

Richtlinien des Deutschen Sportärztebundes

Bewegungs- und Sporttherapie bei depressiven Erkrankungen

Ausgearbeitet von der Sektion Rehabilitation und Behindertensport des Deutschen Sportärztebundes

Mitglieder der Sektion:

Prof. Dr. med. Aloys Berg, Freiburg; Dr. med. Heidemarie Franke, Magdeburg;
Prof. Dr. med. Ingomar Franz, Todtmoos; Dr. med. Günther Glatthaar, Nürnberg;
Prof. Dr. med. Wolfgang Groher, Bad Gandersheim; Prof. Dr. med. Max Halhuber, Bad Berleburg; Dr. med. Klaus Steinbach, Weiskirchen-Saar;
Dr. med. Tschirdewahn, Bad Buchau; Dr. med. Markus Zimmer, Gmund
(Vertreter des Deutschen Behindertensportverbandes);
Sektionsleitung: Prof. Dr. med. R. Rost, Köln;
Federführend für den Inhalt der Empfehlungen Dr. Günther Glatthaar.

1. Die Depression, ein häufiges Krankheitsbild mit komplexen Problemen

Die Depression gehört nach den vorliegenden epidemiologischen Daten zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern, mit einer hohen Prävalenz und Inzidenz im Morbiditätsspektrum unserer Gesellschaft, gekennzeichnet von einem ausgeprägten Krankheitswert für den Betroffenen.

2. Symptomatik, Diagnosefindung und Behandlung

2.1. Kernsymptome, Wesen und Bedeutung körperlicher und seelischer Beschwerden

Hauptsymptom des depressiven Patienten ist seine niedergeschlagene Stimmung. Zu den Kernsymptomen gehören: Verminderung des Antriebes, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verzweiflung, Suicidgedanken, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, sexueller Appetenzverlust, sozialer Rückzug, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit,

Schlaflosigkeit. Werden Anzeichen für eine Depression entdeckt, so ist ein Arzt bzw. Facharzt aufzusuchen.

2.2. Diagnosefindung

Vor jeder Behandlung sollte der Therapeut nach den Ursachen und eventuellen reaktiven Auslösern der Erkrankung suchen. Die Diagnosefindung stellt an den Arzt hohe Ansprüche.

2.2.1. Nosologische Einordnung

Zuerst erfolgt eine Überprüfung möglicher Grunderkrankungen, eventueller Risikofaktoren und eine Medikamentenanalyse. Diese Aspekte sind vor dem Hintergrund folgender psychopathologischer Konstellationen zu überprüfen: In einer Depression können sich soziale, psychische und medizinische Faktoren ausdrücken, wie beispielsweise grundlegende Veränderungen der Lebensbedingungen und daraus resultierende gesellschaftliche, finanzielle oder organisatorische Schwierigkeiten, aber auch Beziehungskonflikte, somatische Erkrankungen, körperliche Behinderungen sowie Aktivitätseinschränkungen und Abnahme der Leistungsfähigkeit. Bei solchen vielschichtigen und facettenreichen Bedingungen kann die Depression als Be-

gleitsyndrom in unterschiedlicher gradueller Ausprägung auftreten. Bei reaktiven Depressionen sind die Risikofaktoren zu identifizieren, die die depressive Symptomatik auslösen. Eine zweite große Gruppe bilden die endogenen Depressionen. Hier wird als wesentlicher pathogenetischer Faktor die Störung biochemischer Abläufe im cerebralen Stoffwechsel angenommen.

2.2.2. Mehrdimensionales, deskriptives Klassifikations-System (ICD-10 Schlüssel)

In der neuen ICD-10 Klassifikation bleibt die Unterscheidung reaktiv/endogen unberücksichtigt. Das mehrdimensionale Klassifikationssystem der ICD-10 läßt Ansatzpunkten für soziotherapeutische Verfahren, zu denen auch die Sporttherapie gehört, daher mehr Raum. Ferner ist bei der Ursachenforschung eine exakte Medikamentenanamnese, insbesondere bei älteren Patienten, unverzichtbar. Viele der häufig wegen Multimorbidität verordneten Medikamente besitzen ein depressiogenes Potential.

