

# WATSU – Zur Wirksamkeit unterschiedlich akzentuierter bewegungstherapeutischer Interventionen bei klinisch depressiven Patienten

S. Maczkowiak<sup>1</sup>  
G. Hölter<sup>1</sup>  
H. Otten<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

Sport, Spiel und Bewegung sind wichtige Medien in der Behandlung depressiver Erkrankungen. Zahlreiche Evaluationsstudien haben sich um den Nachweis der spezifischen Wirksamkeit bemüht, die global in Metanalysen auch im Vergleich zu Pharmako- und Psychotherapie gut belegt werden kann. In diesem Rahmen ist auch die hier vorgestellte klinische Studie zu sehen, bei der im Vergleich zu den bisherigen Studien ein besonderes Augenmerk auf eine Differenzierung unterschiedlicher bewegungstherapeutischer Vorgehensweisen gelegt wurde: auf der einen Seite die Anwendung von eher übenden Verfahren, auf der anderen Seite ein differenzierteres bewegungstherapeutisches Vorgehen mit konflikt- und gesprächsorientierten Anteilen. Im Mittelpunkt stand dabei WasserShiatsu (WATSU), eine Form der sog. Aquatischen Körperarbeit. Die Untersuchungsstichprobe bestand aus n = 31 Patientinnen einer Psychosomatischen Fachklinik mit einem Depressionsindex (Beck-Depressions-Inventar, BDI > 18), die über den maximalen Zeitraum von sechs Wochen behandelt wurden. Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die zwei unterschiedlich akzentuierten bewegungstherapeutischen Interventionen in Kombination mit anderen klinischen Maßnahmen (Psycho- und Pharmakotherapie) Effekte haben, vor allem auf die Symptomatik (BDI) und auf das Körperbild (FKB20). Dabei unterscheiden sich die verschiedenen bewegungstherapeutischen Interventionen nur z. T. (z. B. im SOC, FKKS) und insgesamt mit geringen Effektstärken. Die Unterschiede werden dann bedeutsamer, wenn zusätzlich als körpertherapeutische Intervention WATSU angewendet wurde. Inwiefern dies auf Besonderheiten der Methoden oder besondere Therapeutenvariablen zurückzuführen ist, kann aufgrund der vorliegenden Studie nicht entschieden werden. Die Ergebnisse regen dazu an, die Spur einer inhaltlichen Differenzierung der Bewegungstherapie weiter zu verfolgen.

**Stichworte:** Depression, Bewegungstherapie, Aquatische Körperarbeit, WasserShiatsu, Wirksamkeitsforschung

## ► Einleitung

In den letzten 20 Jahren haben Prävention und Behandlung des psychischen Erlebens durch Bewegung, Spiel und Sport an Bedeutung gewonnen.

So ist auch die Erforschung der körperlichen und seelischen Auswirkungen des Sports wesentlich durch die Gesundheitswissenschaften (Public Health) vorangetrieben worden, was zu mehreren theoretischen Modellen und empirischen Befunden insbesondere in Hinblick auf Effektivitätsstudien zu Depressionen geführt hat [3, 10].

Unter Depression versteht man eine zeitlich länger andauernde Störung des Gesamtsystems der Persönlichkeit, die sich auf verschiedenen Ebenen (emotionales Erleben, Selbstkonzept, vegetative Funktion, Verhalten, körperliche Beschwerden, Denkprozesse) manifestiert [5].

Neben der depressiven Grundstörung des Gefühlslebens in Form von gedrückter, trauriger Stimmung, Gequältsein, Niedergeschlagenheit, Angst, innerer Unruhe und Leere oder Verlust des Selbstwertlebens, umfassen depressive Störungen ein Spektrum unterschiedlicher spezifischer und unspezifischer Symptome im somatischen, motorischen, motivationalen, kognitiven und sozialen Bereich.

Bei den betroffenen Menschen ist eine herabgesetzte Aktivität sowie eine traurige, verzweifelte und ängstliche Grundstimmung – und damit verbunden – Veränderungen im Denken, im Antrieb, im Verhalten und in den verschiedenen körperlich-vegetativen Prozessen zu beobachten.

Umgangssprachlich wird eine leichte Erkrankung als depressive Stimmung, eine

<sup>1</sup> Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften

<sup>2</sup> Klinik Möhnese, Psychosomatische Abteilung

Engegangen: 10.01.07

Angenommen durch Review: 07.02.07

schwere Erkrankung u.a. als endogene oder schwere Depression (major depression) bezeichnet.

„Charakteristisch ist, daß körperliche und psychische Symptome gleichzeitig vorkommen“ [6].

