

**Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2004**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

*Peter Schay, Hilarion Petzold,  
Cornelia Jakob-Krieger, Martin Wagner (2004):  
Laufen streichelt die Seele*

**Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der  
Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger  
- Theorie, Praxis, Forschung - \***

Erschienen in: *Schay, P. Petzold, H.G., Jakob-Krieger, C. Wagner, M. (2004):  
Laufen streichelt die Seele. Lauftherapie mit Drogenabhängigen – eine übungs- und erlebniszentrierte  
Behandlungsmethode der Integrativen Therapie.  
Integrative Therapie 1-2, 150-175.*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

**Textarchiv H. G. Petzold et al.**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

---

\* Aus der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung@integrativ.eag-pfi.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

## 1. Vorbemerkung

In der vorliegenden Arbeit „Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger“ \* haben wir uns dem Thema im Sinne der Integrativen Supervision nach den Regeln des MEHRPERSPEKTIVITÄTSKONZEPTES (Petzold 1998a) genähert.

Um den von uns gewählten FOKUS (= ein im phänomenalen Feld in den Blick genommener Ausschnitt der Wirklichkeit, auf den OPTIK und PERSPEKTIVE gerichtet sind), d.h. Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, in seiner Komplexität *wahrnehmen, erfassen, verstehen* und *erklären* bzw. beschreiben zu können (= hermeneutische Spirale, Grundlage jedes supervisorischen Prozesses), wählten wir aus der PERSPEKTIVE (Standort, von dem aus die Betrachtung erfolgt - aus der Sicht als Mann/Frau, als Franzose, Deutscher, als Arzt, Psychologe etc.) als Supervisoren und Organisationsentwickler unter Rückgriff auf die uns zur Verfügung stehenden Referenztheorien = theoretische FOLIEN aus (theoretische Strukturierungsraster der Interpretation). Wir entschieden uns auf dem Boden der Integrativen Therapie/Integrativen Supervision für angemessene OPTIKEN (Instrument einer theoretischen Mikroperspektive). Als „Metafolie“ für die Auswahl von Referenztheorien und die Nutzung von theoriegeleiteten Praxen dient uns das in der Integrativen Therapie und Supervision entwickelte Wissensmodell eines „Tree of Science“ (Petzold 1992 a Bd. II/2, S. 476 ff. und revid. 2002b, für die Supervision 1998a, S. 99), um die Möglichkeiten für die eigene Standortbestimmung durch Zuordnen und Auswählen theoretischer Konzepte und methodischer Vorgehensweisen zu erkennen und eine Basis für die persönliche wie kollegiale Auseinandersetzung mit den jeweiligen Inhalten im heraklitischen Sinne permanenter Veränderungs- und Innovationsmöglichkeiten zu bieten.

Die Arbeit nach dieser Vorgehensweise, die dem Projekt und diesem Text zugrunde liegt, soll an dieser Stelle aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht weiter aufgeschlüsselt werden. Grundlegend ist, daß in der metatheoretischen, theoretischen, praxeologischen Konzeptualisierung bis in die Interventionspraxis auf der Ebene der Therapie, ja bis in die Forschungspraxis eine „hinlängliche Konsistenz“ gegeben ist, daß Basisprinzipien sich durchgängig auf allen Ebenen finden. Zur Verdeutlichung sei aufgezeigt, daß zentral in der Integrativen Therapie und der Integrativen Supervision die beiden anthropologischen Grundformeln ein solches Konsistenzmoment bieten:

- „Der Mensch ist Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld. Aus der Interaktion mit ihr, aus Intersubjektivität gewinnt er seine Qualität als Subjekt.
- Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt, in der er mit allen Lebendigen koexistiert“ (vgl. Petzold 1988n Bd I/1 S. 185 f., 2003a, 2002b).

---

\* Wir verwenden das generische Maskulinum (der Klient, der Suchtkranke, der Mitarbeiter, der Therapeut), das männliche und weibliche Personen mit einschließt. Zu einer der orthographisch falschen oder sehr umständlichen neuen Schreibweise konnten wir uns nicht entschließen.

Diese Grundformeln ziehen sich als metatheoretische Verdichtung von phänomenologisch-hermeneutischer Erkenntnistheorie, intersubjektiv-kreativer Anthropologie, Gesellschaftstheorie und Ethik durch unsere Arbeit bis in die Praxis. Von ihnen leiten sich breit angelegt die Referenztheorien, auf die wir uns bezogen haben, ab, z.B. die Integrative Persönlichkeitstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre, Entwicklungstheorie, Prozeßtheorie, Interventionslehre, die wiederum zu den von uns gewählten Optiken führen, wie kontrollpsychologische Aspekte, Integrative Ressourcentheorie, neurobiologische Emotionstheorie, Streßphysiologie. In der Konsequenz heißt das: Auf allen Ebenen der Theorie und Praxis werden *somatische* Perspektiven (der *Körper*) in den Blick genommen. Es werden kognitive Dimensionen berücksichtigt (Gedanken, Bewertungen, der *Geist*) und die intersubjektive Bezogenheit zur Mitwelt, zu den Mitmenschen. *Intersubjektivität* findet sich als durchgängiges Leitprinzip.

Als Abrundung unserer Auseinandersetzung mit dem Thema legen wir in unserer Arbeit eine Forschungsstudie vor, die verifiziert, daß die Ziele, die in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 beschrieben sind (*Anmerkung: Die zwischen den*

Spitzenverbänden der Krankenkassen und Renten-versicherungsträger abgeschlossene „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker“ bildet die Grundlage für die Weiterentwicklung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation), durch die Anwendung einer an die Theorie und Methodik der Integrativen Therapie rückgebundenen Lauftherapie - einer Integrativen Lauftherapie - erreicht werden können.

Mit dem Schritt auf die Evaluationsebene - einer qualitativen Forschungsstudie - haben wir „den Blick von außen“ hinzugenommen. Der hierdurch entstandene Dialog ermöglichte uns das „Reflektieren auf mehreren Ebenen“, die Erweiterung unserer Selbstreflexion auf die Koreflexion, den Schritt von der Hermeneutik zur Metahermeneutik über die Anwendung des „Mehrebenenmodells“ der Integrativen Supervision (Petzold 1998 Bd III/1 S. 155-162; S. 233ff.). Über diesen Weg gelangten wir auf die Ebene IV der „Metahermeneutischen Triplexreflexion“ (Petzold 1998 Bd III/1 S. 157), die Ebene der philosophischen Kontemplation, die uns zu der Erkenntnis führte, daß eine integrative, differenziert angewandte Lauftherapie zu einer Form der Lebenskunst führen kann.

## 2. Zum Kontext

Die in der Regel vielfältigen suchtbedingten Problemlagen bieten einen komplexen Kontext. Sie erfordern deshalb von den einzelnen Betreuungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten auch **komplexe Leistungsbündel**, um angemessen auf die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der Suchterkrankung sowie die soziale Existenz der Klienten eingehen zu können. Eine übermäßige Segmentierung in Einzelleistungen - erbracht von unterschiedlichen Personen und Institutionen - erscheint problematisch. Gefordert ist ein **ganzheitlicher und differentieller Arbeitsansatz** mit einem hohen Grad an personaler und konzeptioneller Kontinuität im Betreuungs- und Behandlungsprozeß - isolierte Angebote können nicht ausreichend effizient werden.

*„Das Besondere an der Suchttherapie ist, daß nicht die eingeschränkte Funktion ... im Mittelpunkt stehen, sondern die gesamte sich fortentwickelnde Persönlichkeit einschließlich ihrer sozialen, kulturellen und ökologischen Bindungen und Verpflichtungen. ... Das Therapiemodell ... geht ... bewußt ... vom Zusammenwirken einer Vielzahl therapierelevanter Faktoren aus“ (Fachverband Sucht: Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung).*

Die Lauftherapie bietet einen guten Zugang, den Abhängigen, die in der Regel einen schlechten Allgemeinzustand zeigen, einen Weg zu eröffnen, einen sorgsam Umgang mit ihrer Leiblichkeit, d.h. auch eine Wertschätzung des Leibes und seiner Gesundheit, neu zu erfahren und zu verstehen. Über die liebevolle Pflege ihres Körpers werden antidestruktive Impulse erkannt und nutzbar und durch das „laufende Erleben und Erarbeiten“ eines positiven Körperbewußtseins in die „Sorge um sich“ umgewandelt - „Laufen als Lebenskunst“.

## 3. Theoretischer Hintergrund

Bei der Mehrzahl der drogenabhängigen Menschen finden wir in ihrem biographischen Hintergrund eine kranke, defizitäre und zerstörte Sozialität. Das Leben in Pseudobeziehungen und das Fehlen von Nähe, Bezogenheit und (Lebens-) Sinn im familiären und sozialen Kontext führen zu Vereinsamung und der Unfähigkeit ein soziales Netzwerk aufzubauen und zu pflegen.

*„In der Integrativen Therapie ... geht es darum, die perzeptiven, memorativen und expressiven leiblichen Vermögen des Menschen, ... wieder herzustellen, zu fördern und weiter zu entwickeln, ... die Betroffenen für die Hintergründe ihrer Schädigungen zu sensibilisieren, damit sie zu solidarischem Engagement gegen die Destruktion des Lebendigen finden können.“ (Petzold, 1988) „Die kreativ-therapeutische Ausrichtung der Therapie ... blendet keinen wesentlichen Bereich des menschlichen Daseins, der menschlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten aus. Sie schafft körperliches, seelisches und geistiges Wohlbefinden mit Sinnesfreude. ... Sie gibt diese Potentiale Menschen wieder, die diese in einem unglücklichen Lebensverlauf verloren haben“ (Petzold/Sieper, 1993).*

Die INTEGRATIVE THERAPIE versucht eine Verbindung herzustellen zwischen den Hauptströmungen der Psychotherapie wie dem tiefenpsychologischen Ansatz, dem humanistisch psychologischen Ansatz (Psychodrama, Gestalttherapie) und dem behavioralen Ansatz (Petzold, Sieper 1994, Sieper, Petzold 2003). Sie ist ein undiertes Verfahren der klinischen Psychotherapie, das auf den ganzen Menschen gerichtet ist und ihn in seinem Lebenszusammenhängen zu erfassen sucht. Sie ist angebunden an die phänomenologisch-hermeneutische Erkenntnistheorie. Auf diesem theoretischen Hintergrund werden sowohl der *Körper*, die *Psyche*, der *Geist* als auch der *soziale Kontext* im zeitlichen *Kontinuum* bei der Behandlung berücksichtigt.

Als klinische Behandlungsmethode ist die Integrative Therapie ein Weg zur Entwicklung der Persönlichkeit, ein Instrument der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung. Nach den in dieser Definition aufgezeigten Perspektiven sind folgende Dimensionen herauszustellen:

1. eine **kurative Dimension** zur Heilung und Linderung seelischer und psychosomatischer Störungen und Leidenszustände mit Krankheitswert.
2. eine **gesundheitsfördernde Dimension** zur Entwicklung einer gesundheitsbewußten Lebensführung und einem gesundheitsaktiven Lebensstil.
3. eine **persönlichkeitsentwickelnde Dimension**, um die eigene Lebensführung aktiv zu planen, zu gestalten und voranzubringen, d.h. seine persönliche Souveränität zu entwickeln.
4. eine **Dimension der Kulturarbeit**, um sich kulturkritisch mit der eigenen Geschichte auseinanderzusetzen.

Im folgenden soll anhand von Klienten-/Patientenbeispielen das praxeologische Vorgehen verdeutlicht werden, das dieser Studie zugrunde liegt.

## Legende 1

### Klient A

### Klient B

#### Anamnese

Die Anamnesen werden nach dem Diagnose-Anamnese-modell der Integrativen Therapie (Petzold 1993p, Petzold, Osten 1998, Osten 2001) erhoben.

Die Identität des Patienten ist labil und zeigt Entwicklungsdefizite. Aufgrund negativer Identifizierungen hat er ein negatives Selbstbild aufgebaut. Insbesondere sein Selbstverständnis als Mann ist nicht ausgebildet.

Aufgrund der fehlenden Rollenflexibilität und Rollendifferenzierung (es gibt immer nur eine Verhaltensmöglichkeit) ist die Schädigung des Rollen-Selbst zu vermuten. Negative Identifizierungen führten zu einem negativen Selbstbild.

Es liegt eine Identitätsstörung vor, bestätigt durch Aussagen wie „Ich bin nichts wert“ und „Ich kann nicht“ etc. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung klappt deutlich auseinander.

#### Diagnose nach ICD-10

F 10 Alkoholabhängigkeit  
F 12 Abhängigkeit von Cannabis  
F 34.1 Depressive Persönlichkeitsstruktur

F 10 Alkoholabhängigkeit  
F 12 Abhängigkeit von Cannabis  
F 34.1 Depressive Persönlichkeitsstruktur  
F 60.7 Asthenische Persönlichkeitsstruktur

#### Problem- und Konfliktanalyse

Für diesen Bereich wird die Integrative Krankheitslehre und Konflikttheorie zugrunde gelegt (Petzold, Schuch 1991, Petzold 2003a).

#### Defizite

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unterstimulierungen im emotionalen Bereich.</li> <li>➤ Das familiäre Umfeld bot wenig Geborgenheit und Orientierung.</li> <li>➤ Zugehörigkeitsgefühle konnte er nur in Peer-Groups entwickeln.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fehlende Resonanz der Eltern auf das Kind.</li> <li>➤ Das familiäre Umfeld bot wenig Halt, Sicherheit und Geborgenheit. Im weiteren Lebensverlauf erhielt der Klient wenig Unterstützung und Sicherheit.</li> <li>➤ Zugehörigkeitsgefühle konnte er nicht entwickeln.</li> </ul> |
|--|---|

### **Störungen**

- Die Belastung der Eltern bewirkte uneindeutige Stimulierungen.
- Unterstimulierungen im emotionalen Bereich
- In den Bereichen kognitive, emotionale Resonanz kam es zu Unterstimulierungen.

### **Konflikte**

- Eigene Bedürfnisse standen im Gegensatz zu moralischen Ansprüchen der Umgebung.
- Eigene Fähigkeiten standen im Gegensatz zu den Erwartungen des Vaters.
- Eigene Ziele und Wertvorstellungen standen im Widerspruch zu denen der Eltern.
- Bedürfnisse (wie Sexualität) standen im Gegensatz zu moralischen Ansprüchen.
- Konflikte sind inter- und intrapsychischer Art zu verzeichnen.

## **4. Behandlungsansatz: differentiell und integrativ**

Für die vielfältigen Probleme der oft „multimorbiden“ Drogenabhängigen, oft mehrfach geschädigten Patienten (Doppeldiagnosen) sind differentielle und integrative Ansätze der Behandlung unerlässlich.

### **Der Rahmen**

In den heutigen ultrakomplexen Gesellschaften einer „radikalisierten Moderne“ ist ein Verlust eindeutiger und überschaubarer Werte, Sinn- und Lebenszusammenhänge festzustellen. Das gesellschaftliche Zusammenleben zeigt einen Verlust an traditionellen Lebensräumen, Lebensformen, Lebensbereichen und -bezügen.

Der sozioökonomische Status steht in direktem Zusammenhang mit den Ressourcen, mit denen der eigene soziale Lebenszusammenhang wesentlich mitgestaltet werden kann. Sozioökonomisch unterprivilegierte und gesellschaftlich marginalisierte Gruppen weisen deutliche Defizite auf, in der gesellschaftlich zunehmend geforderten eigeninitiativen Beziehungsarbeit. Die Veränderung klinischer Störungsbilder hat hier ihre Ursache. Diese Entwicklungstendenzen der Gesellschaft sind wichtige Ausgangs- und Rahmenbedingungen allgemein für die psychosozialen Behandlungsfelder, im speziellen im Bereich Drogenabhängiger, im besonderen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger.

Im und mit dem therapeutischen Milieu als Lernfeld wird ein Umfeld bereitgestellt, in dem Persönlichkeitsentwicklung in, durch und von Beziehung in emotionaler Differenzierungs- und Integrationsarbeit gefördert wird (Entwicklung der Selbststrukturen und Stärkung der Ich-Funktionen durch strukturierende und stützende Intervention). Grundlegend ist die Bereitschaft des Patienten, sich dem therapeutischen Prozeß ohne den realitätsdämpfenden „Schutz“ der Drogeneinwirkung aussetzen / anvertrauen zu wollen.

In fördernder Absicht müssen sinngeladene, intersubjektive und kreative Lebensbewältigung und Lebensgestaltung ermöglicht und *alltagspraktische Kompetenz* und *Performanz* gefördert und entwickelt werden. Die Phänomene der Differenzierung, Intensivierung und Konnektierung (Verbindung, Vernetzung, Verwebung) und der Durchdringung werden (wie im Alltagsleben) mit wichtigen Erfahrungen und Erkenntnissen in Verbindung gebracht. Die Klientel soll die Fähigkeit entwickeln, Informationen, Gedanken, Wissen in (neue) Beziehungen zu setzen, d.h. *Kompetenzen* auszubilden, und in „alltäglichen“ Situationen (neue) Lösungs-, Verhaltens- und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (vgl. ebenda).

Diese Differenzierung von *Kompetenzen* und *Performanzen* ist ein Charakteristikum des Integrativen Ansatzes (Sieper, Petzold 2002) und nur wenn beides in Behandlungen und rehabilitativen Maßnahmen hinlänglich berücksichtigt wird, sind nachhaltige Behandlungserfolge zu erreichen. (Es wird damit im übrigen die *Kompetenzorientierung* der humanistisch-psychologischen und tiefenpsychologischen Therapieansätze mit der *Performanzorientierung* der behavioristischen Verfahren verbunden.)

