



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Stellenwert und Wirkfaktoren der Trainingstherapie in der
Abhängigkeitsrehabilitation und Drogentherapie“

verfasst von

Michaela Portele, Bakk. rer. nat.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 826

Studienrichtung laut Studienblatt: Magisterstudium Sportwissenschaft

Betreut von: Univ. Ass. MMag. Dr. Clemens Ley

Abstrakt

Diese Arbeit widmet sich der Bewegungs- und Trainingstherapie im rehabilitativen Setting von Abhängigkeitserkrankungen. In dieser Arbeit werden Fragestellungen zu Wahrnehmung bezüglich Bewegungstherapie, Training und Sport von KlientInnen und der anleitenden TherapeutInnen und TrainerInnen einer Entzugsklinik analysiert.

Die KlientInnen beschreiben ihrer persönlichen Meinung und Wahrnehmung von Bewegung und Sport als Unterstützung im rehabilitativen Prozess und den Stellenwert den sie Bewegungstherapie, Training und Sport zuschreiben. Die TherapeutInnen und TrainerInnen werden zu ihren Beobachtungen der KlientInnen während dem Training und der Bewegung und nach ihren Einschätzungen befragt. Aus diesen Informationen wird ein Gesamtbild über den Stellenwert und den Nutzen von Bewegungstherapie, Training und Sport erstellt.

KlientInnen schreiben Bewegung und Training vielseitige positive physiologische, psychologische und soziale Effekte zu. Sport stellt einen wichtigen Teil der Therapie für die KlientInnen in der Rehabilitation dar. Die TherapeutInnen und TrainerInnen beschreiben beobachtete positive Veränderungen im physiologischen und psychosozialen Bereich. Aus den Daten der KlientInnen, TherapeutInnen und TrainerInnen ergibt sich ein interessantes Gesamtbild: Bewegungstherapie, Training und Sport ist für die KlientInnen ein wesentlicher Aspekt der Entwöhnungstherapie zu Verbesserung physischer und psychosozialer Komponenten. Es stellt eine Ressource für eine Rückfallprophylaxe für die KlientInnen dar, die sich im Alltag relativ leicht integrieren und nutzen lässt.

Je nach individuellen Schweregrad und Persönlichkeitsmerkmalen ist von therapeutischer Seite Vorsicht und krankheitsspezifisches Arbeiten gefordert, um Übertraining, Verletzungen oder Abhängigkeitsverlagerung Richtung Sport vorzubeugen. Die Bewegungs- und Trainingstherapie kann einen wertvollen Beitrag in der Behandlung und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen leisten.

Abstract

Exercise therapy is a relatively new therapeutic method in the field of addiction therapy. This thesis is focussed on how exercise therapy and training is perceived by patients, physiotherapists and trainers in the rehabilitative setting of addictions.

Patients describe their subjective perception of exercise therapy and training in the rehabilitation process as well as the importance they attach to it. The therapists and trainers depict their observations of the patients and their assessments about how exercise therapy influences the rehabilitative process. Ten participating patients, a physical therapist and a trainer are interviewed by two separate interview guides.

Patients attribute positive physiological, psychological and social effects to exercise therapy and training and describe it as an important part of their therapy. Therapists and trainers observed positive changes in physiological and psychosocial competences. The information gathered from patients, the therapist and the trainer is used to provide an overall image: exercise therapy, training and sport constitute an essential aspect of the therapy for patients to improve their physical and psychosocial competences. It serves as a resource of relapse prevention for patients, which can be relatively easily integrated and used in everyday life.

Depending on individual personality traits and progression of the addiction, certain precautions and the use of disease specific treatment are required on the part of the therapeutic staff to prevent overtraining, injury or a dependency shift towards sports. Exercise therapy and training can make a valuable contribution to the treatment and the rehabilitation of drug addicts.

Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die mich während der letzten Monaten beim Verfassen und Erarbeiten bei der Diplomarbeit unterstützt haben.

Dank an das Anton-Proksch-Institut für die Kooperationsbereitschaft. Speziell möchte ich mich bei den KlientInnen bedanken, die sich für die Interviews bereit gestellt haben. Ich möchte mich bei dem Team der Physio- und Bewegungstherapie bedanken, die mich mit allen Mitteln bei der empirischen Arbeit unterstützt haben und sich viel Zeit genommen haben, um mir einen spannenden Einblick in ihre Arbeit zu ermöglichen.

Mein Dank gilt meinem Betreuer Univ. Ass. Dr. Clemens Ley, der mich durch Denkanstöße und konstruktive Kritik auf Unklarheiten oder fehlende Aspekte aufmerksam gemacht hat.

Vielen Dank an meine Freundin Eva Stangler, die viel Zeit in das Korrektur Lesen investiert hat und mir viele Kommentare zu Schwächen und Stärken der Arbeit schickte.

Danke meiner lieben Familie und meinem Freund für die emotionale und motivationale Unterstützung in der Zeit des Schreibens, für die vielen interessanten Gespräche und Diskussionen über Problematiken und Schreibbarrieren.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
1.1	Aufbau der Arbeit.....	2
2	Sucht und Abhängigkeitserkrankungen.....	3
2.1	Unterscheidung stoffgebundene zwischen stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankungen	3
2.2	Definition	4
2.3	Auswirkung von Substanzabhängigkeit mit Schwerpunkt auf Alkoholabhängigkeit ..	5
2.3.1	Neurologisch-biologische Auswirkungen.....	6
2.3.2	Persönlichkeitseigenschaften – psychische Ursachen und Folgen von Alkoholabhängigkeit.....	7
2.3.3	Umweltfaktoren – soziale Folgen	9
2.3.4	Zusammenfassende Betrachtung der Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit.....	9
3	Sport-, Trainings- und Bewegungstherapie	11
3.1	Definition(en)	11
3.1.1	Trainingstherapie	12
3.1.2	Bewegungstherapie	13
3.1.3	Sporttherapie	13
3.1.4	Physiotherapie und Sportphysiotherapie.....	14
3.1.5	Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	15
3.1.6	Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)	15
3.1.7	Abschließende Worte	15
3.2	Rechtliche Grundlagen und allgemeine Arbeitsfelder.....	16
3.2.1	Rechtliche Grundlagen und allgemeine Arbeitsfelder.....	17
3.2.2	Aktuelle Situation und Verbreitung der Trainingstherapie	17
3.3	Aufgabenfelder und Wirkung von Trainings- und Bewegungstherapie in der Abhängigkeitsbehandlung.....	18
3.4	Vorgehensweise der Trainings- und Bewegungstherapie in der Abhängigkeitsbehandlung.....	19
4	Aktueller Stand der Forschung zu Wahrnehmung von Bewegungs- und Trainingstherapie aus Sicht der KlientInnen	23
4.1	Wahrnehmung im gesundheitsorientierten sowie im trainings- und bewegungstherapeutischen Setting	24
4.2	Wahrnehmung bei Trainings- und Bewegungstherapie im Alkohol- und Drogenentzug	29
4.3	Zusammenfassung	31
5	Aufbau und Charakteristika des Forschungsdesigns	34

5.1	Fragestellung	34
5.2	Methode und Auswertung	35
5.2.1	Interviewleitfäden	36
5.2.2	Transkription	37
5.2.3	Kategorisierung	38
5.3	Charakterisierung der Institution: Anton-Proksch-Institut (API)	39
5.3.1	Trainings- und Bewegungsangebot	39
5.3.2	Orpheus – Programm	42
5.4	Auswahl der KlientInnen	43
5.5	Durchführung	43
6	Personenzentrierte Auswertung der Interviews	45
6.1	Herr J.	45
6.2	Herr K.	49
6.3	Herr C.	55
6.4	Herr E.	61
6.5	Herr P.	65
6.6	Frau G.	71
6.7	Frau E.	75
6.8	Frau C.	80
6.9	Frau N.	83
6.10	Herr F.	87
6.11	Allgemeine Äußerungen der KlientInnen zum Trainings- und Bewegungsangebot.	92
6.11.1	Anregungen und Wünsche	92
6.11.2	Kritik	92
7	Zusammenfassende Auswertung	93
7.1	Veränderungen aus der Sicht der TeilnehmerInnen	93
7.2	Allgemeine Beobachtungen des Trainers und Therapeuten	95
7.3	Analyse der Wahrnehmungsvergleiche	96
8	Schlussfolgerung und Ausblick	98
	Literaturverzeichnis	100
	Abbildungsverzeichnis	105
	Anhang	106

1 Einführung

Die Trainingstherapie ist in Österreich ein relativ junges Arbeitsfeld für SportwissenschaftlerInnen. In medizinischen Bereichen wie Innere Erkrankungen und Orthopädie hat sich bereits ein Arbeitsfeld für Sportwissenschaftler gebildet. Im psychologischen Bereich ist die Bewegungs- und Trainingstherapie im Gegensatz dazu noch kaum etabliert. Trainingstherapie kann eine ergänzende Maßnahme zusätzlich zu schon etablierten Therapieformen in der Arbeit mit psychischen Erkrankungen, wie Abhängigkeitserkrankungen, sein.

Abhängigkeitserkrankungen, mit Fokus auf Alkohol, haben weitreichende Folgen auf die physische und psychosoziale Gesundheit. Menschen die wegen Abhängigkeitserkrankungen an Entzugs- und Entwöhnungsprogrammen teilnehmen durchlaufen erst einen körperlichen Entzug. Anschließend wird durch das Arbeiten mit der Psyche versucht den betroffenen Personen soweit zu helfen, dass sie (wieder) ihr Leben auf gesunde Art und Weise leben und genießen können. Trainingstherapie kann dabei der Verbesserung der gesundheitlichen Aspekte eine unterstützende Funktion übernehmen. Sie kann dabei fördernd wirken, die oftmals gestörte Körperwahrnehmung der Klienten zu verbessern und dabei neu zu entdecken.

Wie bereits Bohner (2004) in seiner Arbeit zum Thema Wahrnehmung von Bewegung und Sport bei Abhängigkeitserkrankung kritisiert hat wird der Meinung und Wahrnehmung betroffener Personen zu wenig Gehör geschenkt.

Im Zuge dieser Diplomarbeit wurden sowohl physische, als auch psychosoziale Faktoren von Trainingstherapie im Rehabilitationsprozess von Alkohol-Abhängigkeitserkrankungen untersucht. Um diese Faktoren zu erheben wurden die physischen und psychischen Beeinflussungen und Veränderungen durch Trainings- und Bewegungstherapie im Gespräch mit KlientInnen über ihre Wahrnehmungen und Beobachtungen ermittelt. Diese Eigenwahrnehmungen wurden mit den Beobachtungen des zuständigen Betreuerteam gegenübergestellt.

Aufbauend auf diesen Informationen wurde untersucht welche Hilfestellung und Unterstützung KlientInnen Training und Bewegung zuschreiben und inwiefern die Wahrnehmungen im Einklang mit den Beobachtungen des Betreulnenteams stehen. Anhand dieser Informationen wurde erarbeitet welche Wertigkeit Trainingstherapie und Sport als ergänzende Maßnahme im rehabilitativen Setting für KlientInnen einnehmen kann.

Diese Arbeit fokussiert auf die subjektive Einstellungen zu Bewegung und Sport von betroffenen Personen im Rehabilitationssetting. Die Untersuchung der quantitativen physiologischen und psychologischen Parameter wurde ausgenommen und ist nicht Teil der Fragestellungen.

Bewegung und Sport bietet im therapeutischen Setting von Abhängigkeitserkrankungen eine zusätzliche therapeutische Maßnahme. Durch Bewegung, Training und Sport können (neue) Ressourcen auf spielerischer Weise wieder entdeckt werden. Jene teilnehmenden KlientInnen sprechen über Training und Bewegung als wichtiges Element in ihrem Therapieprozess, was durch die Beobachtungen der TrainerInnen und TherapeutInnen gestützt wird.

1.1 Aufbau der Arbeit

Nach der allgemeinen Einführung über Alkoholabhängigkeit wird auf den aktuellen Stand um Sport-, Bewegungs- und Trainingstherapie eingegangen. In diesem Kapitel werden auch die Möglichkeit der Trainings- und Bewegungstherapie in abhängigkeitspezifischen Setting angeführt. Ein eigenes Kapitel wird dem Stand der Forschung zu Wahrnehmungen der Wirkungen von Sport und Bewegung im therapeutischen Kontext eingeräumt. Der Hauptteil dieser Arbeit befasst sich mit der Eigenwahrnehmung von KlientInnen in einer Rehabilitationsinstitution und der Fremdwahrnehmung durch betreuende TrainerInnen und TherapeutInnen. Abschließend wird global zusammengefasst, welche Wirkungen von den teilnehmenden KlientInnen und vom betreuenden Team genannt werden, welchen Stellenwert Sport und Bewegung für die KlientInnen hat welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei den Wahrnehmungsabgleichen aufgetreten sind.

2 Sucht und Abhängigkeitserkrankungen

Die Begriffe Sucht oder Suchterkrankung sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Sie werden im allgemeinen Sprachgebrauch oft mit einer negativen Bedeutung verwendet, wodurch sie oft mit einer Stigmatisierung einhergehen. 1964 unterbreitete die WHO den Vorschlag, Sucht durch den Begriff der Abhängigkeit zu ersetzen (Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998). Trotz der Veränderung des Begriffs Sucht zu Abhängigkeit wird der Suchtbegriff nach wie vor häufig und als Synonym für Abhängigkeit verwendet, zum Beispiel bei Schwenk (2007). In Anlehnung an den Begriffsvorschlag der WHO wird in dieser Arbeit von Abhängigkeit und Abhängigkeitserkrankungen gesprochen.

In unserer Gesellschaft gibt es viele verschiedene Abhängigkeitserkrankungen. Die meisten Erkrankungen aus dieser Gruppe haben ähnliche charakteristische, für die Diagnostik wichtige Merkmale: Abhängigkeitserkrankungen äußern sich durch ein starkes Verlangen oder einen Zwang („Craving“), eine Substanz zu konsumieren oder einem Verhalten nachzugeben. Die Kontrollfähigkeit bezüglich der Häufigkeit und Menge des Konsums geht im Verlauf zunehmend verloren. Bei vielen Substanzen sind im Verlauf Gewöhnungseffekte mit daraus resultierender Dosissteigerung zu beobachten: Die Betroffenen müssen immer höhere Mengen konsumieren, um den erwünschten Effekt zu erreichen. Weitere Merkmale einer Abhängigkeit sind ein anhaltender Konsum trotz negativer Konsequenzen, eine Ausrichtung des Lebensstils auf den Konsum oder die Beschaffung der Substanz und eine Abstinenzunfähigkeit sowie das Ausführen oder die Unterdrückung bestimmter Verhaltensweisen (United Nations Office of Drug and Crime, 1995).

Nach Boris Hoppen (2002) wird Abhängigkeit häufig als Beschreibung für ein Verhalten gewählt, bei dem persönliche Entscheidungen nicht mehr frei und unbeeinflusst getroffen werden können. Abhängigkeit umschreibt Verhaltensweisen, die nicht mehr ohne weiteres abgesetzt oder kontrolliert werden können. „Abhängige“ sind somit von einem bestimmten Verhalten oder von einer bestimmten Substanz geprägt.

2.1 Unterscheidung stoffgebundene zwischen stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankungen

Prinzipiell werden stoffungebundene und stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen unterschieden (Schwenk, 2007). Stoffungebundene Abhängigkeit ist durch repetitive Verhaltensweisen ohne sinnvolle Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und meist die Interessen des Betroffenen oder anderer Menschen schädigen. Diese Gruppe von Erkrankungen wird auch als Verhaltensabhängigkeit beziehungsweise Störungen der Impulskontrolle bezeichnet. Typische Beispiele sind pathologisches

Spielen oder die Kleptomanie (pathologisches Stehlen) (Kuntz, 2005; Uchtenhagen, 2011). Bei stoffgebundener Abhängigkeit ist die Abhängigkeit auf den Konsum bestimmter Substanzen bezogen: Der Lebensmittelpunkt verschiebt sich zu Beschaffung und Konsum einer oder mehrerer bestimmter Substanzen.

2.2 Definition

Auf vielen Websites und in vielen Büchern, die sich mit der Thematik Alkohol- und/ oder Substanzabhängigkeit beschäftigen, werden der Begriff Sucht oder Abhängigkeit kurz beschrieben und definiert. Die zwei wichtigsten Quellen für die Definition und Klassifikation von Abhängigkeit sind die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision der WHO (ICD-10) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (DSM-IV). In der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2013) werden „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ vom „Schädlichen Gebrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen“ unterschieden. Zu den Substanzen aus der zweiten Gruppe zählen zum Beispiel Laxanzien oder Analgetika. Zusätzlich werden „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ als Überbegriff für stoffungebundene Abhängigkeiten differenziert. Die folgenden Definitionen von DSM-IV und ICD-10 beziehen sich explizit auf die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

Abhängigkeit bzw. Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10:

Abhängigkeit beziehungsweise das Abhängigkeitssyndrom umfasst spezifische kognitive und körperliche Verhaltensweisen, die sich nach repetitiver Substanzeinnahme entwickeln: Die Betroffenen verspüren einen starken Drang, die Substanz zu konsumieren („Craving“), sie verlieren die Kontrolle über die Häufigkeit und die Menge des Substanzkonsums, sie haben Probleme abstinenz zu bleiben und unterlassen die Einnahme trotz negativer Folgeerscheinungen nicht. Der Substanzeinnahme wird eine vorherrschende Stellung im täglichen Leben eingeräumt, oft verschiebt sich der Lebensmittelpunkt zur Substanzbeschaffung und -einnahme. Bei vielen Substanzen entwickelt sich bei wiederholtem Konsum eine Toleranz gegenüber deren Wirkungen: Als Folge wird die Dosis immer weiter gesteigert und ein körperliches Entzugssyndrom kann sich entwickeln. Die Abhängigkeit kann sich auf eine Substanz (z.B. Diazepam) oder eine Substanzgruppe (Sedativa) beziehen. In einigen Fällen kann das Abhängigkeitssyndrom auch unterschiedliche Substanzen und Substanzgruppen ohne pharmakologische Zusammenhänge umfassen. Dies wird dann als Polytoxikomanie bezeichnet (WHO, 2013).

Abhängigkeit bzw. Abhängigkeitssyndrom im DSM-IV:

Im DSM IV werden Missbrauch einer Substanz und Abhängigkeit von einer Substanz unter dem Sammelbegriff Störungen durch Substanzkonsum zusammengefasst. Ähnlich dem ICD-10 kommt es zu einer Veränderung der Dosis und in der Wahrnehmung der Wirkung der Substanzen. Wesentlich für die Abhängigkeit ist die schleichende Ausrichtung des Lebensinhalts auf den Konsum einer Substanz und auf das Bewältigen der Auswirkungen der Substanz. Die Fokussierung auf die Substanz hat eine Einengung anderer Freizeitaktivität und Interessen zu Folge. Im DSM – IV sind keine körperlichen Symptome einer Abhängigkeit nötig, um eine Substanzabhängigkeit zu diagnostizieren (American Psychiatric Association, 1996).

2.3 Auswirkung von Substanzabhängigkeit mit Schwerpunkt auf Alkoholabhängigkeit

Alkohol hat spezifische Wirkungen auf den Körper, die konsumierende Person und auf ihre Umwelt. Diese Triade ist kaum voneinander zu trennen, da sich die drei Faktoren gegenseitig beeinflussen: Trinkt eine Person zu viel Alkohol, hat das Auswirkungen auf das Gehirn (biologischer Faktor). So können unter anderem Distanzen nicht mehr korrekt eingeschätzt werden und kognitive Aufgaben nur noch langsam und mit höchster Konzentration ausgeführt werden. Die Person erlebt sich in diesem Zustand eventuell als sehr lustig, unverletzbar oder traurig (psychischer Faktor). Die Umgebung nimmt den Betrunkenen als zu laut, lästig, mühsam oder amüsant wahr und lehnt sie ab beziehungsweise sucht Kontakt zu ihr (sozialer Faktor).

Diese drei Faktoren sind Bestandteile des biopsychosozialen Modells (Egger, 2005). Dieses derzeit sehr populäre Modell betrachtet Krankheit und Gesundheit auf verschiedenen Ebenen und macht sowohl den Krankheits- als auch der Gesundheitsbegriff erfassbar. Das Modell entwickelte sich aus der Systemtheorie, die versucht, Systeme nach einheitlichen Gesetzmäßigkeiten und Beziehungen zu beschreiben: Im biopsychosozialen Modell ergeben sich sowohl Krankheit als auch Gesundheit aus dem Zusammenspiel der Systeme Biologie, Physiologie, Psyche und Umwelt. Krankheiten können auf verschiedenen Ebenen ausgelöst und auf andere Ebenen oder Systeme übertragen werden. Sehr typisch lässt sich dieses Modell auf psychosomatische Erkrankungen übertragen, ist aber auch auf „rein biologische“ Erkrankungen anwendbar.

Gesundheit ergibt sich in diesem Modell, wenn das Individuum über ausreichende Kompetenzen verfügt, die Schädigung oder Beeinträchtigung eines Systems diese

auszugleichen und zu bewältigen. Das Augenmerk liegt daher auf der individuellen Bewältigungsfähigkeit eines Menschen, das Nicht-Vorhandensein von schädlichen Einflüssen ist damit keine Voraussetzung für Gesundheit. Krankheit entsteht daher, wenn das Individuum nicht über genügend Ressourcen und Kompetenzen verfügt, um das Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. In diesem Fall wird die individuelle Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, was sich als Krankheit manifestiert. Im Fokus stehen dabei die Auswirkungen auf die Systeme und die sich daraus ergebenden Folgeschäden und nicht die Tatsache, in welchem System sich eine Beeinträchtigung beziehungsweise Krankheit äußert (Egger, 2005). Gesundheit und Krankheit werden in diesem Modell als Kontinuum angesehen, auf dem die aktuelle Situation eines Menschen je nach Ressourcen und Stressoren in Richtung Krankheit oder Gesundheit verschoben wird.

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit vor diesem systemtheoretischen Hintergrund anhand der Triade Neurologie/Biologie, Psyche und soziales Umfeld charakterisiert. Wie viele andere Erkrankungen hat die Alkoholabhängigkeit multiple potenzielle Auslöser und Folgen, die sich in verschiedenen Systemen manifestieren (Lindenmeyer, 2005; Soyka & Kufner, 2008; Deimel, 2011).

2.3.1 Neurologisch-biologische Auswirkungen

Im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit werden sowohl das zentrale (ZNS) als auch das periphere Nervensystems geschädigt: Im Bereich des PNS resultiert häufig eine Polyneuropathie mit vornehmlich axonaler Schädigung. Typische Symptome sind langsam zunehmende Beeinträchtigungen der Lagewahrnehmung und der Feinsensibilität, die unter anderem zu Gangunsicherheit führen („sensible Ataxie“). Im weiteren Verlauf können periphere, meist nicht vollständig ausgeprägte Lähmungen, motorische Reizerscheinung und vegetative Störungen wie verminderte Schweißsekretion hinzutreten (Liebsch, 2008). Zusätzlich sind bei Alkohol-Abhängigen Druckläsionen peripherer Nerven häufiger zu beobachten, wenn die Betroffenen im Rauschzustand sensible Reizerscheinungen nicht bemerken.

Alkoholabhängigkeit führt auch zu massiven Beeinträchtigungen des ZNS: Beeinträchtigt werden unter anderem Gliazellen, die für die Ernährung und Myelinisierung der Axone und Dendriten und somit für die Signalübertragung eine wichtige Rolle spielen. Zusätzlich wird eine Degeneration von Neuronen durch eine Zunahme des oxidativen Stresses beobachtet, der in Zusammenhang mit einer erhöhten Produktion von pro-inflammatorischen Faktoren steht. Es resultiert ein Verlust von Gehirns substanz (Bloch, 2012), vor allem im Frontallappen und im Bereich des für Gedächtnisprozesse sehr wichtigen Hippocampus. Dies führt zu Leistungseinbußen kognitiver, sensorischer,

motorischer und/oder psychosozialer Art (Crews & Nixon, 2009). Zusätzlich scheint Alkohol die Signalwege von Insulin beziehungsweise Insulin-like-Growth-Factor-1 (IGF-1) zu beeinträchtigen und so das Kleinhirn und den Gyrus cinguli zu schädigen, was in weiterer Folge zu motorischen Problemen führt (de la Monte et al., 2008).

Das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung und des intellektuellen Abbaus durch Atrophie der grauen und weißen Substanz des Gehirns ist abhängig von Dauer und Schweregrad der Abhängigkeit. Bei absoluter Abstinenz ist eine Regeneration des Gewebes möglich, wobei wieder Dauer und Schweregrad der Abhängigkeit einberechnet werden muss (Rist, 2010).

Klinische Folgen der neuronalen Veränderungen im ZNS im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit sind Tremor, Persönlichkeitsveränderungen, organische Halluzinosen, das Wernicke-Korsakow-Syndrom mit schweren Gedächtnisstörungen, Gang- und Standstörungen (Ataxie) sowie Augenbewegungsstörungen und letztlich eine Alkohol-induzierte Demenz. Bei Alkoholabstinenz entwickelt sich häufig ein Entzugsdelir mit Halluzinationen, Tremor, mitunter lebensbedrohlicher vegetativer Entgleisung und Gefahr von generalisierten Krampfanfällen.

Auch die körperlichen Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit außerhalb des Nervensystems sind vielfältig: Prognostisch im Vordergrund stehen häufig die Leberschäden mit Entwicklung einer Leberzirrhose mit all ihren Folgeerscheinungen wie gastrointestinalen Blutungen, weiteren Hirnschädigungen durch fehlenden Abbau von Stoffwechselprodukten sowie endokrinen und Gerinnungsstörungen. Zudem haben die Betroffenen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, einer akuten und/oder chronischen Pankreatitis und einer chronischen Gastritis mit Ulzerationen. Das Krebsrisiko ist erhöht, insbesondere für Tumoren der Speiseröhre, der Leber, der Haut, des Mundes, des Kehlkopfes und der Genitalschleimhaut. Auch die Infektanfälligkeit (unter anderem für Tuberkulose) und das Unfallrisiko sind erhöht. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft führt beim Kind zu irreversiblen neuronalen und mitunter organischen Störungen, darunter typische Verformungen im Gesichtsbereich und intellektuelle Beeinträchtigungen. Zusammengefasst werden diese Veränderungen als fetales Alkoholsyndrom (Lindenmeyer, 2005; Soyka & Kufner, 2008; Deimel, 2011).

2.3.2 Persönlichkeitseigenschaften – psychische Ursachen und Folgen von Alkoholabhängigkeit

Aufgrund der intraindividuell sehr großen Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur einzelner Menschen ist nicht immer nachvollziehbar, warum bestimmte Menschen eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, während andere, die unter schwierigeren

Umständen leben, nicht erkranken. Protektive Faktoren wirken entwicklungsfördernd und verhindern die Entwicklung einer Abhängigkeit. Werden mehrere protektive Faktoren (Schutzfaktoren) im Rahmen einer Problemlösung aktiv, wird auch von Resilienz (Widerstandsfähigkeit) gesprochen. Risikofaktoren hingegen wirken destruktiv, hemmen die psychische Entwicklung und begünstigen insbesondere in ungünstigen Lebenssituationen eine Schädigung beziehungsweise Abhängigkeitsentwicklung des Betroffenen. Die unglückliche Verkettung mehrerer Risikofaktoren kann zu einer sog. Negativkarriere des Betroffenen führen. Problematische Lebenssituationen werden häufig durch mangelnde situationsspezifische Kompetenzen hervorgerufen. Generell sind Risikobeziehungsweise Protektivfaktoren als individuelle Faktoren anzusehen, die konstruktiv und lösungsunterstützend beziehungsweise destruktiv und lösungshemmend wirken können und eine positive beziehungsweise negative Beeinflussung der Lebenssituation bedingen (Mahler, 2012). Zu den Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit zählen unter anderem Probleme mit dem Selbstwertgefühl, dem Selbstvertrauen und/oder ein mangelndes Grundvertrauen. Eine mangelnde Abgrenzung des Ichs kann zu Orientierungslosigkeit und zu einer erhöhten Abhängigkeitsgefahr führen. Ein weiterer bekannter Risikofaktor ist die mangelnde Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse in Kombination mit einer übersteigerten Wahrnehmung von Fremdbedürfnissen (United Nations Office of Drug and Crime, 1995). Menschen mit Abhängigkeitserkrankung haben in den meisten Fällen eine verzerrte oder gestörte Körperwahrnehmung beziehungsweise Selbstwahrnehmung (Deimel, 2011).

Bestimmte psychische Vorerkrankungen erhöhen das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit, darunter Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörung. Der erhöhte Alkoholkonsum kann bei diesen Patienten als insuffiziente Maßnahme zur Selbsttherapie angesehen werden: So ist zum Beispiel ein Patient mit sozialer Phobie kontraktfreudiger oder ein Depressiver für kurze Zeit fröhlicher, wenn er betrunken ist (Deimel, 2011).

Zu den psychischen Folgeschäden einer Alkoholabhängigkeit zählen Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühlsschwankungen bis hin zu aggressiven Entgleisungen, soziale Ängste bis hin zu Panikanfällen, verringertes Selbstwertgefühl, Distanzlosigkeit sowie Depressionen. Auch die Suizidalität ist bei den Betroffenen erhöht (Lindenmeyer, 2005; Soyka & Küfner, 2008). Menschen mit Abhängigkeitsproblematiken leiden häufig unter einer negativen Grundstimmung welche Hand in Hand mit einer Verringerung des Selbstvertrauens, des Selbstwertes, ein gesteigertes Angstepfinden

und dem Gefühl einer Sinnlosigkeit des Lebens und der Zukunft einhergeht (Deimel, 1994).

2.3.3 Umweltfaktoren – soziale Folgen

Jugendliche und Erwachsene konsumieren Alkohol initial meist in der Gruppe und nicht alleine. „Komatrinken“, wie es häufig in den Medien genannt wird, ist ein Gruppenphänomen mit brisanter Dynamik und scheint in unserer Kultur auf eine gewisse Akzeptanz stoßen. Für manche Gruppierungen scheint es gar einen kulturellen Standard darzustellen (DerStandard, 2007). Ähnliches gilt für das Rauchen bei Teenagern oder das Konsumieren von Drogen im Freundeskreis oder als Mutprobe, um einer Gruppe anzugehören. Dies kann bei Jugendlichen beobachtet werden, sobald die Werte und die Akzeptanz durch Gleichaltrige wichtiger werden als die der Eltern und Jugendliche den physiologischen Prozess zur Selbstständigkeit durchlaufen (Raithler, 2011).

Die umweltbedingten Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen sind vielfältig. Die Veränderung der Gesellschaft hin zu einer Optimierungs- und Konsumgesellschaft kann als eine potenzielle Gefahr angesehen werden. Mögliche andere Auslöser sind Entwurzelung und Orientierungslosigkeit, Kontroll- und Sicherheitsbedürfnisse sowie Einsamkeit oder Vereinzelung. In Gesellschaften, die Leistungs- und Arbeitsorientierung als Kernelemente ansehen, dient Alkohol als Möglichkeit, sich in Spaß und Action zu „flüchten“ (United Nations Office of Drug and Crime, 1995). Bei Menschen mit starker Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals „Sensation-Seeking“, also bei Menschen, die immer einen neuen Kick suchen, kann dies der Auslöser einer Abhängigkeitserkrankung sein.

Häufige soziale Folgen der Alkoholabhängigkeit sind Partnerschaftskonflikte bis hin zu Trennung oder Scheidung, aber auch Schulprobleme bis hin zum Schulverweis, Konflikte am Arbeitsplatz bis hin zum Arbeitsplatzverlust, Isolierung, Verwahrlosung, Delogierung, Straftaten und Haftstrafen (Lindenmeyer, 2005; Soyka & Küfner, 2008).

2.3.4 Zusammenfassende Betrachtung der Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit

Jeder einzelne der genannten Faktoren kann die Ursache für eine sich entwickelnde oder bestehende Abhängigkeitserkrankung sein. In der Gesamtschau können Risikofaktoren durch protektive Faktoren in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Nach dem biopsychosozialen Modell ist es auch möglich, Ressourcen und Kompetenzen aufzubauen. Diese sollten bei dem individuell am besten zugänglichen System angreifen und können es ermöglichen, von diesem System ausgehend wieder ein Gleichgewicht anzustreben, aufzubauen und zu erhalten. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die hier

beschriebene Faktorentriade in einen Zusammenhang zu setzen und als gemeinsames, sich bedingendes Konstrukt zu verstehen: Umwelt, individuelle psychische Strukturen sowie die kurz- oder langfristigen biologischen Voraussetzungen bzw. Veränderungen ergeben ein komplexes Netz aus Risiko- beziehungsweise Protektivfaktoren, die einen positiven beziehungsweise negativen Verlauf begünstigen. In der Triade betrachtet können individuell angepasste präventive oder rehabilitative Aktionen gesetzt werden, um einer Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung oder einem Rückfall vorzubeugen.

3 Sport- , Trainings- und Bewegungstherapie

Sport, Training und Bewegung sind Begriffe, die vor allem mit der Freizeit, Hobbys und einem gesunden Lebensstil assoziiert werden. In jüngster Vergangenheit wurde jedoch ein neuer Arbeitsbereich geschaffen, der SportwissenschaftlerInnen dazu ermächtigt, therapeutisch tätig zu werden. Literaturrecherchen primär im deutschsprachigen Raum zeigen, dass es relativ viele Begriffe gibt, die für das Zusammenspiel von Bewegung, Training und Sport mit therapeutischer Arbeit von Bedeutung sind.

Bewegung, Training und Sport kann therapeutische Funktion übernehmen, wie ganz klassisch in der Physiotherapie. Neben der Physiotherapie gibt es inzwischen viele verschiedene Therapieformen, die Bewegung, Sport und Training einbeziehen. Je mehr man sich mit der Materie beschäftigt, desto unübersichtlicher werden die Therapieformen und die Unterscheidungen welche Therapieform welche Art der Bewegung, des Trainings oder des Sportes beinhaltet. Dieses Kapitel beschäftigt sich zunächst mit den Definitionen bewegungs- und körperbezogener Therapieformen: Zum Teil werden ähnliche und/oder synonyme Begriffe verwendet, wodurch es schwierig ist, den Überblick zu behalten, welcher Begriff für welche therapeutische Richtung und Methodik verwendet wird. Der erste Abschnitt versucht, hier etwas Struktur in die Begrifflichkeiten zu bringen. Zusätzlich sollen die Begriffe und beruflichen Abgrenzung zwischen Physiotherapie und Sport- und Trainingstherapie aufgezeigt werden.

In weiterer Folge werden die rechtlichen Grundlagen für die sporttherapeutische Arbeit in Österreich umrissen, um unter anderem eine klare Abgrenzung des Arbeitsbereiches zu ermöglichen. Da das therapeutische Arbeiten von Sportwissenschaftlern in Österreich ein sehr junger Bereich ist, wird auf die wesentlichen Eckpunkte des hierfür relevanten Arbeitsrechts eingegangen sowie das Arbeitsbild und Arbeitsfeld abgesteckt und beschrieben.

Zum Abschluss dieses Kapitels wird ein Überblick über die momentane Situation und Verbreitung der sporttherapeutischen Arbeit gegeben.

3.1 Definition(en)

Je nachdem welche Stichwörter bei der elektronischen Suche nach Informationen zu Sport-, Trainings- oder Bewegungstherapie gewählt werden, scheinen verschiedene therapeutische Maßnahmen und Schwerpunkte der Maßnahmen auf. Auch beim Durchsichten der Literatur stößt man häufig auf die Begriffe Sporttherapie, Trainingstherapie oder (integrative und konzentrative) Bewegungstherapie. Daraus geht jedoch nicht hervor, ob die Begriffe synonym für das Arbeitsfeld oder für unterschiedliche

Therapieformen verwendet werden. Es soll der Versuch unternommen werden, die Begriffe zu definieren beziehungsweise zu charakterisieren.

So beschreibt zum Beispiel Hölter (2011) drei Disziplinen, in denen sich körper- und bewegungsbezogene Therapieformen entwickelt haben: Medizin, Psychologie und Sport-/Bewegungswissenschaft. Zu jedem Bereich hätten sich im Laufe der Jahre Therapieformen entwickelt, auf die zum Teil im weiteren Verlauf näher eingegangen wird: Im medizinischen Bereich sind dies die Physiotherapie, die konzentrierte Bewegungstherapie und die kommunikative Bewegungstherapie. In der Psychologie haben sich verschiedene Körperpsychotherapien, die Tanztherapie und die integrative Bewegungstherapie herausgebildet. Aus der sportwissenschaftlichen Disziplin entwickelten sich die Mototherapie, die Sporttherapie und der Gesundheitssport. All diese Therapieverfahren fasst Hölter (2011) zu Formen der klinischen Bewegungstherapie zusammen.

3.1.1 Trainingstherapie

Der Begriff der Trainingstherapie ist in Österreich jener Begriff, der per Gesetz die therapeutische Arbeit von SportwissenschaftlerInnen definiert. Das Berufsbild und die Berufsfelder sind per Gesetz (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz [MABG], 2015) wie folgt definiert:

„... umfasst die strukturelle Verbesserung der Bewegungsabläufe und der Organsysteme mit dem Ziel, die Koordination, Kraft, Ausdauer und das Gleichgewicht durch systematisches Training, aufbauend auf der Stabilisierung der Primärerkrankung und zur ergänzenden Behandlung von Sekundärerkrankungen, zu stärken. Übergeordnetes Ziel ist die Vermeidung des Wiedereintritts von Krankheiten sowie des Entstehens von Folgekrankheiten, Maladaptationen und Chronifizierungen.“ (§ 27 Absatz 1, MABG)

In der Literatur findet sich auch der Begriff „medizinische Trainingstherapie“. Per definitionem wird die medizinische Trainingstherapie – kurz MTT – für den Aufbau und das Wiederherstellen der Muskulatur bei muskulären Schwachstellen eingesetzt. Diese Therapie wird vor allem bei Problemstellungen und Defiziten des Halte- und Bewegungsapparats, also im Fachbereich der Orthopädie, eingesetzt. Als Indikation werden Krankheitsmuster wie Atrophie oder Hypotrophie der Muskulatur genannt. Als potenzielle Kontraindikation werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ein allgemein schlechter gesundheitlicher Zustand, akute Entzündungen und Malignome angeführt (Hailer, 2014b). Im Journal für Kardiologie wird hingegen Trainingstherapie durchaus bei

koronarer Herzkrankheit, metabolischem Syndrom, Diabetes mellitus sowie anderen Kreislauferkrankungen empfohlen. Die Trainingstherapie müsse zwar an den gesundheitlichen Zustand des Patienten angepasst und im klinischen/stationären Setting abgehalten werden, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems seien jedoch keine Kontraindikationen per se (Hofmann, Tschakert, Wonisch & Pokan, 2009).

