

GRÜNE TEXTE

Die NEUEN NATURTHERAPIEN Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik (peer reviewed)

2015 begründet und herausgegeben von
Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold* (EAG) in Verbindung mit:

Gartentherapie:

Konrad Neuberger, MA, D Düsseldorf, *Edith Schlömer-Bracht*, Dipl.–Sup. D Brilon

Tiergestützte Therapie:

Dr. phil. Beate Frank, D Bad Kreuznach, *Ilonka Degenhardt*, Tierärztin, D Neuwied

Landschafts- und Waldtherapie:

Bettina Ellerbrock, Dipl.-Soz.-Päd. D Hückeswagen, *Christine Wosnitza*, Dipl. Biol., D Wiehl

Gesundheitsberatung, Health Care:

Dotis Ostermann, Dipl.-Soz.-Päd., D Osnabrück, *Dr. rer. pol. Frank-Otto Pirschel*, D Bremen

Ernährungswissenschaft, Natural Food:

Dr. med. Susanne Orth-Petzold, MSc. Dipl. Sup., D Haan, *Dr. phil. Katharina Pupato*, Ch Zürich

Green Meditation:

Ilse Orth, Dipl.-Sup. MSc., D Erkrath, *Tom Ullrich*, Dipl.-Soz.-Arb. D Ulm

Ökopsychosomatik:

Dr. med. Ralf Hoemberg, D Senden, *Dr. mult. Hilarion Petzold*, D Hückeswagen

Naturgestützte Integrative Therapie:

Dr. med. Otto Hofer-Moser, Au Rosegg, *Susanne Heule*, Psychol. Lic. rer. publ. CH Zürich

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 10/2016

Laufen - Balsam für die Psyche? Lauftherapie als heilsamer Faktor in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen

Diana Lins *

* Der Text wurde als Bachelorarbeit 2015 an der Hochschule Emden/Leer vorgelegt im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, zur Erlangung des Hochschulgrades Bachelor of Arts

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
1. Einleitung	4
2. Theoretische Grundlagen.....	8
2.1 Gesundheitsmodelle.....	8
2.1.1 Salutogenesemodell.....	9
2.1.2 Biopsychosoziale Modell	13
3. Effekte des „Laufens“ unter biopsychosozialer Perspektive	16
3.1 Physische Effekte.....	16
3.2 Psychische Effekte.....	20
3.3 Soziale Effekte.....	27
4. Laufen in der Behandlung von Depressionen.....	33
4.1 Depression als Krankheitsbild	33
4.2 Wirkung von Laufen bei Depressionen	37
4.3 Aktueller Forschungsstand zur Effektivität von Laufen in der Therapie von Depressionen.....	43
4.3.1 Nebenwirkungen von Laufen im therapeutischen Setting	51
5. Therapiemodelle zum Einsatz von Laufen bei Depressionen	54
5.1 Integrative Ausdauertherapie	54
5.1.1 Der Integrative Ansatz	55
5.1.2 Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie.....	60
5.1.3 Ausdauertherapie als methodischer Ansatz der IBT	62
5.2 Paderborner Modell der Lauftherapie nach Weber.....	70
5.2.1 Grundannahmen	70
5.2.2 Aufbau, Organisation und Inhalte der Lauftherapie.....	71
5.2.3 Ziele der Lauftherapie	76
5.3 Kritischer Vergleich beider Therapiemodelle.....	76
6. Einsatz der Lauftherapie in der Praxis Sozialer Arbeit	81
6.1 Einsatzfelder	81
6.2 Chancen und Grenzen.....	83
7. Fazit	91
Literaturverzeichnis	92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hierarchische Organisationsstruktur biopsychosozialer Systeme nach Engels (1980) und Goodman (1991).	14
Abbildung 2: Positive physiologische Effekte körperlicher Aktivität	17
Abbildung 3: Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger (1993) zu Wirkmechanismen von sportlicher Aktivität auf kurzfristige, psychische Effekte.	22
Abbildung 4: Facetten des sozialen Wohlbefindens	28
Abbildung 5: Hypothetische Wirkpfade von Sportaktivität auf soziales Wohlbefinden.	29
Abbildung 6: Empfehlungen für die Durchführung einer Lauftherapie bei moderaten Depressionen.....	46
Abbildung 7: Empfehlungen für die Durchführung einer Lauftherapie bei schweren Depressionen.....	47
Abbildung 8: Die IBT als Methode im System der Integrativen Therapie.	58
Abbildung 9: Klinische Bewegungstherapie im Schnittpunkt von Sport- und Bewegungswissenschaft, Medizin.	61
Abbildung 10: Die sieben Bausteine der praktischen Lauftherapie	71
Abbildung 11: Standard-Laufprogramm des DLZ	73
Abbildung 12: Ziele der Lauftherapie	76

1. Einleitung

Die Frage nach dem komplexen Zusammenhang zwischen Körper und Geist hat ihren Ursprung in der Antike. Hiermit beschäftigte sich schon Hippokrates, der als Begründer der Medizin anzusehen ist. (vgl. Hölter 2011: 6f.). Dieser war ein Schüler von Herodikus, der als praktizierender Sportlehrer und griechischer Arzt als einer der ersten Vertreter der Sportmedizin und Diätetik gilt (vgl. Petzold u.a. 2009: 22). In seinem Verständnis zur Rehabilitation von Kranken gehörte hierbei die Vermittlung von „Gehen, Laufen, Massage und Diäten [...]“ (Waibel/Petzold 2009: 82). Auch Philosophen wie Jean-Jaques Rousseau (1712–1778) erkannten die Bedeutung des körperlichen Wohlbefindens für das seelische Gleichgewicht, indem er darauf hinweist, dass es „vor allem der Seele wegen [...] nötig [ist], den Körper zu üben“ (Israel/Witt 1999: 1216).

Heute sind Bewegungs- und sporttherapeutische Ansätze in der psychiatrischen und manchmal auch in der psychotherapeutischen Behandlung als fester Bestandteil etabliert und gehören zum Teil des Gesundheitssystems (vgl. Broocks 2012: 91). Die Verwendung der klinischen Bewegungstherapie² erfolgt hierbei adjunktiv, da sie „[...] in ein Netzwerk von mehreren anderen Interventionen (z.B. Medikation, Einzel- Gruppengespräche, Ergotherapie etc.) eingebunden ist“ (Hölter 2012: 111). Das „Laufen“ bzw. „Gehen“ ist hierbei ein therapeutischer Bestandteil der klinischen Bewegungstherapie, dem eine Vielzahl von positiven Effekten nachgesagt wird (vgl. Reimers 2003a: 3). Die Entwicklung des methodischen Ansatzes in Form von „therapeutischem Laufen“ ist dabei auf die Integrative Therapie³ zurückzuführen (vgl. Petzold 2009a: o.S.).

Seit den 1960er Jahren erfreut sich Laufen zunehmender Beliebtheit, was sich nicht zuletzt im breiten Angebot an Volks- und Straßenläufen bis hin zu Ultramarathonläufen widerspiegelt. In Folge des ausgelösten „Jogging-Booms“ und der Gründung von

² Nach HÖLTER (2011: 27f.) beschäftigt sich die *allgemeine Bewegungstherapie* „mit verstärkter Berücksichtigung anderer Krankheitsbilder (so auch von psychischen Erkrankungen) [...] mit eigenen Aufgabenfeldern in Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation“. Diese hat ihren Ursprung in der Sporttherapie (vgl. ebd.).

³ Nach PETZOLD (1996: 63) versucht die *Integrative Therapie* „verschiedene theoretische Konstrukte und therapeutische Praktiken in einem eigenständigen übergeordneten Bezugsrahmen zu sehen“. Die *Integrative Bewegungstherapie* (=IBT) ist hierbei ein Bestandteil der Integrativen Therapie und wurde in den 1970er Jahren entwickelt (vgl. ebd.). In etwa diesem Zeitraum entstanden neben der IBT noch weitere „unterschiedliche Bewegungs(psycho)therapien „wie die Tanztherapie, [...] die Konzentrierte und Kommunikative Bewegungstherapie“ (Hölter 2012: 28). WAIBEL und PETZOLD (2009: 82) betrachten „sporttherapeutisches Ausdauertraining [als] ein[en] methodische[...][n] Ansatz Integrativer Bewegungstherapie“.

Lauftreffs geht man aktuell von ca. 17 Millionen aktiven Läufer⁴ in Deutschland aus (vgl. Bartmann 2009: 12f.). *Stoll und Ziemainz (2012: 2)* betrachten dabei Laufen nicht nur als Komponente körperlicher Aktivität, sondern messen diesem ein „Lebensgefühl“ einer neuen Generation gesund lebend wollender Menschen [bei]“. Vor dem Hintergrund der Annahme, dass Laufen ein gesundheitsfördernder Charakter darstellt, stellen sich somit für die Soziale Arbeit eine Reihe von Fragen.

Dies ist zunächst die Frage, *inwiefern Laufen als sportliche Aktivität⁵ „gesund“ ist*. Hierbei wird eine biopsychosoziale Sichtweise eingenommen, die Gesundheit als ein Zusammenwirken von körperlichen als auch seelischen und sozialen Faktoren versteht (vgl. Fuchs/Schlicht 2012: 2). In diesem Zusammenhang ist die positive Wirkung des Laufens auf die seelische Gesundheit genauer zu untersuchen, mit deren Erforschung sich bereits verschiedene Fachdisziplinen (Sport- und Bewegungswissenschaft, Medizin und Psychologie) seit Jahrzehnten beschäftigen. Mein besonderes Interesse für Erklärungsansätze zur Wirkung von Laufen auf die Gesundheit resultierte hierbei aus der Tatsache, dass ich selbst eine erfahrende Läuferin bin und positive, gesundheitsfördernde Effekte von Laufen persönlich kennengelernt habe. Dies führte mich zu der Frage, ob Laufen nicht auch zur Behandlung von psychischen Erkrankungen eingesetzt werden könne.

Ausgehend von der aktuellen Forschungslage befasst sich diese Arbeit im Schwerpunkt mit der Frage *inwiefern Laufen als „heilsamer“ Faktor in der therapeutischen Betreuung von psychisch erkrankten Menschen „wirksam“ eingesetzt werden kann*.

Auf Grund der hohen Prävalenz von psychischen Erkrankungen „zählen [...] [diese] zu den am stärksten beeinträchtigenden und teuersten Erkrankungen“ (Deimel 2012: 7). Eine der häufigsten psychischen Störungen stellt hierbei die Depression dar, die neben anderen somatischen Störungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) inzwischen als „Volkskrankheit“ deklariert wird (vgl. Mertel 2013: 21). Erhebungen des Bundesgesundheits-surveys zu Folge liegt die Wahrscheinlichkeit in Deutschland im Laufe eines

⁴ Es wird ein gendersensibler Umgang vorausgesetzt, der jedoch aus Gründen der Lesbarkeit nicht explizit seinen Ausdruck findet. Soweit im Folgenden Berufs- Gruppen- und / oder Personenbezeichnungen Verwendung finden, so ist auch stets die jeweils weibliche Form gemeint.

⁵ FUCHS und SCHLICHT (2012: 3f.) definieren *sportliche Aktivität* „als eine körperliche Aktivität, welche die typischen Bewegungsinzenierungen des Sports übernimmt, ohne zwangsläufig den Charakteristiken des Sports (Wettkampf, Rekord und formale Chancengleichheit) zu folgen. Der Begriff *Sport* implementiert keine einheitliche Definition. In Deutschland taucht der Begriff „in Gestalt des Ausgleichs- Erlebnis- oder Gesundheitssports [...] [auf]“ (ebd.). Unter dem weit gefassten Begriff *körperliche Aktivität* versteht man allgemein „alle Bewegungen, die durch den Einsatz größerer Muskelgruppen eine substantielle Erhöhung des Energieverbrauchs provozieren“ (ebd.).

Jahres an einer Depression zu erkranken bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 65 Jahren bei ungefähr 10,9% (vgl. Richter u.a. 2011: 244). Aus diesem Grund ist der Schwerpunkt der Arbeit auf die Behandlung von depressiven Erkrankungen ausgerichtet.

Angesichts des Repertoires zur Verfügung stehender Therapien zur Behandlung von Depressionen werden vor allem pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen eingesetzt (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 165f.). Könnte Laufen in Anlehnung an *Hautzinger* und *Wolf* unter therapeutischen Gesichtspunkten betrachtet, eine günstige, gut umsetzbare Alternative darstellen? Könnte diese im Vergleich zu den „bekannten Nebenwirkungen von Antidepressiva [...] [als] nebenwirkungsarm [betrachtet] [werden] [...]“ (vgl. ebd.)

Besonders im Hinblick auf die Behandlung von Depressionen wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert, ob Laufen als Behandlungsmethode eine Abnahme depressiver Symptomatik bewirkt (vgl. Reule/Bartmann 2009: 11). Aktuelle Studien, wie beispielsweise die von Neumann und Frasch (2008) und Brene u.a. (2007) verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Lauftherapie und deren „positive[n] Wirkung auf Depressionen“ (Stoll/Ziemann 2012: 58). In diesem Zusammenhang gilt es daher die möglicherweise antidepressive Wirkung von therapeutischem Laufen als alternative Interventionsmethode bei Depressionen kritisch zu untersuchen. Die Verwendung sportlicher Aktivität im Rahmen der Behandlung von depressiven Erkrankungen hat in Kliniken hierbei die Funktion „[...] einer zusätzlichen Hilfsmaßnahme“ (Schulz u.a. 2011: 55). Zudem gilt es in diesem Kontext herauszustellen, welche lauftherapeutischen Modelle zur Behandlung von Depressionen bereits in der Praxis eingesetzt werden.

Weiterführend wird die Frage aufgegriffen, *in wieweit sich die Lauftherapie in der Praxis Sozialer Arbeit realisieren lasse*. Hierbei ist zu erwähnen, dass der Einsatz der integrativen Therapie als Konzept bzw. Verfahren in der Sozialen Arbeit bisher als eher unüblich gilt.

Zur Beantwortung der Fragen werden im Folgenden zunächst die theoretischen Grundlagen erörtert (Kap. 2). In diesem Rahmen werden zwei Gesundheitsmodelle vorgestellt, das Salutogenese- und das biopsychosoziale Modell. Im dritten Kapitel erfolgt eine ausführliche Darstellung der Effekte von „Laufen“ unter einer biopsychosozialen Perspektive. Das vierte Kapitel befasst sich anschließend mit dem Einsatz therapeutischen Laufens in der Behandlung von Depressionen. Hierbei wird das Krankheitsbild der „Depression“ vorgestellt, wobei daran anknüpfend auf den Wirkfaktor „Laufen“ eingegan-

gen wird. Zudem wird der aktuelle Forschungszustand zur Effektivität von Laufen in der Therapie von Depressionen aufgegriffen und umfassend erläutert. In diesem Kontext werden auch mögliche Nebenwirkungen von Laufen im therapeutischen Setting berücksichtigt. Das fünfte Kapitel greift zwei lauftherapeutische Konzepte auf, die zur Behandlung von Depressionen eingesetzt werden können. Abschließend werden die Therapiemodelle (Integrative Ausdauertherapie/ Paderborner Lauftherapie-Modell) kritisch mit einander verglichen. Das sechste Kapitel stellt einen Transfer zur Sozialen Arbeit her und gibt einen kurzen Einblick in mögliche kontextuale Einsatzfelder der Lauftherapie, um in diesem Rahmen Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen. Im Rückbezug auf die oben genannten Fragen wird dann ein zusammenfassendes Fazit verfasst.

2. Theoretische Grundlagen

Um sich zunächst der Frage anzunähern inwieweit Laufen als sportliche Aktivität als „gesund“ anzusehen ist, gilt es zuerst einen theoretischen Überblick aufzuzeigen, welchem Verständnis der Begriff Gesundheit zu Grunde liegt. Im Folgenden wird hierbei ein Bezug zum Modell der Salutogenese hergestellt, das sich mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Des Weiteren wird das biopsychosoziale Modell vorgestellt, das Dimensionen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit aufgreift und Zusammenhänge verdeutlicht (vgl. Lausberg 2012: 13).

2.1 Gesundheitsmodelle

Bis heute existiert keine einheitliche Definition des Begriffs „Gesundheit“, da er in verschiedenen Kulturen und Konzepten unterschiedlich verwendet und definiert wird, wodurch der Begriff erschwert abzugrenzen ist (vgl. Ostermann 2010: 175). *Ostermann* erachtet es als schwierig, Gesundheit ohne ein differenziert ausgebildetes Konzept ermöglichen oder unterstützen zu können (vgl. ebd. 83).

Der Gesundheitsbegriff wird von der WHO als „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Freisein von Krankheit oder Gebrechen [beschrieben]“ (WHO 1946). Demnach konstatiert die WHO ein positives Verständnis von Gesundheit und distanziert sich von einer an Defiziten orientierten Sichtweise. Es lässt sich jedoch kritisch anmerken, dass Gesundheit gemäß der Definition der WHO eine statische Struktur abbildet, die keine dynamischen Vorgänge einschließt (vgl. Ostermann 2010: 84 f.).

„Modernere“ Konzepte der letzten 35 Jahre richten ihren Fokus auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Gesundheit und nehmen eine ressourcenorientierte Perspektive ein, die gesundheitserhaltende Faktoren in den Vordergrund stellen (vgl. ebd.: 96). Ein solches Gesundheitsmodell stellt das Modell der Salutogenese⁶ von Aaron Antonovsky dar, das in der heutigen Gesundheitsförderung breite Anerkennung findet (vgl.

⁶ Der Begriff *Salutogenese* setzt sich aus dem lateinischen Wort „salus“ (=Heil, Glück, Unverletzt, Gesundheit) und dem griechischen Wort „genese“ (= Entstehung) zusammen.

Schwarz 2013: 416). Nach Mayer (2001: 32) stellt das Salutogenesemodell „die am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit [dar]“. Im Weiteren erfolgt ein kurzer theoretischer Abriss des Salutogenesemodells.

2.1.1 Salutogenesemodell

Das Konzept der Salutogenese wurde erstmals 1979 vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky⁷ in seinem Buch „Health, Stress and Coping“ veröffentlicht und stellt ein komplexes, theoretisches Modell dar, dass sich im Kern mit folgender Frage beschäftigt: „Was hält Menschen bei allem Stress dem sie tagtäglich und allgemein im Leben ausgesetzt sind, eigentlich gesund?“ (Hölter 2011: 55) und „Wie entsteht[...], was erhält [...], was fördert [Gesundheit]?“ (Schwarz 2013: 416). In seinem salutogenetischen Konzept, dass nach Faktoren der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit fragt, führt er Erkenntnisse der Stressbewältigungsforschung ein und erzeugt somit einen Kontrast zum pathogenetisch orientierten medizinisch-wissenschaftlichen Modell⁸. Demnach stellt die Salutogenese weniger den Krankheitsbegriff mit seinen krankheitsverursachenden Wirkfaktoren in den Vordergrund, sondern betont die Wichtigkeit von „heilsamen Ressourcen“ im Kontext von Gesundheit und leitete somit einen Paradigmenwechsel ein (vgl. Ostermann 2010: 96ff.).

Ein Grundgedanke der sich in seinem Salutogenesemodell widerspiegelt ist der, dass das Verhältnis von optimaler Gesundheit („health-ease“) und Krankheit bzw. minimaler Gesundheit (dis-ease) in einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu betrachten ist (vgl. Pauls 2004: 90f.) Dem zu Folge sei der Mensch „nicht gesund oder krank, sondern ein mehr oder weniger ‚gesunder Kranker‘ bzw. ‚kranker Gesunder‘“ (ebd.). Der Grad an Gesundheit oder Krankheit regelt sich hierbei durch ein „Spannungsmanagement zwischen sog. Stressoren⁹ (Risiken) und Ressourcen¹⁰ (Schutz-

⁷ Anton Antonovsky (1923-1994) ist von israelischer Abstammung und wurde in den USA geboren, wo er aufwuchs und später ein Studium der Soziologie an der Yale Universität absolvierte. 1972 kehrte er nach Israel zurück wo er sich an der Entwicklung des Studiengangs „Health Sciences“ beteiligte (vgl. Hölter 2011: 55). Von seinem Interesse „für gesellschaftliche Zusammenhänge und für das Handeln von Menschen in sozialen Kontexten sowie dessen Auswirkungen auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse“ (Blättner 2007: 67f.) geleitet, führte er Befragungen an weiblichen, jüdischen KZ-Überlebenden in Israel durch. Diese ergaben, dass 29% der Frauen „im Prinzip eine gute psychische und physische Gesundheit aufwiesen“ (ebd.), was ihn dazu veranlasste sogenannte „Protektivfaktoren“ von Gesundheit näher zu untersuchen.

⁸ Nach OSTERMANN (2010: 96f.) hat das *medizinisch-wissenschaftliche Modell* ihren Ursprung „in Westeuropa im Zeitalter der Aufklärung [...] [und] versteht Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum, d.h. desto mehr Krankheit eine Person ‚hat‘, desto weiter ist die Person von Gesundheit und ‚Normalität‘ entfernt“.

⁹ Nach SCHWARZ (2013: 416) können *Stressoren* als „potenzielle Stressauslöser“ bezeichnet werden, wobei *Stress* als „Sammelbegriff für Belastungen, denen Menschen tagtäglich ausgesetzt sind [bezeichnet] [wird]“. Unter Stressoren können organische/biochemische Stressoren, personenspezifische Stressoren (z.B. Menopau-

faktoren)“ (Hölter 2011: 56). Stressoren stellen in dem Zusammenhang keine prinzipielle Gefährdung für Gesundheit dar, die es zu minimieren gilt, sondern diese können je nach Stressor auch als „gesund“ betrachtet werden (vgl. Pauls 2004: 92). Dies hängt mit der Annahme zusammen, dass die „Bewältigung von Belastungen [...] [den] Menschen [wachsen] [lässt]“ (Schwarz 2013: 416), wonach Gesundheit nicht als ein statischer Zustand bezeichnet werden kann, sondern als „punktuelle Momentaufnahme“ (ebd.) eines sensiblen, dynamischen Prozesses. Stressoren zeichnen sich als allgegenwärtige Herausforderung ab, weshalb die empfindliche Ordnung des Individuums aus dem Gleichgewicht bringen kann (vgl. ebd.). Die Heterostase¹¹ ist jedoch im Gegensatz zur pathogenen medizinischen Sichtweise als „grundsätzliches Charakteristikum der Welt“ (Pauls 2004: 90) zu verstehen, weshalb eine „Abweichung von der Norm ‚Gesundheit‘ [...] [normal] [sei]“ (ebd.). Nach Pauls (2004: 92) vertritt Antonovsky die Ansicht, dass Gesundheit nicht als Ideal festgelegt werden kann, das es anzustreben gilt. Diese Betrachtungsweise könne demnach nicht den Anspruch einer Erfassung von Realität erfüllen. Außerdem würde eine idealisierte Perspektive auf den Gesundheitsbegriff immer auch eine an Normen orientierte Bewertung mit einschließen, die nicht jedem Individuum gerecht werden könne. Folglich sieht Antonovsky gewollt von einer Definition von Gesundheit ab und befürwortet angesichts eines fortwährenden schwankenden Ungleich- bzw. Gleichgewichts „seine[...] Kontinuumsvorstellung, [...] bei der [die] Einschätzung des Gesundheitszustands einer Person nicht in verengter Sicht nur auf krankheitsauslösende Faktoren zu beschränken, sondern in ganzheitlicher Weise deren Lebensgeschichte in Erfahrung zu bringen [ist]“ (Huck 2006: 46).

Dazu ergänzt Antonovsky sein Modell, neben dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und dem damit einhergehenden Spannungsverhältnis von Stressoren und Ressourcen, noch um weitere Faktoren. Eine wichtige Bedeutung kommt in seinem salutogenetischen Konzept dabei dem Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) zu, bei dem sog. generalisier-

se), psychosoziale Stressoren, innerpsychische Konflikte (z.B. Bindung/Lösung), Unfälle und Katastrophen (z.B. Traumatisierung) und soziale Konflikte (z.B. Scheidung) gefasst werden. (vgl. Hölter 2011: 56). Sie können Spannungszustände verursachen, da der Organismus über keine automatisierte Handlungsweise verfügt (vgl. Huck 2004: 36).

¹⁰ HÖLTER (vgl. 2011: 56) versteht im Zusammenhang mit dem Salutogenesemodell *Ressourcen* als genetische/konstitutionelle Ressourcen, psychosoziale Ressourcen, gesellschaftliche Ressourcen (z.B. soziale Bindung), kognitive Ressourcen (z.B. Wissen), psychische Ressourcen (z.B. Selbstvertrauen), physiologische Ressourcen (z.B. erworbene Fitness) und ökonomische/materielle Ressourcen (z.B. sicherer Arbeitsplatz).

¹¹ Der Begriff *Heterostase* bedeutet Ungleichgewicht. Der gegenteilige Begriff lautet *Homöostase* und steht für Gleichgewicht.

te Widerstandsressourcen¹² eine wichtige Funktion einnehmen (vgl. ebd.). Wie *Hölter* (2011: 57) in Anlehnung an Antonovsky herausstellt, entspricht das SOC einem empirischen Maßstab, der konzipiert wurde um Faktoren zur Erhaltung von Gesundheit messbar zu machen und wie folgt definiert wird:

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass [1.] die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; [2.] einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; [3.] diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997: 36).

Der Definition Antonovsky zu Folge übertrifft das SOC die Bedeutung eines „reinen „Gefühls“ oder einer Emotion und symbolisiert darüber hinaus eine weitgreifende Lebenseinstellung, die in ihrer grundlegenden Haltung durch tieflegendes Vertrauen in die individuelle Sinnstiftung charakterisiert ist. Es erfüllt im Zusammenhang mit der Mobilisierung von generalisierten Widerstandsressourcen die Funktion der Erreichung einer gelingenden Handhabung mit Stressoren, sodass die Entstehung eines Stresszustands gemindert wird (vgl. Huck 2006: 48 ff.)

Das SOC ist durch drei Merkmale gekennzeichnet:

- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit
- Sinnhaftigkeit

Vereinfacht lässt sich ausdrücken, dass Verstehbarkeit als Fähigkeit bezeichnet werden kann, im Hinblick auf die eigene Lebensgestaltung, erlebte Probleme und Belastungen in einem für das Individuum sinnvollen Zusammenhang zu begreifen und strukturiert geistig einzuordnen. Die Komponente der Handhabbarkeit lässt sich als positive Haltung gegenüber der Lösung von Aufgaben verstehen, die das Leben bereitstellt und dem Wissen über verfügbare Ressourcen, die es aus eigenen Bemühungen zu mobilisieren gilt. Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit definiert die Fähigkeit jede Anstrengung, welche die Lebensführung mit sich bringt, als sinnvoll und lohnend anzusehen um Ressourcen zu aktivieren und zu erschließen (vgl. Köppel 2003: 18).

¹² Nach KÖPPEL (2003: 20) definiert Antonovsky *generalisierte Widerstandsressourcen* als „alle begünstigenden Faktoren oder Fähigkeiten eines Menschen, Anforderungen zu bewältigen [...] [wozu] z.B. Intelligenz, Bewältigungsstrategien, körperliche Gegebenheiten, soziale Einbindung und Unterstützung [zählen]“. Der Begriff „generalisiert“ verdeutlicht hierbei, dass die Wirkung von Widerstandsressourcen getrennt von jeglichen Gegebenheiten anhaltend einen nutzbringenden Charakter darstellt (vgl. ebd.). Diese nehmen nachhaltig Einfluss auf „die Qualität [...] [der] Lebenserfahrungen und [...] [das] Lebensgefühl“ (Schwarz 2013: 417).

Hartung arbeitet im Rekurs auf Antonovsky und Studien zur Wirkung des Kohärenzgefühls (Franke 1997) heraus, dass Menschen im Besitz eines ausgeprägten Kohärenzgefühls „im Umgang mit Stimuli erfolgreicher [sind] und dieser Erfolg selbst [...] sich gesundheitsförderlich aus[wirke]“ (2011: 240). Das Ziel ist es dabei nicht die Entwicklung eines übergreifenden SOC zu etablieren, sondern „dieses in bestimmten Lebensbereichen [anzustreben]“ (Köppel 2003: 18).

Abschließend ist anzumerken, dass Antonovsky annimmt, dass ein hohes SOC einen positiven Einfluss auf die physische Gesundheit ausübt, was jedoch wissenschaftlich nicht eindeutig erwiesen werden konnte (vgl. Ostermann 2010). Zusammenfassend richtet Antonovsky mit seinem Salutogenesemodell im Kontext von gesundheitserhaltenden- und fördernden Faktoren einen fokussierten Blick auf die Wirkung von Ressourcen und auch Stressoren, womit er sich „von der [...] dichotomen Klassifizierung von gesunden und kranken Menschen [entfernt]“ (Köppel 2003: 19). Dieses bildete die Basis für fachübergreifende Diskussionen und nahm nachhaltig Einfluss auf die Gesundheitspsychologie, Medizin und die Gesundheitswissenschaften (New Public Health¹³), als auch auf die Sport- und Bewegungswissenschaft (vgl. Hölter 2011: 57). Insbesondere in der Sport- und Bewegungswissenschaft wurde das Salutogenesemodell im Hinblick auf einen Zusammenhang zwischen Bewegung und psychischer Gesundheit „[...] als Rahmenmodell zur Klärung gesundheitssportlicher und therapeutischer Wirkungen herangezogen“ (ebd.). Auch *Petzold* (2009a: o.S.) betrachtet die Einbindung einer salutogenetischen Perspektive in Beratung und „moderne Konzepte der Psychotherapie und psychosomatischen Behandlung [...]“ als unabdingbar.

Zudem inkludiert das Modell der Salutogenese eine holistische Betrachtung des Menschen und bindet verschiedene Ressourcen (psychosozial, genetisch/konstitutionell usw.) in das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ein. Somit berücksichtigt der multidimensionale Ansatz das Individuum „in seiner gesamten bio-psychosozialen Komplexität“ (Köppel 2003: 19).

¹³ Nach ROSENBROCK (2001 :753) unterscheidet sich *New Public Health* „in wichtigen Dimensionen vom herkömmlichen und individualmedizinischen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -problemen: Populationsbezug (gegenüber Individuenbezug), stärkere Beachtung gesellschaftlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit/Krankheit und sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen, Verständnis von Gesundheit/Krankheit als glückte/missglückte Balance von Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen sowie Priorität zugunsten der Primärprävention“.

Hier wird also eine gewisse Nähe zum biopsychosozialen Modell ersichtlich, das Elemente des Salutogenesemodells aufgreift und im etwa gleichen Zeitraum entwickelt wurde.

2.1.2 Biopsychosoziale Modell

Das biopsychosoziale Modell, das in Anlehnung an *Egger* (2008: o.S.) ausgearbeitet und heute auch als „erweitertes biopsychosoziales Modell“ zu bezeichnen ist, knüpft an Überlegungen von *Engels* (1976) zum mehrdimensionalen biopsychosozialen Krankheitsmodell an, dass im Zusammenhang mit einer Vielzahl von Theorien zur „Beziehung zwischen Körper und Seele (oder zwischen Gehirn und Geist) [...] [als] das mit Abstand am häufigsten zitierte Paradigma [gilt]“ (*Ostermann* 2010: 100).

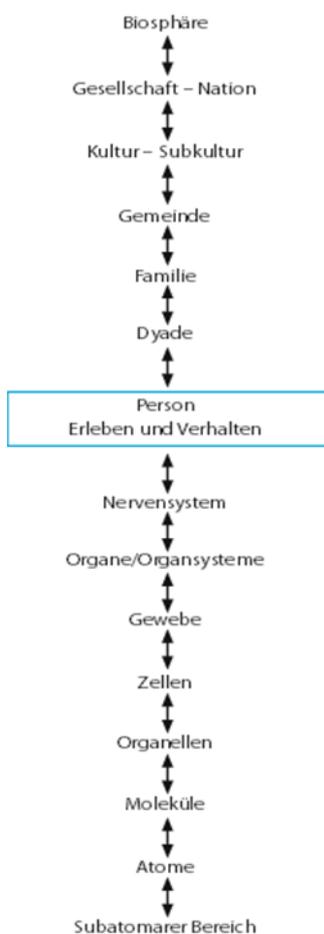
Eggers (2008: o.S.) zu Folge basiert die Entstehung des biopsychosozialen Krankheitsmodells auf wissenschaftlichen Erkenntnissen verschiedener Studien, die sich mit der Allgemeinen Systemtheorie¹⁴ befassen, an denen unterschiedliche Forscher beteiligt waren. Deshalb sei das biopsychosoziale Krankheitsmodell auf keinen einzelnen Begründer zurückzuführen, sondern beziehe sich hauptsächlich auf Beiträge von *Bertalanffy* und *Weiss*. Die schlussendliche Konstruktion des biopsychosozialen Krankheitsmodells im Kontext der psychosomatischen Medizin begründe sich jedoch im Ertrag von *George L. Engel*, *Schwartz*, *Weiss* und *H. Weiner*. Nach *Ostermann* (2010: 102) zähle hierbei *Petzold* zu einem der frühesten Vertreter des biopsychosozialen Modells im Bereich der Psychologie.

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell, das in den 1970er Jahren im Wesentlichen vom Psychiater *Engels* geprägt wurde, berücksichtigt „neben den klassischen somatischen auch psycho-soziale Faktoren zur Erklärung auch von ‚körperlichen‘ Erkrankungen“ (*Pauls* 2004: 86). Nach *Gabel* und *Zielasek* (vgl. 2011: 84) konstatiert der Kerngedanke des Modells die Annahme, dass die Ausbildung und Festigung von Krankheit bzw. Gesundheit von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren abhängig sei und

¹⁴ Nach *PASERO* (2010: 252) sind *Systemtheorien* „ein multidisziplinärer Fokus in der Wissenschaft, der in den 40er und 50er Jahren des 20. Jahrhunderts in den Bio-Wissenschaften und in der Kybernetik entsteht [sic!]. In den 1950er Jahren entwickelt *Talcott Parsons* (1964, 1951) eine soziologische Systemtheorie, die schließlich von *Niklas Luhmann* nicht nur aufgegriffen, sondern paradigmatisch umgestellt wird [...]“. Nach *OSTERMANN* (2010: 102) ermöglicht die Systemtherapie „Systeme unterschiedlicher Komplexität nach einheitlichen Prinzipien zu beschreiben [...], [wobei] unter einem System [...] eine Menge an Elementen, zwischen denen Beziehungen bestehen [verstanden] [wird]“. *VILLANYI* u.a. (2009: 339) stellt heraus, dass im Zentrum der Systemtheorie „gesellschaftliche Ordnungen [stehen], die bewirken, dass Menschen typischerweise auf eine ganz bestimmte Art und Weise kommunizieren, handeln, funktionieren“.

daher von mehreren Ebenen betrachtet und untersucht werden müsse. Diese würden sich wechselseitig beeinflussen, wobei das Individuum selbst ein Bestandteil umfassender Systeme abbilde und „wiederum [selbst] ein System aus vielen Subsystemen bis hinab auf die molekulare Ebene [darstelle]“ (Pauls 2004: 86); (s. Abb. 1).

