30- 14:30 Genuss- gruppe	13:45- 14:30 Pflege	13:30- 14:30 Depri.info	13:30-14:30 Musik- Therapie (Lia)	13:45- 14:30 Pflege	14:00-15:00 Kompetenz- gruppe	13:15-14:00 Sozial- arbeiter- gruppe		14:00-14:45 Infogruppe	13:30- 14:30 Depri.info		13:30- 14:30 Genuss- gruppe	13:30- 14:30	13:45-14:30 Pflege	
		14:00-15:00 Sport- Therapie Ges. or. Kraft- training						14:00-15:00 Leittherapie	13:30- 14:30 Ergo	13:45-14:30 Pflege	Ergo					
	15:00-16:00 Ergo	15:15- 16:15 Musik- therapie (Ro.)	15:15-16:30 Pflege	14:45-16:00 Ergo	15:30- 16:30 Sport- therapie Turnsaal	15:15-16:30 Pflege	15:30- 16:30 DBG (3 Wochen)	15:15- 16: 30 Pflege		14:30 - 17:30 Pflege- gruppe Despot - be- handlung	15:45- 16:15 Musik- therapie (Ru.)	15:15-16:30 Pflege	14:30- 15:30 Sport- therapie Turnsaal	15:15-16:30 Pflege/ Psycho- edukation		
16:30-16:45	Abschlussrunde			Abschlussrunde			Abschlussrunde			Abschlussrunde			Abschlussrunde			

Abbildung 6: Therapieplan Tagesstruktur (Kepler Klinikum, OA Dr. Linner, 2017)

Die *Psychiatrische Tagesstruktur* ist eine teilstationäre Einrichtung, entlastet den stationären Bereich und verfügt über ein intensives pflegerisches und therapeutisches Therapieangebot. Zuweisungen können von Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie des Neuromed Campus sowie vom Sozialpsychiatrischen Ambulanzzentrum durchgeführt werden. Die Patientinnen und Patienten sind vormittags oder nachmittags für vier Stunden an zwei Tagen pro Woche zur Therapie eingeteilt,

insgesamt über acht Wochen. Sie ist für Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt, Patientinnen und Patienten vom Sozialpsychiatrischen Ambulanzzentrum des Neuromed Campus, die eine intensive, aber keine stationäre Behandlung benötigen und zur Stabilisierung schwer oder chronisch Erkrankter vorgesehen. OA Dr. Christian Foff ist leitender Facharzt und DGKP Marianne Linner die pflegerische Leitung.

6.4. Auswahl der Patientinnen und Patienten

Es wurden Patientinnen und Patienten interviewt, die am Neuromed Campus des Kepler Klinikums aufgrund von Depressionserkrankungen und Angststörungen behandelt wurden. Ausgewählt wurden vorwiegend Patientinnen und Patienten, die entweder schon am Ende ihres Aufenthalts waren oder bereits mindestens zwei Wochen Aufenthalt hinter sich hatten. Insgesamt wurden 12 Personen interviewt, wobei davon 10 Interviews für diese Arbeit verwendet wurden. Ein Datensatz ist vom Aufnahmegerät nicht korrekt aufgezeichnet worden und eine Patientin nahm zu Zeitpunkt des Interviews erst seit einer Woche an der Sporttherapie teil, weshalb daraus keine aussagekräftigen Informationen gewonnen werden konnten. Die Daten der Interviews mit fünf Patientinnen und fünf Patienten wurden verwendet. Dabei waren eine Patientin und ein Patient von der Station D103 (allgemeine gemischtgeschlechtliche akutpsychiatrische Station), drei Patientinnen und Patienten von der Tagesklinik und fünf von der Tagesstruktur.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an dieser Studie ist eine Teilnahme an mindestens einer Einheit der Sport- und Trainingstherapie wöchentlich mit ärztlicher Freigabe über die Dauer von mindestens zwei Wochen. Es kamen nur jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Auswahl, die aufgrund einer Depressionserkrankung oder einer Angststörung in den Neuromed Campus des Kepleruniversitätsklinikums aufgenommen wurden. Weitere Einschlusskriterien sind Freiwilligkeit und ein Alter von über 18 Jahren.

Ausschlusskriterium ist das Vorhandensein einer Kontraindikation, wie zum Beispiel eine akute psychotische Krise oder potenzielle negative Effekte auf den therapeutischen Verlauf. Ein weiteres Ausschlusskriterium ist der Abbruch der Sport- und Trainingstherapie beziehungsweise eine Teilnahme von weniger als einer Einheit der Trainingstherapie wöchentlich, da dadurch die Fragestellungen dieser Magisterarbeit nicht beantwortet werden können.

In einem gemeinsamen Gespräch mit der Leiterin der Sport- und Trainingstherapie wurde über potentielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesprochen. Konkret wurden diese dann

unter Einbezug der Ein- und Ausschlusskriterien von den jeweiligen Stationsärztinnen und -ärzten ausgewählt und eine mögliche Teilnahme in der täglichen Visite mit den in Frage kommenden Patienten persönlich besprochen. Daraufhin wurde mir der Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, die sich für ein Interview bereitklärten, ermöglicht. Die Stichprobe repräsentiert besonders Patientinnen und Patienten der Tagesstruktur und Tagesklinik am Neuromed Campus, die an Depressionen leiden und regelmäßig an der Sport- und Trainingstherapie teilnehmen. Es wurde darauf geachtet, ungefähr gleich viele Frauen wie Männer in die Studie miteinzubeziehen.

6.5. Durchführung

Es wurde zuerst Kontakt mit der Leiterin der Sport- und Trainingstherapie am Neuromed Campus aufgenommen. In einem persönlichen Gespräch wurden das Anliegen und die Möglichkeiten für die Studie besprochen. In einem weiteren Schritt wurden dann Informationsblätter an den Stationen ausgehängt und die leitenden Ärzte der Stationen über die Studie informiert. Da sich daraufhin keiner meldete, nahm ich direkt mit den Stationsärzten Kontakt auf und legte ihnen mein Anliegen dar. Ich begann im Mai mit zwei Interviews mit einem Patient und einer Patientin, die stationär im Klinikum waren und entschied mich dann aber für weitere Interviews mit Patientinnen und Patienten der Tagesklinik und Tagesstruktur, da diese häufiger, bereits über einen längeren Zeitraum und mehr Therapieeinheiten mitgemacht hatten. Weitere zehn Interviews führte ich im Juli durch, wobei ich jeweils auf der Station einen separaten Aufenthalts- oder Besprechungsraum für die Interviews zur Verfügung gestellt bekam. Nach einem Gespräch fragten die Stationsärztin der Tagesklinik und der Stationsarzt der Tagesstruktur die in Frage kommenden Patientinnen und Patienten in der Visite vorab, ob ein Interesse an einer Teilnahme besteht und ermöglichten mir den Kontakt mit denjenigen, die in Frage kamen. Ich konnte die Interviews dann teilweise direkt nach der Kontaktaufnahme führen, mit manchen Patientinnen und Patienten machte ich aber auch Termine für das Interview aus. Vor dem Interview informierte ich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeweils über mein Anliegen, die Vorgehensweise und die Rahmenbedingungen. Weiters händigte ich ihnen die Teilnahmeinformation aus, klärte offene Fragen und fragte noch einmal, ob sie an dem Interview teilnehmen wollen. Alle stimmten einer Audioaufnahme zu, das Interview startete jeweils erst nachdem die Einverständniserklärung unterschrieben worden war. Die Daten wurden transkribiert und in das Auswerteprogramm geladen, wo sie dann anhand der weiter oben beschriebenen Kategorien ausgewertet worden sind.

7. Ergebnisse & Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews systematisch ausgewertet. Zuerst werden die einzelnen Interviews patientinnen- und patientenorientiert dargestellt und anschließend wird ein zusammenfassender Überblick über die wichtigsten Ergebnisse gegeben. Weiters werden Feedback, Kritik und Wünsche der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Bewegungstherapie am Neuromed Campus zusammengefasst.

7.1. Personenbezogene Ergebnisse

Im Folgenden werden die Aussagen der Patientinnen und Patienten einzeln dargestellt, wobei der Schwerpunkt in der Auswertung auf die wahrgenommenen positiven Wirkungen gelegt und aus Patientinnen- oder Patientensicht dargestellt wird. Weiters wird auch Bezug zu relevanter Literatur genommen.

7.1.1. Herr M.

Herr M. ist beinahe 60 Jahre alt und wegen Depressionen und Angststörungen seit zweieinhalb Wochen stationär im Klinikum aufgenommen. Es ist bereits sein dritter Aufenthalt, wofür er sich aus Eigenmotivation entschieden hat (1:63). Vor allem wollte er sich medikamentös besser einstellen lassen: „...Weil ich nicht mehr schlafen konnte und nicht mehr vor die Tür gegangen bin (12:14).“ Der Tag des Interviews war sein Entlassungstag.

Herr M. hatte in der Vergangenheit einen schweren Autounfall, wodurch ein Bein nun kürzer ist (1:3), weshalb Sport für ihn mittlerweile wenig Bedeutung hat: „Früher hat es mehr Wert gehabt, jetzt keinen (1:2).“ Seit dem Unfall kann er nicht mehr laufen, was er zuvor manchmal gemacht hat (1:4, 1:5). Er war wegen Schmerzen bereits einmal auf der Psychosomatik. Das Thema Schmerz erwähnt er im Laufe des Interviews auch des Öfteren in Bezug auf Sport (1:25), wobei er leichte Übungen als positiv bewertet, insofern sie keine Schmerzen verursachen:

Das ist auch ganz wichtig, ja. Wenn man schon Schmerzen hat, vielleicht psychische oder körperliche, dass der Schmerz dann nicht noch einmal hervorgeführt wird absichtlich, ja, sondern sich zu bemühen, keine Schmerzen zu haben, also alles zu tun, was nicht schmerzhaft ist. (1:38)

Die Therapeutinnen und Therapeuten legen Wert auf ein schmerzfreies Üben, Herr M. nahm dieses Angebot auch in Anspruch und ließ Übungen, die im nicht guttaten, aus:

„Eine Übung auslassen oder sich einmal wegsitzen, hinsitzen oder so etwas, ist kein Problem (1:37).“ Seine Schmerzen haben sich während des Aufenthaltes nicht verändert, höchstens die Einstellung dazu (1:39). Im Klinikum nimmt er wöchentlich am Aktiven Erwärmen, an Ballspielen und der Leibtherapie teil. Er macht die Sporttherapie grundsätzlich gerne, berichtet von einer angenehmen Atmosphäre und fühlt sich in den Einheiten wohl (1:22, 1:26, 1:34, 1:35). Das Nordic Walking gefällt ihm nicht, er meint: „Ich bin da so schlecht, da hab´ ich mich davor gedrückt immer“ (1:18).

In Bezug auf soziale Veränderungen berichtet er davon, dass die meisten Patientinnen und Patienten zu Beginn des Aufenthaltes sehr zurückgezogen waren und die Trainingstherapie einen Beitrag dazu leistet, dass dies im Verlauf des Aufenthaltes besser werden kann: „Und wenn sie dann total in sich gesunken sind, ja (..) und die unter anderem diese Sport und Bewegungstherapie tragen dazu bei, dass man sich doch ein bisschen besser fühlt“. Auch Herr M. zog sich durch seine Erkrankung sehr aus seinem sozialen Umfeld zurück (1:46) und hat zu Beginn seines Aufenthaltes mit niemandem geredet: „Mit niemandem und jetzt eigentlich grüßen wir uns zumindest oder holen uns Karten, wir spielen da oder ja, hat sich auch alles geändert (1:47)“.

Nun will er darauf achten, dass er dem sozialen Rückzug entgegenwirkt und sozial etwas offener ist: „Da versuch ich jetzt auch ein bisschen etwas zu ändern, dass man doch vielleicht wieder mal ein bisschen unter Leute geht (1:32).“ Auch er fühlt sich durch die Trainingstherapie besser: „Und diese Sporteinheiten die haben auch dazu geführt, haben zumindest dazu beigetragen, dass man sich auch im Kopf dann ein bisschen besser fühlt, ja (1:33).“

Insgesamt meint er selbst, dass der Aufenthalt zu kurz ist (1:51), um weitere Veränderungen zu beschreiben, jedoch hat ihm der Aufenthalt geholfen wieder Antrieb und Motivation zu erlangen und die Trainingstherapie hilft ihm, dass er seine Aufmerksamkeit weg vom Kopf und in Richtung seines Körpers lenkt. Diesen wieder ein bisschen spürt und sich wieder mehr als Einheit von Körper, Geist und Seele wahrnimmt:

Man entfernt sich ein bisschen von dieser Einheit, man sollte eigentlich eine Einheit Körper, Geist, Seele sein und irgendwie vergisst man dann einen Teil, man ist dann nur Kopf und das ist eigentlich der Grund warum der Sport gut ist in diesem Fall. (1:24)

Herr M. berichtet von einer Verbesserung der Stimmung und seines Schlafes (1:56, 1:57),

wobei er hier auf die Bedeutung der medikamentösen Behandlung hinweist: “Ja, aber da ist nicht nur der Sport, sondern auch die Umstellung der Medikamente wichtig. Da habe ich nicht schlafen können, jetzt kann ich gut schlafen eigentlich. (1:43)“. Durch seinen Aufenthalt haben sich der Antrieb und die Motivation insofern verbessert, dass er seiner Zukunft positiver entgegenseht und dafür Pläne hat:

Ja, ich bin positiver eingestellt (..). Der Antrieb hat sich verstärkt, ich (.) vorher hatte ich absolut keinen Antrieb irgendwie etwas zu machen. Das hat sich wieder geändert, ich habe jetzt wieder ein bisschen Pläne für das was ich machen möchte einfach, ja. (1:31).

Herr M. hat auch den Gedanken Bewegung nun nach dem Aufenthalt in seinen Alltag zu integrieren (1:64), jedoch ist er sich unsicher in Bezug auf die Umsetzung: „...einfach ein bisschen marschieren oder zu Fuß gehen, spazieren gehen, das würde schon genügen eigentlich und sonst aber nicht (1:65)“.

7.1.1.2. Schlussfolgerung

Insgesamt scheint Herrn W. aufgrund seiner körperlichen Einschränkung ein schmerzfreies Üben besonders wichtig zu sein, um von der Trainingstherapie profitieren zu können. Der Bedeutung individueller Faktoren wird auch zunehmend Beachtung geschenkt, die körperliche Belastung sollte an den Leistungsstand der Patientinnen und Patienten angepasst werden (vgl. Ledochowski et. al., 2017; Mösch, 2015). Hautzinger & Wolf (2012) weisen darauf hin, dass die Einnahme eines Medikaments oft einfacher als die Umsetzung sportlicher Aktivität im Alltag ist und individuelle Faktoren in Bezug auf die Motivation entscheidend sind. Für Herrn W. ist die medikamentöse Therapie somit entscheidend, da es ihm nicht möglich ist langfristig ein entsprechendes Ausmaß an Bewegung in seinen Alltag zu integrieren.

7.1.2. Frau G.

Frau G. ist 63 Anfang Sechzig, Raucherin und erhielt im Frühjahr 2017 die Diagnose Depression, sie war danach bereits drei Wochen stationär im Klinikum und ist zum Zeitpunkt des Interviews das zweite Mal seit vier Wochen stationär aufgenommen. Sie hat sich selbst für den Aufenthalt entschieden (2:81), da sie es zu Hause alleine ohne Aufenthalt und ärztliche Unterstützung nicht geschafft hätte:

Nein ohne ärztliche Unterstützung und ohne Aufenthalt nur daheim, wenn

man dann auch schauen muss auch, was gibt es für welche Tabletten, wie wirken sie dann, wenn Sie den Spiegel machen, man probiert ja einiges durch, dass man dann das richtige findet. (2:82)

Sie wirkte sehr überrascht von ihrem Rückfall innerhalb weniger Wochen und der Langwierigkeit einer Depression (2:40, 2:47). Außerdem ist es ihr wichtig einen weiteren zu vermeiden, weshalb sie sich dieses Mal auch einen längeren Aufenthalt wünscht:

So eine Depression kostet einem extrem viel Kraft, nicht nur geistig sondern auch körperlich ist das furchtbar. Ich vergleiche es immer so herum, ich bin operiert worden wegen Krebs nach der Gesundenuntersuchung, ich vergleiche das immer, das war ein Lärcherldreck. Das ist herausgeschnitten worden und dann geht es einmal zwei Tage naja, aber dann geht es aufwärts und zehn Tage später ist man geheilt, in dem Fall habe ich keine Metastasen, die haben mich entlassen und hier habe ich innerhalb von drei Wochen so einen Rückschub bekommen. (2:40)

Frau G. erzählt sehr eindringlich von ihrem Zustand zu Beginn des Aufenthaltes (2:39, 2:42, 2:49) und vergleicht den Schmerz einer Depression mit dem einer Geburt: „Total hässlich. Ich finde das ist so eindringlich. Eine Geburt, die tut weh aber natürlich das vergisst man so schnell wie der Schmerz aber Depression das wandert immer mit (2:43).“

Sie verneint eine sportliche Vergangenheit, jedoch geht sie täglich mit ihrem Hund bis zu drei Stunden spazieren und hält sich fit mit Gartenarbeit, gelegentlich fährt sie Rad oder geht schwimmen (2:2, 2:3, 2:4, 2:8). Das Spazieren braucht sie genauso wie ihr Hund, in diesem Sinne ist Bewegung für sie unheimlich wichtig (2:7): „Ich brauche Bewegung unbedingt (2:9).“ Frau G. spricht besonders die Sporttherapie an, da sie ein gewisses Bewegungsbedürfnis hat, sich gerne auspowert und bewegt: „Ich mache lieber so Sport, wo ich mich auspowern kann als so Mandala malen und das war nicht meins, ich muss mich bewegen (2:27).“

Zu Beginn ihres Aufenthaltes konnte sie noch nicht an der Sporttherapie teilnehmen, da sie eine schwere Grippe hatte und sich davon ein paar Tage erholen musste (2:46). Was die Sporttherapie angeht, erzählt sie von der Leibtherapie, in der sie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson anwenden: „Das ist sehr entspannend, wenn man dann einmal das öfters macht, dass man bleibt und dass man nicht immer abdriftet. Das dauert natürlich schon ein paar Einheiten (2:19).“ Weiters nimmt sie an der MTT teil, bei der sie

das Laufband und Ergometer nutzt und auch das therapeutische Boxen nimmt sie in Anspruch: „Ja, therapeutisches Boxen, das dauert 45 Minuten und es ist für mich einfach eine unheimliche Entspannung (2:13).“ Frau G. ist sehr begeistert von dem therapeutischen Boxen und würde gerne zweimal pro Woche eine Einheit haben (2:14): „Ich finde das einfach richtig gut, so mit Atmen, Konzentration ist da unheimlich viel dabei und die Aggression kann man dann am Schluss richtig rauslassen (2:16).“ Zusätzlich zu den Therapieeinheiten geht Frau G. täglich am Klinikumsgelände spazieren und versucht ihre Runden schneller zu absolvieren (2:31, 2:32, 2:33, 2:34), auch wenn sie Besuch hat schlendert sie gerne gemeinsam: „Reden, stehenbleiben, tratschen und einmal eine andere Richtung oder einen anderen Weg (2:36).“

