

BWT-Tagung 2024
Bewegungstherapie bei Suchterkrankungen
Neues aus der Wissenschaft



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Agenda



Prävalenzraten – Konsum und Abhängigkeit



Das Klientel der Suchtpatient*innen – ein Blumenstrauß



Körperliche Aktivität und Suchterkrankungen



Einblicke Patient Reported Outcomes

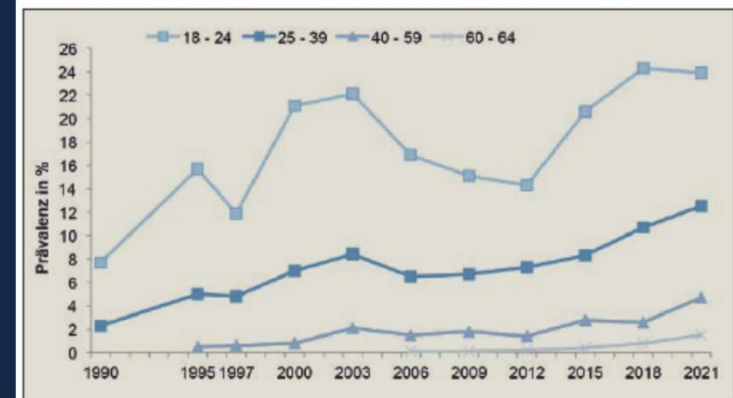


Prävalenz – Konsum „illegale“ Drogen

- Knapp 10% konsumierten in den vergangenen 12 Monaten mindestens eine illegale Droge
 - Cannabis 11%
 - Kokain/Crack 2%
 - Amphetamine/Methamphetamine 1,5%
 - Neue psychoaktive Substanzen 1,5%
- Problematische Nutzung „illegale“ Drogen knapp 3%

(Rauschert, et al., 2022)

Abb. 4: Trends im Cannabisgebrauch in der deutschen Allgemeinbevölkerung



Trend 12-Monatsprävalenz 18- bis 64-Jährige. ESA Epidemiologischer Suchtsurvey, 2021

(DHS, 2024)



Prävalenz – Konsum legale Drogen

- 70 % der 18-64-jährigen haben in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert
 - 33% episodisches Rauschtrinken
 - 22% Konsum riskanter Mengen
- Konsumraten leicht rückläufig
- Knapp 52% gebrauchen mindestens ein Medikament in den letzten 30 Tagen

(Rauschert, et al., 2022)



Prävalenz – Substanzgebrauchsstörung

TABELLE 5

12-Monats-Prävalenz substanzbezogener Störungen nach DSM-IV und Hochrechnungen auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung

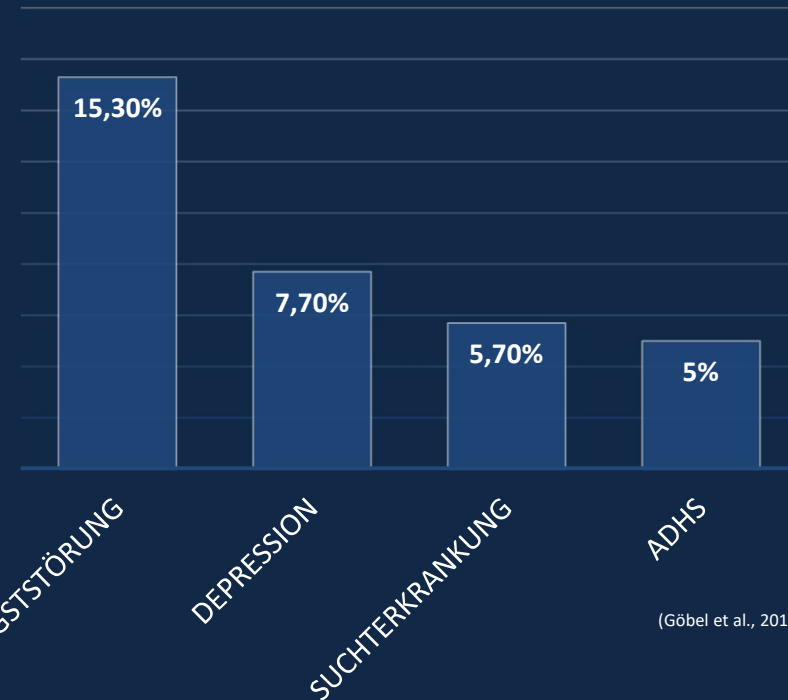
Störung nach DSM-IV	Männer ^{*1}			Frauen ^{*1}			Gesamt ^{*1}			Hochrechnung ^{*2,3}	
	n	%	[95%-KI]	n	%	[95%-KI]	n	%	[95%-KI]	N	[95%-KI]
Tabak											
– Abhängigkeit	306	9,8	[8,5; 11,3]	291	7,3	[6,3; 8,4]	597	8,6	[7,8; 9,5]	4,4 Mio.	[4,0; 4,9]
Alkohol											
– Missbrauch	189	4,0	[3,3; 4,9]	94	1,5	[1,1; 2,0]	283	2,8	[2,4; 3,3]	1,4 Mio.	[1,2; 1,7]
– Abhängigkeit	232	4,5	[3,7; 5,3]	131	1,7	[1,4; 2,1]	363	3,1	[2,7; 3,6]	1,6 Mio.	[1,4; 1,9]
Cannabis											
– Missbrauch	41	0,7	[0,5; 1,1]	24	0,4	[0,2; 0,6]	65	0,5	[0,4; 0,7]	309	[206; 361]
– Abhängigkeit	43	1,0	[0,6; 1,5]	20	0,3	[0,2; 0,5]	63	0,6	[0,4; 0,9]	309	[206; 464]
Kokain											
– Missbrauch	5	0,2	[0,1; 0,6]	1	0,0	[0,0; 0,1]	6	0,1	[0,0; 0,3]	57	[21; 144]
– Abhängigkeit	5	0,1	[0,0; 0,3]	3	0,0	[0,0; 0,2]	8	0,1	[0,0; 0,2]	41	[21; 88]
Amphetamine											
– Missbrauch	5	0,1	[0,1; 0,5]	5	0,1	[0,0; 0,2]	10	0,1	[0,0; 0,3]	57	[21; 149]
– Abhängigkeit	7	0,2	[0,1; 0,5]	10	0,2	[0,1; 0,4]	17	0,2	[0,1; 0,4]	103	[52; 206]
Analgetika											
– Missbrauch	274	7,9	[6,9; 9,2]	374	7,2	[6,4; 8,1]	648	7,6	[6,9; 8,4]	3,9 Mio.	[3,6; 4,3]
– Abhängigkeit	77	2,7	[2,0; 3,8]	146	3,6	[2,9; 4,4]	223	3,2	[2,7; 3,7]	1,6 Mio.	[1,4; 2,0]
Hypnotika oder Sedativa											
– Missbrauch	25	0,8	[0,5; 1,2]	30	0,5	[0,3; 0,8]	55	0,7	[0,5; 0,9]	361	[258; 464]
– Abhängigkeit	24	0,9	[0,5; 1,5]	30	0,6	[0,4; 0,9]	55	0,7	[0,5; 1,1]	361	[258; 567]