**Systemhierarchie
– Organisationsebenen –**



Nach *Eggers* (2005: 6) berücksichtigt das biopsychosoziale Modell von Engels demnach drei Perspektiven auf Krankheit und Gesundheit, nämlich die bio-medizinische Dimension (Krankheit als somatische Störung/Gesundheit als somatische Unauffälligkeit), die psychologische Dimension (Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens/ Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten) und die öko-soziale Dimension (Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform/Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Passform), die in einem „integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten ‚ganzheitlichen‘ Verständnis [Ausdruck] [finden]“.

Eggers sieht im biopsychosozialen Krankheitsmodell zwar „einen Meilenstein in der Entwicklung der psychosomatischen Wissenschaft“ (ebd.), aber es beinhaltet seiner Auffassung nach, einige Schwächen, weshalb er das Modell modifizierte und durch eine Einführung der Leib-Seele-Identitätstheorie¹⁵ nach Spinoza, erweiterte.

Abbildung 1: Hierarchische Organisationsstruktur biopsychosozialer Systeme nach Engels (1980) und Goodman (1991): Aus Gabel/Zielasek (2011: 84).

¹⁵ „Nach der Theorie der *Leib-Seele-Identität* existieren **reine psychophysische Ereignisse**– das entspricht erkenntnistheoretisch „der Wirklichkeit an sich“; von der gilt, dass sie als solche prinzipiell nicht erfahrbar ist. Die Wege über welche wir Aspekte dieser Wirklichkeit (eines auch seelisch relevanten Ereignisses) erfahren können, sind zweierlei: einmal durch die Position des Beobachters und dann durch die Position des erlebenden Subjekts“ (Eggers 2005: 7).

Eggers sieht im biopsychosozialen Krankheitsmodell zwar „einen Meilenstein in der Entwicklung der psychosomatischen Wissenschaft“ (ebd.), aber es beinhaltet seiner Auffassung nach, einige Schwächen, weshalb er das Modell modifizierte und durch eine Einführung der Leib-Seele-Identitätstheorie¹⁶ nach Spinoza, erweiterte.

Das biopsychosoziale Modell findet heute eine breite Berücksichtigung in verschiedenen Fachbereichen und Ansätzen und wird folglich aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Dazu zählen insbesondere „psychosomatische und psychoanalytische Ansätze sowie gestalttherapeutische und sozialpsychologische [Konzepte] [...] aus dem Spektrum der Systemischen Therapie, der Integrativen Therapie [und] der Klinischen Sozialarbeit [...]“ (Gahleitner u.a. 2012: 5). Es wird deutlich, dass ein mehrdimensionales biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit, insbesondere im Hinblick auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen eine hohe Bedeutung zukommt, die interdisziplinäre Anerkennung findet. Dies begründe sich durch die Tatsache, dass das biopsychosoziale Modell „ein[en] Behandlungssatz auf verschiedenen Ebenen möglich [macht], da eine gegenseitige, indirekte Beeinflussung der Ebenen gegen ist“ (Lausberg 2012: 13). Nach Lausberg könne sich dem zu Folge „eine auf der Körper- und Bewegungsebene ansetzende Therapie auf die psychische und soziale Ebene auswirken“ (ebd.). Folgt man dieser Annahme, so könne das biopsychosoziale Modell als Begründung dafür ausgelegt werden, warum Therapien die am Körper ansetzen und auf Bewegung, wie z.B. Laufen ausgerichtet sind, gleichzeitig einen Einfluss auf die Psyche und die soziale Ebene bewirken.

¹⁶ „Nach der Theorie der *Leib-Seele-Identität* existieren **reine psychophysische Ereignisse**– das entspricht erkenntnistheoretisch „der Wirklichkeit an sich“; von der gilt, dass sie als solche prinzipiell nicht erfahrbar ist. Die Wege über welche wir Aspekte dieser Wirklichkeit (eines auch seelisch relevanten Ereignisses) erfahren können, sind zweierlei: einmal durch die Position des Beobachters und dann durch die Position des erlebenden Subjekts“ (Egger 2005: 7).

3. Effekte des „Laufens“ unter biopsychosozialer Perspektive

Es wurde detailliert vorgestellt, welche Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit eine Rolle spielen könnten. Im weiteren Verlauf gilt es zu klären inwieweit sportliche Aktivität bzw. Laufen als „gesund“ angesehen werden kann und welchen Einfluss Laufen insbesondere auf die Psyche nimmt. Dazu verschafft das folgende Kapitel einen Überblick, da es die Wirkung des Laufens auf physiologischer, psychologischer und sozialer Ebene untersucht und somit eine biopsychosoziale Perspektive auf die Wirkfaktoren von Laufen einnimmt.

3.1 Physische Effekte

Es existiert eine immense Anzahl von Veröffentlichungen zum Themengebiet Sport und körperliche Gesundheit, deren komplexen Zusammenhang insbesondere in der Sportwissenschaft tiefgreifend erforscht wurde. Hervorzuheben ist hierbei die Metaanalyse von Knoll (1997), in deren Mittelpunkt eine kritische Analyse von zirka 8000 Veröffentlichungen und empirischen Erhebungen zum Themenbereich „Sporttreiben und Gesundheit“ steht (vgl. Woll/Bös 2004: 1). Diese ergab, „daß [sic!] sich generelle Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und physischer [...]Gesundheit nicht empirisch nachweisen lassen“ (Knoll 2000: 2). Nach *Ostermann* (2010: 138) konnte die Metaanalyse von Knoll jedoch unter Berücksichtigung „spezifischer Bedingungen gesundheitssportlicher Aktivitäten [...] bedeutsame Zusammenhänge zwischen Merkmalen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit und sportlichen Aktivitäten [...] [belegen]. Demzufolge könne sportliche Aktivität nicht als unmittelbare Garantie für eine „Aktivierung“ von Gesundheit gelten (vgl. ebd.).

In der aktuellen sportwissenschaftlichen Debatte hinsichtlich dem Einfluss von Sport auf die körperliche Gesundheit ist jedoch überwiegend die Ansicht vertreten, „dass körperlich-sportliche Aktivität entscheidend zur Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen beitragen kann, weil über eine systematische Aktivierung des Muskelsystems komplexe Anpassungsprozesse des gesamten Organismus ausgelöst werden“ (Woll/Bös 2004: 1).

Welche positiven physiologischen Effekte körperliche Aktivität mit sich bringt wird in der folgenden Abbildung 2 zusammengefasst:

Kardiovaskuläre Wirkung
Verbesserung des Sauerstoffaufnahmevermögens und der Sauerstofftransportkapazität Senkung der Herzfrequenz Vergrößerung des Schlagvolumens Hypertrophie der Herzmuskulatur Verbesserung der Blutversorgung der Herzmuskulatur
Hämodynamische Wirkung
Verbesserung der Fließgeschwindigkeit des Blutes Erhöhung der Blutgerinnungsbereitschaft Erhöhung der Fibrinolyse-Aktivität
Metabolische Wirkung
Zunahme des Mitochondrienvolumens Verbesserung der Enzymaktivität der Muskulatur Anstieg des Myoglobingehalts in der Muskelzelle Vermehrung der intramuskulären energetischen Substrate Veränderung der Cholesterin-Zusammensetzung durch Verbesserung des HDL-LDL-Verhältnisses
Endokrinologische Wirkungen
Anstieg der Katecholamine Anstieg des Cortisol Anstieg des Wachstumshormons

Abbildung 2: Positive physiologische Effekte körperlicher Aktivität: Aus Woll/Bös (2004:2)

Betrachtet man nun explizit die Wirkung von Laufen¹⁷ auf körperliche Parameter, so lässt sich feststellen, dass die Ausdauerbelastung vor allem eine positive Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (= kardiovaskuläre Wirkung) erzielt. Dies äußert sich u.a. durch eine „deutliche[...] Reduktion des Herzinfarkttrisikos“ (Stoll/Ziemainz 2012: 16).

¹⁷ In den vorliegenden Ausführungen wird „Laufen“ als eine Form des Ausdauertrainings angesehen, dass auch als eine klassische Ausdauersportart gilt (vgl. Geese/Reimers 2003: 34). Nach STOLL und ZIEMAINZ (2012: 16) beinhaltet *Ausdauertraining* „Trainingsprogramme und Trainingsformen, deren Ziel es ist, die Ausdauerfähigkeit zu erhöhen, also die Fähigkeit des Körpers, über einen ausgedehnten Zeitraum Leistung zu erbringen“. Ausdauersportarten, wie z.B. das Laufen beinhalten „hauptsächlich dynamische Bewegungsmuster, [die] [eine] aerobe Energiebereitschaft fordern (allgemeine aerobe Ausdauer)“ (Graf/Rost 2001a: 42). Die *aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit* wird durch eine maximale Sauerstoffaufnahme charakterisiert und ist eine „alters- und geschlechtsabhängige Größe [...] [die] durch die Sauerstoffaufnahme und die Transportkapazität im Herz-Kreislauf-System sowie durch die Verbrennungssysteme in der arbeitenden Muskulatur bestimmt [wird] [ebd.]“. Der Begriff „Laufen“ meint im Folgenden also das aerobe Laufen, dass sich durch einen lockeren Dauerlauf kennzeichnet ohne dass eine Atemnot durch überhöhtes Tempo verursacht wird (vgl. Bartmann 2009: 12).

Hierbei sorgt Laufen für eine verbesserte Herzfunktion¹⁸, die sich insbesondere durch eine gesteigerte Durchblutung des Herzens /Koronare Arterien, eine Kräftigung des Herzmuskels, Vergrößerung des Herzschlagvolumens und einer Reduktion der Herzschlagfrequenz, Verlängerung der Diastolendauer (= Phase der Herzruhe) und Zunahme der diastolischen Relaxationsgeschwindigkeit (= Erschlaffung des Herzmuskels zwischen zwei Schlägen) ausdrückt (vgl. Froböse 2006: 25.). Durch das Ausdauertraining wird der Herzmuskel somit trainiert und leistungsfähiger, wodurch größere Mengen an Blut schneller zu lebensnotwendigen Organen transportiert werden können, sodass dort vermehrt Sauerstoff und Nährstoffe zur Verfügung stehen. Dies hat eine Reduzierung der Herzschlagfrequenz zur Folge, wodurch der Ruhepuls um bis zu 20 Schläge pro Minute gesenkt wird. Durch das gleichzeitig erhöhte Herzschlagvolumen ist das Herzminutenvolumen verbessert, d.h. das Herz muss weniger arbeiten. Die durch das Lauftraining bedingte kurzzeitige Herzfrequenzerhöhung und gesteigerte Leistung bewirkt also langfristig eine Entlastung für das Herz (vgl. Bartmann 2009: 16f.).

Die unter Läufern bekannte Floskel „Langläufer leben länger“ wird durch eine Vielzahl von Studien gestützt. Exemplarisch hervorzuheben ist hierbei eine Längsschnittstudie von Paffenberger et. al. (1986) die besagt, „dass vermehrte körperliche Aktivität (gemessen im zusätzlichen Kalorienverbrauch¹⁹) mit einem Rückgang des Mortalitätsrisikos einhergeht“ (Woll/Bös 2004: 2). Somit bestehe bei körperlichen inaktiven Personen „ein um 38% höheres Mortalitätsrisiko [...] als im Vergleich zu körperlich aktiveren Personen“ (ebd.). Dafür liefern auch Ergebnisse der Studien von Blair et al. und Rockhill et al. einen empirischen Beweis (vgl. ebd.).

Darüber hinaus nimmt Laufen weitere positive Einflüsse auf die Durchblutung, das Atmungssystem, das Muskel-Skelett-System, das Binde- und Stützgewebe, das Hormonsystem und das Immunsystem (vgl. Geese/Reimers 2003: 18). Zudem bewirkt Laufen neben der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. durch Senkung des

¹⁸ „Das Herz ist der zentrale Kern des Blutversorgungssystems im Körper. Es besteht aus ähnlichen Strukturen wie ein Skelettmuskel und ist somit zugleich der bestdurchblutete Muskel im menschlichen Körper. Das Herz pumpt in Ruhe 60 – 90 mal pro Minute und unter Belastung kann die Herzfrequenz bis zu 200 Schläge pro Minute (und mehr) zunehmen“ (Froböse 2006: 24).

¹⁹ Der *zusätzliche Kalorienverbrauch* durch sportliche Aktivität bemisst sich durch eine Höhe von 2000 oder mehr Kilokalorien pro Woche. Nach STOLL und MAINZ (2012: 17) entspricht der Verbrauch von 2000kcal pro Woche „z.B. einer halben Stunde tägliches Laufen, wenn man mit 9 km/h unterwegs ist“.

Bluthochdrucks) einen verbesserten Fettstoffwechsel, der der Entstehung von Zivilisationskrankheiten wie z.B. Adipositas²⁰ und Diabetes mellitus²¹ entgegenwirkt.

Damit der Körper beim Laufen genügend Energie aufwenden kann, greift er zur Energiegewinnung auf Kohlenhydrate und Fette zurück. Hierbei werden vorrangig Kohlenhydrate als primäre Energiequelle verwendet, da der Körper auf diese schneller und einfacher zurückgreifen kann. Mit steigender Laufdauer kippt das Verhältnis aus dem der Körper seine Energie rekrutiert zu Gunsten der Fette, d.h. eine optimale Fettverbrennung erreichen wir erst ab einem Trainingsumfang von ca. 20-30 min. Das Ausdauertraining im „aeroben“ Bereich ist außerdem mit einer erhöhten Sauerstoffaufnahme verbunden, was einen essenziellen Faktor bei der Fettverbrennung darstellt. Gleichzeitig wird durch die sportliche Aktivität neue Muskelmasse²² aufgebaut, die sich beim Laufen besonders in der Beinmuskulatur niederschlägt. Durch den Zuwachs an Muskelzellen erhöht sich somit auch die Anzahl an Mitochondrien²³, was zu einer erhöhten Energieverbrennung führt. Neben der Förderung des Fettstoffwechsels und der Gewichtsreduktion ist ein weiterer positiver Nebeneffekt von regelmäßigem Ausdauertraining, dessen Wirkung auf die Blutfettwerte im Körper. Laufen bewirkt in diesem Zusammenhang eine Veränderung des Cholesterinspiegels²⁴, indem der LDL- Cholesterin abgesenkt und der HDL-Cholesterin angehoben wird (vgl. Froböse 2006: 19 ff.).

Anzumerken ist, dass bei übergewichtigen bzw. adipösen Personen jedoch die Gelenke beim Laufen starker Beanspruchung ausgesetzt sind, weshalb gelenkschonendere Sportarten wie z.B. Walking oder Aquajogging in Betracht gezogen werden sollten (vgl. Graf/Rost 2001b: 667.). Weitere Gesundheitsrisiken, die infolge des Laufens in Erscheinung treten können, sind Sportverletzungen oder Sportunfälle. Allerdings fällt das Verletzungsrisiko beim Laufen im Verhältnis zu anderen Sportarten vergleichsweise gering aus. Auch das Auftreten eines akuten Herzversagens ist als sehr selten einzuschätzen. Vor Beginn eines Ausdauertrainings sollte deshalb eine medizinische Unter-

²⁰ *Adipositas* steht für Fettleibigkeit. Hierbei wird „die Einteilung von Übergewicht bzw. Adipositas nach der Messung des ‚Body Mass Index‘ [festgelegt]“ (Froböse 2006: 33).

²¹ Nach FROBÖSE (2006: 40) ist *Diabetes mellitus* der medizinische Begriff für eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die daraus resultierenden Störungen des Zuckerstoffwechsels.

²² „Der Mensch besitzt mehr als 600 Muskeln, die ein Gerüst aus mehr als 200 Knochen steuern und stabilisieren. Es ist notwendig, diese Strukturen dementsprechend ständig zu trainieren, um die Funktion, Leistungsfähigkeit und die Gesundheit zu erhalten“ (Froböse 2006: 29f.).

²³ FROBÖSE (2006: 18) definiert *Mitochondrien* als „Kraftwerke der Muskulatur [...], welche die Energie in Form von ATP produzieren. Diese gewonnene Stoffwechselenergie ist für aller Lebensvorgänge notwendig, somit besonders für die sportliche Aktivität“.

²⁴ Nach FRÖSE (2006: 38) gilt „das so wichtige HDL- Cholesterin [...] als Schutzfaktor bei Herz-Kreislauferkrankungen und wird bei moderaten Ausdaueraktivitäten erhöht. Das „schlechte“ LDL- und VLDL-Cholesterin, welches für die „Verkalkung“ der Blutgefäße verantwortlich ist, wird gegenläufig reduziert

suchung erfolgen (vgl. Reimers 2003b: 52ff.). Abschließend gilt es darauf hinzuweisen, dass psychische Erkrankungen oft mit einer Vielzahl von „physischen Erkrankungen als Komorbiditäten, wie z.B. Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen, Übergewicht und Diabetes [zusammenhängen]“ (Hölter 2011: 61). Hierbei liegt beispielsweise das Risiko an einer Depression zu erkranken bei Personen mit Diabetes mellitus bei 10%, mit Herzinfarkt bei 20%, mit Schlaganfall bei 25-35% und mit Krebs bei 25-40% (vgl. ebd.: 161). Zudem sei anzunehmen, dass in der Behandlung von psychischen Erkrankungen eine Verbindung zwischen Übergewicht und dem Konsum von Psychopharmaka auftreten könne (vgl. ebd.: 61). Um diesen Komorbiditäten vorbeugend entgegenzuwirken, die beispielsweise auch aus pharmakologischen Interventionen resultieren können (z.B. Übergewicht), kommt der sportlichen Aktivität angesichts der positiven physischen Effekte im Kontext von psychischen Erkrankungen deshalb eine besondere Bedeutung zu.

Zusammenfassend sind aus sportmedizinischer Sicht zahlreiche positive Effekte von Laufen auf die körperliche Gesundheit belegbar. Zudem kann Laufen „die Risikofaktoren einer Vielzahl [...] [von] Zivilisationskrankheiten positiv beeinflussen“ (Woll/Bös 2004: 4). Im nachfolgenden Kapitel werden wissenschaftliche Erkenntnisse aufgeführt, die einen Zusammenhang von körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit untersuchen. Hierbei werden verschiedene Erklärungsmodelle vorgestellt, die mit Hilfe von Hypothesen die psychischen Effekte durch Laufen zu erklären zu versuchen.

3.2 Psychische Effekte

Um die Wirkung von körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit empirisch nachweisen zu können, wurden eine Reihe von Studien aus unterschiedlichsten Fachbereichen (Sport- und Bewegungswissenschaft, Neurowissenschaften, Psychologie, Psychotherapie) angefertigt. Diese beschäftigten sich vordergründig mit der These, dass sportliche Aktivität die seelische Gesundheit stabilisiere und fördere. Hierbei stellt die Erfassung psychischer Gesundheit eine Herausforderung für empirische Erhebungen dar, da sich diese angesichts ihrer Komplexität schwierig in ihrer Ganzheitlichkeit beschreiben lässt und deshalb nur durch verschiedene Variablen bzw. Konstrukte erfasst werden kann (vgl. Woll/Bös 2004: 6). *Hölter* (2011: 59) kritisiert diesbezüglich der Er-

hebung wissenschaftlicher Studien, die Orientierung an Standards einer evidenzbasierten Medizin (Evidence Based Medicine), da diese nicht unmittelbar „auf die Evaluation von Therapieprozesse im edukativ-psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich übertragen werden [können]“²⁵. Dies läge u.a. an der schwierigen Umsetzung des Goldstandards (RCT)²⁵ im Kontext von psychischen Erkrankungen. Folglich würden deshalb eine Vielzahl von Studien ohne randomisierte Kontrollgruppen durchgeführt, die jedoch im Nachhinein als nicht ausreichend fundiert angesehen bzw. anerkannt werden. In Anlehnung an Schicht (1993) begrenzte sich demnach beispielsweise die Anzahl von Metaanalysen²⁶ bezüglich psychischer Effekte von sportlicher Aktivität von 194 auf 22 Studien (vgl. ebd.).

Woll und Bös (2004: 6) führen in Anlehnung an Brehm auf, dass psychische Effekte von körperlicher Aktivität besonders im Fokus der Befindlichkeitsforschung untersucht werden. Demnach gäbe „es Parameter des aktuellen (kurzfristigen) und habituellen (zur Persönlichkeit gehörenden) Befindens in positiver (Stimmung, Grundgestimmtheit) und negativer (Angst, Depression, Stresswahrnehmung) Ausprägung“ (ebd.).

Hierbei sind im Zusammenhang von ausdauersportlicher Aktivität positive Wirkungen auf das aktuelle Wohlbefinden zu verzeichnen. Die Wirkung von körperlicher Aktivität auf psychische Parameter (Wohlbefinden) müsse in diesem Kontext als tendenziell kurzfristig angesehen werden, da ein wohlmöglich subjektiv erzeugter Glückszustand durchs Laufen nur wenige Stunden anhält bis dieser schließlich verbleibt. Einen umfassende Übersicht bezüglich positiver, psychischer Effekte auf das aktuelle Wohlbefinden liefere hierbei Schwenkmezzers (1993) Ausführungen anhand derer verschiedene Modelle zur Erklärung dieser Effekte vorgestellt werden. Diese Erklärungsmodelle inkludieren verschiedene Annahmen (Hypothesen), wobei einige dieser Hypothesen aus dem heutigen Blickwinkel der Forschung als empirisch nicht mehr haltbar gelten. Nach Schwenkmezzger lassen sich physiologische und psychologische Erklärungsmodelle als auch und sog. Mischmodelle anführen (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 22) (s. Abb. 3).

²⁵ „Wenn Forscher die zuvor sorgfältig ausgewählten Versuchspersonen (Vpn) nach einem Zufallsprinzip unterschiedlichen Bedingungen zuordnen (z.B. Treatment vs. Alternatives Treatment vs. Non-Treatment), die dadurch ausgelösten Veränderungen zuverlässig registrieren und mögliche Verzerrungen in der Behandlung und Auswertung kontrollieren (etwa durch Methoden der ‚Verblindung‘), dann spricht man von einem *Randomized Controlled Trial (RCT)* [...]“ (Fuchs/Schlicht 2012: 5)

²⁶ „Wenn dann derartige RCT von mehreren Forschergruppen an unterschiedlichen Standorten wiederholt wurden, können *Metaanalysen* die Stärke des Effekts und dessen Homogenität bestimmen und die Evidenz der Aussagen ist erneut gestiegen“ (Fuchs/Schlicht 2012: 5)

Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger (1993)

- Physiologische Modelle:
 - Thermoregulationshypothese (bzw. das sog. physiologische Aktivierungsmodell)
 - Katecholaminhypothese
 - EndorphinhypotheseSowohl Katecholamin- als auch Endorphinhypothese zählt er zu den sport-spezifischen Modellen, da der dort beschriebene Wirkmechanismus zwingend vom Vorliegen körperlicher Aktivität ausgeht.
- Psychologische Erklärungsmodelle:
 - Selbstwirksamkeitshypothese
 - Ablenkungshypothese (allgemein)
 - Wirksamkeit meditativer Bewusstseinszustände (sport-spezifisch)
- Mischmodelle:
 - Kumulationsmodell (Kumulation verschiedener, vorher beschriebener Effekte)
 - Wirksamkeit unspezifischer Begleitumstände (Placebo)
 - Sog. zweidimensionales Aktivierungsmodell

Abbildung 3: Erklärungsmodelle nach Schwenkmezger (1993) zu Wirkmechanismen von sportlicher Aktivität auf kurzfristige, psychische Effekte: Aus Stoll/Ziemainz (2012: 22).

Physiologischen Modellen liegt die Annahme zu Grunde, dass durch das Laufen erzeugte Wohlbefinden, das auch als „*Runner’s High*“²⁷ bezeichnet wird, für physiologische Mechanismen verantwortlich ist. Die Thermoregulationshypothese geht hierbei davon aus, dass durch sportliche Aktivität in Folge einer gesteigerten Stoffwechselaktivität ein Anstieg der Körpertemperatur hervorgerufen wird, wodurch die Stimmungslage angehoben bzw. verbessert wird. Zwei weitere Hypothesen sind die Endorphin- und die Katecholaminhypothese (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 23). Nach der Endorphinhypothese wird durch eine aerobe Ausdauerleistung die Produktion körpereigener Opiate angeregt. Demnach sollte die Entstehung von Beta-Endorphin im Gehirn für die Auslösung eines sog. „*Runner’s high*“, da Beta-Endorphine „eine beruhigende und glücksgefühlstimulierende Wirkung [...] [erzielen]“ (Hölter 2011: 176). Die Katecholaminhypothese postuliert, dass durch körperliche Belastung eine Ausschüttung von Katecholaminen (z.B.

²⁷ Nach Bartmann (2009: 67) beschreibt das „*Runner’s high*“ einen rauschähnlichen, euphorischen Zustand der jedoch erst nach einer langen Laufdauer eintritt.

Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin) angeregt wird. Diese Neurotransmitter seien dann für eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens verantwortlich (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 23). Eine weitere Hypothese die Schwenkmezger (1993) nicht unter den Physiologischen Modellen auflistet, ist die Immunsystemmodulationshypothese. Diese besagt, dass eine moderate sportliche Betätigung das Autoimmunsystem stärke, wodurch das Risiko für die Anfälligkeit von körperlichen Erkrankungen sinke und somit das Wohlbefinden verbessert werde (vgl. Brand 2010: 55).

Allerdings sind *Bartmann* (2009: 69) als auch *Hölter* (2011: 177) der Ansicht, dass physiologische Modelle alleine nicht ausreichen um Wirkmechanismen von sportlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit zu erklären. Zudem steht *Bartmann* der wohl populärsten Endorphinhypothese kritisch gegenüber, die nach Sicht des Autors nicht gänzlich überzeugend sei. Ausschlaggebend sei die Tatsache, dass ein enormes Laufpensum als Voraussetzung für eine erhöhte Freisetzung von Endorphinen benötigt werde um einen positiven psychischen Effekt erzielen zu können. Dieser positive Effekt sei außerdem nur kurzfristig und könne auf lange Sicht gesehen nicht dauerhaft zur Stabilisierung der Psyche beitragen. Zudem sei die Menge des ausgeschütteten Beta-Endorphin insgesamt sehr gering, weshalb sich diese methodisch und diagnostisch nur schwer nachweisen lässt (vgl. 2009: 67f.). Deshalb gilt die Endorphinhypothese heute der überwiegend Überzeugung nach als „überholt“ und nicht gänzlich belegbar (vgl. Dietrich/Mc Daniel 2004, Stoll 1997). Nach Ansicht von *Brand* (2010: 54) sei außerdem „die Befundlage zur Katecholaminhypothese, zur Thermoregulationshypothese sowie zur Immunsystemmodulationshypothese [...] inkonsistent“.

Den psychologischen Erklärungsansätzen kommt insofern eine hohe Bedeutung zu, als dass diese zur Legitimation für therapeutische Effekte durch Laufen in der Behandlung von psychischen Erkrankungen einen Beitrag leisten. Nach *Hölter* (2011: 177) gehöre zu einer der bekanntesten Hypothesen der psychologischen Erklärungsmodelle die sog. Ablenkungshypothese. Demnach könne sportliche Aktivität und die damit verbundenen Bewegungsabläufe eine Ablenkung von alltäglichen Stressoren und bedrückendem Gedankengut schaffen, sodass „krankheitsfreie ‚Inseln‘, die bei der Alltagsbewältigung Hilfe und Orientierung bieten können [erzeugt] [werden]“ (ebd.). In diesem Kontext lässt sich auch die Hypothese der Wirksamkeit meditativer Bewusstseinszustände an-

siedeln, die von sog. Flow-Erfahrungen²⁸ ausgeht. Hierbei führe sportliche Aktivität zu einem „Verlust von Raum und Zeitwahrnehmung und dem Gefühl einer dahinfließenden Aktivität ohne bewusste Anstrengung“ (Stoll/Ziemainz 2012: 28). Autoren wie *Haruki Murakami* (2010) oder *W. A. Kay* (2008) greifen in ihren Publikationen spirituelle Aspekte von Laufen auf und beschreiben den meditativen Charakter von Laufen auf mentaler Basis. Eine weitere Hypothese ist die Selbstwirksamkeitshypothese. Diese geht davon aus, dass in Folge von körperlicher Belastung und den damit verbundenen Leistungen bzw. zu bewältigenden Anforderungen durch Sport, neue individuelle Fähigkeiten und Kompetenzen erworben werden. Diese Kontrollerfahrungen würden das Wohlbefinden und allgemeine Selbsterleben dann positiv beeinflussen (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 23). Die Selbstwirksamkeitshypothese zielt somit auf eine positive Wirkung auf das habituelle Wohlbefinden ab (Brand 2010: 55). In diesem Zusammenhang kommt dem sog. Selbstkonzept²⁹ eine wichtige Bedeutung zu, dass auch als ein Faktor für einen „überdauernde[n] Effekt[...] des Sports auf die psychische Gesundheit [gesehen] [werden] [kann]“ (Woll/Bös 2004: 7). Nach Auffassung von *Hänzel* (2012: 143) ist ein wesentlicher Bestandteil psychischer Gesundheit die Entwicklung und Ausbildung eines positiven Selbst. Nach *Woll* und *Bös* (2004: 7) erziele sportliche Aktivität „eine positive Wirkung auf das globale Selbstkonzept (Selbstbild, Selbstwertgefühl und Selbstachtung) und auf das Körperkonzept³⁰ als Bestandteil des Selbstkonzeptes“. *Hölter* stellt jedoch heraus, dass sich der Einfluss von Sportaktivität auf das globale Selbstkonzept empirisch nur schwer nachweise ließe, da bei den jeweiligen Erhebungen unterschiedliche Messinstrumente zur Erfassung des Selbstkonzepts verwendet wurden. Dagegen könne eine Wirkung auf das physische Selbstkonzept belegt werden, die sich „in einer veränderten Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit oder der Akzeptanz des eigenen Körpers [widerspiegelt]“ (2011: 65).

²⁸ Nach REINHARDT u.a. (2008: 147f.) wurde der *Flow-Zustand* insbesondere im Blickwinkel der Motivationspsychologie näher untersucht und gilt als ein möglicher Grund dafür, „das Menschen Aktivitäten verfolgen, von denen sie keinen offensichtlichen Nutzen haben“. Demnach definiere Csikszentmihalyi in Folge seiner Forschungsergebnisse zum Flow-Zustand, diesen als „das holistische Gefühl bei völligem Aufgehen in einer Tätigkeit [...]. Im Flow-Zustand folgt Handlung auf Handlung, und zwar nach einer inneren Logik, die kein bewusstes Eingreifen von Seiten des Handelnden zu erfordern scheint“ (ebd.: 148).

²⁹ BRAND (2010: 53) definiert das *Selbstkonzept* als „entwicklungsbedingt dynamisches, mehrdimensionales und hierarchisch aufgebautes Konstrukt. Als selbstbezogenes Wissenssystem repräsentiert es, wahrgenommen als Selbstwertgefühl, die Individuumsspezifische Schnittmenge von Emotion, Motivation und Kognition und beeinflusst so maßgeblich die Interpretation des eigenen Verhaltens sowie (moderierend) auch das Verhalten selbst.“

³⁰ Nach SCHULZ u.a. (2011: 59) ist das *physische Selbstkonzept* ein „Teilbereich des globalen Selbstkonzepts [...] [und] [beinhaltet] alle selbstbezogenen Informationen über den eigenen Körper. Es enthält Informationen über körperliche Fähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordination) sowie Aspekte der körperlichen Attraktivität“.

Hänsel (2012: 150) fasst die einzelnen, aufeinander aufbauenden Wirkungseffekte von sportlicher Aktivität auf das Selbst wie folgt zusammen:

- Funktional-somatische Verbesserung: Sportliche Aktivität führt zu einer Verbesserung der physischen Fitness.
- Selbstwahrnehmung: Die verbesserte Fitness wird von der Person auch als solche wahrgenommen.
- Selbstbewertung: Die wahrgenommene Verbesserung der physischen Fitness wird zur Beurteilung der sportbezogenen Dimension des Selbst herangezogen.
- Generalisierung: Die veränderte Bewertung der sportbezogenen Dimension „breitet sich aus“ auf andere Teilaspekte des Körpers (beispielsweise die Gesundheit und Attraktivität) und wird schließlich in einer veränderten generellen Bewertung des Selbst integriert.

Unter den sog. Mischmodellen verstehe man u.a. „die Hypothese der Kumulation verschiedener Effekte [...] [wonach] alle vorher genannten Prozesse zusammenwirken und so zu einem verbesserten Wohlbefinden führen“ (Stoll/Ziemainz 2012: 23). Eine weitere Annahme ist, dass die Wirksamkeit unspezifischer Begleitumstände eine Steigerung des Wohlbefindens bewirke. Nach Brand (2010: 55) könne beispielsweise die „Gesellschaft anderer Personen, die als sympathisch empfunden werden [...] den Effekt [verursachen]“. Auch Hölter (2011: 177) betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung von sozialen Beziehungen, die im Rahmen sportlicher Aktivität nicht nur als positiver Nebeneffekt auf die psychische Gesundheit zu betrachten ist (s. auch Kap. 3.3).

Gegenwärtig existieren noch weitere Theorien die Wirkmechanismen von sportlicher Aktivität auf kurzfristige, psychische Effekte zu erklären versuchen. Hierbei wurden zum Teil einzelne Elemente aus den bereits oben beschriebenen Erklärungsmodellen übernommen, aus denen dann neue Hypothesen abgeleitet bzw. weiterentwickelt wurden. Dazu zählen insbesondere die Endocannabinoidhypothese und die Transiente Hypofrontalitätshypothese, die nach aktuellen Forschungserkenntnissen die meiste Tragfähigkeit besitzen, um den wohlbefindenssteigernden Effekt von körperlicher Aktivität zu erklären. Hierbei knüpfe die Endocannabinoidhypothese an neurochemische Prozesse im Körper an. In diesem Kontext konnte Sparling u.a. (2003) nachweisen, dass durch

sportliche Aktivität das Endocannabinoid-System³¹ aktiviert werde (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 23ff.). In Anlehnung an Russo (2004) könne diese Aktivierung „zu sehr intensiven subjektiven Erfahrungen, zu Schmerzlinderung sowie zu verringerter situativer Ängstlichkeit, [...] einem allgemeinen Wohlbefinden und der Empfindung des Verlusts der Wahrnehmung von Raum und Zeit führ[...] [en]“ (ebd.: 25). Stoll und Ziemainz kritisieren jedoch, dass Laufen mit komplexen neuronalen Vorgängen verbunden ist und deshalb der wohlbefindlichkeitssteigende Effekt nicht unbedingt auf eine einzige minimale Veränderung des Neurotransmittersystems zurückzuführen sei, sondern dass Veränderungen in unterschiedlichen Neurotransmitter-Systemen ausschlaggebend sein könnten (vgl. ebd.).

