

Aus dem Institut für Rehabilitation und Behindertensport
der Deutschen Sporthochschule Köln
Geschäftsführender Leiter: Prof. Dr. Klaus Schüle

**Körpererleben und Bewegungsverhalten alkoholabhängiger
Männer und Frauen.**

**Eine Untersuchung zur Feststellung von Veränderungen im Körpererleben
und Bewegungsverhalten sowie der Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen
innerhalb einer stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen.**

Von der Deutschen Sporthochschule Köln
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sportwissenschaft

genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Harry Kappell

aus Wismar

Köln 2006

Vorsitzende des Promotionsausschusses:

Frau Uni.- Prof.'in Dr. Ilse Hartmann-Tews

1. Referent: Herr Uni.- Prof. Dr. Klaus Schüle

2. Referent: Herr Prof. Dr. med. Andreas Broocks

Mündliche Prüfungen: 06. Dezember 2006

Hiermit versichere ich an Eides Statt:

Ich habe diese Arbeit selbstständig und unter Benutzung der angegebenen Quellen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht worden.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Einleitung und Problemkennzeichnung	9
2	Alkoholabhängigkeit – Begriffsbestimmung und gesellschaftliche Einordnung	11
2.1	Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit	13
2.1.1	Das soziale Umfeld des Alkoholabhängigen – Bedingungen in der Familie	14
2.2	Folgen der Alkoholabhängigkeit	15
2.2.1	Psychosoziale Folgen – Folgen für die Familie	16
2.3	Therapie der Alkoholabhängigkeit	18
2.3.1	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – exemplarische Anwendung für die Behandlung eines Alkoholabhängigen aus der Sicht der Sporttherapie	19
3	Sporttherapie	
3.1	Sporttherapie – Begriffsbestimmung	22
3.2	Sporttherapie mit Alkoholabhängigen	23
3.3	Theoretische Begründung der Sporttherapie	24
3.4	Stand der sportwissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen	27
4	Körpererfahrung	
4.1	Körpererfahrung – Begriffsbestimmung	35
4.2	Körpererfahrung im Zusammenspiel von Wahrnehmen, Erleben und Erfahren	38
4.3	Körperkontakt und seine Bedeutung	41
4.4	Körpererleben von Alkoholabhängigen	46
5	Bewegungsverhalten	
5.1	Bewegungsverhalten – Begriffsbestimmung	49
5.2	Bewegungsverhalten aus der Sicht verschiedener Bewegungswissenschaften	50
5.3	Bewegungsverhalten in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen	52
6	Fragestellungen und Hypothesen	54

7	Methodik der Untersuchungen	
7.1	Rahmenbedingungen der Untersuchung	56
7.1.1	Klinik Schweriner See	56
7.1.2	Sporttherapie der Klinik Schweriner See	56
7.2	Verlauf der Untersuchung	58
7.3	Zusammensetzung der Stichprobe	59
7.4	Angewandte Testverfahren und Programme	61
7.4.1	Frankfurter Körkonzeptskalen (FKKS)	61
7.4.2	Leuvenener Beobachtungsskalen (LOVIPT)	63
7.4.3	Objektive Körperdaten	66
7.4.3.1	Test körperliche Leistungsfähigkeit (TKL), Body Mass Index (BMI) und Körperfettanteil (KF)	66
7.5	Programme der Sporttherapie	68
7.5.1	Programm der Untersuchungsgruppe	68
7.5.2	Programm der Kontrollgruppe	71
7.6	Datenauswertungsverfahren	72
8	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	
8.1	Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) – Das Körpererleben alkoholabhängiger Männern und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung	74
8.1.1	Ergebnisse der Gesamtstichprobe	75
8.1.1.1	Geschlechtsspezifische Differenzierung	77
8.1.2	Körpererleben der Untersuchungs- und Kontrollgruppe	79
8.1.3	Ausgewählte Körperkonzepte	80
8.1.4	Ergebnisse aller Körperkonzeptskalen	81
8.2	Diskussion der Ergebnisse des Körpererlebens	
8.2.1	Methodenkritik zum Einsatz der FKKS	84
8.2.2	Diskussion der eigenen Ergebnisse	85
8.2.2.1	Die Ausgangssituation der Patienten	85
8.2.2.2	Veränderungen des Körpererlebens im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung	87
8.2.2.3	Geschlechtsspezifische Aspekte des Körpererlebens von Alkoholabhängigen	88
8.2.2.4	Die Wirksamkeit unterschiedlicher Programme der Sporttherapie auf das Körpererleben	90
8.2.3	Vergleichende Diskussion	92

8.3	Leuener Beobachtungsskalen (LOVIPT) – Das Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung	96
8.3.1	Ergebnisse der Untersuchungs- und Kontrollgruppen, differenzierte Betrachtung der Kategorien	96
8.3.2	Gesamtbetrachtung der Ergebnisse zur Untersuchung des Bewegungsverhaltens	101
8.4	Diskussion der Ergebnisse des Bewegungsverhaltens	103
8.4.1	Methodenkritik zum Einsatz der Leuener Beobachtungsskalen	103
8.4.2	Diskussion der eigenen Ergebnisse	105
8.4.3	Vergleichende Diskussion	109
8.5	Objektive Körperdaten	112
8.5.1	Test körperliche Leistungsfähigkeit (TKL)	112
8.5.2	Body Mass Index und Körperfettanteil	115
8.6	Diskussion der Ergebnisse der objektiven Körperdaten	117
8.6.1	Methodenkritik	117
8.6.2	Diskussion der eigenen Ergebnisse	119
8.6.2.1	Ergebnisse des Tests der körperlichen Leistungsfähigkeit	119
8.6.2.2	Body Mass Index und Körperfettanteil	123
8.6.3	Vergleichende Diskussion der Ergebnisse	124
8.7	Ergebnisse im Überblick	128
9	Zusammenfassung und Ausblick	132
10	Literaturverzeichnis	136
11	Anhang	145
12	Abstract (deutsch/englisch)	172
	Lebenslauf	173

Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Abkürzungen

Tabellen

Tabelle 1:	Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV
Tabelle 2:	Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählter Länder hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (vgl. Meyer & John, 2005, S. 24)
Tabelle 3:	Mögliche Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit (vgl. Lindenmeyer 1999, S. 2).
Tabelle 4:	Theoriefelder der Sporttherapie – eine Auswahl
Tabelle 5:	Mangel an Berührungen und seine möglichen Folgen (vgl. Anders & Weddemar 2002, S. 143-151).
Tabelle 6:	Verteilung der Gruppen und Therapeuten
Tabelle 7:	Zeitlicher Verlauf der Untersuchungen
Tabelle 8:	Kennzeichnung der Gesamtstichprobe
Tabelle 9:	Patienten der Untersuchungs- und Kontrollgruppe
Tabelle 10:	Übersicht über die Sozialdaten der Stichprobe und die Verteilung in Untersuchungs- und Kontrollgruppe (Anteil in % gerundet)
Tabelle 11:	Angewandte Testverfahren, Gegenstand der Untersuchung und Testbeschreibung
Tabelle 12:	Skalenwerte der Kategorie: Emotionalität
Tabelle 13:	Klassifikation des BMI bei Erwachsenen (vgl. WHO 2000, Deutsche Adipositas Gesellschaft 2003, S. 14)
Tabelle 14:	Möglichkeiten des Körperkontaktes
Tabelle 15:	Ziele des muskulären Aufbautrainings in der UG
Tabelle 16:	Schwerpunkte der Programme der UG und KG gegenüber gestellt
Tabelle 17:	Grenzwerte der Bewertung der FKKS
Tabelle 18:	Ergebnisse der FKKS der Gesamtstichprobe, Vergleich der Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1u.T2), Bewertung der Körperkonzepte, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 19:	FKKS Gesamtstichprobe, T1 Frauen und Männer im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$) und Standardabweichung (s), Bewertungen
Tabelle 20:	FKKS Gesamtstichprobe, T2 Frauen und Männer im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$) und Standardabweichung (s), Bewertungen.
Tabelle 21:	Summe aller Körperkonzeptskalen (FKKS Gesamt), UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p),
Tabelle 22:	Ergebnisse der Körperkonzeptskala Körperkontakt, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 23:	Ergebnisse der Körperkonzeptskala Körperliche Effizienz (SKEF), UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 24:	Ergebnisse aller Körperkonzepte der FKKS, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 25:	Vergleich der Ergebnisse der eigenen Studie mit der Untersuchung von GIES (2001)
Tabelle 26:	Ergebnisse LOVIPT Kategorie 1, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 27:	Ergebnisse LOVIPT Kategorie 2, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 28:	Ergebnisse LOVIPT Kategorie 8, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 30:	Ergebnisse LOVIPT Kategorie 10, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 31:	Ergebnisse LOVIPT Kategorie 10, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 32:	Ergebnisse Summe LOVIPT, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 33:	Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Kniebeuge UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 34:	Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Situps, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Tabelle 35:	Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Liegestütze, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte (x), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 36:	Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Situps, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte (x), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 37:	Ergebnisse Body Mass Index (BMI), UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 38:	Ergebnisse der Messungen des Körperfettanteils, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
Tabelle 39:	Body Mass Index (BMI) Körperfettanteil (KF) der Gesamtstichprobe, Vergleich von Ausgangs – und Abschlussuntersuchung (T1, T2)
Tabelle 40:	Wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen in der Sporttherapie
Tabelle 41:	Auszug aus dem Trainingsprotokoll mit Zahlenbeispiel (2 Serien á 30 Wdh.)
Tabelle 42:	Überblick über die inhaltliche Gestaltung des Krafttrainings
Tabelle 43:	Beendigungskriterien – Wann beende ich das Training
Tabelle 44:	Prinzipien des muskulären Aufbautrainings mit Alkoholabhängigen
Tabelle 45:	Ziele des muskulären Aufbautrainings in der Gruppe

Abbildungen

Abbildung 1:	Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), (vgl. Schuntermann 2003, S.15)
Abbildung 2:	Versuch einer Strukturierung des Gesamtkomplexes der Körpererfahrung, vereinfachte Darstellung (vgl. Bielefeldt 1991, S.17).
Abbildung 3:	Kennzeichnung der Kriterien für die Bewertung im LOVIPT am Beispiel: Emotionalität
Abbildung 4:	Prinzipien des muskulären Aufbautrainings mit Alkoholabhängigen in der UG
Abbildung 5:	Bewertung der Körperkonzeptskalen von T1 zu T2 in der Gesamtstichprobe
Abbildung 6:	Unterschied zwischen Männern und Frauen bei der Bewertung der FKKS, Gesamtstichprobe
Abbildung 7:	Körpererleben der UG und KG im Vergleich
Abbildung 8:	Ergebnisse aller Körperkonzepte der FKKS, UG und KG im Vergleich der Ausgangs- und Abschlussuntersuchungen
Abbildung 9:	Körperliche Situation der Patienten bei Verlegung in die Wohngruppe
Abbildung 10:	Körpererleben der Gesamtstichprobe im Vergleich von Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1, T2)
Abbildung 11:	Vergleich von Männern und Frauen in der Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1, T2)
Abbildung 12:	Vergleich der körperlichen Leistungen (TKL) der Männer und Frauen in der Ausgangsuntersuchung (T1) und Abschlussuntersuchung (T2)
Abbildung 13:	Behandlungsdauer und Entwicklung der Körperkonzepte
Abbildung 14:	Ergebnisse aller Kategorien der LOVIPT, Abweichungen vom angemessenen Verhalten in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe
Abbildung 15:	Ausgangsbewertung der LOVIPT
Abbildung 16:	Vergleich der Ergebnisse der Kategorien (9) „ <i>Soziale Regulierungsfähigkeit</i> “ und (10) „ <i>Emotionalität</i> “ von T1 zu T2 in der Gesamtstichprobe
Abbildung 17:	Vergleich der Leistungen der Gesamtstichprobe bei T1 des TKL
Abbildung 18:	Ergebnisse der einzelnen Krafttests und Summe der Krafttests, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2
Abbildung 19:	Body Mass Index und Körperfettanteil, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2
Abbildung 20:	Verbesserung der Krafleistungen der Gesamtstichprobe von T1 zu T2
Abbildung 21:	Veränderungen der einzelnen Körperkonzepte der Gesamtstichprobe von T1 zu T2

Abkürzungen

BMI:	Body Mass Index
FKKS:	Frankfurter Körperkonzeptskalen
HA:	Allgemeine Hypothese
HS:	Spezielle Hypothese
KG:	Kontrollgruppe
KF:	Körperfettanteil
LOVIPT:	Leuener Beobachtungsverfahren
SGBK:	Körperkonzept: Gesundheit und körperliches Befinden
SPKF:	Körperkonzept: Pflege des Körpers Beachtung der Funktionsfähigkeit
SKEF:	Körperkonzept: körperliche Effizienz
SKKO:	Körperkonzept: Körperkontakt
SSEX:	Körperkonzept: Sexualität
SSAK:	Körperkonzept: Selbstakzeptanz des Körpers
SAKA:	Körperkonzept: Akzeptanz des Körpers durch andere
SASE:	Körperkonzept: Aspekte der körperlichen Erscheinung
SDIS:	Körperkonzept: Dissimilatorische Körperprozesse
TKL:	Test körperliche Leistungsfähigkeit
T1:	Ausgangstest
T2:	Abschlusstest
UG:	Untersuchungsgruppe

1 Einleitung und Problemkennzeichnung

Die Alkoholabhängigkeit ist eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten in Deutschland. Bei über 11 Mio. Menschen, etwa 17% der Gesamtbevölkerung, wurde in den letzten Jahren eine Alkoholabhängigkeit bzw. ein Alkoholmissbrauch diagnostiziert. Der chronische Missbrauch von Alkohol führt zu erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Schäden für die betroffenen Menschen. Die daraus resultierende Alkoholabhängigkeit verursacht neben den Folgen für den Einzelnen, seiner Familie, den Freunden und Kollegen, eine enorme Belastung für die Gesundheitssysteme. Der volkswirtschaftliche Schaden durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität wird mit ca. 20 Mrd. Euro jährlich beziffert (vgl. Bühringer et al. 2000, S. 152f). Die Zahlen machen die Notwendigkeit einer qualifizierten Therapie dieser Krankheit deutlich, um die Folgen für den Betroffenen, sein Umfeld und letztendlich der gesamten Gesellschaft zu minimieren.

In dem differenzierten Hilffsystem für Suchtkranke hat die Sporttherapie in den letzten Jahren einen festen Platz eingenommen. Besonders im stationären Bereich der Behandlung ist sie in vielen Einrichtungen zu einem integrativen Bestandteil der jeweiligen Konzeptionen geworden. Die Nützlichkeit von Sport und Bewegung bei der Erziehung, Sozialisation und Rehabilitation von Alkoholabhängigen ist bekannt. VAN DER SCHOOT UND DEIMEL (1988, S. 21ff) haben in einer konzeptionellen Arbeit den Stellenwert und die Möglichkeiten des „*Sports mit Alkoholkranken*“ dargestellt und die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Begleitung unterstrichen. In einer Reihe von Studien und Veröffentlichungen der letzten Jahre wurden die Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen belegt sowie konzeptionelle Leitgedanken der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen formuliert. Die Untersuchungen beschreiben neben den Wirkungen von Bewegung und Sport auf die körperlichen Komponenten auch zunehmend die Wirkmechanismen sporttherapeutischer Tätigkeiten auf der psychischen und sozialen Ebene von Alkoholabhängigen. Insgesamt muss eingeschätzt werden, dass die Quantität der bisher vorliegenden Ergebnisse im Vergleich mit anderen Gebieten der Sporttherapie, wie z. B. der Sporttherapie mit Herzpatienten, immer noch gering ist und innerhalb der Arbeiten erhebliche Qualitätsunterschiede festzustellen sind.

Die vorliegende Studie beleuchtet das „*Erleben*“ und „*Verhalten*“ von alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Sie hat das Ziel, die Veränderungen von Körpererleben und Bewegungsverhalten bei Alkoholabhängigen zu erfassen und insbesondere die Wirkung eines speziell körperorientierten Programms der Sporttherapie zu untersuchen. Ergänzend zu den subjektiven Daten des Körpererlebens und Bewegungsverhaltens werden objektive körperliche Parameter erfasst, um diese in Beziehung zu setzen.

Die Untersuchungen wurden in der Abteilung Sporttherapie der Fachklinik für Sucht und Psychosomatik „*Klinik Schweriner See*“ durchgeführt. Die Planung und Durchführung wurde von folgenden zentralen Fragestellungen geleitet:

1. Wie verändert sich das Körpererleben und Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen innerhalb einer stationären Entwöhnungsbehandlung?
2. Welche Auswirkungen hat ein stark körperorientiertes Programm innerhalb der Sporttherapie auf das Körpererleben und Bewegungsverhalten der Alkoholabhängigen?

3. Welche Veränderungen der körperliche Leistungsfähigkeit und der Körperzusammensetzung ergeben sich im Verlauf der Behandlung?
4. Welche Wirkungen hat ein körperwahrnehmungsorientiertes muskuläres Aufbautraining auf die Patienten?
5. Gibt es Zusammenhänge zwischen den erfassten Parametern?

Um aussagekräftige Erkenntnisse zu gewinnen, wurde im ersten Teil der Arbeit eine Analyse der theoretischen Grundlagen zur Alkoholabhängigkeit, der Sporttherapie, dem Körpererleben bzw. der Körpererfahrung und dem Bewegungsverhalten vorgenommen und auf dieser Grundlage Hypothesen formuliert. In der Grundannahme dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass alkoholabhängige Männer und Frauen in ihrer Entwicklung ein Defizit an positiv erlebtem Körperkontakt erfahren und eine stark körperorientierte Arbeit in der Sporttherapie, positive Auswirkungen auf das Körpererleben und Bewegungsverhalten der Betroffenen haben kann.

Um die Wirkungen der sporttherapeutischen Interventionen zu erfassen wurden Untersuchungs- und Kontrollgruppen gebildet und differenzierte Programme für die Gruppen erarbeitet. Die Untersuchungsgruppen absolvierten ein Programm, das in jeder Stunde der Sporttherapie den Körperkontakt, die Vermittlung von Körperkenntnissen und das bewusste Erleben und Nacherleben von Bewegung in den Mittelpunkt stellte. Das Programm der Kontrollgruppen war auf motorisch-funktionell Inhalte ausgerichtet, bei denen weitestgehend auf Übungen und Spiele mit Körperkontakt verzichtet wurde.

Die übergreifende Zielstellung der Arbeit ist es, weitere Daten zur Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen und insbesondere die Wirkungen sporttherapeutischer Interventionen bei der Behandlung von Alkoholabhängigen zu erfassen. Die Notwendigkeit des gezielten Einsatzes von Bewegung und Sport in dem Gesamtkonzept der Behandlung von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch soll untermauert und mit weiteren wissenschaftlichen Ergebnissen belegt werden.

2 Alkoholabhängigkeit – Begriffsbestimmung und gesellschaftliche Einordnung

Die Alkoholabhängigkeit ist eine umfangreich untersuchte, in der Literatur ausführlich dargestellte und durch zahlreiche Studien belegte Suchterkrankung. Nachfolgend sollen eine Begriffsbestimmung und eine kurze gesellschaftliche Einordnung der Alkoholabhängigkeit aus dem Blickwinkel der eigenen Untersuchung erfolgen. Der Begriff Alkoholismus wurde aus einer Vielfalt von Termini in den fünfziger Jahren geprägt. 1977 hat eine Expertenkommission der WHO eine Differenzierung zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit vorgeschlagen. Diese Unterscheidung hat sich als sehr hilfreich erwiesen und sich allgemein durchsetzen können. Die Unterscheidung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit wurde in den internationalen Klassifikationsschemata, vor allem in dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA) und der International Classification of Diseases (ICD-10) übernommen. FEUERLEIN (1995/1 S. 6) hat in einer Information für Ärzte eine sehr anschauliche und deutliche Begriffsbestimmung des Alkoholmissbrauches und der Alkoholabhängigkeit vorgestellt:

„Unter Alkoholmissbrauch versteht man einen Alkoholkonsum der zu körperlichen und/oder psychosozialen Schäden führt.

Alkoholabhängigkeit manifestiert sich in zwei Formen:

- *körperliche Abhängigkeit: Auftreten von Toleranzerhöhung und Entzugssymptomen,*
- *psychische Abhängigkeit, gekennzeichnet durch z.B. Kontrollverlust, Trinken trotz besseren Wissens und alkoholbezogene Probleme, Zentrierung des Denkens und Strebens nach Alkohol, Alkoholismus ist nicht nur eine Frage der konsumierten Alkoholmenge.“*

Eine Zusammenfassung der Diagnosekriterien des ICD-10 und des DSM-VI sind in Tabelle 1 dargestellt. Auf eine ausführlichere Darstellung der Diagnosekriterien zum Alkohol soll an dieser Stelle unter Verweis auf die Literatur (u. a. Kruse 2000, S. 35 ff, Krauz 1999, S. B3-1ff, Feuerlein 1998 S. 4ff, Seitz et al. 1995, S. 2ff) verzichtet werden.

Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD-10	Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV
1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang Alkohol zu konsumieren. 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums. 3. Ein körperliches Entzugssyndrom (F10.3 /F10.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu vermeiden. 4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen des Alkohols hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (die Tagesdosen von Alkoholabhängigen würden bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder zum Tode führen). 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um den Alkohol beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen. 6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen auf körperlicher, psychischer und/oder sozialer Ebene.	1. Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen oder deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme. 2. Entzugssymptome, die etwa 12 Stunden nach der Reduktion bei lang anhaltendem, starkem Alkoholkonsum entstehen und sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: - charakteristisches Entzugssyndrom - Einnahme derselben (oder einer sehr ähnlichen) Substanz um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden. 3. Häufige Einnahme von Alkohol in größeren Mengen. 4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. 5. Viel Zeitaufwand für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen. 6. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder familiärer Aktivitäten aufgrund des Alkoholmissbrauches. 7. Fortgesetzter Alkoholmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Tab. 1: Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV

Die Betrachtung der Diagnosekriterien macht deutlich, dass sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 eine klare Abgrenzung von psychischer und physischer Abhängigkeit getroffen wird, was u. a. für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit von Bedeutung ist.

Alkohol ist eines der am weitest verbreiteten legalen Genussmittel. In unserer Gesellschaft existieren kulturell und sozial eingeschliffene Verhaltensmuster bezüglich des Umgangs mit Alkohol im täglichen Leben. Die Preise für alkoholische Getränke sind vergleichsweise niedrig. Er gehört bei vielen Veranstaltungen bzw. Anlässen zum „Pflichtprogramm“ (vgl. Kruse 2000, S. 18ff). Im Jahre 2002 betrug in Deutschland der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol 10,4 Liter. Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre mit einem leichten Rückgang auf hohem Konsumentenniveau weiter fort (1999, 10,6 Liter Pro-Kopf-Verbrauch reiner Alkohol). Die Tabelle 2 zeigt, dass Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich des Alkoholkonsums weiterhin in der Spitzengruppe liegt

Rang	Land	Verbrauch im Jahr 2002 (Liter reiner Alkohol)
1	Luxemburg	11,9
2	Ungarn	11,1
3	Irland	10,8
4	Tschechien	10,8
5	Deutschland	10,4
6	Frankreich	10,3
7	Portugal	9,7
8	Spanien	9,6
9	Großbritannien	9,6
10	Österreich	9,5
11	Zypern	9,2
12	Schweiz	9,1

Tab. 2: Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählter Länder hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (vgl. Meyer & John, 2005, S. 24)

Die soziokulturelle Einbindung des Alkohols in die Gesellschaft, seine ständige Verfügbarkeit und die wirtschaftliche Bedeutung sind Faktoren, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit begünstigen. Nach BÜRINGER et al. (2000, S. 153f) wurde bei insgesamt 11,2 Mio. Personen (etwa 17%) eine Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch diagnostiziert. Die direkten und indirekten Schäden, die durch Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit entstehen, berühren alle Bereiche der Gesellschaft und stellen einen erheblichen Kostenfaktor dar. Der jährliche volkswirtschaftliche Schaden durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität wird auf ca. 20,44 Mrd. Euro beziffert.

2.1 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit

Nach der Analyse der Literatur wird deutlich, dass es eine Vielzahl von Theoriemodellen zur Erklärung der Alkoholabhängigkeit gibt, die eine sehr unterschiedliche Betrachtungsweise erkennen lassen. Die Erklärungsansätze werden vom persönlichen Standpunkt, von der wissenschaftlichen Ausrichtung und der jeweiligen Zielorientierung der Verfasser bestimmt. Neurobiologische Ansätze beschreiben funktionale und strukturelle Veränderungen zentralnervöser Regelsysteme, die mit der Suchtentwicklung einhergehen und das Suchtverhalten steuern. Sozial orientierte Ansätze erfassen die kollektiven Normen, Werte und Sanktionen, die den initialen und habituellen Suchtmittelgebrauch beeinflussen. Psychologisch orientierte Konzepte hingegen helfen, unter Berücksichtigung neurobiologischer Funktionsabläufe die Umsetzung kollektiver Regelmechanismen in Risikobedingungen für die Entwicklung süchtigen Verhaltens verständlich zu machen (vgl. Rist & Watzl 1999, S. 39).

Keine der zur Verfügung stehenden Suchttheorien ist derzeit in der Lage, unter Berücksichtigung aller Komponenten umfassend die Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit zu erklären. Unbestritten ist das Vorhandensein von Förderfaktoren, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit begünstigen. Neben der von allen Theoriemodellen benannten genetischen Komponente sind die sozialen Bedingungen als ein entscheidender Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit gekennzeichnet worden (vgl. Soyka 1995, Schmidt 1997, S. 55- 118, Feuerlein 1998, S. 92-104, 112ff, 145-188, Täschner 2002, S. 146f). Nachfolgend werden

sozial-, lern- und verhaltenstheoretisch orientierte Standpunkte betrachtet, die vor allem das soziale Bedingungsgefüge der Alkoholabhängigkeit beleuchten und dies als eine mögliche Ursache bzw. begünstigenden Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit identifizieren. Das soziale Umfeld eines Menschen umfasst die Bereiche Familie, Beruf und Freizeit. Die Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit spiegeln sich in allen Bereichen deutlich wieder. In der Familie wird u. a. das Körperkontaktverhalten, d. h. das Erleben von positivem und negativem Körperkontakt, besonders deutlich. Exemplarisch sollen die Bedingungen in der Familie und Partnerschaft der Alkoholabhängigen und die soziale Erfahrungswelt der Betroffenen dargestellt werden.

2.1.1 Das soziale Umfeld des Alkoholabhängigen – Bedingungen in der Familie

Die Familie und der Lebenspartner stellen in der Regel das unmittelbarste soziale Umfeld und damit auch ein bedeutendes Lern- und Erfahrungsfeld für den Alkoholabhängigen dar. Aus soziologischer Sicht kann die Familie auf zweierlei Weise Einfluss auf die Suchtentwicklung haben. Zum einen vermittelt sie konsumspezifische Werte und Normen und definiert frühzeitig, welche Form des Alkoholkonsums als normal bzw. abweichend gilt. Zum anderen gilt Stress, der im Rahmen der Familie entsteht (Familienstress) als ein Prädiktor für bewältigungsfunktionalen Alkoholkonsum (vgl. Schmidt, Alte-Teigeler & Hurrelmann 1999, S. 60).

„Die Ursprungsfamilie ist in der Regel nicht nur der Ort der ersten Alkoholerfahrung, sondern hat auch einen wesentlichen Einfluß auf Einstellung zum Alkohol und Trinkverhalten.“ (Schmidt 1993, S. 56).

Aus lerntheoretischer Sicht erlernen die Mitglieder der Familie den Umgang mit Alkohol, verbinden den Konsum mit bestimmten Ritualen, Normen, Werten und Sanktionen. Es handelt sich also um ein erlerntes Verhalten (Trinkverhalten) und den daraus resultierenden Einstellungen. Diese Annahme ist für die Therapie der Alkoholabhängigkeit von Bedeutung (vgl. Soyka 1995, S. 114f).

Aus soziologischer Sicht spielt das Stresspotential, das in den Familien mit Alkoholabhängigen entwickelt, eine wesentliche Rolle. Neben den Belastungen, die auf den gesellschaftlichen Wandel zurückzuführen sind, werden die Familienstrukturen zusätzlich durch die Alkoholabhängigkeit eines Mitgliedes und deren Folgen beeinträchtigt. Ökonomische Belastungen, die mitunter zur Inanspruchnahme von sozialen Sicherungssystemen führen, schränken die Möglichkeit der Betroffenen ein, ungehindert am öffentlichen sozialen Leben teilzunehmen und ziehen eine mangelnde soziale Integration nach sich. Diese wiederum zu vielfältigen psychosozialen Belastungen in der Familie führt.

Die Familiensituation ist durch zunehmende Konflikte zwischen den Familienmitgliedern, starken emotionalen Schwankungen des Alkoholabhängigen mit einer sich verringernenden Frustrationstoleranz, einem wechselnden Rollenverhalten der Familienmitglieder, häufig sogar durch aggressives Verhalten, Gewalt und sexuellem Missbrauch geprägt.

Der Konsum von Alkohol kann unter diesen Umständen eine individuell verfügbare Bewältigungsstrategie darstellen und eine Ursache oder ein Förderfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit sein. Aus empirischen Forschungen (vgl. u. a. Denton & Kampfe, 1994) ist bekannt, dass mit steigendem Familienstress die Wahrscheinlichkeit für ein missbräuchliches Drogenkonsumverhalten vor allem bei Jugendlichen zunimmt

(vgl. Schmidt, Alte-Teigeler & Hurrelmann 1999, S. 60ff, Feuerlein 1998, S. 58ff, 192ff). Darüber hinaus ist aus zahlreichen Studien bekannt, dass es eine familiäre Häufung der Alkoholabhängigkeit gibt. FEUERLEIN (1998, S. 58) schätzt nach Analyse einer Vielzahl von Untersuchungen, dass über 30% der Alkoholabhängigen aus Familien kommen, in denen Vater, Mutter oder ein naher Verwandter ebenfalls alkoholabhängig war. Neben den sozialen Bedingungen spielen hier auch genetische Komponenten eine wichtige Rolle.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass soziologisch orientierte Erklärungsmodelle die Entstehung von Sucht bzw. Abhängigkeit vor dem Hintergrund soziokultureller oder gesellschaftlicher Lebensweisen betrachten. Das Nichterreichen gesellschaftskonformer Ziele, die durch eine Einbindung in ungünstige Lebenszusammenhänge bzw. durch die Etikettierung und Stigmatisierung der Abhängigkeit gekennzeichnet sind, schafft soziale Bedingungen, die eine Suchtentwicklung fördert bzw. begünstigt (vgl. Schmidt, Alte - Teigeler & Hurrelmann 1999, S. 66f). Die Familie und der Freundeskreis gelten als die Quelle sozialer Prägung und Unterstützung. Sie bilden den Rahmen und die Bühne für Erfahrungen vielfältigster Art. Dazu gehören neben den unmittelbaren Erfahrungen mit dem Alkohol und dessen Folgen in der mikrosozialen Umwelt auch Körpererfahrungen, die sich aus dem zuvor beschriebenen Beziehungsgeflecht zwischen Alkohol und dem unmittelbaren sozialen Umfeld ergeben.

2.2 Folgen der Alkoholabhängigkeit

Die Alkoholabhängigkeit infiltriert alle Lebensbereiche unserer Gesellschaft und kann zu zahlreichen Schäden führen. Die Anzahl und die Ausprägung der Folgen der Alkoholabhängigkeit hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab. FEUERLEIN (1998, S. 125) kennzeichnet z.B. die genetisch determinierte Alkoholtoleranz, die individuelle Alkoholgewöhnung und die Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen als wesentliche Faktoren. BÜHRINGER et al. (2000, S. 67) sprechen vom Einfluss der aktuellen Konsummenge, von der physischen und psychischen Verfassung, sowie von der sozialen Einbindung des Konsumenten.

„Je höher die Menge des Konsums ist und je länger er dauert, um so höher werden die zu erwartenden gesundheitlichen ... emotionalen, sozialen sowie finanzielle Folgen sein.“

Es wird deutlich, dass der Alkohol einen sehr breiten und alle Lebensbereiche betreffenden Wirkmechanismus besitzt. Die Folgen von chronischem Alkoholmissbrauch sind neben „Standardverläufen“ für den jeweiligen Menschen in höchstem Maße individuell. Die Praxis zeigt, dass die Entstehung und der Verlauf der Alkoholabhängigkeit nach individueller Prädisposition erheblich variieren. In der Literatur werden körperliche, psychische und soziale Folgen des Alkoholismus unterschieden und beschrieben (vgl. u. a. Kruse 2000, Feuerlein 1998, Schmidt, 1997). Der Zusammenhang von Trinkverhalten und möglichen körperlichen, sozialen und psychischen Folgen ist in der Tabelle 3 dargestellt.

Trinkverhalten	Körperliche Folgeschäden	Soziale Folgeschäden	Psychische Folgeschäden
Häufige Rausche Dosissteigerung Toleranzsteigerung Alkoholvergiftung Spiegeltrinken morgendliches Trinken Umsteigen auf harte Alkoholika heimliches Trinken Trinken in Gesellschaft unter seinem Niveau periodisches Trinken erfolglose Abstinenzversuche Wiederholte Entgiftungsbehandlungen erfolglose Entwöhnungsbehandlung	Entzugerscheinungen Krampfanfälle erhöhtes Krebsrisiko verstärkte Infektanfälligkeit sexuelle Funktionsstörungen Gelenkschmerzen Leberzirrhose Kardiomyopathie Bluthochdruck Polyneuropathie Traumen Fettleber Mangelernährung Anämie Gastritis Knochenbrüche	Partnerschaftskonflikte Trennung/Scheidung Schulden Konflikte am Arbeitsplatz Arbeitsplatzverlust Verlust der Fahrerlaubnis Straftaten Verwahrlosung Rückzug von Freunden Verletzungen gesellschaftlicher Normen Gesetzeskonflikte Obdachlosigkeit	aggressive Entgleisungen verringertes Selbstwertgefühl selektive Wahrnehmung Distanzlosigkeit Gefühlsschwankungen Konzentrationsprobleme Gedächtnisstörungen Depressionen Delirium tremens Suizidalität soziale Ängste Eifersucht weitere psychische Störungen

Tab. 3: Mögliche Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit (vgl. Lindenmeyer 1999, S. 2).

Das Trinkverhalten und die möglichen Folgeschäden in den verschiedenen Bereichen sind dadurch gekennzeichnet, dass es zwischen ihnen fließende Übergänge gibt und die Reihenfolge ihres Auftretens interindividuell sehr variabel ist.

2.2.1 Psychosoziale Folgen – Folgen für die Familie

Die Grundannahmen der Arbeit ist, dass Alkoholabhängige im Verlauf ihrer biographischen Entwicklung und während der verschiedenen Krankheitsphasen in ihrem sozialen Umfeld häufig negative Körperkontakte in Form von Aggressionen und Gewalt erleben und so ein Mangel an positiv erlebtem Körperkontakt entstanden ist. Exemplarisch sollen nachfolgend die psychosozialen Folgen innerhalb der Familie des Alkoholabhängigen und die Betrachtung seiner Persönlichkeit dargestellt werden, um die zuvor benannte Grundannahme aus theoretischer Sicht zu belegen.

„Das unmittelbare Umfeld des Alkoholkranken wird fast immer in das Krankheitsgeschehen einbezogen, so dass Alkoholismus nicht nur als Familien-, sondern auch als Umfeldkrankheit bezeichnet werden kann.“
(Schmidt 1993, S. 150).

Die Familie ist das unmittelbarste Feld, in dem sich die Auswirkungen des Alkoholmissbrauches am ehesten zeigen. Der Partner und die Kinder des Betroffenen werden mit dem Krankheitsbild konfrontiert und müssen sich im Verlauf der Krankheit mit den Verhaltensweisen und dem veränderten Wesen des Abhängigen auseinandersetzen.

Das Verhalten des Abhängigen hängt im starken Maße von seiner Grundpersönlichkeit, dem Verlauf und dem jeweiligen Stadium der Krankheit ab, wobei nach JELLINEK (1952) drei Phasen unterschieden werden.

In der ersten Phase, der Prodromalphase, versucht die Familie das Fehlverhalten des Abhängigen noch zu decken. Sie versucht, die ambivalenten Verhaltensweisen des Betroffenen zu kompensieren. In der kritischen Phase der Alkoholabhängigkeit ist der Betroffene nicht mehr in der Lage alle Rollenfunktionen in der Familie wahrzunehmen und es kommt zu qualitativen Veränderungen. Die bisherige Rolle des Betroffenen in der Familie wird nun von anderen Mitgliedern wahrgenommen. Durch die Wesensveränderung des Abhängigen mit fortschreitender Krankheit, die u. a. durch zunehmende Unzuverlässigkeit, erhöhte Aggressivität, Lethargien und einer allgemeinen Gleichgültigkeit geprägt ist, kommt es zu einer emotionalen Abwendung der Familienangehörigen. In der chronischen Phase der Krankheit schreitet die emotionale Abwendung fort und es zeigen sich häufig schwerwiegende Familienkonflikte. Gewaltanwendung, Vernachlässigung und sogar der sexuelle Missbrauch von Kindern kennzeichnen diese Phase der Krankheit. Die Scheidungsrate in Ehen mit Alkoholabhängigen liegt deutlich höher als die in Beziehungen von Nichtabhängigen (vgl. Feuerlein 1998, S. 209ff).

In einer besonderen Form sind die Kinder betroffen. Sie erleben häufig ein zerrüttetes Familienleben, einen Mangel an Fürsorge und positiven Anregungen. Der Wechsel zwischen übertriebener Zuwendung und Aggressionen, der durch alkohol-kranke Eltern praktiziert wird, kann zu schweren sozialen Entwicklungsstörungen führen. Die Kinder sind verunsichert, verängstigt, leiden unter Konzentrationsstörungen und weisen mitunter neurotische und soziale Fehlhaltungen auf. In den andauernden Belastungssituationen der Familie kommt es dazu, dass die Kinder in nicht entwicklungsgerechte Rollen schlüpfen, die ihnen es dann besser erlauben, mit den entsprechenden Situationen zurecht zu kommen. Solch ein Rollenwechsel kann folgende Gesichter haben:

- Rolle des Helden,
- Rolle des Sündenbocks,
- Rolle des verlorenen Kindes oder
- Rolle des Maskottchens.

Es kommt teilweise soweit, dass die Kinder infolge der Unfähigkeit ihrer alkoholabhängigen Eltern versuchen deren Rolle zu übernehmen, um die Aufgaben des täglichen Lebens zu realisieren (vgl. Schmidt 1997, S. 166ff, Feuerlein 1998, S. 195ff).

Neben den Auswirkungen auf die Familie, hat die Alkoholabhängigkeit auch Einfluss auf die Beziehungen zu Freunden und Bekannten. Die sozialen Kontakte und Freundschaften der Betroffenen sind durch Verheimlichung, Kontrollversuche, Hilfsangebote, Enttäuschung und Misstrauen geprägt. Freunde und Bekannte ziehen sich nach emotionalen Enttäuschungen und nach immer wieder erfolglosen Hilfsangeboten zumeist zurück (vgl. Büringer et al. 2000, S. 83).

Damit wird deutlich, dass die fortschreitende Krankheit das Gefüge der Familie erheblich beeinflusst und zunehmend Konfliktsituationen im Zusammenhang mit aggressiven Verhalten und Gewaltausbrüchen stehen. Die Familienangehörigen, Freunde und Bekannte und Kollegen sind in diesem Fall von Aggression, Gewalt und sexuellen Misshandlungen bedroht. Sie erfahren in solchen Situationen negative Körperkontakte, sammeln also Körpererfahrungen die sie mit negativen Erlebnissen wie Schlagen, Treten oder Stoßen usw. verbinden. Solche Situationen können sich im Krankheitsverlauf ständig wiederholen oder sogar zum Dauerzustand werden (dazu ausführlich im Kapitel 4).

Besonders bei Straftaten unter Alkoholeinfluss spielen vielfältige Formen des negativen Körperkontaktes eine wesentliche Rolle. Es handelt sich in erster Linie um provozierte Erregungs- und Enthemmungsdelikte wie Körperverletzungen und Widerstand, Beleidigungen, Sachbeschädigungen und Sexualdelikte. Bei pathologischen Rauschzuständen überwiegen die sog. grundlosen Gewaltdelikte (vgl. Feuerlein 1998, S. 199). KLEIN (1995) schätzt, dass bei jedem dritten Tötungsdelikt in Deutschland der Tatverdächtige unter Alkoholeinfluss steht. Etwa alle 25 Minuten wird eine schwere oder gefährliche Körperverletzung begangen, bei der auf Seiten des Täters eine Alkoholintoxikation vorliegt (Büringer et al. 2000, S. 85).

2.3 Therapie der Alkoholabhängigkeit

In Deutschland ist die Alkoholabhängigkeit durch ein Urteil des Bundesgerichtshofes von 1968 als Krankheit anerkannt. Damit wurde die rechtliche Grundlage für eine Kostenübernahme der Behandlungen durch die Krankenkassen und Rentenversicherer ermöglicht. Auf dieser Grundlage hat sich in den letzten Jahrzehnten ein breit gefächertes Hilffsystem für Suchtkranke entwickelt. Deutschland verfügt über ein differenziertes und im internationalen Vergleich äußerst effektives System von Therapiemöglichkeiten, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich (vgl. Lindenmeyer 2001, S. 365). Das mehrdimensionale Bedingungsgefüge der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit sowie die unterschiedlichen Verläufe der Krankheit erfordern einen vielschichtigen und interdisziplinären Ansatz der Therapie. Die zum Einsatz kommenden Verfahren und die zugeordneten Konzepte sollten so ausgerichtet sein, dass inhaltliche Schwerpunkte sowie Dauer der Behandlung, jeweils den konkreten Bedürfnissen des Einzelfalls angepasst sind (vgl. Feuerlein 1998, S. 238, Lindenmeyer 2001, S. 364).

Der Behandlungsverlauf der Alkoholabhängigkeit in Deutschland ist durch vier Phasen gekennzeichnet. In der Kontaktphase nimmt der Abhängige Kontakt zu einem Arzt bzw. zu einer Beratungsstelle auf. Hier geht es in erster Linie um das Bewältigen aktueller Krisen und Probleme, die Klärung der somatischen Folgen und der psychosozialen Situation sowie um das Schaffen einer Behandlungsmotivation. In der Entgiftungsphase ist das Hauptziel, den bisherigen Alkoholkonsum zu unterbrechen und eine vorläufige Abstinenz zu erreichen. Diese Phase ist vorwiegend durch körperliche Entzugserscheinungen und deren medikamentöser Behandlung geprägt. Darüber hinaus sollte der Alkoholabhängige zu einer Weiterbehandlung seiner Krankheit angehalten und entsprechende Motive verfestigt werden.

Die sich anschließende Entwöhnungsphase stellt den größten Behandlungszeitraum dar. Hier wird der Patient umfassend über das Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit und seiner Folgen aufgeklärt. Ziel ist es, Bewältigungsstrategien und Sozialisationsformen zu erlernen, die ein abstinentes Leben unterstützen. Die Nachsorgephase zielt darauf ab, die Ergebnisse der Entwöhnungsphase zu stabilisieren, insbesondere dem Abhängigen bei der Aufrechterhaltung seiner Abstinenz und der Wiedereingliederung in die sozialen Bezüge der Arbeit und Familie zu helfen.

Ein integraler Bestandteil der Behandlung von Alkoholabhängigen ist die Sporttherapie. Sie ist vor allem im Bereich der stationären Behandlung zu einem festen Bestandteil geworden (dazu ausführlich im Kapitel 3). Die Ziele, der Verlauf und die Therapiemethoden, die bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit zur Verfügung stehen, sind umfassend beschrieben. Auf eine ausführliche Darstellung soll unter Verweis auf die Literatur verzichtet werden.¹

¹ Zur Vertiefung der Thematik: u. a. Feuerlein (1995/2), Schmidt (1997), Götz (1998), Feuerlein et al. (1998), Kruse et al. (2000), Klinik Schweriner See (2000) und Lindenmeyer (2001).

2.3.1 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) – exemplarische Anwendung für die Behandlung eines Alkoholabhängigen aus der Sicht der Sporttherapie

Eine wesentliche Weiterentwicklung, insbesondere für den Bereich der Rehabilitation, stellt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) dar. Sie operationalisiert den Begriff der funktionalen Gesundheit als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (klassifiziert in der ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren, den Umwelt- und personenbezogenen Faktoren. Wesentliche Aspekte der ICF sind die funktionale Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus (Schaden), der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe (Partizipation) an Lebensbereichen (siehe Abbildung 1).

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell, auf dem die ICF basiert, können das positive und negative Funktions- und Strukturbild sowie das Aktivitäts- und Teilhabebild einer Person mit einem Gesundheitsproblem beschrieben werden. Damit ist die ICF für die Rehabilitation im Hinblick auf die Qualitätssicherung und Ergebnisevaluation und für die Ableitung konkreter Zielstellungen einzelner Therapiekomponenten wie z. B. in der Sporttherapie von besonderer Bedeutung (vgl. Schuntermann 2001, Schuntermann 2003, S. 2ff).

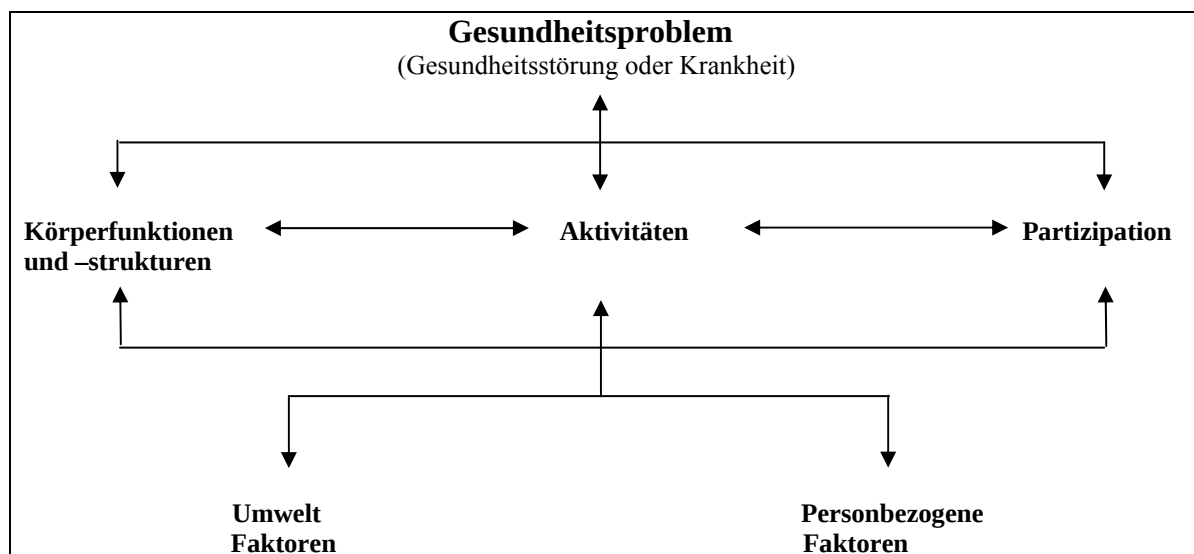


Abb. 1: Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), (vgl. Hüller & Schuntermann 2005; S.16)

Nachfolgend sollen die Dimensionen der ICF auf die Behandlung eines Alkoholabhängigen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung unter dem besonderen Blickwinkel der Sporttherapie beispielhaft beschrieben werden (vgl. Schüle & Jochheim 2004, S. 57f).

Der Patient

Herr R. wurde im Januar 2005 mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“, nach einer Entgiftungsbehandlung in der Klinik Schweriner See aufgenommen. Bei der Aufnahmeuntersuchung wurde zusätzlich eine ausgeprägte Polyneuropathie, welche erheblichen Einschränkungen der Motorik insbesondere im Bereich der Beine mit sich brachte, festgestellt. Herr R. arbeitete zuletzt als Kranführer und war in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis das gesamte

letzte Jahr krank geschrieben. Er ist allein stehend und lebt in einem Dorf ohne Einkaufsmöglichkeit, Arzt und Apotheke. Die Fahrerlaubnis ist Herrn R. entzogen worden und eine Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist am Wohnort nur sehr eingeschränkt gegeben.

Strukturschaden / Funktionsstörung

Der ursprüngliche Strukturschaden war die entsprechend der Leitlinien des ICD-10 diagnostizierte Alkoholabhängigkeit des Patienten. Die Funktionsstörungen wurden jedoch durch eine Folgeerkrankung hervorgerufen. Die Polyneuropathie, eine Schädigung des Zusammenspiels der Nerven und Muskulatur, und die sich daraus ergebenden motorischen Einschränkungen stellten die eigentliche Störung der Funktionen dar. Es handelte sich um eine deutliche Funktionsstörung der Gangmotorik, die sich auf alle Bewegungsbereiche und ganz besonders auf das Gleichgewicht auswirkte.

Interventionen

Die Therapie der alkoholinduzierten Polyneuropathie besteht primär aus einer absoluten Alkoholabstinenz und wurde im beschriebenen Fall in die Entwöhnungsbehandlung des Patienten eingebettet. Vom behandelnden Arzt wurden eine Substitution von Thiamin und B-Vitaminen sowie verschiedene physiotherapeutische Maßnahmen verordnet. Durch die Ernährungsberaterin wurde zusätzlich ein Ernährungsplan erstellt, der auf eine Kalorienzufuhr von mindestens 3000 kcal pro Tag ausgerichtet war (vgl. auch Seitz et al. 1995, S. 498f). Die Behandlungen wurden jeweils vom Aufnahmearzt angeordnet und von den Schwestern eingeleitet.

Aktivität – Beeinträchtigung der Aktivität

Die Aktivitätsstörung leitete sich aus dem Krankheitsbild der Polyneuropathie ab und stellte sich primär als eine Störung der Gangmotorik dar. Diese war die Folge eines lang andauernden Alkoholmissbrauches und beeinträchtigte die Handlungsfähigkeit und Aktivitäten des Patienten in fast allen Lebensbereichen. Wesentliche Einschränkungen der Gleichgewichtsfähigkeit führten zur erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag. So konnte der Patient sich nur noch mühsam ankleiden, dies geschah teilweise im Sitzen oder Liegen, weil ein kurzeitiges Stehen auf einem Bein nicht mehr möglich war. Darüber hinaus konnte Herr R. nur Strecken zwischen 300 und 500 Metern gehen. Dann bekam er stechende Schmerzen in den Unterschenkeln und musste eine längere Pause einlegen. Jegliche Aktivitäten des Patienten, die mit einer Ortsveränderung oder einer Gleichgewichtsanforderung verbunden waren, konnte er nur mit großer Anstrengung und mit erheblichen Schmerzen in den Beinen bewältigen.

Interventionen

In der Rehabilitation kommt es u. a. darauf an, die Erwerbsfähigkeit der Patienten wieder herzustellen. Eine Grundvoraussetzung im geschilderten Fall war die Herausbildung einer stabilen Abstinenzentscheidung im Rahmen der Therapie. Aus medizinischer Sicht wurde die Gabe von B-Vitaminen fortgesetzt und eine stabile Kalorienzufuhr angestrebt. In der Sporttherapie wurde in enger Zusammenarbeit mit der Physiotherapie ein bewegungsorientierter Behandlungsplan erstellt, in dessen Mittelpunkt zunächst die Verbesserung des Gangbildes und der Gleichgewichtsfähigkeit stand. Dabei wurde versucht, den Patienten systematisch und ressourcenorientiert zu aktivieren.

Folgende Maßnahmen waren Bestandteil des Behandlungsplans in der Physiotherapie:

- Bäder,
- physikalische Behandlungen
- und Krankengymnastik.

In der Sporttherapie:

- Training der komplexen koordinativen Fähigkeiten, mit besonderem Augenmerk auf dem Gleichgewicht,
- Ergometertraining,
- Schwimmen und
- ein dosiertes Muskelaufbautraining.

Partizipation (Teilhabe) – Beeinträchtigung der Teilhabe

Herr R. war durch die Funktions- und Aktivitätsstörung im privaten, sozialen und vor allem im beruflichen Bereich beeinträchtigt. Die ausgeprägte Störung des Gleichgewichtes machte es unmöglich, dass der Patient seinen Beruf als Kranführer ausübte. Darüber hinaus war er durch den Verlust der Fahrerlaubnis auf öffentliche Verkehrsmittel oder auf das Fahrrad angewiesen. Radfahren war aus zuvor benannten Gründen ebenfalls nicht möglich. Dem Patienten war es somit nicht oder nur unter schwierigen Umständen möglich, am Arbeitsleben teilzuhaben. Ebenso waren seine Kontakte zur Umwelt auf ein Minimum reduziert. Er verließ kaum das Haus, traf nur selten Freunde und Bekannte und zeigte kein Interesse an gesellschaftlichen Ereignissen.

Interventionen

Der Behandlungsplan innerhalb der Therapie hat u. a. das Ziel, den jeweiligen Beeinträchtigungen der Teilhabe entgegenzuwirken. Im vorliegenden Fall kam es darauf an, eine eventuelle Rückkehr in die Arbeitswelt und damit eine günstigere soziale Integration über eine Minderung der Funktionsstörungen zu erreichen. Zu diesem Zweck sind die zuvor benannten medizinischen und physiotherapeutischen Maßnahmen fortgesetzt worden. In der Sporttherapie standen verstärkt Bewegungsaufgaben, Spiele und Übungen in der Gruppe sowie ein dosiertes Muskelaufbautraining im Mittelpunkt der Arbeit. Alle Maßnahmen wurden unter Einbeziehung psychosozialer Zielstellungen, wie z. B. Kommunikation, Vertrauen, Körperkontakt usw., in der Gruppe durchgeführt. Darüber hinaus wurde versucht, Herrn R. Möglichkeiten aufzuzeigen, sich in seiner Freizeit entsprechend seiner Möglichkeiten zu bewegen (möglichst in der Gemeinschaft). Auch der Besuch sportlicher Veranstaltungen wurde angeregt.

Die zuvor beschriebenen Dimensionen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie eng miteinander verbunden sind und fließende Übergänge aufweisen. Eine gezielte Weiterbehandlung von Herrn R. in der Nachsorge ist für die Sicherung des Behandlungserfolges unumgänglich. Das dargestellte Beispiel macht die Handhabung der ICF in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen deutlich und beleuchtet die Möglichkeiten bewegungsorientierter Interventionen in diesem Prozess. Die Arbeit der Sporttherapie in den zuvor benannten Dimensionen hat eine unmittelbare Auswirkung auf die Kontextfaktoren des Patienten. Diese stellen den gesamten Lebenshintergrund des Menschen dar und umfassen sowohl Umwelt- als auch personenbezogene Faktoren (siehe Abbildung 1). Im Zusammenspiel der Sporttherapie und der anderen Behandlungsmaßnahmen werden diese umfassend und wechselseitig beeinflusst und ermöglichen so, eine planmäßige Beeinflussung des jeweiligen Gesundheitsproblems.

3 Sporttherapie

Die Sporttherapie ist im Kapitel zuvor als ein integraler Bestandteil der Behandlung von Alkoholabhängigen gekennzeichnet worden. Im folgenden Kapitel wird der Begriff „*Sporttherapie*“ definiert und die Inhalte der sporttherapeutischen Arbeit mit Alkoholabhängigen gekennzeichnet. Darüber hinaus soll die theoretische Begründung der Sporttherapie sowie der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen dargestellt werden.

3.1 Sporttherapie – Begriffbestimmung

In einer Zeit zunehmender Technisierung und Automatisierung werden Umfang und Intensität von Bewegung in Beruf und Freizeit immer geringer. Das führt dazu, dass die körperliche Beanspruchung der Menschen im Alltag minimiert wird. Die Veränderung der menschlichen Lebensweise in den letzten Jahrzehnten hat die biologischen Gesetzmäßigkeiten der Entwicklung des Menschen unberührt gelassen. Zu diesen gehört eine Grundregel, die besagt:

„Struktur und Leistungsfähigkeit eines Organs werden bestimmt vom Erbgut, von der Qualität und der Quantität seiner Beanspruchung“ (vgl. Hollmann, Hettinger, 2000 S. 7).

Vor dem Hintergrund eines veränderten Gesundheitsverständnisses haben Bewegung und bewegungsorientierte Therapieverfahren eine größere Beachtung erlangt. Die Sporttherapie, als eine Verbindung von Sportwissenschaft, Medizin, Rehabilitationswissenschaft und Pädagogik hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Die ganzheitliche Ausrichtung, die weit über ein reines Trainingskonzept hinausgeht, hat sich in allen Feldern der Rehabilitation fest etabliert (vgl. Schüle 2000, Vorwort). Auf den ersten Blick scheint der Begriff „*Sporttherapie*“ zwei widersprüchliche Komponenten zu enthalten. Den „*Sport*“ mit seiner eher leistungsorientierten Komponente und die „*Therapie*“ als das Heilverfahren. Die Verbindung von Sport und Therapie wurde in Deutschland erst in den siebziger Jahren durch RIEDER (1975) in „*Sport als Therapie*“ hergestellt und begründet (vgl. Huber 1996, S. 71).

Im Laufe der immer größeren Einbindung von Bewegung und Sport in den Bereich der bisher überwiegend medizinisch orientierten Behandlungen sind eine Reihe von unterschiedlichen Definitionen zum Begriff Sporttherapie entstanden. Die gängigste und umfassendste Definition wurde 1986 vom damaligen Deutschen Sporttherapeutenbund (DSThB) verfasst und 1990 von dem inzwischen umbenannten Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) übernommen. Hier wird die Sporttherapie als ein untergeordneter Bereich der Bewegungstherapie gekennzeichnet und es werden alle Verfahren einbezogen, die Bewegung und Sport als Therapie einsetzen.

*„**Bewegungstherapie** ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten allein oder in der Gruppe durchgeführt wird.“ „**Sporttherapie** ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer soziotherapeutischer Verfahren ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen.“* (Schüle & Deimel 1990).

3.2 Sporttherapie mit Alkoholabhängigen

Zeitgemäße Rehabilitationskonzeptionen umfassen in der Regel ein individuell abgestimmtes System medizinischer, psychologischer, sozial-, ergo- und sporttherapeutischer Maßnahmen. Orientierend an den Dimensionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), geht es um das Beheben von Struktur- bzw. Funktionsschäden, eine Verbesserung der Möglichkeiten für selbstständiges Handeln (Aktivität) und der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben (vgl. Kapitel 2.3.1.). Zielstellung ist es, die verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Erkrankten bzw. Behinderten zu fördern, diese zu verselbstständigen und ihnen so zu einer weitgehenden Unabhängigkeit zu verhelfen. Aus der Sicht der Kostenträger konzentrieren sich die Ziele der medizinischen und beruflichen Rehabilitation auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit (vgl. Huber 2000, S. 124). Die Ziele der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen ordnen sich diesen unter. Die auf Aktivität ausgerichteten Angebote der Sporttherapie stellen ein wesentliches Element integrierter Behandlungsmodelle dar (vgl. Deimel 1997, S. 180).

In der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken bzw. Alkoholabhängigen leiten sich bewegungsspezifische Zielsetzungen von der Symptomatik bzw. dem Störungsbild der jeweiligen Krankheit ab. Die Alkoholabhängigkeit weist eine Fülle von Merkmalen und Symptomen im physischen, psychischen und sozialen Bereich der Betroffenen auf (vgl. Kapitel 2.2.). VAN DER SCHOOT & DEIMEL (1988) kennzeichnen für Alkoholabhängige unter bewegungs- und sportspezifischen Gesichtspunkten folgende Störungen, Defizite und Folgeschäden:

- in der physischen Belastungs- und Leistungsfähigkeit,
- im senso- und psychomotorischen,
- affektiv- emotionalen,
- motivationalen und
- im sozialen Bereich.

Die Summe dieser Symptome macht die Komplexität und Variabilität der Alkoholabhängigkeit deutlich. Die einzelnen Störvariablen treten nicht isoliert, sondern in individuell unterschiedlichen Schweregraden und Interdependenzen auf (vgl. van der Schoot & Deimel 1988, S. 10). Im übergeordneten Sinne lässt sich Suchtverhalten als eine Beziehungsstörung zu sich, zum eigenen Körper und zu anderen verstehen. Die in der Regel nicht isoliert auftretenden Beziehungsstörungen nehmen zum Teil erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung, das Erleben und die Bewertung von eigenem und fremden Handeln und Verhalten. Die zentrale Störung des suchtkranken Menschen liegt aus bewegungs- und sporttherapeutischer Sicht in der Beziehung des Betroffenen zu sich und zu seiner Leiblichkeit (Körperlichkeit) und den Menschen seiner Umwelt (vgl. Deimel 1997, S. 183).

Für die Sporttherapie mit Alkoholabhängigen kommt es darauf an, den Betroffenen zu einem möglichst ungestörten Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und damit zu einer möglichst ungestörten Übereinstimmung mit sich und der Umwelt zu verhelfen. Damit ist die Förderung und Vermittlung entsprechender Handlungskompetenzen verbunden. Der Alkoholabhängige soll in die Lage versetzt werden, die eigenen körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen, Prozesse und Energien selbst zu regulieren, zu kontrollieren und zu optimieren bzw. auftretende Störungen zu bewältigen.

3.3 Theoretische Begründung der Sporttherapie

Die theoretische Begründung der Sporttherapie beruht auf einer Vielzahl von Wissenschaftsbereichen, Modellen und deren Theoriefelder. Diese vollständig und ausführlich darzustellen, würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Nachfolgend sollen die wesentlichen Theoriefelder, die die Sporttherapie übergreifend bzw. direkt begründen, kurz dargestellt und erläutert werden (siehe Tabelle 4).

Theoriefelder der Sporttherapie – mit Alkoholabhängigen (eine Auswahl)				
Sporttherapie mit Alkoholabhängigen				
Dimensionen der Sporttherapie	funktionale (körperlich) Dimension Bewegungslehre (u. a. Meinel) - Handlungsregulation	psychosoziale Dimension Sportpsychologie (u. a. Gabler, Nitsch) - handlungstheoretische Perspektiven	pädagogische Dimension Sportpädagogik (u. a. Grupe, Krüger) - Bildung und Erziehung im Sport, Kenntnisvermittlung (Körperkenntnisse)	
spezifische Theoriefelder der Sporttherapie	Trainingslehre (u. a. Harre; Schnabel) - Adaptation und die Trainierbarkeit motorischer Fähigkeiten	- Kommunikations- theorie - Selbstkonzept und Körperkonzept	- Sportdidaktik - Sinngehalt des Sportes	
	Sportmedizin (u. a. Hollmann, Hettinger) - Leistungsdiagnostik			
Bezugswissenschaften	Medizin	Psychologie	Sozialwissenschaft	Sportwissenschaft
Modelle und Theorien der Metaebene	Gesundheitsmodelle - Salutogenese (Antonovsky)		Lerntheorien - Behaviorismus (u. a. Skinner), - Klassisches Konditionieren (u. a. Pawlow)	

Tab.4: Theoriefelder der Sporttherapie – eine Auswahl

Die Salutogenese nach ANTONOVSKY ist ein Gesundheitsmodell, das in gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Kreisen große Beachtung findet. Gegenüber einer pathogenetisch-kurativen Betrachtungsweise, stellt das Konzept von ANTONOWSKI die Frage nach den gesund erhaltenden Ressourcen des Menschen in den Vordergrund.

„Dementsprechend fragt die salutogenetische Perspektive primär nach den Bedingungen von Gesundheit und nach den Faktoren, die Gesundheit schützen und zur Unverletzlichkeit beitragen.“ (Bengel et al. 2001, S. 9).

Die Betrachtungsweise der Salutogenese, in deren Mittelpunkt die psychophysischen Stressoren, generalisierte Widerstandsquellen und der Kohärenzsinn stehen, hat zu einem Paradigmenwechsel geführt. Von einem krankheitszentrierten Modell der Pathogenese hin zum gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv ausgerichteten Modell der Salutogenese (Bengel et al. 2001, S. 9f).