2.3. Behandlung

2.3.1. Gesamtbehandlungsplan

Therapie bei der Depression bedeutet die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes auf der Grundlage einer umfassenden Ursachenforschung. In dieser werden

- medizinische
 - soziale
 - psychotherapeutische und
 - psychoedukative
- Aspekte integriert.

Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung depressiver Patienten ist die positive Beziehung zwischen Arzt und Patient, die mit der Erstuntersuchung begründet wird. Therapieziel ist es, zur Normalisierung des Verhaltens und Handelns des depressiv Erkrankten in emotionaler, kognitiver und sozialer Hinsicht beizutragen. Selbst kleine Schritte weg von den Defiziten, und hin zu den medizinischen Ressourcen, die bei fast allen Patienten möglich sind, sind bereits Therapieerfolge.

2.3.2. Behandlungsansätze und ihre Übertragung auf ein sporttherapeutisches Programm

Sportbezogene Behandlungsprogramme gehören zu den Begleittherapien. Sie sind

in das individuell ausgerichtete gesamttherapeutische Konzept, innerhalb dessen der Arzt eine zentrale Position einnimmt, einzubinden.

2.3.3. Übernahme des Therapieablaufes

Aufbau und Ablauf des Behandlungsverfahrens orientieren sich an den Aspekten und Zielvorstellungen des Gesamtbehandlungsentwurfs bei affektiven Störungen. In der Regel empfiehlt sich die Übernahme folgenden erprobten Therapieablaufes:

- Diagnosefindung,
- Verhaltensanalyse,
- Zielbestimmung,
- Umsetzung in Behandlungsschritte.

3. Aufstellung eines systematischen Sportprogramms

Vor Beginn des sporttherapeutischen Programms stehen das Abklären der Sporttauglichkeit durch eine präventive Untersuchung und vor allem der Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Sie beeinflusst entscheidend die Effektivität des Sportprogramms. Zu wählen ist ein individuell differenzierter Bewegungsansatz, belastungsmäßig auf Alter, Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit abgestimmt. Der Therapeut/Sportlehrer sollte die individuellen Aktivierungsmöglichkeiten jedes einzelnen Patienten genau kennen. Bei Patienten mit depressiven Erkrankungen bestehen neben der psychischen Symptomatik im Einzelfall auch unterschiedlich ausgeprägte somatische, speziell motorische Manifestationen. Gehemmte Motorik und geringe körperliche Belastbarkeit werden häufig begleitet von subjektiven Gefühlen des Gelähmtseins und Schwere der Gliedmaßen. Ausgeprägte Antriebschwäche und das Gefühl persönlicher Unfähigkeit beeinträchtigen die Beziehung zum eigenen Körper. Häufig erscheint der Bewegungsablauf des depressiven Patienten mechanisch. In solchen Fällen besteht der erste Ansatz der Bewegungstherapie in einem eher passiven „Durchbewegen“ des Körpers, um Verspannungen zu lockern, Gelenke beweglich zu halten sowie den Kontakt zum

Therapeuten aufzunehmen. Die Erstellung eines systematischen Sportprogrammes mit entsprechendem Theoriebezug kann anschließend beginnen. Die im folgenden angegebenen Kriterien berücksichtigen dabei schwerpunktmäßig den Einsatz der Bewegungs- und Sporttherapie in Klinik und Reha-Einrichtungen.

4. Vorgehensweise und Umsetzung

4.1. Ausgangspunkt und Bereichsprofil

Ausgangspunkt ist die Aufstellung eines Bereichsprofils für den zu behandelnden Patienten. Es macht die Wechselbeziehungen von Bewegungstherapie mit allen weiteren therapeutischen Maßnahmen sichtbar und erleichtert die Evaluierung sportbezogener Programme. Der Variationsbreite der Krankheitsbilder wird Rechnung getragen. Die Bewegungs- und Sporttherapie verfolgt mit der Zielsetzung ihrer Sportprogramme das im Einzelfall angestrebte Behandlungsziel.