Die Transiente Hypofrontalitätshypothese (THH) hat ihren Ursprung in der kognitiven Neuropsychologie. Diese geht davon aus, dass körperliche Aktivität eine „Herunterregulierung präfrontaler Hirnregionen³² [bewirke]“ (ebd.: 28). Durch die Tatsache, dass die neurale Aktivität im Gehirn beim Laufen eingeschränkt sei, ließe sich die Entstehung des „Runner’s high“ erklären. Durch den Dauerlauf ist die „Arbeitsgedächtnisfunktion und bewusste Informationsverarbeitung“ (ebd.: 26) nur beschränkt möglich, wodurch eben solche Flow-Erfahrungen (Verlust von Raum- und Zeitwahrnehmung etc.) ermöglicht werden. Durch die THH könne auch die angstreduzierende und depressionsmindernde Wirkung von Laufen erklärt werden, da die präfrontale Hirnregion, die bei Menschen mit Depression und Angststörungen sehr aktiv, „heruntergefahren wird“. Der THH zu Folge könne nach Schulz u.a. (2011: 58) „die Aktivität in diesen Arealen nicht nur akut, sondern auch langfristig [sinken]“.

Körperliche Aktivität habe jedoch nicht immer nur eine positive Wirkung auf das psychische Wohlbefinden. Durch die sportliche Anstrengung könne es auch zu einem Überlastungszustand (overreaching/overloading) kommen, sodass möglicherweise ein sog. Übertrainingssyndrom³³ oder auch sportliches Burnout entsteht. Dieses Phänomen tritt

³¹ Nach STOLL und ZIEMAINZ bestehe das *Encannabinoid-System* aus CB1 und CB2 Cannabinoidrezeptoren. Hierbei sind die CB1 Rezeptoren in Gehirnnarenalen angesiedelt, die für die Koordination von Bewegungsabläufen, „Verarbeitung von Sinneseindrücken sowie [...] [für] [die] Schmerzverarbeitung und [...] Gedächtnisprozesse [zuständig] [sind]“ (2012: 25).

³² Im *präfrontalen Kortex* findet die Bearbeitung „höherer, kognitiver Aufgaben sowie [...] die emotionale Informationsverarbeitung [statt]“ (Stoll/Ziemainz 2012: 26).

³³ Nach SCHULZ u.a. (2011: 59f.) ist das *Übertrainingssyndrom* „ein komplexes multifaktorielles Geschehen und umfasst sowohl körperliche als auch psychische Aspekte. Es kommt zunächst zu einer Leistungsstagnation und schließlich zu einem Abfall der sportartspezifischen Leistungsfähigkeit trotz weitergeführtem oder sogar intensiviertem Training. Auch nach einer verlängerten Regenerationsphase von zwei bis drei Wochen ist der Abfall der Leistungsfähigkeit noch nachweisbar [...]. Oftmals sind depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit,

allerdings fast ausschließlich nur im Zusammenhang mit Leistungssport in Erscheinung (vgl. Schulz u.a. 2011: 59f.).

Zusammenfassend spiegelt der empirische Stand der Forschung wider, dass Sportaktivität eine subjektive Steigerung des Wohlbefindens bewirkt, wodurch somit die seelische Gesundheit beeinflusst wird. Darüber hinaus existieren physiologische, psychologische und Mischmodelle, die Erklärungsansätze liefern warum sich körperliche Aktivität positiv auf das aktuelle und habituelle Wohlbefinden auswirkt. Anlässlich neuer Erkenntnisse aus der Hirnforschung stehen aktuell die Endocannabinoidhypothese und die Transiente Hypofrontalitätshypothese im Mittelpunkt wissenschaftlicher Diskussionen.

3.3 Soziale Effekte

Der Definition des Begriffs Gesundheit der WHO (1946) zu Folge, wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, inkludierte diese neben der körperlichen und psychischen Dimension von Gesundheit auch die Komponente der sozialen Gesundheit. Die Erforschung des Einflusses von sportlicher Aktivität auf Dimensionen des sozialen Wohlbefindens erfolgt dabei im Vergleich zu physischen und psychischen Effekten von sportlicher Aktivität nur schwerlich und kann als vergleichsweise wenig fortgeschritten angesehen werden. Nach *Sudeck* und *Schmid* (2012: 56ff.) gebe es nur vereinzelt Studien und Metaanalysen, die ihren Fokus auf die Wirkung von Sportaktivität auf die soziale Gesundheit³⁴ richten (Gillson et al. 2009, Brand et al. 2006, Mutrie et al. 2007 etc.). Zudem lieferten wissenschaftliche Veröffentlichungen keine Hinweise auf spezifische Definitionen zu Facetten von sozialem Wohlbefinden bzw. sozialer Gesundheit. In diesem Kontext betrachte *Hurrelmann* (2000) soziale Gesundheit unter dem Aspekt, inwieweit das Individuum „seine Rollen und Anforderungen (z.B. im Beruf, in der Familie, im Freundeskreis) erfüllen kann und auf diese Weise zum Funktionieren des gesellschaftlichen Systems beiträgt“ (ebd.: 57). Dieser Auffassung nach stellte eine Rubrik sozialer Ge-

Stimmungsstabilität, Gleichgültigkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konzentrationsstörungen und Ängstlichkeit vorhanden.“

³⁴ Nach *PFaff* u.a. (2011: 56) spiegelt der Begriff der *sozialen Gesundheit* wieder, „dass Gesundheit ein soziales Produkt ist“. Hierbei können durch den Ressourcen Ansatz „konkrete Kausalmechanismen identifiziert werden, die zwischen Gesellschaft und Individuum vermitteln und Gesundheit zu einem sozialen Projekt machen“ (ebd.).

sundheit demnach die soziale Funktionsfähigkeit³⁵ dar, die auch in der Lebensqualitätsforschung³⁶ Berücksichtigung findet (vgl. ebd.: 58).

Welche weiteren Kategorien für das soziale Wohlbefinden von Bedeutung sind führen Sudeck & Schmid (ebd.: 60) in einem Schaubild an (s. Abb. 4). Hierbei sei darauf hinzuweisen, dass das soziale Wohlbefinden eng mit dem Konzept der sozialen Unterstützung³⁷ verbunden ist und sich nur schwer vom psychischen Wohlbefinden (s. Kap. 3.2.) abgrenzen ließe (vgl. ebd.: 59f.) Dies sei auf die Tatsache zurückzuführen, dass oftmals auch das Konstrukt des psychosozialen Wohlbefindens benutzt werde und soziales Wohlbefinden immer auch etwas „Psychisches“ sei, „insofern Wohlbefinden prinzipiell eine Kategorie der subjektiven Wahrnehmung darstellt“ (ebd.).

Wahrnehmung Sozialer Akzeptanz	Gefühl akzeptiert zu werden (sense of acceptance; Sarason et al. 1990); Gefühl, geschätzt zu werden (Cobb, 1976)
Affektive Zuwendung und Bindung	Gefühl, gemocht oder geliebt zu werden (Cobb, 1976; Wagner & Brehm, 2006); sich geborgen fühlen (Schwarzer & Leppin, 1991)
Zugehörigkeit und Gebrauchtwerden	Gefühl, zu einem Netzwerk von Kommunikation und gegenseitiger Verpflichtungen zu gehören (Cobb, 1976); sich gebraucht fühlen (Schwarzer & Leppin, 1991; Wagner & Brehm, 2006)
Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen	mit seinen sozialen Beziehungen allgemein oder in spezifischen Lebensbereichen (berufliches Umfeld, familiäres Umfeld, Freundeskreis) zufrieden sein (Angermeyer et. al., 2000; Fahrenberg et al., 2000)
Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung	mit der Qualität sozialer Unterstützung zufrieden sein; mit der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung zufrieden sein (Angermeyer et al., 2000)

Abbildung 4: Facetten des sozialen Wohlbefindens: Aus Sudeck und Schmid (2012: 60).

³⁵ Nach SUDECK und SCHMID (2012: 75) bezieht sich die *soziale Funktionsfähigkeit* „auf das Funktionsniveau eines Menschen, das für die Aufrechterhaltung zwischen menschlichen Beziehungen und sozialer Aktivitäten sowie das Wahrnehmen von sozialen Rollen benötigt wird“.

³⁶ Die *Lebensqualitätsforschung* betrachtet soziales Wohlbefinden aus einer psychologischen Perspektive (vgl. Sudeck/Schmid 2012: 58).

³⁷ „Konzepte der *sozialen Unterstützung* haben ihren Ursprung überwiegend in der Stress- und Bewältigungsforschung. Darin werden vor allem inhaltlich-funktionale Aspekte von Sozialbeziehungen berücksichtigt. So wird unterschieden, ob soziale Beziehungen unterstützend sind und eine positive Beziehungsqualität aufweisen oder soziale Anforderungen und Konflikte bedeuten und eine negative Qualität aufweisen“ (Sudeck/Schmid 2012: 58).

Inwieweit sportliche Aktivität nun einen positiven Einfluss auf das soziale Wohlbefinden nehmen kann und welche Wirkungsmechanismen in diesem Zusammenhang greifen wird in folgender Abbildung 5 graphisch dargestellt:

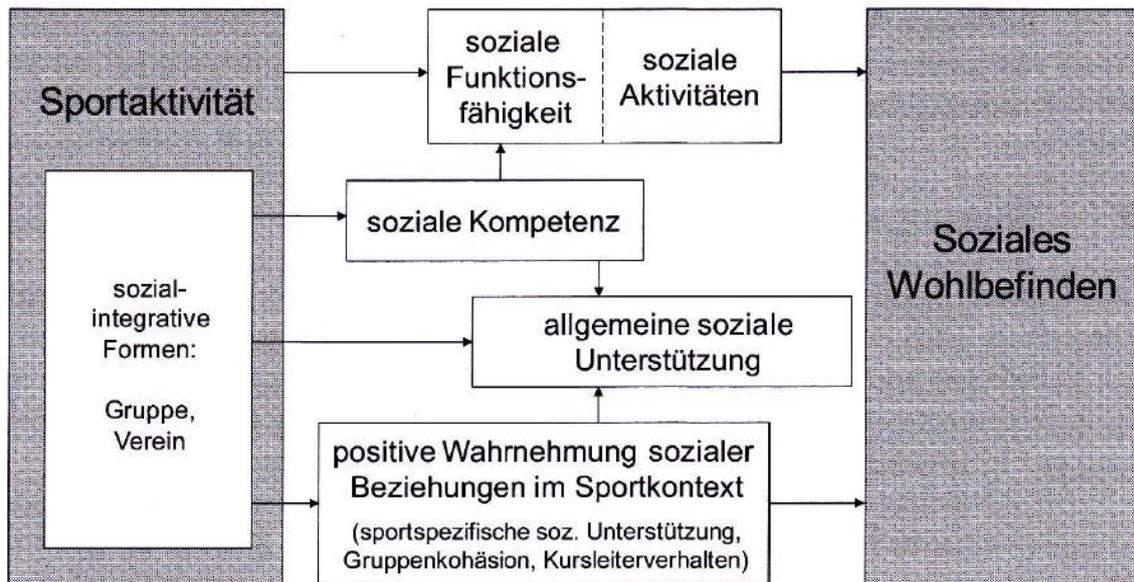


Abbildung 5: Hypothetische Wirkpfade von Sportaktivität auf soziales Wohlbefinden: Aus Sudeck und Schmid (2012: 62).

In der Graphik werden hypothetische Wirkpfade von sportlicher Aktivität auf das soziale Wohlbefinden aufgezeigt. Hierbei sei zunächst ausschlaggebend, ob sportliche Aktivität in einer Form der sozialen Integration³⁸ stattfindet, wie es beispielsweise in einer Gruppe³⁹ oder einem Verein der Fall ist. Diese können dann das soziale Wohlbefinden beeinflussen und finden in der positiven Wahrnehmung sozialer Beziehungen im Sportkontext ihren Ausdruck. Ein positiver Wirkfaktor innerhalb der Gruppe stellt in diesem Zusammenhang die gesteigerte sportspezifische soziale Unterstützung dar, die beispielsweise durch eine gegenseitige Unterstützung der Gruppenmitglieder charakterisiert ist. Ein weiteres Kriterium ist der erlebte Zusammenhalt in der Gruppe (Gruppenkohäsion) aber auch die soziale bzw. emotionale Bindung der einzelnen Gruppenmit-

³⁸ Die *soziale Integration* beinhaltet „vorwiegend qualitativ-strukturelle Aspekte, die die Existenz und Qualität von Sozialbeziehungen umfassen. [...] Indikatoren für soziale Integration im Sport wären z.B. die Anzahl der Freunde im Sport oder die Zugehörigkeit zu Sportorganisationen.“ (Sudeck/Schmid 2012: 58).

³⁹ Nach BRAND (2010: 93) ist eine *Gruppe* grundsätzlich durch mehrere Merkmale gekennzeichnet. Gruppen werden dadurch charakterisiert, „dass sie (1) aus mindestens zwei Personen bestehen, wobei sich (2) jedes Mitglied darüber bewusst sein muss, dass es andere Gruppenmitglieder gibt. Die Gruppenmitglieder müssen außerdem (3) in einem weiteren Sinne miteinander interagieren und sich (4) in ihren Bedürfnissen und Zielen gegenseitig beeinflussen“.

glieder bei Gruppenaktivitäten (Sozialkohäsion) oder gemeinsam angestrebte Gruppenziele (Aufgabenkohäsion) können ausschlaggebende Faktoren für Entwicklung eines positiven sozialen Wohlbefindens sein. Des Weiteren könne die Sportaktivität innerhalb der Gruppe eine positive Beeinflussung der allgemeinen sozialen Unterstützung (z.B. Erschließung von neuen sozialen Kontakten) bewirken, die sich dann im sozialen Wohlbefinden niederschlagen könne. In dieser Hinsicht fehlen allerdings ausreichend empirische Belege. Im Hinblick auf die wahrgenommene soziale Unterstützung⁴⁰ im Kontext sportlicher Aktivität könne festgehalten werden, dass sich diese durch eine regelmäßige Teilnahme an sportlichen Gruppenaktivitäten ausdrücke und dadurch in Verbindung mit einer höheren sozialen Integration stehe. Für die Mobilisierung sozialer Unterstützung ist die soziale Kompetenz⁴¹ von wichtiger Bedeutung. Diese trage zur Förderung und zum Aufbau von sozialen Beziehungen bei, wodurch die Entstehung von sozialer Unterstützung positiv beeinflusst werden könne, sodass das soziale Wohlbefinden begünstigt werde. Die Förderung von sozialer Kompetenz stelle daher im Kontext der Behandlung von psychischen Erkrankungen eine wichtige Variable in der Bewegungstherapie dar. Zudem können gruppenbasierte Sportaktivitäten auch die soziale Funktionsfähigkeit und soziale Aktivitäten stärken bzw. fördern, die wiederum das soziale Wohlbefinden positiv beeinflussen. Dies sei durch den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität auf die physische (z.B. verbesserter Fitnesszustand) und psychische Gesundheit bedingt, wodurch die Wahrscheinlichkeit zu Gunsten einer sozialen Integration und sozialer Aktivitäten steige (vgl. Sudeck/Schmid 2012: 61 ff.).

Zudem führt *Hölter* in seinen Ausführungen an, dass dem Wirkfaktor von sozialen Beziehungen zukünftig in der Gesundheitsförderung als auch im Rahmen therapeutischer Ansätze eine größere Bedeutung zu kommen werde. In diesem Zusammenhang fördere sportliche Aktivität nicht nur das individuelle Wohlbefinden sondern stärke in Folge sozialer Unterstützung gesundheitserhaltene Ressourcen, wie beispielsweise das soziale Netzwerk⁴² (vgl. 2011: 177). In Anlehnung an Schlicht (2003) zählen „eine positive

⁴⁰ Bei der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* „handelt es sich um eine kognitive Ressource eines Menschen [...], [die] sich auf instrumentelle (z.B. praktische Hilfen wie Übernahme von Aufgaben oder monetäre Unterstützung), informelle (z.B. zur Problemlösung relevante Informationen oder Ratschläge) oder emotionale Formen (z.B. Mut zusprechen) beziehen kann (Sudeck/Schmid 2012: 58f.).

⁴¹ Zu *sozialen Kompetenzen* zählen personale Ressourcen. Dazu gehöre die „Fähigkeit und Bereitschaft zur Kommunikation [...] [und] zur Perspektivenübernahme und Empathie“ (Sudeck/Schmid 2012: 59). Ausgeprägte soziale Kompetenzen erhöhen in diesem Kontext „die Wahrscheinlichkeit, dass in Problemsituationen die richtigen Mittel gefunden werden, um Unterstützungsquellen zu mobilisieren“ (ebd.).

⁴² Unter einem *sozialen Netzwerk* versteht man „strukturelle Merkmale wie u.a. Nähe und Zugänglichkeit von Bewegungsstätten oder die tatsächliche Anzahl der sozialen Kontakte“ (Hölter 2011: 67). BANDURA (2011: 26)

gesundheitsbezogene Erwartungshaltung, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit⁴³, die Unterstützung von Familie und Freunde[n] und eine Bewegungsaktivität, die zur emotionalen Befriedigung beiträgt“ (ebd.: 67) zu Komponenten, die Sportaktivität und ein damit verbundenes Netzwerk langfristig unterstützen. Hierzu existieren allerdings nur wenige klinische Studien, die dieses Phänomen gezielt erforschen. Einige dieser Studien konnten jedoch feststellen, „dass regelmäßiges Sporttreiben in einem bewegungsorientierten Netzwerk im Vergleich zu keinem Sporttreiben zu einem global höheren Kohärenzgefühl [führen]“ (ebd.: 67f.). Im Rekurs auf Opper & Woll (1994) könne die Einbindung über einen langen Zeitraum in ein soziales Netzwerk (z.B. Sportverein) eine nutzbringende vorbeugende Ressource sein (vgl. ebd.).

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass in der Gesundheitsforschung Wirkungsweisen von sportlicher Aktivität auf das soziale Wohlbefinden bisher nur wenig erforscht wurden und deshalb kein evidenzbasiertes Fazit gezogen werden kann. Es werden jedoch einige Wirkmechanismen vermutet, die auf einen positiven Zusammenhang von gruppenbasierter Sportaktivität auf das soziale Wohlbefinden schließen lassen. Diese lassen den Rückschluss zu, dass sportliche Aktivität ein wichtiger Faktor für soziale Unterstützung ist und zur Förderung von sozialen Beziehungen beiträgt. Infolgedessen habe das Sporttreiben in der Gruppe einen positiven Einfluss auf das soziale Netzwerk, dass auch als eine psychosoziale Ressource für Gesundheit angesehen werden kann. Somit kann sportliche Aktivität, wie z.B. das Laufen in einer Gruppe, soziale Unterstützung und die Ausbildung von Sozialkompetenz fördern und damit das soziale Wohlbefinden positiv beeinflussen.

Im Rückbezug auf die anfangs gestellte Frage inwieweit sportliche Aktivität bzw. Laufen als „gesund“ anzusehen sei, kann verallgemeinert festgehalten werden, dass körperliche Aktivität nicht als per se gesund zu betrachten ist (vgl. Hölter 2011: 69, Woll/Bös 2004: 8). Körperlich-sportliche Aktivität müsse immer angemessen auf die individuellen Bedingungen und Bedürfnisse der Person abgestimmt sein (vgl. Woll/Bös 2004: 8). Laufen ist im Kontext von Gesundheit (physisch, psychisch, sozial) auch mit bestimmten Risiken verbunden und hat nicht nur positive Effekte. Beispielsweise ist Laufen im Hinblick auf die physische Gesundheit mit einem Verletzungsrisiko verbunden und hat

verstehen „unter einem sozialen Netzwerk Beziehungen zwischen ganzen Organisationen, Gruppen oder einzelnen Individuen“.

⁴³ „Der Begriff der *Selbstwirksamkeit* (self-efficacy) geht auf den amerikanischen Psychologen Albert Bandura zurück“ (Schulz u.a. 2011: 59).

in Kombination mit bestimmten körperlichen Vorerkrankungen (z.B. Adipositas) auch negative Auswirkungen (z.B. Gelenkschäden). In Anbetracht psychischer Effekte von Laufen kann es zur Ausprägung eines Überlastungssyndroms oder sportlichen Burn-outs kommen, das jedoch nur in Verbindung mit einer sehr hohen Trainingsintensität bzw. einem hohen Trainingsumfang, wie bei Leistungssportlern anzutreffen, auftritt. Bezüglich positiver sozialer Effekte von Laufen lässt sich anmerken, dass hierfür das Vorhandensein einer sozial integrativen Form wie z.B. einer Gruppe von Nöten ist. Hierbei kann soziale Integration „sowohl Quelle für positive als auch negative soziale Integration sein“ (Sudeck/Schmid 2012: 58).

Der Einfluss von Laufen auf physische Parameter verspricht überwiegend positive Wirkungen (kardiovaskulär, hämodynamisch, metabolisch, endokrinologische etc.) und ist auch empirisch belegbar. Wirkungen von körperlich-sportlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden wurden in der Sportwissenschaft eingehend untersucht. Zahlreiche Studien liefern mit Hilfe unterschiedlichster Erklärungsmodelle (physiologisch, psychologisch etc.) Ansatzpunkte dafür, dass körperliche Aktivität positive Effekte auf die seelische Gesundheit erzielt. Allerdings bewirke Laufen hauptsächlich einen positiven Effekt auf das aktuelle Wohlbefinden, wobei auch Effekte auf das habituelle Wohlbefinden (z.B. globale Selbstkonzept) zu verzeichnen sind. Angesichts der schwierigen empirischen Erfassung von psychischem Wohlbefinden sind jedoch noch nicht alle Wirkeffekte von sportlicher Aktivität zweifelsfrei geklärt. Auch das soziale Wohlbefinden kann durch regelmäßiges Sporttreiben in einem Gruppengefüge (soziale Unterstützung etc.) maßgeblich positiv beeinflusst bzw. gefördert werden. Hierzu gibt es allerdings nur wenige experimentelle Studien bzw. Längsschnittuntersuchungen.

4. Laufen in der Behandlung von Depressionen

Nachdem die Effekte von Laufen unter biopsychosozialer Perspektive vorgestellt und deren Wirkung auf die Gesundheit umfassend erläutert wurden, gilt es sich mit der zentralen Frage zu beschäftigen, inwiefern Laufen als „heilsamer“ Faktor in der therapeutischen Betreuung von psychisch erkrankten Menschen „wirksam“ eingesetzt werden kann. Es wurde bereits festgestellt, dass Laufen zahlreiche positive Wirkungen auf die physische, psychische und soziale Gesundheit erzielt. In diesen Kontext ist aufzuklären, ob Laufen einen positiven Einfluss in der Behandlung von psychischen Erkrankungen (Depression) bewirkt. Ausgehend von den Symptomen einer Depression werden hierbei mögliche Erklärungen angeführt, warum Laufen insbesondere bei Depressionen eine symptom mildernde bzw. abschwächende oder sogar antidepressive Wirkung haben könnte. Hierbei sollen eine Vielzahl von Wirksamkeitsstudien Anhaltspunkte verschaffen, die antidepressive Effekte von Laufen in der Behandlung von Depressionen untersuchen. In diesem Zusammenhang muss auch diskutiert werden, ob Laufen als mögliches „Antidepressiva“ eine geeignete Alternative zur pharmakologischen Behandlung darstellen könne und welchen möglichen Nebenwirkungen von Laufen in Betracht gezogen werden müssen.

4.1 Depression als Krankheitsbild

Um zu klären, ob Laufen im Zusammenhang mit Depressionen eine positive Wirkung in der Behandlung erzielen kann, erfolgt zunächst ein Abriss des Krankheitsbildes Depression.

Die Depression zählt in ihren verschiedenen Ausprägungsformen zu den affektiven Störungen und gilt als eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei ca. 17,1 %, wobei diese „je nach Geschlecht (Frauen [20-25%] höher als Männer [7-12%]), Alter (Ältere höher als Jüngere), Lebenssituation (Alleinlebende höher als Verheiratete [...]) [Schwankungen] [ausgesetzt] [ist]“ (Hölter 2011: 161).

Nach *Hölter* (2011: 161f.) lassen sich unter Rückbezug auf den ICD-10⁴⁴ unterschiedlichen Formen von affektiven Störungen klassifizieren:

- **Unipolare Depression** (*Minor depression, Major depression*)
 - depressive Episode (F32): Ersterkrankung ohne frühe depressive, manische oder schizophrene Episode
 - rezidivierende depressive Störung (F33): mindestens zwei depressive Episoden ebenfalls ohne vorrangegangene manische bzw. schizophrene Episoden)
- **Biopolare affektive Störungen**
 - Wechsel von depressiven mit manischen bzw. schizo-affektiven Episoden
- **Unipolare Manie**
 - andauernde euphorische Stimmung mit außerordentlichem Aktivitätsdrang

Hierbei gehören depressive Episoden im Kontext unipolarer Depressionen zu der häufigsten Erscheinungsform, „gefolgt von Dysthymien⁴⁵ und Depressionen im Rahmen von bipolaren Störungen“ (Härter u.a. 2010: 38). Depressionen seien durch einen episodischen Verlauf gekennzeichnet, wobei die von Krankheit gezeichneten Episoden auf einem gewissen Zeitraum beschränkt seien und auch ohne eine therapeutische Behandlung zurückgehen können. Hierbei könne eine unbehandelte unipolare Depression Episoden mit einer durchschnittlichen Dauer von sechs bis acht Monaten aufweisen. Mit Hilfe geeigneter Therapie könne die Krankheitsphase jedoch erheblich auf ca. 16 Wochen gekürzt werden. Depressive Episoden können demnach vollständig abklingen (Symptomfreiheit) oder aber auch unvollständig remittieren (Residualsymptomatik bleibt vorhanden), wodurch die Gefahr einer weiteren Auslösung einer depressiven Episode steigt (vgl. ebd.: 45). Liegt eine „mindestens seit zwei Jahren bestehenden subsyndromale [...]depressive[...] Symptomatik [vor]“ (ebd.) bestehe eine Dysthymie, „aus der sich eine zusätzliche depressive Episode entwickeln kann [doppelte Depression]“ (ebd.). Bleibe eine depressive Episode mehr als zwei Jahre ohne erkennbare Remissionen bestehen, so könne diese als chronisch depressive Episode bezeichnet werden (vgl. ebd.: 46).

⁴⁴ Der *ICD-10* ist die zehnte Fassung der „International Classification of Diseases“ und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben (vgl. Pudel u.a. 1998: 219).

⁴⁵ „Bei einer *Dysthymie* handelt es sich um eine lang anhaltende (chronifizierte) und gewöhnlich fluktuierende depressive Stimmungsstörung, bei der einzelne depressive Episoden selten – wenn überhaupt – ausreichend schwer sind, um als auch nur leichte oder als mittelgradige (rezidivierende) depressive Störung beschrieben zu werden“ (Härter u.a. 2010: 51).

Darüber hinaus erfolge in Anlehnung an den ICD-10 eine Klassifikation von depressiven Episoden nach ihrem Schweregrad, in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2) depressive Episoden, wobei im Zusammenhang mit schweren depressiven Episoden auch psychotische Symptome (z.B. Wahnideen, Halluzinationen) auftreten können. Hierbei werde der Schweregrad durch die Summe der zutreffenden Haupt- und Nebensymptome ermittelt. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Kriterien für eine Unterscheidung des Schweregrads einer depressiven Episode im ICD-10 und DSM IV⁴⁶ unterschiedlich festgelegt sind (vgl. ebd.: 48).

Depressionen äußern sich sowohl durch physische als auch psychische Symptome, die das körperliche und psychische Wohlbefinden enorm beeinträchtigen, wodurch ein starker Leidensdruck verursacht wird (vgl. ebd.: 38ff.). Die Hauptsymptome einer Depression sind charakterisiert durch eine starke Niedergeschlagenheit und gedrückte, depressive Stimmung, einen Verlust von Interesse und Freude als auch durch eine Antriebsminderung und erhöhte Ermüdbarkeit (vgl. ebd.: 49).

Zusatzsymptome nach dem ICD-10 sind kennzeichnet durch: (vgl. ebd.)

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidphantasien oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit (Gewichtsverlust)

Hautzinger und *Wolf* (2012: 164) fassen unter einer depressiven Störung Symptome zusammen, die

„auf emotionaler (z.B. Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit), motivationaler (z.B. Rückzug, Interessensverlust), kognitiver (z.B. Pessimismus, zirkuläres Grübeln), vegetativ-somatischer (z.B. innere Unruhe, Schlafstörung), motorischer-behavioraler (Agitiertheit, maskenhaft, erstarrte Mimik) und interaktioneller Ebene (z.B. Rückzug, weniger sexuelle Aktivität) [bestehen].“

⁴⁶ *DSM IV* steht für die vierte Revision der „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (übersetzt: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) und wird von der amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft herausgegeben (vgl. Jacobi u.a. 2011: 1054).

Um anhand der Symptome das Vorliegen einer Depression diagnostizieren und deren Schweregrad ermitteln zu können werden eine Vielzahl von Messinstrumenten eingesetzt. Zu den klassischen Methoden zählt neben der Erhebung einer Anamnese auch der Einsatz von Fragebögen bzw. Skalen (z.B. WHO-5-Screening-Fragebogen zum Wohlbefinden), die Durchführung von Interviews und die Verwendung von Erfassungsbögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung (vgl. Hölter 2011: 165ff.).

Die Pathogenese einer Depression umfasst verschiedene Ätiologiemodelle, wobei ein verbreiteter Ansatz der ist, dass Depressionen durch multifaktorielle Ursachen bedingt sind. In Anlehnung an Möller u.a. (2001) seien für die Entstehung einer Depression genetische, endogene, somatische, reaktive und Entwicklungsfaktoren als auch Persönlichkeitsfaktoren verantwortlich (vgl. ebd.).

Aus der Sicht von *Hölter* existieren drei grundlegende Interventionsformen zur Behandlung von Depressionen. Dazu gehört die medikamentöse Behandlung durch Verabreichung von Antidepressiva, psychotherapeutische Interventionen und sog. psychoedukative, sozio-therapeutische oder ergänzende bzw. unterstützende (adjunktive) Maßnahmen, wie z.B. Bewegungstherapie (vgl. ebd.: 167). Daneben gebe es noch zahlreiche andere Behandlungsmöglichkeiten, „wie z.B. die Lichttherapie [...], die Desensibilisierung der Augenbewegungen (EMDR), die Anwendung bestimmter Heilkräuter, Akupunktur, Psychochirurgie, Homöopathie, Hypnose, Schlafenzug, [...] [die] [Elektrokrampftherapie] etc.“ (ebd.: 168).

Im Zusammenhang mit leichten bis mittelschweren unipolaren Depressionen bzw. einer Dysthymie erfolge vorrangig der Einsatz von psychotherapeutischen Verfahren (vgl. ebd.) Hierbei werden bevorzugt die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie (IPT) verwendet, deren Wirksamkeit bei Depression zweifellos belegt werden konnte (vgl. Brooks 2003: 191). Hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener Formen von Psychotherapie konnten Studien jedoch keine klare Vorrangstellung einer bestimmten therapeutischen Methode feststellen (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 166, Dimeo u.a. 2008: 286). Nach *Dimeo u.a.* (2008: 286) können in der Behandlung von mittelgradigen depressiven Episoden auch pharmakologische Interventionen (Antidepressiva) hinzugezogen werden. Durch die Einnahme von Antidepressiva würden „sich die biochemischen Ungleichgewichte im Gehirn und im Hormonsystem allmählich normalisieren [...], [wodurch] es auch zu einer [...] Abnahme innerer Angst und innerer Unruhe sowie zu einer Besserung der Antriebstörung [kommen] [kann]“ (vgl. Brooks

2003: 191). Die maximale Wirkung von Antidepressiva entfalte sich jedoch erst nach zwei Wochen. Liegt eine schwere unipolare Depression vor und kann nach vier bis sechs Wochen mit Hilfe von Antidepressiva keine verbesserte Remissionsrate erzielt werden, müsse die Behandlung durch eine psychotherapeutische Intervention ergänzt werden (vgl. Dimeo u.a. 2008: 286). *Hölter* (2011: 168) vertritt diesbezüglich die Ansicht, dass eine Kombination pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen langfristig genauso wirksam sei wie eine reine Psychotherapie. Nur beim Vorliegen einer besonders schweren Depression mit sehr beeinträchtigenden somatischen Symptomen sei eine alleinige medikamentöse Behandlung erforderlich, da psychotherapeutische Maßnahmen nicht umsetzbar seien. Nach *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 166) liefern empirische Daten von *Cuijpers* u.a. (2009) jedoch Anhaltspunkte dafür, dass eine Kombinationstherapie wirksamer sei als eine alleinige Psychotherapie. Im Rekurs auf aktuelle Studien von *Cuijpers* u.a. (2010) und *Moncerieff* u.a. (2004) weisen *Hautzinger* und *Wolf* außerdem darauf hin, dass bei einer akuten Depression „die Effekte von Psychotherapie und Antidepressiva als lediglich moderat einzuschätzen sind“ (ebd.). Auch *Hölter* (2011: 168) bemängelt, dass empirische Belege von effektiven Behandlungsmethoden affektiver Störungen lediglich auf pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen fokussiert seien und adjunktive Maßnahmen, wie die Sport- und Bewegungstherapie weniger Berücksichtigung finden.

Welchen Einfluss körperlich-sportliche Aktivität im Zusammenhang mit Depressionen bewirkt und ob diese den Heilungsprozess unterstützen kann, wird in den nachfolgenden Kapiteln deutlich.

4.2 Wirkung von Laufen bei Depressionen

Verschiedene Erklärungsansätze zeigen, dass sich der Einsatz von sportlicher Aktivität wie z.B. dem Laufen zur Behandlung von Depressionen besonders gut eignet.

Für die symptomreduzierende Wirkung von sportlicher Aktivität bei akuten Depressionen führen *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 166f.) als zentrales Argument die Behauptung an, dass Bewegungsaktivitäten in einem gegensätzlichen Verhältnis zur Symptomatolo-

gie von Depressionen (z.B. Antriebsarmut⁴⁷, psychomotorische Hemmung oder Agitation⁴⁸) stehen. Diese konträre Verknüpfung zwischen Sporttreiben und Depressionen könne in Anlehnung an Goodwin (2003) auch empirisch nachgewiesen werden. Auch *Marlovits* (2004: 127) vertritt den Standpunkt, dass Laufen konträr zu depressiven Symptomen wirke, weshalb Laufen als ideales Mittel zur Reduzierung depressiver Symptome eingesetzt werden könne. Er verstehe Depressionen unter Einnahme einer psychologischen Perspektive „als Zustand der Starre, [mit] [...] auf sich [selbst] gewendeten Aggression[en] (ebd.) Laufen hingegen sei gekennzeichnet durch dynamische Bewegungen die Freiraum verschaffen können, wodurch Aggressionen nach Außen kanalisiert werden können.

Zudem argumentiert *Hölter* (2011: 164f.), dass „Symptome wie Interesse- und Freudlosigkeit sowie Gewichtsveränderungen oder auch Schlafstörungen Interventionen nahe-zulegen [scheinen], die im Zusammenhang mit planvollen Bewegungsaktivitäten stehen bzw. auch als mögliche Quelle von Spaß und Freude dienen“. Nach *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 166 f.) könne sportliche Aktivität möglicherweise der depressiven Stimmung, die sich durch eine stark ausgeprägte Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Verzweiflung, Gefühlslosigkeit und Hoffnungslosigkeit ausdrücken kann, entgegenwirken. Hierbei könne in Folge eines erlebten Flow-Zustandes ein kurzzeitiger stimmungsaufhellender Effekt erreicht werden. Wie schon bereits in Kapitel 3.2 aufgeführt, wird ein Flow-Zustand vornehmlich durch läuferische Betätigung erreicht, weshalb in dieser Hinsicht Laufen ein besonderes Potenzial in der Behandlung von Depressionen zu kommen könnte. Allerdings verweisen *Hautzinger* und *Wolf* (ebd.) auch auf den Fakt, dass mit dem Eintreten eines Flow-Zustandes überaus komplexe Wirkzusammenhänge verbunden sind. Das ein Flow-Zustand auch bei Depressiven erreicht werden könne, zeige eine Studie von Reinhardt et al. (2008) (vgl. ebd.: 169).

