

## 2.4 Sozialtherapeutische körperbezogene Interventionen am Beispiel des Lauftrainings für Menschen mit Depressionen

Nach Petzold, dem Begründer der Integrativen Therapie (hierzu Deloie & Lammel, in diesem Band), ist „der Mensch Leibesubjekt in der Lebenswelt“. Der Leib ist die „Gesamtheit aller motorischen, emotionalen, geistigen und die Aufnahme von Sinnesempfindungen betreffenden sowie sozial-kommunikativen Stile in ihrer gegenwärtig beabsichtigten Beziehung mit der Umwelt.“ (Petzold, 1988; z. n. Leitner, 2010, S. 2)

Petzold geht davon aus, dass seelische Erkrankungen Resultat von Beschneidungen der Vermögen des Leibes – Perzeption, Memoriation, Reflexion und Expression – sind. Als wesentliche Ursache für Erkrankung sieht er die Anästhetisierung des Leibes durch vielfältige Entfremdungsprozesse (Petzold, 1988, S. 191 ff.). Dem zufolge sollte dem körperlichen Erleben im Rahmen von therapeutischen Prozessen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (vgl. Lammel, 2015, S. 83 ff.). Übungszentrierte Bewegungsarbeit – und hier sind vielfältige Formen möglich – kann wertvoller Bestandteil sozialtherapeutischer Arbeit mit psychisch kranken Menschen sein, wenn sie entsprechend eingebettet ist. Spaziergänge in der Natur, als eine besonders niedrigschwellige Bewegungsarbeit, und sportliche Aktivitäten bis hin zu Laufgruppen werden gelegentlich in der Sozialen Arbeit angeboten. Nur selten sind diese Bestandteil einer ambulanten sozialtherapeutischen Konzeption. Zudem mangelt es noch an wissenschaftlicher Fundierung und an Wirksamkeitsnachweisen. Ziel dieses Beitrags ist es, am Beispiel des Lauftrainings die psychosozialen Wirkungen von körperlicher Aktivität in der Behandlung von Depressionen zu beleuchten, sozialtherapeutische Bezüge herzustellen und Anregungen für übungszentrierte Interventionen in sozialtherapeutischer Gruppenarbeit zu geben.

### Depressionen

Eine depressive Symptomatik besteht bei 8,1% der Erwachsenen in Deutschland. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression liegt bei 11,6% (vgl. Busch et al., 2013, S. 735). Von Farmer et al. (in Reinhardt et al., 2008, S. 147) wird körperliche Inaktivität als Risikofaktor für Depressionen nachgewiesen.

Depressionen zählen in der ICD-10 zu den affektiven Störungen (F 30–F 39), zu deren Hauptsymptomen Veränderungen der Stimmung oder der Affektivität gehören, was meist mit einem veränderten allgemeinen Aktivitätsniveau einhergeht (vgl. DIMDI). Die Symptomatik tritt häufig episodenhaft auf. Hierzu zählt unter anderem eine gedrückte Stimmung, Verminderung des Antriebs und der Aktivität, eine Einschränkung der Fähigkeit zur Freude und des Interesses. Es zeigen sich häufig Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens, Schuldgefühle und Gedanken über eigene Wert-

losigkeit (ebd.). Die ICD-10 differenziert die Schwereformen und unterteilt Depressionen nach Verlaufsformen.

## **Wirksamkeitsstudien**

Blumenthal et al. (2007) zeigten, dass Lauftraining eigenständig oder in einer angeleiteten Gruppe Depressionen in einem vergleichbaren Maße reduziert, wie die Behandlung mit Antidepressiva (Sertraline) und stärker als bei einer Placebo-Gruppe. Die Ausübung in Gruppenform unter Anleitung führte nicht zu einer höheren Remissionsrate als das eigenständige Training, dennoch zu einer stärkeren Verbesserung der aeroben Kapazität. In dieser Studie wurde leider keine Ausrichtung der Sportintervention zur Förderung sozialer Effekte beschrieben.