Bei Depressionen werden sportliche Aktivität und Bewegungstherapie – als einer allgemeinen Bezeichnung für alle Methoden und Verfahren, die Körperarbeit, Bewegung, Spiel und Sport in Prävention, Rehabilitation und Therapie nutzen – mit folgenden Argumenten eine besondere Bedeutung zugesprochen:

Bewegungs- und sportliche Aktivitäten wirken positiv auf das Befinden und anti-depressiv, da

- ▶ sie von festgefahrenen negativen Gedanken, lageorientiertem Grübeln und ungünstigen Gedächtnisinhalten ablenken können (Ablenkungshypothese),
- ▶ sie positive, selbstverstärkende Erfahrungen ermöglichen (Selbstwirksamkeitshypothese),
- ▶ sie durch soziale Erfahrungen das soziale Netzwerk stärken können,
- ▶ sie physiologisch-vegetative Veränderungen bewirken, wodurch Appetit, Schlaf, Verdauung, Körperdrüsenfunktionen (wie Schilddrüse, Nebennierenrinde) und neuronale Transmitter (anticholinerge Systeme) angeregt und reguliert werden [3, 12].

In internationalen Überblicksstudien [1, 15] nicht erwähnt, aber für den deutschsprachigen Raum sowohl in wissenschaftstheoretischer als auch in ihrer Relevanz für eine Anwendung unverzichtbar, sind die Arbeiten von zwei Studiengruppen in Konstanz und Berlin, die beide maßgeblich durch den führenden deutschen Depressionsforscher, Martin Hautzinger, mit beeinflusst worden sind [11, 4].

Bei der Konstanzer Studiengruppe werden zum einen die zum damaligen Zeitpunkt (1990) 136 bekannten empirischen Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Sporttreiben und Depression vorgestellt und kritisch bewertet. Die Autoren kommen zusammenfassend zu dem Schluss, dass ihnen „euphorische Berichte aufgrund der Selektivität, Abbrüchen, Fehlzeiten, diagnostischen Eingrenzungen, Gestaltungsunterschieden [...] und wider-

sprüchlichen Befunden auf verschiedenen Messebenen“ fraglich erscheinen [14].

Die vorgestellten drei Studien der Konstanzer Studiengruppe zu Schlafstörungen, zu einem Lauftraining und zu einem Tanzprogramm werden in Form von Einzelfalluntersuchungen methodisch aufwendig dokumentiert und erlauben im Vergleich zu Kontrollgruppen den Nachweis positiver Effekte bei leichten, mittleren und schweren depressiven Erkrankungen. Die Ergebnisse legen allerdings auch nahe – und dies würde aktuellen Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapie entsprechen – die Wirkung eines spezifischen Trainingsprogramms sowie einer spezifischen Methode im Vergleich zu

- ▶ außertherapeutischen Faktoren (wie z.B. Scheidung, Tod, andere Erkrankungen),
  - ▶ der Art und Weise der Beziehungsgestaltung sowie
  - ▶ von Placebofaktoren
- nicht zu überschätzen [7–9].

Sowohl in ihrer theoretischen Begründung als auch in der empirischen Überprüfung und praktischen Relevanz besonders eindrucksvoll sind mehrere Forschungs- und Praxisprojekte, die über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren im Sportinstitut der FU Berlin und im Hochschulsport der TU Berlin stattgefunden haben.

Unter dem Titel „Effekte des Sporttreibens bei Depressionen“ [4] werden diese Projekte, insbesondere die Hauptuntersuchung mit 60 Patienten, ausführlich dokumentiert. Aus den komplexen Ergebnissen werden hier einige Ausschnitte berichtet, die auch für eine klinische Anwendung von Bewegungsprogrammen von Relevanz sind. Die Hauptstudie bezieht sich auf die Evaluation der Effekte eines ambulanten Sporttherapieprogramms über den Zeitraum von vier Jahren. Das Programm besteht aus 32 therapeutischen Einheiten, die über den Zeitraum von zwölf Wochen mit einer Frequenz von zwei- bis dreimal pro Woche stattfanden. Wie bei vielen anderen Depressionsstudien auch, standen zwar im Zentrum Ausdaueraktivitäten wie Laufen und Gehen, allerdings wurde diese Aktivität in vielfältige Wahrnehmungs-, Besinnungs- und Entspannungsphasen eingebettet, sodass es sich letztlich

um ein komplexes sport-/bewegungstherapeutisches Programm mit Einbeziehung von

- ▶ interessanten Materialien,
- ▶ imaginativen Elementen,
- ▶ unterschiedlichen Formen der Gymnastik sowie
- ▶ um die Erörterung von Alltagsproblemen handelt.

