



Hübner, Sascha

**Untersuchung der Sporttherapie als Methode im Rahmen
der Suchttherapie**

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

III

Hübner, Sascha

Untersuchung der Sporttherapie als Methode im Rahmen der
Suchttherapie

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2012

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. jur. Marie-Luise Horlbeck

Bibliografische Beschreibung:

Sascha Hübner:

Untersuchung der Sporttherapie als Methode im Rahmen der Suchttherapie,
35 Seiten

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2012

Referat:

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht die Sporttherapie als Methode im Rahmen der Suchttherapie. Als Schwerpunkt setzt sie auf die Begriffsdefinition der Sucht/ Abhängigkeiten und der Sporttherapie. Sie erläutert die Ziele anhand von Literatur, Praxisbeispielen und geht auf die Risiken, die Präventionsarbeit sowie auf die Aspekte für die Soziale Arbeit näher ein.

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit entstand im Rahmen des Direktstudiums der Sozialen Arbeit an der Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida, Außenstelle Roßwein.

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei Prof. Dr. phil. Barbara Wedler für die Betreuung dieser Abschlussarbeit bedanken.

Weiterhin gilt mein Dank den Professoren, Mitarbeitern und Kommilitonen, mit denen ich drei wertvolle Jahre des Studiums verbringen durfte und die mich bei allen Herausforderungen hilfreich unterstützten.

Größter Dank gebührt zudem meiner lieben Familie und meinen Freunden, die mich bei der Durchführung des Studiums stets unterstützt, gefördert sowie entlastet und somit maßgeblich zum erfolgreichen Studienabschluss beigetragen haben.

| Inhaltsverzeichnis | Seite |
|--|--------------|
| Bibliografische Beschreibung: | IV |
| Referat: | IV |
| Inhaltsverzeichnis | VI |
| Abkürzungsverzeichnis: | VIII |
| Zeichen | VIII |
| Erklärung | VIII |
| Abbildungsverzeichnis: | IX |
| 1. Einleitung | - 1 - |
| 2. Definition der Wörter Sucht und Abhängigkeit nach historischen Gesichtspunkten | - 3 - |
| 2.1 Definition gemäß psychiatrischen Aspekten | - 5 - |
| 2.2 medizinische Definition gemäß ICD-10 | - 6 - |
| 2.3 Kriterien, bezogen auf die Substanzen und das Verhalten | - 6 - |
| 3. Die Bedeutung von Sport | - 9 - |
| 3.1 Entwicklung der Sporttherapie | - 9 - |
| 3.2 Definition der Sporttherapie | - 10 - |
| 3.3 Die Lauftherapie | - 13 - |
| 3.3.1 Definition der Lauftherapie | - 13 - |
| 3.3.2 Ziele der Lauftherapie | - 14 - |
| 3.3.3 Lauftherapie für abhängig kranke Menschen | - 14 - |
| 3.3.4 Ablauf der Lauftherapie: | - 15 - |
| 3.4 Ziele der Sporttherapie | - 16 - |
| 3.4.1 Ziele der Sporttherapie aus der Perspektive der Abhängigkeitsproblematik | - 17 - |
| 4. Risiken der Sporttherapie | - 18 - |
| 4.1 Ursachen der Sportabhängigkeit | - 21 - |

VII

| | |
|--|--------|
| 5. Aspekte für die Soziale Arbeit | - 23 - |
| 6. Die Sporttherapie als Methode der Suchttherapie - Praxisbeispiel..... | - 26 - |
| 6.1 Eine Sporttherapieeinheit im Krankenhaus Rodewisch: | - 30 - |
| 7. Sporttherapie als Prävention | - 31 - |
| 7.1 Prävention mit Hilfe des Vereins | - 33 - |
| 8. Resümee | - 35 - |
| 9. Anlagenverzeichnis | X |
| 10. Literaturverzeichnis..... | XIII |
| 11. Eidesstattliche Erklärung | XVI |

Abkürzungsverzeichnis:

| <u>Zeichen</u> | <u>Erklärung</u> |
|----------------|--|
| § | Paragraph |
| Abb. | Abbildung |
| Abs. | Absatz |
| AG | Arbeitsgemeinschaft |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| bzw. | Beziehungsweise |
| ca. | circa |
| DFB | Deutscher Fußball Bund |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| e.V. | eingetragener Verein |
| ff. | fortfolgende |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| Nr. | Nummer |
| Prof. | Professor |
| S. | Seite |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| U | Unter |
| u.a. | unter andere |
| v.u.Z. | vor unserer Zeitrechnung |
| Vgl. | Vergleich |
| z.B. | zum Beispiel |
| inkl. | inklusive |

Abbildungsverzeichnis:

| | |
|---|--------|
| Abbildung 1 Übersicht Entwicklungsstadien..... | - 2 - |
| Abbildung 2 Substanzgebundene Abhängigkeiten | - 7 - |
| Abbildung 3 Nicht Substanzgebundene Abhängigkeiten | - 7 - |
| Abbildung 4 Übersicht der verschiedenen Sport und Bewegungstherapien..... | - 12 - |
| Abbildung 5 Ablauf einer Sporttherapie | - 30 - |
| Abbildung 6 Verhaltensweisen | - 33 - |

1. Einleitung

„Das Bewegungsbedürfnis ist unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung aller...Funktionen des Menschen. Wird ein notwendiges Maß an Bewegungsaktivität nicht verwirklicht, führt das zu Störungen des Gleichgewichts dieser Funktion“. (Kunath, 1991, S. 114)

Der Drang nach Bewegung hat sich im Verlauf der Entwicklungsgeschichte im menschlichen Bewusstsein verwurzelt. Bereits ab der 20. Schwangerschaftswoche beginnt der Fötus sich im Bauch der Mutter zu bewegen. Diese ersten Bewegungen bis zum Erlernen der Bewegungsformen wie Gehen und Laufen sind für den Menschen wichtige Voraussetzungen um seine Umwelt kennenzulernen. Die psychische und motorische Entwicklung des Individuums wird durch den Begriff „Psychomotorik“ charakterisiert.

In den ersten zwei bis drei Jahren nach der Geburt werden die entscheidenden Phasen für die grundlegenden motorischen Fähigkeiten entwickelt (Vgl. Internetquelle 01). Die Ausprägung des Selbstbewusstseins, das heißt die Entwicklung eines positiven oder negativen Bildes von sich selbst, erfolgt auch durch Bewegungserfahrungen. Sind diese Erfahrungen positiv, kann der junge Mensch Selbstvertrauen entwickeln und eine Grundzufriedenheit mit und für sich finden (Vgl. Kegan, 1994, S. 74).

Diese ersten Phasen der Entwicklung bei jedem Menschen haben fundamentale Auswirkungen auf das weitere Leben. In dieser Zeit werden Grundlagen für die bio- psychosozialen Entwicklungen des Individuums gelegt. Die Bewegungsentwicklung vom Neugeborenen zum Kleinkind ist von vielen Faktoren abhängig und somit bei jedem Menschen individuell.

Übersicht über die durchschnittlichen motorischen Entwicklungsstadien:

| 0 bis 3 Monate | 4 bis 9 Monate | ab 10 Monate |
|--|---|---------------------|
| einfache Kopfkontrolle | Drehungen | Stehen und Gehen |
| einfache Körperhaltung | Kriechen und Krabbeln | Feinmotorik |
| einfache manuelle Fähigkeiten: z.B. Reflexe | Manuelle Fähigkeiten: z.B. gezieltes Greifen | |
| | Sitzen und Stehen | |

Abbildung 1 Übersicht Entwicklungsstadien

(Vgl. Internetquelle 02)

Grundlegend gehört die Bewegung aus eigener Kraft neben Wachstum, Stoffwechsel, Reizbarkeit, Fortpflanzung und Aufbau aus Zellen zu den wichtigsten Merkmalen eines jeden Lebewesens zählt (Vgl. Internetquelle 03).

In der vorliegenden Arbeit gehe ich der Frage nach, inwieweit die Sporttherapie als Methode geeignet ist, abhängig kranke Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Dabei definiere ich als erstes die Begriffe „Sucht“, „Abhängigkeit“ und „Sporttherapie“. Danach werde ich die allgemeinen Ziele der Sporttherapie sowie im besonderen Hinblick auf die Ziele für abhängige kranke Menschen vorstellen. Anschließend diskutiere ich den wichtigen Faktor der Prävention. Ferner prüfe ich die Risiken und die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit in Verbindung mit Sporttherapie.

In dem Kapitel „Praxiserkundung“ stelle ich kurz das Fachklinikum Rodewisch vor und welche Erfahrungen die Mitarbeiter der Einrichtung bereits mit der Sporttherapie im Rahmen der Suchttherapie gemacht haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich in meinen weiteren Ausführungen auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2. Definition der Wörter Sucht und Abhängigkeit nach historischen Gesichtspunkten

Der Begriff „Sucht“ ist auf das altdeutsche Wort „siechen“ zurückzuführen. Dieses wiederum ist die Übersetzung des lateinischen Wortes „Morbus“, welches erst im 16. Jahrhundert durch die Begriffe Krankheit, Siechtum und Seuche ersetzt wurde. Der moderne Begriff „Sucht“ fand dadurch Einzug in frühere Krankheitsbezeichnungen wie z.B.: der Bleichsucht, Gelbsucht, Fallsucht oder Schwindsucht. Durch die Erforschung der verschiedenen Süchte ist eine Weiterentwicklung des Suchtbegriffes entstanden.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich eine klare Unterteilung zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen. Dadurch wurde deutlich, dass Sucht auch starke Gefühle betrifft, die sich der willentlichen Beeinflussung weitgehend entziehen. Eine suchtähnliche Entwicklung kann zahlreiche menschliche Aktivitäten erfassen, denn die meisten Bedürfnisse des Menschen sind von Natur aus nicht begrenzt.

Die erste einheitliche Definition von „Sucht“ gemäß der Weltgesundheitsorganisation existierte von 1957 bis 1963. Danach wurde er zunächst durch den Begriff „Missbrauch“ und später durch „Abhängigkeit“ ersetzt (Vgl. Wolffersdorff, 2005, S. 324).

