

Motivation für die Sport- und Bewegungstherapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen im teil- und vollstationären Behandlungssetting

K. Friedrich, C. Hauser, J. Krieger, C.A. Penkov, V. Rößner-Ruff, M. Wendt, M. Ziegenbein

Hintergrund



Bei nahezu allen psychischen Erkrankungen können Sport und Bewegung therapeutisch ergänzend eingesetzt werden [1]. Körperlicher Aktivität kommt eine doppelte Bedeutung zu, da sie sich sowohl positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirkt als auch schädlichen Folgen eines sedentären Lebensstils entgegenwirkt [2,3]. Bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen werden Patientinnen und Patienten leitlinienkonform professionell durch Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten während Sport- und Bewegungstherapien angeleitet und begleitet. Studien deuten an, dass diese Angebote nur von etwa 23 % der Patientinnen und Patienten während der Behandlung in Anspruch genommen werden [4]. Vor diesem Hintergrund ist die Motivation für Sport- und Bewegungstherapien von Menschen mit psychischen Erkrankungen während der Behandlung näher zu untersuchen. In der vorliegenden Studie werden Unterschiede im Hinblick auf motivationspsychologische Einflussgrößen zwischen dem teil- und vollstationären Behandlungssetting analysiert.

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, introjierte, identifizierte, intrinsische Motivation) zusammen. Anhand der Subskalen wird der SSK-Index berechnet, dessen niedrigster theoretischer Wert -12 und höchster Wert +12 ist [5]. Die Selbstwirksamkeitserwartungen werden mit 18 Items auf einer siebenstufigen Skala (1 = „gar nicht sicher“; 7 = „ganz sicher“) [6] erhoben. Es werden positive (12 Items) und negative (10 Items) Konsequenzerwartungen unterschieden und mithilfe einer vierstufigen Skala (1 = „trifft nicht zu“, 4 = „trifft sehr zu“) erhoben [7].

Bisher wurden $n = 222$ volljährige Personen mit unterschiedlichen psychiatrischen Hauptdiagnosen befragt. Folgende ICD-10 Diagnosen sind in der Stichprobe vertreten: F10-F19 (1 %), F20-F29 (2 %), F30-F39 (82 %), F40-F48 (12 %), F60-F69 (3 %).

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe.

Merkmal	vollstationär $n = 112$ (50 %)	teilstationär $n = 110$ (50 %)	p	
Alter $M (SD)$	37,85 (15,82)	42,65 (12,18)	.012 ^{a*}	
Geschlecht	♂	48 (43 %)	80 (73 %)	<.001 ^{b***}
	♀	64 (57 %)	30 (27 %)	
Minuten/Woche in Bewegungstherapien ^c $M (SD)$	134,26 (89,66)	98,02 (57,27)	<.001 ^{a***}	

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

^a Welch's- t -Test.

^b χ^2 -Test.

^c U.a. Walking, Laufen, kraft- oder ausdauerorientiertes Fitnesstraining, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Tennis, Kegeln, Fuß-/ Volley-/ Federball, Yoga, Qi Gong, Pilates, Tae Bo, Tanztherapie, Bogenschießen, PMR, Faszien- & Koordinationstraining.

* $p < .05$; *** $p < .001$.



✉ katrin.friedrich@wahrendorff.de

Literatur
[1] Ströhle, A., Bendau, A., Augustin, N., Esch, A. D., Große, J., Kaminski, J., ... Wendt, M. (2022). Sportpsychiatrie und -psychotherapie. *Nervenarzt*, 93, 742-753. doi: 10.1007/s00115-022-01342-x [2] Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., ... Kahl, K. G. (2018). EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness. *European Psychiatry*, 54, 124-144. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004 [3] Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., 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] 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. doi: 10.1007/s00115-019-0782-7 [5] 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 [6] Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3, 141-15 [7] Fuchs, R. (2013). Sportbezogene Konsequenzerwartungen: Das Konstrukt und seine Messung. Freiburg: Universität Freiburg. [8] Fuchs, R., Seelig, H., Göhner, W., Schlatterer, M., & Ntoumanis, N. (2017). The two sides of goal intentions: intention self-concordance and intention strength as predictors of physical activity. *Psychology & health*, 32(1), 110-126. doi: 10.1080/08870446.2016.1247840

Ergebnisse



Von den hier betrachteten motivationspsychologischen Einflussgrößen zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten im voll- und teilstationären Behandlungssetting lediglich bei Selbstwirksamkeitserwartungen ($t(210) = 2.73, p < .001$). Die Selbstwirksamkeitserwartungen zur Teilnahme an Bewegungstherapien sind von Menschen im teilstationären Setting ($M = 90,75; SD = 17,16$) statistisch signifikant höher ausgeprägt als die von Menschen im vollstationären Setting ($M = 83,46; SD = 22,32$).