Zudem könne sportliche Aktivität zur Regulation des Körpergewichts beitragen, womit diese nach Meinung der Autoren „einen anitdepressiven Effekt haben dürfte“ (ebd.: 167). In diesem Kontext haben u.a. Studien und Metaanalysen von de Wit et al. (2010) und Ma & Xiao (2010) ergeben, dass eine unmittelbare Verbindung zwischen Übergewicht bzw. Adipositas und Depressionen bestehe. Im Hinblick auf Langzeitstudien

⁴⁷ Nach HÖLTER (2011: 164) beziehe sich bei Depressionen „die allgemeine Aktivität auf einen eingeschränkten Bewegungsradius mit wenig Abwechslung sowie Schwierigkeiten in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben [...]“.

⁴⁸ Weiterführend können auch Auffälligkeiten in der Körperhaltung beobachtet werden, die als „kraftlos, gebeugt, spannungsleer“ (Hölter 2011: 164) beschrieben werden kann.

konnte festgestellt werden, dass Übergewicht bzw. Adipositas Faktoren für Ausbildung depressiver Symptome darstellen, die mit steigendem Gewicht zunehmen können.

Außerdem liefert Bartmann (2009: 31 ff.) Hinweise darauf, dass Laufen zum Abbau von Schlafstörungen beitragen könne, welches ein weiteres Symptom einer depressiven Störung sein kann. Allerdings bezieht sich der Autor diesbezüglich auf empirische Ergebnisse von 1972 bis 1989. Aktuelle Studien zu dieser Thematik liegen nicht vor, wodurch diese Annahme folglich nicht bestätigt werden konnte. Nach *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 172 f.) existiere allerdings eine Studie von Reid et al. (2010), die eine positive Wirkung von Sportaktivität auf die Schlafqualität nachweist.

Welche neurobiologischen Mechanismen bei Depressionen von Bedeutung sind und wie diese durch sportliche Aktivität beeinflusst werden, gilt es im Folgenden kurz vorzustellen. Angesichts der Tatsache, dass bei Personen mit einer depressiven Störung ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreis-Lauf Erkrankungen festgestellt werden konnte, stelle Inaktivität für das Krankheitsbild der Depression eine besondere Gefahr dar. Demnach sei die Depression für eine Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse⁴⁹ verantwortlich, wodurch das Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung steige (vgl. Dimeo u.a. 2008: 287). Nach *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 170) bewirke mäßige Sportaktivität im Zusammenhang mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse eine Senkung von Kortisol, wodurch sogar ein antidepressiver Effekt entstehen könne. Ein weiterer wissenschaftlicher Fokus richtet sich auf die Monoamin-Mangel-Hypothese. Demnach existiere bei depressiven Störungen ein Mangel an Neurotransmittern. Hierbei sei ein Mangel von Serotonin (5 HT) an der Entstehung einer depressiven Störung beteiligt. In Anlehnung an Reviews von Cotman et. al. (2007) und van Praag (2009) können stichhaltige Belege geliefert werden, dass Bewegungsaktivitäten das Enzym Tryptophan-Hydroxylase (TPH) aktivieren, das für die Herstellung von Serotonin benötigt wird. Dadurch könne eine antidepressive Wirkung ähnlich die eines Serotoninwiederaufnahmehemmers erzielt werden. Nach *Schulz u.a.* (2011: 56) werden Serotoninwiederaufnahmehemmer auch klassischer Weise in der pharmakologischen Behandlung von Depressionen verwendet. Nach heutigem Forschungsstand werde jedoch

⁴⁹ Durch die Aktivierung der *Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse* wird eine Freisetzung von Glucocorticoiden (v.a. Cortisol) erzeugt, welche das limbische System beeinflusst (vgl. *Hautzinger/Wolf* 2012: 170). Der erhöhte Kortisolspiegel bewirke „die Aktivität bestimmter Pyramidenzellen (CA3), welche [...] für eine Volumenverringerng des Hypocampus bei Depressiven verantwortliche sein könnte“ (ebd.).

die Ansicht vertreten, dass eine gestörte neurale Plastizität⁵⁰ im menschlichen Gehirn für Depressionen verantwortlich sei (= Neuroplastizitätstheorie). *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 171) führen diesbezüglich an, dass aufgrund aktueller Studien davon ausgegangen werden kann, „dass sportliche Aktivität zu[r] Genese und Schutz neuer Zellen in hippocampalen Strukturen führt [...], [wodurch] die neuronale Plastizität erhöht [wird], die Funktionen des Hippocampus⁵¹ beeinflusst werden und so antidepressiv wirken“. Darüber hinaus könne angesichts der aktuellen Studien angenommen werden, dass regelmäßige moderate körperliche Aktivität pro-inflammatorische Prozesse⁵² reduziere, welche eine antidepressive Wirkung erzielen könne.

Ebenfalls kann sportliche Aktivität bei Depressionen einen positiven Effekt auf das Selbstkonzept bewirken, welches ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit darstellen kann (vgl. Kap. 3.2). Nach *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 168) ändert sich bei Menschen mit einer depressiven Störung „die subjektive Sicht über die eigene Person und die Welt an sich, [sodass] Dinge, die faktisch kontrollierbar wären, [...] als [subjektiv] unkontrollierbar [empfunden] [werden]“. Das Gefühl des Kontrollverlusts und der Hilflosigkeit werde „auf andere Lebensbereiche, die Vergangenheit und Zukunft generalisiert [...], [sodass] eher [...] [eine] Antizipation zukünftiger Misserfolge anstatt zukünftiger Erfolge [erfolgt]“ (ebd.). Die Gründe für Misserfolge würden dann in der eigenen Persönlichkeit oder allumfassenden Lebensbereichen gesucht bzw. auf zeitlich fortdauernde Faktoren zurückgeführt, sodass ein Teufelskreis aus „Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit“ (ebd.) entstehen könne. Im Rekurs auf Bandura (1977) seien depressiv erkrankte Menschen nicht in der Lage sich als selbstwirksam zu erleben und hätten kein Vertrauen in eigene Fähigkeiten. Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 51) besitzen Menschen mit einer Depression folglich ein negatives Selbstkonzept, dass mit Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen behaftet ist, aus dem auch Suizidgedanken resultieren können. Angesichts der bestehenden Selbstwertproblematik könne nach Auffassung von *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 168), sportliche Aktivität wesentlich zur Stärkung des globalen Selbstkonzeptes, insbesondere des physischen Selbstkonzeptes beitragen. Durch das Erlernen neuer Fähigkeiten (z.B. Bewegungsabläufe, Laufschriffe etc.) oder Setzen eigener Ziele (z.B. persönliche Laufzeit, Gewichtsreduktion) könne hierbei das physische

⁵⁰ Unter einer *neuronalen Plastizität* wird eine „Veränderungsfähigkeit von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzer Hirnareale [verstanden]“ (Schulz u.a. 2011: 56).

⁵¹ Der Hippocampus ist ein bestimmtes Areal im Gehirn der für die Gedächtnisbildung zuständig ist.

⁵² Unter *pro-inflammatorischen Prozessen* werden systemische Entzündungsreaktionen verstanden (*Hautzinger/Wolf* 2012: 172).

Selbstkonzept profitieren und das Selbstvertrauen bzw. Kompetenzerleben gestärkt werden. Hierbei verweisen die Autoren insbesondere auf eine Studie von Blumenthal et al. (1999), die infolge sportlicher Aktivität und dessen Wirkung auf Selbstwert eine positive Beeinflussung auf die depressiver Symptomatik feststellen konnte. Nach Schay u.a. (2004: 18) könne durch Laufen nicht nur das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen verstärkt werden, sondern auch ein Kontrollgewinn über die eigene Lebensgestaltung erlangt werden („Mastery“).

Auch im Hinblick auf Symptome wie ständiges Grübeln, negative Selbstgespräche und Todesgedanken stehe die These im Raum, dass sportliche Aktivität von diesen Gedanken (wiederholende kognitive Prozesse) ablenke, wodurch eine Reduzierung depressiver Symptome erzeugt werden könne (= Ablenkungshypothese). In diesem Kontext kann die bereits erwähnte und aktuell wissenschaftlich diskutierte Transiente Hypofrontalitätshypothese Anhaltspunkte für depressionsmindernde Effekte durch Laufen liefern (s. Kap 3.2).

Weitere zentrale Symptome einer Depression drücken sich durch einen sozialen Rückzug bzw. eine Isolierung aus. Sportaktivität bei gleichzeitiger Einbindung in ein soziales Netzwerk (z.B. durch eine Laufgruppe) fördere den kommunikativen Austausch innerhalb der Gruppe, sodass möglicherweise eine antidepressive Wirkung entsteht. Hinsichtlich sozialer Effekte von sportlicher Aktivität bei Depressionen könne auf Grund der niedrigen Anzahl von Studien allerdings keine evidenzbasierte Aussage darüber getroffen werden, ob soziale Unterstützung eine antidepressive Wirkung bewirke (s. Kap. 3.3). Jedoch dürfe der soziale Effekt deshalb nicht unweigerlich ignoriert werden (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 169).

Darüber hinaus seien nach *Fuchs* und *Klaperski* (2012: 108) „Sporttreibende- aufgrund ihrer Einbindung in Vereine, Mannschaften und Sportgruppen- weniger häufig der sozialen Isolation (Stressor)⁵³ ausgesetzt [...] und [würden][weniger] Einsamkeit erleben (affektive Stressreaktion) als Nicht-Sporttreibende“. Demnach könne Sport also eine stressor-reduzierende Wirkung zugeschrieben werden, bei der es sich um eine besondere Ausprägung des instrumentellen Copings⁵⁴ handele. Nach *Schay u.a.* (2004) seien

⁵³ Nach FUCHS und KLASPERSKI (2012: 108) könne „Sport und Bewegung dazu beitragen, die Auftretenswahrscheinlichkeit von stressauslösenden Ereignissen (Stressoren) zu verringern“.

⁵⁴ „Im Prozess der Stressentstehung werden stressor-reduzierende und ressourcen-stärkende Wirkweisen von Sport und Bewegung angenommen. Geht es nicht mehr nur um Stressentstehung sondern bereits um Stressbewältigung (Coping), kann die körperlich-sportliche Aktivität auf der Ebene der Stressreaktionen ansetzen [...]. Ziel

Stressoren für die Entstehung von Überlastungsreaktionen bzw. Überforderungserlebnissen verantwortlich, aus denen eine Stressphysiologie resultieren könne. Als Folge dieser chronifizierter Überlastungen können dann Depressionen oder psychosomatische Erkrankungen entstehen. *Fuchs* und *Klaperski* (2012: 100ff.) kommen zu dem Schluss, dass sportliche Aktivität als „Strategie der Stressregulation“ (ebd.: 100) fungieren könne, wodurch eine antidepressiver Effekt erzeugt werden könne. Hierbei verweisen einige Studien auf besonders stressreduzierende Effekte von Ausdauersport. Allerdings müsse in Anlehnung an die Studie von *Dunn et al.* (2005) hierfür ein bestimmtes Maß an Ausdauertraining erreicht werden, um stimmungsaufhellende Effekte erzielen zu können (17.5 kcal/kg [Körpergewicht]/Woche). In der deutschen Literatur zur Sporttherapie finde die Thematik Stressbewältigung durch Sportaktivität kaum Berücksichtigung.

Es wurde aufgezeigt, dass Laufen enorme Wirkpotenziale im Hinblick auf antidepressive Effekte mit sich bringen kann, die auf verschiedene Wirkfaktoren (z.B. neurobiologische, psychologische, soziale) zurückzuführen sind. Hervorzuheben ist hierbei die Wirkung von Sportaktivität bei Depressionen auf psychologische Einflussgrößen (z.B. das Selbstkonzept), wobei auch durch soziale und biologische Effekte eine Vielzahl positiver Wirkungen von körperlich-sportlicher Aktivität bei Depressionen von Bedeutung sind. Darüber hinaus eignet sich sportliche Aktivität besonders als Behandlungsmethode von Depressionen, da es konträr zu einer Reihe von Symptomen bei Depressionen wirkt.

In wieweit Laufen nun als unterstützender Faktor im Heilungsprozess von Depressionen oder sogar als eine geeignete Alternative zu pharmakologischen Interventionen (Antidepressiva) anzusehen ist und ob antidepressive Effekte tatsächlich in der Behandlung empirisch nachgewiesen werden konnten, zeigt ein Vergleich verschiedener Wirksamkeitsstudien zur Effektivität von Laufen im therapeutischen Setting.

ist es, diese zu lindern (palliativ) bzw. abzufedern (regenerativ); es geht um Entspannung, Erholung, Ausgleich und Aufbau der Widerstandskräfte für unvermeidbare Belastungen“ (*Fuchs/Klaperski* 2012: 113 f.).

4.3 Aktueller Forschungsstand zur Effektivität von Laufen in der Therapie von Depressionen

Im Laufe der letzten 15 Jahre sind eine Vielzahl von empirischen Studien durchgeführt worden, die sich im Schwerpunkt mit der Wirksamkeit von Bewegung bzw. Sportaktivität bei depressiver Verstimmung bzw. einer diagnostizierten klinischen Depression beschäftigen (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 52).

Eine oft zitierte Studie ist in diesem Zusammenhang die von Blumenthal et al. 1999, die 2007 unter verbesserten methodischen Standards erneut durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Studie von Blumenthal et al. 1999 stehe hierbei die Erforschung der therapeutischen Wirksamkeit von sportlicher Aktivität im Kontrast zu Sertraline⁵⁵ bei akuten Depressionen. An der Studie nahmen insgesamt 156 Probanden (55-77 Jahre) über einen Zeitraum von 16 Wochen teil, bei denen eine unipolare Depression diagnostiziert wurde. Diese wurden in drei Gruppen aufgeteilt (Sportgruppe, Medikamentengruppe, Kombinationsgruppe)⁵⁶. Die Studie ergab, dass die Sport- und Kombinationsgruppe nach den 16 Wochen verbesserte Fitnesswerte im Gegensatz zur Medikamentengruppe aufzeigten. Zudem konnte in allen drei Gruppen eine signifikante Verbesserung der Symptomatik festgestellt werden. Die Remissionsrate in der Sportgruppe lag bei 60.4 %, in der Medikamentengruppe bei 65.5% und in der Kombinationsgruppe bei 68.8%. Allerdings wurde die Studie wegen einer fehlenden Placebogruppe⁵⁷ stark kritisiert, weshalb diese 2007 noch einmal mit einer Placebogruppe, allerdings ohne eine Kombinationsgruppe, bei 202 Probanden wiederholt wurde. Außerdem wurde die Sportgruppe in eine soziale Sportgruppe⁵⁸ und in eine individuelle Sportgruppe⁵⁹ spartiert. Diese bestätigte erneut bessere Fitnesswerte der Sportgruppen im Vergleich zur Medikamentengruppe. Allerdings erreichte die soziale Sportgruppe bessere Werte als die individuelle

⁵⁵ Sertraline ist eine wirksame „Standardmedikation aus der Gruppe der SSRI bei der Behandlung akuter Depressionen“ (Hautzinger/Wolf 2012: 173).

⁵⁶ Die *Sportgruppe* musste an drei Tagen pro Woche ein Laufbandtraining in einem supervidierten Rahmen absolvieren. Hierbei erfolgte nach einer Aufwärmphase ein individuelles 30 minütiges Ausdauertraining (70-85 % max. Herzfrequenz) mit einer abschließenden Cool down-Phase. Die *Medikamentengruppe* bekam das Medikament Sertraline (max. 200mg) von einem unabhängigen Psychiater verabreicht. Die *Kombinationsgruppe* erhielt die gleiche Behandlung wie die Sport- und Medikamentengruppe (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 173 f.).

⁵⁷ Die *Placebogruppe* erhielt die gleiche Behandlung wie die Medikamentengruppe nur hatten die Medikamente keine Wirkung (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 174).

⁵⁸ Die *soziale Sportgruppe* erfüllte die gleichen Kriterien wie die der Sportgruppe von 1999 und dient dem Zweck eine soziale Unterstützung in Form eines supervidierten Gruppentrainings untersuchen zu können (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 274).

⁵⁹ Die *individuelle Sportgruppe* erhielt die gleiche Instruktion wie die soziale Sportgruppe, allerdings musste das Laufprogramm alleine Zuhause durchgeführt werden (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 274).

Sportgruppe. Hinsichtlich einer verbesserten depressiven Symptomatik remittierten 45% in der sozialen Sportgruppe, 40% in der individuellen Sportgruppe, 47% in der Medikamentengruppe und 31% in der Placebogruppe (vgl. Hautzinger/Wolf 2012: 173 ff.). Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 30ff.) konnte die Studie von *Blumenthal et al.* 2007 somit aufzeigen, dass die Wirkung von Ausdauertraining mit der einer Medikation (Sertraline) bei durchschnittlich milden bis moderaten Depressionen vergleichbar ist. Zudem könne belegt werden, dass Ausdauertraining und Sertraline wirksamer sind als Placebos, wobei die Nebenwirkungen von Sertraline größer einzuschätzen seien. Außerdem seien kein signifikanter Unterschied, sondern lediglich geringe Unterschiede bezüglich eines antidepressiven Effekts zwischen der sozialen und individuellen Sportgruppe erkennbar. Kritisch anzumerken sei jedoch, dass die Studie zu wenig Probanden aufweist und 300 Probanden pro Gruppe aussagekräftiger gewesen wären. Darüber hinaus gelte es weiter die klinische Anwendbarkeit und Langzeiteffekte von Ausdauertraining zu erforschen, um Forschungslücken zu schließen. Nach Auffassung von *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 173) entspräche die Studie von *Blumenthal* (2007) nichts desto trotz sehr hohen methodischen Standards („randomisiert, Placebogruppe, Verblindung der Assessoren, gute Diagnostik von Depression, hohe Stichprobengröße, Follow-up-Daten nach einem Jahr“).

Eine weitere Studie mit hohen methodischen Standards ist die von *Dunn et al.* (2005). Diese setzt sich mit zwei zentrale Forschungsfragen auseinander, die wie folgt lauten: „Ist körperliche Aktivität eine effiziente Behandlungsmethode für Patienten mit mild-moderater Depression? Wie gestaltet sich die Dosis-Wirkungs-Beziehung?“ (*Stoll/Ziemainz* 2012: 34f). Das Forschungsdesign beinhaltet hierbei ein fünf-armiges RCT. Es wurden 80 Probanden mit einer major Depression (20-45 Jahre) untersucht die über einen Zeitraum von 12 Wochen ein aerobes Ausdauertraining auf dem Laufband oder Ergometer durchgeführt haben. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass in allen Gruppen eine Reduktion depressiver Symptomatik zu beobachten ist, sodass eine wissenschaftliche Evidenz für Ausdauertraining bei mild-moderaten Depressionen hergestellt werden kann. Zudem zeigen Remissionsraten, dass diese denen von Medikamenten bzw. einer Kognitiven Verhaltenstherapie gleich kommen (vgl. ebd.). Nach *Hautzinger* und *Wolf* liefert die Studie von *Dunn et al.* (2005) Beweise dafür, „dass moderat intensives Ausdauertraining mit einem Energieverbrauch von 17.5 kcal/kg/Woche wirksamer ist als eines mit deutlich geringeren Energieverbrauch, dass jedoch die Häufigkeit sport-

licher Aktivität (drei vs. fünf Sitzungen) keinen Unterschied zu machen scheint“. Die Autoren merken jedoch kritisch an, dass der Placebo-Effekt verfälscht sein könnte, da die Patienten der Kontrollgruppe bereits wussten, dass sie in einer nicht wirksamen experimentellen Gruppe waren.

Die Wirksamkeit von sportlicher Aktivität bei Depressionen wurde darüber hinaus in mehreren Metaanalysen untersucht. Vorweg sei jedoch anzumerken, dass diesbezüglich nur wenige Studien mit hohen methodischen Standards durchgeführt wurden. Es existieren einige Metaanalysen die Schwachstellen aufweisen, da sie sich zum Teil auf Studien stützen die kein kontrolliertes-randomisiertes Studiendesign (RCT) verwenden. Hier seien beispielsweise die Metaanalysen von Craft & Landers (1998), Lawlor & Hopker (2001) und Stathopoulou et al. (2006) zu nennen. Die Ergebnisse verschiedener aktueller Metaanalysen, die nur RCT Studien inkludieren, verweisen in diesem Zusammenhang auf eine positive Beeinflussung durch Sportaktivität, die sich in einer Verringerung depressiver Symptome ausdrückt. Allerdings beständen je nach Studienausswahl Wirkungsunterschiede hinsichtlich der Effektivität von Bewegungsaktivitäten bei einer klinisch diagnostizierten Depression. Während die Metaanalyse von Rethorst et al (2009) starke Effekte der Sportaktivität ermittelt, würden hingegen Metaanalysen von Krogh et al (2011) und Mead et al (2009) von moderaten Effekten ausgehen. Auch bei Probanden die keine klinisch diagnostizierte Depression aufweisen, sondern lediglich depressive Symptome, konnte eine Metaanalyse von Conn (2010) moderate Effekte von sportlicher Aktivität verzeichnen. (vgl. Hautzinger/ Wolf 2012: 176ff.).

Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 30ff.) bestätige auch die Metaanalyse von Mead GE et al. (2010) positive Effekte von Bewegung bzw. Sport in der Behandlung von Depressionen. Hierbei ermitteln 23 Studien einen großen klinischen Effekt (0,82), wobei die drei Studien mit den wenigsten Mängeln einen moderaten Effekt von (0,42) ergeben. Allerdings gebe es auch Studien wie z.B. die von Haffmans et al. (2006), die belegen, dass körperliche Aktivität in Form einer „running therapy“ zu keiner signifikanten Verbesserung der Depressionswerte führt. Nach Auffassung der Metaanalysen von Darley (2008) und Perraton et al (2009) würden die positiven Effekte von Sportaktivität sogar zu hoch eingeschätzt werden. Darley (2008) plädiere zwar für eine Einbindung von Sportaktivität in die Behandlung von klinischen Depressionen, da sie effektiver sei als gar keine Behandlung, allerdings sollte diese in Verbindung mit anderen therapeutischen Interventionen erfolgen. Auch Knubben et al. (2007) sprechen sich für ein Ausdauertraining

aus, das als eine sinnvolle ergänzende therapeutische Maßnahme anzusehen sei. Der Einsatz von Lauftraining sei besonders in den ersten Wochen nach der Verabreichung von Antidepressiva sinnvoll, da die volle Wirkentfaltung erst nach mehreren Wochen einsetze. Dies wäre vornehmlich bei moderaten bis schweren Depressionen der Fall. Allerdings sei auch darauf hinzuweisen, dass die Studien von Haffmans et al (2006) und Knubben et al (2007) methodische Mängel aufweisen.

Hinsichtlich der Effektivität von Form, Intensität, Dauer und Häufigkeit der Bewegung fallen die Ergebnisse der Studien unterschiedlich aus. Während Dunn et al. (2005) davon ausgeht, dass die Häufigkeit der Intervention nicht ausschlaggebend sei, sondern vor allem der Gesamtenergieverbrauch, so liefern einige Studien andere Ergebnisse. Beispielsweise präferiere Perron et al (2009) eine aerobe körperliche Aktivität, die dreimal pro Woche à 30 min bei einer maximalen Herzfrequenz von 60-80% über einen Zeitraum von 8 Wochen durchgeführt wird. Die Nice-Guideline (2009) mache hingegen konkrete Angaben dazu, dass körperliche Aktivität dreimal pro Woche à 45-60 min bei einer Gesamtdauer von 10-14 Wochen positive Effekte bei milden bis moderaten Depressionen erziele (vgl. ebd.: 52ff.). *Stoll und Ziemainz (2012: 59f.)* leiten unter Berücksichtigung aktueller Wirksamkeitsstudien eine Empfehlung für eine Lauftherapie bei moderaten und schweren Depressionen ab (s. Abb. 5 und 6). Bei moderaten Depressionen müsse hierbei zu Anfang der Lauftherapie eine niedrige Intensität angesteuert werden, sodass „psycho-soziale Wirkmechanismen greifen [können]“ (ebd.: 60). Die Intensität könne dann nach vier bis sechs Wochen erhöht werden, wodurch „Effekte der Hypofrontalität [ermöglicht] [werden]“ (ebd.). Hinsichtlich der Latenzzeit von Antidepressiva sollte im Rahmen schwerer Depressionen, sofern eine Mobilisierung möglich ist, eine Lauftherapie unter ähnlichen Vorgaben anvisiert werden.

Empfehlungen für Lauftherapie bei moderater Depression

- Häufigkeit: mindestens 3-mal/Woche
- Dauer: 30–60 Minuten
- Intensität: 60–80% der HF_{max} . (nach ca. 4–6 Wochen Training)
- Empfehlung: Dokumentation des Entwicklungsfortschritts in Lauftagebuch

Abbildung 6: Empfehlungen für die Durchführung einer Lauftherapie bei moderaten Depressionen.

Empfehlungen für Lauftherapie bei schwerer Depression

- Häufigkeit: mindestens 3-mal/Woche
- Dauer: 30–60 Minuten
- Intensität: 60–80% der HF_{max.}
- Zeitraum: mindestens 12 Wochen
- Organisationsform: Gruppentraining ist dem Einzeltraining leicht vorzuziehen!

Abbildung 7: Empfehlungen für die Durchführung einer Lauftherapie bei schweren Depressionen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach dem bisherigen Forschungsstand antidepressive Effekte von Sportaktivität angenommen werden können, die sich in einer Reduktion depressiver Symptome ausdrücken. Ein positiver Effekt konnte von einer Vielzahl von Studien und Metaanalysen belegt werden (Rethorst et al., 2009; Krogh et al., 2011; Mead et al., 2009; Blumenthal et al., 2007; Dunn et al., 2005 ect.). Allerdings gibt es auch Ausnahmen, wie z.B. die Studie von Haffmans et al. (2006), die keine signifikante Verbesserung depressiver Symptomatik durch Sportaktivität nachweisen konnte. Hinsichtlich der Effektivität von Sportaktivität bei Depressionen ist allerdings unklar, ob von starken oder moderaten positiven Effekten ausgegangen werden kann (Mead GE et al., 2010; Rethorst et al., 2009; Krogh et al., 2011 ect.), „wobei die Wirksamkeit mit steigender methodischer Qualität der Studien [...] [abnimmt]“ (Hautzinger/Wolf 2012: 180). Die meisten Studien und Metaanalysen stützen hierbei ihre Ergebnisse auf die Anwendung von körperlich-sportlicher Aktivität bei klinisch diagnostizierten milden bis moderaten Depressionen (Dunn et al, 2005; Knubben et al. 2007; NICE, 2009 etc.). Hinsichtlich antidepressiver Effekte von Sportaktivität bei schweren Depressionen sind allerdings kaum kontrollierte Studien vorhanden. Nach Brooks (2012: 98) seien gleiche annehmbare positive Effekte bei schwer ausgeprägten depressiven Phasen z.B. auch mit psychotischen Symptomen „weniger plausibel“. Ein Grund dafür sei, dass Patienten mit einer schweren Depression in der Regel nicht dazu fähig sind „ein intensives körperliches Training [...] durchzuführen, sodass es bei Spaziergängen oder anderen, wenig intensiven Aktivitäten bleibt“ (ebd.). Hölter (2011: 175) vertritt den Standpunkt, dass Patienten mit einer schweren Depression den größten Nutzen aus der Bewegungstherapie ziehen würden, dass sich nicht nur durch eine Minderung depressiver Symptome, sondern auch durch eine verbesserte körperliche Verfas-

sung zeige. Hinsichtlich des Alters und des Geschlechts könne angenommen werden, dass aerobe körperliche Aktivität, wie z.B. das Laufen unabhängig von diesen Faktoren positive Veränderungen bei Depressionen bewirkt. Demnach könne therapeutisches Laufen in jeder Altersstufe (Kind, Heranwachsender, Erwachsener, Senior) profitabel eingesetzt werden (vgl. Bartmann 2009: 19). Nach *Hölter* (2012: 175) allerdings werden „die stärksten Veränderungen in der Altersspanne zwischen 20 und 60 Jahren [erreicht]“, da in Anlehnung an Blumenthal et al. (1999) und Welsche (2008) kaum empirische Ergebnisse bezüglich Sportaktivität und Depressionen bei Jugendlichen oder älteren Menschen vorliegen. Eine Studie von Nabkarson et al. (2005) liefere diesbezüglich Hinweise dafür, dass Sportaktivität (mildes Jogging) bei jungen Frauen (18-20 Jahre) mit einer milden bis moderaten depressiven Symptomatik eine signifikante Reduktion depressiver Symptome bewirkt (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 36f.). Im Zusammenhang mit Form, Intensität, Dauer und Häufigkeit von Bewegungsaktivitäten bei Depressionen liefern Studien keine einheitlichen Ergebnisse (Dunn et al., 2005; Perraton et al., 2009; NICE, 2009), wobei *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 59f.) Empfehlungen für eine Lauftherapie bei moderaten und schweren Depressionen aussprechen. Nach *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 180) gebe es auch Studien die postulieren, „dass durch gemischtes (Ausdauer und Kraft⁶⁰), moderates-intensives und weniger langes (bis max. 16 Wochen) Training bessere Effekte erzielt werden können“. *Brooks* (2003: 195f.) führt an, dass empirische Erhebungen belegen, dass Krafttraining vergleichbare antidepressive Wirkungen bei Depressionen erziele. *Hölter* (2011: 192) spricht sich dafür aus, dass besonders bei Depressionen eine Verbesserung der Kraftausdauer sinnvoll erscheine, da das Krankheitsbild charakterisiert sei durch Merkmale „wie Energie- und Kraftlosigkeit, Schläffheit oder geringer, manchmal auch zu hoher muskulärer Spannung“ (ebd.). Die Mehrzahl der Studien untersuchte jedoch antidepressive Effekte eines aeroben Ausdauertrainings bei Depressionen (Blumenthal, 2007; Dunn et al, 2005, Knubben et al., 2007 etc.). Im Hinblick auf die Effektivität von Ausdauertraining im Einzel- oder Grundgruppentraining konnten Studien keine signifikanten Wirkunterschiede feststellen, wobei jedoch

⁶⁰ „Physiologisch definiert man als Grundkraft die Kraft, die gebraucht wird, um willkürlich mit einem Nerv-Muskel-System einen Widerstand zu überwinden oder ihn zu halten. Sie ist abhängig von Querschnitt, Anzahl und Strukturen der einzelnen Muskelfaser bzw. des Gesamtmuskels“ (Hartmann u.a. 2001: 43) Nach *GEESE* und *REIMERS* (2003: 40) seien unterschiedliche Krafttrainingsmethoden durch folgende Merkmale gekennzeichnet: „Ausprägungsgrad und Kombination der Belastungsfaktoren (Belastungsintensität, -dichte, -frequenz, -umfang, -dauer, -häufigkeit), Muskelkontraktionsformen. Als methodische Grundstruktur gilt die Wiederholungsmethode“. Es existieren verschiedene Trainingsmethoden zur Entwicklung von Maximalkraft, Schnelkraft oder Kraftausdauer. *Kraft* stelle „im Zusammenwirken mit der Koordination, Ausdauer und Flexibilität die Grundlage für Körperhaltungen und Bewegungen dar“ (*Hölter* 2011: 192)

eine leichte Tendenz bezüglich des Gruppentrainings (sozialer Effekt) zu beobachten sei (Blumenthal, 2007; Perraton et al., 2009; Nabkarson et al.; 2005).

Ob die Wirkung von Ausdauertraining nun mit der Wirkung pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen vergleichbar ist und ob therapeutisches Ausdauerlaufen eine Alternative zur medikamentösen Behandlung durch z.B. Antidepressiva darstelle, kann abschließend nicht beantwortet werden, da die momentane Datenlage heterogene Ergebnisse widerspiegelt. Den Ergebnissen der Studie von Blumenthal et al. (2007) und Dunn et al. (2005) zu Folge erzeuge aerobe körperlich-sportliche Aktivität antidepressive Effekte, die sich in ihrer Wirksamkeit nicht signifikant von einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlungsmethode unterscheiden. Zudem habe aerobes Laufen im Vergleich zu einer pharmakologischen Therapie weniger Nebenwirkungen. Auch die Metaanalyse von Dirmaier et al. (2010) kommt zu dem Schluss, dass die Wirkungen der Sport- und Bewegungstherapie mit den Effekten einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Therapiemethode vergleichbar sind (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 30ff.). Nach *Dimeo u.a.* (2008: 288) existieren allerdings auch Metaanalysen, die von „keiner klaren Evidenz über Wirksamkeit von körperlicher Aktivität als Therapie der affektiven Störungen [berichten]“. *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 180) benennen in diesem Kontext, dass ein großes Problem darin bestehe, dass eine Vielzahl der Studien methodische Mängel aufweisen, sodass „eindeutige, evidenzbasierte Aussagen über die Effektivität zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich [sind]“, da nur sehr wenige Studien über hohe methodische Standards verfügen. Die Ursachen für die zum Teil mangelhafte Qualität von Studien begründen sich in einem

„Mangel an Informationen über die psychiatrische Diagnose der Teilnehmer nach etablierten Kriterien, unzureichende Angaben über die Art, Intensität oder Häufigkeit der Trainingsinterventionen, die gleichzeitige Durchführung von Bewegungsprogrammen und pharmakologischer Therapie oder Psychotherapie, eine fehlerhafte Randomisierung, das Fehlen einer Kontrollgruppe, zu kleine Stichproben und die große Anzahl an drop-outs“ (Dimeo u.a. 2008: 288).