Frau G. profitiert von der Leibtherapie insofern, als dass sie sich dabei von negativen Gedanken distanzieren kann:

...dass man das Gedankenkreisen wegbekommt das dauert dann schon ein paar Mal. (..) So gegen den Schluss hin die letzten zwei drei Mal kann man dabei bleiben. (..) Das soll passieren, aber die ersten paar Mal war es nicht so (..) war ich sehr abgelenkt mit anderen Gedanken. (2:20)

Frau G. beschreibt die Wirkung der Medikamente insgesamt als positiv, sie helfen ihr in Bezug auf die Stimmung und den Schlaf (2:83, 2:85), jedoch zeigen sich auch Nebenwirkungen in Bezug auf vermehrtes Schwitzen und Träume: „Mit den Schlaftabletten schwitzt man unheimlich, auch manchmal so Träume, die ich nicht unbedingt haben muss (2:84).“ Eine Verbesserung des Schlafes kann sie nicht in Verbindung mit der Sporttherapie bringen, sondern verweist diese eher an die Medikamente: „Da bekomme ich die Schlafmedikamente, das kann ich jetzt nicht sagen (2:53).“

Frau G. war eigentlich nie ein ängstlicher Mensch (2:60), durch die Erkrankung hat sie sich jedoch nichts mehr zugetraut:

Dass ich da ziemlich geschreckt werde und so mir nichts mehr zugetraut habe, was ich vorher nicht war und das will ich schon wiederhaben. Ich fürchte mich sagen wir zum Beispiel nicht alleine im Haus oder wenn ich im Finstern an der Au gehe. (2:61)

Auch Menschenmassen bereiten ihr Sorgen, wobei sie sich unsicher ist, wie sie nach dem Aufenthalt auf größere Menschenmengen reagieren wird (2:63, 2:64). Die Sporttherapie wird in Kleingruppen gearbeitet, in denen sie sich grundsätzlich wohlfühlt, jedoch konzentriert sie sich hier mehr auf den Inhalt der Therapie als auf die Gruppe: „Da geht es mir ja rein um den Sandsack und um das Boxen (2:67).“ Insgesamt ist ihre Kontaktfreudigkeit etwas besser geworden: „Mit ein paar unterhaltet man sich gern, mit ein paar weniger oder gar nicht (2:68).“

Der Sport ist für sie eine gute Ablenkung (2:44) und sie bekommt dadurch wieder mehr Energie: „...natürlich hat man dann mehr Energie, man spürt sich wieder (2:45).“ Weiters fühlt sie sich fitter, kräftiger und lebendiger (2:54, 2:56), jedoch macht sie sich Sorgen:

...ein bisschen lebendiger bin ich geworden schon. (..) Aber nicht so wie ich es mir wünsche (.) weil man weiß ja wirklich nicht was auf einen zukommt, soll man aber nicht machen, weil ich auch nicht weiß was auch in einer Stunde ist (..) Das wünsche ich mir, dass ich wieder lebendiger werde. (2:56)

Frau G. macht sich viele Gedanken um die Zukunft und darüber wie es ihr nach ihrem Rückfall außerhalb der Klinik gehen wird (2:74), denn in der Klinik fühlt sie sich sicher: „Da ist man ja im sicheren Raum, im geschützten (2:73).“ Sie nimmt sich nicht zu viel vor und möchte zu Hause nach dem Aufenthalt etwas langsamer starten, damit sie einen weiteren Rückfall vermeiden kann:

Das wird sich dann alles weisen, wenn man daheim ist. Man nimmt es sich vor, aber ich werde es nicht mehr so angehen wie beim ersten Aufenthalt, dieses Mal ist es mir einfach zu viel geworden, was ich mir vorgenommen habe, ich habe das vorher nicht gemacht und plötzlich das, das was ich zu bald angehe, überlegter und dass ich mir einmal Zeit nehme, nichts tun. (2:74)

Nach ihrem Aufenthalt möchte sie sich weiterhin täglich bewegen und arbeiten, wie sie es zuvor getan hat (2:87). Etwas in Richtung Kraftsport würde sie interessieren, jedoch hat sie keine Möglichkeit das auszuüben (2:90, 2:91)

7.1.2.1. Schlussfolgerung

Frau G. ist einen aktiven Alltag gewohnt und die Sporttherapie ist ihrer Meinung nach ideal. Besonders vom therapeutischen Boxen kann sie profitieren. Sie sieht hier die Möglichkeit ihre Aggressionen rauszulassen und beschreibt es als Entspannung. Ähnlich

wird auch von einigen Autoren ein aggressionsregulierender und spannungsabbauender Effekt durch das therapeutische Boxen beschrieben (vgl. Grässner & Deimel, 2007; Henning, 2006; Mösch, 2015; Thimme & Deimel, 2012). Frau G. sieht das therapeutische Boxen auch positiv im Zusammenhang mit der Konzentration (vgl. Grässner, 2007). Hingegen der Ansicht erwähnter Autoren (vgl. Deimel & Grässner, 2007; Henning, 2006; Mösch, 2015) kann Frau G. von den kommunikativen und sozialen Aspekten des Kampfsports nicht profitieren, da sie hier andere Menschen ausklammert und sich auf den Boxsack und das Tun konzentriert.

7.1.3. Frau R.

Frau R. ist ungefähr 20 Jahre alt und aufgrund der Mehrfachdiagnose schwere depressive Episode, Anpassungsstörung beziehungsweise akzentuierte Persönlichkeitszüge und psychogener Schwindel seit Herbst 2016 im Klinikum in Behandlung. Zuerst hatte sie ambulante Psychotherapie, worauf sechseinhalb Wochen stationärer Aufenthalt folgten. Von Dezember bis März war sie dann in der Tagesklinik. Nachdem sie zwei Monate zu Hause gewesen ist, begann ihr Aufenthalt in der Tagesstruktur, wo sie bis Ende August bleiben wird. Danach wird sie noch sechs Wochen auf Reha fahren. Für diesen Aufenthalt hat sie sich gemeinsam mit ihrer Psychotherapeutin aufgrund ihrer schlechten psychischen Verfassung entschieden:

Ja, also ich war zu Hause, also ich habe dann auch draußen immer ein bisschen Psychotherapie gehabt, da hat dann auch die Therapeutin gesagt, ich soll wieder rein kommen und es ist einfach nicht mehr gegangen. Ich habe die ganze Zeit nur geweint und die ganze Zeit nur ans Sterben gedacht und so, also eh alles, was man da hat und zittert und so, dann irgendwann ist es nicht mehr gegangen. (3:82)

Frau R. hat vor ihrem Aufenthalt Sport gemacht, um abzunehmen (3:7). Vor allem Ausdauersportarten wie Laufen und Rad fahren, dies jedoch sehr unregelmäßig (3:2): „Ja, immer wieder. Also nicht regelmäßig und gleich viel, also entweder ganz viel oder gar keinen (3:1)“ Sie beschreibt Phasen hoher Aktivität und Phasen in denen sie kaum etwas macht, wobei solche Phasen auch ein halbes Jahr dauern können (3:3, 3:4). In Phasen hoher Aktivität hat sie teilweise auch täglich Sport gemacht, während dem Klinikaufenthalt nichts, aber in der Zeit zwischen den Aufenthalten war sie wieder sehr aktiv (3:8, 3:9). Ähnlich verhält sie sich auch bei der Sporttherapie: „Sporttherapie habe ich auch schon

alles unterschiedlich gemacht, also entweder ich steigere mich voll hinein oder nicht, mal so mal so (3:26).“

Von der Sporttherapie her hat sie bereits durch ihre bisherigen Aufenthalte verschiedene Einheiten ausprobiert, zurzeit ist sie wöchentlich für das Nordic Walking und für Bewegung und Energie eingeteilt. Beim Nordic Walking verwendet sie am liebsten weder Stöcke noch Smoveys, welche zur Verfügung gestellt werden. Mittlerweile läuft sie selbst ihre Runden im Wald während die anderen mit den Zusatzgeräten gehen:

Bei einem Therapeuten haben wir auch gar nichts nehmen müssen. Ich bin dann öfters schon bei einem Therapeuten statt dem Walken gelaufen die Runde und da kann dann jeder so schnell gehen wie er will und zum Schluss treffen wir uns dann wieder zu einem Zeitpunkt und geht wieder zurück. Also es ist recht unspektakulär eigentlich. (3:23)

Obwohl sie das Walken als unspektakulär einstuft, gefällt es ihr: „Nein, das Walken finde ich eigentlich sehr cool, weil ich gehe sehr gerne (3:25)“ Sie beschreibt ihre Motivation und ihr Interesse für die Sporttherapie als sehr von der Stimmung und Tagesverfassung abhängig, je nach dem sind bestimmte Inhalte passender:

Ja, genau, also es gibt Tage da habe ich keine Lust auf gar nichts, da bin ich dann froh, wenn wir irgendein ganz gemütliches Yoga oder so etwas machen. An manchen Tag dann sitze ich auch, ich weiß nicht, fast eine Stunde auf dem Rad oder Crosstrainer oder so. (3:31)

Frau R. ist motiviert für die Sporttherapie, jedoch beschreibt sie weiterhin Phasen unterschiedlicher Motivation, wobei diese auch von anderen Faktoren wie zum Beispiel Duschmöglichkeiten abhängig ist:

...das hängt auch mit so organisatorischen Sachen zusammen, zum Beispiel, hier kann ich mich jetzt nicht so gut umziehen und duschen und das ist auf der anderen Station besser gegangen, dann hat es mir schon mehr Spaß gemacht, weil dann habe ich mir gedacht, jetzt schwitze ich einmal ordentlich (..) und das ist hier eher nicht so gut. (3:54)

Frau R. sieht das Therapiekonzept insgesamt als hilfreich, da sich ihr Zustand, die Konzentration sowie die Kontaktfreudigkeit verbessert haben (3:47, 3:49, 3:60). Die Sporttherapie leistet dabei nur einen gleichwertigen Beitrag innerhalb des

Therapiekonzeptes: „...kann ich so direkt aus der Sporttherapie nichts aufgreifen, was mir jetzt genau geholfen hat, zumindest nicht mehr wie bei den anderen Therapien (3:29).“

Die Wirkung der medikamentösen Behandlung beschreibt sie als positiv und nennt eine bessere Stimmung und einen besseren Schlaf (3:78, 3:79), jedoch fühlt sie sich auch nicht mehr so leistungsfähig (3:80). Sie beschreibt einen schlechten konditionellen Zustand, den sie ihrem jetzigen Medikament zuschreibt (3:36, 3:38). Sie weiß aus Erfahrung, dass sie besser wird, wenn sie trainiert, aber im Moment hält sie nicht sehr lange durch:

Ja, also insgesamt ist es so, dass ich, ich glaube, dass ist von den Medikamenten, nicht mehr eine so gute Ausdauer habe, weil sonst ist es so, wenn ich viel trainiert habe, dann habe ich auch nach einer Zeit wirklich mehr geschafft und jetzt gerade, also das ist nicht so gut, also ich gehe relativ schnell ein. (3:40)

Auch die fehlende zusätzliche Aktivität während dem Aufenthalt trägt zu einem schlechteren konditionellen Zustand bei, denn die Sporttherapie bewertet sie als wenig intensiv: „weil die Sporttherapien die sind nicht wirklich also für mich nicht wirklich anstrengend meistens. (3:42).“

Im Gegensatz zur Sporttherapie im Klinikum kann sie ihr optisches Ziel mit ihrer sportlichen Aktivität, die sie zu Hause macht, besser erreichen: „Naja, für das, dass man sportlicher aussieht schon (3:62).“ Sie sieht darin jedoch keinen Nutzen für die Genesung, da sie diese eher als Mittel zum Zweck ausübt: „Nein, das war nämlich für mich immer eher Zwang, also ich habe mich dann eher dazu gezwungen, freuen tut mich der Sport insgesamt nämlich eigentlich nicht so (3:63).“

Frau R. hat sich noch wenige Gedanken über die Zeit nach dem Aufenthalt gemacht, da ihr noch ein sechswöchiger Reha-Aufenthalt bevorsteht, jedoch spricht sie von der Möglichkeit ein Mittelmaß im Umfang ihrer sportlichen Aktivität zu finden: „Das weiß ich noch nicht, aber auf jeden Fall, also wenn, dann möchte ich ein Mittelmaß finden, dass ich mir vornehme ich mache das nur dreimal in der Woche, dreimal reicht und nicht dann sieben Mal (3:85).“

7.1.3.1. Schlussfolgerung

Frau. R. beschreibt Phasen in ihrem Leben, die hinsichtlich der Motivation und des Bewegungsausmaßes stark schwanken. Sie wirkt dem Sport gegenüber eher negativ

eingestellt zu sein, beschreibt ihn privat als Mittel zum Zweck, möchte aber trotzdem weiterhin aktiv sein. Dabei ist ihr ein Mittelmaß wichtig. Dahingehend konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass die Aufrechterhaltung einer regelmäßigen körperlichen Aktivität entscheidend für langfristige positive Effekt ist und auch einen präventiven Faktor in Bezug auf psychischer Erkrankungen darstellen kann (vgl. Broocks, 2012; Niederer et. al.; 2017; Ratey & Hagermann, 2009). Frau R. übte Sport bisher unregelmäßig aus, sie machte sehr viel Sport über eine gewisse Zeit, dann wieder gar keinen. Welcher Sport und wie er ihr hilft hängt von Faktoren wie ihrer Tagesverfassung ab. Einzig das Walken beziehungsweise Laufen scheint ihr konstant zu gefallen.

Entgegen der für eine entsprechende positive Wirkung empfohlenen Dauer, Umfang und Art der Bewegungsinterventionen bei psychischen Erkrankungen, kann Frau R. keine konkreten Verbesserungen allein auf die Sporttherapie zurückführen, obwohl sie bereits über Monate hinweg betreut wird und auch an der Sporttherapie teilnimmt (vgl. Hölter, 2011; Niederer et. al., 2017; Nyström et. al., 2015). Einerseits sind diese Empfehlungen zum Teil sehr widersprüchlich (vgl. Ledochowski et. al., 2017), andererseits weist Frau R. mehrmals darauf hin, dass die Sporttherapie für sie nicht anstrengend ist, was vermuten lässt, dass sie an der Wirksamkeit der Trainingstherapie zweifelt.

7.1.4. Herr W.

Herr W. ist Anfang Vierzig und aufgrund von depressiver Verstimmung und Burnout zur Zeit des Interviews seit drei Wochen in der Tagesklinik: „Also das ist, also wirklich klassisch, wie man sagt Burnout, total überarbeitet, gar kein Ausgleich mehr (10:15).“ Seine Hausärztin empfiehlt ihm bereits seit mehreren Jahren eine fachärztliche Behandlung und konnte ihn nun mit Widerwillen für eine entsprechende Behandlung bewegen, da Herr W. einsah, dass er sowohl psychisch als auch körperlich am Ende war. Denn er hatte extreme Angst und Panik davor, dass sein Körper versagen würde, auch sein Blutdruck war viel zu hoch (10:23). Einen stationären Aufenthalt lehnt er aus familiären Gründen ab, jedoch bekam er innerhalb einer Woche einen Platz in der Tagesklinik. Zu Beginn war sein Zustand sehr schlecht und er musste diesen auch erst akzeptieren:

..dass ich mal überhaupt hier her finde und irgendwie auch selbst mit sich selber die Akzeptanz hat, dass man einfach momentan an einem Punkt im Leben ist, wo die Batterien einfach einmal leer sind und wo man einfach sich neu orientieren muss. Was ist da verkehrt gelaufen und hat man sich da

hineintheatern lassen oder selbst hineintheatert? (10:21)

Herr W. war in seiner Jugend sehr fit und sportlich (10:2), was sich dann mit dem Beruf, der Familie und später mit der Erkrankung langsam verlor. Damals war er fast täglich Laufen und ging sehr oft in das Fitnessstudio, um im Kraft-Ausdauer Bereich zu trainieren (10:5). Er nahm auch an Laufevents teil, vor 15 Jahren begann er mit Aikido, was er auch als Trainer unterrichtete und noch am längsten weiterverfolgte (10:7, 10:11). Seine Motivation dahinter war besonders der stressregulierende Effekt, den er dem Laufen zuschreibt, aber auch eine gewisse optische Eitelkeit und eine bessere Fitness waren ihm wichtig:

Einfach weil ich gemerkt habe, dass gewisse Anspannungszustände einfach weggehen. Ich sage einmal, wenn du 10, 12 Kilometer in einem zügigen Tempo laufen kannst und das dann auch machst, also jetzt nicht spazieren gehen, sondern da wirklich reden wir schon am Schluss 14km/h Schnitt waren es ungefähr bei mir, das ist schon nicht mehr so langsam. Da bist du nachher einfach nicht mehr irgendwie überladen und überspannt, weil der Körper das einfach während dieser Langstreckenbelastung einfach abbaut. (10:9)

Er nimmt am Nordic Walking und an den Ballspielen teil. Er kann in der Therapie, die er als moderat beschreibt, an seine sportlichen Vorerfahrungen anknüpfen und entdeckt Sport für sich wieder, jedoch möchte er ihn mit weniger Druck und Zwang wie früher umsetzen:

Das ist ja generell bei mir in der Therapie ein großes Thema, im Gegensatz zu vielen Leuten lerne ich Dinge nicht neu im Rahmen der Tagesklinik, sondern ich lerne sie wieder und versuche sie teilweise vielleicht anders zu bewerten als vor 15 Jahren, mit weniger Leistungsdruck dahinter, sondern mehr auf mein eigenes Wohlbefinden achten. (10:26)

Er merkt, dass ihm der Sport sehr schnell sehr viel gibt, auch innere Ruhe, und in den diversen Bereichen gut für ihn ist (10:22). Er ist ausgeglichener und empfindet weniger Aggression und Frustration:

...und dann habe ich mir ja gedacht "Mein Gott, wenn du merkst, dass es für alle Bereiche nur förderlich ist, weil es dir vom Gemüt her, von der Stimmung her besser geht, es ist gut, wenn du mehr Ausdauer hast, eben für die Geschichte mit dem Blutdruck etc. (10:25)

Nachdem er sich gefragt hat, warum er mit dem ganzen Sport aufgehört hatte, obwohl er in vielerlei Hinsicht gut für ihn gewesen ist, hat er vor zwei Wochen zusätzlich zur Therapie wieder begonnen zu laufen, macht ein moderates Krafttraining und nutzt auch das Rad als Fortbewegungsmittel (10:17, 10:18, 10:19): „wie wenn der Körper sagen würde "Naja, endlich machen wir einmal wieder was.", so "Nein zum Glück, jetzt sind wir eh jahrelang vernachlässigt worden." Das war für mich eigentlich schon beim ersten Mal Laufen schon sehr positiv (10:59).“ Die Sporttherapie könnte für ihn etwas intensiver sein, da sein Leistungsniveau eher hoch ist, weshalb er zusätzlich nun auch einiges macht. Im Gegensatz zu früher, versucht er nun mehr auf ein entsprechendes Dehnprogramm zu achten.