Dunn et al. (2005) wiesen eine Depressionslinderung nach bei leichter bis moderater Depression bei einem Gesamtenergieverbrauch von 17,5 kcal/kg/Woche durch das Training auf einem Laufband und Ergometer. Die DGPPN (2013) kommt nach einer Übersicht von 7 RCTs von 1985 bis 2007 mit aeroben Ausdauerinterventionen zu folgenden Empfehlungen:

„Bei depressiven Patienten sollte – unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit – gezielt regelmäßiges Trainieren zum Einsatz kommen. ... Patienten sollten zur selbstständigen Fort- bzw. Durchführung regelmäßiger körperlicher Aktivität in ihrem Alltag ermutigt und angeleitet werden. ... Regelmäßige körperliche Aktivität unter Anleitung sollte angeboten werden, um psychische Symptomatik zu bessern, Körperwahrnehmung zu fördern, Gemeinschaft zu finden und Fitness zu stärken.“ (DGPPN, 2013, S. 148)

## **Wirkungen des Laufens**

### ***Biologische Wirkungen***

Zur Erklärung der Unterbrechung des Grübelns bei Depressionen findet die Transiente-Hypofrontalitäts-Hypothese Anwendung. Dietrich (2006, S. 79) fasst sie folgendermaßen zusammen: „(...) the transient hypofrontality hypothesis suggests that during exercise the extensive neural activation required to run motor patterns, assimilate sensory inputs, and coordinate autonomic regulation results in a concomitant transient decrease of neural activity in brain structures, such as the prefrontal cortex, that are not pertinent to performing the exercise.“ Die bei Menschen mit Depressionen hyperaktiven Aktivitäten im präfrontalen Kortex werden durch sportliche Aktivität akut und langfristig verringert (vgl. Schulz et al., 2012, S. 58). Eine weitere Erklärung ist die Aktivierung des Endocannabinoid-Systems (vgl. Dietrich & McDaniel, 2004). Auch scheint sportliche Aktivität wie Jogging depressive Symptomatik durch eine Verstärkung positiver und Reduktion negativer Effekte des Immunsystems zu lindern (vgl. Eyre et al., 2013).

## **Veränderung des Selbstkonzepts**

Das Selbstkonzept ist ein Wissenssystem von Informationen über die eigene Person. Dieses Wissen ist mittelfristig stabil (vgl. Asendorpf & Neyer, 2012, S. 206). Es besteht aus einem kognitiv beschreibenden sowie einem emotional-bewertenden Teil. Man kann es also als ein Bild von einem Selbst bezeichnen mit den diesbezüglichen Annahmen und Bewertungen (vgl. Kessler & Rothgangel, 2015). Das Selbstkonzept als kognitives Schema beeinflusst, wie wir Informationen über uns selbst aus der Umwelt verarbeiten. Wahrnehmungen werden tendenziell dem bereits vorhandenen Selbstkonzept gemäß interpretiert und diskrepante Informationen angepasst (vgl. Asendorpf & Neyer, 2012, S. 211 ff.). Verhalten von Menschen wird vom Selbstkonzept stark beeinflusst. Es wird dem Selbst entsprechend gestaltet. Ein negatives Selbst wirkt demnach einschränkend (vgl. Tausch & Tausch, 1998, S. 59). Nur wer glaubt Fähigkeiten zu besitzen, wird problembewältigendes Verhalten aufnehmen.

Spence et al. (2005) fanden in einer Meta-Analyse einen kleinen Effekt ( $d = +0.23$ ) in der Verbesserung des Globalen Selbstwerts durch sportliche Aktivität. Stärkere Effekte zeigten sich bei denjenigen, die während der Sportintervention signifikant ihre körperliche Fitness verbesserten (ebd.). Legrand (2014) fand eine signifikante Verbesserung der Depressionswerte, des Selbstwerts, physischen Selbstwerts und der selbstbeurteilten physischen Verfassung bei Frauen mit depressiven Symptomen (BDI-II Score  $\rightarrow = 14$ ) und niedrigem sozioökonomischen Status. Die Sportintervention bestand aus einmal pro Woche Laufen bzw. langsamem Joggen und zusätzlich einmal pro Woche Zumba-Training.