Eine Analyse der Arbeit der Sporttherapie hat die hohe Tragfähigkeit dieses Ansatzes gezeigt. Besonders die Verbindung des Kohärenzsinn und der generalisierten Widerstandsquellen mit dem konkreten sporttherapeutischen Handlungsfeld machen dies deutlich. Im salutogenetischen Modell wird der Kohärenzsinn als ein umfassendes persönlichkeitspezifisches Konstrukt gekennzeichnet, das sich aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammensetzt. Aus der Sicht der Sporttherapie heißt das:

- Verstehbarkeit – die Erfahrungen (Selbsterfahrungen) den eigenen Körper betreffend besser zu verstehen, angemessen einzuordnen und zu bewerten.
- Handhabbarkeit – durch die handlungsorientierte Sporttherapie zu erfahren bzw. zu lernen mit Problemen umzugehen. Das Erschließen von körperorientierten Ressourcen spielt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle.
- Bedeutsamkeit – die Vermittlung der Sinnhaftigkeit des Lebens ist in der Rehabilitation von übergeordneter Bedeutung. In der Sporttherapie kann, über die Vermittlung von Erfolgserlebnissen oder dem Erschließen neuer und konkreter Erfahrungen, ein Beitrag dazu geleistet werden (vgl. Huber 2004/1, S. 32f).

Generalisierte Widerstandsquellen prägen zum einen ständig die Lebenserfahrung eines Menschen und bilden zum anderen positive Ressourcen zur Spannungsregulierung.

ANTONOVSKY kennzeichnete folgende Klassen von Widerstandsquellen:

- körperliche Widerstandsquellen, z. B. Anpassungsfähigkeit oder Immunkompetenz,
- physikalische Widerstandsquellen, z. B. Kleidung, Nahrung,
- kognitive und einstellungsbezogene Widerstandsquellen, z. B. Selbstkonzept (Körperkonzept), Wissen und Kenntnisse (Körperkenntnisse),
- soziale Widerstandsquellen, z. B. soziale Unterstützung.

Die Veränderung des Körperkonzepts von Alkoholabhängigen und die Vermittlung von Körperkenntnissen sind u. a. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Der Kohärenzsinn aktiviert und schöpft die verschiedenen Widerstandsquellen aus, umgekehrt beeinflussen die Widerstandsquellen den Kohärenzsinn. Vor diesem Hintergrund kann die Sporttherapie in zweifacher Hinsicht wirksam werden. Durch geeignete Maßnahmen der Bewegung und des Sportes können zum einen Widerstandsquellen erlebbar gemacht und zum anderen die verschiedenen Komponenten des Kohärenzsinn positiv beeinflusst werden (vgl. Bengel et al. 2001, S. 34f).

Neben den Gesundheitsmodellen wird die Sporttherapie durch eine Reihe von grundlegenden Theorien geprägt. So sind z. B. verschiedene lerntheoretische Aspekte in der Sporttherapie fest verankert. Lernen, welches eng mit dem Verhalten verknüpft ist, spielt in der Entwicklung des Menschen eine wesentliche Rolle (vgl. Schönplüg & Schönplüg 1995, S. 338ff). Die grundlegenden Prozesse des Lernens beinhalten ein aktives Verarbeiten von Informationen und äußern sich z. B. im Lernen an den Konsequenzen von Verhaltensweisen (Erfolg und Misserfolg, Belohnung und Bestrafung) oder Lernen als Lernen durch Einsicht (vgl. Mietzel 1998, S. 125ff, 181ff). Das aktive Vermitteln und Verarbeiten von Informationen ist permanenter Gegenstand des handlungsorientierten Alltags der Sporttherapie. Ebenso sind die Gesetzmäßigkeiten des motorischen Lernens und der motorischen Entwicklung (vgl. Pöhlmann 1985, Meinel & Schnabel 1998) Grundlage der sporttherapeutischen Tätigkeit in allen Bereichen.

Die Bezugswissenschaft mit dem fundamentalsten Einfluss auf die Sporttherapie ist die Sportwissenschaft. Die theoretischen Grundlagen der Teilbereiche Trainingslehre, Bewegungslehre, Sportpsychologie und Sportpädagogik bilden den Rahmen sporttherapeutischer Tätigkeit. Der handelnde, sich bewegende Mensch (Patient) steht dabei im Mittelpunkt. Demzufolge haben die Gesetzmäßigkeiten, die im Zusammenhang mit Bewegung und Handlung durch die einzelnen Wissenschaftsbereiche untersucht und formuliert werden, für die Sporttherapie ihre Gültigkeit (vgl. Schüle & Huber 2004, S. 9ff). So sind z. B. die Erkenntnisse der Trainingslehre in Bezug auf Adaptation oder die Erfahrungen der Bewegungslehre in Bezug auf das Bewegungslernen, ohne weiteres auf die Arbeit mit Patienten der verschiedenen Indikationen zu übertragen. Dabei müssen medizinische (sportmedizinische) und psychologische Erkenntnisse, wie z. B. zur Entstehung und Erscheinungsform der Krankheitsbilder ihre Berücksichtigung finden.

Eine besondere Nähe hat die Sporttherapie zur Pädagogik (Sportpädagogik), in deren Mittelpunkt die Bereiche Bildung (Kenntnisvermittlung) und Erziehung stehen. Einer der Leitideen der Sportpädagogik ist die Erziehung zur Handlungsfähigkeit. Dabei ergänzen sich Sportkompetenz, Mehrperspektivität und Lebenskunst einander. Eine integrative pädagogische Zielstellung ist es, die Erziehung durch Bewegung und Sport zu ermöglichen.

*„Das heißt: zum Sport zu erziehen, indem sportliche Kompetenzen aufgebaut werden;
im Sport zu erziehen, indem sportliche Aktivität mehrperspektivisch erschlossen wird;
durch Sport zu erziehen, indem Sporttreiben als Element der Lebenskunst erfahren wird.“ (Balz & Kuhlmann 2003, S. 77).*

Diese Leitsätze lassen sich vollständig auf die Sporttherapie übertragen. Auch hier ist die Zielstellung, die Handlungsfähigkeit der Patienten entsprechend ihrer individuellen Störungen bzw. Schäden zu verbessern (vgl. Balz & Kuhlmann 2003, S. 67-80, Huber 2004, S.197ff).

Neben den oben benannten Teilbereichen der Sportwissenschaft sind auch die Theorien der Sportpsychologie für die Sporttherapie bedeutsam. Hier kann die handlungstheoretische Perspektive der Sportpsychologie genannt werden. Es geht nicht nur um die Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung des Alltagshandelns (die Außenansicht), sondern auch um das Verstehen der Handlung aus der „*Innensicht*“ (vgl. Nitsch 2000, S. 46ff). Die durch die handlungstheoretische Konzeption angestrebte Verknüpfung von Innen- und Außenansicht, Bewusstsein und Tätigkeit ist eine Aufgabe, die u. a. bei den sporttherapeutischen Interventionen mit Alkoholabhängigen eine Rolle spielt. Das bewusste Erfassen der körperlichen Tätigkeit, allein oder in der Gruppe, und das Erleben der Folgen bzw. Wirkungen der Handlungen ist eine zentrale Aufgabe der Sporttherapie (vgl. u. a. Deimel 1997, S. 180-189, Huber 2004/2, S. 79ff).

Die zahlreichen Indikationen und Zielgruppen der Sporttherapie sowie die vielen Facetten der sporttherapeutischen Interventionen lassen sich nicht monotheoretisch erklären und begründen. Die Sporttherapie benötigt, wie in der Auswahl (Tabelle 4) dargestellt, ein aus mehreren Theorien zusammengesetztes Rahmenkonzept zur theoretischen Begründung (Huber 2004/1, S. 32ff).

3.4 Stand der sportwissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen

Die Sporttherapie ist seit einigen Jahren zu einem festen Bestandteil der Behandlung von Alkoholabhängigen geworden. Sie lässt sich in Anlehnung an verschiedene Wissenschaftsbereiche theoretisch begründen und hat einen hohen Stellenwert innerhalb der Therapie von Suchterkrankungen erreicht (vgl. u. a. Stammer & Werle 1996, S. 373ff). Um die Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen zu belegen, ist es notwendig, den Beweis durch wissenschaftliche Untersuchungen zu führen (vgl. Deimel 2005).

Im Bereich der bewegungsorientierten Arbeit mit Alkoholabhängigen sind in den letzten Jahren verstärkt Bemühungen unternommen worden, die Arbeit der Sporttherapie wissenschaftlich zu begleiten und deren Wirksamkeit nachzuweisen. Insgesamt muss jedoch konstatiert werden, dass die Anzahl der Untersuchungen immer noch sehr überschaubar ist bzw. die durchgeführten Studien nur teilweise veröffentlicht werden und daher schwer zugänglich sind.

Im folgenden Kapitel werden der Stand der sportwissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen im Bereich „*Sporttherapie mit Alkoholabhängigen*“ dargestellt und die eigenen Untersuchungen eingeordnet. In der Tabelle 40 (Anhang) ist eine Auswahl sportwissenschaftlichen Arbeiten der letzten Jahre mit direktem bzw. indirektem Bezug zur vorliegenden Studie zusammengestellt. Diese Aufstellung kennzeichnet den Verfasser, das Erscheinungsjahr und den Titel, deren inhaltliche Orientierung sowie die wesentlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

Beim Studium der Literatur kristallisierten sich die Bereiche:

- Empirische Untersuchungen,
- konzeptionelle Arbeiten und
- Erfahrungsberichte heraus.

Nachfolgend sollen die Ergebnisse ausgewählte Arbeiten betrachtet sowie die Ziele und Inhalte der eigenen Untersuchung eingeordnet werden.

Empirische Untersuchungen

Ausgangspunkt verschiedener Untersuchungen der siebziger und achtziger Jahre waren die die motorischen Hauptbeanspruchungsformen, deren Funktionalität bzw. Trainierbarkeit im Rahmen einer Therapie. Insbesondere wurde die Wirkung von Ausdauertraining auf verschiedene physiologische Parameter und mögliche Veränderungen bei ausgewählten psychosozialen Komponenten untersucht (u. a. Gary & Guthrie 1972, Frankel & Murphy 1974, Weber 1984). Von besonderem Interesse waren die Möglichkeiten und Wirkungen des Lauftrainings bei der Behandlung alkoholabhängiger Patienten.

GARY & GUTHRIE (1972) untersuchten die Auswirkungen eines vierwöchigen Joggingprogramms auf physische Fitness und Selbstkonzept von Alkoholabhängigen in einer stationären Therapie. An der Studie nahmen insgesamt 20 alkoholabhängige Männer (10 in der Untersuchungsgruppe und 10 in der Kontrollgruppe) mit einer Altersspanne von 25 bis 56 Jahren teil. Für die Patienten der UG wurde ein Laufprogramm mit einem Umfang von fünfmal pro Woche je eine Meile durchgeführt. Als Obergrenze wurde das Erreichen von 20 Meilen innerhalb von vier Wochen festgelegt. Das Lauftempo konnte durch die Teilnehmer individuell festgelegt werden. Zu Beginn und am Ende des Untersuchungszeitraums wurden bei allen Teilnehmern die „*Gough-Adjektiv-Check-Liste*“ (ACC) zur Selbstbewertung,

die „*Jourard Körper- und Selbstbewertungsskalen*“ zur Ermittlung der Körperzufriedenheit sowie der „*Schneider Test*“ zur Bestimmung verschiedener physiologischer Parameter eingesetzt. Zusätzlich wurden während des Programms für alle Studienteilnehmer Protokolle zum Trink- und Schlafverhalten geführt. Die Ergebnisse belegen für die UG signifikante Verbesserungen aller physiologischen Parameter sowie eine signifikant verbesserte Körperzufriedenheit. Darüber hinaus wurde bei den Teilnehmern des Laufprogramms ein signifikant stabileres Schlafverhalten (weniger Schlafunterbrechungen) festgestellt. Die Komponenten „*Selbstakzeptanz*“, „*Selbstkritik*“, „*Maskulinität*“, „*Abhängigkeit*“ und „*Aggression*“ entwickelten sich sowohl in der UG als auch in der KG gleich.

FRANKEL & MURPHY (1974) untersuchten an 214 alkoholabhängigen Männern mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren den Zusammenhang zwischen der körperlichen Fitness und der Persönlichkeit. In einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung wurden die körperliche Fitness („*Illinois Standard Test of Physical Fitness*“, PFT) und verschiedene Persönlichkeitsvariablen („*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*“, MMPI) erfasst. Eine Kontrollgruppe wurde nicht installiert. Über einen Zeitraum von 12 Wochen absolvierten die Patienten in einer Gruppengröße von 10 bis 12 Personen an 5 Tagen in der Woche ein 60 minütiges Fitnesstraining, das aus Dehn- und Kraftübungen sowie einem etwa 20-minütigem Ausdauertraining im Gehen oder Laufen bestand. Die Ergebnisse zeigen für fast alle Parameter der körperlichen Fitness signifikante bzw. hoch signifikante Verbesserungen. Parallel erfasste physiologische Parameter veränderten sich ebenfalls signifikant. So kam es bei den Probanden zu einem signifikanten Gewichtsverlust, dem Absinken des Ruhepulses und des diastolischen Blutdrucks. Bei dem Persönlichkeitstest verbesserten sich 10 von 13 Variablen signifikant. Zusammenhänge konnten zwischen den Variablen „*depression*“ und „*blame-projection*“ und der Körperlichen Fitness nachgewiesen werden. Die Zunahme der körperlichen Fitness ging hier mit einer Verbesserung der Werte zur Beurteilung der Persönlichkeit einher.

Erst Ende der siebziger Jahre wurde die Frage nach der Trainierbarkeit von Alkoholabhängigen in Deutschland aufgegriffen. SCHÜRICH, LAGERSTRÖM und HOLLMANN (1978) untersuchten an 11 alkoholabhängigen Männern die Durchführbarkeit und Auswirkungen eines auf präventivmedizinische Aspekte ausgerichteten Sportprogramms. Es wurden Untersuchungs- und Kontrollgruppen gebildet und in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung die motorischen Beanspruchungsformen Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit und Koordination getestet. Das Trainingsprogramm der Patienten erstreckte sich über einen Zeitraum von sechs Wochen und hatte einen Umfang von 4 x 1 Stunde pro Woche. Die Inhalte des Trainings wurden vordergründig auf die Verbesserung der Herz-Kreislauffunktionen ausgerichtet und waren bewusst freudvoll, abwechslungsreich und wenig leistungsorientiert. Es wurden verschiedene Gymnastikformen und im Hauptteil Übungen und Spiele mit unterschiedlichen Geräten, ein kurzes Laufprogramm (3-5 min) sowie kräftigende Übungen zum Einsatz gebracht.

Die Ergebnisse zeigen für die UG signifikante Verbesserungen der physiologischen Parameter zur Bestimmung der Kreislaufleistungsfähigkeit (maximale Sauerstoffaufnahme und Sauerstoffpuls) und der motorischen Fähigkeiten Schnelligkeit und Schnellkraft. Die statische Kraft und die koordinativen Fähigkeiten veränderten sich für beide Gruppen nicht. Resümierend stellen die Autoren fest, dass schon ein „*Minimaltrainingsprogramm*“ ausreicht, um bei Alkoholabhängigen eine Verbesserung der Kreislaufleistungsfähigkeit zu erreichen. Sie gehen weiterhin davon aus, dass die erzielten Adaptationen in der Lage sind, zumindest teilweise vorhandene kardiovaskuläre Veränderungen zu kompensieren. Die vordergründige Zielstellung des Trainings sollte demnach eher im präventivmedizinischen Bereich liegen und weniger auf Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit ausgerichtet sein.

WEBER (1984) postuliert die Ergebnisse einer Studie an der insgesamt 46 alkoholabhängigen Männern teilnahmen. In die Endauswertung gelangte 26 Patienten, jeweils 13 Probanden der UG und KG. Er untersuchte über einen Zeitraum von vier Monaten die Wirkungen eines Lauftrainings („*Lauftherapie mit Alkoholikern*“). Im Focus standen die psychischen Komponenten Angst und Depression, die der Autor in enge Verbindung zur Alkoholabhängigkeit bringt. Darüber hinaus wurde die Veränderung der Variablen psychosomatische Gestörtheit, Wohlbefinden, Coping und Stress erfasst. Die Patienten der UG absolvierten an drei Tagen in der Woche (Montag, Mittwoch und Freitag) ein Lauftraining mit dem Ziel, am Ende der Behandlung eine halbe Stunde durchgängig zu laufen können. Als Trainingsmethode wurde die wechselhafte Dauermethode eingesetzt. Hier erfolgt ein Wechsel zwischen Gehen und Laufen, wobei die Phasen des Gehens mit zunehmender Trainingsdauer immer geringer werden. Zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Behandlung wurde die Untersuchungs- und Kontrollgruppe mit dem „*STAI-Angstinventar*“ und einem „*Fragebogen zur Selbsteinschätzung*“ getestet. Die Patienten der KG nahmen nicht am Lauftraining teil. Am Ende der Therapie zeigen beide Gruppen statistische signifikante Verbesserungen in den untersuchten Variablen. Die Untersuchungsgruppe erreicht im Vergleich zur Kontrollgruppe in allen Bereichen günstigere Werte. Statistisch gesicherte Unterschiede konnten für die Staite-Variablen „*Zustandsangst*“ und „*Stress*“ ermittelt werden. WEBER (1984) resümiert, dass Laufen in der Therapie von Alkoholabhängigen als eine wirkungsvolle Hilfe angesehen werden kann. Er unterstreicht die besondere Rolle von Ängsten im Krankheitsbild des Abhängigen. Ein gezieltes Lauftraining kann diese positiv beeinflussen.

LEHOFER et al. (1995) griffen die Ergebnisse der zuvor dargestellten Studien auf und untersuchten die Wirkungen einer „*Lauftherapie im Entzug bei chronischem Alkoholismus*“. An dieser Studie nahmen 28 Patienten (je 14 in UG und KG) teil. Die Teilnehmer der UG begannen das Lauftraining zwei bis sechs Tage nach der Aufnahme zur Entgiftungsbehandlung. Es wurde täglich eine Stunde bei jedem Wetter über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt. Entsprechend der individuellen Voraussetzungen der Patienten ist mit einer wechselnden Dauermethode bzw. mit der Dauermethode trainiert worden. Die Patienten der KG nahmen am obligaten Therapieprogramm teil und absolvierten kein Lauftraining. Während des Untersuchungszeitraumes wurden Befindlichkeitsmessungen (visuelle Analogskala), eine Depressivitätsskala (nach von Zerssen), Beschwerdelisten (nach von Zerssen) und das State-Trait Angstinventar als Testinstrumente eingesetzt.

Im Ergebnis dieser Arbeit werden Unterschiede zu den zuvor dargestellten Befunden deutlich. Bei keinem der im Untersuchungszeitraum erhobenen Faktoren (Befindlichkeit, körperliche Beschwerden, Depressivität, Zustandsangst, systolischer und diastolischer Blutdruck und Ruhepuls) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen UG und KG nachgewiesen werden. Lediglich beim Parameter „*Eigenschaftsangst*“ ergab sich eine positivere Veränderung in der UG. Damit widersprechen diese Befunde im Wesentlichen den Ergebnissen der zuvor benannten Studien. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich ein Lauftraining mit alkoholabhängigen Patienten im Entzug weniger als eine adäquate adjuvante somatische Therapieform eignet, wohl aber eine wertvolle unterstützende psychologische Therapie sein kann. Das Lauftraining wird hier als eine wichtige Lernerfahrung eingeordnet.²

In den zuvor benannten Untersuchungen wurde belegt, dass ein gezieltes Lauftraining mit Alkoholabhängigen eine wertvolle Maßnahme in der Therapie sein kann. Neben der Verbesserung der Ausdauerleistung bewirkt ein Lauftraining positiv auf verschiedene physiologische und psychische Parameter. Kritisch ist zu bemerken, dass die Studien mit teilweise sehr kleinen Stichproben (Schürich, Lagerström, Hollmann 1978), nur mit Männern, bei fehlender

² Zur Vertiefung der Thematik: Bartmann (1989, 40-41), Steinsmeier-Pelster (1989, 357-367), Bartmann (1992, S. 47-50), Lehofer et al. (1995, S. 55-64)

Kontrollgruppe (Frankel & Murphy 1974) und über einen relativ kurzen Zeitraum durchgeführt wurden. Für die Ergebnisse von LEHOFER et al. (1995) ist anzumerken, dass das in der Studie eingesetzte Trainingsprogramm in Umfang und Intensität für Patienten in Alkoholentzug nicht geeignet scheint. Ein tägliches Lauftraining mit einem Umfang von einer Stunde stellt für die Patienten eine permanente Überforderung dar. Hier wurden die gesetzmäßigen Beziehungen zwischen Belastung, Beanspruchung und Entwicklung, wie z. B. der Wechsel von Belastung und Erholung und die systematische Steigerung der Belastung, nicht beachtet (vgl. Schnabel, Harre & Borde 1994, S. 89ff, 287ff). Die Ergebnisse könnten auf ein andauerndes „Übertraining“ hinweisen.

In den folgenden Jahren verbreiterte sich das Spektrum der empirischen Arbeiten im Bereich der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen. In den Arbeiten von KLEIN (1987), DUBERNY (1992), DEIMEL & RICKERT (1993), SEIDEL & WICK (1997), DEIMEL (2001) oder GIES (2001) werden komplexe Ansätze für die Untersuchungen gewählt. Neben den motorischen Komponenten und den zuvor benannten psychischen Variablen wurden solche Aspekte wie der Zusammenhang von sporttherapeutischen Aktivitäten und der Rückfallquote (Seidel & Wick 1997), die Auswirkungen von Bewegungsaktivitäten nach einem Klinikaufenthalt (Scheid & Simen 1997) sowie der Stellenwert der Sporttherapie in der Behandlung von Alkoholabhängigen untersucht. Darüber hinaus wurden konzeptionelle Überlegungen zum Ausgangspunkt der Untersuchungen (u. a. Klein 1987, Duberny 1992, Scheid et al. 1996,)

KLEIN (1987) und DUBERNY (1992) untersuchten in ähnlichen Ansätzen die Möglichkeiten der Integration und die Auswirkungen der Sporttherapie unter psychoanalytischen Gesichtspunkten. KLEIN (1987) ging davon aus, dass es zwar mehrere sport- und körpertherapeutische Konzepte gab, aber keines konkret auf Suchtkranke zutraf. In seinen konzeptionellen Überlegungen nahm er eine Zweiteilung des „körperorientierten Ansatzes“ vor. Er unterscheidet in „Sporttherapie“, welche die Gemeinsamkeit, Kontaktaufnahme und Auseinandersetzung mit dem Mitpatienten sowie gemeinsame Aktivitäten in den Vordergrund stellt und „Körperarbeit“, die überwiegend auf die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper abzielt. Daneben untersuchte KLEIN (1987) die Veränderungen verschiedener physischer, physiologischer und psychosozialer Komponenten. Im Ergebnis seiner Arbeit stellt er fest, dass das von ihm konzipierte Programm gut in die Langzeitbehandlung von alkoholabhängigen Frauen und Männern integrierbar ist und sich sowohl physische als auch physiologische Parameter unter dem Einfluss einer körperorientierten Sporttherapie positiv verändern. Die Messungen zur Befindlichkeitsveränderung unmittelbar nach den jeweiligen Behandlungen offenbarten Unterschiede zwischen den eher „sportlich“ und den eher auf „Körperarbeit“ orientierten Angeboten. Nach „eher sportlichen Veranstaltungen“ fühlten sich die Patienten besser in die Gruppe integriert und erlebten sich ruhiger und ausgeglichener. Nach der „Körperarbeit“ stellte sich die Befindlichkeit uneinheitlich bzw. individueller dar.³

Eine Trennung von Sporttherapie und Körperarbeit erscheint aus heutiger Sicht nicht sinnvoll. Eine körperorientierte Arbeit ist in jeder modernen Sporttherapie ein integrierter Bestandteil der jeweiligen Angebote (vgl. u. a. Deimel 2001, S. 151ff). Hinzu kommt, dass jede Bewegung mit Körperarbeit verbunden ist und sich lediglich in der Zielrichtung, dem Umfang und der Intensität unterscheidet. Jede Form der Bewegung kann eher sportlich bzw. körpertherapeutisch orientiert eingesetzt werden.

³ Eine umfassende Darstellung der Ergebnisse in Klein, T. (1987, 155-201). und Duberny, H. J. (1992, S. 228-313).

SEIDEL & WICK (1997) weisen nach, dass die Patienten die an einem „*zusätzlichen Sportprogramm*“ teilnahmen, das ein zusätzliches Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer sowie ein Training der koordinativen Fähigkeiten beinhaltete, nach einem halben Jahr eine deutlich geringere Rückfallquote aufwiesen als die Patienten, die das „*normale Programm*“ der Sporttherapie absolvierten. SCHEID & SIMEN (1997) stellten fest, dass die Bewegungsaktivitäten der Patienten nach dem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung deutlich größer waren als zuvor.

Ein weiterer Schwerpunkt empirischer Befunde bezieht sich auf Untersuchungen zum Stellenwert der Sporttherapie im Gesamtkomplex der Therapieangebote für Alkoholabhängige. Exemplarisch sollen hier Arbeiten von DEIMEL (1988/2) und SCHEID, SIMEN & DISCHER (1996) genannt sein. In Auswertung der Befragungen wurde deutlich, dass die Sporttherapie einen insgesamt hohen Stellenwert bei den alkoholabhängigen Patienten besitzt. DEIMEL (1988) ermittelte, dass fast 75% der Patienten das Angebot der Sporttherapie als „*sehr hilfreich*“ bzw. „*ziemlich hilfreich*“ ansehen (vgl. Deimel 1988, S. 97ff). SCHEID, SIMEN & DISCHER (1996) ermittelte im Rahmen verschiedener Katamnesen ebenfalls eine insgesamt positive Bewertung sporttherapeutischer Interventionen. Er stellte fest, dass die Beurteilung der Maßnahmen von den Faktoren Alter und sportlicher Aktivität beeinflusst werden (vgl. Scheid et al. S. 69ff).

Heute gehört die Befragung der Patienten zur Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen in vielen Einrichtungen zum Standard. In der „*Klinik Schweriner See*“ ergaben die Befragungen der Patienten zur Bewertung der Therapiemaßnahmen in den letzten Jahren durchgängig eine hohe Zustimmung und Akzeptanz für die Angebote der Sporttherapie. Beispielhaft sollen die Ergebnisse der Patientenbefragungen von 2002 benannt sein. Hier schätzten 92,5 % der Patienten die Arbeit der Sporttherapie als „*zutreffend*“ ein und dokumentierten damit die höchste Zustimmung für die sporttherapeutischen Interventionen im Vergleich zu anderen Bereichen der Therapie, wie z. B. Bezugstherapeut 90,4 %, ärztliche Betreuung 87,7% oder Physiotherapie 67,8 % (vgl. Klinik Schweriner See, Jahresbericht 2002).

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BFA) führt seit einigen Jahren im Rahmen der Qualitätssicherung eine Patientenbefragung in Einrichtungen der Indikationsbereiche Psychosomatik, Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen durch. Es werden zufällig Patienten der jeweiligen Einrichtungen ausgewählt und ca. 8 bis 12 Wochen nach Abschluss der Therapie angeschrieben und nach den Ergebnissen ihrer Behandlung befragt. Im Rahmen dieser Befragung schätzen die Patienten auch die Wirksamkeit der einzelnen Therapiebausteine ein. Im Jahr 2004 wurden insgesamt 104 Frauen und 96 Männer der Abhängigkeitsabteilungen der Klinik Schweriner See in der ersten bzw. in der zweiten Jahreshälfte befragt. 85% (erste Hälfte des Jahres) bzw. 88% (zweite Hälfte des Jahres) der Patienten bewerteten die Arbeit der Sporttherapie mit „*gut*“ und „*sehr gut*“ (vgl. BFA, Berichte zur Qualitätssicherung, Ergebnisse 2004).

Einen direkten Bezug zur vorliegenden Studie haben die Arbeiten von POTH (1990), FINKE (2000) und GIES (2001). In diesen Untersuchungen werden u. a. das Selbstkonzept, die Einstellung zum eigenen Körper und das Körperkonzept von Alkoholabhängigen betrachtet. POTH (1990) untersucht die Selbstwahrnehmung von 21 alkoholabhängigen Männern (16) und Frauen (5) zu Beginn einer sechsmonatigen Entwöhnungsbehandlung. Hier handelt es sich um eine punktuelle Erfassung des Ausgangszustandes zum Therapiebeginn. Die Ergebnisse zeigen eine durchgängig günstige Selbstbeschreibung in allen Selbst- und Körperbereichen. Es wird eine gravierende Diskrepanz zwischen den objektiv erfassten Persönlichkeitsprofilen und dem vorliegenden Selbstbild konstatiert. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass Alkoholabhängige zu Beginn einer Therapie einem verzerrten, realitätsfremden

Wahrnehmungsprozess unterliegen, die es ihnen nicht ermöglichen, Beziehungen zu sich selbst, zum eigenen Körper und zur Umwelt realistisch einzuschätzen und zu beurteilen. Die Beurteilung des eigenen Körpers (Körperkonzept) zu Beginn einer stationären Entwöhnungsbehandlung ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

FINKE (2000) untersucht an 67 alkoholabhängigen Patienten die Wirksamkeit eines „*Mentalen Trainings*“ innerhalb einer acht- bis zwölfwöchigen stationären Therapie. Das Mentale Training wurde zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von 30 Minuten durchgeführt und verbindet Elemente der Bewegungs- und Sporttherapie, der Entspannungs- und Musiktherapie sowie dem Arbeiten mit Vorstellungen. Die Ergebnisse belegen eine deutliche Verbesserung der Einstellung zum eigenen Körper am Ende der Therapie sowohl für die UG als auch für die KG, wobei die Bewertungen der UG sich insgesamt günstiger darstellen. Ein statistisch gesicherter Unterschied konnte im Bereich „*Attraktivität / Selbstvertrauen*“ ermittelt werden. Die Patienten, die am Mentalen Training teilnahmen erlebten sich am Ende der Behandlung attraktiver und hatten ein größeres Selbstvertrauen.

GIES (2001) konnte in einer Untersuchung an 28 Patienten im Rahmen einer achtwöchigen Kurzzeittherapie u. a. die Wirksamkeit der Sporttherapie auf das Körperkonzept der Alkoholabhängigen belegen. Die Probanden nahmen dreimal in der Woche (zweimal je 45 min und einmal je 90 min) an den regulären Veranstaltungen der Sporttherapie in der Sport- und Schwimmhalle teil. Ein spezifisches Angebot sowie eine Kontrollgruppe gab es nicht. Am Ende der Behandlung bewerten die Alkoholabhängigen ihren Körper besser als zu Beginn und dokumentieren eine Stabilisierung des Selbstkonzeptes. In fünf der neun erfassten Körperkonzepte konnten signifikant verbesserte Selbstbeurteilungen nachgewiesen werden. Auffallend ist, dass die Einschätzungen schon zu Beginn der Behandlung ausschließlich im neutralen bzw. positiven Bereich der Normwerte liegen.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass es eine Reihe von empirischen Arbeiten gibt, die die verschiedenen Wirkmechanismen der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen beleuchten. Zunehmend werden komplexere Untersuchungen durchgeführt, um die Wirksamkeit der sporttherapeutischen Angebote auf der ganzen Breite darzustellen. Darüber hinaus heben die vorliegenden Ergebnisse den hohen Stellenwert der Sporttherapie für die Patienten im Vergleich mit anderen Therapieangeboten hervor. Die Einsetzbarkeit und Wirksamkeit sportwissenschaftlicher Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der motorischen Hauptbeanspruchungsformen ist unbestritten und vielfach belegt. Ebenso werden Zusammenhänge zwischen der Sporttherapie und der Verbesserung verschiedener psychischer und sozialer Komponenten nachgewiesen, die klar belegen, dass die sporttherapeutischen Angebote in verschiedenen Bereichen der Persönlichkeit des Abhängigen wirksam werden können. Die Wirksamkeit der Sporttherapie auf das Selbst- bzw. Körperkonzept von alkoholabhängigen Männern und Frauen wurde bisher nur in sehr wenigen Studien untersucht. Das psychomotorische Bewegungsverhalten von Abhängigen im Verlauf einer stationären Behandlung war bisher nicht Gegenstand von Untersuchungen.

Bei Betrachtung der Datenlage nach strengen wissenschaftlichen Kriterien muss jedoch resümiert werden, dass es teilweise erhebliche Mängel wie z. B. das Fehlen von Kontrollgruppen, sehr kleine Stichproben oder eine fehlende Randomisierung festzustellen ist. Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass es aus der Sicht der Sporttherapie sehr schwer ist, ein möglichst „*sauberes*“ Untersuchungsdesign im klinischen Bereich zu realisieren (vgl. Deimel 2001, S. 149). Die Patienten, die sich in eine stationäre Behandlung begeben, sind in der Entstehung und im Verlauf ihrer Abhängigkeit sehr individuell, sie weisen große Differenzen in der kognitiven und körperlichen Entwicklung (Schädigung) auf, leben in allen Schichten der

Gesellschaft und sehr unterschiedlich sozial eingebunden. Darüber hinaus, ist bei den Patienten eine große Bandbreite von Motiven für die Behandlung zu finden. Die Beachtung aller Komponenten bei der Planung und Durchführung von Studien im klinischen Bereich erscheint nahezu unmöglich.

Folgerungen für die eigene Untersuchung

Für die eigene Untersuchung ist die Orientierung mehrerer Autoren auf die große Bedeutung von körperorientierten Programmen im Rahmen der Sporttherapie wesentlich. In der vorliegenden Arbeit kommen für die Untersuchungsgruppe Programme zum Einsatz, die eine stark körperorientierte Ausrichtung aufweisen (vgl. Kapitel 7.5.1). Daraus resultiert eine der zentralen Fragestellungen der Arbeit nach der Veränderung des Körpererlebens der Patienten infolge eines stark körperorientierten Programms innerhalb der Therapie. Auch bei der Ermittlung von Daten zur Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit wurden die bisher vorliegenden Befunde berücksichtigt. Die bisher erhobenen Daten beziehen sich überwiegend auf die Veränderung der Ausdauerleistung und der damit verbundenen physiologischen Parameter sowie auf Veränderung ausgewählter koordinativer Bereiche. Zur Entwicklung der Kraftfähigkeiten innerhalb einer stationären Behandlung gibt es bisher kaum Ergebnisse. Der dritte Komplex der Arbeit bezieht sich auf Veränderung des psychomotorischen Bewegungsverhaltens von alkoholabhängigen Männern und Frauen. Zu diesem Aspekt liegen nach den Recherchen des Verfassers bisher keine Ergebnisse vor.

Konzeptionelle Arbeiten zur Sporttherapie mit Alkoholabhängigen

Neben den Studien zur Wirksamkeit der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen stellt sich die Frage nach der konzeptionellen Einbindung sporttherapeutischer Maßnahmen. Zu dieser Thematik haben sich in den letzten Jahren verschiedene Autoren geäußert. In erster Linie muss hier der „*Entwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts*“ zum Sport in der Rehabilitation Alkoholkranker von VAN DER SCHOOT & DEIMEL (1988) genannt werden. Die Autoren erörtern sportrelevante Aussagen zur Alkoholabhängigkeit, kennzeichnen den Gegenstand, die Ziele, Tätigkeitsbereiche und Anforderungen des Sports mit Alkoholabhängigen und formulieren die Aufgaben und Zielfelder der sporttherapeutischen Arbeit. Die von VAN DER SCHOOT & DEIMEL (1988) formulierten Aufgaben und Zielfelder haben Bestand und bilden bis heute das Grundgerüst der konzeptionellen Ausrichtungen der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen.⁴ STAMMER & WERLE (1996) beschreiben im Wesentlichen dieselben Aufgaben und Ziele der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen. Sie stellen das „*Weinsberger Therapiekonzept für Alkoholabhängige*“ vor und beschreiben die spezielle Ausgangslage, Therapieschwerpunkte sowie Inhalte, Methoden und Verfahren der Arbeit (vgl. Stammer & Werle 1996, S. 422-426).

Übereinstimmend wird von den zuvor genannten Autoren sowie in weiteren Veröffentlichungen (u. a. Scheid, Simen & Discher 1996), die Entwicklung und Förderung von Handlungskompetenzen als zentrale Aufgabe der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen gekennzeichnet. Zur Entwicklung und Förderung der personalen-, sozialen- und sportspezifischen Kompetenzen stehen der Sporttherapie eine Vielzahl von Mitteln und Methoden zur Verfügung. Die Autoren betonen die Bedeutung der Vielfalt an körper- und bewegungstherapeutischen Inhalten aus didaktisch-methodischer Sicht (vgl. Scheid et al. 1996, S. 67f). DEIMEL (2001, 2003) kennzeichnet den engen Zusammenhang zwischen dem biopsychosozialen Krankheitsmodell der Salutogenese und den primären Zielsetzungen der Sporttherapie

⁴ Zur Vertiefung der Thematik: Van der Schoot & Deimel (1988), Deimel (1988/1), Deimel (1997).

mit Alkoholabhängigen. Die Orientierung am Konzept der Salutogenese bietet sich für die Sporttherapie mit Alkoholabhängigen an, da sich bei einem Großteil der betroffenen Personen Mängel und Defizite in ihren Widerstandsquellen nachweisen lassen (siehe dazu Kapitel 3.3).

„... Menschen mit einem starken Kohärenzsinn verfügen über generalisierte Widerstandsquellen, um Belastungen und Anforderungen besser bewältigen zu können.“
(Deimel 2003, S. 282).

Sowohl im Modell von ANTONOVSKY als auch in den zentralen Zielstellungen der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen gibt es eine besondere Gewichtung der Ressourcenaktivierung und Selbsthilfe (vgl. Deimel 2001, S. 149ff, Deimel 2003, S. 282ff). Die Sporttherapie ist ein fester Bestandteil der Behandlung von Alkoholabhängigen. Es existieren fundierte konzeptionelle Orientierungen und empirische Befunde zur Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen in den verschiedenen Behandlungsbereichen. Die vorliegende Untersuchung hat das Ziel, die Datenlage zur Wirksamkeit der Sporttherapie bei der Behandlung von Alkoholabhängigen zu erweitern.

4 Körpererfahrung

Die Körpererfahrung bzw. das Körpererleben sind zentraler Gegenstand dieser Arbeit. Nachfolgend werden theoretische Grundlagen dargestellt, die besondere Bedeutung des Körperkontaktes und das Körpererleben von Alkoholabhängigen näher betrachtet.

4.1 Körpererfahrung – Begriffsbestimmung

Die Auseinandersetzung mit dem menschlichen Körper ist seit Jahrhunderten Gegenstand verschiedener Wissenschaften bzw. Forschungsrichtungen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung geht bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts zurück. Ein starkes Forschungsinteresse besteht von Beginn an im Bereich der Medizin, insbesondere durch die Disziplinen Neurophysiologie und Psychiatrie wurde und wird eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik betrieben. Erst in der jüngeren Vergangenheit haben sich die Bewegungswissenschaften dem Wahrnehmen und Erleben des eigenen Körpers zugewandt. Unterschiedliche methodische, wissenschaftliche und historische Zugänge der Auseinandersetzung mit dem Körper des Menschen haben zu einer kaum überschaubaren Vielfalt von Begriffen, Begriffskombinationen und Begriffsdeutungen geführt. Nach umfangreicher Analyse der vorliegenden Literatur und Auswertung der empirischen Befunde im Bereich der Körpererfahrung hat BIELEFELD (1991) ein Strukturmodell entwickelt, das den Versuch einer Systematisierung der benannten Terminologien und Definitionen darstellt (siehe Abbildung 2). Er hat unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung sowie des jeweiligen Forschungs- und Erkenntnisstandes möglichst eindeutig den jeweiligen Sachverhalt charakterisiert.

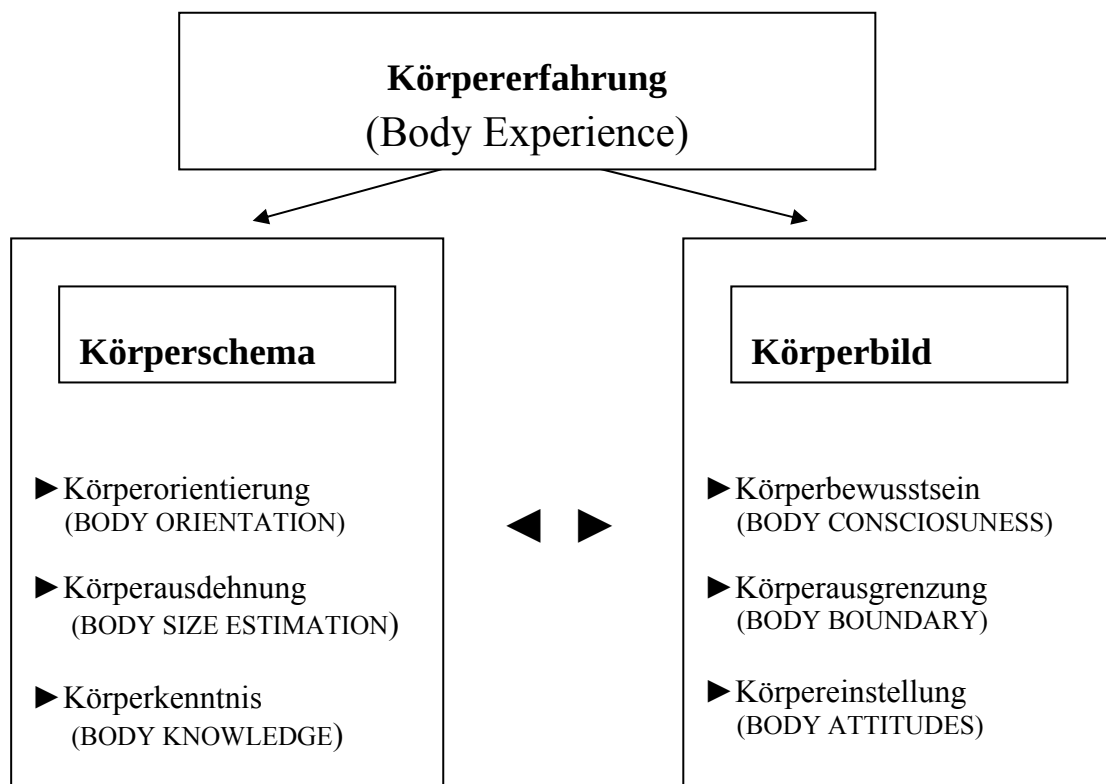


Abb. 2: Versuch einer Strukturierung des Gesamtkomplexes der Körpererfahrung, vereinfachte Darstellung (vgl. Bielefeldt 1991, S.17).

Im vorliegenden Strukturmodell wird die Körpererfahrung als ein übergeordneter Begriff gekennzeichnet und wie folgt definiert:

Körpererfahrung (Body Experience) ist die Gesamtheit aller im Laufe der individuellen und gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv als auch affektiv bewusst und unbewusst sein können (vgl. Bielefeld 1991, S. 17). Es ist nicht zuletzt der Erfahrungsbegriff, der den Prozess des Wahrnehmens und Erlebens (Erfahren) sowie das gewonnene Wissen und die Erkenntnisse aus Wahrnehmen und Erleben einschließt (vgl. Dorsch et al. 1994, S. 208, Arnold et al. 1996, S. 488). Bezogen auf den eigenen Körper integriert der Begriff Körpererfahrung die Körperwahrnehmung (Körperschema) und das Körpererleben (Körperbild) in idealer Weise.

Dem Körperschema kommt im Gesamtkomplex der Körpererfahrung eine wesentliche Bedeutung zu. FUNKE-WIENECKE (1992, S. 13.f) siedelt die Körpererfahrung zuerst auf der sensomotorischen Stufe des Handelns und Erkennens an. Ohne ein funktionierendes neurophysiologisches System ist eine sinnliche Wahrnehmung nicht oder nur unvollständig möglich. Das ist die Voraussetzung, um mit der Umwelt in Kontakt zu treten und die Wirkung der Umwelt auf den eigenen Körper zu erfassen (vgl. Treutlein et al. 1992, S. 13). Das Körperschema (Body Scheme) ist der neuropsychologische Teilbereich der Körpererfahrung, er umfasst alle perzeptiv-kognitiven Leistungen des Individuums bezüglich des eigenen Körpers (vgl. Bielefeld 1991, S.17).

Entsprechend des vorliegenden Strukturmodells lassen sich die Begriffe Körperorientierung, Körperausdehnung und Körperkenntnis dem Körperschema unterordnen.

Die Körperorientierung kennzeichnet die Fähigkeit der Orientierung am und im eigenen Körper mit Hilfe der Extero- und Interoceptoren. Hier handelt es sich um eine komplexe Leistung des zentralen Nervensystems, das alle afferenten sensiblen und sensorischen Informationen über Lage, Form und Ausdehnung des Körpers und seiner Teile mit dem abgespeicherten Haltungs- und Oberflächenschema in der Hirnrinde vergleicht.

Die Körperausdehnung ist die Fähigkeit, die Größenverhältnisse und die räumliche Ausdehnung des eigenen Körpers einzuschätzen. Bei der Einschätzung der Größenverhältnisse des eigenen Körpers ist zu beachten, dass bestimmte körperliche Empfindungen durch Stimmungen und Emotionen wie z.B. Angst, Niedergeschlagenheit, Freude usw. beeinflusst werden können und unter Umständen zu Fehleinschätzungen führen. Besonders bei einigen psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitsbildern wie z.B. der Schizophrenie, Anorexie und Bulimie kommt es zu Fehleinschätzungen der eigenen Körperausdehnung, diese spielen bei der Entwicklung, im Verlauf und der Therapie der jeweiligen Krankheit eine Rolle (vgl. u. a. Röhrich 2000, S. 123-148).

Die Körperkenntnis beinhaltet das faktische Wissen über Bau und Funktion des eigenen bzw. des menschlichen Körpers insgesamt. Hierbei handelt es sich in erster Linie um allgemeines medizinisch-biologisches Faktenwissen. Einen besonderen Aspekt der Körperkenntnis stellt die Identifizierung der Körperebenen bzw. der Körperhälften dar. Das Unterscheiden von rechts und links, oben und unten und vorn und hinten ist eine Orientierungsaufgabe, die am eigenen Körper schwerer erscheint, als an körperfremden Objekten.

BIELEFELD (1991) ordnet die Körperorientierung, die Körperausdehnung und die Körperkenntnis den perzeptiv - kognitiven Leistungen des Individuums zu und kennzeichnet sie so als ein Bestandteil des Körperschemas (vgl. Bielefeld 1991, S. 18-22).

Das Körperbild wird von BIELEFELD (1991), neben dem Körperschema als der zweite wesentliche Bestandteil der Körpererfahrung gekennzeichnet. Das Körperbild (Body Image) ist der psychologisch-phänomenologische Teilbereich der Körpererfahrung, dieser umfasst alle emotional-affektiven Leistungen des Individuums bezogen auf den eigenen Körper (vgl. Bielefeldt 1991, S. 17).

In Abgrenzung zum neurophysiologisch akzentuierten Teilbereich des Körperschemas schließt das Körperbild alle körperbezogenen Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen, die bewusst und unbewusst wirken, ein. SCHILDER (1935) kennzeichnet das Körperbild als das Bild, das in der Vorstellung von unserem Körper existiert, es ist die Art und Weise, wie der Körper uns selbst erscheint. In dieser Darstellung wird deutlich, dass es sich streng betrachtet um ein mentales Gefüge handelt, das aus Einstellungen und Gefühlen entsteht, die sich sowohl im Hinblick auf den Körper als Ganzes als auch im Hinblick auf die einzelnen Körperteile entwickeln (vgl. Dolan & Birtchnell 1999, S. 49ff). In einer weitergehenden Strukturierung und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schwerpunkte ordnet BIELEFELD (1991) dem Körperbild die Aspekte des Körperbewusstseins, der Körperausgrenzung und der KörperEinstellung unter.

Das Körperbewusstsein steht für das Ausmaß an Aufmerksamkeit, das ein Mensch seinem Körper im Vergleich zu körperfremden Objekten entgegenbringt. Es ist die psychische Repräsentation des eigenen Körpers oder seiner Bestandteile im Bewusstsein des Individuums (vgl. Bielefeldt 1991, S. 17). Zu beachten ist, dass einige Autoren die Begriffe Körperbewusstsein und Körperbewusstheit abgrenzen bzw. in differenzierter Weise betrachten. BIELEFELDT (1991) verweist auf einige Autoren wie z.B. JOURARD (1967), FELDENKREIS (1978) und BROOKS (1979), die Körperbewusstheit als einen Bewusstseinszustand kennzeichnen, in dem die Aufmerksamkeit auf das Wahrnehmen und Erleben des Körpers und des Selbst durch den Körper gerichtet ist (vgl. Bielefeldt 1991, S. 26).

Aus bewegungswissenschaftlicher bzw. bewegungstherapeutischer Sicht ist das Körperbewusstsein von besonderer Bedeutung. Sowohl im leistungs- und freizeitsportlich orientiertem Training als auch in der therapeutischen Arbeit mit Behinderten bzw. Patienten ist eine gezielte Lenkung der Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper und das bewusste Erleben und Nacherleben von Bewegung und Haltung sehr wichtig (vgl. Zimmermann & Cicurs 1990, S. 62ff).

Die Körperausgrenzung bzw. die Wahrnehmung der Körpergrenzen kennzeichnet die Fähigkeit des Individuums, den eigenen Körper und seine Bestandteile deutlich von der Umwelt abgegrenzt zu erleben. Die Körpergrenzen spielen für den gesunden Menschen kaum eine Rolle, da sie in der Regel nicht bewusst wahrgenommen werden. Von größerer Bedeutung ist die Körperausgrenzung im klinisch-therapeutischen Bereich. Die häufig gestörten Wahrnehmungen von Körpergrenzen spielen bei der Behandlung verschiedener Krankheitsbilder wie z.B. Schizophrenie, Drogenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Essstörungen usw. eine Rolle (vgl. Bielefeldt 1991, S. 26f).

Unter KörperEinstellungen als ein weiterer Aspekt des Körperbildes, ist die Gesamtheit der auf den eigenen Körper und insbesondere auf sein Aussehen gerichteten Einstellungen des Individuums zu verstehen. Sie repräsentieren die vielfältigen subjektiven Beziehungen des Menschen zu seinem Körper. Ein spezieller Aspekt der KörperEinstellungen wird mit dem Begriff Körperzufriedenheit beschrieben. JOURARD & SECORD (1955) kennzeichnen diesen Begriff als den Grad der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit Aussehen und Funktion des eigenen Körpers bzw. seiner Bestandteile (vgl. Bielefeldt 1991, S. 28).

Die Unzufriedenheit mit dem Aussehen bzw. der Funktion des eigenen Körpers spielt bei der Entstehung und im Verlauf verschiedener Krankheitsbilder eine Rolle und wird somit zum Gegenstand der Behandlung bzw. Therapie. Auch in der bewegungstherapeutischen Arbeit spielt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei der konzeptionellen Orientierung eine Rolle. Eine verbesserte Körperzufriedenheit ist ein wesentliches Ziel bewegungstherapeutischer Interventionen.

Die Komponenten des Strukturmodells machen die Komplexität der Körpererfahrung deutlich, wobei sich die o. g. Bestandteile einander bedingen und durch fließende Übergänge gekennzeichnet sind. BIELEFELD (1991) betont, dass das Strukturmodell lediglich eine analytische Differenzierung darstellt, dies aber in theoretischer, diagnostischer und pädagogisch-therapeutischer Hinsicht geeignet ist, ein besseres Verständnis für den Gesamtkomplexes Körpererfahrung zu erreichen.

„Im konkreten Handeln jedoch, das immer ganzheitlich verläuft, sind Wahrnehmung und Empfindung, sind neuro-physiologische und phänomenal-erlebnishaft Prozesse nicht voneinander zu trennen.“ (Bielefeld 1991, S. 32).

Ein umfassendes Verständnis der Körpererfahrung setzt neben den genannten Aspekten eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungsbereichen „Selbst“ und „Umwelt“ voraus, mit welchen die Erfahrung der eigenen Körperlichkeit in vielfältiger Weise verflochten ist (Bielefeld 1991, S. 29ff). Innerhalb dieser Arbeit ist es nicht möglich, alle Wirkmechanismen der Körpererfahrung umfassend zu betrachten. Nachfolgend werden Bezug nehmend auf die eigenen Untersuchungen ausgewählte Bereiche der Körpererfahrung näher dargestellt.

4.2 Körpererfahrung im Zusammenspiel von Wahrnehmen, Erleben und Erfahren

Das Zusammenspiel von Wahrnehmen, Erleben und Erfahren ist für die Zielstellung der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung. Hier wird untersucht, inwieweit es durch gezielte Interventionen in der Bewegungs- und Sporttherapie möglich ist, das Körpererleben von Alkoholabhängigen zu beeinflussen bzw. zu verändern. Dazu ist es notwendig, die Prozesse des Wahrnehmens (Körperwahrnehmung), Erlebens und Erfahrens theoretisch zu betrachten.

Wahrnehmen, Erleben und Erfahren werden in Bezug auf den Körper von vielen Autoren in einem engen Zusammenhang verwendet. Ähnlich der Wortvielfalt rund um den Körper bzw. Leib des Menschen, ist auch bei den zuvor genannten Begriffen eine unscharfe Darstellung in der Literatur zu finden. Wahrnehmen, Erleben, Empfinden und Erfahren sind seit langem Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtungen. Die unterschiedlichen wissenschaftlichen, methodischen, historischen und kulturellen Zugänge der jeweiligen Autoren prägen die Begriffsvielfalt und erschweren deren Verwendung (vgl. Brähler 1986, S. 36, Bielefeld 1991, S. 5ff).

Nachfolgend werden die Begriffe Wahrnehmen (Körperwahrnehmung), Erleben bzw. Empfinden und Erfahren aus bewegungswissenschaftlicher Sicht betrachtet und eingeordnet.

Die Begriffe Erleben und Empfinden werden nachfolgend synonym verwendet. Beide kennzeichnen die perzeptiv-begriffliche Ebene der Wahrnehmung in gleicher Weise. Der Körper kann als Ausgangspunkt und Ziel aller Erfahrungen des Menschen betrachtet werden. Um aber Erfahrungen machen zu können ist es notwendig, mit dem Körper selbst bzw. mit der

Umwelt in Kontakt (Beziehung) zu treten. Die Prozesse der nicht bewusstseinspflichtigen sensomotorischen Ebene (Sinneswahrnehmung) und der bewusstseinsfähigen, aber nicht immer bewusstseinspflichtigen perzeptiv-begrifflichen Ebene (Erleben bzw. Empfinden) der Wahrnehmung, machen diesen Kontakt möglich. Erfahrungen (Körpererfahrung) entwickeln sich sowohl auf der Grundlage perzeptiv- kognitiver als auch affektiv-emotionaler Prozesse. Sie sind vereinfacht dargestellt das Ergebnis aus Wahrnehmung und Erleben (vgl. Meinel & Schnabel 1998, S. 26ff, Bielfeld 1991, S. 18ff).

Die Wahrnehmung des „Körperinneren“ und „Körperäußeren“ ist an ein funktionierendes sensomotorisches System gebunden. Aus physiologischer Sicht handelt es sich um Energieumwandlungsprozesse, in deren Folge Signale bzw. Reize über Extero- und Interozeptoren aufgenommen, über afferente Impulse an das Zentralnervensystem (ZNS) weitergeleitet und entsprechend aufbereitet verarbeitet werden. Schon während der Weiterleitung an die zentralen Stellen kommt es zu einer Auswahl und vergleichenden Analyse der aufgenommenen Signalreize (Afferenzsynthese). Nach dem komplexen Vorgang der Verarbeitung, bei dem Prozesse des Soll-Ist-Vergleiches, der Programmierung und der Speicherung gleichzeitig ablaufen, werden die Informationen über efferente Steuerimpulse an die entsprechenden Erfolgsorgane in der Regel die Muskulatur, zurückgeleitet (vgl. Meinel & Schnabel 1998, S. 33-72). Informationen werden also auf der Grundlage von Signalen bzw. Reizen einer ganz bestimmten Modalität empfangen, umkodiert, weitergeleitet und verarbeitet. Ein funktionierendes System der Sinne macht es dem Menschen demzufolge möglich, den Körper selbst bzw. im Zusammenspiel mit der Umwelt wahrzunehmen und bildet somit die Grundlage für die höheren Ebenen von Wahrnehmung, Erleben und Erfahren.

Signale des Körpers und der Umwelt strömen unwillkürlich und permanent auf die Sinnesorgane des Menschen ein. In einem einzigen Augenblick werden z.B. 100 Mio. Signale bzw. Reize von Lichtquellen aus der Umwelt über die Netzhaut des Auges zum Gehirn weitergeleitet. Dazu kommen gleichzeitig Signale anderer Sinnesorgane wie Wärme, Kälte, Laute, Geschmack, Geruch, Druck usw. sowie Informationen aus dem Körperinneren wie z.B. Muskelspannung, Gelenkstellungen (Haltungen), aber auch Hunger, die Notwendigkeit die Blase oder den Darm zu entleeren (vgl. u. a. Zimbardo 1983, S. 308). Um nicht unter der Vielzahl der Sinneswahrnehmungen und Informationen zusammenzuberechnen, ist eine Selektion erforderlich,

„... d.h. wir müssen aus der Fülle der überhaupt gegenwärtig möglichen Sinneseindrücke etwas absichtlich herausheben.“ (Funke-Wieneke 1992, S. 13).

Die eingehenden Informationen werden also analysiert, organisiert und integriert und führen schließlich zu einer Entscheidung bzw. Stellungnahme. Damit verbunden ist ein gewisses Maß an Aufmerksamkeit bzw. Bewusstheit, die den eingehenden Informationen aufgrund des Wissens- und Kenntnisstandes und der aktuellen Bewusstseins- und Gefühlslage des Menschen einen Stellenwert zuordnet. Bei dieser Form der Organisation von Informationen handelt es sich um einen kognitiv gesteuerten Prozess, der als das Erleben bzw. Empfinden gekennzeichnet werden kann (vgl. Hammer 1997, S. 136ff). Der Stellenwert bzw. die Bewertung einer Information kann sehr unterschiedlich sein und hängt von den zuvor benannten verschiedenen Komponenten ab. So wird z.B. das Schlagen des Herzens im Alltag kaum wahrgenommen. Eine Erhöhung der Herzschlagfrequenz infolge von körperlicher Aktivität macht die Herztätigkeit besser spürbar und wird im Allgemeinen als „normal“ empfunden. Eine erhöhte Herzschlagfrequenz in völliger Ruhe wird dagegen als bedrohlich erlebt und kann Ängste hervorrufen. Erkrankungen wie z.B. die Herzinsuffizienz oder eine Angststörung können zu einer veränderten Bewusstheit (Aufmerksamkeit) führen.

Die Betroffenen achten auf jede noch so kleine Veränderung der Herzschlagfrequenz in einer Form, die nicht angemessen ist.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie ein und dieselbe Information unterschiedlich bewertet werden kann. Das Wissen und die Kenntnisse um die eingehende Information sowie die aktuelle Bewusstseinslage und der Gefühlszustand führen zu veränderten Bewertungen. Das Erleben schließt somit das Eingehen von Signalen bzw. Reizen aus dem Körper und aus der Umwelt sowie deren Bewertung ein und bildet so den Inhalt der Erfahrungen (Körpererfahrungen). Die Informationen und deren Bewertung, dazu zählen auch die Bewertungen bzw. Rückmeldungen durch andere, sind an bestimmte Ereignisse und Erlebnisse gebunden, werden vom Menschen im Zusammenhang abgespeichert und beim Eingang neuer Informationen zum Vergleich herangezogen (vgl. Funke-Wienecke 1992, S. 13). In RÖTHIG et al. (1992, S. 149) werden Erfahrungen als intensiv wahrgenommene und reflexiv verarbeitete Ereignisse und Erlebnisse gekennzeichnet. In der bewegungsorientierten Praxis handelt es sich dabei in der Regel um Körpererfahrungen. Noch nicht eindeutig geklärt ist, ob eine begriffliche Formulierung des Wahrgenommenen zwingend erforderlich ist, um überhaupt als Erfahrung gelten zu können.

„ Erfahrung zeigt sich zuallererst im geglückten, der Situation und Intention angepaßten Tun.“ (Funke- Wienecke 1992, S. 13).

Zweifelsohne spielt das kognitive Leistungsvermögen beim Sammeln von Erfahrungen eine Rolle, jedoch kann die Stufe des Erkennens nicht diejenige allein sein, auf der Wahrnehmungen zu Erfahrungen ausgebildet werden. Auch kleine Kinder und geistig behinderte Menschen sind in der Lage, Körpererfahrungen zu machen. Daher sind Körpererfahrungen zuerst auf der sensomotorischen Stufe des Handelns und Erkennens anzusiedeln (vgl. Funke-Wienecke 1992, S. 13f).

Wahrnehmen, Erleben, Empfinden und Erfahren sind Bereiche, die nicht scharf voneinander zu trennen sind, sie bedingen und beeinflussen einander. FUNKE-WIENEKE (1992, S. 14) verwendet Wahrnehmen und Empfinden nicht gegensätzlich, sondern weitgehend synonym. „Wahrnehmen“ wird von ihm als die Totalität des Vorgangs kennzeichnet und „Empfinden“ als das Herausgehobene und Besondere des Ganzen. Als „Erfahrung“ dagegen beschreibt er die wiederholte, sich in Erinnerung niederschlagende Wahrnehmung, die durch die Ausbildung festgelegter Mechanismen selbst Mittel des Wahrnehmens wird. Körperwahrnehmung ist in enger Beziehung mit Erleben und Erfahren eine unabdingbare Voraussetzung für den Menschen, um sich mit sich selbst und mit der Umwelt auseinander zu setzen bzw. in Verbindung zu treten (vgl. Paulus 1991, S. 100ff). Unstrittig ist, dass Wahrnehmung und Erleben wesentliche Bestandteile der Körpererfahrungen sind und diese sowohl von perzeptiv-kognitiven als auch von emotional-affektiven Leistungen des Individuums geprägt und beeinflusst werden (vgl. Bielefeld 1991, S. 13ff, Hammer 1997, S. 137).

4.3 Körperkontakt und seine Bedeutung

Körperkontakt ist einer der zentralen Inhalte des speziellen Programms der Sporttherapie im Rahmen der vorliegenden Arbeit. Auf die Bedeutung des Körperkontaktes für den Menschen, natürlich auch für den alkoholabhängigen Menschen, begründet sich die Grundannahme der Untersuchung. Hier wird davon ausgegangen, dass alkoholabhängige Männer und Frauen im Verlauf ihrer Krankheit ein Defizit an positiven Körperkontakten erleben und hier ein Ansatz der Arbeit in der Sporttherapie liegt. Demzufolge werden nachfolgend der Körperkontakt und seine Bedeutung eingeordnet.

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, sind Körpererfahrungen in jedem Fall an Wahrnehmungsprozesse und damit an Sinnesaktivitäten gebunden. Das größte Sinnesorgan des Menschen ist die Haut und über kutane bzw. taktile Aktivitäten nimmt unser Körper permanent Kontakt zur Umwelt bzw. zu sich selbst auf und macht im Zusammenspiel mit emotionalen und kognitiven Prozessen die verschiedensten Körpererfahrungen. Körperkontakt bezeichnet eine Vielzahl von Berührungsformen, in deren Zentrum der menschliche Körper steht, der mit seiner Umwelt bzw. mit sich selbst in Beziehung tritt. Körperkontakt ist eine der ursprünglichsten Formen der sozialen Kommunikation (vgl. Anders & Weddemar 2002, S. 23ff, Argyle 1996, S. 267). Die Haut erfüllt eine Vielzahl von physiologischen, psychischen und psychosomatischen Funktionen. Neben der Schutzfunktion der Haut ist sie mitverantwortlich für die Temperaturregulation und Träger des Stoffwechsels. Die Hautoberfläche nimmt über die verschiedensten Rezeptoren ununterbrochen Informationen aus der Umwelt auf und leitet diese über die Nervenbahnen an das Zentralnervensystem (ZNS) zur Verarbeitung und Speicherung weiter.