Der Begriff Abhängigkeit ist eine Wortschöpfung der Neuzeit und wurde ursprünglich für die Alkoholsucht ab Mitte des 19. Jahrhunderts verwendet und dann auf andere Substanzabhängigkeiten ausgeweitet (Ebenda).

Diese Gleichsetzung von Abhängigkeiten und Sucht war aus psychologischer und medizinischer Sicht problematisch. Daher wurde 1969 das Missbrauchskonzept zugunsten von vier definierten „Klassen des Gebrauchs“ verworfen:

- Unerlaubter Gebrauch ist ein von der Gesellschaft nicht tolerierter Gebrauch.
- Gefährlicher Gebrauch ist ein Gebrauch mit wahrscheinlich schädlichen Folgen für den Konsumenten.
- Dysfunktionaler Gebrauch liegt vor, wenn psychischen oder sozialen Anforderungen nicht mehr gerecht werden kann.

- Schädlicher Gebrauch hat bereits schädliche Folgen (Zellschäden, psychische Störung) hervorgerufen.

(Vgl. Freyberger, Schneider, Stieglitz, & Spoerri, 2002, S. 21)

Diese Benennungen haben in die Internationalen Klassifikation der Krankheiten - 10. Revision (ICD-10) Eingang gefunden, hingegen findet sich im Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen – 4.Auflage (DSM-IV) nach wie vor die Benennung „Missbrauch“. Der wissenschaftliche und professionelle Sprachgebrauch in den Bereichen Soziale Arbeit und Medizin bevorzugt mittlerweile die Formulierungen des ICD-10 und spricht vom Abhängigkeitssyndrom (Vgl. Internetquelle 04).

Die stoffgebundene Abhängigkeit hat Merkmale, die sie von der stoffungebundenen Abhängigkeit unterscheidet. Die angestrebte Befindlichkeitsänderung ohne eigene Tätigkeit tritt allein durch das Einwirken der Droge auf das zentrale Nervensystem ein. Die Entzugserscheinungen im körperlichen Bereich sind zwangsläufiger und stärker als bei Tätigkeitssüchten und die körperlichen Folgeerkrankungen aufgrund der giftigen Wirkung einiger Stoffe lassen den Krankheitscharakter deutlicher werden.

Neben der Unterscheidung nach Häufigkeit und Schweregrad des Konsums wird auch nach Suchtmitteln unterschieden. So kann auch ein bestimmtes Verhalten abhängig machen und nicht mehr kontrollierbar sein.

Durch die Begriffsbestimmung sollen die verschiedenen Abhängigkeitsformen erfasst werden, da die Grenze zwischen schädlichen Verhaltensweisen und Krankheit fließend ist.

Im allgemeinen Sprachgebrauch kommt es in der heutigen Zeit immer häufiger vor, dass von einer Verhaltenssucht gesprochen wird. Unter bestimmten Faktoren wird damit übertriebenes Verhalten, von angeblich Betroffenen, gerechtfertigt.

Nicht bei jeder maßlosen oder von der Norm abweichenden Verhaltensweise handelt es sich aber um ein süchtiges Verhalten. Demzufolge ist es umso wichtiger, dass klare diagnostische Linien für dieses Störungsbild formuliert werden (Vgl. Schneider, 2001, S. 73- 77).

Die Abhängigkeit ist eine psychische Störung mit Krankheitswert. Sie ist keine moralische Schwäche und kein krimineller Zustand. Sucht ist gekennzeichnet durch eine zwanghafte Verhaltensweise und kann sowohl an bestimmte Substanzen sowie auch an bestimmtes Verhalten gebunden sein. (Vgl. Ambühl & Meier, 2003, S. 63)

Abhängigkeit ist ebenfalls gekennzeichnet durch einen Prozess und entsteht nicht von einem Tag auf den anderen, sondern über einen längeren Zeitraum. Die Übergänge sind fließend und für Angehörige und Betroffene schwer erkennbar.

2.1 Definition gemäß psychiatrischen Aspekten

Von „Abhängigkeit“ sind die Begriffe „Missbrauch“ und „Genuss“ abzugrenzen. Nicht jede Einnahme eines Rauschmittels führt zur Abhängigkeit. Genuss bezeichnet den sogenannten „gesunden Konsum“ von Substanzen, ohne Gefahr, sie künftig regelmäßig zu verwenden. Der Missbrauch geht weit über den herkömmlichen Gebrauch einer Substanz hinaus, ist aber noch keine Abhängigkeit (Vgl. Schwenk, 2007, 27- 29).

2.2 medizinische Definition gemäß ICD-10

Für die Diagnose Abhängigkeit sollten mindestens drei von sechs Kriterien, die im ICD-10 aufgelistet sind, erfüllt und über den Zeitraum von einem Jahr gleichzeitig vorhanden gewesen sein.

Die Kriterien sind:

- Der starke Wunsch oder eine Art Zwang die Substanz zu konsumieren bzw. das Verhalten auszuüben.
- Um eine gleiche Wirkung zu erzielen, ist eine Erhöhung der Dosis erforderlich.
- Ein Kontrollverlust tritt bezüglich des Beginns, Beendigung und Umfang des Konsumverhaltens auf.
- Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Herabsetzen des Konsums oder die Aufnahme Ersatzsubstanzen, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Die fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchmittels und erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen oder dem Verhalten nachzugehen wird immer deutlicher.
- Trotz dieser schädigenden Wirkung besteht ein anhaltender Substanzkonsum.

(Vgl. Internetquelle 05)

2.3 Kriterien, bezogen auf die Substanzen und das Verhalten

Es kann davon ausgegangen werden, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens wahrscheinlich, direkt oder indirekt, mit unterschiedlichen Formen und Arten von Abhängigkeiten in Kontakt kommt.

Eine Unterteilung der Abhängigkeiten erfolgt, wie in Punkt 2 benannt in substanzgebundene und substanzungebundene Stoffe.

Substanzgebundene Abhängigkeiten unterscheiden sich nach dem Suchtmittel.

Die Unterteilung in legale und illegale Suchtmittel unterliegt der Definition des BtMG (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln) und wird nur der Vollständigkeit halber dargestellt.

| Substanzgebundene Abhängigkeiten: | |
|--|------------------------------------|
| <u>Legale Suchtmittel</u> | <u>Illegale Suchtmittel</u> |
| Nikotin | Kokain und Crack |
| Alkohol | Opiate |
| Schnüffelstoffe | Cannabisprodukte |
| Koffein | Synthetische Drogen |
| Verordnete Medikamente | Halluzinogene |
| | Nicht verordnete Medikamente |

Abbildung 2 Substanzgebundene Abhängigkeiten

(Vgl. Internetquelle 06)

| Nicht Substanzgebundene Abhängigkeiten: |
|--|
| Spielsucht |
| Kaufsucht |
| Sexsucht |
| Arbeitssucht |
| Esssucht/Magersucht |
| Sportsucht |
| Computer/Internetsucht |

Abbildung 3 Nicht Substanzgebundene Abhängigkeiten

(Vgl. Ebenda)

Die Verhaltensweisen mit Suchtcharakter können auch der Einstieg für eine stoffgebundene Abhängigkeit sein. Die Arbeitssucht kann z.B. mit Nikotin-, Koffeinsucht und der Abhängigkeit von Aufputzmitteln einhergehen (Vgl. Internetquelle 05).

Da die nicht stoffgebundenen Süchte sozial häufiger akzeptiert werden, als stoffgebundene Süchte, fällt es dem Betroffenen leichter, den suchartigen Charakter länger geheim zu halten (Vgl. Internetquelle 07).

Eine hohe Anzahl von Erkrankten ist nicht nur von einer Substanz abhängig. Häufig liegt eine Mehrfach- und Mischabhängigkeit (Polytoxikomanie) vor, z.B. von Alkohol und Tabletten (Vgl. Internetquelle 05).

Obwohl die abhängig Kranken keine stoffgebundenen Suchtmittel konsumieren, führen stoffungebundene Suchtmittel dazu, dass sie eine Veränderung im Bewusstseinszustand herbeiführen und die Gefühle des Betroffenen verändern.

Auch die stoffungebundene Sucht kann einen rauschähnlichen Zustand entstehen lassen, der durch die im Körper erzeugten Stoffe hervorgerufen wird. Diese Stoffe werden als Endorphine bezeichnet und sich chemisch verwandt mit den Morphinen. Der Mensch erzeugt Endorphine normalerweise, wenn er über das normale Maß hinaus gehende Leistungen vollbringen muss, z.B.: um Schmerzen zu ertragen, zu flüchten oder um Angst zu kompensieren. Wenn die Endorphine jedoch regelmäßig, absichtlich, produziert werden, kann der menschliche Körper die hohen Belastungen nicht verkraften und beginnt, sich zu selbst zu schädigen. Dies ist z.B. der Fall, wenn Läufer ohne Regenerationszeiten einzuhalten, ihren Körper täglich mit Ausdauertraining über längere Distanzen belasten.

Wird von den Betroffenen oder den Angehörigen festgestellt, dass ein krankhaftes Verhalten vorliegt, ist unverzüglich eine Therapie zu empfehlen.

In dieser Situation sind die abhängig Kranken meist schon nicht mehr in der Lage, sich aus eigener Kraft zu helfen.

Für die unterschiedlichen Abhängigkeiten sind dafür unterschiedliche und zum Teil ergänzende Therapien zur Psychotherapie vorgesehen u.a. die der Sporttherapie.

3. Die Bedeutung von Sport

Sport ist in der Gegenwart Synonym für verschiedenste Arten von Aktivitäten. Dazu zählen unterschiedliche Wettbewerbsformen wie z.B. Laufen, Schwimmen aber auch Bodybildung und Yoga.

Eine grobe Unterscheidung gibt es im Breiten- und Leistungssport. In der Vergangenheit wurde der Zweck von Bewegung und Sport ganz unterschiedlich eingestuft.

Bereits im Altertum wurden Statuen und Abbildungen von Athleten ästhetisiert und körperliche Aktivitäten zum rituellen, therapeutischen, hygienischen und pädagogischen Nutzen eingesetzt.