### **Sporttherapeutische Angebote - ein mehrdimensionaler und multimodaler Ansatz -**

Der Behandlungsansatz für diese Klientel muß also immer mehrperspektivisch, mehrdimensional und multimodal gestaltet werden. Psychotherapie und Soziotherapie werden unverzichtbar, aber auch agogische und arbeitstherapeutische Maßnahmen im Rahmen eines "integrativen und differentiellen" Behandlungsansatzes, in dem auch bewegungs- und sportherapeutische Maßnahmen, um die in dieser Arbeit geht (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*), ihren Platz haben.

Sporttherapeutische Angebote unterstützen den Rehabilitations- und Reintegrationsverlauf und beeinflussen psychosoziale Funktionen durch Aktivierungs- und Handlungsprozesse, in dem die Bezugsfähigkeit des Patienten zu sich selbst entwickelt bzw. wiederhergestellt wird und damit Regulationsmöglichkeiten hinsichtlich der eigenen Befindlichkeit möglich werden. Vor allen Dingen wird es möglich, die bei dieser Patientenpopulation in der Regel beeinträchtigten volitionalen Fähigkeiten zu stärken. Die Willenssozialisation, Wollensprozesse (Motivation, Entscheidung, Durchhaltefähigkeit) sind von den psychotherapeutischen Schulen durchgängig vernachlässigt worden. Ihnen wird in der Integrativen Therapie besondere Bedeutung geschenkt, durch sport- und bewegungstherapeutische Maßnahmen. Der Aufbau von Kondition, das "Meistern einer Strecke", regelmäßiges Training sind hervorragende Möglichkeiten Wollen und Willen zu schulen und eine neue "Willenssozialisation" zu beginnen.

Die Patienten werden im therapeutischen Prozeß befähigt, die gewonnenen neuen Erfahrungen zu verstehen und zu verwirklichen, d.h. die Entwicklung spezifischer Kenntnisse wie

- a) Förderung der Ich-Stärke (Selbstwahrnehmung, Selbstverständnis), Ich-Flexibilität,
- b) Förderung der Sinnerfassungskapazität i.S. einer Verbreiterung der Bewußtheit und Steigerung des Bewußtseins (consciousness),
- c) Förderung der emotionalen Differenziertheit,
- d) Explorieren „alltäglicher“ Situationen,
- e) Durchspielen von Lösungsmöglichkeiten,
- f) Aufbau von Willenskräften,

um auf dieser Grundlage Neuorientierung zu ermöglichen (vgl. *Petzold, 1992a, 2002b*).

Ausgehend von diesen Grundannahmen wird durch den sporttherapeutischen Ansatz die Förderung der personalen, sozialen und sportspezifischen Kompetenz und Performanz integriert (vgl. *Deimel, 1988*).

## **Coaching**

Arbeitet man sporttherapeutisch, liegt es nahe, auch eine Methodologie zu benutzen, die im Sport große Verbreitung gefunden hat: das *Coaching*.

Eine Wurzel dieses *Begriffes* entstammt dem Sport. Die Funktion von Coaching besteht hier in der Vorbereitung des Sportlers auf eine letztendlich immer selbst zu erbringende Leistung in Ernstsituationen. Seit einiger Zeit finden wir diesen Begriff im Bereich der Schulung und Förderung von Führungskräften (Management), Teams, Mitarbeitern. Im Rahmen der Integrativen Supervision wurden zur Entwicklung der Coachingmethodologie substantielle Beiträge im deutschsprachigen Bereich geleistet (*Schreyögg* 1996, 2002, *Petzold* 2002g). Diese Erkenntnisse werden auch in der Sporttherapie eingesetzt, als eine systematische psychologische Begleitung und Unterstützung der Patienten / Klienten, die an sporttherapeutischen Angeboten teilnehmen. Ziel ist immer eine Effizienzerhöhung der jeweiligen oder auch sämtlicher Steuerungsfunktionen.

Auf das von uns beschriebene „Feld“ übertragen heißt das: Über die Lauftherapie werden gemeinsam mit den Drogenabhängigen Handlungsstrategien entwickelt, die in ihrer Effizienz meßbar und überprüfbar sind. Sie erleben, erfahren bewußt ihre ihnen möglichen mentalen, emotionalen, psychischen und physischen Steuerungsfunktionen, lernen wodurch und wie sie diese in ihrer Wirksamkeit steigern können, lernen / erfahren so das Zusammenspiel von Denken, Fühlen und Wollen. Das Erleben der *Selbstwirksamkeit* (*Flammer* 1990) ist ein basales Element zur Erreichung und Stabilisierung einer eigenverantwortlichen, sie selbst zufrieden stellenden Lebensgestaltung, also der „selbst zu erbringenden Leistung in Ernstsituationen“. Die nachfolgend beschriebenen Förderungsbereiche (durch unsere Studie evaluiert) verdeutlichen das eindrucksvoll:

### *Teilbereiche der Förderung der personalen Kompetenz und Performanz*

- ⇒ Entwicklung und Sensibilisierung von Körperbewußtsein
- ⇒ Verbesserung der Selbstkontrolle
- ⇒ Steigerung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls
- ⇒ Verbesserung der psychophysischen Regulationsfähigkeit
- ⇒ Herstellung eines optimalen Aktivierungsniveaus
- ⇒ Verbesserung der Leistungsmotivation durch Vermittlung individueller Erfolgserlebnisse
- ⇒ Herausbildung von Problem- und Konfliktlösungsverhalten
- ⇒ Fördern der Willenskräfte (Entscheidungs- und Durchhaltevermögen)

### *Teilbereiche der Förderung sozialer Kompetenz und Performanz*

- ⇒ (Wieder-) Erlangung der Fähigkeit soziale Gegebenheiten adäquat zu erfassen, zu bewerten und entsprechend zu handeln
- ⇒ Abbau von Isolationstendenzen
- ⇒ Förderung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- ⇒ Wahrnehmung, Mitteilung und Vertretung eigener Bedürfnisse in sozialen Kontexten

### *Teilbereiche der Förderung sportspezifischer Kompetenz und Performanz*

- ⇒ Verbesserung bzw. Wiederherstellung der physischen Belastungs- und Leistungsfähigkeit
- ⇒ Vermittlung motorischer Fähigkeiten zur besseren Alltagsbewältigung
- ⇒ Entwicklung von aktivem Freizeitverhalten als Integrationshilfe

*“Die Entwicklung, Stabilisierung und Förderung der personalen, sozialen und sportspezifischen Kompetenz und Performanz bilden eine wesentliche Grundbedingung für eine erfolgreiche Reintegration der Betroffenen in die Gesellschaft“* (*Deimel*, 1988).

## Legende 2

### Klient A

#### Bedürfnis- und Motivationsanalyse

Der Klient formuliert das Ziel selbständig und eigenständig leben zu wollen. Freunde zu haben und Spaß am Leben zu haben. Er will sich zugehörig fühlen.

Die Konfrontation mit der Alltagsrealität bewirkt Resignation und Rückfallgedanken. Der Klient ist darum bemüht, nicht aufzufallen und durch Anpassung Sympathie und Anerkennung zu bekommen. Mangelnde Aufmerksamkeit und Anerkennung führen zur Labilisierung der Persönlichkeit.

#### Lebensweltanalyse

Für die Lebensweltanalyse werden die kontext-theoretischen Konzepte des Integrativen Ansatzes (Situation, Lebenslage, social world, soziales Netz, Feld) zugrunde gelegt, um zu einer differenzierten Beurteilung der Kontext/Kontinuum-Dimension zu gelangen (Petzold 2002h).

#### Der Bereich Arbeit und Leistung

Der Klient hat den Hauptschulabschluß und eine Ausbildung als Verkäufer. Aufgrund seiner mangelnden Motivation und seines fehlenden Antriebs war er in der Vergangenheit nur über kurze Zeiten berufstätig und überwiegend arbeitslos. Seine Motivation sich anzustrengen und berufliche Herausforderungen anzunehmen ist eher gering.

Seit August 1995 besucht er die FOS zum nachträglichen Erwerb der Fachhochschulreife. Auftretende Schwierigkeiten im schulischen Alltag führen zu resignativem und depressivem Verhalten.

Im Bereich der Freizeit ist ähnliches zu verzeichnen: Der Klient zeigt wenig Motivation, sich anzustrengen und zieht sich zurück auf seine geringe Belastbarkeit. Er verbringt seine Freizeit überwiegend mit Musikhören, Lesen etc. also eher passiver Gestaltung.

Gemeinsam mit dem Klienten versuchen wir andere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu finden Er beginnt zu laufen.

#### Der Bereich der materiellen Sicherheit

Der Klient bezieht Übergangsgeld. Er verfügt über keinerlei Mittel, um sich eine Wohnung einzurichten.

### Klient B

Die Motivation des Klienten ist in der Suche nach Liebe und Geliebtwerden begründet. Insbesondere von einer Partnerschaft verspricht er sich Zufriedenheit, Wärme, ein zu Hause etc.. Er formuliert als Ziel sich wohlfühlen zu wollen und Freunde zu haben.

Die Konfrontation mit der Alltagsrealität - z.B. hat der Klient erhebliche Schulden zu begleichen - bewirkt eine auf andere gerichtete Aggressivität, mit der Gefühle der Aussichtslosigkeit und Resignation überspielt werden.

Lebensfreude verspürt der Klient nur momentweise. Er beschreibt seine Wahrnehmung der Welt wie ein Bild, auf dem kurz Farbtupfer auftauchen, die aber sofort wieder von schwarzer Farbe übermalt werden. Die Eigenmotivation ist eher hoch einzuschätzen.

Der Klient hat den Hauptschulabschluß und keine abgeschlossene Ausbildung. Seine Motivation eine berufliche Tätigkeit zu finden ist gut ausgeprägt.

Nach einer kurzen Zeit der Arbeitslosigkeit bewirbt er sich bei der Stadt und wird dort als Hausmeister angestellt.

Im Freizeitbereich zieht er sich am liebsten für sich alleine zurück.

Gemeinsam mit dem Klienten versuchen wir Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu finden, die an dem gemeinsamen Tun mit anderen Menschen orientiert sind. Er beginnt zu laufen.

Der Klient bezieht Gehalt. Aufgrund von Zahlungsforderungen muß er sein Geld zur Schuldenregulierung einsetzen. Die Regulierung der Schulden wird vier Jahre dauern.



## 5. Praxeologie: Behandlungsziele und -methoden

Jedes sozialintervenive Verfahren setzt seine Metaziele und Ziele in einer Praxeologie um. Unter Praxeologie versteht man die Wissenschaft von der Praxis, die sich mit Fragen der Methodenwahl, der Interventionstechnik, der Strategien und ihrer Orientierung befaßt. Praxeologien stehen an der Schnittstelle von Theorie und Praxis und sind z.T. "top-down" von der Theorie zur Praxis hin, aber auch "bottom-up" von der Praxis her bestimmt, die theoriebildend wirkt, wobei diese Auf- und Abbewegungen mitunter alternieren. Bestimmend wirken auch übergeordnete Ausrichtungen wie Pathologie- und Konfliktorientierung oder Salutogenese- und Ressourcenorientierung.

Behandlungen sind also von Zielen bestimmt. Klare Zielvorstellungen und Planungen haben eine große Bedeutung für die Bemühungen, Ziele auch zu erreichen und damit für den Therapieerfolg (Petzold 1988, Grawe 1998). Ziele ermöglichen auch, nach den geeigneten Mitteln (Methoden, Techniken, Medien, Wegen, Strategien mit Wirkfaktorenkombinationen) zu suchen.

### 5.1 Zieldimensionen

In komplexen Situationen mit vielfältigen Anforderungen sind keine simplen Zielhierarchien zu erstellen. Ziele sind multipel vernetzt, können sich im Behandlungsprozeß verändern, sind also *prozessual* bestimmt. Dabei können durchaus Ziel-Ziel-Konflikte entstehen, aber auch Ziel-Mittel-Konflikte. Hier ist eine sorgfältige Reflexion der Zielvorgaben, Zielgewichtungen und der Mittelwahl angesagt, zumal es natürlich auch von Seiten der Institution und der Leistungsträger Zielvorgaben gibt, also nicht alles von der Prozeßdynamik abhängig ist.

Aus der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 leiten sich als Zieldefinitionen der Rehabilitation ab:

- Entwicklung / Stabilisierung / Erreichung der Abstinenz
- Wiederherstellung, wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit
- (weitgehende) Behebung von physischen und psychischen Störungen, d.h. Unterstützung bei der schrittweisen praktischen Erprobung der psychischen und körperlichen Belastbarkeit unter „Alltags- und Arbeitsbedingungen“ (= Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft) beim Umgang mit kritischen Situationen und bei der Entwicklung von Konfliktlösungsstrategien
- Förderung der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit, der Verselbständigung und Loslösung, des Sinn- und Wertbezuges
- Verbesserung und Erweiterung der persönlichen und sozialen Kompetenz sowie der Erlebnisfähigkeit und der Lebensqualität
- Entwicklung von Vitalität und Kompetenz, Willens- und Durchhaltekraft
- Förderung kompensatorischer und substitutiver Entlastungen
- Regulation von (Über-) Belastungsgefühlen
- Stärkung konstruktiver, funktionaler Lebensstile
- positive Bewertung des Selbst und von prägenden Lebensereignissen
- Erhöhung der Alltagskompetenzen
- Erweiterung persönlicher Kompetenzen und Performanzen
- Entwicklung von Ich-Stärke
- Verbesserung der Ich-Funktionen
- Rückfallprophylaxe
- Rückfallbearbeitung
- therapeutische Hilfe bei der Bearbeitung latenter Probleme

Hinter einer solchen Zielaufstellung steht immer die Notwendigkeit, in jedem Einzelfall die Probleme, Ressourcen und Potentiale des Patienten zu erfassen und aus der Lebensweltanalyse, der Situation im Krankheitsverlauf, der diagnostischen Beurteilung der Persönlichkeit des Patienten unter Beiziehung von diagnostischen Parametern, die über die ICD-10-Diagnostik hinausgehen und lebensgeschichtliche und lebenslagediagnostische Parameter einbeziehen, Ziele mit dem Patienten zu erarbeiten (Nah- und Fernziele, Grob- und Feinziele, zentrale und nachgeordnete Ziele). Die Integrative Therapie hat hierfür eine

differenzierte Zieltheorie erarbeitet (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Im Folgenden seien einige Beobachtungsbereiche aufgeführt, aus denen Zielformulierungen abgeleitet werden.

### Legende 3

#### Klient A

#### Klient B

##### Der Bereich der Leiblichkeit

Der Klient ist übergewichtig. Er zeigt wenig Motivation etwas für seinen Körper zu tun.  
*Ziel:* Motivationsarbeit, um diese Haltung zu ändern.

Äußerlich wirkt der Klient sehr gepflegt. Er legt Wert auf Kleidung und nimmt seine Körperhygiene wichtig.  
*Ziel:* Bestärkung dieses Verhaltens.

Sportliche Aktivitäten bekommen ihm nach eigener Erfahrung gut, sind ihm aber zu anstrengend.  
*Ziel:* wie oben.

Sportliche Betätigungen empfindet er als angenehm.  
*Ziel:* wie oben.

##### Der Bereich der sozialen Beziehungen

Kontakt zur Familie besteht. Jedoch will der Klient für sich Selbständigkeit erarbeiten und folglich mehr Distanz zur Familie schaffen.  
*Ziel:* Die Bemühungen unterstützen und bestärken.

Bei Aufnahme in unserer Einrichtung bestanden sporadische Kontakte zur Familie.

*Ziel:* Gute Kontakte fördern, soweit dies möglich und sinnvoll ist.

Die Kontaktfähigkeit- und -bereitschaft ist gut. Seine Fähigkeit zu Auseinandersetzungen ist sehr gering, ebenso ist die Entscheidungsfähigkeit sehr gering. Er ist auf Unterstützung und Orientierung von außen angewiesen. Er orientiert sich an Fremderwartungen und wirkt sehr angepaßt.  
*Ziel:* Entscheidungskraft aufbauen und unterstützen.

Innerhalb des Hauses zeigt sich der Klient distanziert und aggressiv im Kontakt zu seinen Mitbewohnern. Er stößt mit diesem Verhalten auf Ablehnung in der Gruppe. Außenkontakte bestehen kaum.

*Ziel:* Angemessene Kontaktformen fördern.

##### Der Bereich der Werte und Normen

Auch heute ist der Klient sehr unsicher, den persönlichen Sinn seines Lebens zu bestimmen. Er ist angewiesen auf Orientierungen von außen.  
*Ziel:* Diese Situation reflektieren.

Das Leben des Klienten ist stark durch Gewalt geprägt, somit ist Aggression und Gewalt ein Wert, den der Klient verinnerlicht hat.  
*Ziel:* Reflexion und Revision dieser Haltung ansteuern.

Die Erziehung des Klienten ist durch eine religiöse Wertorientierung und Moral der Mutter geprägt. Heute lehnt er diese Moralvorstellung ab. Er strebt Harmonie und eine humanistische Lebensweise an. Den Bezug zu der eigenen Realität kann er bislang nicht herstellen.  
*Ziel:* Die Verbindung von Werten und realistischer Lebenspraxis fördern.

Der Klient hat kaum eigene Werte und Normen und orientiert sich stark an den Mitarbeitern. Er hat eine negative Lebenseinstellung entwickelt, jedoch besteht Hoffnung auf ein bißchen Glück.

