

## **Einbeziehung von Ausdauersport in die ambulante Psychotherapie**

### **1. Einleitung**

Ich begann mich 1977 mit dem Zusammenhang von Körper und Psyche zu beschäftigen, ohne dass ich dies geplant hatte und zunächst auch ohne daß es mir bewusst war, indem ich eine Ausbildung zum Tanzpädagogen absolvierte. Im Rahmen dieser Ausbildung bekam ich Kontakt mit dem neuen künstlerischen Tanz, der auf Isodora Duncan zurückgeht. Ich lernte in mich hinein zu fühlen, lernte die Quelle der inneren Bewegung finden und sie in äußere Bewegung umzusetzen. Dieses Suchen, Warten auf ..., Streben und Zulassen ist eine Art Tätigkeit. Es ist eine Art, sich auf etwas zu beziehen, was aus dem Inneren wächst.

Zum Abschluß der Ausbildung, ich studierte bereits Psychologie, choreographierte und vertanzte ich das Thema Schizophrenie. Während der Ausbildung hatte ich auch die Erfahrung gemacht, daß körperliche Bewegung Emotionalität hervorruft und Emotionalität zum körperlichen Ausdruck drängt. Bei meinem Prüfungstanz war es mir offenbar gut gelungen, beides energetisch fließen zu lassen, denn ich wurde am Ende besorgt und gleichzeitig belustigt von der Prüfungskommission gefragt, ob ich denn jetzt wieder normal sei.

Ein weiteres Schlüsselerlebnis waren die Aufführungen des thematischen Tanzes „Der Bauernkrieg“, 1982/83 durch das Tanzensemble der TU Dresden, dessen Mitglied ich inzwischen war. Der 90-minütige Tanz schilderte die Ereignisse des Bauernkrieges und das damit verbundene Elend der bäuerlichen Bevölkerung. Im Schlußbild des Tanzes lag ich als Mitglied einer ermordeten Bauernschar auf dem Boden und wir Männer wurden von den Frauen betrauert. Der sehr aufwendige Tanz wurde nur sehr selten aufgeführt. Regelmäßig im Schlußbild weinte ein Teil der Frauen und der „toten“ Männern „echt“. Über körperliche Bewegung, thematisch mit Trauer befasst, wurde eigene Trauer offenbar angetriggert.

Daraus entstand die Idee, über Tanz Patienten das Finden, Zulassen und das Ausdrücken von eigener Emotionalität zu erleichtern. Ich war zur damaligen Zeit 1986 Leiter einer Suchtklinik und so setzte ich das Tanzen sowohl in der unmittelbaren Entwöhnungstherapie, aber vor allem in der Nachbetreuung ein. Dass Tanzen auch eine Möglichkeit darstellt, soziale Ängste zu überwinden, will ich hier nur am Rand erwähnen. Mit der politischen Wende war die Tanztherapie aber aus organisatorischen Gründen nicht mehr möglich durchzuführen.

Es folgte eine Zeit, in der mein Körpergewicht zunahm.

1998 hatte ich die Nase voll, als ich bei einer Körpergröße von 172 cm über 80 kg wog und begann zu laufen. Am Beginn mußte ich nach 200m Laufen aufgrund mangelnder Kondition ins Gehen wechseln; ich gab aber nicht auf. 1999 wollte ich mit meinem Bruder, geschäftlich in New York weilend, zu Fuß über die Verrazano-Bridge. Wir erfuhren, dass man zu Fuß nur mit dem New York Marathon über diese Brücke laufen kann. Wir faßten den Beschluß, dass wir uns den Marathon als Ziel setzen. Eine persönliche Teilnahme an einem Marathon war so unvorstellbar, wie persönlich zum Mond zu fliegen. Wir trainierten; mein Bruder in Leipzig und ich in Mecklenburg. Zwei Jahre später kehrte ich mit meinem Bruder nach New York zurück und wir liefen den New York Marathon. Zwei Jahre zielstrebiges Training fanden ihren unbeschreiblichen Höhepunkt.

Von 1999 bis 2002 absolvierte ich eine Ausbildung in analytischer Körperpsychotherapie bei Herrn Dr. Maaz. Ich begann in meiner eigenen psychotherapeutischen Arbeit,

verstärkt den Körper als Diagnostikum und Therapeutikum einzubeziehen. Inzwischen arbeitete ich über 10 Jahre in eigener psychotherapeutischer Praxis.

1998 lud mich ein befreundeter Kollege zu einem Triathlon ein. Bei diesem Triathlon entstand die Idee, jedes Jahr Kolleginnen und Kollegen zu einem Psychotherapeutentriathlon einzuladen. Mittlerweile hatten wir beide unabhängig voneinander die positive Auswirkung von Ausdauersport auf unsere physische aber auch psychische Gesundheit festgestellt. Aus diesem Psychotherapeutentriathlon entstand die Psycho-Flitzer-Bewegung.

Die „Psycho-Flitzer“ sind ein loser Zusammenschluß von approbierten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die selbst auf volkssportlicher Ebene Sport treiben und die körperliche Bewegung in ihre psychotherapeutische Arbeit einbeziehen. Sie arbeiten entweder als angestellte Psychotherapeuten in Beratungsstellen/Kliniken/Reha-Einrichtungen oder in eigenen psychotherapeutischen Praxen. Die Mitglieder der „Psycho-Flitzer“ sind Vertreter unterschiedlicher therapeutischer Verfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychol. fundierte Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie, neuropsychologische Therapie). Sie eint die Überzeugung der wechselseitigen Beeinflussung von körperlichen und psychischen Prozessen und sehen körpertherapeutische Interventionen, wie es zum Beispiel Sport treiben darstellt, als einen möglichen und wichtigen Bestandteil von psychotherapeutischen Behandlungsprozessen.

