

Psychotherapie, Sporttherapie, Lauftherapie – worüber reden wir?

- 1.1 Psychotherapie – wo sehen wir Anknüpfungspunkte? – 3**
- 1.2 Sporttherapie – 4**
- 1.3 Lauftherapie – 5**
 - 1.3.1 Das Paderborner Modell – Ein Rahmenmodell lauftherapeutischen Handelns – 6
 - 1.3.2 Ziele und Teilziele der Lauftherapie – 7
 - 1.3.3 Der organisatorische Rahmen des Paderborner Modells – 8
 - 1.3.4 Das DLZ-Standardlaufprogramm – 9
 - 1.3.5 Die Besonderheit der Rückmeldungen durch den Lauftherapeut – 10
 - 1.3.6 Laufen als Gruppentherapie – 11
 - 1.3.7 Lauftherapie und Beratung – 11
- 1.4 Zusammenfassung – 12**
- Literatur – 13**

Dass Laufen therapeutische Wirkungen haben kann, wird in der Fachwelt seit ca. 25 Jahren (beginnend mit dem Buch »Running as Therapy« von Sachs & Buffone, 1984, gefolgt vom Buch »Running – The Consequences (von Richard Crandall, 1988) vermutet und diskutiert. In diesen Zeitraum fällt auch der sogenannte »Jogging-Boom«. Die großen City-Marathonläufe vermeldeten immer weiter ansteigende Teilnehmerzahlen. Gleiches galt für die dann auch in Deutschland immer zahlreicher werdenden Lauftreffs. Ausdauerndes Laufen entwickelte sich weit über eine reine sportliche Aktivität hin zu einem »Lebensgefühl« einer neuen Generation gesund lebend wollender Menschen. Ende der 1990er Jahre wurde – sicherlich auch aufgrund der wachsenden Euphorie und des Interesses am ausdauernden Laufen in den frühen 1990er Jahren – von Alexander Weber in Bad Lippspringe sogar eine therapeutische Ausbildung mit dem Schwerpunkt Laufen entwickelt und angeboten (Weber, 1990, 1999). Institutionell wird diese Ausbildung vom Deutschen Lauftherapiezentrum (DLZ) gestützt. Dabei ist Weber (1999) per se von den therapeutischen Ressourcen, die im ausdauernden Laufen stecken, überzeugt und erläutert dies durchaus plausibel, bleibt jedoch zu dieser Zeit noch den eigentlich notwendigen empirischen Beweis schuldig.

Wenn man dem Laufen therapeutische Funktion unterstellen möchte, sollte man zunächst den Therapiebegriff näher bestimmen. Therapie ist als eine Dienstleistung bzw. eine Pflege der Kranken zu verstehen. In der Medizin spricht man von Therapie, indem man alle Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten und Verletzungen darunter subsummiert. Das Ziel des Therapeuten ist in erster Linie die Heilung bzw. die Beseitigung oder Linderung der Symptome und die Wiederherstellung der körperlichen oder psychischen Funktionen. Die Therapeutik ist in der modernen Auffassung die Lehre von den Heilverfahren, die sich mit den verschiedenen Therapieformen, ihrer Wirkungsweise und ihrem Anwendungsspektrum beschäftigt. Somit ist zunächst der Heilungsbegriff zentral und in der weiteren Betrachtung die Interaktion zwischen Therapeut und Patient bzw. Klient von großer Bedeutung.

Langstreckenlauf kann Psychotherapie bereichern

Ausgehend von der Tatsache, dass Laufen zunächst einmal eine Tätigkeit ist, die in der Regel alleine durchgeführt wird, ist dies auf den ersten Blick nicht zwangsläufig mit der hier gewählten Therapiedefinition kompatibel (vgl. auch Bartmann, 2002). In verschiedenen Fachbüchern wird jedoch der therapeutische Effekt des Langstreckenlaufens vielfach berichtet. Vereinzelt liegen Wirkungsstudien zur Thematik vor (► Kap. 2–5). Die meisten dieser Studien beschäftigen sich mit den positiven Effekten des Laufens