*Ziel:* wie oben.

##### Kontinuumsanalyse

Betrachtet man den Lebenslauf des Klienten, so wird deutlich, daß der Klient sich wenig für eigene Ziele und Interessen eingesetzt hat. Schon in der Schulzeit erfüllte er nur die geringsten Anforderungen. Er blieb mehrmals sitzen. Die Mittlere Reife hätte er mit einer Nachprüfung erwerben können, aber er hatte keine Lust. Die Ausbildung hätte er um ein Jahr verlängern können, um einen qualifizierten Abschluß zu erlangen, jedoch fehlte ihm die Motivation. Es zeigt sich, daß er sich bislang noch nie im Leben für sich selber und sein Fortkommen eingesetzt hat.  
*Ziel:* Am Aufbau "persönlicher Souveränität" arbeiten.

Betrachtet man den Lebenslauf des Klienten, so ist festzustellen, daß sich die Erfahrungen von Gewalt und Atmosphären der Aggression durch sein Leben ziehen.

*Ziel:* Differenzierte Bearbeitung des Aggressionsthemas, Erarbeitung alternativer Strategien der Konfliktbewältigung.

Der Klient wuchs in einem stark leistungsorientierten Elternhaus auf. Der Sohn sollte etwas besseres werden. Der äußere Eindruck war maßgeblich für die Eltern. Interesse für den Sohn war wenig vorhanden. Die Eltern trauten ihm wenig zu. Die Mutter forcierte seine Unselbständigkeit, indem sie ihm lebenspraktische Dinge abnahm.

Aufgrund fehlender „Vorbilder“, konnte der Klient keine stabile Beziehung entwickeln.

*Ziel:* Aufgrund der Einsicht in diese Bedingtheiten alternative Verhaltensweisen entwickeln.

*Ziel:* Die therapeutische Beziehung und die Beziehungen in der Gruppe als Modellsituationen anbieten.

In schwierigen Situationen griff der Klient zu Alkohol und Drogen, um nichts mehr mitzukriegen bis hin zu destruktiven und suizidalen Wünschen. In Zeiten des Alleinsein konsumierte der Klient exzessiv. In Zeiten, in denen er in Beziehungen war, sank sein Suchtmittelkonsum.

Der Klient beschreibt, daß er sich in schwierigen Situationen zu Alkohol griff und in sich zurückgezogen hat.

*Ziel:* Einsicht in diese Dynamik, Unterstützung von „Umentscheidungen“.

*Ziel:* Einsicht in diese Dynamik, Unterstützung von „Umentscheidungen“.

Den Klient prägten im Lebensverlauf die negativen Identifizierungen der Außenwelt. Er traut sich selber wenig zu und hält sich nicht für liebenswert. Wenn er seinen Standpunkt vertritt, wird er abgelehnt.

Personen, die ihm Halt gaben, fehlen im Lebensverlauf. Die stationären Behandlungen manifestierten sein Selbstbild, ein „schwieriger Fall“ zu sein, was darüber verstärkt wurde, daß er oftmals mit der Hilflosigkeit der Therapeuten konfrontiert war.

*Ziel:* wie oben, Arbeit am Aufbau eines Stils positiver Selbstattributionen.

*Ziel:* Bestärken von Selbstwirksamkeit, Hilfen beim Aufbau eines positiven Netzwerkes.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Lebensgeschichte des Klienten Defizite, Störungen und Konflikte aufweist, die nur teilweise durch positive Erfahrungen kompensiert werden konnten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Lebensgeschichte des Klienten vielfältige Traumatisierungen, Defizite, Stigmatisierungen aufzeigt.

Der Klient weist erhebliche Defizite in der Identitätsentwicklung auf, so daß auf längere Sicht eine Halt- und Orientierung bietende Umwelt zum Aufbau eines positiven Selbstbildes von wesentlicher Bedeutung ist.

Es liegen Schädigungen in der frühen Kindheit vor, wodurch der Klient erhebliche Defizite in der Entwicklung seiner Identität aufweist. Auch im späteren Lebensverlauf gibt es kaum positive Erfahrungen mit Menschen. Die negativen Identifizierungen der Außenwelt prägten seine Identität.

*Ziel:* Diese komplexen Einflüsse müssen dem Klienten „klar“ werden, eine Veränderungsmotivation muß aufgebaut werden, konkrete Umsetzungen müssen geplant, begleitet und unterstützt werden.

*Ziel:* Die Maßnahmen sind ähnlicher Art wie bei Klient A. Die frühdefizitäre Situation wird eine längere Begleitung im Aufbau und in der Nutzung positiver Sozialisationsfelder notwendig machen, also eine „Karrierebegleitung“ (Petzold, Schay, Hentschel, dieses Buch).

## 5.2 Methodische Perspektiven

Bei derart vielfältigen Zieldimensionen muß auch ein entsprechend differenziertes Reservoir von Methoden zur Verfügung stehen. Es müssen psychotherapeutische, soziotherapeutische, agogische, sporttherapeutische, beratende Maßnahmen zusammenspielen, wenn mittelfristig Erfolge erzielt werden sollen.

Neben diesen übergeordneten methodischen Ansätzen gibt es natürlich eine Vielzahl spezifischer *Methoden* (z.B. Rollenspiel, Gestaltmethoden, Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Musiktherapie) und in ihrem Rahmen Techniken und Medien, Strategien, Modalitäten usw., also der Bereich der Praxeologie, der hier nicht im Detail dargestellt werden kann. Exemplarisch seien Ansätze herausgegriffen:

### **Die 4 Wege der Heilung und Förderung**

Die IT hat das Konzept der „4 Wege der Heilung und Förderung“ entwickelt, wobei entsprechend der Persönlichkeitsentwicklung innerhalb des Therapieverlaufs über die jeweilige Akzentuierung entschieden wird (Petzold 1988). In unserem Kontext geht es dabei um folgendes:

1. Im ersten Weg geht es z. B. darum, die Funktion, Wirkung und den anfänglichen früheren „Sinn“ des Suchtmittels zu erkennen, aber auch, was alles im Leben versäumt wurde (vgl. das Konzept der Entwicklungs- und Lebensaufgaben). Es geht um Einsichts- und Entscheidungsprozesse, das Erarbeiten persönlicher Normen und Werte; thematisiert werden u.a. auch Erwartungen an den zukünftigen Lebensstandard, die Arbeitsmotivation, den weiteren Lebenshorizont.
2. Hier geht es z. B. darum, die familiären Rollen, die der Patient spielte, mit ihren Vor- und Nachteilen für seine Entwicklung nachzuzeichnen; traumatisierende Erfahrungen können unter „Zeugenschaft“ (Ricoeur) erzählt werden. „Endlich gibt es einen Menschen, der es gut mit mir meint, der mich nicht verläßt, auch wenn ich unausstehlich bin / Mist gebaut habe. Endlich gibt es einen Menschen, der sich nicht alles gefallen läßt von mir, vor dem ich Respekt/Achtung haben kann; wenn das so weitergeht, könnte ich Lust am Leben mit anderen Menschen kriegen.“

Viele diesbezügliche Themen werden zunächst in der Einzeltherapie bearbeitet, wo der Patient dann auch ermuntert wird, sich anderen Menschen, denen er Vertrauen schenken möchte, diesbezüglich *mitzuteilen*. So wird „Beziehung erfahren und geübt“.

3. Leitthemen sind: was kann ich alles mit mir anfangen, was kann ich alles erleben mit mir/mit anderen, was kann ich alles tun (auch mit anderen): hierher gehören Wahrnehmungsübungen, Körperübungen, Theaterspiele und Märchen, geleitete Freizeitgruppen, in denen Gemeinsamkeit als wertvoll erfahren werden kann und Qualitäten wie Gemeinsinn und Solidarität persönliche Bedeutsamkeit gewinnen können.

### **Therapeutische Wirkfaktoren**

Die von Petzold entwickelten vier Wege beinhalten feiner differenziert als Prozeß-Strategien die 14 Heilfaktoren (*Petzold* 1993p, 2000h, 2002b) in der Integrativen Therapie, die in der IFK spezifisch zur Anwendung gebracht werden. Je nach dem Thema des Fokus und abhängig von der aktuellen Problemlage und dem Krankheitsbild werden die einzelnen Faktoren in unterschiedlicher Weise einzusetzen sein.

Therapiewirksame Faktoren müssen in den persönlichen Stil situations- und problemangemessen integriert sein, was der Schulung, Erfahrung, Ausbildung, Übung bedarf.

### **Modalitäten**

Es gibt weiterhin Arbeitsmodalitäten: die *übungszentriert-funktionale* Vorgehensweise/Modalität, wo Kompetenzen und Performanzen geübt/trainiert werden; die *erlebniszentriert-agogische* Vorgehensweise/Modalität, wo neue oder alternative Erlebnisangebote dem Klienten neue Erfahrungswelten eröffnen wollen; die *konfliktzentriert-aufdeckende* Vorgehensweise/Modalität, wo psychodynamische Konstellationen aufgedeckt und bearbeitet werden.

## **5.3 Ressourcenorientierung**

Klinisch-therapeutische Arbeit ist primär konflikt- und problemorientiert. Salutogenese-forschung (*Antonowsky* 1979) und Untersuchungen zu protektiven Faktoren (*Petzold* et al. 1993) haben aber auch eine andere Ausrichtung in den Vordergrund gebracht: Ressourcenorientierte Arbeit, die ergänzend beigezogen werden kann oder auch als eigenständige Behandlungslinie einzusetzen ist. Physische Gesundheit, Kondition, Fitneß sind herausragende Ressourcen, die in einem ressourcenorientierten Ansatz an oberster Stelle rangieren müssen. Sporttherapeutische Maßnahmen tragen zur Förderung dieser Ressourcen entscheidend bei. Die Integrative Therapie hat einen der differenziertesten ressourcentheoretisch fundierten Ansätze in ihrer Praxeologie neben den klinischen Möglichkeiten und in Ergänzung zu ihnen entwickelt (*Petzold* 1997p). Er wird nachstehend zusammenfassend dargestellt.

Die Ressourcen kranker Menschen müssen aufgrund mangelnder psychosozialer Kompetenzen/Performanzen und fehlendem sozialen Netzwerk, in der Konfrontation und Bewältigung mit der Alltagsrealität in den Bereichen von Sinnfindung, Lebensfreude, Wohnen, Arbeiten, sozialen Kontakten und materieller Absicherung, entwickelt und gestärkt werden. Für die Bestandssicherung und die Entwicklungschancen von lebendigen Systemen (Personen, Personengruppen und Organisationen) sind Ressourcen von entscheidender Bedeutung.

„Ressourcen sind Mittel bzw. Hilfsmittel zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben ... , mit denen Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: ... physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte, aber auch ... Freunde, soziale Netzwerke, Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus ... Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern (*Petzold* 1997p).“

Das Ressourcenkonzept in der Integrativen Therapie ist auf einem interaktionalen bzw. transaktionalen Modell aufgebaut und auf der individuellen wie der kollektiven Ebene zu verwenden (in problemorientierter und entwicklungsorientierter Sicht). Bei Drogenabhängigen finden wir in der Regel eine sehr desolante Ressourcenlage, Ressourcenmangel, kontaminierte Ressourcen.

Das **Ressourcenreservoir** von Personen, d. h. die potentiell nutzbaren und tatsächlich verfügbaren Potentiale, umfaßt den aktuellen Ressourcenbestand im Hinblick auf Quantität und Qualität, Sortiertheit und Vielfalt, aber auch das „Ressourcenpotential“, d.h. Zugänglichkeit, Nachschubmöglichkeit und Erneuerbarkeit.

Ressourcenreservoirs sind bestimmt von der Bestandskenntnis und Bestandsbewertung des Ressourcenbesitzers und seiner Umgebung, wobei diese Bewertungen keineswegs deckungsgleich sein müssen. In der Suchttherapie ist eine sorgfältige Bestandsaufnahme des aktuellen Ressourcenreservoirs unerlässlich, da sein Zustand wesentlich auch über Heilungs- und Rehabilitationschancen entscheidet.

Für die Entwicklungschancen von Personen sind Ressourcen von entscheidender Bedeutung:

- ◆ zur Überlebens- und der Existenzsicherung
- ◆ zum Identitätsaufbau
- ◆ zur Entwicklung von Lebensqualität

Ressourcen dienen dem Überleben, der Existenzsicherung, dem Identitätsaufbau und der Lebensqualität von personalen Systemen und motivieren ihr Handeln.

Die Arbeit mit Ressourcen, Ressourcenbeständen und Ressourcenpotentialen beinhaltet

- ◆ präventive Interventionen zur Verhinderung von Beschädigungen und Minderungen des Ressourcenbestandes;
- ◆ konservierende Interventionen zur Erhaltung des Bestandes;
- ◆ reparative Interventionen zur Restitution beschädigter oder geminderter Ressourcen;
- ◆ evolutive Interventionen zur Entwicklung des Ressourcenreservoirs und –potentials;
- ◆ supportive bzw. substitutive Interventionen, um mit unwiederbringlichen Ressourcenverlusten fertigzuwerden;
- ◆ politische Interventionen zur Vertretung von Interessen und Sicherung von Ansprüchen auf Ressourcen;
- ◆ infrastrukturelle Interventionen zur Amelioration und Produktion materieller und logistischer Ressourcen.

In Belastungssituationen entwickeln sich Überforderungen, wenn der Person keine stützende Umwelt und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität und ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Dieser Aspekt muß in der beratenden, therapeutischen Arbeit berücksichtigt werden, um eine einseitige Orientierung auf Pathologie oder Negativprobleme zu vermeiden.

„Ressourcen sind gute Quellen, ... die einerseits Belastungen und Probleme abpuffern (können), zum anderen aber Grundlage für Potentiale (bieten).“

Der Verlust von Ressourcen erzeugt Krisen und das Risiko weiterer Ressourcenminderung. Ressourcengewinn ermöglicht Wohlbefinden und Prosperität, weil vorhandene Ressourcen in den Gewinn weiterer Ressourcen investiert werden können. In der Situation von Drogenabhängigen kommt es oft zu einem inflationären Verfall von Ressourcen, einem drastischen Ressourcenabbau, dem - wo immer möglich - gegengesteuert werden muß oder, wenn sich Chancen bieten, mit Strategien der Ressourcenerneuerung begegnet werden kann. Bei komplexen Person-Umfeld-Interaktionen und -Kommunikationen ist eine unlösbare „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Verschränkung“ gegeben, d.h. ein Prozeß des beständigen Wahrnehmens, Erfassens/Erkennens, Bewertens/Einschätzens, der Aktivierung von Ressourcen/Handlungsmustern. Diese Prozesse sind bei Abhängigen oftmals gestört, so daß auch der Zugriff auf verfügbare Ressourcen erfolgt aufgrund „impliziten Wissens“, d.h.

durch mitbewußte bzw. unbewußte Verarbeitungsprozesse nicht mehr in hinreichender Weise erfolgen kann.

Das integrative Ressourcenkonzept ist durch und durch kontextualisiert und temporalisiert zu denken. Aufgrund dieses Faktums werden Ressourcen durch den Menschen automatisch anhand der vorhandenen Erfahrungen und bestehenden Wissensvorräte wahrgenommen (perception), klassifiziert (marked), bewertet (valued), eingeschätzt (appraised), d.h. kategorisiert und eingesetzt (action). Dieses Geschehen kann durch die Abhängigkeitserkrankung empfindlich gestört oder gar „kontaminiert“ werden. Drogen werden als „Ressourcen“ klassifiziert. Die cerebralen Markierungen werten Drogen im dopaminergen Belohnungssystem als positive, erstrebenswerte, nutzbare Ressource, die dann auch entsprechend kognitiv (**appraisal**) und emotional (**valuation**) fehlgesteuert werden. Derartige Prozesse des dysfunktionalen Ressourcings und Lernens müssen systematisch „umgelernt“ werden.

„**Nutzbare Ressourcen** sind alle ... vorhandenen materiellen, mentalen und emotionalen Bestände ... . Ressourcengebrauch setzt voraus, daß Ressourcen ... wahrgenommen werden, basal klassifiziert werden und aufgrund funktionaler emotiver Bewertungsprozesse und kognitiver Einschätzungsprozesse als **verfügbare Ressourcen** eingestuft werden, so daß sie zugänglich und mobilisierbar sind und faktisch in möglichst optimaler Weise genutzt werden.

**Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP)** werden in den Transaktionen zwischen dem System und seiner Umwelt geschaffen und bestimmen sich in beständigen Interaktions- und Kommunikationsprozessen. Als konkrete Handlungen der Bewältigung (**copingstile**) und der schöpferischen Gestaltung (**creatingstile**) sind hier zu nennen:

#### **Copingstile**

- ◆ Evasives Coping (Belastungen und Bedrohungen werden durch Ausweichstrategien vermieden)
- ◆ Aggressives Coping (Strategien der Konfrontation, der (Selbst-) Behauptung, des Kampfes)
- ◆ Adaptives Coping (Strategien der Anpassung, Regression, Zurücknahme)

#### **Creatingstile**

- ◆ creative adjustment (kreatives Einpassen in bestehende Gegebenheiten und Ausnutzung der angetroffenen Möglichkeiten)
- ◆ creative change (kreatives Gestalten und Verändern der bestehenden Gegebenheiten)
- ◆ creative cooperation (ko-kreative Aktivität, um neue Ressourcen freizusetzen bzw. zu schaffen)

**Coping** bewirkt eine Ressourcenminderung und beinhaltet die Gefahr einer Negativspirale des progredierenden Ressourcenverfalls. **Creating** umfaßt die kreative Nutzung sozialer Ressourcen, ist verbunden mit Ressourcengewinn und der Chance zu einer positiven Spirale der Gewinnmaximierung. Diese Stile gilt es bei den Abhängigen zu explorieren, um sie ggf. zu nutzen oder kompensatorisch zu stärken.