Es wurden keine weiteren statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Settings im Hinblick auf die Einflussgrößen gefunden.

Tab. 2: Mittlere Ausprägung Absichtsstärke, SSK-Skala, Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartungen vollstationär (v) im Vergleich zu teilstationär (t).

Einflussgrößen		M	SD	p	
Absichtsstärke ($v = 112, t = 110$)	v	8,72	1,65	.104 ^a	
	t	8,29	2,26		
SSK-Index ^b ($v = 110, t = 109$)	v	4,34	3,19	.071 ^c	
	t	5,08	2,84		
SSK-Subskalen	extrinsische Motivation	v	1,81	1,12	.570 ^c
		t	1,72	0,99	
	introjierte Motivation	v	4,30	1,67	.121 ^c
		t	3,95	1,64	
	identifizierte Motivation	v	5,87	1,04	.608 ^c
		t	5,95	1,29	
intrinsische Motivation	v	4,81	1,40	.270 ^a	
	t	4,58	1,65		
Selbstwirksamkeitserwartungen ($v = 112, t = 110$)	v	83,46	22,32	.006 ^{a**}	
	t	90,75	17,16		
Konsequenzerwartungen ($v = 112, t = 110$)	negativ	v	17,23	5,50	.169 ^c
		t	16,27	4,84	
	positiv	v	34,97	7,01	.404 ^c
		t	35,71	6,08	

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

^a Welch's- t -Test.

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

^c t -Test.

** $p < .01$.

Schlussfolgerungen



Von den untersuchten motivationspsychologischen Einflussgrößen zeigt sich zwischen dem teil- und vollstationären Behandlungssetting lediglich bei Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) zur Beteiligung an Bewegungstherapien (BWT) ein statistisch signifikanter Unterschied. Mit 82 % hat die Mehrheit der Patientinnen und Patienten der Stichprobe depressive Störungen (F32, F33). Zu den Symptomen einer Depression zählt unter anderem eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, welches in engen Zusammenhang mit SWE steht. Weiterhin geht eine größere Symptombelastung in der Regel eher mit einer voll- als einer teilstationären Behandlung einher. Vor diesem Hintergrund erweist sich der signifikante Unterschied in den SWE als schlüssig. Da SWE in anderen Studien als wichtiger Prädiktor für das Aktivitätsverhalten herausstellten [7], ist in zukünftigen Studien zu untersuchen, ob möglicherweise insbesondere Menschen im vollstationären Setting von Interventionen, die SWE für Sport und Bewegung fördern, profitieren und bei der Initiierung sowie langfristigen Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils gefördert werden.

Der statistisch signifikante Unterschied in den Minuten in Bewegungstherapien/ Woche ist bedingt durch eine unterschiedliche Therapieplangestaltung zwischen teil- und vollstationären Bereichen. Auffallend ist zudem, dass in beiden Settings eher eine hohe Absichtsstärke zur Beteiligung an BWT angegeben wird. Betrachtet man zusätzlich die Ergebnisse des SSK-Index, so ist davon auszugehen, dass die Absicht der Patientinnen und Patienten weniger durch äußere Anlässe bedingt ist und diese Absicht vielmehr mit den eigenen Interessen und Wertvorstellung in Einklang steht. Auch bei Betrachtung der Konsequenzerwartungen (KE) zeigt sich, dass negative KE eher unterdurchschnittlich ausgeprägt sind, während positive KE eher überdurchschnittlich ausgeprägt sind. Der therapeutische Schwerpunkt den Sport und Bewegung als Teil des multimodalen Behandlungsansatzes im Kontext des (teil-)stationären Settings haben und die Begleitung durch bewegungstherapeutische Mitarbeitende, könnte einen sicheren Rahmen bieten, in dem Patientinnen und Patienten eher wenig Vorbehalte gegenüber BWT haben. Zudem scheinen BWT eher im Einklang mit den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten zu stehen. Dies unterstreicht den Bedarf an weiterer Forschung zur Förderung der Partizipation an BWT während der Behandlung psychischer Erkrankungen, wobei insbesondere mögliche symptombedingte Hemmnisse und diagnosespezifische Unterschiede weiter untersucht werden sollten.