Besonders interessant ist die Differenzierung des Programms in eine sportliche und eine psychologische Variante: Während das Bewegungsgrundprogramm bei beiden gleich war, wurden in der psychologischen Variante ausgewählte Aspekte aus der kognitiven Verhaltenstherapie, wie z.B. Anspruchsniveauregulierung oder die Auseinandersetzung mit der erlernten Hilflosigkeit besonders thematisiert. Im Vergleich zu einer randomisierten Kontrollgruppe (n=20) zeigten sich bei 70% der Teilnehmer der beiden sporttherapeutischen Versuchsgruppen (n=36) Langzeitwirkungen im Hinblick auf die eigene und fremdbeurteilte Depression, auf gesundheitliche Beschwerden und auf ausgewählte kognitive und physiologische Variablen und dies über einen Zeitraum von vier Jahren. Ein Unterschied zwischen der sportlichen und psychologischen Variante war nicht festzustellen, was die Autoren z.T. auf die geringe psychotherapeutische Erfahrung der Leiter zurückführen. Eine rein kognitiv psychologische Anreicherung von Sportprogrammen ist wahrscheinlich nicht ausreichend, d.h. neben der Reflexion kognitiver Aspekte sind andere psychologische Variablen, wie z.B. die Art und Weise der Beziehungsgestaltung, bedeutsam [4]. Über eine differenzierte Forschungsbegleitung hinaus sind die Berliner Projekte auch deswegen bedeutsam, weil versucht wird, die Programme in einer eigenen Nachsorgestruktur (Gründung von Gesundheitssportvereinen) zu verankern. Hiermit wird besonders der Widerstandsressource „soziales Netzwerk“ in den psychosozial orientierten Gesundheitsmodellen wie dem der Salutogenese gut entsprochen.

Systematisch angeleitete körperliche Aktivitäten („exercise“) haben bei klinisch depressiven Patienten ähnliche Wirkungen wie Pharmako- oder Psychotherapie. Es wird daher, unter Abwägung der Vor- und

Nachteile, eine Kombination unterschiedlich therapeutischer Vorgehensweisen empfohlen. „Sport stellt in diesem Sinn eine ‚antidepressive‘ Aktivität dar, da sie angenehm, ablenkend und aufbauend wirkt“ [14].

Auch Mutries Ergebnisse zeigen, dass Sport und Bewegung eine wichtige Rolle bei der Prävention und Behandlung depressiver Störungen spielen können – zumindest als flankierende Maßnahme [13].

In den vorwiegend englischsprachigen Evaluationsstudien werden die Merkmale der Bewegungsaktivität selbst kaum thematisiert: Es hat sich gezeigt, dass die Intensität der Belastung (aerob, anaerob) keinen bedeutsamen Einfluss hat [2] und dass sich die Effekte bei einer eher trainings- und einer eher psychotherapeutisch ausgelegten Bewegungstherapie [4] nicht bedeutsam voneinander unterscheiden (wobei sich diese Befunde auf ambulante behandelte Patienten beziehen).

In dieser Studie soll ähnlich wie in den Berliner Arbeiten der Frage einer Differenzierung zwischen einer eher übungs-/erlebnis- und einer eher erlebnis-/konfliktzentrierten bewegungstherapeutischen Intervention (mit Gesprächs- und Reflexionsanteilen) nachgegangen werden – diesmal allerdings in einem klinischen Setting und unter besonderer Berücksichtigung von körpertherapeutischer Arbeit im Wasser. Die zentrale Forschungsfrage der Studie lautete, ob unterschiedlich akzentuierte bewegungstherapeutische Vorgehensweisen unterschiedliche Ergebnisse auf ausgewählte Parameter der Symptomatik und des Körpererlebens und -verhaltens zur Folge haben.

## ► Klinische Studie

Die vorliegende Studie wurde im Jahr 2005/2006 in Zusammenarbeit der Universität Dortmund und der Klinik Mönhensee verwirklicht.

Die Klinik Mönhensee ist eine 1997 erbaute Fachklinik für Rehabilitation, in der Anschlussheilbehandlungen für Patienten mit Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sowie mit psychosomatischen Erkrankungen durchgeführt werden. In der Klinik werden im Jahr durchschnittlich 2400 Patienten behandelt, davon 900 Pa-

tienten in der psychosomatischen Abteilung. Die psychosomatische Abteilung wurde 2002 eröffnet und hat 130 Behandlungsplätze. Behandlungsschwerpunkte liegen im Bereich psychoneurotischer Störungen, affektiver Störungen, Angststörungen, akuter- und posttraumatischer Belastungsstörungen sowie im Bereich der Somatisierungsstörungen. Ebenso werden alle Formen psychiatrischer Erkrankungen behandelt, soweit es sich nicht um akute Psychosen handelt.

## Stichprobe

An der Studie nahmen 31 Patienten (m = 11, w = 20) der Fachklinik mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren, einer diagnostizierten Depression nach ICD-10 (F32.00 oder F33.00) und einem Depressionsindex vor der Aufnahme in die Klinik von durchschnittlich 25 (BDI) teil, die einer stationären klinischen Behandlung bedurften.