4.2. Zielbestimmung

Das Behandlungsziel ist im Idealfall die Wiederherstellung des ungestörten Zustandes des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Unter Berücksichtigung der Leitsymptome einer depressiven Erkrankung im kognitiven und emotionalen Bereich wird im Einzelnen angestrebt:

- Aufbau und Neuentwicklung des Körperbewußtseins
- Verbesserung der Alltagsmotorik
- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit
- Verbesserung der Wahrnehmungs-, Konzentrations- und Koordinationsfähigkeit
- Verbesserung der Befindlichkeit
- Vermittlung und Training sozialer Fertigkeiten

Schwerpunktmäßig soll über die Förderung der Selbstregulationsfähigkeit die Wiederherstellung des psycho-physischen Gleichgewichts erreicht werden. Akzeptanz und Annahme derartiger In-

halte und Angebote werden entscheidend bestimmt von den psychologischen, sportlichen und pädagogischen Fähigkeiten des Bewegungs- und Sporttherapeuten. Die Ansprüche, die an ihn gestellt werden, sind vielfältig und therapeutisch aufwendig. Er wird geduldig, dosiert und erfolgsorientiert den depressiv Erkrankten in seinem Dialog zum eigenen Körper bewegungsrelevant unterstützen. Er hilft, emotionale Erfahrungen zu verbalisieren und bewußt zu machen sowie Sinnzusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Funktionen zu verdeutlichen. Über eine solche intensive Zuwendung kann eine erste Verbesserung der Befindlichkeit erreicht werden. Der Kranke führt Bewegungen wieder selbständig aus. Dies schafft Selbstsicherheit und bringt verlorengegangenes Selbstbewußtsein zurück.

Kontakt- und Kooperationsaufgaben ergänzen die bewegungsorientierte Behandlungsstrategie. Es geht um die Lösung aus Isolation und Kontaktlosigkeit. Was schrittweise erreicht werden soll, ist eine Einstellungsänderung. Hauptansatz ist die kognitive Umstrukturierung. Eine enge Kooperation zwischen zielorientierten Bewegungs- bzw. Sportprogrammen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ist notwendig. Die zugrunde liegende Überlegung ist die Übertragung der Therapiekonzepte von strukturierten psychotherapeutischen Verfahren auf sportbezogene Programme. Das psychotherapeutisch motivierte Sporttreiben ist dann Teil eines integrierenden Gesamtbehandlungsplanes. In dieser Verbindung erfährt es seine spezifische Wirksamkeit.

4.3. Verhaltenstherapeutische Verfahren

Bewegungstherapie kann als Teil der Verhaltenstherapie betrachtet werden. Parallel finden verschiedene weitere verhaltenstherapeutische Verfahren statt, mit denen die Bewegungstherapie abzustimmen ist.

4.3.1. Kognitive Therapie nach Beck

Das Verfahren will erreichen, daß der therapeutische Prozeß für den Patienten transparent wird. Bewegungsübungen zur Körpererfahrung, schrittweise gesteigert

bis zur selbständigen Ausführung der Bewegung, sollen die Befindlichkeit verbessern.

Der Therapeut muß den Prozeß der Wiederherstellung des psycho-physischen Gleichgewichts bei der Planung und Durchführung der bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen aufmerksam begleiten und situativ sensibel reagieren. Gleichzeitig werden die negativen und inadäquaten Denkmuster, die das Verhalten und Erleben stören, herausgearbeitet und auf ihre logische und pragmatische Stimmigkeit überprüft. Als nächster Schritt wird, begleitet vom Sportprogramm, an der Änderung der Denkmuster gearbeitet.