^{*1}n, ungewichtete Anzahl, %, gewichtete Prävalenz [95%-Konfidenzintervall]; ^{*2}Mittelwert basierend auf 51 544 494 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag 31. 12. 2017, Statistisches Bundesamt); ^{*3}in Tausend, außer Mio. = Millionen; 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall



12-Montasprävalenz psychischer Erkrankungen

Suchterkrankungen sind die **dritthäufigste** diagnostizierte psychische Erkrankung in Deutschland



(Göbel et al., 2018)



Neues von den Verhaltenssüchten

→ Internetnutzungsstörung

- Pornografie
- Shopping
- Soziale Netzwerke
- Computerspielstörung

10.10.2024

Störung	Abkürzung	ICD-11 Kodierung
Oberbegriff*		
Störungen aufgrund von Verhaltenssüchten	SVS	- (Disorders Due to Addictive Behaviours)
Störungen		
Computerspielstörung	CSS	6C51 (Gaming Disorder)
Computerspielstörung; vorwiegend online	CSS-on	6C51.0 (Gaming Disorder predominantly online)
Computerspielstörung; vorwiegend offline	CSS-off	6C51.1 (Gaming Disorder predominantly offline)
Glücksspielstörung	GSS	6C51 (Gambling Disorder)
Glücksspielstörung; vorwiegend online	GSS-on	6C51.0 (Gambling Disorder predominantly online)
Glücksspielstörung; vorwiegend offline	GSS-off	6C51.1 (Gambling Disorder predominantly offline)
Andere spezifische Störungen		
Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung (online)	SNS	6C5Y (Other Specified Disorders Due to Addictive Behaviours)
Pornografie-Nutzungsstörung (online)	PNS	
Shoppingstörung; vorwiegend online	ShS-on	
Shoppingstörung; vorwiegend offline	ShS-off	
Unspezifische Störungen		
Unspezifische Verhaltenssucht	UVS	6C5Z (Disorders Due to Addictive Behaviours, Unspecified)
Unspezifische Verhaltenssucht; vorwiegend online	UVS-on	
Unspezifische Verhaltenssucht; vorwiegend offline	UVS-off	

* Für Verhaltenssüchte, die sich ausschließlich oder vorwiegend auf online ausgeübte Verhaltensweisen beziehen, kann alternativ der Oberbegriff *Internetnutzungsstörungen* verwendet werden.

(Rumpf, et al., 2021)



Prävalenzen – Internetnutzungsstörung (BZgA – Drogenaffinitätsstudie, 2019)

Kinder und Jugendliche (12- bis 17-Jährige)

- 85% der nutzen soziale Medien täglich
- Problematische Nutzung 30%
- Abhängigkeit bei **8%**; ♀ 10%, ♂ 7%

Junge Erwachsene (18- bis 25-Jährige)

- Problematische Nutzung 22%
- Abhängigkeit bei **5,5%**

(DHS, Jahrbuch Sucht, 2024)

KASTEN 2

Definition von Computerspielsucht des ICD-11

Computerspielsucht ist charakterisiert durch ein Muster von persistierendem oder rezidivierendem Spielverhalten und zeichnet sich folgendermaßen aus:

- Kontrollverlust während des Spielens
- zunehmende gedankliche Eingenommenheit bis hin zum Verlust von Interessen und täglichen Aktivitäten
- Fortführen des Spielverhaltens trotz negativer Konsequenzen
- das dysfunktionale Verhaltensmuster ist stark genug, um zu signifikanten Einbußen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen und anderen Lebensbereichen zu führen

Das Verhaltensmuster kann kontinuierlich oder episodisch und rezidivierend auftreten. Die Diagnose sollte nur gestellt werden, wenn das Spielverhalten sowie die anderen Kriterien seit mindestens 12 Monaten bestehen. Sind alle Symptome jedoch in starker Ausprägung vorhanden, so kann die Diagnose auch bei kürzerer Dauer gestellt werden.



(DHS, Jahrbuch Sucht, 2024)

Tab. 2b: Hauptdiagnosen nach Geschlecht, stationär

Hauptdiagnose	G		M	F
	N	31.888	23.985	7.895
F10 Alkohol	20.719	65,0 %	62,3 %	73,2 %
F11 Opioide	1.197	3,8 %	4,2 %	2,5 %
F12 Cannabinoide	3.154	9,9 %	10,6 %	7,6 %
F13 Sedativa/Hypnotika	268	0,8 %	0,7 %	1,4 %
F14 Kokain	1.150	3,6 %	4,3 %	1,6 %
F15 Stimulanzien	1.902	6,0 %	6,0 %	5,7 %
F16 Halluzinogene	18	0,1 %	0,0 %	0,1 %
F17 Tabak	25	0,1 %	0,1 %	0,1 %
F18 Flüchtige Lösungsmittel	4	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	2.949	9,2 %	10,1 %	6,7 %
F50 Essstörungen	6	0,0 %	0,0 %	0,1 %
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits- erzeugenden Substanzen	1	0,0 %	0,0 %	0,0 %
F63.0 Pathologisches Spielen	418	1,3 %	1,5 %	0,8 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	77	0,2 %	0,3 %	0,1 %

N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4 %); Bezug: Beender.