Eine frühe Überlieferung zu der Auffassung, dass physische Aktivität über den mechanischen Aspekt hinaus von Nutzen ist, stammt vom griechischen Arzt Hippokrates (400 v. u. Z):

"Alle Teile des Körpers, die eine Funktion haben, werden gesund, gut entwickelt und altern langsamer, wenn sie in Maßen gebraucht und durch gewohnte Arbeit geübt werden. Wenn sie hingegen nicht gebraucht werden und träge sind, werden sie anfällig für Krankheiten, bleiben minderwüchsig und altern vorzeitig." (Vgl. Schwenk, 2007, S. 39- 41).

3.1 Entwicklung der Sporttherapie

Seit 1940 verbreitete sich in Europa die konzentrierte Bewegungstherapie und das Bobath Konzept, die ihre Basis in der Spiel- und Gymnastikbewegung haben und ihren Höhepunkt in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts fanden. Der verhältnismäßig neue Begriff „Sporttherapie“ verbreitete sich erst ab Mitte der 70er Jahre des 20. Jhd. mit der Veröffentlichung von RIEDER im Jahr 1975: „Sport als Therapie“. Die Bedeutung von Sporttherapie bezog sich danach noch für einen längeren Zeitraum auf den Rehabilitationsbereich und wurde erst in den vergangenen Jahren auf den psychiatrischen - psychosomatischen Bereich ausgedehnt (Vgl. Schwenk, 2007, S. 42- 43).

3.2 Definition der Sporttherapie

Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. hat Sport- und Bewegungstherapie wie folgt definiert:

„Sport – und Bewegungstherapie ist 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.

Sie will mit geeigneten Mitteln des Sportes, der Bewegung und der Verhaltensorientierung bei vorliegenden Schädigungen gestörte physische, psychische und psychosoziale (Alltag, Freizeit und Beruf betreffende) Beeinträchtigungen rehabilitieren bzw. Schädigungen und Risikofaktoren vorbeugen.

Sport- und Bewegungstherapie beruht dabei auf medizinischen, trainings – und bewegungswissenschaftlichen und insbesondere pädagogisch-psychologischen sowie soziotherapeutischen Elementen. Dabei dienen die trainingswissenschaftlichen Aspekte besonders der Auswahl und Dosierung der körperlichen Aktivität zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung.

Sport- und Bewegungstherapie intendiert die Erlangung der Handlungs- und Sozialkompetenz des Menschen und strebt Verhaltensstabilisation oder Verhaltensänderung mit dem Ziel einer besseren Lebensqualität und Ökonomisierung im Gesundheitswesen an.“ (Internetquelle 08)

Die Wirkungsweise der Sport- und Bewegungstherapie beruht auf der funktionellen und strukturellen Anpassung des biologischen Systems durch geeignete Aktivitäten. Die Sport- und Bewegungstherapie folgt dabei stets den Erkenntnissen der Ursachenforschung der Suchtkrankheit sowie indikationsspezifischen Grundlagen u.a. neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch und internistisch.

Bezugnehmend auf die Einleitung ist die strukturelle Anpassung des biologischen Systems durch geeignete Aktivität ein Hauptaspekt der Sporttherapie (Ebenda)!

Gerade durch das bewusste Erfahren von Bewegung wird der Mensch in sein Verhalten, der Konstituierung seiner Identität und der kompensatorischen Wirkung geprägt (Vgl. Büchner & Krüger, 1997, S. 25- 32).

Durch die Kenntnisse und Einstellung, die vermittelt werden, ergeben sich langfristige mehrdimensionale Wirkungen auf kognitive, psychische und affektive Lernziele.

Dabei werden z.B. folgende Aspekte integriert:

- Erlernen und Üben geeigneter motorischer Fähigkeiten
- Trainieren motorischer Fähigkeiten wie z.B. Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit
- Vermittlung von Kenntnissen und Wissen als Grundlage einer selbstständigen und langfristigen gesundheitsbezogenen Sozial- und Handlungskompetenz
- Aufbau von dauerhafter Motivation zur Realisierung von Eigenübungsprogrammen und zur Erreichung eines körperlichen aktiven Lebensstils

(Vgl. Internetquelle 08)

Neueste Forschungen in der Neurobiologie zeigen, dass körperliche Aktivitäten unmittelbare morphologische Veränderungen in bestimmten Hemisphären des Gehirns bewirken. Es zeigte sich z.B., dass körperliche Aktivität die Herstellung von Botenstoffen im zentralen Nervensystem anregt, was Möglichkeiten z.B. in der Behandlung und Prävention von Depressionen zeigt, die wiederum ein häufiger Anstoß für Substanz- und Verhaltensabhängigkeiten ist (Vgl. Mann, Havemann-Reinecke, & Gaßmann, 2007, S. 125).

Sport sowie andere Bewegungsformen und Sport- und Bewegungstherapie bieten eine Vielzahl von Optionen bzw. Wirkungsweisen, die teilweise schon genutzt werden.

Dazu eine Übersicht der verschiedenen Sport und Bewegungstherapien sowie eine Einordnung nach physiotherapeutischen und psychotherapeutischen Anteilen:

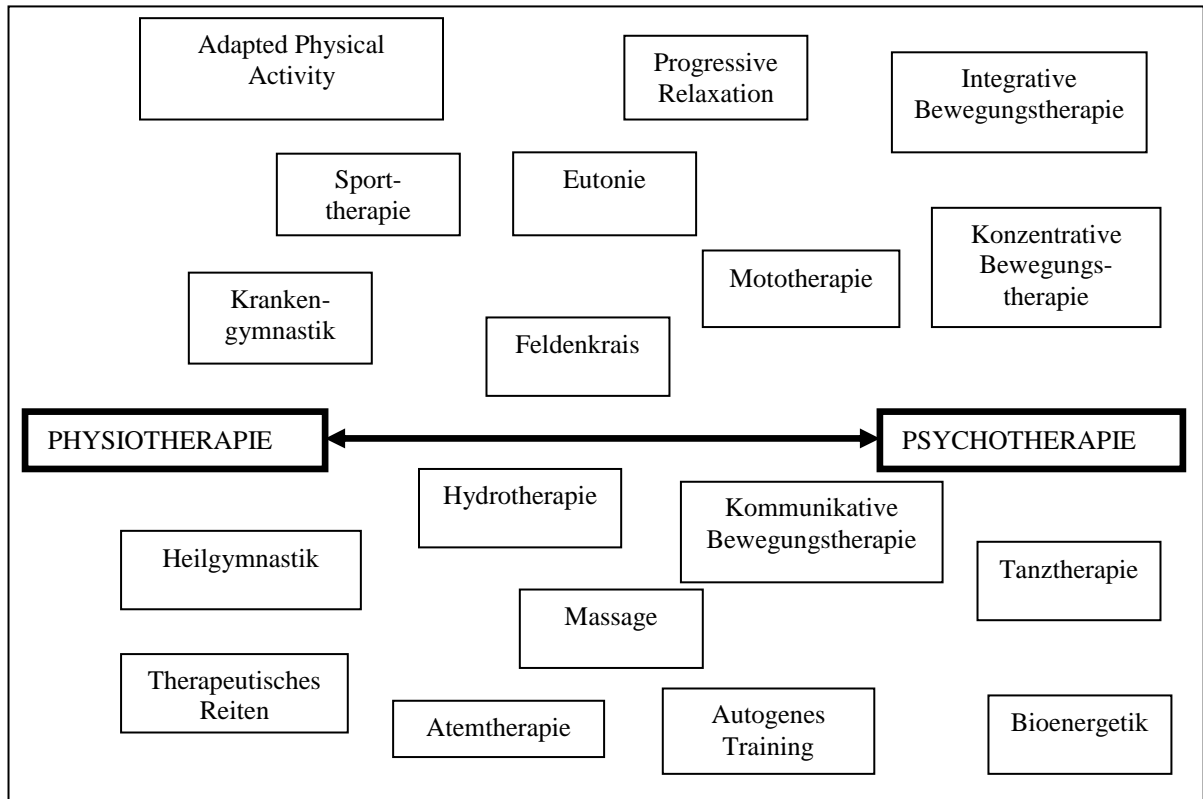


Abbildung 4 Übersicht der verschiedenen Sport und Bewegungstherapien

(Vgl. Hölter, 1993, S. 12)

Zum besseren Verständnis werde ich die Lauftherapie als Form der Sporttherapie und ihre Spezifik näher erläutern.

3.3 Die Lauftherapie

Für den Menschen hat das Laufen seit Anbeginn seiner Existenz eine große Bedeutung. Besonders bei den abhängig kranken Menschen kann eine positive Wirkung im Zusammenhang mit Lauftherapie beobachtet werden.

Das Laufen war schon immer für das Überleben der Menschen wichtig. Während der gesamten menschlichen Entwicklungsgeschichte hat das Dauerlaufen einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, das Überleben garantieren zu können. In unserer modernen Welt mit Rolltreppen, Autos und Flugzeugen ist das Laufen offenbar überflüssig geworden und hat nicht mehr den Stellenwert wie in der Vergangenheit. Doch das Laufen hatte niemals nur den Zweck, vor Gefahren zu warnen bzw. zu flüchten oder der Nahrungssicherung zu dienen, sondern es hat einen gleichermaßen wichtigen Einfluss auf die Physis und die Psyche der Menschen. Dieser Faktor darf nicht unterschätzt werden und bietet abhängig gewordenen Menschen eine Chance, ihr Leben wieder in geordnete Bahnen zu lenken.

3.3.1 Definition der Lauftherapie

Die Lauftherapie ist ein ganzheitlicher, unspezifischer Weg zur Prophylaxe und Behandlung von Beeinträchtigungen im physischen und psychischen Bereich (Weber, 1999, S. 16).

Die Grundlage für das Modell der Lauftherapie sind die konzeptionellen Voraussetzungen der lauftherapeutischen Arbeit und die dafür geschaffenen inhaltlichen und organisatorischen Rahmen (Weber, 1999, S. 15).

3.3.2 Ziele der Lauftherapie

Lauftherapie zielt u.a. auf zeitlich begrenzte Störungen, Disharmonien, Prävention sowie Hilfe zur Selbsthilfe ab.