Bezieht man sich auf die österreichische Rechtslage so ist nur der Begriff Trainingstherapeut/in in der rechtlichen Grundlage verankert und die Begriffe Bewegungs- oder Sporttherapeut/in scheinen nicht auf. Da lediglich der Begriff Trainingstherapie gesetzlich verankert ist wird Bewegung und Sport in Sinne der Trainingstherapie betrachtet.

3.1.2 Bewegungstherapie

Im Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie definiert Hailer (2014a) Bewegungstherapie als einen integrativen Ansatz, durch den ein Individuum mit seinen inneren Empfindungen in Verbindung gebracht werden soll. Körper und Psyche werden nicht als getrennte Einheiten verstanden sondern in Kontakt zu einander angesehen. Einsatzbereiche sind Orthopädie/Unfallchirurgie sowie die Psychosomatik. Als Synonyme für „Bewegungstherapie“ werden „Konzepte von Feldenkrais“ beziehungsweise „Integrative Ganzkörperbewegungstherapie“ angeführt. Im Physioglexikon wird weiter auf die Spiraldynamik verwiesen, ein Konzept, das auf Dreidimensionalität, Praxis und Dynamik aufbaut. Da es sich hierbei um ein Meta-Modell handelt ist die Spiraldynamik in verschiedenen therapeutischen Settings vertreten (Logopädie, Ergotherapie) (Amshoff et. al., 2010)

3.1.3 Sporttherapie

Der Begriff Sporttherapie wird im Engelhardt Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie (Jäger, 2014) als Synonym für Bewegungstherapie geführt. Die Autorin beschreibt Sporttherapie als eine Therapieform, die Aspekte von Sport umfasst und therapeutisch wirksam macht. Sie betrachtet dabei die motorischen Grundeigenschaften wie Ausdauer, Kraft und koordinative Fähigkeiten und spricht die positiven Auswirkungen von Sport auf die Psyche an. Als Indikationen führt sie sowohl Erkrankungen des Halte- und Stützapparats als auch Herz-Kreislauf- und andere internistische Erkrankungen an, verweist jedoch darauf, dass je nach Krankheitsverlauf Kontraindikationen auftreten können. In dem Lexikon werden Sporttherapie und Bewegungstherapie als Synonyme beschrieben wobei die Definition der Bewegungstherapie sehr allgemein und hauptsächlich mit psychologischen Komponenten verbunden wird. Es fällt auf, dass die Indikationen der Sporttherapie im groben den Kontraindikationen der medizinischen

Trainingstherapie entsprechen. Ein und dieselbe Krankheit kann Indikation als auch Kontraindikation von Sport- und oder Bewegungstherapie sein. Jedoch geht aus keiner der Definitionen heraus welche physiologischen Parameter oder welcher Schweregrad der Krankheit noch als Indikation oder schon als Kontraindikation gelten.

Eine andere Definition beschreibt Sporttherapie als Therapieform, bei der sportliches Training und dessen Mittel und Methodologie in der Prävention und Rehabilitation eingesetzt werden (Stoll & Ziemainz, 2012). Ein großes Anwendungsgebiet in der Rehabilitation sind internistische Erkrankungen, im Speziellen koronare Herzkrankheit. Die Autoren geben an, dass das primäre Ziel die Verbesserung der physiologischen Parameter und des muskulären Apparats ist. Sekundäre Zielsetzungen seien positive psycho-soziale Adaptionen, die durch den körperlichen Prozess entstehen können. Damit wird ein Bogen zwischen körperlichen und psychischen Auswirkungen der Therapie gespannt und kann im weiteren Sinn die Synonymverwendung Sporttherapie und Bewegungstherapie erklären.

Im Physiowalikon (Amshoff et. al., 2010) werden unter dem Begriff „Sporttherapie“ die Sportphysiotherapie (siehe unten) und Sporttherapie im Arbeitsbereich der Psychiatrie zusammengefasst. Die Sportphysiotherapie bewirkt Verbesserungen von Kraft, Ausdauer und Koordination durch Sport. Zusätzliche Schwerpunkte sind eine Verbesserung der Selbstständigkeit der TeilnehmerInnen und motivationale Aspekte für einen aktiven Lebensstil. Die therapeutische Funktion von Bewegung bestehe darin, körperliche, psychische und soziale Funktionen zu verbessern beziehungsweise diesbezügliche Defizite auszugleichen. Die bewegungstherapeutischen Maßnahmen haben zusätzlich einen präventiven und rehabilitativen Charakter.

3.1.4 Physiotherapie und Sportphysiotherapie

Das Ziel von Physiotherapie allgemein ist eine Förderung und Verbesserung von Bewegungsabläufen und der Funktionalität des Bewegungsapparates: So soll nach längeren Ruhephasen, Traumata oder Krankheiten die Funktionalität des Bewegungsapparates wiederhergestellt beziehungsweise Wege im Umgang mit Einschränkungen oder Beeinträchtigungen im Bewegungsablauf aufgezeigt werden. Das Einsatzgebiet der Physiotherapie ist breit gefächert, eine Auswahl verschiedener Ansätze und therapeutischer Verfahren steht zu Verfügung. Indikationen für den therapeutischen Einsatz sind unter anderem Erkrankungen des Bewegungsapparates, Folgen von traumatologischen Erkrankungen, aber auch neurologische Erkrankungen (Hailer, 2014c).

Sportphysiotherapie ist eine Weiterbildung und Spezialisierung der sehr breit gefächerten Physiotherapie. Sie soll nach Erkrankungen oder Verletzungen die sichere Teilnahme an

Sport und Bewegung ermöglichen, aber auch Verletzungen und Ausfälle im Sport vorbeugen (insbesondere im Bereich des Hochleistungssports) und eine weitere sportliche Verbesserung fördern (Bant, Haas, Ophey & Steverding, 2011). Die Standards für Sportphysiotherapie 2005 führen folgende Kompetenzen und Arbeitsfelder an: Arbeiten mit und Beraten des Klienten bezüglich Verletzungsprävention, akuten Problemen und Verletzungen, rehabilitativen Fragestellungen und/oder der Leistungsverbesserung. Speziell beratende Funktionen haben Sportphysiotherapeuten bei der Förderung einer sicheren und aktiven Alltagsgestaltung (Bulley, 2005).

3.1.5 Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)

Diese Therapieform unterscheidet sich stark von der „reinen“ Bewegungstherapie: Es handelt sich um ein psychotherapeutisches Verfahren, das daher in den Bereich der Psychologie und nicht der Sport- und Bewegungswissenschaft einzuordnen ist. Die KBT integriert Elemente aus Phänomenologie und Existentialismus, aus Teilen der bewegungs- und wahrnehmungsorientierten Körperarbeit sowie aus tiefenpsychologischen Theorien (ÖAKBT, 2015). Hölter (2011) schreibt die KBT dem medizinischen/psychiatrischen Berufsfeld zu: Sie nutzt Bewegung und Wahrnehmung als Basis, um Zugang zu Gefühlen, Kognitionen und dem Handeln zu finden. Über die Bewegung und Wahrnehmung werden Erlebnisse in der Vergangenheit reflektiert und bearbeitet (ÖAKBT, 2015). Bei der KBT stellt der Körper den Zugang zu Psyche dar und es werden vorwiegend psychologische Themen behandelt.

3.1.6 Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT)

Die Integrative Bewegungstherapie entwickelte sich aus verschiedenen Psychotherapie-, Körpertherapie- und Kreativverfahren. Der eigene Körper wird als Zentrum des gesamten psychischen Geschehens angesehen. Die IBT vereinigt Elemente aus der ungarischen Psychoanalyse, dem Psychodrama, der Gestalttherapie, der Bewegungs- und Leibtherapie und der systemischen Verhaltenstherapie. Sie umschließt viele verschiedene Facetten und stellt ein „biopsychosoziales Verfahren“ dar, da auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet werden kann (Waibel & Jakob-Krieger, 2009). Auch die IBT ist eher im Bereich der Psychologie anzusiedeln als bei den Sport- und Bewegungswissenschaften (Hölter, 2011).

Die Ausbildung für die IBT und die KBT erfolgt in Österreich im Rahmen einer psychotherapeutischen Ausbildung.

3.1.7 Abschließende Worte

Die Definitionen der Begriffe „Bewegungstherapie“, „Sporttherapie“ und „Trainingstherapie“ sind weder einheitlich noch klar voneinander abgegrenzt. In Österreich

ist gesetzlich nur der Begriff „Trainingstherapeut“ definiert, der hingegen in Deutschland kaum gebraucht wird: Dort herrschen die Begriffe Bewegungstherapie und Sporttherapie vor.

Die Definitionen für den Bereich Bewegungs- und Trainingstherapie sind uneinheitlich und in manchen Fällen auch widersprüchlich. Dies zeigt, dass im Fall der Bewegungs- und Trainingstherapie Uneinigkeit über Richtung und Auftrag zu herrschen scheint und sich viele verschiedene Strömungen ausgebildet haben je nachdem in welchen großen Bereich sich die Konzepte ansiedeln (Medizin, Psychologie, Trainings- und Bewegungswissenschaften).

Abzugrenzen sind die begrifflich verwandten Bereiche der konzentrativen Bewegungstherapie sowie der integrativen Leib- und Bewegungstherapie: Diese Therapieverfahren fokussieren auf den psychischen Bereich und werden im Rahmen einer Psychotherapieausbildung erlernt.

Auch ein Abgrenzung von Sport- und Bewegungstherapie vom Bereich der Physiotherapie beziehungsweise der Sportphysiotherapie ist wichtig: Bei letzterer steht ein breites Spektrum medizinisch-therapeutischer Methoden wie Spiraldynamik, Wärme und Kältetherapie, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF-Therapie) oder Therapie nach Vojta zur Auswahl, mit dem Ziel die körperliche Funktionsfähigkeit wiederherzustellen oder zu fördern (Hailer, 2014). Bewegungs- und Trainingstherapie fokussiert hingegen vor allem auf strukturiertes Training, um Erkrankungen entgegenzuwirken und Folgeerkrankungen vorzubeugen: Hier stehen Sport und Training im Mittelpunkt.

3.2 Rechtliche Grundlagen und allgemeine Arbeitsfelder

Ein Großteil der Literatur bezüglich zum Thema Bewegungs- und Trainingstherapie stammt aus dem Ausland. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass Bewegungs- und Trainingstherapie in Österreich ein sehr junges Arbeitsfeld ist und daher zu explizit diesem Themenbereich bisher kaum Studien aus Österreich existieren.

In diesem Abschnitt werden kurz die rechtlichen Rahmenbedingungen der Trainingstherapie durch SportwissenschaftlerInnen in Österreich beschrieben. In weiterer Folge werden die sich daraus ergebenden Arbeitsfelder für TrainingstherapeutInnen und SportwissenschaftlerInnen mit der Zusatzqualifikation zur TrainingstherapeutIn umrissen.

3.2.1 Rechtliche Grundlagen und allgemeine Arbeitsfelder

Trainingstherapie ist in Österreich ein sehr junges Berufsfeld. Im September 2012 traten die Bestimmungen sowie gesetzlichen Regelungen zur Trainingstherapie in Kraft. Im Dezember 2013 wurde die Ausbildungsordnung für Trainingstherapie erlassen. Zuständige Behörde war das Bundesministerium für Gesundheit. Im darauffolgenden Jahr wurde erstmals der Masterstudiengang für Trainingstherapie auf der Universität Wien für das Wintersemester 2013/14 ausgeschrieben.

Das Berufsbild der Trainingstherapie wird einerseits im Medizinischen Assistenzberufe Gesetz – kurz: MABG – festgehalten. Im 3. Hauptstück des MABG wird die therapeutische Tätigkeit von SportwissenschaftlerInnen in §§ 27 bis 34 abgehandelt: Hier sind das Berufsbild und das Einsatzgebiet der Trainingstherapie festgehalten. Trainingstherapie kann derzeit ausschließlich in einem Dienstverhältnis ausgeübt werden, wobei dieses Dienstverhältnis sich auf eine Krankenanstalt, freiberufliche ÄrztInnen oder freiberufliche PhysiotherapeutInnen belaufen kann. TrainingstherapeutInnen haben sich vor Antritt der Ausübung von Trainingstherapie in einer Liste des Bundesministeriums für Gesundheit einzutragen. SportwissenschaftlerInnen, die bereits über einen definierten Zeitraum in diesem Berufsfeld gearbeitet haben, können durch Sonderregelungen ihren Beruf weiterhin ausüben. Alle Betroffenen, die diese Zeitvorgabe nicht erfüllen, können durch eine Zusatzausbildung den Status einer TrainingstherapeutIn erlangen (MABG, 2015).

3.2.2 Aktuelle Situation und Verbreitung der Trainingstherapie

Zurzeit sind österreichweit 230 TrainingstherapeutInnen (Bundesministerium für Gesundheit, 2015) verzeichnet, was im Vergleich zur Population von Österreich eine sehr geringe Anzahl ist: Das entspricht nur etwa zwei bis 3 Therapeuten pro 100.000 Einwohner. Dies hängt damit zusammen, dass das Berufsfeld sehr jung ist und daher bisher nur wenige Personen die Ausbildung zur Trainingstherapie abgeschlossen haben. Jene ausgebildeten Trainingstherapeuten können in den Bereichen Innere Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und Neurologie/ Psychologie und Psychiatrie arbeiten.

Trotz eingehender Recherche über die aktuelle Situation und Verbreitung der Trainingstherapie waren relativ wenige Ergebnisse zu finden: Es gibt derzeit keinerlei statistische Auswertungen, welche Berufe und welche Anstellungen die TherapeutInnen derzeit innehaben. Über die Suchmaschine Google finden sich vorwiegend Ergebnisse über die Ausbildung, Artikel über die Änderung der Gesetzeslage und die Neuerungen für SportwissenschaftlerInnen sowie Berufsbilder und Stellenangebote aber keinerlei

statistische Daten über die aktuelle Verbreitung und aktuell angetretenen Arbeitsstellen von TrainingstherapeutInnen in Österreich. Das kann daran liegen, dass bisher wenige TrainingstherapeutInnen ihren Beruf ausüben beziehungsweise der Großteil der TherapeutInnen erst seit Mitte 2014 ihre Berechtigung zur Trainingstherapie erhalten haben.

In den nächsten Jahren wäre es interessant, eine statische Auswertung der Arbeits- und Berufsfelder von TrainingstherapeutInnen und der Verbreitung von Trainingstherapie zu initiieren.

3.3 Aufgabenfelder und Wirkung von Trainings- und Bewegungstherapie in der Abhängigkeitsbehandlung

Trainings- und Bewegungstherapie wirkt auf Grund ihrer funktional-somatischen, psychosozialen und edukativen Effekte unterstützend zusätzlich zur Psychotherapie (Eckel, Niggehoff, Stürmer & Deimel, 2012). Menschen, die Schwierigkeiten haben, durch Gespräche einen Bezug zu ihrem Inneren herzustellen, können von einem Arbeiten mit dem Körper sehr profitieren. Trainings- und Bewegungstherapie kann diesen Bezug oft erleichtern, da physiologische Parameter oft leichter wahrnehmbar sind als psychologische. Oft stellt man Magenschmerzen früher fest als zu viel Stress oder ein psychisch belastendes Problem. Bewegung kann einen effektiven Rehabilitationsprozess unterstützen und erleichtern, da bewegungs- und psychotherapeutische Prozesse sich gegenseitig ergänzen und fördern (Schwenk, 2007).

Abhängigkeitserkrankungen führen unter anderem zu Störungen in der Beziehung zum eigenen Körper und in der Körperwahrnehmung (Bohner, 2004). Trainings- und Bewegungstherapie hilft dabei, wieder einen Bezug zum eigenen Körper und ein reelles Körperbild zu entwickeln (Pokorny, Hochgerner & Gerny, 2001). Ein weiterer häufiger Aspekt bei Abhängigkeitserkrankungen sind Beziehungsstörungen im sozialen Umfeld, denen durch eine im Gruppensetting durchgeführte Trainings- und Bewegungstherapie gegengesteuert werden kann (Eckel, Niggehoff, Stürmer & Deimel, 2012). Zudem kann eine Trainings- und Bewegungstherapie innere Ressourcen der KlientInnen aktivieren und stärken.

Die Wirkungsweisen von Trainings- und Bewegungstherapie sind vielfältig, wobei individuelle Unterschiede zu beachten sind: So verbessert Ausdauertraining das bei Abhängigkeitskranken häufig beeinträchtigte Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein und kann so zu Abstinenz beitragen. Weitere Wirkungen sind eine Abnahme der inneren Anspannung, eine generelle Verbesserung und Stabilisierung der Grundstimmung (Broocks, 2005; Bartmann, 2009; Neumann & Frasch, 2008), eine Erdung (Kontakt mit

sich und in der Realität zu sein), das Realitätsprinzip (klare Zielstellung, sodass Selbstbetrug kaum möglich ist), das Aufgehen in der Sportart sowie eine Reizentflutung (psychische Entspannung, durch den Abbau von Reizen) (Legl, 2004; Bohner, 2004; Stoll & Ziemainz, 2012). Ausdauertraining verbessert neben dem Herz – Kreislaufsystem und der Lungenfunktion auf das physische und psychische Wohlbefinden. Ausdauertraining kann Stimmungsaufhellend sein und eine antidepressive Wirkung entwickeln. Zusätzlich wurden nach Ausdauertraining Verbesserungen der Entspannungsfähigkeit, der Selbststeuerungskompetenzen (die Fähigkeit, eigenen Aktivitäten auf neue Herausforderungen anzugleichen) sowie eine Erhöhung der Compliance durch Fortschritte der sportlichen Leistung beobachtet (Eckel, Niggehoff, Stürmer & Deimel, 2012).

Krafttraining verbessert zum einen physiologische Parameter wie Körperzusammensetzung und natürlich Muskelkraft, zum anderen ist aber auch ein verletzungsprophylaktischer Effekt durch einen Wissensgewinn bezüglich Bewegungsqualitäten und -quantitäten zu verzeichnen (Mießner, 2003). Psychologische Auswirkungen von Krafttraining sind Verbesserungen von Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit (Überzeugung, eigenständig Probleme lösen zu können) sowie eine realistischere Einschätzung der eigenen Stärke.

3.4 Vorgehensweise der Trainings- und Bewegungstherapie in der Abhängigkeitsbehandlung

Training, Bewegung und Sport können bei akuten physischen und psychosozialen Problematiken therapeutisch wirksam werden. Sie können in der Rehabilitation eingesetzt werden, um Bewältigungsstrategien für die Reintegration in den Alltag zu entwickeln.

Deimel (2011) teilt den Aufgabenbereich der Trainings- und Bewegungstherapie in einen engeren und weiteren gefassten Bereich. Jene Arbeitsgebiete im engeren Sinn sind eine allgemeine Aktivierung und Wiederbelebung, Gewahrsein und Achtsamkeit, Körperzufriedenheit, Körperwahrnehmung in Üben und Trainieren, Koordination, Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit. Die Arbeitsbereiche im weiteren Sinn der Bewegungs- und Trainingstherapie seien Leistungsauseinandersetzung, Stimmungs- und Befindlichkeitsregulation, Emotionsregulation, Auseinandersetzung mit Wut und Aggression, Aufmerksamkeit und Konzentration, Problemlöseverhalten, Kommunikation und Interaktion, Eingebundenheit und Gruppenzugehörigkeit.

Anhand der Aufteilung nach Deimel (2011) in den engeren und weiteren Sinn lässt sich gut sichtbar machen welche Schwerpunkte gewählt sind. Bei den Arbeitsbereichen im engeren Sinn stehen die physiologischen Parameter wie Kraft, Ausdauer, Koordination,

Beweglichkeit, Aktivitätsniveau von Muskeln und Bewegungsqualität im Vordergrund, wobei immer motivationale Komponenten berücksichtigt werden müssen. Allgemein muss der Gesundheitszustand und die Belastbarkeit des Körpers bei der Trainings- und Bewegungstherapie immer berücksichtigt werden damit die KlientInnen nicht in einer Überforderung durch die körperliche Belastung kommen.

Da häufig bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der körperliche Zustand beeinträchtigt ist, kann das therapeutische Arbeiten mit Training und Bewegung bei der Wiederherstellung eines guten, gesunden körperlichen Zustand maßgeblich mitwirken. Im Bereich des Krafttrainings sollte vorwiegend im Kraftausdauerbereich trainiert werden. Bei Krafttraining können Elemente der Körperwahrnehmung eingebaut werden, die zu einer gesunden Selbsteinschätzung der Intensität des Krafttrainings verhelfen kann. Zu intensives Training (zum Beispiel Schnellkraft) und einseitiger Muskelzuwachs ist soll vermieden werden (Kappel, 2005). Im Ausdauertraining wird Grundlagenausdauertraining empfohlen. Hier soll darauf geachtet werden nicht zu intensive Ausdauersportarten einzusetzen. Bei Personen mit Herz-Kreislaufproblemen werden Ausdauersportarten im Wasser und am Fahrrad(ergometer) empfohlen (Deimel, 2011). Wichtige Zielsetzungen sind Verbesserung und Stabilisierung der Regenerationsfähigkeit, der Belastungsfähigkeit, des Herz-Kreislaufsystems und die Entwicklung von Bewegungsfreude (Bartmann, 2009). Beweglichkeit und Bewegungskoordination und Koordination sind bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen häufig gestört. Deswegen sind Beweglichkeits- und Koordinationstraining wichtige Schwerpunkte in der Trainings- und Bewegungstherapie. Gleichgewichtstraining und Training zu Verbesserung der koordinativen Fähigkeiten wie Differenzierungs-, Anpassungs-, Umstellungs-, Kopplungs-, Rhythmisierungs- und Reaktionsfähigkeit sind wesentliche Inhalte beim Beweglichkeitstraining. Dafür eignen sich Aufgabenstellungen alleine und mit Partner, sowie kleine Bewegungsspiele. Ein weiterer Schwerpunkt des Trainings der Bewegungskoordination ist die Bewusstmachung der Körperhaltung und Körperbewegung als Kommunikations- und Ausdrucksmittel (Deimel, 2011).

Die Körperwahrnehmung und Grenzbewusstsein sind bei den meisten Personen mit Abhängigkeitserkrankung abgeflacht, verzerrt oder geschädigt. Der Körper wird oft negativ als ein Instrument für das alltägliche Leben angesehen, der funktionieren muss aber durch die Abhängigkeit wiederholt geschädigt wird oder wurde. Aus diesem Grund spielt Körperwahrnehmung in diesem Setting in der Bewegungs- und Trainingstherapie eine wichtige Rolle (Mackenroth, 1999; Kappel, 2006). Zielstellung für Körperwahrnehmungseinheiten ist die Vermittlung differenzierter Körperwahrnehmungen. Ein weiterer Eckpunkt in diesem Arbeitsthema ist einen Zugang zu inneren Prozessen zu

ermöglichen und diese Erfahrungen zu begleiten. Das kann durch Wahrnehmungsübungen langsam aufgebaut werden. Da innere Prozesse sehr persönlich und sensibel sein können ist besondere Vorsicht geboten. Reaktionen bei jenen Trainings können durch Abwehr, Ablehnung und dem Gefühl der Angst gekennzeichnet sein. Für diesen Arbeitsbereich braucht es eine entspannte, offene Gruppenatmosphäre, Akzeptanz, Verständnis und Geduld (Deimel, 2011).

Zusammenfassend stehen im Arbeitsbereich im engeren Sinn der Körper und die Arbeit mit und am Körper im Mittelpunkt. Bei der Körperwahrnehmung verschwimmen die Grenzen zwischen körperlichen und psychosozialen Bereichen, da innere Prozesse durchaus psychosoziale Themen berühren.

Jene Arbeitsbereiche im weiteren Sinn beschäftigen sich hauptsächlich mit emotionalen und psychosozialen Themen der KlientInnen mit Abhängigkeitsstörungen. Der Kernbereich dieses Arbeitsbereich sind emotionale und soziale Affekte und Gemütszustände (Deimel, 2011).

Ein wesentliches Arbeitsthema ist die Stimmungs- und Befindlichkeitsregulation. Menschen mit Alkoholabhängigkeit zeigen häufig ein gesteigertes Gefühl der Angst und depressive (Grund)Stimmungen, welche auf alle Lebensbereiche – so auch im Sport- und Bewegungsverhalten – Einfluss nehmen. Trainings- und Bewegungstherapie kann Veränderungen durch sportliche Aktivität das Erleben von Spaß, Freude und positiven Erlebnissen spielerisch ermöglichen. Durch sportliche Aktivierung und Entspannungstraining können emotionale Veränderungen zugänglich gemacht und bearbeitet werden. Durch sportliche Einheiten kann Eigenverantwortlichkeit trainiert werden. Beim Äußern von Kritik ist besondere Vorsicht geboten beziehungsweise sollte bei KlientInnen mit depressiven Problematiken vermieden werden (Deimel, 2011)

Ein zweites großes Arbeitsfeld im psychosozialen Setting ist die Arbeit mit dem Thema Aggressionen. Hier muss sensibel zwischen sportspezifischen Aggressionsauslösern (Mannschaftssport) und tiefersitzenden Problemen mit Aggression unterschieden werden und je nach dem unterschiedlich reagiert werden. Hier kommt dem Sport und der Bewegung Arbeitsbereiche wie Umgang und Konfrontation mit Wut, Aggression und Frustration zu. Lernziele sind das Erlernen des Umgangs mit aggressiven Emotionen in einem sozial akzeptierten Rahmen und Reaktionsstrategien bei Aggressionen in Belastungssituationen. Über die aktive Konfrontation mit den inneren Aggressionen kann es zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls und des Selbstbildes kommen, da auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Dimensionen gearbeitet werden kann (Abgrenzungsproblematik, Handlungen Miteinander und Gegeneinander). Wichtige

Elemente in diesem Arbeitsbereich ist das Ausbilden von Regelakzeptanz, Raum zu schaffen um das Lösen von Konflikten zu ermöglichen und das Erlernen von Wertschätzung und Gruppenintegrität und Zusammenhalt. Es wird ein Einstieg mit Aufgabenstellungen ohne Partner und ohne Fremdkörperkontakt empfohlen (Grässner & Deimel, 2007). Im Verlauf der Bewegungseinheiten kann Körperkontakt eingebaut werden, sofern die Teilnehmer das konfliktfrei zulassen können (Weiss & Lehmann, 1996).

Die Auseinandersetzung mit Leistung ist für Menschen mit Alkoholabhängigkeit besonders wichtig. Diese Personengruppe hat meistens ein überhöhtes, nicht realisierbares Anspruchsniveau und/ oder es handelt sich um misserfolgsorientierte Personen. Aufgabenfelder von Bewegung und Sport sind leistungsdosierend einzugreifen und ein realistisches Bild zu Leistungsvorstellungen aufzubauen. Weitere Zielstellungen sind eine Erhöhung der Frustrationstoleranz bei betroffenen Personen herbeizuführen und Leistungen in den sozialen Kontext einzugliedern. Geschicklichkeitsaufgaben, kooperative und konkurrierende Spiele, motorisch – konditionelle Herausforderungen und die selbstständige Planung und Durchführung von Projekttagen eignen sich Leistung zu erfahren und den Umgang damit zu erlernen (Deimel, 2011).

Ein wesentlicher Arbeitsbereich in der Trainings- und Bewegungstherapie ist die Kommunikation und soziale Interaktion. Kernthemen im Bewegungs- und Sportbereich ist das Erlernen einer für alle Beteiligten angemessene verbale und nonverbale Kommunikation. Durch Sportspiele kann die meist eingeschränkte Kontaktfähigkeit verbessert werden. Weitere Themen sind das Erlernen Bedürfnisse und Wünsche zu äußern, Empathie für andere Menschen aufbauen und empfinden zu können, Konfliktmanagement zu erlernen und ein soziales Miteinander zu ermöglichen. Dazu eignen sich jene Sportspiele die einen hohen interaktiven und kommunikativen Anteil haben (New Games, Spiele mit Gruppendynamik), Elemente des darstellenden Spiels, Erlebnispädagogik und Phasen der Planung und Reflexion (Bohner, 2004; Niggehoff, 2003).

4 Aktueller Stand der Forschung zu Wahrnehmung von Bewegungs- und Trainingstherapie aus Sicht der KlientInnen

Es gibt wenig Literatur bezüglich der Wahrnehmung von Bewegungs- und Trainingstherapie aus der Sicht von KlientInnen. Wie Ungerer-Röhrich und Hölter (2003) in ihrem Beitrag bereits andeuten, wird die Eigenwahrnehmung von KlientInnen und TeilnehmerInnen im Bereich von Sport und Bewegung kaum berücksichtigt. Auch die Frage wie Bewegungs- und Trainingstherapie im Entzugs- beziehungsweise Entwöhnungsprozess wahrgenommen wird, wird kaum behandelt. Vergleiche der Eigen- und Fremdwahrnehmung bei Abhängigkeitserkrankungen zwischen AnleiterInnen und KlientInnen sind nicht bekannt.

Um diese Informationslücke zu schließen beschäftigt sich diese Diplomarbeit mit den Wahrnehmungen von KlientInnen sowie TherapeutInnen und TrainerInnen in Bezug auf Bewegung und Training im Setting einer Entzugsklinik. Die subjektiven Wahrnehmungen der KlientInnen sind insbesondere von Interesse, da sie beeinflussen, ob sich Bewegung und Training als zusätzliche therapeutische Strategie und Ressource erweisen kann.

In diesem Kapitel wird die Literatur zusammengefasst, die sich mit den subjektiven Wahrnehmungen verschiedener Personen im gesundheitsorientierten oder therapeutischen Bereich befasst, die Erfahrungen mit Bewegung, Training und Sport gemacht haben. Die Literatur wird von globalen Faktoren hin zum spezifischen Abhängigkeitssetting abgehandelt. Dabei werden jene Aspekte von Sport sowie Bewegungs- und Trainingstherapie herausgearbeitet, die von den TeilnehmerInnen an gesundheitsorientierten Bewegungsprogrammen sowie von KlientInnen der Bewegungs- und Trainingstherapie wahrgenommen werden.

Neben beobachtbaren Effekten der Bewegungs- und Trainingstherapie - wie Verbesserungen der Beweglichkeit, Veränderungen im Bewegungsbild oder der Körperkonstitution -, sind physischen und psychischen Prozessvariablen wichtig (Ungerer-Röhrich & Hölter, 2003). Als Prozessvariablen werden alle Variablen zusammengefasst, die aktiv unterstützend und verändernd am therapeutischen Prozess beteiligt sind. Es ist sehr schwierig, diese Prozessvariablen quantitativ messbar zu machen, da sie nicht direkt beobachtbar sind. Es gibt jedoch verschiedene Wege, sie zugänglich zu machen: Zum einen können Prozesse der Veränderung von außen, durch das familiäre Umfeld, oder durch TherapeutInnen beschrieben werden (Fremdwahrnehmung). Zum anderen können KlientInnen ihre Wahrnehmung der Prozesse beschreiben (Eigenwahrnehmung). Gerade dieser subjektiven Sicht der KlientInnen wird oft zu wenig Beachtung geschenkt. In

diesem Kapitel werden Forschungsergebnisse zusammengefasst, die sich mit der Wahrnehmung von Bewegungs- und Trainingstherapie der KlientInnen.

Wirkmechanismus und Wahrnehmung der Wirkung hängen eng zusammen, müssen aber nicht identisch sein. Der Wirkmechanismus beschreibt einen strukturierten Ablauf (biologischer und/oder psychologischer) Reaktionen im Körper, der durch ein Medikament oder eine therapeutische Intervention ausgelöst wird. Diese Wirkmechanismen lösen dabei eine spezifische psychische und/oder physische Wahrnehmung aus, die von den KlientInnen beschrieben werden kann. Diese Wahrnehmung kann jedoch an einer anderen Stelle oder in einem anderen Organ lokalisiert werden, als an der Lokalisation, an der die Wirkmechanismen tatsächlich angreifen (Huber, 2003).

Ein Beispiel soll dies erläutern: Ausdauersport bewirkt die Ausschüttung von Hormonen sowie verschiedene neurobiologische Reaktionen im Gehirn. Dies wird jedoch nicht als Reaktion im Gehirn wahrgenommen, sondern als ein allgemeines Gefühl des Wohlbefindens. So kann an Hand unseres neurobiologischen Wissens abgeleitet werden, dass das Wohlbefinden und die Glücksgefühle, die sich durch Ausdauersport einstellen, die Folge der Ausschüttung von spezifischen Hormonen und neurobiologischen Botenstoffen sind. Die psychische Wahrnehmung beruht auf einer physiologischen Veränderung, die jedoch nicht direkt zugänglich ist (außer durch direkte Messungen im Gehirn).

Andere Wahrnehmungen sind direkt an Ort und Stelle der Wirkung lokalisiert, zum Beispiel die Kontraktionen oder die Ermüdung eines Muskels.

Kurz gesagt Wirkmechanismen und Wahrnehmung gehen Hand in Hand, wobei Veränderungen direkt an Ort und Stelle oder indirekt auf einer anderen Ebene wahrgenommen werden können. Dennoch kann von der direkten und auch der indirekten Wahrnehmung auf die Wirkmechanismen geschlossen werden. In diesem Sinne beschreiben TeilnehmerInnen des Gesundheitssportes sowie KlientInnen der Bewegungs- und Trainingstherapie jene Wirkungen, die sie wahrgenommen haben und für sie von besonderer Bedeutung (gewesen) sind (Huber, 2003).

4.1 Wahrnehmung im gesundheitsorientierten sowie im trainings- und bewegungstherapeutischen Setting

Huber (1999) beschreibt fünf wesentliche psycho-physiologische Wirkmechanismen von körperlicher Aktivität bei gesundheitsorientiertem Sport und Bewegung: Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Wirkungen auf biologisch-funktioneller Ebene, subjektive Normen und Einstellungen sowie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld.

Diese Wirkmechanismen arbeiten auf drei verschiedenen Ebenen: der biologisch-funktionellen, psychologischen und der sozialen Ebene. Veränderungen, die physiologische Verbesserungen herbeiführen, sind auf der biologisch-funktionellen Ebene anzusiedeln. Auf der psychologischen Ebene sind Beeinflussungen lokalisiert, die Veränderungen im Bereich der Selbstwirksamkeit, der wahrgenommenen Kontrolle und der Überzeugung, Kontrolle ausüben zu können, beschreiben. Subjektive Normen und Einstellungen sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung sind Wirkmechanismen der sozialen Ebene (Huber, 1999).



Abb. 1: Fünf subjektive Wirkungsfaktoren (nach Huber, 1999)

Diese fünf Faktoren wurden aus einer Evaluation von gesundheitlichen Bewegungsprogrammen abgeleitet und fassen grob das Potenzial von Sport und Bewegung für den gesundheitlichen und gesundheitsfördernden Arbeitssektor zusammen. Huber bezeichnete sie als allgemeine und allumfassende gesundheitsfördernde globale Wirkmechanismen.

Eine differenziertere Sichtweisen dieser globalen Wirkfaktoren und Wirkmechanismen von Bewegung und Sport im therapeutischen und Gesundheitssektor findet sich in einer Ausarbeitung der Eigenwahrnehmungen von KlientInnen bewegungs- und trainingstherapeutischer Angeboten sowie von TeilnehmerInnen an gesundheitsorientierter Bewegungsangeboten, beschrieben bei Rauscher, Schley & Rügäuf (2011): Die untersuchten Personen nahmen verschiedene Wirkungen der Trainings- und Bewegungstherapie sowie von gesundheitsorientierten

Bewegungsangeboten unter unterschiedlichen Gesichtspunkten wahr. Bei diesen Personen werden neurobiologische Veränderungen beschrieben, die Einfluss auf das Gehirn sowie auf die Hormon- und Botenstoffzusammensetzung und ferner auf das Wohlbefinden nehmen.

Rauscher, Schley & Rügäuf (2011) fassen folgende wahrgenommene psychische Wirkmechanismen zusammen: Erfahrung von Kontrolle und Kontrollüberzeugung, Steigerung des Selbstwertes, Sinnhaftigkeit, Übertragbarkeit auf den Alltag und Veränderungen der emotionalen und motivationalen Aspekte.

Das Erleben und die Ausübung von Kontrolle im und durch den Sport hat positive Auswirkungen auf das Befinden von KlientInnen der Bewegungs- und Trainingstherapie sowie von TeilnehmerInnen an gesundheitsorientierter Bewegungstherapie. Die durch Sport, Bewegungs- und Trainingstherapie ausgelösten positiven Empfindungen können auf Aufgaben und Herausforderungen in anderen Bereichen, zum Beispiel in Alltag oder Beruf, übertragen werden und werden allgemein als stärkend beschrieben. Die untersuchten Personen beschreiben eine Verbesserung und Steigerung des Selbstwertes. Als wichtige emotionale Veränderungen wird ein (erneutes) Wahrnehmen von Lust, Spaß und Freude beschrieben. Bei Menschen mit (psychischen) Krankheiten und/oder Beeinträchtigungen gehen häufig das Gefühl der Sinnhaftigkeit des Lebens sowie Freude und Spaß verloren. Hier kann – wie KlientInnen es beschreiben – Bewegungs- und Trainingstherapie effektiv gegensteuern. Durch Bewegungs- und Trainingstherapie kann der Umgang mit (inneren) Spannungen gelernt werden: Die TeilnehmerInnen beschreiben den positiven Effekt, dass sie durch Bewegungs- und Trainingstherapie gelernt haben, Spannungen zu bewältigen oder auszuhalten. Sport und Bewegung können als Ventil für Spannungen dienen.