G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.



Zusammenfassung

- Substanzbezogene Störungen sind dritthäufigste psychische Erkrankung
- Konsum und Abhängigkeit von Cannabis und Medien bei jungen Erwachsenen nimmt zu
- Substanzkonsummuster deutlich komplexer (polytoxischer Gebrauch, neue psychoaktive Substanzen, Ketamin, GBL/GHB)
- Substanzkonsumstörung durch Alkohol am häufigsten in den Kliniken



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne



Dr. Chloé Chermette
Psychologisches Institut

Das Klientel der Suchtpatient*innen

- Heterogene Altersstruktur



10.10.2024



Tab. 4b: Altersstruktur nach Hauptdiagnose, stationär

Alter (in Jahren)	Gesamt mit HD			Alkohol			Opiode			Cannabinoide			Stimulanzien			Pathologisches Spielen			Exzessive Mediennutzung			
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	
<i>N</i>	31.881	23.979	7.894	20.716	14.930	5.783	1.196	998	198	3.153	2.553	600	1.902	1.450	451	418	355	63	77	68	9	
bis 14	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	<i>n</i> = 0
15–17	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,9 %	1,0 %	0,5 %	1,9 %	1,8 %	2,0 %	0,4 %	0,3 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	<i>n</i> = 0
18–19	1,4 %	1,4 %	1,2 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	2,6 %	2,4 %	3,5 %	5,5 %	5,4 %	5,5 %	1,9 %	1,9 %	2,0 %	0,7 %	0,8 %	0,0 %	5,2 %	5,9 %	<i>n</i> = 0	
20–24	7,1 %	7,5 %	6,1 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %	10,6 %	10,9 %	9,1 %	23,3 %	23,5 %	22,8 %	12,5 %	11,9 %	14,4 %	5,5 %	5,9 %	3,2 %	14,3 %	13,2 %	<i>n</i> = 2	
25–29	8,9 %	9,6 %	6,7 %	4,5 %	4,8 %	3,9 %	9,6 %	9,7 %	9,1 %	21,3 %	22,4 %	16,8 %	17,1 %	16,1 %	20,2 %	14,6 %	16,1 %	6,3 %	23,4 %	26,5 %	<i>n</i> = 0	
30–34	12,2 %	12,7 %	10,8 %	8,6 %	9,0 %	7,4 %	9,0 %	8,6 %	11,1 %	18,8 %	18,5 %	20,3 %	24,4 %	24,0 %	25,9 %	20,3 %	21,7 %	12,7 %	16,9 %	17,6 %	<i>n</i> = 1	
35–39	14,8 %	15,1 %	13,8 %	12,8 %	13,0 %	12,2 %	18,6 %	18,8 %	17,2 %	14,2 %	14,0 %	15,3 %	24,1 %	25,0 %	21,3 %	13,9 %	14,4 %	11,1 %	9,1 %	10,3 %	<i>n</i> = 0	
40–44	13,3 %	13,7 %	12,1 %	14,3 %	14,9 %	12,8 %	20,4 %	21,2 %	16,2 %	7,6 %	7,8 %	7,0 %	11,8 %	12,5 %	9,8 %	9,8 %	9,9 %	9,5 %	6,5 %	5,9 %	<i>n</i> = 1	
45–49	10,2 %	10,1 %	10,5 %	12,4 %	12,6 %	12,1 %	13,0 %	13,0 %	12,6 %	3,0 %	2,5 %	5,3 %	4,5 %	4,8 %	3,5 %	9,1 %	9,9 %	4,8 %	3,9 %	4,4 %	<i>n</i> = 0	
50–54	11,4 %	11,0 %	12,6 %	15,4 %	15,2 %	15,7 %	7,8 %	7,8 %	7,6 %	2,2 %	2,0 %	3,0 %	2,1 %	2,6 %	0,7 %	7,4 %	5,1 %	20,6 %	10,4 %	10,3 %	<i>n</i> = 1	
55–59	10,9 %	10,2 %	13,3 %	15,5 %	15,1 %	16,8 %	4,3 %	3,5 %	8,6 %	1,3 %	1,3 %	1,5 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %	9,1 %	8,2 %	14,3 %	3,9 %	2,9 %	<i>n</i> = 1	
60–64	6,3 %	5,8 %	7,8 %	9,2 %	8,8 %	10,2 %	2,1 %	2,2 %	1,5 %	0,7 %	0,7 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	4,5 %	4,2 %	6,3 %	5,2 %	1,5 %	<i>n</i> = 3	
65+	3,1 %	2,5 %	4,7 %	4,4 %	3,8 %	6,0 %	1,1 %	0,7 %	3,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	5,0 %	3,9 %	11,1 %	1,3 %	1,5 %	<i>n</i> = 0	
<i>MW</i> ^a	42,2	41,6	44,2	46,8	46,3	47,8	38,5	38,3	39,6	30,4	30,3	31,1	33,3	33,6	32,1	40,7	39,4	47,6	35,4	34,1	45,0	

N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,4 %); Bezug: Beender. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. HD = Hauptdiagnose.

Bei kleiner Stichprobe ist statt des Prozentwertes die Fallzahl ausgewiesen.

^a *MW* = Mittelwert (in Jahren).



Das Klientel der Suchtpatient*innen

- Heterogene Altersstruktur
 - Zunehmend jüngeres Klientel
- Hochbelastetes Klientel





Suchtbezogene Komorbiditäten

Hauptdiagnose	N	Einzeldiagnose								
		F10 Alkohol	F11 Opioide	F12 Cannabinoide	F13 Sedativa/Hypnotika	F14 Kokain	F15 Stimulanzien	F17 Tabak	F63.0 Pathol. Spielen	F63.8/F68.8 Exz. Medienn.
		25.641	3.066	10.447	1.915	4.869	6.741	17.549	937	235
F10 Alkohol	20.713	100 %	2,7 %	15,3 %	2,8 %	5,5 %	7,5 %	53,9 %	0,8 %	0,3 %
F11 Opioide	1.196	34,6 %	100 %	44,3 %	26,2 %	40,3 %	20,2 %	55,9 %	1,4 %	0,8 %
F12 Cannabinoide	3.154	38,5 %	6,0 %	100 %	4,6 %	20,6 %	38,4 %	56,8 %	2,1 %	1,1 %
F15 Stimulanzien	1.901	44,2 %	5,3 %	55,9 %	5,0 %	16,1 %	100 %	65,3 %	4,1 %	0,8 %
F63.0 Pathologisches Spielen	415	36,4 %	0,5 %	20,2 %	0,0 %	11,1 %	11,1 %	56,6 %	100 %	1,2 %
F63.8/F68.8 Exzessive Mediennutzung	77	22,1 %	0,0 %	24,7 %	5,2 %	1,3 %	5,2 %	29,9 %	2,6 %	100 %