Eine intendierte Integration von Ausdauersport in ambulante psychotherapeutische Behandlungen praktiziere ich seit 3 Jahren

Bevor ich zu meinen Erfahrungen und Untersuchungen bezüglich der Integration von Ausdauersport in ambulante Psychotherapien zu sprechen komme, möchte ich noch auf den Selbsterfahrungsaspekt von Ausdauersport für Psychotherapeuten kurz eingehen.

## **2. Ausdauersport für Psychotherapeuten**

In den 9 Jahren, in denen ich nun laufend, schwimmend und Rad fahrend in Bewegung gekommen bin, habe ich bisher an 10 Triathlonwettkämpfen vom Fun-Triathlon bis zur olympischen Distanz und an 19 Marathon- und Ultramarathonwettkämpfen teilgenommen. Der letzte Lauf war vor 10 Tagen der Supermarathon beim Rennsteiglauf über 72 km, den ich nach 54 km aufgrund von Kniebeschwerden abbrechen musste, da ich etwas übers Knie brechen wollte, nämlich den Lauf in 7 Stunden zu schaffen. Mein erstes Ausscheiden aus einem Lauf - eine wichtige Erfahrung. Der bisher längste Lauf war der Lauf „Rund um die Müritz“ mit 78 km und der bisher heißeste Lauf mit 31 Grad im Schatten war ein Marathon auf Barbados. Der emotionalste Lauf war der New York Marathon; der landschaftlich schönste Lauf war der Two Ocean Marathon in Kapstadt und der Lauf mit den meisten Zuschauern war der Peking-Marathon. Der Lauf mit den größten Anstiegen war der Supermarathon im Rahmen des Rennsteiglaufes, den ich vor 3 Jahren schon einmal gelaufen bin. Dieses Jahr nehme ich am Europacup der Ultramarathonläufe teil. Mein Trainingspensum beträgt zwischen 4 bis 12 Stunden wöchentlich.

Aufgrund dieser Selbsterfahrung und vielen Gesprächen mit sporttreibenden Kollegen einschließlich meiner Ehefrau möchte ich folgende Auswirkungen des Ausdauersports auf den Körper, die Psyche, Soziales unter besonderer Berücksichtigung der Berufstätigkeit eines Psychotherapeuten benennen.

### Körper:

verbesserte Körperwahrnehmung und körperliche Gesundheit, geringere Infektanfälligkeit, optimales Gewicht, gesündere Ernährung, Nikotinmeidung, Alkoholmeidung, Reduzierung des Ruhepulses

### Psyche:

Entwicklung von Stolz, narzisstischer Gewinn bei Wettkämpfen, Abbau von Streß und Aggression, Reduzierung von depressiven Zuständen, Aushalten von Schmerz wird vergrößert, Ausdauer in Problembewältigungsprozessen wird größer, Zielstrebigkeit verbessert sich, Fokussierungsfähigkeit wird größer, größere psychische Strukturiertheit, starkes in sich Ruhen

### Soziales:

Sporttreiben schafft Sozialkontakte. Vergrößerung des sozialen Netzes

### Berufstätigkeit:

1. Eigene Bedürftigkeit, wie zum Beispiel nach Anerkennung, Wertschätzung, nach narzisstischem Gewinn wird weniger von mir als Therapeuten unbewußt in die therapeutische Beziehung getragen, da ich im Ausdauersport ein entsprechendes Lebensfeld habe, indem ich mir diese Bedürftigkeit erfüllen kann.
2. Sehr oft werde ich in meiner Arbeit mit psychischer Unstrukturiertheit bzw. Struktur-mangel konfrontiert. Die Gefahr besteht dabei, daß ich meine eigene Strukturiertheit verliere. Der Ausdauersport, durch seine klare sich wiederholende Bewegungsstruktur hilft mir, psychische Struktur zu schaffen bzw. beizubehalten.
3. Die Zeit des Ausdauersporttreibens ist Meditationszeit. Während des Laufens und Schwimmens (beim Radfahren muß ich mich wohl zu sehr auf den Straßenverkehr konzentrieren) habe ich in den letzten Jahren ganz wesentliche Ideen entwickelt und Erkenntnisse gewonnen.
4. Während des Laufens „schreibe“ ich Psychotherapieanträge, Briefe und Vorträge. Auch dieser Vortrag ist ganz wesentlich beim Laufen entstanden. Ich kann Ihnen das Datum sagen; es war der 25.1.07. Ich hatte gerade mit einem Patienten eine Laufstunde gemacht (ich lief mit einem Ägypter durch einen deutschen weißen Winterwald) und danach lief ich für mich noch etwas weiter. Da entstand die Gliederung.

## **3. Die Integration des Ausdauersports in die ambulante Psychotherapie**

### **3.1. Methodik**

Am Ende der probatorischen Sitzungen, wenn absehbar ist, daß es zu einer psychotherapeutischen Arbeitsvereinbarung kommt, stelle ich Patienten, die an einer depressiven Erkrankung, einer Angsterkrankung oder an Übergewicht leiden, den Ausdauersport als eine zusätzliche Möglichkeit vor - neben der ambulanten Psychotherapie - ihre Erkrankung erfolgreich bewältigen zu können. Bei vorliegendem Interesse des Patienten und keinen somatischen Kontraindikationen wird ein Trainingsplan erarbeitet, der auf dem jeweiligen Fitnesszustand des Patienten aufbaut. Die angebotenen Ausdauersportarten sind Walken/Joggen, Schwimmen und Radfahren. Sehr stark übergewichtige Patienten besuchen zunächst ein Physio-Fitness-Zentrum, mit dem ich zusammenarbeite. Die meisten Patienten beenden ihr Training dort, wenn ihr Gewicht das Joggen zulässt. Hier spielen Geld und der größere Aufwand für das Training die wesentlichste Rolle.