Auch nach Auffassung von Stoll und Ziemainz (2012: 30) könne auf Grund der Mängel die Sport- und Bewegungstherapie, die auch ausdauerndes Laufen inkludiert, nicht bzw. noch nicht als evidenzbasierte Therapie im Rahmen der Behandlung von psychischen Erkrankungen angesehen werden, obwohl bereits schon einige kontrolliert-randomisierte Studien im Hinblick auf depressive Störungen existieren. Deshalb könne trotz der immensen Fülle an Studien und Metaanalysen, die positive Effekte von Sportaktivität bei zu meist leichten bis moderaten Depressionen zahlreich belegen, nur angenommen wer-

den, dass die Sport- und Bewegungstherapie „vielleicht eine effektive Behandlungsmethode [ist]“ (ebd.). Die Autoren betonen, dass keinesfalls von einem monokausalen positiven Zusammenhang hinsichtlich von Sportaktivität und depressiver Erkrankungen ausgegangen werden könne (vgl. ebd.: 52f.). *Hautzinger* und *Wolf* (2012: 181) vertreten vielmehr den Standpunkt, dass sich der Wirkzusammenhang sehr komplex gestalte, weshalb „in Zukunft die Heterogenität depressiver Störungen, die Komplexität sportlicher Aktivität und mögliche Moderator bzw. Mediatorprozesse mehr in den Fokus empirischer Forschung rücken muss“. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass immer noch viele Fragen offen bleiben würden, wie z.B.: „Profitieren adipöse, atypische depressive Patienten [...] eher von sportlicher Aktivität als nicht adipöse? [...] Kommt der sportlichen Aktivität eher Bedeutung bei einer Rückfallprophylaxe bzw. der Erhaltungstherapie als bei der Akutbehandlung zu?“ (ebd.: 180f.). Zudem sei es hinsichtlich der niedrigen Stichprobenanzahl von Probanden mit klinisch diagnostizierter schwerer Depression, von zentraler Bedeutung zu erfahren, wie diese „überhaupt dazu motiviert [werden] [können], Sport zu machen“ (ebd.: 181). Auch *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 30) merken an, dass noch Aufklärungsbedarf bestehe, denn anders als bei pharmakologischen oder psychotherapeutischen Interventionen existiere für die bewegungstherapeutische Praxis, insbesondere die Lauftherapie, bisher „keine inzidierten Einsatzfelder und konsequente Anwendungsrichtlinien“ (ebd.). Dies bemängelt auch *Brooks* (2012: 98). Dem zu Folge würden noch viele Unklarheiten hinsichtlich der praktischen Anwendung von bewegungs- und sporttherapeutischen Interventionen im klinisch-stationären und ambulanten Setting bestehen.

Hölter (2011: 176) schlägt abschließend vor, dass nach dem aktuellen Forschungsstand eine Verknüpfung von Sport- und Bewegungstherapie mit anderen verschiedenen therapeutischen Interventionen (Psycho/- Pharmakotherapie) sinnvoll erscheine, womit er an Studienergebnisse von *Darley* (2008) und *Knubben et al.* (2007) anbindet. In diesem Kontext sei es erforderlich, Vor- und Nachteile z.B. hinsichtlich Nebenwirkungen von Antidepressiva, hinreichend abzuwägen bzw. zu bedenken. Auch *Brooks* (2012: 98) weist kritisch darauf hin, dass es fraglich ist ob selbst eine „optimale Nutzung sport- und bewegungstherapeutischer Ansätze [...] [den] [Gebrauch] [von] medikamentöse[n] oder psychotherapeutische[n] Behandlungen [...] überflüssig machen [kann]“. Nach der Position von *Fuchs* und *Schlicht* (2012: 9f.) dürfe körperlich-sportliche Aktivität deshalb „nicht das Etikett des Allheilmittels[...] [angeheftet] [werden]“, da der Einfluss

von Bewegungsaktivitäten auf die psychische Gesundheit auch an klare Grenzen gebunden sei.

Folglich werden im nächsten Kapitel deshalb mögliche „Nebenwirkungen“ von ausdauerndem Laufen im therapeutischen Setting untersucht bzw. daraus resultierende negative Wirkungen und Kontraindikationen in Augenschein genommen.

4.3.1 Nebenwirkungen von Laufen im therapeutischen Setting

Nach *Hölter* (2011: 178) könne im Rekurs auf die Metaanalyse von *Darley* (2008) angenommen werden, dass bisher keine Nebenwirkungen von bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen im Hinblick auf leichte bis moderate Depressionen ermittelt werden konnten. Es können vielmehr positive „Sekundäreffekte einer Bewegungstherapie [sicher] [gestellt] [werden], [wie] [beispielsweise] eine allgemeine Herz-Kreislauf-Stabilisierung sowie eine Angstreduktion und [...] positive Einflüsse auf *Obesitas*⁶¹ und *Diabetes* [...] (ebd.: 176) (s. Kap. 3). Im Kontext von Depressionen könne „zunächst von keine[n] allgemeingültigen Kontraindikationen [ausgegangen] [werden]“ (ebd.: 201). Personen mit einer depressiven Erkrankung könne in Abgrenzung zu älteren Erkenntnissen dazu geraten werden, möglichst früh bewegungs- und sporttherapeutische Angebote wahrzunehmen, wobei meist eine beschränkte „kardiopulmonale und muskuläre Belastbarkeit“ (ebd.) bedacht werden müsse. Zudem müssen bewegungseinschränkende Nebenwirkungen von Medikamenten (z.B. Antidepressiva) in der Sport- und Bewegungstherapie berücksichtigt werden, die sich z.B. in Form von „Handzittern, Müdigkeit, innerer Unruhen, einer verlangsamten Reaktionsfähigkeit, Muskelschwere oder Muskelschwächen, Schwindelgefühlen [...] oder Herz-Kreislauf-Störungen [...] [äußern]“ (ebd.).

Fuchs und *Schlicht* (2012: 10) merken jedoch an, dass Sportaktivität auch negative Wirkungen implementieren könne, „etwa wenn aggressive Handlungen ausgelöst werden oder Essgestörte sportliche Aktivität instrumentell einsetzen, um in lebensgefährlicher Weise nach Schlankheit zu streben“. Nach *Zeeck* und *Schlegel* (2012: 229 ff.) treten Essstörungen häufig in Verbindung mit „exzessivem Sporttreiben“⁶² in Erscheinung,

⁶¹ *Obesitas* gilt als eine massive Form von *Adipositas*.

⁶² Nach *ZEECK* und *SCHLEGEL* (2012: 230ff.) können „als Extrembeispiel für ungesundes Sporttreiben [...] Menschen gelten, die diesen weiter betreiben, auch wenn dadurch gesundheitsschädliche und soziale Schäden ent-

das besonders bei Patienten mit Anorexia nervosa⁶³ oder zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsstrukturen zu beobachten ist. Exzessives Sporttreiben oder ein von Sport besessenes Verhalten könne im Kontext von Essstörungen oder auch unabhängig von diesen, daher als eine „Sportsucht“ bezeichnet werden. Im Zuge der 1980er Jahre wurden diesbezüglich Diskussionen entfacht, da im Zusammenhang mit Langstreckenlauf Übereinstimmungen von Sportsucht und Anorexia nervosa vermutet wurden. Universale, wissenschaftlich validierte Merkmale einer Sportsucht seien nach heutigem Kenntnisstand allerdings nicht bekannt. Da intensive sportliche Aktivität wie z.B. das Laufen möglicherweise einen suchtfördernden Charakter im Hinblick auf Essstörungen bewirke, werde der Einsatz sporttherapeutischer Ansätze in der Behandlung von Essstörungen deshalb kritisch betrachtet oder sogar als negativ bewertet. Man müsse allerdings auch berücksichtigen, dass körperlich-sportliche Aktivität auch das körperliche und psychische Wohlbefinden von Patienten mit einer Essstörung positiv beeinflussen könne.

Auch *Bartmann* (2009: 80) postuliert, dass die Entwicklung einer „Laufsucht“ eine „unerwünschte Nebenwirkung“ von Ausdauertraining darstellen könne. Nehme das Laufen exzessive Maße an müsse auch mit negativen Effekten auf physische, psychische und soziale Parameter gerechnet werden. Negative physische Auswirkungen können beispielsweise durch eine Ignoranz von Kontraindikationen (Sportaktivität bei fieberhaften Infekten) verursacht werden. In Anlehnung an *Morgan* (1979) sei ein typisches Phänomen in diesem Kontext, dass körperliche Warnsignale missachtet werden, „d.h. [...] solche Läufer ignorieren z.B. Schmerzen in ihrem Bewegungsapparat“ (ebd.: 51).

Stoll und *Ziemainz* (2012: 154) verweisen ebenfalls im Kontext von Sportaktivität auf das mögliche Auftreten einer Lauf- bzw. Sportsucht, obwohl diese bisher noch in keinem anerkannten Diagnoseklassifikationssystem als psychische Erkrankung registriert sei. Nach Auffassung der Autoren sei zudem das Risiko einer Entwicklung der Laufsucht im therapeutischen Rahmen als relativ gering einzuschätzen. Gefährdet seien Personen, „die dazu neigen, ihr Leben im Wesentlichen hoch kontrollierbar zu halten,

stehen“ (ebd.: 230). *Exzessives Sporttreiben* bei Essstörungen könne auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden, z.B. Kalorienverbrauch und Gewichtsregulation, Beeinflussung von Figur und Attraktivität, Regulation negativer Stimmung, Beeinflussung negativen Körpererlebens, Reduktion von Angespanntheit und Angst.

⁶³ „Essstörungen wie die Anorexia nervosa [...] sind schwerwiegende psychische Erkrankungen, die hauptsächlich Mädchen und Frauen im Alter zwischen 13 und 35 Jahren betreffen [...] [und] sich durch eine ausgeprägte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und die überwertige Idee [auszeichnen], zu viel Gewicht zu haben. Die Anorexia nervosa ist durch ein selbst herbeigeführtes Untergewicht (Body Mass Index 17.5 kg/m²) charakterisiert“ (*Zeeck/Schliegel* 2012: 230).

die es mögen, sich anspruchsvolle Ziele zu setzen und diese dann mit Engagement und Motivation verfolgen“. Laufen könne schnell als „täglich[e] positive Verstärkung [...]“ angestrebt werden, da durch den Ausdauersport in kurzer Zeit positive physische und psychische Effekte erzielt werden können. Auch *Brooks* (2012: 95) führt die positive Verstärkung auf unmittelbar erfahrene „positive psychische Effekt während des Trainings oder [...] den Stunden danach [zurück] [...], [wodurch] der Betroffene [...] dann den Wunsch [entwickelt], dieses positive Erlebnis und die damit verbundenen angenehmen Gefühle zu wiederholen“. In diesem Zusammenhang könne es sich möglicherweise um ähnliche Wirkmechanismen handeln, die bei der Etablierung eines Suchtverhaltens von Bedeutung seien.

Stoll und Ziemainz (2012: 157ff.) zu Folge spiele hierfür nicht nur das „Runner’s high“ eine wichtige Rolle, sondern auch das sog. „Second Wind“ Phänomen, dass nach ca. 32 km Laufen eintrete und als ein Gefühl des Auftriebs (eine Mauer zu durchbrechen) beschrieben werde. Es werden verschiedene Ursachen diskutiert, die für eine Entstehung der Ausdauersucht verantwortlich sein können. Hierbei werden Antworten in physiologischen Vorgängen gesucht, z.B. mit Hilfe der transienten Hypofrontalitätshypothese oder Ursachen auf spezifische Persönlichkeitsstrukturen zurückgeführt. Der Forschungsstand hinsichtlich der Entstehung von Sucht im Ausdauersport sei jedoch kaum ausgearbeitet. Die Autoren heben abschließend hervor, dass „wiederholte und intensive sportliche Tätigkeit allein [...] noch kein hinreichendes Indiz für eine Sportsucht [ist], [...] [diese] stellt viel eher die Voraussetzung und ein mögliches Eingangsphänomen für Laufsucht dar“ (ebd.: 160). Es müsse also prinzipiell zwischen einer Bindung an Ausdauersport und einer Laufsucht unterschieden werden. Die positive Bindung an ausdauerndes Laufen zeichne sich durch das Wohlgefallen aus, „sich zu überwinden, anzustrengen, in einem Zustand der (Selbst-) Kontrolle zu verweilen und das optimale und nahezu automatische Funktionieren [...] [des] Körpers zu spüren“ (ebd.: 162). Somit sei diese klar von Merkmalen einer Suchterkrankung abzugrenzen. Um mögliche Anzeichen einer Laufsucht dennoch frühzeitig im Rahmen eines therapeutischen Settings auffindig machen zu können, empfehlen die Autoren eine regelmäßige Reflexion des Ausdauertrainings vorzunehmen.

5. Therapiemodelle zum Einsatz von Laufen bei Depressionen

Im vorherigen Kapitel konnte festgestellt werden, dass Laufen, abgesehen von möglichen Kontraindikationen und Nebenwirkungen, eine wirksame bzw. heilende Wirkung bei Depressionen erzielen kann, wobei jedoch auf Grund methodischer Mängel von zahlreichen Studien noch von keiner abschließenden Evidenz hinsichtlich der Effektivität von Laufen in der Sport- und Bewegungstherapie ausgegangen werden kann. Dennoch werden sport- und bewegungstherapeutische Programme zumeist in der stationären Behandlung von psychischen Erkrankungen, wie z.B. der Depression eingesetzt und sind aus dem „klinischen Alltag nicht mehr wegzudenken“ (Brooks 2012: 98). Auch wenn die Bewegungstherapie vielleicht als noch keine evidenzbasierte Therapie angesehen werden kann, zeigt die feste Integration der Sport- und Bewegungstherapie im klinischen Setting zur Behandlung von psychischen Erkrankungen, dass trotzdem positive Effekte erwartet werden können.

Wie therapeutisches Laufen „wirksam“ in der Behandlung von Depressionen eingesetzt werden kann wird im Folgenden erläutert. Dazu werden zwei Therapiemodelle exemplarisch vorgestellt, die anschließend kritisch verglichen werden.

5.1 Integrative Ausdauertherapie

Die integrative Ausdauertherapie versteht sich als ein spezifischer Ansatz der im Kontext der integrativen Bewegungstherapie (IBT) entwickelt wurde. Nach *Waibel* und *Petzold* (2009: 83) stehe der Begriff der „Ausdauertherapie“ stellvertretend für Begriffe wie „Ausdauertraining“ oder „Lauftherapie“, dessen Verwendung sich auf Grund klinischer Praxiserfahrung durchgesetzt habe. Vom Gebrauch der Begrifflichkeiten „Training“ oder „Laufen“ werde nach Standpunkt der Autoren abgesehen, da diese bei Patienten negativ behaftete Vorstellungen hervorrufen können, wie etwa „anstrengender Sport, Schweiß, nicht durchhalten können“ (ebd.) oder diese mit „negativen lebensgeschichtlichen Erfahrungen (z.B. Beschämung)“ (ebd.) in Verbindung gebracht werden können. Deshalb habe man sich für die neutralere Variante „Ausdauertherapie“ entschieden, sodass negative Vorbehalte gerade bei unbeweglicheren Personen oder Personen mit einem starken Vermeidungsverhalten, wie es zum Beispiel bei Menschen mit

einer schweren Depression der Fall ist, gar nicht erst entstehen können und im Vorhinein einen demotivierenden Effekt erzeugen können.

Die integrative Ausdauertherapie inkludiere weit mehr als ein reines Ausdauertraining, das auf ein gezieltes Training einer aeroben Ausdauerleistung ausgerichtet sei und könne wie folgt definiert werden:

„In der Ausdauertherapie werden neben den trainingsphysiologischen Aspekten Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung, der Sozialpsychologie, der Motivationsforschung sowie psychodynamische, kognitions- und lerntheoretische Aspekte integriert. Sie stehen unter dem Integrationsparadigma Integrativer Therapie und dem praxeologischen Verständnis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie“ (ebd.).

Da die integrative Ausdauertherapie folglich ihren Ursprung in der IBT besitzt, die sich wiederum als methodischer Ansatz der Integrativen Therapie versteht, gilt es zunächst die Integrative Therapie in ihren wesentlichen Inhalten kurz vorzustellen.

5.1.1 Der Integrative Ansatz

Die Integrative Therapie wurde in den 1960er Jahren von Hilarion G. Petzold und Johanna Sieper konzipiert (vgl. Waibel u.a. 2009: 1). Sie ist als ein methoden- und schulenübergreifendes therapeutisches Modell zu verstehen, das verschiedene Ansätze der Psychotherapie (tiefenpsychologisch⁶⁴, humanistisch-psychologisch⁶⁵, behavioral⁶⁶, systemisch⁶⁷) miteinander verbindet bzw. integriert und im Kontext klinischer Theorie und Praxeologie als eine „angewandte Humantherapie“ definiert werden kann (vgl. Petzold u.a. 2009: 3). Die Auswahl verschiedener therapeutischer Komponenten wurde hierbei durch anthropologische Ansätze der Philosophen Marcel, Merleau-Ponty oder Ricoeur beeinflusst, wobei auch psychophysiologische und neuropsychologische Forschungsergebnisse von Lurija und Bernštejn einbezogen wurden (vgl. Waibel u.a. 2009: 1). Ausgangspunkt der Überlegungen war, dass Menschen mit schweren Störungen „in

⁶⁴ „Das **tiefenpsychologische** bzw. **psychodynamische** Paradigma kam besonders durch die Arbeiten von *P. Janet* (1895, 1909, 1919), diesem Pionier psychodynamischen Denkens, und durch Arbeiten des späteren *Ferenczi* (1964, 1985) zum Tragen, dessen klinische und beziehungstheoretischen Impulse für den Integrativen Ansatz wichtig wurden. Bedeutsam war auch die kritische Auseinandersetzung mit *S. Freud*“ (Petzold u.a. 2009: 7).

⁶⁵ Nach PETZOLD u.a. (2009: 7f.) konnten wichtige Anregungen aus **humanistisch-psychologischen** Ansätzen entnommen werden, beispielsweise „aus dem Psychodrama von *J.L. Monero*, dessen Kreativitäts-, Rollen- und Netzwerktheorie sowie dessen Praxis dramatischen Spiele die IT/IBT viel verdankt. Des Weiteren waren Elemente der Gestalttherapie von *Fritz Perls*, *Lore Perls* und *Paul Goodman* von zentraler Bedeutung.

⁶⁶ Weitere Impulse konnten dem **behavioralen** Ansatz entnommen werden. Hierbei dienten Veröffentlichungen zur kognitiven Wende und zum Rollentraining bzw. Behaviordrama als Anhaltspunkte (vgl. Petzold u.a. 2009: 7) Zudem waren Beiträge von *Kanfer* zur Verhaltenstherapie von Bedeutung (vgl. Waibel u.a. 2009: 1).

⁶⁷ Nach PETZOLD u.a. (2009: 7) werde auch eine **systemische** Perspektive aufgegriffen, die sich im Wesentlichen auf Arbeiten neurowissenschaftlicher Theoretiker stützt und nicht-lineare Systemtheorien und neuromotorische Systemansätze einbezieht.

komplexen Lebenssituationen [...], langen Krankheitskarrieren und in prekären Lebenslagen mit beschränkten Ressourcen“ (Petzold u.a. 2009: 3) nur mit Hilfe von komplexen Modellen und praxisorientierten Strategien geholfen werden könne, wozu ein methodenübergreifendes Konzept benötigt werde, das die verschiedenen Therapierichtungen bündelt bzw. „konnektiviert“ und gleichzeitig als ein eigenständiges, übergreifendes „Ganzes“ agiert. Der alleinige Einsatz von Psychotherapie könne in diesem Kontext nicht genügen, weshalb die Integrative Therapie als eine Humantherapie fungieren müsse, die „somatotherapeutische⁶⁸, soziotherapeutische, nootherapeutische⁶⁹ und ökologische Dimensionen der Interventionen [einbezieht] [...]“ (ebd.: 9).

Eine für die Integrative Therapie wichtige Perspektive, die im Zusammenhang eines methodenübergreifenden Ansatzes aufgegriffen wird, ist die Leibperspektive. Sie verkörpert zugleich das Menschenbild, das den Ausgangspunkt für die Integrative Therapie bildet. Demnach werde der Mensch als ein „Körper-Seele-Geist-Wesen“ angesehen, das als „Leib-Subjekt“ in eine „Lebenswelt, [...] [und] ein ökologisches und soziales Kontext-Kontinuum [eingebettet] [ist], in dem es mit seinen Mitmenschen seine Hominität und eine Kultur der Humanität verwirklicht“⁷⁰ (Waibel u.a. 2009: 2). Folglich könne die Integrative Therapie durch ihren humanökologischen Ansatz also als Humantherapie bezeichnet werden, die den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit betrachtet (vgl. Petzold u.a. 2009: 5, vgl. Petzold 2009/2010: 39). Nach *Ostermann* (2010: 110) inkludiere die Integrative Therapie aber nicht nur die Leibperspektive, sondern auch die Beziehungsperspektive (interpersonale/intersubjektive Korrespondenz), die Entwicklungsperspektive (Lebensspanne), die Kontextperspektive, die Motivationsperspektive, die Störungs- bzw. Problemperspektive, die Ressourcenperspektive und die Sinnperspektive.

Anhand der anthropologischen Annahmen, die im leibzentrierten Integrativen Ansatz formuliert wurden, lässt sich ableiten, dass sich die Integrative Therapie als ein biopsychosoziales Verfahren versteht (vgl. Petzold 2009b: 39). Hierbei orientiere sich der Integrative Ansatz nach Ansicht von *Petzold u.a.* (2009: 9) an dem erweiterten biopsy-

⁶⁸ Die *Somatotherapie* agiert im Sinne „eines modernen medizinischen Modells, das Ernährung, Bewegung, Sport, Entspannung, sozialen Aktivitäten ein neues Gewicht in der Behandlung gegeben hat“ (Petzold 2009a: o.S.).

⁶⁹ Die *Nootherapie* beschäftigt sich mit dem Bereich „des Geistes, Sinnes, des Herzens“ (Petzold u.a. 2009: 10).

⁷⁰ Nach WAIBEL u.a. (2009: 3) erfordert „die Körperdimension [...] körperorientierte Therapie, die Dimension des Seelischen Psychotherapie, die des Geistigen meditative, sinnorientierte Wege. Das alles umfasst der Begriff ‚Leib‘, der als Leib-Selbst durch Subjektivität und Personalität gekennzeichnet ist, deshalb Leibtherapie als Therapie der Persönlichkeit. Menschen leben in der Lebenswelt, d.h. der persönlich wahrgenommen Welt, die deshalb auch Thema der Therapie sein muss: als ökologisches Umfeld- Wohnverhältnisse, Quartier, Landschaft [...] und natürlich auch als soziales Umfeld, das ggf. Familien und Netzwerktherapie erfordert. All diese Dimensionen und *Kontexte* stehen in der Zeit, im *Kontinuum* von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft [...]“.

chosozialen Modell von Eggers. Dieses beinhalte biologische, psychologische und soziale Dimensionen, wobei hinsichtlich der biologischen Dimension (Organismus, Neurobiologie, Immunologie) auch ökologische Aspekte (Mikro-, Meso-, Makroökologien) berücksichtigt werden müssen und ein Transfer zur Evolutionstheorie erfolgen sollte. Im Hinblick auf die psychologische Dimension (Gefühle/Emotionen, Verstand/Kognitionen, Verhalten/Aktionale) müsse diese durch Elemente des Motivationalen und Volitionalen ergänzt werden. Außerdem sei eine Integration nootherapeutischer Komponenten erforderlich. Bezüglich der sozialen Dimension müsse angesichts der Globalisierung und einer multi-ethnischen Gesellschaft, diese durch kulturelle, ethnische und ökonomische Aspekte erweitert werden (vgl. Petzold u.a. 2009: 9ff.).

Im Hinblick auf das basierende Gesundheits- und Krankheitsverständnis im Integrativen Ansatz wird unter Einnahme einer erweiterten biopsychosozialen Perspektive der Standpunkt vertreten, dass „Krankheit und Gesundheit [...] aus einer entwicklungsorientierten Sicht (Lebenslaufforschung) [...] unter den Perspektiven der Salutogenese, Pathogenese, Defizitgenese und Ressourcengenese [zu] [betrachten] [sind]“ (Waibel/ Jakob-Krieger 2009: 51). Diesbezüglich werde zwischen einer anthropologischen⁷¹ und einer klinischen Sicht auf den Krankheitsbegriff differenziert. Die klinische Perspektive umfasse eine multifaktorielle Genese von Gesundheit und Krankheit im Konzept der Integrativen Therapie, die durch biologische, psychologische und ökosoziale Faktoren bedingt sei (vgl. Waibel/Jakob-Krieger 2009: 51). Pathogene psychologische Faktoren können beispielsweise „Überstimulierung (Trauma), Unterstimulierung (Defizit), inkonstante Stimulierung (Störung), widerstreitende Stimulierung (Konflikt) [sein]“ (Schay/Liefke 2009: 143). Hierbei stütze sich die Gesundheitslehre auf salutogene-protective Faktoren⁷² (vgl. ebd.). Protective Faktoren können in diesem Zusammenhang die Entstehung von Resilienzen fördern, wodurch „Erfahrungen von ‚social-defeat stress‘, die depressionsfördernd sind [...], gepuffert werden“ (Petzold 2014: 19).

⁷¹ Nach WAIBEL und JAKOB-KRIEGER (2009: 51f.) liegt der Fokus der *anthropologischen Sichtweise* auf dem „Konzept der multiplen Entfremdung und Verdinglichung [...], d.h. der Entfremdung vom eigenen Leibe, von den Mitmenschen, von der Lebenswelt, von der Arbeit und von der Zeit“. Nach OSTERMANN (2010: 106) sei „eine gute Zugehörigkeit zum Anderen, zum Netzwerk und zu einer gesunden Ökologie als unentfremdeter ökopyschomatisch salutogener Lebensraum [...] Grundlage von Gesundheit“.

⁷² „Durch das entwicklungs- und gesundheitliche Potential *protectiver Faktoren* entwickelt der Patient im konkreten Lebenszusammenhang Schutzfaktoren, die es ihm ermöglichen, Risikofaktoren (Traumata, Defizite, Konflikte) abzuschwächen“ (Schay/Liefke 2009: 145). Hierbei werden protective Faktoren definiert als „einerseits-internal- Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits -external- spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde [...]), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- bzw. Krisenregion) [...]“ (ebd.: 144).

Darüber hinaus beinhaltet die Integrative Therapie als Verfahren und „neues Integrationsparadigma“ verschiedene Methoden, die wiederum unterschiedliche Techniken, Modalitäten, Medien, Stile und Formen einschließen, wodurch spezifische Wirkpotenziale ergänzend miteinander verbunden werden, sodass ein eigenständiger, multimodaler integrativer Ansatz mit neuen Heilungskräften entsteht, der vielfältige Einsatzmöglichkeiten verspricht (vgl. Waibel u.a. 2009: 1ff., vgl. Petzold u.a. 2009: 20) (s. Abb. 8).

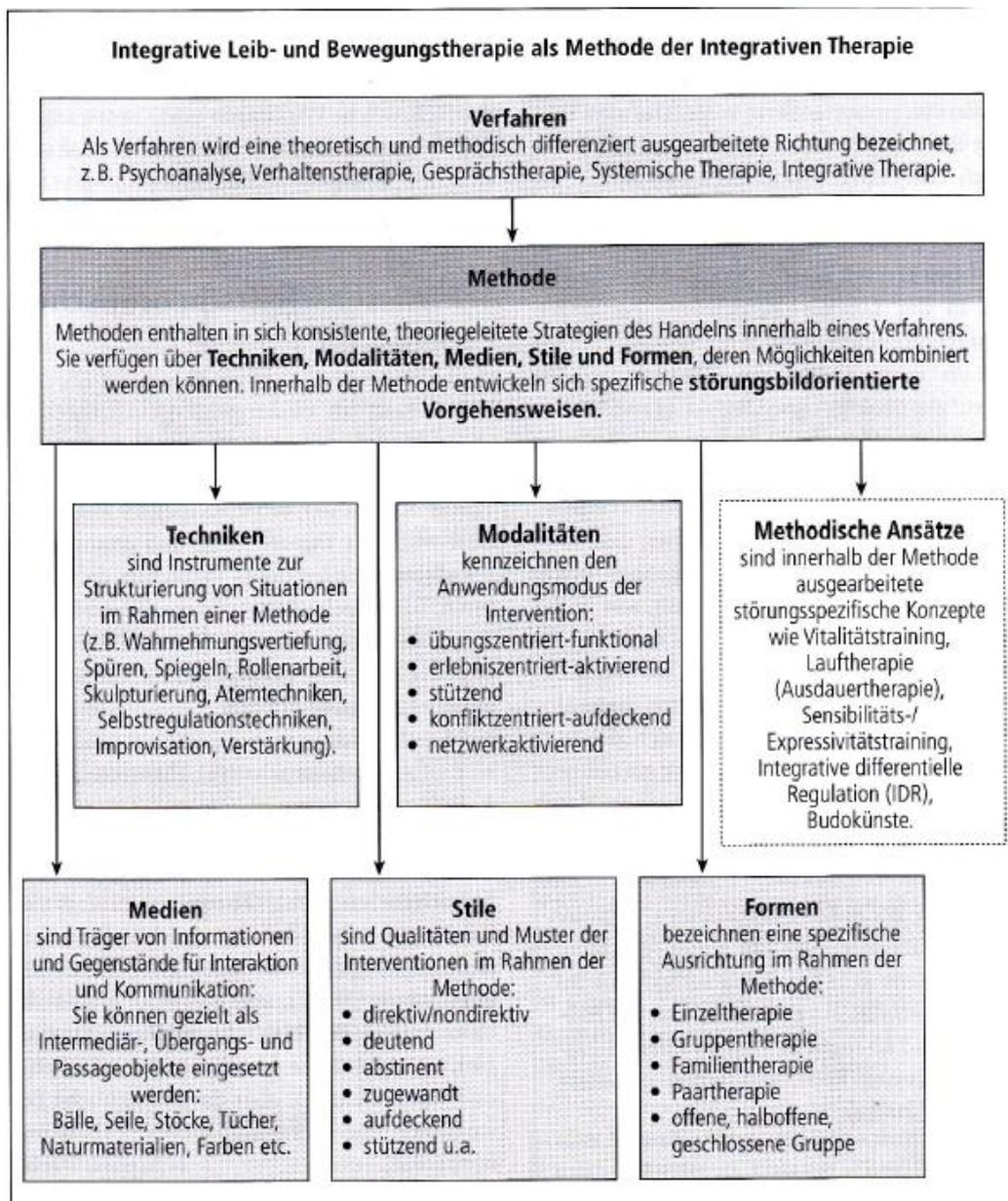


Abbildung 8: Die IBT als Methode im System der Integrativen Therapie: Aus Waibel u.a. (2009: 4).

Zu den Methoden die sich innerhalb der Integrativen Therapie entwickelt haben zählen

„die ‚Integrative Leib- und Bewegungstherapie‘ (**IBT**), die ‚Integrative Kunsttherapie mit kreativen Medien‘ (**IKT**) oder die ‚Integrative systemische Familientherapie (**IFT**) [...], [wobei] die ‚**Integrative Leib- und Bewegungstherapie**‘ (**IBT**) als die Kernmethode des **Ansatzes** der **Integrativen Humantherapie** anzusehen [ist] [...] [und] überdies die erste und damit älteste ‚Methode‘ des Integrativen ‚Verfahrens‘ [darstellt]“ (Petzold u.a. 2009: 4).

Hierbei fungiert die IBT als Umsetzungsinstrument der Integrativen Therapie, wobei Modalitäten „als zielbestimmte Anwendungsweisen der Methode (z.B. übungszentriert, konfliktzentriert) [agieren] [...] [und] Medien als Träger und Übermittler von Informationen in kommunikativen Prozessen [dienen]“ (ebd.: 20). In den letzten Jahren seien allerdings seit den Anfängen der IT und IBT in den 1960er Jahren einige Behandlungsmodalitäten im praxeologischen Kontext weiterentwickelt bzw. ergänzt worden, wie z.B. die psychophysiologische, medikamentengestützte, netzwerkaktivierende und psychoedukative Modalität als auch die stimulierende „Landschafts-/Naturtherapie“ im Rahmen ökologischer Interventionen (erlebniszentriert). Als weiterentwickelte übungszentrierte und funktionale Modalität versteht sich hierbei die Ausdauertherapie, die in Form von therapeutischen Laufen als praxisorientierte humanökologische Intervention wirkt. Diese repräsentiert ein ausgearbeitetes störungsspezifisches Konzept innerhalb der Methode der IBT (vgl. ebd.: 19 ff.).

Zudem kann festgehalten werden, dass die Integration einer medikamentengestützten Modalität im Integrativen Ansatz und der IBT zeigt, dass therapeutische Maßnahmen wie z.B. Ausdauertherapie in der Behandlung von psychischen Erkrankungen nicht immer ausreichen, sondern durch pharmakologische Interventionen ergänzt werden müssen. Dies sei besonders bei der Behandlung von psychischen Störungen wie der Depression der Fall, die neben therapeutischen Interventionen durch eine „vorübergehende oder Dauermedikation unterstützt werden [muss]“ (Waibel u.a. 2009: 13). Demnach stelle die Verträglichkeit von therapeutischen Maßnahmen mit medikamentösen Behandlungsansätzen einen Vorzug im Integrativen Ansatz dar (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass der Einsatz der Ausdauertherapie in der IT kein Verzicht von pharmakologischen Interventionen wie z.B. Antidepressiva bedeutet. In Anlehnung an Braus (2011) müsse es sich jedoch um eine „personalisierte Medikation [handeln], die feinkörnig kontrolliert und abgestimmt werden muss“ (Petzhold 2014: 15). Dies besonders bei der Therapie von „major“ Depressionen nach dem DSM IV und bei mittelgradigen depressiven Episoden gemäß ICD-10 (F32.1) erforderlich, wobei

auch bei leichten depressiven Episoden ICD-10 (F 32.0) pharmakologische Behandlungsmaßnahmen sinnvoll sein können. Diese müsse jedoch bei leichten depressiven Episoden auch durch andere therapeutische Interventionen unterstützt werden. Eine alleinige medikamentöse Therapie könne nach *Petzold* (ebd.) „meist keine hinreichenden Behandlungserfolge [sichern]“. Es sei abschließend zu erwarten, dass sich mit Hilfe der neurobiologischen Depressionsforschung neue Perspektiven für medikamentöse Behandlung eröffnen, aus der sich allerdings keine „Dominanz medikalisierte Behandlung [...]“ (ebd.: 16) ableiten dürfe (vgl. ebd.: 15f.).

Abschließend ist zu erwähnen, dass Petzold im Rahmen der IT die sog. „vier Wege der Heilung und Förderung“ entwickelt hat. Diese inkludieren „feiner differenziert als Prozeß-Strategien [sic!] [...] 14 Heilfaktoren⁷³“ (Schay/Petzold 2004: 10)

5.1.2 Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie

Die IBT verstehe sich als ein therapeutischer Ansatz, der eine „Brückenfunktion“ einnimmt. Hierbei agiere die IBT gleichermaßen zwischen Psychotherapie, Somatotherapie und Soziotherapie (vgl. Petzold 2009a: o.S.). Dabei greift die IBT ein komplexes Bewegungsverständnis auf. Der Leibbegriff in der IBT unterliege in diesem Zusammenhang ebenfalls der „Triplexperspektive“ eines biopsychosozialen Verständnisses, dem nur durch eine mehrperspektivische Sicht begegnet werden könne (vgl. Petzold u.a. 2009: 15f.). Der komplexe Leibbegriff inkludiere hierbei „nicht nur Lokomotion und Motorik, mit der sich der Mensch in die Welt [...] hineinbewegen kann, sondern auch affektives Bewegtsein, ‚emotio‘ und gedankliche Beweglichkeit, ‚movements of thoughts‘, aber auch soziales Zusammengehen, Kommutibilität⁷⁴“ (ebd.: 16f.).

Aus diesem komplexen Verständnis von Bewegung resultiere der Einsatz der IBT „als psychotherapeutische Methode und als klinische-psychomotorische Bewegungstherapie“ (Höhmnn-Kost 2009: 24). Diese könne von verschiedenen Berufsgruppen ausge-

⁷³ Die 14 Heilfaktoren nach Petzold definieren therapeutisch wirksame Variablen, die in der IT „je nach dem Thema des Fokus und abhängig von der aktuellen [sic!] Problemlage und dem Krankheitsbild [...] in unterschiedlicher Weise eingesetzt werden“ (Schay/Petzold 2004: 10) und eine heilsame Wirkung erzielen sollen. Zur näheren Beschreibung der 14 Heilfaktoren vgl. Petzold (2012: 2ff.).