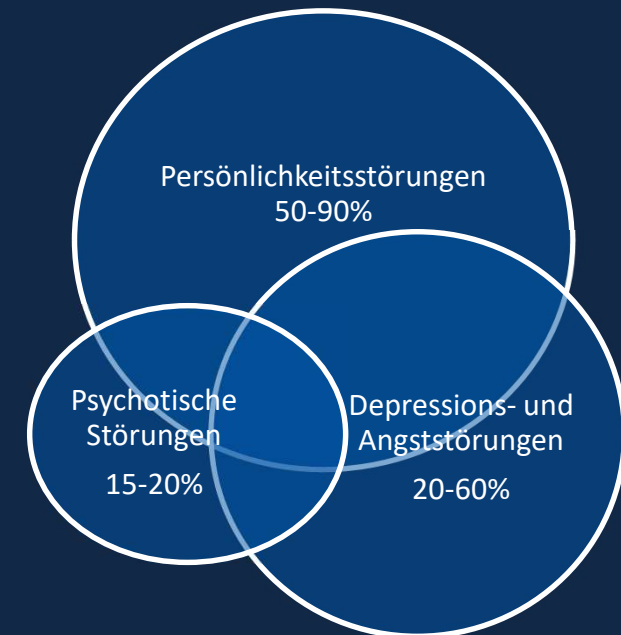
N = 162 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0,5 %). Bezug: Beender. Mehrfachnennungen möglich.
 Path. Spielen = Pathologisches Spielen; Exz. Medienn. = Exzessive Mediennutzung.

Rauschert, et al. (2022)



Komorbiditäten SUD

- Repräsentative Bevölkerungstichprobe
 - 33% mit Substanzstörungen weisen auch eine andere psychische Störung auf
- Klinische Stichproben
 - 50% mit Substanzstörungen weisen auch eine andere psychische Störung auf
- ADHD/ADS bei bis zu
 - 50% der Pat. mit Substanzkonsumstörung



Moggi, 2007

Lieb & Isensee, 2002

Drogen im Blickpunkt, EBDD, 2004



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne



Dr. Chloé Chermette
Psychologisches Institut

Das Klientel der Suchtpatient*innen

- Heterogene Altersstruktur
- Hochbelastetes Klientel
- Geringer Gesundheits- und Fitnesszustand



10.10.2024



Psychische Erkrankungen und Körperliche Auswirkungen

- Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen
 - Aerobe Ausdauer (VO₂peak) ↓
 - Skelettmuskelkraft und –leistung ↓
 - Gleichgewicht ↓
 - Griffstärke ↓
- Körperliche Funktion ↓
- Risiko für lebensstilbedingte Erkrankungen ↑
- Sterblichkeitsrate ↑

Forsberg Brobakken et al., 2022; Perez-Cruzado et al., 2017



Abhängigkeitserkrankungen und Koordinative Fähigkeiten/Körperkonzept

Tab.1 Deskriptive Statistik der Parameter der Untersuchung und Ergebnisse der T-Tests.

	VG	KG	VG	KG	p
	M		SD		
Gesamtkörperkoordination (BKT-KUR/Punkte)	4.66	7.33	1.95	1.45	<.001
Feinkoordination (Steckbrett-Test/Sekunden)	91.36	80.93	37.60	27.44	.196
Körperkonzeptskala zur Gesundheit und zum körperlichen Befinden (SGKB/Min=6; Max=36)	24.83	27.00	5.41	3.81	.041
Körperkonzeptskala zur Pflege des eigenen Körpers und der äußeren Erscheinung, Beachtung der Funktionsfähigkeit des Körpers (SPKF/Min=8; Max=48)	35.23	35.37	6.14	5.44	.995
Körperkonzeptskala zur körperlichen Effizienz (SKEF/Min=10; Max=60)	40.00	42.77	8.32	7.10	.179
Körperkonzeptskalen zu Aspekten der körperlichen Erscheinung (SASE/Min=14; Max=84)	62.31	65.40	9.98	9.31	.201
Selbstkonzeptskalen zur allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL/Min=10; Max=60)	40.54	47.43	9.64	6.51	<.001
Selbstkonzept zur Selbstwertschätzung (FSSW/Min=10; Max=60)	42.94	51.50	11.36	6.23	<.001

Mehrfachabhängigkeit bei jungen Drogenabhängigen – psychomotorische Ausgangslage bei Therapiebeginn

H. Deimel¹
C. Kleinknecht¹
D. Ruef¹
H. J. Kunert²

Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2009; 25: 240–247

10.10.2024



Zusammenfassung

- Heterogene Altersstruktur
 - Zunehmend jüngeres Klientel
- Hochbelastetes Klientel
 - Komorbider Substanzkonsum
 - Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS
- Geringer Gesundheits- und Fitnesszustand



Körperliche Aktivität und Suchterkrankungen

- **Protektiver Faktor**
 - Körperliche Aktivität ↑ und Konsum illegaler Substanzen und Internetnutzung ↓
- **Risikofaktor**
 - Körperliche Aktivität ↑ Alkoholkonsum ↑, teilweise auch Cannabis und verschreibungspflichtige Opioide oder rauchlose Tabakprodukte
- **Behandlungsmöglichkeit**



Körperliche Aktivität als Behandlungsmöglichkeit

- relativ stabile Evidenz regelmäßiger körperlicher Aktivität als eigenständiges und adjunktives Verfahren bei
 - Psychischen Erkrankungen generell (bspw. Ströhle et al., 2022)
 - Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchte (bspw. Martinez-Calderon, 2023)
- Kurzfristige und langfristige Effekte auf verschiedene Parameter
- Studienlage hinsichtlich der verschiedenen Substanzen heterogen