Die Intensität der im Alltag erlebten mentalen Referenz bestimmt die subjektive Bedeutung der Ressource im Geschehen neben den durch den übergeordneten Kontext (Organisation, Institution, Feld) vermittelten Bedeutungsattributionen. Hier sind attributionstheoretische Perspektiven sehr bedeutsam (vgl. *Petzold et al. 2003*).

„Unter **Resourcing** versteht man alle Vorgänge, die mit der Bestandsaufnahme, Beschaffung, kognitiven und emotionalen Bewertung, d. h. Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartung, Auswahl, Mobilisierung, Bereitstellung, Nutzungsabsicht und der optimalen strategischen, d. h. kontext- und zielangemessenen Nutzung von Ressourcen als fortlaufendem Prozeß (acting) in einem System zu tun haben.“

Ressourcen werden in Handlungsprozessen aufgrund von Motivationen, Zielintentionen und Willensentschlüssen geplant und bereitgestellt, um dann aufgrund von Entschlüssen, Entscheidungen, Ausführungsintentionen in konkretes Handeln umgesetzt zu werden.

Das Erkennen faktisch vorhandener, objektiver, d. h. potentiell nutzbarer Ressourcen wird im Vergleich mit verfügbaren Ressourcen, die tatsächlich genutzt werden, möglich.

Über Transferschritte wird Optimierung der Ressourcenlage, des Wissens um die Bestände des Ressourcenreservoirs und die faktische Verbesserung der Strategien und Stile der Ressourcennutzung in die Praxis gerichtet.

## **6. Lauftherapie als Regulationsmöglichkeit für eine „Stressphysiologie“ im Rahmen komplexer Störungen**

Aus dem Bereich der *Praxeologie*, der für das indikationsspezifische Vorgehen in der Integrativen Therapie durch ein reiches Repertoire an Methoden gekennzeichnet ist, wird die Methode der Integrativen Lauftherapie und ihre Praxis vorgestellt.

### **6.1 Grundgedanken**

Bei sehr vielen - wenn nicht bei den meisten - psychischen bzw. psychosomatischen Problemen und Störungen findet sich im Hintergrund als eine wesentliche Ursache - wenn nicht als die wesentlichste - pathogene Stresssituationen, sei es „traumatischer Stress“ (*van der Kolk et al. 2000*), sei es chronifizierter Hyperstress, seien es „daily hassles“ - „alltäglicher Nervenkrampf“ (*Hafen et al. 1996*). Oft haben sich dysfunktionale Muster des Umgangs mit Stress oder eine „chronifizierte Stressphysiologie“ ausgebildet, die die psychophysischen Regulationsmöglichkeiten beschädigt haben.

Bei vielen Drogenabhängigen sind derartige Dysregulationen anzunehmen. Lauftherapie kann dazu beitragen, Fehlregulationen zu verändern und auf diese Weise die übrigen therapeutischen Maßnahmen unterstützen durch:

- Stabilisierung von Behandlungserfolgen und Abstinenz
- Förderung von aktiver und gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung

### **Ziele**

Bei den Zielen von Lauftherapie mit Drogenabhängigen sind zu nennen:

- Beeinflussung der von Sucht betroffenen physischen, psychischen und sozialen Funktionen
- Erleben und Bewußtmachen der Beziehung zu sich selbst, seinem Körper und der Gruppe
- Veränderung physiologischer Dysregulationen
- Förderung von Entspannungs- und erholfähigkeit
- Entwicklung von Ressourcen
- Förderung von Kommunikation und Interaktionsfähigkeit
- Aufbau eines sozialen Netzes
- Bewegen und Handeln in eigener Sache
- Förderung von Kontakten und Austausch mit anderen

Der Ausdauersport als therapeutische Maßnahme beeinflusst im Rahmen eines multidisziplinären Behandlungsansatzes die spezifischen Störungen im Abhängigkeitsverhalten äußerst günstig (s. *Deimel, 1988*). Der Einsatz von körperlicher Aktivität durch Laufen ist in der Integrativen Therapie traditionell ein wirksamer „Weg der Heilung und Förderung“. Seit Anfang der 70er Jahre wird therapeutisches Laufen in der Integrativen Therapie praktiziert.

Bereits 1984 hat A. Weber in einer experimentellen Untersuchung an Alkoholabhängigen (Laufen als Behandlungsmethode) nachweisen können, daß „regelmäßiges und genügend intensives Laufen ... zu tiefgreifenden Veränderungen in der Person und des Lebensstils führt“ ... und dazu beiträgt, „die Persönlichkeit des Alkoholabhängigen so zu verändern, daß er in die Lage versetzt wird, vom Alkohol loszukommen“.

Die empirische Forschung hat nachweisen können, daß Bewegungsaktivitäten bei somatischen (Osteoporose, Herzerkrankungen), psychischen und psychosomatischen Erkrankungen positive Wirkungen zeigen, die den Effekten traditioneller Psychotherapie durchaus gleichkommen. Schon die asklepiadischen Priesterärzte gingen davon aus, daß eine „rechte Lebensführung“ die Quelle der Gesundheit ist und Krankheiten als Folge des Abweichens von der *dieta* entstehen. Folglich legten jene Ärzte ein stärkeres Gewicht auf das Lehren gesunder Lebensführung als auf kurative Maßnahmen.

## 6.2 Streß, Belastung, Erkrankung

Heute ist davon auszugehen, daß die meisten körperlichen und seelischen Erkrankungen - insbesondere die als moderne Zivilisationskrankheiten bekannten Störungen - entstehen, wenn Unausgewogenheiten im Lebensvollzug nicht mehr durch die Selbstheilungskräfte des biologischen Organismus, die emotionalen und kognitiven Regulationspotentiale des Individuums oder durch die Unterstützungskräfte des sozialen Netzwerks kompensiert werden können. Das Ergebnis sind Beeinträchtigungen des Wohlbefindens bis hin zu körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Erkrankungen und. Dies gilt insbesondere bei Formen von „zeitextendiertem psychophysischem Streß“.

Zahlreiche Veröffentlichungen belegen den Zusammenhang von Streß als dysfunktionaler Überlastung und psychischer, psychiatrischer, psychosomatischer oder somatoformer Erkrankung. Streßtheorien haben sich von einer physiologischen Betrachtungsweise, emotional bestimmten Theorien zu psychosozialen, ökologischen und kognitiven Modellen entwickelt. Ein Integrativer Ansatz versteht *Streß als Prozeß in der Subjekt-Kontext/Kontinuum-Interaktion* in der Folge von Überforderung:

*„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so daß die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar ganz außer Kraft gesetzt werden.“ (Petzold, 1968a)*

Diese komplexe Definition bildet die Grundlage der Integrativen Krisen- und der Burnout-Theorie. In die Definition sind physiologische, emotionale, kognitive, soziale und ökologische Aspekte einbezogen und die ressourcenorientierte Sicht hat eine wichtige Stellung.

Stressoren stören die Zyklen des Aufbaus von Spannung und Entspannung und setzen so die psychophysischen Regulationssysteme außer Kraft. Erholung mit der natürlichen „relaxation response“ tritt nach extremen Belastungszuständen nicht mehr ein. Es kommt statt dessen zu einer „zeitextendierten Überspannung“ oder nach einem überlastungsbedingten Zusammenbruch zu einer „zeitextendierten Erschöpfung“ (Abstumpfung, Dauererschläpfung, Unterspannung).

Diese Beobachtungen und die theoretischen Überlegungen sind kompatibel mit den modernen neurobiologischen Modellen zum Entstehen und zur Wirkung basaler Emotionen. Bei der Informationsverarbeitung laufen im „psychischen Tiefenbereich“ unbewußte neuronale Prozesse ab. Die Amygdala (Mandelkerne) ist verantwortlich für die emotionale Markierung von Sinneseindrücken, der Hippocampus für die Verknüpfung der Eindrücke mit Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis, das auch Erinnerungen an Emotionen und ihre Kontextbedingungen aufbewahrt.

Traumatischer Streß kann zu einer Dysregulation dieses Verarbeitungsprozesses mit typischen Veränderungen im hormonalen und Neurotransmittersystem führen (Streßphysiologie). Die



Übersteuerung der Amygdala bewirkt eine Adrenalin- bzw. Kortisolausschüttung (bei Angst, Panik, Entsetzen), es kommt zu Überspannungen (hyperarousal) oder Abstumpfungen bzw. Selbstanästhesierungen (numbing), die chronifizieren können. Eustreß ist anregend und liegt im Rahmen normaler Belastungsspielräume. Distreß überschreitet diese und führt zu Überforderungen, Überlastungen, die potentiell pathogen entgleisen können.

Aus klinischer Perspektive ist Distreß als durch innere und/oder äußere Auslöser, d.h. Stressoren bewirkte Dysregulation zu sehen. Die stören dabei auch psychische Funktionen (Selbst- u. Situationskontrolle, Regulierung von Nähe und Distanz) und soziale Funktionen (Fähigkeiten der Konfliktregelung).

Stressoren können Überlastungsreaktionen und Überforderungserlebnisse auf verschiedenen Ebenen auslösen (physiologische, psychologische, kognitive und soziale Ebene). Wenn diese chronifizieren, etabliert sich eine Stressphysiologie mit folgenden Merkmalen:

- erhöhter Ruhepuls, häufig auch Blutdruckerhöhung, Verengung der Blutgefäße in den inneren Organen und der Haut mit Temperaturabfällen in den Extremitäten,
- gestörte Aktivität des Verdauungssystems (Verstopfung oder Durchfälle),
- generell erhöhter Muskeltonus (z.B. Verspannungen der Rückenmuskulatur/ des Schulter-/ Nackenbereichs),
- Veränderungen der Atmung (in der akuten Streßsituation vertieft und beschleunigt, in der chronifizierten Form abgeflacht und beschleunigt),
- Hautreaktionen (Erröten oder Erbleichen, taktile Erregbarkeit, vermehrte Transpiration),
- überempfindliches Sinnessystem, Weitung der Pupillen, Farben und Geräusche werden stärker wahrgenommen.

Diese Veränderungen sind z.B. auf die erhöhte Adrenalin-/Noradrenalinausschüttung zurückzuführen. Gleichzeitig führt die erhöhte Cortisolsteuerung zu einer Mobilisierung von Glucose, um den erhöhten Energiebedarf zu decken und zu einer Sensibilisierung des Immunsystems, um für Verletzungen gerüstet zu sein und Entzündungen aufzufangen. Was sich im Laufe der Evolution als sinnvolle Reaktion auf kurzfristige Gefahrenmomente herausgebildet hat, führt bei einer Überlastung und Chronifizierung zu Erschöpfungssyndromen, Depressionen, funktionellen oder psychosomatischen Erkrankungen bzw. somatoformen Störungen als „sekundären Streßfolgen“.

Die Phänomenologie stresstypischen Verhaltens zeigt durchaus individuelle Ausprägungen. Die jeweiligen Symptomcluster liefern dem Therapeuten dabei wichtige diagnostische Hinweise.

Für die therapeutische Praxis ergibt sich daraus, daß es keineswegs ausreichend ist, nach den Ursachen chronifizierten Streßverhaltens - etwa nach traumatischen Ereignissen, „stressful life events“, und ihren Folgen - z. B. psychosomatische Störungen oder Depressionen - zu suchen und diese in verbaler Behandlung als kausal herauszuarbeiten. Leibliches Umlernen, „Umlebung“ wird erforderlich. Dies braucht ebensoviel Zeit wie die Veränderung „dysfunktionaler Gedanken“, ineffektiver Problemlösungsmuster, „dysfunktionaler emotionaler und volitionaler Stile“ bzw. problematischer Interaktions- und Kommunikationsstile - denkt man an eine depressive Störung und ihre Symptomaten, wird es unmittelbar evident, daß all diese Bereiche veränderungswirksam beeinflußt werden müssen. Bei einer therapeutischen Gesamtkonzeption ist dies alles notwendig und zu berücksichtigen und verlangt in der Praxeologie einen breiten Ansatz, der multimodales Vorgehen ermöglicht.

### **6.3 Multimodales Vorgehen im Umgang mit Belastung und Streß**

Depressionen haben vielfältige Ursachen: chronifizierte Überlastungen seien genannt oder langjährige Angstzustände, die häufigste Komorbidität und Vorläufererkrankung von Depressionen. Oder es handelt sich um eine Begleit- bzw. Folgesymptomatik von „traumatischem Streß“ im Rahmen eines PTBS, zu dem dann noch die Drogenabhängigkeit hinzukommen kann, die wiederum mit Streß- und Hyperstreßerfahrungen verbunden ist. Diese *Multimorbidität* mit ihren vielen Facetten erfordert immer wieder ein multimodales Vorgehen.

Ist z.B. bei einem depressiven Patienten als Folge jahrelanger Inaktivität infolge depressiver Antriebslosigkeit ein gravierender Konditions-mangel festzustellen, so ergibt sich daraus die

Notwendigkeit, konditionsverbessernde Maßnahmen in den Therapieplan aufzunehmen, denn Konditionsmängel verstärken wiederum die Antriebslosigkeit.

In diesem Sinne können im Integrativen Ansatz seine verschiedenen Modalitäten des Vorgehens (**konfliktzentriert-aufdeckend, übungszentriert-funktional, erlebniszentriert-stimulierend**), die patienten- und störungsspezifisch im Sinne eines konsistenten therapeutischen Curriculums kombiniert werden. Die Kombinationsmöglichkeiten erlauben ein flexibles Reagieren auf unterschiedliche Erfordernisse der therapeutischen Situation. Es können durch *multimodales* Vorgehen, Ziele auf unterschiedlichen Ebenen angegangen werden. Deshalb sollte im klinischen Rahmen ein multimodales Vorgehen selbstverständlich werden.

Im Vergleich zu systemisch-verhaltenstherapeutischen Programmen wird in der IT nicht nur und damit einseitig auf die kognitive Einschätzung (*appraisal*) des Ereignisses abgestellt. Große Beachtung wird **I. der neurophysiologischen und biopsychologischen Markierung** (*marking*) von Erlebnissen durch Prozesse im limbischen System (insbesondere der Amygdala) geschenkt. Hier kommen funktionale Entspannungstherapieformen zum Einsatz, in denen respiratorische, muskuläre und imaginale Entspannungsansätze verbunden werden. Weiterhin wird **II. die emotionale Bewertung** (*valuation*) von Ereignissen betont, die aufgrund von im Leibgedächtnis archivierten Erfahrungen bestimmten Personen, Situationen, Handlungen eine spezifische emotionale Tönung (d.h. eine positive oder negative Atmosphäre) verleiht. Hierbei findet **III. eine kognitive Einschätzung** (*appraisal*) statt. Vom Therapeuten wird eine hohe behandlungsmethodische Flexibilität gefordert und ein breites Repertoire an Behandlungsinstrumenten und theoretischen Konzepten.

## 7. „Kreatives Laufen“ in der Integrativen Therapie und Gesundheitsberatung bzw. Health Coaching

Die Formen sporttherapeutischen Laufens bzw. des therapeutisch eingesetzten Ausdauersports sind vielfältig. Verschiedene Sportarten (Laufen, Rad fahren, Jazzgymnastik, Bergwandern ... ) können zu den therapeutisch gewünschten psychophysiologischen Gesamtwirkungen eines Ausdauertrainings führen. Ziel der individuellen Diagnose und sporttherapeutischer Behandlungsplanung ist neben dem „sanften Konditionsaufbau“ ein auch nach der Behandlung andauernder „bewegungsaktiver Lebensstil“. Hierzu sind die Berücksichtigung individueller Merkmale wie Alter, Kondition, Krankheitsbild, Motivation und ein Blick auf die Sportbiographie notwendig. Der wahrscheinlich früheste Versuch, Laufen als cardiovasculopulmonäres Ausdauertraining im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen einzusetzen, wurde im klinischen Kontext in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie 1969 unternommen (*Petzold 1974*). Laufen und andere Formen des Ausdauersports werden seitdem systematisch mit verschiedenen Patientengruppen und bei verschiedenen Störungsbildern eingesetzt und auch empirisch untersucht (*Bosscher 1992, van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*). Dabei orientiert sich das Kreative Laufen in der Integrativen Therapie (vgl. *Petzold 1974*) nicht nur an den Prinzipien der Trainingslehre, die für einen systematischen behutsamen Konditionsaufbau erforderlich sind, denn ein „overexercising“ kann zu einer Schwächung des Immunsystems führen. Große Bedeutung hat auch die Beziehung zum begleitenden Therapeuten und zur Laufgruppe als Alternative zu sozialen Streßerfahrungen. Der Austausch über die Erfahrungen beim Laufen sensibilisiert die Selbstwahrnehmung und fördert den Bezug zum eigenen Leibe. Das Gespräch über die „Mühen und Freuden des Trainings“, die Überwindung von „Tiefs“ stärken die **Willenskraft** des Patienten, ohne die es in keiner Therapieform zu nachhaltigen Veränderungen kommen kann. Das Erleben der „eigenen Wirksamkeit“ (*Flammer 1990*) bildet deshalb einen besonderen Fokus in der Lauftherapie.