Zusätzlich zu den bisher genannten psychischen Veränderungen werden motivationale Aspekte von Bewegungs- und Trainingstherapie oder – salopp gesprochen von Bewegung und Sport – beschrieben. Als motivationales Priming wird die motivierende Funktion von Sport genannt: Die TeilnehmerInnen und KlientInnen können die positiv erlebten Aspekte von Sport und Bewegungs- und Trainingstherapie auf andere Therapien oder in andere Lebensbereiche übertragen. Dadurch können sie Strategien entwickeln, die sie teilnehmenden Personen im Alltag umsetzen können, zum Beispiel für den Umgang mit Stress. Ebenfalls in den Bereich der motivationalen Aspekte von Sport sowie Bewegungs- und Trainingstherapie fällt, dass die TeilnehmerInnen und KlientInnen lernen, sich Ziele zu setzen, diese zu verfolgen und schließlich das Erfolgserlebnis haben, diese zu erreichen. Das Erreichen der gesetzten Ziele löst in den betroffenen Personen

Kongruenz aus, also die Bestätigung, eigene Ziele selbstständig erreichen zu können sowie Wünsche und Bedürfnisse selbstständig zu erfüllen. Kongruenz kann als Form der Selbstwirksamkeit angesehen werden.

Neben psychologischen und motivationalen Aspekten ist auch der soziale Aspekt von Bewegungs- und Trainingstherapie für die TeilnehmerInnen von hohem Wert: Ein wichtiger Aspekt der Wirkungsweise ist das Erleben von Nähe und Bindung. KlientInnen beschreiben, dass sie durch den Sport eine soziale Interaktion mit anderen Menschen erfahren und genießen und trotzdem eigene Wünsche oder Bedürfnisse äußern konnten. Für Menschen mit sozialen Schwächen ist Bewegungs- und Trainingstherapie damit eine Möglichkeit, spielerisch den sozialen Kontakt (erneut) erleben und genießen zu lernen (Rauscher, Schley & Rügäuf, 2011).



Abb. 2: Wirkfaktoren der Bewegungstherapie (nach Rascher, Schley & Rügäuf, 2011)

Huber (2003) untersuchte und evaluierte die Wahrnehmung von Sport und Bewegung bei KlientInnen in ambulanten rehabilitativen Sportgruppen. Er analysierte anhand der Ergebnisse die Beziehungen der postulierten Wirkmechanismen von Bewegung und Sport im therapeutischen Setting, um die Bewegungstherapie weiter zu optimieren. Diese

quantitativ ausgerichtete Forschung ergab nach einer Faktorenanalyse sieben Faktoren, wobei die ersten fünf Faktoren in die Ausarbeitung der Analyse eingeflossen sind und in seinem Beitrag genauer erörtert werden. Diese fünf Faktoren sind Selbstwirksamkeit/Kontrollerfahrung, Relevanz für den Alltag, Wohlbefinden/Körperkontrolle, Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und Wahrnehmung von Leistungsfähigkeit.



Abb. 3: Faktorenanalyse Wirkfaktoren (nach Huber, 2003)

Als erster Faktor wurde die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Kontrolle festgestellt. Zweitens können die KlientInnen die vermittelten Kenntnisse nicht nur in den Sportgruppen einsetzen, sondern auch auf den Alltag übertragen. Diese Übertragungsfunktion hat eine hohe Relevanz, denn im Rahmen von Sport beziehungsweise Bewegungs- und Trainingstherapie können durch Spiel und Bewegung wichtige Aspekte für den Alltag spielerisch erlernt werden. Der soziale Aspekt des Sportes wurde als weiterer wichtiger Faktor extrahiert: Durch Sportgruppen werden soziale Interaktionen ermöglicht und gepflegt, was der Isolation entgegenwirkt. Das soziale Miteinander und die Unterstützung, die KlientInnen dadurch erfahren, sind eine wichtige Hilfestellung in Krisen. Wohlbefinden und Körperkontrolle stellen einen gemeinsamen Faktor dar, weil angenommen wird, dass das erlebte Wohlbefinden und die Körperkontrolle sich gegenseitig bedingen und eine Wechselwirkung herrscht. Die KlientInnen sprachen der Wahrnehmung der gesteigerten Leistungsfähigkeit einen positiven Faktor zu.

KlientInnen mit verschiedenen Störungsbildern beschreiben Sport und Bewegung als Mittel, physische und psychische Symptome zu verringern oder das erneute Auftreten von Symptomen zu verhindern. Störungsspezifisches Arbeiten in der Bewegungs- und Trainingstherapie ermöglicht das Erleben korrigierender Erfahrungen. Diese Erfahrungen

unterstützen die KlientInnen darin, Aufgaben anzugehen, von denen sie annehmen, sie nicht bewältigen zu können. Die subjektive negative Sichtweise der KlientInnen kann korrigiert und ihre Selbstwirksamkeit kann verstärkt werden, indem sie vorher subjektiv unlösbar erscheinende Bewegungsaufgaben selbstständig bewältigen. Bewegungs- und Trainingstherapie kann die Körperwahrnehmung sensibilisieren, sodass der Körper als somatischer Marker dienen kann. Das bedeutet, dass die KlientInnen lernen, auf den eigenen Körper zu hören, in ihn hineinzuspüren und seine Rückmeldung zuzulassen. Wahrnehmungsschulungen ermöglichen den Einsatz des Körpers als „Kommunikationsmedium“ der eigenen Bedürfnisse: Den KlientInnen ist es dadurch möglich, Zeichen von Müdigkeit, Erschöpfung oder Kraft (wieder) wahrzunehmen. Allerdings beschreiben KlientInnen, dass Veränderungen auf der psychischen und physischen Ebene Zeit brauchen und nicht durch Druck erzwungen werden können. Dies wird in der Bewegungs- und Trainingstherapie relativ schnell deutlich, da Verbesserungen der physiologischen Parameter langsam eintreten und sich nicht schnell erzwingen lassen (Rauscher, Schley & Rügauf, 2011).

4.2 Wahrnehmung bei Trainings- und Bewegungstherapie im Alkohol- und Drogenentzug

Die bisher beschriebenen Wahrnehmungen von Wirkmechanismen beziehen sich auf Trainings- und Bewegungstherapie in einem allgemeinen, d.h. störungsunspezifischen Setting. Bohner (2004) untersuchte hingegen die Wirkmechanismen von Bewegungs- und Sporttherapie, die KlientInnen im Rehabilitationsprozess einer Entzugsklinik von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen beschrieben. Diese Wahrnehmungen der Wirkungsmechanismen wurden aus halbstandardisierten Interviews abgeleitet.

Die KlientInnen schreiben der Verbesserung der Gesundheit und Fitness einen positiven Effekt zu. Durch die Bewegung und das Training verändern sich physiologische Parameter wie Muskelmasse, kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit und Hormonausschüttung, was zur Folge hat, dass der Körper stärker und widerstandsfähiger wird.

Die Arbeit am Körper kann, wie schon zuvor beschrieben, das psychische Befinden beeinflussen. KlientInnen meinen, dass sie durch die Arbeit mit dem Körper ihr Selbstwertgefühl neu entdecken und stabilisieren können. Sport und Bewegung sind eine Option zu einer Verlagerung des durch Drogen ausgelösten Kick-Gefühls zu positiven Alternativen. KlientInnen haben durch die Bewegungs- und Trainingstherapie das Gefühl, wieder aktiv Dinge erleben zu können, anstatt sie passiv zu beobachten oder geschehen zu lassen. Es eröffnen sich ihnen wieder eine Sinnhaftigkeit des Lebens und neue

Lebensoptionen. Im Rahmen der Teilnahme an einer Bewegungs- und Trainingstherapie sind die KlientInnen mehr oder weniger gezwungen sich aktiv zu bewegen beziehungsweise sich mit ihrem Körper und der Gruppe befassen.

KlientInnen aus verschiedenen Abhängigkeitssettings beschreiben Veränderungen im sozialen Verhalten durch die Bewegungs- und Trainingstherapie. Sie erfahren vor allem eine Beeinflussung der Bindungsorientierung: Bewegungstherapeutische Angebote bieten einen Rahmen, um erneute soziale Beziehungen einzugehen und diese aufrechtzuerhalten. Damit bieten sie eine Möglichkeit, auf sanfte Weise einen Weg aus der Isolation und aus den Beziehungsstörungen zu finden. Das beinhaltet auch eine Veränderung der Wahrnehmung umweltspezifischer Aspekte: Die KlientInnen können die Natur und ihre Umwelt intensiver wahrnehmen. Durch den Rückzug der KlientInnen aus dem sozialen Leben im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung und den Fokus auf den Substanzkonsum werden „irrelevante“ Geschehnisse in der Umwelt ausgeblendet, die es im Rahmen einer Therapie wieder zu entdecken gilt. Hier kann die Bewegungs- und Trainingstherapie einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die KlientInnen nehmen die Trainings- und Bewegungstherapie als Werkzeug für Veränderungen wahr: Bewegung und Training kann den Weg zu einem ganzheitlichen Lebenszusammenhang und zu neuen Lebensoptionen ebnen. Darunter ist zu verstehen, dass Sport und Bewegung auch im weiteren Leben außerhalb der Institution als Anker verwendet werden kann, von dem aus neue Perspektiven ohne das Problemfeld „Abhängigkeit“ betrachtet werden können und auf dem Strategien beruhen können, um Rückfällen vorzubeugen. KlientInnen beschreiben Sport sowie Bewegungs- und Trainingstherapie als Hilfestellung und Medium in der Entwicklung und Schulung von Bewältigungsstrategien: Sport und Bewegung in therapeutischer Form dient als Bewältigungsstrategie, indem die KlientInnen sich so selbstständig Reize setzen können und zusätzlich durch den Sport und die Bewegung eine Reizentlastung herbeiführen können. Bewegungs- und Trainingstherapie kann somit als Ventil bei Reizüberflutung eingesetzt werden und damit das Bewältigungsmuster Substanzkonsum ablösen. Das bedeutet auch, dass Bewegungs- und Trainingstherapie von den KlientInnen als Werkzeug zur Selbstmedikation erlebt wird, vor allem in Bezug auf spezifische Entzugssymptome (Bohner, 2004).

Die Setting-spezifische Wertigkeit von Bewegungs- und Trainingstherapie aus Sicht von KlientInnen lässt sich mit den Schlagworten Gesundheit und Fitness, Selbstwert, Verlagerung des Kickgefühls auf positive Alternativen, Bindungsorientierung,

ganzheitlicher Lebenszusammenhang, Bewältigungsstrategien, Selbstmedikation und Lebensoptionen zusammenfassen (Bohner, 2004).

4.3 Zusammenfassung

Werden die Erkenntnisse zu den Wirkfaktoren von Sport- und Bewegungstherapie aus KlientInnen-Sicht zusammengefasst, wird deutlich, dass sich die Wahrnehmungen aus gesundheitsorientierten und störungsspezifischen Settings im Wesentlichen decken und weitreichend ergänzen. Im Grunde lassen sich folgende Ebenen bilden, die von TeilnehmerInnen beziehungsweise KlientInnen geschildert werden: biologisch-physiologische, psychische und soziale Wirkmechanismen.

Biologisch-physiologische Wirkmechanismen sind funktionelle Verbesserungen des Herz-Kreislaufsystems und der Muskulatur sowie Veränderungen der Hormonausschüttung und der neurobiologischen Funktionen. Die KlientInnen beschreiben Gefühle des Wohlbefindens sowie eine Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Körperkontrolle. In vielen Fällen verbessert sich die störungsspezifische Symptomatik und das Körpergefühl verändert sich, sodass der Körper als somatischer Marker und in weiterer Sicht als Kommunikationsmedium dienen kann.

Personen mit Abhängigkeitserkrankungen beschreiben zusätzlich als positiven Effekt die Selbstmedikation durch Sport, die auch zur Abschwächung von Entzugssymptomen dienen kann. Der Effekt der Selbstmedikation wird bei den psychischen Wirkmechanismen näher beschrieben.

Die Beschreibungen der biologisch-physiologischen Veränderungen aus Sicht der TeilnehmerInnen und KlientInnen finden sich in allen Settings wieder: Huber (1999) beschreibt eine biologisch-funktionelle Veränderung und später das Erleben von Leistungsfähigkeit (Huber, 2003). Bei Bohner (2004) schildern KlientInnen eine Veränderung von Fitness und Gesundheit. Einzig bei Rauscher, Schley und Rügäuf (2011) werden vor allem die psychosozialen Effekte beschrieben.

Auch die psychologischen Wirkmechanismen in den geschilderten Wahrnehmungsbefragungen in unspezifischen und störungsspezifischen Settings überschneiden sich im Wesentlichen in den Punkten „Selbstwirksamkeit“, „Gefühl der Kontrolle“ und „Steigerung des Selbstwertes“. KlientInnen, die an Bewegungs- und Trainingstherapie teilnahmen, gaben zusätzlich an, den Umgang mit Spannungen gelernt haben, sowie sich Ziele zu setzen und diese erreichen zu können. Durch die Therapie erlebten sie häufiger eine Kongruenz und es war zu korrigierenden Erfahrungen

gekommen. Auch das motivationale Priming und das Gefühl für die Sinnhaftigkeit des Lebens verbesserten sich für die KlientInnen.

KlientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen beschreiben im Grunde ähnliche Wirkmechanismen der Bewegungs- und Sporttherapie wie jene KlientInnen und TeilnehmerInnen aus unspezifischen Settings. Wesentliche Wirkfaktoren sind die Veränderung des Selbstwertes, eine aktive Teilhabe am eigenen Leben und dadurch ein veränderter Lebenszusammenhang sowie veränderte Lebensoptionen. Als wesentlich wird die Ventilfunktion wahrgenommen, d.h. der Umstand, dass Bewegungs- und Trainingstherapie als Bewältigungsstrategie sowohl zur Reizsetzung als auch zur Reizentlastung angewendet werden kann. Da die KlientInnen Sport oder Bewegung selbst „dosieren“ können, wird der Bewegungs- und Trainingstherapie der Wirkmechanismus der Selbstmedikation zugeschrieben. Zudem kann Bewegung und Sport die Verlagerung des bisher durch Drogen ausgelösten Kickgefühls auf eine positive Alternative ermöglichen, was wiederum eine Art der Selbstmedikation ist.

Letztlich beschreiben alle Studien, dass die untersuchten Personen Verbesserungen der psychischen Struktur in den Bereichen Selbstwert, Kontrolle und Kontrollerfahrung sowie eine Zunahme des Wohlbefindens im eigenen Ich und im selbstbestimmten Leben wahrnehmen. Je nach Autor werden verschiedene, sich jedoch stark überschneidende angeführt. Bei KlientInnen im Abhängigkeitssetting spielt die Bewegungs- und Trainingstherapie zusätzlich eine wichtige Rolle als Methode der Selbstmedikation und als Bewältigungsstrategie.

Soziale Wirkmechanismen können nach der Wahrnehmung der Interaktion und dem Erlernen des Umgangs mit sozialen Kontakten grob zusammengefasst werden. Neben den subjektiven und eigenständigen Normen und Einstellungen der Personen wird dem Faktor der sozialen Unterstützung ein großer Wert beigemessen: KlientInnen der Bewegungs- und Trainingstherapie beschreiben das Erleben von Nähe und Bindung als wichtigen Wirkmechanismus. Auch bei KlientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen wird dem Wirkmechanismus der Bindungsorientierung ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Sie beschreiben, dass sich ihre Wahrnehmung der Umgebung und damit auch die eigenen Aktivitäten durch die Bewegungs- und Trainingstherapie und die soziale Interaktion, die diese mit sich bringt, verändern.

Auch hier überschneiden sich die Wahrnehmungen der TeilnehmerInnen und KlientInnen aus den verschiedenen Settings. Generell können durch Sport sowie Bewegungs- und Trainingstherapie soziale Kompetenzen erlernt und geschult werden. Dazu gehören

subjektive Werte und Normen, das Erleben von Nähe und Distanz zu den Mitmenschen und das Erfahren gegenseitiger Unterstützung, ohne das eigene Ich aufgeben zu müssen.

5 Aufbau und Charakteristika des Forschungsdesigns

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen und Forschungsfragen definiert und darauf aufbauend die Forschungs- und Auswertungsmethoden beschrieben.

Diese Diplomarbeit wurde durch die Ethikkommission per Bescheid im Februar 2015 mit der Bearbeitungsnummer 00088 positiv bescheinigt.

5.1 Fragestellung

In dieser Studie wurde herausgearbeitet, wie KlientInnen im Rehabilitationssetting von Alkoholabhängigkeit Sport, Training und Bewegung wahrnehmen. Diese Wahrnehmungen wurden mit den Beobachtungen der AnleiterInnen verglichen und die im Anschluss die Gemeinsamkeiten und Differenzen der Sichtweisen der KlientInnen und AnleiterInnen herausgearbeitet. Die Studie erfasst, welche Wertigkeit die Trainings- und Bewegungstherapie, die Bewegung und das Training für die KlientInnen hat und welchen Nutzen sie für sich daraus ziehen.

Anhand der Informationen und Daten der TeilnehmerInnen und AnleiterInnen wurden folgende Fragestellungen behandelt:

Wie nimmt die KlientIn die Trainings- und Bewegungstherapie wahr?

Dafür wurde ein Interviewleitfaden für die teilnehmenden KlientInnen erstellt. Die Fragestellungen waren neben biografischen und allgemeinen Fragen spezifisch auf das Trainings- und Bewegungsangebot und auf wahrgenommene Veränderungen gerichtet:

Können Sie mir beschreiben, wie Sie sich während des TBA (Trainings und Bewegungsangebot) erleben?

Welche Veränderungen können Sie beschreiben, wenn Sie an den Beginn des Therapieprozesses zurückdenken? (Interviewleitfaden TeilnehmerInnen)

Wie nimmt die AnleiterIn den trainings- und bewegungstherapeutischen Prozess wahr?

Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden die PhysiotherapeutInnen und der Trainer zu ihrer Wahrnehmung der teilnehmenden KlientInnen befragt. Beispielfragestellungen waren hier:

Wie würden Sie die Teilnahme von Person XX an der TBA beschreiben? (aktiv, passiv, gehemmt, widerstrebend,...)

Welchen Eindruck machte Person XX auf Sie bei der Teilnahme an der ersten TBA?

Welche physiologischen Veränderungen haben Sie bei XX beobachtet?

Welche psychologischen Veränderungen haben Sie bei XX beobachtet?
(Interviewleitfaden AnleiterInnen)

Person XX steht in diesem Kontext für die subjektive Wahrnehmung des Trainers und der TherapeutInnen bezüglich der KlientIn.

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigen sich zwischen KlientIn und AnleiterIn?

Diese Fragestellung wurde durch eine Analyse der Fremd- und Eigenwahrnehmungen behandelt.

Welche subjektive Wertigkeit hat die Trainingstherapie für die KlientIn?

Diese Fragestellung wurde durch folgende Fragen behandelt:

Welchen Sinn/welche Bedeutung hat TBA für Sie ganz persönlich?

Welche Hilfestellungen im Entwöhnungsprozess bietet Ihnen TBA?

(Interviewleitfaden TeilnehmerInnen)

Aus diesen Fragestellungen wurde ein Gesamtbild konstruiert, das zeigt, welchen Stellenwert Bewegung, Sport sowie Bewegungs- und Trainingstherapie im therapeutischen Kontext für die KlientInnen hat. Für dieses Gesamtbild wurden die Wahrnehmungen und Beobachtungen der KlientInnen und AnleiterInnen gegenübergestellt.

5.2 Methode und Auswertung

Anhand einer qualitativen Studie wurde versucht, die oben genannten Fragestellungen zu beantworten. Hierfür wurden KlientInnen und AnleiterInnen für Bewegungs- und Trainingstherapie sowie für Bewegung und Sport anhand eines Interviewleitfadens befragt. Nach der Transkription mit dem Programm Atlas.ti v7 erfolgte die Auswertung mit Hilfe von Kategorisierungen. Die Kategorien orientierten sich an den Hauptfragepunkten der Interviewleitfäden. Die transkribierten Daten wurden in das Auswertungsprogramm Atlas.ti v7 geladen und entsprechend der Codierung und den in dem Prozess entstehenden Kategorien bearbeitet und ausgewertet.

5.2.1 Interviewleitfäden

Im Vorfeld wurde jeweils ein separat abgestimmter Interviewleitfaden für die KlientInnen und für die AnleiterInnen konstruiert.

Der Interviewleitfaden für die KlientInnen ist in vier große Abschnitte untergliedert: Als Einstieg in das Interview wurden die KlientInnen nach ihrer sportlichen Betätigung vor Beginn der Abhängigkeitserkrankung und nach dem Stellenwert und dem Verlauf der Ausübung von Sport und Bewegung während der Abhängigkeit befragt. Der erste große Abschnitt der Interviews begann mit Fragestellungen zu dem im Setting verfügbaren Trainings- und Bewegungsangebot beziehungsweise zur Trainingstherapie und deren Durchführung. Es wurde in erster Linie nach der Teilnahme der KlientInnen am Trainings- und Bewegungsangebot sowie nach dem Nutzen und der Wichtigkeit, den die KlientInnen der Bewegung und dem Training für sich beimessen, gefragt. Zusätzlich wurde erhoben, welche Aspekte der Trainings- und Bewegungsangebot und der Therapie ihnen gefielen und welche nicht. Zum Abschluss dieses Abschnittes wurde die sportliche Aktivität außerhalb der Angebote der Institution erhoben. Der zweite große Abschnitt des Interviews behandelte die Wirkung und die Veränderungen, die die KlientInnen der Bewegung und dem Training zuschreiben. Eingeleitet wurde dieser Abschnitt durch eine allgemeine, unspezifische Frage zu Veränderungen, die sich durch das Trainings- und Bewegungsangebot entwickelten. Dazu wurden die KlientInnen gebeten, sich an die ersten Stunden des Trainings und der Bewegung zu erinnern. Vertiefend wurde nach körperlichen Veränderungen gefragt. Als Hilfestellung und Unterstützung für die KlientInnen wurden Unterfragen zu ihrem Aktivitätsniveau im Alltag, zur Bewegungsausführung beziehungsweise diesbezüglichen Einschränkungen, zu Ausdauer und Kraft sowie zu Veränderungen des Körpers konzipiert. Als zweiter spezifischer Komplex wurden psychische Veränderungen durch die Bewegung und das Training erfragt. Auch hier wurden Unterfragen zusammengestellt, um Hilfestellungen zu geben. Die Unterfragen beinhalteten die Themen Gemütsverfassung, Selbstbewusstsein, Gedanken zur Abhängigkeitserkrankung, eigene Kompetenzen, Niedergeschlagenheit, Aggression und Erregungszustand sowie das Bild des eigenen Körpers. Zusätzlich wurde erhoben, ob sich diesbezüglich Veränderungen durch das Trainings- und Bewegungsangebot ergaben. Der dritte Abschnitt befasste sich mit dem Einstieg in das Trainings- und Bewegungsangebot und den ersten Trainings- und Bewegungseinheiten: Erfasst wurden die initiale psycho-soziale und körperliche Verfassung und die ersten Gedanken der KlientInnen zu Training und Bewegung. Im letzten Abschnitt des Interviews wurden biografische Daten erhoben, darunter das Alter der KlientIn, die vorwiegend konsumierte Substanz und die bisherige Dauer des Rehabilitationsaufenthaltes.

Zusätzlich wurde gefragt, ob die KlientIn derzeit das erste Mal in einer Entwöhnungsinstitution ist und ob sie sich aus Eigen- oder Fremdmotivation für den Entzug entschieden hat.

Der Leitfaden für die AnleiterInnen und TherapeutInnen baut auf dem Leitfaden für die KlientInnen auf: Der erste Abschnitt des Interviews erfasst allgemein das Therapieangebot bezüglich Training und Bewegung. Dieser Teil floss in die Beschreibung der Institution des dortigen Angebotes ein und wurde nicht für die Auswertung der KlientInnen herangezogen. Der personenzentrierte Abschnitt beginnt mit der Erfassung der Teilnahme der KlientInnen. Es wurde erfasst, welche Angebote die jeweilige KlientIn in welcher Regelmäßigkeit wahrgenommen hatte. Der zweite Abschnitt des Interviews erfasste den ersten Eindruck bezüglich der körperlichen und psychischen Verfassung der KlientInnen sowie den Eindruck, den sie in den ersten Einheiten von Bewegung und Training hinterließen. Der Abschnitt „Durchführung“ des AnleiterInnen-Interviews befasste sich mit der Teilnahme und den typischen Verhaltensweisen der jeweiligen KlientIn bei den Trainings- und Bewegungseinheiten, mit körperlichen und/oder psychischen Problemen, die sich bei der Bewegung und beim Training äußerten, sowie mit der Frage, ob sich durch die Teilnahme am Trainings- und Bewegungsangebot Veränderungen ergaben. Der letzte Abschnitt des Interviews befasste sich mit den Veränderungen der KlientIn aus der Sicht der AnleiterInnen: Es wurde erfasst, welche Veränderungen die AnleiterInnen an der jeweiligen KlientIn wahrgenommen hat. Ähnlich wie im Interview mit den KlientInnen, wurde nach körperlichen und psychischen Veränderungen gefragt. Auch hier wurden Unterfragen als Hilfestellung konzipiert, die sich thematisch mit jenen für die KlientInnen deckten. Zusätzlich wurden die AnleiterInnen und TherapeutInnen nach Unterschieden im Aktivitätsniveau der KlientInnen gefragt. Es wurde erfasst, worauf die Veränderungen der KlientInnen zurückgeführt wurden, welchen Anteil das Trainings- und Bewegungsangebot aus Sicht der AnleiterInnen hatte und was aus deren Sicht entscheidend für die Veränderungen war. Abschließend wurde gefragt, wie das Orpheusprogramm aus ihrer Sicht bei den KlientInnen zum Tragen gekommen war.

5.2.2 Transkription

Die Interviews wurden – nach Zustimmung der teilnehmenden Personen – mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zusätzlich wurden während der Interviews schriftliche Notizen gemacht. Stimmt eine TeilnehmerIn der Aufzeichnung nicht zu, wurden während der Interviews nur schriftliche Notizen gemacht. Die Audiodateien wurden in das Programm Atlas. ti v7 geladen, wörtlich transkribiert und ausgewertet. Bei der Auswertung wurden die Datensätze nach dem Categoriesystem mit dem Programm Atlas. ti v7 codiert.

Bei der Transkription wurden die StudienteilnehmerInnen anonymisiert und unkenntlich gemacht.

5.2.3 Kategorisierung

Die Kategorien der KlientInnen ergaben sich aus dem Interviewleitfaden. In der Kategorie Biografie wurden die biografischen Daten der KlientInnen sowie die Passagen aus dem Interview zusammengefasst, die sich mit den Themen „Sporterfahrung vor der Abhängigkeitserkrankung“, „Sport und Abhängigkeit“ sowie „körperliche und psychische Verfassung beim Eintritt in das Trainings- und Bewegungsangebot“ befassen. Eine eigene Kategorie wurde den Aussagen zugewiesen, die das Trainings- und Bewegungsangebot behandelten, aber keine spezifischen Bezug zur Person hatten, sondern sich rein auf die Durchführung oder auf TrainerInnen und TherapeutInnen bezogen. Die Durchführung der Maßnahmen wurde als dritte große Kategorie definiert. Diese Kategorie wurde in zwei Subkategorien unterteilt: Unter der Subkategorie „Tun Allgemein“ wurden die Angebote zusammengefasst, die von den KlientInnen wahrgenommen wurden, sowie zusätzlich ausgeübter Sport in der Freizeit. In der Subkategorie „Empfinden Allgemein“ wurden die Aussagen der KlientInnen erfasst, die sich damit befassen, wie diese sich fühlten und welche Gedanken ihnen durch die Kopf gingen. Die letzte und größte Kategorie umfasste die von den KlientInnen wahrgenommenen Veränderungen, wobei auch hier wieder in zwei Subkategorien unterteilt wurde: Die erste Subkategorie schließt alle Aussagen ein, die auf körperliche Veränderungen hinweisen. Die zweite Subkategorie umfasst alle Textpassagen bezüglich psychischer Veränderungen. Bei der Bearbeitung der Transkripte und der Aufteilung der Textpassagen auf die Kategorien wurden manche Aussagen der KlientInnen zu zwei oder mehr Kategorien oder Subkategorien zugewiesen. Bei manchen Personen ergaben sich bei der Auswertung zusätzlich zu den allgemeinen Kategorien spezifische Subkategorien, die sich nur bei betreffender Person wiederfinden. Diese Kategorien werden bei der Auswertung kurz angeführt.

Die Kategorien für die Auswertung der Interviews mit den TherapeutInnen und dem Trainer wurden parallel zu den Kategorien für die Auswertung der Interviews mit den KlientInnen erstellt. In der Kategorie „Tun Allgemein“ wurden alle Inhalte zusammengefasst, die Auskunft über die Teilnahme der KlientInnen am Trainings- und Bewegungsangebot geben. Die Kategorie „Eindruck“ umfasst die Informationen zum Erstkontakt mit den KlientInnen und die allgemeinen Eindrücke der AnleiterInnen bezüglich der KlientInnen. Diese Eindrücke beschäftigen sich nicht mit dem Training, sondern sind allgemein und global. Trainingsspezifische Eindrücke und Beobachtungen werden unter der Kategorie „Eindruck Training“ erfasst und gebündelt. Die Kategorien „Veränderung Körper“ und „Veränderung Psy“ entsprechen jenen der KlientInnen und

erlauben einen schnellen Vergleich zwischen den Eigen- und Fremdwahrnehmungen. Drei Kategorien unterscheiden sich bei den AnleiterInnen von denen der KlientInnen: Die Kategorie „Profitieren“ umfasst Aussagen des Trainers und der TherapeutInnen zu ihrer subjektiven Meinung darüber, wie die KlientInnen vom Training und von der Bewegung profitiert haben. Die Kategorie „Problematik“ fasst die Passagen der Interviews zusammen, die Probleme der KlientInnen im oder mit dem Training behandeln. Der Problematik Sportabhängigkeit wurde – zur besseren Abgrenzung von allgemeineren Problemfeldern – eine eigene Kategorie zugeordnet.

5.3 Charakterisierung der Institution: Anton-Proksch-Institut (API)

Das Anton-Proksch-Institut ist eine Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, in der neben Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit auch stoffungebundene Abhängigkeiten wie Spiel-, Computer- und Kaufabhängigkeit behandelt werden. Es ist europaweit die größte auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierte Institution. Neben der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bietet das Institut ein vielschichtiges Fort- und Weiterbildungsprogramm zum Abhängigkeit und unterhält Kooperationen mit anderen Forschungseinrichtungen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der KlientInnen beträgt acht Wochen. Bei Personen mit Drogenabhängigkeit sind die KlientInnen drei Monate im der Anton-Proksch-Institut Kalksburg und werden nach diesem Zeitraum auf die Langzeitstation in Mödling verlegt. In API Kalksburg stehen rund 280 Betten zu Verfügung,

Im API Kalksburg arbeiten zwei PhysiotherapeutInnen und ein Trainer, die für die physiotherapeutische Versorgung sowie das Bewegungs- und Sportangebot des gesamten Instituts verantwortlich sind. Die leitende Physiotherapeutin ist seit zehn Jahren im API tätig. Zusätzlich zu ihrem Schwerpunkt Psychiatrie ist sie Bewegungsanalytikerin. Der Physiotherapeut arbeitet seit dem 1. Jänner 2007 in der Abteilung Physio- und Bewegungstherapie. Er hat Kenntnisse in Kinesiotaping und eine Ausbildung in Shiatsu. Der Trainer arbeitet seit sieben Jahren im API. Er hat die Vitalakademie sowie Trainerausbildungen für Gesundheit, Ernährung und Boxen absolviert. Im Bereich Boxen war er im Leistungssport tätig.

5.3.1 Trainings- und Bewegungsangebot

Das API hat ein Bewegungs- und Trainingsangebot an dem die KlientInnen freiwillig teilnehmen können. Einzige Voraussetzung stellt die medizinische Freigabe vom betreuenden Arzt dar. Die Körperwahrnehmungsgruppe ist als einzige Körper- und Bewegungstherapie ein verpflichtender Teil. Je nach KlientIn wird vom betreuenden PsychologIn oder vom Arzt/ von der Ärztin eine Zuweisung verschrieben.

Die Bewegungs- und Trainingstherapie und das Trainings- und Bewegungsangebot wird vorwiegend in der Gruppe durchgeführt und findet im Freien (Outdoor) und in den Räumlichkeiten (Indoor) des Anton-Proksch-Institut statt.

5.3.1.1 Outdoor

Nordic Walken

Das Nordic Walken findet stationsübergreifend dreimal wöchentlich zu je 60 Minuten statt. Es gibt eine Waldstrecke mit leichter Steigung, welche sich außerhalb des Instituts befindet. Die Nordic Walkingstecken werden zu Verfügung gestellt und vor den Physiotherapieräumlichkeiten ausgegeben. Die TeilnehmerInnen werden schrittweise durch den Trainer und die PhysiotherapeutInnen in den Bewegungsablauf und die Technik eingeschult.

Laufen

Dreimal wöchentlich findet das Laufen stationsübergreifend in der Früh statt. Es gibt fünf Varianten der Laufstrecken mit zirka fünfeinhalb Kilometer. Die Laufzeit beträgt rund 45 Minuten. Beim Laufen wird vor allem mit Intervalltraining und dem Bioenergetische Laufmodell („nach innen laufen“) gearbeitet. Bei Lauferfahrenen können individuelle Trainingsprogramme aufgegriffen werden.

5.3.1.2 Indoor

Die Körperwahrnehmungsförderung

Die Körperwahrnehmung findet nach Stationen getrennt viermal in der Woche statt. Die Körperwahrnehmungsförderung wird in der Gruppe aber auch im Einzelsetting angeboten. Es wird am Körperbewusstsein, Körperempfindungen und Beziehung zwischen Körper und Psyche gearbeitet. Der Fokus ist auf die sensomotorische Ebene gerichtet. In der Körperwahrnehmungsgruppe werden kinästhetische, taktile, optische und akustische Reize gezielt Sinnesorgane angeboten. Die KlientInnen können so Körperempfindungen, Körperbewusstsein und Emotionen als leib-seelische Einheit erfahren. Die Erfahrungen der KlientInnen während den Einheiten werden verbal und gestalterisch – zum Beispiel mittels Körperbildzeichnung – reflektiert, um den KlientInnen die Möglichkeit zu bieten die bearbeiteten Inhalte in ihr Verhalten fest zu integrieren. In der Körperwahrnehmungsförderung kommt die Bewegungsanalyse nach Cary Rick zum Einsatz, ebenso Elemente aus der Körpertastarbeit nach Elsa Gindler und der IBT.

Das Aktive Erwachen

Das Angebot beim Aktiven Erwachen ist vorwiegend gymnastisch orientiert. Im Fokus stehen die Anregung von Atmung, Kreislauf und Verdauung. Es wird zusätzlich eine Anregung und Steigerung der Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit angestrebt. Das Aktive Erwachen wird jeden Tag stationsübergreifend angeboten.

Die Wirbelsäulengymnastik

Es gibt vier Einheiten für Wirbelsäulengymnastik, wobei dieses Bewegungsangebot nach Stationen getrennt durchgeführt wird. Wichtige Elemente sind die Mobilisation und Beweglichkeitsverbesserung der Wirbelsäule und Stärkung des Halte- und Stützapparates durch gezieltes Muskeltraining. Weiters steht die Koordination von Atmung und Bewegung im Fokus.

Die Rückenschule

Die Rückenschule findet stationsübergreifend statt. Hier steht das Erarbeiten von funktionellem und ökonomischen Halten und Bewegen im Vordergrund. Eine wichtige Thematik ist das Schmerzmanagement. Es wird das Erlernen von Ergonomie in Ruhe (schmerzfremde/mildernde Lagerungshinweise) und in Bewegung, sowie Wärme- und Kälteanwendungen gefördert. Die Einheiten beinhalten sowohl Praxis und Theorie.

Fitnessraum

Im Anton – Proksch Institut gibt es einen Fitnessraum den die KlientInnen nach ärztlicher Freigabe unter Anleitung des Therapeuten oder Trainers eine Stunde pro Tag während den Öffnungszeiten nutzen können. Der Fitnessraum ist viermal in der Woche geöffnet.

Physiotherapie

In der Physiotherapie werden jene KlientInnen in der Einzeltherapie physiotherapeutisch behandelt. Oft ist die Physiotherapie die erste Anlaufstelle der KlientInnen vor den Gruppenangeboten des Bewegungs- und Trainingsangebotes ist.

5.3.1.3 Freizeitgestaltung

Eine Mitarbeiterin des API bietet Wanderungen an, die meist zwischen zwei und vier Stunden lang sind. Die KlientInnen haben die Möglichkeit, Tischtennis zu spielen. Mitunter ergeben sich auch Gruppen, die am Institutsgelände Volleyball spielen. Diese sportlichen Aktivitäten werden nicht vom Team der Physio- und Bewegungstherapie betreut.

5.3.2 Orpheus – Programm

Das „Orpheusprogramm“ wurde im Anton – Proksch – Institut ins Leben gerufen. Im Mittelpunkt dieses Konzeptes für Abhängigkeitserkrankungen steht die Zielsetzung den KlientInnen den Weg zu einer Neugestaltung des Lebens aufzuzeigen: Die Patienten sollen wieder ein selbstbestimmtes Leben mit all seinen Freuden führen können. Abstinenz ist in diesem Konzept ein Teilziel auf dem Weg zu einer freudvollen und achtsamen Lebensgestaltung. Diese Lebensneu- und -umgestaltung soll den Substanzen ihre Macht über die KlientInnen nehmen: Die KlientInnen entdecken, wie sich Freude, Glück, gute Stimmung und Zufriedenheit ohne Stimulanzien anfühlen, wodurch jene Substanzen ihre Funktion und Wichtigkeit verlieren.