Sport hat für Herrn W. wieder eine sehr große Bedeutung (10:27), er möchte darauf nicht mehr verzichten und beschreibt einen Tag wie dem Interviewtag, an dem er mit dem Rad zum Klinikum fährt, zwei Sporttherapien hat und danach zusätzlich noch ein Krafttraining machen kann als ideal, weil er sich wieder komplett fühlt: „Also, so ein Tag ist für mich dann eigentlich, da bin ich, da bin ich wieder Mensch (10:33).“ Die Sporttherapie ist für ihn wichtig, um seine Stimmung zu regulieren: „Also das ist eigentlich der Stellenwert in der Therapie momentan, dass sich meine Gemütszustände stabilisieren kann durch den Sport (10:35).“ Gerade durch das Laufen gelingt ihm das sehr gut, hier kann er an seine Erfahrung von früher anknüpfen:

Also ich kann in der Früh grantig und mürrisch und ich weiß nicht was reinkommen, wenn ich mich dann irgendwie bewegen kann und sobald dann der Puls und der Blutdruck auf ein passendes Level raufkommen, dann stabilisiert sich bei mir eigentlich relativ schnell die Stimmungslage, also bei mir funktioniert das relativ gut auch im Ausdauerbereich. Dieses sogenannte „running high“, das ich eben von früher kenne, mein Körper kennt das eben von früher, vom Marathontraining und was weiß ich alles und das bringe ich eigentlich relativ zügig zusammen. (10:36)

Sport, besonders das Laufen hilft ihm abzuschalten und von Grübeleien wegzukommen: „Er hilft einfach irgendwo zum Abschalten, für mich ist Sport einfach zum Abschalten also, wenn ich zum Grübeln anfangen und nachdenklich werde und was weiß ich was, dann hilft es einfach einmal eine Runde laufen gehen und dann ist die Welt eigentlich soweit wieder in meinem Kopf in Ordnung (10:71).“

Durch den Sport merkt Herr W. auch, dass gewisse Alltagsaufgaben leichter werden

(10:40, 10:42). Dabei sieht er auch einen wichtigen Ansatz für die Therapie:

Und da glaube ich, ist Sport im täglichen Leben für viele Leute so wie ich es auch hier drinnen sehe und was weiß ich, für viele Leute, glaube ich, durchaus ein wichtiger Ansatz, weil das sind durchaus Themen, wo ich sage, okay, man merkt man wird fitter, man hat mehr Energie und was weiß ich was, dann geht es einem automatisch, glaube ich, einfach besser. (10:42)

Herr W. berichtet von einer Verbesserung des Schlafes seitdem er wieder sportlich aktiv ist:

Es hat sich die Schlafqualität verbessert, also der Schlaf ist regelmäßiger geworden, er hat sich wieder eingependelt, das Aufstehen in der Früh wird leichter mit der Zeit, vor allem die Dauer bis man wirklich voll in Betrieb gehen kann, ja. Also das hat sich wieder, seit ich jetzt regelmäßig Sport mache, total stabilisiert. (10:44)

Herr W. leidet berufsbedingt bereits lange an Verspannungen im Schulterbereich, die nun in Kombination mit Sport und Bewegung weniger werden:

Also ich glaube, dass der Punkt dabei das ist, ich habe durch den Beruf massive Verspannungen im Schulterbereich, die habe ich jahrelang auf keine erdenkliche Weise auch nur irgendwie in den Griff bekommen und momentan merke ich, dass diese Kombination, auf der einen Seite, dass ich regelmäßige Massageeinheiten habe hier drinnen, auf der andere Seite aber auch durch viel Bewegung und viel Sport das Gewebe viel besser versorgt wird wieder, sind die eigentlich viel besser geworden, ja. (10:54)

Er berichtet ebenfalls von einer aufrechteren Haltung, mehr Spannung in der Muskulatur und über eine Gewichtsabnahme von 2 kg (10:57, 10:65, 10:67).

Zu Beginn seines Aufenthaltes war es für ihn schwierig sich auf seinen Körper zu verlassen, da er sehr viele Angstgefühle und Panik davor hatte, dass sein Körper versagen würde:

Aber auch organisch nichts gewesen ist und das war am Anfang ein großes Problem, dass diese Angst auch unterbewusst beim Thema Sport da war, ja. Also mehr oder weniger, so unterbewusst diese fehlgesteuerte Angst, dass ich mehr oder weniger gesagt habe "Nein, nein du kannst jetzt nicht. Wenn du jetzt

läufst, dann fällst du tot um." so auf die Art. (10:87)

Er konnte durch die Sporttherapie relativ schnell wieder vertrauen in seinen Körper gewinnen und die irrationale Angst abbauen, auch im Vergleich mit anderen Patientinnen und Patienten nimmt er sich als fitter war, wodurch er Selbstbewusstsein tanken kann (10:88, 10:94). Regelmäßiger Sport ist seiner Meinung nach förderlich für eine gewisse Selbstsicherheit, da man sich dann darauf verlassen kann, dass der Körper gewissen Anforderungen und Stresssituationen besser gewachsen ist:

Nein, also Sport ist für mich, da bin ich felsenfest davon überzeugt, dass Sport eine totale Selbstsicherheitsproduktionsmaschine ist, ja. Also Sport in jeder Form vermittelt immer ein Sicherheitsgefühl und wenn mir da irgendwer etwas anderes erzählen will, egal ob das jetzt im Rahmen einer Therapie ist oder was weiß ich was, die Leute lügen sich selbst an, ja. Also, wenn ein Körper, der Sport macht regelmäßig und im Training steht, ist im Prinzip wie eine gut gewartete Maschine. (10:80)

Auch anderen Menschen gegenüber ist er wieder viel offener (10:96). Im Gegensatz zu früher versucht er nun seinen eigenen Bedürfnissen mehr Raum zu geben und er entscheidet sich zum Beispiel für eine Sporteinheit anstatt dem Wunsch seiner Familie, noch länger am See zu bleiben, nachzugeben (10:98).

Mithilfe der Medikamente hat sich sein Blutdruck normalisiert und seine Konzentration hat sich etwas gebessert, jedoch klagt er über eine sehr niedrige Ruhepulsfrequenz (10:45, 10:70). Auch seine Ausgeglichenheit schreibt er unter anderem den Medikamenten zu (10:24)

Für die Zukunft hat er noch keine konkreten Pläne, jedoch denkt er über eine berufliche Veränderung nach, sodass er mehr Zeit für Familie und Sport in seinem Alltag hat(10:50): „Das möchte ich auf alle Fälle so planen, weil ich einfach momentan merke, dass mir das unglaublich viel hilft und das soll da dann weiterhin eigentlich ein laufender Bestandteil bleiben (10:110).“

7.1.4.1. Schlussfolgerung

Herr W. konnte durch die Sporttherapie an seine früheren Sporterfahrungen anknüpfen und hat wieder mit einem regelmäßigen Ausdauertraining begonnen. Sport hat nun wieder eine große Bedeutung für ihn, denn er kann durch das regelmäßige Laufen abschalten und sich

von negativen Gedanken ablenken. Außerdem kann er das „Runners High“, das er noch von seinem früheren Lauftraining kennt, wieder für eine positive Stimmungslage nutzen (vgl. Damm, 2007).

Herr W. litt unter organischen Ängsten und befürchtete, dass sein Körper jederzeit versagen könnte. In der Sporttherapie wurde ihm seine fehlgesteuerte Angst bewusst und er konnte wieder Vertrauen in seinen Körper aufbauen (vgl. Ratey & Hagerman, 2009). Gerade die Wirksamkeit von Ausdauertraining wurde in diesem Zusammenhang mehrfach bestätigt (Hautzinger & Wolf, 2012; Ratey & Hagerman, 2009). Durch die Erfahrungen normaler physiologischer Parameter während der körperlichen Belastung verminderte sich seine Angst. Er konnte, zum Beispiel, laufen und bemerkte, dass er dadurch nicht tot umfiel, sondern, dass sein Körper eigentlich sogar sehr leistungsfähig ist (vgl. Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Auch der Vergleich mit anderen Patientinnen und Patienten trug zu mehr Selbstsicherheit und Selbstvertrauen bei.

7.1.5. Frau S.

Frau S. ist ungefähr 40 Jahre alt und mit der Diagnose Depression und Angststörung gemischt aus Eigeninitiative seit Juni 2017 in der Tagesklinik. Sie verneint eine sportliche Vergangenheit, allerdings geht sie im Sommer sehr oft mit ihrem Sohn schwimmen, da sie gerne etwas mit ihm unternimmt (9:3).

Frau S. nimmt am Nordic Walking, den Ballspielen, Bewegung und Energie und der MTT teil (9:8, 9:11, 9:19). Sport hat für sie nun eine große Bedeutung, sie ist sehr wissbegierig und will zum Beispiel Übungen verstehen (9:61, 9:70), damit sie sie besser für sich nutzen kann: „Jetzt und sonst normalerweise kenn ich das nicht von mir (9:60).“ Vor allem aber hat sie auch Spaß daran: „Ich glaube ganz, ganz viel. Das Dranbleiben, dass Sport auch Spaß macht, man erkennt so viele Sachen, also ich erkenne so viele Sachen dadurch (9:23).“ Aufgrund eines Unfalles ist ihr Sprunggelenk sehr steif, jedoch merkt sie beim Walken, dass sie trotzdem relativ gut beweglich ist (9:21). Weiteres kann sie sich beim Nordic Walking gelassen auf die Übung konzentrieren, was ihr gut tut:

Ach und jetzt nehme ich es auch gelassener, ich möchte einfach, dass es mir Spaß macht, weil dann gelingt es mir auch voll gut, dann brauch ich über das gar nicht nachdenken und, wenn ich richtig atme, dann schießt nicht alles in den Kopf, so habe ich das Gefühl. (9:40)

Bewegung hilft ihr einen klareren Kopf zu bekommen: “Ja, auf jeden Fall und ich glaube

der Körper muss jetzt in Bewegung bleiben, weil mir kommt vor, wie wenn mein Hirn keine Luft bekommt (9:99).“ Sie erkennt viele Veränderungen an sich, fühlt sich frischer, energiegeladener, fröhlicher, hat sieben Kilogramm abgenommen und hat ein verändertes Körpergefühl (9:26, 9:33): „Ich habe ein ganz anderes Körpergefühl und ich merke, dass ich mir mehr zutraue, ja (9:27, 9:47, 9:54).“ Mittlerweile freut sie sich auf die Trainingseinheiten, wohingegen sie zu Beginn sehr gestresst gewesen ist (9:28). Weiters geht es Frau S. nach den Sporteinheiten besser: „Nach dem Sport fühle ich mich voll gut, glücklich (9:34).“ Sie nimmt ihren Körper und besonders die Muskeln bewusster wahr und geht auch aufrechter (9:37, 9:46): „Ja ich finde, ich gehe viel aufrechter und viel, es verändert sich, viel fester, einfach anders (9:35).“ Außerdem fühlt sie sich insgesamt beweglicher (9:48) und ihre Ängste kann sie langsam abbauen: Durch den Sport fühle ich mich einfach freier (9:58).“

In der letzten Zeit hat Frau S. ein großes Interesse und auch Motivation für die Sporttherapie entwickelt (9:30), sie hat mehr Selbstvertrauen und fühlt sich nach dem Sport gut: „Ja und gerade nach dem Sport habe ich so ein Gefühl, das pusht mich irgendwie oder da fühle ich mich so extrem gut (9:75).“ Auch in der Gruppe fühlt sie sich viel wohler und ist kontaktfreudiger geworden (9:76, 9:79): „Ja, total, ich bin total kontaktfreudig und irgendwie denke ich mir auch, ich möchte gern einen Mann kennenlernen und Familie und es wird auch mehr, dass ich mir das zutraue (9:80).“ Sie versucht sich selbst wichtiger zu nehmen, ihre Laune hat sich gebessert (9:81).

Sie braucht die Medikamente in der Früh, außerdem helfen sie ihr besser schlafen zu können (9:49, 9:89, 9:92).

Sie möchte nach dem Aufenthalt auf Reha fahren und auch in Zukunft Sport weiter machen, hat jedoch noch keine konkreten Pläne (9:85, 9:98, 9:99).

7.1.5.1. Schlussfolgerung

Frau S. weist keine sportliche Vergangenheit auf und ist sehr interessiert am Sportangebot im Klinikum. Die Sporttherapie verhilft ihr besonders zu einem veränderten Körpergefühl. Sie nimmt ihren Körper bewusst wahr, berichtet von einer veränderten Körperhaltung und eine positiv wahrgenommenen Gewichtsabnahme. Die Sporttherapie bietet die Möglichkeit der Erfahrung des eigenen Kompetenzerlebens durch das Erlernen neuer Dinge oder Bewegungen oder durch das Erreichen selbstgesteckter Ziele wie zum Beispiel eben eine Gewichtsabnahme (vgl. Asmundson et. al., 2013; Hautzinger & Wolf, 2012). Frau S.

berichtet außerdem von einem gestärkten Selbstbewusstsein. Sie ist in der Therapie neugierig und aufgeschlossen gegenüber den Inhalten, traut sich mehr zu und sieht auch einer möglichen Partnerschaft optimistisch entgegen. Mittlerweile geht sie mit einem entspannten Gefühl in die Therapie, da sie darauf vertraut, dass sie den Anforderungen gewachsen ist, woraus man schließen kann, dass sich ihre Selbstwirksamkeit und ihre affektive Befindlichkeit verbessert haben (vgl. Hautzinger & Wolf, 2012).

7.1.6. Frau B.

Frau B. ist Anfang Vierzig und aufgrund von rezidiven Depressionen seit ungefähr zwei Monaten in der Tagesklinik und wird in wenigen Tagen auf die Tagesstruktur wechseln, wo sie weitere acht Wochen bleiben wird. Für den Aufenthalt hat sie sich ihrem Mann zuliebe und auf ärztliche Empfehlung hin entschieden, wobei sie einen stationären Aufenthalt ablehnte. Während dem Aufenthalt wurde ihr dann ihr schlechter psychischer Zustand erst bewusst:

Ich wollte zuerst überhaupt nicht und habe es dann meinem Mann zuliebe gemacht und habe es dann erst in der Zeit, die ich da bin, gemerkt, wie weit, wie tief ich schon drinnen war. Mir war es zuerst gar nicht so bewusst ehrlich gesagt, aber mein Mann hat mich auch sehr gedrängt eigentlich. Ja, heute bin ich sehr dankbar. (12:83)

Frau B. hat vor ihrem Aufenthalt keinen Sport gemacht (12:1), jedoch hat sie fast 20 Jahre lang in einem landwirtschaftlichen Betrieb gearbeitet (12:3). Dabei stand sie viel auf den Füßen, hatte jedoch kaum Zeit für Sport (12:5). Danach war sie in psychologischer Betreuung, ließ sich scheiden und begann regelmäßig walken zu gehen (12:7, 12:8): „Da habe ich eine Runde gehabt, ja da bin ich so zwischen einer halben Stunde, Stunde gegangen nach der Arbeit dann (12:9).“ Wegen einer Ausbildung hörte sie damit auf (12:11). Das Walken machte sie vor allem, um den Kopf frei zu bekommen: „Genau, ja, ich glaube aus dem Ganzen ein bisschen raus und das hat den Kopf frei gemacht (12:12).“ Sport hat für sie einen hohen Stellenwert (12:13), allerdings kann sie sich durch ihre Erkrankung zurzeit nicht dazu motivieren etwas zu machen (12:14), was sie ändern möchte, da ihr das Walken damals sehr gut aus der Depression geholfen hat: „durch den vorigen Fall, dass es mir sehr gut getan hat und sehr viel beigetragen hat, dass ich aus der Depression wieder rausgekommen bin (12:15).“

Im Klinikum macht sie beim Nordic Walking, Bewegung und Energie, der MTT und seit

kurzem auch beim therapeutischen Boxen mit.