Spezifisch für die Integrative Arbeit mit Ausdauertraining ist der Einsatz kreativer Imagination und kreativer Medien. So kann z.B. die Vorstellung eines warmen, starken Rückenwindes zur Überwindung von Ermüdung beitragen. Insgesamt wird dem Einsatz von Imagination während der sportlichen Aktivität und auch als „mentales Training“ in Ruhephasen große Bedeutung beigemessen, zumal die Wirkung von mentalem Training, wie es die Integrative Therapie praktiziert, empirisch nachgewiesen werden konnte (*Bosker 2001*). Als Medien werden z.B. Bälle eingesetzt, die man sich zuwirft, oder Reifen, Seile usw.. Die Improvisationsmöglichkeiten werden systematisch eingesetzt, um Monotonieeffekte zu vermeiden und dem Laufen eine heitere, spielerische Qualität zu verleihen. Ganz wesentlich ist auch die Sensibilisierung für das Natur- und Landschaftserleben als heilsamer Faktor. Dieses „kreative Laufen“ kombiniert die

übungsorientierte und die erlebniszentrierte Modalität der Integrativen Therapie und verwendet diese Möglichkeiten auch in der „Gesundheitsberatung“ bzw. im „Health Coaching“ - Interventionsformen, die therapeutische Maßnahmen immer wieder ergänzen sollten. Denn ohne derartige gesundheitsfördernde Neuorientierungen des allgemeinen *Lebensstils* haben die Patienten geringere Chancen, eine erfolgreiche Rehabilitation zu erreichen.

## 8. Lauftherapie - eine ressourcenorientierte Behandlungsmethode

Sportliche Aktivitäten als Teil eines psychiatrischen Behandlungsangebotes haben eine lange Tradition. Empirisch nachgewiesen ist, daß Sport eine prophylaktische und therapeutische Wirkung hat, indem er Körperkraft und Geschmeidigkeit, Mut und Konditionsvermögen, Erfindungsgabe und Entschlußkraft stimuliert. Forschungen aus den achtziger und neunziger Jahren (Stimmungsverbesserungen, *Eisert* 1988/89; Stärkung des Leistungsverhaltens/ Verbesserung des Sozialverhaltens, vgl. *Schüler* 1991; Senkung von Ängsten und Depressionen/Reduzierung der Medikation, vgl. *Burrus* 1985, *Bahrke & Smith* 1985) bestätigen dies. „Die positiven Wirkungen des Laufens weisen es als Therapeutikum ... aus, wobei Lauftherapie am wirksamsten dort sein dürfte, wo sie andere therapeutische Maßnahmen und Hilfen unterstützen und begleiten kann“ (*Schüler* 1996). *A. Weber* (1999) z.B. kommt zu dem Ergebnis, daß das „psychische Gleichgewicht“ der wichtigste auf das Laufen zurückzuführende Wirkfaktor ist. Laufen und andere Sportaktivitäten haben den Vorteil, daß die Leistungen direkt festgelegt, mit vorherigen Leistungen verglichen werden und objektiv erreichbare Ziele festgelegt werden können.

Weitere Gründe für die Verbreitung der Lauftherapie sind  
(vgl. auch *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997)

- die Feststellung in sportwissenschaftlichen Studien, daß körperliche Aktivitäten einen positiven Einfluß auf das persönliche Wohlbefinden haben,
- die Tatsache, daß man für verbal schwer erreichbare Patienten eine fördernde Therapieform suchte,
- die Suche nach Behandlungsstrategien, die auch außerhalb des direkten klinischen Settings einsetzbar sind,
- die Suche nach kostengünstigen Therapieformen usw..

*Morgan/Goldston* (1987), *Schüler* (1996) kamen zu dem Ergebnis,

- a) daß körperliche Fitneß positiv mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden korreliert,
- b) daß körperliche Aktivitäten eine Verringerung der Streßgefühle hervorrufen,
- c) daß körperliche Aktivitäten leichte bis mäßige Angst- und Depressionsbeschwerden verringern,
- d) und daß bei schweren Depressionen körperliche Aktivitäten einen zusätzlichen therapeutischen Effekt haben können.

**Schaubild: Indikation und Ziele der Lauftherapie** (vgl. auch *Schüler* 1996)

Therapie	Indikation	Ziele
Aktivierung / Aktivität	Streß Depressionsbeschwerden	Vitalisierung, Erhöhung der Spannkraft geregeltes Ausleben
Motorik	geringe konditionelle Belastbarkeit	Verbesserung der körperlichen Fitneß und Ausdauer
Emotion	innere Anspannung und Nervosität  Aggressivität  Minderwertigkeitsgefühle, mangelndes Selbstvertrauen depressive Verstimmungen	psycho-mentale Entkrampfung, Beruhigung, Ausgeglichenheit Aggressionskontrolle durch geregeltes Ausleben, Entspannung Abklingen negativer Affekte
Motivation	allg. Leistungsangst, Versagensängste	Leistungsbereitschaft, Entschlußkraft
Kognition	Leistungsschwierigkeiten, Selbstwertprobleme	Steigerung des Selbstvertrauens und Selbstzuschreibung von Erfolg
Kommunikation und Interaktion	sozialer Rückzug und Isolation	Umgang mit Nähe, Integration, Entwicklung von Kooperationsfähigkeit

Es wird angenommen, daß drei Gruppen von Wirkfaktoren den antidepressiven Effekt hervorrufen:

- biologische Einflußgrößen (auf die hier nur begrenzt eingegangen wird)
- psychologische Effekte
- soziale Effekte.

### ***Bio-psychologische Theorien und biologische Einflußgrößen***

#### *Die Entspannungshypothese*

Angst und Depressionen verursachen ein erhöhtes Muskelaktionspotential, das die Symptome dieser Beschwerden noch erhöhen kann. Bei körperlicher Aktivität nimmt bei einer bestimmten Intensität die Spannung der Skelettmuskulatur ab, sofern diese Aktivität richtig dosiert wird.

Das Laufen ähnelt in seiner Wirkung sehr stark dem Biofeedback. Die Wahrnehmung der Entspannung während des Laufens kann erlernt werden, wenn der Läufer seine Aufmerksamkeit auf körperliche Signale lenkt und sich z.B. durch eine Änderung des Laufrhythmus auf die veränderten Verhältnisse einstellt. Der Lauftherapeut kann den Patienten beim Wahrnehmen und Interpretieren der körperlichen Signale ebenso unterstützen wie er auf Freude, Spannung, Entspannung, Schmerzen usw. eingehen und so die emotionale Differenzierungsarbeit unterstützen kann. Der Patient lernt, mit diesen Erfahrungen zu experimentieren und in seinen Alltag zu übertragen.

### ***Psychologische Einflußgrößen***

Von der Vielzahl der berichteten psychologischen Einflußgrößen sollen nur die wichtigsten dargestellt werden:

#### *a) Ablenkung oder „time out“*

Sportliche Aktivitäten können die Patienten von den „Sorgen“ ablenken. Bei depressiven Patienten ist das ständige Grübeln häufig eine dominante Informationsquelle im Kurzzeitgedächtnis (und damit im Bewußtsein). Wenn aber beim Laufen eine stärkere Informationsquelle anwesend ist, kann sie als „Distraktor“ dienen, den Platz des Grübelns einnehmen und dieses verdrängen. Zusätzlich kann beim Laufen die Aufmerksamkeit auf verschiedene körperliche Phänomene (Atmung, Schrittlänge, Haltung ...) oder Naturgegebenheiten gelenkt werden. Der Therapeut kann auch Techniken der Gedankenverlagerung anbieten.

#### *b) Kompetenzverbesserung, Kontrollgewinn („Mastery“)*

Ein negatives Selbstbild und Selbstwertgefühl kann zu Depressivität führen. Die Therapie sollte zum Ziel haben, das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und die Fähigkeiten, das eigene Leben zu meistern („Mastery“), zu vergrößern und die Kontrolle über die Lebensgestaltung zu gewinnen. Erfolgserfahrungen durch spezifische Trainingsprogramme können eine solche Kompetenzverbesserung herbeiführen, die wiederum das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stimulieren kann. Das Laufen ist hierfür ideal, denn es ermöglicht a) eine direkte Erfolgserfahrung und b) Körpersignale („arousal“), die Informationen über die anwesenden Fertigkeiten geben. Hinzu kommen indirekte Effekte, wie die durch andere übertragene Überzeugung, daß man etwas kann und die verstärkende Identifikation mit den Leistungen der anderen Personen.

In verschiedenen Untersuchungen (vgl. auch Schuler 1996; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) konnte eine Steigerung der Selbstachtung und des Selbstbewußtseins nach aerober Aktivität festgestellt werden, die auf zwei Konsequenzen des Ausdauertrainings zurückzuführen sind: a) Die objektive Verbesserung des physischen Wohlbefindens sowie b) das Gefühl der Lebendigkeit, des Erfolges und des Stolzes, eine körperliche Herausforderung bewältigt zu haben.

## ***Forschungsergebnisse und Effekte der Lauftherapie (Überblick)***

Eine ganze Reihe von Forschungsarbeiten beschäftigte sich mit dem Zusammenhang von sportlichen Übungsprogrammen und einer Stimmungsverbesserung bzw. Depression. Die meisten Untersuchungen bestätigten, den Erfolg verschiedener Sportprogramme.

Einige Ergebnisse: Bei Patienten mit reaktiver und neurotischer Depression stellten *Greist* u.a. (1979) gleichermaßen positive Effekte eines Lauftrainings und einer Kurzzeitpsychotherapiegruppe fest, während Patienten einer zeitlich unlimitierten Psychotherapiegruppe weniger profitierten.

*Martinsen* u.a. (1989) stellten fest, daß eine Verbesserung der aeroben Kapazität eine Voraussetzung für den antidepressiven Effekt ist. Eine andere Untersuchung (*Sime* u. *Sanstead*, 1987) fand am Ende ihres Übungsprogrammes keine aerobe Kapazitätsverbesserung, wohl aber einen antidepressiven Effekt.

### ***Die Amsterdamer Studien***

Seit 15 Jahren beschäftigt sich die Amsterdamer Fakultät für Bewegungswissenschaften mit der Frage, welchen Einfluß sportliche Aktivitäten auf das Wohlbefinden haben, insbesondere auf Depressionen. Seit 10 Jahren wird ein spezielles Laufprogramm klinisch eingesetzt und wissenschaftlich untersucht.

#### *Die erste Vor-Studie*

*Damen* u.a. (1984) kamen in einer ersten, explorativen Studie mit 18 depressiven Patienten zu dem Ergebnis, daß im Gegensatz zu einem einfachen Sport/Spiel- und Entspannungsprogramm die Lauftherapie zu einer signifikanten Reduktion der Depressionswerte und der körperlichen Beschwerden sowie zu einer Zunahme des allgemeinen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls führte.

#### *Die zweite Studie*

*Bosscher* (1991) untersuchte, ob ein strukturiertes Lauftherapieprogramm einen antidepressiven Effekt bei poliklinischen depressiven Patienten hat. 30 Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt, Voraussetzung war die Diagnose „Dysthymie“ oder „Major Depression“ laut DSM-III-R sowie eine Mindestpunktzahl in zwei Depressions-Fragebögen. Die eine Gruppe nahm an der Lauftherapie teil, die Kontrollgruppe erhielt lediglich stützende, psychodynamische Therapiegespräche. Nach 12 Wochen mit jeweils einer Therapieeinheit ergaben sich signifikante Verbesserungen in allen Bereichen bei den Patienten mit „Major Depression“, bei „Dysthymie“ zeigte sich lediglich eine signifikante Verbesserung der Kondition und der Werte auf einer Depressionsskala fest. Das Ergebnis überrascht nicht, da die Dysthymie-Patienten eine lange depressive Vorgeschichte (> 2 Jahre) hatten. Die Kontrollgruppe mit den supportiven Psychotherapiegesprächen zeigten hingegen keine signifikanten Veränderungen.

Diese Studie ergab, daß bei „Major Depression“ die Lauftherapie eine geeignete Therapieform darstellt.

#### *Die dritte Studie*

In dieser Studie (*Bosscher* 1995, *Bosscher/Petzold* 1997) wird die Lauftherapie mit medikamentöser Behandlung bei Patienten mit der Diagnose „Major Depression“ verglichen, die ebenfalls auf zwei Depressionsskalen einen Mindestpunktwert erreichten. 17 Patienten erhielten eine Lauftherapie, 12 Patienten erhielten eine medikamentöse Therapie mit einem potenten Antidepressivum. Beide Gruppen zeigten zwischen Vor- und Nachmessung signifikante Reduzierungen der Depressionswerte und der Beschwerden, nach 6 Wochen war das Lauftraining der medikamentösen Therapie sogar überlegen. Hingegen fanden sich keine Verbesserungen der allgemeinen und der körperlichen Kompetenz. Bei den Copingstrategien ergab sich nur bei der Medikamenten-Gruppe eine signifikante Veränderung auf der Skala „soziale Unterstützung suchen“. Das läßt sich auf den erhöhten Antrieb dieser Patienten zurückführen, während für die Lauftherapie-Patienten anzunehmen ist, daß sie diese Coping-Strategie - bedingt durch die soziale Konstellation des Lauftrainings - nicht vermehrt einsetzen müssen.

Es läßt sich also sagen, daß die Lauftherapie sich als genauso wirksam erwies wie die medikamentöse Therapie.

## 9. Inhalte des Lauftherapieprogramms

Die Arbeitsweise der meisten Lauftherapieprogramme basiert auf bestehenden Trainingsmodellen. Ausgehend von der körperlichen Fitneß, dem Alter, dem Gewicht und der Wertschätzung körperlicher Aktivität werden individuelle Therapieprogramme erstellt. Ziel solcher Therapieprogramme kann ein dreifaches sein:

- Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit (health)
- Geistig-seelisch-soziales **Wohlbefinden (wellness)**, (Attributionen, Kompetenzerwartungen, Selbstbild, Selbstwertgefühl, Soziabilität im Kontrast zur Depression)
- Körperliche Leistungsfähigkeit (**fitness** und Laufkapazität).

Diese drei Ziele lassen sich nur theoretisch trennen, Ausgangspunkt ist immer eine wechselseitige Beeinflussung von psychischer und körperlicher Gesundheit, also **Integration**.

Wichtige Parameter der Lauftherapie sind ferner die **Frequenz** und die **Intensität** des Laufprogramms. Die Lauffrequenz wird bei der Lauftherapie individuell bestimmt. Der Patient läuft beim ersten Mal gemeinsam mit dem Therapeuten eine gewisse Wegstrecke, um festzustellen, wie gut die Kondition des Patienten ist. Dann wird gemeinsam ein vorläufiges Endziel bestimmt (z.B. 20 m Laufen und 50 m Gehen im Wechsel, 10 min. lang) und ein Aufbauschema, um dieses Ziel zu erreichen. Das Anfangsmotto ist: „Lieber zu wenig als zuviel, so daß Verletzungen vermieden werden, die den Spaß am Laufen frustrieren.“ Hinsichtlich der Intensität (Herzfrequenz) wird ein Trainingseffekt angestrebt, der bei 70 % der maximalen Herzfrequenz erreicht wird ( $Hf_{max} / 70\%$  (Schläge/min.) =  $220 - \text{Lebensalter in Jahren}$ ).

Diese Herzfrequenz muß mindestens erreicht werden, wenn ein aerober Trainingseffekt erreicht werden soll und wenn dieser indiziert ist.

Ein Lauftherapie-Standardprogramm umfaßt vier Phasen. Die ersten drei Phasen haben eine Länge von ca. 60 Minuten:

1. **Warming-Up-Phase (ca. 10 min.)**  
*physiologische Mobilisierung* (Anpassung der Herz-, Kreislauffähigkeit und Atmung, Einstimmung der Muskeltätigkeit und des Muskelstoffwechsels) - Lauf-, Stretch- und Lockerungsübungen in der Gruppe, um Muskeln und Bänder gut zu durchbluten und Muskelkater, Atemnot, frühzeitige Überlastung und Verletzungen zu vermeiden.
2. **Laufphase (ca. 40 min.),**  
die Patienten laufen ihr individuelles Schema, ab und zu durch einen Therapeuten begleitet (siehe auch *Laufprogramm in der Praxis*).
3. **Cooling-down-Phase (ca. 10 min.),**  
wiederum Lauf-, Stretch- und Lockerungsübungen in der Gruppe, um den venösen Rück-, den Milchsäure- und den Wärmetransport zu beschleunigen.
  - immer nur aufgewärmte Muskeln dehnen
  - nur so weit in die Dehnung gehen, bis ein Ziehen in der Muskulatur zu spüren ist
  - Entwicklung von Körperwahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Grenzen

Die vierte (Abschluß-) Phase ist ein wichtiger sozialer Aspekt der Lauftherapie. Es ist in erster Linie ein Beisammensein, das die Gemeinsamkeit verstärken soll. Hier bestehen viele Kombinationsmöglichkeiten, z.B. mit erlebnis- und konfliktzentrierter Gruppentherapie oder in der Anfangsphase mit medikamentöser Behandlung.

In der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie sind das „kreative Laufen“ bzw. andere Formen des Ausdauertrainings neben modernen Ansätzen des Entspannungstrainings zentrale Elemente einer ganzheitlich und differentiell ansetzenden Psychotherapie.

Die überragenden Wirkungen des Ausdauerlaufs zur Gesunderhaltung sind heute unbestritten. Regelmäßige Bewegung ist ein entscheidendes Behandlungsmittel der Medizin und Psychotherapie (vgl. *Petzold, Weber, van Aaken u.a.*).

Der Ansatz einer protektiv wirkenden Lauftherapie ist, „*meinen gesamten Lebensstil ändern, meine bisherige Art zu leben, mich also vor allem selbst umzukrempeln, ohne mich allerdings dabei aufzugeben oder gar zu verlieren*“ (*Fischer 1999*).