## **Selbstwirksamkeit**

Nach Hohmann & Schwarzer (2009, S. 61 ff.) ist Selbstwirksamkeitserwartung „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können.“ Um den Alltag und das Leben zu bewältigen, ist demnach eine Steigerung der Selbstwirksamkeit bei Menschen mit Depressionen von großer Bedeutung. Des Weiteren neigen „optimistische Menschen mit Selbstvertrauen (...) eher dazu, sich ein soziales Netz aufzubauen und es zu kultivieren, so dass es in Krisenzeiten eher zu Unterstützung kommt.“ Wohldosierte Erfolgserfahrungen, die aus eigenen Anstrengungen und Fähigkeiten entstehen, sind am effektivsten zur Steigerung der Selbstwirksamkeit. Die Laufleistungen werden unmittelbar der eigenen Person zugeordnet und sind so besonders hilfreich für die Steigerung der Selbstwirksamkeit. Hierzu sind angemessene Nahziele und Verhaltensmodelle nötig und hilfreich.

## **Veränderung des sozialen Wohlbefindens**

Sudeck und Schmid (2012, S. 60ff.) beschreiben soziales Wohlbefinden folgendermaßen: „Aus einem psychologischen Blickwinkel wäre das soziale Wohlbefinden auf Basis von subjektiven Bewertungen und Empfindungen zu charakterisieren, die – und das ist das Spezifische – *einen unmittelbaren Bezug zu sozialen Beziehungen aufweisen.*“ Als

mögliche Förderung des sozialen Wohlbefindens nennen sie die Ausführung von sportlicher Aktivität in Gemeinschaft, was mit sozialer Integration einhergeht und einer positiven Wahrnehmung dieser Beziehungen. Des Weiteren nennen sie die Sozialkohäsion und Aufgabenkohäsion einer Gruppe als förderliche Aspekte (ebd.). Die Gruppenkohäsion wird unter anderem durch einen dauerhaften Bestand sowie Erfolge, Niederlagen und damit verbundene Emotionen gefördert. Diese gehen in das Gruppengedächtnis ein und vermitteln ein Zusammengehörigkeitsgefühl (Lau & Plessner, 2016, S. 218). Die in der Sportgruppe entstandenen Beziehungen können auch über die Sportgruppe hinaus bestehen, und somit ein Gefühl der Zugehörigkeit und allgemeinen sozialen Unterstützung das soziale Wohlbefinden steigern, was jedoch bisher noch nicht in Forschungsergebnissen nachgewiesen werden konnte (Sudeck & Schmidt, 2012, S. 61 ff.).

Ein weiterer potentieller Wirkungspfad der Steigerung sozialen Wohlbefindens in Laufgruppen ist das Trainieren der Sozialkompetenz. Dies ist wichtig für die Initiierung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen (Sudeck & Schmidt, 2012, S. 62). Balz (2003) nennt für den Sportunterricht verschiedene typische soziale Lernfelder, welche auf Laufgruppen übertragbar sind. Die Laufgruppenmitglieder können verschiedene Rollen einnehmen, indem sie beispielsweise die Laufstrecke bestimmen und sich so als wichtiges Mitglied der Gruppe erleben. Unterschiede hinsichtlich des Leistungsniveaus zu erkennen und zu berücksichtigen kann ebenfalls das soziale Lernen in der Gruppe fördern. Bei Menschen mit Depressionen heißt dies auch, sich für eigene Bedürfnisse wie Pausen und eine angemessene Laufgeschwindigkeit einzusetzen. Balz (2003, S. 156 ff.) schlägt vor, Konflikte gemeinsam zu bewältigen und nicht voreilig auszuräumen. Ein weiterer Aspekt des sozialen Lernens ist das Ausleben und Meistern von Gefühlen, wie z. B. die Freude über eigene Leistungen. Eigene und fremde Gefühle gilt es anzunehmen statt zu übergehen.