Allgemeine Ziele sind die Stärkung des Wohlbefindens und des seelischen Gleichgewichts (aus eigener Kraft), besseres Wahrnehmen, Kennenlernen und Akzeptieren des eigenen Körpers, die Fähigkeit Stress abzubauen und unter Kontrolle zu halten sowie neue Kontakte aufzunehmen und die Gemeinschaft in der Gruppe als positiv zu erfahren (Weber, 1999, S. 26 ff.).

3.3.3 Lauftherapie für abhängig kranke Menschen

Die Anwendung der Lauftherapie ist speziell für Drogenabhängige geeignet, da es bei dieser Therapieform besonders darauf ankommt, dass der abhängige Mensch beim Laufen sich selbst erlebt und sich beim Erleben ernst nimmt.

Wesentliche Inhalte der Sporttherapie sind der Abbau von Angst, Aggression und Depression, die bei einer Abhängigkeit häufig vorkommen.

Beispielsweise können Angstpatienten beim Laufen ein neues Gefühl für ihre Umwelt erleben und sich dabei selbst ein Stück öffnen. Indem der Klient den geschlossenen Raum verlässt und sich in der freien Natur bewegt, ändern sich Wahrnehmung und Körpergefühl. Diesen Zustand können sie jederzeit wiederholen. Mit der Gewissheit, dem Gefühl der Enge entlaufen zu können, kann sich ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit ausbreiten, welches auch nach der Bewegung noch lange anhält (Vgl. Interview Weber, 2003, S.71).

Zudem ist der ökonomische Aspekt ein wichtiger Faktor bei der Auswahl der Behandlungsmethode. Gerade bei den Menschen, die nach der Behandlung weiterhin aktiv sein möchten, aber nur über geringe finanzielle Mittel verfügen, ist das Laufen am geeignetsten, da es im Vergleich zu anderen Aktivitäten relativ wenig Kosten verursacht.

3.3.4 Ablauf der Lauftherapie:

Generell finden Lauftherapien das ganze Jahr über statt. Eine Therapie erstreckt sich in der Regel über zwölf Wochen mit jeweils zwei Übungseinheiten pro Woche. Die praktischen Übungseinheiten erfolgen ausnahmslos im Freien. Es wird jedem Absolventen ein Anfängerkurs angeboten, mit der Möglichkeit, zu einem Fortgeschrittenenkurs zu wechseln. Fachliche Anleitung erhält die Therapiegruppe von einem ausgebildeten Sporttherapeuten. Dabei ist die wichtigste Aufgabe für den Therapeuten, den Klienten so für seinen eigenen Körper zu sensibilisieren, dass er auf dessen Signale achtet und ein Gespür dafür entwickelt, auf diese reagieren zu können.

In der Lauftherapie spielt neben dem Laufen das Gespräch eine besondere Rolle. Das Gespräch der Gruppenmitglieder während des Laufens miteinander sowie das Gespräch mit dem Therapeuten im Besonderen dienen dazu, die Erfahrungen in der Therapie zu vertiefen und zu festigen (Vgl. Weber, Lauftherapiekurs 13, 2004).

Ausgehend von den physischen und psychischen Ressourcen muss die Lauftherapie vom Sporttherapeuten modifiziert und für die jeweiligen Bedürfnisse des Klienten angepasst werden.

3.4 Ziele der Sporttherapie

Die primären Ziele der Sporttherapie im Allgemeinen sind die Förderung der Gesundheit und die Unterstützung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen. Diese können durch gesundheitssportliche Aktivitäten sowie sporttherapeutische Maßnahmen erreicht werden.

Die Sport- und Bewegungstherapie kann bei körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Weiterhin soll sich der Körper des Patienten an einen geregelten Ablauf (u.a. regelmäßige Trainingszeiten) gewöhnen (Vgl. Internetquelle 09).

Im Rahmen des sporttherapeutischen Programms werden gemäß dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. folgende Ziele und Aufgaben verfolgt:

- Entwicklung und ständige Anpassung der sportwissenschaftlich begründeten bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung sowie der Sport- und Bewegungstherapie als Bestandteil eines leistungsfähigen und bezahlbaren Gesundheitssystems;
- Qualitätssicherung und Optimierung in allen Bereichen des Gesundheitssports und der Sporttherapie;
- Integration der Sport- und Bewegungstherapie in ambulante, teilstationäre und stationäre Strukturen;
- Etablierung der Sport-/und Bewegungstherapie als Heilmittel;
- Optimierung von Qualifikationsstrukturen in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Sportpädagogen/Sportwissenschaftlern für die Arbeitsfelder der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung und der Sporttherapie;
- Berufspolitische Interessenvertretung

(Internetquelle 09)

3.4.1 Ziele der Sporttherapie aus der Perspektive der Abhängigkeitsproblematik

In Anbetracht des Hintergrunds der Abhängigkeitsproblematik sind weitere spezielle Ziele zu nennen. Die Sporttherapie soll neben den sporttherapeutischen Angeboten auch die Vermittlung von Spaß und Lebensfreude, Leistungsbereitschaft, Genussfähigkeit, Kontrolle des Körpers sowie die Stärkung des Selbstvertrauens als übergeordnetes Ziel übernehmen!

Diese Ziele werden erreicht durch:

- die Steigerung des Wohlbefindens des Klienten,
- die Förderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit,
- die Entwicklung eines gesunden Körperbewusstseins,
- das Erleben von Spannung und Entspannung im Wechselspiel,
- die Erfahrung, dass der Klient durch Bewegung einen emotionalen Ausgleich erlangen kann,
- das Erlernen einer realistischen körperlichen Selbsteinschätzung,
- die Entwicklung von Frustrationstoleranz,
- Das Sammeln von verschiedenen Gruppenerfahrungen im sportlichen Kontext,
- Das Training des zwischenmenschlichen Umgangs in der Gruppe.

(Vgl. Rahmani, 2001, S. 38 – 44)

Beim Verfolgen dieser Ziele mittels bestimmter Übungen, Spiele usw. sollen persönliche und körperliche Ressourcen aufgebaut werden, die entweder noch nicht vorhanden waren bzw. die durch die Sucht verloren gegangen sind (siehe auch Punkt 3.3 Lauftherapie und Punkt 6.1 Die Sporttherapie als Methode der Suchttherapie - Praxisbeispiel).

4. Risiken der Sporttherapie

Die Sporttherapie ist fester Bestandteil jeder Form der Suchttherapie aufgrund der im Punkt 3.4.1 beschriebenen Ziele. Trotzdem besteht bei abhängig kranken Menschen immer auch die Gefahr der Suchtverlagerung, das heißt eine Sucht wird durch eine andere ersetzt.

Dieses Phänomen, das auch bei Leistungssportlern häufig auftritt, wurde zufällig 1970 von Baekelund im Rahmen einer Untersuchung zu den Effekten von Sportdeprivation auf das Schlafverhalten entdeckt. Aus verschiedenen Beobachtungen schloss Baekelund, dass exzessives Sporttreiben die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt und in Form einer Sportsucht auftreten kann. Die ersten Definitionen der Sportsucht bezogen sich nur auf das Langstreckenlaufen. Später entwickelten verschiedene Autoren unterschiedliche Definitionen von Sportsucht, die sich auch in verschiedenen Versionen widerspiegeln (Vgl. Grüsser & Thalemann, 2006, S. 97).

Eine Definition wurde von dem Psychiater Dr. William Glasser formuliert. In dieser unterscheidet er zwischen einer positiven und negativen Abhängigkeit. Eine positive Abhängigkeit entsteht z.B. durch Aktivitäten wie Joggen, die gut für das Individuum sind, währenddessen negative Abhängigkeiten u.a. durch schädliche Stoffe wie Drogen entstehen. Für Glasser ist positive Abhängigkeit diejenige, die die mentale Stärke steigert und diejenige, wenn sie nicht durchgeführt werden kann, zu einer Art Schmerz oder zu psychischem oder physiologischem Unwohlsein führt. Eine positive Abhängigkeit macht Spaß, dominiert aber nicht das Leben der betroffenen Personen, wie es der Fall bei einer negativen Abhängigkeit ist. Glassers Theorie basiert auf der Annahme, dass Verhaltensweisen, die außerordentlichen Spaß machen können, oft euphorische mentale Effekte hervorrufen, wodurch diese Verhaltensweisen dann als so wohltuend empfunden werden, dass sie suchterzeugend wirken. Wenn positiv abhängige Jogger am Laufen gehindert werden, so werden sie davon abgehalten, dieses positive Gefühl empfinden zu können und entwickeln in der Folge eine negative Stimmung, Schuldgefühle oder Entzugsschmerzen (Vgl. Glasser, 1985, S.25).

Einen anderen Schwerpunkt bei der Betrachtung von Sportsucht beschreibt der Brite De Coverly Veale als einen Zustand, in dem eine Person exzessiv Sport treibt. Er orientiert sich mit seinen Kriterien für Sportsucht an den Kernmerkmalen eines Abhängigkeitssyndroms und stellt fest, dass die Sportsüchtigen sehr schwer in der Lage sind, nur einen Tag lang auf körperliche Betätigung zu verzichten. Sie treiben auch dann mindestens einmal pro Tag Sport, wenn gesundheitliche Risiken und Schäden nicht ausgeschlossen sind. Sie beschäftigen sich gedanklich mit dem Sport und zeigen psychische Entzugssymptome, wenn es ihnen nicht möglich ist, ihren körperlichen Betätigungen nachzugehen. In der Literatur wird auf das Phänomen der Essstörungen, das vielfach im Zusammenhang mit der Sportsucht auftritt, hingewiesen. Danach wurden die Begriffe „primäre Sportsucht“ und „sekundäre Sportsucht“ geprägt, um zwischen der Sportsucht als einem eigenständigen Störungsbild und der Sportsucht als eine mit einer bestehenden Essstörung assoziierten Störung unterscheiden zu können (Vgl. Grüsser & Thalemann, 2006, S. 99).