Besonders beim Boxen kann sie ihre Aggressionen, die sie sonst nicht zeigt, sondern unterdrückt, rauslassen (12:25): „und beim Boxen jetzt da kann ich es auch rauslassen, nein, das ist gut und man ist ausgeglichener, ja (12:58).“ Das Nordic Walking weckt ihr Interesse und motiviert sie dementsprechend über eine regelmäßige Bewegung nachzudenken: „Eben durch das Walken bin ich auch motivierter geworden eben, dass ich das selbst wieder, dass ich das spüre, dass es mir gut tut, dass ich das wieder machen möchte, weil das bei mir auch wieder eingeschlafen ist.“ (12:28)

Durch das Krafttraining sind ihre Rückenschmerzen weniger geworden, sie beschreibt muskuläre Veränderungen im Sinne einer aufrechteren Haltung, was sie auch dem Nordic Walking zuschreibt: „Ich glaube, dass auch die Schmerzen weniger geworden sind, also im Lenden-Kreuzbereich kann man gewisse Bewegungen leichter machen und beim Sport, das macht einfach mehr Spaß (12:52).“

Insgesamt ist sie motivierter für die Sporttherapie und entspannter (12:27, 12:34, 12:54), sie beschreibt es als gutes Gefühl, sich für eine Einheit zu überwinden und freut sich darauf (12:31): „Gut und dann, ja ich fühle mich einfach gut und bin zufrieden, weil ich es wieder geschafft habe (12:30).“ Auch ihre Ausdauer hat sich verbessert, sie empfindet es als weniger mühsam und bewertet Ausdauer im Zusammenhang mit Depressionen als bedeutungsvoll: „Es hat sich die Ausdauer, das hat sich gesteigert, ich merke, dass es leichter geht, ja (12:35).“ Auch die Gruppe ist für sie ein wichtiger Faktor in Bezug auf die Motivation, da man sich gegenseitig motivieren kann, sie ist mittlerweile auch kontaktfreudiger geworden (12:60, 12:61): „Ja ich glaube, dass man auch die anderen ein bisschen motivieren kann dazu, auch in der Gruppe, ja und dass man sich auch austauschen kann, wie ist es dir am Anfang gegangen und, dass man das auch steigern kann (12:59).“ Ihre eigenen Bedürfnisse zu äußern fällt ihr auch in der Sporttherapie schwer, da sie diese grundsätzlich hinten anstellt (12:62), sie stimmt eher der Gruppe bei Entscheidungen zu (12:65, 12:69): „Ich arbeite daran, dass ich meine Bedürfnisse, dass ich versuche das eine oder andere zu äußern, was mir sehr schwer fällt, aber ab und zu gelingt es mir (12:64).“

Um durch den Sport auch einen entsprechenden Effekt auf die Gemütsfassung und Stimmung zu erzielen, würde sie sich tägliche Sporeinheiten wünschen: „Es ist so, es braucht eine Zeit bis man da wirklich rauskommt und da bräuchte es auch ehrlich gesagt auch mehr vielleicht Einheiten, dass man es wirklich täglich macht (12:46).“

Die Medikamente haben bei ihr lange gebraucht, um ihre Wirkung zu entfalten, nun nennt sie weniger Gedankenkreisen, einen besseren Schlaf und mehr Antrieb als positive Wirkungen, jedoch hat sie dadurch auch zugenommen (12:42, 12:77)

Frau B. hat sich für die Zukunft vorgenommen wieder Walken zu gehen (12:85), das möchte sie in die Tat umsetzen: „Nein, hier spazieren gehen, aber ich möchte das wieder anfangen, wenn ich wieder mehr Energie habe, genau (12:26).“

7.1.6.1. Schlussfolgerung

Frau B. ging in der Vergangenheit bereits regelmäßig Walken, was sie als sehr positiv wahrnahm und ihr auch aus einer depressiven Phase herausgeholfen hatte. Dann hatte sie jedoch keine Zeit mehr dafür. Die positiven Effekte von Ausdauerbelastungen sind vielfach erforscht und zeigen unabhängig von der Art und Intensität der Ausdauerbelastung positive Effekte (vgl. Nyström et. al., 2015). Durch die Nordic Walking Einheiten kann sie an den positiven Effekten wieder anknüpfen und hofft darauf, dass sie es in Zukunft wieder regelmäßig in ihren Alltag einbauen kann, wozu ihr bisher die so wichtige Motivation fehlt (vgl. Badenhop, 2017; Broocks, 2012). Die langfristige Umsetzung einer regelmäßigen sportliche Aktivität, wie das Walken als aerobe Belastung, kann ihr dabei helfen, weitere Episoden zu vermeiden (vgl. Damm, 2007, Schwerdtfeger, 2012).

Frau B. beschreibt es als ein positives Gefühl der Zufriedenheit, wenn sie sich für eine Einheit überwunden und diese geschafft hat. Solche Erfolgserlebnisse sind wichtig für die Entwicklung eines stärkeren Kontrollgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Asmundson et. al., 2013).

7.1.7. Frau C.

Frau C. ist ungefähr 30 Jahre alt, Raucherin und aufgrund der Diagnose rezidive Depressionen und Alkoholmissbrauch in Behandlung. Zuerst war sie drei Wochen stationär in der Allgemeinpsychiatrie, dann machte sie drei Wochen lang einen Entzug und nun zum Zeitpunkt des Interviews ist sie die vierte Woche in der Tagesstruktur, worauf noch weitere vier Wochen folgen werden. Frau C. hat sich nach dem Suizid ihres Lebensgefährten selbst eingewiesen: „und ja mir ist dann einfach alles über den Kopf gewachsen (5:80).“ Es ist ihr erster Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, sie besucht die Tagesstruktur an zwei Tagen pro Woche.

Frau C. geht seit ihrer Kindheit gerne Skaten und seit kürzerem auch Radfahren (5:1, 5:3).

Sie nutzt das Rad auch als Fortbewegungsmittel, da sie zurzeit keinen Führerschein hat: „An den Therapietagen zweimal eine dreiviertel Stunde mit dem Rad und Skaten eben gehe ich ungefähr eine Stunde am Fluss entlang, so eine Stunde ungefähr, aber auch unregelmäßig (5:6).“ Mittlerweile macht ihr das Rad fahren sogar Spaß (5:62), da sie es mit sozialen Aspekten verknüpfen kann: „Genau oder einmal stehen bleiben beim Wirt und ich setze mich alleine rein und denke mir nichts dabei, ja das wird auch mehr (5:63).“

Bewegung verbessert ihre Stimmung und ist für sie auch eine Möglichkeit abzunehmen, da sie durch die Medikamente zugenommen hat (5:9, 5:10): „ja und das Rad fahren oder überhaupt jetzt mehr Bewegung, merke ich einfach, dass mir das gut tut (5:8).“ Auch die Motivation für Bewegung kommt durch die Therapie langsam zurück (5:73). Es fällt ihr leichter und kostet sie weniger Überwindung: „Ja, kann man schon sagen, ich bin früher einmal in ein Fitnessstudio gegangen, aber jetzt lange Zeit nicht, das kommt jetzt wieder mehr zurück, durch die Therapien auch (5:12).“ Frau C. sieht Sport mittlerweile als sinnvollen Zeitvertreib, der ihr Spaß macht (5:64).

In der Sporttherapie macht sie wöchentlich die MTT im Kraftraum, wo sie gerne das Laufband und den Crosstrainer nutzt, Nordic Walking und Leibtherapie.

Frau C. schätzt beim Nordic Walking Bewegung draußen an der frischen Luft, dadurch verbessert sich ihre Stimmung: „Ja einfach die Bewegung an der frischen Luft oder gerade, wenn das Wetter schön ist, dann ist es schon für die Stimmung gut (5:25).“ Auch das Gemeinsame in der Gruppe ist ihr wichtig (5:26). Beim Krafttraining versucht sie ihre eigenen Grenzen auszutesten (5:28): „Oder ja genau die Zielsetzung, letztes Mal habe ich eine halbe Stunde auf dem Crosstrainer gemacht, heute möchte ich 35 Minuten schaffen oder so einfach dann, sich selbst auch ein bisschen fordern (5:29).“ Weiters versucht sie in diesen Einheiten gezielt auf ihre Atmung zu achten (5:37).

In der Leibtherapie kann Frau C. ihren Körper bewusst wahrnehmen (5:46), was ihr ein Bewusstsein für ihren Körper vermittelt: „Ja, dass Waden, dass Muskeln in den Waden da sind, das weiß man, aber wieder einmal bewusst anspannen und wieder loslassen, ja das Körperbewusstsein kommt auch wieder mehr zurück (5:47).“

Insgesamt kann sich Frau C. nun leichter überwinden sowohl für den Sport als auch in anderen Bereichen hat sie mehr Selbstvertrauen (5:30, 5:31), sie freut sich auf die Sporteinheiten: „Kostet mich auf jeden Fall weniger Überwindung, dass ich etwas mache. Auch in anderen Bereichen oder Sachen, ich traue mich wieder an mehr heran (5:30).“

Weiters lässt sie sich auf mehr ein in Bezug auf Sport, aber auch im Zwischenmenschlichen (5:45). Sie kennt die Gruppe der Sporteinheiten besser, spricht weiterhin keinen von selbst an, lässt sich aber eher auf Gespräche ein (5:53, 5:60).

Frau C. fährt seit vier Wochen mit dem Rad zweimal wöchentlich zum Klinikum und retour und berichtet über ein schnelleres Fahrtempo, eine bessere Ausdauer und über straffere Oberschenkel (5:34, 5:35, 5:49).

Frau C. fühlt sich an den sportreichen Therapietagen körperlich ausgelastet und angenehm müde, sodass sie gut ausgepowert ist (5:40, 5:42):

Wenn man den ganzen Tag nur herumsitzt, ja es fordert auch aber körperlich wenig. Das ist dann schon mehr, gerade am Donnerstag habe ich nur Sport eigentlich, ja da merke ich es dann schon, da bin ich dann richtig gut müde. (5:41)

Insgesamt hat sich durch den Aufenthalt ihre Stimmung stabilisiert, sodass sie nicht mehr so aufbrausend, sondern ausgeglichener ist: „Ich habe ziemliche Stimmungsschwankungen gehabt, es wird (.) es wird besser. Ich fühle mich als Ganzes einfach gelassener (5:43).“ Dies kann durchaus auch an den Medikamenten liegen mit denen sie zufrieden ist, welche aber appetitanregend sind, wodurch Frau C. 10 kg zugenommen hat (5:72). Sie sieht dies als Motivation für den Sport.

Da ihr die MTT sehr gut gefällt (5:84), hat sie sich nun ein Fitnessstudio exklusiv für Frauen gesucht, um das auch privat fortsetzen zu können: „Mhm, genau und da könnte ich mir auch gut vorstellen, dass ich so etwas in diese Richtung weiter mache. Ja, eben auch im Winter brauche ich auch irgendein Ventil oder eine Möglichkeit (5:86).“

7.1.7.1. Schlussfolgerung

Frau C. hat durch den Aufenthalt ihr Sportpensum besonders im Ausdauerbereich erhöht und profitiert auf verschiedenen Ebenen von den damit verbundenen positiven Effekten. Wie Ratey und Hagermann (2009) beschreiben, kann auch Frau C. durch die sportliche Aktivität positive Wirkungen im Bereich der Impulskontrolle und Stressregulierung berichten. Auch das Erreichen selbstdefinierter Ziele in Bezug auf das Tempo beim Radfahren für eine bestimmte Strecke oder in Bezug auf die Trainingszeit an den Geräten bei der MTT können zu mehr Selbstvertrauen und Kompetenzerleben, welche Frau C. beschreibt, beitragen (vgl. Hautzinger & Wolf, 2012). Ausdauersport scheint sie

anzusprechen, da sie bereits seit ihrer Kindheit gerne und regelmäßig Skaten geht. Neben der Reduktion der depressiven Symptomatik scheinen für sie besonders die Möglichkeit für soziale Kontakte und eine gewichtsregulierende Funktion an der sportlichen Aktivität von Bedeutung zu sein, was besonders für eine langfristige Beibehaltung der sportlichen Aktivität entscheidend sein kann (vgl. Hautzinger & Wolf, 2012). Dies könnten auch die Gründe sein, warum sie sich in einem Fitnessstudio angemeldet hat.

7.1.8. Herr D.

Herr D. ist Anfang Sechzig und ist aufgrund von rezidiven Depressionen und einer posttraumatischen Belastungsstörung im Klinikum. Depressionen wurden bei ihm zuerst mit 18 Jahren diagnostiziert, er hatte bereits mehrere Schicksalsschläge wie einen Autounfall, eine Scheidung und die Diagnose Tumor zu verkraften (4:29, 4:48, 4:80). Jedes Mal war die Episode schlimmer und länger: „Ja, mit der Krankheit, also mit dem Krankheitsausbruch, das war das Schlimmste, vor fünf Jahren, das war mit Panikattacken und man bekommt Angstzustände, Selbstmordgedanken, (4:9).“ Er war zwar ambulant in Behandlung, jedoch hat er ein stark von Vorurteilen besetztes Bild einer psychiatrischen Klinik, weshalb er einen Aufenthalt lange abgelehnt hat. Im Oktober 2016 war sein Zustand so schlecht, dass er drei Wochen stationär im Klinikum und anschließend zwei Monate in der Tagesstruktur gewesen ist. Aufgrund von familiären Problemen folgte kurze Zeit später dann der zweite stationäre Aufenthalt und nun ist er wieder an zwei Tagen pro Woche in der Tagesstruktur.

Herr D. spielte in seiner Jugend aktiv im Verein Fußball und war auch bei Meisterschaften aktiv, da dieser Sport sehr populär gewesen ist (4:1, 4:3, 4:16). Weiters ging er reiten und musste täglich acht Kilometer teilweise bergauf zu Fuß zur Schule gehen, da er am Land aufgewachsen ist, seit 25 Jahren lebt er in Österreich (4:14, 4:53). Es liegt in seiner Mentalität kommunikativ und offen gegenüber anderen Menschen zu sein, wo er in Österreich jedoch andere Erfahrungen gemacht hat, dies belastet ihn (4:56):

Abstand, ja und natürlich ist das für meine Seele, du kommst immer wieder, wie soll ich sagen, wie eine Schnecke aus dem Haus, also du brauchst unheimlich viel Zeit, also für mich ist es zum Beispiel auch wichtig, ich spüre das, wenn ich alte Freunde treffe, das ist besser, es kommt irgendwann, ich beginne erst unten zu lachen, also ich habe jahrelang nicht gelacht, ich kann künstlich lachen aber nicht aus der Seele, das ist natürlich tödlich für die Seele

und du darfst das nicht, du darfst dort nichts sagen. (4:63).

Als sein Zustand wieder schlechter wurde, hat er begonnen täglich fünf bis sechs Kilometer spazieren zu gehen, auch Runden bis 30km (4:10, 4:12, 4:16): „Vielleicht durch meinen Körper und durch meinen Willen, ich weiß selbst nicht woher das kommt, Bewegung, ich wollte mich wieder bewegen, ich will wieder zurück (4:31).“ Bei den Spaziergängen kann er die Ruhe und Natur für sich nutzen, um im Kopf freier von negativen Gedanken zu werden und er kann auch etwas besser schlafen:

Mein größter Teil des Weges ist durch den Wald, also das ist doch schon beruhigend und manchmal hörst du nur Insekten, Insekten also so, wahrscheinlich tausende, Millionen vielleicht in der Früh und das ist schon perfekt, also du bist alleine im dem Wald, manchmal brauche ich das auch also das ist schon etwas. (4:15)

Tägliche Bewegung ist für ihn sehr wichtig, auch die Sporttherapie macht er gerne und es ist für ihn wichtig (4:19, 4:24, 4:26), dass auch bei der Therapie Sport dabei ist, da es eine gute Ablenkung ist (4:50): “Dann vergisst man manchmal die Gedanken, die durch den Kopf kommen, in meinem Fall muss ich ehrlich sagen, ist das schon gut (4:27).“

Herr D. nimmt an den Ballspielen, der MTT und dem Nordic Walking teil. Ihm macht die Bewegung in der Gruppe Spaß und er ist gerne aktiv, da er nicht lange sitzen kann ohne, dass er Ängste entwickelt (4:33, 4:34). Für ihn ist dementsprechend Sport in der Therapie sinnvoll (4:28, 4:35): “Ja für mich selber, aber für mich persönlich war der Sport die Nummer Eins, das ist in meinem Fall die beste Methode (4:41).“ Außerdem ist für ihn das Reden wichtig und eine Beschäftigung, um von den Gedanken abgelenkt zu sein. Beruflich war er jahrzehntelang Maler, was ihm eine gewisse Ruhe gegeben hat: „Ich habe das 25 Jahre lang gemacht und ich will es in Ruhe machen und natürlich mit den Gedanken kommst du langsam zu dir selber, also in meinem Fall (4:92).“

Herr D. ist der Meinung, dass man sich nicht allein auf Medikamente verlassen sollte und man selbst etwas tun muss, um seinen Zustand zu verbessern (4:45):

In der letzten Zeit sage ich zu mir selbst, man muss selber etwas, ist leichter zu sagen, man muss selbst etwas organisieren sonst Medikamente alleine sind manchmal zu wenig, also du bist manchmal müde und ohne Konzentration und du brauchst nur das Finstere und Bett und so etwas. (4:30)

Herr D. überlegt ob er vielleicht über den Winter eine Gruppe zum Fußballspielen finden kann, da ihm der Kollektivsport gefällt (4:68). Er wird weiterhin spazieren gehen, da ihm das gut tut und es wichtig für ihn ist beschäftigt zu sein (4:88, 4:97).

7.1.8.1. Schlussfolgerung

Herr D. legt besonders Wert darauf, immer beschäftigt zu sein, um sich von negativen Gedanken abzulenken. Bereits als Kind musste er in seinem Heimatland den Schulweg von mehreren Kilometern zu Fuß zurücklegen. Später half ihm regelmäßiges Spaziergehen gegen seine psychischen Erkrankungen. Er spricht davon, dass er sich freier fühlt und auch positive Gedanken aus der Kindheit während dem Spazieren auftauchen (vgl. Asmundson et. al., 2015). Möglicherweise verbindet er mit dem Gehen positive Erinnerungen an seine Heimat und Kindheit, weshalb es ihm nun hilft sich von negativen Gedanken abzulenken. Der Sporttherapie schreibt er eine große Bedeutung zu, besonders aufgrund der ebenfalls ablenkenden Wirkung. Dies kann durch sportartspezifische Überlegungen und auch auf biologischer Ebene begründet werden und stimmt mit den Ergebnissen verschiedener Studien überein (Hautzinger & Wolf, 2012, Ledochowski et. al., 2017).

7.1.9. Herr P.

Herr P. ist Mitte Fünzig und aufgrund von rezidiven Depressionen seit zehn Wochen im Klinikum, er ist zweimal wöchentlich in der Tagesstruktur. Dies ist sein zweiter Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Für den Aufenthalt hat er sich unter anderem seiner Frau zu Liebe entschieden.

Herr P. war in seiner Jugend aktiv im Fitnessstudio und betrieb Krafttraining mit einem gewissen Leistungsgedanken, was mit beruflichen Auslandsaufenthalten und der Familie dann weniger wurde (7:1, 7:5). Mit der Familie ging er regelmäßig schwimmen, Rad fahren und wandern (7:2, 7:6). Als die Kinder groß waren, hatte er mit seiner ersten Frau noch einmal im Fitnessstudio begonnen, wobei er dann vorwiegend Ausdauer trainierte, um seine Fitness zu steigern (7:10). Mit der Scheidung hörte er auch damit auf, allerdings ging er noch walken und wandern. Mit der Erkrankung hatte er auch dafür keinen Antrieb mehr (7:13, 7:14).