Empfindungen und Wahrnehmungen der Haut wie Druck, Berührungen, Wärme, Kälte, Schmerz und Bewegung werden an alle Ebenen des ZNS weitergeleitet, so dass sie entsprechend der erreichten Ebene dem Menschen bewusst werden oder unbewusst bleiben. Ein großer Teil der taktilen Stimulationen der Haut sind eng mit Erfahrungen und Gefühlen verbunden. Sie werden vom Betroffenen bewertet und gespeichert (vgl. Anders & Weddemar 2002, S. 36ff, Montagu 2000, S. 8f). Bei der Kontaktaufnahme zur Umwelt bzw. zu sich selbst, kommt dem Tastsinn eine besondere Bedeutung zu. MONTAGU (2000, S. 7) bezeichnet den Tastsinn als den Ursprung aller Empfindungen. Er entsteht beim menschlichen Embryo vor allen anderen Sinnen und ist für die weitere Entwicklung des Menschen von lebenswichtiger Bedeutung. Das Berühren bzw. das Berührtwerden vermittelt die Erkenntnis, dass außer uns etwas anderes besteht, das wir nicht sind (vgl. Montagu 2000, S. 84). Neben der Wahrnehmung der dinglichen Umwelt und dem Spüren von Berührungen durch andere Menschen vermittelt der Tastsinn uns Informationen über die Form unseres eigenen Körpers und trägt so wesentlich zur Ausprägung des Körperschemas bei.

„Ohne Berührung bleibt das Gefühl für meine Oberfläche sehr verschwommen“ (Juhan, 1997, S. 116).

Die Bedeutung kutaner bzw. taktiler Reize (Hautkontakte) ist für die Entwicklung von Lebewesen in zahlreichen Forschungsergebnissen belegt. Sie stammen zum überwiegenden Teil aus Tierexperimenten und Beobachtungen. Eine Übertragung der Ergebnisse aus Tierversuchen auf den Menschen ist nur tendenziell möglich. Die Bedeutung des Körperkontaktes für den Menschen ist in einer Vielzahl von Erfahrungen und Beobachtungsergebnissen dargestellt. ANDERS & WEDDEMAR (2002, S. 45-80) fassen entsprechende Ergebnisse zusammen und formulieren resümierend:

„Das Bedürfnis nach taktiler Stimulation wird den sogenannten fundamentalen Bedürfnissen zugeordnet, worunter diejenigen zu verstehen sind, die bei Nicht-Befriedigung zum Tod des Organismus führen. Hierzu gehören das Bedürfnis nach Sauerstoff, Flüssigkeit, Nahrung, Ruhe, Bewegung, Schlaf, Entleerung des Darmes und der Blase, dem Entrinnen aus einer Gefahr, dem Freisein von Schmerzen und auch das Bedürfnis nach taktiler Stimulation.“ (Anders & Weddemar 2002, S. 79).

ANDERS & WEDDEMAR (2002, S. 45-103), MONTAGU (2000, S. 125-170) und JUHAN (1996, S. 95-157) haben vorliegende Forschungsergebnisse aus Tierversuchen und Experimenten und Beobachtungen am Menschen ausführlich zusammengefasst und analysiert. Sie kamen zum Schluss, dass Körperkontakte bzw. Berührungen eine wesentliche Bedeutung für die Entwicklung und Reifung des Menschen haben. Die taktilen Bedürfnisse und das taktile Erleben sowie die Bedeutung solcher Ereignisse wie Körperkontakt bzw. Berührung verändern sich qualitativ und quantitativ während der Ontogenese des Menschen. Von größter Bedeutung ist der Körperkontakt im Säuglingsalter. Die Haut ist hier das primäre Sinnesorgan, das taktile Erleben ist in dieser Periode für das weitere Wachsen und eine kontinuierliche Entwicklung des Kindes sehr wichtig.

Zahlreiche Autoren gehen davon aus, dass das Maß, der Umfang und die Intensität des Körperkontaktes im Säuglings- und Kleinkindalter für die Entwicklung zahlreicher lebensnotwendiger Funktionen und Fähigkeiten von größter Bedeutung ist. So ist z.B. der Körperkontakt für den Säugling in der frühen Lebensphase die dominierende Form mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und zu kommunizieren. Jegliches weitere soziale Verhalten und soziale Lernen baut auf diese Art basaler Erfahrungen auf und ist prägend für die weitere Entwicklung im gesamten Leben (vgl. Montagu 2000, S. 145f, Anders & Weddemar 2002, S. 112ff, 140).

Zahlreiche Tierversuche belegen, dass es dramatische Unterschiede im Wachstum, Verhalten und in der Organfunktion der Lebewesen gibt, wenn sie in unterschiedlicher Qualität und Quantität kutan stimuliert wurden. In einem der bekanntesten Experimente mit Jungaffen wies HARLOW (1958) die Bedeutung von angenehm empfundenen Körperkontakten nach. Der Versuch machte deutlich, wie wichtig Körperkontakt für die Entwicklung z. B. von Zuneigung und einer gefühlsbetonten Bindung an die Mutter ist. Deutlich wurde, dass für die Affen die Körperkontakte bzw. Berührungen von größter Bedeutung waren, die Ernährung allein eine viel geringere Bedeutung hatte. Dieses Verhalten der Tiere war auch mit zunehmendem Alter weiter zu beobachten. Beim Menschen muss man davon ausgehen, dass ein Mangel an Körperkontakt ebenfalls zu erheblichen Schäden in den verschiedensten Bereichen, vor allem aber im Sozialverhalten führen kann (vgl. Montagu 2000, S. 142 Anders & Weddemar 2002, S. 80ff, 106ff, Juhan 1996, S. 132ff).

Wie bereits erwähnt, verändern sich die Bedürfnisse und das Erleben im Verlauf der menschlichen Entwicklung. Die Bedeutung von Körperkontakt bzw. Berührungen nimmt mit zunehmendem Alter ab bzw. erfährt eine andere Qualität, behält jedoch generell ihren Stellenwert in jeder Lebensphase des Menschen. Ein Mangel oder sogar der völlige Verlust an Körperkontakt bzw. Berührungen kann demzufolge in jedem Alter zu einer Reihe von Störungen im physischen und psychischen Bereich führen. Im Erwachsenenalter bewirkt es zumeist ein verändertes und z. T. auffälliges Sozialverhalten der Betroffenen. ANDERS & WEDDEMAR (2002, S. 143-151) haben in umfangreichen Recherchen mögliche organische und psychische Folgen des Mangels an positiv erlebtem Körperkontakt zusammengestellt und belegen so die besondere Bedeutung von Körperkontakten und Berührungen für die Entwicklung und

Reifung des Menschen. In Tabelle 5 werden einige wesentliche und in der Literatur belegte Folgen dargestellt:

mögliche organische Folgen	mögliche psychische Folgen
- Störungen und Erkrankungen der Atemwege, des urogenitalen und des gastrointestinalen Systems - Retardierungen in der sprachlichen und manuellen Entwicklung sowie in Fortbewegung und Haltung - Allergien - schlechte Gewichtszunahme bei schon älteren Kindern - gestörtes Wachstum - Hauterkrankungen	- Marasmus - verändertes Verhalten geäußert durch: Erregbarkeit, Nervosität, Furchtsamkeit, Schüchternheit und übersteigerte Aktivität - Unbeständigkeit in der Mutter-Kind-Beziehung bzw. der Mutter-Kind-Bindung - Schlafstörungen - gestörtes taktilen Verhalten - mangelndes Sicherheitsgefühl - Schizophrenie - Beeinträchtigungen in der sexuellen Entwicklung - mangelnde Fähigkeit anderen Liebe und Zärtlichkeit zu zeigen - sexuelle Abnormitäten - autistisches Verhalten - depressives Verhalten

Tab. 5: Mangel an Berührungen und seine möglichen Folgen
(vgl. Anders & Weddemar 2002, S 143-151).

Die möglichen Auswirkungen sind Folgen des Mangels von positiv oder angenehm erlebtem Körperkontakt. Das heißt, dass es auch Folgen gibt, die aufgrund negativer oder unangenehmer Körperkontakte entstehen. In den Fokus der Betrachtungen rücken in diesem Zusammenhang die körperliche Gewalt und der sexueller Missbrauch, die insbesondere unter dem Einfluss von Alkohol häufig sind. Menschen mit Gewalterfahrungen und insbesondere Kinder, die über einen längeren Zeitraum negativ besetzte Körperkontakte bzw. Berührungen (Misshandlungen), wie z.B. Schläge, Stöße, Stiche, Schütteln, Schnitte oder Verbrennungen erfahren haben, verbinden mit diesen z. T. erhebliche negative Empfindungen und Gefühle (vgl. Anders & Weddemar 2002, S. 147f).

Bei der Betrachtung der Rolle der Haut im Zusammenhang mit körperlicher Gewalt und den damit verbundenen Schmerzen wird deutlich, dass ihr mitunter ein verändertes Erleben und Empfinden zugeordnet wird. Schläge können bei Kindern dazu führen, dass sich die Haut im Empfinden des Kindes in ein Organ des Schmerzgefühls statt in eines des Behagens verwandelt. Bei der körperlichen Züchtigung ist die Haut nicht nur das Medium schmerzlicher Empfindungen, sondern auch das Organ, das direkt mit Ärger, Angriffslust und Strafe in Verbindung gebracht wird (vgl. Montagu 2000, S. 136).

Auch beim sexuellen Missbrauch wird der Körperkontakt negativ oder unangenehm erlebt, dabei kann er von Berührungen an bestimmten Körperteilen bis hin zur Vergewaltigung gehen und wird unter Zwang, Gewalt und Erpressung ausgeübt.

„Mit negativen Formen des Körperkontaktes wie körperlichen und sexuellen Misshandlungen gehen Schmerzen, negative Gefühle und Empfindungen bzw. körperliche und seelische Qualen einher, so dass sich diese Formen negativ auf die Entwicklung des Menschen auswirken.“ (Anders & Weddemar 2002, S. 147).

ANDERS & WEDDEMAR (2002, S. 147ff.) fassen mittel- und langfristige Folgen von körperlichen und sexuellen Misshandlungen wie folgt zusammen:

- bleibende körperliche Beeinträchtigungen infolge der zugefügten Verletzungen,
- körperliche und geistige Retardierungen bis hin zu manifesten Behinderungen,
- psychosomatische Beschwerden wie diffuse Schmerzen, Hauterkrankungen und Allergien,
- Auswirkungen auf die sozial-emotionale Entwicklung, die sich in Form von verschiedensten Verhaltensauffälligkeiten zeigen,
- extreme Schuldgefühle,
- zwanghafter Selbstbeschuldigungsdrang,
- Beeinträchtigung von Lebensfreude und Selbstwertgefühl,
- Anpassungsbereitschaft, Angst, Unruhe, Erregbarkeit, Überempfindlichkeit, Gehemmtheit, Apathie, Wutanfälle und Hyperaktivität, Bindungsunfähigkeit, aggressives Verhalten, sexualisiertes Verhalten, Prostitution, Vermeidung intimer Beziehungen, gehemmter Umgang mit den eigenen Kindern, Essstörungen.

Die Betrachtung der Komplexität der Folgen von körperlicher und sexueller Misshandlung macht deutlich, zu welchen erheblichen Störungen diese im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich führen können. An dieser Stelle wird der Ansatz für therapeutische Maßnahmen überaus deutlich.

Abschließend soll nochmals auf den Zusammenhang von Körperkontakt und Kommunikation hingewiesen werden. Der Körperkontakt ist eine ganz besondere Form der Kommunikation und für die zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Ausgestaltung von besonderer Bedeutung. Wie bereits festgestellt, ist der Körperkontakt die ursprünglichste Form der Kommunikation und in der frühen Lebensphase des Menschen die fast ausschließliche Form, um mit der Umwelt in Verbindung zu treten und Informationen auszutauschen. Mit zunehmendem Alter treten die an die Sprache gebundenen Kommunikationsformen in den Vordergrund. Der Körperkontakt behält jedoch das ganze Leben lang seine Bedeutung. So ist es möglich, durch Körperkontakt bzw. Berührungen grundlegende Formen interpersoneller Einstellungen zu äußern. Diese können positiv bzw. wohlwollend sein und drücken sich, z. B. in Streicheln, Drücken, Umarmen oder auch in sexuell orientierten Handlungen, wie z. B. in Küssen und Lecken aus. Negative Einstellungen werden durch aggressive Formen, wie Schlagen, Treten oder Stoßen zum Ausdruck gebracht. Körperkontakte bzw. Berührungen zeichnen sich durch ein hohes Maß an Echtheit und Unverfälschbarkeit aus. Berührungen enthalten mehr Botschaften auf emotionaler Ebene als z.B. die Sprache (vgl. Argyle 1996, S. 267ff).

Andere Formen des Körperkontaktes können als Interaktionssignale dienen und kommunizieren nicht in erster Linie interpersonelle Einstellungen. Zu diesen gehören solche Formen wie Begrüßung und Abschied, Glückwünsche, Aufmerksamkeitssignale usw.. Sie stellen im Allgemeinen eine neutrale Form der Kommunikation über Körperkontakte dar, vor allem bei Menschen, die sich nicht nahe stehen oder nur einen formalen Umgang pflegen. (vgl. Argyle 1996, S.274ff). Körperkontakte bzw. Berührungen haben über die damit verbundenen Empfindungen, Erfahrungen, Gefühle und Kognitionen einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung des Menschen in jedem Altersbereich. Der Mangel an positiv bzw. ein Übermaß an

negativ erlebtem Körperkontakt hat Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens, beeinflusst vor allem das Verhalten des Menschen, die Entstehung verschiedener Krankheiten und kann die Ausbildung einer Suchtmittelabhängigkeit begünstigen (vgl. Juhan 1996, S. 153).

Eine besondere Rolle spielt der Körperkontakt im Sport. Bei vielen Bewegungsformen kommt es häufig und z. T. zu sehr intensivem Körperkontakt zwischen den Beteiligten. In der Arbeit der Sporttherapie haben Übungen und Spiele mit Körperkontakt eine große Bedeutung. Sie werden zielgerichtet in den therapeutischen Prozess integriert, um verschiedene Zielstellungen, wie z. B. den Umgang mit körperlicher Nähe zu erreichen. Bewegung, Sport und Spiel sind permanent mit verschiedenen Formen von Körperkontakt verbunden. Der gezielte Einsatz von Übungen und Methoden, die den Körperkontakt in den Mittelpunkt der sporttherapeutischen Interventionen stellen, sind zentraler Gegenstand der vorliegenden Untersuchung (vgl. Kapitel 7.5).

4.4 Körpererleben von Alkoholabhängigen

Die vorherigen Kapitel machen deutlich, wie sich die Zusammenhänge zwischen Wahrnehmen, Erleben und Erfahren darstellen und welche große Bedeutung der Körperkontakt hat. Nachfolgend soll das Körpererleben von Alkoholabhängigen dargestellt werden.

Um das Körpererleben von alkoholabhängigen Männern und Frauen zu erfassen, erscheint es sinnvoll, die Erfahrungsbereiche des Erlebens der Betroffenen differenziert zu betrachten. Dabei kristallisieren sich drei wesentliche Bereiche des Körpererlebens bei Alkoholabhängigen heraus:

- das Körpererleben unter Alkoholeinfluss,
- das Körpererleben im Entzug und
- das Körpererleben in Phasen der Abstinenz.

Das Körpererleben unter Alkoholeinfluss

Der Genuss von Alkohol beeinflusst das zentrale Nervensystem (ZNS) des Menschen in vielerlei Hinsicht. Eine breite Wirkung hat der Alkohol auf physiologisch-psychologische Funktionen, die sich in Störungen der Aufnahme, Weiterleitung und Verarbeitung von Informationen zeigen (vgl. Feuerlein 1998, S. 32ff). Eine gestörte Informationsaufnahme, Weiterleitung und Verarbeitung zieht zwangsläufig ein verzerrtes Erleben des eigenen Körpers nach sich (vgl. Kapitel 4.2). Besonders in der chronischen Phase der Alkoholabhängigkeit ist ein wesentlicher Einfluss von Alkohol gegeben, d. h. dass eine andauernde, häufig jahrelange Verzerrung der Wahrnehmung des eigenen Körpers vorliegt. Exemplarisch soll hier die Wahrnehmung von Schmerzen als Signale des Körpers benannt werden.

Unter dem permanenten Einfluss von Alkohol ist das Schmerzempfinden der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Schmerzen werden geringer oder gar nicht wahrgenommen. Das Körpererleben wird in diesem Fall sogar positiv verändert. Ohne bzw. nur mit geringen Schmerzen erleben sich Menschen unter Alkoholeinfluss entspannter und haben subjektiv ein Gefühl erhöhter physischer Leistungsfähigkeit. Die Folge ist, dass es zur Überschätzung und körperlichen Schäden kommen kann. Darüber hinaus verändert sich das Verhalten unter dem Einfluss von Alkohol. Psychisch fallen alkoholisierte durch eine affektive Enthemmung auf. Diese äußert sich häufig in einer verringerten Frustrationstoleranz, Aggressivität und einer vergrößerten Gewaltbereitschaft (vgl. Feuerlein 1998, S. 125ff, Soyka 1995, S. 189ff). Aggressivität zieht in der Regel sehr häufig negative Körperkontakte nach sich. Körperliche Gewalt bis hin zum sexuellen Missbrauch sind unter Alkoholeinfluss allgegenwärtig und prägen den Erfahrungsbereich und das Körpererleben der Betroffenen (vgl. Kapitel 2.2.1).

Das Körpererleben im Entzug

Auch in diesem Erlebnisbereich macht der Alkoholabhängige vielfältige Körpererfahrungen. Die Entstehung und der Verlauf des Alkoholentzugssyndroms sind in der Literatur umfangreich beschrieben (u. a. Feuerlein 1998, S. 131-138, Soyka 1995, S. 196-201). Nachfolgend soll an ausgewählten Beispielen die Bandbreite des Körpererlebens im Alkoholentzug beschrieben werden.

Das klinische Bild des Alkoholentzugssyndroms ist durch eine Vielzahl von Symptomen auf den verschiedensten Gebieten gekennzeichnet. Diese ziehen teilweise dramatische körperliche Erlebnisse nach sich. Dazu zählen internistische Symptome wie Erbrechen, Durchfälle und lebensbedrohliche Herz- und Kreislauftörungen. Diese wirken sich akut auf das Wohlbefinden des Abhängigen aus, sind teilweise mit heftigen Schmerzzuständen verbunden und

beeinflussen u. a. auch die Psyche des Betroffenen. Auch neurologische Symptome wie z. B. Ataxien, epileptische Anfälle oder starke Kopf- und Muskelschmerzen beeinflussen in dieser Phase die körperlichen Leistungen erheblich und werden zu Körpererfahrungen des Alkoholabhängigen. Ein unmittelbarer Zusammenhang kann zu den psychischen Störungen, die im Entzug auftreten, hergestellt werden. Ängste, eine vermehrte Reizbarkeit oder auch Halluzinationen, Depressionen und Gedächtnisstörungen treten mitunter in dieser Phase auf (vgl. Soyka 1995, S. 197ff, Feuerlein 1998, S. 131ff).

Entzugsbehandlungen sind in der Regel mit Krankenhausaufenthalten bzw. regelmäßigen Konsultationen bei einem Arzt verbunden. Alkoholabhängige sind in dieser Erlebnisphase ihrer Krankheit auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Das schadlose Überstehen des Entzuges ohne professionelle Hilfe (kalter Entzug) ist in frühen Phasen der Krankheit durchaus möglich. Mit fortschreitender Krankheit ist der „kalte Entzug“ eher die Ausnahme und kann mitunter erhebliche Komplikationen, wie z. B. Krampfanfälle oder ein Delirium tremens nach sich ziehen (vgl. Soyka 1995, S. 199ff). Das Körpererleben des Alkoholabhängigen ist im Entzug durch Schmerzen und Funktionsstörungen geprägt, die in der Regel eine deutlich verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und eine geringere psychische Belastbarkeit mit sich bringen.

Untersuchungen von SCHÄTZER (1992) und CREMER (1993) zum Körpererleben von Alkoholabhängigen in einer Entzugsbehandlung ergaben, dass sich die Patienten im Vergleich mit einer Normalpopulation zu Beginn der Behandlung nur unwesentlich schlechter einschätzten. Lediglich die Körperkonzepte zur Gesundheit und zum körperlichen Wohlbefinden werden im Rahmen einer Selbsteinschätzung (FKKS) ungünstiger bewertet (vgl. Deusinger 1998, S. 109-111, 241-244). Die Ergebnisse zeigen, dass Alkoholabhängige schon kurz nach dem Abklingen der akuten Entzugssymptome ihren Körper in seiner Funktion, Erscheinung und Akzeptanz nicht schlechter erleben, als es Personen ohne Alkoholerkrankung tun.

Das Körpererleben in Phasen der Abstinenz

Fast jeder Alkoholabhängige hat neben den Phasen, in denen er mit relativer Kontinuität Alkohol zu sich nimmt, auch Phasen länger andauernder Abstinenz (Abstinenzversuche). Diese sind im Verlauf der Krankheit von vielen Umständen abhängig, wie z. B. vom Trinkverhalten, der sozialen Einbindung usw.. In dieser Phase ist das Körpererleben durch die beiden zuvor beschriebenen Phasen geprägt.

Es ist davon auszugehen, dass ein andauernder Alkoholmissbrauch Auswirkungen auf fast alle Organe hat und sich entsprechend der Dauer der Alkoholabhängigkeit körperliche Schäden einstellen. Die damit im Zusammenhang stehenden Entzugssymptome begleiten diese Phase der Krankheit. Gelingt es dem Abhängigen, über einen längeren Zeitraum abstinent zu bleiben, kommt es mitunter zu einer relativ schnellen körperlichen Stabilisierung und einem verbesserten Wohlbefinden. Das Körpererleben des Alkoholabhängigen wird in der Phase der Abstinenz wechselseitig von den zuvor benannten Faktoren beeinflusst (vgl. u. a. Feuerlein 1998, S.253ff, Tretter 1999, C 3.4).

Entfällt die toxische Wirkung des Alkohols nimmt der Betroffene seinen Körper ohne „Eintreibungen“ und ihn in seiner Funktions- und Leistungsfähigkeit wahr. Das heißt zum einen, dass Schmerzen deutlich spürbar sind und Funktionseinschränkungen in vollem Umfang erfasst werden können. Dieser Umstand kann dann sogar die Gefahr des „Weitertrinkens“ (Rückfall) begünstigen. Die vom Abhängigen zuvor positiv erlebten Wirkungen des Suchtmittels stehen ihm in dieser Phase nicht zur Verfügung. Zum anderen erleben die

Alkoholabhängigen eine relativ schnelle Wiederherstellung des Körpers in den Abstinenzphasen (vgl. u. a. Tretter 1999, C 3.4). Auch eine stationäre Entwöhnungsbehandlung ist eine Phase länger andauernder Abstinenz. Wie sich das Körpererleben in diesem Zeitraum verändert, ist eine zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung.

Letztendlich sind die Phasen des Erlebens von Alkoholabhängigen, bezogen auf den eigenen Körper, nicht voneinander zu trennen. Das aktuelle Körpererleben wird immer von den Körpererfahrungen geprägt, die der Abhängige im Krankheitsverlauf gesammelt hat. Dabei wechseln sich zwingend die Erlebnisphasen in unterschiedlicher Dauer und Intensität ab (vgl. Feuerlein 1998, S. 205ff). Unter Berücksichtigung der Feststellung, dass Körpererfahrungen immer an Ereignisse und Erlebnisse sowie deren Bewertung gebunden sind, wird die Bedeutung der zuvor beschriebenen Erlebnisbereiche von Alkoholabhängigen deutlich (vgl. Kapitel 4.2).

5 Bewegungsverhalten

Neben dem Körpererleben ist das Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen Gegenstand der Untersuchungen dieser Arbeit. Nachfolgend wird das Bewegungsverhalten begrifflich näher bestimmt, aus der Sicht verschiedener Bewegungswissenschaften betrachtet und in die Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen eingeordnet.

5.1 Bewegungsverhalten – Begriffsbestimmung

Der Begriff „*Bewegungsverhalten*“ wird in der Literatur vielfältig und in den verschiedensten Zusammenhängen verwendet. Die Verwendung des Begriffes wird jeweils von der wissenschaftlichen Ausrichtung und den historischen bzw. methodischen Zugängen bestimmt. Eine klare Definition des Begriffes gibt es nicht. Daher erscheint es sinnvoll, die Stammbegriffe des Bewegungsverhaltens näher zu betrachten und anschließend eine Begriffsbestimmung aus der Sicht verschiedener Wissenschaftsbereiche vorzunehmen.

Im Bewegungsverhalten sind die Begriffe „*Bewegung*“ und „*Verhalten*“ zusammengeführt.

Bewegung, hier als menschliche Bewegung verstanden, wird als eine zielgerichtete, organisierte und koordinierte Ortsveränderung des Körpers bzw. seiner Bestandteile gekennzeichnet, wobei die Motorik die Grundlage für die Bewegung ist (vgl. Froböse et al. 2002, S. 3). MEINEL & SCHNABEL (1998, S. 33) gehen davon aus, dass die Begriffe „*Bewegung*“ und „*Motorik*“ zwei Aspekte ein und desselben Sachverhaltes im Rahmen der menschlichen Tätigkeit beinhalten. Bewegung hat eine innere und eine äußere Seite und umfasst die Gesamtheit aller Vorgänge und Funktionen des Organismus sowie dessen psychische Regulation (Psychomotorik).

Unter Verhalten (menschliches Verhalten) versteht man alle wahrnehmbaren und beobachtbaren organischen Äußerungen verbaler und nonverbaler Art, gewissermaßen jede Form einer Lebensäußerung des Menschen (vgl. Bastine 1998, S. 93f)). In Bezug auf Bewegung und Sport werden eine Vielzahl von Wortverbindungen, wie z. B. Spielverhalten, Risikoverhalten oder Belastungsverhalten definiert. Trotz aller Schwierigkeiten einer klaren Abgrenzung bezeichnet der Begriff „*Verhalten*“ psychische Phänomene, die im Zusammengang mit Bewegung stehen, am umfassendsten.

Wenn davon ausgegangen wird, dass fast jede Lebensäußerung zwingend mit Bewegung verbunden ist, wird deutlich, dass Bewegung und Verhalten praktisch nicht voneinander zu trennen sind. Der Körper und die Bewegung sind die funktionalen Grundlagen allen Verhaltens (vgl. Bielefeld 1991, S. 4). Das wahrnehmbare und insbesondere das beobachtbare Verhalten ist Gegenstand verschiedener Bereiche der Wissenschaft.

5.2 Bewegungsverhalten aus der Sicht verschiedener Bewegungswissenschaften

Bewegungslehre

In der Bewegungslehre spielt das Bewegungsverhalten eine große Rolle. Ein wesentliches Arbeits- und Untersuchungsfeld dieses Wissenschaftsbereiches ist u. a. die motorische Ontogenese des Menschen. Hier wird das Bewegungsverhalten in den einzelnen Phasen seiner Entwicklung – vom Neugeborenenalter bis zum späten Erwachsenenalter – detailliert beschrieben (vgl. u. a. Meinel & Schnabel 1998, S. 241-349, Froböse et al. 2002, S. 6-53). Neben der allgemeinen Charakteristik der motorischen Entwicklung wird für den jeweiligen Lebensabschnitt die Ausprägung der Grundformen von Bewegung, wie z. B. Gehen, Laufen, Springen, Fangen oder Werfen, analysiert und beschrieben. Darüber hinaus werden der Entwicklungsstand der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten sowie psychische bzw. kognitive Besonderheiten dargestellt und Folgerungen für die Förderung der motorischen Entwicklung der jeweiligen Entwicklungsetappe abgeleitet.

Ein wesentlicher Arbeitsbereich der Bewegungslehre ist das „*Motorische Lernen*“. Auch hier ist das Bewegungsverhalten, genauer der Mechanismus der Veränderung des Bewegungsverhaltens im Lernprozess des Menschen, Gegenstand der Betrachtung. Das motorische Lernen ist auf die Entwicklung, Anpassung und Vervollkommnung von Bewegungshandlungen und Bewegungsverhalten ausgerichtet. Ziel ist es, motorische Aufgabenstellungen zu bewältigen sowie motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln (vgl. Meinel & Schnabel 1998, S. 158).

Eine weitere Erfahrungsquelle der Bewegungslehre ist die Beobachtung und Analyse des Bewegungsverhaltens (vgl. u. a. Neumaier 1988). Die Ergebnisse der Untersuchungen bilden die Grundlage zur Planung und Entwicklung des Bewegungsverhaltens in den pädagogisch orientierten Bereichen wie Kindergarten, Schule und Ausbildung sowie für die therapeutisch orientierte Arbeit, wie z. B. in der Rehabilitation. Einschränkend ist zu beachten, dass in der Bewegungslehre das motorische Verhalten (Bewegungsverhalten) des Einzelnen betrachtet wird. Abweichendes Verhalten und deren Auswirkungen für den Einzelnen in der Gemeinschaft werden nur peripher berücksichtigt. Sie sind primär nicht Gegenstand der Bewegungslehre.

Psychomotorik

Mit dem abweichenden motorischen Verhalten, den möglichen Zusammenhängen mit psychischen und sozialen Komponenten, deren Folgen und den daraus resultierenden Arbeitsaufgaben befasst sich die Psychomotorik. Der Begriff „*Psychomotorik*“ ist durch die funktionelle Einheit psychischer und motorischer Vorgänge, die eine enge Verknüpfung des körperlich-motorischen mit dem geistig-seelischen Bereich darstellen, gekennzeichnet (vgl. Zimmer & Cicurs 1990, S. 33). Dieser Wissenschaftsbereich beleuchtet unter Beachtung der komplexen Umweltbedingungen u. a. die Ursachen und Erscheinungsformen von motorischen Leistungsschwächen. Die Aktivitäten waren anfänglich auf motorisch auffällige (leistungsschwache) oder behinderte Kinder orientiert und sind mit der Entwicklung der Motologie, Motopädagogik und Mototherapie zunehmend auf alle Altersbereiche des Menschen ausgeweitet worden (vgl. u. a. Kiphard 1989, S. 71-91, Hölter 1993/1, S. 181-192).

Die Diagnostik des Bewegungsverhaltens spielt hier bei der Arbeit mit den Betroffenen eine wichtige Rolle. Die „*Motodiagnostik*“ umfasst alle Verfahren und Vorgehensweisen, die dazu geeignet sind, qualitative Merkmale des Bewegungsverhaltens zu beschreiben, die

Bewegungsleistungen zu messen oder den Bewegungsverlauf mit Hilfe verschiedener Medien aufzuzeichnen. Die Beobachtung des Bewegungsverhaltens bildet dabei die Grundlage jeder motodiagnostischen Entscheidung (vgl. Zimmer & Cicurs 1990, S. 50-60).

Im Gegensatz zur Bewegungslehre beziehen die zuvor benannten Wissenschaftsbereiche verstärkt psychosoziale Komponenten in die Überlegungen ein. Das Bewegungsverhalten ist nicht ausschließlich auf das Erreichen motorischer Ziele oder die Verbesserung motorischer Fähigkeiten gerichtet. Das Bewegungsverhalten des Einzelnen in der Gruppe und solche Aspekte wie eine angemessene Körperspannung, körperliche Distanz und Nähe, Kommunikationsverhalten oder Kooperation in Bewegungssituationen stehen u. a. im Mittelpunkt einer psychomotorisch orientierten Arbeit (vgl. u. a. Hölter 1993/2, S. 52ff).

Sportpädagogik und Sportpsychologie

Auch in der Sportpädagogik, die sich als die Theorie und Praxis der Erziehung und Bildung im und durch Sport und Bewegung versteht, ist das Bewegungsverhalten oder das Verhalten in Bewegung zentraler Gegenstand (vgl. Grupe & Krüger 2002, S. 61). Neben Erziehung und Bildung sind Handlungsfähigkeit, Entwicklung, Lernen und Sozialisation, Grundbegriffe und zentrale Ziele der Sportpädagogik.

„Handlungsfähigkeit“ wird als eine sportpädagogische Leitidee bezeichnet:
„...sie beinhaltet die Erziehung zu sinnvollen, bewußten , selbstverantwortetem und sozialen Handeln im Sport, und sie zielt im weiteren Sinn auf eine allgemeine Handlungsfähigkeit auch in anderen Handlungssituationen.“ (Grupe & Krüger 2002, S. 86).

„Entwicklung“ wird hier als eine Veränderung des Verhaltens bzw. der Verhaltensmöglichkeiten und des Erlebens verstanden. Jede Entwicklung ist wiederum mit Lernprozessen verbunden, welche eine dauerhafte und relativ stabile Änderung der Verhaltensmöglichkeiten auf Grund von Erlebnissen, Erfahrungen oder Einsichten mit sich bringen (vgl. Grupe & Krüger 2002, S. 73f). Besonders das *„soziale Lernen“* ist von Bedeutung. Sport und Bewegung bieten ein Feld, auf dem diese Art des Lernens immer wieder neu erprobt und geübt werden kann. So werden im und durch Sport und Bewegung soziale Verhaltensweisen erworben und verfestigt. Die Betrachtung der zuvor benannten Grundbegriffe machen deutlich, dass Handlungsfähigkeit, menschliche Entwicklung, Lernen und Verhalten (motorisches Lernen und Bewegungsverhalten) grundlegende Aspekte sind, die eng miteinander verbunden sind und sich einander bedingen.

Die Sportpsychologie stützt sich u. a. auf handlungstheoretische Grundlagen. Das *„Primat der Handlung“* ist eine theoriekonstituierende Grundannahme der Handlungspsychologie. Die Handlung bildet hier den Grundbezug psychologischer Forschung und Anwendung. Das Handlungskonzept ist somit die Grundstruktur psychologischer Theoriebildung (vgl. Nitsch 2000, S. 58). Die Begriffe Verhalten, Handlung und Bewegung sind in der handlungstheoretischen Perspektive eng verflochten. Menschliches Verhalten wird auch hier als jede Form der Lebensäußerung verstanden, also alle Formen, in denen die Selbstständigkeit eines Organismus zum Ausdruck kommt und aktiv eine Beziehung zur Umwelt herstellt, stabilisiert oder verändert wird. Von Handlung spricht man aus handlungspsychologischer Sicht erst dann, wenn Verhalten weder durch somatische Bedingungen und/oder durch Umwelteinflüsse unmittelbar und vollständig determiniert noch zufällig ist. Verhalten wird in diesem Zusammenhang erst organisiert und setzt bestimmte Absichten voraus, welche mit dem Verhalten verfolgt werden sollen.

„Handeln ist somit eine Sonderform des Verhaltens“
(Nitsch 2000, S. 59).

Die dargestellte Definition von „*Handlung*“ hat darüber hinaus grundlegende Bedeutung für das Verständnis von „*Bewegung*“ bzw. „*Bewegungshandlung*“. Von Bewegungshandlungen wird dann gesprochen, wenn bei menschlichen Bewegungen nicht nur psychische Einflüsse der Bewegungsregulation mitberücksichtigt werden, sondern die intentionale Gesamtorganisation der Bewegungen hervorgehoben wird. Bewegungsverhalten, insbesondere auch im Sport, ist demnach als ein „*operatives Moment*“ der Handlung und als eine Funktion des subjektiven Handlungsfeldes zu verstehen. RUBINSTEIN (1984, S. 679) bezeichnet die Bewegungen des Menschen als die eigentliche Form, in der sich das Handeln verwirklicht. Seiner Auffassung nach wird die Bewegung vom Charakter oder vom Inhalt der Aufgabe bestimmt, die durch das Handeln gelöst werden soll.

Wenn man davon ausgeht, dass sich Verhalten in jeder Form der Lebensäußerung widerspiegelt und diese fast immer mit Bewegung verbunden steht, wird deutlich, dass alle Bewegungswissenschaften und auch andere Wissenschaftsbereiche oder Theoriefelder aus den verschiedenen Perspektiven das Bewegungsverhalten des Menschen analysieren, beschreiben bzw. versuchen, es zu verändern. Die Lern- und Verhaltenstheorien, handlungstheoretische Aspekte oder die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum motorischen Lernen bilden u. a. die theoretischen Grundlagen der Sportpädagogik und Sportpsychologie.⁵

5.3 Bewegungsverhalten in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen

Das Bewegungsverhalten spielt bei der psychiatrischen Diagnose bzw. bei Fallbeschreibungen seit langem eine große Rolle. So sind einige psychiatrische Krankheitsbilder, wie z. B. die Katatonie oder die so genannten Motilitätspsychosen, die durch erstarrte Spannungszustände der willkürlichen Muskulatur bzw. durch besondere hyper- und akinetische Zustände gekennzeichnet sind, geradezu durch Störungen der Motorik als Leitsymptome charakterisiert.

In der klassischen Psychiatrie bestanden die diagnostischen Aussagen meist aus Beschreibungen von Gestaltphänomenen der Bewegung auf der Basis der ausdruckspsychologischen Annahme, dass sich die Persönlichkeit in Ausdruckserscheinungen, wie in der Gestik, Sprache, Haltung, Körperspannung usw. niederschlägt (vgl. Hölter 1989, S. 9f). Auch bei der Behandlung psychischer Störungen in der Gegenwart haben Aussagen zur Motorik, Psychomotorik oder der neurologischen Funktionen ihre Bedeutung. Dabei geht es nicht nur um das beobachtbare Verhalten des Einzelnen in Bewegung (Bewegungsverhalten), sondern auch um das beobachtbare Verhalten des Einzelnen in der Gemeinschaft – das Sozialverhalten, welches sich in Bewegung äußert.

In den klinisch-diagnostischen Leitlinien des ICD-10 und des DSMR-IV finden sich zur Diagnostik und Abgrenzung psychischer Störungen eine ganze Reihe von direkten und indirekten Aussagen zum Bewegungsverhalten. Exemplarisch sollen aus der Vielfalt der Störungsbilder die Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, Schädigungen infolge körperlicher

⁵ Zur Vertiefung der Thematik: NITSCH & ALLMER (1996), GABLER; NITSCH & SINGER (2000, S. 43-164) GRUPE & KRÜGER (2002, S. 62-86) und BALZ & KUHLMANN (2003).

Erkrankungen, affektive Störungen oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit genannt sein (vgl. ICD-10 1999, F06, F9). So wird beispielsweise in den diagnostischen Leitlinien der organischen katatonen Störung eine Verminderung oder vollständiges Fehlen spontaner Bewegung mit teilweisen oder vollständigem Mutismus und Handlungsstereotypien (vgl. ICD-10 1999, S. 78) und bei hyperkinetischen Störungen ein häufiges Wechseln von einer Aktivität zur anderen und eine exzessive Ruhelosigkeit, die sich in Herumlaufen oder Herumspringen äußern kann, beschrieben (vgl. ICD-10 1999, S. 294). In den zuvor benannten Fällen wird mit der Hilfe des Bewegungsverhaltens eine diagnostische Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern vorgenommen.

Bei anderen Störungen, wie z. B. bei Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten kann es zu aggressiven Handlungen des Einzelnen kommen. Hier wird das Bewegungsverhalten (Sozialverhalten in Bewegung) in der Gemeinschaft als diagnostisches Kriterium herangezogen (vgl. ICD-10 1999, S. 301f). Bei jeder zielgerichteten Behandlung sollte die Diagnostik die Grundlage für die Planung der anschließenden Therapie bilden. Das Bewegungsverhalten kann darüber hinaus Informationen zum Verlauf und Ergebnis einer Behandlung liefern. Spezielle Testverfahren wie z. B. die HAMILTON-DEPRESSIONS-SKALA (17-HAM-D) erfassen u. a. das Bewegungsverhalten der Patienten und lassen Aussagen über deren Veränderung im Verlauf der Therapie zu. Standardisierte Motoriktests zur Bestimmung der Grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, wie z. B. der Körperkoordinationstest (KTK), werden insbesondere bei Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion (vgl. ICD-10 1999, F 82) zu Beginn und im Verlauf der Behandlung eingesetzt.

In der Therapie Alkoholabhängiger wird das Bewegungsverhalten nicht als diagnostisches Instrument eingesetzt, es dient lediglich der Beschreibung und Abgrenzung des Verhaltens bei akuten Intoxikationen bzw. in bestimmten Phasen der Krankheit. Bei der Diagnostik einer akuten Alkoholintoxikation werden dagegen Bereiche des Bewegungsverhaltens wie z. B. die Gang- und Standunsicherheit herangezogen (vgl. ICD-10, F10.0).

Das in der vorliegenden Arbeit eingesetzte Beobachtungsverfahren (LOVIPT) bietet einen möglichen Ansatz für die gezielte Einbeziehung des Bewegungsverhaltens in die Behandlung Suchtkranker.

6 Fragestellungen und Hypothesen

Die dargestellten theoretischen Positionen kennzeichnen die Bedeutung von Körpererfahrung und Bewegungsverhalten für die Entwicklung des Menschen und beschreiben die Folgen, die ein chronischer Alkoholmissbrauch mit sich bringt. Für die vorliegende Untersuchung ergab sich die übergreifende Frage nach der Veränderung des Körpererlebens und Bewegungsverhaltens der Patienten im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Für die Sporttherapie, als ein Baustein der Behandlung, stand die Frage nach der Wirksamkeit der durchgeführten Programme auf Körpererleben und Bewegungsverhalten im Vordergrund. Um die letztgenannte Zielstellung zu erreichen, wurden über den Untersuchungszeitraum Untersuchungs- und Kontrollgruppen (UG, KG) gebildet, welche unterschiedliche Programme im Rahmen der Sporttherapie absolvierten (vgl. Kapitel 7.5).

Nachfolgend sollen die allgemeinen bzw. übergreifenden und die speziellen Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung formuliert werden.

Allgemeine Fragestellungen (A):

- A1: Wie verändert sich das Körpererleben alkoholabhängiger Männer und Frauen im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung?
- A2: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung des Selbstbildes bezogen auf den eigenen Körper?
- A3: Wie verändert sich das Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung?

Spezielle Fragestellungen Sporttherapie (S):

- S1: Wie verändert sich das Körpererleben der Patienten unter dem Einfluss eines körperorientierten Programms in der Sporttherapie?
- S2: Wie verändert sich das Bewegungsverhalten der Patienten unter dem Einfluss eines körperorientierten Programms in der Sporttherapie?
- S3: Wie verändern sich die objektiven Körperdaten Body Mass Index, Körperfettanteil und körperliche Leistungsfähigkeit im Verlauf der Behandlung?

Diese Fragestellungen sollen im Verlauf der Untersuchung umfassend beantwortet werden. Dazu sind verschiedene Testverfahren und ein speziell körperorientiertes Programm in der Sporttherapie zum Einsatz gekommen sowie Untersuchungs- und Kontrollgruppen gebildet worden.

Im Rahmen der Studie werden folgende Hypothesen postuliert:

allgemeine Hypothesen (HA):

- HA1: Das Körpererleben alkoholabhängiger Männer und Frauen wird sich im Rahmen einer stationären Behandlung insgesamt verbessern.
- HA2: Es ist zu erwarten, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung des Selbstbildes bezogen auf den eigenen Körper gibt.
- HA3: Das Bewegungsverhalten der Patienten wird sich im Verlauf der Behandlung nur geringfügig verändern. Es ist eine Veränderung in Richtung des „*angemessenen Verhaltens*“ zu erwarten.

spezielle Hypothesen (HS):

- HS1: Das Körpererleben der alkoholabhängigen Männer und Frauen der Untersuchungsgruppe verändert sich unter dem Einfluss eines körperorientierten Programms in der Sporttherapie deutlicher als das der Kontrollgruppe.
- HS2: Es ist zu erwarten, dass sich das Bewegungsverhalten der Patienten der Untersuchungsgruppe unter dem Einfluss eines körperorientierten Programms in der Sporttherapie deutlicher verändert als das der Kontrollgruppe.
- HS3: Die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten wird sich im Verlauf der Behandlung deutlich verbessern.
- HS4: Es ist zu erwarten, dass sich die körperliche Leistungsfähigkeit Patienten der Untersuchungsgruppe unter dem Einfluss eines speziellen Kraftprogramms deutlicher verbessert als die Leistungsfähigkeit der Patienten der Kontrollgruppe.
- HS5: Der Body Mass Index und Körperfettanteil der Patienten wird sich im Verlauf der Therapie nur geringfügig verändern. Ein Unterschied zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe ist nicht zu erwarten.

7 Methodik der Untersuchung

Die Beantwortung der im Kapitel 6 aufgeworfenen Fragestellung erfordert den Einsatz verschiedener Testverfahren und spezieller Programme. Nachfolgend werden neben den Rahmenbedingungen der Untersuchung die eingesetzten Testverfahren und Programme der Sporttherapie beschrieben.

7.1 Rahmenbedingungen der Untersuchung

Die Untersuchung wurde in der Fachklinik für Sucht und Psychosomatik „Klinik Schweriner See“ in Zusammenarbeit mit der Abteilung Sporttherapie durchgeführt. Alle Probanden durchliefen eine Langzeittherapie entsprechend der konzeptionellen Richtlinien der Klinik Schweriner See.

7.1.1 Die Klinik Schweriner See

Die Klinik Schweriner See ist eine psychosomatische Fachklinik und für die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie psychosomatischer Erkrankungen konzipiert. Die Behandlung beider Gruppen von Patienten unter einem Dach wird seit langem erfolgreich praktiziert. Auf diesem Gebiet gibt es vielfältige positive Erfahrungen und Untersuchungsergebnisse, welche im Therapiekonzept der Klinik Berücksichtigung finden (vgl. Klinik Schweriner See 2000, Therapiekonzept, S. 7-8). Die Einrichtung hat insgesamt 204 Betten, wobei 144 Betten von zwei Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen und 60 Betten von einer Abteilung für psychosomatische Erkrankungen belegt werden. In den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen werden Patienten ab dem 18. Lebensjahr nach Entgiftung behandelt. Spezielle Angebote gibt es für alleinerziehende Mütter und Väter, für russischsprachige und spielsüchtige Patienten.

In der psychosomatischen Abteilung der Klinik wird ein sehr breites Spektrum von Störungen und Erkrankungen behandelt, dazu zählen u. a. Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen usw.. Spezielle Angebote gibt es für Patienten mit Kindern und für Patienten mit einer sekundären Substanzmittelabhängigkeit bzw. eines Missbrauches in Abstinenz. Seit Ende 2005 werden einer Gruppe der Abteilung für Psychosomatik ausschließlich „*pathologische Glücksspieler*“ behandelt (vgl. Klinik Schweriner See 2000, Therapiekonzept, S. 8-9).

7.1.2 Die Sporttherapie der Klinik Schweriner See

Die Sporttherapie ist im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Klinikkonzeption ein wichtiger integraler Baustein, der handlungsorientiert und auf nonverbaler Ebene die psychotherapeutische Arbeit ergänzt. Die Abteilung Sporttherapie der Klinik Schweriner See verfügt über gute materielle und personelle Bedingungen. Für die therapeutische Arbeit stehen eine große Sporthalle, eine Schwimmhalle, ein Krafraum, ein Ergometerraum mit 15 Ergometern und ein Gymnastikraum mit großem Spiegel zur Verfügung. Die Ausstattung der einzelnen Räumlichkeiten der Sporttherapie mit Kleingeräten, Ergometern und Kraftgeräten ist qualitativ und quantitativ gut. Darüber hinaus hat die Klinik ein eigenes Bootshaus, in dem Kanus und ein Drachenboot untergebracht sind und einen Beachvolleyballplatz.

In der Sporttherapie arbeiten vier Diplomsportlehrer bzw. Diplomsportwissenschaftler in Vollzeitbeschäftigung. Zwei Kollegen mit einer Zusatzqualifikation im Bereich „*Bewegungs- und Sporttherapie für Sucht, Psychiatrie und Psychosomatik*“, ein Kollege ist „*Sporttherapeut für Innere Erkrankungen und Orthopädie*“ und eine Kollegin ist Diplomsportwissenschaftlerin für den Bereich „*Prävention und Rehabilitation*“ und befindet sich in der Ausbildung zur Körpertherapeutin.

In den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen ist die Teilnahme an der Sporttherapie innerhalb der Wohngruppe zweimal pro Woche 60 Minuten obligatorisch. Diese Veranstaltungen finden in der Sport- und Schwimmhalle bzw. im Krafraum der Klinik statt. Bei der Therapie in der Sport- und Schwimmhalle werden im ersten Teil der Stunde bewegungstherapeutische Zielstellungen bearbeitet. Hier stehen die Förderung und Entwicklung personaler und sozialer Kompetenzen im Vordergrund. Partner- und Gruppenübungen mit und ohne Gerät, mit solchen psychosozialen Zielen wie Kennenlernen, Kontaktaufnahme, Vertrauen, und Körperwahrnehmung, sind die überwiegend eingesetzten Trainingsmittel.

Im zweiten Teil der Stunden werden verschiedene Spielformen in der Gruppe durchgeführt. Die Spiele werden entsprechend der Voraussetzungen der gesamten Gruppe ausgewählt bzw. abgewandelt, dass möglichst alle Patienten an den Spielen teilnehmen können. Hier geht es vor allem um den Spaß an der Bewegung in der Gruppe, dabei gemeinsam Aufgaben zu lösen, Teamfähigkeit zu erleben und in adäquater Form zu kommunizieren. Im Krafraum wird ein ausdauerorientiertes muskuläres Aufbautraining (MAT) nach den Prinzipien des „*Sanften Krafttrainings*“ nach BUSKIES (1999) absolviert. Das MAT ist ein Teil des speziellen Programms der Untersuchungsgruppe und wird im Kapitel 7.5 dieser Arbeit ausführlich dargestellt.

Neben der Sporttherapie in der Wohngruppe haben die Patienten nach Rücksprache mit ihrem Bezugstherapeuten und dem verantwortlichen Sporttherapeuten die Möglichkeit, an den verschiedenen indikativen Angeboten, wie z. B. Walking, Bewegung nach Musik oder Bewegungsspiele, teilzunehmen. Die Teilnahme der Patienten an den Indikativgruppen der Sporttherapie richtet sich in erster Linie nach den Erfordernissen für den jeweilig Betroffenen und nach dessen Interessen. Jeder Wohngruppe in den Suchtabteilungen ist jeweils ein fester Sporttherapeut zugeordnet. Dieser nimmt an den jeweiligen Team-besprechungen und Supervisionen teil und ist so in den Behandlungsverlauf integriert. Innerhalb der Teamberatungen geben die Sporttherapeuten Rückmeldungen zur Situation in der jeweiligen Gruppe und zum Verhalten des einzelnen, zu Besonderheiten und Auffälligkeiten innerhalb der Gruppe bzw. Indikativgruppe.

7.2 Verlauf der Untersuchung

Zeitraum der Untersuchung und Auswahl der Gruppen

Die vorliegende Studie wurde über einen Zeitraum von insgesamt 18 Monaten geplant und durchgeführt. Dieser Zeitraum bezieht die Durchführung verschiedener Testläufe für die einzelnen Verfahren ein. Um die Wirksamkeit der Sporttherapie zu überprüfen, war es notwendig, Untersuchungs- und Kontrollgruppen zu bilden. Beide Gruppen absolvierten unterschiedliche Programme im Rahmen der Sporttherapie (dazu ausführlich im Kapitel 7.5).

In die Untersuchung wurden insgesamt neun der elf Gruppen der Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen einbezogen. Diese Gruppen sind jeweils für eine Langzeittherapie mit einem Zeitraum von 12 bis 20 Wochen konzipiert. Die Gruppe für alleinerziehende Mütter und Väter sowie die Gruppe für Kurzzeitpatienten wurden nicht in die Untersuchung einbezogen. Die Einteilung der Wohngruppen in Untersuchungs- und Kontrollgruppe (nachfolgend auch mit UG und KG bezeichnet) erfolgte vor Beginn der Untersuchung, so dass für die Untersuchungsgruppe die Patienten aus fünf Wohngruppen und für die Kontrollgruppe jeweils Patienten aus vier Wohngruppen zur Verfügung standen (siehe Tabelle 6). Die Verteilung der Patienten in die jeweiligen Gruppen erfolgte nach dem Zufallsprinzip und richtete sich an der Belegungssituation der Gruppen aus. Die freiwerdenden Betten wurden ohne weitere Auswahlkriterien belegt.

Untersuchungsgruppe	Kontrollgruppe	Sporttherapeut / Untersucher
Gruppe 6	Gruppe 7	Therapeut 1
Gruppe 8	Gruppe 9	Therapeut 2
Gruppe 10	Gruppe 11	Therapeut 2
Gruppe 12	Gruppe 14	Therapeut 3
Gruppe 15		Therapeut 3

Tab. 6: Verteilung der Gruppen und Therapeuten

Testphase – Vorbereitung der Untersuchung

Vor dem eigentlichen Beginn der Untersuchungen wurde eine mehrwöchige Testphase durchgeführt, um die Eignung der ausgewählten Testverfahren und deren Durchführung zu prüfen und die Testleiter entsprechend vorzubereiten. Insbesondere die Beobachtung des Bewegungsverhaltens der Patienten erforderte eine ausführliche Testphase (vgl. Kapitel 7.4.2) und eine gezielte Vorbereitung der Testleiter. Die Erfahrungen, die in der Testphase gemacht wurden, sind unmittelbar im Verlauf der Untersuchungen berücksichtigt worden.

Ablauf der Untersuchungen

Unmittelbar nach der Verlegung der Patienten von der Aufnahmestation in die Wohngruppe wurden zu festgelegten Zeitpunkten (Montag, Mittwoch und Freitag 16.00 Uhr) die Ausgangsuntersuchungen (T1) zur Bestimmung der objektiven Körperdaten und zum Körpererleben durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Patienten entgiftet, hatten eine gewisse körperliche Stabilität erreicht und das Körpererleben war nicht mehr unmittelbar durch den Alkohol beeinflusst. Die Beurteilung des Bewegungsverhaltens erfolgte nach dreiwöchigem Aufenthalt der Patienten in der Wohngruppe. Die Abschlussuntersuchungen wurden jeweils in der letzten Behandlungswoche vor Entlassung in den festgelegten Zeiten durchgeführt.

Die Einschätzung des Bewegungsverhaltens erfolgte durch den jeweiligen Sporttherapeuten unmittelbar nach der Entlassung des Patienten (siehe Tabelle 7).

Art der Untersuchung	Gegenstand der Untersuchung	Zeitpunkt der Untersuchung
Ausgangsuntersuchung (T1)	• objektive Körperdaten • Körpererleben • körperliche Leistungsfähigkeit	• unmittelbar nach Verlegung in die Wohngruppe
Ausgangsuntersuchung (T1)	• Bewegungsverhalten	• dritte Woche in der Wohngruppe
Abschlussuntersuchung (T2)	• objektive Körperdaten • Körpererleben • körperliche Leistungsfähigkeit	• 12-20 Behandlungswoche
Abschlussuntersuchung (T2)	• Bewegungsverhalten	• unmittelbar nach Entlassung des Patienten

Tab.7: Zeitlicher Verlauf der Untersuchungen

7.3 Zusammensetzung der Stichprobe

Alle Patienten, die an der Studie teilnahmen, sind mit der Primärdiagnose „*Alkoholabhängigkeit*“ aufgenommen worden. Die Dauer der vorgesehenen Behandlung betrug mindestens 12 Wochen. Die Verlegung der Patienten in die Untersuchungs- bzw. Kontrollgruppen erfolgte zufällig und orientierte sich ausschließlich an der Belegungssituation der jeweiligen Gruppen. Die Teilnahme an der Studie war verpflichtend. Alle Patienten die in die Wohngruppen verlegt wurden, haben sich den Tests unterzogen. Während der gesamten Laufzeit hat kein Patient die Durchführung abgelehnt. Insgesamt wurden 137 Patienten, 92 Männer und 45 Frauen, mit einem Durchschnittsalter von 43.35 ($\pm 8,65$) in die Untersuchungen einbezogen. Von 110 Patienten, 76 Männer und 34 Frauen, liegen komplette Daten der Ausgangs- und Abschlussuntersuchungen vor, 27 Probanden haben nicht alle Verfahren durchgeführt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Stichprobe betrug 12,71 Wochen (88,95 Tage) (siehe Tabelle 8, Tabelle. 9).

n = 137	Gesamtstichprobe
Anzahl der Probanden	137
Männer	92
Frauen	45
Durchschnittsalter (s)	43.35 ($\pm 8,65$)
Altersspanne	21-62 Jahre
durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen	88,95
durchschnittliche Behandlungsdauer in Wochen	12,71
vollständige Daten (in die Studie eingegangen)	110
unvollständige Daten	27

Tab.8: Kennzeichnung der Gesamtstichprobe

	Untersuchungs- gruppe		Kontrollgruppe	
n = 110	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anzahl der Probanden	43	22	33	12
Durchschnittsalter (s)	42,29 (±9,47)	45,27 (±6,91)	43,12 (±8,64)	45,25 (±8,23)
Altersspanne	23-61	33-62	21-58	28-59

Tab.9: Patienten der Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Bei der Betrachtung der Sozialdaten der Stichprobe wird deutlich, dass die Zusammensetzung der Untersuchungs- und Kontrollgruppe eine annähernde Übereinstimmung aufweist und man von einer parallelisierten Stichprobe sprechen kann. Die insgesamt erfassten Sozialdaten der Gesamtstichprobe und die Verteilung in der UG und KG sind in der Tabelle 10 dargestellt.

Sozialdaten	Gesamtstichprobe		Untersuchungsgruppe		Kontrollgruppe	
	n = 110	Anteil in %	n = 65	Anteil in %	n = 45	Anteil in %
Schulbildung						
8. Klasse	7	6%	3	5%	4	9%
Hauptschule	15	14%	9	14%	6	13%
Realschule	71	65%	43	66%	28	62%
Abitur	17	15%	10	15%	7	16%
Berufsausbildung						
ohne Ausbildung	9	8%	5	8%	4	9%
mit Ausbildung	101	92%	60	92%	41	91%
Fachschule	13	12%	10	15%	3	7%
Hochschule	10	9%	6	9%	4	9%
Arbeit						
in Arbeit	51	46%	32	49%	18	41%
arbeitslos	59	54%	33	51%	26	59%
Familienstand						
ledig	19	17%	8	12%	11	24%
verheiratet	45	41%	24	37%	21	47%
geschieden	31	28%	22	34%	9	20%
verwitwet	4	4%	3	5%	1	2%
getrennt lebend	11	10%	8	12%	3	7%

Tab. 10: Übersicht über die Sozialdaten der Stichprobe und die Verteilung in Untersuchungs- und Kontrollgruppe (Anteil in % gerundet)

7.4 Angewandte Testverfahren und Programme

Die angewandten Testverfahren und Messinstrumente, die im Verlauf der Untersuchung zum Einsatz kamen, sind in der Tabelle 11 zusammengefasst und sollen nachfolgend ausführlicher dargestellt werden.

Gegenstand der Untersuchung	Testverfahren und Messinstrumente	Testbeschreibung
Körpererleben	Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS), (Deusinger 1998)	Fragebogen zur Selbsteinschätzung
Bewegungsverhalten	Leuener Beobachtungsskalen (LOVIPT), (Van Coppenolle et al. 1986)	Beobachtungsverfahren
körperliche Leistungsfähigkeit	Kraftausdauertest (exemplarisch)	Wiederholungsmaximum mit eigenem Körpergewicht bei ausgewählten Übungen
objektive Körperdaten	Body Mass Index (BMI), Körperfettanteil	- Körpergewicht / Körperhöhe ² - Bioelektrische Impedanz Analyse (BIA)

Tab. 11: Angewandte Testverfahren, Gegenstand der Untersuchung und Testbeschreibung

7.4.1 Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)

Theoretische Überlegungen und Begründung der Auswahl

Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) sind Selbsteinschätzungsverfahren, in deren Mittelpunkt die Bestimmung verschiedener Körperkonzepte steht. Im Zentrum der theoretischen Überlegungen von DEUSINGER (1998) steht das „Selbstkonzept“. Dies wird als Einstellung des Individuums im Sinne von Attitüden zur eigenen Person gekennzeichnet. Sie schließen sowohl Kognitionen, Emotionen als auch das Verhalten des Individuums gegenüber sich selbst ein. „Körperkonzepte“ verstehen sich als Selbstkonzepte, die sich auf verschiedene Aspekte des Körpers beziehen. Es handelt sich um Einstellungen des Individuums dem eigenen Körper gegenüber (vgl. Deusinger 1998, S. 15).

Darüber hinaus stützt sich die Verfasserin auf Standpunkte der Hirnphysiologie und Attitüdenforschung. Hier wird davon ausgegangen, dass die individuellen Bilder vom eigenen Körper aus Erfahrungen entstehen und in dessen Folge gelernt werden. So entstehen differenzierte Selbstkonzepte zum eigenen Körper, die als Aspekte der spezifischen Identität einer Person betrachtet werden können. Sie können als zur Person gehörend und diese konstituierend verstanden werden (vgl. Deusinger 1998, S. 12).

Die zuletzt benannten theoretischen Ansätze der Arbeit von DEUSINGER (1998) waren für die Auswahl der FKKS für die vorliegenden Untersuchungen von besonderer Bedeutung. Das Testverfahren prüft die Veränderung von Einstellungen zum eigenen Körper, wie sie z. B. im Rahmen der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen gemacht werden. Der FKKS wurde zur Messung von Veränderungen im Körpererleben bei alkoholabhängigen Männern und Frauen eingesetzt, er lässt Rückschlüsse auf Einstellungen, Bewertungen, Gefühle zu. Damit spiegeln die im Verfahren benannten Körperkonzepte das aktuelle Erleben des eigenen Körpers (Körpererleben) wieder und eignen sich gut, um die aufgeworfenen Fragen (siehe Kapitel 6) zu untersuchen.

Gütekriterien

Die FKKS sind ein anerkanntes und häufig eingesetztes Testverfahren. Sie verfügen über eine hohe Objektivität, Reliabilität und Validität. Auf eine detaillierte Darstellung soll unter Verweis auf DEUSINGER (1998, S. 31-48) an dieser Stelle verzichtet werden.

Inhalte und Konstruktion der FKKS

Die FKKS bestehen aus neun Körperkonzeptskalen mit insgesamt 64 Items. Die verschiedenen Skalen beziehen sich u. a. auf Äußerungen zu Emotionen, wie z. B. auf Gefühle der körperlichen Gesundheit und des Wohlbefindens, auf Aussagen zu Kognitionen, wie z. B. die Sachverhalte des körperlichen Befindens, Kognitionen zur ästhetischen Wirkung und Erscheinung einzelner Körperteile und auf Aussagen zur ästhetischen Bewertung der äußeren Erscheinung durch die eigene bzw. durch andere Personen. Für die eigene Untersuchung waren die Fragestellungen nach den Emotionen, die infolge von Berührungen oder Körperkontakt entstehen sowie die Kognitionen zur Einordnung der eigenen körperlichen Effizienz von besonderem Interesse.

Das Selbstkonzeptinventar FKKS schafft eine Verbindung von eher kognitiven Selbstanteilen und mehr emotionalen oder affektiven Komponenten des Selbst (vgl. Deusinger 1998, S. 12f). Zur Beantwortung der Items stehen sowohl drei zustimmende als auch drei ablehnende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, die sich durch eine graduelle Abstufung unterscheiden. Den einzelnen Antworten sind jeweils unterschiedlich hohe Punktwerte zugeordnet, aus denen durch Addieren Summenscores für jedes einzelne Körperkonzept gebildet werden können (vgl. Deusinger 1998, S. 48, 77ff). Für die vorliegende Untersuchung wurde die Gesamtversion der FKKS mit neun Körperkonzeptskalen und 64 Items verwendet. Die Auswertung der FKKS in der Gesamtversion kann sich zum einen an Skalenwerten und zum anderen an einer summierten Bewertung nach LIKERT orientieren. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Methode der summierten Bewertung verwendet.