Veale unterscheidet dabei über die diagnostischen Kriterien für primäre und sekundäre Sportsucht:

primäre Sportsucht:

- ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Sport, die stereotypisiert abläuft und zur Routine geworden ist;
- starke Entzugserscheinungen, wenn kein Sport getrieben werden kann (z.B. Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Schlaflosigkeit);
- Die ständige gedankliche Beschäftigung verursacht klinisch relevantes Leiden oder Beeinträchtigungen in physischen, sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen.

sekundäre Sportsucht:

- Einengung des Verhaltensrepertoires führt zu einem stereotypisierten Verhalten bezüglich des Sporttreibens mit einem geregelten Trainingsplan;

- das Individuum stellt andere Aktivitäten zurück, um den Trainingsplan erfüllen zu können;
- Toleranzentwicklung bezüglich des Ausmaßes des Sporttreibens über die Jahre;
- Entzugserscheinungen im Sinne von Stimmungsschwankungen, wenn der Trainingsplan beendet wird;
- Erleichterung oder Vermeidung von Entzugserscheinungen durch mehr Sporttreiben (siehe auch Toleranzentwicklung);
- subjektives Bewusstsein, dass ein Drang/Zwang zum Sporttreiben besteht;
- schnelle Wiederaufnahme der alten Trainingsgewohnheiten und Entzugssymptome nach einer Abstinenzperiode

(Vgl. Grüsser & Thalemann, 2006, S. 100)

Diese Form der stoffungebundenen Abhängigkeit ist wie bei den meisten Abhängigkeiten, das Ergebnis von gesundheitsschädigenden sozialen Faktoren und Erlebnissen.

4.1 Ursachen der Sportabhängigkeit

Da sich viele Menschen in der einen oder anderen Form sportlich bewegen, ist es schwer nachzuvollziehen, dass sich daraus eine Sucht entwickeln kann, dies ist aber durch die Beschaffenheit des menschlichen Organismus und seiner Funktionsweise möglich.

Verschiedene empirische Studien haben nachgewiesen, dass körperliche Betätigung eine psychische Belohnung darstellt, die sich unter anderem in einer verbesserten Stimmung, einer besseren Gesundheit und erhöhten Optionen zur sozialen Interaktion widerspiegelt. Ebenfalls wurde dokumentiert, dass Sporttreiben einen angstlösenden Effekt hat. Durch die variierte Aktivierung der Botenstoffe sowie durch die Steigerung der Körpertemperatur und der damit verbundenen Entspannung der Muskelaktivität sind die positiven Effekte möglicherweise begründet. Mehrere Wissenschaftler geben unabhängig voneinander an, dass die wahrgenommene Euphorie während intensiver sportlicher Betätigung das Ergebnis von physischen Veränderungen im Gehirn ist. Die sportliche Betätigung verändert sowohl den Endorphin- und Katecholamin als auch den Dopaminhaushalt (Vgl. Grüsser & Thalemann, 2006, S. 103, 104).

Aus diesen Überlegungen ergeben sich drei Ätiologiemodelle.

➤ Die Endorphinhypothese

Diese Hypothese besagt, dass die Person körpereigene Opiate (Endorphine) produziert und diese für einer Verbesserung der Stimmung sowie schmerzlindernd bzw. schmerzunterdrückend wirken.

➤ Die Katecholaminhypothese

Unter Katecholamine werden die Neurotransmitter Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin zusammengefasst, die aus der Aminosäure Tyrosin in einem gemeinsamen Biosyntheseweg synthetisiert werden. Die Hypothese geht davon aus, dass Sporttreiben Katecholamine freisetzt, die äußerst stark an der Regulation von Aufmerksamkeit, Stimmung, Bewegung, Stressreaktion und des Herz- und Gefäßsystem des Körpers beteiligt sind.

➤ Die Dopaminhypothese

Das auch unter dem Namen „Glückshormon“ bekannte Dopamin spielt eine wesentliche Rolle bei Verstärkungsprozessen im dopaminergen mesolimbischen System (das „positives Belohnungssystem“).

Die Hypothese besagt, dass übermäßige sportliche Betätigung durch die Verstärkung dopaminergere Aktivität im mesolimbischen verhaltensverstärkenden Belohnungssystem aufrechterhalten wird. Weiterhin wird in diesem Zusammenhang festgestellt, dass die Gabe von Dopaminagonisten (Wirkstoffe, die ebenso wie Dopamin in der Lage sind, Dopamin-Rezeptoren zu stimulieren) eine Steigerung des Aktivitätsniveaus bewirkt.

(Ebenda)

Ausgehend von den drei genannten Hypothesen, die sich alle auf das Belohnungssystem des menschlichen Körpers beziehen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Soziale Arbeit an dieses System anknüpft um dadurch auch auf kognitiver Ebene beim Klienten ein Umdenken auszulösen.

5. Aspekte für die Soziale Arbeit

Bereits seit einigen Jahren zeigt die Verbindung zwischen Sozialer Arbeit und Sport sowie Sporttherapie vielversprechende Erfolge. So wird Sport z.B. als Methode zur gesellschaftlichen Wiedereingliederung und Erziehung im Strafvollzug eingesetzt sowie in der Heimerziehung und in der Behindertenarbeit angewendet. Seit längerer Zeit fordern Experten ein verbessertes übergreifendes Zusammenwirken von Sportwissenschaft und Pädagogik. Erst in der jüngeren Vergangenheit hat das Interesse am Einsatz von Sport auch in der Suchttherapie und der gezielten Suchtprävention zugenommen. Verschiedene Dissertationen und Abschlussarbeiten zu diesem Thema belegen diese Tendenz. Wie effektiv und nachhaltig die psychotherapeutische Wirksamkeit von Sport neben der unumstrittenen somatischen Rehabilitation in der Suchttherapie ist und ob die Sporttherapie als eine mögliche eigenständige Therapiesäule zu betrachten ist, wurde bis heute noch nicht genügend empirisch untersucht. Viele Untersuchungen lassen aber auf eine positive Wirkung von Sport in der Suchtbehandlung schließen.

Trotz dieser Wirkung steht vor allem die Präventionsarbeit in Verbindung mit sozialer Arbeit im Vordergrund. Nicht nur die Aufklärung über mögliche Folgen von Drogenkonsum und die dazugehörigen abschreckende Beispiele sind bei der Prävention in der sozialen Arbeit gefragt (Vgl. Schwenk, 2007, S. 125 – 128).

Viel wichtiger ist die Begleitung der Persönlichkeitsentwicklung bei heranwachsenden Menschen. Nicht nur der Körper des Individuums wächst und verändert sich, auch der Mensch als soziales Wesen befindet sich in einem ständigen Entwicklungsprozess. Nur die wenigsten Menschen können ohne andere Menschen existieren. Deshalb versucht das Individuum, einen für sich geeigneten Weg zu finden, um mit dem anderen Individuum in Kontakt zu treten. Es werden verschiedene Fähigkeiten entwickelt, um die Persönlichkeit offener, kompetenter, klarer, fähiger, wirksamer und seelisch gesünder werden zu lassen, damit wir auch in schwierigen Situationen wie bei Verlust, Enttäuschung oder Traurigkeit lernen, damit umgehen zu können und nicht gesundheitsschädigende Strategien anwenden wie es häufig abhängige Menschen tun (Vgl. Schwarte, 2002, S. 113 – 115).

Die optimale Prävention zum Schutz junger Menschen vor Suchterkrankungen liegt in einer starken und gefestigten Persönlichkeit, die auf einer Erziehung zu Humanität und Selbstvertrauen basiert, um damit in schwierigen Lebensphasen nicht auf schädliche Substanzen oder Verhaltensweisen zurückzugreifen. Ein Sport- und Bewegungsunterricht in Vereinen und Schulen, der bei der Erziehung von Kindern und Jugendlichen auf Selbstverantwortung, Pluralität und Toleranz sowie der Möglichkeit einer kreativen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper baut, und die Entwicklung eines willensstarken Charakters durch den Dialog mit anderen zum Ziel hat, ist dabei zu empfehlen. Dazu mehr im Kapitel 7 Sporttherapie als Prävention.

Wenn bereits eine Abhängigkeit vorhanden ist oder infolgedessen eine Verhaltensstörung vorliegt, muss die Soziale Arbeit fachspezifisch reagieren und nicht nur versuchen, durch sportmotorische Kenntnisse dem Klienten zu helfen (Vgl. Schwenk, 2007, S. 125 – 127).

Dem Aspekt Sport stand die Soziale Arbeit mit ihren Trägern, Institutionen und die für sie handelnden Menschen viele Jahre lang zurückhaltend bis ablehnend gegenüber. Weder das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt noch das bis 1990/1991 geltende Gesetz für Jugendwohlfahrt erwähnte den Begriff „Sport“. Derzeit ist zumindest im § 11 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII ein Schwerpunkt für die „Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit“ integriert.

Besonders im Breiten- und Freizeitsport hat das Verhältnis Sport und Soziale Arbeit insbesondere bei der Suchtprävention an Bedeutung gewonnen.

Ungeachtet dessen darf nicht vergessen werden, dass Sport und Soziale Arbeit nicht für die gleichen Ziele stehen. Sie haben beide ihre eigenen Organisationen, spezielle Ziele und Zielgruppen, Träger, Inhalte und Finanzierungsregelungen, beide handeln nach unterschiedlichen Leitbildern und Leitideen und arbeiten nach verschiedenen Prinzipien. Doch gerade weil Sport und Soziale Arbeit verschieden sind, konnten sich die Reize entwickeln, die besonderen Möglichkeiten des anderen Handlungsfeldes zu nutzen (Vgl. Kreft. 2011, S. 10).

Dazu zwei Beispiele wie Sport und Soziale Arbeit gut miteinander kooperieren können:

Im Jahr 2008 stellte der Deutsche Fußballbund das Integrationskonzept unter dem Motto „aktive Wahrnehmung gesellschaftlicher und sozialer Verantwortung“ vor. Dieses Angebot diente zur Integration von ausländischen Kindern in Deutschland. Dessen Umsetzung überwachte ein Netzwerk von 21 Integrationsbeauftragten in den 21 Landesverbänden. Ein Resultat dieses Konzeptes ist, dass bei den U15-Junioren bis U20 Nationalmannschaften (männlich) inzwischen bis zu einem Drittel der Spieler mit Migrationshintergrund im Kader sind (Vgl. Kreft. 2011, S. 13).