Er ist zur Ballspielen, Leibtherapie und zum Nordic Walking eingeteilt. Herr P. hat sich bewusst zu viel Sporttherapie einteilen lassen, ihm gefällt gerade die Bewegung in der Gruppe, da er sich alleine nicht motivieren kann etwas zu machen (7:17, 7:18, 7:32):

Gut gefällt mir auf jeden Fall einmal in der Gruppe, Gruppe ist etwas ganz Wichtiges, weil einen das mitreißt und ja alleine mache ich, kann ich den inneren Schweinehund nicht so leicht besiegen, als wie in der Gruppe, das gefällt mir besonders gut muss ich sagen. (7:30)

Er hat Spaß an gemeinsamen Spielen in einer heterogenen Gruppe, genießt es auch mit den jüngeren Patienten gemeinsam und bringt sich in die Gruppe ein, wohingegen er sich zu Beginn eher abgekapselt hat. In der Gruppe fühlt er sich in seiner Leistungsfähigkeit bestätigt, was ihm ein gewisses Selbstbewusstsein gibt (7:30, 7:43, 7:53, 7:55).

Sport hat für ihn eine große Bedeutung (7:21), denn er fühlt sich nach dem Sport freier, er tut ihm gut (7:35, 7:40, 7:51):

Ja, Bewegung ist Leben, das ist für mich einfach so und ich weiß, dass es mir gut tut und ich fühle mich voll frei nach dem Sport. Ich kann abschalten durch den Sport, es hat für mich eine große Bedeutung. (7:19)

Es ist ihm ein wichtiges Anliegen wieder die Motivation zu finden auch zu Hause selbst aktiv zu werden, da er weiß wie gut ihm der Sport tut (7:34, 7:37):

In der Genesung ja, ich denke schon, wenn ich es schaffe auch daheim wieder Sport regelmäßig zu machen, dass mir das schon sehr viel hilft in der Depression, weil es mich einfach, ich kann komplett abschalten und momentan in dieser Zeit habe ich keine Belastung. (7:33)

Er kann durch den Sport die schweren Gedanken leichter nehmen: „...dass mich eigentlich dann auch die schweren Gedanken nicht so runterziehen können, also die nehme ich dann leichter einfach, es fällt mir leichter damit umzugehen (7:51).“ Der Sport gibt ihm wieder mehr Energie und entspannt ihn, er fühlt sich lebendiger (7:45, 7:50):

Ich bin eher entspannter und ja mir geht es gut, ich bekomme mehr Energie durch den Sport, weil sonst bin ich irgendwie so von Haus aus unten, der Sport baut mich auf. Ich komme rein in der Früh und bin eigentlich (.) und nach dem Sport habe ich wieder Energie. (7:44)

Herr P. ist motiviert für die Therapie, freut sich darauf und macht auch immer zu 100% mit. Seine medikamentöse Behandlung bewertet er als schwierig, die Medikamente sind noch nicht passend eingestellt, besonders was die Stimmung und den Schlaf betrifft. Die Dosis wurde aber bereits erhöht.

Für die Zukunft ist es ihm wichtig selbst wieder aktiv zu werden. Er denkt daran mit seiner Frau gemeinsam etwas zu machen. Er erhofft sich durch die Sporttherapie den nötigen Impuls, um die Motivation zu finden auch zu Hause wieder sportlich aktiv sein zu können und denkt an gemeinsames Walken und Laufen (7:38, 7:63, 7:81). Nun unterbricht er die Therapie wegen eines Urlaubs in den Bergen, bevor er noch zwei Wochen im Klinikum sein wird:

Ja, ich glaube, dass für mich selbst auch, nicht mehr viel fehlt, dass ich es auch daheim wieder mache. Das ist schon etwas, wo ich sage, ich bin wirklich knapp dran, dass ich das umsetzen kann, was ich mir vornehme. Es fehlt nicht viel, es geht wirklich nur mehr um einen kleinen Impuls und ich fange auch daheim wieder an mit dem Sport. Das wird ich denke mal in der nächsten Zeit passieren und wir fahren jetzt dann am dritten nach Südtirol, auch wandern, Bergwandern, ein wenig auf die Almen gehen und so und das kann dann mit ein Auslöser sein, dass man daheim wieder mehr unternimmt, in die Natur raus geht, den Berg rauf und sich nicht zurückzieht und ich glaube, wenn ich das geschafft habe, dann wird auch der Sport wieder ein großes Thema werden. (7:63)

7.1.9.1. Schlussfolgerung

Herr P. war die meiste Zeit in seinem Leben sportlich sehr aktiv und hörte mit der Erkrankung dann komplett damit auf, da er sich nicht mehr motivieren konnte. Auch jetzt ist Motivation ein großes Thema und er merkt, dass ihm das Gruppensetting gut tut, in eher motiviert und er hier sein Selbstvertrauen stärken kann. Im Gegensatz zum leistungsorientierten Sport, den er alleine ausübte, scheint nun gerade das Spielerische und Gemeinsame für ihn an Bedeutung zu gewinnen. Das Spiel fördert spontanes und flexibles Handeln und ermöglicht positive Erfahrungen zur Behandlung der kognitiven Verzerrung, unter der Patientinnen und Patienten mit Depressionen leiden (vgl. Weigelt et. al., 2012). Mit Abschalten-Können und Frei-Sein beschreibt Herr P. Effekte, die sich auch die Transiente Hypofrontalitätstheorie zu Nutzen macht, nach der während sportlicher Aktivität eine Umverteilung der versorgten Areale stattfindet, sodass negative Zustände vorübergehend reduziert werden können (vgl. Ledochowski et. al., 2017). Die Sporttherapie dient ihm als Impuls, um die fehlende Motivation wieder zu gewinnen, denn Herr P. ist davon überzeugt, dass ihm regelmäßiger Sport gut tut und er hat auch den Willen nach dem Aufenthalt wieder selbst zu Hause etwas zu machen. Die Überzeugung

oder das Wissen über die Effektivität alleine reicht jedoch oft nicht aus und es bedarf weiteren Maßnahmen zur Unterstützung (vgl. Badenhop, 2017; Ledochowski et. al., 2017).

7.1.10. Herr F.

Herr F. ist Ende Dreißig und aufgrund der Diagnose rezidive Depression im Klinikum. Dies ist sein dritter Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik für den er sich aus Eigenmotivation entschieden hat. Er war zwei Wochen stationär aufgenommen, ist nun seit vier Wochen auf der Tagesstruktur und wird noch weitere vier Wochen da sein.

Herr F. war in seiner Jugend sportlich täglich aktiv, er hat leistungsmäßig Tennis gespielt, auch Fußball, Schifahren und Wandern lassen sich zu seinen früheren sportlichen Aktivitäten zählen (8:1, 8:8). Mit Mitte 20 verringerte sich das dann aufgrund von Beziehung und Beruf (8:3). Damals empfand er den Sport als sehr entspannend, auch aufgrund seines ADHS braucht er sehr viel Anspannung, um sich dann entspannen zu können: „Ich brauche einfach sehr viel bis ich mich entspannen kann. Ich brauch zuerst einmal sehr viel Anspannung, bevor ich mich entspannen kann. Ja, das hat mir früher immer sehr gut getan (8:5).“ Mit der Erkrankung wurde der Sport noch weniger, da er die Sozialkontakte nicht mehr aufrechterhalten konnte. Er spielt Fußball und Tischtennis im Verein und in einer privaten Gruppe (8:7, 8:9).

Grundsätzlich hat Sport für ihn eine große Bedeutung, zurzeit macht er nichts zusätzlich zur Therapie (8:10). Im Klinikum nimmt er an den Ballspielen teil, es macht ihm Spaß in der Gruppe aktiv zu sein: „Ich komme ins Tun, ins Schwitzen und es entspannt mich, also ich fühle mich nachher einfach besser. Es macht einfach Spaß mit den anderen Leuten etwas zu machen (8:15, 8:21).“ Durch das gemeinsame Spielen wird er wieder offener anderen Menschen gegenüber (8:17).

Herr F. merkt durch die Therapie, dass ihm der Sport gut tun, weshalb er motivierter ist auch selbst wieder etwas zu machen: „Ja, schon, also ich habe mir wieder vorgenommen, dass ich mehr mache. Durch das Sportmachen hier drinnen jetzt merke ich auch, dass es mir gut tut (8:24).“ Insgesamt weiß er aber, dass er einen höheren Belastungsumfang benötigt, um vom Sport profitieren zu können: „Ja Kondition wird besser, es entspannt mich sehr, aber da brauche ich einfach schon sehr viel Sport. Da reicht eine Stunde in der Woche nicht aus (8:25).“ Nach seinem Aufenthalt möchte er wieder Fußball- und Tischtennispielen (8:40, 8:42).

7.1.10.1. Schlussfolgerung

Herr F. hatte aufgrund seines ADHS den Sport in seiner Jugend genutzt, um Energie abzubauen und dadurch zu entspannen, so kann Sport zum Stressabbau genutzt werden (vgl. Damm, 2007). Auch jetzt im Klinikum merkt er, dass es für ihn auch in der Sport- und Trainingstherapie sehr viel mehr an Belastung und Umfang bräuchte, damit er selbst dementsprechend davon profitieren kann. Dem individuellen Aspekt und der jeweiligen Krankengeschichte sollte also Aufmerksamkeit geschenkt und darauf entsprechend eingegangen werden, wie auch bereits Autoren angemerkt haben (vgl. Hautzinger & Wolf, 2012; Niederer et. al., 2017). Er ist deshalb auch motiviert in Zukunft wieder aktiv Fußball und Tischtennis zu spielen, was er aufgrund der Erkrankung zuletzt nicht mehr konnte. Es ist bekannt, dass eine regelmäßig ausgeübte sportliche Aktivität langfristig positive Effekte bewirken kann und auch einen protektiven Faktor gegen psychische Erkrankungen darstellen kann (vgl. Ratey & Hagermann, 2009; Schwerdtfeger, 2012).

7.2. Zusammenfassende Auswertung

Das Alter der fünf Patientinnen und fünf Patienten liegt zwischen 30 und 63 Jahren, mit Ausnahme einer Patientin im Alter von 20 Jahren. Die meisten (8) weisen die Diagnose Depression auf, davon fünf eine rezidivierende Depression und einer im Sinne eines Burnouts. Mehrere Patientinnen und Patienten (4) geben zusätzlich die Diagnose Alkoholmissbrauch, PTBS, Anpassungsstörung oder ADHS (Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätssyndrom) an. Zwei geben die Diagnose Angst und Depression gemischt an.

Für wenige (3) ist es der erste Aufenthalt, während es für fünf Patientinnen und Patienten der zweite Aufenthalt und für zwei der dritte Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ist. Sechs Patientinnen und Patienten haben sich aus Eigenmotivation für den Aufenthalt entschieden, wobei mehrere einen stationären Aufenthalt zugunsten der Tagesstruktur oder –klinik ablehnten. Die anderen vier entschieden sich entweder gemeinsam mit Fachleuten wie einer Ärztin und einem Arzt oder einer Therapeutin und einem Therapeuten beziehungsweise auf Wunsch der Lebensgefährtin oder des Lebensgefährten für den Aufenthalt. Die schlechte körperliche und psychische Verfassung zu Beginn des Aufenthaltes ist besonders durch mangelnden Antrieb (6), sozialem Rückzug (8), Angst (3), Gereiztheit (3) und schlechtem Schlaf (3) gekennzeichnet.

In den Interviews wurden jeweils eine Patientin und ein Patient befragt, die zur Zeit des

Interviews stationär im Klinikum waren, weitere vier aus der Tagesklinik und die restlichen sechs von der Tagesstruktur. Davon waren auch einige (4) direkt zuvor stationär im Kepler Klinikum. Die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten schwankt zwischen 2,5 Wochen und mehreren Monaten Gesamtaufenthalt auf verschiedenen Stationen. Für die meisten (5) ist ein Aufenthalt von acht Wochen auf der Tagesstruktur und –klinik geplant, die stationären Aufenthalte sind deutlich kürzer. Die Dauer des Aufenthaltes wird jedoch individuell angepasst, sodass ein Patient zum Beispiel bereits nach 2,5 Wochen nach Hause gehen konnte, während eine andere Patientin nach mehreren Monaten noch einige Wochen Aufenthalt vor sich hatte.

7.2.1. Sportlicher Werdegang

Fast alle Patientinnen und Patienten (8) berichten über eine sportliche Vergangenheit oder über eine zurückliegende regelmäßige Bewegung. Die meisten (6) gingen Ausdauersportarten wie Laufen, Rad fahren, Schwimmen, Walken beziehungsweise Spazieren gehen und Wandern oder Inline Skaten nach. Zwei Patienten spielten Fußball, drei gaben an, regelmäßig in ein Fitnessstudio gegangen zu sein. Weiters wurden noch Tischtennis und Judo erwähnt. Für die Sportausübungen werden verschiedene Gründe genannt: Ablenkung beziehungsweise den Kopf freibekommen (2), Stressregulierung (2), Leistungsgedanke (3), aber auch Transportmittel (2) oder eine erhoffte Gewichtsabnahme. Einige (5) berichten davon, dass sie es während der Erkrankung immer weniger bis gar nicht mehr schafften etwas zu machen und mit der Bewegung und dem Sport aufhörten, nur ein Patient hat durch die Erkrankung begonnen weite Strecken spazieren zu gehen.

7.2.2. Teilnahme am Therapieangebot

Die Patientinnen und Patienten nehmen jeweils an zwei oder drei Einheiten der Sport- und Trainingstherapie im Zuge ihres Aufenthaltes teil. Außerdem nehmen fast alle (9) auch am Angebot der Physiotherapie teil, eine Patientin hat insgesamt sogar vier Einheiten pro Woche. Am häufigsten sind die Patientinnen und Patienten für die Ballspiele oder Bewegung und Energie (8), beim Nordic Walking (6) und bei der medizinischen Trainingstherapie (4) eingeteilt. Es werden auch Leibtherapie (4), therapeutisches Boxen (2), das aktive Erwärmen und Physiotherapie sowie Massage genannt. Während den Interviews hatte ich allerdings den Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten den jeweiligen Namen der entsprechenden Sporttherapie nicht immer genau wussten, sondern diese teilweise grob als Sporttherapie und Physiotherapie insgesamt wahrgenommen

haben. Möglicherweise haben sie diese auch vermischt, wodurch die Zahlen und Angaben dazu eher nicht exakt der Realität entsprechen.

Es wurde berichtet, dass während dem Aufenthalt zu einem späteren Zeitpunkt weitere Therapien zum jeweiligen Therapieplan hinzugefügt wurden (2). Auch wurde berichtet, dass zu Beginn des Aufenthalts noch keine Sporttherapie möglich gewesen ist und diese generell erst in der zweiten oder dritten Woche begonnen hat (2).

7.2.3. Zusätzliche Aktivitäten

Die meisten (6) machen keine zusätzlichen Bewegungs- oder Sporteinheiten zusätzlich zur Sport- und Physiotherapie, ein paar (4) Patientinnen und Patienten haben jedoch während dem Aufenthalt begonnen zusätzlich sportlich aktiv zu sein, indem sie am Gelände oder Laufband gehen (3), Rad fahren (2) oder vereinzelt Skaten, Laufen oder ein Krafttraining durchführen. Es macht den Anschein, dass 2 von diesen Personen durch die Sporttherapie den Anschluss an ihr früheres Sporttreiben finden konnten und motiviert waren wieder etwas zu beginnen. Die beiden anderen führten ihre Routine des Spazierens weiterhin fort, eine Patientin durch eine tägliche Runde um das Gelände des Neuromed Campus, ein Patient durch das Gehen am Laufband.

Alle Patientinnen und Patienten geben an, den Willen für Bewegung oder Sport nach dem Aufenthalt zu haben und weiterhin etwas machen zu wollen. Die meisten (9) haben konkrete Ideen dafür, nur eine Patientin hat noch keine Idee, plant jedoch einen Reha-Aufenthalt. Nicht alle davon (3) sind sich sicher, ob sie das auch umsetzen können. Einige (6) wollen in Zukunft wieder mit dem Sport beginnen, den sie früher bereits gemacht hatten oder haben bereits damit begonnen. Zusätzlich wurde bei zwei Patientinnen das Interesse am Krafttraining geweckt, wobei sich eine davon nun in einem Fitnessstudio exklusiv für Frauen anmelden möchte.

7.2.4. Bedeutung von Bewegung und Sport

Sieben Patientinnen und Patienten geben an, dass Bewegung und Sport für sie sehr wichtig sind. Für sie hat sportliche Aktivität dahingehend eine Bedeutung, dass es besonders als Beschäftigung im Sinne einer Ablenkung von negativen Gedanken oder Gedankenkreisen (7) wahrgenommen wird. Außerdem ist für manche (3) der soziale Aspekt wichtig und für einige Patientinnen und Patienten (4) bietet der Sport die Möglichkeit, sich auszupowern beziehungsweise Aggressionen abzubauen. Dies wird vor allem in Bezug auf das therapeutische Boxen genannt. Es wird auch angemerkt, dass es durch den Sport möglich

ist, seine eigenen Leistungsgrenzen auszutesten.

7.2.5. Positiv wahrgenommene Wirkung

Was die Wirkung beziehungsweise den positiven Effekt von Bewegung und Sport anbelangt, geben alle Patientinnen und Patienten im Allgemeinen an, dass sich ihr Zustand verbessert hat und ihnen die Bewegung gut tut. Einigen (5) macht die Therapie Spaß, besonders in der Gruppe.

7.2.5.1. Körperliche Aspekte

Im Speziellen geben die meisten (8) Patientinnen und Patienten an, dass sie positive körperliche Veränderungen wahrnehmen können. Fünf Patientinnen und Patienten meinen, dass sich ihre Fitness verbessert hat, zwei Patienten können durch den Sport mehr Energie für sich gewinnen und weitere drei fühlen sich kräftiger. Vier Patientinnen und Patienten berichten über eine Verbesserung der Fitness bei Ausdauerbelastung wie Rad fahren, Laufen oder Walken beziehungsweise Spazieren. Zwei haben an Gewicht abgenommen, drei geben eine aufrechtere Körperhaltung an. Eine Patientin und ein Patient berichten sowohl von einer besseren Beweglichkeit als auch davon, dass ihnen Alltagsaufgaben leichter fallen. Zwei sehen im Sport einen positiven Effekt auf ihre Schmerzen im Rücken beziehungsweise Schulterbereich, drei können sich durch den Sport auspowern und berichten von einer angenehmen Müdigkeit beziehungsweise körperlichen Ausbelastung. Mehrere (3) Patientinnen und Patienten merken an, dass das Ausmaß der Trainingstherapie für sie zu wenig für ein entsprechendes Ausmaß an positiven Effekten ist. Insgesamt ist der Wunsch nach mehr Einheiten bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten vorhanden. Manche (4) holen sich die fehlenden Einheiten durch zusätzlichen Sport zur Bewegungstherapie. Keiner der Patientinnen und Patienten konnte eine deutliche Verbesserung der Konzentration und Aufmerksamkeit nennen, nur eine Patientin berichtet, dass sie sich nach mehreren Einheiten gedanklich leichter auf die Übungen einlassen kann und weniger abschweift.