Das Orpheus-Programm ist aus verschiedenen, individuell kombinierbaren Modulen aufgebaut: Die Sensibilitäts- und Sensibilisierungsmodule enthalten Aktivitäten wie Aktives Erwachen, Walking, Nordic Walking und Laufen. Die Körperwahrnehmungsmodule umfassen die Körperwahrnehmungsgruppe und die Tanztherapie. Das Modul für Aufmerksamkeit und Achtsamkeit beinhaltet Achtsamkeitsgruppen. Klinisches Gärtnern, Walking, Nordic Walking und Laufen werden im Freien durchgeführt und werden als Naturerfahrungs- und Naturerlebnismodule zusammengefasst. Kreativitäts-, Kunst- und Kulturmodule umfassen Kunsttherapie, Kulturausflüge, Kreativwerkstatt und Kreativkuren sowie die Gruppe zur aktiven Freizeitgestaltung, Chorprojekt und Musikprojekt. Die Selbstreflexions- und Kosmopoiesismodule setzen sich aus dem Philosophicum und der Kinotherapie zusammen, das Genussintensivierungsmodul beinhaltet eine Genussgruppe (Scheibenbogen, Fachtagung 2013).

Für diese Arbeit sind vor allem die Sensibilitäts- und Sensibilisierungsmodule sowie die Körperwahrnehmungsmodule von besonderem Interesse, da sie überwiegend Trainings- und Bewegungsangebote beinhalten. Das Orpheus-Programm als Therapieform ist auf Ressourcen-orientiertes Arbeiten ausgerichtet: Dazu zählen neben kognitiven und emotionellen Ressourcen auch körperliche, interaktionelle und soziale Ressourcen. Zusätzlich bietet das Orpheus-Programm Zugang zu spirituellen, ästhetischen und fiktionalen Ressourcen.

Die Module zielen auf das Erlernen von Achtsamkeit und Erreichbarkeit ab: Die Wahrnehmung soll für die Möglichkeit für Veränderungen geschult werden, Lebenskrisen sollen als Chance registriert werden. Selbstbestimmung, die Fähigkeit, sich zu freuen, und Freundschaft mit dem eigenen Ich und anderen Menschen gegenüber sollen (neu) erlernt werden. Auch die Fähigkeiten, zu staunen, sich für etwas zu begeistern und zu faszinieren, sollen wiederentdeckt oder neu erlernt werden. Das API bietet für diesen Prozess einen geschützten und sicheren Rahmen, damit sich die KlientInnen neu

orientieren und aus der Krise heraus finden können und ermöglicht ihnen Spielräume für die Neugestaltung ihres Lebens (Anton-Proksch-Institut, 2015).

5.4 Auswahl der KlientInnen

Befragt wurden KlientInnen, die auf Grund einer Alkoholabhängigkeit stationär im des Anton-Proksch-Institut aufgenommen wurden. Zusätzlich wurden AnleiterInnen der Trainings- und Bewegungstherapie dieser KlientInnen befragt. Ausgewählt wurden vorwiegend KlientInnen, die sich in einer fortgeschrittenen Phase oder kurz vor Beendigung ihres rehabilitativen Aufenthaltes befanden. Bei einem Klienten wurde im Laufe des Interviews klar, dass er erst seit kurzer Zeit im Institut war. Da er jedoch die Institution schon aus vorherigen Aufenthalten kannte, wurde er nicht ausgeschlossen.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an dieser Studie waren die Teilnahme an einer Trainings- und Bewegungstherapie und/oder die Teilnahme an Sportprogrammen mit ärztlicher Freigabe. Zudem wurden nur KlientInnen in die Studie aufgenommen, die auf Grund einer Alkoholabhängigkeit im API aufgenommen wurden. Weitere Einschlusskriterien waren Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie und ein Alter von mehr als 18 Jahren. Auch für die AnleiterInnen war die Teilnahme an den Interviews freiwillig.

Zu den Ausschlusskriterien zählte das Vorhandensein einer Kontraindikation für die Teilnahme an den Interviews, z.B. eine akute psychotische Krise oder potenzielle negative Effekte auf den therapeutischen Verlauf, sowie ein Abbruch der Trainings- und Bewegungstherapie beziehungsweise eine Teilnahme von weniger als 10% an der Trainings- und Bewegungstherapie beziehungsweise am Sportangebot, da sonst die Fragestellungen dieser Studie nicht beantwortbar wären.

In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Physiotherapeuten und dem Trainer wurde potenzielle TeilnehmerInnen besprochen und gemeinsam, unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien – eine Auswahl getroffen. Entscheidungskriterien waren das Erkrankungsbild (Alkohol- und Substanzmissbrauch), der aktuelle Zustand der KlientIn sowie die Teilnahme an der Trainings- und Bewegungstherapie sowie den Sportprogrammen. Es wurde darauf geachtet, dass eine selektiven Stichprobe um inhaltliche Repräsentation und unterschiedliche Fälle zu erreichen.

5.5 Durchführung

Nach der Kontaktaufnahme mit dem Anton-Proksch-Institut wurde mit dem TherapeutInnenteam über die Möglichkeiten der Durchführung Rücksprache gehalten. Die Angebote und therapeutischen Maßnahmen im Bereich von Bewegung und Training

wurden durchgesprochen, um den Ablauf der Zuweisung und die Möglichkeiten das Trainings- und Bewegungsangebot zu nutzen. Da die Teilnahme an den Trainings- und Bewegungseinheiten für die KlientInnen vorwiegend freiwillig ist, wurde in den Interviews von Trainings- und Bewegungsangebot gesprochen. Diese Begrifflichkeit wird in weiterer Folge nun auch in dieser Arbeit verwendet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das Trainings- und Bewegungsangebot keine therapeutische Wirkung hat, sondern lediglich, dass die KlientInnen sich frei dazu entscheiden können, daran teilzunehmen. Die KlientInnen wurden in Absprache mit den TherapeutInnen und dem Trainer vor Ort ausgewählt. Die Diplomandin besuchte das Fitnessstudio während der Öffnungszeiten, um in Kontakt mit den KlientInnen zu kommen. Nach Überlegungen und Gesprächen mit den KlientInnen wurde eine Vorauswahl getroffen und diese mit den Trainern und TherapeutInnen besprochen. Danach wurden die KlientInnen persönlich angesprochen und zum Interview eingeladen. Die Interviewtermine wurden individuell abgesprochen und in einem geschützten Rahmen, im Raum der Physiotherapie oder in einem anderen verfügbaren Raum durchgeführt. Ein Interview wurde auf Wunsch einer KlientIn in einem Aufenthaltsraum durchgeführt, wobei sonst niemand anwesend war. Nach der Vorstellung und Begrüßung wurde den KlientInnen die Teilnahmeinformation erklärt und ausgehändigt. Danach wurden sie nochmals gefragt, ob sie an dem Interview teilnehmen möchten. Erst nach dem Unterschreiben der Einverständniserklärung wurde mit dem Interview begonnen. Alle TeilnehmerInnen stimmten einer Audio-Aufnahme der Interviews zu. Die Daten wurden transkribiert und danach in das Auswertungsprogramm geladen, um die Auswertung anhand der weiter oben charakterisierten Kategorien auszuwerten.

6 Personenzentrierte Auswertung der Interviews

Dieses Kapitel beinhaltet die Transkripte der InterviewteilnehmerInnen. Die Inhalte werden personenspezifisch ausgearbeitet. Zu jedem Teilnehmer und zu jeder Teilnehmerin werden die Inhalte der Interview vom Physiotherapeuten und Trainers beschrieben. Der Eigenwahrnehmung der TeilnehmerInnen wird die Wahrnehmung des Therapeuten oder des Trainers gegenüber gestellt. Die Eigen- und die Fremdwahrnehmung werden abschließend zu jedem Teilnehmer und zu jeder Teilnehmerin personenzentriert herausgearbeitet und beschrieben.

Alle Elemente der Interviews, die vorwiegend das Trainings- und Bewegungsangebot betreffen und nicht personenzentriert sind, darunter Kritikpunkte, Wünsche oder Verbesserungsvorschläge, werden separat in dem Kapitel Trainings- und Bewegungsangebot aus der Sicht der TeilnehmerInnen gesammelt und zusammengefasst.

6.1 Herr J.

Herr J. ist ein Mann Mitte vierzig, der am Tag des Interviews seinen letzten Tag in der Institution war. Er ist in erster Linie wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung im Anton-Proksch-Institut (API) und hatte zusätzlich Depressionen, die wiederum eine negative Auswirkung auf die Abhängigkeitserkrankung hatten. Er ist zum dritten Mal in einem Entzugs- und Entwöhnungsprogramm und kam aus Eigenmotivation in das Institut, um seinen Alltag wieder gesund meistern zu können.

Sport war für ihn immer wichtig. Er trainierte vorwiegend Ausdauersportarten. Er nahm bei einigen Wettbewerben beim Laufen teil und lief auch Marathon. Zusätzlich spielte er Fußball in einem Verein und bezeichnet sich selber als leistungsbezogen. Während seiner Alkoholabhängigkeit war der Sport auf ein Minimum beschränkt, wobei er noch gelegentlich Fußball spielte. Der Verein konnte ihn anrufen, wenn zu wenig Spieler verfügbar waren, obwohl für ihn die Teilnahme am Sport sehr schwer war. Herr J. sagte: „Aber das war eigentlich die einzige sportliche Betätigung die ich im Zuge dieser Sucht ausgeführt haben, weil ja das Interesse an Sport eben hier komplett verloren geht. Weil die Sucht da im Vordergrund steht.“ (Herr J., 26:9). Im weiteren Krankheitsverlauf verlor er komplett das Interesse am Sport. Als er sich zum Entzug entschloss, war sein körperlicher und geistiger Zustand relativ schlecht. Durch die Depressionen war seine Stimmung sehr mitgenommen, er litt unter Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnislücken.

Herr J. nimmt vor allem den Fitnessraum in Anspruch und nimmt zusätzlich bei der Lauf- und der Nordic Walking-Gruppe teil. Wirbelsäulengymnastik probierte er aus, nahm sie jedoch nicht weiter in Anspruch. Im Fitnessraum fährt er Ergometer und macht wenig bis

kein Krafttraining gemacht. Bei den Ausgängen am Wochenende hat er wieder begonnen, Fußball zu spielen und eigenständig laufen zu gehen.

Training, Bewegung und Sport empfindet Herr J. als wesentlichen Beitrag auf dem Weg zu einem gesunden Leben. Auf die Frage welchen Beitrag Sport in seiner Rehabilitation trägt meint er: „Ja einen ganz entscheidenden Faktor.“ (Herr J., 26:12). Er baut seine Therapie auf den drei Säulen Einzel- und Gruppentherapie, Wahrnehmungstherapien und Training auf. Er findet es gut, dass das Laufen und Nordic Walken in der Gruppe ausgeübt wird. Zur Heterogenität meint Herr J.: „was mir noch gefallen hat je nach körperlicher Konstellation, wie man beieinander ist, wird beim Laufen und beim Walken generell auch bei den Sporteinrichtungen auf das eben hier Rücksicht genommen.“(Herr J., 26:17). Auch die Kompetenz, mit der die TrainerInnen und TherapeutInnen anleiten, findet er gut. Seine Einstellung bezüglich des Sportes zu Beginn beschreibt er: „Ich habe ein bisschen Ängste auch gehabt das da vielleicht auch sogar ein Zusammenbruch eben hier kommen kann wo ich dann sage ich muss das Training eben hier abbrechen und das wäre schon ein gewaltiger Rückschlag eben hier gewesen.“ (Herr J., 26:32). Als aufbauend beschreibt Herr J. die Heterogenität der TrainingsteilnehmerInnen und die Konsequenz, mit der AnfängerInnen ihr Training verfolgen. Herr J. erfährt durch Bewegung und Sport den sozialen Umgang miteinander als unterstützend.

„Also auch die anderen Patienten zu sehen und nicht nur meine Leistung oder die die du ständig Gewichte stemmen und wirklich körperlich sehr gut beieinander sind. Sondern auch die neuen, die sich da ein bisschen schwerer tun. Aber mit einer unglaublichen Konsequenz eben hier das verfolgt haben. Also wirklich. Mich hat das sehr aufgebaut.“ (Herr J., 26:33)

Herr J. konnte seine Ausdauer verbessern, was er selbstständig an Hand der Geschwindigkeitsanzeige am Ergometer verfolgte. Anhand eines Beispiels meinte er „Ich habe wie gesagt am Beginn in dieser einen Stunden knapp 40 Kilometer in einer Stunde geschafft und jetzt nach zwölf Wochen bin ich bei 49 knapp 50 Kilometer in der Stunde.“ (Herr J., 26:23). Zusätzlich hat sich seine Muskelkraft verbessert und sein Körpergefühl verändert, sodass er seine Muskeln inzwischen wieder wahrnehmen kann. Herr J. beschreibt eine Verbesserung seiner physiologischen Parameter vor allem in Ausdauer- und Kraftbereich.

Als psychisch-emotionale Veränderung beschreibt er: „Die Lust und die Laune aber auch die Freude am Trainieren.“ (Herr J., 26:27) sei beim Trainieren wiedergekehrt. Zusätzlich haben sich seine Lethargie, seine innere Leere und seine negativen Gedanken zum

Positiven hin verändert. Auch die morgendliche Motivation hat sich dahingehend verändert, dass er sich auf das Training freut. Herr J. hat für sich die antidepressive Wirkung von Ausdauersport entdeckt [„Das die sportliche Betätigung für mich so ein Antidepressiva ist.“ (Herr J., 26:30)], mit der er seine negativen Stimmungen in den Griff bringen kann.

„Diese Lethargie, diese Leere, diese negativen Gedanken – die sind dann weniger geworden. Jetzt zum Schluss muss ich sagen, ich habe es kaum mehr. Und diese Motivation bereits in der Früh. Diese Freude, dass man sagt, ich kann heute wieder trainieren und ich habe Laune, dass ich heute dem Körper wieder etwas Gutes tue.“ (Herr J., 26:29)

Herr J. war erstaunt, wie schnell sich sein Körper trotz Alkoholabhängigkeit und der damit einhergehenden Schädigung wieder zum Positiven verändert hat: „und das war interessant wie schnell, dass der Körper dann wieder eben hier auf ein gewisses Level eben hier kommt. Das was für mich jetzt eine ideale Basis ist draußen weiter zu machen.“ (Herr J., 26:23).

Fremdwahrnehmung

Der Therapeut und der Trainer haben Herrn J. beim Laufen, Nordic Walken und beim Fitnessstraining betreut. Er nahm über zweieinhalb Monate relativ regelmäßig am Training teil. Vor allem im Fitnessraum war er jede Woche regelmäßig drei Mal trainieren. Weder wurde er der Körperwahrnehmung zugewiesen noch hat er freiwillig von sich aus daran teilgenommen. Herr J. machte auf den Trainer einen ruhigen, introvertierten Eindruck. Der Therapeut beschrieb ihn als leicht depressiv. Auch musste man auf Herrn J. zugehen, da dieser von sich aus kaum in Kontakt ging. Die Compliance gegenüber dem Trainer und dem Therapeuten war hoch.

Der Therapeut hatte den Eindruck, dass Herr J. als Ziel eine Verbesserung der Ausdauer hatte und er das im Rahmen des Aufenthalts im Institut anstrebte. Sowohl Trainer als auch Therapeut hatten den Eindruck, dass er fokussiert auf sein Ziel hin trainiert hat. Er kam in den Fitnessraum, absolvierte ruhig und konzentriert sein Training und ging wieder. Dabei kommunizierte er während des Ergometertrainings wenig mit seiner Umgebung. Auch beim Laufen und Nordic Walken wird er als Einzelgänger beschrieben. Der Physiotherapeut hatte das Gefühl, dass Herr J. dazu neigt, das Training mit dem Ergometer zu missbrauchen, da er mit sehr hohen Belastungen gearbeitet hat, und etwas eingebremst werden sollte. Jedoch sei der Fokus auf Ausdauertraining laut Therapeut gut gewählt, da das Training antidepressive Wirkung entwickeln kann. Das Leistungsmotiv

von Herr J. scheint ihm sehr ausgeprägt zu sein. Für den Physiotherapeut wirkt es, als wolle Herr J. im nüchternen Zustand etwas aufholen und das in möglichst kurzer Zeit.

Der Trainer und Therapeut konnten feststellen, dass sich seine Ausdauer im Verlauf des Trainings erhöht hat und sich die Körperhaltung zu einer aufrechten Haltung veränderte. Im Sozialkontakt fiel auf, dass Herr J. im Verlauf mehr auf andere Personen zugeht und seine Ziel- und Leistungsansprüche für Gespräche in der Gruppe zurückstellte.

Der Physiotherapeut sieht in der hohen Belastung durch das Ergometertrainings eine gewisse Problematik, da zu exzessives Training das Erreichen vom gesetzten Ziel negativ beeinflussen kann. Eine weitere Problematik könnte bei einem Trainingsausfall resultieren, da Herr J. den Sport als Antidepressivum für sich entdeckt hat.

„Bei ihm steht sicherlich [...] die antidepressive Wirkung des Trainings im Vordergrund. Wo er sich natürlich auch Strategien überlegen muss, was tut er, wenn es ihm krankheitsbedingt oder verletzungsbedingt nicht möglich ist, zu trainieren.“ (Therapeut, 17:31)

Herr J. kann vom Ausdauertraining insofern profitieren, als er selbstständig depressive Verstimmungen entschärfen kann. Er konnte durch das Trainieren in der Nordic Walking- und Laufgruppe sozial profitieren: Gegen Ende seines Aufenthalts konnte er offener auf andere Personen im klinischen Setting zugehen. Der Trainer die Veränderungen im Verhalten in der Gruppe wie folgt:

„Wenn er alleine [...] gegangen ist, hat er ein zügigeres Tempo gehabt. Hat er sich [...] mit jemand unterhalten, hat er nicht das zügige Tempo gebraucht. Sondern da hat er sich auf das Tempo auch eingelassen von jemand, der zum Beispiel nicht so gut beieinander war.“ (Trainer, 17:18)

Im Sinne von Orpheus hat Herr J. das Radfahren und das Ergometertraining als eine gute Ressource für sich entdeckt.

Wahrnehmungsvergleich

Dass Bewegung und Sport für Herr J. wichtig ist, spiegeln sowohl seine eigenen Aussagen wieder wie auch die durch den Trainer und Therapeuten beobachtete Regelmäßigkeit und der Fokus des Trainings. Die leistungsorientierte Komponente fällt sowohl dem Trainer als auch den Therapeuten auf und spielt auch – wie er es im Gespräch genannt hat – für Herrn J. eine Rolle. Für den Therapeuten war die Intensität des Trainings an der oberen Grenze der sinnvollen Belastung, wenn nicht sogar

unpassend für den rehabilitativen Charakter der Institution. Herr J. meint im Interview, dass er im Training definitiv an seiner Grenze angekommen ist.

Herr J. hat die antidepressive Wirkung von Ausdauersport wahrgenommen und für sich als Medikation gegen Depressionen entdeckt. Das ist auch dem Therapeuten aufgefallen, wobei dieser hier die Problematik sieht, dass durch krankheits- und verletzungsbedingte Ausfälle diese Strategie mitunter nicht immer einsetzbar ist. Das könnte zu negativen Auswirkungen führen, wenn keine anderen Strategien thematisiert wurden oder zukünftig in der Nachbetreuung werden.

Sowohl Herr J. als auch die Betreuer konnten Steigerungen in der Ausdauer, eine Besserung der Stimmung und verbesserte soziale Kontakte feststellen.

Die Eigenwahrnehmung deckt sich hier zum Großteil mit der Fremdwahrnehmung. Bewegung und Sport sind für Herr J. sowohl aus seiner als auch aus der Sicht der Betreuer eine Ressource, wobei zusätzliche Strategien für Zeiten ohne oder mit reduzierter sportlicher Betätigung entwickelt werden sollten. Dies bezieht sich vor allem auf den Umgang mit Depressionen, da Herr J. laut eigener Aussage zum Interviewzeitpunkt nicht medikamentös antidepressiv eingestellt wurde.

6.2 Herr K.

Herr K. ist Anfang Vierzig und aufgrund einer Alkoholabhängigkeit in kürzerer Zeit nun zum dritten Mal in der Institution. Zusätzlich zu seiner Abhängigkeitserkrankung erwähnte er Depressionen. Zum Zeitpunkt des Interviews war er zwar erst relativ kurz im API, da aber sein vorhergehender Aufenthalt erst kurz zurück lag und er am Interview gerne teilnehmen wollte, wurde mit dem Trainer beschlossen, das Interview dennoch durchzuführen. Zusätzlich zum aktuellen Aufenthalt wurden auch global zu Erfahrungen mit Sport und Bewegung gefragt. Herr K. ist aus Eigenmotivation in das Institut gekommen, um einen Lebensstil zu entwickeln, der ein angenehmes und abstinentes Leben ermöglicht.

Herr K. hatte vor seiner Abhängigkeitserkrankung viel Sporterfahrung gesammelt. Bis zu seinem fünfzehnten Lebensjahr betrieb er sehr intensiv Judo: Er war in einem Sportleistungszentrum und trainierte fast täglich. Zusätzlich lernte er Ski fahren und spielte hin und wieder Fußball, wobei ihn Letzteres nicht begeistern konnte. Nach einer krankheitsbedingten Pause begann er im 16. Lebensjahr zu boxen. Herr K. hat zusätzlich noch sportliche Erfahrungen mit Squash, Wing Tshung und zusätzlich Krafttraining. Für

ihn war Sport immer ein zentrales Thema. Während der Abhängigkeitserkrankung verringerte sich seine sportliche Betätigung drastisch. Auch während Depressionen war es ihm kaum bis gar nicht möglich, sich sportlich zu betätigen. Bei seiner Ankunft im API war seine Verfassung schlecht: „Also in einer psychisch schlechten und natürlich wenn die Psyche nicht funktioniert dann wird das Training draußen auf vernachlässigt und dann ist man auch nicht so fit.“ (Herr K., 27:33). Sein körperlicher Zustand hat sich verschlechtert was sich vor allem durch eine Gewichtszunahme äußerte. Herr K. war von Anfang an positiv zum Bewegungsangebot eingestellt. Nach Freigabe freute er sich auf die körperliche Betätigung.

Im API nimmt Herr K. an allen für ihn möglichen bewegungsorientierten Angeboten teil, in seinem Fall an Nordic Walken, Wirbelsäulengymnastik, Aktivem Erwachen und den Angeboten im Fitnesscenter. Wegen Problemen mit einem Knie kann er nicht bei Tischtennis oder Laufen teilnehmen. Aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen empfindet Herr K. das Nordic Walken als sehr angenehm, da ihm auch die Strecke zusagt. Seinen Schwerpunkt legt er auf eine passende Pulsfrequenz für Gewichtsreduktion. Beim Krafttraining nimmt er wieder seinen Trainingsplan von „draußen“ auf, lässt sich vom Trainer im Fitnessraum kontrollieren und holt Ratschläge ein. Außerhalb des Instituts betreibt er zurzeit keinen Sport, da er sich vor kurzem einen Fuß gebrochen hatte und erst wieder langsam beginnen kann. Ansonsten waren auch in seine Ausgänge am Wochenende Bewegung wie Nordic Walking oder Fitnessstudio integriert.

Durch Bewegung und Sport stellt sich bei Herr K. Wohlbefinden ein. Das ist auch der Grund, warum er sich während des Aufenthalts wieder körperlich betätigen und regelmäßig trainieren will. Durch Training und Bewegung stellt sich bei ihm eine therapeutische Wirkung ein: Im Speziellen erwähnt er hier die Endorphinausschüttung und das Runners High [„Das heißt man hat so ein bisschen das Runners High. Man ist ganz einfach gut aufgelegt.“ (Herr K., 27:19)], das sich vor allem durch Ausdauertraining einstellt mit dem Nebeneffekt der Gewichtsreduktion.

„Weil es eine therapeutische Wirkung hat. Weil es ganz einfach durch die Bewegung und vor allem wenn man in den Ausdauerbereich dann hinein kommt. Endorphinausschüttung. Man fühlt sich ganz einfach gut. Man hat etwas geleistet. Man hat etwas Gutes für sich getan und fühlt sich ganz einfach besser.“ (Herr K., 27:5)

Zusätzlich genießt Herr K. das Gefühl, etwas Gutes für sich selber getan und geleistet zu haben. Er verbindet Sport und Bewegung mit der psychologischen Komponente und baut

seine Therapie auf zwei Säulen auf, die psychologische Betreuung und den Sport. Er verwendet den Sport, um erarbeitete Inhalte aus den psychologischen Gesprächen während des Trainings zu reflektieren und sich nochmals durch den Kopf gehen zu lassen.

„...den gleichen Stellenwert wie die psychologische Betreuung, weil man ja auch während man Sport macht, das Ganze noch reflektieren kann, was man in der Psychologie gerade vorher...“ (Herr K., 27:6)

Herr K. fühlt sich durch Sport und Bewegung sowohl körperlich als auch geistig besser und misst Sport denselben Stellenwert bei wie der psychologischen Betreuung: „Ich baue meine Therapie auf zwei Säulen auf. Das sind zum einen die psychologischen Therapien die ich da in Anspruch nehme und dann als zweites Standbein, großes Standbein habe ich eben den Sport. Einfach weil es mir persönlich besser geht. Also ich fühle mich körperlich und geistig ganz einfach besser wenn ich Sport mache“ (Herr K., 27:6). Sport hilft ihm auch außerhalb der Institution im Alltag. Er möchte im Sport eine gewisse Leistung erbringen und weiß, dass er dafür nicht trinken sollte, da sonst die Leistung abnimmt oder er nichts mehr machen kann. Durch fixierte Trainingszeiten kann er sich selber vom Trinken abhalten, da er für Sport und Bewegung nüchtern sein möchte. Nach dem Sport verspürt er kein Verlangen nach Alkohol und kann sich so eine Strategie aufbauen, um nicht zu trinken.

Zu Frage zu körperlichen Veränderungen antwortete Herr K. „Dadurch dass die Sauerstoffzufuhr wieder verbessert wird, weil mehr Sauerstoff in die Muskeln gepumpt wird fühlt man sich frischer. Man steht leichter auf in der Früh. Man hat ein bisschen mehr Freude am Leben. Man nimmt ab im meinen Fall und nimmt Muskulatur wieder zu. Das hat also sowohl einen seelischen Effekt, einen positiven als auch einen körperlichen.“ (Herr K., 27:25) Er beschreibt näher eine Verbesserung der Ausdauer welche sich durch leichteres Steigen steigen abzeichnet. Er konnte feststellen, dass er Gewicht reduziert und wieder Muskulatur aufgebaut hat. Er beschreibt körperliche Einschränkungen wie seine Kniebeschwerden und den Bruch des Knöchels, was ihn jedoch nicht von der sportlichen Betätigung abhält, da er andere Bereiche trainieren kann. Er fühlt sich beweglich, wobei er anmerkt, früher beweglicher gewesen zu sein. Zudem beschreibt er eine Veränderung des Körpergefühls, da er seinen Körper inzwischen wieder besser spüren kann als vor dem Entzug, da er durch das Training und die Bewegung wieder ein Bezug zum Körper hergestellt konnte [„Das Körperbewusstsein ist ja ganz anders. Man spürt sich mehr.“, Herr K., (27:31)]. Durch die Verbesserung der Ausdauer, Kraft und die

Anregung des Herz-Kreislaufsystems fühlt sich Herr K. durch die Bewegung und das Training wohler, was ihn in seinem rehabilitativen Aufenthalt unterstützt.

Als psychologische Veränderung beschreibt er eine Hebung der Grundstimmung und des Wohlbefindens. Zusätzlich verbessert das Training und die Bewegung akut seine Stimmung und er weiß, dass er, wenn er einen schlechten Tag hat, seine Stimmung durch Bewegung verbessern kann. Herr K. beschreibt die unterstützende Wirkung von Bewegung und Sport wie folgt bezüglich Strategien: „Was jetzt das Craving anbelangt, [...] Sport hilft insofern jetzt nicht nur in der Therapie sondern auch im normalen Leben auf freie Wildbahn. [...] (Man möchte) Eine gewisse Leistung erbringen und das kann man nur wenn man nicht verkatert und nicht angesoffen ist. Insofern hilft es mir immer draußen das ich sage ok heute trinke ich nichts weil morgen habe ich um die und die Uhrzeit mein Training. Und wenn ich dann trainiert habe, dann habe ich keinerlei Verlangen mehr auf Alkohol eigentlich. Das heißt man hat dann den Tag geschafft. Man hat etwas Gutes gemacht und den nächsten Tag schafft man auch weil vielleicht wieder trainieren geht.“ (Herr K., 27:7). Herr K. hat durch den Sport Kontrollerfahrungen über Craving gemacht und kann dies für Rückfall vorbeugende Strategien für den Alltag mitnehmen.

Seine Sensibilität für seinen Körper und seine Bedürfnisse verbesserte sich durch den Sport und die Bewegung.

„Du beginnst einmal und wenn du hier herkommst hast du natürlich deine Suchtproblematik und deine psychische Problematik und je länger du dann Sport ausübst, umso besser ist das Körpergefühl wieder.“ (Herr K., 27:32)“

Ihm ist aufgefallen, dass sich sein körperlicher, muskulärer Zustand schnell wieder verbessert und sich die Muskulatur wieder an vorherige Stimulationen *erinnert*.

Fremdwahrnehmung

Der Therapeut hat Kontakt mit Herr K. im Fitnessraum und in der Einzeltherapie, sowie beim Nordic Walking. Herr K. bemühte sich um eine frühe Freigabe und war mit Einschränkungen durch einen Knöchelbruch bei allen möglichen Bewegungs- und Trainingseinheiten. Er hat weder an der Körperwahrnehmung noch Qi Gong oder Aktives Erwachen teilgenommen.

Herr K. machte auf den Therapeuten einen depressiven Eindruck. Zum einen hatte Herr K. einen verletzten Fuß und war so beim Training eingeschränkt, zum anderen machte ihm sein wiederholter Aufenthalt zu schaffen. Der Trainer merkte, dass sich Herr K. freute, wieder das Trainingsteam zu sehen, es ihn jedoch psychisch mitnahm erneut im API zu

sein. Er war laut Therapeut im Verlauf der Wochen gehalten, da der Fitnessraum durch krankheitsbedingte Ausfälle im Trainingsteam geschlossen blieb. Das konnte Herr K. laut dem Therapeuten kaum aushalten und er beschwerte sich auch bei dem diensthabenden Personal. Der Therapeut schätzt den Bezug von Herrn K. zu seinem Körper als relativ gut ein:

„Ich würde sagen eigentlich einen ganz guten. Er hat Trainingserfahrung. Er hat Kampfsporterfahrung. [...]. Er trainiert korrekt. Er weiß um seine Haltung. [...] Er ist auch jetzt in den Rückmeldungen bezüglich seines Unterschenkelbruches sehr differenziert, sehr genau, ...“ (Therapeut, 16:11)

Der Trainer ist in diesem Punkt derselben Meinung wie der Therapeut. Es hat den Anschein, als würde sich Herr K. über das Training relativ schnell wieder Stabilität aufbauen und holen können. Herr K. macht den Eindruck, angemessen an das Training heranzugehen. Er trainiert mit einem detaillierten Trainingsplan und hält sich daran, ausgewogen zu trainieren ohne zu übertreiben. Der Trainer beschreibt sein Training auch als sehr fokussiert. Dem Therapeuten ist aufgefallen, dass er einerseits beim Training umsichtig mit seinem verletzten Fuß umgeht. Andererseits wirkt Herr K. unflexibel bei Ausfällen von Trainingseinheiten und scheint einen fixen Rhythmus zu brauchen. Fehlt der Rhythmus, werde Herr K. unruhig und unrund. Seine Compliance dem Therapeuten gegenüber war sehr hoch. Im Fitnessraum ist Herr K. sehr aktiv und übernimmt zeitweise eine Assistenzstelle ein, um KlientInnen beim Training zu helfen oder den Trainer auf Fehler bei anderen TrainingsteilnehmerInnen aufmerksam zu machen. Diese Position ist in einem gewissen Rahmen für den Therapeuten in Ordnung. Der Trainer beschreibt die Teilnahme am Training als aktiv und fordernd – so als würde er am liebsten die ganze Zeit vom Trainer alleine betreut werden. Er meint auch, dass Herr K. die Bestätigung sucht und laufend Feedback zu seinem Training und zu den Veränderungen haben möchte.

Es war schwer für den Therapeuten, Veränderungen bei Herrn K. festzustellen, da dieser zwei Wochen krankheitsbedingt nicht trainieren konnte und der Therapeut selber krankheitsbedingt eine Woche ausgefallen war. Er hat das Gefühl, dass Herr K. an Gewicht verloren hat. Diese Beobachtung wird vom Trainer bestätigt. Er konnte Veränderungen beim verletzten Fuß feststellen, da die Ausweichmechanismen abgenommen haben. Durch den Trainingsplan scheint es dem Therapeuten, dass Herr K. die Widerstände an den Geräten steigern konnte und sich dadurch seine Muskelkraft verbessert. Dem Trainer fiel auf, dass Herr K. immer neue Trainingsreize sucht, die Verbesserungen bei Kraft und Ausdauer begünstigen. Positive psychische Veränderungen waren schwierig festzustellen, da sich bei Herrn K. während des

Aufenthaltes im privaten Bereich einiges verändert hat. Der Therapeut hat jedoch das Gefühl, dass das Training für Herr K. eine Stütze bei seinen Problemen ist. Der Trainer beschreibt positive Veränderungen bezüglich der Aggressivität und Herr K. wirkt nach dem Training nicht so hektisch wie davor. Der Therapeut beschreibt, dass Herr K. über das Training eine stimmungshobende Wirkung erfährt, weswegen ihm das Training so wichtig ist. Auch der Trainer bestätigt, dass Herr K. ruhiger und ausgeglichener wird durch die Bewegung und wieder Stolz auf seine Leistungen durch das Training (zum Beispiel Gewichtsverlust) empfinden kann. Herr K. erfährt über die durch das Training ausgelösten Veränderungen Selbstwirksamkeit.

Für Herr K. scheint es schwierig zu sein, auf Ausfälle von Trainingseinheiten zu reagieren. Es gibt prinzipiell keine Probleme mit Herr K. beim Training. Fällt das Training jedoch aus, kann er das nur schwer akzeptieren. Training und Bewegung scheinen laut Therapeut seine einzige Ressource zu sein, was bei Trainingsausfällen durch Verletzung oder Krankheit negative Folgen (zum Beispiel einen Rückfall) haben kann. Der Therapeut erwähnte, dass Herr K. mit dem Trainings- und TherapeutInnen-Team eine enge Bindung eingeht, vor allem mit dem Trainer. [„Er geht auch eine sehr enge Beziehung ein zu uns speziell zu (Trainer)...“ (Therapeut, 16:9)]

Der Trainer meint, dass Herr K. vom Training und der Bewegung insofern profitiert, als es eine Chance für ihn ist, im Alltag Rückfällen vorzubeugen.

„Ressource, auf die er zurückkommen kann, ...“ (Trainer, 9:10)

„Ja, auch als seine einzige Ressource, auch mit sich selber umzugehen.

Auch Aggressionen abzubauen, Druck abzubauen.“ (Therapeut, 16:6)

Bewegung und Training scheinen für Herr K. eine wichtige Ressource zu sein, um mit sich selber umzugehen und seine Aggressionen und den Druck abzubauen. Beim Training werden seine Ressourcen aktiviert. Das Bewegungsmodul von Orpheus stellt für Herrn K. eine Option im Umgang mit seiner Abhängigkeitserkrankung dar. Herr K. konnte eine Ressource reaktivieren: „Das ist einfach, das sind die Wurzeln einfach zurück ...“ (Trainer, 9:9)

Wahrnehmungsvergleich

Bewegung und Sport sind für Herrn K. sehr wichtig. Das betont Herr K. und das findet sich auch in den Aussagen von Trainer und Therapeut. Herr K. trainiert sehr regelmäßig und nach einem sehr präzisen Trainingsplan. Hier meint der Therapeut explizit, dass Herr K. durch diese Strukturierung sehr schwer auf Ausfälle von Trainingseinheiten reagieren

kann. Das störe seinen Rhythmus, dann werde er unrund und unruhig. Wie Herr K. sagt, ist Sport eine wesentliche Komponente der Therapie dar, wo Ausfälle sich auf die betroffene Person sich auswirken.

Die Wahrnehmung bezüglich der durch Bewegung und Training bedingten Veränderungen ist zwischen Trainer, Therapeut und Herrn K. identisch: Ausdauer und Kraft haben sich verbessert, er hat Gewicht abgenommen. Die stimmungshobende Wirkung des Ausdauertrainings und Sport als Ventil für Druck und Aggressionen sind sowohl Herrn K. als auch dem Anleiterteam stark aufgefallen. Herr K. beschreibt die wahrgenommenen Veränderungen im Körper differenziert. Dies wird unterstützt durch die Aussagen von Trainer und Therapeut, die ihm einen guten Bezug zu seinem Körper zuschreiben.

Der Therapeut mahnt jedoch zu Vorsicht, da er Bewegung und Sport bei Herrn K. als einzige Ressource wahrnimmt, was problematisch sein kann (Trainingsausfall). Hier meint Herr K. aber ganz klar, dass er seine Therapie auf der psychologischen und sportlichen Ebene aufbaut. Das impliziert, dass er glaubt, durchaus auch psychologische Ressourcen oder Strategien entwickeln zu können.

6.3 Herr C.

Herr C. ist ein Mann Ende 40, der wegen eines schweren Burnouts und einer Alkoholabhängigkeitserkrankung in der Institution ist. Innerhalb von zwei Jahren ist dies sein zweiter Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung. Zum Zeitpunkt des Interviews war er etwa eineinhalb Monate im Institut.