Als weiterer hypothetischer Wirkungspfad der Steigerung sozialen Wohlbefindens durch sportliche Aktivität wie Jogging ist die Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit durch die Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit anzusehen (vgl. Sudeck & Schmid, 2012, S. 63). Sudeck und Schmid kommen nach einer Übersicht von experimentellen und Längsschnitt-Befunden zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und sozialem Wohlbefinden zu dem Ergebnis, dass sportliche Aktivität über Jahre im Zusammenhang mit der Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit steht. Die Wirkrichtung ergibt sich jedoch nicht aus den Studien. Bei einer Interventionsdauer von wenigen Monaten zeige sich dies nicht (2012, S. 74).

Nabkasorn et al. (2005) untersuchten die Auswirkung von Lauftraining in Gruppenform auf adolescente Frauen mit depressiven Symptomen. Unter anderem zeigte sich eine signifikante Reduktion der CES-D Items „I felt lonely“ und „People are unfriendly“. Dies deutet auf eine verbesserte Beziehung zur sozialen Umwelt.

## **Klinische Sozialarbeit**

Allgemein sind viele Anknüpfungspunkte von Sozialer Arbeit und sportlicher Aktivität gegeben, wie z. B. in Bildungsprozessen, der Gesundheitsförderung, Förderung von Lebenskompetenzen, Vermittlung problemrelevanter Ressourcen, Prävention und Inklusi-

on in das Sportsystem als Bedingung menschenwürdigen Lebens (vgl. Michels, 2014, S. 79 ff.). Spezifisch für Klinische Sozialarbeit finden sich weitere Anknüpfungspunkte. Soziale und psychosoziale Interventionen der Klinischen Sozialarbeit verbessern die Passung von Individuum und Umwelt, wobei der Fokus auf beiden Seiten liegt. Dies beinhaltet auch die Anreicherung sozialer Unterstützung und psychischer Kompetenzen für die soziale Teilhabe und die soziale Kommunikation (vgl. Pauls, 2015, S. 6 f.). Des Weiteren sollen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Lebenslagenbedingungen etabliert sowie gesundheitliche Risiken minimiert werden (ebd.). Depressionsbezogen kann durch Lauftraining in Gruppen ein sicherer Umgang mit anderen Menschen erprobt und durch ein verbessertes Selbstkonzept gefördert werden. Umweltbezogen wird ein Begegnungsraum geschaffen, der zunächst durch die nonverbale Beziehungsgestaltung durch ein in Kontakt-Treten erleichtert (vgl. Schay, 2011, S. 175). Laufen und Joggen sind angesichts der Steigerung der Fitness, Bewegungsfähigkeit und psychischen Gesundheit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zuzuordnen. Durch den aktiven Lebensstil und Überwindung sozialer Isolation werden gesundheitliche Risiken minimiert. Schay (2011) sieht Ausdauersport als einen Beitrag zur Lebensbewältigung, da unter anderem Konflikte des Alltags emotional wie gedanklich aufgearbeitet werden können, die Körperidentität gesteigert wird und es eine Form der Psychohygiene darstellt.

Ein weiterer Bezugspunkt ist die Ressourcenorientierung als allgemeingültiges Handlungsprinzip der Klinischen Sozialarbeit (vgl. Pauls, 2015, S. 6). Der Mensch wird als entwicklungsfähig gesehen und zu einem Suchprozess seiner eigenen Potenziale unterstützt (vgl. Ningel, 2011, S. 86). Menschen mit psychischer Erkrankung wie Depressionen verfügen meist über ein geringes Maß an Ressourcen, was neben dem Nutzen vorhandener Ressourcen und Potenziale auch eine Anreicherung personaler und sozialer Art nötig macht. Das Reservoir kann dann in künftigen Krisensituationen genutzt werden (vgl. Frank, 2013, S. 23; Herriger, 2010, S. 111). Das Laufen als solches ist, sofern keine körperlichen Einschränkungen bestehen, jedem Menschen als Potenzial gegeben. Zum einen sind Laufen und Joggen selbst eine Ressource, die zum Beispiel bei Gedankenkreisen zur Unterbrechung dieser jederzeit zur Verfügung steht. Zum anderen sind es auch Aktivitäten die Ressourcen wie soziale Unterstützung oder das Vertrauen in eigene Fähigkeiten verbessern können und im Sinne Antonovskys das Kohärenzgefühl fördern.