⁷⁴ „Grundlage aller Dimensionen von Bewegung ist die *Mit-Bewegung – Kommutilität*. Kommutilität ist das Grundphänomen alles Lebendigen und aller Interaktionen zwischen Menschen [...]. Sie ist damit auch ein Basisprinzip therapeutischen Handelns und die Integrative Leib- und Bewegungstherapie wird grundsätzlich, als ein gemeinschaftlich beschrittener Weg verstanden.“ (Höhmnn-Kost 2009: 22.)

führt werden, z.B. Ärzten, Sportlehrern, Physiotherapeuten etc. (vgl. ebd.). Darüber hinaus sprechen sich *Waibel* und *Jakob-Krieger* (2009: 51) im Rahmen der Behandlung von psychischen Erkrankungen für den Einsatz der IBT in einem multi-professionellen Team aus, dass beispielweise aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten (= biologische Perspektive), Psychotherapeuten, Spezialtherapeuten (= psychologische Perspektive) und Sozialarbeitern, Sozialtherapeuten (= ökosoziale Perspektive) bestehen könne.

Des Weiteren begreift sich die IBT im klinischen Setting als überwiegend methodenbegründete Praxeologie, d.h. durch den reflektierten Einsatz von Methoden in der Praxis konnten neue Erkenntnisse gewonnen werden (vgl. Petzold 2009b: 30f.). Im Rahmen der Diagnostik bezieht sich die IBT auf Klassifikationen nach dem ICD-10 und DSM-IV, wobei im Zusammenhang einer „prozessualen Diagnostik“ noch weitere Schritte erfasst werden (z.B. die psychosoziale Anamnese, Ätiologie, Persönlichkeitsdiagnostik, Ressourcendiagnostik, Behandlungsplanung, Motivation, Volition) (vgl. Waibel/ Jakob-Krieger 2009: 45ff.).

Die nachfolgende Abbildung 9 liefert abschließend einen Überblick in welchen interdisziplinären Kontext die IBT im klinischen Setting anzusiedeln ist:

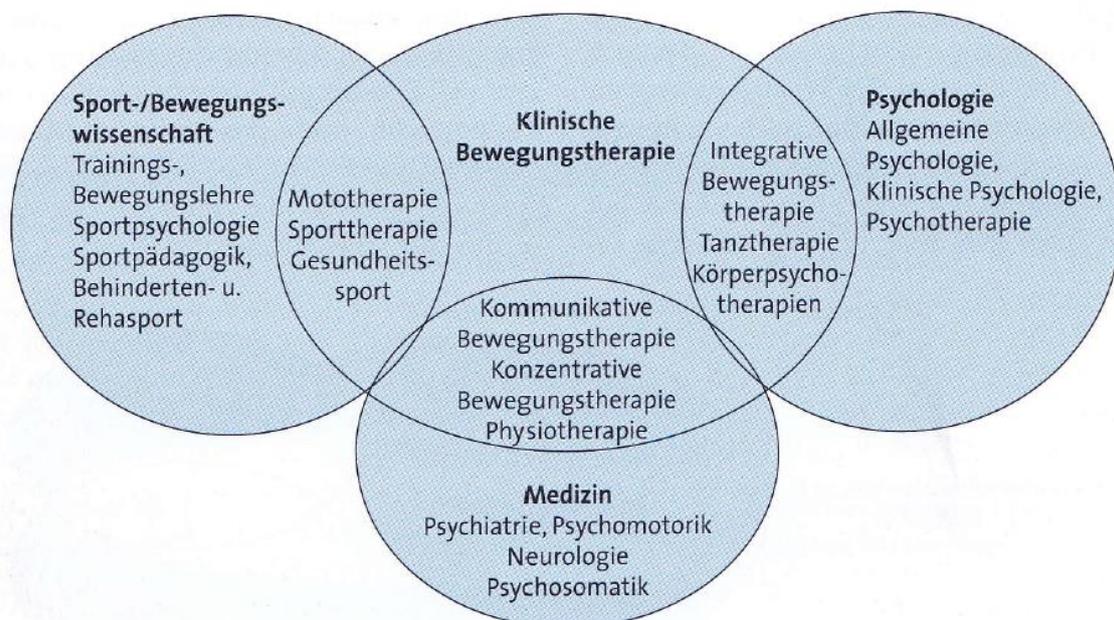


Abbildung 9: Klinische Bewegungstherapie im Schnittpunkt von Sport- und Bewegungswissenschaft, Medizin: Aus Hölter (2011: 77).

5.1.3 Ausdauertherapie als methodischer Ansatz der IBT

Die Entwicklung von therapeutischem Ausdauerlaufen im Sinne einer Ausdauertherapie bzw. Lauftherapie in psychotherapeutischer Praxis ist im Wesentlichen auf die Arbeit von Hilarion Gottfried Petzold zurückzuführen, der als erster Vertreter Ende der 1960er Jahre sporttherapeutisches Laufen bei jugendlichen Suchterkrankten in der Drogentherapie einsetzte und später in den 1970er Jahren auch in der Behandlung von psychischen Erkrankungen erprobte (vgl. Petzold 2009b: 36). Bei seinen Projekten bezog er auch Elemente aus „der ostasiatischen und russischen Kampfkunst“ (Petzold u.a. 2009: 22) mit ein, da er selbst langjähriger Budo-Sportler war. Darüber hinaus betrieb er regelmäßig Ausdauersport in Form von Laufen, weshalb er mit den positiven Effekten des Laufens persönlich vertraut war. Der zum Teil sehr schlechte körperliche Fitnesszustand der Suchtpatienten war für ihn auch ein Anlass, diese „mit auf [den] [Weg] zu nehmen“ (ebd.). Bald darauf weitete er sein „aerobes und isotonische Bewegungstraining“ auch im Zweig der Psychiatrie und Psychosomatik aus, dessen Ausdauertraining „therapeutisches Laufen, Gehen, Atemarbeit [und] Dehnübungen aus dem Budo (stretching) [beinhaltet]“ (ebd.). Er bezeichnet sein übungszentriertes sporttherapeutisches Konzept deshalb innerhalb der Integrativen Therapie als „kreatives Laufen“, dass auch in der Natur umgesetzt werden kann, sodass „ökopsychosomatische Effekte der Landschaft“ (ebd.) in den Heilungsprozess miteinfließen können. Durch die weitere Einbindung von Atem- und Entspannungsmethoden werde folglich ein humanökologisches Verständnis in der IBT aufgegriffen, dass auch „die soziale Gemeinschaft der Läufer als Heilfaktor einbez[...][ieht]“ (ebd.) (vgl. ebd.).

Die Entwicklung der Ausdauertherapie in der IBT könne daher vermutlich als erster Versuch gewertet werden, „Laufen als cardiovasculopulmonäres⁷⁵ Ausdauertraining im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen [im] [klinischen] [Kontext] einzusetzen“ (Schay u.a. 2004: 16). Hierbei knüpfe das kreative Laufen an Grundlagen der Trainingslehre an, sodass in der Behandlung ein geregelter, stetiger Aufbau der Kondition erzielt werden kann und ein Übertraining (overexercising)⁷⁶ vermieden wird. Darüber hinaus sei jedoch von zentraler Wichtigkeit, dass Laufen in der sozialen Gemeinschaft (Laufgruppe) „als Alternative zu sozialen Streißerfahrten [sic!]“ (ebd.) erlebt

⁷⁵ Ein *cardiovasculopulmonärer* Trainingseffekt bedeutet dass Sportaktivität „Herz, Kreislauf, Gefäße [und] Atmung [mit]einbezieht“. (Waibel/Petzold 2009: 85).

⁷⁶ Nach SCHAY u.a. (2004: 16) könne ein „*overexercising*“ „zu einer Schwächung des Immunsystems führen“.

werden könne, wobei hier auch die Beziehung zum Therapeuten eine solche Alternative darstellen könne. Durch den kommunikativen Informationsaustausch über Lauferfahrungen (Motivationsschwierigkeiten, Spaß am Ausdauertraining etc.) werde die Selbstwahrnehmung geschult und die Beziehung zum „Leib“ gestärkt. Das könne auch zu einer Stärkung der Willenskraft führen, „ohne die es in keiner Therapieform zu nachhaltigen Veränderungen kommen kann“ (ebd.). Deshalb stelle die Förderung der Willenskraft ein besonderer Schwerpunkt in der Ausdauertherapie dar. Ein weiterer Fokus richtet sich auf das „mentale Training“, dessen Wirkung in der IT belegt werden konnte und ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Ausdauertherapie ist. Dieses werde besonders bei Ruhephasen eingesetzt, wobei hierbei Techniken wie die kreative Imagination⁷⁷ verwendet werden. Zudem werden auch improvisatorisch kreative Medien (z.B. Bälle, Reifen, Seile etc.) eingesetzt, sodass der Monotonie des Laufens entgegengewirkt werde und Laufen eher „eine heitere, spielerische Qualität [...] verliehen [werde]“ (ebd.). Außerdem stelle kreatives Laufen in der Natur bzw. Landschaft als „green exercises“ einen heilsamen Faktor in der therapeutischen Behandlung dar (vgl. ebd.). Abschließend könne der soziale Faktor beim kreativen Laufen dazu beitragen, dass in einer Laufgruppe mit positiven Klima „viel gelacht und gescherzt wird [...] [und] emotionale Ansteckeffekte, u.a. durch ‚Spiegelneuronenaktivierung‘ bewirkt, gezielt genutzt [werden] [können]“ (Petzold u.a. 2009: 24).

Seit der Konzipierung der Ausdauertherapie in der IBT im Jahr 1969, werden sporttherapeutisches Laufen und andere therapeutische Arten des Ausdauersports (z.B. Radfahren, Wandern etc.) bei unterschiedlichen psychischen Störungen und Patientengruppen angewendet und mit Hilfe empirischer Erhebungen erforscht (vgl. Schay u.a.: 16). Im Hinblick auf die Ausdauertherapie hat Petzold dazu mit Hilfe seiner Mitarbeiter an der FU Amsterdam der psycho- und neuromotorischen Abteilung, empirische Untersuchungen angestellt, die unter den „Amsterdamer Laufstudien“ zusammengefasst wurden. Diese stellten einer der ersten empirischen Untersuchungen bezüglich der Wirkung von Lauftherapie im Kontext der Behandlung von Depressionen dar (Damen u.a. 1984, Bosscher 1985, 1991) und wurden 1997 von Mei, Petzold und Bosscher im wissenschaftlichen Artikel „Runningtherapie, Stress und Depression“ aufgegriffen (vgl. Petzold u.a. 2009: 22f.). Dieser Veröffentlichung zu Folge erziele die Lauftherapie bei Patienten mit einer major Depression ähnlich wirksame Effekte wie eine pharmakologische Interven-

⁷⁷ Nach SCHAY u.a. (2004: 16) könne eine *kreative Imagination* beispielsweise „die Vorstellung eines warmen, starken Rückenwindes zur Überwindung von Müdigkeit [...] [darstellen]“.

tion durch Antidepressiva (vgl. Waibel/Petzold 2009: 92). Nach *Petzold u.a.* (2009: 23) konnten die „Amsterdamer Laufstudien“ außerdem belegen, dass therapeutisches Laufen in der Psychotherapie „einer reinen verbalen psychodynamischen Psychotherapie in der Behandlung von Depressionen überlegen war“. Allerdings merken die Autoren auch kritisch an, dass einige der Studien methodische Mängel aufweisen. *Waibel und Petzold* (2009: 91 ff.) kommen nach Sichtung des aktuellen Forschungsstandes zur Wirkung von Ausdauersport bzw. Lauftherapie bei Depressionen zu dem Schluss, dass Bewegungsformen unter aeroben Ausdauerbedingungen bei regelmäßiger Betätigung positive Effekte im klinisch-therapeutischen Setting erzielen kann, wobei hierbei noch Forschungsbedarf bestehe. Zur Erklärung können dabei neurobiologische, psychologische und soziale Wirkfaktoren herangezogen werden. Einen wichtigen Beitrag für eine evidenzbasierte Ausdauertherapie liefern in diesem Kontext neurobiologische Untersuchungen von Neumann und Frasch (2008), die aktuelle Rückschlüsse auf antidepressive Effekte von körperlicher Aktivität zu lassen. Der Rückbezug auf moderne Neuro- und Biowissenschaftliche Erkenntnisse statuiert nach *Petzold u.a.* (2009: 24) deshalb ein gutes Exempel dafür, „welche Wege [...] [eine] moderne leiborientierte Psychotherapie und eine zeitgemäße bio-psycho-soziale Krankheitstheorie bzw. psycho-sozio-somatische Kontextbildung nehmen muss“. *Petzold* (2014: 15) betrachtet es folglich als unabdingbar, dass „psychodynamische und humanistisch- psychologische Modelle [...] im Lichte der Neurowissenschaften neu überdacht werden [müssen]“. Ein Resultat müsse deshalb sein, dass sich alle verschiedenen Ausrichtungen der Psychotherapie (Verhaltenstherapie usw.) tiefgreifender mit modernen neurobiologischen Erkenntnissen über psychische Erkrankungen beschäftigen als bisher.

Nach *Waibel und Petzold* (2009: 81ff.) beinhalte die Ausdauertherapie im Rahmen eines klinischen Behandlungssettings jedoch hauptsächlich Nordic Walking oder Walking und umfasse nur geringe Anteile von „Jogging“, da die Patienten auf Grund ihrer Symptomatik in der klinischen Praxis nur eingeschränkt physisch belastbar seien. Darüber hinaus zeige sich, dass nur ein kleiner Anteil der Patienten Erfahrungen im Bereich des Ausdauertrainings besitzt. Zudem gehe so nicht ein Großteil der Patienten verloren, der auf Grund von Immobilität gar nicht die Chance erlangen würde das spottherapeutische Angebot wahrnehmen zu können. Hierbei gehören Patienten mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden in der klinischen psychotherapeutischen- und psychosomatischen Versorgung zu der größten Gruppe im Feld der psychischen Erkrankungen.

Deshalb verfolge die Ausdauertherapie eher moderate Bewegungsaktivitäten (z.B. durch Nordic Walking) im Rahmen eines Ausdauertrainings anstatt „Jogging“, dessen Effekte auch wissenschaftlich belegt werden können (Mucha 1998, Muster 2006). Außerdem gestalte sich die ganzjährige Durchführung zum Teil als schwierig, da die unterschiedlichen Jahreszeiten verschiedenen Gegebenheiten mit sich bringen (Hitze, Glatteis usw.). Ziel der Ausdauertherapie müsse daher eine Aktivierung moderater Bewegungsabläufe sein, die sich insgesamt auf vier Säulen stützt: Wissen⁷⁸, richtige Anwendung⁷⁹, kognitive und volitive Hilfen⁸⁰ und die leiblich lustvolle Erfahrung⁸¹. Darüber hinaus habe die klinische Praxiserfahrung bei Patienten mit einer depressiven Störung gezeigt, dass es außerdem wichtig sei „einfache Alltagsbewegungen“ ebenfalls zu unterstützen, wie z.B. Radfahren, Schwimmen, Wandern etc., wobei in diesem Kontext präferierte Bewegungsaktivitäten berücksichtigt werden sollten. Dabei müsse allerdings darauf geachtet werden, dass diese Bewegungsaktivitäten auch für den Patienten durchführbar sind und mit keinem zusätzlichen Aufwand verbunden seien, z.B. Besorgung geeigneter Sportkleidung. Dies könne verhindern, dass die Motivation eingeschränkt werde und trage dazu bei, dass Bewegungsaktivitäten auf mittlere und langfristige Sicht auch durchgeführt werden können.

Im Folgenden haben die Autoren zehn Leitsätze formuliert, die für eine erfolgreiche Ausdauertherapie von Bedeutung sind und auf praxeologischen Erfahrungen beruhen:

- 1) **Bewegungswellness** „*Ich fühle mich wohl durch Bewegung*“
- 2) **Nordic Walking** „*Ich bewege mich zu jeder Jahreszeit*“
- 3) **Herzfrequenzmessung** „*Ich finde meinen guten Rhythmus wieder*“
- 4) **Ausdauer nach individueller Leistungsfähigkeit** „*Ich höre auf meinen Körper Körper*“
- 5) **Konvivialität** „*Ich fühle mich wohl in dieser Gruppe*“
- 6) **Vitale Evidenzerfahrungen** „*Wenn Körper, Seele und Geist sich finden*“
- 7) **Kognitive Überzeugungshilfen und volitive Beharrlichkeit** „*Ich schaffe es!*“
- 8) **Imaginationstechniken und kreatives Laufen** „*Der Wind trägt mich*“
- 9) **Multiple Stimulierung und Synchronisation** „*Die Weite in mir – das Gehen mit den Anderen*“
- 10) **Ausdauer in einer Philosophie der Lebenskunst** „*Die Wertschätzung meines Leibes ist meine Lebenskunst*“

⁷⁸ „Schon wenig hilft viel – viel hilft dabei nicht besonders mehr“ (Waibel/Petzold 2009: 85).

⁷⁹ „Von der Pulsuhr zum subjektiven Körpergefühl“ (Waibel/Petzold 2009: 85).

⁸⁰ „Wie kann ich den inneren Schweinehund überwinden?“ (Waibel/Petzold 2009: 85).

⁸¹ „Auch wenn ich mich zunächst zwingen muss – anschließend geht es mir richtig gut“ (Waibel/Petzold 2009: 85).

Nach Ansicht der Autoren verstehe sich die Ausdauertherapie vielmehr als „Bewegungswellness“ (1) anstatt als „Bewegungsfitness“, da Aspekte wie Leistung und Training nicht im Vordergrund stehen. Nichts desto trotz stelle die Förderung eines altersgerechten allgemeinen Fitnesszustandes ein wichtiges Ziel in der Ausdauertherapie dar. Das Hauptaugenmerk liege in diesem Kontext darauf, „dass der Patient über trainingsphysiologische Parameter zu einem optimalen Bewegungsgefühl mit Freude unter Belastung gelangt[...], [sodass] [er] [sich] wach und ausgeglichen föhl[t] [...]“ (ebd.: 85f.). Das könne dann „zu einer positiven Konditionierung [föhren] und [...] physiologische und neurobiologische Veränderungen [hervorrufen] [...]“ (ebd.: 86). Hierbei müsse das Hauptgewicht in der Ausdauertherapie auf das Nordic Walking (2) gelegt werden. Dieses verspreche sehr viele Vorteile wie z.B. Aktivierung vieler Muskeln insbesondere der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur (oft liegen Verspannungen bei depressiven Patienten in diesem Bereich vor), leichte Herzfrequenzüberprüfung, Durchführung zu jeder Jahreszeit (ganzjährig) und mit einfachen Mitteln, individuelle Anwendbarkeit, Steigerung der Belastungsintensität mit Hilfe von Stöcken (um 10-30 Pulsschläge pro Minute), leichte Anwendbarkeit für Zuhause. Die Ermittlung der Herzfrequenz (3) bei depressiven Patienten sei ein weiteres wichtiges Element in der Ausdauertherapie, da diese so „an ihr individuelles Belastungsniveau herangeföhrt [werden]“ (ebd.). Zu Beginn werde dazu bei jedem Patient der individuelle Ausdauer-Herzfrequenzbereich⁸² ermittelt der optimaler Weise bei „55% (untere Pulsgrenze) bis 75% (obere Pulsgrenze) der max. Herzfrequenz (Hfmax.)“ (ebd.: 87) liege, sodass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine körperliche Aktivität im aeroben Bereich erzielt wird. Darüber hinaus lernen die Patienten innerhalb der Gruppe „ihr subjektives Körpergefühl bzw. Belastungsgefühl mit objektiven Werten der Herzfrequenzuhr zu vergleichen“ (ebd.: 87) und verbessern somit ihre Körperwahrnehmung und Selbsteinschätzung. Die Pulsuhr stelle hierbei eine gute Orientierungshilfe hinsichtlich der eigenen Belastungsfähigkeit dar (Über- und Unterforderung). So könne mit Hilfe der Herzfrequenzmessung die Wahrnehmung eigener Körpersignale für den Alltag trainiert werden z.B. im Umgang mit Stressoren: „Wie muss ich eine Steigung angehen? Was muss ich tun unter Belastung?“ (ebd.). Neigen Patienten dazu sich schnell zu überlasten, werde ein „gesondertes Pulstraining in Anlehnung an

⁸² Der *individuelle Ausdauer-Herzfrequenzbereich* werde mit Hilfe folgender Formel berechnet: „Frauen: 226-Lebensjahre, davon 55-75%; bei Männern: 220- Lebensalter und davon 55-75%“ (Waibel/Petzold 2009: 87).

das Biofeedback⁸³ [durchgeführt]“ (ebd.). Daran angeknüpft sei ein wichtiges Ziel in der Ausdauertherapie, dass die Patienten nach und nach lernen mehr auf ihre Signale des Körpers zu achten als auf die Messungen der Pulsuhr (4). Die Intensität der körperlichen Belastung müsse hierbei gespürt werden, wobei Berichten von Patienten zu Folge, die positiven Effekte⁸⁴ der Belastungsintensität in einem starken Kontrast zu dem „subjektiven (pathologischen) Körpergefühl [stehen]“ (ebd. 88). Zu Beginn der Ausdauertherapie seien bei Patienten oftmals hohe „Leistungsanforderung[en], Hektik, Unruhe, schnelle Überforderung und anschließende[...] Erschöpfung [zu] [beobachten]“ (ebd.). In der Ausdauertherapie werden die Patienten in unterschiedliche Gruppen eingeteilt, die sich an der jeweiligen Belastbarkeit und Befindlichkeit der Patienten misst (Einsteiger, bewegungsinaktive Patienten, Patienten mit körperlichen Einschränkungen etc.). Hierbei besteht in Rücksprache mit dem Therapeut auch die Möglichkeit die Gruppe innerhalb der Ausdauertherapie zu wechseln. Des Weiteren sei es die Aufgabe des Therapeuten ein positives Klima innerhalb der Gruppe herzustellen, sodass eine „Atmosphäre der Konvivialität“ (ebd.) entsteht (5). Das heißt es müsse eine Atmosphäre geschaffen werden, die gekennzeichnet ist von „Offenheit, Freundlichkeit, Halt, Sicherheit und Gastlichkeit [...]“ (ebd.: 89) und einen Schutzraum bietet. Das sei besonders für Menschen mit Depressionen wichtig, die häufig ein großes Vermeidungsverhalten zeigen. Dies könne erreicht werden, indem der Therapeut für eine Integration jedes Gruppenmitglieds sorgt, die Entstehung von Angst- und Überforderungssituationen eingegrenzt und für jeden Patienten realisierbare Ziele formuliert. Dafür müsse der Therapeut eine Haltung einnehmen, die sich „durch eine emphatische, helfende, warmherzige, extravertierte, aktivierende optimistische [...] [Art] geprägt ist“ (ebd.). Außerdem müsse die Ausdauertherapie Erfahrungen „vitale Evidenz“ ermöglichen, die kognitive Einsichten, emotionale Erfahrungen (Zufriedenheit), positives Körpererleben und soziale Bezogenheit vereinen und eine „starke Veränderungswirkkraft [besitzen]“ (ebd.) (6). Das könne dazu führen, dass depressive Patienten dazu geneigt sind diesen Zustand nochmals erleben zu wollen. Darüber hinaus müsse die Ausdauertherapie kognitive und volitive Hilfen inkludieren (7). In diesem Kontext sei für eine erfolgreiche Ausdauertherapie eine

⁸³ Beim *gesonderten Pulstraining* erhalte der Patient „wichtige Informationen [...] und [macht] körperliche Erfahrungen zu Ruhepuls, Umgang mit Stressoren[...] , [zur] [Findung] [des] eigenen Geh-Rhythmus sowie [zu] Einflussfaktoren durch Mitmenschen und Gruppe [...]“ (Waibel/Petzold 2009: 87)

⁸⁴ Nach WAIBEL und PETZOLD (2009: 88) zeichnen sich „gute Ausdauerbewegungen“ durch folgende Merkmale aus: „allgemeines Gefühl von Wohlbefinden, Entspannungsgefühle, Wachheit, Ausgeglichenheit, geistige Klarheit und Transparenz, innere Zufriedenheit, verstärktes Selbstbewusstsein, Lust auf aktives Handeln, Affiliation (Lust mit anderen in den Kontakt zu treten), Bedürfnis nach Unternehmungen und Kommunikation“.

Informationsschulung in Form sog. „mini-lectures“ oder Vorträgen von wichtiger Bedeutung. Hierbei werden die Patienten über Inhalte, Ziele und den Zweck (positive Effekte) der Ausdauertherapie aufgeklärt (psychoedukative Wissensbildung). So könne vermieden werden, dass vielfache negative Vorbehalte gegenüber der Ausdauertherapie in Form von negativen Assoziationen (z.B. schweißtreibendes Ausdauertraining) eingedämmt werden. Unaufgeklärte Patienten neigen auf Grund negativer Vorbehalte dazu sich gar nicht erst mit Bewegung auseinanderzusetzen, um sich so mögliche Frusterfahrungen zu ersparen. Deshalb werden in den „mini-lectures“ und Vorträgen besonders die Vorzüge der Ausdauertherapie (z.B. sanftes Abnehmen, attraktive Hüften) betont und oft wiederholt. Zudem seien „willenspsychologische und willentherapeutische Maßnahmen“⁸⁵ (ebd. 89) unabdingbar, denn „Lauftherapie braucht den Willen [und] ist [...] zugleich ein hervorragendes Mittel der Willenstherapie“ (ebd.). Des Weiteren können unterschiedliche Imaginationstechniken und Elemente des „mentalen Trainings“ (z.B. Top-down Techniken, Bottom-up-Approaches) beim kreativen Laufen einbezogen werden (8). Weiterführend werde das Konzept der „multiplen Stimulierung“ in die Ausdauertherapie integriert (9). Dieses beinhalte beispielsweise „die Förderung der Wahrnehmung in der ökologischen Umgebung, das Erleben von Weite und Wärme sowie von Ruhe als basale Wahrnehmungsqualitäten, die zu positiven Geherfahrungen und emotionalen Umstimmungen führen [...]“ (ebd. 90). Zudem werden durch das gemeinsame Gehen (unbewusste Anpassung des Gehrrhythmus und des Gehtempos) kommunikative Prozesse in der Gruppe in Gang gesetzt, sodass eine soziale Interaktion erleichtert werde. Außerdem werden dissynchrone Bewegungsmuster ausfindig gemacht, z.B. im Sinne „mit dem konnte ich überhaupt nicht mitgehen“ (ebd.). Schließlich finde die Ausdauertherapie im Rahmen einer Philosophie der Lebenskunst statt und könne durch eine gute Anleitung zu einer Bereicherung der Lebenskunst führen (10). Dies begründe sich durch die Tatsache, dass die Ausdauertherapie den Patienten „einen Weg zum sorgsamem Umgang mit der eigenen Leiblichkeit [eröffnet], d.h. eine Wertschätzung des Leibens und seiner Gesundheit“ (ebd.: 91). Durch das aktive Gehen im Sinne einer „Wegerfahrung“ könne die Ausdauertherapie einen Beitrag zu einem bewussteren, bewegungsaktivierten Lebensstil leisten, der weniger von Passivität, „Angst und Hilflosigkeit geprägt ist“ (ebd.).

⁸⁵ Nach WAIBEL und PETZOLD (2009: 89) müsse es „zu einer Entscheidung (decision) kommen: ‚Ich will laufen beginnen!‘, dann zu einer Umsetzung (conversion): ‚Heute hab ich begonnen, morgen gleich noch einmal!‘, dann aber ist Beharrlichkeit, Ausdauer (presistence) erforderlich: ‚Es regnet zwar, aber ich bleib dran, auch heute!‘“.

Abschließend merken die Autoren an, dass sich die Ausdauertherapie als Teil eines multimodalen Behandlungskonzepts begreife und mit Hilfe eines multiprofessionellen Teams agieren müsse. Hierbei sei es von Bedeutung, dass alle Beteiligten über die Grundzüge des sporttherapeutischen Ausdauertrainings informiert seien, wie z.B. „regelmäßige Teilnahme, persönliches Entschuldigen beim Therapeuten bei Nichtteilnahme etc.“ (ebd.: 84). In diesem Kontext müsse zu Anfang der Ausdauertherapie vor allem eine Fremdmotivation erfolgen, da „depressive Patienten [...] aufgrund ihrer Symptomatik gerade in der Eingangsphase große Probleme mit Bewegung bzw. vermeiden körperlicher Aktivität [haben]“ (ebd.).

5.2 Paderborner Modell der Lauftherapie nach Weber

Das Paderborner Modell der Lauftherapie wurde von Alexander Weber⁸⁶ entwickelt und stellt ein Konzept für lauftherapeutisches Handeln dar (vgl. Stoll/Ziemainz 2012: 5f.). Weber führte hierfür in den 1980er Jahren verschiedene empirische Untersuchungen an Laufgruppen durch, um die Wirksamkeit therapeutischen Ausdauerlaufens zu erforschen, aus deren praxisorientierten Beobachtungen schließlich das Paderborner Lauftherapie-Modell entstand (vgl. Weber 1999: 19ff.). 1988 gründete er dann das Deutsche Lauftherapiezentrum e.V. (DLZ), das zunächst Zentrum für Lauftherapie hieß, an der Universität Paderborn. Dieses setzt sich für die Förderung therapeutischen Laufens in der Theorie, Praxis, Forschung und Lehre ein und unterstützt sowohl therapeutische als auch pädagogische Zielsetzungen durch Laufen. In diesem Kontext bietet das DLZ die Möglichkeit ein Zertifikat als Lauftherapeut bzw. Laufpädagoge oder Laufgruppenleiter zu erwerben. Zudem bestehen Angebote zur Fort- und Weiterbildung in Form einer Teilnahme an Seminaren, Kursen, Tagungen, Workshops und Vorträgen, die sich an Praktizierende von psychosozialen Berufen richtet, wie z.B. Psychologen, Pädagogen, Ärzte, Sozialarbeiter, Erzieher, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Krankengymnasten etc. (vgl. o.A. 2015: o.S.). Die Lauftherapie wurde vom DLZ 1993 wie folgt definiert:

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

5.2.1 Grundannahmen

Nach *Weber* (1999: 16ff.) basiert das Paderborner Lauftherapie-Modell auf dem Grundgedanken, dass der Mensch aus einer entwicklungsbiologischen Perspektive betrachtet ein sog. „Bewegungstier“ ist. Demnach sei der Mensch ein Ausdauerwesen, da er die Fertigkeit von ausdauerndem Laufen schon vor Millionen von Jahren einsetzte, um sich lebensstrategische Vorteile zu sichern. Diese Veranlagung bzw. Bewegungspraxis sei dem Mensch jedoch im heutigen Zeitalter „abhanden“ gekommen, da dieser u.a. viel

⁸⁶ *Alexander Weber* ist lehrender Universitätsprofessor, Dipl.-Psychologe und Pädagoge. Er ist in der Forschung aktiv und versteht sich in folgenden Themengebieten: „Gesundheitsförderung und -erziehung, angewandte Gruppendynamik, Kommunikation, Körpersprache (NVK), Beratung, Didaktik“ (o.A. 2015: o.S.). Er ist selbst als langjähriger Läufer aktiv und seit 1978 Leiter zahlreicher Laufworkshops (vgl. ebd.).

Zeit im Sitzen verbringe. Das Laufen sei dem Menschen also innewohnend und stelle neben dem Gehen eine Ausdauerübung dar, die sehr leicht zu praktizieren und (wieder) zu erlernen ist. In Abgrenzung zum Gehen zeichne sich das Laufen dadurch aus, dass beide Füße für einen kurzen Moment den Bodenkontakt verlieren und sich kurzzeitig in einem Schwebезustand befinden.

Des Weiteren geht Weber davon aus, dass der Mensch eine Leib-Seele Einheit bildet und daher Körper, Geist und Seele mit einander verbunden seien, wobei eine Wechselbeziehung zwischen Körper und Psyche bestehe. Die Lauftherapie knüpfe hierbei am Körper an und nehme somit Einfluss auf Geist und Seele. Dies könne die spannungslösende und stimmungsverändernde Wirkung von Laufen erklären. Die Lauftherapie hat demnach eine ganzheitliche Betrachtungsweise auf den Menschen.

5.2.2 Aufbau, Organisation und Inhalte der Lauftherapie

Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 6f.) beinhaltet das Paderborner Modell der Lauftherapie sieben verschiedene Module, die Weber auch Bausteine nenne. Diese repräsentieren wichtige Bestandteile in der Ausbildung zum Lauftherapeuten. Die Autoren merken in diesen Zusammenhang an, dass es sich bei den sieben Bausteinen einer praktischen Lauftherapie jedoch eher um ein Rahmenkonzept handle „als um eine praktische Handlungsanweisung“ (ebd.: 6) (s. Abb. 10).

Die sieben Bausteine der praktischen Lauftherapie
1. Ziele
2. Organisation
3. Laufprogramm
4. Erfolgskontrolle
5. Die Gruppe
6. Beratung
7. Der Lauftherapeut als Person

Abbildung 10: Die sieben Bausteine der praktischen Lauftherapie: Aus Weber (1999: 24f.)

Hierbei inkludiere das erste Modul eine Zielformulierung. Die Teilnehmer sollen im Rahmen der Lauftherapie dazu angeleitet werden Ziele und Teilziele zu verfassen, „die dann möglichst objektiv überprüfbar sein sollten“ (ebd.). Nach *Weber* (1999: 25f.) befreit sich die Lauftherapie hauptsächlich als präventive Maßnahme von zeitlich begrenzten Störungen und Disharmonien (z.B. depressive Verstimmungen). Übergeordnetes Ziel sei hierbei die Hilfe zur Selbsthilfe. Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 8) sei ein weiteres wichtiges Ziel, „dass die Motivlage von einer eher extrinsischen Motivation in eine eher intrinsische Motivation wechselt“ (s. Kap. 5.2.3).

Das zweite Modul skizziere den organisatorischen und zeitlichen Umfang der Lauftherapie. Hierbei geht es um die Organisation der Lauftherapiekurse und Aspekte der Öffentlichkeitsarbeit, als auch um Rücksprachen von Lauftherapeut und Klient (vgl. *Stoll/Ziemainz* 2012: 6). Nach *Weber* (1999: 31ff.) werden ganzjährig Lauftherapiekurse vom DLZ angeboten, wobei ein Kurs über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt wird und zwei Trainingseinheiten pro Woche mit max. 15 Teilnehmern beinhaltet. Die Kurse werden hierbei in der Natur durchgeführt. Des Weiteren ergebe sich eine Vorbereitungs⁸⁷-, Durchführungs⁸⁸- und Nachbereitungsphase⁸⁹.

Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 6ff.) umfasst das dritte Modul spezifische Inhalte des Standard-Laufprogramms, das vom DLZ konzipiert wurde. Das Standard-Laufprogramm eigne sich für Laufanfänger und beinhalte eine „Kombination aus Geh- und Laufphasen, die sich abwechseln“ (ebd.: 9). Hierbei werden die Gehpausen im Laufe des Ausdauertrainings verkürzt und Laufphasen verlängert (zu Beginn einminütige Laufintervalle), sodass die Intensität schrittweise gesteigert wird (s. Abb. 11). Die Lauftherapie verstehe sich deshalb als eine „sanfte“ Methode, die einen komfortablen Charakter besitzt, da sie den Klienten ohne Leistungsdruck vorsichtig ans Laufen heranzuführt und somit auch das Verletzungsrisiko minimiert und Überforderungen entgegenwirkt. In Anlehnung an *Weber* (1999) lege der Akzent daher „auf dem stressfreien Laufen“ (ebd.). Nach *Weber* (1999: 36) sei das Ziel des Laufprogrammes, dass jeder Teilnehmer nach Abschluss des Ausdauertrainings über einen Zeitraum von 12 Wochen

⁸⁷ Zur *Vorbereitungsphase* zähle u.a. die Auskundschaft eines Laufgeländes (möglichst ohne viele Steigungen, kein harter Untergrund), Festlegung einer Startzeit, Planung von Gruppengesprächen und Zusatzangeboten (z.B. Ernährungsberatung) (vgl. *Weber* 1999: 34f.).

⁸⁸ In der *Durchführungsphase* werden die terminierten Lauftherapiekurse umgesetzt, wobei dem Therapeuten verschiedene Aufgaben zukommen, wie etwa Temporegulierung, Beobachtung der Teilnehmer und deren Bewegungsausführungen (evtl. Korrektur der Lauftechnik) (vgl. *Weber* 1999: 35).

⁸⁹ In der *Nachbereitungsphase* findet die Auswertung des Kurses statt, die Beobachtungen des Lauftherapeuten (Gruppenprozesse u.a.) implementieren als auch Beobachtungen von Teilnehmern (vgl. *Weber* 1999: 35).

dazu fähig ist 30 Minuten ununterbrochen zu laufen. Allerdings macht der Autor auch darauf aufmerksam, dass die Einbindung des Standardlaufprogrammes vom DLZ nicht zwingend für den Lauftherapeuten vorgegeben ist, da sich dieser nach den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Lauftherapiekurses richtet. Zudem merken *Schay* und *Petzold* (2004: 21) an, dass das Standardlaufprogramm neben dem moderaten Laufen auch „Funktionsgymnastik, Entspannungstechniken und Übungen zur Verbesserung der Koordination und Beweglichkeit [beinhaltet]“. Außerdem werden nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 9) in der Lauftherapie durch einen vielfältigen Methodeneinsatz (Bergauf-, Bergabläufe, Überwindung von Hindernissen, Barfußlaufen auf verschiedenen Untergründen, Tempowechsel, Orientierungsläufe) zahlreiche abwechslungsreiche Variationen von Laufen erzeugt, die beispielsweise durch den Einsatz von Barfußlaufen auch die Sinnliche Wahrnehmung von Klienten schult.

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

Abbildung 11: Standard-Laufprogramm des DLZ: Aus Weber (1999: 37)

Das vierte Modul beschäftigt sich im Rahmen einer Qualitätssicherung mit der Erfolgskontrolle. Nach *Weber* (1999: 40ff.) dokumentiert der Lauftherapeut seine Beobachtungen zum Verhalten der Klienten (z.B. positive Veränderungen) und zu Einzel- und Gruppengesprächen. Somit überprüft er, auch mit Hilfe des regelmäßigen Einsatzes von Fragebögen zur Selbsteinschätzung, die Erfolge der einzelnen Klienten. Zudem inkludiert die Lauftherapie ein Feedback der Teilnehmer über den Kurs. Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 10) werden auch psychodiagnostische Fragebögen verwendet (jeweils vor Beginn und nach Abschluss des Kurses) die zur „Erfassung von Depression, Angst, psychosomatischen Beschwerden und Stress [dienen]“. Des Weiteren diene der Einsatz des sog. Cooper-Tests⁹⁰ vor Beginn und nach Beendigung des Lauftherapieprogrammes dazu, den körperlichen Fitnesszustand bzw. die individuelle Ausdauerleistungsfähigkeit der Klienten zu überprüfen.

Im fünften Modul geht es um „sozialpsychologische Aspekte der Lauftherapie“ (ebd.: 7). Nach *Weber* (1999: 42ff.) habe die erzeugte Gruppendynamik im Lauftherapiekurs eine wichtige Bedeutung, da diese heilsame Kräfte besitzen könne und den Verlauf des therapeutischen Prozess unterstütze. Hierbei seien sich die Klienten in der Gruppe zunächst fremd, wobei der Gedanke, das Laufen einen gesundheitsfördernden Effekt bewirke, ein verbindender Faktor sein könne. Das gemeinsame Laufen rege hierbei die Kommunikation der Klienten untereinander an, sodass schnell Gespräche entstehen und eine Vertrautheit innerhalb der Gruppe entsteht. Aus einem Lauftherapiekurs könne so eine „echte“ Gruppe resultieren, die sich durch einen gemeinschaftlichen Zusammenhalt und Gefühle von Zugehörigkeit und Geborgenheit auszeichnet. In der Gruppenatmosphäre bestehe ein gegenseitiges Interesse für einander, in der sich die Teilnehmer auch duzen würden. *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 8ff.) zu Folge, bestehe der Auftrag des Lauftherapeuten in diesem Kontext darin, eine unterstützende Funktion hinsichtlich der Realisierung von Zielen der Klienten im therapeutischen Prozess einzunehmen, wobei er die Gruppendynamik vorrangig sich selbst überlassen solle. Beispielsweise könne er durch eine Regulation des Lauftempo dazu beisteuern, dass gruppenspezifische Prozesse entstehen können. Außerdem finde in der Gruppe eine Rolleneinteilung statt, in der verschiedene Verantwortlichkeiten übertragen werden. Des Weiteren bestehe im Paderborner Modell auch die Möglichkeit, Lauftherapie als Einzelintervention durchzuführen. Dieses geschehe jedoch weit aus seltener als die Initiierung von Gruppenange-

⁹⁰ Nach *STOLL* und *ZIEMAINZ* (2012: 10f.) misst der Cooper-Test, „welche Strecke eine Person innerhalb von 12 Minuten zu Laufen in der Lage ist“.

boten. Dies begründe sich nach *Weber* (1999: 46) in der Tatsache, dass manche Klienten besser entspannende Effekte durch Laufen erzielen, wenn die Laufaktivität nicht in einer Gruppe stattfindet.

Das sechste Modul knüpfe an Beratungskonzepte im Kontext von Einzel- und Gruppeninterventionen an (vgl. *Stoll/Ziemainz* 2012: 7). Nach *Weber* (1999: 46 f.) sei die Beratung an keinen Ort gebunden und könne in verschiedenen Situationen erfolgen. Hierbei gestalte sich die Beratung hauptsächlich durch den Lauftherapeuten, wobei sich die Klienten auch gegenseitig beratend unterstützen können. Demnach sollte der Lauftherapeut über kommunikative und soziale Fertigkeiten verfügen und in der Lage sein, individuelle Fähigkeiten der Klienten einzelfallbezogen abschätzen zu können. Hierbei müsse der Therapeut aber auch seine eigenen Grenzen erkennen und wissen wann seine Kompetenzen ausgeschöpft sind, indem er beispielsweise die Beratung an einen anderen Professionellen (Psychiater etc.) abgibt. Hierbei existiere keine Vorgabe darüber nach welcher Beratungsmethode der Lauftherapeut arbeiten sollte. Es sei ihm folglich freigestellt, ob er sich beispielweise an der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers orientiert oder lieber an der Systemtheorie von Bateson festhält. *Stoll und Ziemainz* (2012: 12) führen weiterhin an, dass das Lauftherapiesetting viele Möglichkeiten biete, denn das Setting „impliziere andere Handlungssituationen- und Muster als ein Sprechzimmer eines Psychiaters oder Psychotherapeuten“. Zudem können in der Beratung vielfältige Themen angesprochen werden (z.B. trainingsbezogene Probleme), wobei die Beratung auch eine „Lebens- und Partnerberatung“ inkludieren könne.

Das siebte Modul befasse sich mit dem Lauftherapeuten als Person. Für die Tätigkeit als Lauftherapeut sei dabei der Erwerb selbstreflexiver Kompetenzen unabdingbar. Den wissenschaftlichen Beobachtungen *Webers* (1999: 49ff.) zu Folge sei die Rolle des Lauftherapeuten ein ausschlaggebender Faktor für den Erfolg einer Lauftherapie. Entscheiden sei hierbei nicht nur, ob der Lauftherapeut über ein differenziertes Fachwissen verfügt, sondern vielmehr die Repräsentanz des Lauftherapeuten als Person. Wichtig sei in diesem Kontext die Art und Weise wie der Lauftherapeut die Lauftherapie gestaltet und auch persönlich auslebt. Nach *Stoll und Ziemainz* (2012: 10) zeichne sich ein Lauftherapeut deshalb dadurch aus, „was in der Psychotherapie das Beherrschen der von Carl Rogers formulierten sogenannten therapeutischen Grundverhaltensweisen [...] [genannt] [wird], nämlich Empathie (einfühlsames Verstehen), Kongruenz (Echtheit) und Akzeptanz“.

5.2.3 Ziele der Lauftherapie

Die Lauftherapie inkludiert sowohl übergeordnete Ziele als auch Teilziele. Die Ziele listen *Stoll und Ziemainz (2012: 7)* in einer Übersicht auf (s. Abb. 12):

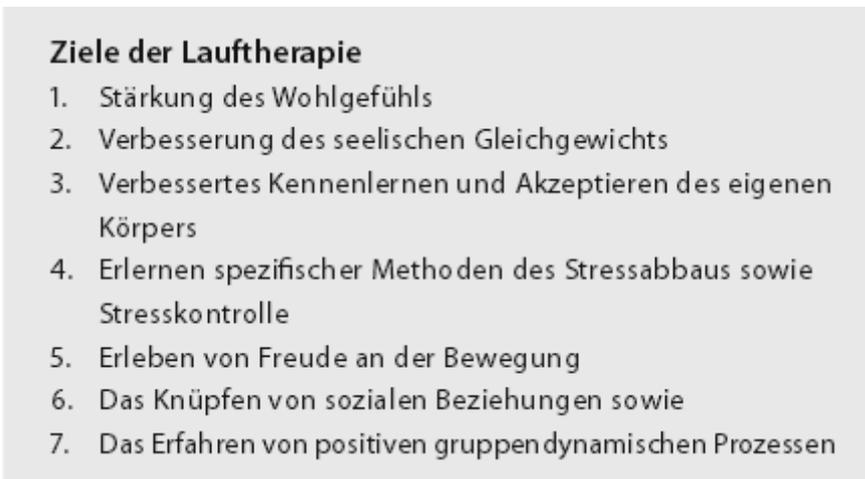


Abbildung 12: Ziele der Lauftherapie

Des Weiteren verfolge das Paderborner Lauftherapie-Modell drei Teilziele. Das erste Teilziel bestehe in einer Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit, wobei das zweite Teilziel einen besseren Umgang mit Belastungen (u.a. Stressoren) postuliert, der mit Hilfe der Lauftherapie erlernt werden müsse. Das dritte Teilziel sei eine Veränderung der Motivationslage, die in Anlehnung an Weber (1999) von einer anfangs eher extrinsischen Motivation zu einer intrinsischen Motivation umgewandelt müsse („Ich laufe, weil ich einen persönlichen Sinn darin sehe“) (vgl. *Stoll/Ziemainz 2012: 8*).

5.3 Kritischer Vergleich beider Therapiemodelle

Vergleicht man die Ausdauertherapie (AT) nach Petzold mit dem Paderborner Modell der Lauftherapie (PML) nach Weber so fallen Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf.

Eine Gemeinsamkeit spiegelt sich in der Grundannahme beider Therapiemodelle wieder, dass der Mensch ein „Körper-Seele-Geist-Wesen“ (AT) sei bzw. eine „leib- seelische Einheit“ (PML) bilde und deshalb ganzheitlich betrachtet werden müsse. Aller-

dings ist das anthropologische Selbstverständnis in der AT wesentlich tiefgreifender, da im integrativen Ansatz von einem sehr komplexen Menschenbild ausgegangen wird (Leibsubjekt, Einbettung in die Lebenswelt im sozialen und ökologischen Kontext/ Zeitkontinuum/ Verwirklichung von Hominität etc.). Der holistischen Betrachtungsweise zur Folge inkludieren beiden Modellen ein bio-psycho-soziale Perspektive, wobei im integrativen Ansatz der „ökopsychosomatische[n]“ (Petzold 2009: 39) Dimension im Kontext einer Humantherapie eine wichtige Bedeutung zu kommt. Im PML wird zwar eine bio-psycho-soziale Perspektive nicht explizit erwähnt, aber es kann angenommen werden, dass durch die Betrachtung des Menschen als Ganzes (vgl. Weber 1999: 60), diese ebenfalls gemeint ist. Zudem inkludieren beide Modelle einen ressourcenorientierten Ansatz, da diese davon ausgehen, dass der Mensch Selbstheilungskräfte besitzt und über eigene Ressourcen zur Lebensbewältigung verfügt (vgl. Weber 1999: 60, s. Kap. 5.1.1). Eine weitere Parallele zeichnet sich in dem Aspekt ab, dass beide Modelle ihre sporttherapeutischen Interventionen eher als „Bewegungswellness“ (AT) begreifen und der Fitnessaspekt (Leistung etc.) weniger im Vordergrund stehe. Beide Modelle betonen, dass der Fokus im therapeutischen Setting vielmehr auf die Freude und den Spaß am Laufen ausgerichtet sei, sodass ein stressfreies Laufen ermöglicht, dass nach dem PML aus einer intrinsischen Motivation erfolgen sollte. Darüber hinaus nehmen beide Modelle auch das Ziel einer verbesserten Ausdauerleistung in den Blick, wobei dieses nicht das primäre Ziel darstellt. Beide Ansätze orientieren sich an Prinzipien der Trainingslehre und verfolgen einen stetigen Konditionsaufbau durch eine moderate körperliche Aktivität, sodass die Klienten nicht überfordert werden und „sanft“ an Bewegungsaktivität herangeführt werden. Hierbei stützt sich das PML vor allem auf das DLZ-Standardlaufprogramm, das auch Schay/Petzold/Jakob-Krieger und Wagner in ihrer Publikation „Laufen streichelt die Seele“ (2004) aufgreifen. Hierbei kommt in der AT im Rahmen des Ausdauertrainings vor allem die Pulsuhr zur Ermittlung Herzfrequenz als Hilfsmittel zum Einsatz. In diesem Kontext beinhalten beide therapeutischen Modelle weit mehr als das reine „Laufen“ bzw. „Gehen“, wobei sich die AT im Zusammenhang mit der IBT besonders auf das „kreative Laufen“ stützt und verschiedene Methoden (mentales Training etc.), Techniken (z.B. kreative Imagination) und kreative Medien einsetzt. Aber auch das PML bezieht Entspannungstechniken, Koordinations- und Beweglichkeitsübungen etc. ein, wodurch z.B. durch den Einsatz des Barfußlaufens auch Monotonieeffekte des Laufen eingeschränkt werden. Zudem finden beide therapeutischen Modelle ausschließlich in der Natur statt. Dies hat vor allem bei der AT eine be-

sonderen Stellenwert, da die „ökopsychosomatische[n] Effekte der Landschaft“ einen heilsamen Faktor im therapeutischen Prozess darstellen können. Des Weiteren verstehen die AT und das PML therapeutisches Laufen bzw. Gehen im Kontext einer Gruppenintervention, wobei die PML auch als Einzelintervention eingesetzt werden kann. Beide messen den „sozialen Effekten“ im Zusammenhang mit einer positiven Gruppenatmosphäre eine zentrale Wichtigkeit zu, da diese heilsame Kräfte besitzen können. Des Weiteren bestehe in beiden Therapiemodellen die Aufgabe des Laufgruppenleiters darin für ein positives Gruppenklima bzw. für eine Konvivialität (AT) zu sorgen, wobei im PML hervorgehoben wird, dass der Lauftherapeut in die Gruppendynamik nur begrenzt eingreifen dürfe. Zudem wird im PML besonders die Bedeutung der Person des Lauftherapeuten herausgestellt, die ein sehr entscheidender Faktor für den Erfolg der Lauftherapie darstelle. In dieser Hinsicht müsse der Therapeut, sowohl im PML als auch in der AT spezifische Fähigkeiten mitbringen (z.B. Empathie, Optimismus, Kongruenz etc.). Im Hinblick auf festgelegte Ziele der AT und des PML sind überwiegend Ähnlichkeiten zu erkennen, z.B. Stärkung des Wohlbefindens, positives Körpererleben, Verbesserung der Körperwahrnehmung, verbesserter Umgang mit Belastungen bzw. Stressoren etc.).

Ein gravierender Unterschied zwischen der AT und dem PML besteht darin, dass die AT eine moderate Bewegungsaktivierung in Form von Walking bzw. Nordic-Walking bevorzugt und im Gegensatz zu PML Laufen nur in einem sehr geringen Umfang einsetzt. Das PML beinhaltet zwar im Rahmen des DLZ-Standardprogrammes auch vereinzelte Gehpausen, jedoch liegt hier insgesamt der Schwerpunkt auf dem Ausdauerlaufen (Jogging). Dies lässt sich wahrscheinlich auf die Tatsache zurückführen, dass sich das PML auf die Behandlung von „zeitlich begrenzten Störungen und Disharmonien“ versteht, und lediglich bei „depressiven Verstimmungen“ zum Einsatz kommt. Dagegen wird die AT gezielt in der Behandlung von unipolaren Depressionen (major depression) mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden in einem klinischen Setting verwendet. Hierbei hätten Praxiserfahrungen gezeigt, dass Laufen aufgrund einer geringen körperlichen Belastbarkeit der Patienten, nur in einem sehr kleinen Umfang möglich ist und deshalb Nordic Walking bei dieser Zielgruppe mehr Sinn ergebe. Diese müssen besonders schonend an das Ausdauertraining herangeführt werden, sodass kontinuierlich kleine Ziele erreicht werden und keine Demotivation entsteht. Das PML begreift sich in diesem Kontext als eine „unspezifische Prophylaxe“ im Hinblick auf „Beein-

trächtigungen im körperlichen und psychischen Bereich“ und eigne sich daher als präventiver Ansatz, weshalb er folglich nicht zur Behandlung ausgeprägter diagnostizierter Depressionen in Betracht komme. Zudem besitzt das PML keinen konzeptuellen bzw. methodischen „Hintergrund“ im Sinne einer ausgeprägten, differenzierten Philosophie inklusive wissenschaftstheoretischer Grundlagen (komplexer Bewegungsbegriff etc.), wie die AT mit ihrem integrativen Ansatz. Außerdem existieren keine Angaben hinsichtlich eines konkreten Beratungsansatzes. Dies mag zwar Freiheiten für den Lauftherapeuten mit sich bringen, könne zugleich aber auch die praktische Vorgehensweise erschweren. Die AT hingegen sieht sich als Teil eines methodenübergreifenden Verfahrens (IT), dass im Kontext einer „modernen, forschungsorientierten Psychotherapie, klinischen Psychologie und den ‚health sciences‘ [agiert]“ (Schay/Liefke 2009 :130). Zudem begreift sich die die AT im Zusammenhang eines multimodalen Behandlungskonzeptes mit philosophischen, sozialwissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Bezügen. Darüber hinaus stellt sie ein störungsspezifisches Konzept dar. Außerdem setzt die AT im Kontext der IBT eine differenzierte „prozessuale Diagnostik“ ein, während das PML hauptsächlich auf „klassische psychodiagnostische Fragebogenverfahren [zurückgreift]“ (Stoll/Ziemainz 2012: 10). Folglich ist das PML somit auch nicht in der Lage auf eine solche komplexe psychische Erkrankung wie die Depression eingehen zu können bzw. diese zu behandeln. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass sich die AT als methodischer Ansatz der IBT im Rahmen einer „ganzheitlich und differenziell ansetzenden Psychotherapie [versteht]“ (Schay u.a. 2004: 20), die gleichermaßen somatotherapeutische, soziotherapeutische, nootherapeutische und ökologische Elemente einbringt. Nach *Stoll* und *Ziemainz* (2012: 12) sei jedoch bedenklich, „ob die Lauftherapie [nach] [Weber] mit einer Psychotherapie gleichzusetzen ist“, da einige Merkmale für das Vorliegen einer Psychotherapie im PML nicht zutreffen⁹¹. Zwar seien einigen Charakteristika für eine Psychotherapie im PLM erfüllt wie, z.B. die „Hilfe zur Selbsthilfe“ oder Qualitätsmerkmale für einen Lauftherapeuten, allerdings würden nicht ausreichen, da noch einige Kriterien im PLM fehlen, wie z.B. „empirische Belege der Wirksamkeit, fundierte wissenschaftliche Theorie, Kontrolle von Nebenwirkungen“

⁹¹ „Eine Psychotherapie orientiert sich differenziert immer auch an definierten Krankheitsbildern. Sie nutzt präzierte therapeutische Anwendungsschemata. Eine Psychotherapie erbringt empirische Belege für die Wirksamkeit einer Behandlung, sie basiert auf einer fundierten, wissenschaftlichen Theorie und legt konkrete Qualifikationskriterien für einen Therapeuten fest. Insbesondere aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist die therapeutische Hilfe für den Patienten immer eine „Hilfe zur Selbsthilfe“. Eine Psychotherapie ist sich immer möglichen Kontraindikationen bewusst und versucht mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren“ (Stoll/Ziemainz 2012: 12).

(ebd.). Nichts desto trotz könne ein lauftherapeutisches Angebot in Folge körperlicher Anstrengung (Grenzerfahrung, „sich spüren“) unter guter Anleitung dazu beitragen, dass eine „reflexive Auseinandersetzung des Individuums mit sich selbst und der Umwelt [stattfindet]“ (ebd.), welches ein wichtiges Anliegen in der Psychotherapie darstelle.

Abschließend lässt sich feststellen, dass das PML im Gegensatz zur AT auf keine volitiven und kognitiven Hilfen verweist. Folglich fehlt eine Verknüpfung zu Motivationsforschung, als auch eine Rückbindung an den aktuellen neurobiologische Forschungsstand sowie eine Verwendung psychoedukativer Maßnahmen (z.B. in Form von „mini-lectures“). Das Fehlen volitiver Hilfen könnte in diesem Kontext damit zusammenhängen, dass diese im PML möglicherweise weniger benötigt werden als im Rahmen der Behandlung mittelgradiger bis schwerer depressiven Episoden (AT), wo Elemente „Integrativer Willenstherapie in Kombination mit Bewegung“ (Petzold u.a. 2009: 22) dringend erforderlich seien.

6. Einsatz der Lauftherapie in der Praxis Sozialer Arbeit

Nachdem anhand zweier Therapiemodelle exemplarisch vorgestellt wurde, wie therapeutischen Laufen in der Behandlung von Depressionen eingesetzt werden kann, gilt es sich abschließend mit der Frage zu beschäftigen, inwieweit sich die Lauftherapie in der Praxis Sozialer Arbeit realisieren lässt. Hierbei bezieht sich die Anwendbarkeit lauftherapeutischer Modelle vordergründig auf Praxisfelder, die besonders mit psychischen erkrankten Menschen (depressiven Menschen) in Berührung kommen. Zudem werden daran anschließend mögliche Chancen und Grenzen für die Soziale Arbeit aufgezeigt.

Diesbezüglich kann Soziale Arbeit gemäß der Neufassung der Generalversammlung des IFSW im Juli 2014 in Melbourne wie folgt definiert werden:

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit. Gestützt auf Theorien zur Sozialen Arbeit, auf Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, werden bei der Sozialen Arbeit Menschen und Strukturen eingebunden, um existenzielle Herausforderungen zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern [...]“ (Leinenbach/Stark-Angermeier 2015: o.S.).

6.1 Einsatzfelder

Das Praxisfeld der Klinischen Sozialarbeit⁹² stellt ein breit gefächertes Arbeitsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit dar und wendet sich an ein Klientel, das „aufgrund multippler Belastungssituationen erhöhte Erkrankungsrisiken trägt oder bereits erkrankt bzw. behindert ist“ (Bosshard u.a. 2013: 541). In Anlehnung an Gahleitner und Hahn (2009) fokussiere die klinische Sozialarbeit demnach den „erkrankte[n] oder von Krankheit bedrohte[n] Mensch und seine Lebenswelt“ (ebd.).

⁹² KLUG (2015: o.S.) definiert die *Klinische Sozialarbeit* als „eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit (»klinisch« bedeutet »behandelnd«). Ihr generelles Ziel ist die Einbeziehung der sozialen und psycho-sozialen Aspekte in die Beratung, (sozio-)therapeutische Behandlung und psycho-pädagogische Unterstützung [...]. Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit“. Nach BOSSHARD u.a. (2013: 540) versteht sich die Klinische Sozialarbeit in den USA (Clinical Social Work) „als eine eigene spezialisierte Profession“ und ist dort seit 1978 fest etabliert. Diese haben dort als lizenzierte Klinische Sozialarbeiter (Clinical Social Workers) die Möglichkeit sich mit einer Praxis selbstständig zu machen und „ihre Leistungen [...] mit den Krankenkassen abzurechnen“ (ebd.). Während in Deutschland die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit zwischen den Disziplinen Medizin und Psychologie agiert, versteht sich die Klinische Sozialarbeit in den USA im Bereich der Psychotherapie (vgl. ebd.).

Danach können im Rekurs auf Geissler-Piltz u.a. (2005) folgende Zielgruppen aufgelistet werden:

- „schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien,
- Menschen mit familiären Problemen und in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen,
- psychisch kranke Menschen,
- chronisch körperlich Kranke (z.B. Krebskranke oder Aids-Kranke und deren Angehörige) und behinderte Menschen,
- traumatisierte Menschen (z.B. nach Gewalterfahrung oder Missbrauch),
- dissoziale, gewalttätige und straffällige Menschen“ (ebd.).

Ein großes Klientel im Praxisfeld der Klinischen Sozialarbeit repräsentieren in diesem Kontext psychisch erkrankte Menschen, weshalb es sich gerade in diesem Handlungsfeld Sozialer Arbeit anbietet lauftherapeutischer Konzepte in die praktische Arbeit von Sozialarbeitern mit einzubeziehen. Zudem haben gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Klinischen Sozialarbeit einen hohen Stellenwert, da die „individuelle[...] psychosoziale[...] Gesundheit in soziale[n] Kontexte[n]“ (Hahn 2010: 3) ein zentraler Gegenstand Klinischer Sozialarbeit ist. Durch die Tatsache, dass lauftherapeutische Konzepte auf die Stärkung des Wohlbefindens, einen verbesserter Umgang mit Belastungen bzw. Stressoren etc. abzielen und somit einen gesundheitsfördernden Charakter besitzen, können diese folglich optimal im Bereich der Klinischen Sozialarbeit eingesetzt werden. Da die therapeutische Wirksamkeit von Laufen bereits in zahlreichen Studien im Kontext verschiedener Wissenschaften (Sport- und Bewegungswissenschaft, Psychologie und Medizin) untersucht wurde und antidepressive Effekte, wenn auch nicht evidenzbasiert, nachgewiesen werden konnten ist es nur logisch, dass die Klinische Sozialarbeit auch lauftherapeutische Maßnahmen in ihre Praxis einbindet, da sich diese an der „psychologischen, neurowissenschaftlichen, medizinischen, soziologischen, ethnologischen und angewandten sozial-wissenschaftlichen Forschung [orientiert]“ (ebd.). Zudem zählen „psychosoziale Beratung, sozio- und psychotherapeutische Behandlung, Krisenintervention sowie Case-Management“ (Bosshard u.a. 2013: 541) zum Aufgabenbereich praktizierender Klinischer Sozialarbeit, in dessen Kontext sich beispielsweise die AT nach Petzold anbringen ließe. Hierbei ergeben sich Einsatzbereiche sowohl im stationären, teilstationären und ambulanten Setting. Die Anwendung lauftherapeutischer Kon-

zepte wäre aber auch in unterschiedlichsten Beratungssettings Sozialen Arbeit denkbar (Beratungsstellen etc.).

Darüber hinaus könne auch über einen Einsatz in der Suchtkrankenhilfe (Suchtberatungsstellen etc.) nachgedacht werden, wobei wie schon in Kap. 4.3.1 angemerkt, gewisse Kontraindikationen zu beachten sind. Nach *Kuhlmann* (2012: 196f.) wurden beispielsweise von der Deutschen Sporthochschule Köln zahlreiche Studien erstellt (Simon 2006, Sauer 2007, Kriegs 2009 usw.) „um die Effekte der Sporttherapie in der Entwöhnungstherapie zu erfassen, [wozu] unter anderem das Nordic Walking als therapeutisches Angebot eingeführt wurde“. Die Untersuchungen konnten positive Effekte auf die „aktuelle und habituelle Befindlichkeit“ (ebd.) feststellen. Auch Untersuchungen von Schay, Petzold, Jakob-Krieger und Wagner (2004) ergaben, dass 80% der 69 stationär behandelten Drogenabhängigen Laufen als hilfreich hinsichtlich einer Stabilisierung bzw. Abstinenz, empfanden (vgl. Bartmann 2009: 51).

6.2 Chancen und Grenzen

Hinsichtlich der Realisierung der Lauftherapie in Praxisfeldern der Sozialen Arbeit, insbesondere in der Klinischen Sozialarbeit, kann zunächst festgehalten werden, dass sich je nach Klientel unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten lauftherapeutischer Konzepte ergeben. In diesem Zusammenhang eignet sich beispielsweise die AT besonders in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit unipolaren Depressionen und findet daher vor allem in einem klinischen oder ambulanten Setting Verwendung. Dagegen würde sich das PML nicht im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung anbieten, sondern wäre eher für ein Klientel geeignet, dessen Gesundheit gefährdet bzw. von Krankheit bedroht ist. Hier ergebe der Einsatz des PML mehr Sinn, da es sich als eine präventive Maßnahme versteht und deshalb eine gute Möglichkeit im Kontext einer Gesundheitsförderung bietet.

Um jedoch Formen therapeutischen Ausdauersports, z.B. Nordic Walking (AT), überhaupt in der klinischen Praxis realisieren zu können, bedarf es einer „entsprechenden Motivierung und Anleitung des Patienten, weil dieser möglicherweise seit Jahren sportlich nicht mehr aktiv gewesen ist“ (Brooks 2012: 92). Zudem merkt der Autor an, dass Menschen mit einer depressiven Störung im Vergleich zu anderen psychischen Erkran-

kungen meistens auch ausgeprägtere motivationale Probleme aufweisen, weshalb motivationsfördernde Aspekte in der Behandlung von depressiven Patienten besonders wichtig für das Gelingen eines therapeutischen Ausdauertrainings seien. Außerdem würden zahlreiche depressive Patienten den festen Standpunkt vertreten, dass sie generell nicht in der Lage seien sich körperlich-sportlich aktiv zu betätigen, sodass es für Therapeuten erschwert werde, diese überhaupt für ein bewegungstherapeutisches Angebot zu motivieren (vgl. Brooks 2003: 194). Es wird also deutlich, dass die praktische Umsetzung sporttherapeutischer Interventionen direkt zu Anfang schon auf größere „Hindernisse“ stoßen kann. *Brooks* (2003: 194) weist in diesem Kontext ebenfalls darauf hin, dass Walking bzw. „gestufte[...] Spaziergänge“ für den „Einstieg eine große Hilfe [darstellt]“. Darüber hinaus dürften Patienten mit einer schweren depressiven Episode nicht gleich zu Anfang des stationären Aufenthalts überfordert werden. Nach *Brooks* (2012: 96) sollte vielmehr bis zu einer leichten Reduktion der akuten Symptomatik abgewartet werden, bevor die Motivation zu einem regelmäßigen sporttherapeutischen Ausdauertraining erfolge.

Es stellt sich somit für die Soziale Arbeit die Frage, welche Faktoren diese beachten müsse um die Motivation der depressiven Patienten zu erhöhen. Dazu führt *Brooks* (2003: 195) als zentrales Argument an, dass sport- und bewegungstherapeutische Ansätze „Grundsätze[...] der motivationalen Gesprächsführung“⁹³ inkludieren müssen. *Miller* und *Rollnick* (2009: 53ff.) benennen in diesem Zusammenhang drei grundsätzliche Einstellungen, die ein Therapeut in der motivierenden Gesprächsführung einnehmen sollte: Partnerschaftlichkeit⁹⁴, Evokation⁹⁵ und Autonomie⁹⁶.

Götschi (2006: 309) hat diesbezüglich in einer Übersicht die Phasen des Motivational-Interviewing-Prozesses nach *Miller* und *Rollnick* zusammengefasst:

⁹³ Nach *MILLER* und *ROLLNICK* (2009: 47) versteht sich die „motivierende Gesprächsführung als eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“. Die Basis für das Verständnis motivierender Gesprächsführung (MG) bilde hierbei die Erzeugung des sog. change-talks, der „eine Person in Richtung Veränderung in Gang setzt“ (ebd.: 46). Die MG verstehe sich als „eine Weiterentwicklung des klientenzentrierten Therapieansatzes, den *Rogers* entwickelt hat“ (ebd.: 47), wobei diese direktiv ausgerichtet sei und auf eine Auflösung von Ambivalenzen abziele, die ein „Schlüssel [sei], um Veränderung hervorzurufen“ (ebd.: 48). Zudem stelle die MG eine Methode der Kommunikation dar und beinhalte kein Repertoire von Techniken (vgl. ebd.: 46ff.).

⁹⁴ „Es besteht eine Partnerschaft, die die Kenntnisse und Standpunkte des Klienten würdigt. Der Therapeut schafft eine Atmosphäre, die Veränderung eher fördert als erzwingt“ (*Miller/Rollnick* 2009: 55).

⁹⁵ „Es wird angenommen, dass Ressourcen und Motivation zur Veränderung im Klient selbst vorhanden sind. Diese intrinsische Motivation zur Veränderung wird durch Einbeziehung der Wahrnehmungen, Ziele und Werte des Klienten verstärkt“ (*Miller/Rollnick* 2009: 55).

⁹⁶ „Der Therapeut bestätigt das Recht und die Fähigkeit des Klienten auf Selbstbestimmung und fördert eine ausgewogene Entscheidungsfindung“ (*Miller/Rollnick* 2009: 55).

Phase 1: Ambivalenz erkunden

Ambivalenz des Patienten in Hinblick auf ein bestimmtes Verhalten erkunden und Bereitschaft für Veränderung stärken.

- Offene Fragen
- Empathie, Affirmation, Würdigung des Patienten
- Aktiv Zuhören: z.B. Zusammenfassungen, Wiederholen des Gesagten
- Change-Talk: Diskrepanzen entwickeln: Klient nimmt dadurch die Diskrepanz zwischen aktuellem Verhalten und seinen wesentlichen Zielen wahr
 - Bewertung der Wichtigkeit der Veränderung aus Sicht des Patienten
 - Vor- und Nachteile des heutigen Verhaltens und der Veränderung diskutieren
 - Extreme Entwicklungen erfragen:
 - Zukunftsbilder erfragen (Wie könnte Ihre Zukunft aussehen, wenn...?, Was wäre anders, wenn ...?)
- Den Widerstand des Patienten nicht bekämpfen, sondern nichtkonfrontativ mit ihm umgehen
- Veränderungszuversicht des Patienten stärken

Phase 2: Änderungsplan festlegen

Wenn der Patient bereit für eine Veränderung ist.