Das jeweilige Trainingsprogramm wird in ein Aktivitätsbuch eingetragen. In dieses Buch trägt der Patient sein jeweiliges Training mit Datum, Zeitdauer und was gemacht wurde ein. Generell wird er nicht auf Tempo, sondern auf eine möglichst lange Trainingszeit im Pulsbereich zwischen 90 und 135 orientiert. Das Aktivitätsbuch wird einmal wöchentlich am Beginn einer therapeutischen Sitzung zur Kontrolle vorgelegt. Nur wenn angezeigt ist, das Trainingsprogramm zu verändern, gehe ich kurz darauf ein, sonst erfolgt keine verbale Interaktion darüber. Meine bisherigen Erfahrungen mit dieser eher der Verhal-

tenstherapie zuzuordnenden Vorgehensweise besagen, daß bei Patienten, die bei mir eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder eine psychoanalytische Behandlung machen, keine Störung der Übertragungs- bzw. Gegenübertragungsentwicklung zu verzeichnen ist. Bei Patienten, die in einer verhaltenstherapeutischen Behandlung sind, stellt das Trainingsprogramm eine Hausaufgabe dar.

Die meisten Patienten entscheiden sich für das Lauftraining.

Wenn sich abzeichnet, daß es Probleme beim Lauftraining gibt, wie z.B. kein Trainingsfortschritt, körperliche Beschwerden, wird ein gemeinsames Training vereinbart. Spätestens jedoch nach 10 selbständigen Trainingseinheiten. Bei diesem Lauftraining wird zunächst über die zweckmäßige Bekleidung und Schuhwerk gesprochen. Danach erfolgt eine Anleitung zur Erwärmung bevor dann gemeinsam gelaufen wird, wobei der Patient zunächst das Tempo und die Dauer vorgibt. Wenn der Patient das Laufen beendet, erfolgt eine Pulskontrolle. Im folgenden Gehen bekommt der Patient von mir Rückmeldungen über seinen Laufstil und das Lauftempo. Anschließend gebe ich das Tempo vor, was aufgrund der Beobachtungen für den Patienten optimal ist. Fast alle Patienten liefen bisher zu schnell. Nach ca. 5 Minuten erfolgt erneut eine Gehpause und der Patient gibt Rückmeldungen, wie er dieses neue Tempo erlebt hat. In diesem Tempo erfolgt dann der Rücklauf ohne Pause. Vor allem Angstpatienten überwinden hier mit Unterstützung des Therapeuten ihre Angschwelle. Vergleichbar ist der Vorgang bei Angstpatienten mit einer Desensibilisierung.

Am Ausgangspunkt angekommen, erfolgen zum Abschluß Dehnübungen. Die Dauer einer solchen Einheit beträgt 50 Minuten. Selbstverständlich wird dieses Training bei jedem Wetter durchgeführt.

### **3.2 Fallbeispiel**

Im Oktober 1999 wandte sich eine damals 46-jährige Frau an mich, weil sie Angst habe, die Aufgaben nicht mehr zu bewältigen, wobei sie sich auf die beruflichen Aufgaben einer Geschäftsführerin des Autohauses ihres Mannes bezog. Depressive Verstimmungen habe sie schon seit zwanzig Jahren. Zu DDR-Zeit habe sie leitend im Staatsapparat gearbeitet, nachdem sie Staat und Recht studiert habe. Eine krisenhafte Zuspitzung erfolgte 1998, als ihr Sohn wegen Drogendelikten inhaftiert worden sei. Unmittelbar bevor sich die Patientin an mich wandte, war der Sohn erneut inhaftiert worden.

Die sehr leistungsorientierte Patientin wurde offenbar durch die Handlungsweise ihres Sohnes bezüglich der Erfüllung ihrer mütterlichen Verpflichtungen hinterfragt, was die Krise auslöste. In einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde der Behandlungsfokus „Ich habe als Mutter versagt, weil ich zu pflichtbewusst war“ auf ödipaler Ebene bearbeitet. Im Ergebnis der Therapie konnte die Patientin die Eigenverantwortlichkeit des Sohnes für seinen Lebensweg besser annehmen und es trat eine deutliche Stimmungsaufhellung ein.

2005 wandte sich die Patientin erneut an mich. Nachdem das Autohaus ihres Mannes 2000 in Insolvenz gegangen war und sie das Autohaus als Eigentümerin übernommen hatte, stand dieses nunmehr erneut kurz vor einer Insolvenz. Sie leide unter ständigen Existenzängsten und könne nur noch unter Psychopharmaka zur Arbeit gehen. Es habe sich eine extreme Selbstunsicherheit eingestellt, die bereits dazu führe, dass sie geschäftliche Verpflichtungen mit sozialen Kontakten vermied, was die Situation des Geschäfts noch prekärer machte. Der Mann sei mittlerweile erwerbsunfähig (Autoimmunerkrankung), sie wohne in einem Haus, was auf den Namen der Tochter läuft. Sie habe das Ge-

fühl, ihr ganzes Leben sei umsonst gewesen. Verschärft würde die Situation noch durch den Vorwurf des Sohnes, dass sie an seiner Straffälligkeit schuld sei, weil er von ihr zu wenig Anerkennung bekommen habe.