## Untersuchungsinstrumente

Die folgenden Fragebögen zur Selbstbeurteilung wurden zur Erhebung der Daten verwendet:

- das Beck-Depressions-Inventar (BDI) nach Beck et al. (1961) mit 21 Items zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik durch Selbstbeurteilung („ich bin traurig“);
- die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) Deusingers (1998) mit 64 Items und neun Subskalen, wie „Selbstakzeptanz des Körpers“ und „körperliche Effizienz“ („ich habe mehr körperliche Mängel als früher“);
- der Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzgefühls (SOC – Sense of Coherence) Antonovskys (1997) mit 29 Items und den Subskalen „Verstehbarkeit“, „Bedeutsamkeit“ und „Handhabbarkeit“ als Maß für das Gefühl des Vertrauens in die Vorhersehbarkeit innerer und äußerer Zustände („Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?“);
- der Fragebogen zum Körperbild (FKB 20) Clements und Löwes (1996) mit 20 Items und zwei Skalen zur „Ablehnenden Körperbewertung“ und zur „Vitalen Körperdynamik“ („insgesamt empfinde ich mich als stark und robust“);

- die Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) Browns und Ryans (2003) zur Messung der Qualität des Aufmerksamkeitsbewusstseins („Ich vergesse den Namen einer Person fast sofort nachdem ich ihn zum ersten Mal gehört habe“);
- die Erfassung des „Spielerischen Weltenerlebens“ nach Ebinghaus und Dillmann (2005) mit ausgewählten 9 Items zur Lebenseinstellung und zur subjektiven Wahrnehmung beispielhaft bzgl. Fantasie und Kreativität („Manchmal können Sie sich in ein Spiel vertiefen wie ein Kind“);
- der Genuss-Fragebogen Frankes (2001) mit 13 Items zum Genusserleben („Ich nehme mir viel Zeit für Dinge, die mir Spass machen“).

## Untersuchungsdurchführung

Im Rahmen der Studie erhielten alle Patienten ca. zwei Wochen vor Anreise in die Klinik die o.g. Fragebögen. Eine zweite Befragung fand am Ende des Klinikaufenthalts statt. Die Patienten wurden durch die zuständigen Psychologen und Ärzte nach dem Zufallsprinzip den unterschiedlichen bewegungstherapeutischen Interventionen zugewiesen. Diese zählen zu den Standardbehandlungen in der Klinik und werden sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie angeboten. Die weiteren therapeutischen Angebote bestanden aus psychotherapeutischen Gesprächsgruppen, gestaltungstherapeutischen Maßnahmen und z.T. aus Medikation.

## Beschreibung der Intervention

Die übungs-/erlebniszentrierte Intervention mit einem trainingstheoretischen Schwerpunkt fand ausschließlich in der Gruppe statt (Gruppe 1).

Die erlebnis-/konfliktzentrierte Intervention bestand aus trainingstheoretischen Anteilen, aber auch aus tanztherapeutischen Interventionen und integrativer Bewegungstherapie (Gruppe 2). Diese Angebote beinhalteten auch eine verbale Reflexion und wurden durch Achtsamkeitsübungen, Körperwahrnehmung, Atemübungen ergänzt. Die Gruppe 3 erhielt als Intervention WATSU sowohl einzeln als auch in der Gruppe sowie ausgewählte übungsorientierte Bewegungsangebote (zur Übersicht vgl. Tab.1).

Tab. 1 Überblick zu Inhalten, Teilnehmern und Dauer/Frequenz der Interventionen.

Gruppen	Inhalte	Dauer/ Frequenz
Gruppe 1 (n = 12; m = 4, w = 8)	übungs-/ erlebniszentriert (z. B. Walking, Jogging, Aqua Jogging, Yoga, Wirbelsäulengymnastik)	22 Einheiten à 60 Minuten, 6 Wochen
Gruppe 2 (n = 10; m = 2, w = 8)	erlebnis-/ konfliktzentriert I (z. B. Tanztherapie, integrative Bewegungstherapie, Walking, Jogging)	29 Einheiten à 60 Minuten, 6 Wochen
Gruppe 3 (n = 9; m = 2, w = 7)	erlebnis-/ konfliktzentriert II WATSU (einzeln 1-mal, Gruppe 9-mal), Walking, Wirbelsäulengymnastik, Aquatraining	24 Einheiten à 60 Minuten, 6 Wochen

Exkurs: Was ist Aquatische Körperarbeit?

Aquatische Körperarbeit ist eine sanfte und einfühlsame Körpertherapie. Es wird unterschieden zwischen

- WasserShiatsu – WATSU,
- WasserTanzen – WATA und
- Aqua Relax.

Alle drei Formen werden in 35 °C warmen Wasser durchgeführt und haben sich die heilenden und unterstützenden Qualitäten des warmen Wassers nutzbar gemacht. Sie verbinden auf unterschiedliche Weise therapeutische Elemente aus Massage, Gelenkmobilisation, Shiatsu, sowie Atemarbeit, Wahrnehmungsübungen, Bewegung und Tanz sowohl auf als auch unter Wasser. In idealer Weise wird so das Gleichgewicht zwischen Körper, Geist und Seele harmonisiert.