7.4.2 Leuener Beobachtungsskalen (LOVIPT)

Entwicklung des Beobachtungsverfahrens

Die Leuener Beobachtungsskalen (van Coppenolle et al. 1986) haben ihre Wurzeln in der Psychomotorischen Therapie. Sie wurden mit dem Ziel entwickelt, psychologische Aspekte des Patientenverhaltens in der Bewegungssituation zu erfassen. Die Auswahl der Itemkategorien des Ratings orientierte sich dabei an den Zielsetzungen für die Psychomotorische Therapie. Nach einer umfangreichen Analyse der vorliegenden Literatur hat eine Expertenkommission insgesamt 213 relevante Zielstellungen ermittelt. Mit Hilfe einer Clusteranalyse wurden diese Indikationen nach Kategorien geordnet und neun Unterkategorien festgelegt. Die Verfasser gehen davon aus, dass durch diese Unterkategorien die Hauptproblematik psychiatrischer Patienten zu erfassen ist. Diese äußert sich in einer unzureichenden emotionalen Bezugnahme, mangelndem Selbstvertrauen, abweichenden Spannungszuständen, fehlender Ausdauer, zu wenig Ausdrucksfähigkeit, gestörter verbaler Kommunikation und der Unfähigkeit, sich an Regeln und Absprachen zu halten äußert, zu erfassen ist.

Durch die Autoren wurden folgende Kategorien benannt:

1. Gefühlsmäßige Beziehungen
2. Selbstsicherheit
3. Aktivität
4. Entspannung
5. Bewegungskontrolle
6. Situationsangepasstheit
7. Ausdrucksgehalt
8. Verbale Kommunikation
9. Regulationsfähigkeit.

Auf rein motorisch orientierte Kategorien, wie z.B. Koordination, Kraft oder Ausdauer wurde in diesem Zusammenhang verzichtet. Die Auswahl der Kriterien wurde durch die übergeordnete Zielsetzung jeder bewegungsorientierten Therapieform geprägt. Diese sollte sich auf die mit der Bewegung verbundenen oder sich in der Bewegung offenbarenden psychischen Auffälligkeiten beziehen und durch eine bewegungsorientierte Therapie beeinflussbar sein (vgl. Hölter 1989, S. 16f, Simon et al. 1989, S. 67f). Auf eine ausführlichere Beschreibung des LOVIPT soll an dieser Stelle verzichtet werden. Eine detaillierte Beschreibung der Kategorien und Gütekriterien der LOVIPT nach VAN COPPENOLLE et al. (1986) ist im Anhang der Arbeit dargestellt. Nachfolgend wird die Anwendung und Modifizierung des LOVIPT für die eigene Untersuchung beschrieben.

Anwendung der Leuener Beobachtungsskalen

In Vorbereitung dieser Studie wurde das Leuener Beobachtungsverfahren (LOVIPT) über einen Zeitraum von ca. acht Wochen auf seine Eignung und Handhabbarkeit getestet. Zu diesem Zweck haben die an der Untersuchung beteiligten Sporttherapeuten 20 Patienten beobachtet und bewertet. Nach Auswertung der in diesem Zeitraum gewonnenen Erkenntnisse und im Hinblick auf die Zielstellungen der Arbeit wurden die Leuener Beobachtungsskalen durch den Verfasser modifiziert.

Ergänzung der Beobachtungskategorien

Die Originalfassung der Leuener Beobachtungsskalen umfasst neun Kategorien. Um das Bewegungsverhalten der Patienten für die eigenen Untersuchungen noch deutlicher beschreiben und vergleichen zu können, sind die Kategorien „*Kontakte und Bindungen in der Gruppe*“, „*Emotionalität*“ und „*Körperkontakt/Nähe*“ ergänzt worden.

Die Kategorien werden wie folgt definiert:

Kontakte und Bindungen in der Gruppe kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, unter Berücksichtigung der Art und der Situation, entsprechende Bindungen bzw. Kontakte zu seinen Mitpatienten und dem Therapeuten herzustellen.

Emotionalität kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, in Bewegungssituationen Stimmungen und Gefühle auszuleben,

Körperkontakt /Nähe kennzeichnet das Maß, mit dem der Patient körperliche Kontakte (körperliche Nähe) zu seinen Mitpatienten aufnimmt bzw. zulässt (siehe Anhang).

Die Kategorie „*Emotionalität*“ erweitert die in der Ursprungsfassung der LOVIPT benannten Kategorie „*Emotionale Beziehungen*“. Diese Kategorie beobachtet ausschließlich das emotionale Verhalten bzw. die emotionalen Kontakte der Patienten untereinander. Die neue Kategorie erfasst zusätzlich das individuelle emotionale Verhalten der Patienten in der Bewegung, d.h. die Äußerung von Gefühlen und Stimmungen. Körperkontakt und körperliche Nähe sind zentraler Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Die Veränderung bzw. Ausprägung des Bewegungsverhaltens ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung (vgl. Kapitel 4.3. u. 7.5). Die Benennung der Skalen ist in der Tabelle 12 am Beispiel der Kategorie „*Emotionalität*“ dargestellt:

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
keine	sehr wenige	wenig	angemessene Emotionen	leicht emotional	stark emotional	sehr stark emotional
Emotionen				überzogen		

Tab. 12: Skalenwerte der Kategorie: Emotionalität

Das Bewegungsverhalten wird in der bipolaren Skala (+2 und -2) für die jeweiligen Kategorien beschrieben (siehe Abbildung 3).

In der Bewegungsbeobachtung kann sich Emotionalität wie folgt offenbaren:		
-2	-	der Patient zeigt wenig Anteilnahme am Geschehen, wenig Freude oder Ärger, gleichmäßige Mimik,
	-	der Patient ignoriert bei Spielen die Stimmung der Mannschaft,
	-	der Patient wirkt gleichgültig,
0	-	der Patient ist in der Lage der Situation entsprechend, Gefühle und Stimmungen zu zeigen,
+2	-	der Patient zeigt in stark überzogener Art Freude, Ärger, Wut usw.,
	-	der Patient zeigt Gefühlsausbrüche zu unpassenden Situationen, Gefühle mit zu großer Intensität, lacht oder ist traurig bei unpassenden Gelegenheiten. ⁶

Abb. 3: Kennzeichnung der Kriterien für die Bewertung im LOVIPT am Beispiel: Emotionalität

Durchführung der Bewegungsbeobachtung

Die Leuener Beobachtungsskalen wurden in der vorliegenden Studie zur Beurteilung der Veränderung des Bewegungsverhaltens eingesetzt. Dazu wurden sechs aus den insgesamt elf Kategorien der modifizierten Fassung der Leuener Beobachtungsskalen ausgewählt und eine Ausgangs- und Abschlusseinschätzung (T1, T2) in den Kategorien Kontakte / Bindungen in der Gruppe, Selbstvertrauen, verbale Kommunikation, soziale Regulierungsfähigkeit, Emotionalität und Körperkontakt / Nähe vorgenommen.

Ziel war es, die konkrete Abweichung des Bewegungsverhaltens vom angemessenen Verhalten nach ca. drei Wochen und am Ende der Therapie zu bestimmen und somit eine eventuelle Veränderung zu erfassen. Der Einsatz aller Kategorien der Leuener Beobachtungsskalen erschien den Beobachtern nach den Erfahrungen der Testphase nicht praktikabel. Um die Bewertung des Verhaltens zu erleichtern, wurde eine Karteikarte mit der Beschreibung des Verhaltens für sechs Kategorien erstellt. Diese wurde von den Beobachtern in jeder Therapie-stunde der Sporttherapie mitgeführt, um eine Präsenz der Beobachtungskriterien zu gewährleisten.

⁶ Der modifizierte LOVIPT und die in der Untersuchung eingesetzte Fassung sind im Anhang der Arbeit dargestellt.

7.4.3 Objektive Körperdaten

Die vorliegende Studie untersucht, inwieweit sich das Körpererleben und Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen im Verlauf einer stationären Therapie verändert. Damit im engen Zusammenhang steht die Frage, wie sich sogenannte „*harten Körperdaten*“ im Verlauf dieses Zeitraums verhalten. Dazu wurden jeweils in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1, T2) die körperliche Leistungsfähigkeit (TKL), der Body Mass Index (BMI) und der Körperfettanteil (Körperzusammensetzung) der Patienten bestimmt.

7.4.3.1 Test körperliche Leistungsfähigkeit (TKL), Body Mass Index (BMI) und Körperfettanteil (KF)

Dass mit geeigneten Trainingsmaßnahmen die körperliche Leistungsfähigkeit von Alkoholabhängigen verbessert werden kann, ist bekannt und durch Untersuchungen hinreichend belegt (vgl. Kapitel 3.4). Demzufolge wurde die körperliche Leistungsfähigkeit im Rahmen der vorliegenden Untersuchung lediglich exemplarisch ermittelt. Ziel war es, die vorliegenden Ergebnisse zur Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Alkoholabhängigen im Rahmen einer stationären Behandlung zu bestätigen und ergänzend objektive Daten zu erheben, die körperliche Veränderungen dokumentieren.

Ausrichtung des TKL

Der TKL erfasst die Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Patienten bei Belastungen mit dem eigenen Körpergewicht. Die Testübungen hatten die Zielstellung, die Kraftausdauerleistungsfähigkeit verschiedener Muskelgruppen zu erfassen. Gemessen wurde das Wiederholungsmaximum, d. h. die maximale Anzahl der Wiederholungen einer Körperübung (vgl. Hollmann & Hettinger 2000, S. 534f). Die Fähigkeit der Muskulatur, über einen längeren Zeitraum eine Kraftleistung zu vollbringen, ist zur Bewältigung der Anforderungen des Alltages von großer Bedeutung (vgl. Zimmermann 2000, S. 152ff).

Gütekriterien

Bei den im TKL eingesetzten Übungen handelt es sich um Testaufgaben, die aus verschiedenen international anerkannten Konditionstests entnommen wurden. Sie sind allgemein bekannt und in ihrer Ausführung standardisiert. Sie genügen den Gütekriterien der klassischen Testtheorie (vgl. Bös 1987, 118-157, 249-333).

Zielstellung der Testübungen

Zur Ermittlung der Kraftausdauerleistungsfähigkeit wurden die Körperübungen Kniebeuge, Situps und Liegestütze ausgewählt. Es handelt sich um Kraftübungen, die das Vermögen komplexer Muskelgruppen widerspiegeln. Die Testübungen sind im Anhang der Arbeit detailliert beschrieben.

Übungsdurchführung und Abbruchkriterien

Alle Übungen wurden in einer ruhigen und gleichmäßigen Bewegungsgeschwindigkeit ausgeführt. Ruckartige Bewegungen sollten dabei vermieden werden. Besonders wichtig war der Bewegungsfluss, d. h. dass der Patient die Übungen mit einer kontinuierlichen Bewegungsfolge und gleichmäßigem Krafteinsatz ausführte, ohne Bewegungspausen oder Unterbrechungen. Vor Beginn der Testübungen wurden die Patienten ausdrücklich auf diese Bedingungen hingewiesen. Der Testleiter demonstrierte vorab die Übungen. Für jede Testübung gab es nur einen Versuch, einige Wiederholungen zur Probe waren erlaubt. Die Übungen wurden bis zur

Ermüdung der beanspruchten Muskulatur, also bis zum Wiederholungsmaximum, ausgeführt. Die maximale Wiederholungszahl für die Übungen wurde mit 60 festgelegt (vgl. Zimmermann 2000, S. 198ff). Beim Erreichen von 60 Wiederholungen war der Test beendet.

Folgende Abbruchkriterien sind festgelegt worden:

- der Patient legt eine Übungspause (Übungsunterbrechung) ein,
- wenn die Übungsqualität nicht mehr aufrecht gehalten werden kann, z. B. bei Ausweichbewegungen oder unvollständiger Bewegungsausführung,
- bei Unwohlsein des Patienten.

Auswertung

Zur Auswertung wurden die Leistungen der einzelnen Übungen verglichen und ein Summenscore (Summe TKL = Summe aller Übungen) gebildet. Die Erfassung der Leistungen war nicht darauf ausgerichtet, diese mit einer Norm zu vergleichen. Es ging vielmehr darum, Veränderungen im Verlauf der Behandlung zu erfassen.

Body Mass Index (BMI) und Körperfettanteil (KF)

Der Body Mass Index (BMI) ist eine international anerkannte Klassifikation, um den Ernährungszustand des Körpers zu kennzeichnen. Die World Health Organisation (WHO) hat 2000 zur Verwendung des BMI Richtwerte festgelegt, die von der Deutschen Adipositas Gesellschaft übernommen wurden (siehe Tabelle 13) und in der vorliegenden Studie Anwendung finden (vgl. Deutsche Adipositas Gesellschaft 2003, S. 14-16).

BMI	Bewertung des Wertes	Risiko für Folgeerkrankungen
< 18,5	Untergewicht	niedrig
18,5 – 24,9	Normalgewicht	durchschnittlich
25	Übergewicht	gering erhöht erhöht hoch sehr hoch
25 – 29,9	Präadipositas	
30 – 34,5	Adipositas Grad I	
35 – 39,9	Adipositas Grad II	
>40	Adipositas Grad III	

Tab. 13: Klassifikation des BMI bei Erwachsenen
(vgl. WHO 2000, Deutsche Adipositas Gesellschaft 2003, S. 14)

Ebenso hat sich in den letzten Jahren die Messung der Körperzusammensetzung etabliert. In der vorliegenden Untersuchung wurde das Verfahren der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) eingesetzt, um den Körperfettanteil der Patienten zu bestimmen.

7.5 Programme der Sporttherapie

In der zentralen Fragestellung dieser Arbeit wird die Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen untersucht. Hierzu war es notwendig, Untersuchungs- und Kontrollgruppen (UG, KG) zu bilden, bei denen sich die sporttherapeutischen Interventionen möglichst deutlich unterscheiden. Nachfolgend soll die Ausrichtungen der Arbeit in der Sport- und Schwimmhalle sowie eine spezielle Form des Krafttrainings dargestellt und die Schwerpunkte der sporttherapeutischen Tätigkeit benannt werden.

Umfang der Programme

Die Patienten der Untersuchungs- und Kontrollgruppe nahmen zweimal wöchentlich jeweils 60 Minuten obligatorisch an den Veranstaltungen der Sporttherapie teil. Diese wurden in der Sport- oder Schwimmhalle bzw. im Krafraum der Klinik durchgeführt.

7.5.1 Programm der Untersuchungsgruppe

Für den Zeitraum der Studie wurde die Arbeit in den Untersuchungsgruppen stark körperorientiert ausgerichtet und eine spezielle Form des Krafttrainings durchgeführt. Körperkontakt und die Vermittlung von Körperkenntnissen standen im Fokus sporttherapeutischer Interventionen in den Untersuchungsgruppen.

Körperkontakt

In jeder Therapiestunde in der Sport- und Schwimmhalle wurden die Übungen, Spiele und Bewegungsaufgaben so ausgerichtet, dass die Patienten auf die verschiedenste Art und Weise Kontakt zum eigenen oder zu anderen Körpern aufnahmen. Die Inhalte der Kontaktaufnahme zum eigenen Körper und zu den Körpern der Mitpatienten wurden jeweils benannt und waren Gegenstand der Therapiestunden (siehe Tabelle 14). Zur Lösung dieser Aufgabe sind eine Vielzahl spezieller Methoden und Techniken aus dem umfangreichen Angebot der Körperarbeit und der Sporttherapie integrativ zum Einsatz gebracht worden. Der Umfang dieses Stundenteils betrug ca. 30 min. Durch den Sporttherapeuten wurden die Patienten gezielt auf die Aspekte Wahrnehmen, Empfinden und Erleben von Bewegung hingewiesen.

Kontakt zum eigenen Körper	Kontakt zu den Mitpatienten
• Berühren, Wahrnehmen und Empfinden der eigenen Körperformen • Bewegung und Belastung bewusst erleben und nacherleben (z. B. Schwitzen oder Ermüdung) • Hinweise zur Körperpflege	• Berühren, Wahrnehmen und Empfinden von Kontakten zu anderen Menschen • gemeinsame Bewegung bewusst erleben und nacherleben

Tab. 14: Möglichkeiten des Körperkontaktes

Körperkenntnisse

Die Vermittlung von Körperkenntnissen wurde als ein weiterer Bestandteil der Arbeit in jede Stunde der Sporttherapie einbezogen. Dabei wurden Informationen vermittelt, die sich jeweils auf die Bewegungshandlung (Handlungswissen) bzw. auf die Effekte (Effektwissen) von Bewegung bezogen. Schwerpunkte dieser Wissensvermittlung waren:

- Bau und Funktion des Körpers,
- Kenntnisse über den sich bewegenden und handelnden Menschen (Wie funktioniert Bewegung und Haltung?)
- Kenntnisse über die Effekte von Bewegung (Was kann Bewegung und Haltung bewirken?)

Bei der Vermittlung dieser Kenntnisse kam es darauf an, möglichst allgemeinverständlich auf physische und psychosoziale Effektmöglichkeiten von Bewegung hinzuweisen, ohne dabei den Patienten zu überfordern. Es ging darum, die Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers durch Handlungs- und Effektwissen zu unterstützen.

Spezielles Krafttraining der Untersuchungsgruppe

Neben dem körperorientierten Programm in der Sport- und Schwimmhalle absolvierten die Patienten der UG ein spezielles Programm des „*Muskulären Aufbautrainings*“ (MAT). Das Programm wurde an das „Sanfte Krafttraining“ nach BUSKIES (1999) angelehnt und in Vorbereitung der eigenen Untersuchung entsprechend der Zielstellungen modifiziert. Bei der Arbeit mit den Alkoholabhängigen im Kraftraum standen neben dem Verbessern der Muskelfunktionen eine Reihe von psychosozialen Zielstellungen im Vordergrund (siehe Tabelle 15).⁷ Zentrale Steuergröße des MAT ist die Körperwahrnehmung. Über das Spüren der Signale des eigenen Körpers während des Übens sollte der Patient angehalten werden, das Training (seine Belastung) in Eigenverantwortung zu steuern und entsprechend seiner individuellen Möglichkeiten zu regulieren.

Körperlich orientierte Zielstellungen	Psychosozial orientierte Zielstellungen	Schlagworte
Stabilisieren und Verbessern : der Körperwahrnehmung		Dialog mit dem Körper
- der allgemeinen Muskelleistungsfähigkeit • Kraftausdauer • dosierter Muskelaufbau • Kreislaufregulation	- Grenzen und Möglichkeiten erfahren, - Selbstverantwortung - Selbstständigkeit - Kommunikation - Partnerverantwortung - Problemlösungsverhalten	- den Körper spüren - für sein Handeln verantwortlich sein - mit dem Körper reden, und mit dem Partner in Beziehung treten - Probleme lösen

Tab. 15: Ziele des muskulären Aufbautrainings in der UG

Um dieses zu erreichen, war es notwendig, klare Prinzipien der Arbeit der Gruppe im Kraftraum zu beschreiben. Diese erleichtern dann das Festlegen und Erreichen von Zielen, die weit über die Verbesserung der Muskelfunktion hinausgehen. In der Abbildung 4 sind die Prinzipien des Krafttrainings mit den Alkoholabhängigen der UG zusammengefasst.

⁷ Eine detaillierte Beschreibung des „Muskulären Aufbautrainings“ (MAT) ist im Anhang dargestellt.

Prinzipien des muskulären Aufbautrainings mit Alkoholabhängigen
Dialog mit dem Körper: • den Körper spüren (Wirkungen von Muskelarbeit) Selbstbestimmung: • jeder legt seine Grenzen selbst fest, • jeder kann zu jeder Zeit das Training (die Übung) beenden Eigenverantwortung: • jeder ist für sein Handeln verantwortlich Partnerverantwortung: • jeder hat auch Verantwortung für seinen Trainingspartner

Abb. 4: Prinzipien des muskulären Aufbautrainings mit Alkoholabhängigen in der UG

Neben der Verantwortung des Einzelnen für sich selbst, war das Training durch Partnerverantwortung gekennzeichnet. Die Patienten arbeiteten immer mit einem Partner, um den sie sich kümmerten, ihm bei der Übungsausführung halfen und berieten. Das heißt, dass sie sich ständig bei der Korrektur der Übungen berührten und somit auf körperlicher Ebene in Kontakt traten. Auch bei der Arbeit mit den Patienten der UG im Krafraum war die Vermittlung von Körperkenntnissen ein Schwerpunkt. Hier wurde im Gespräch mit den Patienten vor allem auf die Effekte von Krafttraining für Bewegung und Haltung hingewiesen.

7.5.2 Programm der Kontrollgruppe

Für den Zeitraum der Studie war die Arbeit in den Kontrollgruppen ausschließlich motorisch-funktionell ausgerichtet. Es wurde darauf orientiert, das Maß an Körperkontakt bei den verschiedenen Bewegungsübungen möglichst klein zu halten und soweit es geht, ganz auf Übungen und Spiele zu verzichten, in denen Kontakt zum eigenen Körper bzw. Körperkontakt zum Mitpatienten besteht. Die Vermittlung von Körperkenntnissen erfolgte nicht. Stattdessen orientierten sich die Erläuterungen der Sporttherapeuten auf die funktionellen Ebenen der Bewegung und auf technisch-taktische Aspekte bei Spielen.⁸

Das „*Muskuläre Aufbautraining*“ in der KG wurde ausschließlich auf die Verbesserung der Muskelfunktionen ausgerichtet, psychosoziale Zielstellungen bestanden nicht. Da die Patienten überwiegend allein die Übungen durchführten, war das Maß an Körperkontakt sehr gering. Auch in diesem Rahmen ist auf die Vermittlung von Körperkenntnissen weitestgehend verzichtet worden. Die Patienten der KG führten ein freies Training durch, wobei sie im Wesentlichen durch den Sporttherapeuten nicht eingeschränkt, sondern nur unter dem Aspekt der Verletzungsgefahr beraten wurden. Eine Steuerung des Trainings über die Körperwahrnehmung spielte keine Rolle. Nachfolgend (Tabelle 16) sind die Unterschiede in der sporttherapeutischen Arbeit für die UG und KG zusammenfassend gegenüber gestellt.

Schwerpunkte der Untersuchungsgruppe	Schwerpunkte der Kontrollgruppe
- in jeder Therapiestunde Übungen mit Kontakt zum eigenen Körper bzw. zum Körper des Mitpatienten - in jeder Therapiestunde Vermittlung von Körperkenntnissen – Handlungs- Effektwissen - spezielles Kraftprogramm mit Schwerpunkt Körperwahrnehmung und Körperkontakt	- Körperkontakt wurde weitestgehend vermieden - die Vermittlung von Kenntnissen bezog sich ausschließlich auf funktionelle Ebenen der Bewegung - freies Krafttraining ohne Orientierung auf die Körperwahrnehmung

Tab. 16: Schwerpunkte der Programme der UG und KG gegenüber gestellt

⁸ Ein Übungsprogramm der UG und KG in der Sporthalle ist im Anhang dargestellt.

7.6 Datenauswertungsverfahren

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe der Programme EXCEL 7.0 und EASYSTAT.

Mittelwert und Standardabweichung

Der Mittelwert (arithmetisches Mittel, $\bar{x}$) ist die Summe aller Werte dividiert durch deren Anzahl. Er repräsentiert die zentrale Tendenz der Messweltergebnisse. Die Standardabweichung (s) errechnet sich aus der Quadratwurzel der Varianz. Die Varianz ist die Summe der Abweichungsquadrate aller Messwerte vom Mittelwert, geteilt durch die um 1 verminderte Anzahl aller Messwerte. Die Streuwerte ermöglichen eine optimale Schätzung der Grundgesamtheit, dienen der Interpretation von Verteilungen und der Abweichung der einzelnen Messwerte vom Mittelwert.

Irrtumswahrscheinlichkeit

Zur Überprüfung der Gültigkeit einer Annahme wird die Irrtumswahrscheinlichkeit (p) ermittelt. Die Absicherung erfolgt auf einem Niveau von 95, 99 und 99, 99 % (vgl. Willimeczik 1997).

Es gilt:

- $p > 0.05$ nicht signifikant
- $p \leq 0.05$ signifikant
- $p \leq 0.01$ sehr signifikant
- $p \leq 0.001$ hoch signifikant.

Varianzanalysen mit Messwiederholung

Die einfaktorielle Varianzanalyse wird eingesetzt um einen Haupteffekt auf Signifikanz zu überprüfen, der mehrere Gruppen bzw. Messwiederholungen umfasst. Mit der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wird der Einfluss verschiedener Haupteffekte auf die Messparameter untersucht. Es werden Signifikanzen für den Einfluss von Haupteffekten und Wechselwirkungen zwischen Haupteffekten berechnet. Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um Gruppen- und/oder Messwiederholungseffekte. Für eine mehrfaktorielle Varianzanalysen gilt: ist ein Haupteffekt signifikant, der mehrere Gruppen oder Messwiederholungen umfasst, wird zur Unterscheidung ein multipler Mittelwertvergleich durchgeführt. Haben Haupteffekte bei einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse ein Signifikanzniveau von 0.05, werden diese nicht interpretiert. Voraussetzung für die Durchführung einer Varianzanalyse ist die Homogenität der einzelnen Stichprobenvarianzen. Ist das nicht der Fall, werden die Signifikanzen mit entsprechenden Verfahren adjustiert (vgl. Bortz 1993).

Korrelationen

Neben der Überprüfung von Unterschieden zwischen den Parametern wurden in der vorliegenden Studie Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Untersuchungsverfahren mit Hilfe einer Korrelationsanalyse ermittelt. Der Masskorrelationskoeffizient ist der Grad des Zusammenhangs zwischen intervallskalierten Variablen und wird durch den Korrelationskoeffizienten bestimmt (vgl. Bortz 1993). Dieser kann einen Wert zwischen 1 und 0 oder -1 und 0 annehmen. Ein positiver Wert weist dabei auf eine positive oder gleichsinnige Korrelation hin.

Es gilt:

$r = 0$	kein Zusammenhang
$0 < (r) \leq 0.4$	niedriger Zusammenhang
$0.4 < (r) \leq 0.7$	mittlerer Zusammenhang
$0.7 < (r) < 1$	hoher Zusammenhang
$r = 1$	vollständiger Zusammenhang.

Als statistisch nachgewiesen gelten Zusammenhänge, wenn der Korrelationskoeffizient mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $< 5\%$ von Null abweicht (vgl. Willimczik 1997).

8. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchungen in den Teilbereichen Körpererleben, Bewegungsverhalten und Objektive Körperdaten dargestellt. Direkt an die Darstellung der Teilbereiche erfolgt eine kritische Betrachtung der verwendeten Methoden (Methodenkritik), die Diskussion der eigenen Ergebnisse und eine vergleichende Diskussion.

8.1 Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) – Das Körpererleben alkoholabhängiger Männern und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungs- behandlung

Insgesamt wurden 110 alkoholabhängige Patienten, 76 Männer und 34 Frauen in die Untersuchungen zum Körpererleben einbezogen und haben den Fragebogen der FKKS mit neun Skalen und 64 Items jeweils in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1 und T2) vollständig ausgefüllt. Die Auswertung des Fragebogens der FKKS erfolgte, wie bereits im Kapitel 7.4.1 dargestellt, durch das Summieren der Werte der einzelnen Items. Die Bewertung der summierten Ergebnisse orientiert sich an den von DEUSINGER (1998) a' priori definierten Grenzwerten für „positive“, „neutrale“ bzw. „negative“ Selbstkonzepte (vgl. Deusinger 1998, S. 66f, siehe Tabelle 17).

FKKS Skalen	Bewertung des Selbstkonzeptes Grenzwerte		
	negativ	neutral	positiv
(1) SGBK	6 – 18	19 – 23	24 – 36
(2) SPKF	8 – 24	25 – 31	32 – 48
(3) SKEF	10 – 30	31 – 39	40 – 60
(4) SKKO	6 – 18	19 – 23	24 – 36
(5) SSEX	6 – 18	19 – 23	24 – 36
(6) SSAK	6 – 18	19 – 23	24 – 36
(7) SAKA	4 – 12	13 – 15	16 – 24
(8) SASE	14 – 42	43 – 55	56 – 84
(9) SDIS	4 – 12	13 – 23	16 – 24
FKKS Gesamt	64 – 132	133 – 256	257 – 387

Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse, FKKS Gesamt: Summe der neun Körperkonzepte,

Tab. 17: Grenzwerte der Bewertung der FKKS

8.1.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass die Patienten in der Ausgangsuntersuchung (T1) eine neutrale (5 Skalen) bzw. positive (4 Skalen) Einstellung zum eigenen Körper dokumentieren. Die Körperkonzepte „Gesundheit“, „Körperliche Effizienz“, „Körperkontakt“, „Selbstakzeptanz des Körpers“ und „Akzeptanz des Körpers durch andere“ werden durch die Patienten neutral bewertet, wobei das letztgenannte Körperkonzept den geringsten Punktwert erhält.

In der Abschlussuntersuchung (T2) werden nur noch die Körperkonzepte „Selbstakzeptanz des Körpers“ und „Akzeptanz des Körpers durch andere“ neutral bewertet. Alle anderen Körperkonzepte liegen in der Bewertung im positiven Bereich der Selbsteinschätzung. Der FKKS Gesamt stellt sich im T1 mit einem Wert dar, der eine positive Bewertung des Selbstkonzepts bezogen auf den eigenen Körper widerspiegelt. Bei T2 werden alle Körperkonzepte durch die Patienten der Gesamtstichprobe höher bewertet, so dass sich der FKKS Gesamt nochmals positiver darstellt. Statistisch werden die Verbesserungen der Skalen 2, 4 und 6 als signifikant ($p \leq 0.05$), die Skalen 7 und 9 als sehr signifikant ($p \leq 0.01$) und der Skalen 3, 5, 8 und FKKS Gesamt als hoch signifikant ($p \leq 0.001$) ausgewiesen. Lediglich in der Skala 1, „Gesundheit und körperliches Befinden“, sind die Veränderungen nicht signifikant (siehe Tabelle 18, Abbildung 3).

Skalen des FKKS	n = 110	Ausgangsuntersuchung (T1)	Abschlussuntersuchung (T2)	Bewertung T1	Bewertung T2	p-Wert
(1) SGBK	$\bar{x}$ (s)	23,61 ($\pm 4,85$)	24,66 ($\pm 4,81$)	neutral	positiv	n. s.
(2) SPKF	$\bar{x}$ (s)	33,95 ($\pm 5,37$)	34,86 ($\pm 4,86$)	positiv	positiv	0.015
(3) SKEF	$\bar{x}$ (s)	39,04 ($\pm 8,62$)	41,93 ($\pm 7,65$)	neutral	positiv	<0.001
(4) SKKO	$\bar{x}$ (s)	23,12 ($\pm 6,03$)	24,25 ($\pm 6,26$)	neutral	positiv	0.005
(5) SSEX	$\bar{x}$ (s)	25,57 ($\pm 4,32$)	26,59 ($\pm 4,22$)	positiv	positiv	0.001
(6) SSAK	$\bar{x}$ (s)	23,05 ($\pm 4,09$)	23,90 ($\pm 4,05$)	neutral	neutral	0.042
(7) SAKA	$\bar{x}$ (s)	13,28 ($\pm 3,44$)	14,12 ($\pm 3,11$)	neutral	neutral	0.002
(8) SASE	$\bar{x}$ (s)	62,01 ($\pm 7,66$)	63,95 ($\pm 7,75$)	positiv	positiv	0.001
(9) SDIS	$\bar{x}$ (s)	16,70 ($\pm 2,40$)	16,90 ($\pm 2,74$)	positiv	positiv	0.005
FKKS Gesamt	$\bar{x}$ (s)	260,32 ($\pm 29,74$)	270,97 ($\pm 29,47$)	positiv	positiv	<0.001

Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse, FKKS Gesamt: Summe der neun Körperkonzepte

Tab. 18: Ergebnisse der FKKS der Gesamtstichprobe, Vergleich der Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1 u. T2), Bewertung der Körperkonzepte, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Die alkoholabhängigen Patienten der Gesamtstichprobe erleben ihren Körper zu Beginn der Behandlung ausschließlich in einem neutralen bzw. positiven Bereich. Am Ende der Therapie stellt sich das Selbstbild der Probanden bezogen auf den eigenen Körper, trotz insgesamt nur geringer Veränderungen in den Bewertungen, durchgängig positiver als zu Beginn der Behandlung dar (siehe Abbildung 5). Das Körpererleben alkoholabhängiger Männer und Frauen verbessert sich im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung in acht von neun Körperkonzepten signifikant bis hoch signifikant.

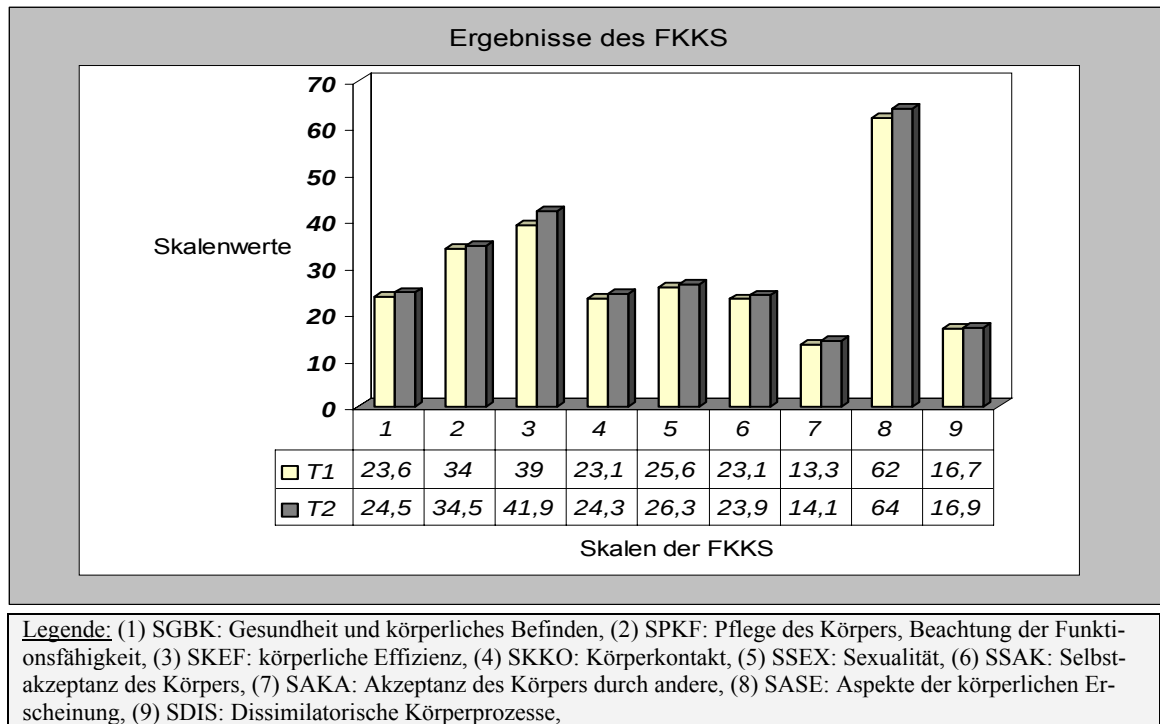


Abb. 5: Bewertung der Körperkonzeptskalen von T1 zu T2 in der Gesamtstichprobe

8.1.1.1 Geschlechtsspezifische Differenzierung

Um die Frage zu klären, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede im Körpererleben der alkoholabhängigen Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung gibt, sollen nachfolgend die Ergebnisse der Gesamtstichprobe nach Frauen und Männern getrennt betrachtet werden. In der Ausgangsuntersuchung (T1) erreichen die Frauen bei fünf von neun Körperkonzepten eine neutrale Bewertung. Bei den Männern wurden hier nur drei der neun Körperkonzepte in den neutralen Bereich eingestuft. Auch im „FKKS Gesamt“ sind Unterschiede im Körpererleben festzustellen. Die Frauen erreichen einen Mittelwert von 254,29 ($\pm 33,13$), welcher sich bei Summierung aller Grenzwerte im neutralen Bereich ansiedelt. Die Männer schätzen sich besser ein und erreichen einen Mittelwert von 263,01 ($\pm 27,90$), dieser Wert kennzeichnet eine positive Selbsteinschätzung (siehe Tabelle 19).

Skalen des FKKS		Ausgangsuntersuchung (T1) Frauen n = 34	Ausgangsuntersuchung (T1) Männer n = 76	Bewertung (T1)	
				Frauen	Männer
(1) SGBK	$\bar{x}$ (s)	22,38 ($\pm 4,87$)	24,16 ($\pm 4,78$)	<u>neutral</u>	positiv
(2) SPKF	$\bar{x}$ (s)	34,88 ($\pm 4,80$)	33,53 ($\pm 5,58$)	positiv	positiv
(3) SKEF	$\bar{x}$ (s)	36,82 ($\pm 9,07$)	40,03 ($\pm 8,28$)	<u>neutral</u>	<u>neutral</u>
(4) SKKO	$\bar{x}$ (s)	22,68 ($\pm 5,55$)	23,32 ($\pm 6,26$)	<u>neutral</u>	positiv
(5) SSEX	$\bar{x}$ (s)	24,65 ($\pm 5,14$)	25,99 ($\pm 3,86$)	positiv	positiv
(6) SSAK	$\bar{x}$ (s)	22,59 ($\pm 4,40$)	23,25 ($\pm 3,95$)	<u>neutral</u>	<u>neutral</u>
(7) SAKA	$\bar{x}$ (s)	13,44 ($\pm 4,49$)	13,21 ($\pm 2,87$)	<u>neutral</u>	<u>neutral</u>
(8) SASE	$\bar{x}$ (s)	59,44 ($\pm 8,02$)	63,16 ($\pm 7,25$)	positiv	positiv
(9) SDIS	$\bar{x}$ (s)	17,41 ($\pm 2,38$)	16,38 ($\pm 2,36$)	positiv	positiv
FKKS Gesamt	$\bar{x}$ (s)	254,29 ($\pm 33,13$)	263,01 ($\pm 27,90$)	<u>neutral</u>	positiv
Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse, FKKS Gesamt: Summe der Summenscores der neun Körperkonzepte, <u>neutrale Bewertungen sind unterstrichen und blau gekennzeichnet</u>					

Tab. 19: FKKS Gesamtstichprobe, T1 Frauen und Männer im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$) und Standardabweichung (s), Bewertungen

Die Tendenz der unterschiedlichen Bewertung des eigenen Körpers bei Männern und Frauen setzt sich in der Abschlussuntersuchung (T2) fort. Trotz der verbesserten Einschätzung der Körperkonzepte in allen Skalen der FKKS ist festzustellen, dass die Frauen in vier der neun Skalen einen Wert erreichen, der sich in den neutralen Bereich einordnet. Sie haben im Vergleich zum T1 nur in der Skala „Körperliche Effizienz“ (SKEF) eine Veränderung der Bewertung vom neutralen in den positiven Bereich zu verzeichnen.

Die Männer hingegen bewerten bei T2 nur noch die Skala „Akzeptanz der Körpers durch andere“ (SAKA) mit neutral. Alle anderen Körperkonzepte erreichen Werte, die sich im positiven Bereich ansiedeln (siehe Tabelle 20).

Skalen des FKKS		Abschluss- untersuchung (T2) Frauen n = 34	Abschluss- untersuchung (T2) Männer n =76	Bewertung (T2)	
				Frauen	Männer
(1) SGBK	$\bar{x}$ (s)	22,91 ($\pm 5,51$)	25,16 ($\pm 4,32$)	<u>neutral</u>	positiv
(2) SPKF	$\bar{x}$ (s)	35,47 ($\pm 4,61$)	34,59 ($\pm 4,98$)	positiv	positiv
(3) SKEF	$\bar{x}$ (s)	40,38 ($\pm 8,84$)	42,62 ($\pm 7,01$)	positiv	positiv
(4) SKKO	$\bar{x}$ (s)	23,74 ($\pm 5,51$)	24,49 ($\pm 6,58$)	<u>neutral</u>	positiv
(5) SSEX	$\bar{x}$ (s)	26,29 ($\pm 5,31$)	26,72 ($\pm 3,66$)	positiv	positiv
(6) SSAK	$\bar{x}$ (s)	23,21 ($\pm 4,57$)	24,21 ($\pm 3,78$)	<u>neutral</u>	positiv
(7) SAKA	$\bar{x}$ (s)	14,41 ($\pm 3,94$)	13,99 ($\pm 2,68$)	<u>neutral</u>	<u>neutral</u>
(8) SASE	$\bar{x}$ (s)	61,53 ($\pm 8,54$)	65,04 ($\pm 7,16$)	positiv	positiv
(9) SDIS	$\bar{x}$ (s)	18,18 ($\pm 2,78$)	16,33 ($\pm 2,54$)	positiv	positiv
FKKS Gesamt	$\bar{x}$ (s)	266,12 ($\pm 34,52$)	273,14 ($\pm 26,87$)	positiv	positiv

Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse, FKKS Gesamt: Summe der Summenscores der neun Körperkonzepte, neutrale Bewertungen sind unterstrichen und blau gekennzeichnet

Tab. 20: FKKS Gesamtstichprobe, T2 Frauen und Männer im Vergleich
Mittelwerte ($\bar{x}$) und Standardabweichung (s), Bewertungen.

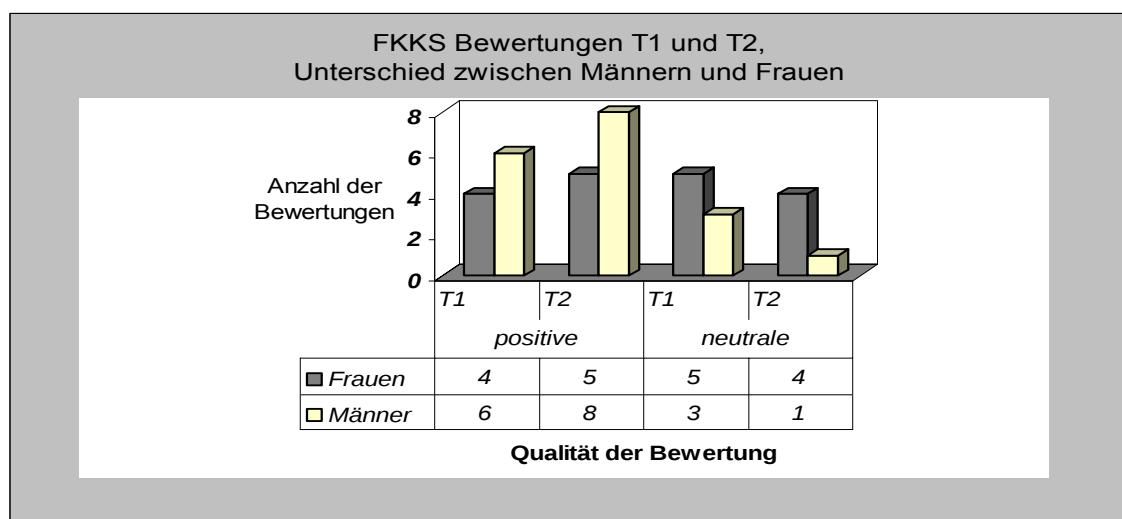


Abb. 6: Unterschied zwischen Männern und Frauen bei der Bewertung der FKKS,
Gesamtstichprobe

Es wird deutlich, dass die alkoholabhängigen Frauen ihr Selbstbild bezogen auf den eigenen Körper überwiegend geringer bewerten als die Männer der Stichprobe. Ausnahmen bilden lediglich die Körperkonzepte „Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionalität“ (SPKF) und „Dissimilatorische Körperprozesse“ (SDIS). Diese werden durch die Frauen sowohl bei T1 als auch bei T2 höher bewertet (siehe Abbildung 6). Die verbleibenden sieben Körperkonzepte werden durch die Männer positiver eingeschätzt.

Die statistische Analyse der Veränderungen in den Frauen- und Männergruppen hat keine signifikanten Unterschiede ergeben, d. h. dass die Effekte beider Gruppen in Bezug auf die positiven Veränderungen des Körpererlebens gleich sind. Die Männer als auch die Frauen der

Gesamtstichprobe profitieren, trotz unterschiedlicher Bewertung des eigenen Körpers, in gleicher Weise.

Resümierend muss festgestellt werden, dass es Unterschiede im Körpererleben alkoholabhängiger Männern und Frauen gibt. Frauen bewerten ihren Körper insgesamt kritischer als die Männer.

8.1.2 Körpererleben der Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Um die Wirksamkeit der Bewegungs- und Sporttherapie zu überprüfen, wurde eine Untersuchungsgruppe (UG) gebildet, die ein körperorientiertes Programm im Verlauf der Behandlung absolvierte. Die Schwerpunkte der Arbeit in der Kontrollgruppe (KG) lagen auf motorisch-funktioneller Ebene (vgl. Abs. 7.5).

In der Summierung der einzelnen Körperkonzepte (FKKS Gesamt) bewerten die Patienten der KG ihren Körper in der Ausgangsuntersuchung (T1) mit einem Wert von 255.89 (± 28.11). Das entspricht vgl. DEUSINGER (1998, S. 67) einer insgesamt neutralen Einschätzung. Die Patienten der UG bewerten ihren Körper bei T1 mit einem Wert von 263.38 (± 30.65), dieser Wert kennzeichnet ein insgesamt positives Selbstbild bezogen auf den eigenen Körper. In der Abschlussuntersuchung (T2) bewerten beide Gruppen ihren Körper insgesamt besser. Wobei die KG mit dem Wert von 265.58 (± 26.57) eine positive Einschätzung in der Summation der Körperkonzepte erreicht. Die Veränderungen in der Bewertung von T1 zu T2 sind in der UG und der KG fast identisch und in beiden Gruppen hoch signifikant ($p < 0.001$). Der Gruppenvergleich ergab keine signifikanten Zusammenhänge (vgl. Tabelle 21, Abbildung 7).

FKKS Gesamt	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppenvergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	263.38 (± 30.65)	positiv	255.89 (± 28.11)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	274.63 (± 31.00)	positiv	265.58 (± 26.57)	positiv	
Zeitpunktvergleich (p)	p < 0.001***				Interaktion n. s.

Tab. 21: Summe aller Körperkonzeptskalen (FKKS Gesamt), UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p),

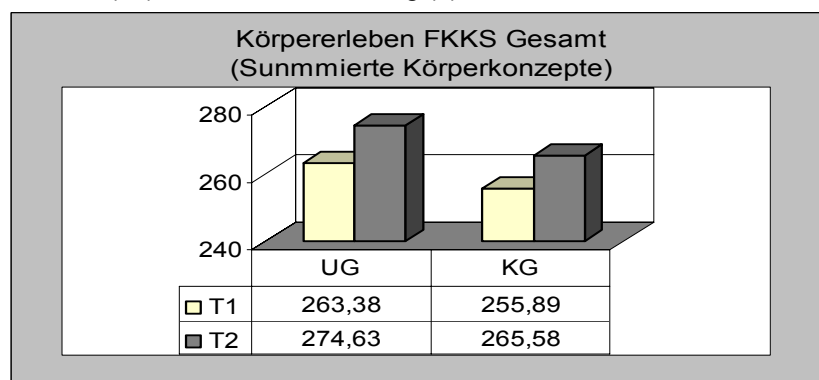


Abb. 7: Körpererleben der UG und KG im Vergleich

Resümierend muss festgestellt werden, dass sich das Körpererleben der Untersuchungs- und Kontrollgruppe im Verlauf der Behandlung verbessert, es jedoch keinen statistisch gesicherten Unterschied zwischen den Veränderungen in beiden Gruppen gibt. Somit ist davon auszugehen, dass die Effekte der Behandlung für beide Gruppen gleich waren.

8.1.3 Ausgewählte Körperkonzepte

Nachfolgend sollen ausgewählte Körperkonzepte unter dem Blickwinkel der Schwerpunkte der vorliegenden Untersuchung betrachtet und die Ergebnisse der Untersuchungs- und Kontrollgruppe gegenübergestellt werden.

Körperkontakt – SKKO –

Ein Hauptinhalt des körperorientierten Programms der Sporttherapie war der Körperkontakt, welcher in jeder Therapiestunde in der Sport- und Schwimmhalle Gegenstand der Arbeit in der Untersuchungsgruppe (UG) war. In den FKKS werden in der Körperkonzeptskala zum „Körperkontakt“ (SKKO) Einstellungen, Emotionen, Kognitionen und Verhalten zu körperlichen Berührungen durch andere Menschen erfasst (vgl. Deusinger 1998, S. 53).

In der Ausgangsuntersuchung (T1) zeigen sowohl die UG mit einem Wert von 23.72 (± 5.84) als auch die KG mit einem Wert von 22.24 (± 6.26) Ergebnisse, die entsprechend der normierten Bewertung im neutralen Bereich liegen. In der Abschlussuntersuchung (T2) erleben die Patienten beider Gruppen ihr Körperkontaktverhalten verbessert. Wobei die UG mit einem Mittelwert von 24.98 (± 6.38) eine positive Einschätzung erreicht. Die KG bleibt mit einer Bewertung von 23.22 (± 5.99) entsprechend der Grenzwerte im neutralen Bereich der Selbsteinschätzung. Die Veränderungen in beiden Gruppen sind als sehr signifikant ($p = 0.005$) ausgewiesen. Die Effekte der eingesetzten Programme im Verlauf der Untersuchung waren für die UG und KG gleich (Interaktion n. s.). Das heißt, dass durch den vermehrten Einsatz von Übungen mit Körperkontakt kein größerer Effekt in der UG erzielt werden konnte (siehe Tabelle 22).

Skala 4 SKKO	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	23.72 (± 5.84)	neutral	22.24 (± 6.26)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	24.98 (± 6.38)	positiv	23.22 (± 5.99)	neutral	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.005				Interaktion n. s.

Tab. 22: Ergebnisse der Körperkonzeptskala Körperkontakt, UG und KG im Vergleich
Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Körperliche Effizienz – SKEF –

Neben der vermehrten Arbeit mit Körperkontakt wurde durch die UG ein spezielles Kraftprogramm absolviert. Ziel war es, über die Körperwahrnehmung die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern (vgl. Kapitel 7.5.1). Die Körperkonzeptskala „Körperliche Effizienz“ (SKEF) erfasst Einstellungen, die sich auf den empfundenen und vielfach erfahrenen Grad der körperlichen Stärke, der Zähigkeit des Körpers, der Geschicklichkeit usw. beziehen (vgl. Deusinger 1998, S. 52). Körperliche Leistungsfähigkeit und körperliche Effizienz sind dabei eng miteinander verbunden. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Patienten der KG sich bei T1 (37.22 ± 8.43) deutlich schlechter einschätzten als die Patienten der UG (40.29 ± 8.59). Die Verbesserungen bei T2 sind bei beiden Gruppen hoch signifikant ($p < 0.001$) und haben annähernd das gleiche Ausmaß (siehe Tabelle 23).

Skala 3 SKEF	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	40.29 (± 8.59)	positiv	37.22 (± 8.43)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	42.91 (± 8.22)	positiv	40.44 (± 6.62)	positiv	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001				Interaktion n. s.

Tab. 23: Ergebnisse der Körperkonzeptskala Körperliche Effizienz (SKEF), UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Auch die Ergebnisse dieser Körperkonzeptskala verdeutlichen, dass keine Gruppenunterschiede in der Entwicklung unter dem Einfluss verschiedener Programme in der Sporttherapie nachgewiesen werden konnten (Interaktion n. s.).

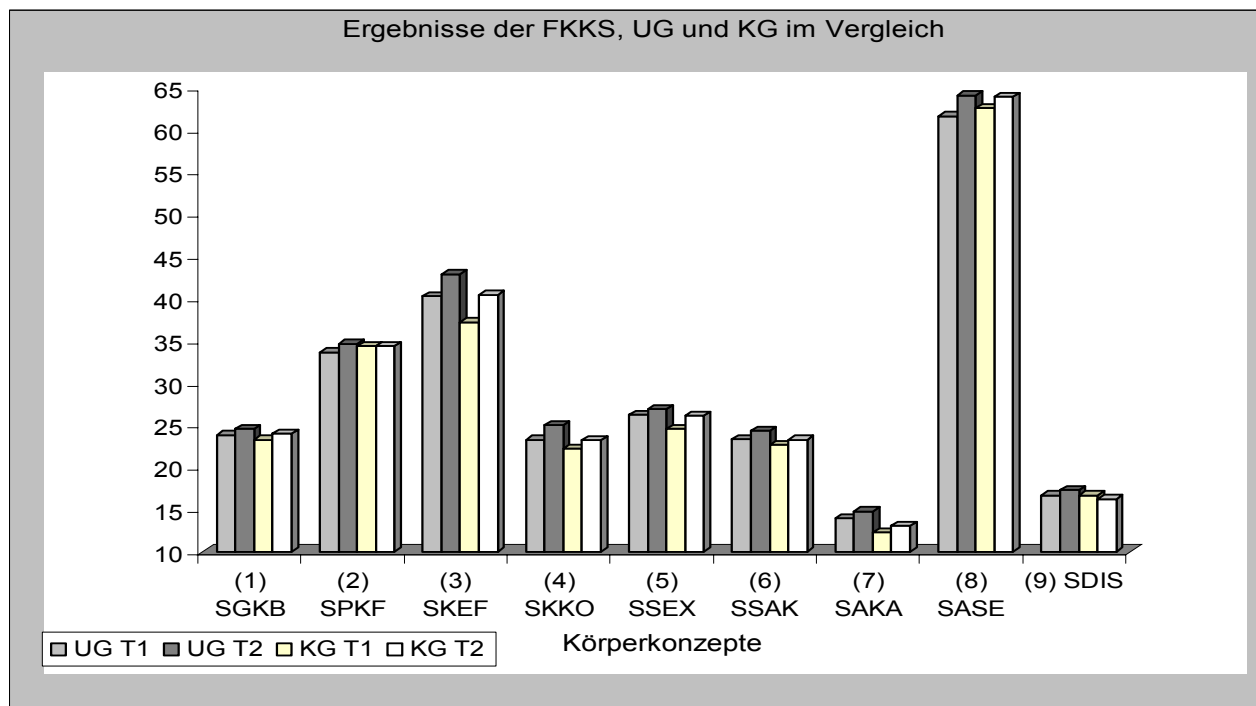
8.1.4 Ergebnisse aller Körperkonzeptskalen

Die Ergebnisse aller weiteren Körperkonzeptskalen stellen sich ähnlich wie die zuvor beschriebenen Skalen dar. Das Körpererleben der Patienten der UG und der KG verbessert sich im Verlauf der Behandlung in acht von neun Körperkonzeptskalen (siehe Abbildung 8). Die Veränderungen sind, ausgenommen in der Skala „Gesundheit“ (SGKB), statistisch signifikant bis hoch signifikant (siehe Tabelle 24). Im Vergleich der beiden Gruppen gibt es keine statistisch nachweisbaren Unterschiede. Die Effekte waren also für beide Gruppen gleich. Die Ausnahme bildet die Skala „Dissimilatorische Körperprozesse“ (SDIS). Hier schätzen sich die Patienten der KG bei T2 (16.27 ± 2.78) geringfügig schlechter ein als bei T1 (16.71 ± 2.70). Hier erbrachte der Gruppenvergleich bei T2 einen statistisch nachgewiesenen Unterschied ($p = 0.031$) zwischen der UG und KG. Die Effekte der UG unterscheiden sich signifikant von den Effekten der Kontrollgruppe. Ausgehend vom Ansatz der Untersuchungen muss davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse nicht unmittelbar auf die Programme der Sporttherapie zurückzuführen sind.

Die Ergebnisse der einzelnen Körperkonzeptskalen sind nachfolgend in der Tabelle 22 und der Abbildung 6 zusammenfassend dargestellt. In der Abbildung stellen sich die geringen Unterschiede und die nahezu identischen Veränderungen des Körpererlebens der Patienten sowohl der UG als auch der KG deutlich dar.

Ergebnisse aller Körperkonzepte der FKKS, UG und KG im Vergleich					
Skala 1 SGKB	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	23.85 (± 5.04)	neutral	23.27 (± 4.61)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	24.57 (± 4.7)	positiv	24.04 (± 5.18)	positiv	
Zeitpunkt- vergleich (p)	n. s.				Interaktion n. s.
Skala 2 SPKF	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1	33.66 (± 5.25)	positiv	34.36 (± 5.56)	positiv	n. s.
T2	34.65 (± 5.13)	positiv	35.2 (± 4.49)	positiv	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.015*				Interaktion n. s.
Skala 3 SKEF	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	40.29 (± 8.59)	positiv	37.22 (± 8.43)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	42.91 (± 8.22)	positiv	40.44 (± 6.62)	positiv	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001***				Interaktion n. s.
Skala 4 SKKO	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	23.72 (± 5.84)	neutral	22.24 (± 6.26)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	24.98 (± 6.38)	positiv	23.22 (± 5.99)	neutral	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.005**				Interaktion n. s.
Skala 5 SSEX	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	26.26 (± 4.59)	positiv	24.58 (± 3.71)	positiv	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	26.94 (± 4.42)	positiv	26.09 (± 3.91)	positiv	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.001***				Interaktion n. s.
Skala 6 SSAK	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	23.31 (± 4.38)	neutral	22.67 (± 3.64)	neutral	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	24.32 (± 4.36)	positiv	23.27 (± 3.50)	neutral	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.042*				Interaktion n. s.
Skala 7 SAKA	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	13.97 (± 3.72)	neutral	12,29 (± 2.71)	neutral	0.003**
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	14.81 (± 3.49)	neutral	13.09 (± 2.12)	neutral	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.002**				Interaktion n. s.
Skala 8 SASE	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	61.63 (± 7.79)	positiv	62.56 (± 7.52)	positiv	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	64.09 (± 8.04)	positiv	63.93 (± 7.35)	positiv	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.001***				Interaktion n. s.
Skala 9 SDIS	UG n = 65	Bewertung	KG n = 45	Bewertung	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	16.69 (± 2.35)	positiv	16.71 (± 2.50)	positiv	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	17.35 (± 2.67)	positiv	16.27 (± 2.78)	positiv	0.031*
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.031*		n. s.		Interaktion n. s.
Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse.					

Tab. 24: Ergebnisse aller Körperkonzepte der FKKS, UG und KG im Vergleich,
Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)



Legende: (1) SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, (2) SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, (3) SKEF: körperliche Effizienz, (4) SKKO: Körperkontakt, (5) SSEX: Sexualität, (6) SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, (7) SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, (8) SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, (9) SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse,

Abb. 8: Ergebnisse aller Körperkonzepte der FKKS, UG und KG im Vergleich der Ausgangs- und Abschlussuntersuchungen

8.2 Diskussion der Ergebnisse des Körpererlebens

In diesem Kapitel wird der Einsatz der FKKS kritisch betrachtet, die Ergebnisse der eigenen Untersuchung zum Körpererleben von alkoholabhängigen Männern und Frauen werden eingeordnet und vergleichend diskutiert.

8.2.1 Methodenkritik zum Einsatz der FKKS

Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung der FKKS wurde im Verlauf der Studie von 137 Patienten in der Ausgangsuntersuchung (T1) und von 110 Patienten in der Abschlussuntersuchung (T2) vollständig ausgefüllt. Die in der Untersuchung eingesetzte Gesamtversion mit neun Skalen und 64 Items erwies sich insgesamt als gut verständlich. Nach einer kurzen Einweisung durch die Testleiter waren die Patienten in der Lage, die Fragen selbstständig zu beantworten.

Eine Ausnahme bildeten die Items vier und fünf. Die Frage vier „*In sexuellen Dingen habe ich Schwierigkeiten*“ wurde von vielen Patienten erst auf Nachfrage durch den Therapeuten beantwortet. 33 (36,3%) Patienten äußerten sich zu dieser Fragestellung erst nach zusätzlicher Erläuterung durch den Testleiter. Da der Fragebogen nicht anonym ausgefüllt wird, war die Beantwortung dieses Items mit Scham und Distanz verbunden.

Die Nummer fünf des Fragebogens „*Es stört mich nicht, wenn mein äußeres Erscheinungsbild von meiner Umgebung abweicht*“ war für einen Großteil der Patienten missverständlich, wurde häufig nachgefragt und musste wiederholt durch den Testleiter erläutert werden. Die Patienten benötigten ca. 10-12 Minuten um die 64 Fragen zu beantworten, damit bewies das Testverfahren eine gute Ökonomie in der Durchführung.

Die Auswertung des Fragebogens ist sowohl mit Hilfe der im Testmaterial zur Verfügung gestellten Schablonen als auch mit einer Programmierung im Computerprogramm „Excel“ relativ einfach durchzuführen. Die große Anzahl an Daten erfordert eine hohe Genauigkeit und eine mehrfache Kontrolle der Eingabe, um die Fehlerquote zu minimieren. Die Darstellung der Ergebnisse der FKKS im Auswertungsbogen II ist sehr vorteilhaft. Die Kurven stellen die Veränderungen der Bewertung in den einzelnen Skalen eindeutig und für die Patienten gut nachvollziehbar dar.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass die Frankfurter Körperkonzeptskalen in Durchführung und Auswertung ökonomisch und praktikabel sind. Mit einem überschaubaren Planungsaufwand sind sie in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung gut einsetzbar.

In Verlauf der Auswertung der Ergebnisse wurde das Fehlen einer Eingangsuntersuchung zum Körpererleben, die unmittelbar nach Aufnahme der Patienten erfolgen sollte, deutlich. Die Frage nach den Veränderungen des Selbstbildes bezogen auf den eigenen Körper innerhalb der ersten 14 Tage einer Entwöhnungsbehandlung bleibt unbeantwortet (vgl. Kapitel 7.2 und 8.2.2).

8.2.2 Diskussion der eigenen Ergebnisse

Nachfolgend sollen die eigenen Ergebnisse zum Körpererleben von alkoholabhängigen Männer und Frauen betrachtet und unter Berücksichtigung zusätzlicher Daten eingeordnet werden.

8.2.2.1 Die Ausgangssituation der Patienten

Die Selbstbewertung zur Bestimmung des Körpererlebens erfolgte durch die Patienten unmittelbar nach der Verlegung von der Aufnahmestation in die Wohngruppe. Die durchschnittliche Dauer der Aufnahmephase betrug ca. zwei Wochen (13,78 Tage).

Die Ausgangsuntersuchung der Gesamtstichprobe zum Körpererleben ergab eine überwiegend günstige Bewertung der Körperkonzepte. Im einzelnen siedeln sich die Körperkonzepte „Gesundheit und körperliches Befinden“ (SGKB), „Körperliche Effizienz“ (SKEF), „Körperkontakt“ (SKKO), „Selbstakzeptanz des Körpers“ (SSAK) und „Akzeptanz des Körpers durch andere“ (SAKA) entsprechend der von DEUSINGER (1998, S. 67) a priori formulierten Grenzwerte im neutralen Bereich der Bewertung an. Die drei erstgenannten Körperkonzepte erreichen Bewertungen, die unmittelbar an den unteren Grenzwerten eines positiven Selbstbildes liegen. Das Körperkonzept „Akzeptanz des Körpers durch andere“ (SAKA) wurde durch die Patienten mit einem Wert von 13,28 ($\pm 3,44$) am schlechtesten bewertet. Dieser Wert liegt sehr nah an dem Bereich, der als eine negativ (4-12) orientierte Selbsteinschätzung angenommen wird.

Die Körperkonzepte „Pflege des Körpers“ (SPKF), „Sexualität“ (SSEX), „Aspekte der körperlichen Erscheinung“ (SASE) und „Dissimilatorische Prozesse“ (SDIS) wurden schon in der Ausgangsuntersuchung (T1) von den Patienten positiv bewertet. Die Summation der Körperkonzepte (FKKS – Gesamt) weist mit einem Wert von 260,32 ($\pm 29,74$) ebenfalls eine positive Selbsteinschätzung aus.

Unter Berücksichtigung der Zeit der Abstinenz und der körperlichen Situation der Patienten vor Beginn der Therapie bzw. nach Verlegung in die Wohngruppe erscheinen die dargestellten Ergebnisse bemerkenswert.

