

Was Männer bewegt – Motivation für die Sport- und Bewegungstherapie in der teilstationären Behandlung von Depression

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

Hintergrund



Seit 2011 bietet die Tagesklinik für Männer vom Wahrendorff Klinikum ein geschlechtsspezifisches Behandlungsprogramm an. Im Rahmen des verhaltenstherapeutischen und achtsamkeitsbasierten multimodalen Therapiekonzeptes nimmt auch die Sport- und Bewegungstherapie (SBT) einen wichtigen Stellenwert ein. In der Behandlung von Depressionen sollte bei Abwesenheit möglicher Kontraindikationen ein strukturiertes und supervidiertes körperliches Training erfolgen [1]. Antriebs- und Aktivitätsverminderung, Freud- und Interessenverlust gehören unter anderem zu den Symptomen einer depressiven Erkrankung und können ebenso die Motivation zu körperlichem Training verringern. Im Hinblick auf eine selbstständige Fortführung des körperlichen Trainings über das Behandlungsende hinaus ist es wichtig, motivationspsychologische Einflussgrößen näher zu untersuchen. Die vorliegende Studie analysiert daher einerseits Motive der Patienten sich an den SBT zu beteiligen sowie weitere Einflussgrößen entsprechend des Motivations-Volitions-Prozessmodells.

Methodik & Stichprobe



Patienten mit einer Hauptdiagnose Depression (F32, F33) der Tagesklinik für Männer werden seit Mai 2021 innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme mittels Fragebogen in Selbstauskunft befragt.

Die Motive werden anhand des Berner Motiv- und Zielinventars für den Freizeit- und Gesundheitssport (BMZI) [2] erfasst. Entsprechend des Motivations-Volitions-Konzepts werden Absichtsstärke sowie sport- und bewegungsbezogene Selbstkonkordanz (SSK) als Merkmale der Zielintention unterschieden. Die Absichtsstärke wird auf einer zehnstufigen Skala (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 [3]. Die Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) werden mit 18 Items auf einer siebenstufigen Skala (1 = „gar nicht sicher“; 7 = „ganz sicher“) [4] erhoben. Es werden positive (12 Items) und negative (10 Items) Konsequenzerwartungen (KE) unterschieden und mithilfe einer vierstufigen Skala (1 = „trifft nicht zu“, 4 = „trifft sehr zu“) erfragt [5].

Bisher wurden $n = 55$ Personen im Alter von 35 bis 64 befragt.

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe

Merkmal	$n = 55$ ♂			
Alter $M (SD)$	46,18 (7,57)			
Diagnosen	F32.1	11 (20 %)	F33.1	19 (35 %)
	F32.2	5 (9 %)	F33.2	20 (36 %)
Minuten/Woche in Bewegungstherapien ^a $M (SD)$	98,36 (52,44)			

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

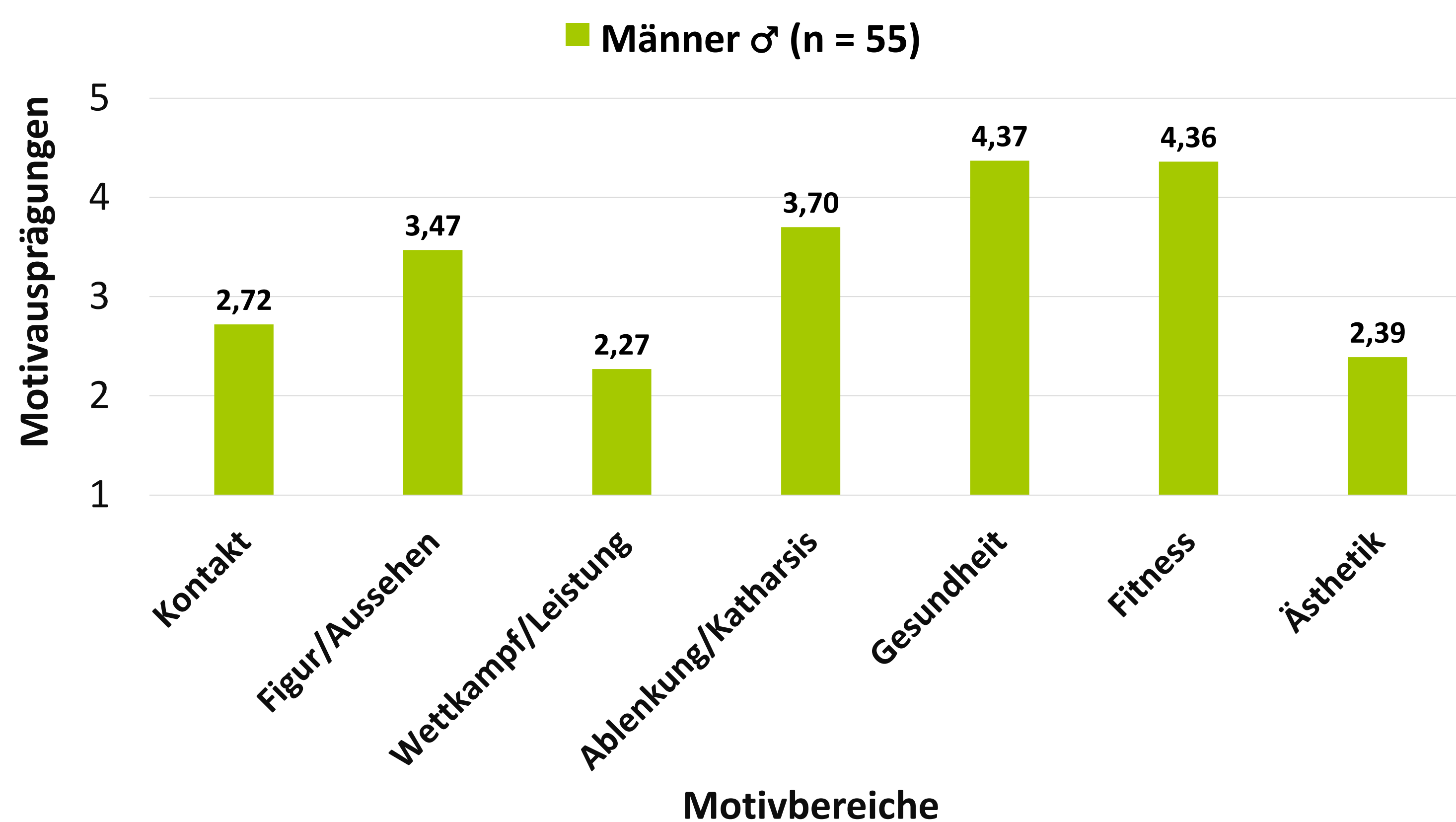
^a Umfasst kraft- oder ausdauerorientiertes Fitnesstraining, Wirbelsäulengymnastik, Tischtennis, Tennis, Kegeln, Fußball, Yoga, Bogenschießen, PMR, Konzentrierte Bewegungstherapie.