Das WasserShiatsu (WATSU) wurde 1980 von Harold Dull in Harbin Hot Springs (Kalifornien) begründet und basiert auf dem Zen-Shiatsu (Druckpunktmassage und Dehnübungen). WasserShiatsu dehnt das Bindegewebe und die Muskulatur und wirkt über Massage, atmungsunterstützenden Bewegungen, beruhigenden körperlichen Halt sowie Anregung des Energieflusses durch Shiatsu. Die Wirbelsäule wird im Wasser vom Körpergewicht entlastet und kann in einer Weise bewegt werden, wie es an Land unmöglich ist. Alte Halte- und Bewegungsmuster werden durch rhythmisch fließende Bewegungen aufgelöst und harmonisiert.

Wesentliche Merkmale der Erfahrung durch WasserShiatsu sind:

- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Vertiefung der Atmung
- Stressabbau durch Tiefenentspannung
- Besserer Umgang mit Stress im Alltag

- Entwicklung und Verfeinerung von Körperbewusstsein und Selbstwahrnehmung
- Verbesserung der Sozialkompetenz und Kontaktfähigkeit
- Verbesserung des Gleichgewichts
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung und Sinne
- Entlastung der Wirbelsäule, der Gelenke und der Muskulatur

Die angenehme, sanfte Schwerelosigkeit im warmen Wasser führt im Wesentlichen zu einer schnellen und intensiven Entspannung der Muskulatur und des gesamten Körpers. Während der Körper äußerlich immer ruhiger wird, finden innerlich nachhaltige Anpassungsprozesse statt. Durch diese optimierte Gesamtsituation werden körperliche und psychische Regenerationsprozesse erheblich unterstützt.

Auf psychosomatischer Ebene entsteht eine positive Wechselwirkung zwischen körperlichem und seelischem Empfinden. Die intensive Wahrnehmung des Körpers und der eigenen Person, das Angenommensein, ein wieder gewonnenes Vertrauen und das Erleben von Geborgenheit und Wärme führen zu einem positiven Gefühl auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene. Über den Körper erfährt der Klient Zugang zu verborgenem, oft auch unbewusstem Körperwissen in Form von Erinnerungen, Empfindungen und Erfahrungen, das auf diese Weise begleitet und integriert werden kann und so den gesamten therapeutischen Prozess nachhaltig unterstützt.

Durchführungsformen

Eine Einzelsitzung beginnt immer mit einem kurzen Vorgespräch, um diese den Bedürfnissen und der momentanen Situation des Klienten anzupassen. Bei einer

Reihe von Einzelsitzungen kann so ein fortlaufender Prozess begleitet werden. Während der Anwendung wird in der Regel nicht gesprochen. Das Erleben erfolgt auf der Erfahrungsebene über den Körper. In einem geschützten, stillen Rahmen wird der Patient im warmen Wasser liegend getragen, gehalten und berührt. Fließende Bewegungen, Massage, Dehnungen und Shiatsu unterstützen die Anwendung. Nach Ende der Anwendung wird ein Nachgespräch geführt. Erfahrungsinhalte werden auch in die Gruppen oder Einzeltherapien der Psychologen einbezogen.

Aqua Relax in der Gruppe arbeitet mit Elementen aus dem WATSU und nutzt Meditation, Atem- und Wahrnehmungsübungen, Massagen usw. als wirkungsvolle Möglichkeit der Entspannung, der Begegnung und des Miteinander in einer Kleingruppe. Das Erlernen einfacher Basisbewegungen, gegenseitiges Tragen und Getragenwerden sowie Spiel und Spaß sind in einer ruhigen entspannenden Atmosphäre wichtige Bestandteile der gemeinsamen Erfahrung im warmen Wasser. In diesem Rahmen werden sowohl die soziale Kompetenz wie Themen über Nähe-Distanz, Berühren und Berührtwerden, Grenzen, Übungen zur Achtsamkeit und Körperwahrnehmung integriert. Die persönlichen Erfahrungen werden in einem geschützten therapeutischen Rahmen mit Hilfe von Gesprächen reflektiert und in den persönlichen Prozess integriert.

Untersuchungsergebnisse<sup>1</sup>

Die Daten wurden varianzanalytisch bearbeitet und die jeweiligen Effektstärken berechnet (vgl. Tab. 2).

Die bedeutsamsten Unterschiede sind bei dem Messwert der Symptomatik, dem Depressionsindex festzustellen und dies für alle Gruppen gleichermaßen, d.h. die klinische Behandlung inklusive der Bewegungstherapie hat eine bedeutsame Veränderung dieses Index bewirkt. Bei einem Gruppenvergleich ist diese Veränderung bei den erlebnis-/konfliktzentrierten Gruppen deutlicher und hier insbesondere bei der Gruppe, die WATSU erhalten hat. Bei dem Kohärenzsinn (SOC) zeigt sich

<sup>1</sup> Bei der Datenerhebung war Frau Dipl.-Päd. N. Höhne behilflich. Für die differenzierte Auswertung danken wir Dr. W. Beudels.

Tab. 2 Mittelwerte, Standardabweichung und Effekte bei ausgewählten Parametern für drei Patientengruppen (n=31) einer Psychosomatischen Klinik über den Zeitraum t1 (vor Klinikeinweisung) und t2 (Klinikentlassung) bei drei unterschiedlichen bewegungstherapeutischen Interventionen (Gruppen 1–3).