4.3.2. Interpersonelle Psychotherapie (ITP)

Beim Einsatz der ITP steht im Mittelpunkt die Problemanalyse z.B. von Beziehungsängsten sowie interpersonellen Konflikten und Defiziten des depressiven Patienten. Flexible Interventionen sind möglich. Verschiedene sportliche Aktivitäten, die das gleiche Ziel verfolgen, können dieses Therapieverfahren begleiten. Erreicht werden sollen eine Korrektur der Einstellung sowie eine Verbesserung sozialintegrativer Fertigkeiten und der Selbstbehauptung. Abgestimmt auf Lebensalter, Leistungsfähigkeit und Problemanalyse fördert ein sportliches Aktivitätsprogramm die körperliche Fitness. Das Training der Sozialkompetenz kann durch partnerbezogene Spiele gestützt werden.

4.4. Gruppentherapie

Der Übergang von der Einzel- zur Gruppentherapie verläuft nicht immer problemlos. Depressive Patienten meiden den sozialen Kontakt. Interessenverlust, Verlust der Freude an Aktivitäten, Angst vor körperlicher Beeinträchtigung oder mangelnde Fähigkeit, auf Umgebung und Ereignisse emotional adäquat zu reagieren, sind die Symptome, die einer sozialen Integration im Wege stehen. Das Verhalten des Patienten ist anfangs meist scheu, mißerfolgsorientiert, mißtrauisch und abwartend. Der Verlauf der ersten Sprechstunde und die integrative Kontaktfähigkeit des Therapeuten entscheiden über Therapiefortsetzung und Therapieerfolg. Die Kranken sind individuell und gezielt

zu führen. Sie benötigen den persönlichen Rückhalt beim Therapeuten zur Motivation. Gruppentherapie ist langfristig anzulegen mit einer Vielzahl erlebnisorientierter Übungsformen. Die Patienten sollen erkennen lernen, daß eine negative Grundeinstellung durch positive Handlungserfahrungen, durch Bewegung, Spiel und Sport in und mit der Gruppe, erfolgreich verändert werden kann.

4.5. Offene Fragen

Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen sind noch verschiedene Fragen offen:

- Wie sollte die optimale Zusammensetzung einer Sportgruppe für depressiv Erkrankte aussehen?
- Wie sollte die günstigste Übungsbelastung körperlich und psychisch gestaltet werden?
- Wie können Teilnehmer zu einem gesundheitsbezogenen Lebensstil geführt werden?
- Wie kann eine gelungene Kombination der verschiedenen Sportprogramme mit anderen Behandlungsmaßnahmen erreicht werden, damit sie sich zu einer umfassenden Förderung der psycho-physischen Gesundheit sinnvoll ergänzen lassen?
- Welche Initiativen sind notwendig, um ambulante Sportgruppen für an Depressionen Erkrankte zu organisieren?

5. Sportpraktische Überlegungen zu Übungsvorschlägen

5.1. Differenzierung des Anspruchsniveaus

Die Übungsformen sollten unter Berücksichtigung der Leitsymptome einer depressiven Erkrankung gestaltet werden. Eine Differenzierung entsprechend dem individuellen Anspruchs- und Fertigkeiteniveau des Patienten ist vorzunehmen. Es sollte keine Über-, aber auch keine Unterforderung bestehen, um erneute Mißerfolgssituationen zu vermeiden. Grundsätzlich sind Bewegungs- und Sportprogramme so aufzubauen, daß sie zuerst gesunde Fähigkeiten und Stärken unterstützen. Das Sportangebot sollte mög-

lichst breit gestaltet werden, um vielfältige Bewegungsreize zu initiieren.

5.2. Angebotspalette: (Beispiele)

- mobilisierende Atemübungen
- Lockerungsübungen
- Dehn- und Kräftigungsübungen
- Sportspiele mit verschiedenen Geräten und Bällen
- Gymnastik
- Tanz
- Laufprogramme u.v.a.m.