80,9% (89) der Patienten, die an der Studie teilnahmen, waren am Tag der Aufnahme „trocken“, standen also nicht unmittelbar unter dem Einfluss von Alkohol. 19,1% (21) der Patienten hatten noch am Aufnahmetag getrunken bzw. nach dem letzten Konsum den Alkohol noch nicht vollständig abgebaut. Von den 89 Patienten, die ohne Alkoholeinfluss zur Behandlung erschienen, haben 43 (48,3%) noch in der letzten Woche vor Beginn der Therapie getrunken. Nur 10% (11) der Patienten lebten zum Behandlungsbeginn länger als vier Wochen abstinent.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die körperliche Situation der Patienten bei Verlegung in den Wohnbereich. Zu diesem Zeitpunkt wurden 47% (58) der Patienten aus medizinischer Sicht als eingeschränkt belastbar eingestuft (siehe Abbildung 9).

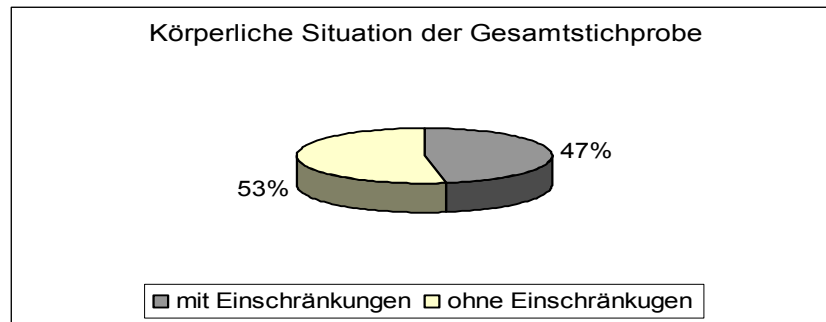


Abb. 9: Körperliche Situation der Patienten bei Verlegung in die Wohngruppe

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass das Körpererleben alkoholabhängiger Männern und Frauen, trotz eines jahrelang betriebenen chronischen Alkoholmissbrauches, sich schon nach einer kurzen Abstinenzphase in einer stationären Einrichtung überwiegend positiv im Sinne einer günstigen Selbstbeurteilung darstellt.

Eine Ursache kann u. a. in der stark veränderten Lebenssituation der Alkoholabhängigen liegen. Es ist davon auszugehen, dass das euphorische Erleben der aktuellen Situation bei einem Großteil der Patienten zu einer eher günstigeren Selbsteinschätzung bezogen auf den eigenen Körper führt. Die Patienten befinden sich bei einer stationären Entwöhnungsbehandlung im geschützten Rahmen der Klinik. In ihrem unmittelbaren Umfeld sind Menschen, die ebenfalls alkoholabhängig sind. Schwestern, Ärzte und Therapeuten kümmern sich intensiv um ihre Bedürfnisse. Ein Großteil der Patienten erfährt ein für sie ungewohntes Maß an positiver Zuwendung. Weiterhin ist zu beachten, dass 58,18% (64) der Probanden bis eine Woche vor der Behandlung bzw. bis zum Tag der Aufnahme getrunken haben und der Aufenthalt in der Klinik die erste längere Unterbrechung des bisherigen Alkoholkonsums darstellt. Mit teilweiser medikamentöser Unterstützung werden in der Aufnahmephase mögliche Entzugsserscheinungen schon nach wenigen Tagen überwunden. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt ist nicht mehr durch Alkohol beeinträchtigt und akut auftretende Folgen werden wirksam behandelt (vgl. Kapitel 4.4).

Die stationäre Betreuung bietet klare Strukturen, einen geregelten Tages- und Wochenablauf und kann so die Betroffenen von einem Teil des Drucks den sie im Alltag (Arbeit; Familie, Freunde) erleben, entlasten. In dieser Phase der Behandlung kommt es bei der überwiegenden Zahl der Abhängigen zu einer Stabilisierung der Körperfunktionen und damit zu einer relativ schnellen Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens (vgl. u. a. Feuerlein 1998, S.253ff, Tretter 1999, C 3.4).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ca. 60% der Studienteilnehmer bis kurz vor Therapiebeginn getrunken haben und fast die Hälfte der Patienten mit teilweise erheblichen körperlichen Einschränkungen in den Wohnbereich verlegt wurden. Ein jahrelanger bzw. jahrzehntelanger chronischer Missbrauch von Alkohol hat nachweisbar negative Auswirkungen auf alle Lebensbereiche der Betroffenen (vgl. Kapitel 2.2). Die zuvor dargestellten Fakten verdeutlichen die Diskrepanz zwischen der Situation der Patienten zu Beginn der Therapie und ihrem Körpererleben schon nach kurzer Behandlungszeit. Die Ergebnisse stützen die Befunde von POTH (1990). Er schlussfolgert auf der Grundlage seiner Untersuchungen, dass Alkoholabhängige zu Beginn einer Therapie verzerrten und realitätsfremden Wahrnehmungsprozessen unterliegen, die es nur schwer ermöglichen, den Körper realistisch einzuschätzen und zu beurteilen (vgl. Poth 1990, S. 3-5).

8.2.2.2 Veränderungen des Körpererlebens im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung

Die Selbsteinschätzung der Patienten in der Abschlussuntersuchung (T2) ergab im Vergleich zur Ausgangsuntersuchung (T1) eine statistisch signifikant verbesserte Bewertung in acht der neun untersuchten Körperkonzepte. In der Summation aller Körperkonzepte (FKKS - Gesamt) veränderte sich der Wert von 260,32 ($\pm 29,74$) bei T1 auf 270,97 ($\pm 29,47$) bei T2 bei nahezu konstanter Streuung (siehe Abbildung 10).

Die Ergebnisse der Untersuchungen zur Veränderung des Körpererlebens **bestätigen** die im Kapitel 6 formulierte allgemeine **Hypothese (HA1)**. Im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung verbessert sich das Körpererleben alkoholabhängiger Männern und Frauen.

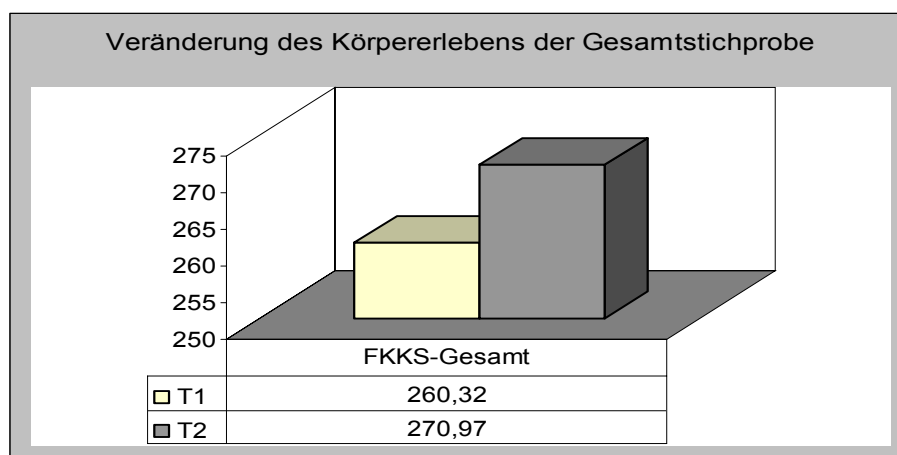


Abb. 10: Körpererleben der Gesamtstichprobe im Vergleich von Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1, T2)

Die Betrachtung der definierten Grenzwerte für ein eher negatives, neutrales oder positives Selbstbild zeigen ebenfalls deutlich positive Veränderungen. Bei T1 wurden durch die Probanden fünf der neun Körperkonzepte im neutralen Bereich bewertet. Bei T2 ergab die Selbsteinschätzung nur noch bei den Körperkonzepten „Selbstakzeptanz des Körpers“ (SSAK) und „Akzeptanz des Körpers durch andere“ (SAKA) eine neutrale Bewertung. Alle anderen Körperkonzepte wurden durch die Patienten positiv eingeschätzt.

Die Ergebnisse belegen eine positive Veränderung des Körpererlebens von Alkoholabhängigen infolge der Summation verschiedener therapeutischer Maßnahmen im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung. Es kann davon ausgegangen werden, dass sporttherapeutische Interventionen auf Grund ihrer inhaltlichen Ausrichtung die Veränderungen im Körpererleben günstig beeinflussen (näher dazu im Kapitel 8.2.2.4).

Die insgesamt geringe Veränderung des Körpererlebens wird auf das hohe Ausgangsniveau bei T1 (siehe Kapitel 8.2.2.1) und auf die relativ kurze Behandlungsdauer von durchschnittlich 12,71 Wochen zurückgeführt. Körpereinstellungen entwickeln sich im Zusammenspiel von Wahrnehmen, Erleben und Erfahren und stabilisieren sich über einen längeren Zeitraum (vgl. Kapitel 4.2). Es ist nicht davon auszugehen, dass Einstellungen (Körpereinstellungen), die sich bei den Alkoholabhängigen über Jahre oder sogar Jahrzehnte entwickelt und verfestigt haben, sich in 12 bis 16 Wochen gravierend verändern.

8.2.2.3 Geschlechtsspezifische Aspekte des Körpererlebens von Alkoholabhängigen

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass es Unterschiede im Körpererleben zwischen Männern und Frauen gibt, die eine Tendenz anzeigen, aber nicht statistisch abgesichert werden konnten. Die im Kapitel 6 formulierte **Hypothese (HA2)** kann daher mit den vorliegenden Befunden **nicht bestätigt** werden.

Sowohl in der Ausgangsuntersuchung (T1) als auch in der Abschlussuntersuchung (T2) zeigen sich unterschiedliche Bewertungstendenzen bei den Männern und Frauen. Im „FKKS – Gesamt“ wird deutlich, dass die Frauen sich zu beiden Untersuchungszeitpunkten insgesamt niedriger bewerten als die Männer. Die Differenzen der Bewertungen der Männer (10,13) und Frauen (11,83) von T1 zu T2 unterscheiden sich nur unwesentlich (siehe Abbildung 11). Das heißt, dass die Unterschiede der Selbsteinschätzungen bei beiden Geschlechtern nahezu konstant bleiben.

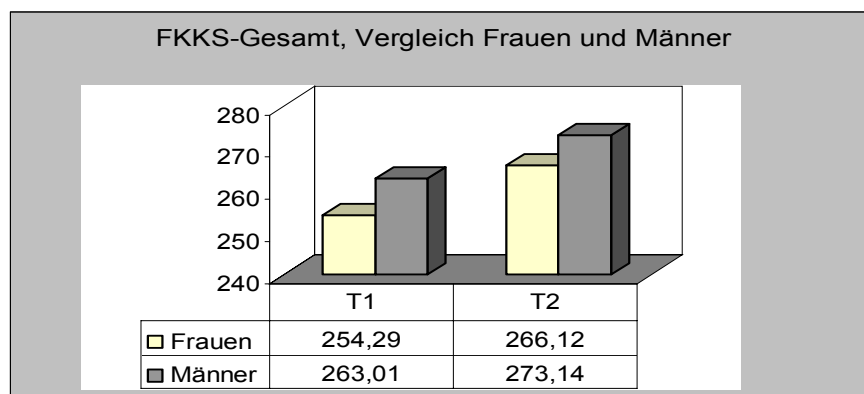


Abb. 11: Vergleich von Männern und Frauen in der Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1, T2)

Die Betrachtung der einzelnen Körperkonzepte zeigt, dass die Frauen sich in sieben der neun Körperkonzepte sowohl bei T1 als auch bei T2 geringer bewerten als die Männer. Lediglich die Körperkonzepte „*Pflege des Körpers*“ (SPKF) und „*Dissimilatorische Körperprozesse*“ (SDIS) weisen im Vergleich zu den Männern eine höhere Bewertung auf. Die Selbsteinschätzung der Frauen stimmt in diesem Fall mit der Wahrnehmung der Untersucher überein. Die Frauen wirken insgesamt gepflegter, achten mehr auf ihr äußeres Erscheinungsbild und einen angenehmen Körpergeruch. Die größten Differenzen in der Bewertung weisen die Körperkonzepte „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ (SASE) und „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF) auf. Die Frauen bewerten die Aspekte der körperlichen Erscheinung sowohl bei T1 (59,44) als auch bei T2 (61,53) deutlich kritischer als die Männer (T1 = 63,13, T2 = 65,04). In den umfangreichen Fragestellungen (14 Items) zu diesem Körperkonzept werden vornehmlich Wahrnehmungen, Bewertungen, Gefühle und das Verhalten des Individuums zu ästhetischen Gesichtspunkten einzelner Aspekte der äußeren Körperbaumerkmale gemessen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass alkoholabhängige Frauen ihren Körper kritischer erleben, als es alkoholabhängige Männer tun. Damit entspricht die Selbsteinschätzung durchaus dem Körpererleben der Normalpopulation unserer Gesellschaft. Frauen in den westlichen Kulturen betrachten ihren Körper generell kritischer und orientieren sich eher an Leitbildern, die von den Medien idealisiert werden (vgl. u. a. Kluge & Sonnenmoser 2000).

Obwohl sich das Körperbewusstsein der Männer verändert hat und der Mann als Zielobjekt der Industrie zunehmend entdeckt wird, bewerten die überwiegende Zahl der Männer ihren Körper unkritischer, haben insgesamt niedrigere Ansprüche an sich, orientieren sich weniger an den Idealbildern der Medienwelt und sind insgesamt zufriedener mit ihrer körperlichen Erscheinung (vgl. u. a. Daszikowski 2003, S. 27-81, Kluge & Sonnenmoser 2001).

Die gleiche Tendenz setzt sich bei der Bewertung der körperlichen Effizienz fort. Die Frauen schätzen ihre körperlichen Leistungen sowohl bei T1 (36,82) als auch bei T2 (40,38) deutlich geringer ein als die Männer (T1 = 40,03, T2 = 42,62).

Die Untersuchungen zur Ermittlung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Rahmen der vorliegenden Studie bestätigen die Einschätzungen für beide Geschlechter. Die Männer erreichen in der Summation der Leistungen beim Test der Kraftausdauer sowohl bei T1 (78,23) als auch bei T2 (113,11) bessere Leistungen als die Frauen (T1 = 63,90, T2 = 99,03, siehe Abbildung 12). Der Unterschied der Leistungen zwischen beiden Geschlechtern wurde als hoch signifikant ausgewiesen ($p < 0.001$).

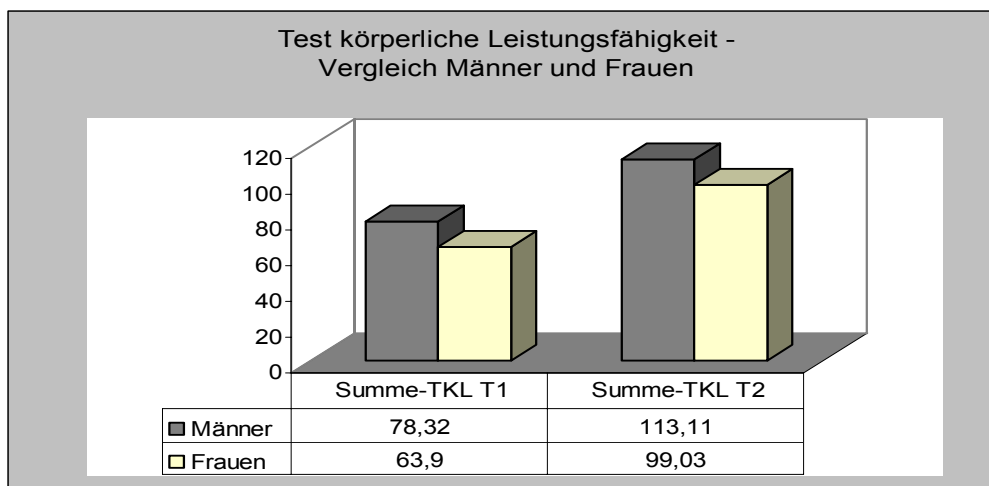


Abb. 12: Vergleich der körperlichen Leistungen (TKL) der Männer und Frauen in der Ausgangsuntersuchung (T1) und Abschlussuntersuchung (T2)

Das unterschiedliche Erleben der alkoholabhängigen Männer und Frauen im Verlauf der Untersuchungen, bezogen auf das Körperkonzept „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF), wird durch die Testergebnisse zur Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit bestätigt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass das abweichende Erleben der körperlichen Effizienz einen realen Hintergrund hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass alkoholabhängige Frauen ebenso wie nicht-abhängige Frauen ihren Körper tendenziell kritischer bewerten als es Männer tun.

8.2.2.4 Die Wirksamkeit unterschiedlicher Programme der Sporttherapie auf das Körpererleben

Um die Auswirkungen sporttherapeutischer Programme im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung auf alkoholabhängige Männer und Frauen zu untersuchen, wurden Untersuchungs- und Kontrollgruppen (UG, KG) gebildet, welche ein körperorientiertes (UG) bzw. ein motorisch-funktionelles (KG) Programm im Verlauf der Behandlung absolvierten.

Die Ergebnisse zeigen, dass durch den Einsatz eines stark körperorientierten Programms in der UG keine unterschiedlichen Effekte bei der Veränderung des Körpererlebens von Alkoholabhängigen zu verzeichnen sind (vgl. Kapitel 8.1.2). Die im Kapitel 6 formulierte spezielle **Hypothese (HS1)** kann somit **nicht bestätigt** werden.

Eine mögliche Begründung für dieses Ergebnis liegt nach Auffassung des Verfassers im Aufbau der Untersuchung. Um die Wirksamkeit der Sporttherapie zu untersuchen, wäre es notwendig, eine UG mit sporttherapeutischen Interventionen zu installieren und eine KG zu bilden, die im Verlauf der Behandlung an keinen sporttherapeutischen Therapien teilnimmt. Aus ethischen Gründen und den bestehenden gesetzlichen Vorschriften (SGB IX) ist dies unmöglich und nicht vertretbar.

Eine Voraussetzung, um eventuelle Unterschiede im Körpererleben zu erfassen, ist eine scharfe Abgrenzung der Programme von UG und KG. Diese ist unter den gegebenen Bedingungen einer stationären Entwöhnungsbehandlung nur schwer zu realisieren bzw. aus den bereits erwähnten ethischen Gründen und gesetzlichen Vorschriften in der Praxis kaum zu realisieren.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist in Umfang und Intensität der sporttherapeutischen Interventionen zu sehen. Kurz vor Beginn der Untersuchungen wurde im Rahmen einer Umstrukturierung der Arbeit in der Klinik Schweriner See der Umfang der Gruppenarbeit in der Sporttherapie von drei auf zwei Stunden pro Woche reduziert. Die Veranstaltungen der Wohngruppen in der Schwimmhalle wurden durch eine ausdauerorientierte Indikativgruppe in einem gruppenübergreifenden Rahmen ersetzt. Unter Berücksichtigung der Zielstellungen und Inhalte der vorliegenden Studie ist diese Veränderung von Bedeutung. Das Wasser ist aus der Sicht der Sporttherapie ein besonderes Medium der Gruppenarbeit (vgl. u. a. Schulz 1999, S. 80-103, 104-180). Bezogen auf das körperorientierte Programm der UG bietet die Schwimmhalle vielfältige Möglichkeiten. Die Patienten haben in dieser Umgebung einen sehr engen und teilweise intensiven Kontakt (Körperkontakt) zueinander. Sie sind wenig bekleidet und haben bei Körperübungen und Spielen in einer Art und Weise Körperkontakt, wie er in anderen Formen der Gruppenarbeit kaum erreicht wird. Damit ist der Umfang und die Intensität der Arbeit mit Körperkontakt und der damit verbundenen Körpererfahrungen für die Untersuchungsgruppen deutlich eingeschränkt worden. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse der Untersuchungen zum Körpererleben dadurch beeinflusst wurden.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist die Wirksamkeit der weiteren Therapieangebote, die parallel zur Sporttherapie angeboten werden, zu berücksichtigen. Die komplexen Wirkungen der verschiedenen Therapieangebote innerhalb der stationären Entwöhnungsbehandlung sind anzunehmen.

Resümierend bleibt festzustellen, dass die Probanden der Untersuchungs- und Kontrollgruppe am Ende der Behandlung ihr Selbstbild bezogen auf den eigenen Körper in allen Körperkonzepten positiver bewerten als zu Beginn der Therapie. Eine spezifische Wirkung sporttherapeutischer Interventionen könnte unter den gegebenen Bedingungen nicht nachgewiesen wer-

den. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die sporttherapeutischen Angebote, die im Rahmen der stationären Behandlung angeboten werden und fest in den therapeutischen Prozess integriert sind, unmittelbar zu positiven Veränderungen des Körpererlebens von Alkoholabhängigen beitragen. Der Körper des Patienten steht im Fokus der Arbeit der Sporttherapie. Er ist Ausgangspunkt und Zielobjekt körperbezogener Wahrnehmungen und Erlebnisse sowie den daraus resultierenden Erfahrungen (vgl. Kapitel 4.2). Die Körperwahrnehmung, das bewusste Erleben von Bewegung und der Effekte von Bewegung, ist zentraler Gegenstand der sporttherapeutischen Tätigkeit und wird in konzeptionellen Arbeiten zur Sporttherapie mit Alkoholabhängigen immer wieder thematisiert (vgl. u. a. van der Schoot & Deimel 1988, Scheid, Simen & Discher 1996 u. Deimel 2003). Körperliche Veränderungen werden durch die Patienten zeitnah erlebt und in ihrer Wirkung unmittelbar wahrgenommen. Die Patienten erleben ihre Möglichkeiten und sammeln Erfahrungen in gemeinschaftlicher Bewegung. Sie werden zunehmend belastungs- und widerstandsfähiger und erweitern so ihre Möglichkeiten, um die täglichen Anforderungen zu bewältigen (vgl. Kapitel 3). Diese Komponenten werden unmittelbar durch die sporttherapeutische Tätigkeit gefördert und stellen eine wichtige Voraussetzung zur Veränderung des Körpererlebens der Patienten dar.

8.2.3 Vergleichende Diskussion

Die Analyse der Literatur macht deutlich, dass es bisher nur wenige Arbeiten gibt, die die Effekte spezifischer Interventionen der Sporttherapie auf das Körpererleben von Alkoholabhängigen untersuchen. Nachfolgend sollen die Ergebnisse bisher vorliegender Arbeiten zur Thematik mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung verglichen werden.

Die Veränderung der Einstellung zum eigenen Körper wurde von FINKE (2000) im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung untersucht. Im Mittelpunkt dieser Studie standen die Einsatzmöglichkeiten und Wirkmechanismen von Formen eines „Mentalen Trainings“ innerhalb der Therapie mit Alkoholabhängigen. In den Ergebnissen stellte FINKE (2000) sowohl für die Untersuchungs- als auch für die Kontrollgruppe eine zunehmend positive Einstellungsänderung bezüglich des eigenen Körpers und den damit verbundenen Empfindungen fest. Die positiven Veränderungen der Einstellungen zum eigenen Körper bringt die Verfasserin unmittelbar mit den Wirkungen des von ihr eingesetzten Mentalen Trainings in Zusammenhang. Auch die eigenen Untersuchungen machen deutlich, dass sich das Körpererleben von alkoholabhängigen Männern und Frauen im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung positiv verändert. Auch hier kann man davon ausgehen, dass diese Veränderungen wirksam durch sporttherapeutische Interventionen beeinflusst werden (vgl. Kapitel 8.1.1 u. 8.2.2.2).

Weiterhin stellte FINKE (2000) geschlechtsspezifische Unterschiede in der Beurteilung einzelner Bereiche des eigenen Körpers zum Ende der Behandlung fest. Bei ausschließlicher Betrachtung der Ergebnisse der männlichen Probanden stellt sich der Unterschied zwischen UG und KG noch deutlicher dar. Die Einstellungen zum eigenen Körper entwickeln sich im Verlauf der Therapie bei Männern und Frauen unterschiedlich. Die Verfasserin beschreibt in der Diskussion ihrer Ergebnisse durch eine fehlender statistischer Absicherung und sehr kleine Stichprobe von Frauen nur eine Tendenz in den Veränderungen. Der tendenzielle Unterschied im Körpererleben von alkoholabhängigen Männern und Frauen wird in der eigenen Untersuchung ebenfalls festgestellt und beschrieben (vgl. Kapitel 8.1.2 und 8.2.2.3). Somit finden die Befunde von FINKE (2000) ihre Bestätigung.

Die Studien von SCHÄTZER (1992) und CREMER (1993) untersuchten das Körpererleben alkoholabhängiger Männer und Frauen im Rahmen einer Entzugsbehandlung unter Anwendung der FKKS und verglichen die Ergebnisse mit der Normalpopulation bzw. mit ehemaligen Alkoholabhängigen die abstinent lebten.

Beide Arbeiten ergaben, dass Alkoholabhängige zu Beginn und am Ende der Entzugsbehandlung ihren Körper insgesamt weniger positiv erleben als es Menschen mit „*normalem Alkoholkonsum*“ tun. Insbesondere die Körperkonzepte „*Gesundheit und körperliches Befinden*“ (SGKB) und „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF) wurden im Vergleich mit der Normalpopulation schlechter bewertet.

Die Betrachtung des Körpererlebens alkoholabhängiger Männer und Frauen im Verlauf der vierwöchigen Entzugstherapie macht deutlich, dass die Patienten ihr Selbstbild bezogen auf den eigenen Körper am Ende insgesamt positiver einschätzen als zu Beginn der Behandlung. CREMER (1993) ermittelte jedoch nur in den Körperkonzepten „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ (SASE) und „*Dissimilatorische Körperprozesse*“ (SDIS) statistisch gesicherte Verbesserungen. Das Körperkonzept „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF) hatte sich im Verlauf der Therapie unerwarteter Weise nicht verändert.

GIES (2001) untersuchte in einem Vor- und Nachtest mittels der FKKS das Körpererleben alkoholabhängiger Patienten, die eine sechswöchige stationäre Kurzzeittherapie absolvierten. Im Ergebnis bewerteten die Patienten am Ende der Behandlung die untersuchten Körperkonzepte positiver als zu Beginn. Wobei die Verbesserungen der Körperkonzepte „*körperliche Effizienz*“ (SKEF) und der „*FKKS – Gesamt*“ als hoch signifikant, „*Körperkontakt*“ (SKKO) als sehr signifikant und „*Sexualität*“ (SSEX), „*Akzeptanz des Körpers durch andere*“ (SAKA) und „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ (SASE) als signifikant ausgewiesen wurden.

Im Vergleich mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung können sowohl Unterschiede als auch Übereinstimmungen konstatiert werden.

Übereinstimmend stellen alle Untersuchungen eine insgesamt positivere Bewertung im „*FKKS – Gesamt*“ am Ende der unterschiedlichen Behandlungen fest. Das heißt, dass das Körpererleben der Patienten sich sowohl in der Entzugsbehandlung als auch in der Kurzzeit- bzw. Entwöhnungsbehandlung insgesamt verbessert.

Es zeigt sich ein Zusammenhang von Behandlungsdauer und der Veränderung des Körpererlebens. Es kann festgestellt werden, dass sich die Anzahl der signifikant besser bewerteten Körperkonzepte mit zunehmender Therapiezeit vergrößert. CREMER (1993) untersuchte Patienten im Rahmen einer vierwöchigen Entzugstherapie, in deren Ergebnis sich zwei Körperkonzepte signifikant verbesserten (s. o.). Die Ergebnisse von GIES (2001) beruhen auf einer Untersuchung, die im Verlauf einer sechswöchigen Kurzzeittherapie von Alkoholabhängigen durchgeführt wurde. Nach Abschluss dieser Behandlung bewerteten die alkoholabhängigen Männer und Frauen fünf der neun untersuchten Körperkonzepte signifikant günstiger. Die vorliegende Untersuchung wurde über einen Zeitraum von durchschnittlich zwölf Wochen durchgeführt. Die Ergebnisse weisen am Ende der Entwöhnungsbehandlung eine signifikant verbesserte Selbsteinschätzung bei acht von neun Körperkonzepten aus. Lediglich beim Körperkonzept „*Gesundheit und körperliches Befinden*“ (SGKB) konnten die positiven Veränderungen nicht statistisch abgesichert werden (vgl. Kapitel 8.1.1). Die dargestellten Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass sich bei einer längeren Therapiezeit das Körpererleben alkoholabhängiger Männer und Frauen zunehmend verbessert (siehe Abbildung 13).

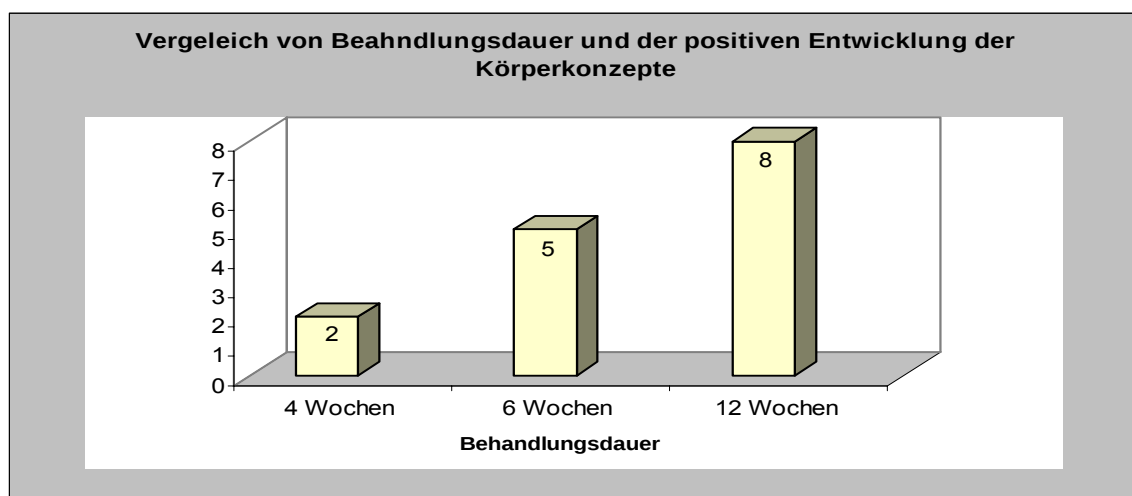


Abb. 13: Behandlungsdauer und Anzahl der positiv veränderten Körperkonzepte in der Entgiftung, Kurzzeit- und Entwöhnungsbehandlung

Ein weiterer wesentlicher Unterschied stellt sich beim Körperkonzept „*Körperliche Effizienz*“ ((SKEF) dar. Die Untersuchung von CREMER (1993) ergab keine Veränderung im Verlauf der Therapie. Sowohl in der Studie von GIES (2001) als auch in der eigenen Untersuchung bewerten die Patienten am Ende der Behandlung den Bereich der körperlichen Effizienz deutlich günstiger, in beiden Fällen hoch signifikant.

In den beiden letztgenannten Arbeiten war die Sporttherapie ein fester Bestandteil der Behandlung, wobei die Patienten in der Studie von GIES (2001) ein Regelprogramm mit einem Umfang von dreimal pro Woche (insgesamt 180min) in der Sport- und Schwimmhalle absolvierten. In der eigenen Untersuchung nahmen die Probanden zweimal pro Woche an Therapieangeboten in der Sport- und Schwimmhalle sowie im Krafraum teil (vgl. Kapitel 7.5). Inwieweit körperlich orientierte Therapieangebote in die Untersuchungen von CREMER (1993) integriert waren, ist nicht bekannt. Die Erfahrungen zeigen, dass der Anteil der Sporttherapie und anderer bewegungsorientierter Therapieformen im Rahmen von Entzugsbehandlungen verschwindend gering ist. Es ist zu vermuten, dass ein geringer Anteil von Sporttherapie und die im Vordergrund stehende Behandlung der akuten Folgen der Alkoholabhängigkeit in dieser Behandlungsphase einen Einfluss auf das Ergebnis im Bereich der körperlichen Effizienz hatten.

Bei einem detaillierten Vergleich der Ergebnisse der eigenen Untersuchung mit der Studie von GIES (2001) werden weitere Übereinstimmungen sichtbar. Auffallend ist die große Nähe der errechneten Mittelwerte für die einzelnen Körperkonzepte und dem „FKKS- Gesamt“ in beiden Untersuchungen (siehe Tabelle 24). Bemerkenswert ist, dass die Konstruktion der FKKS eine große Bandbreite der Bewertung für die einzelnen Items zulässt und eine größere Streuung durchaus möglich wäre (vgl. Deusinger 1998, S. 61ff).

Skalen des FKKS		eigene Studie	Gies (2001)	eigene Studie	Gies (2001)
		Ausgangsuntersuchung (T1) n=110	Vortest n=28	Abschlussuntersuchung (T2) n=110	Nachtest n=28
(1) SGBK	$\bar{x}$ (s)	23,61 (±4,85)	25,5 (±4,2)	24,66 (±4,81)	26,8 (±4,4)
(2) SPKF	$\bar{x}$ (s)	33,95 (±5,37)	33,3 (±5,6)	34,86 (±4,86)	33,8 (±4,2)
(3) SKEF	$\bar{x}$ (s)	39,04 (±8,62)	39,4 (±8,0)	41,93 (±7,65)	42,4 (±7,9)
(4) SKKO	$\bar{x}$ (s)	23,12 (±6,03)	23,4 (±7,4)	24,25 (±6,26)	26,1 (±5,4)
(5) SSEX	$\bar{x}$ (s)	25,57 (±4,32)	25,0 (±4,4)	26,59 (±4,22)	26,4 (±3,8)
(6) SSAK	$\bar{x}$ (s)	23,05 (±4,09)	24,1 (±3,3)	23,90 (±4,05)	25,4 (±3,8)
(7) SAKA	$\bar{x}$ (s)	13,28 (±3,44)	13,6 (±3,6)	14,12 (±3,11)	14,5 (±2,6)
(8) SASE	$\bar{x}$ (s)	62,01 (±7,66)	62,3 (±6,6)	63,95 (±7,75)	64,6 (±6,9)
(9) SDIS	$\bar{x}$ (s)	16,70 (±2,40)	16,5 (±3,2)	16,90 (±2,74)	17,4 (±3,0)
FKKS Gesamt	$\bar{x}$ (s)	260,32 (±29,74)	263,0 (±27,7)	270,97 (±29,47)	277,4 (±26,0)
Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse, FKKS Gesamt: Summe der neun Körperkonzepte,					

Tab. 25: Vergleich der Ergebnisse der eigenen Studie mit der Untersuchung von GIES (2001)

Übereinstimmungen zeigen sich ebenfalls bei der Betrachtung der Ausgangsbewertungen in beiden Untersuchungen. Ähnlich wie in der eigenen Studie (vgl. 8.2.2.1) stellen sich die Ergebnisse von GIES (2001) zu Beginn der Behandlung dar. Die Auswertung der Daten ergibt, dass die Patienten sechs der neun Körperkonzepte in den von DEUSINGER (1998) als

positiv definierten Bereich einordnen. Auch die Körperkonzepte, die neutral bewertet wurden, sind identisch. Die Körperkonzepte „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF), „*Körperkontakt*“ (SKKO) und „*Akzeptanz des Körpers durch andere*“ (SAKA) wurden sowohl durch die Probanden der eigenen Studie als auch von den Teilnehmern der Untersuchung von GIES (2001) in den eher ungünstigeren Bereich der Selbsteinschätzung eingeordnet.

Auch bei der Betrachtung der Veränderungen des Körpererlebens im Verlauf der Behandlungen setzen sich die Übereinstimmungen der Ergebnisse in beiden Arbeiten fort. GIES (2001) identifiziert die „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF) als das Körperkonzept, welches die größte Veränderung im Verlauf der Therapie erfährt. Die vorliegende Studie bestätigt dieses Ergebnis und weist die „*Körperliche Effizienz*“ (SKEF) ebenfalls als das Körperkonzept aus, dass sich im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung am deutlichsten verändert.

Anders verhält es sich mit der „*Akzeptanz des Körpers durch andere*“ (SAKA). Dieses Körperkonzept wird in beiden Untersuchungen am niedrigsten bewertet. Die Bewertungen fallen am Ende der Behandlungen günstiger als zu Beginn aus, erreichen jedoch nicht den positiven Bereich der Selbsteinschätzung.

Eine mögliche Begründung könnte in der Akzeptanz der Abhängigkeit vom Suchtmittel liegen. Ein großer Teil der Patienten, der sich in eine Behandlung begibt, zeigt eine angemessene Krankheitseinsicht. Sie akzeptieren die Abhängigkeit und setzen sich mit der Krankheit und dessen Folgen auseinander. Die Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit, die von körperlichen Abbauprozessen, einem sozialen Abstieg und den damit verbundenen Erfahrungen von Ablehnung und Ausgrenzung geprägt wird. Die Ablehnung der Alkoholabhängigen durch die Mitmenschen in der aktiven Trinkphase und die Akzeptanz der Abhängigkeit sind mit Erfahrungen und Erkenntnisse verbunden, die möglicher Weise eine nachhaltige Wirkung auf die Selbstbewertung der Alkoholabhängigen haben.

Resümierend kann festgestellt werden, dass die vorliegende Studie die Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen in wesentlichen Punkten bestätigt und durch neue Aspekte erweitert. Deutlich wird auf einen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und der Veränderung des Körpererlebens von Alkoholabhängigen hingewiesen. Mit zunehmender Behandlungsdauer, ist eine anwachsende Verbesserung des Körpererlebens zu konstatieren. Im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung mit einer Behandlungsdauer von vier Wochen kommt es nur zu geringen Veränderungen. In einer Entwöhnungsbehandlung mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 12,71 Wochen (eigene Studie mit 12-20 Wochen) konnten Verbesserungen in acht von neun untersuchten Körperkonzepten festgestellt werden.

Insbesondere die Übereinstimmungen mit den Ergebnissen der Arbeit von GIES (2001) weisen auf eine gewisse Stabilität der Selbstbewertung (Überbewertung) des Körpers bei alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen einer stationären Therapie hin. Hier werden übereinstimmende Ergebnisse sowohl in der Bewertung des eigenen Körpers in der Ausgangsuntersuchung als auch im Verlauf der Behandlung deutlich. Das Körperkonzept der „*körperlichen Effizienz*“ verändert sich in beiden Untersuchungen am deutlichsten. Hier muss auf den Zusammenhang zwischen der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und dem Körpererleben hingewiesen werden (vgl. 8.6.2.1).

Dagegen wird das Körperkonzept „*Akzeptanz des Körpers durch andere*“ übereinstimmend am niedrigsten bewertet und erreicht am Ende der Therapie nicht den positiven Bereich der Selbsteinschätzung. Das äußere Erscheinungsbild und die Leistungsfähigkeit des Betroffenen sind durch die Folgen der Erkrankung geprägt. Die Akzeptanz des Körpers durch andere, scheint für Abhängige ein scharmbesetzter und sensibler Teil der Selbstbewertung zu sein.

8.3 Leuvenner Beobachtungsskalen (LOVIPT) – Das Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung

Zur Messung der Veränderung des psychomotorischen Bewegungsverhaltens der Patienten wurden insgesamt sechs Kategorien einer modifizierten Fassung der Leuvenner Beobachtungsskalen (LOVIPT) in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1 und T2) eingesetzt. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beschreiben den Mittelwert ($\bar{x}$) des jeweiligen Bewegungsverhaltens. Der Summenwert aus sechs Kategorien wurde zum Vergleich der Untersuchungs- und Kontrollgruppe herangezogen. Er kennzeichnet eine Tendenz im Bewegungsverhalten der jeweiligen Gruppe (siehe Kapitel 7.4.2).

8.3.1 Ergebnisse der Untersuchungs- und Kontrollgruppen, differenzierte Betrachtung der Kategorien

Kategorie 1: „Kontakte und Bindungen in der Gruppe“

Diese Kategorie erfasst die Fähigkeit der Patienten, unter Berücksichtigung der Situation, entsprechende Bindungen bzw. Kontakte zu Mitpatienten und dem Therapeuten herzustellen. Bewertet wurde jeweils die Art und Intensität der Kontakte und Bindungen zu den Mitpatienten und zum Therapeuten. Als angemessen werden Kontakte und Bindungen in der Gruppe angesehen, die in Art und Intensität der jeweiligen Bewegungssituation entsprechen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen, dass es im Ausgangstest (T1) sowohl in der UG als auch in der KG Abweichungen vom angemessenen Bewegungsverhalten in negativer Richtung gibt. Wobei die Abweichung der UG (-0.52 ± 0.75) geringfügig größer ist als die der KG (-0.44 ± 0.62). In der Abschlussuntersuchung (T2) erreichen beide Gruppen eine verbesserte Bewertung. Die UG (-0.20 ± 0.54) liegt auch hier geringfügig weiter vom angemessenen Bewegungsverhalten entfernt als die KG (-0.09 ± 0.42). Die Veränderungen von T1 zu T2 sind in beiden Gruppen hoch signifikant ($p < 0.001$). Ein Unterschied in der Veränderung zwischen der UG und der KG kann nicht nachgewiesen werden (Interaktion n. s., siehe Tabelle 26).

(1) Kontakt/ Bindungen in der Gruppe	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.52 (± 0.75)	-0.44 (± 0.62)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.20 (± 0.54)	-0.09 (± 0.42)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 26: Ergebnisse LOVIPT Kategorie 1, UG und KG im Vergleich,
Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Das Kontaktverhalten der Patienten hat sich im Verlauf der Behandlung verändert. Das heißt in diesem Fall, dass die alkoholabhängigen Männer und Frauen sich einem angemessenen Bewegungsverhalten, bezogen auf die Art und Weise von Kontakten und Bindungen in der Gruppe, im Verlauf der Therapie annähern. Die Effekte der eingesetzten Programme sind für die UG und KG gleich.

Kategorie 2: „Selbstvertrauen“

Diese Kategorie kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, sich unabhängig von anderen zu bewegen, ohne sich zu unter- bzw. zu überschätzen. Bewertet wurde die Art und Weise der unabhängigen Lösung von Bewegungsaufgaben. Angemessenes Bewegungsverhalten beinhaltet eine, unter Beachtung der eigenen Voraussetzungen, unabhängige Lösung von Aufgaben in Bewegung.

Die Ergebnisse zum Zeitpunkt T1 dieser Kategorie zeigen in der UG (-0.32 ± 1.09) und in der KG (-0.36 ± 1.07) annähernd die gleichen Bewertungen. Zum Zeitpunkt T2 erreicht die UG ein Ergebnis (-0.06 ± 0.54), dass nur noch unwesentlich von einem angemessenen Selbstvertrauen bei der Lösung von Bewegungsaufgaben abweicht. Die KG erreicht bei der Abschlussuntersuchung T2 (-0.16 ± 0.42) ebenfalls eine verbesserte Bewertung, welche aber eine geringeres Ausmaß aufweist. Die Veränderungen des Bewegungsverhaltens in dieser Kategorie sind in der UG und KG hoch signifikant ($p < 0.001$). Ein Unterschied in der Veränderung zwischen beiden Gruppen kann nicht nachgewiesen werden (Interaktion n. s., siehe Tabelle 27).

(2) Selbstvertrauen	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.32 (± 1.09)	-0.36 (± 1.07)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.06 (± 0.54)	-0.16 (± 0.42)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 27: Ergebnisse LOVIPT Kategorie 2, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Das Selbstvertrauen der Patienten bei der Lösung von Bewegungsaufgaben verändert sich im Verlauf der Behandlung und weicht am Ende der Behandlung nur noch unwesentlich vom angemessenen Bewegungsverhalten ab. Die Effekte der eingesetzten Programme waren auch in dieser Kategorie für die UG und KG gleich.

Kategorie 8: „Verbale Kommunikation“

Diese Kategorie kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, angemessene verbale Kontakte zu den Mitgliedern der Gruppe und zum Therapeuten herzustellen. Bewertet wurde die Art und Weise der verbalen Kontaktaufnahme innerhalb der Gruppe und zum Therapeuten. Verbale Kontakte gelten als angemessen und sinnvoll, wenn sie der Situation angepasst sind und die technische Ausführung befriedigend ist, d.h. genügend Lautstärke bei gleichzeitigem Blickkontakt mit dem Adressaten.

Die Ergebnisse bei T1 in dieser Kategorie weisen in der UG (-0.57 ± 0.83) und in der KG (-0.62 ± 0.83) eine negative Abweichung vom dem als angemessen angenommenen Verhalten aus. Wobei die Abweichung in beiden Gruppen wiederum fast identisch ist. Bei T2 erreichen die UG einen Mittelwert von $-0.34 (\pm 0.69)$ und die KG von $-0.31 (\pm 0.67)$ auf der bipolaren Skala. Die verbale Kommunikation beider Gruppen verbessert sich hoch signifikant ($p < 0.001$) und erreicht auch hier eine Annäherung an den Wert „Null“, der als angemessenes Bewegungsverhalten angenommen wird (siehe Tabelle 28).

(8) Verbale Kommunikation	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.57 (± 0.83)	-0.62 (± 0.83)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.34 (± 0.69)	-0.31 (± 0.67)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001***		Interaktion n. s.

Tab. 28: Ergebnisse LOVIPT Kategorie 8, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Die Patienten verändern im Verlauf der Behandlung ihre Fähigkeit zur angemessenen verbalen Kommunikation und sind in der Lage, der Bewegungssituationen entsprechende, sinnvolle sowie in einer adäquaten technischen Qualität Kontakte herzustellen. Die Effekte der eingesetzten Programme sind in dieser Kategorie der Leuvenner Beobachtungsskalen für die UG und KG gleich.

Kategorie 9: „Soziale Regulierungsfähigkeit“

Soziale Regulierungsfähigkeit kennzeichnet die Fähigkeit, sich an bestimmte Übereinkünfte zu halten und sich innerhalb bestehender Regeln und Normen zu bewegen. Bewertet wurde die Einhaltung von Regeln (Verhaltens- und Spielregeln) und Normen in Bewegungssituationen. Angemessenes Bewegungsverhalten dokumentiert sich in einem der Bewegungssituation angepassten Form der Einhaltung von Verhaltens- und Spielregeln.

Die Untersuchungen dieser Kategorie ergeben bei T1 für die UG den Mittelwert „Null“ (0 ± 0.43), die KG erreichte einen Mittelwert von $0.09 (\pm 0.42)$. Das Verhalten der UG entsprach somit dem Bewegungsverhalten, das im LOVIPT als angemessen angenommen wird. Die KG zeigte ein Bewegungsverhalten, welches nur geringfügig vom angemessenen Verhalten abweicht. Bei T2 ergeben sich für beide Gruppen kaum Veränderungen. Die Ergebnisse der UG (0.05 ± 0.33) und der KG (0.07 ± 0.45) belegen die geringe Abweichung gegenüber dem T1. Die Veränderungen sind für beide Gruppen nicht signifikant (siehe Tabelle 29).

(9) Soziale Regulierungsfähigkeit	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	0.00 (± 0.43)	0.09 (± 0.42)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	0.05 (± 0.33)	0.07 (± 0.45)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	n. s.		Interaktion n. s.

Tab. 29: Ergebnisse LOVIPT Kategorie 9, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Die soziale Regulierungsfähigkeit der alkoholabhängigen Männer und Frauen entspricht schon zu Beginn der Therapie dem als angemessen angenommenen Verhalten und bleibt im Verlauf der Behandlung relativ stabil. Ein spezieller Effekt, der infolge der Programme in der Sporttherapie indiziert wurde, kann nicht nachgewiesen werden.

Kategorie 10: „Emotionalität“

Diese Kategorie beschreibt die Fähigkeit der Patienten, in Bewegungssituationen Stimmungen und Gefühle auszuleben. Bewertet wurde die Art und Weise der Darstellung von Gefühlen und Stimmungen in Bewegungssituationen. Ein angemessenes Bewegungsverhalten äußert sich in der Fähigkeit, der Situation entsprechende Stimmungen und Gefühle zu zeigen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen in dieser Kategorie weisen bei T1 die größten Abweichungen vom angemessenen Bewegungsverhalten aller untersuchten Kategorien auf. Die UG erreicht einen Mittelwert von $-0.92 (\pm 0.97)$ und die KG von $-0.8 (\pm 0.76)$. Beide Werte weisen eine deutliche Abweichung in negativer Richtung auf und deuten einen Mangel an Emotionalität der Patienten zu Beginn der Therapie an. Bei T2 verändern sich die Bewertungen der Emotionalität in Bewegungssituationen für beide Gruppen. Die UG erreicht einen Mittelwert von $-0.52 (\pm 0.85)$ und die KG von $-0.64 (\pm 0.71)$. Beide Ergebnisse liegen im Vergleich zu den anderen Kategorien noch relativ weit vom angemessenen Verhalten entfernt. Die Veränderungen der Emotionalität von T1 zu T2 sind für die UG als auch die KG hoch signifikant ($p < 0.001$). Ein Unterschied in der Veränderung zwischen beiden Gruppen kann nicht nachgewiesen werden (Interaktion n. s., siehe Tabelle 30).

(10) Emotionalität	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.92 (± 0.97)	-0.80 (± 0.76)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.52 (± 0.85)	-0.64 (± 0.71)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 30: Ergebnisse LOVIPT Kategorie 10, UG und KG im Vergleich, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Die zuvor dargestellten Ergebnisse machen deutlich, dass es den Patienten zu Beginn der Therapie schwer fällt, der Bewegungssituation angemessene Stimmungen und Gefühle zu zeigen. Diese Fähigkeit verändert sich im Verlauf der Behandlung, bleibt jedoch relativ deutlich vom als angemessen gekennzeichneten Verhalten entfernt. Die Effekte der Programme der Sporttherapie sind auch in dieser Kategorie für die UG und KG gleich.

Kategorie 11: „Körperkontakt /Nähe“

Diese Kategorie kennzeichnet das Maß, mit dem die Patienten körperliche Kontakte bzw. Nähe zum Mitpatienten herstellen oder zulassen. Bewertet wurden der Umfang und die Intensität der körperlichen Kontakte zu den Mitpatienten in Bewegungssituationen. Als angemessenes Bewegungsverhalten gilt, wenn der Patienten in der Lage ist, der Anforderung der Situation entsprechenden Körperkontakt aufzunehmen bzw. körperliche Nähe zuzulassen.

Die Ergebnisse bei T1 zeigen für die UG (-0.34 ± 0.69) eine größere Abweichung vom angemessenen Verhalten als die Ergebnisse der KG (-0.18 ± 0.58). Diese Tendenz ist auch bei T2 für beide Gruppe festzustellen. Die UG erreicht einen Mittelwert von $-0.15 (\pm 0.54)$ und die KG von $-0.07 (\pm 0.49)$. Die KG erreicht somit am Ende der Behandlung nahezu ein angemessenes Bewegungsverhalten in Bezug auf Körperkontakt und körperliche Nähe in Bewegungssituationen. Die Veränderungen beider Gruppen sind sehr signifikant ($p = 0.007$).

Ein Unterschied der Veränderungen von T1 zu T2 zwischen den Gruppen konnte statistisch nicht nachgewiesen werden (Interaktion n. s., siehe Tabelle 31).

(11) Körperkontakt/ Nähe	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-034 (± 0.69)	-0.18 (± 0.58)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-0.15 (± 0.54)	-0.07 (± 0.49)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 31: Ergebnisse LOVIPT Kategorie 10, UG und KG im Vergleich,
Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Das Körperkontaktverhalten der Patienten nähert sich zum Ende der Behandlung dem angemessenen Verhalten deutlich an. Eine stärkere Veränderung des Bewegungsverhaltens der UG, infolge der im Verlauf der Therapie eingesetzten Bewegungsprogramme mit gehäuftem Körperkontakt, ist nicht festzustellen. Die Effekte der Programme waren für beide Gruppen gleich.

8.3.2 Gesamtbetrachtung der Ergebnisse zur Untersuchung des Bewegungsverhaltens

Die Ergebnisse der Beobachtung des Bewegungsverhaltens zeigen, dass die Abweichungen vom angemessenen Verhalten insgesamt in allen Kategorien gering sind. Eine Ausnahme stellt die Kategorie (10) „*Emotionalität*“ dar. Die Abweichungen des beobachteten Bewegungsverhaltens liegen bei fünf von sechs Kategorien im negativen Bereich und deuten darauf hin, dass das psychomotorische Bewegungsverhalten in Art und Weise bzw. Umfang und Intensität in einer geringeren Ausprägung durch die Patienten gezeigt wurde. Eine Ausnahme bildet hier die Kategorie (9) „*Soziale Regulierungsfähigkeit*“. Das Bewegungsverhalten in Bezug auf das Einhalten von Verhaltens- und Spielregeln innerhalb von Bewegungssituationen entspricht bei den untersuchten Patienten von Beginn an einer angemessenen Form und verändert sich im Verlauf nur unwesentlich.

In der Abbildung 14 sind die Ergebnisse der einzelnen Kategorien zusammengefasst und die Abweichungen vom angemessenen Verhalten dargestellt. Hier wird die Nähe aller untersuchten Kategorien des LOVIPT zum angemessenen Verhalten „*Null*“ deutlich.

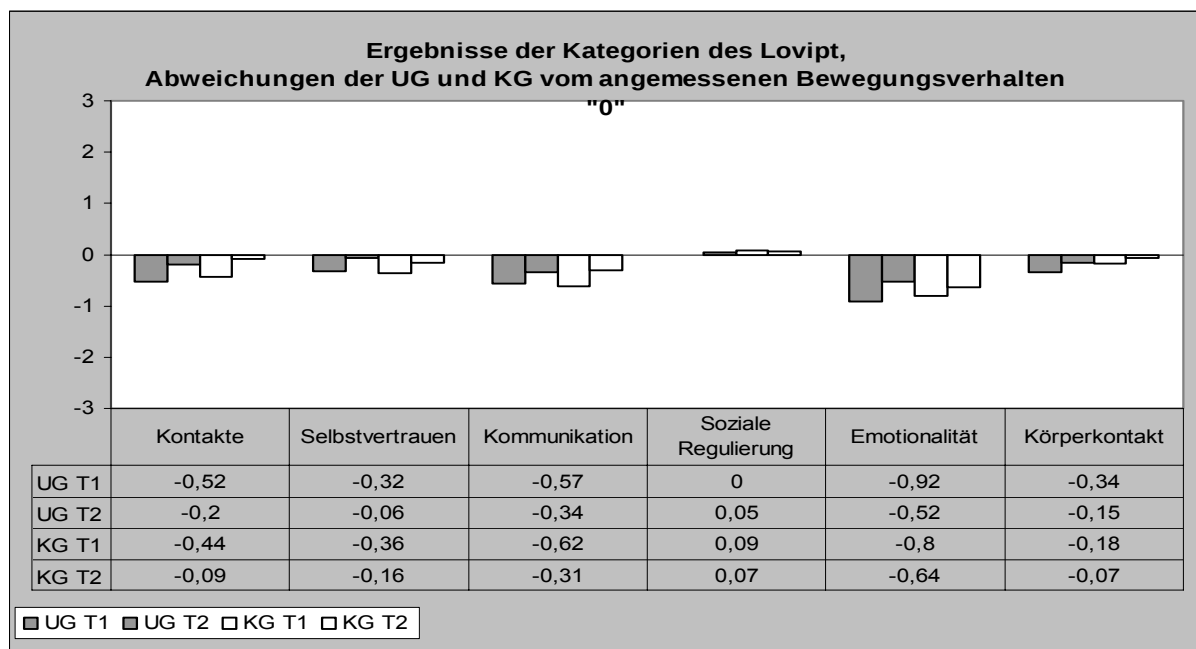


Abb. 14: Ergebnisse aller Kategorien der LOVIPT, Abweichungen vom angemessenen Verhalten in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Die Summation der einzelnen Werte der Kategorien (Summe LOVIPT) ermöglicht einen Vergleich der Gruppen und verdeutlicht eine Tendenz des beobachteten Bewegungsverhaltens. Die Ergebnisse der summierten Werte der einzelnen Kategorien liegen zu Beginn (T1) für die UG (-2.68 ± 2.74) und KG (-2.31 ± 2.48) fast identisch im negativen Bereich. Am Ende (T2) wird die positive Veränderung in beiden Gruppen deutlich abgebildet. Sie stellt sich für die UG (-1.23 ± 2.16) und die KG (-1.20 ± 1.96) ebenfalls mit ähnlichen Werten dar. Die Veränderungen sind für beide Gruppen hoch signifikant ($p < 0.001$). Ein Unterschied in der Entwicklung von UG und KG konnte auch hier statistisch nicht nachgewiesen werden (Interaktion n. s., siehe Tabelle 32).

Summe LOVIPT	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-2.68 (± 2.74)	-2.31 (± 2.48)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	-1.23 (± 2.16)	-1.20 (± 1.96)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 32: Ergebnisse Summe LOVIPT, UG und KG im Vergleich,
Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Resümierend kann festgestellt werden, dass sich das Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung verändert. Es nähert sich im Verlauf der Therapie dem angemessenen Verhalten an, bleibt aber überwiegend in einem Bereich mit geringer Ausprägung. Extreme Abweichungen vom angemessenen Bewegungsverhalten sind nicht zu beobachten. Das Bewegungsverhalten der Untersuchungs- und Kontrollgruppe hat sich im Verlauf der Behandlung in fünf der sechs untersuchten Kategorien, mit Ausnahme der Kategorie (9) „*Soziale Regulierungsfähigkeit*“, hoch signifikant verändert. Die Effekte der eingesetzten Programme in der UG und KG waren für beide Gruppen gleich.

8.4 Diskussion der Ergebnisse des Bewegungsverhaltens

Nachfolgend werden der Einsatz des Leuener Beobachtungsverfahrens zur Feststellung des Bewegungsverhaltens und dessen Veränderung bei alkoholabhängigen Männern und Frauen kritisch betrachtet, die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung diskutiert und vergleichend analysiert.

8.4.1 Methodenkritik zum Einsatz der Leuener Beobachtungsskalen

Die Leuener Beobachtungsskalen sind ein Instrument zur Messung quantitativer Verhaltensabweichungen. Sie wurden bisher zur Beobachtung und Analyse des Bewegungsverhaltens von psychiatrischen Patienten eingesetzt. In der vorliegenden Untersuchung wurde eine modifizierte Fassung der LOVIPT zur Bestimmung von Veränderungen des Bewegungsverhaltens bei alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie verwandt.

In Vorbereitung der Studie wurde die Eignung und Handhabbarkeit der LOVIPT zur Veränderungsmessung in mehreren Testreihen geprüft. Nach Auswertung der Testphasen wurde die ursprüngliche Fassung der LOVIPT (neun Kategorien) durch den Verfasser modifiziert und um drei Kategorien ergänzt. Nach einer weiteren Testphase sind dann sechs der elf Beobachtungskategorien, die aus Sicht der Untersucher zur Messung von Veränderungen des Bewegungsverhaltens geeignet scheinen, selektiert worden (vgl. Kapitel 7.4.2).

Der Einsatz der LOVIPT im Rahmen der Untersuchung war durch eine relativ lange und aufwendige Vorbereitungsphase gekennzeichnet. Die an den Untersuchungen beteiligten Sporttherapeuten mussten sich intensiv mit den Kriterien der einzelnen Kategorien vertraut machen und in einer langwierigen Testphase die Beobachtung des Bewegungsverhaltens erproben, um zu einer übereinstimmenden Bewertung zu gelangen. Diese intensive Phase der Vorbereitung erscheint aus der Sicht des Verfassers unbedingt erforderlich.

Die Durchführung der Bewegungsbeobachtungen innerhalb der Therapie war nach dieser Vorbereitung praktikabel und handhabbar. Der Zeitraum von ca. drei Wochen bis zur ersten Bewertung (T1) war angemessen, um das Bewegungsverhalten der Patienten erfassen zu können. In diesem Zeitraum hatte der zuständige Sporttherapeut sechs bis acht Kontakte mit dem jeweiligen Patienten. Auch das Mitführen der Beobachtungskriterien auf einer Karteikarte in jeder Stunde der Sporttherapie hat sich bewährt. So konnten die Therapeuten ihre Beobachtungen unmittelbar mit den vorgegebenen Kriterien vergleichen. Die Abschlussbewertung (T2) des Patienten erfolgte nach der letzten Stunde in der Sporttherapie und wurde, wie die Bewertung bei T1, im Protokoll des jeweiligen Patienten dokumentiert.

Die Auswertung der Ergebnisse ist sehr einfach. Die Bewertungen zeigen auf der bipolaren Skala die Abweichungen vom Verhalten „Null“ an, welches als angemessen angenommen wird. Zur statistischen Analyse der jeweiligen Gruppen, wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Kategorien berechnet. In zukünftigen Studien könnte eine breitere Skalierung der bipolaren Skala zur Bewertung des Bewegungsverhaltens angedacht werden. So wäre eine differenziertere Einschätzung und Darstellung des Bewegungsverhaltens möglich. Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangten WELSCH und RÖMER (2005). Sie verwendeten den LOVIPT über einen Zeitraum von zwei Jahren zu einer Verlaufdokumentation des Bewegungsverhaltens von Jugendlichen im psychiatrisch klinischen Setting.

In der Diskussion der Ergebnisse, wurde der LOVIPT als zu ungenau und zu grob strukturiert gekennzeichnet.

Die Summe der Ergebnisse der einzelnen Kategorien (Summe LOVIPT) zeigt eine Tendenz des Bewegungsverhaltens unter Berücksichtigung aller Kategorien an. Die summierte Bewertung ermöglicht eine Einschätzung des tendenziellen Bewegungsverhaltens der jeweiligen Gruppe und es können Abweichungen, die auf ein „zuviel“ oder „zuwenig“ hinweisen, erfasst werden (siehe Kapitel 8.4.2).

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich jeweils um den punktuellen Stand einer Entwicklung über einen gewissen Zeitraum handelt. Im vorliegenden Fall waren die Patienten zum Testzeitpunkt T1 schon drei bis fünf Wochen in der Therapie. Zum Testzeitpunkt T2 waren die alkoholabhängigen Männer und Frauen ca. 12 bis 16 Wochen in Behandlung. Die Erfassung des Bewegungsverhaltens unmittelbar zum Therapiebeginn, würde eine Beobachtung im Vorfeld der Maßnahme voraussetzen. Dieses ist in der Praxis nur schwer zu realisieren.

Die Auswertung der Ergebnisse der LOVIPT mit den Patienten ist nicht erfolgt. Das Einbeziehen der Bewegungsbeobachtungen in die Therapie erfordert eine enge Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Psychologen. Hinzu kommt, dass die Patienten unmittelbar nach der Abschlusseinschätzung die Einrichtung verlassen und die Möglichkeiten der Auswertung zum Bewegungsverhalten ein logistisches Problem darstellen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Leuener Beobachtungsverfahren ein Instrument ist, das eine Veränderungsmessung im Bewegungsverhalten ermöglicht. Diese setzt jedoch eine aufwendige Vorbereitung voraus und ist an Beobachter (Fachleute) gebunden, die selbst über ein hohes Maß an Bewegungserfahrung verfügen und bereits Bewegungsbeobachtungen durchgeführt haben sollten. Um Veränderungen im Bewegungsverhalten erfassen zu können, sollte der Beobachtungszeitraum möglichst lang sein und sich in einem Zeitfenster von mindestens zwölf Wochen zwischen den Ausgangs- und Abschlussbewertungen bewegen.

8.4.2 Diskussion der eigenen Ergebnisse

In der vorliegenden Untersuchung wurde das psychomotorische Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen in einer Ausgangsuntersuchung (T1) und dessen Veränderung in einer Abschlussuntersuchung (T2) analysiert. Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit unterschiedlich ausgerichteter Programme innerhalb der Sporttherapie auf das Bewegungsverhalten untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung in Richtung eines angemessenen Verhaltens verändert. Damit kann die in Kapitel 6 aufgestellte allgemeine **Hypothese (HA3) umfassend bestätigt** werden.