Substanzklasse - Alkohol



- Relativ gesichert
 - Craving ↓ durch intensives aerobes Training (Giménes-Meseguer et al., 2020)
 - Wohlbefinden ↑ (Fitzgerald et al., 2021) und Lebensqualität ↑ (Giménes-Meseguer et al., 2023)
 - Allg. Fitness ↑ (Lardier et al., 2021)
- Uneinheitliche Ergebnisse
 - Abstinenzrate (Giménes-Meseguer et al., 2020)
 - Depressive und Angstsymptome (Giménes-Meseguer et al., 2020)
- Moderates und intensives aerobes Training stärkere akute Wirkung
- Langfristige Effekte besser bei höheren Trainingsintensitäten und mehr Einheiten



Substanzklasse - Nikotin

- kurzfristige als auch langfristige positive Effekte
(Chermette & Hauert, 2023)
 - Craving, Entzugssymptome, Wohlbefinden, Angstabbau, Konsum
 - Bewegungsinterventionen vielseitig (aerob, isometrisch, intensiv, Yoga, ..)
- Gruppenlaufprogramm - Veränderung in Sportleridentität (Priebe et al., 2020)
- Robuste Evidenz für kurzfristige Effekte
- Langfristige Effekte weniger eindeutig





Substanzklasse - Opiate

- Überschaubare Datenlage ABER positive (langfristige) Effekte (bspw. Martinez-Calderon, 2023)
 - Lebensqualität \uparrow , Ängstlichkeit \downarrow , depressive Symptomatik \downarrow , Stresserleben \downarrow , Schlafqualität \uparrow , körperliche Fitness \uparrow (Jake-Schoffmann et al., 2020)
 - Substanzkonsum \downarrow und psychische Gesundheit \uparrow (Alpers et al., 2022)
 - Heterogenität
 - Bewegungsinhalte: Kraftausdauer, Yoga, Boxen, Klettern, Badminton, Krafttraining, Walken, Tanzen, Tai Chi, QiGong
 - Intensität: aerob, anaerobe, Länge der Einheiten
 - Kurzfristig positive Effekte auf Craving (Wang et al., 2020)





Conclusio - Alkohol

- Yoga für depressive Symptomatik
- Kombination von aerobem Training und Krafttraining sowie mind-body Interventionen für Lebensqualität
- kurzfristige Effekte robuster als langfristige (Adhärenzraten)
- Qualifizierten Personal!!





Substanzklasse – Methamphetamine & Kokain

- Kurz- und langfristige Effekte (Marrero-Cristobal et al., 2022)
 - Craving ↓
 - körperliche Fitness ↑, depressive Symptomatik ↓, Angstsymptome ↓ und Abstinenzraten ↓ (Giménez-Meseguer et al., 2020)
- Interventionen heterogen – Art, Dauer der Einheit und Intensität
- Moderate Intensität effektiver als intensive
- Adhärenz zu einem aktiven Lebensstil durch Ausführen der Aktivität unter Gleichgesinnten (Abrantes et al., 2021)





Substanzklasse - Cannabis

- Studienlage spärlich (Buchowski et al., 2011; McCartney et al., 2021; Flemmen et al., 2014)
 - depressive Symptomatik ↓
 - Schlafqualität ↑
 - Konsum ↓
 - körperliche Fitness ↑
 - Craving ↓ Fahrradergometer- und Krafttraining mit moderater Intensität



Internetnutzungsstörung und Glücksspielsucht

- Glückspiel
 - Schweregrads der Glücksspielsucht ↓, psychiatrische Komorbidität ↓ und Craving ↓ (Penna et al., 2018)
 - Depressivität ↓, Ängstlichkeit ↓ und Glückspielverhalten ↓ (Angelo et al., 2013)
- Internetnutzungsstörung
 - Depressive Symptome ↓ und Schweregrad der Internetnutzung ↓ (Hong et al., 2020,)
 - Unterschiedliche Aktivitätsformen (Tai Chi, Basketball, Badminton, Tanztraining, Lauftraining, Radfahren)



Zusammenfassung

- **Kurz- und langfristige Effekte auf unterschiedliche Outcomes**
Craving, Entzugssymptome, Stimmung, Arousal, Konsum, Abstinenz, Depressivität, Angstlevel, Schlafqualität, Lebensqualität, kognitive Parameter, körperliche Fitness, physiologische Parameter
- **Interventionsart**
Ausdauertraining (Ergometer, Laufband, Laufgruppe, ...), Krafttraining, body and mind (Yoga, QiGong, Tai Chi, ...), sehr selten Sportspiele oder andere Angebote
- **Intensität der Intervention**
Aerob, anaerob, moderat, intensiv, ...
- **Interventionsdauer**
- **Methodische Mängel und hohe Dropouts**
- **Forderung nach professioneller Anleitung**



Regelmäßige körperliche Aktivität

Wirkmechanismen



Bendau et al. In Ströhle, 2023



Physiologisch

- Neurotransmitter (Gaba ↑, Noradrenalin ↓, Serotonin ↑)
- Regulation der HHNA (ANP ↑, Cortisol ↓)
- Neuropeptide (ANP ↑, Adiponektin, CRH)
- Neuroplastizität ↑
- Wachstumsfaktor BDNF ↑
- Chronische Entzündungen ↓; oxidativer Stress ↓
- Schlaf ↑; Stressresilienz ↑
- Elektrokortikale + neuroendokrine Prozesse
- ...

Psychologisch

- Affektregulation
- Selbstwert / Positives Selbstkonzept
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Exposition/Konfrontation
- Erwartung-/Placebo-Effekte
- Ablenkung, Aktivierung, Ausgleich
- Reduktion Vermeidungsverhalten
- Soziale: Soziale Integration
- ...