Herr C. habe vor seiner Alkoholabhängigkeit viel Sport betrieben: Er sei Skifahrer beim ÖSV Jugendkader Salzburg und Snowboardprofi gewesen. Später habe er auch etwas Boxtraining gehabt. Er habe also sein Leben lang Sport betrieben, Sport sei für ihn sehr lange ein zentrales Thema gewesen.

„Mein Leben war Sport.“ (Herr C., 20:07)

Während der Abhängigkeitserkrankung habe er zunächst weiterhin ab und zu trainiert. Er habe jedoch Kreislaufprobleme entwickelt und komplett mit dem Sport aufgehört. Zu Beginn des Aufenthalts war seine Verfassung nicht gut: Er hatte Probleme mit dem Blutdruck, fühlte sich ungelinkig und unbeweglich und hatte Übergewicht, das ihn im Alltag behinderte. Aufgrund seines Alkoholkonsums hatte sich ein Tremor entwickelt, der

sich nur durch weiteren Alkoholkonsum kaschieren ließ. Seine psychische Verfassung beschreibt er als schlecht.

Herr C. nimmt den Fitnessraum in Anspruch, sowie Wirbelsäulengymnastik, Nordic Walking und Tischtennis. Tischtennis spiele er bis zu vier Stunden täglich, so wie es sein Therapieplan zulässt. Im Fitnessraum nütze er das Zeitlimit komplett aus, wobei ihm die vier Stunden Training im Fitnessraum in der Woche viel zu wenig vorkommen. Während des Trainings konzentriere er sich auf sich selbst und darauf, wie es seinem Körper geht. Am Wochenende bei den Ausgängen gehe er zusätzlich Skaten und möchte sich in einer Kraftkammer anmelden. Gleich nach seiner Ankunft im Anton-Proksch-Institut habe er mit dem Tischtennis-Spielen begonnen – noch bevor ihm die ärztliche Freigabe für die anderen Bewegungsangebote gegeben wurde. „Eine Stunde nach einrücken war ich schon am Tischtennistisch und habe einmal zwei Stunden geklopft und das hat mir.. das tut mir einfach gut.“ (Herr C., 20:24). Seine ersten Trainingseinheiten beschreibt er als sehr anstrengend und hart.

Herr C. empfindet Sport als sehr wichtig und beschreibt das auch bei seinen Erzählungen über das Trainings- und Bewegungsangebot. Bewegung und Sport hätten ihm schon bei seinem ersten Aufenthalt geholfen. Er sieht darin eine Möglichkeit, seine Abhängigkeit in den Griff zu bekommen. „Wenn ich wieder Sport mache habe ich überhaupt keine Lust auf Alkohol. Es ist absolut für mich die beste Methode das sein zu lassen.“ (Herr C., 20:9). Sport und Bewegung seien für ihn die wichtigste therapeutische Maßnahme.

„Also ich würde auch in keine andere irgendwie Entzugsanstalt gehen, wo ich nicht ein Angebot habe Sport zu machen. Weil das wäre vollkommen sinnlos.“ (Herr C., 20:13)

Vor allem schätze er die geografische Nähe des sportlichen Angebots innerhalb des Instituts. Herr C. meint: „Man steht auf. Zieht sich die Trainingshosen an, ein Leiberl und dann geht man entweder Tischtennis spielen. Es ist alles um die Ecken ja. Wenn man dann hier heraus kommt und wieder im täglichen Leben steht da muss man sich überwinden.“ (Herr C., 20:18) Zusätzlich zum eigenen Training seien ihm die soziale Unterstützung und Interaktion von und durch Sport sehr wichtig. Er beschreibt von einem Klienten den er zum Training motivieren konnte und „ich von dem nie gedacht habe das er das wirklich tut. Weil er ist ein bisschen älter als ich schon und jetzt zahlt er an. Und das macht mir selber auch einen Spaß. Also ich habe ihm auch gezeigt die Übungen und so weiter. [...] Und ich habe mit ihm so ein bisschen ein Trainingsradl gemacht. Ganz sachte natürlich. Ja und ihm macht das jetzt richtig Spaß.“ (Herr C., 20:19). Herr C. fühlt sich im Trainer- und TherapeutInnenteam gut aufgehoben. Die Anfänge im Fitnessraum habe er

als sehr anstrengend empfunden und habe sich „durchbeißen“ müssen, um wieder Freude an der Bewegung und am Training zu empfinden.

„Also im Prinzip konzentriere ich mich auf mich. Das ist genau eines der wesentlichen Dinge. Man [...] fühlt in sich hinein und hört auch sehr konkret... Also wirklich in sich hinein und schaut einmal wie es heute geht, was geht. Wie sich die Muskeln anfühlen. Wie man selber beinander ist. [...] Das muss man eigentlich erlernen und erfühlen und dann geht es dahin. Und dann fühlt man sich manchmal ein bisschen müde im Training. Aber wenn man es dann hinter sich hat fühlt man sich Weltklasse und – naja das stimmt. Also manchmal denke ich mir es ist ein bisschen anstrengend, was man sich da antut. Aber dann auf der anderen Seite ist es wie eine... man macht es dann gerne.“ (Herr C., 20:12)

Als markante Veränderung im Verlauf des Aufenthalts gibt Herr C. seinen Gewichtsverlust an. Er habe während des Aufenthaltes die Widerstände an den Trainingsgeräten mehrmals gesteigert, was auf einen Muskelzuwachs hindeutet. Seine Körperspannung habe sich verändert und er beschreibt, dass auch sein Kreislauf nun stabiler sei und sich sein Blutdruck verbessert habe. Trotz Gewichtsverlust fühle er sich durch sein Gewicht noch eingeschränkt, jedoch wieder auf der Höhe seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten.

Die psychologischen Veränderungen während seines Aufenthalts beschreibt er als sehr vielfältig: Durch die Endorphinausschüttung verändere sich sein Wohlbefinden. Er berichtet von einer Veränderung des Selbstbewusstseins. Sein durch Alkohol ausgelöster Sarkasmus habe nachgelassen. „... jetzt bin ich eigentlich total ausgeglichen. Aber das ist eben auch sicher weil ich mich austoben kann. Weil ich die Energie rauslassen kann.“ (Herr C., 20:31). Herr C. beschreibt im Sport eine Möglichkeit des Umganges mit Spannungen, eine Ventilfunktion gefunden zu haben. Durch den Alkohol hatte sich Herr C. in die Isolation zurückgezogen, weil, „Ich habe einen Freundeskreis, der eher auf der sportlichen Seite ist und der ... wo das eigentlich verpönt ist. Und dadurch wenn man dann in das Ding hineinkommt dann zieht man sich einfach zurück in die Isolation“ (Herr C., 20:28) und beschreibt eine Veränderung durch das Training im Fitnessraum „Jetzt trau ich mich schon. Jetzt geht es schon wieder. Schön langsam.“ (Herr C., 20:28). Herr C. misst dem Sport einen hohen Stellenwert bei der sozialen Interaktion und Unterstützung zu einen Weg aus der Isolation zu finden und andere Menschen durch und im Sport zu unterstützen.

Herr C. meint er sei „jetzt kraftvoll. Wieder fast auf Höhe meine Fähigkeiten geistig und

körperlich und das ist eigentlich wirklich erstaunlich wie schnell der Körper sich regeneriert.“ (Herr C. 20:36). Herrn C. betont im Laufe des Interviews wie erstaunlich schnell sich sein Trainingszustand verbesserte und er verweist auf frühere Erfahrungen mit Muskeltraining.

Fremdwahrnehmung

„Der Herr C. ist überall dabei. Überall. Er erfindet sogar Dinge, glaube ich, dass er etwas machen kann.“ (Trainer, 3:01)

Der Therapeut hat Herrn C. im Fitnessraum und beim Nordic Walking betreut. Hin und wieder sei Herr C. auch bei der Wirbelsäulengymnastik gewesen. An den Angeboten im Fitnessraum nehme Herr C. sehr regelmäßig und aktiv teil, am Nordic Walking nicht ganz so regelmäßig. Der Trainer beschreibt seine Teilnahme als mehr als engagiert. Er ist sofort in die Bewegungseinheiten gekommen, als er die ärztliche Freigabe hatte. Herr C. hat, laut Trainer, in der Freizeit zusätzlich Volleyball und Tischtennis gespielt.

Der Trainer beschreibt Herrn C. als eine unruhige, gestresste Person, die „auf 180“ laufe. Sowohl auf den Trainer als auch auf den Therapeut wirkte Herr C. als wolle er alles *niederreißen*.

„Vor allem das Bedürfnis, wieder einmal alles in kurzer Zeit aufzuholen, was er versäumt hat. Sprich eigentlich gar keine Rücksicht zu nehmen auf seinen Körper.“ (Therapeut, 12:09)

Für den Therapeuten hat es den Anschein, als ignoriere Herr C. seine aktuelle Situation, zum Beispiel sein Körpergewicht. Herr C. macht auf ihn den Eindruck, sich am körperlichen Zustand vor einigen Jahren zu orientieren, die sich wesentlich von der aktuellen Situation unterscheidet. Auch der Trainer meint, dass Herr C. seine äußere Erscheinung nicht akzeptiert habe. Der Therapeut beschreibt den anfänglichen Zustand von Herrn C. als leicht adipös und in einem reduzierten Allgemeinzustand. Der Trainer stimmt mit dem Therapeuten überein und fügt noch hinzu, dass Herr C. motorische Schwierigkeiten vor allem beim Gehen gehabt habe. Der Therapeut meint, die Abhängigkeitserkrankung und der wiederholte Entzugsaufenthalt hätten Herrn C. physisch und psychisch sehr belastet. Der Trainer beschreibt ihn depressiv anmutend. Er hatte den Eindruck, dass Herr C. zu Beginn enttäuscht war, beim Training nicht mehr seine früheren Leistungen erbringen zu können, trotz aller Anstrengungen. Beim Training beschreibt der Therapeut ihn als angetrieben mit einer sehr hohen eigenen Erwartungshaltung. Der Trainer stimmt hier zu mit der Aussage, dass er bei jeder Übung immer alles gegeben

habe. Sein Tun sei sehr hastig und schnell. Der Therapeut beschreibt ihn als Person, die Grenzen nicht einschätzen könne und immer über die eigenen Grenzen hinweggehe.

„Ständiges Grenzen-Austesten. Sowohl beim Personal, als auch bei sich selber.“ (Therapeut, 12:17)

„Er hat kein Gefühl für, wann es Schluss ist [...]. „Auch wenn er schon nichts mehr heben kann, hebt er es.“...“ (Trainer, 3:14)

Beim Training hatte der Trainer das Gefühl, als wolle Herr C. alles aufholen, was er in der letzten Zeit vernachlässigt hatte. Sowohl Therapeut als Trainer sagen, dass auch die zeitliche Begrenzung bei Herr C. in jedem Training neu ausverhandelt werden müssen, da er diese wann immer möglich übergangen habe. Der Trainer hat beobachtet, dass er sobald neue Trainingsmethoden bei anderen TeilnehmerInnen ausgeführt wurden, diese sofort auch machen wollte. Bei der Wirbelsäulengymnastik wollte Herr C. vom Therapeuten über bestimmte Inhalte informiert werden, um nur zu den für ihn wichtig erscheinenden Trainings kommen zu müssen.

Der Therapeut beschreibt Veränderungen im Kraftbereich durch Erhöhung der Gewichte und eine Steigerung der Intensität. Auch die Ausdauer dürfte sich verbessert haben. Dem pflichtet der Trainer bei: Ihm seien zudem Veränderungen in der Motorik, vor allem beim Gehen, aufgefallen. Gewicht habe er verloren. Der Therapeut meint jedoch, dass Herr C. sich während der verschiedenen Trainings stark verbraucht habe und dadurch das Training weniger wirksam gewesen sei. Zusätzlich beanspruche er seine Gelenke, Sehnen und Bänder massiv, sodass durchaus kleinere Verletzungen durch Übermüdung des Bewegungsapparates vorgekommen seien. Bei den psychologischen Veränderungen meint der Therapeut, dass Herr C. nach dem Entzug eine aufgehellte Stimmung habe, aber trotzdem immer angetrieben sei, etwas wieder gut machen zu wollen. Dem Trainer fällt auf, dass Herr C. im Vergleich zu seinem Ausgangszustand etwas ruhiger geworden sei und sich sein Körpergefühl verbessert habe. Auch seine Selbsteinschätzung bei der Wahl des Widerstandes bei den Kraftgeräten habe sich sensibilisiert und sein Selbstbewusstsein habe sich verbessert: Er wirke, als habe er wieder ein wenig zu sich gefunden.

Zu den Veränderungen im oder durch das Training meint der Therapeut,

„Wenn man mit ihm darüber [das Trainingsverhalten] redet, könnte man sagen, ist eine gewisse Einsicht da. Dass er eigentlich zu viel macht, zu schnell macht. Aber im Endeffekt ändert er nichts. Also diese Einsicht

kommt. Aber sie verlässt diese Ebene nicht, wo er nur darüber redet.“
(Therapeut, 12:24)

Diese Meinung vertritt auch der Trainer.

Der Therapeut beschreibt, dass Herr C. im Trainingssetting sehr stark begrenzt werden müsse. Dieses Begrenzen von Herrn C. ziehe sich von der Einhaltung der Trainingszeit bis hin zur Gewichtsauswahl beim Training. Der Trainer meint, dass Herr C. zwar Korrekturen oder Eingrenzungen immer angenommen habe, aber unmittelbar wieder in sein übertriebenes Trainieren zurückgefallen sei, sobald er nicht auf ihn geachtet habe. Der Therapeut sieht die Problematik in dieser fehlenden Eigenbegrenzung, denn Herr C. falle es schwer, seine Grenzen einschätzen zu können. Dies könne in seinem Alltag zu erneuten Rückfällen führen oder diese begünstigen.

Für den Trainer ist Herr C. eine Person mit Tendenz zur Abhängigkeitsverlagerung in Richtung Sport. Zum Thema Sportabhängigkeit meint der Therapeut: „Potenzial für eine Sportsucht hat er.“ (Therapeut, 12:26). Auf den Therapeuten macht es den Eindruck, dass die Gefahr eines Rückfalles bei Herrn C. höher ausfällt als jene der Abhängigkeitsverlagerung.

Zum Fragepunkt „profitieren“ meint der Trainer, dass es schwer einzuschätzen sei, wie Herr C. über das Training und den Sport profitieren könne. Durch übertriebene körperliche Betätigung in der Freizeit und den Trainingseinheiten des Institutes gebe es positive, aber auch negative Veränderungen. Der Therapeut hinterfragt, ob sich bei Herrn C. die positiven und negativen Auswirkungen von Bewegung und Sport die Waage halten. Der Trainer meint, dass er durch die Veränderung des Wohlbefindens und des Aktivitätsniveaus profitieren könne. Er hält es aber für fraglich, ob dies für einen normalen Alltag ausreichend ist.

Bewegung sei für Herrn C. eine Ressource, über die das Bewegungsmodul des Orpheusprogramms bei ihm ansetzen kann. Auch der Trainer meint hier, dass Bewegung Herrn C.s Werkzeug für Veränderungen sei.

Wahrnehmungsvergleich

Training, Bewegung und Sport sind für Herr C. von hoher Bedeutung. Dieser Meinung sind alle drei interviewten Personen. Im Gespräch mit Herrn C. macht es den Anschein, als sei Sport seine Methode, um mit der Abhängigkeitserkrankung umzugehen. Er beschreibt es als wesentlich beim Sport, bei sich zu sein und in sich hinein zu fühlen. Therapeut und Trainer beschreiben Herr C. als gestresste, angetriebene und

überschießende Person. Hier unterschieden sich Selbst- und Fremdwahrnehmung deutlich! Beide Anleiter beschreiben, dass Herr C. vieles aufholen und gleichzeitig machen wolle, was sich in seinem hastigen Tun widerspiegle. Die von Herrn C. betonte, in sich gerichtete Komponente beim Training beschreibt keiner der Anleiter.

Im Gespräch mit Herrn C. merkt man sein Wissen über die Durchführung und Wirkungen von Bewegung und Sport. Sowohl Trainer als auch Therapeut beschreiben, dass Herr C. vom Kopf her wisse, was er zu tun habe. Aber er scheine es nicht selbstständig ohne Kontrolle umsetzen zu können und mache deshalb oft zu viel. Hier gehen Selbst- und Fremdwahrnehmungen auseinander.

Bei den Veränderungen stimmten die Wahrnehmungen von Trainer und Herrn C. überein: Herr C. konnte sein Gewicht reduzieren. Der Trainer meint, Herr C. sei etwas ruhiger geworden, obwohl er immer noch angetrieben wirke.

Herr C. beschreibt, dass Sport und Bewegung ihm gut tun. Der Therapeut äußert seine Bedenken, inwieweit positive und negative Aspekte sich hier die Waage halten. Auch hier differenzieren die Wahrnehmungen zwischen Klient und Betreuungsteam.

6.4 Herr E.

Herr E. ist Anfang 50 und zum zweiten Mal wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung im Anton-Proksch-Institut. Er habe sich aus familiären und beruflichen Gründen und wegen seiner Gesundheit für den Entzug entschieden.

Herr E. habe vor seiner Erkrankung Erfahrungen mit Laufen und Skifahren. Er sei jede zweite bis dritte Woche Laufen beziehungsweise im Winter Skifahren gewesen. Der Sport sei ihm sehr wichtig gewesen. Während seiner Abhängigkeitserkrankung habe er wenig und schließlich gar keinen Sport mehr gemacht. Durch den Alkohol sei sein Körper so geschwächt gewesen, dass es ihm nicht mehr möglich gewesen sei, Bewegung und Sport zu betreiben. Als er in die Institution kam, sei es ihm körperlich schlecht gegangen, da er zitterig und nervös gewesen sei und oft Schweißausbrüche gehabt habe. Nach dem körperlichen Entzug habe er mit dem Training begonnen. Beim ersten Training habe er 15 Minuten trainiert und habe sich danach dieser Anstrengung eigentlich nicht mehr aussetzen wollen:

„Ja, ich kann mich an den ersten Tag erinnern, wie ich hinunter gegangen bin. Eine viertel Stunde und ich habe mir gedacht: Das tu ich mir nicht an. Und nach einer Woche.... jetzt gehe ich jeden Tag und freue mich schon auf den Tag oder auf die Stunde, wo ich hergehen kann.“ (Herr E., 18:40)

Herr E. nimmt an fast allen angebotenen Trainings- und Bewegungsprogramm teil. Er nutze den Fitnessraum und die Wirbelsäulengymnastik und mache auch beim Nordic Walking mit. Er fokussiere sich darauf, seine Muskeln wieder in Schwung zu bekommen und den ganzen Körper zu aktivieren. Das sei ihm sehr wichtig. In seiner Freizeit mache er keinen zusätzlichen Sport. Er geht viel Spazieren. Nach seinem Aufenthalt wolle er wieder mit dem Laufen anfangen und sich in einem Fitnessstudio anmelden.

Herr E. schreibt Sport und Bewegung einen hohen Stellenwert im Entzugs- und Entwöhnungssetting zu. Zur Frage welche Hilfestellung Bewegung und Sport für ihn in der Rehabilitation einnimmt meinte er: „Eigentlich fast das meiste.“ (Herr E., 18:14). Bewegung und Sport frische seinen Geist und seinen Körper wieder auf. Er fühle sich während und nach der Bewegung und dem Sport wieder fit. Training und Bewegung seien für ihn eine wichtige Hilfestellung und würden fast den höchsten Stellenwert einnehmen.

„Und dass der Sport noch so dazu gekommen ist, ja das war, sag ich, ein Glück.“ (Herr E., 18:33)

Was bei ihm nicht gut ankommt, sei die Ein-Stunden-Regelung, da er sich durch diese Reduzierung eingeschränkt fühle und sein Training mit sehr wenigen Pausen durchführen müsse. Da er Diabetiker ist, verspürt er während des Trainings manchmal Schwindel.

Zu Fragestellung der physiologischen Veränderungen meint Herr E. allgemein: „Ich sag einmal um neunzig Prozent (verändert). Ich bin hinein gekommen und habe gezittert. Und wenn ich was weiß ich zwei Stöcke gegangen bin war ich fertig. Zwei Stock hoch oder was. Und jetzt spring ich da hinauf.“ (Herr E., 18:22).

Herr E. beschreibt eine Verbesserung seiner Kondition und seines Kreislaufs beim Spaziergehen.

„Ich sehe es, wenn ich spazieren gehe: Ich kann wieder weite Strecken gehen und das habe ich alles nicht mehr können. Ich habe mir voll schwer getan. Keine Kraft nicht gehabt.“ (Herr E., 18:20)

Er fühle eine Verbesserung von Kraft und Beweglichkeit und könne in seinem Training im Fitnessraum den Widerstand bei den Geräten erhöhen. Bei der Veränderung von seiner Kraft beschreibt Herr E.: „Ja wie ich angefangen habe mit fünf Kilo zu trainieren und jetzt da trainiere ich mit weiß ich sechzig Kilo.“ (Herr E., 18:34). Inzwischen zittere er nicht mehr und könne seine Muskeln wieder kontrollieren. Diese Veränderungen schreibt er nur

dem Sport zu. Herr E. beschreibt große Veränderungen funktioneller und biologischer Parameter wahrgenommen zu haben und im alltäglichen Bewegen zu spüren.

Im psychologischen Bereich beschreibt er eine Veränderung seines Gemütszustandes: Er fühle sich ausgeglichener und ruhiger, wobei er sich zu Beginn als nervös und hektisch beschrieben hatte. Herr E. sagt in sich „komplette innerliche Ruhe“ zu spüren und das, „weil ich ausgeglichener bin.“ (Herr E., 18:25). Er habe Veränderungen in seiner Belastbarkeit und in seinem Aggressionsniveau feststellen können. Er fühle sich wie ausgewechselt, bezüglich seiner gesamten Persönlichkeit. Seine Freude am Sport habe sich wieder eingestellt. Er beschreibt auch eine Zunahme des Selbstvertrauens.

Fremdwahrnehmung

Trainer und Therapeut betreuten Herrn E. im Fitnessraum und beim Nordic Walking. Herr E. nahm auch an der Wirbelsäulengymnastik und der Körperwahrnehmung teil. Der Trainer meinte Herr E habe Qi Gong ausprobiert, jedoch nicht für sich habe entdecken können. Im Fitnessraum habe Herr E. engagiert und regelmäßig zweimal pro Woche trainiert und er habe gleich nach der ärztlichen Freigabe das Bewegungs- und Trainingsangebot in Anspruch genommen. Der Therapeut beschreibt die Teilnahme von Herrn E. als positiv unauffällig.

Auf den Trainer mache Herr E. den Eindruck einer unsicheren Person, die Koordinationsprobleme habe. Er scheine neben sich zu stehen und habe einen distanzierten Bezug zu seinem Körper. Den körperlichen Zustand beschreibt er als labil, unsicher auf den Beinen und zittrig. Er meint auch, dass Herr E. zu Beginn leicht depressive Züge gehabt habe. Beim Training habe er gleich wieder dort beginnen wollen, wo er vor der Erkrankung aufgehört habe, was laut Trainer gar nicht ging. Zu Beginn habe sich Herr. E viel mit anderen TeilnehmerInnen unterhalten und viele verschiedene Trainingselemente gemacht.

„Nach den ersten Versuchen hat er das sofort angenommen und wirklich fein gearbeitet. Also, er hat sich auf alles sehr schnell entwickelt, sehr schnell wieder gewusst, auf was es ankommt und sehr schnell reflektiert. Also er hat gewusst, wenn er den Weg richtig geht und wenn er es richtig macht, dass er dann Erfolg haben wird.“ (Trainer, 1:09)

Der Therapeut beschreibt Herrn E. als *mürrischen* Menschen. Auf ihn machte Herr E. den Eindruck, als habe er schon vorher regelmäßig trainiert. Auch den Bezug zu seinem Körper beschreibt er als relativ gut, da Herr E. scheinbar relativ gut wahrnehme, dass das

Training ihm gut tut. Beim Training habe er beim Therapeuten folgenden Eindruck hinterlassen: „Man muss ihn nicht mehr viel betreuen.“ (Therapeut, 10:17).

Beiden Anleitern ist bei Herrn E. ein massiver Kraftzuwachs und Muskelaufbau des Oberkörpers und vor allem der Arme aufgefallen. Beweglichkeit und Ausdauer. hätten sich ebenfalls verbessert. Die Körperhaltung von Herr E. habe sich verbessert. Der Therapeut beschreibt Verbesserungen in der Beweglichkeit, der Trainer eine Steigerung des Wohlbefindens und des Selbstvertrauens. Dem Trainer fällt auf, dass Herr E. viel ruhiger, fokussierter und konzentrierter geworden sei und er auch die anfängliche Niedergeschlagenheit nicht mehr erkennen könne. Auch der Therapeut beschreibt ihn als *helleren Menschen*. Laut Trainer wirke er stolz auf seine selbst erbrachte Leistung. Ihm falle auf, dass Herr E. nicht mehr so viele Informationen bei anderen TeilnehmerInnen einhole, sondern sich auf sich selbst fokussiert habe.

Aus Sicht des Trainers habe Herr E. durch die Verbesserungen von Selbstvertrauen und Wohlbefinden und auch durch die Regelmäßigkeit und den Erfolg, den er sich selbst und seiner Konsequenz zuschreiben konnte, gut profitieren können. Bewegung und Training seien für den Herr E. ein Werkzeug, auch im Alltag mit seiner Abhängigkeitserkrankung umzugehen. Der Therapeut beschreibt, wie Herr E. über den Sport profitieren kann:

„Ich finde, der richtet sich ordentlich auf. Und ich finde aufrichten, auch wenn ich mich jetzt schon mehrmals wiederholt habe, ist irgendwie das richtige Wort. Weil es findet echt eine Aufrichtung statt. Die sind geknickt, die sind beschämt.“ (Therapeut, 10:22)

Das Orpheusmodul Bewegung passe gut für Herrn E. Bewegung und Training seien für ihn eine Ressource für den Alltag.

Wahrnehmungsvergleich

Sport und Bewegung sind für Herrn E. wichtig und haben durch die Teilnahme an den Bewegungs- und Trainingseinheiten an Wichtigkeit gewonnen. Trainer und Therapeut beschreiben seine Trainingsmethode als achtsam und positiv seinem Körper gegenüber. Bei beiden Anleitern hat er den Eindruck hinterlassen, beim Training nicht zu übertreiben oder zu viel zu wollen.

Herr E. beschreibt Veränderungen im Kraftbereich, worin sowohl Trainer als auch Therapeut zustimmen. Seine Betreuer haben auch Veränderungen in der Beweglichkeit und in der Ausdauer beobachtet, wobei der Therapeut die Hypertrophie der

Oberkörpermuskulatur als markante Veränderung hervorhebt. Herr E. fühlt sich wie ausgewechselt, ruhiger und ausgeglichener. Das konnte auch der Trainer beobachten.

Die Wahrnehmungen zwischen Herrn E. und dem Anleiterteam stimmen überein: Sowohl Herr E. als auch das Anleiterteam sprechen Sport und Bewegung eine wichtige Rolle zu und sehen sie als eine neue Ressource für den Alltag von Herrn E.

6.5 Herr P.

Herr P. ist zum ersten Mal in einem Entzugs- und Entwöhnungsprogramm für Alkoholabhängigkeit. Er ist Anfang bis Mitte 50 und zum Zeitpunkt des Interviews seit zweieinhalb Monaten in der Institution. Er habe sich aus mehreren Gründen für den Entzug entschieden: Ihm sei klar geworden, dass er die Kontrolle über sein Trinkverhalten verloren hatte, und er habe kognitive Beeinträchtigungen bemerkt.

Herr P. habe vor vielen Jahren Sport gemacht: Er habe damals bis zu acht Stunden wöchentlich vor allem Krafttraining, gemischt mit etwas Ausdauertraining betrieben. In dieser Zeit sei er relativ fokussiert auf das Training gewesen und Sport und Training seien ihm sehr wichtig gewesen. Im Laufe der Zeit habe das Training aber abgenommen, bis es sich ganz verloren habe. Während seiner Abhängigkeitserkrankung sei es ihm durch Zeitmangel nicht mehr möglich gewesen, Sport und Bewegung zu machen. Er habe eine körperlich anstrengende Arbeit, wodurch er sich irgendwie immer im Training wahrgenommen habe. Er meinte jedoch auch, dass dies nicht mit spezifischem Training im Fitnessstudio gleichzusetzen sei. Herr P. habe seinen Körper lange Zeit ignoriert und gesundheitliche Beschwerden auf Erkrankungen, aber nie auf den Alkohol geschoben. Er habe inzwischen Schlafprobleme, massive Konzentrationsschwächen und Gedächtnislücken gehabt, sich müde und ausgelaugt gefühlt und sei nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Körperlich habe er sich zittrig und nervös gefühlt und öfter Schweißausbrüche bekommen. Zu seinen ersten Trainingseinheiten meinte er: „Ja am Anfang mühselig. Da bist du. Da ist der innere Schweinehund und da ist das Fitnesscenter. Das ist eine dreier Beziehung. Und so und jetzt fangst du halt einmal an.“ (Herr P., 23:57).

Herr P. nimmt vorwiegend den Fitnessraum in Anspruch. Er sagt, dass er gerne auch Tischtennis gespielt hätte, jedoch sei der Raum immer besetzt gewesen. Im Fitnessraum verwende er den Ergometer und einige Kraftgeräte. Nordic Walking spreche ihn nicht an, da dies für ihn ein „sinnloses Herumlaufen“ sei. Er bevorzuge das reine Krafttraining im Fitnessraum. Derzeit betreibe er keinen zusätzlichen Sport neben dem Angebot des

Instituts, möchte jedoch nach seiner Entlassung wieder aktiv weiter trainieren und vier bis fünf Stunden pro Woche trainieren.

Herr P. sei Training und Sport gegenüber positiv eingestellt und folge dem Motto: „Ein gesunder Körper entspricht einem gesunden Geist.“ (Herr P., 23:14). Es sei wichtig für Herrn P., aktiv an einer Verbesserung seines Zustandes arbeiten zu können. Das habe er über die Bewegungs- und Trainingseinheiten gut spüren können und wieder Kontakt zu seinem Körper gefunden. Für ihn sei es wichtig, gerade bei Abhängigkeitserkrankungen, wenn der Körper geschwächt und geschädigt ist, daran zu arbeiten, körperlich wieder fit zu werden. Er schaffe sich mit körperlicher Betätigung und Training ein Fundament, auf dem er weiter aufbauen und von dem er sich psychisch „nähren“ könne. Training und Sport im Entzug seien für ihn daher wichtig und essenziell, um eine Grundsubstanz aufzubauen. Für ihn ergeben körperliche und psychische Arbeit eine gute Kombination.

Zum Stellenwert und Wertigkeit von Bewegung und Sport in der Rehabilitation meint er: „Also nach Suchterkrankungen bist du ja körperlich nicht in einer Bestform. Genau hier wäre meiner Meinung nach wichtig anzusetzen und den Patienten auch körperlich, also nicht nur moralisch, sondern auch körperlich auf Vordermann zu bringen. [...]weil ich denke wenn man Menschen helfen will oder heilen will auch von Suchterkrankungen brauche ich gewisse Grundbausteine. Das eine ist das physische das andere ist das psychische, nicht. Und wenn ich diese Komponenten vereine dann kann ich sagen ich habe ein Fundament. Sonst stehe ich nur auch einem Bein da. Und das ist schlecht, das wackelt, ja.“ (Herr P., 23:15). „Für mich persönlich ist das also nicht wegzudenken. [...] ohne dem wäre für mich das eigentlich sinnlos, weil wenn du nur dasitzt und [...] irgendetwas vorgetragen zu bekommen, also das diese Schäden und das Ganze und so weiter. Das ist alles gut und schön aber beim Training spüre ich meinem Körper. Und ich sehe wie mein Körper reagiert. Ich sehe Fortschritte. Und ich sehe wo ich ihn fordern muss, wo ich arbeiten muss. Und damit habe ich Kontakt zu ihm.“ (Herr P., 23:21)

Er zweifelt, ob er ohne das körperliche Training zu seiner momentanen Einstellung gekommen wäre. Die Trainer seien für ihn zusätzliche Motivation für das Training gewesen, da sie sich um individuelle Trainings für die KlientInnen im Fitnessraum gekümmert hätten. Training und Bewegung empfinde er als aktivierend und als erweckend für seine Lebensgeister.

Er habe gemerkt, dass sich sein Körperzusammensetzung verändert habe: Er habe Körperfett reduzieren und Muskelmasse aufbauen können. Durch die körperliche Ertüchtigung und das Training stelle sich bei ihm eine natürliche Müdigkeit ein, die ihm bei seiner Schlafproblematik helfe. Diese Müdigkeit setzt er in Beziehung mit seiner

Abhängigkeitserkrankung: „...und das ist eine gewisse natürliche Müdigkeit. Und jetzt wenn du eh aufgepeitscht bist und so weiter, nicht. Dann kannst du ja nicht schlafen [...] Dann greifst du zu gewissen Beruhigungsmitteln, dass du ruhiger wirst, dass du schlafen kannst. Bei mir waren es eben keine Tabletten sondern Alkohol. Und wenn du jetzt aber von so eine gewisse natürliche durch den Sport herbeigeführte Müdigkeit hast kann ich mir durchaus vorstellen, dass man damit das eine nicht lösen kann. Aber damit eindämmen kann und eine andere Grundebene schaffen.“ (Herr P., 23:33). Beim Treppensteigen habe er eine Verbesserung seiner Ausdauer und seines Kreislaufes bemerkt. Auch seine Beweglichkeit habe sich zum Positiven verändert: Er meint, eigentlich unter alle körperlichen Faktoren ein Plus setzen zu können.

Auf der psychischen Ebene habe er eine Zunahme des Selbstvertrauens bemerkt: Er beschreibt, dass dieses Gefühl, etwas alleine und selber zu schaffen sehr stark durch das Training ausgelöst werde. Dieses Gefühl, Ziele selbstständig ohne Hilfe von außen geschafft zu haben, sei ihm besonders wichtig. „Das habe ich gemacht. Das habe ich geschafft. Also keiner für mich gemacht, niemand. Das habe nur ich gemacht. Und ich habe meinen inneren Schweinehund überwunden und ich bin dort hingegangen. Und ich habe das gemacht. So und damit habe ich mir etwas geschaffen. Ich habe etwas getan was einmal nicht irgendwie schlecht war für mich.“ (Herr P., 23:29). Etwas aus eigener Kraft zu schaffen und Selbstwirksamkeit zu erfahren erreicht Herr P. über das Training und legt dies auf die Abhängigkeitserkrankung um:

„Es ist auch eine moralische Unterstützung, dann wenn du übergehst in die Suchtbekämpfung. Das entscheidest auch nur du im Endeffekt selber. Und wenn du das Gefühl einmal kennst, weil viele Menschen, glaube ich, kennen das gar nicht das Gefühl, dass ich habe das gemacht. [...] Und hier kann man den ersten Schritt setzen und sagen: Schau her, das kannst du. Jetzt bist ein paar Minuten gefahren. Jetzt fährst du schon eine viertel Stunde. Und in einem Monat, vielleicht, fährst du eine halbe Stunde. Und das hast du gemacht und niemand anderer, nur du.“ (Herr P., 23:18)

Der Umstand, dass Herr P. die körperlichen Veränderungen Tag für Tag erlebt (zum Beispiel beim Stiegen Steigen) und an sich wahrnimmt, sei für ihn eine moralische Unterstützung und habe sein Selbstwertgefühl verbessert. Die körperlichen Veränderungen hätten auch eine charakterliche Veränderung nach sich gezogen, da er seinen inneren Schweinehund habe besiegen müssen. Diese Veränderung könne er für sich auf andere Bereiche, zum Beispiel seine Abhängigkeitsproblematik, umlegen. Herr P. hat das Gefühl, dass je robuster und widerstandsfähiger sein Körper ist, er umso besser

in anderen Lagen handeln und die Widerstandfähigkeit auf andere Bereiche übertragen könne. Durch die körperlichen Veränderungen verändere sich auch der Blick auf das Selbst: Das Gefühl des Versagens weiche dem Stolz, wieder besser in Form gekommen zu sein und das selber bewirkt zu haben: „du hörst immer wieder die Schäden, die Folgen was alles kommt und so weiter. Und ja das ist gut und schön. Aber du kannst eigentlich nichts dazu beitragen dass es dir besser geht. Und mit dem Sport kann ich das. Kann ich aktiv eingreifen.“ Herr P., 23:56). „Viele Veränderungen und halt nicht nur welche die andere bewirkt haben sondern auch welche die ich bewirkt habe.“ (Herr P., 23:53). Sein gesamter Gemütszustand habe sich verändert.

„Das Smiley ist jetzt nach oben und nicht nach unten. Wie du am Anfang so herumgeschlichen bist (...), wie ein geprügelter Hund. (...) dann schön langsam darappelst du dich halt da wieder.“ (Herr P., 23:61)

Eine weitere große Veränderung betreffe sein Rauchverhalten: Seitdem er mit dem Training begonnen habe, rauche er weniger. Durch das Training mit anderen KlientInnen zusammen, habe er eine Veränderung seines sozialen Verhaltens vom Einzelgänger hin zu einem Mensch, der im Kollektiv denken kann, verändert.