Seit 2006 läuft zusätzlich zudem ein DFB-Modellprojekt „Soziale Integration von Mädchen durch Fußball“. In diesem Projekt können die Mädchen sich u.a. in Mädchenfußball-AGs treffen um zu spielen und zu üben oder in den Ferien spezielle Fußballcamps besuchen (Vgl. Internetquelle 10).

Weiterhin werden in Reittherapien, wie z.B.: die Hippotherapie oder das heilpädagogische Reiten u.a. für Menschen mit Körperbehinderungen und für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche zur Stärkung ihrer Sensomotorik in verschiedenen Reitvereinen angeboten und von Voltigier- und Reitpädagogen begleitet (Vgl. Kreft. 2011, S. 11).

6. Die Sporttherapie als Methode der Suchttherapie - Praxisbeispiel

Zur Gewinnung von Praxisinformationen für meine Abschlussarbeit kontaktierte ich das Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Rodewisch.

Am 15.12.2011 traf ich mich mit Frau Wolf. Sie ist eine von zwei Physio- und Sporttherapeutinnen im Klinikum. Bei einem Gespräch über die allgemeinen Inhalte und Erfahrungen mit der Sporttherapie sowie bei der aktiven Teilnahme an einer Sporttherapieeinheit konnte ich einen besseren Einblick in die Sporttherapie im Rahmen der Suchttherapie erhalten.

Die Rehabilitationseinrichtung für abhängig kranke Menschen hat eine Kapazität von 30 Therapieplätzen. Diese bietet Platz für zwei Männer- und eine Frauengruppe. Das Klinikum behandelt auf dieser Station ausschließlich Abhängigkeiten, die aus einem stoffgebundenen Suchtmittel resultieren wie z.B.: Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.

Seit der Gründung der ehemaligen "Königlich Sächsischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Untergöltzsch" im Jahr 1893 wurde Sport stets im Rahmen der Therapie auf allen Stationen mit Ausnahme der Neurologie Station angeboten.

Die Entwöhnungsbehandlung (auch unter „Entgiftung“ bekannt) dauert 21 Tage. Nach der Behandlung steht es den Patienten offen, das Klinikum zu verlassen oder eine Langzeittherapie zu beginnen. Wenn die Patienten sich für eine Langzeittherapie entscheiden, dauert diese ca. zwölf Wochen.

Der Therapieplan ist für jeden Patienten mit einer Abhängigkeit gleich. Nur bei der Vergabe der Medikamente gibt es Unterschiede. Dieser Plan sieht Einzeltherapien, Gruppentherapien, Infoseminare, Arbeitstherapien, Kreativtherapien, Entspannungstherapien, Nordic Walking und Sporttherapien vor.

Diese Therapiebausteine sind fest jeweils über eine Woche (von Montag bis Freitag) als Pflichtprogramm geplant.

Die erste Sporttherapiegruppe umfasst Patienten, die keine physischen Einschränkungen haben. Die Therapeuten versuchen die Teilnehmer bis an ihre sportlichen Leistungsgrenzen zu bringen u.a.: mit Staffelspielen und Ballsportarten.

Die zweite Sporttherapiegruppe ist für Patienten, die entweder durch ihre Abhängigkeit psychisch und physisch geschädigt, oder durch sonstige Zustände in ihren motorischen Handlungen eingeschränkt sind, bestimmt. Diese Gruppe wird auch als „Ressourcenorientierte Gruppe“ bezeichnet. Es werden vor allem grundlegende sportliche Übungen durchgeführt u.a.: Hock- und, Wirbelsäulengymnastik. Vor einigen Jahren ist zusätzlich das Nordic Walking als Ergänzung zur Sporttherapie eingeführt worden. An diesem Angebot nehmen alle Gruppen teil. Dies ist auch die einzige Möglichkeit, bei der Frauen und Männer zusammen Sport treiben. Die Einteilung in geschlechterspezifische Sportgruppen während des Therapiezeitraums ist beabsichtigt.

Das Alter der Patienten bewegte sich zwischen 20 und 55 Jahren. Das Leistungsniveau reicht vom ehemaligen Leistungssport bis zur völligen sportlichen Inaktivität.

Vor jeden Beginn und während der Therapie werden mit Psychotherapeuten und Psychologen Besprechungen durchgeführt, in welche Richtung die Sporttherapie gehen soll. Häufig wird das Hauptaugenmerk auf verschiedene Gruppen-, Merk- sowie Koordinationsaktivitäten gelegt. Damit soll dem Patienten die Akzeptanz der eigenen Leistungsfähigkeit, das Unterordnen in die Gruppe, das Aufbrechen von alten Verhaltensmustern, die Einhaltung von Regeln, sowie das Gefühl von Nähe und Distanz gezeigt werden. Freude und Spaß an der Bewegung stehen im Vordergrund der Sporttherapie.

Weiterhin wird darauf geachtet, dass Regeln eingehalten werden und das nicht nur während der Sporttherapie sondern im gesamten Zeitraum der Therapie. Diese Regeln werden dem Patienten vor Beginn der Therapie mitgeteilt, und sie müssen diese in der Therapievereinbarung unterschreiben. Wenn die Regeln nicht beachtet werden, bekommen die Patienten je nach Schwere des Regelverstößes Punkte zugeschrieben. Beispielsweise bekommt ein Patient, wenn das Handy während einer Therapiesitzung klingelt einen Punkt. Wenn der Patient sieben Punkte erreicht hat, wird die Therapie sofort abgebrochen.

Die Patienten haben zudem die Möglichkeit, Sport in ihrer Freizeit in verschiedenen Variationen zu betreiben. Für diesen Zweck ist ein Sportraum, ausgestattet mit Fitnessgeräten, Matten und Kurzhantelbereich im Wohnhaus, eingerichtet worden. Zudem bietet das Klinikum einen eigenen Sportplatz sowie eine Kegelbahn. Diese

können von den Patienten frei genutzt werden und somit zusätzlich zur eigenen Aktivität anregen.

Während der Therapie wird sehr darauf geachtet, dass der Sport nicht vordergründig wird und zur Abhängigkeit führt. In der Vergangenheit ist es nur sehr selten vorgekommen, dass sich Patienten zu sehr auf den Sport konzentriert und kein gesundes Maß für diesen gefunden haben. In besagten Fällen wurde schnell entgegengewirkt.

Allen Therapieformen wird die gleiche Anzahl an Stunden zur Verfügung gestellt, um die gesamte Therapie ausgewogen zu gestalten.

Der Unterschied zu herkömmlichen Sporttherapieformen wie z.B. bei der Herzsportgruppe ist, dass bei der Sporttherapie in der Suchttherapie eher der verhaltenstherapeutische Aspekt und weniger der Aufbau von körperliche Fitness im Vordergrund steht.

Alle zwei Jahre findet ein Abstiniententreffen auf dem Gelände der Klinik statt, zu denen ehemalige Patienten, Therapeuten und Ärzte eingeladen sind. Die Patienten haben sich immer positiv über die Sporttherapie geäußert und vereinzelt berichtet, dass diese Form der Therapie ausschlaggebend dafür war, die gesamte Therapie noch wesentlich ernster zu nehmen und sie erfolgreich zu beenden.

Der grundlegende Ablauf einer Sporttherapieeinheit beinhaltet eine kurze Gesprächsrunde zum derzeitigen Befinden, eine Erwärmungseinheit, verschiedene Spielevarianten u.a. Kooperations- und Vertrauensspiele und der Abschluss mit Aufdehnungsübungen sowie einer Reflexionsrunde von Patienten und Therapeuten.

Andere Mitarbeiter wie z.B. Sozialarbeiter und Psychologen begleiten selten die Sporttherapie, da es durch die Überschneidung der Therapieeinheiten schwierig ist, eine Teilnahme zu realisieren. Dennoch wird versucht, eine gute Kommunikation zwischen den Therapeuten zu pflegen.

Während des Aufenthaltes im Klinikum Rodewisch erhalten die Patienten die Aufgabe, am Ende der Therapiezeit eine Sporttherapiestunde selbst zu leiten. Das soll den Patienten helfen, eine andere Sichtweise auf die Gegebenheiten zu bekommen und ihnen auch ein Stück Vertrauen schenken. Bei dieser „Bewährungsprüfung“ zeigt sich, was die zu diesem Zeitpunkt idealerweise bereits nicht mehr abhängigen Menschen aus der Therapie gelernt und

mitgenommen haben. Dazu gibt es eine erweiterte Auswertung mit Eigeneinschätzung, Feedback der Gruppe und des Therapeuten.

Zusätzlich bekommen die Patienten Adressen genannt, wo sie in ihren Heimatorten weiterhin Sport treiben bzw. sich in Selbsthilfegruppen weitere Hinweise geben lassen können.

Nach dem informativen Gespräch gingen wir in die nahegelegene klinikeigene Sporthalle.

6.1 Eine Sporttherapieeinheit im Krankenhaus Rodewisch:

Die Sportgruppe bestand aus acht männlichen Teilnehmern mit unterschiedlichen Abhängigkeiten im Alter von 20 bis 55 Jahren. Die Einheit dauerte 90 Minuten.

der Ablauf:

| | Eröffnung | Hauptteil | Schluss |
|---------------|---|--|---|
| Inhalt | Abfragen des Befindens in der Runde Erwärmung: -freies Gehen →aufbrechen von alten Verhaltensmuster -varierte Ballspiele →zum Kennenlernen der Namen der Teilnehmer : zuerst mit einen Ball, am Ende mit vier Bällen | -Staffellauf mit verschieden Stationen und Variationen – z.B. das Kopieren der Aktionen, welche ein Teilnehmer der Gruppe vorgibt -Ball über die Schnur mit verschiedenen Bällen, von großen erdnussförmigen Gymnastikbällen bis zum kleinen Gummiball in unterschiedlichen Varianten →dient zur Regulierung des Gruppenklimas | -intensives aufdehnen -kurze Feedbackrunde |

Abbildung 5 Ablauf einer Sporttherapie

7. Sporttherapie als Prävention

Die optimale Herangehensweise, einem Suchtpatienten zu helfen, ist ihn nicht zu einem, solchen werden zu lassen. Dies ist leider trotz Präventionsarbeit im Kinder- und Jugendalter nie vollständig möglich, doch sollte dieser Ansatz der eigentliche Anspruch sein! Die verschiedenen äußeren Einflüsse, die zu einer Suchterkrankung führen, sind mindestens genauso komplex wie die Suchterkrankung selbst.