Bendau et al. In Ströhle, 2023



Conclusio

- Trotz gemischter Evidenz – gute Möglichkeit in der Behandlung
- Beeinflussung sowohl psychischer als physischer Variablen
- Abstinenzraten und Craving und andere Störungssymptome (bspw. Depressivität, Emotionsregulation)
- Häufige methodische Mängel und hohe Dropouts in Studien
- **Klinischer Konsens ABER insgesamt eingeschränkte Evidenz**
- **Wenig Berücksichtigung findet die Bewegungstherapie als ganzheitliches komplexes Verfahren**

Körperliche Aktivität \neq Bewegungstherapie

- Gezielte Aktivität, unter professioneller Anleitung innerhalb bestimmter struktureller Rahmenbedingungen mit einem therapeutischen Zweck und differenzierten Zielbereichen
- Oberbegriff für ein Behandlungsverfahren
- **Bewegungstherapie ist beziehungsorientiertes Verfahren**
- Therapieziel: Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Weitere Zielbereiche (motorisch-sensorisch, emotional, kognitiv und sozial), die sich wechselseitig bedingen

Thimme et al., 2021



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Dr. Chloé Chermette
Psychologisches Institut



Einblick in aktuelle Forschung

10.10.2024

BWT – Tagung 2024 in Berlin Weißensee

35



Patientenberichtete Behandlungsergebnisse - Patient Reported Outcomes

- Einbezug der internen, individuellen Expertise und Patientenpräferenzen
- Akzeptanz Behandlungsansätzen
- Subjektiv wahrgenommener Effekte seitens der Patienten





Bewertung des Therapieangebots für den subjektiven Therapieerfolg

Patient Reported Outcomes

Wie hilfreich ist die Bewegungs- und Sporttherapie in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter?

Patient reported outcomes

How helpful is movement and sports therapy in medical rehabilitation for addicts?

Autoren
Hubertus Deimel¹, Chloé Chermette¹

Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2020; 36: 145–153

► **Tab. 1** Deskriptive Analyse der Bewertungen der standardisierten Therapieangebote hinsichtlich des persönlichen Therapieerfolgs (Skala von 1 = hat mir nicht geholfen bis 4 = hat mir sehr geholfen) für die gesamte Stichprobe (gesamt) sowie für Männer und Frauen.

Demographics	gesamt (N=215)	weiblich (n=49)	männlich (n=143)
Therapieangebot			
Mittelwert, Standardabweichung			
Gruppenpsychotherapie	3.06 ± 0.92	3.06 ± 0.92	3.02 ± 0.92
Einzelgespräche Therapie	3.45 ± 0.78	3.55 ± 0.71	3.41 ± 0.80
Bewegungs- und Sporttherapie	3.00 ± 1.18	2.67 ± 1.35	3.01 ± 1.16
Medikamentöse Therapie	1.24 ± 1.52	1.20 ± 1.52	1.12 ± 1.46
Kreativ- und Gestaltungstherapie	2.15 ± 1.35	2.35 ± 1.41	2.07 ± 1.33
Ergo- und Arbeitstherapie	2.12 ± 1.46	2.75 ± 1.19	1.87 ± 1.48
Informationsgruppen und Vorträge	2.50 ± 0.94	2.74 ± 0.99	2.45 ± 0.95

Die Stichprobe variiert abhängig davon, ob die Patienten die Angebote erhielten oder nicht. Angegeben sind Durchschnittswerte.



Patient Reported Outcomes – Die Bedeutung der
Bewegungs- und Sporttherapie für den wahrgenommenen
Rehabilitationserfolg von drogenabhängigen Menschen

C. Chermette, H. Deimel und S. Niggehoff





Tabelle 1. Deskriptive Analyse der Bewertungen der standardisierten Therapieangebote hinsichtlich des persönlichen Therapieerfolgs (1 = „hat mir nicht geholfen“, 2 = „hat mir etwas geholfen“, 3 = „hat mir ziemlich geholfen“, 4 = „hat mir sehr geholfen“) für die gesamte Stichprobe (gesamt) sowie für Männer und Frauen.

Deskriptive Analyse	gesamt (N = 72)	weiblich (n = 16)	männlich (n = 55)
Therapieangebot			
<i>M, SD</i>			
Einzelgespräche Therapie	3.46 ± 0.78	3.11 ± 0.78	3.56 ± 0.72
Gruppenpsychotherapie	2.54 ± 0.95	2.19 ± 1.05	2.62 ± 0.90
Bewegungs- und Sporttherapie	3.51 ± 0.67	3.31 ± 0.70	3.56 ± 0.66
Informationsgruppen und Vorträge	1.17 ± 1.30	1.67 ± 1.53	1.07 ± 1.28
Indikative Therapie	2.38 ± 1.12	1.75 ± 0.96	2.67 ± 1.32
Sozialberatung	2.62 ± 1.12	2.25 ± 1.71	2.78 ± 0.83
Medikamentöse Therapie	2.59 ± 1.37	2.31 ± 1.54	2.67 ± 1.32
Kunsttherapie	2.77 ± 1.24	2.25 ± 0.96	3.00 ± 1.32