auf die Psyche. Dieser Bereich wird auch einen großen Anteil im weiteren Verlauf des vorliegenden Buches einnehmen. Aus diesem Grund wollen wir im Folgenden das Langstreckenlaufen als ein Verfahren darstellen, das die Psychotherapie additiv zu den bisher bekannten Psychotherapieverfahren bereichern kann, näher betrachten. Zunächst sollte jedoch definiert werden, was als Psychotherapie verstanden wird und welche psychotherapeutischen Zugänge wir als die wichtigsten Zugänge, insbesondere aus lauftherapeutischer Sicht, betrachten. Im Anschluss daran widmen wir uns dem Lauftherapiekonzept nach Alexander Weber. Wir beschreiben es im Sinne seiner Rahmenkonzeption und diskutieren dies bzw. unterziehen es einer kritischen Würdigung. Abschließend verbinden wir eine lauftherapeutische Konzeption mit Überlegungen psychotherapeutischen Vorgehens. Das Kapitel endet mit einer Zusammenfassung.

1.1 Psychotherapie – wo sehen wir Anknüpfungspunkte?

Die Psychotherapie ist die Behandlung psychisch, emotional und psychosomatisch bedingter Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen mit Hilfe verschiedener Formen verbaler und nonverbaler Kommunikation. Dazu zählen tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Ansätze ebenso wie Therapieformen der Humanistischen Psychologie oder künstlerische Therapien und körperzentrierte Therapieformen wie z. B. die Tanztherapie. Ein wichtiger und sehr zentraler Aspekt der meisten Therapien ist die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Sie trägt dazu bei, dass die Behandlungen subjektiven Bedürfnissen des Patienten gerecht werden, und verbessert die Möglichkeiten des Patienten, selbst auf einen günstigen Krankheitsverlauf hinzuwirken. Die psychiatrische Therapie stützt sich sogar vorrangig auf Methoden systematischer Kommunikation. Gewöhnlich muss die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens einer Überprüfung nach wissenschaftlichen Methoden standhalten können, um von der Medizin anerkannt zu werden. Dennoch werden, vor allem außerhalb von Krankenhäusern und Arztpraxen, oft Methoden eingesetzt, die diese Anforderung nicht erfüllen.

Psychotherapie kann also helfen, seelische Leiden durch anerkannte Verfahren zu behandeln. Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der psychosozialen Beziehungen und der Körperfunktionen können somit in einer Psychotherapie erfolgreich begegnet werden. Die Frage, wann eine

**Kommunikation zwischen
Therapeut und Patient zentral**

Psychisch kranken Menschen als Einheit betrachten

Psychotherapie angebracht ist, kann man nicht leicht beantworten, da dies immer vom Leidensdruck der betroffenen Person abhängig ist. Die Entscheidung zur Aufnahme einer Therapie muss prinzipiell vom Betroffenen selbst ausgehen, u. a. um die Erfolgschancen zu erhöhen.

Das bei weitem stärkste »Instrument«, welches sich die Psychotherapie bedient, ist, wie weiter oben schon angesprochen, die Sprache als Kommunikationsmittel. Durch Kommunikation und die damit verbundene Nutzung von Worten, werden Sorgen, Ängste und Probleme geäußert und gelangen nach außen. Nur dadurch ist es dem Psychotherapeuten möglich, mit Gesprächen eine für den Betroffenen positive Veränderung herbeizuführen. Dennoch existieren immer noch viele Vorurteile bzw. Denkmuster, die Betroffene daran hindern, eine Psychotherapie zu beginnen. Gedanken wie »Ich bin doch nicht verrückt« oder »Was sollen die anderen von mir denken?« sind kontraproduktiv und sollten durch »Ich bin um meinetwillen besorgt« oder »Ich möchte etwas ändern, damit es mir besser geht« ersetzt werden.

Eine objektive Sicht der Dinge in Phasen, in denen man selbst nicht mehr glaubt »Herr der Lage zu sein«, kann durchaus unterstützend wirken, wenn alltägliche Dinge zur Belastung werden, sich Ratlosigkeit ausbreitet und ein Leidensdruck entsteht. Außerdem wirkt sich ein seelisches Leiden unter Umständen auch auf die physische Gesundheit aus. Wenn demnach körperliche Beschwerden bestehen, für die es keine medizinische Erklärung gibt, könnte die Ursache dafür auch im psychischen Empfinden liegen. Durch Gespräche, in denen Themen aufgegriffen werden, die unter Umständen zum seelischen Leiden der Betroffenen führen, werden diese verborgenen Inhalte wieder bewusst gemacht und können auch nur dadurch aufgearbeitet werden. Dabei darf man nie aus den Augen verlieren, dass trotz dieser beschriebenen Einzelbetrachtungen der Psyche und des Körpers, alles aufeinander Einfluss nimmt und unter dem Aspekt des Ganzheitscharakters sollten wir den psychisch kranken Menschen mit seiner Krankheit als Einheit betrachten.