„*Der längste Weg beginnt bekanntlich mit dem ersten Schritt*“ (*H. Steffny 1999*), d.h. wesentlich für das Laufen ist die Tatsache des **Anfangens** und des **Durchhaltens**.

Nach diesem Grundsatz ist das vom Deutschen Lauftherapiezentrum e.V. (DLZ) konzipierte differenzierte Laufprogramm für Laufanfänger über 12 Wochen aufgebaut, mit dem Ziel: 30 Minuten ununterbrochenes Laufen (s. Tabelle: Laufprogramm in der Praxis).

### **DLZ - Standard-Laufprogramm in der Praxis (Weber 1999)**

<b>Woche</b>	<b>Laufen / Gehen (Zeitanteile) 3 mal wöchentlich</b>	<b>Reine Laufzeit (Minuten)</b>
<b>1</b>	1 Min. Laufen / 2 Min. Gehen (7 mal)	<b>7</b>
<b>2</b>	1 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (10 mal)	<b>10</b>
<b>3</b>	2 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (7 mal)	<b>14</b>
<b>4</b>	3 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (5 mal)	<b>15</b>
<b>5</b>	4 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (4 mal)	<b>16</b>
<b>6</b>	5 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (3 mal) anschließend 2 Min. Laufen / 1 Min. Gehen	<b>17</b>
<b>7</b>	6 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (3 mal)	<b>18</b>
<b>8</b>	8 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (2 mal) anschließend 3 Min. Laufen / 1 Min. Gehen	<b>19</b>
<b>9</b>	12 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (2 mal)	<b>24</b>
<b>10</b>	20 Min. ununterbrochenes Laufen / 3 Min. Gehen	<b>20</b>
<b>11</b>	18 Min. Laufen / 1 Min. Gehen (2 mal)	<b>36</b>
<b>12</b>	30 Min. ununterbrochenes Laufen	<b>30</b>

„Die Methode der Lauftherapie ist vom Ansatz her einfach. Die Belastung durch langsames Laufen wird allmählich sukzessiv auf ein definiertes Ziel hin gesteigert“ (*Weber 1992*).

In kleinen Gruppen von 8 - 10 Personen wird nach der Methode des „moderaten Laufens“ mit einminütigen Laufintervallen begonnen, d.h. Möglichkeiten gegeben, ohne Leistungsdruck kleine Ziele zu erreichen und in den 12 Wochen langsam bis zu 30 Minuten Läufe zu „steigern“. Das moderate Laufen beinhaltet Funktionsgymnastik, Entspannungstechniken, Übungen zur Verbesserung der Koordination und Beweglichkeit.

Lauftherapie vermag Menschen nicht nur äußerlich, sondern auch innerlich zu bewegen, d.h. bei der Gestaltung des Laufprogramms sind die physische und psychische Voraussetzungen zu beachten. Das „Erlebnis des Laufens“ ermöglicht Prozesse des Lernens und der Veränderung.

## Indikationen und Ziele der Lauftherapie

(Beispiele zur Verdeutlichung der Möglichkeiten des moderaten Laufens, vgl. auch Schuler 1996)

Therapie	Indikation	Ziele
Aktivierung/Aktivität	Stereotypien	Vitalisierung, Abnahme der stereotypen Verhaltensweisen
Motorik	geringe Belastbarkeit	körperliche Fitneß und Ausdauer
Emotion	mangelndes Selbstvertrauen depressive Stimmungen Anspannung Aggressivität körperlich-seelisches Unwohlsein	Steigerung des Selbstwertgefühls Abbau negativer Affekte psychische Entspannung Aggressionskontrolle, Entspannung psycho-physisches Wohlbefinden
Motivation	negative Gefühle Versagensängste unrealistische Leistungsziele	positive Gefühle Leistungsbereitschaft, Entschlußkraft Entwicklung eines realistischen Handlungsniveaus
Kognition	Selbstwertprobleme	Steigerung des Selbstwertgefühls Abbau negativer Affekte psychische Entspannung
Kommunikation / Interaktion	mangelnde Anpassungsfähigkeit soziale Isolation	Entwicklung von Kommunikationsfähigkeit und Sozialverhalten Umgang mit Nähe, soziale Integration

### Legende 4

#### Klient A

##### Ressourcenanalyse

Die Wahrnehmung der eigenen Person und seiner Umwelt ist gut ausgebildet. Die Ich-Funktionen sind eingeschränkt, insbesondere die Angst-, Frustrationstoleranz, Abgrenzungsfähigkeit usw..

Copingstrategien sind Schlafen, Fernsehen und Essen.

Innerhalb des sozialen Netzwerkes gibt es wenige tragfähige Kontakte. Allerdings sind die Kontaktfähigkeit und -bereitschaft gut ausgebildet.

Der Betreuungsrahmen bietet dem Klienten Halt und Orientierung. Die Stabilisierung eines selbstverantwortlichen und selbständigen Lebens wird im geschützten Rahmen erprobt.

Der Klient "entdeckt" das Laufen als Ressource. Nach zunächst sporadischen Aktivitäten entwickelt er über die Laufgruppe in der Einrichtung zunehmend Ausdauer und Leistungsbereitschaft. Die Motivation "etwas schaffen zu wollen" wird gestärkt.

Emotional wird der Klient ausgeglichener und lernt seine Selbstzweifel und Versagensängste zu regulieren.

##### Die Grundgedanken

- Stabilisierung von Behandlungserfolgen und Abstinenz
- Förderung von aktiver und gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung

##### und Ziele

- Beeinflussung der von Sucht betroffenen physischen, psychischen und sozialen Funktionen
- Erleben und Bewußtmachen der Beziehung zu sich selbst, seinem Körper und der Gruppe
- Entwicklung von Ressourcen
- Förderung von Kommunikation und Interaktionsfähigkeit

#### Klient B

An Eigenressourcen ist die physische Konstitution zu verzeichnen. Die Leistungsfähigkeit des Klienten ist gut ausgeprägt. Die kognitiven Fähigkeiten sind gut ausgebildet. Das Reflexionsvermögen und die Wahrnehmung der Umwelt sind gut ausgebildet.

Als Copingstrategie sind allgemein Konsummuster zu nennen.

Innerhalb des sozialen Netzwerkes sind keine Ressourcen zu erkennen. Bislang gibt nur erste Ansätze Kontakte aufzubauen

Als protektiver Faktor ist der Betreuungsrahmen zu sehen, d.h. klare Strukturen, Kontakt zu und Unterstützung von Mitarbeitern.

Das Laufen als protektiver Faktor wird für den Klienten ein wesentlicher Bestandteil in seiner Alltagsbewältigung. Über das kontinuierliche "Training" entwickelt er zunehmend Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit.

Emotional wird er durchlässiger und lernt mit sich und anderen verständnisvoller umzugehen.

##### Die Grundgedanken

- Stabilisierung von Behandlungserfolgen und Abstinenz
- Förderung von aktiver und gesundheitsorientierter Freizeitgestaltung

##### und Ziele

- Beeinflussung der von Sucht betroffenen physischen, psychischen und sozialen Funktionen
- Erleben und Bewußtmachen der Beziehung zu sich selbst, seinem Körper und der Gruppe
- Entwicklung von Ressourcen
- Förderung von Kommunikation und Interaktionsfähigkeit



- Aufbau eines sozialen Netzes
- Bewegen und Handeln in eigener Sache
- Förderung von Kontakten und Austausch mit anderen sind weitgehend erreicht.
- Aufbau eines sozialen Netzes
- Bewegen und Handeln in eigener Sache
- Förderung von Kontakten und Austausch mit anderen sind weitgehend erreicht.

## 10. Eine Studie über die Effekte der Lauftherapie bei Drogenabhängigen bzw. ehemaligen Drogenabhängigen: Das Projekt „Zufriedenheit via Lauftherapie“ der Kadesch gGmbH - gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung Herne -

Kadesch gGmbH wurde 1994 gegründet, um einen institutionellen Rahmen für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zu schaffen.

Im soziotherapeutischen Adaptionshaus „Haus mit Aussicht“ (Phase 2 der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger) werden Menschen betreut, die fehlgeleitet, verirrt, nicht mehr aus eigener Kraft ihren Weg finden können. Diese Individuen kommen bildlich gesehen aus verschiedenen Richtungen, um sich in der Oase Kadesch auszuruhen, Kraft zu tanken, mit neuer Energie und Lebenswillen in eine „neue“ Zukunft weiter zu ziehen.

Das Adaptionshaus ist eine Rehabilitationseinrichtung für Menschen, die eine Abhängigkeitserkrankung / ein Drogenproblem haben und den Wunsch haben ein abstinentes Leben ohne Drogen zu führen.

Im „Haus mit Aussicht“ können 16 Klienten aufgenommen werden. Die Regeltherapiedauer richtet sich nach medizinischen und psychotherapeutischen Aspekten. Es werden bis zu 17 Wochen in der Regel gewährleistet.

Die Adaptionseinrichtung arbeitet nach dem Konzept der Integrativen Therapie, das in seinen neuesten Entwicklungen umgesetzt wird.

Grundvoraussetzung für eine Aufnahme ist neben dem Abstinenzwunsch die Motivation der Klienten, sich mit therapeutischer Unterstützung einen Rahmen für eine suchtfreie und sozial abgesicherte Zukunft zu erarbeiten und aufzubauen.

Aufgenommen werden Klienten

- im direktem Anschluß an oder nach abgeschlossener bzw. abgebrochener stationärer Maßnahme, wenn das Behandlungsziel (noch) nicht erreicht werden konnte.
- nach abgeschlossener stationärer Maßnahme und Überforderung in der Umsetzung der in der Therapie erarbeiteten Ziele im Lebensalltag.
- als Fortführung einer ambulanten Maßnahme.
- im Anschluß an eine qualifizierte stationäre Entgiftung.
- mit einer „kurzen Suchtkarriere“, deren soziale Einbindung in Teilbereichen noch gegeben ist.

**Indikation:** Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeiten)

**Kontraindikation:** Akute Psychose, schwere körperliche Behinderungen

Durch das Behandlungskonzept versuchen die Mitarbeiter den Klienten dort abzuholen, wo der Einzelne steht. Mit ihm gemeinsam an seinem Persönlichkeitsbild zu arbeiten, neue Ziele zu definieren, alte Verhaltensmuster über therapeutische Prozesse aufzuarbeiten und in für den Klienten neue, stabilisierende Bahnen zu lenken. Der individuelle Hintergrund jedes einzelnen Klienten wird in der Arbeit berücksichtigt. Fragen bezüglich Alter, Suchtstruktur, Therapieverlauf in der vorbehandelnden Einrichtung fließen mit in die Arbeit ein. Damit sich der Einzelne eine Basis für ein selbstständiges und an den eigenen Vorstellungen orientiertes Leben erarbeiten kann, ergeben sich folgende inhaltliche Schwerpunkte des Behandlungskonzeptes:

1. Erarbeitung von realistischer schulischer/ beruflicher Perspektiven unter Berücksichtigung individueller Interessen und der praxisbezogenen Realität.

2. Entwicklung eines sozialen Netzwerkes außerhalb des geschützten Rahmens in der Therapieeinrichtung.
3. Lebensfreude und Lebenssinn wieder zu erfahren.
4. Dem eigenem Körper mehr Beachtung schenken; Wohlbefinden erlangen durch gesunde Ernährung, Körperpflege, Sport u.a. .
5. Sich mehr annehmen im Umgang mit seiner eigenen Sexualität als Basis für eine gesunde Partnerschaft.
6. Erarbeitung von materieller Sicherheit, Schuldenberatung.
7. Den Alltag ohne Suchtmittel bestreiten, Problemlösungsstrategien finden und umsetzen.

Zudem greift auch nach Abschluß der Adaptionstherapie ein differenziertes Behandlungs- und Betreuungsangebot von ambulanten Hilfen.

### **Entwicklungsgeschichte des Laufens bei Kadesch**

Ein wesentlicher Schwerpunkt im Behandlungskonzept des Adaptionshauses ist seit Mitte der 80er Jahre der Sport, im besonderem das Laufen. Im Rahmen des Behandlungsprogramms ist das angeleitete Laufen 2x wöchentlich für die Klienten verpflichtend.

Das Laufprogramm wird seit 1999 von nebenamtlichen Mitarbeitern durchgeführt, die über spezielle Weiterbildung in Lauftherapie verfügen.

Seit Anfang 2000 sind die Klienten in zwei Gruppen aufgeteilt, um die Lauftherapie noch besser den jeweiligen Voraussetzungen der Klienten anpassen zu können. Beobachtungen in der Arbeit mit den Klienten, die teilweise sehr schlechte körperliche Voraussetzungen haben (was nach einem im Durchschnitt 8-10jährigen Drogenkonsum „normal“ ist), führten schnell zu der Erkenntnis, dass eine weitere Gruppe initiiert werden mußte. Anfang 2001 konnte eine weitere ehrenamtliche Mitarbeiterin gewonnen werden, die eine Walkinggruppe anleitet, um hier die Klienten aufzufangen, die aus anatomischen, physischen oder anderen Gründen nicht in der Lage waren, langsames Laufen nach dem DLZ-Programm zu praktizieren.

### **Walking als eine gesundheitsorientierte Alternative**

Die Klienten haben die „Neigung“ sich der gesundheitsorientierten Sport- und Lauftherapie entziehen zu wollen. Gerade Menschen, die untrainiert, übergewichtig oder noch nie einer Sportart nachgegangen sind, sind besonders schwer für ein schonendes Ausdauertraining zu motivieren. Hinzu kommt eine „Null-Bock-Haltung“.

Neben dem langsamen Laufen, das die Klientengruppe anspricht, die physisch wie psychisch auf der Grundlage des DLZ-Standardlaufprogramms laufen kann, haben wir bei Kadesch das Behandlungsprogramm auch für den Personenkreis weiterentwickelt, die nicht in entsprechender körperlicher Verfassung sind.

Um das Klientel nicht zu überfordern und für jeden Klienten das passende Angebot zu haben, haben wir das Walking in das Behandlungsprogramm eingeführt.

Diese dynamische Form der Bewegung spricht vor allem Menschen an, die untrainiert, übergewichtig und / oder körperlich gehandikapt sind.

### **Das Kadesch-Laufprogramm**

In Anlehnung an das DLZ-Standardprogramm ist die Lauftherapie bei Kadesch entsprechend den individuellen Voraussetzungen der Klienten modifiziert worden.

Was und Wer	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
Was	Walking auf aerober Basis bis 30 Minuten / Grundlagenausdauer*	Laufgruppe für Anfänger nach dem modifizierten DLZ-Standardlaufprogramm /Grundlagenausdauer*	Laufgruppe für Fortgeschrittene, die aerobes Lauf- und Ausdauertraining von 40 Minuten bis 2 Stunden ausüben.
Wer	Klienten, die physisch nicht in der Lage sind anatomisch, motorisch oder aus anderen gegebenen relevanten Aspekten langsame Laufing zu praktizieren.	Klienten, die physisch in der Lage sind zu laufen.	Klienten, die mit der Laufgruppe II „unterfordert“ sind oder schon Laufing erfahrung aus Langzeiteinrichtungen mitbringen.

\*Grundlagenausdauer: 5 Minuten durchgehendes Laufing / 2x wöchentlich

Lerneffekte für das Klientel: Soziales Anpassen, Rücksicht auf den Schwächeren, Teamgeist, Fairness.

Um dies auch nach der Therapie erhalten zu können, sollten sich die Klienten bereits während der Behandlung einem Sportverein anschließen, um über die soziale Komponente des Sports, ihre Integration in die Gesellschaft zu unterstützen und zu stärken.

## 11. Evaluation der Zufriedenheit „Laufingtherapie mit Drogenabhängigen“

Es stellen sich bei der Arbeit mit ehemaligen Drogengebrauchern immer wieder die Fragen, ob

- ◆ wir die Klienten mit diesem Behandlungsansatz erreichen?
- ◆ sich mit der Zeit ein Bewußtsein für die Ausdauersportart Laufing bildet?
- ◆ mit der Laufingtherapie eine Zufriedenheit oder ein subjektiv besseres Wohlbefinden erlangt wird?
- ◆ das Laufing ein Hilfsmittel zu einem abstinenten Leben sein / werden kann?

Von der subjektiven Einschätzung her waren wir uns sicher, daß wir diese Zielsetzungen mit der Laufingtherapie erreichen können und haben diese Fragen aufgegriffen und in einem Fragebogen zusammengefaßt, um sie evaluativ „abzusichern“.