7.2.5.2. Psychische Aspekte

Auf psychologischer Ebene konnten einige (6) Patientinnen und Patienten Bewegung und Sport dazu nutzen, den Kopf „frei zu bekommen“ beziehungsweise sich von negativen Gedanken abzulenken. Weiters verbesserte sich bei sechs Patientinnen und Patienten der Gemütszustand, sodass sie von besserer Laune, Spaß und Freude sprechen. Auch die Motivation für den Sport hat sich bei den meisten (8) deutlich gesteigert und sie gehen mit

einer gewissen Vorfreude in die Bewegungstherapie oder sind auch zusätzlich dazu selbst aktiv. Weiters berichten zwei von einer Verminderung der Angst durch den Sport, da ihnen dieser eine gewisse Sicherheit gibt und wenige (3) Patientinnen und Patienten haben ein verändertes Körperbewusstsein beziehungsweise mehr Selbstvertrauen. Drei Patientinnen und Patienten hilft der Sport zur Regulierung ihrer Aggressionen, einerseits können sie sie dadurch zulassen oder er dient zum Aggressionsabbau.

7.2.5.3. Soziale Aspekte

Die Meisten (8) fühlen sich zum Zeitpunkt des Interviews in der Gruppe wohler als zu Beginn des Aufenthaltes, Weiters geben alle an, dass sie mittlerweile kontaktfreudiger geworden sind, sofern sie mit den anderen Patientinnen und Patienten in Kontakt treten oder sich mehr auf Gespräche einlassen. Zwei Patienten fühlen sich in der Gruppe bestätigt und können damit ihr Selbstbewusstsein aufbauen. Drei versuchen ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen, zwei können dies ansatzweise auch umsetzen.

7.2.6. Abgrenzung zur medikamentösen Behandlung

Zur Abgrenzung der positiven Effekte der Bewegungstherapie wurde auch nach der medikamentösen Behandlung und ihrer Wirkung gefragt. Alle Patientinnen und Patienten werden medikamentös behandelt und geben an, dass sie damit zufrieden sind und diese einen mehr oder weniger ausgeprägten positiven Beitrag zu ihrer Genesung leisten.

Einige (6) Patientinnen und Patienten können mit den Medikamenten besser schlafen, was niemand in Zusammenhang mit dem Sport gebracht hat. Nur einer berichtete aus Erfahrung, dass er in der Vergangenheit durch Sport am Abend besser schlafen konnte. Weiters führen mehrere (7) eine bessere Stimmung und einen erhöhten Antrieb auf die medikamentöse Behandlung zurück. Ein Patient merkt an, dass sich durch die medikamentöse Behandlung seine Konzentration verbessert hat. Drei Patientinnen und Patienten haben durch die Medikamente zugenommen, zwei Patientinnen berichten davon, dass sie mit den Medikamenten träumen, was sie als eher unangenehm einordnen. Zwei können über keine entsprechende Verbesserung des Antriebs beziehungsweise der Stimmung berichten, jedoch ist bei beiden kürzlich deshalb auch die Dosis der Medikamente erhöht worden.

7.2.7. Sportartspezifische Aspekte

Weiters sind spezifische Aussagen zum Nutzen der unterschiedlichen Therapieeinheiten

beziehungsweise Sportarten interessant. Im Folgenden werden die Aussagen der Patientinnen und Patienten sportart- beziehungsweise therapiespezifisch zusammenfassend dargestellt.

7.2.7.1. Leibtherapie

Die Leibtherapie hilft einem Patienten ein besseres Körpergefühl zu entwickeln, dies wird besonders durch ein bewusst schmerzfreies und angenehmes Üben in einer entsprechenden Atmosphäre gefördert. Besonders Übungen zur Muskelrelaxation nach Jacobson helfen zwei Patientinnen in ihrer Genesung. Eine berichtet darüber, dass sie es als sehr entspannend wahrnimmt, da sie von ihren Gedanken abgelenkt wird und bewusst in der Übung bleiben kann. Eine andere nimmt durch das bewusste Anspannen und Entspannen der einzelnen Muskeln ihren Körper wahr: „Ja, dass Waden, dass Muskeln in den Waden da sind, das weiß man, aber wieder einmal bewusst anspannen und wieder loslassen, ja, das Körperbewusstsein kommt auch wieder mehr zurück (Frau C., 5:47).“

7.2.7.2. Therapeutisches Boxen

Die beiden Patientinnen, die am therapeutischen Boxen teilnehmen, haben beide Schwierigkeiten damit ihre Aggressionen und ihre Wut zu äußern: „Also das, weil ich immer alles in mich hineinfresse, dass ich das einmal raus, aus mir rauslassen kann, weil ich absolut nicht der Typ bin, dass ich irgendetwas nach außen trage und auch größere Aggressionen nicht zulasse (Frau B., 12:25).“ Sie nehmen es als positiv wahr, dass sie in dieser Einheit die Möglichkeit haben, diese zuzulassen und sich auszuvern, was dann eine entsprechende Entspannung bedeutet: „Ja, therapeutisches Boxen, das dauert 45 Minuten und es ist für mich einfach eine unheimliche Entspannung (Frau G., 2:13).“

7.2.7.3. Ballspiele

Die Ballspiele wecken Interesse und fördern auch soziale Aspekte: „Ja ich werde wieder offener Menschen gegenüber durch das gemeinsame Spielen und so, ja. (Herr F., 8:17). Mehrere Patientinnen und Patienten (3) berichten darüber, dass ihnen das gemeinsame Spielen Spaß macht und es ihnen gut tut: „Jetzt kann ich es mehr genießen das Ganze, ich habe mehr Spaß daran. Wir haben einfach besonders heute Spaß gehabt bei unserem Spiel und jedem hat es gefallen, jeder hat bei unserer Abschlussrunde gesagt es hat ihm gefallen, es hat keinen gegeben, dem das nicht gefallen hätte (Herr P., 7:40).“

7.2.7.4. Nordic Walking

Eine Patientin konnte durch die Nordic Walking Einheit wieder Motivation aufbauen, sodass sie sich zum Ziel setzt nach dem Aufenthalt wieder regelmäßig walken zu gehen, was ihr schon einmal in der Genesung einer Depression geholfen hatte: „ Eben durch das Walken bin ich motivierter worden eben dass ich das selber wieder, dass ich das spüre, dass es mir gut tut, dass ich das wieder machen möchte, weil das bei mir auch wieder eingeschlafen ist schon (Frau B., 12:28).“

Ein weiterer Patient meint, dass ihm das Walken hilft abzuschalten und ihm eine Unterstützung auf dem Weg zurück in ein bewegungsreiches Leben ist: „Genau, da habe ich wirklich, da konzentriere ich mich darauf, weil heute wie wir im Park drüben wandern waren, also wie wir walken waren, hat einer gesagt er findet den Autolärm so lästig, da habe ich gesagt ich habe keinen gehört, weil wirklich das einfach funktioniert und das glaube ich schon, dass mir das auf längere Sicht wieder hilft, wieder reinzukommen in dieses Rad mit dem Sport (Herr P., 7:34).“

Zwei Patientinnen schätzen die Bewegung an der frischen Luft beziehungsweise im Park, die ihrer Stimmung gut tut: „Ja einfach die Bewegung an der frischen Luft oder gerade, wenn das Wetter schön ist, dann ist es schon für die Stimmung gut (Frau C., 5:25).“ Weiters wird in diesem Zusammenhang von einer Verbesserung der Ausdauer berichtet und ein Patient meint, dass ihm das Spazieren Ruhe gibt in der er etwas freier von seinen negativen Gedanken sein kann: „Direkt befreit bist du nicht, aber irgendwie schon, in diesem Fall braucht man Ruhe, zum Beispiel für mich ist es wichtig, dass du alleine bist im Wald, du gehst und manchmal kommt irgendetwas wieder in den Kopf aus der Kindheit, etwas Schönes, verstehen Sie, das ist schon ein Signal (Herr D., 4:50).“

7.2.7.5. Medizinische Trainingstherapie

Für eine Patientin bewirkt die medizinische Trainingstherapie (MTT) mit dem Nordic Walking gemeinsam eine Reduktion ihrer Rückenschmerzen. Eine weitere Patientin kann die MTT zur Stärkung ihres Selbstvertrauens nutzen, indem sie ihre Grenzen austestet: „Oder ja genau die Zielsetzung, letztes Mal habe ich eine halbe Stunde auf dem Crosstrainer gemacht, heute möchte ich 35 Minuten schaffen oder so einfach dann, sich selbst auch ein bisschen fordern (Frau C., 5:29).“

7.3. Feedback, Kritik und Wünsche

Insgesamt sagen fast alle Patientinnen und Patienten, dass ihnen die Sport- und Trainingstherapie gefällt und sie diese mögen. Dabei werden jeweils verschiedene Aspekte hervorgehoben, die konkret gut ankommen, es gibt aber auch vereinzelt Kritikpunkte und Wünsche bezüglich der Sporttherapie.

„Nein, es wird super erklärt und es wird so auf einen geachtet, das finde ich so toll (Frau S., 9:32).“ „Es war eine angenehme Atmosphäre, es war ruhig, ja (Herr M., 1:35).“

Ein Patient und eine Patientin bevorzugen Bewegungstherapie gegenüber anderen Therapien: „Ich mache lieber so Sport, wo ich mich auspowern kann als so Mandala malen und das war nicht meins, ich muss mich bewegen (Frau G., 2:27).“ Weiters berichtet Patientinnen und Patienten (3) davon, dass sie durch die Sport- und Trainingstherapie wieder motiviert sind, selbst etwas zu machen: „Ja, kann man schon sagen, ich bin früher einmal in ein Fitnessstudio gegangen, aber jetzt lange Zeit nicht, das kommt jetzt wieder mehr zurück, durch die Therapien auch (Frau C., 5:12).“

Mehrere Patientinnen und Patienten (5) merken an, dass sie sich mehr Sporteinheiten wünschen, dabei gibt es verschiedene Ansichten: „...weil die Sporttherapien die sind nicht wirklich, also für mich nicht wirklich anstrengend meistens (Frau R., 3:43).“

„Es ist so, es braucht eine Zeit bis man da wirklich rauskommt und da bräuchte es auch ehrlich gesagt auch mehr vielleicht Einheiten, dass man es wirklich täglich macht (Frau B., 12:46).“

„Was ich persönlich ein bisschen finde aus dem Grund, dass ich momentan wieder ein bisschen mehr mache, dass für mich das Leistungsniveau teilweise zu niedrig ist (Herr W., 10:73).“

Ein Patient beschreibt die Bewegungstherapie als regeneratives Training, jedoch merkt er auch an, dass auch versucht wird auf die individuellen Wünsche Rücksicht zu nehmen: „Aber es wird trotzdem geschaut, dass man irgendwo ein bisschen eigene Wünsche et cetera deponieren kann, so wie heute am Nachmittag haben wir jetzt noch eine Nordic Walking Einheit und ich habe den Sporttherapeuten gefragt, ob es ein Problem ist, wenn ich in der Zeit wo die anderen walken gehen, einfach in meinem Tempo laufe auf dieser Strecke und da hat er gesagt, „Nein, das ist überhaupt kein Thema.“ Also da wird dann auch ein bisschen auf das individuelle Leistungsniveau eingegangen und das finde ich natürlich auch gut.“ (Herr W., 10:77) Mehrere Patientinnen und Patienten (5) berichten über den behutsamen und verantwortungsvollen Umgang mit Ihnen beziehungsweise das

Eingehen auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse. Die Möglichkeit im Wald dann das eigene Tempo gehen oder laufen zu dürfen wird auch von weiteren Patientinnen als positiv bewertet. Ein Patient beschreibt die Leibtherapie folgendermaßen: „Eine Übung auslassen oder sich einmal wegsitzen, hinsitzen oder so etwas, ist kein Problem (Herr M., 1:37).“

„Für mich passt es eigentlich, dass man eingehen kann auf das, was man wirklich braucht, was einem wichtig ist (Frau B., 12:48).“

Ein Patient merkt an, wie wichtig es ist, dass auf die Patientinnen und Patienten individuell eingegangen wird: „Ja, also ich kann das sagen, weil ich habe das hinter mir. Ich sage das für Zukünftige, vergessen Sie das auch nicht, dass jeder Patient ein bisschen anders ist, aber wahrscheinlich wissen Sie das auch, also es kommt darauf an, was ein Mensch miterlebt, wie lange das dauert... (Herr D., 4:95).“

Desweiteren scheint es gut anzukommen, dass die Patientinnen und Patienten den Inhalt der Ballspiel-Einheit mitentscheiden dürfen und auch sonst auf Wünsche eingegangen wird. Mit Ausnahme eines Patienten gefällt das Nordic Walking allen, die dafür eingeteilt sind. Auch beim Nordic Walking wird auf individuelle Wünsche eingegangen: „Bei einem Therapeuten haben wir auch gar nichts nehmen müssen. Ich bin dann öfters schon bei einem Therapeuten statt dem Walken gelaufen die Runde und da kann jeder so schnell gehen wie er will und zum Schluss treffen wir uns dann wieder zu einem Zeitpunkt und gehen wieder zurück (Frau R., 3:23).“ Manche Patientinnen und Patienten (3) erwähnen explizit, dass es ihnen besonders gefällt, dass die Therapien in Gruppen abgehalten werden:

Mir gefällt es voll, wenn ich hier drinnen bin, deshalb habe ich mir so viele Sporttherapien genommen, mir gefällt das voll und in der Gruppe ist es natürlich noch schöner, als wenn ich alleine dabeistehe. Zu Hause bringe ich einfach, habe ich noch nicht die Kraft dazu, dass ich das mache. (Herr P., 7:17)

Eine Patientin würde sich auf der Tagesstruktur mehr Zeit zum Duschen nach einer Sporteinheit wünschen:

Das hängt auch mit so organisatorischen Sachen zusammen, zum Beispiel, hier kann ich mich jetzt nicht so gut umziehen und duschen und das ist auf der anderen Station besser gegangen, dann hat es mir schon mehr Spaß gemacht, weil dann habe ich mir gedacht, jetzt schwitze ich einmal ordentlich und das ist hier nicht so gut. (Frau R., 3:54)

8. Abschließende Diskussion

Im folgenden Kapitel sollen abschließend die Ergebnisse der Interviews in Zusammenhang mit relevanter Literatur gebracht und diskutiert werden. Es wird auf die wahrgenommenen Veränderungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene eingegangen, die Ergebnisse im Sinne des Salutogenesemodells interpretiert und relevante Aspekte zu den Handlungsempfehlungen diskutiert.

8.1. Wahrgenommene Wirkung der Bewegungstherapie

Insgesamt beschreiben alle Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt des Interviews einen verbesserten Gesundheitszustand durch die Bewegungstherapie. Positive Veränderungen werden auf körperlicher, psychische und sozialer Ebene wahrgenommen, was sich mit den Aussagen vieler Autoren, die den positiven Einfluss von Bewegung und Sport auf die Symptome von Depressionen nachgewiesen haben, deckt (vgl. Badenhop, 2017; Broocks, 2012; Carek et. al., 2011; Hautzinger & Wolf, 2012; Nyström et. al., 2015; Ledochowski et. al., 2017). Die Patientinnen und Patienten nehmen die Bewegungstherapie teilweise unterschiedlich wahr und profitieren auch von unterschiedlichen Aspekten, eine unterschiedliche Wirkung der Bewegungstherapie wird auch von manchen Autoren erwähnt (vgl. Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016; Hautzinger & Wolf, 2012).

Fast alle beschreiben körperliche Veränderungen wie einen verbesserten Fitnesszustand, das Gefühl von mehr Energie oder mehr Kraft, eine aufrechtere Körperhaltung oder eine Gewichtsabnahme (vgl. Carek et. al., 2011). Einige Patientinnen und Patienten berichten über eine verbesserte Ausdauerleistung beim Laufen, Walken oder Rad fahren. Weiters wird eine Schmerzreduktion erwähnt und einigen fallen Alltagsbewegungen leichter. So beschreiben die Patientinnen und Patienten des Neuromed Campus einen ganzheitlichen positiven Einfluss durch die Bewegungstherapie (Carek et. al, 2011; Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Sport vermittelt auch eine angenehme Müdigkeit durch die körperliche Ausbelastung und die Möglichkeit sich auszupowern, Stress zu regulieren oder Aggressionen abzubauen (vgl. Ratey & Hagerman).

Beschriebene positive Effekte in Zusammenhang mit dem Schlaf können von keiner Patientin und keinem Patienten durch die Bewegungstherapie bestätigt werden (vgl. Asmundson et. al., 2013). Eine Verbesserung des Schlafes wird eher auf eine entsprechende medikamentöse Behandlung und deren dämpfende Wirkung zurückgeführt, ebenso wie Verbesserungen der Konzentration und Aufmerksamkeit. Auch in Bezug auf

den Antrieb werden besonders die Medikamente als wirksam wahrgenommen (vgl. Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016; Lenz & Küfferle, 2008). In der Unterscheidung der Wirkungsursache taten sich nicht alle leicht, eine Patientin konnte generell nur die Gesamtheit des Therapiespektrums als positiv wirksam wahrnehmen. Studien zeigen einen positiven Effekt auf Konzentration und Aufmerksamkeit besonders durch Entspannungsverfahren (vgl. Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016), Yoga (vgl. Hull et. al., 2014; Seppälä et. al., 2014; Telles et. al., 2010) und auch Elemente der Kampfkunst könnten hier einen positiven Beitrag leisten (vgl. Gräsnner, 2007). In den Interviews werden aber auch bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die die progressive Muskelrelaxation durchführen, keine bemerkenswerten Verbesserungen der Konzentration wahrgenommen.