1.2 Sporttherapie

- **Die Sporttherapie bedient sich der Mittel und Methoden des sportlichen Trainings im Rahmen von Vorbeugung, also Prävention und Rehabilitation.**

Sie stellt somit einen wichtigen Faktor der nichtmedikamentösen Behandlung und Rehabilitation dar und wird von Sportwissenschaftlern, Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation (Sportphysiotherapeuten) bzw. von Sportlehrern mit zusätzlicher Ausbildung auf medizinischem Gebiet durchgeführt. Die bekannteste und am weitesten entwickelte Anwendung ist die in der Herzgruppe, also der Rehabilitation von Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (► Kap. 11).

Zentraler Gedanke des sporttherapeutischen Vorgehens ist, dass über ein systematisches, langfristiges körperliches Funktionstraining Anpassungsprozesse entstehen, die dann im weiteren Verlauf auch psycho-soziale Effekte nach sich ziehen können. In erster Linie geht es den meisten sporttherapeutischen Konzepten jedoch zunächst um eine Verbesserung physisch-konditioneller und/oder funktionaler Parameter. Dabei stehen Belastungsdosierungen sowie konkrete sportliche Übungen indikationsbezogen im Zentrum des Interesses. Die Sporttherapie ist zwar in Kliniken, insbesondere Reha-Kliniken, bereits eine etablierte Behandlungs- und Therapieform, aber noch kein Ausbildungsbereich und vor allem keine geschützte Berufsbezeichnung. Sie ist eher pädagogisch orientiert, kooperiert mit der schon länger etablierten Krankengymnastik, die jedoch vor allen Dingen funktionell und individuell arbeitet. Die Lauftherapie gehört zu den ausdauersportbezogenen, sporttherapeutischen Konzepten. Im weiteren Verlauf möchten wir uns lediglich auf diese Konzeption konzentrieren und verweisen auf die Diskussion anderer sporttherapeutischer Konzepte (vgl. Rieder, Huber & Werle 1996).

1.3 Lauftherapie

In der Lauftherapie wird das sanfte aerobe Laufen individuell dosiert und vom Lauftherapeuten über eine festgelegte Zeit (in der Regel über etwa 12 Wochen) kontrolliert. Lauftherapie bedeutet, dass der langsame Dauerlauf als Mittel einer zielgerechten Therapie eingesetzt wird, um insgesamt »neue Kräfte« zu schöpfen und auf diesem Wege den einzelnen Menschen zu befähigen, selbst an der Herstellung seiner gewünschten Ausgeglichenheit zu arbeiten. Hier wird schon der starke Stress- bzw. Stressbewältigungsbezug deutlich, den die Entwickler der Lauftherapie von Beginn an im Zentrum ihres therapeutischen Denkens hatten. Sie – also die Lauftherapie – soll von einem professionell ausgebildeten Lauftherapeuten praktiziert und je nach Indikation unter therapeutischer oder pädagogischer Zielsetzung angewandt werden – einer der

**Langsamer Dauerlauf Mittel
einer zielgerechten Therapie**

Unterschiede zu anderen Formen des Laufens. Ausbildungsmöglichkeiten gibt es im »Deutschen Lauftherapiezentrum« in Bad Lippespringe oder in Würzburg von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Der Begriff der Lauftherapie wurde maßgeblich von Alexander Weber, der die o. g. Ausbildung konzipiert hat, begründet und weiter entwickelt. Grundsätzlich geht Weber (1999, S. 16ff) davon aus, dass der Mensch aus entwicklungsbiologischer Sicht ein sog. »Bewegungstier« ist. Laufen ist somit immanent für das Mensch-Sein. Es ist neben dem Gehen die am leichtesten zu erlernende und auszuführende Ausdauerübung. Darüber hinaus hat Weber eine eher holistische Sicht auf den Menschen, d. h. er sieht den Menschen als eine »leib-seelische Einheit«, in dem Körper, Geist und Seele nicht voneinander getrennt zu betrachten sind. Lauftherapie setzt zunächst am Körper an und strahlt dann auf die anderen beiden Bereiche direkt aus, da die o. g. Teilsysteme in wechselseitiger Beziehung stehen. Seinen lauftherapeutischen Zugang beschreibt Weber in seinem »Paderborner Modell«.