Es wurde eine Kurzzeittherapie zur Krisenintervention und zur Überprüfung der Indikation einer psychoanalytischen Behandlung vereinbart. Im Verlaufe der Kurzzeittherapie ging das Autohaus in Insolvenz, ohne dass die Patientin dekompenzierte. Nachdem sie bereits vor dem Trümmerhaufen ihrer mütterlichen Fähigkeiten stand, stand die Patientin nunmehr vor dem Trümmerhaufen ihres Autohauses und dies zum zweiten Mal. Die in ihrer Kleinstadt bekannte und angesehene Frau fühlte sich als aussätziige Versagerin, vermied jeglichen sozialen Kontakt, selbst das Einkaufengehen, überließ sie ihrem Mann. Sie schämte sich ihres vermeintlichen Versagens.

Nach der Kurzzeittherapie wurde eine analytische Behandlung beantragt mit der Diagnose: depressive Verstimmung auf dem Boden einer Selbstwertproblematik bei anankastischer Persönlichkeitsstruktur (F32.1; F 60.5). Folgende Psychodynamik fand vor dem Gutachter Billigung:

*Im Zentrum der aktuellen Krise stehen die wirtschaftlichen Probleme des Autohauses, was zum Zeitpunkt der probatorischen Sitzungen auf eine Insolvenz zuläuft. Die Patientin erlebt sich zum wiederholten Male im Leben als Versagerin, wobei jedoch die Leistungserbringung den wesentlichen identitätsstiftenden Teil in ihrem Leben darstellte. Es kommt zur Dekompensation.*

*Genetisch lassen sich die gegenwärtigen Konflikte in Verbindung bringen mit einer ungünstigen familiären Entwicklung. Die Beziehung zur Mutter war schlecht. Sie war offenbar eine Frau, die sich vom Leben benachteiligt sah und die Geburt der Patientin verstärkte dieses Gefühl noch. Die „entzündeten“ Familienverhältnisse spiegeln sich in den häufigen Lungenentzündungen der Patientin wieder, die wiederum durch die Krankenhausaufenthalte das emotionale Defizit noch verstärkten. Selbst wenn die Lebensbedingungen in der DDR nicht gut waren, gab es aus wirtschaftlicher Sicht keinen Grund, dass die Patientin bis zum 10. Lebensjahr kein eigenes Bett besaß, sondern es lässt Rückschlüsse zu, dass eine mütterliche Gleichgültigkeit vorlag, was durch das Einnässen auch bestätigt wird. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patientin durch einen Blitzeinschlag ein Trauma erlitt. Später bei Gewitter konnte die Patn. sich immer beim Vater im Bett in Sicherheit bringen. Hier wird deutlich, dass es dem Vater offenbar gelang, einen Teil des mütterlichen Schutzes zu geben, was der Mutter nicht möglich war. Die mögliche Kompensation des mangelnden mütterlichen Introjektes durch den Vater wird jedoch von der Mutter durch die Abwertung des Vaters torpediert. Die Patientin wurde beim Vater zur „besseren Ehefrau“, wobei Leistungserbringung der wesentliche Zugang zur Anerkennung durch den Vater war. Diese Orientierung führte dazu, dass sich die Patientin im „mütterlichen Staat“ DDR mit klaren „väterlichen Weisungen“ beruflich sehr gut entwickeln konnte. Die Vatersehnsucht fand einen Teilersatz im Ehemann. Leistungsorientiert und der sozialistischen Lehre vertrauend (Erziehung der Kinder in sozialistischen Kollektiven ist der elterlichen Erziehung vorzuziehen, um „sozialistische Persönlichkeiten heranreifen zu lassen“) kümmerte sich die Patientin wenig um die Kinder, sondern delegierte die Aufgaben. Sicherlich spielt hier ihre eigene Beziehungseinschränkung mit eine Rolle.*

*Das im Gleichgewicht befindliche System kollabierte jedoch mit der politischen Wende in der DDR. Die Patientin schied als „rote Socke“ aus dem Staatsapparat aus und ging in die Privatwirtschaft, in der ihr wegen Naivität und zu großer sozialer Nachsichtigkeit kein nachhaltiger Erfolg beschieden war. Die erste Insolvenz machte das wirtschaftliche*

*Versagen deutlich. Zeitgleich wurde der Sohn straffällig und konfrontierte die Patientin mit ihrem mütterlichen Versagen. Die ambulante Psychotherapie führte zur Stabilisierung, jedoch ohne den Grundkonflikt („Ich möchte geliebt werden und schaffe es nicht, dies zu erreichen, weil meine Leistungen unzureichend sind“) lösen zu können. Die zweite anstehende Insolvenz lässt die krisenhafte Zuspitzung seit der Wende eskalieren („Ich bin nichts“).*

Im Mai 2006 begann die analytische Behandlung mit zwei Sitzungen in der Woche. Zwischen der Kurzzeittherapie und dem Beginn der analytischen Behandlung war die Patientin noch zur Kur, in der sie das Töpfern lernte und von der sie auch berichtete, dass ihr die Bewegung gut getan habe. Der Verlauf der Therapie gestaltete sich jedoch zunächst schwierig. Die Patientin war extrem in ihrer Scham behaftet, die immer wieder Gegenstand in den Sitzungen war.