Wie bei vielen psychosomatischen Störungen werden die Ursachen in der Kindheit vermutet. Somit ist besonders wichtig, dass die Entwicklung der Kinder und Jugendliche darauf abzielt, sie zu geistig vitalen sowie selbstbewussten Menschen zu erziehen. Dies ist die bestmögliche „Methode“ einen Menschen u.a. vor Suchterkrankungen zu schützen.

Erzeugt man altersgerechte und geschützte Freiräume für Kinder und Jugendliche, können sie sich in diesen erproben und so Vertrauen in ihre persönlichen Fähigkeiten sowie Selbstständigkeit und Eigenverantwortung entwickeln. Die Erziehung zur Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren gegen eine Suchtentwicklung (Vgl. Wille, 1994, S. 77).

Dieser erzieherische Ansatz ist im SGB VIII festgehalten:

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ - §1 SGB VIII

Bewegung und Sport sind eine Option, diese Vorgaben gemäß §1 SGB VIII zu unterstützen. Eine Person mit einer positiven gesunden Einstellung zum eigenen Körper wird die „Anziehungskraft“ von Suchtmitteln eher ablehnen und damit vor den Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen, chronischen Atemwegserkrankungen, Schlaganfall, vorzeitigen körperlichen und geistigen Verfall und dem vorzeitigen Tod bewahrt bleiben.

Es ist nachgewiesen, dass Sport eine antidepressive Wirkung hat und damit ein Schutz vor Suchtverhalten ist (siehe Anlage 1).

Dieser Rechtsanspruch gilt allerdings nur im Sinne des SGB VIII für junge Menschen ("wer noch nicht 27 Jahre alt ist" -§ 7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII).

Personen, die älter sind, müssen die jeweiligen Krankenkassen kontaktieren, damit eine Präventionsmaßnahme bewilligt wird. Der Rechtsanspruch dafür ist im SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung §20 Prävention und Selbsthilfe festgeschrieben.

7.1 Prävention mit Hilfe des Vereins

Generell eignen sich Sportvereine für Kinder und Jugendliche an. Besonders Mannschaftssportarten bieten ein Testfeld für Verhaltensweisen auch außerhalb des Vereines wie z.B.:

| |
|--|
| Konfliktfähigkeit, |
| Selbstvertrauen, |
| Kontaktfähigkeit, |
| Durchsetzungsvermögen, |
| Verantwortungsübernahme, |
| Rücksichtnahme - Vertrauen auf andere, |
| Kommunikationsfähigkeit, |
| Kompromissfähigkeit und |
| Selbstwertgefühl. |

Abbildung 6 Verhaltensweisen

(Vgl. Schwenk, 2007, S.66)

Das Gemeinschaftsgefühl wird in einer Mannschaftssportart besonders gestärkt. Hier lernt man, sich in ein soziales Gefüge einzuordnen und, wie in einer Familie, durch gemeinschaftliches Handeln und Kompromissbereitschaft das Fortbestehen der Gemeinschaft zu sichern. Ergänzend dazu, tragen Mannschaftssportarten nicht nur zur körperlichen Fitness bei, sondern stärken gleichzeitig auch soziale Eigenschaften. Der Teamgeist spielt nicht ohne Grund in jedem Bereich unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle und im Sport lässt sich die Teamfähigkeit leichter erlernen als in einer Gruppentherapie (Vgl. Internetquelle 11).

In einer sozialpsychologische Grundlagenstudie von R. Bergler, D. Haase, S. Poppelreuter, B. Schneider und M. Wemhoff mit den Titel: „Ursachen des Alkoholkonsums Jugendlicher“ im Jahr 2000, wurde festgestellt, dass ein aktives Sportverhalten in einem positiven Zusammenhang mit dem Verzicht auf Alkohol oder einem insgesamt gemäßigten Trinkverhalten steht. Befragt wurden 997 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 – 17 Jahren mit unterschiedlicher sozialer Herkunft sowie Schulbildung. Von denen gaben 488 an, in ihrer Freizeit Sport zu treiben. 66% der als Nichttrinker eingestuften Befragten waren Mitglied in einen Sportverein. Ebenso hatten 60 % der als Gelegenheitstrinker eingestuften

und 48% der als regelmäßig trinkenden Jugendlichen eine Mitgliedschaft in einen Sportverein (Vgl. Bergler, 2000, S. 166).

Der Hauptverantwortliche der Studie, Reinhold Bergler zog, folgendes Resümee: „Jugendliche, die keinen oder nur gelegentlich Alkohol trinken, ... (sind) wesentlich häufiger Mitglied in einem Sportverein als regelmäßige Alkoholtrinker; sie sind insgesamt die sportlich aktivieren ... Jugendlichen“ (Bergler, 2000, S. 166).

Um das Interesse von Kindern und Jugendliche zu wecken, müssen Vereine ihren eigenen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln überdenken. Weiterhin sollten die Verantwortlichen ein zeitgemäßes Angebot für Jugendliche anbieten, die folgende Aspekte berücksichtigen:

- dem Freizeitverhalten von Jugendlichen angepasste Öffnungszeiten,
- flexible Angebotsstrukturen,
- Angebote von Rückzugs- und Kommunikationsorten und
- flexiblere Mitgliedschaften für Jugendliche (Kosten und Dauer der Mitgliedschaft).

Speziell für Sportvereine bieten sich an:

- Möglichkeit der Förderung für den Leistungssport und
- Angebotsreihe im Bereich des Erlebnissportes sowie Individualsport.

8. Resümee

Die Motive zur Auswahl des Themas meiner Bachelorarbeit „Untersuchung der Sporttherapie als Methode im Rahmen der Suchttherapie“ waren sehr unterschiedlich. Einerseits wollte ich ein Bereich näher untersuchen, welcher meiner Meinung nach im Studium zu kurz behandelt wurde, auf der anderen Seite wollte ich auch meine privaten Interessen (dem Sport) damit verbinden.

Da ich seit fünf Jahren regelmäßig Ausdauersport dazu nutze um mich körperlich fit zu halten, wollte ich mich mit dem Thema Sport in Verbindung mit sozialer Arbeit in meiner ersten wissenschaftlichen Arbeit auseinander setzen.

Dass Sport ein optimaler Zugang zur Heilung von abhängig kranken Menschen ist, wurde mir deutlich, als ich die Geschichte des Weltklasse-Triathleten Andreas Niedrig las. Der heute 44 Jährige Niedrig durchbrach den Teufelskreis von Abhängigkeit, Beschaffungskriminalität und Drogenhandel. Er kämpfte sich zurück ins Leben, bis zur Weltspitze des wahrscheinlich körperlich und geistig anstrengendsten Wettbewerbs, dem Ironman. Seine Geschichte wurde unter den Titel „Vom Junkie zum Ironman“ verfilmt und in mehreren Büchern niedergeschrieben.

Daher beschloss ich, den Kontakt zu Andreas Niedrig aufzubauen und ihn zu fragen, ob er mir bei den Thema meiner Abschlussarbeit Auskünfte geben könnte, Der rege Meinungsaustausch mit ihm half mir, mich besser in die Welt des abhängig kranken Menschen hineinzudenken und Lösungen zu finden, wie man aus dieser Welt „ausbrechen“ kann.

Die Kenntnisse, die ich während der Bearbeitung meines Themas und im besonderen Maße durch den Besuch im Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Rodewisch, bei den ich die Sporttherapie als Methode im Rahmen der Suchttherapie in der Praxis erlebte, waren für mich sehr hilfreich.

Im Verlauf meiner Abschlussarbeit konnte ich aufzeigen, welche Chancen und Möglichkeiten es gibt, den Sport therapeutisch bei psychischen Störungen aber auch insbesondere im Rahmen einer Suchtprävention einzusetzen.

Obwohl die Sporttherapie nicht mehr aus der allgemeinen Therapie zur Bekämpfung von Abhängigkeiten weg zu denken ist, vermisse ich das direkte

einwirken der Sozialen Arbeit. Beispielsweise wäre es von Vorteil das Sozialarbeiter die Sporttherapie begleiten, um den Patienten auch in einer sportlichen Gemeinschaft und unter anderen Bedingungen kennen zu lernen.

Ganz anders ist es bei der Präventionsarbeit. Auf diesem Gebiet zeigt sich die Soziale Arbeit sehr engagiert und hat auch die bei jeder sozialen Maßnahme wichtigen finanziellen Förderer für sich gewinnen können. Projekte wie die des Deutschen Fußball Bundes müsste es auch für andere Sportarten geben. Der Schwerpunkt sollte dabei auf die Präventionsarbeit gegen Drogenkonsum gelegt werden und nicht auf zukünftige Einnahmen durch die jungen Teilnehmer.

In Deutschland hat sich, trotz der hoch entwickelten Technik ein positiver Trend durchgesetzt, dass die Menschen sich zunehmend sportlich betätigen.

Gute Beispiele dafür sind die vielen Läufer, die jedes Jahr an verschiedensten Volks-, Stadt- und Marathonläufen teilnehmen (Berlin Marathon 2011: 32.986 Teilnehmer)!

Ich werde versuchen, in meiner zukünftigen Arbeit mit den Klienten die sportliche Aktivität im Zusammenhang mit sozialpädagogischen Methoden zu fördern.

Eine Volksweisheit sagt: *„Ein bisschen Bewegung hat noch niemanden geschadet“*. Dieser Meinung schließe ich mich an, denn wie ich bereits in meiner Abschlussarbeit erwähnte, jeder Mensch egal ob jung oder alt, in seinen physischen oder psychischen Ressourcen unterschiedlich eingeschränkt hat instinktiv den Wunsch sich zu bewegen und verbindet damit meistens etwas positives. Mit dieser positiven Einstellung kann eine Grundlage für eine weitere ausbaufähige Zusammenarbeit mit den Klienten entwickelt werden.