1.3.1 Das Paderborner Modell – Ein Rahmenmodell lauftherapeutischen Handelns

Das Paderborner Lauftherapie-Modell verfolgt über insgesamt sieben Teilmodule drei übergeordnete Ziele. Dabei werden diese Module im Deutschen Lauftherapie-Zentrum (DLZ) ausgebildet. Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass es sich bei der Zusammenschau dieser sieben Module eher um ein Rahmenkonzept als um eine praktische Handlungsanweisung dreht.

- Das *erste Modul* (Weber spricht hier lieber von Bausteinen) hat die Zielformulierung im Blick. Dabei sollen die Klienten lernen, übergeordnete Ziele und Teilziele der Lauftherapie zu formulieren, die dann möglichst objektiv überprüfbar sein sollten.
- Im *zweiten Modul* geht es um die Schaffung von Organisationsstrukturen. Dies betrifft insbesondere den organisatorischen und zeitlichen Rahmen der Lauftherapiekurse sowie die Informationsverbreitung in der Öffentlichkeit und die Absprachen der Kursleiter mit ihren Klienten.
- Das *dritte Modul* behandelt inhaltlich die einzelnen Laufprogramminhalte (Das DLZ-Standard-Laufprogramm unter besonderer Berücksichtigung der Kursleitermerkmale, die Auswahl der einzelnen Übungen, Aufwärmen, Dehnen, richtig Atmen, etc., richtige Dosierung von Umfang und Intensität).

- Im *vierten Modul* wird der Bereich Qualitätssicherung im Sinne der Ergebnisevaluation, also der Erfolgskontrolle, thematisiert.
- Das *fünfte Modul* behandelt dann sozialpsychologische Aspekte der Lauftherapie. Dabei werden insbesondere Aspekte der Gruppenentwicklung und Gruppendynamik thematisiert, insbesondere im Zusammenhang lauftherapeutischer Überlegungen.
- Das *sechste Modul* ist mit dem Begriff »Beratung« überschrieben. Konkret geht es in diesem Modul eher um Beratungskonzepte, aus einzel- und gruppentherapeutischer Perspektive.
- Das *siebte Modul* rückt den Lauftherapeuten als Person in den Vordergrund. Hierbei werden insbesondere selbstreflexive Kompetenzen entwickelt, die einerseits die eigene Rolle als Therapeut (bzw. Gruppenleiter) in den Vordergrund der Selbstreflexion rückt, andererseits aber auch das ständige Hinterfragen eigener Stärken und Schwächen thematisiert.

1.3.2 Ziele und Teilziele der Lauftherapie

Die Lauftherapie nach Weber (1999) zielt vor allen Dingen auf die Behandlung zeitlich begrenzter Störungen bzw. Disharmonien ab. Indikationsbezogen formuliert handelt es sich hierbei um die Behandlung von z. B. depressiver Verstimmungen und weniger von ausgeprägten unipolaren oder bipolaren Depressionen. Er sieht außerdem die Lauftherapie eher als präventiven Ansatz und darüber hinaus eher als Ansatz der »Hilfe zur Selbsthilfe«. Die allgemeinen Ziele der Lauftherapie formuliert Weber wie folgt:

Ziele der Lauftherapie

1. Stärkung des Wohlfühls
2. Verbesserung des seelischen Gleichgewichts
3. Verbessertes Kennenlernen und Akzeptieren des eigenen Körpers
4. Erlernen spezifischer Methoden des Stressabbaus sowie Stresskontrolle
5. Erleben von Freude an der Bewegung
6. Das Knüpfen von sozialen Beziehungen sowie
7. Das Erfahren von positiven gruppendynamischen Prozessen

Diese eher übergeordneten Ziele versucht Weber über das Erreichen dreier Teilziele zu untermauern:

