

Motivationale Aspekte für die Sport- und Bewegungstherapie bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen



K. Friedrich, J. Krieger, C. Hauser, C. Penkov, M. Wendt, M. Ziegenbein

Hintergrund



In der Behandlung von psychischen Erkrankungen kann die Sport- und Bewegungstherapie sowohl zu einer Verbesserung des psychischen Wohlbefindens als auch zu einer Verringerung von sedentärem Verhalten beitragen [1]. Da Symptome psychischer Erkrankungen Barrieren für Patientinnen und Patienten darstellen können, körperlich aktiv zu sein, sind motivationale Aspekte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting von hoher Bedeutung. Obwohl während der Behandlung eine professionelle Unterstützung durch Bewegungsfachtherapeuten und -therapeutinnen erfolgt, nehmen nur 23 % der Patientinnen und Patienten bewegungstherapeutische Verfahren während einer stationären Behandlung in Anspruch [2]. Somit besteht Forschungsbedarf hinsichtlich motivationaler Einflussgrößen. Aufgrund der Unterschiede im Aktivitätsverhalten zwischen Männern und Frauen [3] sind mögliche Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen. Die vorliegende Studie untersucht daher die Zielintention von Patientinnen und Patienten, während der Behandlung an der Sport- und Bewegungstherapie teilzunehmen.

Methodik & Stichprobe



Seit Mai 2021 werden in einem psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachkrankenhaus volljährige Patientinnen und Patienten in teil- und vollstationärer Behandlung innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme zu ihrer Zielintention für die Sport- und Bewegungstherapie befragt.

Entsprechend des Motivation-Volition-Modells werden Absichtsstärke sowie sport- und bewegungsbezogene Selbstkonkordanz (SSK) als Merkmale der Zielintention unterschieden. Die Absichtsstärke wird auf einer zehnstufigen Skalen (1 = „diese Absicht habe ich gar nicht“; 10 = „diese Absicht habe ich ganz stark“) erhoben. Die SSK wird mithilfe einer siebenstufigen Skala (1 = „trifft nicht zu“; 7 = „trifft sehr zu“) erfasst und setzt sich aus 4 Subskalen (extrinsische, introjizierte, identifizierte, intrinsische Motivation) zusammen. Anhand der Subskalen wird der SSK-Index berechnet, dessen niedrigster theoretischer Wert -12 und höchster Wert +12 ist [4].

Bisher wurden $n = 209$ volljährige Personen mit unterschiedlichen psychiatrischen Hauptdiagnosen befragt. Folgende ICD-10 Diagnosen sind in der Stichprobe vertreten:

- F10 (♂ 2 %; ♀ 1 %) - F33 (♂ 57 %; ♀ 48 %)
- F20 - F25 (♂ 2 %; ♀ 1 %) - F40 - F45 (♂ 9 %; ♀ 20 %)
- F31 (♂ 5 %; ♀ 2 %) - F60 (♂ 1 %; ♀ 6 %)
- F32 (♂ 24 %; ♀ 23 %)

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe.

| Merkmal | Männer ♂ $n = 108$ (52 %) | Frauen ♀ $n = 101$ (48 %) | p | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|
| Alter $M (SD)$ | 41,49 (13,24) | 38,91 (15,37) | .194 ^a | |
| Setting | vollstationär | 45 (42 %) | 63 (62 %) | .003 ^{b**} |
| | teilstationär | 63 (58 %) | 38 (38 %) | |
| Behandlungsdauer in Wochen $M (SD)$ | 6,57 (2,94) | 6,71 (3,33) | .743 ^a | |
| Bewegungstherapien pro Woche $M (SD)$ | 2,83 (1,96) | 2,97 (2,01) | .609 ^a | |

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

^a t -Test.

^b χ^2 -Test.

** $p < .01$.

Ergebnisse



Die Daten zeigen keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten in der Absichtsstärke. Die durchschnittliche Absichtsstärke ist bei beiden Geschlechtern hoch ausgeprägt.

Auch im SSK-Index sowie auf den dazugehörigen Subskalen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern vorhanden. Sowohl Patientinnen als auch Patienten haben einen positiven SSK-Index. Dementsprechend sind bei beiden Geschlechtern die Subskalen der identifizierten und intrinsischen Motivation am höchsten ausgeprägt.

Tab. 2: Mittlere Ausprägung der Absichtsstärke sowie der SSK-Skala von Männern und Frauen.

| | | M | SD | p | |
|--|---------------------------|------|------|-------------------|-------------------|
| Absichtsstärke (♂ = 108, ♀ = 101) | ♂ | 8,38 | 1,98 | .737 ^a | |
| | ♀ | 8,48 | 2,13 | | |
| SSK-Index ^b (♂ = 106, ♀ = 100) | ♂ | 4,71 | 2,78 | .143 ^c | |
| | ♀ | 4,07 | 3,41 | | |
| SSK-Subskalen | extrinsische Motivation | ♂ | 1,78 | 1,02 | .982 ^a |
| | | ♀ | 1,78 | 1,13 | |
| | introjizierte Motivation | ♂ | 4,12 | 1,61 | .887 ^a |
| | | ♀ | 4,14 | 1,74 | |
| | identifizierte Motivation | ♂ | 5,87 | 1,19 | .243 ^a |
| | | ♀ | 5,66 | 1,44 | |
| | intrinsische Motivation | ♂ | 4,73 | 1,51 | .087 ^c |
| | | ♀ | 4,34 | 1,73 | |