9. Anlagenverzeichnis

Anlage 1 - Sport gegen Depression

Regelmäßige sportliche Betätigung ist ein wirkungsvolles Mittel gegen Depression. Das ist zumindest das Ergebnis einer Studie von einer US-Wissenschaftlergruppe der Duke-Universität in Durham, North Carolina. An dieser Studie nahmen 156 Menschen älter als 45 Jahre teil. Eine Gruppe der Teilnehmer nahm das Medikament Zoloft, eine andere Gruppe traf sich lediglich dreimal die Woche für sportliche Betätigung und die dritte Gruppe machte beides, d.h. trieb Sport und nahm das Medikament. Nach vier Monaten zeigten alle drei Gruppen ein nahezu gleiches Ausmaß an Stimmungsverbesserung. In einer Nachfolgeuntersuchung weitere sechs Monate später berichteten deutlich weniger Teilnehmer aus der Sportgruppe über Wiederkehr der Symptome als Teilnehmer aus den anderen beiden Gruppen. Nun sind weitere Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Sport und Depression geplant.

Sport hatte gleichen Heilungseffekt wie Medikament

Der Leiter der Wissenschaftlergruppe, Psychologe James A. Blumenthal sagt, die Ergebnisse zeigen eindrucksvoll das mäßige sportliche Betätigung die gleiche positive Wirkung gegen Depressionen haben kann wie das populäre Medikament Zoloft. An dieser Studie durften nur Patienten teilnehmen, die von Ärzten als depressiv eingestuft worden waren, wobei die Depression länger als zwei Wochen vorhanden gewesen sein muss. Die Teilnehmer wurden per Zeitungsinsert gesucht. Die Verteilung auf die drei Versuchsgruppen war zufallsbedingt.

In zwei Versuchsgruppen wurde von den Teilnehmern sportliche Betätigung gefordert: Dreimal die Woche 30 Minuten schnelles Gehen, Zimmerfahrrad oder Jogging plus 10 Minuten Aufwärmtraining und 5 Minuten Muskelentspannung zum Abschluss. In einer von den beiden Versuchsgruppen wurde eine Kombinationstherapie durchgeführt, d.h. die Teilnehmer bekamen zusätzlich das Medikament.

Sport war bessere Prophylaxe gegen Rückkehr der Depression

Nach vier Monaten berichteten 66 Prozent der Teilnehmer der Gruppe, die das Medikament einnahm eine deutliche Verbesserung ihrer Stimmungslage. In der

Nur-Sport-Gruppe waren es immerhin 60 Prozent und in der Kombinationstherapie-Gruppe 69 Prozent. In allen drei Gruppen konnten also durchaus vergleichbare Erfolge erzielt werden.

Die Forscher wollten anschließend wissen, ob die Depression bei den Versuchsteilnehmern langfristig gebannt bzw. reduziert werden konnte. 133 Teilnehmer setzten daher das Experiment für weitere sechs Monate fort. Das erstaunliche Ergebnis: In der Sportgruppe berichteten nur 8 Prozent der Teilnehmer über eine Rückkehr von Symptomen. In der Medikamentengruppe waren es dagegen 38 Prozent und in der Gruppe mit Kombinationstherapie 31 Prozent.

Offene Fragen: Wie wirkt sportliche Betätigung auf das Gehirn?

In weiteren Untersuchungen wollen die Forscher nun mehrere offene Fragen klären:

Warum scheint Sport langfristig besser gegen Depression zu schützen als Medikamente? Wieso gilt das aber offensichtlich nicht für die Kombinationstherapie? James Blumenthal bietet einige Erklärungen und Hypothesen zu diesen Fragen als Basis für die weiteren Arbeiten an. Er meint, möglicherweise hat das Sportprogramm den Teilnehmern dieser Gruppe das Gefühl vermittelt, Kontrolle über ihr Leben wiederzuerlangen - ein Gefühl, das durch die Einnahme von Medikamenten nicht vermittelt wird. Die Wirkung der Kombinationstherapie könnte darunter gelitten haben, dass einige Teilnehmer der Gruppe darüber enttäuscht waren, zusätzlich Medikamente einnehmen zu müssen. Wodurch bewirkt überhaupt sportliche Betätigung Verbesserung des Seelenzustandes bzw. ist es überhaupt die sportliche Betätigung selbst die zur Verbesserung beigetragen hat? Die Teilnehmer trainierten schließlich in der Gruppe. Denkbar ist also auch, dass die sozialen Kontakte unter den Teilnehmern das ausschlaggebende Moment waren. Da die Teilnehmer per Zeitungsinserat gesucht worden waren, hatten sich natürlich auch nur für sportliche Betätigung motivierte Menschen gemeldet. Das Ergebnis kann daher auch durch diese Auswahltechnik verfälscht worden sein.

Wirkt Sport bei jungen Menschen genauso wie bei älteren? Laut Statistik sind in den USA ca. 40 Prozent aller Patienten mit depressiven Erkrankungen älter als 45 Jahre. Bei vielen älteren Patienten spielen bei der Erkrankung die Gefühle

aufgrund des Alters wertlos bzw. nutzlos zu sein eine große Rolle sowie Einsamkeitsgefühle nach dem Tod des Lebenspartners oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben. Die sportliche Betätigung in der Gruppe erhöht einerseits das körperliche Leistungsgefühl, verbessert die Gesundheit (Blutdruckregulierung, Herzstärkung, Sauerstoffversorgung...) schafft dadurch Selbstvertrauen und vermittelt die fehlenden sozialen Kontakte. Allein dadurch könnte sich die Depressionserkrankung der Teilnehmer an der Studie gebessert haben. In einer weiteren Untersuchung soll daher auch die Wirkung von Sport bei jüngeren Depressionspatienten überprüft werden und ob die positive Wirkung auch dann eintritt, wenn die Teilnehmer die sportliche Betätigung allein zu Hause durchführen.

Quelle:

http://www.psychohelp.at/html4/psychologie_nachrichten/depression/sport_gegen_depression.shtml - Abgerufen am 17.01.2012

10. Literaturverzeichnis

- Interview mit Prof. Dr. Alexander Weber. (Dezember 2003). *Runner's world*, S. 71.
- Ambühl, H., & Meier, B. (2003). *Vergleich Zwang verstehen und behandeln: ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. Stuttgart: Bild-Kunst.
- Bergler, R. (2000). *Ursachen Alkoholkonsums Jugendlicher*. Köln: dv.
- Büchner, P., & Krüger, H.-H. (1997). *Aufwachsen hüben und drüben. Deutsche Kindheit vor und nach der Vereinigung*. Leske und Budrich.
- Freyberger, H. J., Schneider, W., Stieglitz, R.-D., & Spoerri, T. (2002). *Kompendium. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. Basel: Karger.
- Glasser, W. (1985). *Positive addiction*. New York: Harper & Row.
- Grüsser, S., & Thalemann, C. (2006). *Verhaltenssucht – Diagnostik*. Bern: Hans Huber.
- Hölter, G. (1993). *Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. Schorndorf: Hofmann.
- Internetquelle 01*. Abgerufen am 16. 01 2012 von <http://www.lernstunde.de/thema/kennzeichenlebewesen/grundwissen.htm>.
- Internetquelle 02*. Abgerufen am 16. 01 2012 von <http://www.knetfeder.de/kkp/motorik.html>.
- Internetquelle 03*. Abgerufen am 16. 01 2012 von <http://www.lernstunde.de/thema/kennzeichenlebewesen/grundwissen.htm>.
- Internetquelle 04*. Abgerufen am 16. 01 2012 von http://de.wikipedia.org/wiki/Sucht#cite_note-Stieglitz-2.
- Internetquelle 05*. Abgerufen am 16. 01 2012 von [ww.Studentenberatung.at](http://www.Studentenberatung.at).
- Internetquelle 06*. Abgerufen am 16. 01 2012 von <http://www.medizinfo.de/sucht/steckbriefe/>.
- Internetquelle 07*. Abgerufen am 16. 01 2012 von <http://www.medizinfo.de/sucht/sucht/suchtmittel.shtml#stoffungebunden>.
- Internetquelle 08*. Abgerufen am 16. 01 2012 von http://www.dvgs.de/index.php?article_id=38&clang=0.

- Internetquelle 09.* Abgerufen am 16. 01 2012 von
http://www.dvgs.de/index.php?article_id=26&clang=0.
- Internetquelle 10.* Abgerufen am 16. 01 2012 von <http://www.fussball-ohne-abseits.de/>.
- Internetquelle 11.* Abgerufen am 17. 01 2012 von
<http://www.sportalis.de/sportarten/ballsport/basketball/gesundheitspotentia1.html>.
- Kegan, R. (1994). *Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. Kindt Verlag.
- Kreft, D. (Januar 2011). Sozialmagazin - Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. *Sport in der Sozialen Arbeit*, S. 10 - 14.
- Kunath. (1991). *Tätigkeitsorientierte Sportpsychologie: eine Einführung für Sportstudenten und Praktiker*. Frankfurt am Main.
- Mann, K., Havemann-Reinecke, U., & Gaßmann, R. (2007). *Jugendliche und Suchtmittelkonsum*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Rahmani, M. (2001). *Sporttherapie bei Drogenabhängigen*. Köln: Sport und Buch Strauß.
- Schneider, R. (2001). *Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte*. Hohengehren: Schneider.
- Schwarte, J. (2002). *Der werdende Mensch. Persönlichkeitsentwicklung und Gesellschaft heute*. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwenk, T. (2007). *Sport und Bewegungserziehung in der Suchtarbeit*. Stuttgart: ibidem.
- Weber, A. (1999). *Hilf dir selbst: Laufe!/: Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Konzepte für langfristig gesundes und erfolgreiches Laufen*. Junfermann.
- Weber, A. (2004). Lauftherapiekurs 13. Seminarblatt „Konstituierende Elemente des lauftherapeutischen Arrangements“.
- Wille, R. (1994). *Sucht und Drogen und wie man Kinder davor schützt*. München: C.H.Beck.

Wolffersdorff, C. v. (2005). Drogen und Sucht. In H.-U. Otto, & T. Hans, *Handbuch für Soziale Arbeit* (S. 324-325). München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

11. Eidesstattliche Erklärung

Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Bachelorarbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Reinsdorf,

19.01.2012 Sascha Hübner