		BDI							
Gruppen	N	t1		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	27,50	7,98	21,92	9,54	Zeit	43,944	0,000	0,611
2	10	22,70	10,76	12,70	10,48	Gruppen	5,747	0,008	0,291
3	9	24,67	5,32	5,00	3,24	Interaktion	5,403	0,010	0,278
ges.	31	25,13	8,36	14,03	10,91				
		SOC							
Gruppen	N	t1		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	104,83	18,44	105,25	22,92	Zeit	6,610	0,016	0,191
2	10	113,80	34,68	132,00	31,26	Gruppen	3,900	0,032	0,218
3	9	113,89	20,76	141,11	23,58	Interaktion	1,836	0,178	0,116
ges.	31	110,35	24,91	124,29	29,73				
		FKKS – Selbstakzeptanz							
Gruppen	N	t2		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	3,08	0,83	3,06	0,67	Zeit	9,030	0,006	0,244
2	10	2,80	0,79	3,30	0,86	Gruppen	1,051	0,363	0,070
3	9	2,83	0,77	3,97	0,71	Interaktion	3,514	0,043	0,201
ges.	31	2,92	0,79	3,40	0,82				
		FKKS – Akzeptanz durch andere							
Gruppen	N	t2		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	3,68	0,79	3,58	0,99	Zeit	2,819	0,104	0,091
2	10	3,98	1,04	3,95	0,85	Gruppen	1,093	0,349	0,072
3	9	3,76	0,84	4,59	1,10	Interaktion	4,274	0,024	0,234
ges.	31	3,80	0,87	3,99	1,04				
		FKB 20 – Vitalität							
Gruppen	N	t1		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	1,89	0,65	2,10	0,72	Zeit	19,155	0,000	0,406
2	10	2,15	0,78	2,94	0,91	Gruppen	7,077	0,003	0,336
3	9	2,18	0,44	3,51	0,73	Interaktion	3,397	0,048	0,195
ges.	31	2,06	0,64	2,78	0,97				
		FKB 20 – Ablehnende Körperbewertung							
Gruppen	N	t1		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	2,88	0,76	2,55	0,88	Zeit	14,289	0,001	0,338
2	10	2,66	0,97	2,26	0,74	Gruppen	2,011	0,153	0,126
3	9	2,40	0,69	1,80	0,36	Interaktion	0,452	0,641	0,031
ges.	31	2,67	0,82	2,24	0,76				
		MAAS							
Gruppen	N	t1		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	3,69	0,70	3,44	0,81	Zeit	4,990	0,034	0,151
2	10	3,24	0,79	3,90	0,95	Gruppen	1,082	0,353	0,072
3	9	3,61	0,81	4,28	0,62	Interaktion	3,858	0,033	0,216
ges.	31	3,52	0,77	3,83	0,86				
		Spielerisches Welterleben							
Gruppen	N	t1		t2		Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		M	SD	M	SD				
1	12	4,82	1,17	4,87	1,27	Zeit	8,559	0,007	0,241
2	10	4,63	1,01	5,20	1,01	Gruppen	0,215	0,808	0,016
3	9	4,28	1,03	5,90	1,02	Interaktion	3,371	0,049	0,200
ges.	31	4,60	1,07	5,28	1,17				

Tab. 2 Fortsetzung.

Gruppen	N	Genuss				Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
		t1 M	SD	t2 M	SD				
1	12	2,40	0,42	2,58	0,43	Zeit	11,549	0,002	0,292
2	10	2,28	0,68	2,83	0,70	Gruppen	0,110	0,896	0,008
3	9	2,15	0,49	2,85	0,38	Interaktion	1,256	0,300	0,082
ges.	31	2,29	0,53	2,74	0,52				

bei der übungszentrierten Gruppe keine Veränderung, allerdings bei den beiden anderen Gruppen.

Aus dem FKKS werden die zwei Subskalen dargestellt, bei denen Veränderungen beobachtbar sind. Dies ist zunächst bei der „Selbstakzeptanz des eigenen Körpers“ der Fall und hier bei den beiden erlebnis-/konfliktzentrierten Gruppen besonders deutlich. Bei der zweiten Subskala „Akzeptanz durch andere“ ist eine solche Veränderung nur bei der WATSU-Gruppe beobachtbar. Das Körperbild (d.h. eine Zunahme der vitalen Körperdynamik – FKB20) verändert sich bei allen Gruppen gleichermaßen, allerdings auch hier wieder bei den konfliktzentrierten Gruppen bzw. bei der WATSU-Gruppe besonders stark, sodass auch ein Gruppeneffekt beobachtet werden kann. Die Gesamteffektstärke bewegt sich im mittleren Bereich. Ebenso verhält es sich mit der zweiten Subskala des FKB20, der ablehnenden Körperbewertung, allerdings nicht so deutlich wie in der positiven Variante der Zunahme der vitalen Körperdynamik. Das in der deutschsprachigen Forschung bisher noch nicht angewendete Instrument zur Messung der Körpererfahrung (MAAS) zeigt ebenfalls eine bedeutsame Veränderung, vor allem bei der WATSU-Gruppe. Ebenfalls verändert sich das Gefühl des „Spielerischen Welterlebens“ und hier wiederum in den erlebnis-/konfliktzentrierten Gruppen stärker als in der übungszentrierten Gruppe. Ähnlich verhält es sich bei der Erhebung des Genuss-erlebens.