### Der Fragebogen

**Geschlecht**  weiblich  männlich

**Alter**  über 20  über 30  über 40

**Hast Du vor Deiner Therapie Sport ausgeübt?**  ja  nein

**Hast Du in Deiner Therapie Sport ausgeübt?**  ja  nein

**Wie erlebst Du das Laufing für Dich unter den folgenden Aspekten:**

(Setze bitte ein Kreuz auf der Skala von 1-5, wobei „1“ als sehr wenig und „5“ als sehr viel gilt)

- persönlich 1 - 2 - 3 - 4 - 5  
 - sozial 1 - 2 - 3 - 4 - 5  
 - emotional 1 - 2 - 3 - 4 - 5  
 - rational 1 - 2 - 3 - 4 - 5

**Hat das Laufing Deine Lebensqualität verbessert?**  ja  nein

**Welche Aspekte möchtest Du besonders nennen?**

(Bitte das Zutreffende unterstreichen, Mehrfachnennung gewünscht)

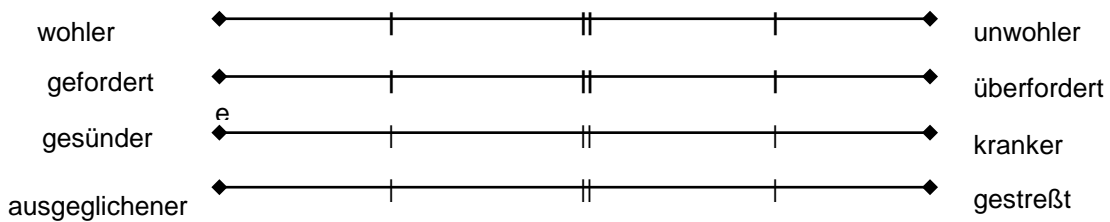
empfindlicher, kommunikativer, kooperativer, rücksichtsvoller, empfindsamer, ruhiger, ausgeglichener, offener, verschlossener, hilfsbereiter, bewußter, leistungsfähiger, egoistischer, aufmerksamer, anpassungsfähiger, positiver denkend, durchsetzungsstärker, .....

**Warst Du mit der angebotenen Lauftherapie zufrieden?**     ja                       nein

Weil, .....  
.....

**Als Läufer fühle ich mich:**

(Setze bitte ein Kreuz auf die Skala)



**Wirst Du auch zukünftig Laufen?**                       ja                       nein

**Wenn ja, weil**

(Bitte das Zutreffende unterstreichen, Mehrfachnennung gewünscht)

ich leistungsfähiger werden will, ich mein Durchsetzungsvermögen stärken will, ich abnehmen will, ich ausdauernder werden will, ich ausgeglichener werden will, ich konzentrierter werden will, ich ein positiveres Lebensgefühl erlangen will, .....

**Ist Laufen für Dich ein Hilfsmittel, abstinenz zu leben?**



**Sonstiges: Anregungen, Anmerkungen, Wünsche**

.....  
.....

**Die Gruppierungen**

Da unsere Beobachtungen die positiven Effekte der gesundheitsorientierten Lauftherapie auch über einen längeren Zeitraum (hier: ehemalige Klienten des Adaptionshauses) zeigen, haben wir die Befragung auf Klienten, die ihre stationäre Behandlung absolviert hatten und die sich schon längere Zeit in eigenverantwortlichen Lebensbezügen befinden, ausgeweitet.

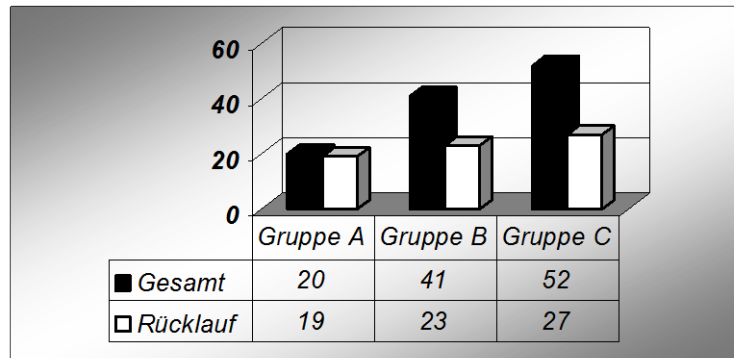
Innerhalb des Therapieverbundes Herne haben das Adaptionshaus (16 Behandlungsplätze) und die Fachklinik „Quellwasser“ (stationäre Entwöhnung als Phase 1 der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger / 20 Behandlungsplätze) in Wetter Ausdauersport in ihr Behandlungsprogramm integriert.

Nach einem Gesundheits-Check durch den Verantwortlichen Arzt in den Einrichtungen können die Patienten an der Lauftherapie teilnehmen. In der Fachklinik ist für alle Patienten auch der Frühsport obligatorisch. Andere sportliche Aktivitäten werden von Zeit zu Zeit ebenfalls mit in das Rahmenprogramm aufgenommen (Volleyball- und Fußballturniere).

Das Sportprogramm im Adaptionshaus (Gruppen B und C) wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern angeleitet, die über eine lauftherapeutische Weiterbildung verfügen, in der Fachklinik (Gruppe A) übernimmt die Anleitung ein Sporttherapeut.

In dem Projekt „Zufriedenheit via Lauftherapie“ haben wir Klienten der Fachklinik Quellwasser (Gruppe A) und der Adaptionseinrichtung (Gruppe C) erfaßt. Die Evaluationsstudie haben wir auf ehemalige Drogengebraucher (Gruppe B), die bis zu 7 Jahren aus der Adaptionseinrichtung entlassen waren und weiterhin in Kontakt mit der Einrichtung stehen, ausgeweitet, da diese auch nach Abschluß ihrer Behandlung die Möglichkeit haben, an der Lauftherapie teilzunehmen.

In der Grafik ist dargestellt, wie viele Klienten mit dem Fragebogen erfaßt werden konnten und welcher Rücklauf gegeben war:



In der Gruppe A (Klienten der Fachklinik Quellwasser) sind zum Stichtag 31.05.2001 die in Behandlung befindlichen Klienten (N = 20) erreicht worden. In der Gruppe B (ehemalige Klienten des Adaptionshauses / N = 41) sind die Klienten angeschrieben worden, die nach der Entlassung noch Kontakt zu der Einrichtung haben.

In der Gruppe C sind von den im Zeitraum 01/2000 bis 03/2001 behandelten 84 Klienten des Adaptionshauses aufgrund von Abbrüchen, disziplinarischen Entlassungen, massiver Rückfälligkeit und anderen Gegebenheiten in dem Projekt 52 Personen erreicht werden.

## 12. Ergebnisse und Auswertung

Um aus der Untersuchung signifikante Ergebnisse ableiten zu können, haben wir die Auswertung aus dem Rücklauf aus allen drei Gruppen (N = 69) abgeleitet. Die daraus resultierenden Zahlen ergeben einen repräsentativen Querschnitt und spiegeln den Erfolg der Lauftherapie mit ehemaligen Drogengebrauchern wieder.

In den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation ist der Frauenanteil deutlich niedriger, was sich auch in unserer Untersuchung widerspiegelt. 84,1 % der befragten Klienten waren männlichen, 15,9 % weiblichen Geschlechts.

Der Hauptanteil der Klienten ist zwischen 20 - 30 Jahren: 49,3 % waren über 20 Jahre, 47,8 % über 30 Jahre alt. Der Anteil der über 40 jährigen liegt bei 2,9 %.

Der Anteil der Klienten, die vor der Therapie Sport betrieben haben, ist deutlich höher: 58,0 % antworteten mit ja und 42,0 % mit nein.

Die Stärkung des Persönlichkeit ist immerhin für 55 % der Klientel wesentlich. Unter dem Aspekt der persönlichen Förderung geben 8,7 % sehr wenig, 10,1 % wenig positive Effekte an. 26,1 % schätzen es mittel ein, während 36,2 % viel bzw. 18,8 % sehr viel für sich durch das Laufen profitieren.

Die soziale Komponente, also die Stärkung von Kontakt und Beziehung, ist von wesentlicher Bedeutung für das Klientel beim Laufen. Offensichtlich können hier Defizite des sozialen Kontextes zumindest teilweise kompensiert werden. Unter dem sozialen Aspekt betrachtet schätzen 17,4 % wenig und 14,5 % sehr wenig vom Laufen profitieren zu können. 37,7 % gaben einen mittleren Vorteil an, während 17,4 % viel und 13,0 % sehr viel an Förderung für sich erfahren.

Der emotionale Aspekt war für 8,7 % wenig und 8,7 % sehr wenig wesentlich. 29,0 % schätzen dies mittelmäßig ein, 40,6 % profitieren hier viel und 13,0 % sehr viel.

Die Bedeutung der Rationalität fällt im Vergleich zu sozial und emotional signifikant ab. 13,0 % gaben an sehr viel bzw. 23,2 % viel auf rationaler Ebene zu profitieren. Mit 34,8 % erleben einen mittleren Wert, 11,6 % haben hier sehr wenig und 17,4 % wenig Vorteile durch das Laufen.

Ein überragendes Ergebnis: Für 81,2 % der Klientel verbessert das Laufen die Lebensqualität! Nur 18,8 % antworten mit nein.

24,6 % gelangen über das Laufen sehr zu einem Gefühl des Wohlbefindens und der Ausgeglichenheit und 43,5 % fühlten sich ausgeglichener. 2,9 % fühlten sich unwohl, 2,9 % gestreßt und 26,1 % mittelmäßig.

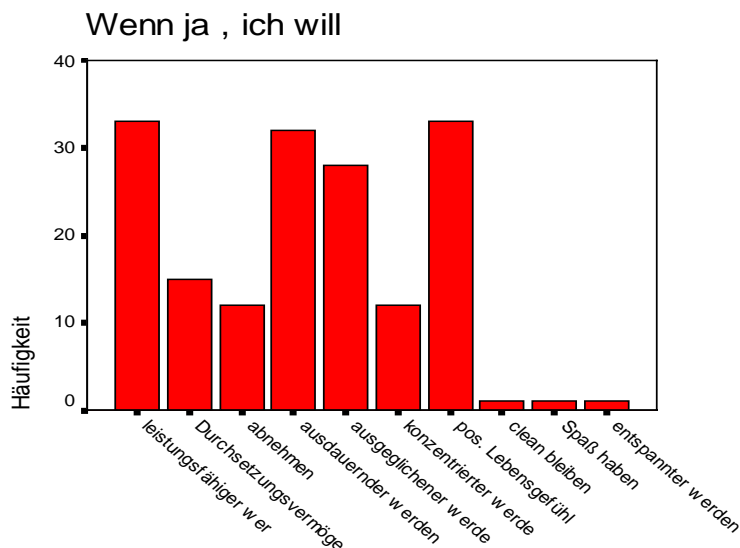
Nur knapp 1/3 der Klienten fühlen sich durch die angebotene Lauftherapie überfordert und gestreßt, 2,9 % sehr überfordert und 21,7 % gestreßt. 29,0 % gaben mittelmäßig an, 7,2 % fühlen sich gefordert. 39,1 % fühlen sich durch das Laufen ausgeglichener.

2/3 der Klienten fühlen sich durch das Laufen gesünder und ausgeglichener: 26,1 % sehr gesund und 40,6 % ausgeglichen. 2,9 % fühlen sich kranker, 4,3 % gestreßt und 26,1 % mittelmäßig.

Die angemessene Dosierung der Lauftherapie zeigt sich darin, ob sich die Klientel negativ verhält und in zwanghafte Verhaltensmuster ableitet, verursacht durch eine nicht korrekte Gestaltung der therapeutischen Arbeit. Bei der hier untersuchten Lauftherapie, ist das eindeutig nicht der Fall, sondern ganz im Gegenteil. In den vier Segmenten der Fragestellung werden von 2/3 der Klientel positive Aspekte benannt.

Deutlich über 2/3 der Klienten gelangen durch das Laufen zu mehr Ausgeglichenheit: sehr ausgeglichen fühlen sich 23,2 % und ausgeglichen 46,4 %. 4,3 % gaben an sehr gestreßt zu sein, 4,3 % gestreßt und 21,7 % mittelmäßig.

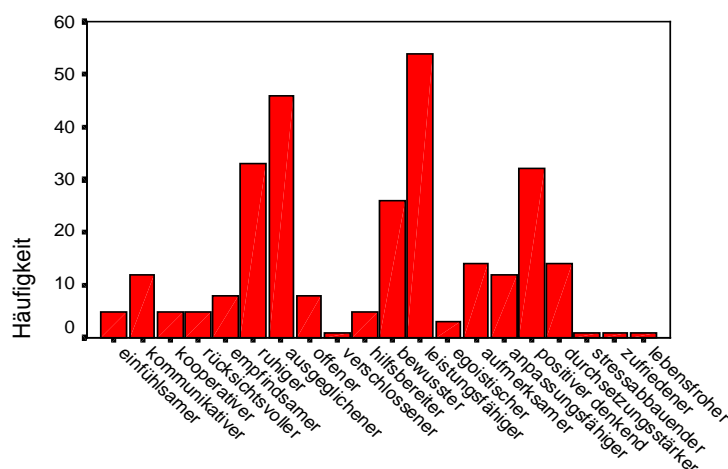
Über 2/3 der Klienten wollen auch nach Abschluß der Behandlung dem Laufen weiter nachgehen. 68,1 % antworteten mit ja und 31,9 % mit nein.



Deutlich im Vordergrund für die Beibehaltung des Laufens stehen 1) ich will leistungsfähiger werden, 2) ich will ausdauernder werden, 3) ich will ausgeglichener werden und 4) ich will ein positives Lebensgefühl entwickeln. Der Wunsch nach Willenskraft und Emotionalität halten sich also die Waage. Es ist somit eindeutig belegt, dass sich die Klientel über das Laufen weiterhin das bereits Erreichte im Bereich der Verbesserung der Lebensqualität stärken und das Gefühl des Wohlbefindens aufrecht erhalten will.

15,9 % gaben an, daß sie durch das Laufen keine Hilfe beim Abstinenzleben erfahren. 43,5 % sehen im Laufen ein Hilfsmittel zu einer abstinenz Lebensführung und 40,6 % erleben dies manchmal. D.h. für 84,1 % ist das Laufen ein Weg zur Abstinenz!

## Welche Aspekte möchtest Du besonders nennen?



Aufgrund des Krankheitsbildes der Klienten und der vorrangigen Fragestellung bezgl. der Lebensqualität, kann hier besonders herausgestrichen werden, wie die Lauftherapie auf die Klienten gewirkt hat: leistungsfähiger fühlen sich 54, ausgeglichener 46, ruhiger 33 und positiver denkend 32 Personen.

Will Lauftherapie in Einrichtungen für Drogenabhängige effektiv sein, ist offensichtlich von entscheidender Bedeutung wie sie gestaltet wird, d.h. ob sie von der Klientel angenommen wird. Die Auswertung zeigt deutlich, daß das angebotene Laufprogramm von der Klientel angenommen wird. Auch dies ein überragendes Ergebnis: **72,5 %** sind mit der Lauftherapie zufrieden!

### 13. Schlußbemerkungen

Die Untersuchung der Lauftherapie mit Drogenabhängigen im Kontext der medizinischen Rehabilitation belegt, daß mit der Lauftherapie positive Verhaltensveränderungen erreicht werden, wenn das angebotene Programm auf die Klientel zugeschnitten ist und die Klientel sich auf das Laufen einläßt.

Hat die Klientel ein Gefühl für das unterstützende Genesungsprogramm der Lauftherapie entwickelt, kommen die eigenen Ressourcen zum Tragen: das Empfinden; was kann ich und was habe ich bereits geleistet; was und wo sind meine Grenzen; was geschieht mit meinem Körper; und was bewirkt das Laufen für mich persönlich. Diese Aussagen sind klare Anzeichen dafür, daß die Klientel mit der Lauftherapie eine Form gefunden hat, sich mit seiner eigenen Person auseinanderzusetzen. Des weiteren werden spürbar Souveränität und Wohlbefinden über die Lauftherapie entwickelt.

Setzt man die Ergebnisse dieser Studie in Bezug zu den unter Punkt 5. aufgeführten Behandlungszielen, so läßt sich daraus schließen, daß die Lauftherapie als hochwirksamer Behandlungsansatz für diese Klientel nicht mehr angezweifelt werden kann. Zu den nach dem Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken vom 15.05.1985 gehörenden Zielen der Rehabilitationsbehandlung sagen die Untersuchungsergebnisse der oben beschriebenen Studie folgendes aus:

- Ziel:** Die Entwicklung / Stabilisierung / Erreichung der Abstinenz
- Ergebnis:** Die Frage nach der Verbesserung der Lebensqualität, die zweifellos ein wesentlicher Aspekt zur Erreichung des o.g. Zieles ist, wurde mit 81,2 % positiv beantwortet. Die konkrete Bewertung, ob Laufen ein Hilfs-Mittel ist, abstinent zu leben, fiel bei 43,5 % der Befragten uneingeschränkt, bei 40,6 % bedingt positiv aus. So Sehen immerhin über 80% der Befragten das Laufen eindeutig als

Unterstützung auf dem Weg zur Abstinenz und die erreichte Abstinenz zu stabilisieren!

Für 43,5 % dieser Klientengruppe ist das Laufen ein Hilfsmittel zur Abstinenz; weitere 43,5 % sind sich hier noch unsicher (im Vergleich: 52,6 % / 21,1 % der Gruppe A = vor der Behandlung). Insgesamt unterstreichen dieses Ergebnisse eindeutig die Langzeitwirkung der Lauftherapie.

**Ziel:** Die (weitgehende) Behebung von physischen und psychischen Störungen, d.h. Unterstützung bei der schrittweisen praktischen Erprobung der psychischen und körperlichen Belastbarkeit unter „Alltags- und Arbeitsbedingungen“ (= Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft) beim Umgang mit kritischen Situationen und bei der Entwicklung von Konfliktlösungsstrategien.

**Ergebnis:** Auch bei der Hinführung zu diesem Ziel spielt das Erleben einer Verbesserung der Lebensqualität (81,2 %) eine maßgebliche Rolle. Bei der Ausfächerung der Aspekte, die sich auf das Erleben einer verbesserten Lebensqualität auswirken, werden im Schaubild deutlich eine Steigerung der Durchsetzungsfähigkeit, des positiven Denkens, der Leistungsfähigkeit, auch hier wieder der Ausgeglichenheit, der Bewußtheit, der Ruhe, der Aufmerksamkeit und der Kommunikationsfähigkeit sichtbar.