Sport wird dahingehend als bedeutend wahrgenommen, als dass er eine Beschäftigung und Ablenkung von negativen Gedanken oder Gedankenkreisen ist. Die Ablenkungshypothese kann sowohl bei Depressionen als auch Angststörungen wissenschaftlich bestätigt werden (vgl. Hautzinger & Wolf (2012); Ledochowski et. al. (2017); Ratey & Hagerman (2009)). Außerdem nimmt die Mehrheit einen verbesserten Gemütszustand wahr, positiven Emotionen werden durch bessere Laune, Freude und Spaß beschrieben (vgl. Hautzinger & Wolf). Fast alle nehmen eine erhöhte Motivation für Bewegung und Sport wahr, Vorfreude und Zuversichtlichkeit werden gestärkt (vgl. Ratey & Hagerman). Weiters werden verminderte Angstgefühle und ein verbessertes Sicherheitsgefühl in Zusammenhang mit Bewegung und Sport gebracht, was einen angstreduzierenden Effekt von Bewegung und Sport beschreibt (vgl. Asmundson et. al., 2013; Stonerock et. al., 2013). Es werden Verbesserungen des Selbstvertrauens, der Selbstwirksamkeit und des Körper- und Selbstbewusstseins durch neue positive Erfahrungen, wie das Erreichen eines selbstgesteckten Ziels, beschrieben (vgl. Asmundson et. al., 2013; Damm, 2007; Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Das Gruppensetting tut einigen gut, genannte Gründe wie der Spaß am gemeinsamen Spielen oder Verbesserungen der Kontaktfreudigkeit und sozialen Interaktion decken sich mit Zielen der Bewegungstherapie (vgl. Broocks, 2012) und beschreiben einen verhaltensaktivierenden Effekt, der entgegen dem sozialen Rückzug wirkt (vgl. Asmundson et. al., 2013; Hautzinger & Wolf, 2012).

8.2. Salutogenesemodell

Im Sinne der ganzheitlichen Gesundheitsansicht des Salutogenesemodells können die wahrgenommenen Veränderungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene

eingeordnet werden (vgl. Weineck, 2010). Die positiv beschriebenen Wirkungen der Bewegungstherapie aber auch der selbstinitiierten Bewegung tragen zu einer Verschiebung des Gesundheitszustandes in Richtung des Pols Gesundheit bei. Die Patientinnen und Patienten beschreiben verschiedene Stressoren wie familiäre Probleme, Suizid des Lebenspartners, organische Erkrankungen oder Schmerzen zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung, die zu dem zu Beginn des Aufenthaltes schlechten Gesundheitszustandes beigetragen haben (vgl. Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016). Durch Bewegung und Sport konnten einige der Stressoren vermindert werden, so dass von den Patientinnen und Patienten, zum Beispiel, Alltagsaufgaben als weniger belastend oder weniger Schmerzen wahrgenommen werden. Die Patientinnen und Patienten beschreiben auch vielfach Aspekte, die als Aufbau von Ressourcen aufgefasst werden können und wichtig für die Spannungsbewältigung mit den Stressoren sind (vgl. Haupt & Gouzouliz-Mayfrank, 2016; Weineck, 2010). So werden ein gestärktes Körperbewusstsein, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit beschrieben, aber auch eine Verbesserung des Fitnesszustandes, der Kontaktfreudigkeit oder der Motivation. Was die Haupteffekte betrifft werden eine Reihe somatisch-funktioneller Verbesserungen wie eine bessere Ausdauer, Aggressions- und Spannungsabbau sowie Entspannung wahrgenommen (vgl. Hölter, 2011). Der Puffereffekt der Bewegungstherapie im Sinne einer Ablenkung von negativen Gedanken wird mehrfach beschrieben, außerdem werden Spaß und Freude am Spielen in der Gruppe beschrieben (vgl. Hölter, 2011).

8.3. Aufrechterhaltung der physischen Aktivität

Für die meisten Patientinnen und Patienten hat Bewegung und Sport zum Zeitpunkt des Interviews eine große Bedeutung, auch im Sinne der Überzeugung einer nachhaltigen positiven Wirkung einer langfristigen Ausübung. Vielfach wird die Bedeutung der Aufrechterhaltung einer regelmäßigen körperlichen Aktivität für langfristige positive Effekte betont, da dies einen präventiven Faktor in Bezug auf psychische Erkrankungen darstellt und als Ziel der Bewegungstherapie definiert wird (vgl. Broocks, 2012; Niederer et. al., 2017; Ratey & Hagerman, 2009; Schwerdtfeger, 2012; Weineck, 2010). Dahingehend sind alle Patientinnen und Patienten motiviert auch nach dem Aufenthalt weiterhin aktiv zu sein. Sie haben konkrete Pläne, wie gemeinsames Joggen mit der Partnerin oder Trainieren in einem Fitnessstudio, oder wollen an dem Sport anknüpfen, den sie früher bereits ausgeübt haben, wie ein regelmäßiges Lauftraining oder Fußballspielen. Einige haben bereits während des Aufenthaltes damit begonnen, wohingegen manche

Patientinnen und Patienten an der tatsächlichen Umsetzung ihrer Pläne zweifeln (vgl. Brooks, 2012). Zwei Patientinnen sehen, zum Beispiel, keine Möglichkeit ihr Interesse für das Krafttraining beziehungsweise das Boxen weiterführen zu können. Für die Umsetzung oder Aufrechterhaltung physischer Aktivität stellt die Eigeninitiative einen entscheidenden Faktor für einen nachhaltigen Erfolg dar. Selbst etwas zu finden oder zu organisieren sind Ausdrücke, die Patientinnen und Patienten in den Interviews dafür verwenden (vgl. Badenhop, 2017).

Individualität und das Eingehen auf die eigenen Bedürfnisse scheint sehr wichtig zu sein und dahingehende Maßnahmen der Therapeutinnen und Therapeuten erlangen positive Bewertungen, denn die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stehen in einem Zusammenhang mit der Motivation für eine langfristige sportliche Aktivität (vgl. Nyström et. al., 2015). Dabei spielen Parameter wie Art, Dauer und Intensität der Belastung, aber auch die Art der Bewegungsaktivität eine untergeordnete Rolle. Wichtig ist jedoch eine Regelmäßigkeit der Ausübungen (vgl. Hölter, 2011). Trotzdem äußern die Patientinnen und Patienten konkrete Wünsche nach mehr Einheiten und höheren Belastungsintensitäten, was weitestgehend eine Forderung nach einer individuellen Anpassung der körperlichen Belastung an den Leistungszustand darstellt (vgl. Weigelt et. al., 2012; Ledochowski et. al., 2017; Mösch, 2015). Vielen ist jedoch bewusst, dass Individualität aufgrund des Gruppensettings nur bedingt möglich ist und passen zusätzliche Einheiten an ihre Bedürfnisse an. Fast alle Patientinnen und Patienten berichten über eine sportliche Vergangenheit und einige sind zusätzlich zur Bewegungstherapie vorwiegend im Ausdauerbereich aktiv. Als Gründe für die Sportausübung nennen sie, dass man dadurch den Kopf freibekommen und sich ablenken kann, aber auch Stressregulierung, Leistungsgedanken, Transportmittel, soziale Aspekte oder eine erhoffte Gewichtsabnahme, was in Bezug auf motivationale Faktoren für eine langfristige Sportausübung von zentraler Bedeutung ist und beachtet werden sollte (vgl. Damm, 2007; Hautzinger & Wolf). Einige Patientinnen und Patienten nehmen die Bewegungstherapie als eine motivierende Unterstützung wahr, um selbst wieder aktiv zu werden.

9. Schlussfolgerung und Ausblick

Diese Arbeit untersuchte, welchen Stellenwert und welche Bedeutung die Bewegungstherapie für die Patientinnen und Patienten hat. Dazu wurden sie zu den wahrgenommenen Veränderungen und ihrer persönlichen Meinung gefragt, auf die Erhebung quantitativer Parameter wurde verzichtet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Magisterarbeit zeigen, dass die befragten Patientinnen und Patienten die Sport- und Trainingstherapie, aber auch Bewegung und Sport allgemein, als eine unterstützende und nützliche Ergänzung des Therapiespektrums in der Behandlung ihrer psychischen Erkrankung wahrnehmen. Es werden vielfältige positive Effekte auf unterschiedlichen Ebenen von den Patientinnen und Patienten genannt und die Bewegungstherapie wirksam in der Therapie von Depressionen und Ängsten erfahren, weshalb ihr der Großteil der Patientinnen und Patienten auch einen hohen Stellenwert zuschreibt. Die analysierten Informationen führen zu der Annahme, dass die Bewegungstherapie einen wesentlichen Beitrag in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen leisten kann. Auch langfristige Effekte und präventive Faktoren der Fortsetzung einer regelmäßigen körperlichen Aktivität sind von Bedeutung. Besonders wichtig für entsprechende positive Effekte ist dabei der individuelle Aspekt. Die Symptome der Patientinnen und Patienten sind unterschiedlich ausgeprägt, auch zusätzliche Erkrankungen haben darauf Einfluss. Sowohl die Literatur als auch die Patientinnen und Patienten weisen auf die Notwendigkeit der Anpassung der physischen Aktivität auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen der individuellen Patientin oder des individuellen Patienten hin. Dahingehende Handlungen der Therapeutinnen und Therapeuten werden besonders positiv bewertet und wertgeschätzt. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der sportartspezifische Aspekt. Die Patientinnen und Patienten können besonders von Ausdauersportarten profitieren, sie werden unter anderem mit positiver Stimmung, Ablenkung und einer verbesserten Fitness assoziiert. Gerade die einfache Umsetzung, gute Kontrollierbarkeit und einfache Integrationen in das alltägliche Leben sprechen für sie. Es muss auch angemerkt werden, dass das therapeutische Boxen und die MTT insbesondere mit den Aggressionsabbau und die Stärkungen des Selbstbewusstseins in einem positiven Zusammenhang stehen. Was die Zukunftspläne betrifft, sehen die Patientinnen und Patienten diesbezüglich jedoch Barrieren und Schwierigkeiten in deren Umsetzung.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Bewegungstherapie generell einen wichtiger

Teil des Therapiekonzeptes bei Depressionen und Angststörungen, wie es im Neuromed Campus bereits der Fall ist, darstellen kann. Es ergeben sich weitere wichtige Aspekte und Forschungsfragen in Bezug auf die Wirkungsweise von Bewegung und Sport bei psychischen Erkrankungen. In einer vorangegangenen Masterarbeit wurden die Wirkfaktoren der Trainingstherapie in der Abhängigkeitsrehabilitation und Drogentherapie untersucht (Portele, 2015). Für weitreichendere Aussagen zu der Wirkungsweise der Bewegungstherapie wären Folgestudien zu weiteren psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenie, Essstörungen oder Zwangsstörungen, interessant. Auch separate Untersuchungen zu den Wirkungen der Bewegungstherapie bei Angststörungen stellen ein Forschungsthema dar, da in der vorliegenden Arbeit keine Patientinnen und Patienten mit Angststörungen allein teilgenommen haben. Im Anschluss wäre besonders die Differenzierung einer sportartspezifischen Wirkungsweise in Zusammenhang mit bestimmten psychischen Erkrankungen interessant. Langfristig gesehen könnte dies Aufschluss darüber geben, wie welche Sportart gezielt angepasst an die jeweilige Erkrankung eingesetzt werden könnte. Die Abteilung Sport- und Trainingstherapie arbeitet beispielsweise bewusst mit gemischten Gruppen in Bezug auf die psychische Erkrankung, um die individuelle Person und nicht die Krankheit in den Vordergrund zu stellen. Möglicherweise könnte jedoch mit diesem Wissen in separaten Gruppen dann zusätzlich eine gezielte und damit effektivere Behandlung ermöglicht werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der in den Interviews häufig angesprochen wurde, ist die Umsetzung beziehungsweise Fortsetzung der sportlichen Aktivität nach dem Aufenthalt. Die Patientinnen und Patienten sprechen verschiedene Ideen und Pläne, aber auch Unsicherheiten und Barrieren an. Langzeitstudien zur Umsetzung der sportlichen Aktivität nach dem Aufenthalt könnten Aufschluss über mögliche Barrieren, Probleme und hilfreiche und unterstützende Aspekte geben.

Insgesamt kann gefolgert werden, dass die teilnehmenden Patientinnen und Patienten die Bewegungstherapie als sehr wichtig einschätzen, sie gerne machen und als Unterstützung in ihrem Aufenthalt wahrnehmen. Es scheint für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung zu sein, dass bewegungsorientierte Inhalte Teil des Therapiekonzeptes sind.

Die Sport- und Trainingstherapie hat sich im deutschsprachigen Raum mittlerweile als ergänzende Therapiemaßnahme in Kombination mit anderen Therapieverfahren, wie der Psychotherapie und medikamentösen Behandlung, etabliert. Sie kann in diesem Sinne einen wichtigen Beitrag leisten und die Patientinnen und Patienten langfristig begleiten.

Literaturverzeichnis

- Asmundson, G. J. G., Fetzner, M. G., DeBoer, L. B., Powers, M. B., Otto, M. W., & Smits, J. A. J. (2013). Let's Get Physical. A Contemporary Review of the Anxiolytic Effects of Exercise for Anxiety and Its Disorders. *Depression and Anxiety*, 30 (4), S.362–373.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Badenhop, M. (2017). Vom Arzt zum Coach. *Ärztezeitung*, 121D, S.12-13.
- Broocks, A. (2012). Sport und Bewegungstherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Voraussetzungen für eine nachhaltige Verhaltensänderung. In H. Deimel (Hrsg.), *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. (Brennpunkt der Sportwissenschaften, 33, S. 89-99). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Carek, P., Laibstain, S. & Carek, S. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Intl´J. Psychiatrie in Medicine*, 41 (1), S.15-28.
- Clark, C., Lewis-Dmelo, A., Anders, D., Parsons, A., Nguyen-Feng, L. &Emerson, D. (2014).Trauma-sensitive yoga as an adjunct mental health treatment in group therapy for survivors of domestic violence: A feasibility study. *Complement Ther Clinic Prac.*, 20 (3),152-158.
- Damm, M. (2007). *Frei von Ängsten. Sich neuen Lebensmöglichkeiten öffnen*. Freiburg: Herder.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2013). S3 – Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer.
- European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) (2011). Letzter Zugriff am 17.01.17 unter <https://psylex.de/stoerung/statistik.html>
- Grässner, M. & Deimel, H. (2007). Kampfkunst in Psychosomatik und Psychotherapie. In: *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23 (2), S.66-71.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) (2017). Letzter Zugriff am 15.08.17 unter <http://www.dvgs.de/dvgs-verband/sportbewegungstherapie/definition.html>
- Haupt, W. & Gouzouliz-Mayfrank, E. (Hrsg.). (2016). *Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe* (11. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme.
- Hautzinger, M. & Wolf, S. (2006). Sportliche Aktivität und Sport. In A. Henning (Hrsg.), *Geballte Wut tut gut. Therapeutisches Boxen*. *Physiopraxis*, 4 (6), S.32-35.
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hull, A., Reinhard, M., McCarron, K., Allen, N., Jecmen, M., Akhter, J., Duncan, A. & Soltes, K. (2014). Acupuncture and Meditation for Military Veterans: First Steps of Quality Managment and Future Program Developement. *GAHMJ*, 3 (4), S. 27-31.
- Jindani, E., Turner, N. & Khalsa, S.(2015). A yoga Intervention for Posttraumatic Stress: A preliminary ramdomized control trial. *Hindawi Publishing Cooperation, Evidence-*

Based Complementary and Alternative Medicine.

- Kepler Klinikum (2017). letzter Zugriff am 18.11.17 unter <https://www.kepleruniklinikum.at/>
- Ledochowski, L., Stark, R., Ruedl, G. & Kopp, M. (2017). Körperliche Aktivität als therapeutische Intervention bei Depressionen. *Nervenarzt*, 88, S. 765-778.
- Lenz, G. & Küfferle, B. (2008). *Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien* (3., überarb. Auflage). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Martin, E., Dick, A., Sciolli-Salter, E., Mitchell, K. (2014). Impact of a Yoga Intervention on Physical Activity, Self-Efficacy, and Motivation in Women with PTSD Symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 21 (6), 327-332.
- Medizinisches Assistenzberufe Gesetz (MAGB). (2015, 16.April). Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie. letzter Zugriff am 1.12.17 unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Berufe_A-Z/Trainingstherapeutin_Trainingstherapeut#f3
- Mösch, S. (2015). Auf einen Schlag. Therapeutisches Boxen und Box Coaching. *Physiopraxis*, 13 (10), S. 42-44.
- Niederer, D., Vogt, L., Staschke, V., Maulbecker-Armstrong, C., Beck, V. & Banzer, W. (2017). Bewegungsparkours in der Therapie klinischer Depressionen. Eine randomisiert-kontrollierte Äquivalenzstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 63, S. 163-175, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nyström, M.B.T., Neely, G., Hassmen, P. & Carlbring, P. (2015). Treating Major Depressions with Physical Activity. A systematic Overview with recommendations. *Cognitive Behavior Therapy*, 44 (4), S.341-352.
- Peikert (Abbildung) Zugriff am 2.12.17 unter <https://www.vitalitaets-coach.de/vitalit%C3%A4tscoaching/salutogenese-modell/>
- Portele, M. (2015). Stellenwert und Wirkfaktoren der Trainingstherapie in der Abhängigkeitsrehabilitation und Drogentherapie. Wien: Universität Wien, Institut für Sportwissenschaften.
- Ratey, J. & Hagermann, E. (2009). *Superfaktor Bewegung* (1. Aufl.). Freiburg: VAK Verlag
- Reiter, M., Heimbeck, A., Müller, M., & Vorderholzer, U. (2014). Angst- und Zwangsstörungen. Bewegungstherapie und therapeutisches Klettern. *Der Neurologe und Psychiater (DNP)*. 15 (3), S.62-66.
- Schwerdtfeger, A. (2012). Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. In R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.), *Sportpsychologie*, 6, 186-207, Göttingen: Hogrefe.
- Schüle, K. & Huber, G. (2012). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Seppälä, E., Nitschke, J., Tudorascu, D., Hayes, A., Goldstein, M., Nguyen, D., Perlman, D. & Davidson, R. (2014). Breathing-based Meditation Decreases Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in U.S. Military Veterans. A randomized controlled