„...mit H. langsam begonnen zu trainieren. Obwohl der ganz eine andere Trainingseinheit hat wie ich, von der Masse her. Da wechseln wir uns ab und so weiter. Und es ist halt dieser Dominoeffekt da: Und schau, was ich heute zusammengebracht habe. Und weißt du, nach vor vierzehn Tagen sind wir dort gestanden und heute sind wir schon da. Und in vierzehn Tagen sind wir vielleicht schon dort.“ (Herr P., 23:42)

Durch das Training habe er für sich ein Ventil gefunden, über das er seinen Frust und seine Aggressionen abbauen könne. Es wecke in ihm auch die Lebensgeister, die für ihn wichtig seien, um sich Ziele zu stecken. Für ihn sei es wichtig, dass Training und Bewegung mit den psychologischen Komponenten in der Therapie verflochten sind. Bewegung und Training würden die Lebensgeister wecken und den Körper aufbauen und er habe das Gefühl, etwas Gutes für sich selbst getan zu haben. Dadurch werde er nachdenklicher, ob er seinen Körper wieder mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen zerstören solle. Mit seinen Worten:

„Es stärkt auch die Lebensgeister und die Einstellung zum Leben generell. Und wenn du, ich sag es jetzt einmal ganz salopp, wenn du deinen Körper nur etwas liebst und ihn wiederentdeckst wirst du ihn wahrscheinlich nicht in diesem Ausmaß sinnlos schädigen. Das kann ich mir eigentlich schwer

vorstellen. [...] Dann wirst du dir schon überlegen was du dir alles antust wenn du jetzt gewisse Dinge in dich hinein leerst, schüttest einnimmst. [...]Wie gesagt ich kann nur sagen ich bin zwar noch nicht zum Nichtraucher geworden aber ich bin am besten Weg dazu. Ob es gelingt das weiß ich nicht.“ (Herr P., 23:64)

Herr P. stellte für sich auch ein Gedankenexperiment an, wie unterschiedlich seine Entwicklung und die Abhängigkeitserkrankung verlaufen wären, wenn er weiter trainiert und Sport ausgeübt hätte – im Vergleich zu seiner tatsächlichen Entwicklung.

Herr P. berichtet im Interview über vielfältige wahrgenommene Wirkungsweisen die sich auf funktioneller-biologischer, psychologischer und sozialer Ebene wiederfinden. Er hat über den Sport Selbstwirksamkeit und Kontrollerfahrung erlebt und versucht diese in andere Lebensbereiche zu übertragen. Durch das Training und die Trainingspartnerschaft konnte soziale Unterstützung und Motivation erfahren.

Fremdwahrnehmung

Herr P. sei sehr regelmäßig beim Trainer im Fitnessraum gewesen. Auch der Therapeut hatte Kontakt mit ihm im Fitnessraum und in der Wirbelsäulengymnastik. Herr P. habe seit der ärztlichen Freigabe dreimal die Woche sehr aktiv im Fitnessraum trainiert und an der Wirbelsäulengymnastik teilgenommen. Der Trainer beschreibt die Trainingsteilnahme als engagiert.

Der Trainer hatte den Eindruck, dass Herr P. schon jahrelang zurückliegende Trainingserfahrung „nach der alten Schule“ hatte. Es erschien ihm so, als wolle Herr P., wieder zu seinem Ausgangszustand zurück, ohne jedoch zu übertreiben. Herr P. machte auf den Trainer den Eindruck, beim Training sorgsam mit seinem Körper umzugehen und somit eigentlich einen guten Bezug zu seinem Körper zu haben. Das deckt sich mit den Beobachtungen des Therapeuten, der Herrn P. als gemütlichen, ruhigen und auch erwartungsvollen Menschen einschätzt: Er habe auch einen relativ guten Bezug zu seinem Körper, da er beim Training sehr achtsam mit sich umgegangen sei. Den Umgang mit Herrn P. im Fitnessraum beschreibt der Trainer als sehr produktiv und problemlos. Zu seinem Ausgangszustand kann sich der Therapeut kaum äußern, da Herr P. für ihn unauffällig und selbstständig war. Der Trainer meint, dass Herr P. in keiner guten Verfassung gewesen sei und sowohl motorische als auch psychische Defizite gehabt habe. Trainingsspezifisch ist der Trainer der Meinung, dass Herr P. vor allem Krafttraining und kaum Ausdauertraining durchgeführt habe. Herr P. habe beim Training nie

übertrieben und sei auch nicht in die Überanstrengung gegangen. Der Therapeut hat einen positiven Eindruck zum Training von Herrn P. und meint zum reinen Krafttraining:

„...also wenn er das schafft, so umzusetzen, dann braucht er die Ausdauer nicht. [...] was er an Ausdauer dazu gewinnt, (gewinnt er) über das Krafttraining.“ (Therapeut, 14:17)

Der Trainer konnte Veränderungen im Kraftniveau von Herrn P. erkennen, was sich auch in seinem Auftreten und seiner Körperhaltung gezeigt habe. Der Therapeut konnte Steigerungen der Widerstände beobachten. Die Koordination bei der Bewegungsausführung habe sich verbessert. Der Trainer beschreibt eine positive Veränderung des gesamten äußeren Erscheinungsbildes: Herr P. sei im Verlauf der Trainingsdauer immer mehr im Moment, im Hier und Jetzt gewesen.

Der Trainer meint, Herr P. habe von Training enorm profitieren können durch die Verbesserung des Wohlbefindens und die Aufrechterhaltung der Kontinuität. Das Training sei auch eine Ressource für den Alltag. Der Therapeut pflichtet dem bei.

„Zu sagen, er zieht das durch und der macht das. Weil es hat ihm permanent Feedback gegeben, wahrscheinlich auch von seinem Körper und so. Dass es ihm gut geht. Und wenn es einem gut geht, warum soll er das nicht weiter machen, wird er sich gedacht haben.“ (Trainer, 6:20)

Herr P. scheint in Bewegung und Training für sich eine alte Ressource neu entdeckt zu haben. Es hat den Anschein, als sei bei ihm im Verlauf des Aufenthaltes diese Ressource reaktiviert worden, die für ihn als Werkzeug im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung dienen kann.

Wahrnehmungsabgleich

Herr P. beschreibt sehr differenziert, welche Veränderungen bei ihm durch das Training und die Bewegung ausgelöst wurden. Das deutet auf einen guten Bezug zu seinem Körper und zu seiner Psyche hin. Dies spiegelt sich auch in den Kommentaren der Anleiter wider. Herr P. hat achtsam und umsichtig trainiert.

Trainer und Therapeut konnten bei Herrn P. im Verlauf Verbesserungen im Kraftniveau, aber auch in der psychischen Verfassung feststellen. Dies deckt sich mit der Selbstwahrnehmung von Herrn P.

Für Trainer, Therapeut und Herr P. steht fest, dass Bewegung und Sport für ihn eine wichtige Ressource für den Alltag sind. Dem entsprechen die Absicht von Herrn P.

„draußen“ wieder Krafttraining zu machen und die Einschätzung des Therapeuten, der zum Interviewzeitpunkt meinte, er könne sich gut vorstellen, dass der inzwischen entlassene Herr P. gerade draußen irgendwo trainiere.

6.6 Frau G.

Frau G. ist Mitte 50 und wird seit 7 Wochen wegen einer Alkoholabhängigkeit im Anton-Proksch-Institut betreut. Sie ist zum zweiten Mal in einem Entzugsprogramm und sei aus Eigenmotivation in das Institut gekommen, um das Leben wieder aktiv genießen zu können.

Frau G. habe vor ihrer Abhängigkeitserkrankung Sport und Bewegung gemacht: Sie sei viel Radgefahren und sei Walken gegangen. Zu Hause habe sie selbstständig Wirbelsäulengymnastik gemacht und sich eigentlich fast jeden Tag sportlich betätigt. Ihre Motivation hierzu war, die Bewegung als Abwechslung zur einseitigen Bewegung beim Arbeiten oder zum Herumsitzen zu Hause zu nutzen. Während ihrer Abhängigkeitserkrankung habe sie wenig Sport gemacht: Der Sport sei irgendwann während ganz auf der Strecke geblieben. Habe sie etwas getrunken, sei sie zwar gut drauf gewesen, aber nicht in der Lage, sich sportlich zu betätigen.

„Na warum. Weil wenn ich etwas trinke, dann bin ich eben ja momentan himmelhoch-jauchzend, aber nicht fähig, dass ich mich dazu überwinde, hinaus zu gehen. Sondern da bin ich eher in der Bettrichtung. (lacht)“ (Frau G., 19:12)

Während ihrer Zeit zwischen den beiden Aufenthalten in Entwöhnungsprogrammen habe sie viel Sport gemacht. Zu Beginn des Aufenthaltes habe sie sich müde und unsicher und durch einen mehrwöchigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt schlapp gefühlt. Trotzdem sei sie für den Aufenthalt im Entwöhnungsprogramm hoch motiviert gewesen. Bei ihrem ersten Aufenthalt in einer Entwöhnungsinstitution habe es keinerlei sportliche Angebote gegeben. „Aber so von den Bewegungstherapien hat es nichts gegeben. Nein hat es nichts gegeben. Und drum sage ich das ist ganz toll da die Einrichtung.“ (Frau G., 19:36). Sie sei voller Energie und Vorfreude gewesen, während sie noch die ärztliche Freigabe für die sportlichen Aktivitäten habe abwarten müssen.

Frau G. nimmt bei allen sportlichen Einheiten teil, die ihre Gelenke und ihr Knie zulassen. Dies umfasst den Fitnessraum, Aktives Erwachen, die Wirbelsäulengymnastik und eine selbstständige Gymnastik mit einem Gymnastikball in ihrem Zimmer. Frau G. meinte im Fitnessraum erst durch „so viele Möglichkeiten, was da sind“ (Frau G., 19:8) abgeschreckt gewesen zu sein. Zu Hause bei ihren Ausgängen am Wochenende fahre sie Rad. Der

Fitnessraum sei für sie am Anfang etwas abschreckend gewesen, da es so viele Angebote und Möglichkeiten gab. Durch regelmäßiges Training habe sie dieses Gefühl jedoch abbauen können.

Für Frau G. sei Bewegung immer sehr wichtig gewesen. Da sie etwas älter sei, habe Muskelaufbau bei ihr einen hohen Stellenwert. „Durch die Bewegung, durch das, das ich für den Körper etwas mache nachdem ich ja schon ein bisschen älter bin nicht ist mir jede Bewegung wichtig. Weil es heißt nicht umsonst wer rastet der rostet. Es ist ganz egal was ich mache ... was ich mitmachen kann mach ich mit. Und das ist für mich befreiend. In einer Hinsicht befreiend und auch stärkend.“ (Frau G., 19:5). Auf die Frage was ihr an der Bewegung und Sport wichtig ist antwortete Frau G.:

„Die Beweglichkeit. Das Aufrichten. Das Wieder-wie-ein-Mensch-im-Leben-zu-stehen.“ (Frau G., 19:25)

Frau G. habe eine Zunahme ihrer körperlichen Stärke und ihrer Beweglichkeit feststellen können. Zusätzlich habe sie ihre Ausdauer verbessern können. Sie beschreibt den zeitlichen Verlauf folgendermaßen: „du glaubst die viertel Stunde geht gar nicht umme. Und dann kommst du eigentlich immer durchs Training immer mehr rein. Sagen wir das so, nicht. Du wirst immer beweglicher. Und man sieht das Leben wieder aus einer anderen Richtung.“ (Frau G., 19:26). Beim muskulären Aufbau habe sie eine Stärkung der Rückenmuskulatur feststellen können, da sie nun weniger Rückenschmerzen habe.

Bezüglich der psychischen Seite habe sie wieder Freude an der Bewegung und betrachte das Leben wieder aus einem anderen Blickwinkel. Sie habe ihre Gedanken von der Abhängigkeit auf Sport lenken können und sie könne mit Sport die Zeit sinnvoll nutzen. Frau G. meint „die Zeit musst du eigentlich... die du mit dem Trinken verbracht hast musst du jetzt hier füllen und auch zu Hause dann wieder. Und da ist Sport für mich das Ausschlag gebende. Und das ist für mich positiv, ja.“ (Frau G., 19:29). Diese Strategie könne sie in den Alltag mitnehmen. Sport und Bewegung ist eine für sie sinnstiftende Tätigkeit mit welcher sie ihre Zeit nun füllen kann. Ihr Selbstbewusstsein habe sich wieder gesteigert. Das zeige sich in ihrem Auftreten im Fitnessraum: Sie meint, dass sie nun den Mut habe, Fragen zu Geräten und Übungen zu stellen. Hieran lässt sich auch erkennen, dass sich ihre Selbstwirksamkeitserfahrung verändert hat.

„Also jetzt gehe ich hinunter. Da weiß ich schon bewusst und ich frag auch. Früher hätte ich mich nicht fragen getraut. Aber jetzt frag ich: Was ist gut für mich?“ (Frau G., 19:09)

Frau G. habe ihre anfängliche Angst und Hemmung im Fitnessraum abbauen können. Durch das regelmäßige Training hätten sich Spaß, Wohlbefinden und Freude wieder eingestellt.

Frau G. stellt für sich fest, dass sich nach einer längeren Pause trotzdem wieder schnell in das Training und in die Bewegung hineingefunden habe.

Fremdwahrnehmung

Frau G. habe relativ bald nach der Freigabe am Aktiven Erwachen, an der Wirbelsäulengymnastik und an den Angeboten im Fitnessstudio teilgenommen. Vor allem bei der Wirbelsäulengymnastik war sie sehr regelmäßig, im Fitnessstudio und beim Aktiven Erwachen hing die Regelmäßigkeit des Besuches von ihren Knieschmerzen ab. Der Therapeut habe sie auch in Einzeltherapie wegen Knieproblemen, die im Frühjahr nach dem Aufenthalt operativ behandelt werden sollen. Das Training richte sich vor allem an der Operation mit präoperativer Vorbereitung (zum Beispiel Muskelkräftigung) aus. Der Trainer habe überwiegend im Fitnessraum mit ihr gearbeitet.

Der Therapeut hatte den Eindruck, dass Frau G. immer gerne Bewegung gemacht habe, aber durch ihre Knieprobleme und ihre Erkrankung gehemmt gewesen sei. Sie habe auf ihn zu Beginn angetrieben gewirkt, mit leicht depressiven Zügen.

„Etwas angetrieben. So ist sie immer noch sehr schnell in Gedanken und Reden...“ (Therapeut, 11:09).

Der Trainer beschreibt seinen subjektiven Ersteindruck von ihr als selbstbewusst und aufrecht: Sie habe auf ihn den Eindruck einer starken, taffen Frau gemacht, an der sich Menschen aus ihrem Umfeld anlehnen und auffangen lassen können. Ihr körperlicher Zustand sei – mit Ausnahme der Knieproblematik – für Trainer und Therapeut unauffällig gewesen,

Der Therapeut beschreibt, dass sie an Training und Bewegung aktiv und freudvoll teilgenommen habe, mit der Knieproblematik immer im Hinterkopf, und von Beginn an einen guten Bezug zum Körper gehabt habe. Das bestätigte auch der Trainer. Dieser meint auch, dass sie an sich habe arbeiten wollen, da ihr körperlicher Zustand einmal besser gewesen sei. Frau G. habe während ihres Aufenthalts eine Trainingspartnerschaft mit Frau E. aufgebaut und während des Trainings viel mit ihr und anderen TeilnehmerInnen kommuniziert. Der Trainer findet diese Partnerschaft interessant, da Frau G. und Frau E. sehr unterschiedliche Charaktere hätten. Bezüglich des Umgangs

meint der Therapeut, dass Frau E. Vorschläge und Korrekturen dankend angenommen und geschätzt habe. Er beschreibt folgenden Eindruck:

„Ich glaub, dass es schon etwas war, das sie gut kennt. Dass das einfach bei ihr eine positive Wirkung hat. Sie ist gleich sehr positiv [...] in die Bewegung rein. ...“ (Therapeut, 11:20)

Der Trainer stimmt mit dem Therapeuten hier überein, da Frau G. in seinen Augen sehr fein und achtsam trainiert, langsam begonnen und nie übertrieben habe.

Der Therapeut ist der Ansicht, dass sie sich im Kraft- und Ausdauerbereich sowie bezüglich ihrer Beweglichkeit positiv verändert habe. Dem Trainer sind vor allem Verbesserungen in der Koordination und im Gleichgewicht aufgefallen. Im psychologischen Bereich nennt der Therapeut eine Zunahme der Sicherheit und eine Aufhellung der Stimmung. Sobald eine Trainingseinheit ausfalle, sei Frau G. enttäuscht und äußere Kritik. Sie kommuniziere, dass ihr dann die Bewegung fehle. Der Trainer stimmt mit dem Therapeuten im Punkt der Stimmungsaufhellung überein. Er beschreibt, dass Frau G. nun straffer und lebendiger wirke.

„Nur was mir aufgefallen ist, wie sie dann wo sie radelgefahren [ist], hat sie das erste Mal die Zeit auch für sich gehabt. Sich auch mit sich zu beschäftigen. [...]Es war ihre Auszeit.“ (Trainer, 2:13)

Durch die Bewegung und das Training habe sie eine antidepressive Wirkung erzielen können und erfahren, wovon sie in ihrem Alltag profitieren könne. Jedoch hält es der Therapeut für fraglich, ob dies ihr auch über eine schwere Depression hinweg helfen würde. Bei Frau G. sei es fraglich, wie es nach der Knieoperation verlaufen werde. Sie könne aber wahrscheinlich über die antidepressive Wirkung von Training und durch ihre wiedererfahrene Beweglichkeit profitieren.

Durch das Orpheusmodul Bewegung habe sie wieder ihre Beweglichkeit entdeckt und Bewegung und Sport als Ressource neu entdeckt.

Wahrnehmungsvergleich

Frau G. beschreibt Bewegung und Sport immer als wichtiges Element in ihrem Leben. Das bestätigen der Trainer und der Therapeut und dies spiegelt sich auch in ihrem regelmäßigen, aufbauenden und achtsamen Training wieder. Frau G. beschreibt Bewegung und Sport als „Füllstoff“ für die Zeit, die sie zuvor durch das Trinken von Alkohol gefüllt hatte. Bei Trainer und Therapeut hat sie den Eindruck einer starken Frau

hinterlassen, die an sich arbeiten will, der Gesundheit zuliebe. Das deckt sich mit den Äußerungen von Frau G.

Beide Anleiter erwähnen die Trainingspartnerschaft von Frau G. und Frau E.: Die Frauen seien (fast) immer gemeinsam in die Trainings- und Bewegungseinheiten gekommen. Diese Partnerschaft erwähnt Frau G. selber nicht. Aber sie spiegelt sich in der Tatsache, dass Frau E. während des Interviews im Raum anwesend war und dies für Frau G. wie selbstverständlich wirkte.

Trainer und Therapeut beschrieben Verbesserungen in den Bereichen Koordination, Gleichgewicht, Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit. Sie haben den Eindruck, dass sich die Stimmung von Frau G. verbessert habe und sie eine hohe Compliance ihnen beiden gegenüber hatte. Frau G. beschreibt auch physische und psychische Veränderungen, die sie jedoch nicht gut differenzieren kann: Es macht den Eindruck, als wisse sie, dass sich etwas tut, sie es aber nicht genau ausdrücken könne.

Die Wahrnehmungen decken sich zwischen den drei Interviewpartnern: Sport und Bewegung dürfte eine Ressource für Frau G. sein. Dabei hält der Therapeut noch fest, dass der Verlauf der Knieoperation Einfluss auf die körperliche Aktivität und diese Ressource haben kann.

6.7 Frau E.

Frau E. ist auf Grund einer Alkoholabhängigkeit zum zweiten Mal in einem Entzugs- und Entwöhnungsprogramm, wobei sie bei ihrem ersten Aufenthalt keinerlei Möglichkeiten zum Sport hatte. Sie ist Mitte 30 und gibt an, dass sie ihr Leben verändern und nicht mehr ihren alten Lebensstil beibehalten wolle. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie seit acht Wochen im Institut.

Sie habe einen Multitrainingsturm gehabt, den sie hin und wieder für Kräftigungsübungen verwendet habe: „Wir haben so ... wie heißt das. Diese Maschine gehabt.“, „So ein Kraftdings“ Frau E., 24:07; 24:08). Während ihrer Alkoholabhängigkeit habe sie zeitweise nicht richtig gehen können und Koordinationsprobleme gehabt. Sie habe auch den Sport vernachlässigt und gar nichts mehr gemacht. Durch Müdigkeit oder Beeinträchtigung durch Alkohol habe ihr der Fokus gefehlt. Sie sei niedergeschlagen gewesen und habe Angst gehabt, ob sie noch Sport und Bewegung würde machen können oder ob ihr Körper zu sehr geschädigt sei: „Ich mein wenn man hinunter kommt und wieder anfängt mit Sport zu machen ist das schon irgendwie halt... Ob man es wirklich wieder so hinkriegt wie

früher. Und man wird ja auch älter und dann (der) ganze Alkohol. Ob der ganze Körper dadurch ruiniert ist. Und am Anfang war es auch nicht leicht. Aber es steigert sich halt. Ich mein da waren schon... Da hat man schon gedacht oh ich habe mich zu sehr ruiniert.“ (Frau E., 24:35).

Sie nimmt im Institut an fast allen Angeboten teil, darunter an der Morgengymnastik, an den Angeboten im Fitnessraum und am Nordic Walking. Im Fitnessraum verwende sie vorwiegend den Ergometer und Trainingsgeräte für die Beinmuskulatur. Außerhalb des Angebotes spiele sie hin und wieder Minigolf am Institutsgelände.

Das Trainings- und Bewegungsangebot gebe ihr im Alltag der Institution etwas für sich zu tun und sich mit ihrem Körper zu beschäftigen. Sie nimmt Sport sinnstiftend wahr, weil „sonst würde man eh den ganzen Tag nicht wissen was man macht. Und ich finde es auch super dass man den Körper mehr wahr nimmt. Was man halt viel vernachlässigt hat.“ (Frau E., 24:18). Für sie sei der Sport im Rehabilitationsalltag wichtig, weil sie so lerne, dass andere Dinge außer Alkohol Spaß machen können und wieder gesünder zu leben.

Sie genieße die Atmosphäre im Fitnessraum, vor allem weil in diesem Setting alle Trainierenden mehr oder weniger dieselben Probleme haben und der Fitnessraum mehr Sicherheit ausstrahle als öffentliche Fitnesscenter. Sie empfinde die TrainerInnen und TherapeutInnen als kompetent.

Zu Veränderungen meint sie:

„Ja am Anfang war es schon schwierig, wieder einmal die Ausdauer zu bekommen und man ist schneller erledigt und so. Aber mit der Zeit steigert es sich halt. Und auch... Man ist dann selber stolz auf sich.“ (Frau E., 24:23)

Sie habe Veränderungen im Ausdauerbereich wahrgenommen. Ihre Körperzusammensetzung habe verändert, das Gewebe sei straffer und sie habe Gewicht verloren. Sie fühle sich im Vergleich zu den ersten Trainings stärker. Sie hat Veränderungen in ihrer Stärke wahrgenommen: „Na ich habe den uren Muskelkater gehabt die ersten paar Mal. Dann habe ich mir gedacht: nein ich mache es nimmer. Aber... richtige Muskelkater. Aber jetzt nichts mehr.“ (Frau E., 24:36).

Bei den psychischen Veränderungen beschrieb sie Erfolgserlebnisse und eine Verbesserung des Selbstwertgefühles. Auch ihr Selbstbewusstsein habe zugenommen. Zusätzlich zu ihrem Selbstbewusstsein hat sich ihr Selbstwertgefühl verändert: „Na ich

habe wieder mehr Selbst... Selbstwertgefühl, sagt man halt. Und das ich wieder Vertrauen habe wenn ich etwas anfangen, dass ich es auch zu Ende machen kann.“ (Frau E., 24:29). Durch das Training und die Bewegung konnte sie Veränderungen ihrer Selbstwirksamkeit wahrnehmen. Frau E. beschreibt eine Veränderung der eigenen Selbstwirksamkeit. Durch Training und Bewegung könne Frau E. ihren Frust und ihre Anspannung bewältigen. Sie empfinde das Training dann als befreiend und erleichternd.

„Also ich fühle mich irgendwie dann gut, weil man kann auch ein bisschen den Frust rauslassen beim Sport. Also wenn man irgendwie angespannt ist oder so. Wenn man dann trainiert, fühlt man sich dann irgendwie freier und erleichtert.“ (Frau E., 24:17)

Zudem sei ihre Körperwahrnehmung besser geworden und ihr Wohlbefinden verändere sich nach jedem Training ins Positive, so dass die Bewegung ihr fehle, wenn sie verhindert sei.

„Man wird irgendwie süchtig danach. Also wenn man es nicht tut, dann vermisst man was.“ (Frau E., 24:12)

Fremdwahrnehmung

Frau E. habe relativ regelmäßig Aktives Erwärmen und Wirbelsäulengymnastik in Anspruch genommen. Der Therapeut habe sie nicht oft im Fitnessstudio gesehen. Sie habe einige Male an der Körperwahrnehmungsgruppe teilgenommen, obwohl sie nicht dezidiert zugewiesen worden sei.

Laut Therapeut beschreibe der Begriff Unsicherheit das Verhalten von Frau E. am besten. Auch der Trainer beschreibe sie als schüchtern, zurückgezogen, leise und unsicher. Ihr allgemeiner körperlicher Zustand sei für beide unauffällig gewesen. Der Trainer meinte, sie wirke niedergeschlagen und sei nachdenklich. Sie könne kaum Augenkontakt halten und schaue oft zu Boden. Auch den Bezug zu ihrem Körper beschreibe der Therapeut als unsicher und eher ungesund. Ihm sei aufgefallen, dass sie oft gelacht habe, als ob sie sich über ihre Unsicherheit „drüber retten“ wolle. Der Trainer hat den Eindruck, dass sich Frau E. nicht mit ihrem Körper identifizieren könne.

„Da habe ich den Eindruck gehabt, dass der Körper sie nur begleitet. Also er ist sehr wohl da. Aber das war es auch schon. Also kein ... absolut nicht identifiziert.“ (Trainer, 7:05)

„...ja auch eher ein gewisses Gefühl der Unsicherheit. Ja, oft auch lächelt sie sich drüber. Also ich denke, dass da nicht so ein gesundes Verhältnis

zum Körper da war. Das sich aber durchaus verbessert hat.“ (Therapeut, 15:09)

Der Therapeut beschreibt, dass vor allem ihre Teilnahme an der Wirbelsäulengymnastik und am Aktiven Erwachen von Unsicherheit geprägt sei. Bezüglich Fitnessstudios könne er kaum Aussagen zu ihr machen. Generell setze sie Bewegungsaufträge gut um. Wenn sie beim Training korrigiert werde, hinterlasse sie beim Therapeuten, einen Eindruck der Verlegenheit, etwas Falsches gemacht zu haben. Sie zeige beim Trainieren öfters ein für ihn etwas verschämtes Lächeln und habe sich im Training auch eher zurückgehalten und nicht in Scene gesetzt. Sie habe eine Trainingspartnerschaft mit Frau G. gebildet, mit der sie viel kommuniziert habe. Frau E. wirke in dieser Partnerschaft ruhiger und stiller als Frau G. Dies bestätigte auch der Trainer, er beschreibe sie als „graue Maus“. Sie habe laut Therapeut aktiv am Training aktiv teilgenommen, wirke aber geführt von äußeren Einflüssen, zum Beispiel von der Trainingspartnerschaft. Der Trainer habe sie vorwiegend im Fitnessstudio erlebt und beschreibe ihre Teilnahme zu Beginn eher passiv, was sich im Verlauf jedoch verändert habe. Auch hier sei sie eher unauffällig, schüchtern und unsicher gewesen. Er habe aber beobachtet, wie sie den Boxsack für sich entdeckte und sich damit auspowern und abregieren konnte.

Der Trainer beschreibt seinen Eindruck im Verlauf des Trainings:

„Hat ihr sehr getaugt, das Boxtraining am Sack. Da hat sie sich dann getraut [...] da hast du dann richtig gemerkt, dass sie sich frei macht von irgendetwas.“ (Trainer, 7:14)

Der Therapeut und Trainer beschreiben eine Verbesserung der körperlichen Stabilität, der Koordination, der Kraft und des Wohlbefindens von Frau E. Nach Ansicht des Therapeuten ist die Regelmäßigkeit, mit der sie zur Bewegung und zum Training gekommen sei, wichtig für sie. Dadurch habe sie an Sicherheit gewonnen.

„Und eben auch Sicherheit geben. Ich denke, bei ihr sind wirklich so viele Erfahrungen dahinter, die über eine gute Gesprächstherapie, aber auch über intensiven Körperbezug hergestellt werden können. Also wieder ein positives Erleben des eigenen Körpers. Dass ein positives Erlebnis einen selbst unterstützen kann.“ (Therapeut, 15:25)

Dieser Meinung schließt sich auch der Trainer an. Er fügt noch hinzu, dass sich ihr Temperament im Verlauf des Aufenthaltes von ruhig zu offener und kommunikativer verändert habe.

Der Therapeut sieht eine Problematik beim Erhalt von Training und Bewegung im Alltag von Frau E., da der Aufwand zur Teilnahme am Bewegungsangebot im API gering und die örtliche und zeitliche Nähe gegeben sei. Er stellt die Frage in den Raum, wie sie das Erreichte in den Alltag umsetzen würde. Fraglich ist für ihn auch, wie das Trainieren für Frau E. ohne Trainingspartnerschaft mit Frau G. im Alltag sein wird. Hier hat der Trainer allerdings die Beobachtung gemacht, dass Frau E. auch ohne Frau G. zum Trainieren in den Fitnessraum gekommen sei.

Frau E. habe laut Therapeut insofern vom Training profitieren können, als sie an Sicherheit und Stabilität gewonnen habe. Sie habe in der Bewegung ihren Körper positiv erlebt, Selbstbewusstsein entwickelt und über das Training einen gesunden Zugang zu ihrem Körper erreicht. Auch der Trainer beschreibt, dass sie durch eine Verbesserung der Selbstsicherheit profitiert habe. Sie habe durch die sich wiederholenden Abläufe im Fitnessraum Sicherheit im Umgang mit den Geräten gewonnen, wodurch sie auch im neuen Alltag ein bekanntes Werkzeug einsetzen könne.

Der Therapeut beschreibt, dass Bewegung und Training für Frau E. eher Neuland sei und nicht in ihrem alltäglichen Leben vorgekommen sei. Hier griff das Orpheusprogramm insofern, als Frau E. eine neue Ressource für sich entdecken konnte.

„Sport kann für sie, denke ich, auch eine Ressource sein, einmal nicht über ihre alltäglichen Probleme, die sehr massiv sind, nachzudenken.“ (Therapeut, 15:23)

Wahrnehmungsvergleich

Die Wahrnehmungen der Trainings- und Sportererfahrungen von Frau E. sowie von Therapeut und Trainer weichen voneinander ab. Frau E. meint, fast täglich auf einem Multifunktionssturm trainiert zu haben. Der Therapeut nimmt bei ihr jedoch wenig sportliche Vorerfahrung wahr. Beide Anleiter sind der Meinung, dass Frau E. in Sport und Bewegung eine neue Ressource gefunden habe. Diese Wahrnehmung stimmt in der Fremd- und Selbstwahrnehmung wieder überein.

Der Trainer beobachtete, dass Frau E. über das Boxen ihren Frust bewältigen kann. Dies deckt sich mit der Selbstwahrnehmung von Frau E.

Trainer, Therapeut und Frau E. beschreiben Veränderungen in Stimmung, Temperament und Offenheit von Frau E. Bei den physiologischen Auswirkungen des Trainings beschreiben die Anleiter und Frau E. unterschiedliche Veränderungen: Dies kann mehrere Gründe haben: Zum einen war Frau E. im still im Hintergrund im Fitnessstudio und fiel

dadurch nicht stark auf. Zum anderen konnte Frau E. nicht allzu differenziert, sondern nur sehr global beschreiben, was Sport und Bewegung bei ihr bewirken.

Frau E. äußerte sich nicht zu zukünftigen Plänen, was Bewegung und Sport betrifft. Hier spiegelt ein bisschen die Wahrnehmung des Therapeuten, dass der Erhalt von Bewegung und Sport für Frau E. durchaus schwierig sein kann. Schafft sie es, beim Sport zu bleiben, meint er, dass sie sich damit eine Auszeit von ihren Problemen schaffen könne.

6.8 Frau C.

Frau C. ist Mitte 40 und ist aufgrund einer Alkoholabhängigkeitserkrankung seit über sechs Wochen im Anton-Proksch-Institut. Es ist ihr erster Aufenthalt in einem Entzugs- und Entwöhnungsprogramms. Sie habe sich auf Grund eines Arztbefundes zu dem Entzug entschlossen, da an sie herangetragen worden sei, dass ihr Trinkverhalten auffällig und außer Kontrolle geraten sei.

Frau C. habe vor ihrer Abhängigkeitserkrankung Laufen, Inline Skaten, Radfahren und Nordic Walking betrieben. Im Winter sei sie Skifahren gewesen. Sport und körperliche Betätigung sei ihr immer wichtig gewesen. Während der Abhängigkeitserkrankung habe sie weiterhin Sport betrieben, jedoch seien die Freude und der Spaß an der Bewegung verloren gegangen und die Motivation, hinauszugehen sei geringer geworden. Sie habe nicht näher definierte psychische Probleme und der Wiedereinstieg in das körperliche Training sei für sie schwer und – mit dem Krafttraining – ungewohnt gewesen.

„Also ich war mehr erstaunt, dass es ein Fitnessstudio hier gibt und dass man das frei benutzen kann. Und ich war dann wirklich froh, wie die Ärztebestätigung gekommen ist. Ja, Sie können jetzt sämtliche Bewegung machen und Sportangebote, die hier eben vorhanden sind. Und dann, ja, habe ich ganz einfach damit gestartet.“ (Frau C., 22:23)

Sie nutze den Fitnessraum und gehe, wenn es ihr möglich ist, spazieren. Das Angebot, zu laufen nutze sie nicht, da es ihr zu früh sei. Sie verwende vor allem das Ergometer und habe einen Trainingsplan mit Hanteln und Kraftübungen. In ihrer Freizeit und bei ihrem Ausgang gehe sie möglichst viel zu Fuß, um in Bewegung zu kommen, Frau C. sei im Institut zum ersten Mal mit Krafttraining in Kontakt gekommen.

Frau C. habe ab dem ersten Tag ihres Aufenthalts auf die Teilnahme am Trainings- und Bewegungsangebot hingearbeitet. Sie sei zu Beginn erstaunt und positiv überrascht über das Trainings- und Bewegungsangebot und die Freiheit, es nutzen zu können, gewesen.

Ihr tue Bewegung und Sport gut und sie empfinde es als wohltuend, wieder Freude am Training zu spüren. Für sie sei Bewegung und Sport immer wichtig gewesen, sie beschreibt das Angebot als ihr sehr entgegenkommend. Zur Bewegung und Sport in der Rehabilitation meint sie: „Es ist sehr angenehm. Es tut mir gut. Die Freude kommt dann immer mehr je länger dieses Training dauert. Und wenn ich es dann hinter mich gebracht habe ist es ein ausgesprochen gute Gefühl.“ (Frau C., 22:8). Sie betreibe Sport, um ihren Körper wieder aufzubauen und um das Wohlbefinden, das sich nach dem Sport einstelle, zu fühlen. Das erste Training beschreibt sie als sehr spannend, da sie nicht gewusst habe, wie ihr Körper reagieren und in welchem Zustand sie sich befinden würde.

„Ja ich merke, dass ich mich jetzt immer wohler fühle. Dass ich immer mehr Kraft bekomme und dass mir das richtig Spaß macht, im Gegensatz zu früher.“ (Frau C., 22:10)

Frau C. merke Verbesserungen im Kraftbereich und bei der Koordination mit den Trainingsgeräten. Da sie vor ihrem Aufenthalt nicht ins Fitnessstudio gegangen ist meinte sie: ... dadurch das ich nicht ins Fitnessstudio gehe war das mit den Hanteln natürlich schon ein bisschen, ein bisschen schwierig und am nächsten Tag ist dann der Muskelkater gekommen. Aber je mehr und je öfter ich das mache, umso besser wird es auch ganz einfach.“ (Frau C., 22:14). Frau C. beschreibt durch das regelmäßige Training eine Zunahme der Ausdauer. Die Körperzusammensetzung und die Proportionen hätten sich auch ins Positive verschoben.

Auf die Frage zu wahrgenommenen psychischen Veränderungen antwortete Frau C.: „Also ich merke mit jedem Mal wenn ich ins Fitnessstudio gehe, dass ich ... ja das mit dieser Endorphinausschüttung, dass das ... das der Spaß wieder kommt. Und wenn es dann beendet ist, ist diese angenehme Müdigkeit da und dieses Gefühl du hast jetzt wirklich was Positives für dich getan und das ist sehr angenehm.“ (Frau C., 22:17). Frau C. beschreibt Zusammenhänge zwischen der körperlichen Betätigung und dem darauf folgenden Wohlbefinden. Sie beschreibt einen großen Unterschied nun wieder Freude und Spaß am Sport erfahren zu können im Vergleich zu ihrer sportlichen Aktivität während ihrer Abhängigkeitserkrankung. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl hätten zugenommen. Bezüglich Aggressionen meint Frau C.: „mich haben schon Kleinigkeiten früher schon aufgeregt, na. Das ist ... Also es ist jetzt nicht verschwunden. Aber es lässt deutlich nach. Also Aggressivität kann ich da überhaupt nicht spüren und die Kleinigkeiten das geht bei mir spurlos vorbei.“ (Frau C., 22:20)

Sie empfinde es als erstaunlich, dass sich ihr Körper relativ schnell wieder erholt habe und wieder die gewohnte Leistung erbringen könne.

Fremdwahrnehmung

Der Physiotherapeut habe kaum Kontakt zu Frau C und zu wenig Einblick in ihre Trainings- und Bewegungsteilnahme. Daher wird im Folgenden nur die Fremdwahrnehmung des Trainers beschrieben und der Wahrnehmungsabgleich zwischen Frau C. und dem Trainer analysiert.

Frau C. habe den Fitnessraum für sich entdeckt und nehme regelmäßig dreimal die Woche teil. Wenn sie verhindert sei, melde sie sich beim Trainer zuvor ab.