- Das *erste Teilziel* ist die Verbesserung der körperlichen Fitness, gemessen an einer verbesserten Ausdauerleistungsfähigkeit.
- Das *zweite Teilziel* sieht Weber (1999) darin, dass die Klienten lernen, besser mit Belastungen umzugehen. Dabei geht er davon aus, dass eine Mehrzahl der o. g. zeitlich begrenzten Störungen stressbedingt entsteht.
- Das *dritte Teilziel* sieht Weber erreicht, wenn es gelingt, den Klienten die Freude an der Bewegungsform Laufen vermittelt zu haben. Dabei geht er davon aus, dass der Klient zunächst Laufen als ein extrinsisches Motiv zu einer Handlung sieht (»Ich laufe – im Gegenzug werde ich belohnt, weil ich weniger krank bin«).

Wechsel von extrinsischer zu intrinsischer Motivation

Im weiteren Verlauf der Therapie lernt der Klient Spaß und Freude an der Bewegung und an seiner eigenen Leistungsfähigkeit, gekoppelt mit einer verbesserten sinnlichen Wahrnehmung verschiedenster Stimuli. Das Ziel ist dann, dass die Motivlage von einer eher extrinsischen in eine eher intrinsische Motivation wechselt (»Ich laufe, weil ich einen persönlichen Sinn darin sehe«).

1.3.3 Der organisatorische Rahmen des Paderborner Modells

Lauftherapie im Rahmen des Paderborner Modells wird sowohl als Einzel- als auch als Gruppenintervention angeboten und unterliegt bestimmten organisatorischen Voraussetzungen. Gruppeninterventionen treten bei weitem häufiger auf als Einzelinterventionen. In der Regel erstreckt sich ein Lauftherapiekurs über einen Zeitraum von drei Monaten mit jeweils zwei Trainingseinheiten pro Woche. Ein Kurs sollte eine Mindeststärke von zehn Personen aufweisen und eine Größe von insgesamt 15 Teilnehmern nicht überschreiten. Die Trainingseinheiten erstrecken sich über das gesamte Jahr und finden grundsätzlich in freier Natur statt. Das DLZ bietet neben Anfängerkursen auch weiterführende Fortgeschrittenenkurse an. Sollte die Lauftherapie weitergeführt werden, dann empfiehlt Weber (1999, S. 31) die Überführung der Lauftherapiekurse in informelle Gruppen, wie z. B. die öffentlichen Lauftreffs, die es in fast jeder größeren Stadt gibt.

Geleitet werden diese Lauftherapie-Kurse von im DLZ ausgebildeten Lauftherapeuten, die dort ein Diplom erworben haben. Das DLZ bietet regelmäßig Weiterbildungsveranstaltungen an und legt ihren Absolventen nahe, diese immer wieder zur Fort- und Weiterbildung zu nutzen bzw. im DLZ zu Zusammenkünften zu kommen, um Besprechungen, Hospitation und sogar Supervision durchzuführen. Interessenten für Lauftherapie-Kurse können sich telefonisch oder schriftlich im DLZ melden. Sie erhalten dann ein Anmeldeformular sowie einen »Stress-Fragebogen«. Wenn diese beiden Unterlagen ausgefüllt zurückgesandt werden, liegt eine verbindliche Anmeldung zur Teilnahme an einem Lauftherapie-Kurs vor.

1.3.4 Das DLZ-Standardlaufprogramm

Das ebenfalls von Weber entwickelte Standard-Laufprogramm geht auf seine Überlegungen und eigenen Erfahrungen im Umgang mit Klienten aus den 1980er Jahren zurück. Dabei steht das sogenannte »komfortable« Laufen mit niedriger Intensität im Vordergrund. Dies beugt Sportverletzungen und Überforderung vor. Von der Grundidee her ist diese sehr »sanfte« Methode zunächst eine Kombination aus Geh- und Laufphasen, die sich abwechseln. Mit fortschreitendem Training werden die Gehphasen kürzer, dafür die Laufphasen länger. Nach dem 12-Wochen-Therapieprogramm sollte jeder Klient in der Lage sein, 20 Minuten lang ununterbrochen zu laufen. Weber (1999, S. 36) betont dabei, dass die Betonung auf dem stressfreien Laufen liegt. Damit meint er ausdauerndes Laufen, das mit angenehmen Empfindungen und Gefühlen verbunden ist.