Die Sitzungen quollen vor Selbstmitleid nur so über. Die Patientin fühlte sich als Versagerin, befand sich jedoch trotzdem in der Opferrolle. Es gelang mir zunächst nicht, der Patientin einen Zugang zu ihrer Selbstverantwortlichkeit zu verschaffen. Im Verlaufe der Zeit ergaben sich jedoch zwei Zugangswege. Dies war zunächst das Töpfern. Die Patientin konnte zögerlich Stolz auf ihre Arbeiten entwickeln. Sie bezeichnete das Töpfern als ihre Form der „Beruhigung“. Das Töpfern hatte das Remergil ersetzt. Die Keramikarbeiten und die analytische Arbeit vermochten jedoch nicht, die depressive Verstimmung und die Angst vor sozialen Kontakten abzubauen. Die Analyse blieb an der Oberfläche stecken, ging nicht in die Tiefe und war emotional kaum untersetzt. Sie kam nicht in Fluß. Eine Wende in der Therapie trat erst im Sommer 2006 ein, als ich, anknüpfend an die Erfahrungen an die Kur, der Patientin Ausdauersport „verordnete“. Die mittlerweile 52-jährige Frau war mehr als überrascht; war sie doch das letzte Mal in der Schule gelaufen, wollte sich eh nicht in der Kleinstadt sehen lassen und fühlte sich in ihrem Körper auch nicht wohl (leichtes Übergewicht). Zunächst walkte die Patientin 6 Wochen, ohne dass sich etwas tat. Offenbar forderte sich die Patientin nicht genug. Ich ermunterte sie, zum Laufen zu wechseln. Sie tat dies und nach ca. 4 Wochen begannen sich erste Fortschritte zu zeigen. Die Patientin setzte Psychopharmaka vollständig ab.

Es zeigte sich, dass die Patientin auch nicht gesund werden wollte, weil ihre Erkrankung in der Funktionalität stand, die Pflege der Mutter einzugrenzen.

Der Patientin wurde bewusst, dass sie und der Bruder als Kinder nicht mehr gewollt waren. Die Bedeutsamkeit der Leistungsschiene wird ihr klar und sie kann sich ein Stück mehr mit sich aussöhnen. Sie erkannte, dass sie ihre Identität auch über Macht definiert hatte und dass die vermeintliche Machtlosigkeit zur Identitätskrise geführt hatte.

Im Januar kam es zum gemeinsamen Lauftraining, wie ich es bereits weiter oben beschrieben habe. Neben mir „rollte“ eine 53-jährige, wohl proportionierte, mit gesunder Gesichtsfarbe versehende Frau dahin und verblüffte mich mit problemlosem Dauerlauf von 30 Minuten. Ich sprach ihr meine große Anerkennung aus.

Im weiteren Verlauf der Therapie ging die Patientin mit ihren Keramikarbeiten in die Öffentlichkeit. Voller Stolz berichtete sie, dass sie erste Stücke verkauft hat. Mittlerweile wird sie auf ihr Laufen angesprochen und gibt ihre Erfahrungen weiter. Soziale Ängste sind verschwunden. Die Therapie läuft noch. Wir sind an dem Punkt, dass es auch gut war, in Insolvenz zu gehen. Die Insolvenz hat ganz neue Seiten ihrer Persönlichkeit hergebracht, die sie sonst nicht entdeckt hätte.

Ebenfalls im Januar 2007 begann die Patientin nach Jahren intensiv nach Arbeit zu suchen. Sie traut sich wieder etwas zu. Motivation zur Arbeit ist, etwas Geld zu verdienen,

um das Haus halten zu können. Nach 4 Wochen hatte die Patientin ihre erste Praktikumsstelle. In der Gruppe der Praktikanten kommt sie sozial gut klar, sie ist beliebt und wegen ihrer Art in Beziehungen zu gehen, geachtet. Die Therapie geht dem Ende zu.

In der Selbstreflexion über die Bedeutung des Laufens äußert sich die Patientin wie folgt:

„Beim Laufen fühle ich mich, als wenn ich meine Probleme aus mir heraustreten, ich überlege sehr viel dabei, denke aber in dem Moment, irgendwie schaffst Du das schon. Das Laufen „befreit“ mich von negativen Gedanken und ich komme motiviert wieder zu Hause an. Es geht mir dann gut. Ich bin stolz auf mich. Ich denke, dass das Laufen ein wesentlicher Grund ist, dass sich meine Depression in den letzten Monaten deutlich zurück entwickelt hat. Ein positiver Nebeneffekt, dass es mir psychisch besser geht, ist, ich fühle mich gut und körperlich total fit, was ich vorher nicht kannte. Das Laufen hat einen wesentlichen Anteil daran, dass mein Selbstwertgefühl gestiegen ist und der Gedanke des „Versagens“ für mich nicht mehr die Rolle einnimmt, wie es einmal war. Abschließend kann ich nur einschätzen, dass das Laufen den Menschen verändert und zur positiven Lebenseinstellung beiträgt, was ich vorher nicht gedacht habe und auch nicht geglaubt habe.“

Soweit zu diesem Fallbeispiel.

Eine andere Patientin äußerte den Satz: „Laufen gibt einen Boden unter den Füßen“. Eine andere Patientin äußerte: „Das schönste ist das Fühlen; ich bekomme ein Körpergefühl wieder. Wer weiß, ob ich es überhaupt jemals hatte außer bei Selbstverletzungen. Der Regen ... selbst der Muskelkater .... Ich fühle mich !

### **3.3. Theoretische Überlegungen:**

Am Anfang der theoretischen Überlegungen möchte ich betonen, dass es sich hier bei mir um eine Glaubenssache handelt. Einen wissenschaftlichen Beweis will und kann ich nicht antreten, auch wenn im nächsten Punkt eigene Untersuchungen vorgestellt werden. Sind wissenschaftliche Beweise nötig, wenn wir und der Patient an das glauben, was wir tun? Ist es nicht letztlich der Glaube an etwas, das unser - ich möchte es „Überbewußtsein“ nennen - lenkt und uns zu Aktivitäten auf körperlicher und sozialer Ebene führt und so unsere Ziele erreichen lässt? Ist das Wissen der Menschheit darüber nicht in solchen Sprüchen: „Mal nicht den Teufel an die Wand!“ oder direkter „Der Glaube kann Berge versetzen“ bereits vorhanden?