Der subjektive Ersteindruck wird durch den Trainer wie folgt beschrieben: „Der erste Eindruck war der, dass sie sich bewusst bewegen wollte. [...] Das war aufrecht, gerade, kräftiger Händedruck.“ (Trainer, 5:02)

Sie sei während des Trainings ruhig und auf sich konzentriert gewesen: Sie sei zum Training gekommen, habe es durchgezogen und sei danach wieder gegangen. Der Trainer beschreibt ihr Training als aktiv und sehr achtsam bezüglich korrekter Haltungen. Sie übertreibe nicht mit zu vielen Übungen oder zu exzessivem Ausdauertraining. Er beschreibe ihren Bezug zum Körper und ihr Körpergefühl von Anfang an als gut und sensibel. Beim Training lasse sie sich nicht von anderen TeilnehmerInnen irritieren und äußere sich, wenn ihr zu wenig Platz gelassen werde. Zeige der Trainer ihr Übungen, führe sie diese bis zu Perfektion durch. Er beschreibe aber auch, dass sie von alleine keine neuen Übungen ausprobieren, sondern er ihr diese zeigen und sie dorthin führen müsse.

Der Trainer beschreibe Verbesserungen ihrer Erholungsphasen: Sie habe ihre Widerstände bei den Kraftübungen erhöhen können und ihre Ausdauer habe sich insofern verbessert: Sie habe von zwanzig Minuten auf eine Stunde Training steigern können. Die Ausführung der Übungen sei im Verlauf besser und exakter geworden, die Stabilität von Stand und Körperschwerpunkt habe zugenommen, ihre Haltung sei aufrechter und sie habe mehr Körperspannung. Auch ihre Gelassenheit und Nachdenklichkeit habe sich zum Positiven verändert und ihre anfängliche leichte Unsicherheit sei mit der Zeit abgeklungen. Sie könne auch wieder Freude beim Training empfinden. Der Trainer beschreibe, dass ihr Zustand zu Beginn schon gut gewesen sei, sich aber qualitativ eine feine Veränderung ergeben habe.

Der Trainer meine, dass Training und Bewegung ein Werkzeug für Frau C. sein könne, um mit ihrer Abhängigkeitserkrankung im Alltag gut umzugehen. Sie habe seiner Meinung nach körperlich und psychisch vom Training profitiert. Zum Stellenwert, den das Training für Frau C. eingenommen habe, sagt er Folgendes:

„Ich glaube, dass das schon einen gewichtigen Punkt ausgemacht hat. [...] die Bewegungen (haben) einen positiven Eindruck hinterlassen.“ (Trainer, 5:17)

Wahrnehmungsvergleich

Die Selbst- und Fremdwahrnehmung stimmen hier stark überein: Frau C. gibt an, auf die Trainingsfreigabe hingearbeitet zu haben. Das spiegelt sich in den Ansichten des Trainers, der meint, sie sei in den Fitnessraum gekommen, um sich bewusst zu bewegen und zu trainieren.

Verbesserungen in den Bereichen Ausdauer, Kraft und Koordination wurden von ihr und vom Trainer wahrgenommen. Auch die Stabilität des Standes bei freien Übungen mit den Hanteln habe sich verbessert: Dies wurde ebenfalls von Frau C. und dem Trainer registriert. Sowohl Frau C. als auch der Trainer geben an, eine Verbesserung der Stimmung und eine Zunahme der Freude festgestellt zu haben.

Frau C. äußert, dass sie im Krafttraining eine neue Trainingsmethode für sich entdeckt habe. Dies entspricht auch der Regelmäßigkeit ihres Trainings im Fitnessraum.

6.9 Frau N.

Frau N. ist Anfang 40 und wegen einer Alkoholabhängigkeit sowie einem leichten Hang zum Spielen im Anton-Proksch-Institut, zum Zeitpunkt des Interviews seit zwei Wochen. Sie ist zum zweiten Mal im Institut, da sich ihr Abhängigkeitsverhalten massiv verschlechtert habe und sie den ersten Aufenthalt nicht ernst genommen habe.

Vor ihrer Abhängigkeitserkrankung habe sie verschiedene Sportarten wie Laufen, Eislaufen, Rad fahren, Rollerbladen und Training im Fitnesscenter betrieben. Sie habe drei bis vier Mal pro Woche Sport und Bewegung gemacht. An und für sich sei Frau N. eine Sportfanatikerin und meine, sich kaum bremsen zu können. Sport sei ihr jedoch während ihrer Erkrankung weniger wichtig geworden: Sie habe die Motivation für den Sport und prinzipiell für die Bewegung im Freien verloren. Sie sei in einer schlechten körperlichen Verfassung gewesen und habe sich schwach und schlapp gefühlt. Sie habe Probleme beim Gehen und mit der Motorik gehabt: Sie habe ein Burn Out entwickelt und ihr Körper habe nach ihren Angaben komplett versagt. Sie erwähnt auch Blackouts und Sprachschwierigkeiten.

Frau N. nehme am Laufen, am Nordic Walking und an den Angeboten im Fitnessraum teil. Zusätzlich spiele sie in ihrer freien Zeit Volleyball. Sie habe darauf hingearbeitet, die ärztliche Freigabe für den Sport und die Bewegung zu bekommen.

„Für mich ganz persönlich ist es sehr wichtig, weil, was hätte ich anderes zu tun, als etwas für mich zu tun. Und natürlich, es gibt verschiedene Menschen hier. Und von meiner Seite kann ich nur sagen, dass das Sportangebot für mich höchste Priorität hat und alles andere zweitrangig wäre.“ (Frau N., 25:08)

Bewegung und Sport empfinde sie als sehr wichtig. Sie bezeichnet sich als ehrgeizig beim Laufen und Walken. Im Fitnessraum fühle sie sich eingeschränkt durch die Ein-Stunden-Regelung. Für sie seien Bewegung und Sport im Entzugs- und Entwöhnungsprogramm wichtig, da sie so etwas für sich und ihren Körper tun könne. „Erstens einmal Entspannung. Zweitens Mal Wohlfühlfaktor, dass man wieder zu sich zurück findet und natürlich die Figur verändert sich dann auch wieder zurück. Und das ist dann schon ein Erfolgserlebnis. Weil man dann wirklich auch die Zeit für sich nutzen kann. Was im normalen Leben halt nicht so wirklich funktioniert. Das man da regel... Also dass man dann so viel Zeit für sich hat wie hier.“ (Frau N., 25:9). Das Sportangebot nehme für sie den höchsten Stellenwert ein und alle anderen Angebote seien für sie zweitrangig. Sport und Bewegung helfe ihr, sich wieder wohl zu fühlen, zu sich zu finden und wieder an ihrer Figur zu arbeiten. Während des Aufenthalts in der Institution können sie sich zudem Zeit für sich selbst nehmen, die sie „draußen“ nicht für sich finde. Körperwahrnehmung, Wirbelsäulengymnastik und Aktives Erwachen nehme sie nicht in Anspruch, da sie sich dadurch nicht entfalten könne.

„Yoga ist für mich so eine Art Jacobsen [Muskelrelaxation nach Jacobsen]. Obwohl das ja überhaupt nicht stimmt, weil es eine komplett andere Richtung wäre.“ (Frau N., 25:11)

Sie könne nur im Krafttraining an den Geräten Energie abbauen. Die ersten Trainingseinheiten in der Institution seien schwierig für sie gewesen. Trotz Interesse am Training war es für sie schwer sich zu motivieren. „Im Prinzip habe ich echt keine Lust gehabt. Aber ich habe mir gedacht, nein da muss ich durch. Weil ich muss anfangen. Aber im Großen und Ganzen habe ich am Anfang überhaupt keine Lust gehabt. Weil ich so müde war, so schlapp war.“ (Frau N., 25:23).

Frau N. habe kaum Veränderungen durch das Training und den Sport wahrgenommen, da sie generell sportlich und dadurch gut durchtrainiert gewesen sei, als sie in die

Institution gekommen sei. Da sie mit dem Rauchen angefangen habe, merke sie bei der Ausdauer trotz Training keine Veränderung. Sie gibt an, bei normalen Training eine Veränderung des Wohlbefindens zu erreichen und dass dieses einen Effekt auf ihre Selbstsicherheit habe. Beim Laufen sei sie dennoch überrascht gewesen, die Strecke in relativ kurzer Zeit zu schaffen. Ihre Motivation habe sich über die Trainingseinheiten verändert und die Freude an der Bewegung sei wieder zurückgekommen.

„Naja umso mehr Training, umso kaputter ist man, sag ich einmal, wenn man es ein bisschen übertreibt.“ (Frau N., 25:15)

Fremdwahrnehmung

Der Therapeut habe wenig mit Frau N. zu tun gehabt und konnte daher keine Eindrücke von ihr schildern. Es wird daher – wie bei Frau C. – nur die Sicht des Trainers beschrieben und analysiert. Da der Trainer einige Zeit krank war, sind seine Beschreibungen relativ selektiv und er bezieht sich auch auf einen früheren Aufenthalt von Frau N.

Frau N. sei vorwiegend im Fitnessraum gewesen habe vor allem am Crosstrainer und an den Geräten trainiert. Der Trainer konnte auf Grund seines krankheitsbedingten Ausfalls keine Aussagen zur Entwicklung beim Laufen und Walking tätigen.

Der Trainer beschreibt Frau N. als sehr aktive Frau, die gleich Vollgas gebe. Bei ihrem letzten Aufenthalt sei Frau N. bei jeder Möglichkeit im Trainingsraum gewesen. Jetzt erscheine sie unregelmäßiger, wobei dem Trainer nicht klar war, ob sie nun krank sei oder aus einem anderen Anlass nicht trainieren komme. Auch habe sie bei ihrem ersten Aufenthalt relativ viel und lange trainiert. Beim aktuellen Aufenthalt sei dies nicht mehr möglich gewesen, was sie auch thematisiert habe und ihre Enttäuschung gezeigt habe. Der Bezug zu ihrem Körper habe sich im Vergleich zu ihrem früheren Aufenthalt verbessert, ihre psychische Verfassung wirke im Vergleich jedoch schlechter. Sie mache auf den Trainer einen niedergeschlagenen Eindruck.

Der Trainer beschreibt Frau N. als Mensch, der Stabilität von außerhalb suche. Während des Trainings erscheine sie selbstbewusst und suche Situationen auf, die ihr Anerkennung einbringen (zum Beispiel extremes Dehnen nach dem Aufwärmen). Sie scheine Selbstvertrauen und Selbstbestätigung von außen einzuholen und einzufordern. Er fasst sie mit dem Begriff *Person der Extreme* zusammen.

Zu den physischen oder psychischen Veränderungen könne der Trainer nichts Spezifisches sagen, da er Frau N. wenig gesehen habe. Er meint:

„... wie sie sich entwickelt in den nächsten paar Wochen. Ich glaube, sie ist noch auf der Suche.“ (Trainer, 8:20)

Er meint jedoch, dass Frau N. sich über das Training und die Bewegung bereits habe stabilisieren können.

„Da hat sie profitieren können. Sie klingt jetzt schon ausgeglichener. Sie hat auf Grund der Bewegung immer ein bisschen mehr Ruhe gefunden... mehr durchatmen können. Also es ist schon ein Weg zu ihr gewesen. Über die Bewegung und ein bisschen auch Harmonie zwischen Körper und Geist gekriegt.“ (Trainer, 8:21)

Wahrnehmungsvergleich

Nach eigenen Aussagen und nach den Kommentaren des Trainers ist Frau N. jemand, der meistens alles gibt. Der Trainer hat das Gefühl, dass sie sich Stabilität und Anerkennung über andere Menschen von außen verschafft. Dies würde auch mit dem Auspowern über Kraftgeräte übereinstimmen: Über die Geräte und routinierte Übungen könne sie Stabilität suggerieren. In der Kraftkammer erfahre sie Anerkennung von anderen Trainierenden, wenn sie strecht oder Übungen macht, die sie besonders gut kann. Das erkläre, warum sie das Trainieren im Fitnessraum anderen Bewegungsangeboten vorzieht.

Eine Übereinstimmung zwischen Trainer und Frau N. besteht auch darin, dass Bewegung und Sport für sie wichtig seien. Es scheine für sie eine Möglichkeit zu sein, zu kommunizieren und ihre Defizite auszugleichen.

Der Trainer beschreibt sie sei noch auf der Suche. Das spiegelt sich in den Aussagen der Klientin da sie sich in einigen Aussagen selber widerspricht. Die Aussagen

6.10 Herr F.

Herr F. ist Anfang 30 und wegen einer Alkoholabhängigkeit im Institut. Er ist bereits zum vierten Mal in einem Entzugs- und Entwöhnungsprogramm. Sein aktueller Aufenthalt habe erst kurz vor dem Interview begonnen, weswegen die Fragestellungen zu Veränderungen seine vorangegangenen Aufenthalte behandeln. Der Grund für den Entzug sei sein Wissen über den Verlauf der Abhängigkeitserkrankung: Da er lange Erfahrungen mit Alkoholabhängigkeit habe, möchte er nicht tiefer hineinrutschen. Ein Hauptgrund für die Wahl dieser Institution sei das Bewegungs- und Sportangebot, das in vielen anderen Rehabilitationseinrichtungen nicht angeboten werde.

Da Herr F. seit seiner Jugendzeit an der Alkoholabhängigkeit leide, meint er, dass seine Sporterfahrungen auf den Schulsport begrenzt seien. Später erwähnt er exzessiv Krafttraining betrieben zu haben. Zwischen seinen Abhängigkeitsphasen habe er immer Bewegung und Sport gemacht. Er habe einige Jahre lang intensiv Krafttraining in einem Fitnessstudio betrieben und in den letzten beiden Jahren sei Ausdauertraining hinzugekommen, um das Körpergewicht zu kontrollieren. Er beschreibt den ersten Kontakt mit Krafttraining als sehr exzessiv und zieht den Vergleich zur Abhängigkeitserkrankung: „Auch ein bisschen exzessiv vielleicht. Wie gesagt... Es ist auch so eine Art Rausch, ja. So ein Ersatzrausch. Also tut mir unheimlich gut. Nur dass es halt im Gegensatz zum Alkohol meinen Körper nicht schädigt sondern ihm gut tut, nicht.“ (Herr F., 21:13). Für ihn seien Bewegung und Sport der einzige vergleichbare Kick neben dem Konsumieren von Alkohol. Entweder er habe Sport und Bewegung gemacht oder er sei in die Alkoholabhängigkeit gerutscht. Während Phasen des intensiven Alkoholkonsums habe er keinerlei Sport betrieben und so lange er Sport gemacht habe, habe er nichts getrunken. Zwischen seinen Aufenthalten in Entzugs- und Entwöhnungsprogrammen versuche er, Sport und Bewegung so lange wie möglich aufrecht zu halten. Seine körperliche und psychische Gesundheit sei bei jedem Aufenthalt angeschlagen gewesen, unter anderem durch Gewichtszunahme und Muskelabbau. Psychisch habe er immer ein massives Gefühl des Versagens empfunden.

Herr F. nehme an der Körperwahrnehmung, am Nordic Walking und an den Angeboten im Fitnessraum teil. Er bedauert, das Laufen auslassen zu müssen, da es zu einem unpassenden Zeitpunkt angesetzt sei. Er nehme ansonsten an allem teil, was angeboten werde. Im Fitnessraum fokussiere er auf das Krafttraining, wobei er auch gerne Ausdauer hinzugenommen hätte, was aus Zeitgründen nicht möglich sei. In seiner Freizeit gehe er zusätzlich Wandern und Schwimmen.

„Ohne das Angebot würde ich die Therapie gar nicht machen. Auch mit weniger Angebot würde ich sie nicht machen.“ (Herr F., 21:14)

Herr F. empfindet Sport und Bewegung als sehr wichtig und würde ohne das Sportangebot den Entzug und die Therapie nicht machen. Er beschreibt seine körperliche Aktivität als etwas exzessiv, aber wohltuend: Er sieht sie als eine Art Ersatzrausch an, der seinen Körper nicht schädige. Er beschreibt Sport und Bewegung als den besten Ersatz für Alkohol überhaupt.

„Schon wieder rückfällig schon wieder gesoffen schon wieder komplett unten. Leistungsfähigkeit gleich Null. Dann kommst du her. Fangst an zu sporteln. Spürst dich wieder. Du spürst bum es ist doch noch was... doch noch eine Kraft in mir. Ich lebe noch. Du spürst den Muskelkater wieder. Ja wie gesagt ohne... es eine unheimliche Hilfe. Ohne dem ganzen würde ich das Ganze hier nicht machen. Mir wäre zu fad. Also ich brauch das.“ (Herr F., 21:15)

Die Beschreibung der erlebten Veränderungen durch Sport bezieht sich bei Herrn F. auf einen Aufenthalt im Jahr 2011. Er beschreibt, dass er Verbesserungen der Ausdauer und ein Zuwachs der Muskelkraft gespürt habe. Zusätzlich hätten sich seine Körperstruktur und seine Körperproportionen durch Abnahme des Fettanteils und Aufbau von Muskelmasse verändert. Als psychische Veränderung beschreibt, dass das anfängliche Gefühl des Versagens mit der Zeit durch ein erneutes Gefühl für den Körper abgelöst worden sei. Sein Selbstvertrauen habe sich verbessert, er habe durch Sport und Bewegung seine Alkoholdepression überwinden können und wieder ein besseres Lebensgefühl erlangt zu haben („das Leben spüren“). Sein inneres Bild für den Körper habe sich wieder zum Positiven verschoben durch die Erfahrung, weiterhin leistungsfähig zu sein. Zudem beschreibt er eine Verbesserung seiner Ausgeglichenheit durch Bewegung und Sport.

Herr F. sei aufgefallen, dass er sich körperlich relativ schnell wieder erholt habe und sich sowohl Kraft als auch Ausdauer relativ schnell verbessert hätten. Er erwähnt die Erinnerungsleistung der Muskelzellen, die sich an vorherige Trainingsreize erinnern würden, was zu einem schnelleren Wiederaufbau der konditionellen Fähigkeiten und zu Kraftzuwachs führen würde.

Fremdwahrnehmung

Der Trainer und der Therapeut betreuen Herrn F. im Rahmen des jetzigen Aufenthalts beim Nordic Walking und im Fitnessraum. Seit der Bewegungs- und Trainingsfreigabe

habe er regelmäßig drei bis viermal pro Woche aktiv und engagiert an den Trainingseinheiten teilgenommen. Er habe nach dem Absetzen der Entzugsmedikamente sofort mit den Trainingseinheiten begonnen und auch versucht, anderen TeilnehmerInnen zu helfen, indem er den Trainer auf Fehler anderer aufmerksam gemacht habe. Bei Voraufenthalten habe Herr F. auch die Wirbelsäulengymnastik beim Therapeuten besucht. Der Therapeut habe Herrn F. die Körperwahrnehmung zur Spannungsreduktion nahegelegt: An dieser habe er jedoch nur wenige Male teilgenommen. Der Therapeut meint, dass man Herrn F. zu Wirbelsäulengymnastik und Körperwahrnehmung hinführen müsse, von alleine sei er nicht gekommen.

Der Therapeut beschreibt Herrn F. als eine an sich sportliche Person mit hellen positiven Momenten nach der Entzugsphase. Der Trainer kenne Herrn F. seit drei oder vier Aufenthalten und meint, dass er massiv abgebaut habe. Der Therapeut schließt sich dieser Meinung an und meint, dass ein Bandscheibenvorfall bei einem vorangegangenen Aufenthalt ein massiver Rückschlag für Herrn F. gewesen sei. Der Allgemeinzustand sei laut Therapeuten schlechter als bei seinem vorausgehenden Aufenthalt.

„Er war körperlich wie geistig eigentlich geknickt. Depressiv und das hat sich irgendwie körperlich ausgedrückt.“ (Therapeut, 13:15)

Auf den Trainer mache er einen depressiven Eindruck. Der Trainer und der Therapeut sagen unabhängig voneinander, dass Herr F. enttäuscht von sich zu sein scheine, wieder zugenommen zu haben. Beide haben den Eindruck, dass es ihm schwer falle, sich so zu akzeptieren, wie er derzeit aussehe (adipös und aufgeschwemmt). Dennoch beschreibt der Therapeut den Bezug von Herrn F. zu seinem Körper als relativ gut, da dieser in der Physiotherapie Probleme und Schmerzen sehr differenziert beschreiben könne. Beim Training mache Herr F. einen besonnenen Eindruck auf den Trainer, da er langsam und zurückhaltend angefangen und nicht übertrieben habe. Der Therapeut meint auch, dass Herr F. selbstständig ein angemessenes Training ausübe und man nur hin und wieder auf Fehlhaltungen im Bereich der Lendenwirbelsäule achten müsse.

Der Therapeut beschreibt eine erstaunlich schnelle Erholung des Körpers bei Herr F. im Verlauf der vorangegangenen Aufenthalte: Durch das Training richte er sich wieder auf und bringe seine physiologischen Parameter auf Vordermann – eben bis zum nächsten Absturz. Der Trainer beschreibt Verbesserungen der physiologischen Komponenten während der einzelnen Aufenthalte. Sobald Herr F. rückfällig werde, würden sich diese wieder verschlechtern. Die Veränderungen würden bei ihm sehr schnell eintreten, sowohl ins Positive als auch ins Negative.

„Also das ist extrem von der Kraft her, von der Beweglichkeit her, von der Ausdauer her. Wie er beim ersten Aufenthalt weggegangen ist, war er top beieinander. Wie er heute wieder ... also wie er jetzt wieder gekommen ist, hat man das sofort gesehen.“ (Trainer, 4:14)

Der Trainer habe beobachtet, dass der Kraftzuwachs sich relativ schnell verbessert habe, da alte Muster abgerufen worden seien und der Körper sich erinnere. Auch im psychologischen Bereich festige Herr F. sich durch Training und Sport: Verbesserungen des Selbstvertrauens und des Wohlbefindens sowie eine antidepressive Komponente seien zu beobachten, die jedoch schnell wieder verfallen würden, sobald Herr F. rückfällig werde. Der Therapeut meint, dass Herr F. Kraft aus dem Training schöpfe, beide Anleiter sind sich jedoch einig darüber, dass er über Sport und Training alleine keine Stabilität aufbauen könne.

Der Therapeut beschreibt, dass Herr F. sehr genau differenzieren könne, wo Schmerzen und Probleme im Körper auftreten würden. Er sei sich nicht ganz sicher, inwiefern Herr F. seine psychischen Probleme auf seinen Körper übertrage und somatisiere. Herr F. sei seiner Meinung nach generell nicht gefährdet, die Abhängigkeit auf den Sport zu übertragen, da der Alkohol für ihn ein wesentlich stärkeres Abhängigkeitspotenzial habe und auch sein körperlicher Zustand gelitten habe. Herr F. scheine sich seinen Kick während des Aufenthalts über den Sport zu holen – was er als entweder oder beschreibe.

Der Trainer schildert, dass Bewegung und Training eine wichtige Komponente für Herrn P. seien, da er dadurch seine Probleme mit dem Körper in den Griff bekommen könne. Herr P. baue sich und seine Stabilität über Sport und Training auf. Sobald dieses Konstrukt kippe und ein Rückfall passiere, breche alles wieder zusammen. Der Therapeut ist der Meinung, dass für Herrn P. Sport alleine nicht reicht, um mit der Abhängigkeitserkrankung umzugehen.

„Was er auf jeden Fall tun kann, ist, dass er dranbleibt. Also die Regelmäßigkeit wäre wichtig. Dass er seine Trainings besucht. Dass er diese Dinge durchzieht, die er sich vornimmt. Da braucht er gar nicht so viel machen. Er die Kontinuität, dass er die wirklich halt.“ (Trainer, 4:19)

Wahrnehmungsvergleich

Herr F., der Trainer und der Therapeut haben eine ähnliche Wahrnehmung über die Wirkung von Sport und Bewegung auf Herrn F. während der Aufenthalte: Im Rahmen aller Aufenthalte hätten sich die physiologischen und psychologischen Parameter verbessert.

Herr F. beschreibt weiter, dass er sich solange mit Sport und Training über Wasser halte, bis er einen Rückfall erleide. Dann gebe er Sport und Training wieder auf.

Herr F. beschreibt sehr genau und differenziert seine wahrgenommenen Veränderungen. Das spiegelt sich in der Aussage des Therapeuten wieder, dass dieser in der Einzeltherapie Schmerzen und Probleme genau beschreiben könne. Der Therapeut fragt sich, inwieweit Herr F. seine psychischen Probleme somatisiert. Herr F. beschreibt bei der Körperwahrnehmung teilzunehmen. Der Therapeut meint, dass Herr F. nur komme, wenn er dazu hingeleitet werde und weniger aus eigener Motivation.

Herr F. betont für sich die Wichtigkeit von Sport im therapeutischen Kontext. Trainer und Therapeut stimmen dem zu: Herr F. hole sich über das Training Stabilität. Aber sie sind der Überzeugung, dass Herr F. sich nicht rein durch Sport und Training in seinem Alltag stabilisieren könne.

Herr F. meint, dass es für ihn ohne auch keinen Entzug gebe: Therapeut und Trainer sind hier ähnlicher Ansicht, da Herr F. durch Verlagerung der Abhängigkeit seinen Kick über das Training suche. Diese Abhängigkeitsverlagerung greift so lange bis er wieder rückfällig wird und wieder Alkohol konsumiert.

6.11 Allgemeine Äußerungen der KlientInnen zum Trainings- und Bewegungsangebot

Es werden jene Aussagen der interviewten Personen zusammengefasst, welche allgemein und ohne personenspezifischen Bezug über das Trainings- und Bewegungsangebot in den Interviews aufgezeichnet wurden. Hier finden Anregungen, Wünsche und Kritik der KlientInnen Raum.

Die KlientInnen schreiben den betreuenden Personen der Physio- und Bewegungstherapie sehr gute Kompetenzen zu. Sie fühlen sich bei dem Trainer und den TherapeutInnen gut aufgehoben.

6.11.1 Anregungen und Wünsche

Das Trainings- und Bewegungsangebot kommt bei den KlientInnen gut an. Der derzeitige Standard sollte ihrer Meinung nach gehalten werden. Einige KlientInnen (7) äußern den Wunsch nach längeren und flexibleren Trainingszeiten im Fitnessraum, um das Training mit den Klein- und Großgruppen besser koordinieren zu können. Ein Klient meint ein Ausbau des Fitnessraums würde dem Bewegungs- und Trainingsangebot noch mehr Reiz geben. Durch einen Ausbau könnten auch mehr KlientInnen das Trainings- und Bewegungsangebot nutzen. Bei manchen Trainingseinheiten und Bewegungsangebote besteht der Wunsch diese öfters abzuhalten. Ein Klient meint eventuell eine verpflichtende Bewegungseinheit (wie zum Beispiel Aktives Erwachen) für alle KlientInnen zu verschreiben, um so mehr Personen in die Aktivität zu bringen.

Manche KlientInnen (2) wünschen sich ein vielfältigeres Ausdauerprogramm und ein Klient meint Mannschaftsportarten würden ihm fehlen und dieser Punkt wäre noch ausbaufähig. Es wurde der Wunsch nach besseren Bedingungen im Tischtennisraum geäußert, da es nur einen Tisch für alle interessierten Personen gibt.

6.11.2 Kritik

Die Ein – Stunden – Regelung im Fitnessraum finden die meisten interviewten KlientInnen nicht gut oder gar problematisch, da je nach Wetterlage manche Sporteinheiten entfallen und dadurch Trainingszeit verloren gehen. Ein Klient äußerte sich durch das schnelle und durch die zeitliche Begrenzung hoch intensive Training manchmal Schwindel zu verspüren. Das Mittwochs der Trainingsraum geschlossen ist finden manche schade.

7 Zusammenfassende Auswertung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Auswertungen zusammengefasst. Zunächst werden die Wahrnehmungen der KlientInnen erörtert, danach die Beobachtungen des Therapeuten und des Trainers. Es soll herausgearbeitet werden, welche positiven und negativen Aspekte von Bewegung und Sport in der Entzugs- und Entwöhnungsklinik anhand der Interviews erhoben wurden.

Die meisten teilnehmenden KlientInnen (8) waren zwischen 40 und 56 Jahre alt, nur zwei KlientInnen waren mit 32 beziehungsweise 36 Jahren jünger. Alle TeilnehmerInnen wurden wegen Alkoholabhängigkeit im Institut aufgenommen. Bei acht der zehn Personen handelte es sich um einen wiederholten Aufenthalt in einem Entzugs- und Entwöhnungsprogramm. Neun Personen haben aus eigener Motivation den Entzug begonnen, nur einer Klientin wurde von außen nahegelegt, ihr Trinkverhalten zu überdenken, worauf sie sich zu einem Entzug entschlossen habe. Die meisten TeilnehmerInnen sind vor ihrer Abhängigkeitserkrankung sportlichen Aktivitäten nachgegangen. Bei drei TeilnehmerInnen hatte es den Anschein, als hätten sie durch die Bewegung und das Training im Institut wieder einen Zugang zur Bewegung für sich finden beziehungsweise Sport als Ressource entdecken können. Auffallend ist die Tatsache, dass bis auf eine Teilnehmerin alle Personen während Perioden des intensiven Trinkens ihre sportliche Betätigung massiv reduziert beziehungsweise komplett eingestellt hatten.

Zusätzlich zu den KlientInnen wurden ein Physiotherapeut und ein Trainer aus dem Anton-Proksch-Institut zu ihren Betrachtungen bezüglich der teilnehmenden KlientInnen interviewt. Bei zwei KlientInnen konnte nur der Trainer seine Beobachtungen beschreiben.

7.1 Veränderungen aus der Sicht der TeilnehmerInnen

Die KlientInnen beschrieben Veränderungen, die sie auf der physischen und psychischen Ebene wahrgenommen hatten. Für die KlientInnen wichtige körperliche Veränderungen betrafen Ausdauer, Kraftniveau, Beweglichkeit, Gewichtsverlust sowie neurobiologische Veränderungen, zum Beispiel eine Endorphin-Ausschüttung. Die Körperhaltung und das Körpergefühl haben sich bei all den interviewten KlientInnen verändert. Zwei KlientInnen sprach die natürliche körperliche Müdigkeit an, die einen hohen Stellenwert für die Erholung hat.

Einige KlientInnen (5) meinten, durch das Training ein Ventil für Druck und Spannungen gefunden zu haben. Ausgeglicherener und ruhiger fühlten sich alle KlientInnen nach dem Training und der Bewegung. Als psychische Veränderungen wurden auch der stimmungshobende Effekt beziehungsweise die stimmungshobende Wirkung von Sport und Bewegung, das Empfinden von Freude an der Bewegung sowie von

Selbstwirksamkeit sowie eine Verbesserung des Selbstvertrauens beschrieben. Sport und Bewegung wurden auch mehrfach (4) als Werkzeug zur Selbstmedikation und Bewältigung der Erkrankung genannt. Zwei KlientInnen erwähnten, dass sie die wahrgenommenen Veränderungen und Verbesserungen in andere Bereiche außerhalb des Sportes und der Bewegung transferieren könnten und dass diese auf den Alltag außerhalb des Sportes Auswirkungen hätten. Eine weitere wichtige Beobachtung war, dass sich die Gedanken von der Abhängigkeit auf das Training und die Bewegung fokussiert und verlagert haben.

Zusammenfassend nennen die KlientInnen vielfältige Gründe für die sportliche Betätigung beziehungsweise für die Teilnahme am Trainings- und Bewegungsangebot im API. Sie führen Veränderungen der biologisch-funktionellen Parameter, Gewichtsreduktion sowie Veränderungen der Körperproportionen und damit ein körperliches Wohlbefinden an. Einen hohen Stellenwert für die KlientInnen hatte auch das Erleben der Verbesserungen in den Bereichen Leistungsfähigkeit, Körpergefühl und Körperkontrolle sowie die Möglichkeit, wieder aktiv zu sein und selbstständig, alleine Ziele erreichen zu können.

Ebenfalls eine wichtige Rolle für die KlientInnen spielten psychologische Aspekte wie eine Zunahme von Selbstwert und Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, das Erkennen neuer Lebensoptionen, das „Erwecken der Lebensgeister“ sowie die Freude durch Bewegung und Training. Zwei KlientInnen beschrieben das Erleben von sozialer Unterstützung und das Miteinander im Fitnessraum und beim Outdoorprogramm als wichtige Erfahrungen im klinischen Kontext.

Fast alle KlientInnen erlebten den (Wieder-)Einstieg in Training und Bewegung als anstrengend und hart. Einige verspürten Unsicherheit, wie der Körper auf die Belastung reagieren würde, andere setzten sich zum ersten Mal mit gezieltem Krafttraining in einem Fitnessraum auseinander. Einige TeilnehmerInnen kämpften auch mit fehlender Motivation und ihrem „inneren Schweinehund“. Bei allen ließen diese Gefühle nach den ersten Trainingswochen nach und gaben Raum für Wohlbefinden und Freude an der Bewegung. Alle KlientInnen sprachen dem TrainerInnen- und TherapeutInnen-Team eine wichtige unterstützende und aufbauende Rolle zu, die einen wesentlichen Beitrag geleistet habe. „Hier wird deutlich, dass in den ersten Trainingseinheiten eine intensive Betreuung sinnvoll ist, um sowohl Bewegungsaufgaben individuell abzustimmen und zu kontrollieren, als auch KlientInnen beim Training zu motivieren. Die motivationale Arbeit stellt hier eine besonders wichtige Aufgabe dar, um das Training während des Aufenthaltes und ein nachhaltiges Trainingsverhalten *draußen* zu fördern.“

Die Ansicht der KlientInnen deckt sich mit den Daten vorangegangener Forschungsarbeiten (Huber, 1999; 2003; Bohner, 2004; Rauscher, Schley & Rügäuf, 2011). Alle von den KlientInnen Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene findet sich in dem einen oder anderem Begriff. So hat Huber (2003) die wahrgenommenen Faktoren Selbstwirksamkeit, Leistungsfähigkeit, Relevanz für den Alltag, Wohlbefinden und Körperkontrolle und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld hohe Relevanz zugeschrieben. Die meisten teilnehmenden KlientInnen beschreiben jene Faktoren von Huber (1999, 2003) in gleichen und anderen Worten. Anhand der fünf Faktoren nach Huber (2003) sollen die verschiedenen Begriffe mit ähnlicher oder gleicher Bedeutung dargestellt werden. KlientInnen beschrieben wahrgenommene Verbesserungen der physiologischen Parameter – statt Leistungsfähigkeit -, Veränderungen der Selbstwirksamkeit, Übertragung in den Alltag oder Ressource für „draußen“ -statt Relevanz für den Alltag-, Wohlbefinden und soziale Unterstützung. Vergleicht man die Ergebnisse der Interviews mit den Wirkfaktoren von Bewegungstherapie nach Rascher, Schley & Rügäuf (2011) finden sich die meisten Faktoren in den Wahrnehmungen der KlientInnen wieder. Veränderungen des Selbstwerts, Übertragbarkeit, Kontrollüberzeugung, Lust, Spaß und Freude, Spannungsreduktion und die soziale Komponente sind einige Faktoren die von den KlientInnen während der Interviews genannt wurden. Von einigen KlientInnen wird die Verlagerung des Kicks auf den Sport genannt. Diese Wahrnehmung hat auch Bohner (2004) in seiner Forschungsarbeit beobachten können. Die Ergebnisse der Analyse der Interviews beschreiben ähnliche Effekte wie bereits aus anderen Forschungsarbeiten bekannt.

7.2 Allgemeine Beobachtungen des Trainers und Therapeuten

Der Trainer und der Therapeut bemerkten bei den KlientInnen physische Veränderungen in den Bereichen Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit sowie Verbesserungen bei Koordination, Gleichgewicht und erforderlicher Erholungsphase des Bewegungsapparats. Bei einigen KlientInnen beobachteten sie eine Gewichtsreduktion und Veränderungen der Körperproportionen.

Den Anleitern fielen eine Zunahme von Selbstwert beziehungsweise Selbstbewusstsein und Wohlbefinden sowie positive Veränderungen in der Stimmung der KlientInnen auf: Manche KlientInnen würden lebendiger wirken, bei anderen wurden eine Verbesserung des psychischen Fokus und des Bewusstseins über die Selbstwirksamkeit sowie ein (Wieder-)erlangen des Stolzes auf eigene Leistungen beobachtet.

Die Betreuer bemerkten allerdings auch bei einigen KlientInnen, dass diese ihr Training übertrieben und die aktuelle Situation des eigenen Körpers nicht akzeptierten. Einige Verhaltensweisen der interviewten KlientInnen schienen ihnen durchaus negative Aspekte zu beinhalten.

7.3 Analyse der Wahrnehmungsvergleiche

Betrachtet man die Analyse der Eigen- und Fremdwahrnehmungen, ergibt sich eine hohe Deckung zwischen den Wahrnehmungen. Aber es gibt bei einzelnen KlientInnen Unterschiede, wie Bewegung und Sport von ihnen selber und vom betreuenden Team wahrgenommen werden.

Bei Herrn J., Herrn E., Herrn K., Herrn P., Frau C. und Frau G. decken sich die Eigen- und Fremdwahrnehmung relativ gut. Diese KlientInnen übertreiben beim Training nicht, respektieren ihre Grenzen und haben eine gesunde Einstellung zu Bewegung und Sport. Das betreuende Team beschreibt diese Personen als ruhig, unauffällig, kooperativ und angenehm. Bei den Interviews ist aufgefallen, dass diese KlientInnen relativ wenig Allgemeines zum Angebot im API, sondern sehr genau ihre persönliche Wahrnehmung des eigenen Körpers und ihrer eigenen Psyche schilderten. Man hatte bei ihnen den Eindruck, dass für diese TeilnehmerInnen Training und Bewegung ein Mittel zum Zweck beziehungsweise eine gezielt einzusetzende Ressource ist. Andere teilnehmenden KlientInnen im Vergleich schilderten viele äußere Umstände, beschrieben weniger die eigenen Empfindungen. Das kann verschiedene Gründe haben wie Hemmung über sich und seine Wahrnehmung zu sprechen, die eigenen Wahrnehmungen nicht verbalisieren zu können oder schwer einen Zugang zu den eigenen Wahrnehmungen zu finden.

Bei Herr K. fällt auf, dass er über die regelmäßigen Bewegungsangebote offenbar Stabilität sucht und diese bei Ausfällen schwer über andere Wege kompensieren kann.