### Diskussion

Seit längerer Zeit ist bekannt, dass bewegungstherapeutische Interventionen bei depressiven Erkrankungen wirken. Was genau allerdings die Ursachen für die Wirksamkeit sind, ist bisher wenig erforscht.

Die Vermutungen reichen von einer Aktivierung im physiologischen Sinne über neurochemische Veränderungen durch körperliche Belastungen bis zu Veränderungen psychologischer und psychosozialer Faktoren wie z.B. die Steigerung des Gefühls der Selbstwirksamkeit oder die bessere Integration in ein soziales Netzwerk [1–4, 10, 14].

Die Untersuchung von symptomspezifischeren Vorgehensweisen in der Bewegungstherapie, die – und dies gilt für psychische und psychosomatische Erkrankungen in weitaus stärkerem Maße als für funktionelle Erkrankungen – u.a. Elemente der Psychotherapie wie Verbalisierung und Reflexion oder auch eine achtsame Körpererfahrung („awareness“) beinhaltet, ist bisher selten.

Allerdings erfährt gerade das letztere im Zusammenhang mit Forschungsarbeiten zur „mindfulness“ zurzeit eine große Aufmerksamkeit in der Psychologie, wobei auch Evaluationsstudien zur Wirksamkeit bei depressiven Patienten vorliegen (vgl. Zusammenfassung [7]). Die theoretische Begründung für die Interventionen basiert hier meist auf einem buddhistischen Hintergrund, kombiniert mit Elementen einer kognitiv orientierten behavioristischen Therapie. Dabei ähneln interessanterweise – und ohne, dass in diesen Ansätzen darauf Bezug genommen wird – die praktischen Interventionen in vielerlei Hinsicht bekannten Vorgehensweisen zur Förderung von Körpererfahrung und -bewusstheit in der Bewegungstherapie.

In der vorliegenden Studie sind die Ergebnisse besonders bei den Patienten auffällig positiv – und dies bei fast allen der erhobenen Parameter – die, über eine Bewegungsstimulation hinaus – sei es übung-, trainings-, erlebnis- oder konfliktzentriert – zusätzlich eine bewegungstherapeutische Behandlung im Wasser (WATSU) erhalten haben. Offensichtlich wird durch

diese Intervention in relativ kurzer Zeit (6 Wochen) ein vielfältiger therapeutischer Effekt sowohl auf die Symptomatik (BDI) und übergreifende Persönlichkeitsdimensionen (SOC), als auch auf die verschiedenen körperbezogenen Parameter erreicht, der in diesem Ausmaß bei den anderen bewegungstherapeutischen Interventionen nicht beobachtbar ist. Die Gründe hierfür sind spekulativ; die Effekte hängen wahrscheinlich nicht von der Frequenz der Maßnahmen, sondern von spezifischen inhaltlichen und methodischen Aspekten ab, die weiter zu erforschen sind. So scheint u.a. die Tatsache der vorübergehenden Regression im Wasser ein psychologisch interessanter Aspekt zu sein, der allerdings auch in der WATSU-Theorie selbst bisher wenig thematisiert wird.

Forschungsmethodisch sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu bewerten: zum einen ist die Gesamtstichprobe zu gering, zum anderen sind zusätzlich Einflüsse zu vermuten, die trotz einer anfänglichen Randomisierung wirksam werden. Hierzu gehört u.a. die Therapeutenvariable, die u.a. die Art und Weise der Beziehungsgestaltung und damit die Wirksamkeit entscheidend mitbestimmt.

In weiteren Studien wurde zunächst für die jetzt untersuchte Population eine Kattamnese nach 6 Monaten vorgenommen und die Datenauswertung hierzu findet gerade statt.

Darüberhinaus wird in einer Anschlussstudie versucht, die Gesamtstichprobe zu erhöhen und wenn möglich die Therapeutenvariable bei oben untersuchten Gruppen stabil zu halten, sodass mit größerer Sicherheit die Effekte auf verschiedene bewegungstherapeutische Akzentuierungen zurückgeführt werden können.