Aber zurück zu meinen theoretischen Überlegungen..

Der Körper ist lange in der Psychotherapie ignoriert worden. Im westlichen Verständnis sind Körper und Psyche nicht zu vermengen. Eine Ansicht, die ich nicht teile. Nach gegenwärtigem Wissensstand gilt, ohne Körper keine geistige Existenz und psychische Erfahrung in dieser Welt. Ich bin auch mein Körper und meine körperlichen Bedürfnisse sind ein Teil meines vielschichtigen Willens. Körper und Psyche sind Erscheinungsformen desselben Prozesses. Die Körperpsychotherapie versucht beides gleichzeitig im Blick zu haben.

Nach meinen Beobachtungen beschäftigt sich die Körperpsychotherapie meist mit den Auswirkungen von psychischen Prozessen auf den Körper. Unsere Lebensqualität hängt ganz maßgeblich davon ab, wie es uns gelingt, soziale Prozesse im Rahmen der Arbeitsteilung zu gestalten. Psychische Störungen haben Auswirkungen auf unser körperliches Wohlbefinden. Im schlimmsten Fall kommt es zu körperlichen Erkrankungen. Es wird breit diskutiert, inwieweit jede körperliche Erkrankung auch eine psychische Mitverur-

sachung hat. Mittlerweile kann meine Frau, die vor zwei Jahren an Krebs erkrankte, die psychische Mitverursachung ziemlich klar ausmachen. Im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung begann ich mich mit der imaginativen Körperpsychotherapie zu beschäftigen. Diese Therapie versucht über Imagination körperliche Prozesse gezielt zu beeinflussen. Beispielsweise waren die Venen meiner Frau nach der vierten Chemotherapie dicht und die 5. Chemotherapie sollte über einen Stunt erfolgen. In den drei dazwischen liegenden Wochen führte meine Frau 3 mal täglich Imaginative Körperpsychotherapie durch. Nach Einstellung einer Tiefenentspannung stellte sich meine Frau vor, wie eine Putzkolonne ihre Venen reinigte. Nach der Putzkolonne schickte meine Frau immer noch eine Pflegekolonne durch, die die strapazierten Venen einschmierte. Nach vier Wochen lief die Chemotherapie zur äußersten Überraschung des Arztes problemlos in die Venen meiner Frau. Dies hatte er in seiner beruflichen Tätigkeit noch nicht erlebt. Bei der Imaginativen Körperpsychotherapie steuern wir bewusst über unsere Psyche körperliche Prozesse, was wir letztlich beim Autogenen Training auch machen.

Es gibt aber noch eine andere Seite der Körperpsychotherapie, die nicht so sehr im Fokus der Aufmerksamkeit steht, in der wir über Bewegung psychische Empfindungen auslösen. Ein Beispiel ist hier die kommunikative Bewegungstherapie, wobei diese eine Mischform darstellt, da nonverbale Kommunikation erfolgt.

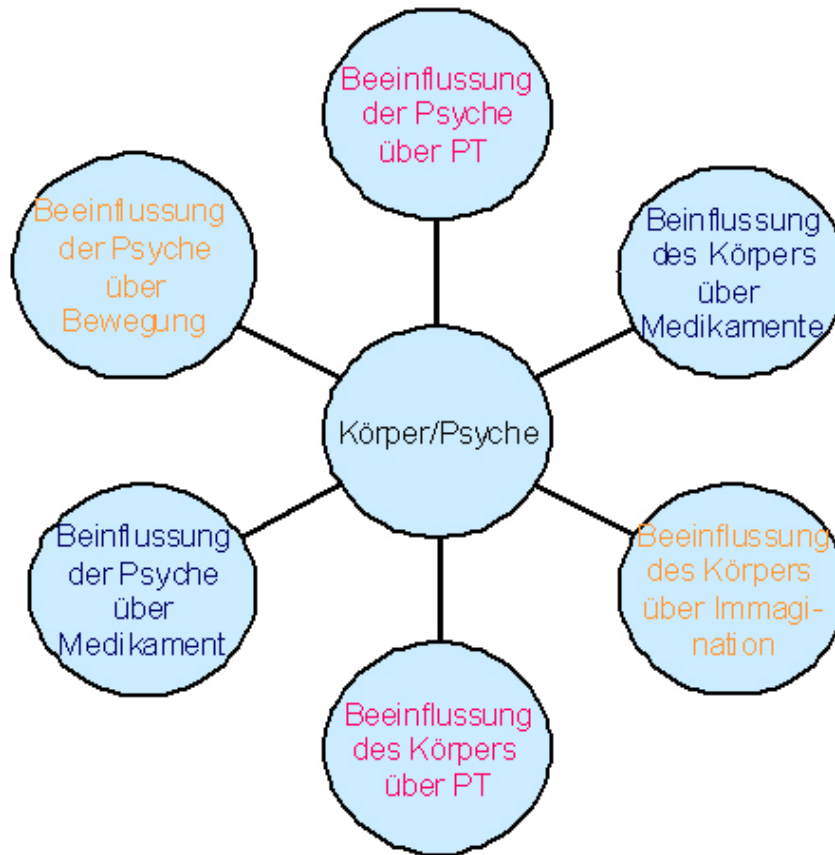
Ich glaube daran, dass es noch eine weitere Methode gibt, psychische Prozesse über Körperbewegungen zu beeinflussen. Ich möchte diese Methode „ausdauernde rhythmische Bewegungen“ nennen. In den bisher vorliegenden Veröffentlichungen wird zwar erörtert, dass Bewegung auch psychische Auswirkungen hat. Jedoch wird meist darauf abgestellt, dass der Erfolg der Bewegung psychische Korrelate hervorruft. Der Aspekt des Rhythmus wird in den mir vorliegenden Veröffentlichungen nicht mitbedacht. Ich möchte zu bedenken geben, dass Rhythmus ab der ersten Zellteilung unser Leben begleitet. Alle Erfahrungen, die wir im Leben machten und machen, sind mit Rhythmus verbunden; spätestens mit Beginn unseres Herzschlages. Ich vermute, dass unsere psychischen Verarbeitungsprozesse auch rhythmische Prozesse sind. Geraten sie aus dem Rhythmus werden wir krank. In dem wir unseren Körper in lang andauernde rhythmische Bewegung bringen, helfen wir unsere psychischen Prozesse wieder in einen Rhythmus zu kommen. Wir können diesen Vorgang auch über den Begriff der Struktur verstehen. Wir sprechen in der Nomenklatur psychischer Erkrankungen von Strukturstörungen. Jedem praktizierenden Psychotherapeuten wird die teilweise hochgradige Unstrukturiertheit oder Überstrukturiertheit ihrer Patienten bekannt sein. Geben wir nun dem Körper eine lang andauernde sich immer wiederholende Bewegungsstruktur, hilft diese Struktur der Psyche, eine „normale“ Struktur zu finden. Ausdauersport ist als lang andauernde, sich ständig wiederholende Bewegung geringer Komplexität zu verstehen. Es ist zu vermuten, dass dabei laufende psychische Prozesse an Komplexität verlieren und sich auf das Wesentliche beschränken. Weiterhin ist zu vermuten, dass der Wechsel der Bewegung – linke Körperseite/rechte Körperseite – wie beim EMDR die Hirnhemisphären verbindet (Rationalität/Emotionalität).