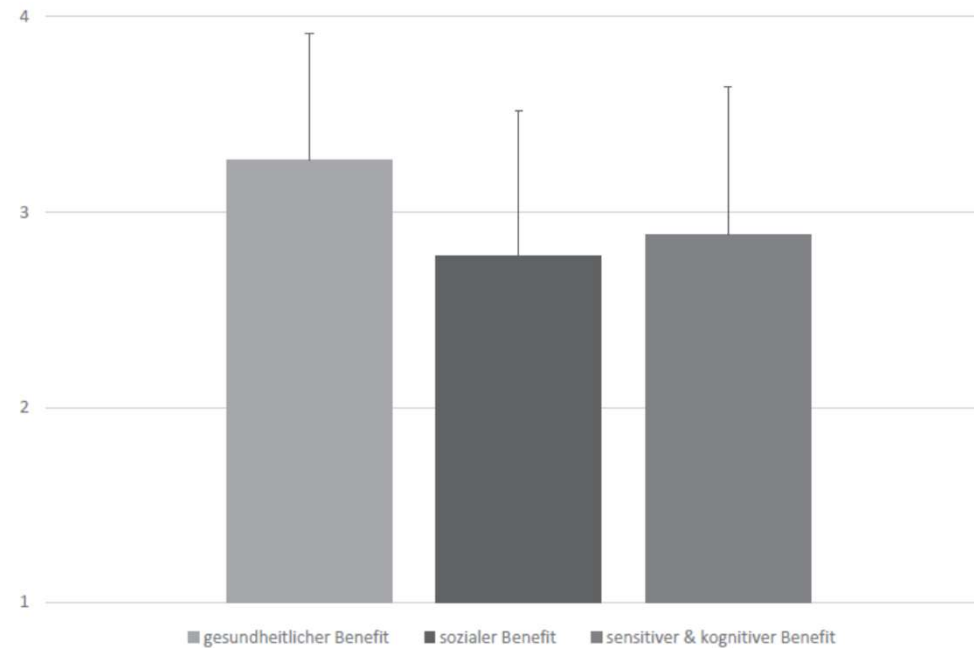


Abbildung 1: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichung der wahrgenommenen Wirkfaktoren in der Bewegungs- und Sporttherapie für den persönlichen Therapieerfolg (N=73; 1 = „hat mir nicht geholfen“, 2 = „hat mir etwas geholfen“, 3 = „hat mir ziemlich geholfen“, 4 = „hat mir sehr geholfen“)



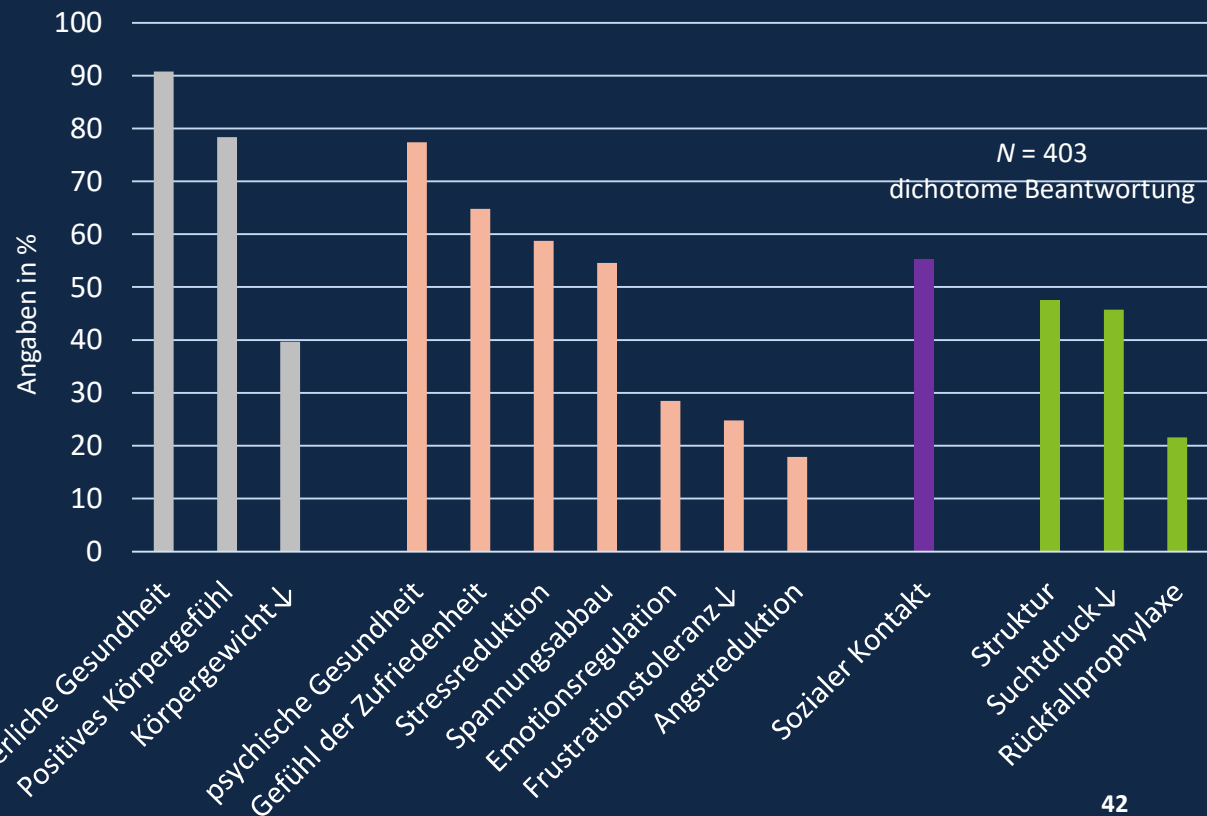
Einstellung zur Bewegungstherapie

- Deutschlandweite Befragung von $N=413$ (106 weiblich, 301 männlich, 7 fehlend) Rehabilitand*innen aus
 - Akutbehandlung ($n = 142$)
 - Medizinischer Rehabilitation ($n=256$)
 - Adaption ($n=15$) Substanzabhängigkeit
- u.a. Erhebung **wahrgenommener Vorteile und Nachteile** bei der Teilnahme und **Einstellung** zur Bewegungstherapie und **Konsequenzerwartung**
- Durchführende Personen Alice Krczal und Jessica Gleich (Masterstudierende DSHS)