In diesem Zusammenhang ist eine Vielfalt an Methoden und Variationen ausdrücklich erwünscht. Laufen mit Schuhen oder barfuß, auf glattem Asphalt, über Wald- und Wiesenwege oder querfeldein. Laufen bergauf und bergab, mit oder ohne natürliche Hindernisse. Bei fortgeschrittenen Läufern auch mal das sogenannte Fahrtspiel, also Läufe mit gezieltem und erwünschtem Tempowechsel. Und als besondere Variation durchaus auch Orientierungsläufe. Gerade das Barfußlaufen auf unterschiedlichen Untergründen, mit oder ohne natürliche Hindernisse, schult die sinnliche Wahrnehmung, die insbesondere in gestalt- und/oder existenzialtherapeutischen Zusammenhängen von zentraler Bedeutung ist und somit auch indikationsspezifisch, wie wir das in den noch kommenden Kapiteln zeigen werden, zum Einsatz kommen kann und sollte.

**Betonung auf stressfreiem
Laufen**

**Sinnliche Wahrnehmung durch
Barfußlaufen**

**Empathie, Kongruenz,
Akzeptanz****1.3.5 Die Besonderheit der Rückmeldungen durch
den Lauftherapeuten**

Soweit unterscheidet sich dieses Trainingskonzept zunächst nicht bedeutsam von anderen vorliegenden Trainingsideen. Das besondere am Lauftherapiekonzept von Weber liegt in der Person des Lauftherapeuten. Damit meint er einerseits die Persönlichkeit des Therapeuten, andererseits aber eben auch das, was wir in der Psychotherapie das Beherrschen der von Carls Rogers formulierten sogenannten therapeutischen Grundverhaltensweisen nennen, nämlich Empathie (einführendes Verstehen), Kongruenz (Echtheit) und Akzeptanz. Dies zeigt sich vor allen Dingen in den Formen der Rückmeldungen, die der Lauftherapeut nutzen sollte. Hierzu stellt Weber (1999, S. 42) insgesamt zwei Grundformen vor: 1.) Verhaltensbeobachtung, 2.) Einzel- und Gruppengespräche. Darüber hinaus betont er 3.) das Erfassen von Daten über Fragebögen bzw. Persönlichkeitsinventare und 4.) die Überprüfung der körperlichen Fitness. Bezogen auf die Verhaltensbeobachtungen bedeutet dies, dass der Kursleiter bzw. Lauftherapeut bewusst bzw. mehr oder weniger zufällig seine Klienten vor, während und nach dem Kurs beobachten und diese Beobachtungen dann mit dem Klienten thematisieren sollte.

Als Beispiel nennt Weber hier eine Frau, die regelmäßig an der Spitze der Gruppe läuft. Der Therapeut bittet diese Frau einmal am Ende der Gruppe zu laufen, und ihre Gefühle und Gedanken mitzuteilen, wie sie diese Position empfunden habe. Aus den Einzel- und Gruppengesprächen im Anschluss an die Lauftherapieeinheiten erfährt der Therapeut ständig, wie die Klienten die einzelnen Trainingseinheiten wahrnehmen und erleben. Dabei können die Klienten über ihre Fortschritte und Schwierigkeiten, über ihre Veränderungen und Probleme reden. Einzelgespräche zwischen Klient und Therapeut können dabei zu jeder Zeit, vor, während oder nach dem Training, stattfinden. Für das Gruppengespräch wird in der Regel ein eigener Termin anberaumt, zumeist 6–8 Wochen nach Beginn der Lauftherapie. Darüber hinaus begrüßt Weber den Einsatz eher klassischer psychodiagnostischer Fragebogenverfahren, z. B. zur Erfassung von Depression, Angst, psychosomatischen Beschwerden und Stress. Diese sollten jeweils vor und nach den 12 Wochen eingesetzt, ausgewertet und rückgemeldet werden. Zum einen bekommt der Klient damit eine visuelle Rückmeldung über seine Therapieerfolge. Zum anderen dienen diese Daten der internen Qualitätssicherung. Zur Überprüfung der körperlichen Fitness kommt der sogenannte Cooper-Test zur Erfassung der Ausdauerleistungsfähigkeit zum Einsatz. Der Co-

per-Test misst, welche Strecke eine Person innerhalb von 12 Minuten zu laufen in der Lage ist.