Bei Frau E. widersprach sich die Eigen- und Fremdwahrnehmung bei der Trainingserfahrung stark, da Frau E. im Kontrast zum Therapeut angibt viel Sportenerfahrung gemacht zu haben. Bezüglich des Trainings im Institut glich ihre Wahrnehmung jedoch der des betreuenden Teams: Sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdwahrnehmung hat sie eine neue Ressource durch Sport und Bewegung gefunden. Im Raum steht, inwiefern sie ohne TrainingspartnerIn diese Ressource in den Alltag einbringen kann. Hier machte Frau E. während des Interviews keinen so entschlossenen Eindruck wie die bisher genannten Personen.

Bei Herrn C. und Herrn F. ergaben sich einige Unterschiede in der Fremd- und Selbstwahrnehmung: Herr F. äußert die Überzeugung, dass Sport und Bewegung der

wichtigste Teil seiner Therapie seien. Trainer und Therapeut sind hingegen nicht der Meinung, dass er sich rein über Sport und Bewegung stabilisieren könne. Auch für Herrn C. ist Sport im API ein Schwerpunkt seines Aufenthaltes, wobei der Therapeut äußert, dass er über seine Grenzen trainiere und seinen aktuellen körperlichen Zustand ignoriere. Die Erzählungen beider KlientInnen über das Training und die Bewegung wirkten getrieben: Das Training scheint bei ihnen mehr als Ausdrucksmittels ihrer Unruhe denn als einer rein positive Ressource zu dienen. Bei diesen zwei Personen sprachen die Betreuer die Themen Abhängigkeitsverlagerung und Sportabhängigkeit an: Sie meinten, dass dies bei diesen beiden Klienten durchaus problematisch werden könnte, jedoch wahrscheinlich zuvor noch andere negative Mechanismen zum Tragen kommen würden.

Die subjektiv empfundene Wertigkeit von Training und Bewegung im Rahmen der Entzugs- und Entwöhnungstherapie ist für die interviewten KlientInnen hoch: Alle beschreiben Training und Bewegung als wesentlichen Teil ihrer Therapie.

Die hohe Wertigkeit des Trainings- und Bewegungsangebot kann zudem daraus abgeleitet werden, dass der Wunsch auf Erweiterung und Erhöhung der Flexibilität des Bewegungs- und Sportangebots mehrfach geäußert wurde. So können mehr KlientInnen aktiv werden und die Koordination zwischen Therapien und Trainings- und Bewegungsangebot erleichtert.

Anhand der Eindrücke durch die Interviews mit den KlientInnen und dem Therapeuten und dem Trainer kann man folgende Schlussfolgerung ziehen. Immer dann wenn Eigen- und Fremdwahrnehmung auseinanderklaffen ist eine besonders starke Betreuung notwendig, um die positiven Effekte von Training und Bewegung zu erhalten und zu verstärken. Ansonsten kann es, je nach individuellen Prädispositionen, zu negativen Folgeschäden durch Überanstrengung, Überlastung oder falsch gewählte Sportarten und Trainingsformen kommen.

8 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit zeigen, dass KlientInnen vielfältige positive Effekte durch Bewegungs- und Trainingstherapie wahrnehmen und eine unterstützende Therapieform darstellen kann. Die durch die Interviews analysierten Informationen deuten darauf hin, dass Bewegungstherapie einen wesentlichen Beitrag zur Abstinenz im Alltag und nachhaltigen Rückfallprophylaxe haben kann. Trainings- und Bewegungstherapie kann neben den bereits etablierten Therapieverfahren bei Abhängigkeitserkrankungen ein weiteres therapeutisches Standbein sein. Es bedarf jedoch einer sensiblen, individuellen Betreuung. Je nach Krankheitsverlauf und individuellen Faktoren benötigen manche Personen besondere Betreuung in der Trainings- und Bewegungstherapie, um negative Folgen durch falsches oder übertriebenes Training zu vermeiden. Das allgemeine Krankheitsbild in der Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Personen einbezogen werden. So haben KlientInnen oft eine unrealistische Selbsteinschätzung, haben eine verringerte Frustrationstoleranz und Schwierigkeiten Bindungen und Beziehungen adäquat einzugehen, um einige krankheitsspezifische Problematiken zu nennen. Auf diese Symptome muss bei der Betreuung eingegangen werden und thematisiert werden. Das sollte bei der Gestaltung von trainingstherapeutischen Angeboten bei der Wahl der Gruppengröße und der Dauer einer Einheit berücksichtigt und einbezogen werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt stellt eine regelmäßige Durchführung des Angebotes dar, um den KlientInnen Struktur und Halt in dieser Struktur zu ermöglichen. Durch einen guten AnleiterInnen KlientInnen Schlüssel der Betreuung kann auch auf Veränderungen der Abhängigkeit zu einer eventuellen Sportabhängigkeit frühzeitig reagiert und diese thematisiert werden.

Durch die Meinungen der KlientInnen kann gefolgert werden, dass Trainings- und Bewegungstherapie ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen sein kann. Im Zentrum dieser Arbeit stand die Untersuchung welchen Stellenwert Trainings- und Bewegungstherapie bei den KlientInnen einnimmt. Es wurden keine physischen oder psychosozialen Parameter quantitativ erhoben, sodass die wahrgenommenen Veränderungen auf den subjektiven Einschätzung der KlientInnen, des Trainers und Therapeuten beruhen.

Da die Teilnahme an der Bewegungstherapie und bei den Trainingsangeboten freiwillig ist, wurden in dieser Studie Personen interviewt, die aus freien Stücken Sport und Bewegung für sich nutzen wollen. Es wurden keine Interviews mit Personen durchgeführt, die an keinem Trainings- und Bewegungsangebot teilgenommen haben. Daraus ergibt sich die Fragestellung ob sich Unterschiede bei Personen ergeben, welche Bewegung und Sport nicht aus eigener Motivation machen würden.

Aus diesen Einschränkungen der Diplomarbeit ergeben sich weitere Forschungsthemen und Forschungsfragen. Um ein besseres Gesamtbild zu erfassen, welche Einflussfaktoren Trainings- und Bewegungstherapie im Rehabilitationsprozess hat, müsste das Forschungsdesign erweitert werden. Dazu wäre eine Folgestudie mit einer größeren ProbandInnenzahl mit und ohne Teilnahme am Trainings- und Bewegungsangebot nötig. Zusätzlich zur Erhebung der subjektiven Wahrnehmungen und den Gründe für, beziehungsweise gegen die Teilnahme am Trainings- und Bewegungsangebot sollten quantitativer Daten der physiologischen und psychosozialen Parameter erhoben werden. Dadurch können jene wahrgenommenen Veränderungen mit objektiven Messdaten verglichen werden. Aus der Analyse der qualitativen und quantitativen Daten können subjektive Veränderungen durch das Trainings- und Bewegungsangebot und der Trainings- und Bewegungstherapie auf objektive Veränderungen zurückgeführt werden.

Bei mehreren Interviews wurde die Frage aufgeworfen wie KlientInnen ihr Training und die Bewegung in den Alltag mitnehmen und aufrechterhalten. Hier würden sich trainings- und bewegungstherapeutische Maßnahmen in die Nachbehandlung zu Erhaltung der sportlichen Tätigkeiten anbieten. Es würde sich anbieten eine Langzeitstudie zu konzipieren, die nach Aufenthalt im Institut die KlientInnen weiter begleitet, um zu untersuchen welche Probleme sich im Alltag beim Aufrechterhalten des Trainings- und Bewegungsprogramms ergeben und welche Lösungsstrategien hilfreich wären.

Anhand der erhobenen Interviewdaten der KlientInnen, des Therapeuten und des Trainers kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Bewegungstherapie für die KlientInnen wichtig ist und von jenen die daran teilnehmen sehr gerne angenommen wird. Die KlientInnen haben den Eindruck hinterlassen, dass die körperliche Bewegung und das körperliche Training für sie von enormer Wichtigkeit sind und im Therapieprozess einen hohen Stellenwert einnehmen. Für einige KlientInnen ist das Trainings- und Bewegungsangebot der ausschlaggebende Faktor für die Wahl des Entzugs- und Entwöhnungsinstituts.

Die Trainings- und Bewegungstherapie steckt in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen noch in den Kinderschuhen. Als Therapieform in Kombination mit anderen etablierten Therapieverfahren, vor allem mit der Psychotherapie, kann sie einen wichtigen Beitrag leisten. Bewegung, Training und Sport hat das Potenzial in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankung einen wertvollen Beitrag zu leisten.

Literaturverzeichnis

Anton-Proksch-Institut. (April, 2015). Orpheusprogramm. Zugriff am 25. April 2015 unter <http://www.api.or.at/typo3/index.php?id=749>

American Psychiatric Association (APA) (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV. Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Hogrefe, Göttingen

Amshoff, T. von Aufschnaiter, D. Bader- Johansson, C. Balk, M. Becker, K. Bertram, A.M. ... Zillessen, A. (2010). *Physiolexikon – Physiotherapie von A – Z*. Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart

Bant, H., Haas, H-J., Ophey, M., Steverding, M. (2011). *Sportphysiotherapie*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart

Bartmann, U. (2009). *Laufen und Joggen für die Psyche*. (5. überarbeitete und erweiterte Ausgabe. Tübingen: dgvt

Bloch, W. (2012). Neurobiologische Effekte körperlicher Aktivität – Bedeutung für alkoholinduzierte neurodegenerative Erkrankungen. In: Deimel, H. (Hrsg.). *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. Sankt Augustin: Academia

Bohner, S. (2004). *Sport- und Bewegungstherapie im Drogenentzug*. Butzbach/Griedel: Afra Verlag

Broocks, A. (2005). Körperliches Training in der Behandlung psychischer Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 48, 914-921

Bulley, C. (2005). Sports Physiotherapy Competencies and Standards 2005. Zugriff am 11.03.2015 unter https://www.physioaustria.at/system/files/general/ifsp_competences_standards.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2015, 25. März) Liste Trainingstherapeuten. Zugriff unter <http://trainingstherapie.ehealth.gv.at/> am 04.05.03.2015

Crews, F.T. & Nixon, K. (2009). Mechanisms of Neurodegeneration and Regeneration in Alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 44, 115-127

de la Monte, S.M., Tong, M., Cohen, A.C., Sheedy, D., Harper, C. & Wands, J.R. (2008). Insulin and insulin-like growth factor resistance in alcoholic neurodegeneration. *Alcohol Clin Exp Res.*, 32(9), 1630-1644

Deimel, H. (1994). Möglichkeiten und Grenzen der Bewegungs- und Sporttherapie in der Rehabilitation chronisch Suchtkranker. In: Fachausschuss Soziotherapie des Wissensrates (Hrsg.), *Nichts geht mehr!? Aspekte der Soziotherapie Alkoholabhängiger*, 64–71. Hilden: AHG

Deimel, H. (2011). Abhängigkeitserkrankungen. In: Hölter, G. (Hrsg.): *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Köln, S.376-446

Der Standard. (2007). *Gruppendynamik „Komatrinken“*. Zugriff am 24.02.2015 unter <http://derstandard.at/2880785>

Eckel, D.; Niggehoff, S.; Stürmer, M.; Deimel, H. (2012): Bewegungs- und Sporttherapie bei Abhängigkeitserkrankungen – Praxisempfehlungen für eine zukünftige Leitlinie. In: Deimel, H. (Hrsg.): *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. Brennpunkte der Sportwissenschaft Bd. 33. Academia Verlag, Sankt Augustin, 237-265.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin.*, 16 (2). 3 – 12

Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung und Folgen- Therapie* (5. Auflage). Stuttgart.

Grässer, M. & Deimel, H. (2007). Kampfkunst in Psychosomatik und Psychotherapie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*. 23, 66-71

Hailer, N. (2014a). Bewegungstherapie In: Engelhardt (Hrsg.) *Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie* Zugriff am 17.10.2014 unter <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=00385>

Hailer, N. (2014b). Medizinische Trainingstherapie In: Engelhardt (Hrsg.) *Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie* Zugriff am 17.10.2014 unter <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01272>

Hailer, N. (2014c). Physiotherapie In: Engelhardt (Hrsg.) *Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie* Zugriff am 11.03.2015 unter <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01634>

- Hofmann, P. Tschakert, G. Wonisch, M. Pokan, R. (2009) Ausdauertraining bei PatientInnen mit kardiologischen Erkrankungen. *Austrian Journal of Cardiology*. 16 (9-10), 333-336
- Hoppen, B. (2002). *Sporttherapie als Suchtprävention*, (1. Auflage). Oldenburg: Universität Oldenburg Fachbereich für Sportwissenschaft
- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen*. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Köln
- Huber, G. (1999). *Evaluation gesundheitsorientierter Bewegungsprogramme*. Waldenburg: Sport Consult
- Huber, G. (2003). Subjektiv wahrgenommene Effekte als Indiz für Wirkmechanismen des gesundheitsorientierten Sports. In : A. Woll u.a. (Hrsg.): *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie*. Hamburg: Czwalina
- Jäger, A-B. (2014). Sporttherapie In: Engelhardt (Hrsg.) Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie Zugriff am 17.10.2014 unter <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01900>
- Kappel, H. (2005). Krafttraining ist mehr als Muskelarbeit. Möglichkeiten eines muskulären Aufbautrainings im stationären Setting. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*. (2), 68-75
- Kappel, H. (2006). *Körpererleben und Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen*. Univ. Dissertation DSHS Köln
- Kiphard, E.J. (2001). *Motopädagogik* (9. Auflage). Modernes Lernen: Dortmund
- Kuntz, H. (2005). *Das Suchtbuch. Was Familien über Drogen und Suchtverhalten wissen müssen*. Weinheim: Beltz
- Legl, T. (2004). Sport und Drogen. In: Brosch, R. Mader, R. (Hrsg.) *Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich*. Wien: LexisNexis ARD Orac. S. 469-478
- Lindenmeyer, J. (2005). *Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. (7. Auflage). Weinheim: Beltz – PVU
- Liebsch, R. (2008). Erkrankungen des peripheren Nervensystems. *Neurophysiologie Labor*, 30, 187-237

Mackenroth, I. (1999). Sich mit dem Körper auseinandersetzen: Taijiquan in der Arbeit mit Drogenabhängigen. *Partner – Magazin*, 33(3), 20-26

Mahler, R. (2012). *Resilienz und Risiko*. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Medizinisches Assistenzberufe Gesetz (MABG). (2015, 16. April). Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie Zugriff am 26.04.2015 unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007997>

Neumann, N.U. & Fräsch, K. (2008). Neue Aspekte zur Lauftherapie bei Demenz und Depression – klinische und neurowissenschaftliche Grundlagen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*. 59 (2), 28 - 33

Niggehoff, S. (2003). Klettern als erlebnispädagogisches Medium in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger. *Praxis der Psychomotorik*, 28, 191-195

Österreichische Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT). Ausbildung. Zugriff am 22.02.2015 unter <http://www.kbt.at/index.php?id=10>

Pokorny, V. Hochgerner, M. Gerny, S. (2001). Konzentrierte Bewegungstherapie (2. aktuelle Auflage). Wien: Fakultas-Universitäts-Verlag

Raithler, J. (2011). *Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung*. (2. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Rausche, R., Schley, M. & Rügäuf, G. (2011). Psychosoziale Kompetenzen in der Sport- und Bewegungstherapie. In: Schüle, K., Huber, G. (Hrsg.). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Rist, F. (2010). Neuropsychologie der Abhängigkeit. In: Lautenbacher, S. Gauggel, S. (Hrsg.) *Neuropsychologie psychischer Störungen* (2. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Verlag

Scheibenbogen, O. (2013, Juni). *Ambulante und stationäre Behandlung in der Praxis – das Orpheus-Programm*. Fachtagung der Stabsstelle für Spielerschutz, Bundesministerium für Finanzen

Schwenk, T. (2007). *Sport und Bewegungserziehung in der Suchtarbeit. Sozialpädagogische und dialogisch-philosophische Aspekte in der Suchtprävention und Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: ibidem Verlag

Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen, Therapie*. (6. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.

Stoll, O. & Ziemainz, H. (2012). *Laufen psychotherapeutisch nutzen*. Springer-Verlag GmbH: Berlin Heidelberg

Uchtenhagen, A.A. (2011). Stoffgebundene versus stoffungebundene Süchte. *SuchtMagazin* 3, 12-14

Ungerer-Röhrich, U. & Hölter, G. (2003). Wirkfaktoren der Sport- und Bewegungstherapie – Neustrukturierung des Dortmunder Fragebogens zur Bewegungstherapie. In : A. Woll u.a. (Hrsg.): *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie*. Hamburg: Czwalina

United Nations Office of Drug and Crime. (1995). The social impact of Drug Abuse. Zugriff am 06.05.2010 unter http://www.unodc.org/pdf/technical_series_1995-03-01_1.pdf

Waibel, M. Jakob-Krieger, C. (2009). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Schattauer GmbH: Stuttgart

Weiss, U. & Lehmann, A. (1996). *Bewegung, Spiel und Sport in der stationären Suchttherapie. Teil 1: Grundlagen. Teil 2: Anleitung für die Praxis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2013). Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). In: Weltgesundheitsorganisation. *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10)*. Zugriff am 24.2.2015 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f10-f19.htm>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Fünf subjektive Wirkungsfaktoren (nach Huber, 1999).....	25
Abb. 2: Wirkfaktoren der Bewegungstherapie (nach Rascher, Schley & Rügäuf, 2011)	27
Abb. 3: Faktorenanalyse Wirkfaktoren (nach Huber, 2003)	28

„Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.“

Anhang

Abstrakt

Diese Arbeit widmet sich der Bewegungs- und Trainingstherapie im rehabilitativen Setting von Abhängigkeitserkrankungen. In dieser Arbeit werden Fragestellungen zu Wahrnehmung bezüglich Bewegungstherapie, Training und Sport von KlientInnen und der anleitenden TherapeutInnen und TrainerInnen einer Entzugsklinik analysiert.

Die KlientInnen beschreiben ihrer persönlichen Meinung und Wahrnehmung von Bewegung und Sport als Unterstützung im rehabilitativen Prozess und den Stellenwert den sie Bewegungstherapie, Training und Sport zuschreiben. Die TherapeutInnen und TrainerInnen werden zu ihren Beobachtungen der KlientInnen während dem Training und der Bewegung und nach ihren Einschätzungen befragt. Aus diesen Informationen wird ein Gesamtbild über den Stellenwert und den Nutzen von Bewegungstherapie, Training und Sport erstellt.

KlientInnen schreiben Bewegung und Training vielseitige positive physiologische, psychologische und soziale Effekte zu. Sport stellt einen wichtigen Teil der Therapie für die KlientInnen in der Rehabilitation dar. Die TherapeutInnen und TrainerInnen beschreiben beobachtete positive Veränderungen im physiologischen und psychosozialen Bereich. Aus den Daten der KlientInnen, TherapeutInnen und TrainerInnen ergibt sich ein interessantes Gesamtbild: Bewegungstherapie, Training und Sport ist für die KlientInnen ein wesentlicher Aspekt der Entwöhnungstherapie zu Verbesserung physischer und psychosozialer Komponenten. Es stellt eine Ressource für eine Rückfallprophylaxe für die KlientInnen dar, die sich im Alltag relativ leicht integrieren und nutzen lässt.

Je nach individuellen Schweregrad und Persönlichkeitsmerkmalen ist von therapeutischer Seite Vorsicht und krankheitsspezifisches Arbeiten gefordert, um Übertraining, Verletzungen oder Abhängigkeitsverlagerung Richtung Sport vorzubeugen. Die Bewegungs- und Trainingstherapie kann einen wertvollen Beitrag in der Behandlung und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen leisten.

Abstract

Exercise therapy is a relatively new therapeutic method in the field of addiction therapy. This thesis is focussed on how exercise therapy and training is perceived by patients, physiotherapists and trainers in the rehabilitative setting of addictions.

Patients describe their subjective perception of exercise therapy and training in the rehabilitation process as well as the importance they attach to it. The therapists and trainers depict their observations of the patients and their assessments about how exercise therapy influences the rehabilitative process. Ten participating patients, a physical therapist and a trainer are interviewed by two separate interview guides.

Patients attribute positive physiological, psychological and social effects to exercise therapy and training and describe it as an important part of their therapy. Therapists and trainers observed positive changes in physiological and psychosocial competences. The information gathered from patients, the therapist and the trainer is used to provide an overall image: exercise therapy, training and sport constitute an essential aspect of the therapy for patients to improve their physical and psychosocial competences. It serves as a resource of relapse prevention for patients, which can be relatively easily integrated and used in everyday life.

Depending on individual personality traits and progression of the addiction, certain precautions and the use of disease specific treatment are required on the part of the therapeutic staff to prevent overtraining, injury or a dependency shift towards sports. Exercise therapy and training can make a valuable contribution to the treatment and the rehabilitation of drug addicts.

Interviewleitfaden TeilnehmerInnen

- **Haben Sie vor Ihrer Abhängigkeitserkrankung Sport gemacht? Welchen? Wie oft?**
- **Wie wichtig war der Sport für Sie?**

Trainings- und Bewegungsangebot/ -therapie – Durchführung

- **Welche(s) Angebot(e) nehmen Sie/ du in Anspruch? Warum?**
- **Können Sie mir beschreiben was Sie beim Trainings- und Bewegungsangebot/ -therapie (TBA) machen?**
- **Können Sie mir beschreiben wie Sie sich bei der TBA erleben?**
- **Welchen Sinn/ welche Bedeutung ergibt die TBA für Sie ganz persönlich?**
- **Welche Hilfestellungen im Entwöhnungsprozess bietet Ihnen die TBA?**
- **Was mögen Sie an der TBA?**
- **Was mögen Sie nicht an der TBA?**
- [Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf wenn sie an ihre nächste TBA denken? Zusatzfrage, sollten die TeilnehmerInnen Schwierigkeiten haben ihre Wahrnehmungen zu beschreiben.]
- **Machen Sie Sport zusätzlich zur TBA? Welchen? Warum?**

Wirkung/ Veränderung

- **Welche Veränderungen können Sie beschreiben wenn Sie an den Beginn des Therapieprozesses zurückdenken?**
- **Können Sie mir beschreiben was die TBA körperlich verändert hat?**
 - Wie hat sich ihr Aktivitätsniveau im Alltag verändert?
(munterer, entspannter, bessere Regulierung von Erregungszuständen, müder, energiegeladener, wacher,...)
 - Spüren Sie einen Unterschied in der Bewegungsausführung im Alltag?
(sicher, zielgerichtet, ...)
 - Wie hat sich das Gefühl der Belastung bei Ausdauertraining/ -belastungen verändert?
(Durchhalten, Schwitzen, Herz klopfen, Spaß, mühsam, ...)
 - Wie stark fühlen Sie sich im Vergleich zu der ersten Zeit in der Rehabilitationsinstitution?
(mehr Muskeln, Kontrolle der Muskeln, ...)
 - Hat sich Ihre Muskelspannung geändert? (lockerer, mehr Spannung, mehr Energie in den Muskeln, ...)
 - Wie beweglich fühlen Sie sich?
 - Fühlen Sie sich bei bestimmten Dingen oder Bewegungen eingeschränkt?
 - Hat sich Ihr Körper verändert?
- **Können Sie mir beschreiben was sich psychischen Bereich verändert hat?**
 - Gemütsverfassung?
 - Gedanken die um die Sucht kreisen?
 - Selbstbewusstsein?
 - Eigenen Kompetenzen, eigenen Kraft etwas zu verändern, zu tun?
 - Niedergeschlagenheit?

- Erregungszustand (Unruhe – Lethargie)?
 - Aggressivität?
 - Negative Gedanken über sich selber/ die Umwelt?
 - Hat sich Ihr Bild über ihren Körper selber verändert?
- **Im Vergleich zu Ihrer ersten Zeit in der TBA, können Sie mir Veränderungen in ihrer Einstellung der TBA gegenüber beschreiben?**
 - Können Sie mir ein besonderes Erlebnis bei der TBA beschreiben?

TBA – Einstieg

- **Können Sie mir beschreiben wie sie sich am Beginn der TBA gefühlt haben?**
- In welcher psycho-sozialen Verfassung waren Sie zu dieser Zeit? Was ist Ihnen in dieser Zeit durch den Kopf gegangen?
- In welcher körperlichen Verfassung waren Sie zu diesem Zeitpunkt?
(stark, kaputt, habe kaum ein Gefühl für meinen Körper gehabt, Maschine, kein Gefühl für den Körper, ...)
- **Können Sie mir erzählen welche Gedanken über die TBA Sie am Beginn der TBA hatten?**

Biografische Daten

- **Wie alt sind Sie?**
- Welche Drogen haben Sie vorwiegend konsumiert?
- **Wie lange sind Sie schon in der Rehabilitationsinstitution?**
- Ist das Ihr erster Aufenthalt in einer Entwöhnungsinstitution?
- **Wie lang nehmen Sie an der TBA teil?**
- **Aus welchem Grund haben Sie sich für den Entzug entschieden?
(Fremd - Eigenmotivation)**

Wenn Ja:

- Haben Sie während ihrer Suchterkrankung weiter Sport gemacht?
- Warum haben Sie mit dem Sport aufgehört?

Interviewleitfaden AnleiterInnen

Personenzentrierung:

- **Welche TBA nimmt Person XX in Anspruch?**
- **Wie lange nimmt Person XX die TBA in Anspruch?**
- **Wurde Person XX Körperwahrnehmung verschrieben?**
- **Wie regelmäßig kommt Person XX zur TBA (in der Woche)?**
- **Wie kommt das Orpheus Programm bei den Person XX zum tragen?**

Einstieg in die TBA

- **Wie war Ihr erster Eindruck von Person XX?**
 - Welchen Bezug hatte Person XX zu seinen Körper?
 - In welchem körperlichen Zustand befand sich Person XX damals?
 - In welchem psychischen Zustand befand sich Person XX damals?
- **Welchen Eindruck machte Person XX auf Sie bei der Teilnahme der ersten TBA?**

Durchführung

- **Wie würde Sie die Teilnahme von Person XX an der TBA beschreiben? (aktiv, passiv, gehemmt, widerstrebend,...)**
- **Welcher Zugang kann zu Person XX durch die TBA hergestellt werden?**
- **Beschreiben Sie bitte typische Verhaltensweisen in der TBA von XX?**
- **Gibt es Probleme bei der TBA mit XX? Welche?**
- Passt die TBA für XX oder ist diese Therapieform für XX nicht optimal?
- **Welche Veränderungen können in der Methode der TBA im Verlauf der Zeit beschrieben werden? (Veränderung der Therapieform/ -bausteine, besserer Zugang, ...)**

Wirkung/ Veränderung

- **Welche Veränderungen im Bezug auf die TBA können Sie bei XX feststellen? (Veränderung der Teilnahme (aktiver, passiver), leichter Zugang zu XX, kooperativer, ...)**
- **Welche physiologischen Veränderungen konnten bei XX beobachtet werden?**
 - Wie hat sich das Aktivitätsniveau von Person XX verändert?
(munterer, entspannter, bessere Regulierung von Erregungszuständen, müder, energiegeladener, wacher,...)
 - Gibt es einen Unterschied bei der Bewegungsausführung? (sicherer, zielgerichteter, energiegeladener, wacher, müder, schlaffer, ...)
 - Gibt es Veränderungen bei Person XX bei Ausdauertraining/ -belastungen? (Durchhalten, Schwitzen, Herz klopfen, Spaß, ...)
 - Gibt es muskuläre Veränderungen beziehungsweise Veränderungen beim Kraftniveau bei Person XX?
(Muskelaufbau, Kontrolle der Muskeln, lockerer, mehr Spannung, mehr Energie in den Muskeln, ...)

- Welche Unterschiede gibt es zwischen dem Eintritt in die Therapie und dem jetzigen Zeitpunkt bezüglich der Beweglichkeit von Person XX?
- Halt sich der Körper von Person XX verändert?
- **Welche psychologischen Veränderungen konnten bei XX beobachtet werden?**
 - Gemütsverfassung?
 - Gedanken die um die Sucht kreisen?
 - Selbstbewusstsein?
 - Selbstwirksamkeit?
 - Niedergeschlagenheit?
 - Erregungszustand (Unruhe – Lethargie) – Entspannungszustand?
 - Aggressivität?
 - Negative Gedanken über sich selber/ die Umwelt?
 - Körperbild von XX
- **Können Sie Unterschiede der Aktivität beim Sport von Person XX feststellen (mehr Sport, selbstständiger Sport, Ablehnung von Sport...)**
- **Wie hat Person XX von der TBA aus Ihrer Sicht profitieren können?**
- **Worauf führen Sie die Veränderung oder das Gleichbleiben des Verhaltens von Person XX zurück?**
- **Was war entscheidend für die Veränderungen?**
- **Was war der Beitrag von TBA an den Veränderungen?**
- Können Sie mir eine besonders positive Situation in der TBA mit Person XX beschreiben? (Kategorie 4 Einstieg/ Eindruck)

Teilnahmeinformation und Einwilligungserklärung

Studie:

Die Bedeutung von Bewegung und Sport in der Suchtrehabilitation

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Mein Name ist Michaela Portele. Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich eine Studie zu Sport und Bewegung durch. Von besonderer Bedeutung sind Ihre Eindrücke und Einstellungen zu Bewegung und Sport in der Institution für Suchtrehabilitation (Platzhalter – wird durch den Namen der Institution ersetzt, in der die Interviews durchgeführt werden). Im Zuge dieser Studie werden Sie und Ihre Therapeuten zu Bewegung und Sport in dieser Einrichtung befragt. Die Informationen sollen Ihre Eindrücke und die der TherapeutInnen darstellen. Ich möchte Sie einladen an diesem Prozess teilzunehmen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Im Rahmen dieser Studie soll Ihre Meinung erfasst werden. Aus den Interviews und Interviews mit den Bewegungs- und Sporttherapeuten sollen Informationen zur Sport- und Bewegungstherapie gewonnen werden. Auf Basis der Interviews werden Informationen zur Wirksamkeit der Sport- und Bewegungstherapie erarbeitet werden. Ziel dieser Arbeit ist eine Darstellung der Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit sowie Empfehlungen zur Verbesserung der Sport- und Bewegungstherapie zu erarbeiten.

2. Wie läuft die Studie ab?

Es wird ein Interview mit Ihnen und ihrem Sport- und Bewegungstherapeuten durchgeführt. Die Interviews finden zu verschiedenen Zeitpunkten statt. Das Interview wird in etwa eine Stunde dauern. Wenn Sie damit einverstanden sind, wird das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Ich werde Ihnen ein paar Fragen stellen auf die Sie antworten können. Sollten Sie auf eine Frage nicht antworten wollen müssen Sie keine Antwort geben und die Frage wird übersprungen. Sie können das Interview zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abbrechen.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Durch das Sprechen über Ihre Erfahrungen kann das erneute Erinnern an die vergangenen Einheiten sich positiv auf ihre Therapie auswirken. Durch das Beschreiben der angeleiteten Bewegungs- und Sporteinheiten können Sie neue Sichtweisen oder neue Zugänge zu diesen Einheiten bilden von denen Sie in

weiterer Folge profitieren können. Wenn Sie einverstanden sind, werden die gewonnenen Informationen an Ihren Therapeuten weitergeleitet. Dadurch können die Einheiten daran angepasst werden, damit Sie bestmöglichst in den Bewegungs- und Sporteinheiten profitieren können. Zusätzlich können zukünftige TeilnehmerInnen durch etwaige Veränderungen des Programmes profitieren.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Es werden Ihnen Fragen zu ihrem gesundheitlichen Zustand zu Beginn des Aufenthaltes und zum aktuellen Zeitpunkt befragt. Es können unangenehme Gedanken oder schlechte Gefühle auftreten.

Wenn Sie sich unwohl fühlen, können Sie jederzeit das Interview abbrechen.

5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Nur die Diplomandin hat Zugang zu vertraulichen Informationen, in denen Sie namentlich genannt werden. Keine dieser Informationen wird an Dritte weiter gegeben. Die Daten werden nach der Verschriftlichung und Codierung des Interviews vernichtet. Wenn Sie es wünschen, werden Ihre Daten an Ihren Therapeuten weitergegeben.

All diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

In etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen oder Feedback im Zusammenhang mit dieser Studie stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Michaela Portele
Erreichbar unter: m.portele@gmx.net

oder telefonisch über Ihren Therapeuten/ Ihre Therapeutin

Teilnahmeinformation und Einwilligungserklärung

Studie:

Bewegung und Sport in der Suchtrehabilitation

-

Trainings- und Bewegungstherapie im psychotherapeutischen Kontext in der Suchtrehabilitation – Eigen- und Fremdwahrnehmung im Vergleich

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Mein Name ist Michaela Portele. Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich eine Studie zu Sport- und Bewegungstherapie durch. Von besonderer Bedeutung sind Ihre Eindrücke und Einstellungen zu Bewegung und Sport in der Institution für Suchtrehabilitation (Platzhalter – wird durch den Namen der Institution ersetzt, in der die Interviews durchgeführt werden) und die Eindrücke von Ihren TeilnehmerInnen bezüglich den sport- und bewegungstherapeutischen Einheiten. Die Informationen sollen Ihre Eindrücke und die Ihrer TeilnehmerInnen abbilden. Ich möchte Sie einladen an diesem Prozess teilzunehmen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Im Rahmen dieser Studie soll Ihre Wahrnehmung und die Wahrnehmung ihrer PatientInnen erfasst werden. Daraus sollen Informationen Ihrer Eindrücke und der Eindrücke ihrer KlientInnen gewonnen werden. Es soll erarbeitet werden inwieweit sich die Wahrnehmungen von Teilnehmer und Therapeuten ähneln oder voneinander abweichen. Auf Basis der Interviews werden Informationen zur Wirksamkeit der Sport- und Bewegungstherapie erarbeitet werden. Ziel dieser Arbeit ist eine Darstellung der Wirksamkeit der therapeutischen Arbeit sowie Empfehlungen zur Verbesserung der Sport- und Bewegungstherapie zu erarbeiten.

2. Wie läuft die Studie ab?

Es ein Interview mit Ihnen und den PatientInnen durchgeführt. Die Interviews finden zu verschiedenen Zeitpunkten statt. Ein Interview wird in etwa eine Stunde dauern. Sollten Sie mehrere PatientInnen betreuen können die Interviews zusammengelegt werden oder zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen, wie es für Sie zeitlich passt. Wenn Sie damit einverstanden sind, wird das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Ich werde Ihnen ein paar Fragen stellen auf die Sie antworten können. Sollten Sie auf eine Frage nicht antworten wollen müssen Sie keine Antwort geben und die Frage wird übersprungen. Sie können das Interview zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abbrechen.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Durch das Sprechen über das Anleiten des therapeutischen Prozesses gegenüber einer unbeteiligten Person können sich neue Zugänge oder Sichtweisen ausbilden. Das kann positive Auswirkungen auf die Therapie haben. In Gegenzug dazu, können die PatientInnen ebenfalls durch reflexives Denken auf Muster oder neue Sichtweisen stoßen. Dadurch kann der bewegungs- und sporttherapeutische Prozess von beiden Seiten positive Input bekommen. Zusätzlich können zukünftige TeilnehmerInnen durch etwaige Veränderungen des Programmes profitieren. Durch Ihre Mitarbeit an dieser Studie tragen Sie dazu bei weitere Informationen zu Trainings- und Bewegungstherapie zu generieren.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Der Inhalt des Interviews befasst sich mit der Arbeit mit Bewegung und Sport, daher wird nicht davon ausgegangen, dass Probleme auftreten.

5. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Nur die Diplomandin hat Zugang zu den vertraulichen Informationen, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Daten werden nach Codierung und Verschriftlichung des Interviews vernichtet.

Die Daten unterliegen der Schweigepflicht.

In etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen oder Feedback im Zusammenhang mit dieser Studie stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Michaela Portele
Erreichbar unter: m.portele@gmx.net
oder telefonisch unter: 0650/6868643

7. Einwilligungserklärung

Name in Druckbuchstaben:

Geburtsdatum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen.

Ich bin ausführlich und verständlich über den Inhalt und den Ablauf der Studie aufgeklärt worden.

Es wurden mir mögliche Belastungen und Risiken, sowie Anforderungen an mich verständlich und ausführlich erklärt. Ich habe darüber hinaus dieses Informationsblatt gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Studienleiter oder meinem Therapeuten verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde an dem Interview teilnehmen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden.

ja

nein

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienleiter.

.....
(Datum und Unterschrift des Patienten)

.....
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Studienleiters)

Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit *selbstständig verfasst habe* und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z. B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z. B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.“

Ausbildung

- | | |
|-------------------|--|
| 10/2008 – 2009 | Universität Wien – Transkulturelles Insitut |
| 10/2009 – 11/2012 | Universität Wien – Institut für Sportwissenschaften
Bachelorstudium Sportwissenschaften, Schwerpunkt
Gesundheitssport |
| seit 10/2012 | Universität Wien – Institut für Psychologie
Bachelorstudium Psychologie |
| seit 03/2013 | Universität Wien – Institut für Sportwissenschaften
Magisterstudium Sportwissenschaften |

Weiterbildung und Seminare

- | | |
|------|---|
| 2012 | Fortbildung Ski Alpin – Betreuer für Mono-Ski, Bi-Ski
und CP-Skilauf

Behindertensportverband – Übungsleiterin Schwimmen |
| 2011 | Behindertensportverband – Basismodul
Übungsleiterausbildung |
| 2010 | Lehrgang für Massage |

Praktika/ Nebentätigkeiten

- | | |
|-----------|---|
| seit 2011 | Laureus Schneetiger Projekt – (adaptiertes)
Wintersportprojekt für Kinder und Jugendliche mit
Beeinträchtigungen und Benachteiligungen

Leiterin einer Bewegungsgruppe für Menschen mit
Beeinträchtigungen |
| seit 2008 | Thermenklinikum Mödling – Betreuerin von Kindern mit
Beeinträchtigungen im Zuge von Familiencamps |

Kenntnisse

Microsoft Office Gut

Sprache

Deutsch Muttersprache

Englisch Fließend

Spanisch Gut

Niederländisch Gut

Wien, am 19. Mai 2015

Michaela Portele