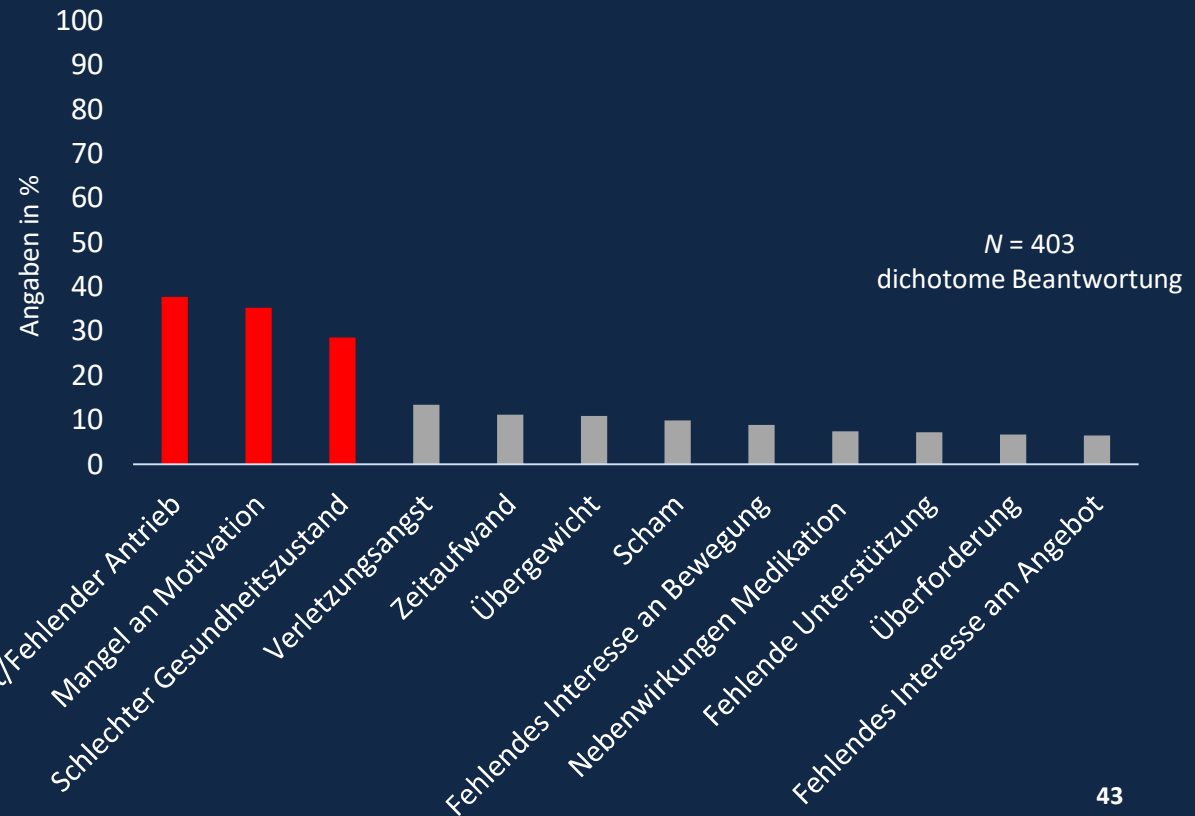
Welche Vorteile haben Sie durch die Teilnahme an der Bewegungstherapie?

- Psychische Gesundheit
- Körperliche Gesundheit
- Soziale Effekte
- Suchtbezogene Effekte



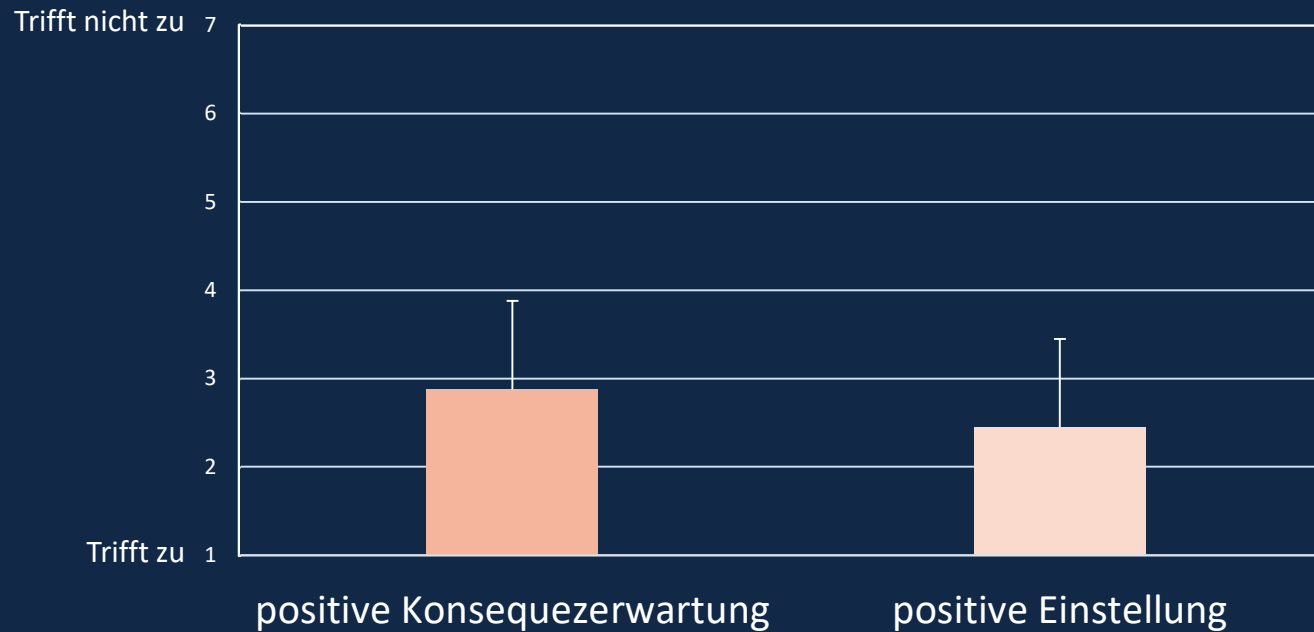


Was hindert Sie an der Teilnahme zur Bewegungstherapie?





Konsequenzerwartung und Einstellung





Zusammenfassung

- Bewegungstherapie wird von den Rehabilitanden als sehr hilfreich angesehen
- Vor allen Dingen der gesundheitliche Benefit wird als wichtiger Wirkfaktor angesehen
- Vorteile bei der Teilnahme sehen ein Großteil der Rehabilitanden vornehmlich in der Auswirkung auf die körperliche und psychische Gesundheit
- Einstellung zur Teilnahme an der Bewegungstherapie ist positiv → gute Voraussetzung für weitere Teilnahme
- Rehabilitanden erleben die Teilnahme an der Bewegungstherapie als hilfreich für ihren Heilungsprozess



Take Home Message - Praxeologie

- Bewegungstherapie ist sehr viel mehr als „nur“ körperliche Aktivität
- Nicht nur das **Was** sondern vor allem das **Wie**
- **Beziehungsgestaltung** im therapeutischen Geschehen
 - Grundlage zur Bearbeitung von psychosozialen Themen in der Bewegungstherapie
 - Motivationale und volitionales Geschehen



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

Kontakt: C.Chermette@dshs-koeln.de