1.3.6 Laufen als Gruppentherapie

Ausdauerndes Laufen in einem lauftherapeutischen Kontext erinnert oftmals durchaus an so etwas wie eine Encounter-Gruppe im Sinne des non-direktiven und Klienten-zentrierten Therapieansatzes nach Carl Rogers. Wenn sich also Personen in einer Gruppe treffen, um miteinander zu laufen, sind sie sich zunächst oftmals fremd. Der einzig verbindende Aspekt ist häufig die Motivation, etwas für seine Gesundheit zu tun. Manchmal läuft die Kommunikation der Teilnehmer untereinander zu Beginn etwas chaotisch. Durch das gemeinsame Laufen ergeben sich dann schnell Gespräche zwischen den Läuferinnen und Läufern. Die Teilnehmer beginnen einander zuzuhören. So entsteht eine Atmosphäre von offener Kommunikation und Interaktion. Dies führt oftmals zu großem Vertrauen. Ein solcher Kurs entwickelt sich dann sehr oft zu einer echten Gruppe mit einem gewissen Zusammenhalt, einem Zugehörigkeits- und Geborgenheitsgefühl. Die meisten Teilnehmer reden sich gegenseitig mit »Du« an, und man interessiert sich füreinander.

Dies sind exakt Prozesse, die man häufig in Selbsthilfegruppen bzw. den sogenannten Encounter-Gruppen beobachten kann. Der Lauftherapeut hat hier lediglich die Aufgabe, die Teilnehmer in der Erreichung ihrer persönlichen Ziele zu unterstützen. Ansonsten sollte der Lauftherapeut diese gruppenspezifischen Prozesse nicht stören, sondern vielmehr unterstützen, indem er z. B. die Laufintensität so reguliert, dass solche Gespräche überhaupt erst möglich werden. Laufen in der Gruppe hat also immer etwas mit Begegnung und Austausch zu tun. Man nimmt Kontakt mit anderen Menschen auf und kommuniziert in einer ungezwungenen Umgebung miteinander. Die Teilnehmer lernen sich besser kennen, übernehmen Rollen und Verantwortlichkeiten und somit auch Funktionen für die Gruppe.

**Fördert Zugehörigkeits- und
Geborgenheitsgefühl**

1.3.7 Lauftherapie und Beratung

Das Paderborner Modell der Lauftherapie sieht darüber hinaus durchaus auch als ein Ziel, dass Klienten im Rahmen dieses Settings Beratung suchen und diese auch erhalten. Dabei stehen natürlich die kommunikativen und sozialen Kompetenzen sowie die

Fähigkeit des Lauftherapeuten als Berater, seine Möglichkeiten und Grenzen korrekt einschätzen zu können, im Zentrum des Interesses. In diesem Zusammenhang führt Weber (1999, S. 47) erneut Carl Rogers und seine Methode der klientenzentrierten Gesprächsführung ins Feld. Das Besondere hierbei ist weniger die Tatsache, dass sie im Rahmen von Lauftherapie überhaupt in Erwägung gezogen wird, sondern vielmehr das Setting. Denn das Lauftherapiesetting impliziert andere Handlungssituationen und -muster als ein Sprechzimmer eines Psychiaters oder Psychotherapeuten. Auch die Beratungsinhalte werden sich sicherlich unterscheiden. Dies kann sich von einfachen sportspezifischen, trainingsbezogenen Problemen bis hin zu Themen der Lebens- und Partnerberatung erstrecken.

1.4 Zusammenfassung

Ob Lauftherapie mit Psychotherapie gleichzusetzen ist, wagen wir zu bezweifeln, da bis auf das hier schon beschriebene Rahmenkonzept von Weber einige Aspekte, die eine Psychotherapie kennzeichnen, nicht erfüllt sind. Eine Psychotherapie orientiert sich differenzierend immer auch an definierten Krankheitsbildern. Sie nutzt präzisierte therapeutische Anwendungsschemata. Eine Psychotherapie erbringt empirische Belege für die Wirksamkeit einer Behandlung, sie basiert auf einer fundierten, wissenschaftlichen Theorie und legt konkrete Qualifikationskriterien für einen Therapeuten fest. Insbesondere aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist die therapeutische Hilfe für den Patienten immer eine »Hilfe zur Selbsthilfe«. Eine Psychotherapie ist sich immer möglichen Kontraindikationen bewusst und versucht mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren.