Einordnung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe

Schon in der Ausgangsuntersuchung (T1) zeigen die Patienten insgesamt nur geringe Abweichungen vom angemessenen Verhalten. In fünf der sechs Kategorien wird eine negative Bewertung ausgewiesen, die auf eine zu geringe Ausprägung des jeweiligen Bewegungsverhaltens hinweist. Es handelt sich um die Kategorien (1) „Kontakte und Bindungen in der Gruppe“, (2) „Selbstvertrauen“, (8) „Verbale Kommunikation“, (10) „Emotionalität“ sowie (11) „Körperkontakt und Nähe“. Die Kategorie „Summe LOVIPT“ erreicht einen Wert von -2.53 und belegt, dass die Patienten in der ersten Phase der Behandlung ein Bewegungsverhalten zeigen, das nur geringfügig „zuwenig“ ausgeprägt ist. Nur die Kategorie (9) „Soziale Regulierungsfähigkeit“ weist eine positive Bewertung auf, die nur sehr wenig vom angemessenen Verhalten abweicht (siehe Abbildung 15).

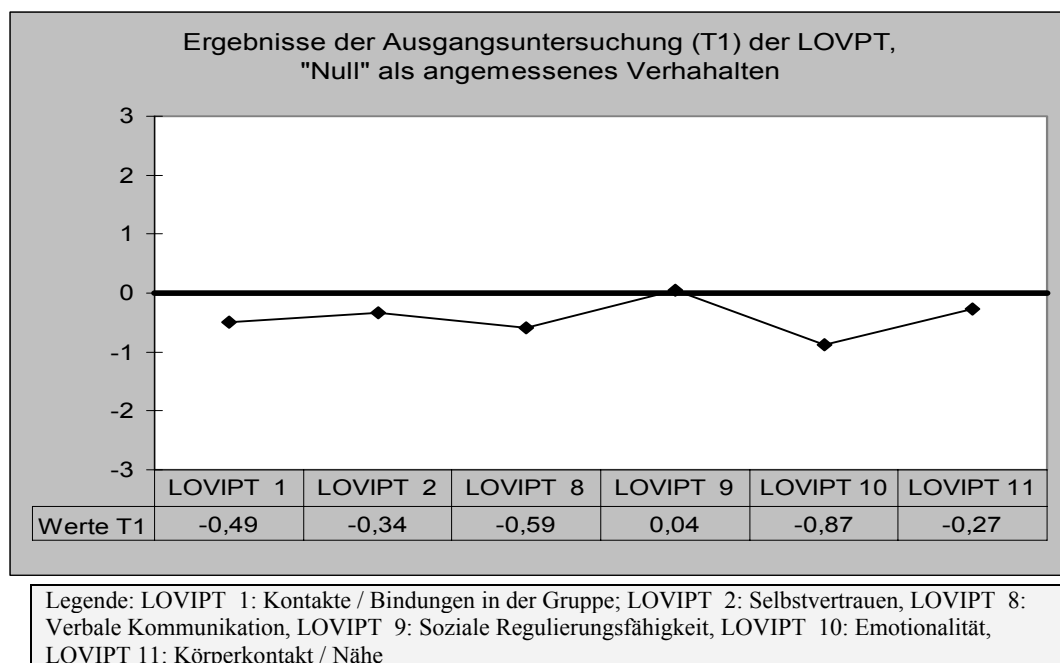


Abb.15: Ausgangsbewertung der LOVIPT

Die Ergebnisse der Gesamtstichprobe bei T1 deuten darauf hin, dass bei alkoholabhängigen Männern und Frauen nach drei bis fünf Wochen Behandlung in einer stationären Einrichtung keine erheblichen Abweichungen vom angemessenen Verhalten in Bewegungssituationen zu beobachten sind. Die Ergebnisse der Abschlussuntersuchung (T2) sind mit dem T1 fast identisch. Bei allen bei T1 negativ bewerteten Kategorien zeigt sich eine weitere Annäherung an das angemessene Verhalten. Bei detaillierter Betrachtung heben sich die Kategorien „Soziale Regulierungsfähigkeit“ und „Emotionalität“ heraus.

Die Bewertung der sozialen Regulierungsfähigkeit im Rahmen der Sporttherapie weist schon bei T1 mit einem Mittelwert von 0,04 ein nahezu angemessenes Bewegungsverhalten aus. Diese Kategorie kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, Übereinkünfte einzuhalten und bestehende Regeln und Normen zu befolgen. In der Abschlussuntersuchung (T2) zeigt sich die Bewertung (0,05) in dieser Kategorie nahezu unverändert. Somit kann davon ausgegangen werden, dass sich das Bewegungsverhalten in Bezug auf die soziale Regulierungsfähigkeit in Bewegungssituationen im Verlauf der Behandlung nicht verändert.

Die Ergebnisse dieser Kategorie belegen, dass alkoholabhängige Männer und Frauen schon am Beginn einer Therapie darum bemüht sind, Übereinkünfte, Regeln und Normen einzuhalten, die durch die Behandlung vorgegeben werden. Dieses Verhalten bleibt bis zum Ende der Behandlung konstant (dazu ausführlich im folgenden Kapitel). In der Sporttherapie waren die Patienten von Anfang an bemüht, sehr pünktlich zu den Veranstaltungen zu erscheinen, sich strikt an die in der Gruppe vereinbarten Spielregeln zu halten und haben mitunter ein eher überangepasstes bzw. übervorsichtiges Bewegungsverhalten gezeigt.

Die Ergebnisse der Kategorie „Emotionalität“ weisen sowohl beim Testzeitpunkt T1 als auch beim Testzeitpunkt T2 die größten Abweichungen von angemessenen Verhalten in Bewegungssituationen auf (siehe Abbildung 16). Diese Kategorie der LOVIPT beschreibt die Fähigkeit der Patienten, entsprechend der Bewegungssituation adäquate Gefühle und Stimmungen zu zeigen.

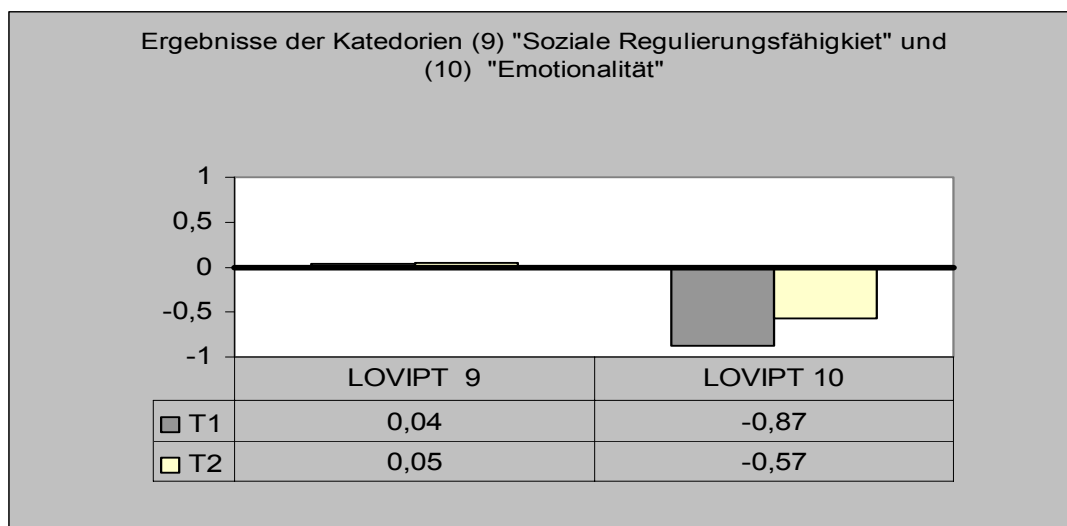


Abb. 16: Vergleich der Ergebnisse der Kategorien (9) „Soziale Regulierungsfähigkeit“ und (10) „Emotionalität“ von T1 zu T2 in der Gesamtstichprobe.

Die Betrachtung der Ergebnisse macht deutlich, dass der Umgang mit Gefühlen für alkoholabhängige Männer und Frauen ein besonderes Problem darstellt und daher Gegenstand therapeutischer Interventionen sein sollte. Besonders in der Sporttherapie wird den Patienten die

Gelegenheit gegeben, Emotionen in vielfältigen Formen von Bewegung, Sport und Spiel zu erleben und Rückmeldungen über Art und Intensität der gezeigten Gefühle zu bekommen. Die Bewegung und insbesondere das Spiel mit einem Partner oder in der Gruppe stellt für viele Patienten ein Aktionsfeld dar, in dem es ihnen deutlich leichter fällt sich aus Beklemmungen und Zwängen zu befreien und Emotionen zu zeigen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist der Messzeitpunkt zu beachten. Darüber hinaus sollten die insgesamt geringen Abweichungen des Bewegungsverhaltens vom angemessenen Verhalten nicht darüber hinwegtäuschen, dass es im individuellen Fall auch erhebliche Abweichungen sowohl in einer deutlich zu großen als auch in einer erheblich zu geringen Ausprägung gibt. Die Messungen weisen relativ große Streuungen auf (siehe 8.3.1, 8.3.2).

In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung des Beobachtungszeitraumes deutlich. Der Zeitraum, in der die vorliegenden Beobachtungen erfasst wurden, beschreibt die Entwicklung von etwa der Mitte bis zum Ende der Behandlung und umfasst im vorliegenden Fall ein Zeitfenster von ca. sieben bis zwölf Wochen. Über diesen Zeitraum stellt sich das Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen relativ stabil dar. Die positiven Veränderungen, trotz der kurzen Zeit, sind mit großer Wahrscheinlichkeit auf die therapeutischen Maßnahmen und insbesondere auf das Wirken der Sporttherapie zurückzuführen.

Die Wirkung der unterschiedlichen Programme in der Sporttherapie

Um die Wirkungen sporttherapeutischer Interventionen auf das Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen zu untersuchen, wurden Untersuchungs- und Kontrollgruppen gebildet, die unterschiedliche Programme im Verlauf der Behandlung absolvierten (vgl. Kapitel 7.5). Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass die Effekte der absolvierten Programme sowohl für die UG als auch für die KG gleich waren.

Der Einsatz eines körperorientierten Programms in der UG erbrachte im Vergleich zur KG keine deutlichen Veränderungen im Bewegungsverhalten. Die im Kapitel 6 formulierte spezielle **Hypothese (HS2)** kann somit **nicht bestätigt** werden.

Die Veränderungen der Ergebnisse von T1 zu T2 stellen sich bei differenzierter Betrachtung der Gruppen im Wesentlichen so wie die Ergebnisse der Gesamtstichprobe dar. Die geringfügigen positiven Veränderungen in fünf der sechs untersuchten Kategorien sind für die UG und KG nahezu gleich groß. In der Kategorie „*Soziale Regulierungsfähigkeit*“ sind nahezu keine Veränderungen zu verzeichnen (siehe Kapitel 8.3.2).

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind zum einen die Trennschärfe der Programme und zum anderen der Zeitraum des Wirkens zu beachten.

Der wesentliche programmatische Unterschied zwischen der UG und KG war der Umfang und die Intensität von Körperübungen mit Körperkontakt. Darüber hinaus stand für die Patienten der UG in jeder Stunde der Sporttherapie das bewusste Erleben und Nacherleben von Bewegung und die entsprechende Vermittlung von Körperkenntnissen im Mittelpunkt der Arbeit. Die Patienten der KG absolvierten ein motorisch-funktionell orientiertes Programm, in dem weitestgehend auf Körperkontakt und der Vermittlung von Körperkenntnissen verzichtet wurde (vgl. Kapitel 7.5.1).

Die Fähigkeit der Patienten, Körperkontakt zum Mitpatienten aufzunehmen bzw. körperliche Nähe zuzulassen, war unmittelbarer Gegenstand der Kategorie 11 „*Körperkontakt / Nähe*“

der LOVIPT. Die Beobachtung des Bewegungsverhaltens in dieser Kategorie wurde speziell auf das Wirken des körperorientierten Programms der UG ausgerichtet. Die Ergebnisse zeigen, dass der vermehrte Einsatz von Körperübungen und Spielen mit Körperkontakt keine wesentliche Wirkung auf die Veränderung des Körperkontaktverhaltens der Alkoholabhängigen hat (vgl. 8.3.1). Die Ergebnisse der Beobachtung des Körperkontaktverhaltens durch die Therapeuten stimmen im Wesentlichen mit den Selbstbewertungen der Patienten in den FKKS (siehe Kapitel 8.1.3.1) überein. Hier beurteilten die Alkoholabhängigen Einstellungen, Emotionen, Kognitionen und Verhalten im Zusammenhang mit körperlichen Berührungen. Die Ergebnisse belegen keine Unterschiede in der Veränderung der Selbstbeurteilung zum Körperkontakt in der UG und KG.

Im engen Zusammenhang mit der Trennschärfe der Programme ist der Zeitraum des Wirkens zu sehen. Bei einem Wirkzeitraum von ca. sieben bis zwölf Wochen erscheint der Unterschied in Umfang und Intensität des körperorientierten Programms der UG zu dem motorisch-funktionellen Programms der KG zu gering zu sein. Der relativ kurze Zeitraum limitiert in diesem Fall die Trennschärfe zwischen den beiden Gruppen.

Resümierend ist festzustellen, dass ein zusätzlich körperorientiertes Programm über einem Zeitraum von sieben bis zwölf Wochen zu keinen deutlicheren Veränderungen im Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen führt. Ein motorisch-funktionell orientiertes Programm führt unter den gegebenen Bedingungen zu den gleichen Ergebnissen. Unabhängig davon, sollten Übungen und Spiele mit Körperkontakt ein fester Bestandteil der Sporttherapie sein, denn bei Betrachtung der Ergebnisse im Einzelfall wird deutlich, dass es eine Reihe von Patienten gibt, die mit Körperkontakt und körperlicher Nähe erhebliche Probleme haben. Das sammeln von Körpererfahrungen mit „klaren Sinnen“ ist für jeden Alkoholabhängigen von Bedeutung.

8.4.3 Vergleichende Diskussion

Das Leuener Beobachtungsverfahren ist ein Instrument, das in Deutschland nur vereinzelt in der Erwachsenen sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verlaufsdokumentation psychomotorischer Interventionen zum Einsatz kommt (vgl. Welsche & Römer 2005). Daher findet es in der Literatur bisher nur wenig Erwähnung. Die Durchsicht der internationalen Literatur brachte ebenfalls keine verwertbaren Ergebnisse. Studien, die die Veränderung des Bewegungsverhaltens im Verlauf einer stationären Behandlung von Alkoholabhängigen untersuchten, liegen dem Verfasser nicht vor. Demzufolge ist eine Diskussion vergleichbarer Ergebnisse nicht möglich.

In der Literatur werden u. a. das Verhalten unter Einfluss von Alkohol, Verhaltensweisen, die die Entstehung von Abhängigkeit begünstigen bzw. Verhaltenskomponenten, die bei Alkoholabhängigen gehäuft auftreten, dargestellt (vgl. u. a. Feuerlein 1998, S. 16-102, Rist & Watzl 1999, S. 39-49). Das spezifische Verhalten in Bewegung wird hier nur sekundär beschrieben. Da man davon ausgehen kann, dass jedes Verhalten in irgendeiner Form mit Bewegung verbunden ist (vgl. Kapitel 5) erscheint es legitim, das in der vorliegenden Arbeit untersuchte Bewegungsverhalten mit den in der Literatur beschriebenen Verhaltensweisen zu vergleichen.

Im Rahmen der eigenen Untersuchungen wurden die Kontakte und Bindungen der Patienten in der Gruppe, das Selbstvertrauen, die verbale Kommunikation, die soziale Regulierungsfähigkeit, die Emotionalität und der Körperkontakt der Patienten in Bewegungssituationen untersucht. Das angemessene Verhalten, sowie mögliche Abweichungen, die ein „zuviel“ oder „zuwenig“ anzeigen, wurden im LOVIPT definiert und mit dem Verhalten der Alkoholabhängigen innerhalb der Therapie verglichen. Der Vergleich ergab weder in der Ausgangs- noch in der Abschlussuntersuchung erhebliche Abweichungen vom angemessenen Verhalten in Bewegung.

Eine Grundannahme dieser Arbeit ist, dass alkoholabhängige Männer und Frauen in ihrer Entwicklung ein Defizit an positiv erlebten Körperkontakten erfahren und dieses durch eine Form der Therapie, die den Körperkontakt in den Mittelpunkt der Arbeit stellt, zu einem gewissen Teil kompensiert werden kann (vgl. Kapitel 2.2.1 und 4.3). Es wurde angenommen, dass das vermehrte Erfahren von positiven Körperkontakten einen unmittelbaren Einfluss auf das Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen in den zuvor benannten Kategorien hat.

Anhand der bereits im Kapitel zuvor diskutierten Bereiche des Bewegungsverhaltens „soziale Regulierungsfähigkeit“ und „Emotionalität“ als die Kategorien, die sich am auffälligsten darstellten, sollen die eigenen Ergebnisse mit den Ausführungen der Literatur verglichen werden.

Die Fähigkeit der Alkoholabhängigen, sich an Vereinbarungen, Regeln und Normen zu halten sich also sozial zu regulieren, wird in der Literatur in verschiedenen Facetten beschrieben. Das Verhalten von Abhängigen stellt sich infolge des chronischen Missbrauchs von Suchtmitteln zunehmend als unzuverlässig und labil dar (vgl. u. a. Feuerlein 2002, S. 62ff). Besonders in den fortgeschrittenen Phasen der Krankheit kommt es im sozialen Umfeld des Alkoholabhängigen zu Verstößen gegen bestehende Regeln und Normen. Gewalt in der Familie, Unzuverlässigkeiten am Arbeitsplatz und die große Anzahl an Straftaten unter Alkoholeinfluss belegen nachdrücklich das abweichende Verhalten der Betroffenen (vgl. u. a. Bühringer et al. 2000, S. 72ff, 83ff).

Die Darstellungen deuten bei flüchtiger Betrachtung auf eine Diskrepanz zu den Untersuchungsergebnissen in der vorliegenden Arbeit hin. Im Wesentlichen belegen sie jedoch, dass zwischen dem Alkoholabhängigen in der „aktiven Trinkphase“ und dem Alkoholabhängigen in „Abstinenz“ unterschieden werden sollte.

Nur ein sehr geringer Teil der Alkoholabhängigen nutzt die Möglichkeiten einer Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung (vgl. u. a. Lindenmeyer, 2001, S. 65ff). Der Entscheidungsprozess für eine Therapie wird mitunter von vielen Anläufen und einem zunehmenden Leidensdruck begleitet. Das „Sich-einlassen“ auf jegliche Formen von Behandlung ist mit Scham, Schuld- und Versagensgefühlen verbunden, die mit dem Eingeständnis des süchtigen Verhaltens einhergehen. Die Erfahrung zeigt, dass alkoholabhängige Männer und Frauen, die bereit sind, sich helfen zu lassen, in ihrem Verhalten sehr angepasst (teilweise überangepasst) sind und sich im Allgemeinen problemlos auf bestehende Regeln und Normen einlassen (vgl. Müller 2001, 290ff).

Eine mangelnde soziale Kompetenz, die sich u. a. in der unzureichenden Fähigkeit äußert, Emotionen zu zeigen, sie auszuleben oder zu empfangen, wird als ein begünstigender Faktor in verschiedenen Entstehungstheorien von Suchterkrankungen, wie z. B. den Verhaltenstheorien, identifiziert (vgl. u. a. Feuerlein 1998, S. 96ff).

Auch im Bereich der Emotionalität ist es notwendig, den Alkoholabhängigen zu unterscheiden. Alkohol wirkt bekanntlich enthemmend. Unter dem Einfluss des Suchtmittels fällt es dem Betroffenen leichter, Gefühle zu äußern bzw. zuzulassen. Dieser verhaltensverändernde Faktor spielt bei dem immer häufiger werdenden Konsum des Suchtmittels eine Rolle. Der Zustand, Gefühle frei äußern zu können oder weitestgehend ungehemmt zuzulassen, wird vom Betroffenen als angenehm erlebt und es entsteht der Wunsch (das Verlangen) nach Wiederholung. Der „Teufelskreis“ der Abhängigkeit, der sich im Spektrum von Konflikt und Konfliktlösung präsentiert, nimmt seinen Lauf (vgl. Feuerlein 202, S. 31-45).

Die Alkoholabhängigen, die sich in Therapie befinden, sind abstinent und zeigen dementsprechend eher das Verhalten, das mitunter den Mechanismus der Entstehung der Krankheit gefördert hat. Ohne den Einfluss von Alkohol fällt es vielen alkoholabhängigen Männer und Frauen schwer, in einer adäquaten Form ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Die eigenen langjährigen Erfahrungen bei der Behandlung von Alkoholabhängigen können dies bestätigen.

Das innerhalb der Studie erfasste Bewegungsverhalten, ist das Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen, die abstinent leben und sich in einer geschützten Umgebung befinden. Dieses grenzt sich vom Bewegungsverhalten eines Abhängigen in einer „aktiven Trinkphase“ deutlich ab. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit dieser Unterscheidung nachdrücklich.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass das Bewegungsverhalten Alkoholabhängiger in der Literatur in verschiedenen Bereichen eine Rolle spielt. Eine primäre Betrachtung in seinen Facetten blieb bisher aus. Die vorliegende Arbeit liefert erste Befunde zum Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen in Bewegungssituationen. Hierbei stellt sich heraus, dass das Bewegungsverhalten in den untersuchten Kategorien über einen Zeitraum von sieben bis zwölf Wochen relativ stabil bleibt. Die Patienten zeigen schon zu Therapiebeginn ein sehr angepasstes Verhalten und sind bemüht, Übereinkünfte, Regeln und Normen einzuhalten. Dieses Verhalten bleibt bis zum Ende der Behandlung nahezu unverändert. Am Ende der Therapie zeigt sich nochmals eine Veränderung in Richtung zum

angemessenen Verhalten. Die Emotionalität der Alkoholabhängigen wird als der Bereich herauskristallisiert, der sich im Verlauf der Therapie verbessert, aber am deutlichsten vom angemessenen Verhalten entfernt bleibt. Hier deutet sich ein Arbeitsschwerpunkt der Therapie mit Alkoholabhängigen an, der insbesondere in der Sporttherapie Gegenstand der Interventionen sein sollte. Darüber hinaus wird herausgestellt, dass es notwendig ist, das Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen „in Abstinenz“ und in einer „aktiven Phase“ der Krankheit zu unterscheiden.

8.5 Objektive Körperdaten

Im Verlauf der Untersuchung wurden, neben den subjektiv orientierten Daten der Frankfurter Körperkonzeptskalen und des Leuveners Beobachtungsverfahrens, verschiedene objektive Körperdaten ermittelt. Dazu wurden die körperliche Leistungsfähigkeit (TKL), der Body Mass Index (BMI) und der Körperfettanteil (Körperfettanteils) der Patienten in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung erfasst (vgl. Abs. 7.4.3).

8.5.1 Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL)

Zur exemplarischen Ermittlung der körperlichen Leistungsfähigkeit absolvierten die Patienten drei verschiedene Kraftübungen (Kniebeuge, Situps und Liegestütze) bis zum Wiederholungsmaximum (vgl. Abs. 7.4.3.1). Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Übungen sowie die summierten Leistungen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe (UG, KG) in der Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1 und T2) dargestellt.

Test der Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Beinmuskulatur – Kniebeuge

Bei den Tests zur Ermittlung der Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Beine erreichen die Patienten beider Gruppen bessere Werte im Vergleich zur Muskulatur des Rumpf- bzw. Oberkörperbereiches (siehe Abbildung 17).

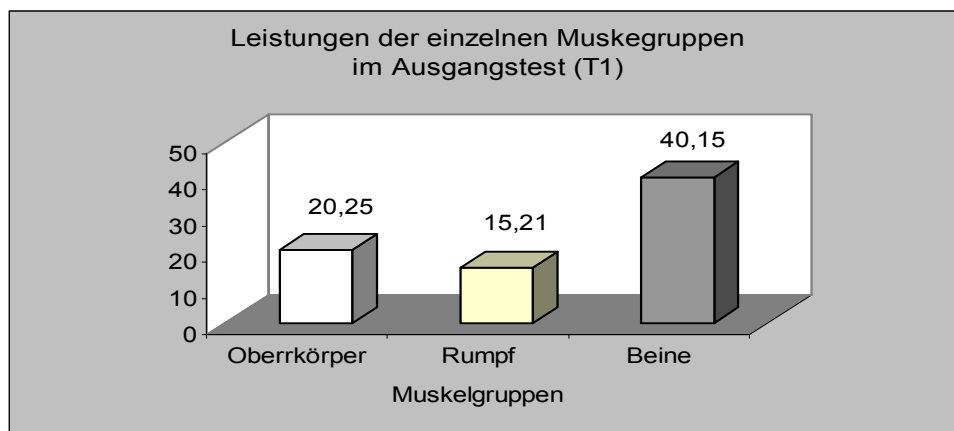


Abbildung 17: Vergleich der Leistungen der Gesamtstichprobe bei T1 des TKL

Die Patienten der UG erzielen bei T1 mit einem Mittelwert von 41.41 (± 15.24) einen geringfügig besseren Wert als die Patienten der KG mit 38.33 (± 18.74). Bei T2 setzt sich die Tendenz fort. Die Patienten der UG erreichen ein Ergebnis von 55.34 (± 9.77) und sind damit wiederum etwas besser als die Patienten der KG (50.98 ± 15.12). Die Verbesserungen von T1 zu T2 sind in beiden Gruppen hoch signifikant ($p < 0.001$). Ein Unterschied zwischen den Veränderungen in beiden Gruppen kann statistisch nicht ermittelt werden (Interaktion n. s.). Die Effekte, in Bezug auf die Kraftausdauerleistungen der Beine, sind für die UG und KG gleich (siehe Tabelle 33).

Kraftübung Kniebeuge	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	41.41 (± 15.24)	38.33 (± 18.74)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	55.34 (± 9.77)	50.98 (± 15.12)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 33: Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Kniebeuge
UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s)
und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Test der Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Rumpfmuskulatur – Situps

Die Ergebnisse der Tests zur Ermittlung der Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Rumpfmuskulatur zeigen, dass die Patienten der UG mit Werten von 16,42 ($\pm 9,35$) bei T1 und 27,95 ($\pm 13,13$) bei T2 eine geringfügig bessere Leistung erzielen als die Patienten der KG, diese erreichen Mittelwerte von 13,47 ($\pm 8,26$) bei T1 und 21,93 ($\pm 8,98$) bei T2. Beide Gruppen haben die Leistungsfähigkeit der Muskulatur des Rumpfbereiches deutlich verbessert. Die positiven Veränderungen von T1 zu T2 sind für beide Gruppen hoch signifikant ($p < 0.001$). Der Unterschied zwischen den Gruppen zu beiden Testzeitpunkten kann ebenfalls als signifikant ($p = 0.017$) ausgewiesen werden (siehe Tabelle 34).

Kraftübung Situps	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	16.42 (± 9.35)	13.47 (± 8.26)	0.017*
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	27.95 (13.13)	21.93 (± 8.98)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001		Interaktion n. s.

Tab. 34: Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Situps,
UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s)
und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Eine Interaktion der Ergebnisse von Untersuchungs- und Kontrollgruppe kann nicht ermittelt werden. Das heißt, dass die Trainingseffekte für beide Gruppen gleich sind.

Test der Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Schulter-Armuskulatur – Liegestütze

Die Ergebnisse zur Ermittlung der Leistungsfähigkeit der Schulter - Armuskulatur unterscheiden sich im Vergleich zu den beiden zuvor dargestellten Muskelgruppen. Im Schulter-Armbereich erreichen die Patienten der KG mit einem Mittelwert von 21,20 ($\pm 11,74$) eine bessere Leistung als die Probanden der UG, diese haben bei T1 durchschnittlich 19,6 ($\pm 12,41$) Liegestütze absolviert. Bei T2 verbessern die Patienten der KG deutlich die Leistungsfähigkeit der Muskulatur im Oberkörperbereich und erreichen einen Wert von 30,09 ($\pm 14,72$). Die Probanden der UG erzielen bei T2 einen Wert von 32,29 ($\pm 13,84$) und verbessern die Leistungsfähigkeit der Schulter- Armuskulatur noch deutlicher als die Patienten der KG. Die Verbesserungen beider Gruppen von T1 zu T2 sind hoch signifikant ($p < 0.001$). Die statistische Überprüfung der Veränderungen weist darauf hin, dass sich die Patienten der UG deutlicher verbesserten als die Probanden der KG (Interaktion, $p = 0,018$, siehe Tabelle 35).

Damit kann man davon ausgehen, dass das muskuläre Aufbautraining der UG bessere Effekte für die Entwicklung der Muskulatur im Bereich des Oberkörpers hat.

Kraftübung Liegestütze	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	19.6 (± 12.41)	21.20 (± 11.74)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	32.29 (± 13.84)	30.09 (± 14.72)	n. s.
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001	p < 0.001	Interaktion 0.018

Tab. 35: Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Liegestütze, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte (x), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Test der Kraftausdauerleistungsfähigkeit, Summe aller Leistungen (Summe TKL)

Die Summation der Einzelleistungen (Summe TKL) der einzelnen Krafttests ermöglicht, unter Berücksichtigung der Entwicklung aller Muskelgruppen, einen Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Die Ergebnisse belegen eine deutlich positive und statistisch hoch signifikante ($p < 0.001$) Veränderung der Kraftausdauerleistungen der Patienten in beiden Gruppen. Die Ausgangsleistungen bei T1 der UG ($77,43 \pm 28,84$) und der KG ($73,00 \pm 32,77$) unterscheiden sich nur unwesentlich.

Anders stellen sich die Ergebnisse bei T2 dar. Die KG steigert die Leistungsfähigkeit der Muskulatur erheblich und erreicht einen Wert von $103,00 (\pm 31,62)$. Noch deutlicher verbessert sich die Kraftausdauerleistungsfähigkeit der UG. Bei T2 erreichen die Probanden dieser Gruppe einen Wert von $115,58 (\pm 26,40)$, dieser wird als statistisch signifikant ausgewiesen (siehe Tabelle 36). Eine Interaktion zwischen beiden Gruppen konnte ebenfalls statistisch abgesichert werden ($p = 0,03$). Das heißt, dass sich die Kraftleistungen der UG im Verlauf der Behandlung signifikant deutlicher verbessern als die der KG.

Summe TKL	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	77.43 (± 28.84)	73.00 (± 32.77)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	115.58 (± 26.40)	103.00 (± 31.62)	0.030
Zeitpunkt- vergleich (p)	p < 0.001	p < 0.001	Interaktion 0.030

Tab. 36: Ergebnisse des Test Körperliche Leistungsfähigkeit (TKL) Situps, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte (x), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Die Ergebnisse belegen, dass die eingesetzten Programme in der UG bzw. KG unterschiedliche Effekte hatten und jeweils zu unterschiedlichen Leistungsentwicklungen führen.

Resümierend kann festgestellt werden, dass sich die Kraftausdauerleistungen der Patienten beider Gruppen in allen Muskelbereichen teilweise deutlich verbessern (siehe Abbildung 18). Die Veränderungen im Beinbereich und im Bereich der Körpermitte sind für Untersuchungs- und Kontrollgruppe nahezu identisch. Unterschiede in der Entwicklung zeigen sich im Bereich der Oberkörperkraft und in der Betrachtung der summierten Leistungen. Hier können statistisch signifikante Unterschiede zwischen UG und KG ermittelt werden, die darauf hinweisen, dass das körperwahrnehmungsorientierte Programm des muskulären Aufbautrainings der UG (vgl. Kapitel 7.5.1) größere Effekte bei der Entwicklung von Kraftausdauerleistungen mit alkoholabhängigen Männern und Frauen hat.

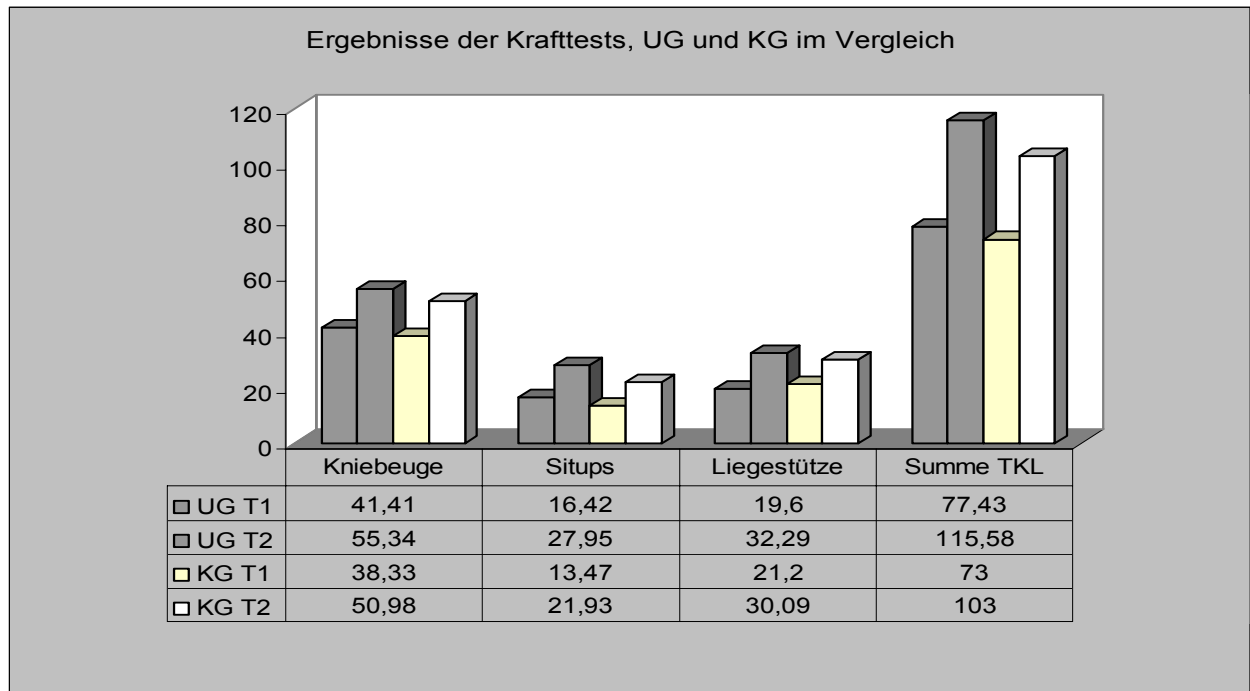


Abb. 18: Ergebnisse der einzelnen Krafttests und Summe der Krafttests, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2

8.5.2 Body Mass Index und Körperfettanteil

Neben der körperlichen Leistungsfähigkeit wurden der Body Mass Index (BMI) und der Körperfettanteil (KF) der Patienten erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass beide Komponenten über den Verlauf der Behandlung relativ stabil bleiben.

Body Mass Index (BMI)

Der BMI der UG erreicht in der Ausgangsuntersuchung (T1) einen Wert von $24.97 (\pm 2.85)$ und liegt damit, entsprechend der normativen Orientierungen der WHO (2000) für den BMI, an der oberen Grenze des Normalgewichtes ($BMI < 25$). Für die KG kann ein Mittelwert von $25.73 (\pm 4.40)$ errechnet werden, dieser liegt leicht über der oberen Grenze des Normalgewichtes. (vgl. Abs. 7.4.3.1). Die Abschlussuntersuchungen (T2) ergeben für die UG (25.26 ± 2.86) und die KG (26.0 ± 4.21) kaum veränderte Werte. Die Mittelwerte beider Gruppen deuten damit auf ein leichtes Übergewicht am Ende der Behandlung hin. Die Veränderungen in beiden Gruppen sind signifikant ($p = 0.022$). Eine unterschiedliche Entwicklung der Gruppen kann statistisch nicht nachgewiesen werden (Interaktion n. s., siehe Tabelle 37).

BMI	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x} (\pm s)$	24.97 (± 2.85)	25.73 (± 4.40)	n. s.
T2 $\bar{x} (\pm s)$	25.26 (± 2.86)	26.00 (± 4.21)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	p = 0.022		Interaktion n. s.

Tab.37: Ergebnisse Body Mass Index (BMI), UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Körperfettanteil (KF)

Die Bestimmung des Körperfettanteils ist eine Möglichkeit, die Körperzusammensetzung zu analysieren und liefert ergänzend neben dem BMI objektive Körperdaten. Im Rahmen der Untersuchung wurden jeweils der prozentuale Anteil des Körperfetts (KF in %) und der Anteil an Körperfett in kg (KF in kg) in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1 und T2) ermittelt. Die Ergebnisse der UG und der KG sind sowohl bei T1 als auch bei T2 nahezu identisch. Beide Werte erhöhen sich im Verlauf der Behandlung, wobei sich der KF in kg deutlicher erhöht als der KF in % (siehe Tabelle 38). Die Veränderungen des KF in kg als auch des KF in % beider Gruppen sind nicht signifikant.

Körperfettanteil in Kg (KF in kg)	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	17.39 (± 6.43)	17.60 (± 6.28)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	19.39 (± 7.66)	19.05 (± 7.82)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	n. s.		Interaktion n. s.
Körperfettanteil in % (KF in %)	UG n = 65	KG n = 45	Gruppen- vergleich (p)
T1 $\bar{x}$ ($\pm s$)	23.22 (± 7.52)	23.45 (± 7.11)	n. s.
T2 $\bar{x}$ ($\pm s$)	24.22 (± 6.84)	23.75 (± 7.29)	
Zeitpunkt- vergleich (p)	n. s.		Interaktion n. s.

Tab. 38: Ergebnisse der Messungen des Körperfettanteils, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2, Mittelwerte ($\bar{x}$), Standardabweichung (s) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p)

Resümierend kann festgestellt werden, dass sich der Ernährungszustand (BMI) der Patienten über den Behandlungszeitraum nur geringfügig verändert und am Ende der Therapie im Mittelwert beider Gruppen ein leichtes Übergewicht bei einer relativ geringen Streuung ausgewiesen wird. Ähnlich stellt sich die Entwicklung der Körperzusammensetzung dar. Auch hier ist nur eine geringfügige Erhöhung sowohl des prozentualen Körperfettanteils als auch des Körperfettanteils in kg festzustellen (siehe Abbildung 19).

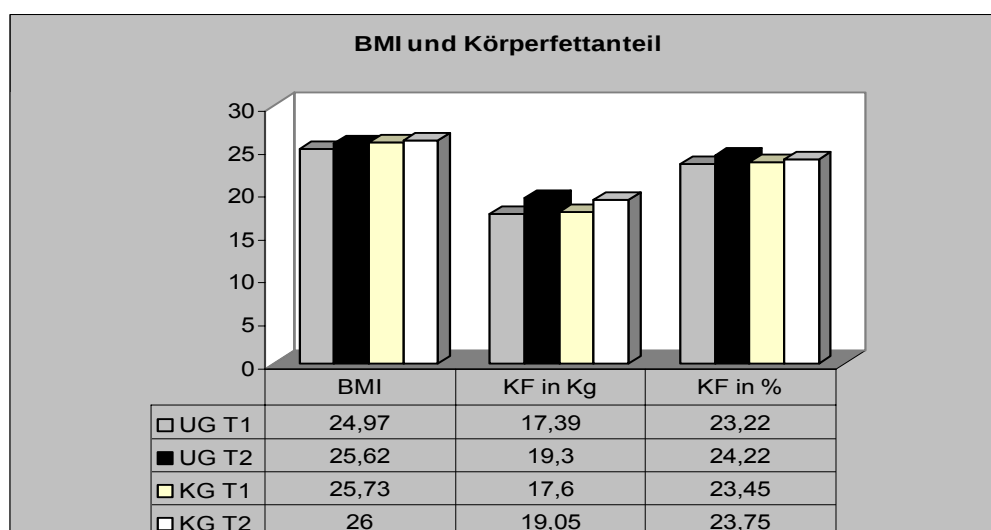


Abb. 19: Body Mass Index und Körperfettanteil, UG und KG im Vergleich von T1 zu T2

8.6 Diskussion der Ergebnisse der objektiven Körperdaten

Im nachfolgenden Kapitel werden die verwendeten Methoden zur Erfassung der objektiven Körperdaten kritisch betrachtet und die Ergebnisse zur Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie die erfassten Daten zum Body Mass Index (BMI) und zum Körperfettanteil (KF) diskutiert. Abschließend folgt eine vergleichende Einordnung der eigenen Ergebnisse.

8.6.1 Methodenkritik

Test der körperlichen Leistungsfähigkeit (TKL)

Der Test der körperlichen Leistungsfähigkeit bezieht sich im vorliegenden Fall auf die Ermittlung der Kraftausdauerleistungsfähigkeit und hat daher nur einen exemplarischen Charakter (vgl. Kapitel 7.3.4.1).

Die Durchführung des TKL erwies sich als unkompliziert und gut handhabbar. Die Tests waren mit einem überschaubaren Aufwand an Planung und Organisation gut zu realisieren. Hervorzuheben ist die Notwendigkeit einer genauen Beschreibung der Übungen und der Abbruchkriterien. Das Festlegen dieser Standards ist eine Grundvoraussetzung für die Durchführung der Tests mit mehreren Testleitern. Eine detaillierte Einweisung der Testleiter in die Testübungen war in Vorbereitung der Studie von besonderer Bedeutung. Durch die Auswahl der Testübungen, die den Oberkörper, die Körpermitte und die Beine einbeziehen, wurde ein Querschnitt der Leistungsfähigkeit im Kraftausdauerbereich ermöglicht. Die Übungen waren den Patienten zum Großteil bekannt, sind leicht zu demonstrieren und bergen ein sehr geringes Verletzungs- bzw. Überlastungsrisiko. Insgesamt kann festgestellt werden, dass der TKL in der vorliegenden Form von alkoholabhängigen Männern und Frauen gut zu absolvieren ist und sich in Durchführung und Auswertung als praktikabel und ökonomisch darstellt.

Body Mass Index (BMI) und Körperfettmessung (KF)

Die Erfassung zusätzlicher Körperdaten wurde vorgenommen, um objektive körperliche Veränderungen der Patienten im Verlauf der stationären Behandlung nachzuweisen. Sie stellen eine wichtige Ergänzung zu den erfassten Daten des Körpererlebens und Bewegungsverhaltens von Alkoholabhängigen dar.

Der BMI ist eine weit verbreitete und bewährte Methode, den Ernährungszustand des Körpers zu bestimmen. Er ist einfach zu erfassen, unkompliziert rechnerisch zu ermitteln und lässt sich gut anhand der vorhandenen Normen einordnen (vgl. Kapitel 7.4.3.1).

Die Bestimmung des Körperfettanteils der Patienten erfolgte mit Hilfe des Verfahrens der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA). Dieses Verfahren versucht sich seit einigen Jahren mit den verschiedensten Messgeräten auf dem Gesundheits- und Fitnessmarkt zu etablieren. Die Auswertung verschiedener Studien weist darauf hin, dass die Messungen der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) präzise und reproduzierbare Ergebnisse liefern (vgl. u. a. Müller 2000, Brüngel & Kluthe 1997). Es wird aber auch darauf verwiesen, dass es sich hier um eine indirekte Methode handelt, um die Körperzusammensetzung zu bestimmen. In der Praxis sind daher verschiedene Voraussetzungen zu beachten, um möglichst genaue und vergleichbare Daten erfassen zu können.

Folgende Maßnahmen wurden im Rahmen der Studie umgesetzt:

- die Messungen (T1, T2) erfolgten jeweils am gleichen Tag der Woche und zur gleichen Uhrzeit,
- die Patienten wurden angehalten, nach der letzten Mahlzeit nicht mehr zu essen oder zu trinken,
- die Messung wurden in gleicher Körperhaltung durchgeführt,
- die Bestimmung der genauen Körperhöhe bei Aufnahme und Bestimmung des Körper- gewichtes auf einer geeichten Waage unmittelbar vor den Körperfett- messungen.

Die Aufstellung zeigt, dass es eine nicht unerhebliche Zahl von Möglichkeiten gibt, die das Ergebnis der Körperfettmessung beeinflussen können. Um die Fehlerquellen auszuschließen und um möglichst genaue Daten zu erfassen, wurde in der Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung ein großer Aufwand betrieben.

Abschließend muss festgestellt werden, dass der Körperfettanteil ein interessantes Merkmal körperlicher Veränderungen ist. Die Messungen sind jedoch mit einem großen Aufwand verbunden, um eine mögliche Fehlerquote zu minimieren. Aus diesem Grund würde der Verfasser rückblickend auf eine Messung des Körperfettanteils verzichten und sich auf die Bestimmung des BMI beschränken.

8.6.2 Diskussion der eigenen Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zur Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit, des Body Mass Index und des Körperfettanteils der Patienten diskutiert. Sie stellen eine wichtige Ergänzung der Befunde zum Körpererleben und Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen dar.

8.6.2.1 Ergebnisse des Tests der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Befunde zur Ermittlung der körperlichen Leistungsfähigkeit zeigen nachdrücklich, dass die Kraftfähigkeiten, als eine der wesentlichen motorischen Komponenten, im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen zu verbessern sind.

Die im Kapitel 6 aufgestellte **Hypothese (HS3)** wurde durch die Ergebnisse der Untersuchungen **bestätigt**. Die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten hat sich im Verlauf der Behandlung deutlich verbessert.

Die Leistungsfähigkeit aller Muskelgruppen sowohl der Untersuchungsgruppe (UG) als auch der Kontrollgruppe (KG) verbessern sich im Verlauf der Behandlung hoch signifikant (vgl. Kapitel 8.5.1). Nachfolgend sollen Besonderheiten sowohl in der Ausgangssituation als auch in der Entwicklung diskutiert werden.

Das Ausgangsniveau der Patienten

Die Betrachtung der Gesamtstichprobe zeigt, dass die besten Leistungen in der Ausgangsuntersuchung (T1) im Bereich der Beinmuskulatur erbracht werden. Ein Beleg für das hohe Ausgangsniveau der Beinkraft findet sich auch bei der Betrachtung der Veränderungen der Leistungsfähigkeit im Abschlusstest (T2). Hier verändert sich die Kraftleistung der Beine um 33,3% und weist damit die geringste Verbesserung der getesteten Muskelgruppen auf (siehe Abbildung 19). Beim Krafttraining mit gleichen Umfängen und Intensitäten entwickelt sich die Muskelgruppe mit dem höchsten Ausgangswert zwangsläufig am geringsten.

Eine Erklärung für den großen Unterschied der Leistungsfähigkeit der einzelnen Muskelgruppen, ist in der Beanspruchung im Alltag der Patienten zu finden. Die Beinmuskulatur ist im täglichen Leben der Bereich, der mit großer Wahrscheinlichkeit am häufigsten beansprucht wird und deshalb auch eine bessere Leistungsfähigkeit aufweist. Eine extrem geringe Beinkraft, trotz der teilweise erheblichen körperlichen Folgen der Alkoholabhängigkeit und den damit verbundenen muskulären Atrophien, ist eher die Ausnahme. Lediglich zwei der insgesamt 137 getesteten Patienten wiesen eine erhebliche Leistungsschwäche der Beinkraft auf. Die Muskeln des Oberkörpers und des Rumpfes werden im Alltag nur selten und mit einer eher geringen Intensität beansprucht. Sie weisen daher eine geringere Leistungsfähigkeit auf.

An dieser Stelle wird der Zusammenhang zwischen Beanspruchung, Form und Funktion eines Organs deutlich, der auch für alkoholabhängige Männer und Frauen seine Gültigkeit besitzt (vgl. u. a. Hollmann & Hettinger 2000. S.7).

Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Veränderungen der körperlichen Leistungen im Verlauf der Untersuchungen belegen die Feststellung, dass die motorischen Hauptbeanspruchungsformen bei Alkoholabhängigen, unter Berücksichtigung ihres individuellen körperlichen Zustandes, genau so entwickelt werden können wie bei nichtabhängigen Menschen (vgl. u. a. Hollmann & Hettinger 2000, S. 534f).

Die Patienten konnten durch ein gezieltes Training ihre Kraftausdauerleistungen in der Summation (Summe TKL) um durchschnittlich 46,04% verbessern. Die durchschnittliche Leistungsfähigkeit der Beinmuskulatur konnte um 33,3%, der Oberkörpermuskulatur um 55,01% und der Muskulatur des Rumpfes sogar um 67,58% gesteigert werden (siehe Abbildung 20).

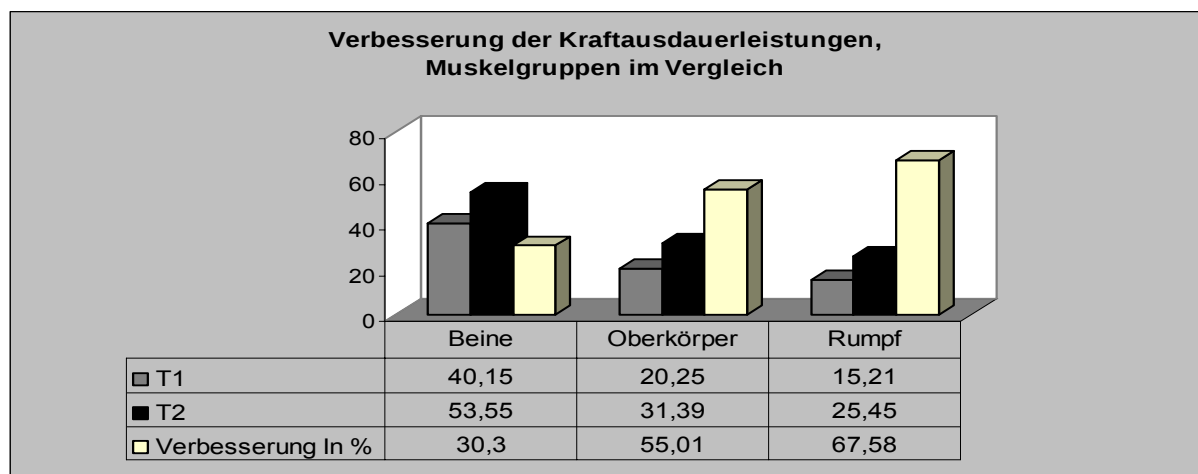


Abb. 20: Verbesserung der Kraftleistungen der Gesamtstichprobe von T1 zu T2

Diese enormen Verbesserungen sind Ergebnis eines gezielten Kraftausdauertrainings, das einmal in der Woche mit einem Umfang von 60 Minuten im Rahmen der Gruppe durchgeführt wurde (vgl. Kapitel 7.5). Hierbei ist die Wirksamkeit der weiteren Angebote der Sporttherapie im Rahmen der Behandlung sowie die Aktivitäten der Patienten im Freizeitbereich zu berücksichtigen. Die Ergebnisse ergeben sich somit aus der Summation von Bewegungsmaßnahmen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass das muskuläre Aufbautraining (MAT) in der Gruppe den entscheidenden Anteil an den zuvor dargestellten Entwicklungen hat.

Wirksamkeit des körperwahrnehmungsorientierten Krafttrainings

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt ist der Nachweis der Wirkung des in der vorliegenden Studie verwendeten körperwahrnehmungsorientierten muskulären Aufbautrainings (MAT). Der Vergleich der Ergebnisse von Untersuchungs- und Kontrollgruppen zeigt eine unterschiedliche Effektivität der eingesetzten Kraftprogramme. Die Leistungen der Probanden der UG verbessern sich deutlicher als die der KG (vgl. Kapitel 8.5.1).

Die Befunde **bestätigen** die im Kapitel 6 **aufgestellte Hypothese (HS4)**. Ein körperwahrnehmungsorientiertes Krafttraining erzielt bessere Effekte als ein Programm, das ohne diese Ausrichtung arbeitet.

Das in der UG zum Einsatz gekommene Programm steuert die Belastung innerhalb des Trainings über die Körperwahrnehmung. Die Patienten schätzen nach jeder Übungsserie ihre aktuelle Belastung ein und regulieren über diese Einschätzung das weitere Training (vgl. Kapitel 7.5.1). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch ein Krafttraining, welches über die Selbsteinschätzung der Körperwahrnehmung gesteuert wird, bessere Ergebnisse erzielt werden als in einem Training, das ohne diese spezielle Ausrichtung arbeitet. Darüber hinaus bietet diese Form der Arbeit im Krafraum eine Reihe von weiteren Ansatzpunkten, die in der Therapie mit Alkoholabhängigen eine wichtige Rolle spielen. So ist es möglich, neben körperlichen auch psychosoziale Zielstellungen umzusetzen.

Dazu gehören u. a.

- Grenzen und Möglichkeiten erfahren,
- Selbstverantwortung und Selbstständigkeit,
- Kommunikation und Partnerverantwortung sowie
- Problemlösungsverhalten.

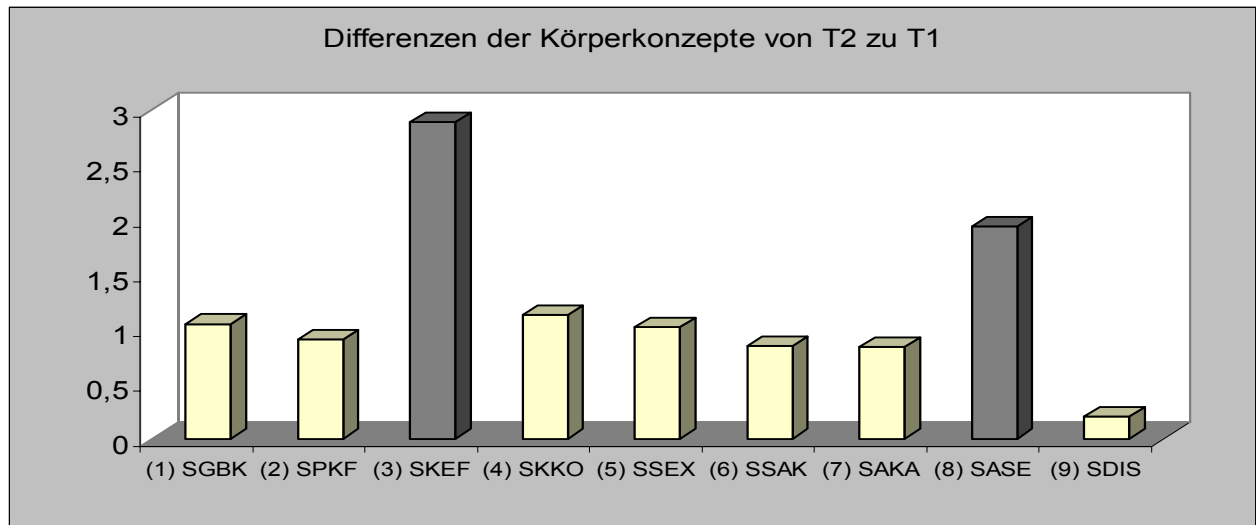
Diese Form des Trainings kann die Bedeutung von Kraftarbeit innerhalb der Therapie mit Alkoholabhängigen deutlich erweitern und die überwiegend kognitiv-verhaltensorientierten therapeutischen Prozesse in der Gruppentherapie auf einer körperlich orientierten Ebene unterstützen (vgl. Kappell 2005).

Zusammenhang zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit und Körpererleben

Die deutliche Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit konnte klar belegt werden. Weiterführend stellt sich die Frage nach Zusammenhängen zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und dem Körpererleben bzw. Bewegungsverhalten alkoholabhängiger Männer und Frauen. Ein statistischer Beweis (Korrelation) konnte nicht bzw. nicht ausreichend erbracht werden. Die statistische Prüfung der Ergebnisse des TKL, LOVIPT und FKKS ergab keine oder nur sehr schwache Zusammenhänge zwischen den Komponenten.

Trotzdem soll an dieser Stelle auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und dem Körperkonzept „*körperliche Effizienz*“ (SKEF) hingewiesen werden. DEUSINGER (1998, S. 52) nimmt eine enge Beziehung zwischen dem Selbstkonzept der körperlichen Effizienz und der körperlichen Leistungsfähigkeit an und geht davon aus, dass „*die Einstellungen zur körperlichen Effizienz ein zentrales Körperkonzept bilden*“ (Deusinger (1998, S. 52). Die Einstellungen zur körperlichen Effizienz spielen eine wichtige Rolle bei der Ausprägung des Selbstbildes vom eigenen Körper und hat einen engen Bezug zu allen anderen Körperkonzepten, insbesondere zum Körperkonzept „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ (SASE).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung können diese Aussagen zwar nicht statistisch gesichert belegen, im Vergleich der Ergebnisse jedoch begründen. Die Veränderungen des Körpererlebens der alkoholabhängigen Männer und Frauen im Verlauf der Behandlung sind insgesamt gering (vgl. Kapitel 8.1) Auffällig ist, dass die Körperkonzepte „*körperliche Effizienz*“ (SKEF, Skala3) und „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ (SASE, Skala 8) die größte Veränderung zum Ende der Therapie aufweisen. Die Veränderungen in der Bewertung (Differenzen von T1 zu T2) der einzelnen Skalen sind in der Abbildung 21 dargestellt. Am deutlichsten zeichnen sich die benannten Skalen (dunkle Balken) ab.



Legende: SGBK: Gesundheit und körperliches Befinden, SPKF: Pflege des Körpers, Beachtung der Funktionsfähigkeit, SKEF: körperliche Effizienz, SKKO: Körperkontakt, SSEX: Sexualität, SSAK: Selbstakzeptanz des Körpers, SAKA: Akzeptanz des Körpers durch andere, SASE: Aspekte der körperlichen Erscheinung, SDIS: Dissimilatorische Körperprozesse

Abb. 21: Veränderungen der einzelnen Körperkonzepte der Gesamtstichprobe von T1 zu T2

Die günstigeren Einschätzungen der Körperkonzepte „*körperliche Effizienz*“ (SKEF) und „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ (SASE) werden durch eine erhebliche Verbesserung der körperlichen Leistungen der Patienten am Ende der stationären Behandlung begleitet. Hier wird der Zusammenhang zwischen den Komponenten deutlich.

8.6.2.2 Body Mass Index und Körperfettanteil

Bei der Betrachtung der Mittelwerte von Body Mass Index (BMI) und des Körperfettanteils (KF) fallen nur geringfügige Veränderung im Verlauf der Therapie auf. Die Standardabweichungen weisen ebenfalls nur auf eine geringe Abweichung der Werte vom errechneten Mittelwert hin. Die anschließende Analyse der Mittelwerte und Standardabweichungen beschreibt eine nahezu unveränderte körperliche Situation der Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung. Diese wissenschaftlich übliche Betrachtungsweise erfasst jedoch nicht die sehr großen Schwankungen innerhalb der Stichprobe und teilweise erheblichen individuellen Veränderungen im Verlauf der Therapie.

Die große Bandbreite der Werte wird unter Berücksichtigung der Minima und Maxima sichtbar (siehe Tabelle 39). Hier werden bei der Erfassung des BMI sowohl bei T1 als auch bei T2 Werte erreicht, die im Bereich des Untergewichtes liegen ($\text{BMI} < 18,5$), und eine ganze Reihe von Werten, die ein sehr starkes Übergewicht anzeigen ($\text{BMI} > 35$).

	$\bar{x} (\pm s)$	Minimum	Maximum
BMI /Aufnahme	25,32 ($\pm 3,74$)	17,54	38,97
BMI T1	25,28 ($\pm 3,56$)	17,37	39,07
BMI T2	25,56 ($\pm 3,47$)	17,21	40,79
KF in % T1	23,49 ($\pm 7,13$)	4,4	38,7
KF in % T2	23,39 ($\pm 7,06$)	5	38,9
KF in kg T1	18,00 ($\pm 6,85$)	2,8	40,5
KF in kg T2	18,00 ($\pm 6,85$)	3,1	44,7

Tab. 39: Body Mass Index (BMI) Körperfettanteil (KF) der Gesamtstichprobe, Vergleich von Ausgangs - und Abschlussuntersuchung (T1, T2)

Um körperliche Veränderungen im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung zu erfassen, ist es notwendig, die vorliegenden Ergebnisse differenziert zu betrachten.

Von den 110 untersuchten Patienten haben 54 (49,%) von T1 zu T2 zugenommen, 38 (35%) im Verlauf der Behandlung abgenommen und 18 (16%) konnten ihr Körpergewicht stabil halten. Die maximale Gewichtszunahme eines Patienten im Verlauf der Therapie betrug 15,5kg und die größte Gewichtsreduzierung wurde mit 17kg festgestellt. Insgesamt haben 5 Patienten mehr als 10kg und 7 mehr als 5kg zugenommen. Jeweils 3 Probanden haben ihr Körpergewicht um mehr als 10kg und jeweils 3 um mehr als 5kg reduziert.

Bei 16 Patienten war die Steigerung des Körpergewichtes parallel mit einer Reduzierung bzw. mit einem gleich bleibenden Körperfettanteil verbunden. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass der Gewichtsanstieg mit der einer Zunahme von Muskelmasse zusammenhängt. Die teilweise dramatischen Veränderungen des Körpergewichtes einzelner Patienten hatten Auswirkungen auf ihr gesamtes Erscheinungsbild. Die an der vorliegenden Studie beteiligten Untersucher konnten derartige Veränderungen bei einem Teil der alkoholabhängigen Männer und Frauen deutlich wahrnehmen.

Die zuvor dargestellten Ergebnisse **bestätigen** die im Kapitel 6 formulierte **Hypothese (HS5) umfassend**. Die objektiven Körperdaten BMI und Körperfettanteil bleiben bei Betrachtung der Gesamtstichprobe nahezu unverändert. Es gibt jedoch erhebliche individuelle Veränderungen im Verlauf der Behandlung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die alleinige Betrachtung von Mittelwerten nur unscharfe Aussagen im Zusammenhang mit körperlichen Veränderungen in einer größeren Stichprobe zulassen. Bei der Betrachtung körperlicher Veränderungen empfiehlt sich eine differenzierte Analyse der Ergebnisse.

8.6.3 Vergleichende Diskussion der Ergebnisse

Die Veränderungen der „*objektiven Körperdaten*“ in der Bevölkerung spielen in unserer Gesellschaft eine große Rolle. Ein wesentlicher Faktor ist die zunehmende Bewegungsarmut der Menschen im Alltag. Die körperlichen Beanspruchungen im täglichen Leben sind im allgemeinen minimal und die Folge ist ein Adaptionsverlust der Systeme. Der Mangel an Beanspruchung kann als ein eigenständiger Risikofaktor für das Auftreten einiger chronischen Erkrankungen identifiziert werden. Das Gesundheitswesen in den „*modernen*“ westlichen Zivilisationen ist mit den Folgen von Bewegungsverarmung und Mangelbeanspruchung konfrontiert. Beide Faktoren befördern u. a. das Entstehen von Übergewicht, Kreislauf- und Gelenkerkrankungen und verursachen erhebliche Kosten und Folgekosten.

In diesem Zusammenhang spielt die Muskularbeit eine entscheidende Rolle. Jede Bewegung des Menschen ist mit Muskelaktivität verbunden und ohne sie nicht möglich. Die Willkürmuskulatur ist das massigste Organsystem des Menschen. Dessen Lebensqualität hängt wesentlich von der Funktionsfähigkeit der Muskulatur ab. Die Muskelfunktionsfähigkeit steht im Dienst und der unmittelbaren Rückkopplung sämtlicher Bereiche des Organismus (vgl. Israel 1995, S. 3).

Aufgrund der spezifischen Folgen der Alkoholabhängigkeit ergibt sich nahezu zwingend die Notwendigkeit eines gezielten Muskelaufbaus in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen.

Die Notwendigkeit von Krafttraining mit Alkoholabhängigen

Die Folgen eines chronischen Alkoholmissbrauches wirken sich auf alle Bereiche des Lebens der Betroffenen aus. Dabei können die Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit sowohl einen direkten als auch einen indirekten Einfluss auf die Muskelfunktionsfähigkeit haben (vgl. Kapitel 2.2). Exemplarisch sei die alkoholinduzierte Myopathie genannt. Diese Erkrankung wird bei einem bis zwei Drittel der Alkoholabhängigen diagnostiziert. Die unmittelbar „*sichtbaren*“ Symptome sind Muskelschwäche, Koordinationsstörungen beim Gehen, eine eingeschränkte Beweglichkeit und das häufige Auftreten von Krämpfen. In diesen Fällen ist die Muskulatur bzw. die Muskelaktivität unmittelbar betroffen.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Symptome lediglich die äußerlich sichtbare Manifestation eines Krankheitsprozesses darstellen. Neben den unmittelbaren Wirkungen des Alkohols auf den Muskel ist der Zusammenhang mit einer durch Mangelernährung auftretenden Störung des Muskelstoffwechsels zu beachten. Sie können letztendlich auch weitere kontraktile Proteine, wie z. B. in der Herzmuskulatur oder im Magen-Darmtrakt, beeinträchtigen (vgl. Preedy & Monitz 1995, 450ff, Gass & Hennerici 2002, S. 416ff).