In der Klinischen Sozialarbeit wird unter anderem durch Empowerment die Lebensweise und Lebenslage verbessert (Pauls, 2015, S. 6). Laufen und Joggen lindern, wie bereits gezeigt, depressive Symptomatik. Es ist ein Verhalten, das die Personen selbst ausführen können und somit eine Selbstbemächtigung in der Fürsorge für die eigene psychosoziale Gesundheit. Es versetzt Menschen mit Depression in eine aktive Rolle. Sozialtherapeutische Einrichtungen können entsprechend typischer Empowermentstrategien (Herriger, 2010; Lenz, 2011) Laufgruppen anbieten und KlientInnen bei der Aufnahme dieses Gesundheitsverhaltens durch zum Beispiel Ermutigung, Motivation und Wissensvermittlung über Wirksamkeit und Effekte unterstützen. Ein Gruppenangebot mit Lauftraining fördert Zugehörigkeit und soziale Teilhabe. Eingebettet in das methodische Gerüst der Sozialen Gruppenarbeit sollten dabei die Entwicklungsstufen – Orientierung, Machtkampf- und Kontrolle, Vertrautheit, Abschied – Berücksichtigung finden (Bernstein & Lowy, 1978; Deloie, 2017, S. 9–11). Zudem kann das *Tetradische Modell* die Prozessverläufe in der Gruppenarbeit strukturieren: Initialphase, Aktionsphase, Integra-

tionsphase, Phase der Neuorientierung (Petzold, 1993, S. 627; Lammel, 2013, S. 216 ff.; Lammel, 2015, S. 88 f.; Deloie & Lammel, in diesem Band).

Anfangs- und Endphase eines jeden Gruppentreffens sind aktiv von der Gruppenleitung zu gestalten. In der Orientierungsphase/ Initialphase fördert die Gruppenleitung den Vertrauensaufbau innerhalb der Gruppe und in die eigenen Fähigkeiten, in dem ein angemessenes Leistungsniveau gefunden und allen Mitgliedern die Anschlussfähigkeit ermöglicht wird. Der Austausch in der Gruppe über Vorerfahrungen mit körperlichen Aktivitäten oder Sport kann die Vertrauensbildung fördern und mögliche Blockaden abbauen. Vor- und Nachbereitung der eigentlichen Aktionsphase/ Lauftraining sind so sorgfältig zu planen.

Zur Sicherung der eigenen „kleinen“ Erfolge, zur Verarbeitung von Frustrationen und Förderung der Eigen- und Fremdwahrnehmung sollte das Lauftraining stets mit einer Abschlussrunde – Integration & Neuorientierung – und einer persönlichen *Spurensicherung* beendet werden. Die Spurensicherung erfolgt in einem Lauf-Tagebuch, in dem das jeweilige Befinden schriftlich oder mit kreativen Ausdrucksformen niedergelegt wird. Anhand dieser Aufzeichnungen sind zum Abschluss des gesamten Programms Reflexionen möglich (Lammel, 2013, S. 218 ff.; 2015, S. 92). Persönliche Entwicklungen und Heilungsprozesse können so erinnert, zu Eigen gemacht und integriert werden. Die Abschiedsprozesse sollten der Dauer des Gruppenprogramms, das in der Regel zeitlich befristet ist, angemessen gestaltet werden.

Anregungen für Lauftrainings finden sich bei Weber (1999) und Schay (2004): In der Integrativen Therapie wurde das Laufen als heilsame Intervention zunächst bei Abhängigkeitserkrankungen, später auch bei psychischen Störungen, seit den 1970er Jahren, einbezogen (vgl. Schay et al., 2004, S. 13). Angestrebt wird eine moderate Bewegungsaktivierung bei ca. 70% der maximalen Herzfrequenz (HFmax), statt „sich auszupowern“. Zunächst können aber Alltagsbewegungen z. B. Spaziergänge und Radfahren, gefördert werden. Das Ziel ist die Förderung eines bewegungsaktiven Lebensstils (vgl. Schay et al., 2004, S. 20; Waibel & Petzold, 2009, S. 85). Waibel & Petzold listen zehn Leitsätze für eine gelingende Ausdauertherapie auf. Bei Schay finden sich zahlreiche Anregungen für die Integrative Ausdauertherapie. Weber (1999, S. 24 ff.; 2013, S. 19 ff.) entwickelte das Paderborner Modell der Lauftherapie mit sieben Bausteinen.