Ergebnisse



Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 und Tabelle 2 dargestellt. Negative KE zeigen insgesamt eine mittlere Ausprägung. Die hierbei im Mittel am höchsten bewerteten Items der negativen KE in Bezug auf die Teilnahme an SBT während der teilstationären Behandlung waren: „fühle ich mich danach ausgelaugt und erschöpft“ ($M = 1,84$, $SD = 0,76$); „kostet mich das große Selbstüberwindung“ ($M = 1,78$, $SD = 0,96$); „gerate ich in Situationen, in denen ich Angst davor habe, zu versagen“ ($M = 1,75$, $SD = 0,93$).

Abb. 1: Mittlere Ausprägung der Motivbereiche nach dem BMZI



Tab. 2: Mittlere Ausprägung Absichtsstärke, SSK-Skala, Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartungen

Einflussgrößen	M	SD
Absichtsstärke	8,74	1,61
SSK-Index	5,32	3,00
SSK-Subskalen	extrinsische Motivation	1,75
	introjizierte Motivation	3,81
	identifizierte Motivation	5,97
	intrinsische Motivation	4,91
Selbstwirksamkeitserwartungen	89,07	14,55
Konsequenzerwartungen	negativ	15,40
	positiv	35,58

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Schlussfolgerungen



Die tagesklinischen männlichen Probanden der Studie bewerteten im Mittel die Motive „Gesundheit“ und „Fitness“ gefolgt von „Ablenkung/Katharsis“ und „Figur/Aussehen“ am höchsten. Dies erscheint vor dem Behandlungskontext sowie der depressiven Symptomatik der Stichprobe erklärbar. Zwar wurden negative KE im Mittel durchschnittlich bewertet, jedoch unterstreichen die am höchsten bewerteten Items, dass zu Beginn der Behandlung eine professionelle Unterstützung zur Teilnahme an SBT von Bedeutung sein kann. Teil dieser Unterstützung sollte es dabei auch sein, über die Wirkweise der SBT aufzuklären. Hierbei ist es wichtig, über ein rein funktionelles Verständnis hinauszugehen. SBT zielen ebenso auf psychologische, soziale sowie pädagogische Zieldimensionen ab und haben somit weit mehr als eine Förderung des Gesundheitszustandes im Sinne einer Verbesserung physiologischer Parameter zum Ziel.

Auffallend ist die hohe Absichtsstärke während der Behandlung an SBT zu partizipieren. Die Studienteilnahme durch eher „sportaffine“ Patienten ist eine zu berücksichtigende Limitation. Die positive Ausprägung des SSK-Index weist darauf hin, dass diese Absicht weniger durch externe Gründe bedingt ist, sondern eher mit den eigenen Interessen und Wertvorstellungen der Patienten in Einklang steht. Auch bei Betrachtung der positiven KE und SWE zeigt sich, dass beide Einflussgrößen überdurchschnittlich ausgeprägt sind. Dies deutet mit Limitationen daraufhin, dass der Behandlungskontext im tagesklinischen Setting mit SBT, die professionell begleitet werden, einen sicheren Rahmen für Patienten schaffen, (wieder) körperlich aktiv zu werden.

Ein positiver SSK-Index und hohe SWE gelten als wichtige motivationspsychologische Prädiktoren, die die Initiierung und Aufrechterhaltung regelmäßiger sportlicher Aktivitäten begünstigen. Weitere Forschung ist erforderlich, um zu analysieren, ob und inwieweit SBT während einer tagesklinischen Behandlung zur Steigerung des Aktivitätsverhaltens beitragen. Ebenso sollte erforscht werden, ob im Anschluss der Behandlung die Durchführung regelmäßiger Sportaktivitäten aufrechterhalten werden kann.



✉ katrin.friedrich@wahrendorff.de

Literatur

[1] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. doi:10.6101/AZQ/000364 [2] Schmid, J., Gut, V., Conzelmann, A. & Sudeck, G. (2018). Bernese motive and goal inventory in exercise and sport: Validation of an updated version of the questionnaire. PLoS ONE, 13 (2), e0193214. doi.org/10.1371/journal.pone.0193214 [3] 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 [4] Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 3, 141-15. [5] Fuchs, R. (2013). Sportbezogene Konsequenzerwartungen: Das Konstrukt und seine Messung. Freiburg: Universität Freiburg.