Die direkten und indirekten Wirkungen des chronischen Alkoholmissbrauches auf die Muskeltätigkeit lassen sich auf eine Vielzahl weiterer Krankheitsbilder übertragen und darstellen. Die Auswirkungen zeigen sich in keinem Fall nur auf der körperlichen Ebene. Eine mangelnde Muskelfunktionsfähigkeit hat häufig auch Auswirkungen auf die Teilhabe und Partizipation des Alkoholabhängigen am gesellschaftlichen Leben. Rückzug und Vereinsamung haben wiederum erhebliche Auswirkungen auf die psychische Konstellation des Kranken (vgl. Kapitel 2.2).

Schlussfolgernd kann davon ausgegangen werden, dass die Folgen des chronischen Alkoholmissbrauches, die Auswirkungen der allgemeinen Bewegungsarmut und Mangelbeanspruchung potenzieren und die Muskulatur jeweils direkt bzw. indirekt davon betroffen ist. Die Gesundheitswirksamkeit eines dosierten Muskelkrafttrainings auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ist umfassend dargestellt und durch Untersuchungen belegt (vgl. u. a. Zimmermann 2000, S. 34-145, Buskies 1999, S. 23-36). Demzufolge kann eine gezielte Muskelarbeit unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen der Betroffenen in der Behandlung von Alkoholabhängigen als notwendig erachtet werden. Ein Krafttraining, das über die Entwicklung von körperlichen Komponenten hinausgeht, wurde in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz gebracht. Die Ergebnisse (vgl. Kapitel 8.5.1) zeigen eine deutliche Verbesserung der Kraftleistungen der Patienten und weisen auf Zusammenhänge zum körperbezogenen Selbstbild der Alkoholabhängigen hin.

Die Veränderung der körperliche Leistungsfähigkeit und die Wirkungen in anderen Bereichen

Der Zusammenhang zwischen der Veränderung konditioneller oder koordinativen Fähigkeiten und verschiedener psychischer bzw. sozialer Komponenten ist Gegenstand mehrerer Studien. Die Ermittlung der körperlichen Leistungsfähigkeit diente entweder als Ausgangspunkt der Untersuchungen bzw. zur Ergänzung der erfassten Daten (vgl. Kapitel 3.4).

Die Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Alkoholabhängigen ist seit Beginn der zielgerichteten Bewegungsarbeit in diesem Bereich von Interesse. Ein großer Teil der vorliegenden Untersuchungen wie z. B. FRANKEL & MURPHY (1974), LÜDKE (1978) WEBER (1985) und HAGEN (1993) befassen sich mit der Veränderung der Ausdauerleistungen und der damit verbundenen physiologischen Parameter. Das am häufigsten eingesetzte Trainingsmittel ist das Laufen und das bevorzugte Testinstrument der Stufentest auf dem Fahrradergometer. Die Ergebnisse belegen übereinstimmend eine Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit und der physiologischen Parameter bei den Alkoholabhängigen am Ende der jeweiligen Behandlung. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit (der Ausdauer) und weiteren Komponenten, wie z. B. der Befindlichkeit, Depressivität, Angst und Stress oder der Rückfallquote, nachgewiesen (siehe Kapitel 3.4).

Arbeiten in denen ausschließlich die Muskelleistungsfähigkeit von Alkoholabhängigen im Fokus der Untersuchungen stand, sind dem Verfasser nicht bekannt geworden. Veränderungen in diesem Bereich wurden wie bereits erwähnt, ergänzend bestimmt oder wiesen indirekt auf eine verbesserte Muskelfunktionsfähigkeit hin, wie z. B. bei den koordinativen Leistungen (u. a. GIES 2001). KLEIN (1987) untersuchte im Rahmen einer sehr komplexen Testbatterie u. a. die Veränderung der Kraftleistungen im Rahmen einer Langzeitbehandlung von Alkoholabhängigen. Die Patienten absolvierten im Abstand von fünf Monaten einen Krafttest mit den Übungen Liegestütz und Kniebeuge. Die Übungen wurden bis zum Wiederholungsmaximum ausgeführt. Ein spezielles Kraftprogramm wurde innerhalb der Behandlung nicht durchgeführt.

Die Ergebnisse weisen deutliche Verbesserung im Beinbereich (31,4%) und im Bereich der Muskulatur des Oberkörpers (49,6%) aus. Ähnliche Befunde erreichten die Patienten innerhalb der eigenen Untersuchung. Hier veränderten sich die Leistungen im Bereich der Beine um 33,30% und im Bereich der Muskulatur des Oberkörpers um 55,01% (vgl. Kapitel 8.6.2.1). Bei der reinen Betrachtung der Ergebnisse kann eingeschätzt werden, dass die Befunde von KLEIN (1987) durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt werden. Bei detaillierter Betrachtung wird deutlich, dass das „Zustandekommen“ der Werte sich unterscheidet.

Die alkoholabhängigen Patienten in der Untersuchung von KLEIN (1987) verbesserten ihre Kraftleistungen über einen Zeitraum von fünf Monaten. Die Patienten der eigenen Studie verbesserten die Leistungen der Muskulatur noch deutlicher in einem Zeitraum von durchschnittlich 12 Wochen (ca. drei Monate). Sie absolvierten innerhalb der Behandlung ein spezielles Kraftprogramm mit einem Umfang von einmal pro Woche a' 60 Minuten.

Neben den positiven Veränderungen körperlicher Komponenten, konnte KLEIN (1987, S. 198ff) einen Zusammenhang zu psychosozialen Persönlichkeitsmerkmalen feststellen. Die Patienten, die ihre körperlichen Leistungen überdurchschnittlich steigerten, hatten auch stark positive Veränderungen in den Bereichen *Gehemmtheit*, *Depressivität*, *Geselligkeit* und *psychosomatische Gestörtheit* zu verzeichnen.

Auch hier sind Parallelen zur eigenen Untersuchung festzustellen. Die Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang von körperlicher Leistungsfähigkeit und der Selbstbewertung der Körperkonzepte „*Körperliche Effizienz*“ und „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ hin (vgl. Kapitel 8.6.2.1).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse der eigenen Untersuchung zu Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit die Befunde der zuvor benannten Autoren bestätigen. Die körperliche Leistungsfähigkeit von alkoholabhängigen Männern und Frauen verbessert sich im Verlauf der Behandlungen und es gibt deutliche Hinweise auf Zusammenhänge zwischen den physischen Parametern und verschiedener psychischer und sozialer Faktoren. Deutlich wird aber auch, dass der Einsatz eines gezielten Programms zur Verbesserung der Kraftfähigkeiten in erheblich kürzerer Zeit zu besseren Leistungen führt. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass das in der vorliegenden Arbeit eingesetzte stark körperorientierte muskuläre Aufbautraining (MAT) neben körperlichen auch psychosoziale Zielstellungen mit gleichem Stellenwert verfolgt (vgl. Kapitel 7.5.1). Ein gezieltes und auf das Krankheitsbild des Patienten abgestimmtes muskuläres Aufbautraining kann eine wichtige Unterstützung im therapeutischen Prozess der Behandlung von Alkoholabhängigen sein (vgl. Kappell 2005, S. 68-75).

Der Ernährungszustand von Alkoholabhängigen

Der Ernährungszustand eines Menschen wird durch den Body Mass Index (BMI) klassifiziert (vgl. Kapitel 7.4.3.1). Untersuchungen, die sich explizit mit dem BMI von Alkoholabhängigen befassen, konnten durch das Studium der Literatur nicht ermittelt werden. In der Literatur zur Alkoholabhängigkeit wird von verschiedenen Autoren eine Mangelernährung bzw. die Aufnahme einer sehr einseitigen und wenig gehaltvollen Nahrung beschrieben (vgl. Kapitel 2.2). Diese Art der Ernährung kann die Entstehung von Krankheiten fördern und den Verlauf negativ beeinflussen. Bekannt ist auch, dass es bei Alkoholabhängigen in den verschiedenen Phasen der Krankheit zu großen Schwankungen kommen kann, die sowohl mit einer deutlichen Zunahme als auch einer rapiden Reduzierung des Körpergewichtes einhergehen. Den typischen Ernährungszustand eines Alkoholabhängigen gibt es scheinbar nicht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen bei Betrachtung der durchschnittlichen Werte des BMI und des Körperfettanteils der Patienten eine geringfügige Veränderung. Der BMI lag sowohl zu Beginn der Behandlung (25,28) als auch am Ende (25,56) in einem Bereich, der entsprechend der Richtlinien der WHO (vgl. Kapitel 8.5.2), als Übergewicht klassifiziert wird.

Damit entsprechen die vorliegenden Ergebnisse dem allgemeinen Trend der Entwicklung in der Gesamtbevölkerung. Entsprechend der Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes (April 2004) wurden 2003 etwa 49% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland als übergewichtig eingestuft. Als Kriterium des Übergewichtes wurde ein BMI > 25 festgelegt (vgl. Statistisches Bundesamt 4/2004).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der BMI alkoholabhängiger Männer und Frauen im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung nur geringfügig verändert. Im Einzelfall sind jedoch erhebliche Veränderungen festzustellen. Die Werte, die im Durchschnitt ein beginnendes Übergewicht anzeigen, liegen im Trend der Entwicklung in der Gesamtbevölkerung von Deutschland.

8.7 Ergebnisse im Überblick

Die Ergebnisse der Untersuchungen beschreiben die Ausgangssituation und Veränderungen im Körpererleben und Bewegungsverhalten sowie verschiedener objektiver Körperdaten von alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen einer 12-bis 20wöchigen stationären Entwöhnungsbehandlung. Im Fokus der Studie stand die Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen. Um diese zu erfassen, sind Untersuchungs- und Kontrollgruppen (UG, KG) gebildet worden. Die KG absolvierte das Standardprogramm der Sporttherapie im Rahmen der Behandlung. Für die UG wurde ein körperorientiertes Programm konzipiert. Nachfolgend werden die wesentlichen Befunde der einzelnen Testbereiche benannt und auf Zusammenhänge zwischen den untersuchten Komponenten bzw. zu bereits vorliegenden Daten hingewiesen.

Die Untersuchung der Ausgangssituation und der Veränderung des Körpererlebens von alkoholabhängigen Männern und Frauen, die am Standardprogramm einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilnahmen bzw. ein zusätzlich körperorientiertes Programm in der Sporttherapie absolvierten, erbrachte folgende Ergebnisse:

1. Die Alkoholabhängigen erleben ihren Körper schon nach kurzer Therapiezeit überwiegend positiv. Trotz teilweise erheblicher körperlicher Einschränkungen, wie z. B. verschiedene innere Erkrankungen (Leberzirrhose, Pankreatitis, Herzinsuffizienz), einer deutlich verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit und der Tatsache, dass ca. 60% der Probanden bis kurz vor Beginn der Behandlung noch Alkohol konsumiert haben, wurde keines der untersuchten Körperkonzepte negativ bewertet. Hier deutet sich eine verzerrte Selbstwahrnehmung der Patienten bezogen auf den eigenen Körper an (siehe Kapitel 8.2.2.1).
2. In Verlauf der Therapie verbessert sich das Körpererleben der Patienten. Die Summation aller Körperkonzepte weist trotz eines bereits hohen Ausgangswertes am Ende der Behandlung nochmals eine positivere Bewertung auf. Sieben der neun untersuchten Körperkonzepte erreichen Werte in der Selbsteinschätzung, die eine positive Einstellung zum eigenen Körper dokumentieren. Auffällig sind die Körperkonzepte „Akzeptanz des eigenen Körpers“ und „Akzeptanz des Körpers durch andere“. Sie werden sowohl in der Ausgangs- als auch in der Abschlussuntersuchung am schlechtesten eingeschätzt (siehe Kapitel 8.1.1 und 8.2.2.2).
3. Das Körpererleben von Alkoholabhängigen weist geschlechtspezifische Unterschiede auf. Die Frauen bewerten ihren Körper insgesamt kritischer als die Männer. Die Veränderungen des Körpererlebens im Verlauf der Behandlung sind für beide Geschlechter nahezu identisch (siehe Kapitel 8.1.2 und 8.2.2.3).
4. Die spezifische Wirksamkeit eines körperorientierten Programms in der Sporttherapie auf das Körpererleben von Alkoholabhängigen konnte unter den gegebenen Bedingungen nicht nachgewiesen werden. Das Körpererleben der Patienten von Untersuchungs- und Kontrollgruppe verbesserte sich gleichermaßen (siehe Kapitel 8.1.3 und 8.2.2.4).

Die Untersuchung der Ausgangssituation und Veränderung des Bewegungsverhaltens von alkoholabhängigen Männern und Frauen, die an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilnahmen, erbrachte folgende Ergebnisse:

1. Schon in der ersten Phase der Behandlung zeigen die alkoholabhängigen Männer und Frauen ein Bewegungsverhalten, welches insgesamt nur geringfügig vom angemessenen Verhalten abweicht (siehe Kapitel 8.4.2).
2. Im Verlauf der Therapie kommt es zu einer positiven Veränderung des Bewegungsverhaltens. Es nähert sich in fünf der sechs untersuchten Kategorien dem angemessenen Verhalten an. Dieses bleibt aber in einem Bereich, der ein „zuwenig“ an Ausprägung anzeigt. Die Veränderungen von der Ausgangs- zur Abschlussuntersuchung haben insgesamt ein geringes Ausmaß (siehe Kapitel 8.3.2 und 8.4.2).
3. Die Kategorien „*Soziale Regulierungsfähigkeit*“ und „*Emotionalität*“ kristallisieren sich bei der Betrachtung der Ergebnisse heraus. Schon in der ersten Phase der Behandlung zeigen die Alkoholabhängigen ein sehr angepasstes und auf die Einhaltung von Regeln und Normen ausgerichtetes Verhalten, das sich im Verlauf der Therapie nicht verändert. Die Emotionalität wird von den Beobachtern als der Bereich identifiziert, der sowohl in der Ausgangs- als auch in der Abschlusseinschätzung die größte Abweichung vom angemessenen Verhalten aufweist (siehe Kapitel 8.3.1, 8.3. 2 und 8.4.2.).
4. Ein Unterschied in der Wirksamkeit des körperorientierten Programms der Untersuchungsgruppe und dem motorisch-funktionell orientierten Programm der Kontrollgruppe auf das Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen konnte nicht nachgewiesen werden. Die Effekte der sporttherapeutischen Interventionen waren für beide Gruppen gleich (siehe Kapitel 8.3.1 und 8.4.2).

Die Untersuchung der Ausgangssituation und Veränderung verschiedener objektiver Körperdaten von alkoholabhängigen Männern und Frauen, die an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilnahmen, erbrachte folgende Ergebnisse:

1. Die Bestimmung der Kraftausdauerleistungen in der Ausgangsuntersuchung macht deutlich, dass die Muskulatur des Rumpfbereiches bei den Patienten am schlechtesten entwickelt ist und die Beinmuskulatur die größte Leistungsfähigkeit aufweist (siehe Kapitel 8.6.2.1).
2. Die körperliche Leistungsfähigkeit der alkoholabhängigen Männer und Frauen verbessert sich im Verlauf der Behandlung erheblich. Die Patienten steigern die Leistungen der Muskulatur im Durchschnitt um 46,04% (siehe Kapitel 8.5.1 und 8.6.2.1).
3. Die alkoholabhängigen Frauen erreichen im Vergleich zu den Männern, erwartungsgemäß ein geringeres Leistungsniveau. Die Verbesserungen der körperlichen Leistungsfähigkeit sind für beide Geschlechter nahezu gleich (siehe Kapitel 8.2.2.3).
4. Die größere Wirksamkeit eines speziellen körperorientierten Krafttrainings konnte durch den Vergleich der Ergebnisse von Untersuchungs- und Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

5. Die Untersuchungsgruppe verbesserte ihre körperliche Leistungsfähigkeit unter dem Einfluss eines körperwahrnehmungsorientierten muskulären Aufbautrainings deutlicher als die Kontrollgruppe (siehe Kapitel 8.5.1 und 8.6.2.1).
6. Die vorliegenden Ergebnisse belegen die Notwendigkeit und zeigen die Möglichkeiten eines muskulären Aufbautrainings in der Therapie von Alkoholabhängigen auf. Das innerhalb der Untersuchung eingesetzte Krafttraining ist eine sinnvolle Erweiterung des Angebotes der Sporttherapie. Hier kann die therapeutische Arbeit auf einer deutlich körperbezogenen Ebene ergänzt und fortgeführt werden.
7. Der Body Mass Index (BMI) und Körperfettanteil der Patienten verändert sich im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung nur unwesentlich. Der BMI der Patienten zeigt über den gesamten Zeitraum der Therapie im Durchschnitt ein leichtes Übergewicht an (siehe Kapitel 8.5.2).
8. Die individuelle Analyse der Ergebnisse vom BMI und Körperfettanteil machen erhebliche Veränderungen sichtbar. Hier können im Einzelfall drastische Veränderungen im Körpergewicht und Körperfettanteil festgestellt werden, die bei der Interpretation der vorliegenden Befunde berücksichtigt werden sollten (siehe Kapitel 8.6.2.2).

Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der eigenen Untersuchung und bereits vorliegender Studien (Frankel & Murphy 1974, Weber 1984, Klein 1987, Poth 1990, Schätzer 1992, Cremer 1993, Finke 2000, Gies 2001)

Neben den zuvor dargestellten Ergebnissen wurden folgende Zusammenhänge zwischen den eigenen Befunden bzw. Ergebnissen anderer Arbeiten herausgearbeitet:

1. Die Ergebnisse der eigenen Untersuchung weisen auf einen Zusammenhang zwischen einzelnen Bereichen des Körpererlebens und der körperlichen Leistungsfähigkeit hin. Die Körperkonzepte „*Körperliche Effizienz*“ und „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“ zeigen auffällige Übereinstimmungen zu den Ergebnissen der körperlichen Leistungsfähigkeit (siehe Kapitel 8.2.2.3).
2. Die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen zum Körpererleben von Alkoholabhängigen bestätigen die Befunde verschiedener Autoren. Das Körpererleben der alkoholabhängigen Männer und Frauen verbessert sich im Verlauf einer stationären Behandlung. Die Analyse der Behandlungszeiten und der positiv veränderten Körperkonzepte verdeutlicht, dass eine längere Behandlungsdauer ein zunehmend verbessertes Körpererleben mit sich bringt (siehe Kapitel 8.2.3).
3. Die Interpretation der Ergebnisse zum Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Patienten im Rahmen einer stationären Therapie zeigt die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung. Das Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen in einer „*aktiven Phase*“ der Krankheit ist vom Bewegungsverhalten eines „*abstinenter lebenden*“ (in Therapie befindlichen) Abhängigen zu unterscheiden (siehe Kapitel 8.4.3).
4. Die eigenen Ergebnisse zur Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit bestätigen die Befunde bereits vorliegender Studien umfassend und belegen die

Möglichkeiten eines muskulären Aufbautrainings in der Therapie von Alkoholabhängigen (siehe Kapitel 3.4 und 8.6.3).

5. Die Messungen von BMI und Körperfettanteil beschreiben eine Tendenz der Alkoholabhängigen zu leichtem Übergewicht. Die Befunde liegen im Trend der Entwicklung der Gesamtbevölkerung von Deutschland (siehe Kapitel 8.6.3).

Beim Vergleich der Testbereiche kann resümiert werden, dass alkoholabhängige Männer und Frauen zu Beginn einer stationären Entwöhnungstherapie ein überwiegend positives Selbstbild vom eigenen Körper haben, ein Bewegungsverhalten demonstrieren, das nur wenig vom angemessenen Verhalten abweicht und eine körperliche Leistungsfähigkeit aufweisen, die sich nur im geringen Maße von den Leistungen der „Normalbevölkerung“ unterscheidet.

Das Körpererleben und Bewegungsverhalten der Patienten verändert sich bei einem ausgesprochen hohen Ausgangsniveau im Verlauf der Behandlung nur geringfügig. Die körperliche Leistungsfähigkeit der Alkoholabhängigen verbessert sich dagegen erheblich und zeigt an, dass sich körperliche Komponenten unter den gegebenen Bedingungen schneller entwickeln als das Körpererleben oder Bewegungsverhalten.

Bei der statistischen Prüfung der Zusammenhänge zwischen den drei Testbereichen konnten nur sehr schwache bzw. keine Korrelationen zwischen den vorliegenden Daten ermittelt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die körperliche Leistungsfähigkeit, das Körpererleben und Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männer und Frauen gegenseitig beeinflussen und die Veränderung einer Komponente langfristig auch zu Veränderungen in den anderen Bereichen führt.

Alle Parameter, die im Verlauf der Behandlung untersucht wurden, haben sich positiv verändert. Die spezifische Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen konnte unter den gegebenen Bedingungen nur im Bereich der körperlichen Leistungsfähigkeit statistisch belegt werden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die ganzheitlich orientierte Arbeit der Sporttherapie (vgl. Kapitel 3) einen wesentlichen Einfluss auf Körpererleben und Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen hat. Beide Komponenten entwickeln und verändern sich im Zusammenspiel von körperbezogenen Wahrnehmung, Erlebnissen und Erfahrungen (vgl. Kapitel 4.2 und 5). In der Arbeit der Sporttherapie ist der Körper und die Bewegung Ausgangspunkt aller Interventionen. Die Patienten spüren die Wirkungen und Möglichkeiten von Bewegung (gemeinsamer Bewegung) und machen so permanent Körper- und Sozialerfahrungen, die sich dann auf die verschiedenen körperlichen, psychischen und sozialen Komponenten auswirken.

9 Zusammenfassung und Ausblick

Gegenstand der Untersuchungen ist das Körpererleben und Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männern und Frauen im Rahmen einer 12- bis 20 wöchigen stationären Entwöhnungsbehandlung.

Folgende Ziele wurden verfolgt:

- das Beschreiben der Ausgangssituation der Patienten in der ersten Phase der Behandlung,
- das Erfassen von Veränderungen im Körpererleben und Bewegungsverhalten, sowie verschiedener objektiver Körperdaten und
- der Vergleich der Wirksamkeit eines körperorientierten und motorisch-funktionellen Programms innerhalb der Sporttherapie.

Im ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen der unterschiedlichen Gegenstandsbereiche dargestellt. Ausgangspunkt ist eine kurze Darstellung des Krankheitsbildes der Alkoholabhängigkeit und die Einordnung der Sporttherapie, entsprechend der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), in deren Behandlung. Danach erfolgt eine Begriffbestimmung und eine theoretische Begründung der Sporttherapie sowie eine Darstellung der sportwissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen in der sporttherapeutischen Arbeit mit Alkoholabhängigen. Ebenso werden theoretische Positionen zum Körpererleben (Körpererfahrung) und zum Bewegungsverhalten erläutert und ein Bezug zum untersuchten Krankheitsbild hergestellt.

Nach dem Studium der theoretischen Positionen zur Thematik wird eine Grundannahme für die Planung und Vorbereitung der Untersuchung zum Körpererleben und Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen formuliert, aus der sich alle weiteren Fragestellungen ergeben. Es wird angenommen, dass Alkoholabhängige im Vorfeld, in der Entwicklung und im Verlauf der Krankheit ein Defizit an positiv erlebten Körperkontakten erfahren, dieser Mangel kann durch eine körperorientierte Arbeit innerhalb der Sporttherapie zu einem Teil kompensiert werden und dadurch ergeben sich positive Auswirkungen auf das Körpererleben und Bewegungsverhalten der Patienten.

Die Untersuchungen wurden in der Abteilung Sporttherapie der „Klinik Schweriner See“ über einen Zeitraum von insgesamt 18 Monaten durchgeführt. Die Untersucher waren drei Diplomsporthelehrer mit der Zusatzqualifikation „*Sporttherapeut*“, die in der Einrichtung beschäftigt sind. Insgesamt wurden 137 alkoholabhängige Männer und Frauen in die Studie einbezogen. 110 Patienten (76 Männer und 34 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 43,35 ($\pm 8,65$) Jahren haben alle Testverfahren absolviert und sind in die Auswertungen eingegangen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Probanden betrug 12,71 Wochen, wobei die Therapiedauer im Einzelfall über einen Zeitraum von mindestens 12 bis maximal 20 Wochen erstreckte. Um die Wirksamkeit unterschiedlich orientierter sporttherapeutischer Interventionen zu überprüfen, sind nach dem Zufallsprinzip Untersuchungs- und Kontrollgruppen (UG, KG) gebildet worden. Die UG hatte eine Stärke von 65 Patienten (43 Männer und 22 Frauen). In die KG wurden 45 Patienten (33 Männer und 12 Frauen) integriert. Den Gruppen wurden im Vorfeld der Untersuchungen unterschiedlich ausgerichtete Programme innerhalb der Sporttherapie zugeordnet.

Die Patienten der UG absolvierten ein körperorientiertes Programm mit den folgenden Inhalten in jeder sporttherapeutischen Veranstaltung in der Sport- und Schwimmhalle:

- Übungen und Spiele mit Körperkontakt, Kontakt zum eigenen Körper bzw. zum Mitpatienten
- Vermittlung von Körperkenntnissen und
- bewusstes Erleben und Nacherleben von Bewegung.

Darüber hinaus absolvierten sie ein spezielles, körperwahrnehmungsorientiertes muskuläres Aufbautraining (MAT), das folgende psychosoziale Zielstellungen in den Vordergrund rückte:

- Grenzen und Möglichkeiten erfahren,
- Selbstverantwortung und Partnerverantwortung,
- Kommunikation und Körperkontakt sowie
- Problemlösungsverhalten.

Die Steuerung der Belastung innerhalb des MAT erfolgte eigenverantwortlich über ein bewusstes Wahrnehmen von Körpersignalen.

Die Schwerpunkte der sporttherapeutischen Arbeit mit den Patienten der KG lagen auf der motorisch- funktionellen Ebene. In den Veranstaltungen in der Sport- und Schwimmhalle wurde weitestgehend auf Übungen und Spiele mit Körperkontakt verzichtet und die Erläuterungen des Sporttherapeuten beschränkten sich auf die funktionale Ebene der Bewegungen. Das muskuläre Aufbautraining in den Kontrollgruppen war ausschließlich auf körperliche Ziele ausgerichtet, psychosoziale Zielstellungen wurden nicht verfolgt.

Ziel war es, die Bereiche des „*Erlebens*“ und „*Verhaltens*“ von alkoholabhängigen Männern und Frauen innerhalb einer stationären Behandlung darzustellen. Dazu wurden in einer Testbatterie folgende Testverfahren in einer Ausgangs- und Abschlussuntersuchung (T1, T2) eingesetzt:

- die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS), zur Erfassung des Körpererlebens der Patienten,
- die Leuvenener Beobachtungsskalen (LOVIPT), zur Beobachtung des Bewegungsverhaltens der Patienten,
- Test körperliche Leistungsfähigkeit (TKL), die Bestimmung des Body Mass Index (BMI) und Körperfettanteils (KF), zur Ermittlung der Kraftausdauerleistungen und des Ernährungszustandes des Körpers.

Ergebnisse der Untersuchungen

Schon nach kurzer Therapiezeit erleben die alkoholabhängigen Männer und Frauen ihren Körper überwiegend positiv. Die Hinzunahmen weiterer Daten weist deutlich auf eine verzerrte Selbstwahrnehmung der Patienten hin. Ebenso kommt das Bewegungsverhalten der Alkoholabhängigen schon in der ersten Phase der Behandlung dem „*angemessenen Verhalten*“ recht nahe. Die körperliche Leistungsfähigkeit stellt sich dagegen zu Beginn der Therapie sehr unterschiedlich dar. Die Erfassung des BMI und des Körperfettanteils weist ein leichtes Übergewicht der Patienten aus.

Am Ende der Behandlung haben sich die untersuchten Parameter fast durchgängig verbessert. Folgende Entwicklungen konnten von der Ausgangs- zur Abschlussuntersuchung (von T1 zu T2) konstatiert werden:

- Das Körpererleben der Patienten verbessert sich in sieben von neun untersuchten Körperkonzepten. Die alkoholabhängigen Männer und Frauen schätzen ihr Selbstbild bezogen auf den eigenen Körper am Ende der Behandlung nochmals positiver ein als zu Beginn.
- Die Körperkonzepte „*Akzeptanz des eigenen Körpers*“ und „*Akzeptanz des Körpers durch andere*“ werden sowohl bei T1 als auch bei T2 am schlechtesten eingeschätzt.
- Auch das Bewegungsverhalten verändert sich zum positiven und erreicht Werte, die nur noch geringfügig vom angemessenen Verhalten abweichen.
- Die Kategorien „*Soziale Regulierungsfähigkeit*“ und „*Emotionalität*“ kristallisieren sich bei der Analyse der Ergebnisse zum Bewegungsverhalten heraus. Sie belegen zum einen ein überaus angepasstes Verhalten der Alkoholabhängigen in Bewegungssituationen über den gesamten Zeitraum der Behandlung und zum anderen das Problem, in adäquater Art und Weise Gefühle zu zeigen bzw. zuzulassen.
- Das Körperkontaktverhalten der Alkoholabhängigen verändert sich während der Therapie nur unwesentlich. Sowohl die Selbsteinschätzung zum Körpererleben als auch das beobachtete Bewegungsverhalten zeigen nur geringfügige Veränderungen.
- Die körperliche Leistungsfähigkeit der Patienten verbessert sich im Verlauf der Behandlung dagegen erheblich. Die Alkoholabhängigen verbessern ihre Kraftausdauerleistungen durchschnittlich um 46,04%. Die Notwendigkeit und die Möglichkeiten eines Krafttrainings im Rahmen der Therapie von Alkoholabhängigen wird nachdrücklich belegt.
- Der BMI und Körperfettanteil bleibt nahezu unverändert und zeigt auch am Ende der Behandlung ein leichtes Übergewicht der Patienten an.

Der Vergleich der Ergebnisse von UG und KG zeigt, dass das körperorientierte Programm der UG keinen größeren Einfluss auf die Entwicklung des Körpererlebens und Bewegungsverhaltens hatte. Anders verhält es sich beim körperwahrnehmungsorientierten muskulären Aufbautraining (MAT). Hier erreichte die UG signifikant bessere Leistungen als die KG.

Darüber hinaus konnten Zusammenhänge zwischen den eigenen Daten und Ergebnissen aus bereits vorliegenden Untersuchungen ermittelt werden. Die Ergebnisse belegen:

- einen Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsfähigkeit und einzelnen Komponenten des Körpererlebens, insbesondere zu den Körperkonzepten „*körperlichen Effizienz*“ und „*Aspekte der körperlichen Erscheinung*“,
- einen Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und der Verbesserung des Körpererlebens von Alkoholabhängigen,
- die Notwendigkeit der Unterscheidung von Alkoholabhängigen in einer „*aktiven Phase*“ der Krankheit und einem „*abstinenter lebenden*“, sich in Therapie befindlichen Abhängigen,
- dass die körperliche Leistungsfähigkeit von Alkoholabhängigen sowie der Ernährungszustand dem Trend der Gesamtbevölkerung in Deutschland entsprechen.

Ausblick

Nach Auswertung der Ergebnisse stellt sich die Frage nach der Gültigkeit der Grundannahme dieser Arbeit (s. o.). Die Befunde belegen unter den gegebenen Bedingungen, dass ein körperorientiertes Programm, das einen vermehrten Körperkontakt, die Vermittlung von Körperkenntnissen, das bewusste Erleben und Nacherleben von Bewegung sowie ein körperwahrnehmungsorientiertes Programm im muskulären Aufbautrainings in den Mittelpunkt der Arbeit stellt, keine zusätzlichen Auswirkungen auf das Körpererleben und Bewegungsverhalten von alkoholabhängigen Männer und Frauen nach sich zieht.

Folgende Überlegungen stellen einen Ansatz dar, diese Aussagen zu erklären. Sie könnten Ausgangspunkt zukünftiger empirischer Untersuchungen im Bereich der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen sein.

Folgende Überlegungen sollten hier berücksichtigt werden:

- a. Der Untersuchungszeitraum von durchschnittlich 12,71 Wochen war möglicherweise zu kurz.
- b. Umfänge und Intensitäten des körperorientierten Programms waren zu klein.
- c. Die Programme von Untersuchungs- und Kontrollgruppen wiesen eine zu geringe Trennschärfe auf.
- d. Die alkoholabhängigen Männer und Frauen haben kein Defizit an positiv erlebten Körperkontakt erfahren.
- e. Die Wahrnehmung der Patienten ist nach kurzer Zeit der Abstinenz noch so verzerrt, dass sie nicht in der Lage sind, sich realistische einzuschätzen.
- f. Nach drei bis fünf Wochen Behandlung in einer stationären Einrichtung, sind eventuelle Defizite nicht mehr zu beobachten.

Die Ausführungen zeigen, dass die Grundannahme der vorliegenden Untersuchung weder bestätigt noch verworfen werden kann. Es bedarf weiterer empirischer Arbeiten, um diese Frage endgültig zu klären.

Unbestritten ist, dass die Sporttherapie ein fester Bestandteil der Behandlung von Alkoholabhängigen geworden ist. Die vorliegende Arbeit konnte durch die Ergebnisse weitere Belege für die Wirksamkeit sporttherapeutischer Interventionen erbringen, die weit über die Verbesserung körperlicher Komponenten hinausgehen. Die Befunde bestätigen die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und belegen nachdrücklich, die verzerrte Selbstwahrnehmung der Patienten den eigenen Körper betreffend sowie das deutlich angepasste psychomotorische Bewegungsverhalten von Alkoholabhängigen im Rahmen einer stationären Entwöhnungstherapie.

Auf der Grundlage des salutogenetischen Verständnisses von Gesundheit und entsprechend der Richtlinien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), sollte sich die Sporttherapie weiter in der Behandlung von Alkoholabhängigen etablieren. Dazu bedarf es einer intensiven wissenschaftlichen Begleitung der Sporttherapie und der Auseinandersetzung mit den aktuellen Erkenntnissen der Bewegungswissenschaften, der Psychologie, Psychotherapie und Medizin.

10 Literaturverzeichnis

- Anders, W. & Weddemar, S. (2002). Häute schon berührt? Dortmund: borgmann publishing.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenetic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances. The Journal of Mind-Body Health*, 4, S. 47-55.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsförderung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.) *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*, S. 3-14. Tübingen: dgvt.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF online (2003). Leitlinien der Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Zugriff am 31.03.2005 unter <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/073-001.htm>.
- Argyle, M. (1996). *Körpersprache & Kommunikation*. 7. Auflage, Paderborn: Junfermann.
- Balz, E. & Kuhlmann, D. (2003). *Sportpädagogik. Ein Lehrbuch in 14 Lektionen*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Bartmann, U. (1989). Lauftherapie bei Alkoholkranken. *Sucht Report*, 1 / 1989, S. 40-41.
- Bartmann, U. (1992). Joggen als therapeutische Technik bei sogenannten depravierten Alkoholikern. *Suchtforschung* 15 / 1992, S. 47-50.
- Bastine H.E. (1998). *Klinische Psychologie*, Band 1, 3. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Band 6. Was erhält den Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bielefeld, J. (Hrsg.) (1991). *Körpererfahrung – Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1993). *Statistik Für Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bös, K. (1987). *Handbuch sportmotorischer Tests*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Brähler, E. (1995). *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele*. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2006). *Berichte zur Qualitätssicherung, Patientenbetreuung Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen, Klinikbezogene Ergebnisse des Jahres 2004 unveröffentlichte Befragung*.

- Buskies, W. (1999). Sanftes Krafttraining. Unter besonderer Berücksichtigung des subjektiven Belastungsempfindens. Köln: Strauß.
- Brüngel, M. & Kluthe, R. (1997). Die bioelektrische Impedanzanalyse als Methode zur Erfassung der Körperzusammensetzung. Zugriff am 15.03.2005 unter http://www.dge.de/Pages/navigation/dge_datenbank/index.htm.
- Bührlen, B. (2001). Bewegungstherapeutische Interventionen: Ziele, Operationalisierbarkeit und Intervention aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 17, S. 169-174.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert – Diete, C., Rumpf, H., Simon, R. & Töppich, J. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Band 128 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden – Baden: Nomos.
- Coppenolle van, H. (1986). Leuvense observatie Schalen voor gedruik in de psychomotorische Therapie. In *Bewegen / Hulpverlening*, 4, S. 284-296.
- Cremer, C. (1993). Untersuchungen über Selbstkonzepte von Alkoholikern. In: Deusinger, I.. Die Frankfurter Körperkonzeptskalen. Handanweisung (S. 109-111) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Dannhorn, R. (1986). Sportprogramme in der Suchtbehandlung aus psychoanalytischer Sicht. *Suchtgefahren* 32, S. 323-330.
- Deimel, H. (1988/1). Sporttherapeutische Gesichtspunkte in der Behandlung von Alkoholabhängigen. In Appel, H.J. & Mauritz, K.H. (Hrsg.). *Brennpunkte der Sportwissenschaft* (S. 43 – 58). Sankt Augustin: Academia.
- Deimel, H. (1988/2) Sport in der klinischen Therapie von Erwachsenen. Untersuchung zur Bewertung bewegungsbezogener Maßnahmen. In: Hölter, G. (Hrsg.) *Bewegung und Therapie – interdisziplinär betrachtet*, S. 87-105, Dortmund: Modernes Lernen.
- Deimel, H. & Rickert, C. (1993). Bewegungstherapeutische Förderung bei chronisch Alkoholabhängigen – Auswirkungen eines 6-wöchigen Schwimm- und Bewegungsprogramms. *Gesundheitssport und Sporttherapie* 4, S. 7-11.
- Deimel, H. (1992/2). Verständnis und Sichtweise von Körper und Körperlichkeit aus rehabilitativer Sicht. In: Thiele, J. & Schulz, N. (Hrsg.). *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, (S. 171-183). Sankt Augustin: Academia.
- Deimel, H. (1997). Bewegungs – und Sporttherapeutische Aspekte der Rehabilitation Suchtkranker. In: Weiß, M. & Liesen, H. (Hrsg.). *Rehabilitation durch Sport* (S.180 – 189). Marburg: Kilian.
- Deimel H. (2001). Möglichkeiten und Grenzen einer integrativ ausgerichteten Bewegungstherapie im Suchtbereich. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.) *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie*, (S. 148-155). Gestacht: Neuland.

- Deimel H. (2003). Results of Movement Therapy with Alcohol Dependent Patients in an Ambulant Rehabilitation Setting. In: Adapted Physical Activity-13th International Symposing: Aufeinander Zubebewegen – durch Bewegung, Spiel und Sport, S. 281-286. Wien: AFARA.
- Deimel (2005). Editorial. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2, S. 51.
- Deimel, H & Danneberg, D. (2005). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA): Neue Herausforderungen für Bewegungs- und Sporttherapeuten. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 2, S. 54-61.
- Denton, R. & Kampfe, C. (1994). The Relationship between Family Variables and Adolescent Substance Abuse. A Literature Review, Adolescence, 29, S. 475-495.
- Deusinger, I. (1998). Die Frankfurter Körperkonzeptskalen. Handanweisung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Deutsche Adipositas Gesellschaft (2003). Evidenzbasierte Leitlinien-Adipositas (S. 14-16). Zugriff am 30.03.2005 unter <http://www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien.php>.
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (1996). Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Die Beauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, (2004). Drogen und Suchtbericht, April 2004. Berlin: Offsetdruckerei Wende.
- Dorsch, F., Häcker, H. & Stapf, K. (Hrsg.) (1994). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans Huber.
- Dolan, B. & Birtchnell, S. (1999). Die Erfassung des Körperbildes. In Salter, M. (Hrsg.) Körperbild und Körperbildstörungen (S.49 – 64). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Duberny, H. J. (1992). Grundlagen und Erläuterung einer psychoanalytisch fundierten Spiel- und Körpertherapie in der Langzeittherapie männlicher Alkoholabhängiger – unter besonderer Berücksichtigung des subjektiven Erlebens der Patienten während der Behandlung. Dissertation, Universität Karlsruhe.
- Edelmeyer, B, (1995). Sporttherapie mit chronischen Suchtkranken im soziotherapeutischen Heim – ein Erfahrungsbericht. Gesundheitssport und Sporttherapie, 3, S. 4-8.
- Finke, B. (2000). Mentales Training als integraler Bestandteil der Sport- und Bewegungstherapie im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung von alkoholabhängigen Frauen und Männern. Dissertation, Universität Potsdam.
- Feuerlein W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, New York: Fischer.
- Feuerlein W. (1995/1). Alkoholismus – Eine Information für Ärzte. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. Hamm: Auerbach.

- Feuerlein W. (1995/2). Definition, Diagnose, Entstehung und Akuttherapie der Alkoholabhängigkeit. In: Seitz, H., Simanowski, U. & Lieber, S. (Hrsg.). Handbuch Alkoholismus Alkoholbedingte Organschäden (S. 1-20). Leipzig, Heidelberg: Johann Ambrosius Barth.
- Frankel, A. & Murphy, J. (1974). Physical Fitness and Personality in Alcoholism. Quart. J. Stud. Alc., 35, S. 1272-1278.
- Frobröse, I., Hartmann, Ch., Minow, H., Senf, G., Strunk, K., Waffenschmidt, S., & Wilke, Ch. (2002). Bewegung und Training. Grundlagen und Methoden für Physio- und Sporttherapeuten. München – Jena: Urban & Fischer.
- Funke-Wieneke, J. (1992) Jürgen Funke-Wieneke (in Diskussion mit Gerhard Treutlein). Grundlagen unseres Ansatzes. In: Körpererfahrungen im Sport, (S. 9-28). Aachen: Meyer & Meyer.
- Gary, V. & Guthrie, D. (1972). The Effect of Jogging on Physical Fitness and Self-Concept in Hospitalized Alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 1073-1078.
- Gass, A. & Hennerici, M.G. (2002). Alkohol und Neurologie. In: Singer, M.V. & Teyssen, S. (Hrsg.). Kompendium Alkohol, (S. 400-418). Berlin: Springer.
- Gies, V. (2001). Zur Evaluation sport- und bewegungstherapeutischer Effekte in der klinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Deutsche Sporthochschule Köln.
- Grupe, O. & Krüger, M. (2002). Einführung in die Sportpädagogik. 2. Auflage. Schorndorf: Hofmann.
- Hagen, C. (1993). Sport mit chronisch Alkoholabhängigen: eine Untersuchung zur Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit. unveröffentlichte Diplomarbeit. Deutsche Sporthochschule Köln.
- Hammer, R. (1997). „... in seiner Einheit von Wahrnehmen, Erleben und Bewegen...“. Auf der Suche nach dem Erleben in der Psychomotorik. Motorik 20 /4, S. 134-147.
- Hollmann, W. & Hettinger, T. (2000). Sportmedizin Arbeits- und Trainingsgrundlagen, 4. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Hölter, G. (1989). Qualitative Bewegungsanalysen in der Motodiagnostik von psychisch kranken Erwachsenen. Motorik, 12 (1), S. 9-18. Schorndorf: Hofmann.
- Hölter, G. (1993/1). Psychomotorik mit Erwachsenen. In: Irrmscher, T. & Fischer, K. (Red.) (S. 181-192). Psychomotorik in der Entwicklung. Schorndorf: Hofmann.
- Hölter, G. (Hrsg.) (1993/2). Mototherapie für Erwachsene. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. Schorndorf: Hofmann.

- Hölter, G. (1993/3). Ansätze zu einer Methodik der Mototherapie. In: Hölter, G. (Hrsg.) (S. 52-80). Mototherapie für Erwachsene. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. Schorndorf: Hofmann.
- Huber, G. (1996) Sporttherapie. In: Rieder, H., Huber, G. & Werle, J. (Hrsg.). Sport mit Sondergruppen (S. 69 – 80). Schorndorf: Hofmann.
- Huber, G. & Schüle, K. (2000). Einsatzfelder der Sporttherapie. In: Schüle, K. & Huber, G.(Hrsg.). Grundlagen der Sporttherapie (S.1 – 7). München, Jena: Urban & Fischer.
- Huber, G. (2004/1). Sporttherapie – zur Begründung aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In: Schüle, K. & Huber, G.(Hrsg.). Grundlagen der Sporttherapie (S. 32-38). München, Jena: Urban & Fischer.
- Huber, G. (2004/2). Sporttherapeutisches Assessment. In: Schüle, K. & Huber, G.(Hrsg.). Grundlagen der Sporttherapie (S.121 – 130). München, Jena: Urban & Fischer.
- Huber, G. (2004). Gesundheitspsychologische Ansätze. In: Schüle, K. & Huber, G.(Hrsg.). Grundlagen der Sporttherapie (S. 70-82). München, Jena: Urban & Fischer.
- Huber, G. (2004). Zur pädagogischen Dimension der Sporttherapie. In: Schüle, K. & Huber, G.(Hrsg.). Grundlagen der Sporttherapie (S. 197-208). München, Jena: Urban & Fischer.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (1999). ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Israel, S. (1995). Muskelaktivität und Menschwerdung – technischer Fortschritt und Bewegungsmangel. Sank Augustin: Academia.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases in drinking history of alcoholics. Quart. J. Stud. Alcohol, 7, S. 1-8.
- Juhan, D. (1997). Körperarbeit. Die Soma – Psychische Verbindung. München: Knaur.
- Kappell, H. (2005). Krafttraining ist mehr als Muskelarbeit. Möglichkeiten eines muskulären Aufbautrainings im stationären Setting. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 2, S. 68 - 75.
- Klein, T. (1987). Sporttherapie und Körperarbeit als integrierter Bestandteil einer psychoanalytisch orientierten Langzeitbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger Frauen und Männer. Dissertation, Universität Gießen.
- Klinik Schweriner See (2000). Therapiekonzept. Zugriff am 23.03. 2005 unter http://www.klinik-schweriner-see.de_therapiekonzept.html.
- Klinik Schweriner See (2000). Therapieformen. Zugriff am 23.03. 2005 unter http://www.klinik-schweriner-see.de_therapieformen.html.
- Klinik Schweriner See (2002). Jahresbericht 2002.Schwerin: Turo Print.

- Kotonski, M. (1988). Skifreizeit als Nachsorgeangebot für alkoholabhängige Menschen. *Sporttherapie in Theorie und Praxis* 1, S. 10-11.
- Krauz, K. (1999). In Gözl. J. (Hrsg.) *Moderne Suchtmedizin – Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndromen*, (Kapitel C 3.4). Stuttgart, New York: Thieme.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U.(2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie.
- Lammers, S. (2002). Bewegung, Spiel und Sport in der ambulanten Nachsorge Alkoholkranker. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 1, S. 12-19.
- Lehofer, M. (1992). Drei Konzepte als Grundlage von Lauftherapie mit Süchtigen. *Suchtforschung*, 15 Nr. 1, S. 61-63.
- Lehofer, M, Lux, M., Posch, C., Berthold, J., Wieser, H., Hirn, G., Egner, S., Moser, M.& Zapotoczky, H.G. (1995). Lauftherapie im Entzug bei chronischem Alkoholismus. *Suchtforschung*, 18 Nr. 1/2 , S. 55-64.
- Lindenmeyer, J. (2001). Therapie Alkoholabhängiger. In: Tretter, F. & Müller, A.(Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 363 – 393). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis*. Band 6, Alkoholabhängigkeit. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Lüdke, K.-H. (1978). Sporttherapie bei Alkoholkranken. *Das Deutsche Gesundheitswesen*, 27 , S. 1264-1266.
- Meinel, K. & Schnabel, G. (1998). *Bewegungslehre-Sportmotorik*. Berlin: Sport.
- Meyer, Ch. & John, U. (2005). Suchstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkung. In: *Jahrbuch Sucht* 05, (S. 7-28). Geesthacht: Neuland.
- Montagu, A. (2000). Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. *Konzepte der Humanwissenschaften*. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Müller, A. (2001). Interaktion mit Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. In: Tretter, F. & Müller, A.(Hrsg.) *Psychologische Therapie der Sucht*, (S. 286-301). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Müller, M.J. (2000). Impedanzanalyse auf dem Weg zu einer standardisierten Methode zur Erfassung der Körperzusammensetzung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 25, S. 167.
- Neumaier, A. (1988). *Bewegungsbeobachtung und Bewegungsbeurteilung im Sport*. Schriften der Deutschen Sporthochschule Köln, Band 21. Sankt Augustin: Academia.
- Nitsch, J. & Allmer, H., A. (1996). *Handeln im Sport. Zwischen Rationalität und Intuition*. Köln: BSP.

- Nitsch, J. (2000). Handlungstheoretische Grundlagen der Sportpsychologie. In Gabler, H., Nitsch, R. & Singer, R.. Einführung in die Sportpsychologie, Teil 1: Grundthemen. Sport und Sportunterricht Band 2, (S. 43-164). Schorndorf: Hofmann.
- Pawlow, I. P. (1953). Die gemeinsamen Typen der höheren Nerventätigkeit der Tiere und des Menschen. Band 3. Berlin: Akademie.
- Poth, C. (1990). Selbstkonzepte bei Alkoholikern. Untersuchungen zur Selbstwahrnehmung zu Beginn einer stationären Therapie. Gesundheitssport und Sporttherapie, 4, S. 3-5 und 5 (1990), S. 11-12.
- Pöhlmann, R. (1985). Motorisches Lernen. Psychomotorische Grundlagen der Handlungsregulation sowie der Lernprozeßgestaltung im Sport. Berlin: Sportverlag.
- Preedy, R. & Monitz, C. (1995). Auswirkungen von Alkohol auf Muskulatur und Knochen. In: Seitz, H., Simanowski, U. & Lieber (Hrsg.). Handbuch Alkohol Alkoholismus Alkoholbedingte Organschäden, (S. 449-472). Leipzig, Heidelberg: Johann Ambrosius Barth.
- Reuter, E. (1990). Einstellungen zum Sport und Persönlichkeitsentwicklung bei Abhängigkeitskranken. Suchtgefahren, 6, S. 380-386.
- Rist & Watzl, (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Psychologische Ansätze. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H.(Hrsg.) (1999) Lehrbuch der Suchterkrankungen, (S. 39-49). Stuttgart-New York: Thieme.
- Roth, Marcus, (1998). Das Körpererleben im Jugendalter. Aachen, Mainz: Wissenschaft.
- Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Röthig, P., Becker, H., Carl, K., Kayser, D. & Prohl, R. (Hrsg.) (1992). Sportwissenschaftliches Lexikon, 6. Auflage. Schorndorf: Hofmann.
- Rubinstein, S. L. (1984). Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Berlin: Volk und Wissen.
- Salter, M. (1999). Körperbild und Körperbildstörung. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schätzer, A. (1992). Untersuchungen zu Selbst- (und Körper-)Konzepten alkoholkranker Männer – Alkoholiker, ehemaliger Alkoholiker und Nicht-Alkoholiker im Vergleich. In: Deusinger, I.. Die Frankfurter Körperkonzeptskalen. Handanweisung (S. 109-111). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Scheid, V, Simen, J. & Discher, J. (1996). Sport in der Suchtbehandlung. Grundlagen und empirische Befunde zur Sporttherapie bei Alkoholpatienten. Motorik, 19, S. 66 – 73.
- Scheid, V. & Simen, J. (1997) Zur Bedeutung des Sports in Therapie und Nachsorge aus der Sicht abhängigkeitskranker Menschen. In: Weiß, M. & Liesen H. (Hrsg.) Rehabilitation durch Sport, (S. 195-200). Marburg: Kilian.
- Schnabel, G., Harre, D. & Borde, A. (1994). Trainingswissenschaft Leistung – Training – Wettkampf. Berlin: Sportverlag.

- Schmidt, L. (1993, 1997). Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.
- Schmidt, B., Alte-Teigeler, A. & Hurrelmann, K. (1999). Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen (S. 50-69). Stuttgart-New York: Thieme.
- Schuntermann, M. (2003). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zugriff am 25.03.2005 unter <http://www.vdr.de/internet/vdr/info-pool.nsf>.
- Schuntermann, M. (2001). Verband Deutscher Rentenversicherer, ICF German Version. Zugriff am 24.03.2005 unter <http://www.dimidi.de>.
- Schüle, K. & Deimel, H. (1990). Gesundheitssport und Sporttherapie – eine begriffliche Klärung. Gesundheitssport und Sporttherapie, 1, S. 3.
- Schüle, K. & Jochheim, K.-A. (2004). Rehabilitations-Propädeutik. In: Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.) Grundlagen der Sporttherapie. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer.
- Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.) (2004). Grundlagen der Sporttherapie. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer.
- Schürch, P., Lagerström, D. & Hollmann, W. (1978). Sportmotorische Auswirkungen eines 6-wöchigen Sportprogramms bei Alkoholikern. In: Kölner Beiträge zur Sportwissenschaft. 7 (S. 217-225). Jahrbuch der DSHS: St. Augustin.
- Seidel, E.J. & Wick, Ch. (1997). Beeinflussung der psychophysischen Leistungsfähigkeit und der Rückfallquote chronisch Alkoholkranker durch Sporttherapie. In: Weiß, M. & Liesen H. (Hrsg.) Rehabilitation durch Sport, S. 206-214. Marburg: Kilian.
- Seitz, H., Simanowski, U. & Lieber, S. (Hrsg.) (1995). Handbuch Alkohol Alkoholismus Alkoholbedingte Organschäden. Leipzig, Heidelberg: Johann Ambrosius Barth.
- Simon, J., van Van Coppenolle, H., Pierloot, R. & Wauters, M. (1989). Zielgerichtete Beobachtung des Bewegungsverhaltens in der Psychiatrie. Motorik, 12 /2, S. 66-71.
- Skinner, B. (1978). Was ist Behaviorismus? Hamburg: Rowohlt.
- Soyka, M. (1995). Die Alkoholabhängigkeit - Diagnose und Therapie. London, Glasgow, Weinheim, New York, Tokio, Melbourne, Madras: Chappmann & Hall.
- Stammer, A. & Werle, J. (1996). Bewegungstherapie in der Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. In: Rieder, H. Huber, G. & Werle, J. Sport mit Sondergruppen (S. 370 – 433). Schorndorf: Hofmann.
- Statistisches Bundesamt (2004). Fast jede(r) Zweite in Deutschland hat Übergewicht. <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p1870095.htm>, Zugriff am 04.10.2005.

- Steinsmeier-Pelster, J., Meyza, P. & Lenzen, H.G. (1989). Alkoholismus und Handlungskontrolle: Der Einfluss des Lauftrainings auf den Therapieverlauf bei handlungs- und lageorientierten Alkoholabhängigen. Suchtgefahren, 35, S. 356-367.
- Täschner, K.-L. (2002). Rauschmittel Drogen – Medikamente – Alkohol. Stuttgart: Thieme.
- Tretter, F. (1999). Entzugbehandlung, Entzugtherapie. In: Götz, J. (Hrsg.). Moderne Suchtmedizin – Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndromen (Kapitel C 3.4). Stuttgart, New York: Thieme.
- Treutlein, G., Funke, J. & Sperle, N. (1992). Körpererfahrungen im Sport: Aachen: Meyer & Meyer.
- Türk, K. & Deimel, H. (2002). Vernetzung in der Suchtkrankenhilfe. Gesundheitssport und Sporttherapie, 18, S. 20 – 23.
- Van der Schoot, P. & Deimel, H. (1988). Sport in der Rehabilitation Alkoholkranker -Entwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts -. In: Materialien zum Sport in Nordrhein Westfalen, Heft 22. Frechen: Ritterbach.
- Weber, A. (1984). Laufen als Behandlungsmethode – eine experimentelle Untersuchung an Alkoholabhängigen in der Klinik. Suchtgefahren, 30, S. 160-167.
- Weisz, St. (1989). Sporttherapie mit Alkoholkranken im Rahmen einer sechsmonatigen Entwöhnungsbehandlung. Suchtgefahren, 35, S. 184-190.
- Welsche, M. & Römer, G. (2005). Qualitative Bewegungsbeobachtung in der erlebnis- und bewegungspädagogischen Gruppenarbeit mit Jugendlichen im psychiatrisch klinischen Setting. In Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 5, S. 206-214.
- Willimczik, K. (1997). Statistik im Sport: Grundlagen, Verfahren, Anwendungen. Band 1, 3. Auflage. Ahrensburg: Czwalina.
- Zimbardo, P.G. (1983). Psychologie. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Zimmer, R. & Cicurs, H. (1990). Psychomotorik. Schriftenreihe zur Praxis der Leibesübungen und des Sportes, Band 190. Schorndorf: Hofmann.
- Zimmermann, K. (2000). Gesundheitsorientiertes Muskeltraining. Schorndorf: Hofmann

11 Anhang

	Seite
Tabelle 40: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen in der Sporttherapie	146
Leuener Beobachtungsskalen nach van Coppenolle et al. (1986) (modifizierte Fassung)	150
Beschreibung der Kategorien des LOVIPT, Kriterien des angemessenen- und abweichenden Verhaltens	151
Gütekriterien der LOVIPT, nach Van Coppenolle (1986)	157
Bewertungsprotokoll – psychomotorisches Bewegungsverhalten (LOVIPT)	158
Das „Muskuläre Aufbautraining“ (MAT), eine ausführliche Darstellung der Prinzipien, Methode und Zielstellungen des Trainings der Untersuchungsgruppe	159
Test der körperlichen Leistungsfähigkeit – Beschreibung der Testübungen	168
Beispiel einer Therapiestunde für die Kontrollgruppe	170
Beispiel einer Therapiestunde für die Untersuchungsgruppe	171

Tab. 40: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen in der Sporttherapie

Wissenschaftliche Arbeiten und Erfahrungsberichte zum Bereich Sporttherapie mit Alkoholabhängigen – eine Auswahl		
Autor / Erscheinungsjahr / Titel	Inhaltliche Ausrichtung /Anzahl der Probanden / Untersuchungszeitraum	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Gary & Guthrie (1972) The Effect of Jogging on Physical Fitness and Self-Concept in Hospitalized Alcoholics.	Empirische Untersuchung zur Wirkung eines Laufprogramms auf die physische Fitness und das Selbstkonzept von Alkoholabhängigen. / 20 Probanden / vier Wochen.	Die Ergebnisse weisen eine positive Veränderung aller physiologischen Parameter sowie eine signifikant verbesserte Körperzufriedenheit in der UG aus. Die Verfasser bewerten den Einsatz des Lauftrainings positiv.
Frankel & Murphy (1974) Physical Fitness and Personality in Alcoholism.	Empirische Untersuchung zum Zusammenhang von körperlicher Fitness und Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. / 214 Probanden / 12 Wochen / keine KG.	Die Ergebnisse zeigen deutliche Verbesserungen der physiologischen Parameter und in 10 von 13 gemessenen Persönlichkeitsvariablen.
Schürch, Lagerström & Hollmann (1978) Sportmotorische Auswirkungen eines 6-wöchigen Sportprogramms bei Alkoholikern.	Empirische Untersuchung zur Trainierbarkeit motorischer Komponenten bei Alkoholabhängigen. / 11 Probanden / sechs Wochen.	Die Ergebnisse weisen eine signifikante Verbesserung der Kreislaufleistungsfähigkeit für die UG aus. Kraft und koordinative Fähigkeiten veränderten sich für beide Gruppen nicht.
Lüdke (1978) Sporttherapie bei Alkoholkranken	Untersuchungen der Wirksamkeit eines Trainings auf dem Fahrradergometer auf die Ausdauerleistungsfähigkeit von Alkoholabhängigen in einer stationären Behandlung. / 468 Probanden / vier Monate.	Ein dreimal pro Woche absolviertes Ergometertraining (1mal Dauermethode und 2-mal Intervallmethode) bewirkt eine Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit bei Alkoholabhängigen.
Weber (1984) Laufen als Behandlungsmethode – eine experimentelle Untersuchung an Alkohol-abhängigen in der Klinik.	Empirische Untersuchung zur Veränderung psychischer Komponenten durch ein Lauftraining unter stationären Bedingungen / 26 Probanden / vier Monate.	Die Werte sowohl der UG als auch der KG in den Variablen Angst, Depression, Psychosomatische Gestörtheit, Wohlbefinden, Coping und Stress verbessern sich im Verlauf. Die UG erreicht durchgängig bessere Werte als die KG. . Statistisch signifikante Unterschiede ergeben sich in der „Zustandsangst“ und beim „Stress“.
Dannhorn (1986) Sportprogramme in der Suchtbehandlung aus psychoanalytischer Sicht.	Konzeptionelle Arbeit zu den Möglichkeiten des Sports in der Suchtbehandlung.	Dosierte Belastungen und anschließende Entspannung bewirken die Reduzierung von Ängsten durch eine verbesserte Affektsteuerung. Die Möglichkeiten des Lauftrainings werden benannt und die Aufgaben des Sporttherapeuten formuliert.
Klein (1987) Sporttherapie und Körperarbeit als integrativer Bestandteil einer psychoanalytisch orientierten Langzeitbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger Frauen und Männer.	Konzeptionelle Überlegungen und empirische Untersuchung zur Wirksamkeit der Sporttherapie auf motorischer und physiologischer Parameter, der Befindlichkeit und Selbsteinschätzung innerhalb einer stationären Behandlung. / 60 Probanden / ein Jahr.	Im Ergebnis der Arbeit wird festgestellt, dass das konzipierte Programm gut in die Langzeitbehandlung von alkoholabhängigen Frauen und Männern integrierbar ist und sich sowohl physische (u. a. Befindlichkeit) als auch physiologische Parameter unter dem Einfluss einer körperorientierten Sporttherapie positiv verändern.

Van der Schoot & Deimel (1988) Sport in der Rehabilitation Alkoholkranker	Konzeptionelle Leitgedanken. Entwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts für die Arbeit der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen.	Darstellung sportrelevanter Aussagen zum Alkoholismus, dem Sport mit Alkoholabhängigen und Entwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts der sporttherapeutischen Arbeit mit Alkoholabhängigen.
Deimel (1988/1) Sporttherapeutische Gesichtspunkte in der Behandlung von Alkohol-abhängigen.	Konzeptionelle Arbeit, Formulierung sporttherapeutischer Ziele, Indikationen und Methoden bei der Arbeit mit Alkoholabhängigen	Beziehungsstörungen zur eigenen Person und zur Umwelt führen zu einer verzerrten Eigenwahrnehmung und Selbsteinschätzung. Sport als therapeutische Maßnahme stellt im Rahmen eines multidisziplinären Konzeptes der Therapie eine günstige Möglichkeit dar, spezifische Störungen im Abhängigkeitsverhalten zu beeinflussen.
Deimel (1988/2) Sport und Bewegung in der klinischen Therapie von Erwachsenen. Eine empirische Untersuchung zur Bewertung bewegungsbezogener Maßnahmen.	Empirische Untersuchung zum Stellenwert der Bewegungs- und Sporttherapie bei der Behandlung alkoholabhängiger Patienten in einer stationären Behandlung. / 76 Probanden / nach Beendigung einer vier bis sechsmonatigen Therapie.	Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass die Sporttherapie bei den Patienten einen hohen Stellenwert besitzt. Ca. 75% der Befragten stuften die Angebote als „sehr hilfreich“ bzw. „ziemlich hilfreich“ ein.
Kotonski (1988) Skifreizeit als Nachsorgeangebot für alkoholabhängige Menschen.	Erfahrungsbericht aus der Nachsorge.	Der Verfasser beschreibt die Möglichkeiten einer Skifreizeit als Nachsorgeangebot für alkoholabhängige Menschen. Die Maßnahme wird als sehr aufwendig beschrieben und im Verlauf kritisch betrachtet.
Weisz (1989) Sporttherapie mit Alkoholabhängigen im Rahmen einer sechsmonatigen Entwöhnungsbehandlung.	Erfahrungsbericht mit konzeptionellen Orientierungen für die Sporttherapie mit Alkoholabhängigen.	Die Sporttherapie wirkt innerhalb eines therapeutischen Konzepts ebenso effektiv, wie jedes andere Verfahren. Die Säulen der Sporttherapie sind: soziales Lernen, Körperwahrnehmung und die Schulung motorisch-funktioneller Fähigkeiten.
Reuter (1990) Einstellung zum Sport und Persönlichkeitsentwicklung bei Abhängigkeitskranken	Empirische Untersuchung zu Einstellungen und Persönlichkeitskomponenten bei männlichen Alkoholabhängigen, die ca. vier Jahre nach einer Therapie abstinent lebten. / 171 Probanden / nach einem klinischen Aufenthalt.	Die Bewertung des Therapiesports und des Sports in der Freizeit ist unterschiedlich. Deutliche Zusammenhänge von Einstellungen zum Sport und der Persönlichkeitsentwicklung sind nicht zu finden. Es zeichnet sich eine Tendenz bei verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen ab. Die Ergebnisse werden sehr kritisch diskutiert.
Poth (1990) Selbstkonzepte bei Alkoholikern. Untersuchungen zur Selbstwahrnehmung zu Beginn einer stationären Therapie.	Empirische Untersuchung zur Selbstwahrnehmung von Alkoholabhängigen zu Beginn einer stationären Therapie. / 21 Probanden / sechs Monate.	Die alkoholabhängigen Patienten zeigen eine durchweg günstige Selbstbeschreibung in allen Selbst- und Körperbereichen. Der Autor kennzeichnet die unrealen Selbsteinschätzung der Patienten und diskutiert mögliche Ursachen.