Einige dieser Kriterien sind im Lauftherapiekonzept von Weber (1999) schon umgesetzt (»Hilfe zur Selbsthilfe«, Qualifikationskriterien für Lauftherapeuten), die Entwicklung anderer dieser wichtigen Grundvoraussetzungen stehen noch aus (empirische Belege der Wirksamkeit, fundierte wissenschaftliche Theorie, Kontrolle von Nebenwirkungen). Somit kann aus unserer Sicht langsames Dauerlaufen einige psychotherapeutische Funktionen erfüllen, muss dies aber nicht zwangsläufig. Inwieweit Laufen eine Psychotherapie bereichern bzw. unterstützen kann, hängt offensichtlich stark mit der Ausbildung und der Kompetenz des Laufgruppenleiters zusammen.

Einige der notwendigen Kompetenzen lassen sich sicherlich erlernen (z. B. bestimmte Techniken der Gesprächsführung), andere

jedoch sind personenimmanent. Erste Ideen diesbezüglich formulierten Weber (1990, 1999) sowie Bartmann (2002). Im Zentrum eines lauftherapeutischen Ansatzes steht somit im Wesentlichen der Fokus auf belastungsbedingte (körperliche) Erfahrungen, die dann reflektiv zu einer Auseinandersetzung des Individuums mit sich selbst und der Umwelt führen sollen. Dieser Prozess kann zunächst kognitive Bewertungsveränderungen bedingen, die in einem weiteren Schritt verhaltenswirksam werden können. Wenn das Ziel einer Psychotherapie das Auseinandersetzen mit sich und der Umwelt ist, dann ist körperliche Anstrengung auch eine Form des »Sich Spürens«. Wer auf der Suche nach sich selbst, sowohl seine Seele als auch seinen Körper ergründen möchte, kann eventuell auch mit der Methode des gezielten Lauftrainings seine körperlichen Grenzen erfahren, aber auch lernen, wie man diese Stück für Stück verschieben kann.

Diese Erfahrung verändert die subjektive Bewertung von Anforderungen und eigenen Fähigkeiten, stärkt das Kontrollempfinden und den Glauben an die eigene Stärke. Laufen stellt also eine Möglichkeit dar, um seinen Körper besser kennen und auch achten zu lernen. Um Verletzungen vorzubeugen, sollte man allerdings auf seine Körpersignale hören, um keine Überlastung zu verursachen.

➤ **Unter gezielter Anleitung sind in einer Lauftherapie körperliche Leistungen denkbar, die dem Patienten vorher als unmöglich erschienen sind und durch das Erreichen dieser körperlichen Erfolgserlebnisse können Selbstwert und der Glaube an sich selbst gesteigert werden.**

Dieser Effekt hat wiederum positiven Einfluss auf die begleitende Psychotherapie und kann für den Therapieerfolg mit verantwortlich gemacht werden.

Literatur

-
- Bartmann U (2002) Laufen und Joggen für die Psyche. Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen
- Crandall RC (1986) Running: The consequences. Jefferson, McFarlnad, NC
- Rieder H, Huber G, Werle J (Hrsg.) (1996) Handbuch Sport mit Sondergruppen. Hofmann, Schorndorf
- Sachs ML, Buffone GW (1985) Running as therapy. An integrated approach. University of Nebraska Press, Lincoln
- Weber A (1999) Das Paderborner Modell der Lauftherapie. In: Weber A (Hrsg.) *Hilf Dir selbst: laufe!* (S. 13–53). Junfermann, Paderborn
- Weber A (Hrsg.) (1990) *Bewegung braucht der Mensch. Langsamer Dauerlauf als Vehikel für gesünderes Leben.* Spridon, Erkrath

Laufen psychotherapeutisch nutzen

Grundlagen, Praxis, Grenzen

Stoll, O.; Ziemainz, H.

2012, XII, 172 S. 2 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-05051-0