Ich stelle mir Psyche und Körper höchstens durch eine schwingungsfähige Membran getrennt vor, wobei beide Seiten untrennbar die Schwingungen/Rhythmen der anderen Seite mitmachen. Jeder Segler kennt dieses Prinzip der Bewegung zwischen dem Wasser und dem Boot bzw. zwischen dem Boot und dem Wasser. An dieser Stelle ist es ganz wichtig, beide Richtungen zu nennen. Nur dies wird dem angedachten Prozeß zumindest ansatzweise gerecht. In den eben benutzten Bildern besteht noch eine Trennung. Ich denke,



Psyche und Körper durchdringen sich gegenseitig dreidimensional.

**Bild 3: Wege der Gesundheit**



© Hübener

### 3.4. Untersuchungsergebnisse

Im Januar/Februar 2007 habe ich in der Praxis meiner Frau und in meiner eigenen Praxis Untersuchungen zum Einfluß von Ausdauersport auf eine ambulante Psychotherapie mittels eines von mir entwickelten Fragebogens durchgeführt.

In beiden Praxen werden die Therpiemethoden Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angeboten. In der Praxis Güstrow, die von mir geführt wird, noch zusätzlich Psychoanalytische Therapie. In der Praxis Güstrow wird in den probatorischen Sitzungen auf die Möglichkeit hingewiesen, begleitend Ausdauersport zu betreiben, und zu Ausdauersport aktiv angeregt; in der Praxis Neu Sammit nicht. Die Praxis Neu Sammit wird von meiner Frau geführt, die ebenfalls der Psycho-Flitzer Bewegung angehört. Es wurden in beiden Praxen insgesamt 47 Patienten befragt, die sich zur Zeit noch in Therapie befinden. Weiterhin wurden 210 ehemalige Patienten beider Praxen angeschrieben, die seit 2000 eine Therapie beendet hatten. Es erfolgten 82 Rückmeldungen. Die Rückmeldequote in der Praxis Güstrow betrug ca. 50 %; in der Praxis Neu Sammit ca. ein Drittel. Es ist zu vermuten, dass ein nicht unerheblicher Teil den Fragebogen durch Umzug nicht erhalten hat. Die folgenden Ergebnisse ergeben sich somit aus insgesamt 129 Patientenbefragungen.

Uns interessierte zunächst, wie die Patienten den Therapieerfolg einschätzen unabhängig davon, ob sie Ausdauersport treiben oder nicht. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 1 Therapieerfolg (in %)

	derzeitige Pat. Güstrow	derzeitige Pat. Neu Sammit	derzeitige Pat. beider Praxen	ehemalige Pat. Güstrow	ehemalige Pat. Neu Sammit	ehemalige Pat. beider Praxen	derzeitige u. ehemalige Pat. beider Praxen
sehr erfolgreich	11	0	7	25	16	20	16
erfolgreich	82	74	78	65	56	61	67
wenig erfolgreich	7	26	15	8	22	15	15
wirkungslos	0	0	0	2	6	4	2
mein Zustand verschlechternd	0	0	0	0	0	0	0

Es ist erkennbar, dass ehemalige Patienten den Behandlungserfolg positiver einschätzen als Patienten, die sich noch in Behandlung befinden. Ein Ergebnis, das nicht verwundert. Weiterhin ergab sich, dass 93 % der derzeitigen Patienten der Praxis Güstrow ihre Therapie als sehr erfolgreich oder erfolgreich einschätzten. In der Praxis Neu Sammit sind es nur 74 Prozent. Diesen signifikanten Unterschied führen wir wesentlich auf die Anwendung des Ausdauersports in der Praxis Güstrow zurück. Es gaben 74 % der Patienten der Praxis Güstrow an, vom Therapeuten direkt angeregt worden zu sein, Sport zu treiben. In der Praxis Neu Sammit nur 10 %. Ähnliche Unterschiede gab es bei Fragen, ob es bekannt sei, dass der Therapeut bzw. Therapeutin selbst Sport treibt, oder ob der Therapeut bezüglich des Sporttreibens eine Vorbildfunktion hat. Immer lag die Praxis Güstrow signifikant höher.