## Literatur

- 1 Biddle SJ, Mutrie N: Psychology of physical activity. London: Routledge; 2001.
- 2 Craft LL, Landers DM: The effects of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1998; 20: 339–357.
- 3 Deimel H, Hölter G: Allgemeine Bewegungstherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. Köln: Dt. Ärzteverlag; 2007 [i. V.].
- 4 Erkelens M, Golz N: Effekte des Sporttreibens bei Depressionen. Das Berliner Sportprogramm zur Behandlung depressiver Störungen. Berlin: Dr. Köster; 1998.
- 5 Hautzinger M: Depression. Göttingen: Hogrefe; 1998.
- 6 Hautzinger M, DeJong-Meyer R: Depressionen. In: Reinecker H (Hrsg). Lehrbuch der klinischen Psychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie; 1994; 177–218.
- 7 Heidenreich T, Michalak J (Hrsg): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Frankfurt/M.: dgvt; 1994.
- 8 Hölter G: Supervision und Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie. Implikationen für das Dortmunder Modell einer universitätsintegrierten Supervision. In: Bahrfleck-Wichitill K, Dupuis G, Subellok K (Hrsg): Sprachtherapie: Fröhliche Wissenschaft oder blinde Praxis? Oberhausen: Athena; 2005; 101–111.
- 9 Hubble MA, Duncan BL, Miller SDH: So wirkt Psychotherapie. Dortmund: modernes lernen; 2001.
- 10 Huber G: Sport und Depression. Frankfurt/M.: Harri Deutsch; 1990.
- 11 Kleine W, Hautzinger M: Sport und psychisches Wohlbefinden. Beiträge zum Lehren und Lernen im Gesundheitssport. Aachen: Meyer & Meyer; 1990.
- 12 Kleine W: Problemfelder des Gesundheitssports – Eine Einführung in die Thematik unter besonderer Berücksichtigung psychischer Prozesse. In: Kleine W, Hautzinger M (Hrsg). Sport und psychisches Wohlbefinden. Beiträge zum Lehren und Lernen im Gesundheitssport. Aachen: Meyer & Meyer; 1996; 7–25.
- 13 Mutrie N: The relationship between physical activity and clinically defined depression. In: Biddle S, Fox K, Boucher S (eds): Physical Activity and psychological well-being. London: Routledge; 2000; 46–62.
- 14 Reiner A, Kleine W, Hautzinger M: Zur Anlage und Effektivität eines Ausdauertrainings bei leichten bis mittelschweren Depressionen. In: Kleine W, Hautzinger M (Hrsg): Sport und psychisches Wohlbefinden. Aachen: Meyer & Meyer; 1990; 70–98.
- 15 Van de Vliet P: The physical self in clinically depressed patients. KU Leuven; Leuven; 2002.

## Summary

WATSU – The effect of differently accentuated movement therapy interventions on clinically depressive patients

Sport, play and movement are important elements in the treatment of depressive illnesses. Several evaluation studies have attempted to clarify the specific effectiveness encompassing worldwide verifications in meta-analyses as well as in comparison to medication and psychotherapy. The clinical study highlighted in this article should also be seen in a similar context, where emphasis is put on the differentiation of various approaches of body therapy. On the one hand is an exercise oriented procedure and on the other two differently accentuated physical activity approaches that are conflict and reflexion oriented. The focal point though is water shiatsu (WATSU), a form of aquatic bodywork.

The sample comprised of 31 patients from a specialised psychosomatic clinic with a depression index (Beck Depression Inventory, BDI > 18), who underwent treatment for a maximum of six weeks. It was clearly evident from the results that two differently accentuated movement therapy interventions had higher effects in combination with other clinical measures (psychotherapy and pharmacotherapy); especially on the symptomatic (BDI) and body image (FKB 20).

There are differences in the intensity of effectiveness of the various body therapy interventions. The differences become more pronounced when WATSU intervention is applied as a compliment to body therapy. However, conclusions about how far this is attributable to the specialized methods or other therapy variables cannot yet be drawn from the current study. Nonetheless, the results are an inspiration for further research based on the differentiation of movement therapy.

**Key words:** Depression, movement therapy, adapted physical activity, aquatic bodywork, water shiatsu, evaluation

## Korrespondenzadresse

Dipl.-Päd. Stephanie Maczkowiak  
Universität Dortmund ·  
Fakultät Rehabilitationswissenschaften ·  
Lehrgebiet Bewegungserziehung und  
Bewegungstherapie in Rehabilitation  
und Pädagogik bei Behinderung  
Emil-Figge-Str. 50  
44227 Dortmund  
Tel.: 0231/7554554  
E-Mail:  
stephanie.maczkowiak@uni-dortmund.de



Prof. Dr. Gerd Hölter  
Universität Dortmund ·  
Fakultät Rehabilitationswissenschaften ·  
Lehrgebiet Bewegungserziehung und  
Bewegungstherapie in Rehabilitation  
und Pädagogik bei Behinderung  
Emil-Figge-Str. 50  
44227 Dortmund  
Tel.: 0231/7554554  
E-Mail: gerd.hoelter@uni-dortmund.de



Dipl. Soz. Päd.,  
Körpertherapeutin  
Heike Otten  
Klinik Möhnesee ·  
Psychosomatische  
Abteilung  
Schnappweg 2  
59519 Möhnesee  
Tel.: 02924/800461  
E-Mail: heike\_otten@yahoo.com