## Ausblick

Sportliche Aktivität wie Laufen und Joggen in Gruppen – hier am Beispiel von Depressionen – haben wünschenswerte Effekte für die Arbeit mit KlientInnen in der Klinischen Sozialarbeit. Durch eine entsprechende Ausrichtung der Gruppenarbeit können gezielt soziale Effekte gemehrt werden. Ein gesundheitsfördernder aktiver Lebensstil lässt sich in Solidarität mit anderen meist leichter trainieren. Motivationskrisen sind zusammen mit anderen vielschichtig zu bearbeiten. Voraussetzung dafür ist die Überschaubarkeit der Gruppe, die den psychisch kranken Menschen ein verkraftbares Maß an „face to face Kontakten“ und „ungeteilter Aufmerksamkeit“ vor, während und nach der übungszentrierten Aktionsphase ermöglicht und so die Kohäsionskräfte der Gruppe stärkt und nutzt.

Die sozialtherapeutische Praxis soll mit diesem Beitrag angeregt werden, körperbezogene Interventionen in die ambulante Behandlung, in die Nachsorge, zur Gesundheitsförderung und zur Vorbeugung sinnvoll einzubinden. Eine ganzheitliche sozialtherapeutische Arbeit sollte übungszentrierte Elemente einbetten und die Integration der dort gemachten Erfahrungen sorgfältig begleiten: Vom gemeinsamen Erleben, über vielfältige Spurensicherungen zum gemeinsamen sprachlichen Austausch in der Gruppe oder im Einzelsetting. Evaluationsstudien und Wirksamkeitsnachweise sollten diese Prozesse in Zukunft begleiten.

## Literatur

- Asendorpf, J. B. & Neyer, F. J. (2012): *Psychologie der Persönlichkeit*. 5. Aufl.. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bernstein S. & Lowy L. (1975): *Untersuchungen zur Sozialen Gruppenarbeit*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Balz, E. (2003): Wie kann man soziales Lernen fördern? In: Bielefelder Sportpädagogen (Hrsg.), *Methoden im Sportunterricht*. Ein Lehrbuch in 14 Lektionen. 4. Aufl. Schorndorf: Hofmann, S. 149–168.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A. et al. (2007): Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic medicine* 69 (7), S. 587–596.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (5–6), S. 733–739.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013): S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Online verfügbar unter [https://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf) [Zugriff am 03.07.2016].
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.): ICD-10-GM. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2017/systematik/x1gbp2017.zip> [Zugriff am 21.02.2017].
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G. & Chambless, H. O. (2005): Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28 (1), S. 1–8. Online verfügbar unter [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(04\)00241-7/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(04)00241-7/pdf) [Zugriff am 11.11.2016].
- Dietrich, A. & McDaniel, W. F. (2004): Endocannabinoids and exercise. *British journal of sports medicine*, 38 (5), S. 536–541.