Im Fragebogen wurden die sportlich aktiven Patienten gebeten, die Wichtigkeit der die ambulante Psychotherapie begleitenden sportlichen Aktivität für ihre Gesundheit einzuschätzen. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2 Wichtigkeit der sportlichen Aktivitäten für die Gesundheit (in %)

	derzeitige Pat. Güstrow	derzeitige Pat. Neu Sammit	derzeitige Pat. beider Praxen	ehemalige Pat. Güstrow	ehemalige Pat. Neu Sammit	ehemalige Pat. beider Praxen	derzeitige u. ehemalige Pat. beider Praxen
sehr wichtig	47	54	50	37	44	39	43
wichtig	47	38	43	57	37	50	47
wenig wichtig	6	8	7	6	13	9	8
unwichtig	0	0	0	0	6	2	2
schädlich	0	0	0	0	0	0	0

90 % aller derzeitigen und ehemaligen Patienten schätzen ihre sportliche Aktivität sehr

wichtig bzw. wichtig für ihre Gesundheit ein.

In einer weiteren Frage (Mehrfachnennungen möglich) versuchten wir herauszufinden, welche Effekte der Ausdauersport bei den Patienten auslöst. Das Ergebnis zeigt Tabelle 3  
Tabelle 3 Effekte des Ausdauertrainings (in %)

	derzeitige u. ehemalige Pat. beider Praxen
Wohlfühleffekt	76
Steigerung des Selbstbewußtseins	59
Verringerung meiner Depressionen	49
Überwindung von Unruhezuständen	47
Entstehen von Stolz	42
Verringerung meiner Ängste	34
Erhöhung der eigenen Attraktivität	34
Gewichtsreduktion	32
Verbesserung der Verdauung	26
Schlaf verbessernd	24
sonstiges	22
Vermeidung von Selbstverletzung	4

Hinter den knapp 4 % der Patienten die „Vermeidung von Selbstverletzungen“ angekreuzt haben, verbergen sich alle Patienten, die überhaupt in ihrem Störungsbild Selbstverletzungen aufweisen. 92 % der Patienten mit depressiven Symptomen kreuzten „Verringerung meiner Depression“ an. 85 % der Patienten mit einer Angsterkrankung kreuzten „Verringerung meiner Ängste“ an.

Unter „Sonstiges“ wurde noch folgendes genannt: Kreislauf anregen; möchte meinen Körper spüren; Körperempfindung; bessere Verarbeitung von Gedanken; die Natur genießen; Zufriedenheit meines Hundes ist größer; Aggressionsabbau; Kondition, Fitneß verbessert (enorm); Erhöhung des Selbstwertgefühls; sozialer Kontakt verbessert; Wiederentdeckung der Natur; Streßabbau; Ablenkung; Ausdauer in allen Lebensbereichen; Steigerung der Selbstheilungskräfte; Flucht aus der Einsamkeit; Ärger bei Misserfolgen abschwächen; Kontakt zu „Gleichgesinnten“; körperlich-seelischer Ausgleich

Im Weiteren versuchten wir herauszufinden, ob es einen Zusammenhang gab, zwischen der Intensität des Trainings (Zeitdauer und Häufigkeit) und dem erlebten Therapieerfolg. Wir stellten fest, dass ein Training 3-4 mal in der Woche für mindestens 30 Minuten einen gesicherten positiven Einfluß auf den Behandlungserfolg hat.

Tabelle 4 Einschätzung der Pat. bezüglich des Behandlungserfolges die 3-4 mal in der Woche mindestens ½ h Sport treiben (Anteil in %)

	derzeitige Pat. Güstrow	ehemalige Pat. Güstrow
sehr erfolgreich	0	25
erfolgreich	80	58
Wenig erfolgreich	20	17
wirkungslos	0	0
mein Zustand verschlechternd	0	0

#### **4. Zusammenfassung und Ausblick**

Der Einsatz von sportlichen Ertüchtigungsprogrammen in stationären Behandlungsphasen bei psychischen Erkrankungen ist weitgehend üblich. Der vorliegende Beitrag konnte zeigen, dass es auch innerhalb einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung möglich ist, die positiven Effekte des Ausdauersportes für die psychische Gesundheit einzusetzen. Diese Behandlungsform ist nebenwirkungsfrei und trägt der Auffassung Rechnung, dass Körper und Geist eine Einheit darstellen.

Ausblickend ist aus meiner Sicht zu erwarten, dass sich ambulante psychotherapeutische Praxen immer mehr in ambulante Zentren für Gesundheit mit einem ganzheitlichen Behandlungsansatz entwickeln. Auch die Regulierungswut im deutschen Gesundheitswesen wird diesen Prozeß nicht verhindern können.

#### Literatur

BARTMANN, ULRICH (2001); Laufen und Joggen für die Psyche, DGVT Verlag

REIMERS, CARL D./ BROOCKS, ANDREAS (Hrsg) ( 2003); Neurologie, Psychiatrie und Sport; Georg Thieme Verlag

MARLOCK, GUSTL/ WEISS, HALKO (Hrsg) ( 2006); Handbuch der Körperpsychotherapie; Schattauer