5.3. Aufbaugrundsätze

Die Individual- bzw. Gruppentherapie wird in folgende Phasen unterteilt bzw. in der Reihe dieser Phasen aufgebaut:

- Die 1. Phase dient dem Kennenlernen, der Motivation und dem Vertrauensaufbau.
- In der 2. Phase sollen Körper- und Sinneswahrnehmung geschult werden, Selbstvertrauen wird aufgebaut.
- Die 3. Phase intensiviert den weiteren Aufbau des Selbstvertrauens und fördert soziale und emotionale Kompetenzen.
- In der 4. Phase soll die Selbstverantwortlichkeit gestärkt werden.
- Die 5. Phase könnte als ambulante Nachsorge ausgebaut werden, z.B. im Rahmen eines Sportvereins.

5.4. Organisation

Die praktische Durchführung der Sport- und Bewegungstherapie bei depressiv Erkrankten ist nicht zuletzt auch ein organisatorisches und finanzielles Problem, dessen Lösung besonders im ambulanten Bereich bisher nur ansatzweise aufgegriffen wurde. Im Gegensatz zu anderen chronischen Krankheitsbildern, insbesondere der koronaren Herzkrankheit, bei denen wie etwa in den ambulanten Herzgruppen, bereits sehr gut ausgearbeitete und in der Praxis bewährte bzw. umgesetzte Richtlinien bestehen, können hierzu nur erste Empfehlungen gegeben werden, die sich u.a. an den Erfahrungen in den bisherigen wenigen Modellgruppen sowie an den genannten anderen sporttherapeutischen Indikationsbereichen orientieren:

Die Leitung von bewegungstherapeutischen Gruppen muß in der Hand eines in diesem Bereich erfahrenen gut aus- bzw.

weitergebildeten Sporttherapeuten liegen. Ein entsprechendes Curriculum für die Ausbildung muß noch erarbeitet werden. So lange dies und ein entsprechendes Aus-/Weiterbildungsangebot noch nicht vorliegen, ist eine zumindest halbjährige Tätigkeit bzw. ein entsprechendes Praktikum an einer einschlägigen stationären oder ambulanten Therapieeinheit zu fordern. Als Bewegungstherapeuten kommen Übungsleiter und Sportlehrer mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation infrage. Im Einzelfall kann diese Aufgabe auch von einem Psychologen bzw. Psychotherapeuten übernommen werden, der sich im bewegungs/sporttherapeutischen Bereich fortgebildet hat.

Die Gruppengröße sollte aufgrund der erforderlichen intensiven psychologischen Betreuung der Patienten zumindest für Einsteiger in eine solche Therapie nicht mehr als 10 Patienten betragen.

Die Kosten für die Bewegungs- und Sporttherapie der Patienten sollten zumindest im ersten Jahr vollständig durch die Krankenkassen übernommen werden.

Anschließend ist eine Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten in gleicher Höhe wie im Rahmen des allgemeinen Behindertensports sinnvoll.

Die Anwesenheit eines Arztes bei der Bewegungstherapie ist im allgemeinen nicht grundsätzlich erforderlich, da keine vitale Gefährdung durch die körperliche Aktivität besteht, so lange schwerwiegendere organische Erkrankungen, speziell eine signifikante koronare Herzerkrankung, durch eine Vorsorgeuntersuchung soweit als möglich ausgeschlossen wurden.