- Dietrich, A. (2006): Transient hypofrontality as a mechanism for the psychological effects of exercise. In: *Psychiatry Research* 145, S. 79–83. Online verfügbar unter <https://fedgeno.com/documents/transient-hypofrontality-as-a-mechanism-for-the-psychological-effects-of-exercise.pdf> [Zugriff am 21.02.2017].
- Eyre, H. A., Papps, E. & Baune, B. T. (2013): Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective. *Frontiers in psychiatry*, 4. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562851/pdf/fpsynt-04-00003.pdf> [Zugriff am 11.11.2016].
- Frank, R. (2013): Die psychotherapeutische Arbeit mit Ressourcen. In: *Psychotherapie im Dialog* 14 (01), S.22–29
- Hohmann, C. & Schwarzer, R. (2009): Selbstwirksamkeitserwartung. In: J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kessler, H. & Rothgangel, S. (2015): *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie*. 3., überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Lammel U. A. (2013): Sozialtherapeutische Dimensionen der Suchtberatung im Jugendalter. In: H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag.
- Lau, A. & Plessner, H. (2016): *Sozialpsychologie und Sport. Ein Lehrbuch in 12 Lektionen*. Aachen: Meyer + Meyer Fachverlag.
- Legrand, F. D. (2014): Effects of Exercise on Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, and Depression in Women of Low Socioeconomic Status With Elevated Depressive Symptoms. In: *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36, 357–365.
- Leitner, A. (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Farmer, M. E. et al. (1988): Physical activity and depressive symptoms. The Nhanes I epidemiologic follow-up study. *Am J Epidemiol* 128 (6): 1340–1351.
- Lenz, A. (2011): Die Empowermentperspektive in der psychosozialen Praxis. In A. Lenz (Hrsg.), *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis*. Tübingen: DGVT, S. 13–38.
- Michels, H. (2014): Sport, Körper und Bewegung in der Sozialen Arbeit. das Düsseldorfer Modell. In: *Sozialmagazin* 39 (1–2), S. 76–83.
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M. & Miyashita, K. (2005): Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European journal of public health*, 16 (2), S. 179–184.
- Ningel, R. (2011): *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern, Stuttgart: UTB.
- Herriger, N. (2010): *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pauls, H. (2015): Klinische Sozialarbeit. State of the Art 2015. *Klinische Sozialarbeit*, 11 (3), S. 6–8. Online verfügbar unter [http://www.dgsainfo.de/fileadmin/Dokumente/Sektionen/Klinische\\_Sozialarbeit/KlinSA\\_2015\\_11-3\\_State-of-the-Art-2015.pdf](http://www.dgsainfo.de/fileadmin/Dokumente/Sektionen/Klinische_Sozialarbeit/KlinSA_2015_11-3_State-of-the-Art-2015.pdf) [Zugriff am 12.03.2017].
- Petzold H. G. (1993): *Integrative Therapie*. Bd 2/3. Paderborn: Junfermann-Verlag.



- Reinhard, C., Wiener, S., Heimbeck, A., Schliermann, R. (2008): Flow in der Sporttherapie der Depression – ein beanspruchungsorientierter Ansatz. *Bewegungstherapie & Gesundheit* 24 (04), S. 147–151.
- Schay, P. (2004): Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger – Theorie, Praxis, Forschung. In: H.G. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag. S. 159–204.
- Schay, P. (2011): Sport als Möglichkeit der Stressbewältigung. Ein Leistungsangebot in der medizinischen und sozialen Rehabilitation. In: P. Schay (Hrsg.), *Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 161–188.
- Schulz, K-H., Meyer, A. & Langguth, N. (2012): Exercise and psychological well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55 (1), S. 55–65.
- Sudeck, G. & Schmid, J. (2012): Sportaktivität und soziales Wohlbefinden. In: R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.), *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe, S. 56–77.
- Spence, J. C., McGannon, K. R. & Poon, P. (2005): The Effect of Exercise on Global Self-Esteem. A Quantitative Review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27 (3), S. 311–334.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1998): *Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person*. 11. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Waibel, M. J. & Petzold H. G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: M.J. Waibel & C. Jacob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie, Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattenhauer, S. 81–98.
- Weber, A. (1999): Das Paderborner Modell der Lauftherapie. In: A. Weber (Hg.), *Hilf dir selbst: laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Konzepte für langfristig gesundes und erfolgreiches Laufen*. Paderborn: Junfermann, S. 13–53.
- Weber, A. (2013): Das Paderborner Modell der Lauftherapie. In: A. Weber, R. Richter & W. Schüler (Hrsg.), *Lauftherapie nach dem Paderborner Modell – ein Königsweg zur Selbsthilfe*. S. 13–37. Bad Lippspringe: Deutsches Lauftherapiezentrum.