Lehofer (1992) Drei Konzepte als Grundlage von Lauftherapie mit Süchtigen.	Konzeptionelle Arbeit zu verschiedenen Modellen der Lauftherapie mit Abhängigen.	Der Autor beschreibt die Modelle der „Suchtverschiebung“, „Handlungsorientierung“ und „Psychoanalyse“ bei der Lauftherapie mit Süchtigen.
Duberny, (1992). Grundlagen und Erläuterung einer psychoanalytisch fundierten Spiel- und Körpertherapie in der Langzeittherapie männlicher Alkoholabhängiger – unter besonderer Berücksichtigung des Subjektiven Erlebens der Patienten während der Behandlung.	Empirische Untersuchung zu Wirkungen einer Spiel-/ Körpertherapie auf Erleben und Verhalten von Alkoholabhängigen im Rahmen einer stationären Langzeitbehandlung. / 86 Probanden / vier-sechs Monate.	Der Autor untersucht die Wirkungen einer zusätzlichen Spiel-/ Körpertherapie auf das Erleben und Verhalten der Patienten. Die Ergebnisse belegen eine positive Veränderung im Erleben sowohl in der Untersuchungs- als auch Kontrollgruppe. Die UG zeigt einen Trend zur stärkeren Ausprägung der positiven Veränderungen in den untersuchten Komponenten.
Hagen (1993) Sport mit chronisch Alkoholabhängigen. Eine Untersuchung zur Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit.	Empirische Untersuchung zur Analyse motorischer Komponenten bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholabhängigen. / 28 Probanden / einmalige Untersuchung	Die körperliche Leistungsfähigkeit wurde mit einem Belastungs - EKG ermittelt. Die Ergebnisse belegen eine verringerte Leistungsfähigkeit der Alkoholabhängigen.
Edelmeyer (1995) Sporttherapie mit chronisch Suchtkranken im soziotherapeutischen Heim.	Erfahrungsbericht mit praxisorientierten Hinweisen.	Die Arbeit der Sporttherapie wird umfassend beschrieben. Der Verfasser hebt die Bedeutung der Sporttherapie hervor und hebt die Vermittlung von Freude an der Bewegung, die Rolle der Wahrnehmung und des Sporttherapeuten hervor.
Lehofer et al. (1995) Lauftherapie im Entzug bei chronischem Alkoholismus.	Empirische Untersuchung zur Wirksamkeit eines Lauftrainings in der Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigen. / 28 Probanden / vier Wochen.	Die Ergebnisse zeigen bei keinem der erhobenen physiologischen oder psychischen Parameter einen Unterschied zwischen UG und KG.
Lehofer (1992) Drei Konzepte als Grundlage von Lauftherapie mit Süchtigen.	Konzeptionelle Arbeit zu verschiedenen Modellen der Lauftherapie mit Abhängigen.	Der Autor beschreibt die Modelle der „Suchtverschiebung“, „Handlungsorientierung“ und „Psychoanalyse“ bei der Lauftherapie mit Süchtigen.
Stammer & Werle (1996) Bewegungstherapie in der Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholabhängigen.	Konzeptionelle Orientierungen für die Sporttherapie mit Alkoholabhängigen	Die Autoren fassen Grundkenntnisse zu verschiedenen Krankheitsbildern aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht zusammen. Ziele und Inhalte der Sport- und Bewegungstherapie mit Alkoholabhängigen werden im Überblick dargestellt.
Scheid, Simen & Discher (1996) Sport in der Suchtbehandlung. Grundlagen und empirische Befunde zur Sporttherapie bei Alkoholpatienten	Konzeptionelle Orientierungen und empirische Befunde zur Einschätzung der Wirksamkeit sporttherapeutischer Maßnahmen./ 101 Probanden / Befragung nach einer stationären Therapie	Die Autoren beschreiben die Systematik des Alkoholismus und die Ziele der Sporttherapie. Im Ergebnis der Studie wurde die Sporttherapie in der Klinik positiv bewertet. Ebenso wurden positive Wirkungen auf das Freizeitverhalten der Patienten nach der Behandlung nachgewiesen.
Seidel & Wick (1997) Beeinflussung der psycho-physischen Leistungsfähigkeit und der Rückfallquote chronisch Alkoholkranker durch Sporttherapie.	Empirische Untersuchung zur Veränderung ausgewählter koordinativer-, konditioneller- und kognitiver Fähigkeiten in einer stationären Behandlung und deren Zusammenhang zur Rückfallquote. / 75 Probanden / drei Monate.	Gering positive Veränderungen bei der Gruppe mit normalem Programm in der Sporttherapie sowie deutliche Verbesserungen bei der Gruppe mit einem defizitorientierten Zusatzprogramm. Die Rückfallquote der Gruppe mit Sonderprogramm ist deutlich geringer.

Scheid & Simen (1997) Zur Bedeutung des Sports in Therapie und Nachsorge aus der Sicht abhängigkeitskranker Menschen.	Empirische Untersuchung zum Stellenwert der Sporttherapie und Auswirkungen auf sportliche Aktivitäten nach dem Klinikaufenthalt. / 101 Probanden / Befragung nach Ende einer stationären Therapie.	Die Ergebnisse weisen einen hohen Stellenwert der Sporttherapie aus und belegen eine höhere sportliche Aktivität der Patienten nach Beendigung der Behandlung.
Deimel (1997) Bewegungs- und sporttherapeutische Aspekte der Rehabilitation Suchtkranker.	Konzeptionelle Arbeit mit besonderer Orientierung auf die Aspekte von Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit in der Sporttherapie.	Der Autor beschreibt die bewegungs- und sporttherapeutischen Zielstellungen bei Alkoholkranken, Kennzeichnet die Aspekte der Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit und formuliert die therapeutischen Grundprinzipien der Sporttherapie mit Alkoholabhängigen.
Deimel (2001) Möglichkeiten und Grenzen einer integrativ ausgerichteten Bewegungstherapie im Suchtbereich.	Konzeptionelle Arbeit und empirische Untersuchungen zur Veränderung psychischer Komponenten im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation. / 23 Probanden / drei Monate.	Der Autor stellt die Verbindung von Sporttherapie und dem Konzept der Salutogenese her und beschreibt bewegungstherapeutische Zielorientierungen. Die Ergebnisse der Studie weisen eine überwiegende Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und eine hohe Akzeptanz der Sporttherapie nach.
Finke (2000) Mentales Training als integrativer Bestandteil der Sport- und Bewegungstherapie im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung von alkoholabhängigen Frauen und Männern.	Empirische Untersuchung zum Einsatz von Techniken des Mentalen Trainings und deren Wirkung auf verschiedene Persönlichkeitsvariablen, der KörperEinstellung und der Depressivität von Alkoholabhängigen. / 67 Probanden / acht bis 12 Wochen.	Die Wirkung des Mentalen Trainings konnte im Bereich der Körper- und Selbstwahrnehmung nachgewiesen werden, Ein Unterschied zwischen UG und KG konnte nicht belegt werden.
Gies (2001) Zur Evaluation spot- und bewegungstherapeutischer Effekte in der klinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger.	Empirische Untersuchung zu verschiedenen motorischen Komponenten und dem Körperkonzept. von Alkoholabhängigen im Rahmen einer Kurzzeittherapie. / 28 Probanden / sechs Wochen / keine KG.	Die Ergebnisse belegen eine deutliche Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Patienten sowie eine positive Veränderung des Körperkonzeptes im Untersuchungszeitraum.
Lammers (2003) Bewegung, Spiel und Sport in der ambulanten Nachsorge Alkoholkranker	Konzeptionelle Orientierungen für die ambulante Nachsorge Alkoholabhängiger und empirische Untersuchung der Wirkungen auf das Körperkonzept, Selbstkonzept und Lebensorientierung. / 10 Probanden / keine KG / ein Jahr.	Der Autor beschreibt die Rahmenbedingungen, die Teilnehmer und die konzeptionellen Voraussetzungen der Sporttherapie in der ambulanten Nachsorge. Die Ergebnisse der Studie können keine wesentlichen Effekte einer wöchentlich einmaligen Intervention nachweisen. Die hohe Akzeptanz der Angebote wird herausgestellt. Der Verfasser hebt die Bedeutung weiterer Untersuchungen in diesem Bereich hervor.
Kappell (2005) Krafttraining ist mehr als Muskelarbeit. Möglichkeiten eines muskulären Aufbau trainings mit alkoholabhängigen Patienten im stationären Setting.	Erfahrungsbericht zu Möglichkeiten eines körperwahrnehmungsorientierten Krafttrainings mit Alkoholabhängigen.	Es werden die Möglichkeiten und Ergebnisse eines körperwahrnehmungsorientierten muskulären Aufbau trainings im Rahmen einer stationären Behandlung praxisnah dargestellt.
Deimel & Dannenberg (2005) Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA). Neue Herausforderungen für Bewegungs- und Sporttherapeuten.	Konzeptionelle Arbeit, bewegungstherapeutische Ansätze und Ziele für die Arbeit mit chronisch mehrfach geschädigten Alkoholabhängigen (CMA).	Die Verfasser beschreiben die Klassifikationsmerkmale und benennen medizinische und psychosoziale Aspekte der CMA. Es werden die Ziele der Rehabilitation, Besonderheiten im Bewegungsverhalten und bewegungstherapeutische Ansätze und Ziele sowie methodische Gesichtspunkte für diese Zielgruppe dargestellt

**Leuener Beobachtungsskalen,
nach van Coppenolle et al. (1986)**
(modifizierte Fassung)

Skalierung und Kurzbezeichnung der einzelnen Kategorien des LOVIPT

1. Kontakte und Bindungen in der Gruppe

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
sehr wenige	wenige	kaum	angemessenes Kontakte und Bindungen	leicht über- zogene	überzogen enge	stark überzo- gen enge
Bindungen und Kontakte				Bindungen und Kontakte		

2. Selbstvertrauen

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
sehr stark verunsichertes	stark verunsichertes	leicht unsicheres	angemessenes Auftreten	sehr sicheres	überzogen sicheres	stark überzogen sicheres
Auftreten				Auftreten		

8. Verbale Kommunikation

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
überhaupt nicht	sehr wenig	wenig	angemessen kommunikativ	leicht übertrieben	übertrieben	stark über- trieben
kommunikativ				kommunikativ		

9. Soziale Regulierungsfähigkeit

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
sehr starker Mangel an	starker Man- gel an	leichter Mangel an	angemessene Regulierungs- fähigkeit	leicht überzogen	überzogen	stark überzogen
Anpassungsvermögen				angepasst		

10. Emotionalität

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
keine	sehr wenige	wenig	angemessene Emotionen	leicht emotional	stark emotional	sehr stark emotional
Emotionen				überzogen		

11. Körperkontakt / Nähe

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
vermeidet jeden	vermeidet häufig	verzögert den	angemessener Körperkontakt	sucht	sucht häufig	sucht ständig
Körperkontakt				Körperkontakt		

Beschreibung der Kategorien des LOVIPT, Kriterien des angemessenen- und abweichenden Verhaltens

1. Kontakte / Bindungen in der Gruppe

Begriffsbestimmung:

Gruppenkontakte kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, unter Berücksichtigung der Art und der Situation entsprechende Bindungen bzw. Kontakte zu seinen Mitpatienten und dem Therapeuten herzustellen.

Bewertet werden die Art und Intensität der Kontakte bzw. Bindungen zu den Mitpatienten und zum Therapeuten

Bei der Bewegungsbeobachtung kann sich Kontaktverhalten, das emotionale Bindungen knüpft wie folgt äußern:

- 2
 - Patient reagiert nicht und zeigt wenig Interesse, wenn andere sich mit ihm in Verbindung setzen,
 - Patient nimmt keine Verbindung zu Mitpatienten oder zum Therapeuten auf oder in einer der Situation nicht angemessenen Art,
 - Patient zieht sich häufig vor anderen zurück,

- 0
 - der Patient nimmt in einer der Situation entsprechenden Art und Intensität Kontakt bzw. Bindungen zu seinen Mitpatienten bzw. zum Therapeuten auf,

- +2
 - Patient ist häufig besorgt um andere Mitpatienten,
 - Patient mischt sich in alles ein,
 - Patient sucht sehr häufig die Nähe zu anderen oder zum Therapeuten.

2. Selbstvertrauen

Begriffsbestimmung:

Selbstvertrauen kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, sich unabhängig von anderen zu bewegen, ohne sich zu unterschätzen bzw. sich zu überschätzen.

Bewertet wird die Art und Weise, mit der sich ein Patient unabhängig von anderen an die Lösung von Bewegungsaufgaben heranwagt.

Bei der Bewegungsbeobachtung kann sich das Selbstvertrauen des Patienten wie folgt darstellen:

- 2
 - Patient übernimmt fast nie die Initiative und imitiert angepasst die anderen,
 - Patient fragt häufig um Erlaubnis,
 - Patient vermeidet Zweikämpfe, wirkt unsicher oder ängstlich in der Bewegungssituation,

- 0
 - der Patient zeigt Initiative und Unabhängigkeit bei der Lösung von Bewegungsaufgaben,

- +2
 - der Patient meint mit allem fertig zu werden, hat dann aber Probleme bei der Lösung von Bewegungsaufgaben,
 - Patienten stellt sich selbst immer als zentrale Persönlichkeit dar,
 - Patient spricht in ungerechtfertigter Weise abwertend über Leistungen andere

8. Verbale Kommunikation

Begriffsbestimmung:

Unter verbaler Kommunikation versteht man die Fähigkeit des Patienten, angemessene verbale Kontakte mit den Mitgliedern der Gruppe und dem Therapeuten herzustellen.

Bewertet wird die Art und Weise der verbalen Kontaktaufnahme innerhalb der Gruppe und zum Therapeuten.

In der Bewegungsbeobachtung kann sich verbale Kommunikation wie folgt darstellen:

- 2
 - dem Patienten gelingt es nur sehr schlecht, sich mit Worten auszudrücken,
 - der Patient antwortet nach Ansprache nur knapp oder gar nicht,
 - der Patient spricht sehr leise, kaum hörbar, man muss ständig nachfragen, um ihn zu verstehen,

- 0
 - verbale Kontakte gelten als angemessen und sinnvoll, wenn sie der Situation angepasst sind und die technische Ausführung befriedigend ist, d.h. genügend Lautstärke bei gleichzeitigem Blickkontakt mit dem Adressaten,

- +2
 - der Patient redet fast unaufhörlich,
 - der Patient kann nur schwer still sein, unterbricht die anderen und antwortet für sie,
 - der Patient spricht übermäßig laut und schnell.

9. Soziale Regulierungsfähigkeit

Begriffsbestimmung:

Sozialer Regulierungsfähigkeit ist die Fähigkeit des Patienten, bestimmte Übereinkünfte, Verhaltens – und Spielregeln zu befolgen.

Bewertet wird die Einhaltung von Regeln und Normen im Rahmen der sporttherapeutischen Veranstaltungen.

Bei der Bewegungsbeobachtung kann sich soziale Regulierungsfähigkeit wie folgt darstellen:

- 2
 - der Patient bricht die Regeln des Anstandes, flucht und schimpft ständig,
 - der Patient hält sich nicht an Vereinbarungen, verspätet sich ,geht früher, hält Spielregeln nicht oder nur bedingt ein,
 - der Patient zweifelt ständig Entscheidungen an und kann diese dann nur schwer akzeptieren,

- 0
 - der Patient hält sich an Vereinbarungen, Verhaltens und Spielregeln im Rahmen der sporttherapeutischen Veranstaltungen,

- +2
 - der Patient prüft genau, ob sich die anderen an Vereinbarungen halten,
 - der Patient macht die anderen auf kleinste Fehler aufmerksam,
 - der Patient entschuldigt sich für kleinste Unzulänglichkeiten, auch zu unpassender Gelegenheit.

10. Emotionalität

Begriffsbestimmung:

Emotionalität kennzeichnet die Fähigkeit des Patienten, in Bewegungssituationen Stimmungen und Gefühle auszuleben.

Bewertet wird die Art und Weise der Darstellung von Gefühlen und Stimmungen in Bewegungssituationen.

In der Bewegungsbeobachtung kann sich Emotionalität wie folgt offenbaren:

- 2
 - der Patient zeigt wenig Anteilnahme am Geschehen, keine Freude oder Ärger, gleichmäßige Mimik,
 - der Patient ignoriert bei Spielen die Stimmung der Mannschaft,
 - der Patient wirkt häufig gleichgültig,

- 0
 - der Patient ist in der Lage der Situation entsprechend Gefühle und Stimmungen zu zeigen,

- +2
 - der Patient zeigt in stark überzogener Art Freude, Ärger, Wut usw.,
 - der Patient zeigt Gefühlsausbrüche zu unpassenden Situationen, Gefühle mit zu großer Intensität, lacht oder ist traurig bei unpassenden Gelegenheiten.

11. Körperkontakt / Nähe

Begriffsbestimmung:

Körperkontakt / Nähe kennzeichnet das Maß, mit dem der Patient körperliche Kontakte (körperliche Nähe) zu seinen Mitpatienten aufnimmt bzw. zulässt.

Bewertet werden der Umfang und die Intensität der körperlichen Kontakte zu den Mitpatienten im Rahmen der sporttherapeutischen Veranstaltungen.

In der Bewegungsbeobachtung kann sich Körperkontakt bzw. körperliche Nähe wie folgt offenbaren:

- 2
 - der Patient vermeidet Körperkontakt und körperliche Nähe in Bewegungssituationen,
 - im Spiel geht er den Mitpatienten bewusst aus dem Weg, er hält sich am Rand des Spielfeldes auf,
 - der Patient nimmt nie oder nur sehr zögerlich die Hand eines anderen,
 - Bewegungssituationen mit großer körperlicher Nähe werden vermieden,

- 0
 - der Patient kann der Bewegungssituation entsprechend Körperkontakt aufnehmen und körperliche Nähe zulassen,

- +2
 - der Patient sucht vermehrt Körperkontakt bzw. Nähe in Situationen, in denen es nicht zwingend nötig ist,
 - er hält an Bewegungssituationen mit körperlicher Nähe sehr lang und ausgiebig fest,

Gütekriterien der LOVIPT, nach Van Coppenolle (1986)

Objektivität

In der vorliegenden Literatur sind keine konkreten Angaben zur Objektivität des LOVIPT gemacht worden. Anhand des konkret beschriebenen Verhaltens für die einzelnen Kategorien des LOVIPT S ist jedoch davon auszugehen, dass die Beobachter nach einer Trainingsphase das Bewegungsverhalten relativ übereinstimmend bewerten können. Für die eigene Untersuchung ist ein Beobachtertraining durchgeführt worden, indem durch die beteiligten Sporttherapeuten 10 Patienten beobachtet und bewertet wurden. Um zu einer möglichst einheitlichen Bewertung zu gelangen, wurden die Ergebnisse jeder Beobachtung verglichen und ausführlich besprochen. Mit zunehmender Trainingsdauer waren nur noch geringe Abweichungen in der Bewertung des beobachteten Bewegungsverhaltens festzustellen.

Reliabilität und Stabilität

Zur Überprüfung der Reliabilität wurden Videoaufnahmen von 172 Patienten in verschiedenen Bewegungssituationen gemacht. Anhand dieser Aufnahmen bewerteten geschulte Beobachter über einen Zeitraum von vier Monaten das Patientenverhalten. Der Median der interpersonellen Zuverlässigkeit für den LOVIPT A lag bei $r = 0.87$ und für den LOVIPT S bei $r = 0.88$. Die Werte weisen eine deutliche Beobachtungsübereinstimmung für die Beobachtungssysteme aus, besonders das Item 9 „*das Vermögen zur Anpassung und Selbstkontrolle*“ konnte sehr zuverlässig bewertet werden. Zum Abschluss der Untersuchungen zur Reliabilität wurde resümierend eingeschätzt, dass der LOVIPT S, mit seinen konkreteren Verhaltensbeschreibungen, zuverlässiger zu sein scheint, als der LOVIPT A. Die Stabilität des Beobachtungsverfahrens wurde anhand der Fragestellung untersucht, ob ein Beobachter dasselbe Verhalten auch noch nach einer längeren Zeitspanne gleich bewertet. Dazu wurde in einem Zeitraum zwischen zwei Wochen und zwei Monaten stichprobenartig mit dem LOVIPT S ein Wiederholungstest durchgeführt. Die Ergebnisse waren zufrieden stellend. Der Medianwert lag bei $r = 0.89$, der niedrigste bei $r = 0.70$ für das Item der „*Bewegungskontrolle*“ und der höchste mit $r = 1.0$ für das Item „*Vermögen zur Anpassung und Selbstkontrolle*“.

Validität

Zur Validitätsprüfung wurden neben der inhaltlichen Ableitung der Beobachtungsmerkmale aus den Zielstellungen der Psychomotorischen Therapie, aus der sich eine gewisse Gültigkeit ableitet, zwei zusätzliche Untersuchungen durchgeführt. Es handelte sich um Befragungen von psychomotorischen Therapeuten und Mototherapeuten. Im Ergebnis beider Befragungen zeigte sich, dass die von den Therapeuten formulierten Ziele sich in der ursprünglichen Liste der Zielsetzungen der Psychomotorischen Therapie wieder fanden, d. h. dass sich die dargestellten Beobachtungsmerkmale als hinreichend repräsentativ erwiesen (vgl. Simon et al. 1989, S. 70f).

**Bewertungsprotokoll –
psychomotorisches Bewegungsverhalten (LOVIPT)**

Name, Vorname : _____ Gruppe: _____

Kategorien der Beobachtung	Bewertung 3. Woche	Bewertung letzte Woche
1. Kontakte/ Bindungen in der Gruppe		
2. Selbstvertrauen		
8. verbale Kommunikation		
9. soziale Regulierungsfähigkeit		
10. Emotionalität		
11. Körperkontakt / Nähe		

Besonderheiten / Bemerkun-
gen: _____

Ausgangsbewertung: Datum: _____ Unterschrift: _____

Abschlussbewertung: Datum: _____ Unterschrift: _____

Das „Muskuläre Aufbautraining“ (MAT), eine ausführliche Darstellung der Prinzipien, Methode und Zielstellungen des Trainings der Untersuchungsgruppe

Aufbau der Therapiestunde im Krafraum

Alle Patienten einer Wohngruppe finden sich zum vereinbarten Termin im Krafraum ein. Nach der Begrüßung, bei der sich die Teilnehmer im Kreis aufstellen, gibt es eine ‚Befindlichkeitsrunde‘. Jeder Patient berichtet möglichst konkret über seine aktuelle körperliche Situation, seine Stimmung und eventuelle Besonderheiten, die sein Training beeinflussen könnten. Im Anschluss wird der aktive Teil der Stunde mit einer Gymnastik begonnen. Jeder Patient demonstriert mit verbaler Unterstützung eine gymnastische Übung, in deren Mittelpunkt die Mobilisation der großen Gelenke und die Vorbereitung der Muskulatur stehen. Neben der Vorbereitung auf das Training steht hier auch die selbstständige Mitarbeit des einzelnen im Vordergrund. Nach der Gymnastik finden sich zwei Trainingspartner, erhalten jeweils ihr Trainingsprotokoll und beginnen nach kurzer Abstimmung das Training an den Stationen. Die Trainingspartner absolvieren im Wechsel die einzelnen Stationen, bleiben die gesamte Stunde zusammen, begleiten sich, helfen einander und sind füreinander verantwortlich. Nach jeder Übung werden die Leistungen, d.h. das jeweilige Gewicht und die Anzahl der Wiederholungen, in das Trainingsprotokoll eines jeden Patienten eingetragen. Darüber hinaus versucht der Patient den Grad seiner Belastung einzuschätzen und zu notieren. Die Festlegung des Grades der Belastung bildet die Grundlage der individuellen Steuerung des Trainings und ist Gradmesser für die reale Selbsteinschätzung des einzelnen (siehe Tabelle 41).

Muskelgruppen / Stationen	Brust			Beine komplex			Rücken/Arme		
	Butterfly		Wdh.	Beinpresse		Wdh.	Brustzug		Wdh.
Übung	Kg			Kg			Kg		
Datum:	20		30	50		30	25		30
	20		30	60		30	20		30
Belastung in %	65	80		55	75		90	75	

Tab. 41: Auszug aus dem Trainingsprotokoll mit Zahlenbeispiel (2 Serien a' 30 Wdh.)

Nach Beendigung des Trainings an den Geräten erfolgt eine kurze individuelle Lockerung und Dehnung der beanspruchten Muskulatur. Im Anschluss wird eine Kurzentspannung (2 min) durchgeführt, bei der die Patienten liegen oder angelehnt sitzen, die Augen schließen, ruhig und gleichmäßig durchatmen und versuchen, den Körper zu beruhigen. Das Ende der Stunde bildet wiederum eine Befindlichkeitsrunde, in der jeder Patient eine Rückmeldung zum eigenen Training und auch zum Training des Partners gibt, sein Befinden darstellt und Besonderheiten benennt. Die Trainingsprotokolle verbleiben beim Therapeuten und werden auf Wunsch dem Patienten am Ende der Therapie ausgehändigt.

Methodik des muskulären Aufbautrainings – „Sanftes Krafttraining“ und Kraftausdauer

Das methodische Vorgehen beim muskulären Aufbautraining in der Klinik Schweriner See orientiert sich an dem von BUSKIES vorgestellten Sanften Krafttraining unter besonderer Berücksichtigung des subjektiven Belastungsempfindens und den Ergebnissen einer Untersuchung zum gesundheitsorientierten Muskelkrafttraining von ZIMMERMANN. Im Mittelpunkt des sanften Krafttrainings steht die Steuerung der Intensität innerhalb des Trainings über das Belastungsempfinden, also die subjektive Wahrnehmung von Muskelarbeit.

Diese Form des Trainings ist darauf ausgerichtet, eine günstige Relation zwischen den positiven Trainingseffekten einerseits und der Minimierung von gesundheitlichen Risiken andererseits zu gewährleisten. Wesentliche Merkmale sind die angemessene Beanspruchung unter Berücksichtigung der individuellen Belastungsverträglichkeit, die Beendigung der Übungen vor dem Erreichen der Ausbelastung und die Wahrnehmung der körperlichen Aktivität zur Steuerung des Trainings. Das sanfte Krafttraining ist aufgrund dieser Voraussetzungen sehr gut für den Einsatz im therapeutisch ausgerichteten Training mit Alkoholabhängigen geeignet. ZIMMERMANN (2000) favorisiert nach umfangreicher Analyse der Literatur und der vorliegenden empirischen Befunde ein dynamisches nichterschöpfendes Kraftausdauertraining.

Die Organisationsform der Arbeit an den Geräten ist variabel, es wird sowohl Kreistraining als auch Stationstraining durchgeführt⁹. Der Wechsel zwischen beiden Organisationsformen wird durch die aktuelle Situation der Gruppe bestimmt bzw. als Mittel eingesetzt, um veränderte Bedingungen zu schaffen. Die stationären Geräte bieten die Möglichkeit, alle großen Muskelgruppen zu trainieren. Mehrere Kraftgeräte sind universell verstellbar und ermöglichen das Ausführen spezieller Übungen. Das Training der Bauchmuskulatur wird auf einer Matte mit Hilfe eines „Abrollers“ durchgeführt.

Innerhalb einer „Therapiestunde im Krafraum“ absolvieren die Patienten fünf bis sechs Stationen mit zwei Serien á 30 Wiederholungen (siehe Tabelle 42), beim Bauchtraining wird eine Wiederholungszahl von 100 bis 150 angestrebt. Die Übungen für die Bauchmuskulatur können über die ganze Stunde verteilt werden. Ziel ist es, sich der geforderten Anzahl so weit wie möglich zu nähern. Die Einzelserien des Bauchtrainings werden vom Patienten individuell festgelegt (z.B. 30, 30, 30, 10 = 100 oder 50, 25, 15, 10 = 100). Für Trainingsanfänger wird die Anzahl der Wiederholungen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit modifiziert und auf 15 bis 20 Wiederholungen orientiert. Ziel ist es, nach zwei bis drei Wochen die Anzahl von 30 Wiederholungen pro Serie zu erreichen. Die Pausenzeiten werden durch die Tätigkeit des Trainingspartners bestimmt, jeweils ein Patient ist aktiv und der andere hat Pause. Die Pausenzeiten betragen ca. 70 bis 100 Sekunden zwischen den einzelnen Serien. Die Reihenfolge der Übungen wird durch die Patienten eigenständig festgelegt, dabei wird darauf orientiert, dass sich die beanspruchten Muskelgruppen abwechseln und so eine unnötige Summation von Belastung vermieden wird. Der Sporttherapeut übernimmt hier eine beratende Funktion und versucht die entsprechenden Zusammenhänge zu erläutern.

Gesamtzeit	effektive Trainingszeit	Stationen /Serien	Wiederholungen an den Geräten	Wiederholungen Bauchtraining	Pausen zwischen den Serien
60 min	ca. 40 min	5-6 / 2	30 (15-20)	100-150	ca. 70-100s

Tab. 42: Überblick über die inhaltliche Gestaltung des Krafttrainings

⁹ Kreistraining beschreibt den Wechsel der Übungen nach jeder Serie, wobei die Patienten zweimal die 5-6 Stationen in einem „großen Kreis“ durchlaufen. Es entstehen größere Pausen bei der Beanspruchung der unterschiedlichen Muskelgruppen.

Stationstraining beinhaltet die unmittelbare Folge zweier Serien einer Übung, d.h. dass eine Muskelgruppe in kurzer Folge beansprucht wird. Die Pause zwischen den Belastungen ist relativ kurz. Diese Form des Trainings ist intensiver als das Kreistraining.

Selbsteinschätzung der Belastung

Die Selbsteinschätzung der Belastung ist der zentrale Gegenstand der Arbeit mit Alkoholabhängigen im Kraftraum. Hier sollen die Patienten lernen, ihre Leistungen real zu bewerten, indem sie versuchen, die Signale ihres Körpers zu spüren und darauf entsprechend zu reagieren. Nach jeder Serie einer Übung sind die Patienten angehalten, ihre jeweilige Belastung mit Hilfe einer Übersicht zur Selbsteinschätzung einzuordnen (siehe Tabelle). Entsprechend dieser Einschätzung wird die Belastung für die kommende Serie festgelegt, also die Intensität des Trainings gesteuert. Es wird angestrebt, im sog. „Grünen Bereich“ zu trainieren, dieser liegt bei einem Belastungsbereich von ca. 50 bis 80% der maximalen Leistungsfähigkeit (Ausbelastung). Die Widerstände an den Stationen sollen so verändert werden, dass der vorgenannte Bereich nicht überschritten wird. Der jeweilige Trainingspartner steht dabei dem Übenden hilfreich zur Seite, beobachtet die Ausführung der Übungen und berät bei der Einschätzung der Belastung. Um die Belastung einschätzen zu können, stehen den Patienten zwei Übersichten zur Verfügung, zum einen die „Selbsteinschätzung der Belastung“ und zum anderen die Kriterien zum Übungsabbruch die „Beendigungskriterien“ (siehe Tabelle 43).

Wann beende ich die Übungen?	
Ausweichbewegungen	Wenn ich anfangs zu „schummeln“ und die Übung nicht mehr korrekt ausgeführt werden kann.
Extremer Muskelschmerz	Wenn große Schmerzen in der arbeitenden Muskulatur auftreten.
Zittern	Bei sehr starkem Muskelzittern, die Ausführung der Übung ist beeinträchtigt.
Schwindel/Unwohlsein	Wenn mir beim Üben schwindlig wird oder sich Unwohlsein einstellt.
Gelenkschmerz	Wenn sich beim Üben Schmerzen in den Gelenken oder der Wirbelsäule einstellen.

Tab. 43: Beendigungskriterien – Wann beende ich das Training

Diese Übersicht soll den Patienten einige Anhaltspunkte geben, die darauf hinweisen, dass eine Ausbelastung vorliegen könnte und damit das Ziel des Trainings überschritten wurde. Anhand dieser Kriterien kann der Zustand einer Überlastung im Verlauf des Trainings verdeutlicht werden.

Die Selbsteinschätzung der Belastung erfolgt nach folgendem Vorgehen:

1. Der Patient beschreibt sein Belastungsempfinden und legt den Grad seiner Anstrengung fest (Was fühle ich?). Um diese leichter zu ermitteln, versucht er sich vorzustellen, wie viele Wiederholungen er in seiner Vorstellung noch schaffen würde (Was würde das heißen?).
2. Entsprechend dieser Überlegungen legt der Patient die Höhe der Belastung in Prozent fest, die er glaubt, erreicht zu haben.
3. Am Ende der Selbsteinschätzung legt der Patient sein Verhalten im weiteren Training fest, entsprechend der Einschätzung bleibt das Gewicht bei der jeweiligen Übung unverändert, wird reduziert bzw. erhöht.
4. Nach der nächsten Serie kann er die zuvor getroffene Einschätzung überprüfen und die entsprechenden Schlussfolgerungen ziehen.

Prinzipien des muskulären Aufbautrainings

Um die Möglichkeiten des Krafttrainings mit Alkoholabhängigen auszuschöpfen, ist es notwendig, klare Prinzipien der Arbeit zu beschreiben. Diese erleichtern das Festlegen und Erreichen von Zielen, die weit über die Verbesserung der Muskelfunktion hinausgehen. In der Tabelle 44 sind wesentliche Prinzipien des Krafttrainings mit Alkoholabhängigen zusammengefasst.

Prinzipien des muskulären Aufbautrainings mit Alkoholabhängigen	
Dialog mit dem Körper:	- den Körper spüren (Wirkungen von Muskelarbeit)
Selbstbestimmung:	- jeder legt seine Grenzen selbst fest, - jeder kann zu jeder Zeit das Training (die Übung) beenden
Eigenverantwortung:	- jeder ist für sein Handeln verantwortlich
Partnerverantwortung:	- jeder hat auch Verantwortung für seinen Trainingspartner

Tab. 44: Prinzipien des muskulären Aufbautrainings mit Alkoholabhängigen

Dialog mit dem Körper

Der Patient versucht, die Signale seines Körpers wahrzunehmen (spüren, fühlen, denken) und sein Verhalten entsprechend auszurichten.

Selbstbestimmung

Die Patienten legen die Ziele, die sie erreichen möchten, selbst fest. Sie können zu jeder Zeit und aus eigener Entscheidung das Training (die Übungen) beenden. Durch den Therapeuten wird kein Druck ausgeübt, es werden lediglich Zusammenhänge dargestellt bzw. Entscheidungen hinterfragt.

Eigenverantwortung

Der Patient trägt Verantwortung für sein Handeln. Das heißt, er ist für die Ergebnisse seines Trainings, die aufgrund seiner Selbsteinschätzung und dem daraus resultierenden Verhalten entstehen, selbst verantwortlich. Die Eigenverantwortung des Patienten ersetzt nicht die Gesamtverantwortung des Sporttherapeuten.

Partnerverantwortung

Jeder Patient trägt auch Verantwortung für das Handeln seines Trainingspartners. Er unterstützt ihn bei der Übungsausführung durch Korrektur und helfende Hinweise. Darüber hinaus berät er ihn bei der Selbsteinschätzung der Belastung und der Auswahl der Übungen.

Inhalte und Ziele des muskulären Aufbautrainings

Hauptinhalt des Krafttrainings mit Alkoholabhängigen ist, wie bei jedem anderen Krafttraining auch, die Muskelarbeit. Ein Training der Muskulatur hat daraus resultierend immer das Ziel, die Muskelfunktionen zu verbessern. Die Muskelleistungsfähigkeit ist infolge der Alkoholabhängigkeit bei einem Großteil der Betroffenen teilweise stark beeinträchtigt und schränkt die Lebensqualität mitunter erheblich ein.

Neben körperlich orientierten Zielen bietet ein Krafttraining in der Gruppe eine Reihe von Möglichkeiten, an psychosozial orientierten Schwerpunkten zu bearbeiten. In der Tabelle 45 sind weitere Ziele des Krafttrainings zusammengestellt, deren Umsetzung im nachfolgenden Kapitel praxisnah dargestellt wird.

Körperlich orientierte Zielstellungen	Psychosozial orientierte Zielstellungen	Schlagworte
<u>stabilisieren und verbessern :</u> - der Körperwahrnehmung		Dialog mit dem Körper
- der allgemeinen Muskelleistungsfähigkeit • Kraftausdauer • dosierter Muskelaufbau • Kreislaufregulation	- Grenzen und Möglichkeiten erfahren, - Selbstverantwortung, Selbstständigkeit - Kommunikation - Partnerverantwortung - Problemlösungsverhalten	- den Körper spüren - für sein Handeln verantwortlich sein - mit dem Körper reden, mit dem Partner in Beziehung treten - Probleme lösen

Tab. 45: Ziele des muskulären Aufbautrainings in der Gruppe

Umsetzung der Zielstellungen

Muskelfunktionen

Wie bereits erwähnt, beeinflusst Krafttraining in erster Linie die Muskelfunktionen und zielt darauf ab, die Leistungsfähigkeit der Muskulatur zu verbessern. Im beschriebenen muskulären Aufbautrainings geht es um die Verbesserung der Kraftausdauerleistung der Patienten, d. h. einer muskulären Ermüdung länger widerstehen zu können. Die Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum Muskelarbeit zu leisten, ist im Alltag von großer Bedeutung. Mit einer verbesserten Muskelleistungsfähigkeit ist eine Reihe von weiteren Effekten unmittelbar verbunden. Dazu gehören u. a. die verbesserte Funktion des Halte- und Bewegungsapparates, eine positiv veränderte Körperzusammensetzung, eine verbesserte Herz - Kreislau ffunktion (Blutdruckregulation), eine verbesserte Stoffwechsella ge usw.

Körperwahrnehmung

Eine wesentliche Zielstellung des muskulären Aufbautrainings ist die Stabilisierung und Verbesserung der Körperwahrnehmung. Dieser komplexe Prozess, der im engen Zusammenspiel von körperlichen und psychischen Ebenen abläuft, bildet die Grundlage des sanften Krafttrainings mit besonderer Berücksichtigung des subjektiven Belastungsempfindens. Den Körper wahrnehmen heißt in diesem Fall, die arbeitende Muskulatur spüren, Körperhaltungen erfühlen und Folgen von Muskelarbeit erleben.

Eine arbeitende Muskulatur sendet relativ schnell gut spürbare Signale. Bei einem Training mit leichten Gewichten und größeren Wiederholungszahlen machen sich diese Signale anfangs moderat und später sich kontinuierlich steigernd bemerkbar. Bei zunehmender Ermüdung beginnt der Muskel zu zittern, wird heiß oder beginnt zu brennen (vgl. [4] S. 30ff). Auch die ‚Folgen‘ eines Krafttrainings können deutlich wahrnehmbare Signale senden. Muskelkater, sofern er nicht in extremer Form auftritt, ist die Gewissheit, den Körper in einer Form beansprucht zu haben, wie es in der letzten Zeit (oder noch nie) nicht passiert ist. Der Patient hat mit großer Gewissheit einen trainingswirksamen Reiz gesetzt. Ein dosierter Muskelkater stellt eine zeitlich versetzte Körperwahrnehmung dar. Der Patient spürt Muskeln in der alltäglichen Bewegung, die er schon lange Zeit nicht mehr bewusst wahrgenommen hat. Muskelkater sollte in diesem Zusammenhang positiv bewertet werden. Nach dem zweiten Training treten diese Erscheinungen infolge erster Adaptationen in der Regel nicht mehr auf. Anhand von

auftretendem Muskelkater und dessen Ausbleiben bei kontinuierlichem Training ist es sehr gut möglich, den Patienten trainingswirksame Zusammenhänge plastisch darzustellen.

Grenzen und Möglichkeiten erfahren - Ziele erreichen

Alkoholabhängige Patienten erleben im Verlauf ihrer Krankheit häufig die Grenzen ihrer körperlichen Leistungs- bzw. Funktionsfähigkeit. Wenn der Körper seine Dienste versagt, ist dies häufig mit Ängsten und Frustrationen verbunden. Die Betroffenen erleben sich als nicht leistungsfähig und schlecht belastbar, was unter Umständen zu Gefühlen der Minderwertigkeit, depressiven Zuständen oder selbstunsicherem Verhalten führen kann. Auch beim muskulären Aufbautraining erleben die Patienten Grenzen. Nun kommt es jedoch darauf an, diese Grenzerfahrungen zu bewerten, die Signale des Körpers wahrzunehmen und das Verhalten entsprechend anzupassen.

Grenzen und Möglichkeiten

Beispiele aus der Trainingspraxis:

- Der Patient beendet eine Übung, weil er ein starkes Brennen in der Muskulatur spürt. Die Selbsteinschätzung der Belastung ergibt, dass das Gewicht zu hoch war und der Muskel überfordert wurde. In der nächsten Serie reduziert der Patient das Gewicht deutlich und kann die Übung bis zum Ende ohne den extremen Muskelschmerz beenden.
- Der Patient muss eine Übung abbrechen, weil sich ein Schmerz in einem Gelenk einstellt. Mit Hilfe des Sporttherapeuten versucht er, die Übung so zu verändern, dass er schmerzfrei trainieren kann. Ist das nicht möglich, wird eine Ersatzübung für die entsprechende Muskelgruppe gesucht. Ein generelles Auslassen der Übung ist die letztmögliche Variante, da vorhandene Ressourcen so weit wie möglich entdeckt und erschlossen werden sollen.

Ziele erreichen

Das muskuläre Aufbautraining bietet den Patienten u. a. die Möglichkeit, sich überschaubare Ziele zu setzen und zu versuchen, diese unmittelbar umzusetzen bzw. Bedingungen so zu verändern, dass es möglich wird, die eigenen Vorgaben zu erfüllen.

Beispiele aus der Trainingspraxis:

- Ein Patient bricht die Übung kurz nach Beginn ab, weil er spürt, dass das Gewicht zu groß ist und er die Serie voraussichtlich nicht beenden kann. Er macht eine kurze Pause, reduziert das Gewicht, setzt die Übung fort und erreicht das anvisierte Ziel.

Selbstverantwortung und Selbstständigkeit

Wie bereits in den Prinzipien dargestellt, ist das selbstständige und eigenverantwortliche Handeln des Patienten ein Ziel des muskulären Aufbautrainings. Inhaltlich ist das Training so gestaltet, dass die Patienten viele Freiräume haben, in dem sie Entscheidungen über den Verlauf treffen und so das Training zum Großteil selbst gestalten können. Dazu gehört, dass die Reihenfolge der Übungen durch die Teilnehmer festgelegt wird und die Übungen für die jeweiligen Muskelgruppen von den Trainingspartnern ohne feste Vorgabe ausgesucht werden. Die Gesamtzahl der Übungen ist nicht zwingend vorgegeben, es wird lediglich auf einen Gesamtumfang orientiert. Die Selbsteinschätzung der Belastung stellt einen wesentlichen Baustein für das selbstverantwortliche Handeln der Patienten dar.

Beispiele aus der Trainingspraxis:

- Ein Patient hat bei seinem zweiten Training seine Belastung mit 80% und mehr eingeschätzt. Trotz Beratung seines Trainingspartners und Hinweisen durch den Sporttherapeuten setzt er das Training auf diesem zu hohen Niveau fort. Er beschreibt in den nächsten Tagen einen erheblichen Muskelkater und dem Gefühl einer allgemeinen Erschöpfung. Beim nächsten Training hat er ebenso selbstständig und eigenverantwortlich versucht, die Signale seines Körpers zu hören und sein Training darauf einzustellen. Mit Einverständnis des Patienten, wurde das Geschehene in der Gruppe besprochen und durch den Sporttherapeuten die Zusammenhänge dargestellt.

Kommunikation und Partnerverantwortung

Die Patienten arbeiten beim muskulären Aufbautraining immer mit einem Partner, d.h. sie bilden über die gesamte Stunde ein Team. Vor Beginn der Arbeit an den einzelnen Stationen sprechen sie die zu absolvierenden Übungen durch und legen deren Reihenfolge fest. Während des Trainings haben sie die Aufgabe, sich bei der Übungsausführung zu beobachten und gegebenenfalls korrigierend zu helfen. Darüber hinaus beraten sie sich gegenseitig bei der Selbsteinschätzung der Belastung und der daraus resultierenden Trainingssteuerung. Die Patienten reden miteinander, beobachten und berühren sich. Sie treten während der Stunde permanent in Beziehung zueinander und haben Verantwortung füreinander.

Problemlösungsverhalten

Die Patienten werden im Verlauf des Trainings immer wieder vor neue Probleme gestellt, die es zu lösen gilt.

Beispiele aus der Trainingspraxis:

- Das Problem: Übungen können aus verschiedenen Gründen nicht oder nicht korrekt ausgeführt werden.
Die Lösung: Die Übung wird verändert, das Gerät wird umgebaut oder eine neue, andere Übung stattdessen integriert.
- Das Problem: Der Trainingspartner führt eine Übung nicht korrekt aus.
Die Lösung: Der Trainingspartner gibt verbale Hinweise, hilft aktiv bei der Bewegungsausführung oder bittet den Sporttherapeuten ihm bei der Lösung des Problems zu helfen

Erfahrungen aus der Trainingspraxis

Unmittelbare Erfahrungsmöglichkeiten beim muskulären Aufbautraining

Das muskuläre Aufbautraining vermittelt unmittelbare Erfahrungen, die wie folgt zusammengefasst werden können:

- Die Funktionsfähigkeit der Muskulatur, der Gelenke und der Wirbelsäule erleben.
- Die Fähigkeit innerhalb einer Stunde große Lasten (mehrere Tonnen) bewegen zu können, ohne dabei Schmerzen zu haben bzw. sich zu überfordern.
- Trotz eventueller körperlicher Einschränkungen etwas leisten zu können.
- Den Körper in Aktivität erleben, schwitzen, einen erhöhten Muskeltonus und Muskelermüdung spüren, Körperhaltungen wahrnehmen usw..

Einführung des Trainings – Einbindung neuer Gruppenmitglieder

Die Einführung des Trainings bei einer Gruppe, die noch keinen Kontakt mit dem sanften Krafttraining hatte, ist relativ aufwendig, erfordert eine gründliche Vorbereitung und eine solide Kenntnisse des Sporttherapeuten. Ebenso ist es notwendig, den körperlichen Zustand der Gruppenmitglieder möglichst genau zu kennen.

Die Einführung neuer Gruppenmitglieder in eine Gruppe, die mit dieser Form des Trainings vertraut ist, erfordert deutlich weniger Aufwand. Die neuen Patienten werden von den Gruppenmitgliedern, die Trainingserfahrung (Trainingspartner) besitzen, völlig selbstständig in das Programm eingewiesen. Der Sporttherapeut übernimmt hier nur eine begleitende Funktion. Diese besondere Form der Kommunikation erleichtert den „Neuen“ mitunter das Ankommen in der Gruppe und verbessert den Kontakt zu einzelnen Mitgliedern der Gruppe.

Selbsteinschätzung

Wie bereits mehrfach betont, ist die Selbsteinschätzung der Belastung das Kernstück des Trainings. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass die Bewertung der Belastung von verschiedenen Faktoren, wie dem Geschlecht und der sportlichen Vorerfahrung, wesentlich beeinflusst wird. Männer neigen in den ersten Stunden eher dazu, die Belastung unrealistisch einzuschätzen, und gelangen so in der zweiten Serie leicht in den Bereich der Überforderung.

Frauen agieren dagegen eher sehr vorsichtig und kommen kaum in den Überlastungsbereich. Ehemalige Sportler bzw. Leistungssportler verfügen in der Regel über Erfahrungen mit Krafttraining und haben eine gute Körperwahrnehmung. Sie neigen dazu, in zu hohen Intensitätsbereichen zu trainieren und streben häufig eine Ausbelastung oder zumindest ein Training im submaximalen Bereich an. Für den Sporttherapeuten ist wichtig, die Bewegungs- und Belastungserfahrung seiner Patienten zu kennen, um das zuvor beschriebenen Verhalten besser einordnen zu können.

Kreistraining versus Stationstraining

Beide Trainingsmethoden werden durch die Patienten sehr unterschiedlich erlebt und angenommen. Das Kreistraining wird von den meisten Patienten als angenehm und nicht so anstrengend empfunden. Die Muskulatur kann sich aufgrund der größeren Pausen zwischen den einzelnen Serien besser erholen. Die Intensität ist insgesamt geringer als beim Stationstraining. Diese Form des Trainings bezeichnen die Patienten als abwechslungsreicher. Der eben beschriebene Vorteil, das ständige Wechseln der Stationen nach jeder Serie, wird aus der Sicht der Umsetzung der komplexen Ziele des muskulären Aufbautrainings zum Nachteil.

Das Kreistraining verläuft insgesamt unruhiger und mit weniger Struktur. Die Patienten nehmen sich weniger Zeit, die Signale des Körpers zu hören und die Belastung real einzuschätzen. Dazu kommt, dass der schnelle Wechsel der Stationen die Gefahr birgt, die Übungen in einer ungünstigen Reihenfolge zu absolvieren. Die Kommunikation zwischen den Trainingspartnern ist ebenfalls geringer. Sie verlieren sich aus den Augen und haben weniger Einfluß aufeinander.

All diese Nachteile sind beim Stationstraining nicht zu beobachten. Zu bedenken ist jedoch, dass das Stationstraining mit Sicherheit die Trainingsform ist, die eine deutlich intensivere Belastung mit sich bringt. Zur Einführung des muskulären Aufbautrainings empfiehlt sich trotz der höheren Belastung deshalb das Stationstraining. Es verläuft ruhiger, die Körpersignale sind in kurzer Folge gegenwärtig und die Trainingspartner kommunizieren deutlich besser miteinander. Ein Wechsel zum Kreistraining empfiehlt sich bei einer Gruppe, die über einen längeren Zeitraum nach den Prinzipien des muskulären Aufbautrainings trainiert hat. Es stellt eine neue Aufgabe dar und ist die geeignete Trainingsmethode für Patienten die nach der Therapie nur gelegentlich Krafttraining machen können.

Test der körperlichen Leistungsfähigkeit – Beschreibung der Testübungen

Die Testübungen haben die Zielstellung, die Kraftausdauerleistungsfähigkeit verschiedener Muskelgruppen zu erfassen. Darüber hinaus wird ermittelt, in wie weit der Patient in der Lage ist, Kraftfähigkeiten zur Lösung einer Bewegungsaufgabe über einen längeren Zeitraum möglichst effektiv einzusetzen.

Übungsbeschreibung/ Übungsziel

Kniebeuge

Der Patient steht mit schulterbreit gegrätschten Beinen vor einem Hocker. Er kann nach belieben die Hände hinter dem Kopf verschränken oder gestreckt nach vorn halten. Dann beugt er die Knie bis das Gesäß den Hocker kurz berührt und kehrt dann die Bewegung um bis die Beine wieder gestreckt sind. Der Rücken des Patienten sollte so weit es möglich ist aufrecht bleiben und der Blick nach vorn gerichtet.

Das Ziel der Übung ist es, die Kraftausdauerleistungsfähigkeit der komplexen Beinmuskulatur zu erfassen.

Situps

Die Übung wird auf einer Matte durchgeführt. Der Patient liegt in der Rückenlage, die Beine sind an einer Sprossenwand fixiert, so daß der Oberschenkel und der Oberkörper einen rechten Winkel bildet, als auch ein rechter Winkel zwischen Ober – Unterschenkel entsteht. Die Hände liegen neben dem Oberkörper und der Kopf liegt auf der Matte.

Der Patient richtet den Oberkörper auf, bis er mit den Händen die Sprossenwand berühren kann. Dann legt er den Oberkörper wieder ab, bis der Kopf wieder die Matte berührt.

Ziel der Übung ist es, die Kraftausdauerleistungsfähigkeit der Bauch und Hüftbeugemuskulatur zu erfassen.

Liegestütz

Die Liegestütze werden bei Frauen und Männern in gleicher Form ausgeführt.

Die Patienten legen sich in Bauchlage gestreckt auf dem Boden, die Beine sind an eine Wand gestützt, die Hände sind neben den Schultern mit den Fingerspitzen nach vorne zeigend auf den Boden gestützt, die Unterschenkel sind während der gesamten Zeit auf dem Boden liegend, der Körper wird ab dem Oberschenkel vom Boden abgehoben bis die Arme völlig durchgedrückt sind. Dann erfolgt die Beugung der Arme bis diese mindestens einen Winkel von 90 Grad haben. Wichtig ist, dass der Oberkörper des Patienten während der gesamten Übung möglichst gerade bleibt.

Ziel der Übung ist es, die Kraftausdauerleistungsfähigkeit des Arm – und Oberkörperbereiches zu erfassen.

Übungsdurchführung

Alle Übungen werden in einer ruhigen und gleichmäßigen Bewegungsgeschwindigkeit ausgeführt. Es wird darauf geachtet, dass keine ruckartigen oder hastigen Bewegungen auftreten. Besonders wichtig ist der Bewegungsfluss, das heißt, dass der Patient die Übungen mit einer kontinuierlichen Bewegungsfolge mit möglichst gleichmäßigen Krafteinsatz ausführt – *ohne Bewegungspausen oder Unterbrechungen*.

Vor dem Beginn der Testübungen wird der Patient ausdrücklich auf die zuvor benannten Bedingungen hingewiesen. Die Übungen und der Verlauf werden vom Testleiter vorab demonstriert. Für jede Testübung gibt es nur einen Versuch, einige Wiederholungen zur Probe sind erlaubt. Die Übungen werden bis zur Ermüdung der beanspruchten Muskulatur, also bis zum Wiederholungsmaximum ausgeführt. Das erreichte Ergebnis, die Anzahl der Wiederholungen werden dann durch den Testleiter dokumentiert.

Teilnahme und Abbruchkriterien

Die Patienten können nur am Test teilnehmen, wenn im Therapiebuch ausdrücklich die Teilnahme am Muskulären Aufbautraining vom behandelnden Arzt bescheinigt ist. Der Test ist freiwillig, jeder Patient hat das Recht die Teilnahme abzulehnen.

Wann wird der Test abgebrochen?

- wenn der Patient eine Übungspause einlegt, Pause = Abbruch
- wenn die Übungsqualität nicht mehr aufrecht erhalten werden kann
- wenn der Patient Zeichen von starker muskulärer Ermüdung zeigt (zittern oder abfälschen) und er selbst die Übung nicht abbricht
- bei Unwohlsein oder Schwindel des Patienten

Dokumentation

Name, Vorname : _____ Gruppe: _____ Code – Nr.: _____

	Datum T1:	Datum T2:
Kniebeuge Anzahl der Wiederholungen		
Situps Anzahl der Wiederholungen		
Liegestütz Anzahl der Wiederholungen		

Beispiel einer Therapiestunde für die Kontrollgruppe

Thema: Gleichgewicht

Inhalte	Hinweise / Aufgaben des Therapeuten (T.)
Begrüßung, Befindlichkeitsrunde Erwärmung: 10 min individuelle Bewegung mit Ball (verschiedene Bälle nach Wahl) Hauptteil: Gleichgewichtsübungen - Einzelübungen im Kreis: Einbeinstand li, re mit offenen und geschlossenen Augen , 10 sec Haltezeit erreichen - Übungen auf einer Linie - Übungen auf der Bank: Einzelübungen, eine PÜ zum Ende auf der Bank Schlussteil: kleine Spiele - Volleyball mit einem Wasserball im Kreis - Atemübungen im Sitzkreis - Abschlussrunde	- alle Patienten äußern sich zu ihrer allgemeinen Befindlichkeit, körperlich und psychische Befindlichkeit (über sich zu reden) - T. erläutert kurz den Hauptinhalt der Stunde - Einstimmung, eigenverantwortliche Bewegung - T. erläutert Methodik einer Erwärmung - Koordinative Fähigkeiten - Patienten erfahren ihre Leistungsfähigkeit, T. beschreibt die Norm - T. unterstützt verbal die Aufgabenlösung - mit der Gruppe wird die Entstehung des Gleichgewichtes besprochen - freudvoller Ausklang - Körper beruhigen, Atem fließen lassen - Patienten geben Rückmeldungen zur Stunde (was haben sie über sich erfahren)

Beispiel einer Therapiestunde für die Untersuchungsgruppe

Thema: Gleichgewicht

Inhalte	Hinweise / Aufgaben des Therapeuten (T.)
Begrüßung, Befindlichkeitsrunde Erwärmung: verschiedene Kennenlernübungen - Blickkontakt, Hände geben, abklatschen, verschieden Körperteile berühren und den Partner begrüßen - PÜ: schieben, führen mit festen und losen Körperkontakt (eventuell mit geschlossenen Augen) Hauptteil: Gleichgewichtsübungen - Einzelübungen im Kreis: Einbeinstand li, re mit offenen und geschlossenen Augen , 10 sec Haltezeit erreichen - PÜ: 2er und 3er PÜ, gemeinsam Gleichgewicht finden - Übungen auf der Bank: verschiedene PÜ auf der Bank gemeinsame Arbeit und gegenseitige Hilfe (absichern) Schlussteil: kleine Spiele - Staffelübungen in der Gruppe (gesamte Gruppe) - Atemübungen im Sitzkreis - Abschlussrunde	- alle Patienten äußern sich zu ihrer allgemeinen Befindlichkeit, körperlich und psychische Befindlichkeit (über sich zu reden) - T. erläutert kurz den Hauptinhalt der Stunde - Einstimmung, Spaß, im Hintergrund Körperkontakt - Vertrauen / Selbstvertrauen - Koordinative Fähigkeiten - Patienten erfahren ihre Leistungsfähigkeit, T. beschreibt die Norm - Körperkontakt , T. weist auf die besondere Zusammenarbeit hin, um das Gleichgewicht zu finden - Körperkontakt, Partnerverantwortung, gemeinsam Aufgaben lösen, Spaß - T. unterstützt verbal die Aufgabenlösung - mit der Gruppe wird kurz die Entstehung und Bedeutung des Gleichgewichtes besprochen (Handlungswissen) - Körperkontakt., freudvoller Ausklang - Körper beruhigen, Atem fließen lassen - T. bespricht mit der Gruppe Möglichkeiten des Gleichgewichtstrainings und mögliche Störungen des Systems (u. a. Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen) - Patienten geben Rückmeldungen zur Stunde (was haben sie über sich erfahren)

12 Abstract

Die Studie untersucht Veränderungen im Körpererleben und Bewegungsverhalten von 110 alkoholabhängigen Männern und Frauen im Verlauf einer Entwöhnungsbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Wirksamkeit eines körperorientierten Programms in der Sporttherapie. Die Ergebnisse belegen signifikante Veränderungen des Körpererlebens, Bewegungsverhaltens und der körperlichen Leistungsfähigkeit. Es deuten sich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten der Untersuchung an.

Eine spezielle Wirkung der Sporttherapie konnte lediglich bei der Veränderung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Alkoholabhängigen festgestellt werden. Eine Reihe bereits vorliegender Befunde zur Thematik konnten bestätigt und ergänzt werden.

Abstract

This study analyses changes of body experience and behavior of motion in 110 alcohol addicts in the course of a withdrawal treatment. Special consideration applies to effectiveness of a body oriented program in sport therapy. Results proof significant changes of body experience, behaviour of motion and performance capability. There is an indication that the several components of the study are connected.

In this study a particular effectiveness of sport therapy could detected only in improvement of performance capability. Several existing studies of this subject could be confirmed and completed.

Lebenslauf

Harry Kappel

Persönliche Daten

Geburtsdatum –ort: 17.04.1963 in Wismar

Anschrift: Wiligrader Straße 09
19069 Lübstorf

Telefon: 03867/612282

Email: harrykappel@aol.com

Familienstand: in Partnerschaft lebend

Kinder: Konstanze Kappel, 19 Jahre alt

Staatsangehörigkeit: Bundesrepublik Deutschland

Schulbildung

19069-1974 Polytechnische Oberschule Wismar

1974-1979 Kinder- und Jugendsportschule Schwerin, Abschluss 10. Klasse

1979-1982 Kinder- und Jugendsportschule Schwerin, Abitur

Armeedienst

1982-1985 Armeedienst

Hochschulstudium

1986-1991 Fernstudium an der Fakultät Sportwissenschaft der Deutschen Hochschule für Körperkultur und Sport Leipzig (DHFK), Außenstelle Rostock, ab 1991 Universität Leipzig

Thema der Diplomarbeit: „Untersuchungen zur Entwicklung der aeroben Leistungsfähigkeit im Nachwuchstraining der Sportart Boxen und Darstellung der Zusammenhänge zur Wettkampfausdauer“.

1991 Abschluss als Diplomsportlehrer

seit 2001 Promotionsstudium an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS), Institut für Rehabilitation und Behindertensport, Thema der Arbeit: „Körpererleben und Bewegungsverhalten alkoholabhängige Männer und Frauen.“
Betreuer: Prof. Dr. Klaus Schüle

abgeschlossen Dezember 2006

Beruflicher Werdegang

1985-1988 Trainer in der Sportart Boxen, DTSB Kreisvorstand
Perleberg, Trainingszentrum Wittenberge, Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahre

1988-1990 Trainer in der Sportart Boxen beim SC Traktor Schwerin,
Nachwuchsleistungssportler im Alter von 14 bis 17 Jahre

1990 Auflösung des Deutschen Turn- und Sportbundes (DTSB) und
Beendigung aller Arbeitsverträge im Rahmen der deutschen
Wiedervereinigung

01/1991-08/1991 Aufbau und Leitung einer Asthmasportgruppe für Kinder im
Sportclub Schwerin (ABM), Kinder im Alter von 3 bis 14
Jahren

09/1991-10/1992 Sporttherapeut „Diana Klinik“ Bad Bevensen,
Fachklinik für physikalische Medizin und Rehabilitation,
Aufbau und Leitung der medizinischen Trainingstherapie

11/1992-09/1994 Sporttherapeut „Nervenklinik Schwerin“,
Klinikum für Neurologie und Psychiatrie, Tätigkeitsbereich in
den psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene und Kinder

seit 10/1994 Sporttherapeut „Klinik Schweriner See“ Lübstorf,
Fachklinik für Sucht und Psychosomatik

Weitere Tätigkeiten

1992-1993 Trainer der 2. Boxbundesliga Hamburg / Glinde

1993-1998 Kursleiter „präventive Rückenschule“ bei der Techniker
Krankenkasse Schwerin

seit 1998 Dozent an der staatlich anerkannten Einrichtung der
Weiterbildung „Seminar Center 2001“, Lehre in den Fächern
„Bewegungslehre“, „Trainingslehre“ und
„Bewegungserziehung“

ab 2000 Beratung und Betreuung verschiedener Leistungssportler in
Training und Wettkampf – Leistungsdiagnostik,
Trainingssteuerung und Wiederherstellung nach Verletzung

Berufliche Weiterbildung

1992 Trainerlizenz „Trainer A“ des Deutschen Sportbundes

1993 Zertifikat „Rückenschulleiter“ Forum Gesunder Rücken

1995 Abschluss der Ausbildung zum „Bewegungs- und
Sporttherapeuten“ für Suchtkrankenhilfe, Psychiatrie und
Psychosomatik, Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogen-
gefahren, Greifswald

Dezember 2006

Harry Kappel