6. Zusammenfassung

Der Einsatz von Bewegung, Spiel und Sport in der Behandlung depressiver Erkrankungen ist im letzten Jahrzehnt in zahlreichen Publikationen untersucht und beschrieben worden. Zielorientierte Bewegungs- und Sportprogramme sind akzeptierte Begleittherapien im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes. The-

rapierfolg mit sportbezogenen Mitteln bedeutet den Weg der kleinen Schritte weg von den Defiziten affektiver Störungen, bewirkt geringere Beschwerden, eine Verbesserung der Lebenssituation und Wiedergewinnung von Hoffnung und Lebensfreude. Allerdings ist das Sporttreiben nicht für alle Depressive gleichermaßen von Vorteil. Für einige kann Sport auch gefährlich werden, wenn bestimmte körperliche Beeinträchtigungen nicht frühzeitig erkannt werden und die Kranken nach anfänglichen Erfolgen Gesundheitsschäden davontragen. Deshalb sollte vor Programmbeginn eine gründliche präventive Untersuchung durchgeführt werden. Eine optimale Förderung der psychischen Gesundung durch Bewegung, Sport und Spiel ist, wie in jeder Behandlung nur dann möglich, wenn der Betreuer versteht, daß das therapeutisch motivierte Sporttreiben depressiv Erkrankter ein zielorientiertes Handeln selbständig denkender und fühlender sozialer Individuen darstellt, die bereit und willens sind, an sich selbst zu arbeiten.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Verein zur Förderung der Sportmedizin Hannover e. V.
(Für den Vorstand Prof. Dr. Dieter Böning)

Redaktionsanschrift:

Max-Cohen-Str. 30, 53121 Bonn,
Tel. (02 28) 62 22 49, Fax (02 28) 61 15 03
e-mail: kuenstlinger@t-online.de

Verlags- und Anzeigenleitung:

Anke Breenkötter
WWF Verlagsgesellschaft mbH
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Postfach 18 31, 48257 Greven
Tel. (0 25 71) 93 76-30, Fax (0 25 71) 93 76-50
ISDN (0 25 71) 93 76-45
e-mail: wwf.verlag@greven.net

Geschäftsführer:

Manfred Wessels

Schriftleitung:

Priv.-Doz. Dr. J. Steinacker (Hauptschriftleiter), Abt. Sport- und Leistungsmedizin, Med. Klinik und Poliklinik der Universität Ulm, 89075 Ulm; Univ.-Prof. Dr. W. Kindermann, Saarbrücken; Priv.-Doz. Dr. H. Mellerowicz, Berlin;

Wissenschaftlicher Beirat:

H.-J. Appell, Köln; K. H. Arndt, Erfurt; N. Bachl, Wien; G. Badtke, Potsdam; P. Bärtsch, Heidelberg; D. Clasing, Münster; E. Ernst, Exeter, U. K.; B. Friedmann, Heidelberg; H. Gabriel, Saarbrücken, E. Hille, Hamburg; J. Hollmann, Köln; T. Horstmann, Tübingen; J. Jerosch, Münster, D. Jeschke, München; J. Keul, Freiburg; H. G. Knuttgen, Boston/USA; P. V. Komi, Jyväskylä/ Finnland; M. Lehmann, Ulm; H. Liesen, Paderborn; H. Löllgen, Remscheid; F. Pabst, Bad Krozingen; B. Paul, Berlin; W. Pfeifer, Kaiserslautern; P. Renström, Göteborg/Schweden; H. Rieckert, Kiel; G. Rompe, Heidelberg; W. Schmidt, Bayreuth; D.

Schmidtbleicher, Frankfurt; K. Steinbrück, Stuttgart; A. Urhausen, Saarbrücken, H. Weicker, Heidelberg;

Redaktion:

Dr. Urte Künstlinger, Dipl.-Designer Tinos Otto (Titelbildgestaltung)

Die Zeitschrift erscheint 10 x jährlich, zuzüglich 1 bzw. 2 Sonderausgaben. Bezugsgebühr für Postbezieher jährlich DM 102,80 ermäßigter Preis für Studenten DM 75,50. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 3 Monate zum Ende des Kalenderjahres.

ISSN-Nr.: 0344-5930

Aktuelle Richtlinien für Autoren

sind in Heft 3/99, S. 101 abgedruckt, außerdem erhältlich über die **homepage der Dtsch Z Sportmed:** <http://www.zeitschrift-sportmedizin.de>