- longitudinal Study. *Journal of Traumatic Stress*. 27, S. 397-405.
- Sharma, A.S., Barrett, M.S., Cucchiara, A.J., Goonerate, N.S. & Thase M.E. (2017). A breathing-based Meditation Intervention for Patients with Major Depressive Disorder Following Inadequate Response to Antidepressants. A randomized pilot study. *J Clin Psychiatry*. 78 (1), S.59–63.
- Shivani, R., Dick, A., Gerder, M. & Mitchell, K. (2014). The Effect of a Yoga Intervention on Alcohol and Drug Abuse Risk in Veteran and Civilian Women with Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20 (10), S. 750-756.
- Streeter, C.C., Gerbarg, P.L., Whitfield, T. H., Owen, L., Johnston, J., Silveri, M.M., Gensler, M., Faulkner, C. L., Mann, C., Wixted, M., Hernon, A.M., Nyer, M.B., Brown, E.R.P. & Jensen, J.E. (2017). Treatment of Major Depressive Disorder with Iyengar Yoga and Coherent Breathing. A Randomised Controlled Dosing Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23 (3), S. 201-207.
- Stonerock, G., Hoffmann, B., Smith, P., Blumenthal, J. (2015). Exercise as treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *The Society of Behavioral Medicine*, 49, S. 543-556.
- Telles, S., Singh, N., Joshi, M. & Balkrishna, A. (2010). Post traumatic stress symptoms and heart rate variability in Bihar flood survivors following yoga. a randomized controlled study. *BMC Psychiatry*. 10 (18).
- Thimme, T.& Deimel, H. (2012). Zur therapeutischen Wirksamkeit von Kampfkünsten . In H. Deimel (Hrsg.), *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (Brennpunkt der Sportwissenschaften, 33, S. 128-148). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Vorkapic, C. & Rangê, B. (2014). Reducing the symptomatology of panic disorders. The effects of a yoga program alone and in combination with cognitive-behavioral therapy. *Frontiers in Psychiatry*. 5 (144), S: 1-7.
- Weigelt, M., Stegemann, Y., Machlitt, D. & Engbert, K. (2012). Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Eine kritische Reflexion und Handlungsempfehlungen für den Sport mit depressiven Patienten. *Psychotherapie im Dialog*, 13, S.91-93.
- Weineck, J. (2010). *Sportbiologie*. (10. Aufl.). Balingen: Spitta.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2015). Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen. In WHO. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schnittpunkte der klinischen Bewegungstherapie (Schüle & Huber, 2012, S.75).....	17
Abbildung 2: Salutogenesemodell (Peikert, 2017).....	22
Abbildung 3: Wochenplan Sport- und Trainingstherapie (Kepler Klinkum, Mag. ^a Potyka, 2017) .	51
Abbildung 4: Übungen aus dem Aktiven Erwache (Kepler Klinikum, Mag. ^a Trauner, 2015)	52
Abbildung 5: Therapieplan Tagesklinik (Kepler Klinkum, OA Dr. Frühwirth, 2017)	57
Abbildung 6: Therapieplan Tagesstruktur (Kepler Klinikum, OA Dr. Linner, 2017)	58

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

Anhang

Abstrakt

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Bewegungstherapie als Teil des klinischen Therapiespektrums bei Depressionserkrankungen und Angststörungen. Folglich werden Fragestellungen zur Wahrnehmung von Bewegungstherapie, Bewegung und Sport analysiert. Dazu wurden Patientinnen und Patienten des Neuromed Campus am Kepler Universitätsklinikum Linz anhand eines Interviewleitfragebogens befragt. Die Patientinnen und Patienten beschreiben ihre persönliche Wahrnehmung von Bewegung und Sport als unterstützende Maßnahme in der Therapie ihrer psychischen Erkrankung. In den Interviews wird auf verschiedene Aspekte der positiven Wirkung von Bewegung und Sport, aber auch auf Vorerfahrungen und diesbezügliche Zukunftspläne Bezug genommen. Aus diesen und weiteren Informationen wurde ein Gesamtbild über den Stellenwert und entsprechenden Nutzen der Bewegungstherapie, aber auch Bewegung und Sport allgemein, erstellt. Bewegung und Sport werden auf umfangreiche Weise positive Effekte zugeschrieben, die Patientinnen und Patienten beschreiben positive Wirkungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

Aus den gewonnenen Daten der Interviews lässt sich folgende Auffassung der Bewegungstherapie beschreiben: Bewegungstherapie, ebenso wie Bewegung und Sport, haben einen hohen Stellenwert und eine entsprechende Bedeutung als ergänzende Maßnahme in der Therapie von Depressionen und Angststörungen. Die Patientinnen und Patienten können Verbesserungen auf unterschiedlichen Ebenen wahrnehmen und eine Fortführung der physischen Aktivität ist für viele erwägenswert. Gerade Ausdauersportarten werden von den Patientinnen und Patienten in Betracht gezogen, da sich diese leicht umsetzen und in den Alltag integrieren lassen. Wichtig sind dabei entsprechende unterstützende Maßnahmen, Anleitung und Informationen, um Barrieren für die Fortführung abzubauen und ein individuell angepasstes Trainieren zu ermöglichen. Die Bewegungstherapie kann einen wertvollen Beitrag in der Therapie von Depressionen und Angststörungen leisten.

Abstract

This thesis is submitted to determine the value of exercise therapy as a part of the clinical treatment of anxiety and depression. Using interviews as a main method, the positive effects of exercise therapy, physical activity and sports are analyzed. For this purpose, a questionnaire survey was done with patients of the Neuromed Campus in the university hospital Linz. The participants were asked to describe their subjective perception of exercise therapy, physical activity as well as the attributed value of the same in the therapeutic process. Furthermore, they were asked about their athletic career and future plans concerning physical activity.

Overall, the information gathered from the interviews describes the following concept of exercise therapy: Exercise therapy, physical activity and sports constitute an important part of anxiety and depression treatment. The results show that patients describe positive physiological, psychological and social effects of exercise therapy, physical activity and sports. It is also perceived as an important part of their therapy. Patients consider continuing the physical activity exerted in therapy, in particular aerobic training, which can be relatively easy integrated in everyday life. However, supporting measures, information and professional instructions are required for reducing barriers to continuation and to ensure personalized training. It is for this reason that exercise therapy can make a valuable contribution to the treatment of anxiety and depression.

Interviewleitfaden TeilnehmerInnen

Sportlicher Werdegang

- **Haben Sie vor ihrem Klinikaufenthalt Sport gemacht?** Welchen, wie oft?

Wenn ja:

Warum haben Sie Sport gemacht? Gründe? Motivation?

Haben Sie während Ihrer psychischen Erkrankung weiterhin Sport gemacht?

Warum haben Sie aufgehört?

- **Welchen Stellenwert haben Bewegung und Sport für Sie persönlich?** Welche Rolle spielen Bewegung und Sport?

Bewegungs- und Sportangebot im Klinikum

- **Welche Bewegungs- und Sporteinheiten nehmen Sie in Anspruch?** Warum? Wie oft? Regelmäßig? Ausfallen lassen?

- **Können Sie mir beschreiben, was Sie bei den Bewegungs- und Sporteinheiten machen?** Wie läuft eine Einheit ab?

- **Können Sie mir beschreiben, wie Sie die Bewegungs- und Sporteinheiten erleben?** Welche Sinn bzw. Welche Bedeutung haben diese Einheiten für Sie ganz persönlich?

- **Welche Hilfestellungen bietet Ihnen die Sport – und Trainingstherapie in der Genesung?**

- Was mögen Sie an der Sport- und Trainingstherapie? Was nicht? *Welche Gedanken kommen auf, wenn Sie an die nächste Einheit denken?*

- **Machen Sie Sport zusätzlich zu der Sport- und Trainingstherapie?** Welchen? Warum?

Wirkung und Veränderungen

- **Welche Veränderungen können Sie beschreiben, wenn Sie an den Beginn Ihres Aufenthaltes zurückdenken?**

- Wie fühlen Sie sich während der Trainingseinheiten? Kurzfristige, langfristige Veränderungen?

- **Können Sie mir beschreiben, was sich durch die Sport- und Trainingstherapie körperlich bei Ihnen verändert hat?**

- Wie hat sich Ihr Aktivitätsniveau verändert? (munterer, entspannter, müder, energiegeladener, wacher,...)

- Wie hat sich Ihre Muskelspannung verändert? (lockerer, mehr Spannung,...)

- Wie hat sich das Gefühl der Belastung bei Ausdauerbelastungen (z.B.: Nordic Walking) verändert? (Schwitzen, Atmung, Seitenstechen, mühsam, Herz klopfen,...)

- Spüren Sie einen Unterschied in der Bewegungsausführung im Alltag? (sicherer, zielgerichteter,...)

- Wie beweglich fühlen Sie sich? Fühlen Sie sich bei bestimmten Bewegungen oder Dingen eingeschränkt?

- Welche Veränderungen nehmen Sie in Bezug auf Ihren Schlaf wahr?

- Hat sich ihr Körper verändert? Äußerliche, Sichtbare Veränderungen? Haltung, Gewicht?

• **Können Sie mir beschreiben, was sich durch die Sport- und Trainingstherapie im psychischen Bereich bei Ihnen verändert hat?**

- Wie hat sich Ihre Gemütsverfassung verändert? (Niedergeschlagenheit, Aktiviertheit, Ruhe, Ärger, Nachdenklichkeit, Deprimiertheit,...)
- Wie hat sich Ihr Aktivierungszustand verändert? (Unruhe – Lethargie)
- Welche Veränderungen nehmen Sie in Bezug auf Konzentration und Aufmerksamkeit wahr?
- Hat sich Ihr Bild von sich selbst bzw. Von Ihrem Körper verändert? Wie nehmen Sie Ihren Körper wahr?
- Können Sie mir beschreiben, wie sich Ihr Sicherheitsempfinden verändert hat? (unsicher, ängstlich, sicher,...)
- Wie hat sich Ihr Aggressionsempfinden verändert? Werden Sie schnell wütend?
- Wie hat sich die Motivation für das Training verändert?

• **Können Sie mir beschreiben, was sich durch die Sport- und Trainingstherapie im sozialen Bereich bei Ihnen verändert hat?**

- Wie hat sich Ihr Wohlbefinden innerhalb einer Gruppe verändert?
- Wie hat sich Ihre Kontaktfreudigkeit verändert? (Kommunikationsverhalten,...)
- Stellen Sie Ihre eignen Bedürfnisse vor den Bedürfnissen anderer Menschen?(Abgrenzungsfähigkeit)
- Können Sie mir beschreiben, wie sich Ihr Sozialverhalten verändert hat? (Kooperation, Anpassung,...)
- Gibt es sonstige Veränderungen, die Ihnen aufgefallen sind?

Biografische Daten

- Wie alt sind Sie?
- **Aufgrund welcher Diagnose werden Sie hier im Klinikum behandelt?** Gibt es Mehrfachdiagnosen? Andere Erkrankungen?
- **Wie lange leiden Sie bereits an dieser Erkrankung?** Wann wurde die Diagnose gestellt? Dauer?

• **Werden Sie medikamentös behandelt?**

Wenn ja:

Wie beeinflusst Sie die medikamentöse Behandlung? Fühlen Sie sich leistungsfähiger? Müder?

- **Wie lange sind Sie bereits im Klinikum?** Wie lange werden Sie voraussichtlich noch bleiben? Dauer?
- Ist das Ihr erster Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik?
- **Aus welchem Grund haben Sie sich für diesen Aufenthalt entschieden?** Was hat Sie dazu veranlasst?

• Werden Sie nach dem Aufenthalt weiterhin Sport machen? Warum (nicht)?
Welchen? Wissen Sie schon wo?

TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie:

Titel der Studie:

Bedeutung der Sport- und Trainingstherapie bei Depressionserkrankungen und Angststörungen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Diese Art von Studien ist notwendig, um verlässliche neue *wissenschaftliche* Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung von Studien ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer/in an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist es, Erkenntnisse über die persönlich wahrgenommenen Wirkungen der Sport- und Trainingstherapie bei Depression und Angststörung zu untersuchen und festzuhalten. Dazu werden Interviews mit Patienten geführt und ausgewertet. Damit soll ein besseres Verständnis dafür erlangt werden, wie eine optimale Sport- und Trainingstherapie aussehen könnte.

2. Wie läuft die Studie ab?

Für diese Studie wird ein Interview mit Ihnen durchgeführt. Dieses findet zu einem ausgemachten Zeitpunkt im NeuroMed Campus Linz statt. Das Interview wird ca. 45 Minuten dauern und in einem separaten Raum stattfinden. Es werden keine weiteren Personen anwesend sein. Wenn Sie damit einverstanden sind, wird das Interview mit

einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Sie werden zu Ihrer Sport- und Trainingstherapie und zu Ihren persönlich wahrgenommenen Veränderungen durch diesen Teil der Therapie befragt. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, müssen Sie keine Antwort geben und wir überspringen die Frage. Außerdem können Sie das Interview zu jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Es ist möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser Studie keinen direkten Nutzen für Ihre Gesundheit ziehen. Jedoch können durch das Interview Wirkungen und Veränderungen aufgrund des Therapieangebotes reflektiert und bewusst gemacht werden. Dies kann zu positiven Gefühlen führen, wenn Sie sich Ihren bisherigen Fortschritt bewusst werden. Zudem sollen Empfehlungen erarbeitet werden, die zu einer Verbesserung der Angebote führen können. Dies wäre für die Teilnehmer der Angebote von Nutzen.

4. Gibt es Risiken bei der Durchführung der Studie und ist mit Beschwerden oder anderen Begleiterscheinungen zu rechnen?

Ihnen werden im Zuge des Interviews Fragen zu Ihrem gesundheitlichen Zustand, der Sport- und Trainingstherapie und ihrer sportlichen Betätigung gestellt.

Dadurch können unangenehme Gedanken oder Gefühle ausgelöst werden.

Sie können dann jederzeit das Interview abbrechen. In diesem Fall sollten Sie das mit Ihrem Therapeuten besprechen.

5. Hat die Teilnahme an der Studie sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

Die Teilnahme an der Studie inkludiert ein Interview für das sie sich insgesamt höchstens eine Stunde Zeit nehmen sollten. Sie werden zu Ihren Eindrücken, Erfahrungen und Ihrer Meinung zur angebotenen Sport- und Trainingstherapie befragt. Nach dem Interview haben Sie keinerlei weitere Verpflichtungen. Abgesehen davon können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen das Interview abbrechen.

6. Was ist zu tun beim Auftreten von Beschwerdesymptomen, unerwünschten Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Es kann sein, dass bei Ihnen durch die Fragen oder die Interviewsituation unangenehme Gefühle entstehen oder Sie sich unwohl fühlen. Sie können gerne ohne Angabe von Gründen einzelne Fragen nicht beantworten oder aber auch das Interview abbrechen. Sie können dies dann gerne mit Ihrem Therapeuten oder Ihrer Therapeutin besprechen. Weiteres stehe auch ich Ihnen gerne für ein Abschlussgespräch zur Verfügung (Kontakt unter Punkt 10).

7. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Die Studie wird vorzeitig beendet, wenn Sie sich unwohl fühlen. Dann können Sie ohne

Angabe von Gründen jederzeit das Interview abbrechen. Weiteres kann auch die Studienleitung darüber entscheiden, dass sie Ihre Teilnahme beendet, falls sie den Erfordernissen der Studie nicht entsprechen oder die Studienleitung den Eindruck hat, dass weitere Teilnahme an der Studie nicht in Ihrem Interesse ist.

8. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Ihre Daten werden von mir vertraulich behandelt, die Aufnahmen nach der Transkription gelöscht und transkribierte Daten werden anonymisiert. Die Codeliste wird nach der Analyse vernichtet. In der Masterarbeit und etwaigen Veröffentlichungen wird keine Information, die auf Ihrer Person schließen lässt, gegeben und es werden fiktive Namen benutzt. Keine dieser Informationen wird an Dritte gegeben.

9. Entstehen für die Teilnehmer/Innen Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Es entstehen für sie keinerlei Kosten, es ist auch kein Kostenersatz vorgesehen. Ich stehe Ihnen jedoch gerne für ein Abschlussgespräch zur Verfügung.

10. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen oder Feedback im Zusammenhang mit dieser Studie stehe ich Ihnen gern zur Verfügung. Sie können mich jederzeit per Mail oder Handy kontaktieren.

Namen der Kontaktperson bzw. der Kontaktpersonen:

Leiter/in	Name: Dr. Clemens Ley E-Mail: clemens.ley@univie.ac.at Tel.: +43-1-4277-48820
Versuchsleiter/in	Name: Sarah Landerl E-Mail: sarahlanderl@gmx.net Tel.: +680-3000049

11. Einwilligungserklärung

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben:

Geb. Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen.

Ich bin von *Sarah Landerl* ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung gelesen, insbesondere den 4. Abschnitt (Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?). Aufgetretene Fragen wurden mir von der Studienleitung verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde die Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies jeder Zeit schriftlich oder mündlich bei Sarah Landerl veranlassen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in anonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer nur der Projektleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller Standards gesichert ist.

Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt, die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich oder telefonisch ohne Angabe von Gründen bei Sarah Landerl (siehe oben unter Punkt 10) veranlassen.

Den Aufklärungsteil habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Eine Kopie dieser TeilnehmerInneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

(Datum und Unterschrift der/des Teilnehmerin/Teilnehmers)

.....

(Datum, Name und Unterschrift der Studienleitung)

.....

Sarah Landerl

Ausbildung

1999-2003 Volksschule Waldneukirchen

2003-2007 Gymnasium der Abtei Schlierbach

2007-2011 BORG Linz Honauerstraße (Schwerpunkt Sport)

seit 2011 Universität Wien

Lehramt Bewegung und Sport/Psychologie/Philosophie

Sonstige Qualifikationen und Kenntnisse

ECDL Computerführerschein

Unternehmerführerschein (Module A, B, C, UP)

staatl. gepr. Fitnessinstructorin (BSPA Linz)

staatl. gepr. Wanderinstructorin (BSPA Innsbruck)

Übungsleiter Parkour & Freerunning

Sprachkenntnisse

Deutsch (Muttersprache)

Englisch

Praktika/ Arbeitserfahrung

2011- Gesundheitsmaßnahmen der SVB für Kinder und Jugendliche in Spital/ Pyhrn

(Logopädie, Legastanie, Haltungsdefizit und Übergewicht)

2012 JUTEL Kindersportwoche (Betreuerin, Hinterstoder)

09/2012 – 06/2015 Leiterin des Kinderturnens des WAT Stadlau (3-12-Jährige)

05/2014 Animateurin für Schulsportwochen in Flattach, Kärnten (Actionscamps)

07/2014 Gesundheitsmaßnahmen der SVB für Kinder und Jugendliche in Italien

(Asthma, Hauterkrankungen)

01/2015 – 06/2015 Abhalten von Turn10-Einheiten (UNION WEST Wien)

07/ 2015 Betreuung des sportlichen Schwerpunktes - Diätcamp des ÖJRK in Villach

seit 9/2015 Lehrverpflichtung BRG9 Erich-Fried Realgymnasium (Glasergasse, 1090)

Fach Bewegung und Sport