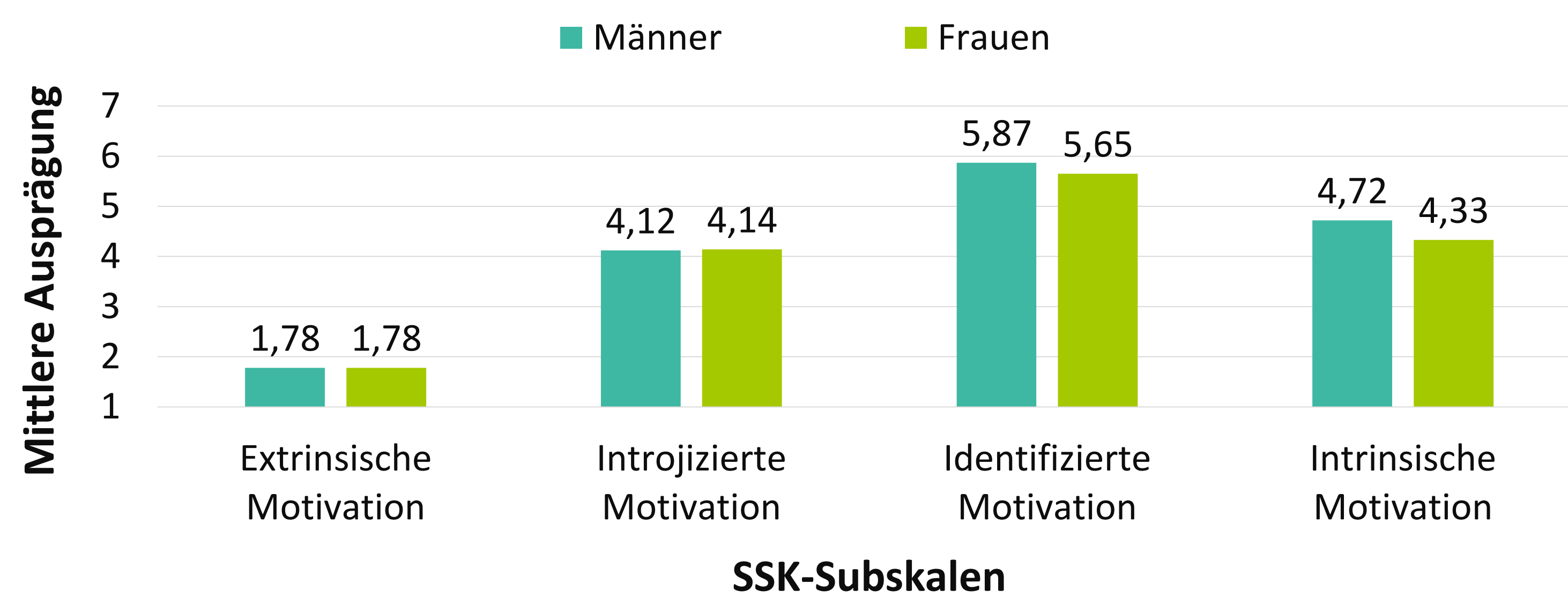
Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

^a t -Test.

^b Die Auswertung der SSK-Skala erfolgt nur, wenn Absichtsstärke ≥ 2 .

^c Welch's- t -Test.

Abb. 1: Mittlere Ausprägung der SSK-Subskalen von Männern ($n = 106$) und Frauen ($n = 100$).



Schlussfolgerungen



Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten hinsichtlich Absichtsstärke und SSK. Dies weist auf die Tendenz hin, dass Männer und Frauen sich sowohl in ihrem Ausmaß der Zielintention als auch der Übereinstimmung dieser mit den persönlichen Wertvorstellungen ähneln.

Auffallend ist die hoch ausgeprägte mittlere Absichtsstärke in beiden Gruppen, was auf eine mögliche Limitation der vorliegenden Daten hinweist, Personen mit geringer Absichtsstärke in der Stichprobe zu unterschätzen. Der positive SSK-Index in beiden Gruppen deutet daraufhin, dass bei den befragten Personen das Ziel, Bewegungstherapien zu besuchen, eher aufgrund einer vorhandenen inneren Motivation als durch äußere Anlässe verfolgt wird. Dies deutet an, dass das Sporttreiben eher den eigenen Interessen und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten entspricht, was insbesondere für die Aufrechterhaltung eines langfristig körperlich aktiven Lebensstils über die Behandlung hinaus von Bedeutung ist. Weiterhin limitierend ist, dass lediglich $n = 4$ Studienteilnehmende gar nicht an den Bewegungstherapien teilgenommen haben. Vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahme der Bewegungstherapien in Deutschland [2] sollten die vorliegenden Ergebnisse daher zum einen in multizentrischen Forschungsdesigns überprüft werden. Zum anderen sollten Studien künftig gezielt Personen mit geringerer Absichtsstärke und geringerem SSK-Index einbeziehen.



Wahrendorff
Klinikum

✉ katrin.friedrich@wahrendorff.de

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. (2. Aufl.). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-58284-8 [2] Brehm, K., Dallmann, P., Freyer, T., Winter, K., Malchow, B., Wedekind, D., ... Ströhle, A. (2019). Angebot und Inanspruchnahme von Sporttherapie in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 91(7), 642–650. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0782-7> [3] Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, ... Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308–315. doi:10.1002/wps.20458 [4] Seelig, H., & Fuchs, R. (2006). Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 13(4), 121–139. doi:10.1026/1612-5010.13.4.121