Auch hier zeigen die Ergebnisse die Effektivität der Lauftherapie deutlich: 87,0 % der Klienten der Gruppe B erleben durch das Laufen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität (im Vergleich: 78,9 % der Gruppe A und 77,8 % der Gruppe C). D.h. durch die Integration des Laufens in den Lebensalltag wird die Effizienz der Lauftherapie gesteigert.

**Ziel:** Förderung der Eigeninitiative und der Eigenverantwortlichkeit, der Verselbständigung und Loslösung, des Sinn- und Wertebezuges

**Ergebnis:** Hier sind die Ergebnisse in Bezug auf die Stärkung der sozialen Möglichkeiten (68,1 %), der Persönlichkeit (55 %), der emotionalen Lebensaspekte (82,6 %) und - bezogen auf Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit - die positive Beantwortung (2/3 der Klienten) der Frage nach der Fortführung des Laufens nach Abschluß der Behandlung hervorzuheben.

Auch hier zeigen sich in den Ergebnissen der Gruppe B signifikante Aspekte in bezug auf die Langzeitwirkung der Lauftherapie: 73,9 % der Klienten fühlen sich durch das Laufen in ihren sozialen Möglichkeiten; 60,8 % der Klienten in ihrer Persönlichkeit und 82,6 % in ihrer Emotionalität gestärkt.

**Ziel:** Die Verbesserung und Erweiterung der persönlichen und sozialen Kompetenz sowie der Erlebniszfähigkeit und der Lebensqualität

**Ergebnis:** Im Grunde belegen die Ergebnisse aller im Fragebogen vorkommende Parameter, daß dieses Ziel über die differenziert angewandte Lauftherapie erreicht wird, insbesondere jedoch der hohe Anteil der Befragten (68,1 %), der das Laufen auch nach Abschluß der Behandlung beibehalten will.

Verdeutlicht wird dieses Ergebnis durch die Ergebnisse der Gruppe B (ehemalige Klienten des Adaptionshauses), von denen 73,9 % auch nach Beendigung ihrer Behandlung laufen (im Vergleich: 73,7 % der Gruppe A = vor der Behandlung und 59,3 % der Gruppe C = während der Behandlung). Eine deutliche Aussage!

Lauftherapie hat sich inzwischen zu einem festem Bestandteil in der psycho- und soziotherapeutischen Arbeit heraus kristallisiert. Von besonderer Relevanz ist dabei die Frage, inwieweit das Laufprogramm von der Klientel akzeptiert wird und über den Rahmen der Behandlung hinausgehend weitergeführt wird.



Die Untersuchung hat gezeigt, daß die gesundheitsorientierte Lauftherapie für die Klientel auch nach Abschluß der Behandlung ein bedeutender Faktor ist und über den Sport ein positives Lebensgefühl zu entwickeln.

Lauftherapie als Instrument zur Stabilisierung des Behandlungserfolges nach der Entlassung aus dem beschützenden Rahmen einer Rehabilitationseinrichtung, hier: Adaptionseinrichtung, ist bei der hier untersuchten Gruppe der ehemaligen Drogenabhängigen zur Erhaltung und „Absicherung“ der Abstinenz von wesentlicher Bedeutung (43,5%).

Im Sinne des „Freilaufens“ kann sich die Klientel mit dem Hilfsmittel des Laufens offensichtlich aus schwierig erlebten (Krisen-) Situationen lösen und somit ein positiv verändertes Verhaltensmuster anwenden.

Diese Aussage wird gestützt durch die Ergebnisse der besonders relevanten Aspekte der Emotionalität wie ausgeglichener, ausdauernder, leistungsfähiger.

*„Die relativ schnelle, in beinahe jedem Fall festzustellende Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit bildet einen wesentlichen Eckpfeiler dieser Therapie. Veränderungen im psychischen Bereich, wie z.B. Steigerung des Selbstwertgefühls, Verminderung von Streß, Angst und Depressionen, sind fast zwangsläufig, jedenfalls häufig zu beobachtende Effekte“ (Weber, A: Laufen als Psycho-Therapie; Mainz 1992).*

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ein Wegweiser für die Arbeit mit ehemaligen Drogenkonsumenten und belegen, daß in der medizinischen Rehabilitation den Möglichkeiten und der Effektivität der Lauftherapie noch viel zu wenig Beachtung gewidmet wird.

Insbesondere die Chance, der Klientel mit der Lauftherapie ein Hilfsmittel zu bieten, daß ihr Selbstwertgefühl, ihr soziales Umfeld und letztlich ihre Abstinenz fördert, wird somit häufig ungenutzt gelassen.

Die Evaluationsstudie „Zufriedenheit via Lauftherapie dargestellt am Beispiel ehemaliger Drogengebraucher“ belegt die Effektivität dieses ressourcenorientierten Behandlungsansatzes: Die Effektivität der Lauftherapie ist eindeutig; Lauftherapie stärkt die persönliche Souveränität der Klientel und erzeugt eine starke Zufriedenheit und hohe Leistungsbereitschaft bei der „behandelten“ Klientel.

*„Ich mußte meinen gesamten Lebensstil ändern, meine bisherige Art zu leben, mich also vor allem selbst umkrepeln, ohne mich allerdings dabei aufzugeben oder gar zu verlieren. ... Ich wollte zurück zu mir selbst, mich wieder in und mit mir wohlfühlen. ... Das Gleichmaß der Schritte entspricht dem Gleichmaß des Seelenzustandes“ (Fischer 1999).*

### **Zusammenfassung: Laufen streichelt die Seele**

Die Forschungsstudie verifiziert, daß die Ziele, die im Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken vom 04.05.2001 beschrieben sind, durch die Anwendung einer an die Theorie und Methodik der Intergrativen Therapie anknüpfenden Lauftherapie - einer Integrativen Lauftherapie - erreicht werden können.

Die Evaluationsstudie „Zufriedenheit via Lauftherapie dargestellt am Beispiel ehemaliger Drogengebraucher“ belegt die Effektivität dieses ressourcenorientierten Behandlungsansatzes: Stärkung der persönlichen Souveränität, Erzeugung einer starken Zufriedenheit und hohen Leistungsbereitschaft, Veränderungen im psychischen Bereich, wie z.B. Steigerung des Selbstwertgefühls, Verminderung von Streß, Angst und Depressionen, sind häufig zu beobachtende Effekte.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ein Wegweiser für die Arbeit mit ehemaligen Drogenkonsumenten und belegen, daß in der medizinischen Rehabilitation der Effektivität der Lauftherapie noch viel zu wenig Beachtung gewidmet wird.

**Schlüsselwörter:** Lauftherapie, Substanzabhängigkeit, Sucht, Behandlung, Integrative Therapie

## **Summary: running stroke (soul) mind**

This study verifies that the goals described in the general concept of the rehabilitation of drug addicts (4<sup>th</sup> May 2001) can be attained by an integrated running therapy programme taking up the theory and methodology of the Integrative Therapy.

The evaluation study „Zufriedenheit via Lauftherapie dargestellt am Beispiel ehemaliger DRogengebraucher“ shows the efficiency of this approach: Reinforcement of the personal sovereignty, significant life satisfaction and motivation, psychic ological (increased self-consciousness, reduced stress, anxieties and depression) are frequently reported.

Concerning working with former drug addicts, the results of this study are pioneering. They verify that, in the medical rehabilitation, the efficiency of the running therapy is underestimated.

**Keywords:** running therapy, substance abuse, addiction, treatment, Inegrauve Therapy

## **Verfasser:**

### **Peter Schay**

Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor, Approbation als KuJ-Psychotherapeut, Erlaubnis zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie, Lehrtherapeut an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG) und am Fritz Perls Institut (FPI), Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e.V. (DGIK)

### **Cornelia Jakob-Krieger**

Krankengymnastin, Erlaubnis zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie, Integrative Leib- und Bewegungstherapeutin, Lehrtherapeutin an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG) und am Fritz Perls Institut (FPI), Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (DGIK)

### **Univ.-Prof. Dr. Hilarion Petzold**

Lehrstuhl für Psychologie, Klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik an der Freien Universität Amsterdam, Approbation für Psychotherapie und KuJ-Psychotherapie, Wissenschaftlicher Leiter EAG-FPI

### **Martin Wagner**

Suchtkrankenhelfer und Lauftherapeut, nebenamtlicher Mitarbeiter der Kadesch gGmbH hat bei der Durchführung und Auswertung des Projektes „Zufriedenheit via Lauftherapie“ mitgearbeitet.

## **Literaturhinweise**

*Aßfalg, R., Rothenbacher, H.* (1990): Diagnose der Suchterkrankungen. Hamburg.

*Baudis, R.* (1995): Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit.

*Betriebs- und finanzwirtschaftlicher Service GmbH* (1995): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der sozialen Dienstleistungen.

*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (1996): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Frankfurt.

*Cremerius* (1983): Sandor Ferenczis Bedeutung für Theorie und Therapie der Psychoanalyse. In: *Psyche* 11, Jg. 37, 11/83.

*Deimel, H.* (1988): **Titel fehlt in:** *Appell, H. J., Mauritz, K. H.* (Hrsgb.). (1088): Sport in der Rehabilitation, *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 2. Jhg., 1988/1.

*de Marées, H.* (1987): Sportphysiologie. *Medizin von heute* 10. **Seite?**

*DLZ* (1999/2000): unveröffentlichte Arbeitspapiere zur Aus- und Weiterbildung. Bad Lippspringe.

*Dychtwald, K.* (1977): Körperbewußtsein. Essen.

*Fachklinik Quellwasser* (1998): Konzeption.

*Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V.* (1994): Therapieziele im Wandel. Berichte.

*Fengler, J.* (1994): Süchtige und Tüchtige. München.

*Ferenczi, S.* (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Frankfurt/M.

*Finzen, A.* (1989): Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn.

*Fischer, J.* (1999): Mein langer Lauf zu mir selbst. Köln.

*Fixx, J. F.* (1992): Laufen. Frankfurt a.M.

*Flammer, A.* (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit - Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern.

*FOGS* (1996): Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH. Entwurf des Landessuchtprpgramms Nordrhein-Westfalen. Köln.

*Freie Hansestadt Hamburg(behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales)* (1996): Modernisierung als Prozeß.

- Geiger, L. (1988): Ausdauer-sport-Leitfaden. Oberhaching.
- Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativität (1991): Suchttherapie und Supervision. *Gestalt und Integration*, Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie 1/91.
- Gottschick, H., Giese, D. (1981): Das Bundessozialhilfegesetz. Köln.
- Grawe, K. (1995): Abschied von den psychotherapeutischen Schulen. *Integrative Therapie*, 1/1995. S. 84-89.
- Haeblerlin U., Niklaus E. (1978): Identitätskrisen. Bern und Stuttgart.
- Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (1996): Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe.
- Heinl, H., Petzold, H. (1980): Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt. *Integrative Therapie*, 1/1980. S. 20-57.
- Jaquenaud R., Rauber, A. (1981): Intersubjektivität und Beziehungserfahrung als Grundlage der therapeutischen Arbeit in der Gestalttherapie. Paderborn.
- JKD/KADESCH Jahresberichte 1984 - 1997
- JKD/Therapieverbund Herne (1996): Drogenhilfe und Prävention in Herne.
- Kernberg, O. F. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M.
- Kleimann, D. (1987): Das LaufGesundheitsBuch. Erkrath.
- Krisor, M., Pfannkuch, H. (1994): Stationäre Behandlung Drogenabhängiger. in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1/94
- Körkel, J. u.a. (1995): Sucht und Rückfall. Stuttgart.
- Krozyński, P. (1992): Rehabilitationsrecht. München.
- Lamnek, S. (1979): Theorien abweichenden Verhaltens. München.
- Langner, R. u. Mitarbeiter (1988): DSM-III-X, Experten- u. Lehrsystem zur psychiatrischen Diagnostik auf der Grundlage des DSM-III-R. Beltz Test Software 2.0.
- Levita de, David J. (1976): Der Begriff der Identität. (Theorie). Frankfurt/M.
- LVA Westfalen: Das Rentenreformgesetz 1992 - Die Leistungen zur Rehabilitation.
- LVA Westfalen (1993): Rahmenkonzept für Rehabilitationseinrichtungen zur Adaption Abhängigkeitskranker. Münster.
- LWL (1996): Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe.
- Lutzau, H. von (1988): Das Ermessen des Rentenversicherungsträgers bei medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation für Abhängigkeitskranke und die Folgerungen aus dem York- Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.8.82, *Amtl. Mitt. LVA Rheinpr.* (12/88).
- MAGS (1994): „Therapie sofort“. Zwischenbericht zum Modellprogramm.
- MAGS (1997): Nachsorgekonzept der Landesregierung NRW.
- Mentzos, S. (1985): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt/M.
- Orth, I. in: *Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 4/1997
- Orth, I., Petzold, H. (1990): Metamorphosen - Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1 - 2, Paderborn.
- OSC (2000): Coaching als innovative Maßnahme der Personalentwicklung. Heft 1/2000. Leverkusen.
- Perls, F. (1981): Gestalt-Wahrnehmung. Frankfurt/Main.
- Perls, F. (1985): Grundlagen der Gestalttherapie. München.
- Petzold, H. (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. Paderborn.
- Petzold, H./Orth, I. (1985): Poesie und Therapie. Paderborn.
- Petzold, H., Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien, Teil I + II. Paderborn.
- Petzold, H., Orth, I. (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Paderborn.
- Petzold, H., Sieper, J. (1993): Integration und Kreation, Bd. I + II. Paderborn.
- Petzold, H., Schuch, H. W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. Paderborn.
- Petzold, H. (1984): Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie. *Integrative Therapie* 1 - 2. Paderborn.
- Petzold, H. (1986): Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung als Dimension therapeutischer Korrespondenz in der Integrativen Therapie 4. Paderborn.
- Petzold, H. (1987): Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie. *Kunst & Therapie* 11/87.
- Petzold, H. (1988): Die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und ihre Therapie, Fachtagung: Therapiehilfe e.V.
- Petzold, H. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I + II. Paderborn.
- Petzold, H. (1988): Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“ - Teil I. *Integrative Therapie* 4. Paderborn.
- Petzold, H. (1989): Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“-Teil II. *Integrative Therapie* 1. Paderborn.
- Petzold, H. (1991): Drogenabhängigkeit als Krankheit. *Gestaltbulletin*.
- Petzold, H. (1993): Frühe Schädigungen - späte Folgen. Paderborn.
- Petzold, H. (1993): Integrative Therapie, Bd. I - III. Paderborn.
- Petzold, H. in: *Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 2-3/1996 + 4/1997
- Pritz, A., Petzold, H. (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn.
- Rhode-Dachser, C. (1980): Das Borderline-Syndrom. Bern.
- Schaltenbrand, J. (1992): Familienorientierte Drogenarbeit.
- Schay, P., Bambynek, M. (1992): Kreative Medien in der Arbeit mit süchtigen Inzestbetroffenen. Recklinghausen.
- Schay, P. (1986): Zur Situation der Abhängigen von illegalen Drogen, Alkohol und Medikamenten. Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Schay, P. (1992): Kreative Medien in der Arbeit mit süchtigen Inzestbetroffenen. Paderborn.
- Schay, P. (1995): Therapeutisch-pädagogisches Bedingungsgefüge in stationären Nachsorge-Wohngemeinschaften in NRW - konzeptionelle Bedingungen. *Gestalt und Integration* 1/95.
- Schay, P. (1997): Adaption als Bestandteil medizinischer Reha, Arbeits-gemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik NRW e.V.

- Schay, P. (1997): Zur ethischen Dimension der psychosozialen Vernetzung am Beispiel der PSAG Herne. S. Roderer Verlag.
- Schay, P. (Verf.) (1997): Arbeitsgemeinschaft Adaption und Nachsorge in der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren ( WAS ). Stellungnahme zum Nachsorgekonzept der Landesregierung NRW.
- Schay, P. (1998): Suchtbehandlung im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe - Notwendigkeit zur Effizienz rehabilitativer Behandlung und Betreuung !? -. Fachverband Sucht e. V.
- Scheiblich, W. (1994): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Köln.
- Schmieder, A. (1992): Sucht: Normalität der Abwehr. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schreyögg, A. (1992): Supervision ein integratives Modell.
- Schuler, W. (1996): Lauftherapie bei verhaltensauffälligen Kindern. Begründungen - Bausteine – Konzeptentwurf. Oberhaching.
- Sicking, R. (1992): Wege aus der Drogenabhängigkeit. Sozialgesetzbuch V und VI, München 1990/92
- Steffny, H. (1999): in: Fischer, J.; Mein langer Lauf zu mir selbst, Köln
- Stevens, J.O. (1975): Die Kunst der Wahrnehmung. München.
- van der Mei, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und Bewegungsorientierten Psychotherapie. In: *Integrative Therapie* 3/1997.
- van Soer, J., Stratenwerth, I. (1991): Süchtig geboren. Hamburg.
- VDR (1994): Kriterien zur Bestimmung der Adaptionphase, Rundschreiben der LVA Westfalen. Münster.
- VDR (1994): Leitlinien zur Bestimmung einer ambulanten und/oder stationären Entwöhnungsbehandlung.
- VDR (1995): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Weber, A. (1984): Laufen als Behandlungsmethode - eine experimentelle Untersuchung an Aökoholabhängigen in der Klinik. In: Suchtgefahren.
- Weber, A. (1999): Hilf dir selbst: Laufe! Paderborn.
- Wienberg, G. (Hrsg.) (1992): Die vergessene Mehrheit, Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie Verlag.
- Zinker, J. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozess. Paderborn.