- Zusammenfassung des Gesagten, in Worten des Patienten
- Ziele vereinbaren
- Optionen erarbeiten, wie diese Ziele erreicht werden könnten (hier sind Sachinformationen angebracht, wenn von Patient gewünscht)
- Veränderungsplan festlegen

Zudem ist anzumerken, dass die Autorin einen kreativen Umgang mit Widerstand postuliert, der sich auch im Titel ihrer Publikation widerspiegelt „Tanzen statt kämpfen – motivierende Gesprächsführung als Veränderungshilfe“⁹⁷.

Sowohl *Brooks* (2012: 93), *Weber* (s. Kap. 5.2.3) als auch *Miller* und *Rollnick* (2009: 54) verweisen darauf, dass für einen Erfolg im therapeutischen Prozess die Ausbildung einer intrinsischen Motivation des Klienten unabdingbar ist. Nach *Brooks* (2012: 93ff.)

⁹⁷ Für weiterführende Informationen zur motivierenden Gesprächsführung (vgl. Miller, W. R.; Rollnick, S., 2009).

sei eine intrinsische Motivation ein wichtiger Ausgangspunkt für eine nachhaltige Veränderung zu einem „körperlich aktiven Lebensstil“ (ebd.: 93) der Klienten. Folglich sei ein Zwang zur Teilnahme bzw. eine Überredung zu einem sporttherapeutischen Ausdauertrainings weniger zielführend. Mit Hilfe der motivierenden Gesprächsführung sollte der Klient vielmehr selbst „zu einer eigenen und eigenmotivierten Entscheidung [...] [gelangen]“ (ebd.). Der Autor verweist in diesem Kontext auf eine Studie von Ahmadiar (2008) die untersuchte „inwieweit es im Rahmen einer zeitlich begrenzten stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung möglich ist, Patienten besser für eine regelmäßige Teilnahme an einem therapeutischen Ausdauertraining zu motivieren“ (ebd.: 95). Die Ergebnisse der klinischen Studien ergaben, dass mit Hilfe einer Technik der motivierenden Gesprächsführung (Entscheidungsbalance) „die Compliance am Therapieprogramm drastisch verbessert werden konnte [Anstieg um 70%]“ (ebd.).

Darüber hinaus gibt der Autor einige Tipps für eine praktische Umsetzung sporttherapeutischer Maßnahmen im Hinblick auf motivationale Aspekte:

- ➔ Verwendung von Erklärungsmodellen zur Wirksamkeit von Sport, ausführliche Informierung über die Durchführung des bewegungstherapeutischen Angebotes (psychoedukativ).
- ➔ Einsatz von Aktivitätsbüchern zur besseren Überprüfung von Fortschritten und Problemen im Rahmen der sporttherapeutischen Intervention.
- ➔ Berücksichtigung von Befürchtungen bzw. Widerständen.
- ➔ Keine zu hohe Intensität zu Anfang der lauftherapeutischen Maßnahme in der Gruppe.
- ➔ Berücksichtigung der klimatischen Bedingungen. Hitze, Kälte etc. können Widerstände bewirken. Patient sollte zur Erkenntnis gelangen, dass durch angepasste Kleidung Ausdauertraining bei jeder Wetterlage möglich ist.
- ➔ Verwendung eines Fahrradergometer besser vor dem Fernseher als im Keller.
- ➔ Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio können zu einer regelmäßigen Training motivieren (vgl. Brooks 2012: 92f.).

Es lässt sich folglich anmerken, dass die AT nach Petzold viele der praktischen Hinweise von Brooks in ihrem Konzept aufgreift, da sie kognitive Überzeugungshilfen (mini-lectures etc.) inkludiert und somit psychoedukative Elemente berücksichtigt und sich durch eine volitive Beharrlichkeit auszeichnet. Durch die Rückbindung an aktuelle Er-

gebnisse der Motivationsforschung und die besondere Ausrichtung auf die Stärkung der Willenskraft der Patienten kann die AT somit besonders im Kontext eines klinischen Settings zur Behandlung von Depressionen mit sowohl mittleren als auch schweren depressiven Episoden in Betracht gezogen werden. Mit Hilfe der Integrativen Therapie und einer multi-modalen Vorgehensweise, wobei sich die AT als übungszentriert-funktionale Modalität versteht, kann diese somit wesentlich zur Gesundheitsförderung und zum Heilungsprozess von psychischen Erkrankungen (Depression) beitragen. Folglich ließe sich die AT im Rahmen einer Klinischen Sozialarbeit sehr gut realisieren. Eine Aufgabe Sozialer Arbeit könnte während der AT sein, herauszufinden an welchem Punkt der Veränderung der Klient sich jeweils befindet um ggf. einen kreativen Umgang mit Widerstand zu initiieren.

In diesen Rahmen merkt jedoch *Bartmann* (2009: 83) kritisch an, dass sich lauftherapeutische Konzepte nicht für jeden psychisch erkrankten Menschen eignen, denn „wer trotz Überwindung seiner Anfangsängste als Läufer innerlich Joggen als Bestätigung für sich ablehnt, dem wird es [...] zumindest psychisch nicht viel bringen“. Der Autor nennt hierbei Ausdauersportarten wie z.B. Radfahren oder Schwimmen die in diesem Zusammenhang alternativ betrieben werden können.

Um jedoch lauftherapeutische Konzepte wie z.B. die AT oder auch das PML in der Praxis Sozialer Arbeit überhaupt realisieren zu können, bedarf es neben einer spezifischen professionellen Haltung und praktischer Handlungskompetenzen eine Vertiefung von Wissensbeständen (umfassende psycho-soziale Kenntnisse etc.). An dieser Stelle ist die Soziale Arbeit gefordert Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zu installieren, sodass lauftherapeutische Konzepte auch in der Praxis Sozialer Arbeit umgesetzt werden. Eine Studie von *Newzrella* (2009: 73ff.) zum Stellenwert von Körpertherapien und Joggen bei Berufspraktikanten der Sozialen Arbeit hat dabei ergeben, dass „die meisten Sozialpädagogen eine sehr positive Einstellung zu Körpertherapie und Joggen [besitzen], [wobei] [...] trotz der hohen Wertschätzung [...] über die Hälfte der Befragten [verneinen], körperbezogene Interventionen in ihrer Praxis anzuwenden“ (ebd.: 73). Ausschlaggebend sei hierbei, dass ein Großteil der Sozialarbeiter in ihrem Studium nur oberflächlich mit dieser Thematik in Berührung gekommen sei, weshalb 80% der Befragten angaben, eine Integration von Basiswissen zu Körpertherapien als sinnvoll zu erachten. Zudem gab eine Mehrheit der Befragten an, dass die Qualifikationen von Sozialpädagogen nicht ausreichend wären, um die therapeutischen Maßnahmen durchzu-

führen zu können, da beispielsweise Zusatzqualifikationen fehlen würden. Nach *Heinzig* (2009: 83ff.) ergebe sich deshalb eine Integration lauftherapeutischer Programme in die Ausbildung von Sozialpädagogen, wie es beispielsweise im Studiengang der Sozialen Arbeit an der Fachschule Würzburg-Schweinfurt oder Evangelischen Fachhochschule Freiburg der Fall sei. Darüber hinaus stellen lauftherapeutische Konzepte für die Realisierung in der Sozialen Arbeit eine kostengünstige therapeutische Intervention dar, da sie nur in begrenzter Anzahl (kreative) Medien (z.B. Pulsuhren) benötigen und in der freien Natur ausgetragen werden können. Es muss jedoch dafür gesorgt werden, dass Klienten über geeignete Laufkleidung, Schuhe etc. (Nordic-Walking Stöcke) verfügt.

Außerdem gehört es zur Aufgabe der Sozialen Arbeit, sporttherapeutisches Ausdauertraining passend für den Alltag der Klienten zu gestalten, da diese sich an den Bedürfnissen und der Lebenswelt der Klienten orientiert und einen „unmittelbaren Bezug zur alltäglichen Lebenspraxis ihrer Klienten [herstellt]“⁹⁸ (Bosshard u.a. 2013: 61). Beispielsweise kann in Anlehnung an Brooks praktische Hinweise (s.o.) ein Ausdauertraining im Fitnessstudio (z.B. auf dem Laufband) für manche Klienten genauso eine heilsame Wirkung haben, wie ein Ausdauertraining in der Natur. Anlässlich aktuell steigender Anmeldezahlen in Fitnessstudios und einem sichtlichen Trend hin zum Fitnesstraining⁹⁹, stellt sich die Frage ob ein Besuch im Fitnessstudio für manche Klienten im Alltag praktischer und auch näher an der Lebenswelt und den persönlichen Vorlieben des Klienten sein könnte. Beispielsweise könnte auf dem Rückweg von der Arbeit ein Besuch im Fitnessstudio für manche Klienten näher liegen, als die Fahrt in ein Naherholungsgebiet (Wald, Park etc.). Außerdem könnte unabhängig von der klimatischen Witterung (z.B. Eis, Schnee) und der Tageszeit (Dunkelheit/Helligkeit) trainiert werden, da die Fitnessstudios (insbesondere große Ketten) meist lange Öffnungszeiten haben. Hierbei können überfüllte Fitnessstudios zu Stoßzeiten allerdings auch hinderlich sein, weshalb in Betracht gezogen sollte evtl. Randzeiten zu nutzen. Nach *Dimeo* u.a. (2008: 289) können zudem mit Hilfe des Laufbandes depressive Patienten dazu ermutigt werden, „das entsprechende Tempo vielleicht trotz Motivationsmangels einzuhalten“. Die Nutzung von Fitnessstudios bei Klienten könne auch im Hinblick auf die aktuelle For-

⁹⁸ „Das Konzept der Lebenswelt- oder Alltagsorientierung [...] bezeichnet sowohl ein Rahmenkonzept der Theoriebildung Sozialer Arbeit als eine Orientierung ihrer Praxis, die sich in institutionellen Programmen und Modellentwicklungen, Konzepten sozialpädagogischen Handelns sowie in sozialpolitischen Rahmenbedingungen konkretisiert“ (Grunwald/Thiersch 2004: 13).

⁹⁹ Nach *WOHNER* (2014: o.S.) ergab die Studie "Der deutsche Fitnessmarkt 2014", die von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte, dem DSSV und der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Auftrag gegeben, dass bereits „jeder zehnte Deutsche in einer von bundesweit 7940 Fitnessanlagen [trainiert]“. Das entspräche einem „Mitgliederwachstum von 8,1 % im Vergleich zum Vorjahr“.

schung ein interessanter Aspekt sein. Des Weiteren kann aber genauso gut für einige Klienten die Anbindung an einen Sportverein oder einen Lauftreff nach einer abgeschlossenen AT oder PML sinnvoll erscheinen, da diese beispielsweise eine Sportaktivität in der Gruppe präferieren. Vor diesem Hintergrund gilt es außerdem zu erwähnen, dass einige Studien davon ausgehen, dass Krafttraining ähnlich positive Effekte wie Ausdauertraining bewirken können, weshalb einige Autoren sich für eine Kombination von Ausdauertraining und Krafttraining aussprechen (vgl. Brooks 2003: 196, Dimeo u.a. 2008: 289).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass *Petzold* (2014: 23ff.) davon ausgeht, dass Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen, wie z.B. die Ausdauertherapie als alleinige Maßnahme nicht ausreicht um „eher nachhaltige Erfolge und Lebensstiländerungen zu erreichen“ (ebd.: 25). In der Behandlung von Depressionen sei hierfür ein ganzes Gesamtbündel an komplexen Maßnahmen erforderlich. Dazu zähle nicht nur schon wie bereits erwähnt eine moderne antidepressive Medikation in Koordination mit einem Psychiater, sondern auch eine intermittierende fokale Therapie¹⁰⁰, netzwerktherapeutische Maßnahmen¹⁰¹, agogische und kreativtherapeutische Maßnahmen¹⁰² und metatherapeutische Maßnahmen¹⁰³. Hierbei müsse bei jeder Maßnahme, nicht nur bei der AT, „der Wille des Patienten gewonnen werden“. Wie genau sich ein solches „Maßnahmenbündel“ (ebd.: 26) zusammensetzte hänge dabei vom Wissensstand und der Methodenkompetenz des Therapeuten ab. Zudem könne festgehalten werden, dass sich eine multimodale Therapie in einem ambulanten Setting meist schwierig darstelle, „da die motivationalen Systeme der PatientInnen weitgehend ‚deaktiviert‘ sind“ (ebd.: 14).

¹⁰⁰ Nach PETZOLD (2014: 23) beinhalte eine *intermittierende fokale Therapie* „als mittelfristige Karrierebegleitung oder als kontinuierliche mittel- bis langfristige Therapie [...] verschiedene Schwerpunkte der Veränderung negativer Schemata, d.h. dysfunktionaler Narrative und Scripts“. Dazu gehöre die Veränderung negativer Kognitionen, negativer Emotionen, ineffizienter Volitionen und dysfunktionaler volitiven Stilen durch Willensempowerment und dysfunktionaler sozio-kommunikativer Stile.

¹⁰¹ Zu den *netzwerktherapeutischen Maßnahmen* zählen eine Stärkung des familialen Netzwerkes, des amikalen sozialen Netzwerkes, des kollegialen sozialen Netzwerkes und Aufbau eines Kontaktnetzes in sportiven bzw. erwachsenenbilderischen Kontexten und Aktivitäten sozialen Engagements (vgl. Petzold 2014: 23)

¹⁰² *Agogische und kreativtherapeutische Maßnahmen* inkludieren die „Förderung der beruflichen Reintegration [...], der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens [...], der Sinneswahrnehmung und des kreativen Ausdrucks [...] [und] [der] Interessen, sozialem Engagement, Freizeitgestaltung“ (Petzold 2014: 24).

¹⁰³ *Metatherapeutische Maßnahmen* dienen zur „Be- und Verarbeitung der Krankheitskarriere und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen, Reflexion der psychosozialen, ggf. ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung, Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfsagenturen [...] [und] zum Bewusstwerden von dem, was im Leben zählt, gut tut und wichtig ist, um ihm im Sinne persönlicher und gemeinschaftlicher ‚Lebenskunst‘[...] nachzugehen“ (Petzold 2014: 24).

Folglich müsse auch die Soziale Arbeit diese Aspekte berücksichtigen und erkennen, dass lauftherapeutische Konzepte allein, in der Behandlung von diagnostizierten Depressionen nicht ausreichend sind. Es kann allerdings angenommen werden, dass diese einen „heilenden“ Faktor innerhalb des Behandlungsprozesses darstellen.

7. Fazit

Zusammenfassend kann aufgrund der dargestellten Erläuterungen zunächst festgehalten werden, dass Laufen unter einer biopsychosozialen Perspektive eine Vielzahl positiver Effekte auf die physische, psychische und soziale Gesundheit erzielt. Allerdings kann nicht verallgemeinert werden, dass Laufen als per se „gesund“ anzusehen ist, da sportliche Aktivität im Kontext von Gesundheit immer auch an bestimmte Risiken geknüpft ist.

Am Krankheitsbild der Depression wird aufgezeigt, *inwiefern Laufen als „heilsamer“ Faktor in der therapeutischen Betreuung von psychisch erkrankten Menschen „wirksam“ eingesetzt werden kann.* Durch die Prüfung des aktuellen Forschungsstandes ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass Laufen als therapeutisches Mittel in der Behandlung von psychischen, insbesondere depressiven Erkrankungen, positive Wirkungen erzielt. Hierbei sind jedoch weitere Studien mit hohen methodischen Standards nötig, um eine endgültige Wirksamkeit wissenschaftlich bestätigen zu können und lauftherapeutische Konzepte als evidenzbasierte Behandlungsmaßnahme anzuerkennen.

Therapeutisches Laufen kann in Form von zwei verschiedenen Therapiemodellen in der Behandlung eingesetzt werden. In diesem Kontext eignet sich die integrative Ausdauertherapie besonders in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit unipolaren Depressionen, da sie in ein methodenübergreifendes Verfahren eingebunden ist und motivationale Aspekte in der praktischen Umsetzung berücksichtigt, sodass eine nachhaltige Veränderung zu einem körperlich aktiven Lebensstil ermöglicht wird.

Die integrative Ausdauertherapie kann somit einen wichtigen Beitrag zum Heilungsprozess von Depressionen leisten. Sie stellt ein erfolgsversprechendes lauftherapeutisches Konzept dar, dass sich insbesondere im Rahmen einer gesundheitsfördernden klinischen Sozialarbeit als sport- und bewegungstherapeutische Maßnahme realisieren lässt.

Hierbei wäre es für die Zukunft wünschenswert, dass lauftherapeutische Konzepte Eingang in die Aus- und Fortbildung der Sozialen Arbeit finden, damit eine qualifizierte und fundierte Anwendung ermöglicht wird.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: Dgvt- Verlag.

Bartmann, U. (2009): Laufen und Joggen für die Psyche. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Verlag.

Bandura, B. (2011): Kooperation und Gesundheit. Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23-38.

Blättner, B. (2007): Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. In: Kirch, W. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Band 2. Ausgabe 2. o.O.: Springer Medizin Verlag, S. 67-73.

Bosshard, M.; Ebert, U.; Lazarus, H. (2013): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Brand, R. (2010): Sportpsychologie. Lehrbuch. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Broocks, A. (2003): Depressive Störungen. In: Reimers, C.; Broocks, A. (Hrsg.): Neurologie, Psychiatrie und Sport. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 190-198.

Brooks, A. (2012): Sport- und Bewegungstherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Voraussetzungen für eine nachhaltige Verhaltensänderung. In: Deimel, H. (Hrsg.): Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. 1. Auflage. Sankt Augustin: Academia Verlag, 89-99..

Deimel, H. (2012): Vorwort. In: Deimel, H. (Hrsg.): Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. 1. Auflage. Sankt Augustin: Academia Verlag, S. 7-9.

Dietrich, A.; Mc Daniel F.W. (2004): Cannabinoids and exercise. British Journal of Sports Medicine. Ausgabe 38. o.O.: o.V., S.516-524.

Dimeo, F.; Halle, M.; Henningsen, P. (2008): Depression. In: Halle, M.; Schmidt-Trucksäss, Hambrecht, R.; Berg, A. (Hrsg.): Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Egger, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin. 16. Jahrgang, Nr. 2. o.O.: o.V., S. 3-12.

Egger, J.W. (2008): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in der Praxis. Der lange Weg von der Psychosomatik zur aktuellen biopsychosozialen Medizin. Verfügbar unter: <http://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis/>. Abgerufen am: 20.05.2015.

Froböse, I. (2006): Running & Health. Kompendium gesundes Laufen, Walking & Nordic Walking. Köln: Zentrum für Gesundheit der deutschen Sporthochschule Köln. Verfügbar unter: http://www.ingo-froboese.de/wp-content/uploads/2012/09/Running_Health.pdf. Abgerufen am: 27.05.2015.

Fuchs, R.; Klaperski S. (2012): Sportliche Aktivität und Stressregulation. . In: Fuchs, R.; Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 100-121.

Fuchs, R.; Schlicht, W. (2012): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Zum Stand der Forschung. In: Fuchs, R.; Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 1-11.

Gabel, W.; Zielasek, J. (2011): Ätiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle. In: Möller, H.J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.P. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 79-107.

Gahleitner, S.B.; Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013): Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. In: Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1(1), S. 1-14. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org>. Zugriff am: 24.05.2015.

Geese, R.; Reimers C.D. (2003): Grundlagen des Trainings. In: : Reimers, C.; Broocks, A. (Hrsg.): Neurologie, Psychiatrie und Sport. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 8-45.

Götschi, A. S. (2006): Tanzen statt kämpfen. Motivierende Gesprächsführung als Veränderungshilfe. In: Ars Medici. Nr. 7. o.O.: o.V., S. 308-310. Verfügbar unter: <http://www.motivationalinterviewing.ch/Downloads/MI%20G%C3%B6tschi.pdf>. Zugriff am: 03.07.2015.

Graf, C.; Rost R. (2001a): Sportmotorische Hauptbeanspruchungsformen. In: Rost, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 41-45.

Graf, C.; Rost R. (2001b): Ausdauersportarten. In: Rost, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 666-668.

Grunwald, K.; Thiersch, H. (2004): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Einleitende Bemerkungen. In: Grundwald, K.; Thiersch, H. (Hrsg.): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hahn, G. (2010): Fünf Jahre »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung«. Die Entwicklung einer klinischen Fachsozialarbeit. In: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 6. Jg. Heft 3. S. 3-7. Verfügbar unter: http://www.eccsw.eu/download/klinsa_2010-6-3_fulltext.pdf. Abgerufen am: 02.07.2015.

Hänsel, F. (2012): Sportliche Aktivität und Selbstkonzept. In: Fuchs, R.; Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 142-163.

Härter, M.; Berger M.; Schneider F.; Ollenschläger G. (Hrsg.) (2010): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Hartmann, C.U.; Platen, P.; Rost, R.; Schänzer, W. (2001): Biologische Grundlagen. In: Rost, R. (Hrsg.): Lehrbuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag, S.26-155.

Hartung, S. (2011): Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hautzinger, M.; Wolf, S. (2012): Sportliche Aktivität und Depression. In: Fuchs, R.; Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 164-185.

Heinzig, K. (2009): Laufen in der Ausbildung von Sozialpädagogen. In: Bartmann, U. (Hrsg.): Fortschritte in der Lauftherapie. Schwerpunktthema: Lauftherapie bei depressiven Störungen. Band 2. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 83- 91.

Höhmann-Kost, A. (2009): Der komplexe Bewegungsbegriff. In: Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 21-26.

Hölter, G. (2012): Leitlinien und Evidenzbasierung in der Bewegungstherapie. In: Deimel, H. (Hrsg.): Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. 1. Auflage. Sankt Augustin: Academia Verlag, 100-114.

Hölter, G. (2011): Körper, Leib und Bewegung. Begriffliche und inhaltliche Annäherungen. In: Hölter, G. (Hrsg.): Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendungen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 5-69.

Huck, G. (2006): Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. Konzepte und Modelle. In: Gaßmann, M.; Marschall, W.; Utschakowski, J. (Hrsg.): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 39-63.

Israel, S.; Witt, G. (1999): Sport und literarische Produktivität. Sollten Dichter boxen? In: Deutsches Ärzteblatt, 96. Heft 18, S. 1215-1216.

Jacobi, C.; de Zwaan, M. (2011): Essstörungen. In: Wittchen, H.; Hoyer, J. (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S. 1053-1081.

Kay, W.A. (2009): Meditieren in Laufschuhen. Kamphausen: Lüchow-Verlag.

Klug, G. (2015): Klinische Sozialarbeit. Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). Verfügbar unter: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/>. Abgerufen am: 02.07.2015.

Knoll, M. (2000): Sport und Gesundheit. Review deutschsprachiger Publikationen der Jahre 1996 bis 1999. In: International Journal of Physical Education, 37 (2), S. 50-57. Verfügbar unter:
https://www.sport.kit.edu/rd_download/Personal/Homepage_Knoll_Michaela_Journal_of_Physical_Education_Rewiew_2000_deutsch.pdf. Zugriff am: 27.05.2015

Köppel, M. (2003): Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage: Verlag Hans Jacobs.

Kuhlmann, T. (2012): Über den Stellenwert der Sporttherapie in qualifizierter stationärer Entzugsbehandlung und medizinischer Rehabilitation Drogenabhängiger. In: Deimel, H. (Hrsg.): Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. 1. Auflage. Sankt Augustin: Academia Verlag, S.191-199.

Lausberg, H. (2012): Ein Plädoyer für den Einsatz fachspezifischer Forschungsinstrumente in der körper- und bewegungstherapeutischen Forschung. In: Deimel, H. (Hrsg.): Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. 1. Auflage. Sankt Augustin: Academia Verlag, S. 10-23.

Leinenbach, M.; Stark-Angermeier, G. (2015): Definition der Sozialen Arbeit. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. DBSH. Verfügbar unter: <http://www.dbsh.de/beruf/definition-der-sozialen-arbeit.html>. Zugriff am: 02.07.2015

Marlovits, A.M. (2004): Lauf Psychologie. Dem Geheimnis des Laufens auf der Spur. Regensburg: Lauf- und Ausdauersportverlag.

Mayer, F. (2001): Mentales Training. Ein salutogenes Therapieverfahren zur Bewegungsoptimierung am Beispiel der rehabilitativen Gehschule. Hamburg.: Verlag Dr. Kovač.

Mertel, S. (2013): Der Krankheit davonlaufen. Lauftherapie bei Depression. In: Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift. Heft 5, S. 21-24.

Miller, W. R.; Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3., unveränderte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Murakami, H. (2010): Wovon ich rede, wenn ich vom Laufen rede. München: Btb-Verlag.

Newrzella, E. (2009): Einstellungen von Berufspraktikern der Sozialen Arbeit zu Körpertherapien und Joggen. In: Bartmann, U. (Hrsg.): Fortschritte in der Lauftherapie. Schwerpunktthema: Lauftherapie bei depressiven Störungen. Band 2. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 73- 81.

o.A. (2015): DLZ Deutsches Lauftherapiezentrum e.V.. Verfügbar unter: <http://www.lauftherapiezentrum.de/index.php>. Zugriff am: 29.06.2015.

Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung. 1.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pfaff, H.; Ernstmann, E.; Driller, E.; Jung, J.; Karbach, U.; Kowalski, C.; Nitzsche, A.; Ommen, O. (2011): Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 39-68.

Pasero, U. (2010): Systemtheorie. In: Becker, R.; Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. 2. erweiterte Auflage. Wiesbaden: Vs-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 252-256.

Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim/München: Juventa-Verlag.

Petzold, H.G. (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. 3. überarbeitete Auflage. Band I, 1 Leib- und Bewegungspsychotherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (2009a): Die „Integrative Bewegungstherapie“ aus Sicht des Begründers. In: Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, Kapitel X.

Petzold, H.G. (2009b): Der „Informierte Leib“. In: Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 27-44.

Petzold, H.G.; Orth, I.; Orth-Petzold, S. (2009): Integrative Leib- und Bewegungstherapie. Ein humanökologischer Ansatz. Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, Green Exercises. In: Integrative Bewegungstherapie. Nr. 2. o.O.: o.V., S. 4-48. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>. Abgerufen am: 10.03.2015.

Petzold, H.G. (2009/2010): Einführung zu einer Grundregel für die Integrative Therapie. Kontext und Hintergründe. In: Integrative Bewegungstherapie. Nr. 1. o.O.: o.V., S. 35-49. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>. Abgerufen am: 10.03.2015.

Petzold, H.G. (2012): Integrative Therapie. Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung . Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. In: Integrative Therapie Nr. 3. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>. Abgerufen am: 20.06.2015.

Petzold, H.G. (2014): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage. Veränderung der „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. In: Petzold, H.G.; Orth, I.; Sieper, J.: Die „Dritte Welle“. Neue Wege der Psychotherapie. o.O.: o.V., o.S. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/textarchiv-hg-petzold>. Abgerufen am: 10.03.2015.

Pudel, V.; Westernhöfer, J. (1998): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Reimers, C. (2003a): Einleitung. In: Reimers, C.; Broocks, A. (Hrsg.): Neurologie, Psychiatrie und Sport. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 2-3.

Reimers, C. (2003b): Gesundheitliche Auswirkungen körperlicher Aktivität. In: Reimers, C.; Broocks, A. (Hrsg.): Neurologie, Psychiatrie und Sport. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 46-55.

Reinhardt, C.; Wiener, S.; Heimbeck, A.; Stoll, O.; Lau, A.; Schliermann R. (2008): Flow in der Sporttherapie der Depression. Ein beanspruchorientierter Ansatz. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport. Ausgabe 24.o.O.: o.V. , S. 147-151.

Reule, B.; Bartmann, U. (2009): Joggen zur Behandlung von Depressionen. In: Bartmann, U. (Hrsg.): Fortschritte in der Lauftherapie. Schwerpunktthema: Lauftherapie bei depressiven Störungen. Band 2. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Verlag, S. 11-22.

Richter, R.; Härter, M.; Klesse, C.; Bermejo, I.; Berger, M.; Bschor, T.; Gensichen, J.; Hautzinger, M.; Kolada, C.; Kopp, I.; Kühner, C.; Lelgemann, M.; Matzat, J.; Meyerrose, B.; Mundt, C.; Niebling, W.; Ollenschläger, G.; Schauenburg, H.; Schneider, F.; Schulz, H.; Weinbrenner, S.; Harfst, T. (2011): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis. In: Psychotherapeutenjournal. Nr. 3. o.O.: Psychotherapeuten Verlag, S.244-254.

Rosenbrock, R. (2001): Was ist New Public Health? In: Rohdewohld, H. (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Band 44. Ausgabe 8. Nr. 103-o.O.: Springer- Verlag, S. 753-762.

Schay, P.; Liefke, I. (2009): Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schay, P.; Petzold, H.; Jakob-Krieger, Wagner, M. (2004): Laufen streichelt die Seele. Lauftherapie als übungs-und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. In: Integrative Therapie 1-2, S.150-175. Verfügbar unter: www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzhold. Zugriff am: 03.04.2012.

Schulz, K.; Meyer, A.; Langguth, N. (2011): Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. In: Rohdewohld, H. (Hrsg.): Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. Band 55. Ausgabe 1. O.O: Springer-Verlag, S.55-65.

Schwarz, W. (2013): Antonovskys Gesundheitsmodell. In: Beise, U.; Heimes, S.; Schwarz, W. (Hrsg.): Gesundheits- und Krankenlehre. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 415-422.

Stoll, O. (1997): Endorphine, Laufsucht und Runner's High. Aufstieg und Niedergang eines Mythos. Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 28 (1). o.O.: o.V., S.102-121.

Stoll, O.; Ziemainz, H. (2012): Laufen psychotherapeutisch nutzen. Grundlagen, Praxis, Grenzen. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Sudeck, G.; Schmid, J. (2012): Sportaktivität und soziales Wohlbefinden. In: Fuchs, R.; Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 56-77.

Villányi, D.; Junge, M.; Brock, D. (2009): Soziologische Systemtheorie. In: Soziologische Paradigmen nach Talcott Parsons. Eine Einführung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, S. 337-397.

Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (2009): Diagnostik, Behandlungsplanung und Dokumentation. In: Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 45-64.

Waibel, M.; Petzhold, H.G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 81-97.

Waibel, M.; Petzhold, H.G.; Orth, I.; Jakob-Krieger, C. (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib-und Bewegungstherapie (IBT). In: Waibel, M.; Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 1-20.

Weber, A. (1999): Das Paderborner Modell der Lauftherapie. In: Weber, A. (Hrsg.): Hilf Dir selbst: Laufe!. Paderborn: Junfermann Verlag, S. 13-53.

WHO (1946): Constitution. WHO. Geneva.

Wohner, L. (2014): Deutscher Fitnessmarkt. Fitness schlägt Fußball. In: Der Tagesspiegel, erschienen am 19.03.2014. Verfügbar unter:
<http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/deutscher-fitnessmarkt-fitness-schlaegt-fussball/9638832.html>. Zugriff am: 03.07.2015.

Woll, A.; Bös, K. (2004): Wirkungen von Gesundheitssport. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport. Ausgabe 20. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, S. 1-10.

Zeeck, A.; Schlegel, S. (2012): Sportliche Aktivität und Essstörungen. . In: Fuchs, R.; Schlicht, W. (Hrsg.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 230-250.

Zusammenfassung: Laufen - Balsam für die Psyche? Lauftherapie als heilsamer Faktor in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Wirksamkeit von Laufen als therapeutisches Mittel in der Beratung und Behandlung psychischer Erkrankungen. Es wird der Frage nachgegangen, ob Laufen als therapeutische Behandlungsmethode ein heilsamer Faktor zur Behandlung, insbesondere von Depressionen, darstellt. Ausgangspunkt bildete der Gedanke, inwieweit positive bzw. antidepressive Effekte durch aeroben Ausdauersport in der Therapie von Depressionen genutzt werden können. Therapeutisches Laufen wird in diesem Kontext auf dem Hintergrund einer biopsychosozialen Perspektive von Gesundheit skizziert und auf dessen Wirksamkeit untersucht. Hierzu wird die aktuelle Fachliteratur ausgewertet, sowie verschiedene Wirksamkeitsstudien im Hinblick auf die Effektivität von Laufen in der Therapie von Depressionen analysiert. Ziel ist zudem die Überprüfung verschiedener lauftherapeutischer Konzepte hinsichtlich der Anwendbarkeit und praktischen Umsetzbarkeit in der Sozialen Arbeit.

Die Literaturanalyse zeigt, dass mit einer hohen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass therapeutisches Laufen positive Effekte erzielt und somit ein „heilsamer“ Faktor in der Behandlung von Depressionen darstellt. Bisher existieren allerdings noch keine einheitlichen Empfehlungen hinsichtlich der Anwendungsform, Dauer und Häufigkeit von Bewegungsaktivität. Mit der integrativen Ausdauertherapie und dem Paderborner Lauftherapiemodell bestehen jedoch zwei lauftherapeutische Konzepte, die sich als effektive Behandlungsmethoden auch im Kontext einer gesundheitsfördernden klinischen Sozialarbeit realisieren lassen. Lauftherapie kann jedoch nicht als alleinige Maßnahme in der Therapie von Depressionen verstanden werden, sondern sollte in ein Netz aus verschiedenen Maßnahmen (z.B. antidepressive Medikation) integriert sein. Auf Grund mangelnder Studien mit hohen methodischen Standards findet sich bisher aber noch keine vollständige wissenschaftliche Anerkennung von sport- und bewegungstherapeutischen Konzepten als evidenzbasierte Behandlungsmaßnahme.

Schlüsselwörter: Lauftherapie, Depression, Integrative Ausdauertherapie, biopsychosoziale Gesundheit, klinische Sozialarbeit

Summary: Running – Balm for the psyche? Running therapy as a salutary factor in treatment of mental illness

The present paper deals with the effectiveness of running as a therapeutic medium in counselling and treatment of mental illness. In addition it will be asked what meaning is given to therapeutic running as a salutary factor especially in the treatment of depression. The starting point is based on the idea of how far positive and antidepressive effects of aerobic forms of sportive activities will be realized in depression treatment. In this context the effectiveness of therapeutic running is analysed from a biopsychosocial point of view. To this purpose the current specialist literature is evaluated and several efficacy studies are used with regard to the effectiveness of running in depression treatment. The objective is to review various therapeutic running concepts in respect to the applicability and practical feasibility in social work.

The analysis of appropriate literature indicates that with a high degree of probability therapeutic running as a salutary factor achieves positive effects in the treatment of depression. So far however there are no uniform standards in the context of applica-

tion, duration and frequency of physical activity. With the integrated movement therapy and "Paderborner Lauftherapiemodell", two therapeutic concepts exist which can be implemented as effective methods of treatment according to health-promoting clinical social work. Clearly, running therapy cannot be perceived as the sole measure in depression therapy. It has to be integrated into a network of different activities (e.g. the use of antidepressants). Due to lack of studies with high methodological standards there is as yet no complete scientific recognition of sports und movement therapy as evidence-based treatment.

Keywords: running therapy, depression, integrated movement therapy, biopsychosocial model, clinical social work